

Konzeption

Altenzentrum „Erfülltes Leben“ gemeinnützige GmbH

„Haus Abendsonne“

Volkradstr. 28, 10319 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Angaben zum Träger.....	3	
2. Darstellung der Einrichtung.....	3	
2.1 Zielgruppen / Personenkreis	5	
2.3 Aufnahme- und Ausschlusskriterien	6	
3. Pflege theoretische Grundlagen.....	6	
3.1 Pflegeleitbild	6	
3.2 Pflegemodell	7	
4. Leistungsspektrum.....	9	
4.1 Inhalt der Aktivitäten des Lebens	10	
4.1.1 Für eine sichere Umgebung sorgen		10
4.1.2 Sich bewegen können		10
4.1.3 Ausscheiden können		11
4.1.4 Sich waschen und kleiden können		11
4.1.5 Essen und Trinken können		11
4.1.6 Kommunizieren können		12
4.1.7 Vitale Funktionen aufrecht erhalten		12
4.1.8 Arbeiten und Spielen		12
4.1.9 Schlafen können		13
4.1.10 Sich als Mann und Frau fühlen		13
4.1.11 Sterben		13
4.2 Zielsetzungen in der Rehabilitationspflege	13	
4.3 Unterkunft und sachliche Ausstattung	14	
4.4 Verpflegung und Hauswirtschaft	15	
4.5 Hauswirtschaftliche Versorgung	17	
4.6 Zusatzleistungen	17	
4.6.1 Zusatzleistungen Hauswirtschaft		17
4.6.2 Soziale Dienste		17
4.6.3 Bewirtung von Gästen		18
4.6.4 Friseurleistungen		18
4.6.5 Transportdienste		18
5. Aufbauorganisation.....	18	
5.1 Organigramm (Siehe Anlage B)	19	
5.2 Personalstruktur	19	
6. Ablauforganisation.....	19	
6.1 Bezugspflegesystem	19	
6.2 Innerbetriebliche Kommunikation/ Sicherstellung der Informationsweitergabe	20	
6.3 Kooperationsvereinbarungen	20	

7. Organisation der Pflege	21
7.1 Umsetzung des Pflegeprozesses	21
7.2 Die individuelle Pflege	22
7.2.1 Arbeitsschritte zur Erstellung der Pflegeanamnese und Planung	22
7.2.1.1 Ärztliche und pflegerische Diagnosen	22
7.2.1.2 Lebensaktivitäten (LA)	22
7.2.1.3 Biographie.....	22
7.2.1.4 Erstplanung.....	23
7.2.1.5 Folgeplanung.....	23
7.2.1.6 Eingewöhnungsprozess.....	23
7.2.1.7 Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder / und Medizinprodukten.....	24
7.3 Sicherstellung der Informationsweitergabe	24
7.4 Soziale Betreuung	24
7.4.1 Zielsetzung	24
7.4.2 Allgemeine Soziale Betreuung	24
7.4.3 Soziale Betreuung nach § 43b SGB XI	25
7.4.4 Beratung und Einbeziehung der Angehörigen / Betreuer	26
7.4.5 Die soziale Betreuung in den Bereichen Kultur- und Freizeitgestaltung	27
7.5 Der Sozialdienst	28
7.6 Heimmitwirkung - Heimbeirat	29
7.7 Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung / Betreuung Beteiligten	29
8. Fort- und Weiterbildung	30
9. Qualitätsmanagement	30
9.1 Qualitätspolitik	30
9.2 Qualitätsziele	32
9.3 Zur kontinuierlichen Messung und Verbesserung des QMS werden folgende Instrumente eingesetzt	32
9.3.1 Analyse qualitätsrelevanter Daten	32
9.3.2 Erstellung und Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen	33
9.3.3 Kundenrückmeldesystem und Beschwerdemanagement	33
9.3.4 Interne Audits und Begehungen	33
9.3.5 Weitere Regelungen	33
 Anlage A Sonderkonzeption zur gerontopsychiatrischen Wohngruppe	 35

Die Altenzentrum „Erfülltes Leben“ gGmbH wurde zum Zwecke der Betreibung eines ehemaligen kommunalen Seniorenheimes durch den eingetragenen Verein „MITEINANDER WOHNEN“ im Herbst 1994 gegründet.

Mit der Übernahme der Alteneinrichtung aus kommunaler Trägerschaft war der Verein seiner Zielsetzung - eine lückenlose gerontologische Betreuungskette anzubieten - wesentlich näher gekommen.

1. Angaben zum Träger

Träger der Einrichtung ist die gemeinnützige Gesellschaft Altenzentrum „Erfülltes Leben“. Die Anteile dieser Gesellschaft werden zu 51% durch die Volkssolidarität, Landesverband Berlin e.V., zu 40 % durch den Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V. und zu 9% durch den eingetragenen Verein Miteinander Wohnen gehalten.

Die Gesellschaft ist Mitglied im Spitzenverband der Wohlfahrtspflege.

Die Volkssolidarität und der Paritätische Wohlfahrtsverband betreiben vielfältige soziale Einrichtungen in Berlin.

Der Verein „Miteinander Wohnen“ wurde 1991 gegründet und hat sich zum Ziel gesetzt, älteren Bürgerinnen und Bürgern durch seine Projektarbeit möglichst bis ans Lebensende Eigenständigkeit zu erhalten und Lebensqualität zu verbessern. Er arbeitet im Wohngebiet in unmittelbarer Nähe der Einrichtung und vermittelt die Aufnahme in diese Einrichtung, wenn häusliche Pflege nicht mehr ausreicht.

Auf den großen Umfang der einzelnen Träger an wissenschaftlich fundierten Sach- und Fachkenntnissen sowie über die vielfältigen Erfahrungen aus unterschiedlichen Sichtweisen, in der Arbeit mit alten und kranken Menschen, kann die Gesellschaft jederzeit zurückgreifen. Durch die Rückkopplung entstehen zahlreiche Synergieeffekte, die sich wiederum positiv auf alle Bereiche der Arbeit auswirken.

Der Träger versteht sich als Ausbildungsbetrieb und bietet mit den gewachsenen Leistungsstrukturen einen vertieften Einblick in unterschiedliche Handlungsfelder der pflegerischen und sozialen Versorgung.

Die Altenzentrum „Erfülltes Leben“ gemeinnützige GmbH hat ihren Sitz in Berlin. Die Gesellschaft ist selbstlos tätig, sie verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und mildtätige Zwecke, unter anderem den Betrieb des Pflegeheims „Haus Abendsonne“ mit der dazugehörigen stationären Wohngruppe zur Betreuung von mobilen, erheblich verhaltensauffälligen Menschen mit einer medizinisch-therapeutisch nicht beeinflussbaren Demenz sowie die Solitäreinrichtung die Tagespflegestätte „EL-Friede“ am gleichen Standort und die Tagespflegestätte „EL-Rosa“ in der Volkradstr.24.

2. Darstellung der Einrichtung

Das „Haus Abendsonne“ ist Bestandteil des Anfang der 60-er Jahre erbauten Neubaugebietes für etwa 4000 Einwohner im Stadtteil Lichtenberg und liegt in einem Wohngebiet wo mehr als 20 % der Bewohner hochbetagt sind.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 3 von 65

In den drei angrenzenden Punkthochhäusern beträgt der Anteil der Seniorinnen und Senioren sogar 45 %. Hier leben überwiegend Alleinwohnende im Alter von 60 bis 90 Jahren und darüber.

Das Haus „Abendsonne“ liegt zentral innerhalb des Wohngebietes und ist mit U-Bahn und Bus gut erreichbar. In unmittelbarer Nähe befinden sich zahlreiche Einkaufsmöglichkeiten.

Das Haus hat 5 Stockwerke, der Grundriss ist in U – Form ausgebildet. Der mittlere und linke Teil ist unterkellert.

Im Erdgeschoß befinden sich die Heimleitung, die Pflegedienstleitung, die QMB, der Sozialdienst, die Verwaltung, die Rezeption mit der Cafeteria sowie die hauseigene Küche mit den notwendigen Nebenräumen. Weiterhin ergänzt nach Anbau- und Umbaumaßnahmen im Erdgeschoss eine Wohngruppe für demenziell erkrankte Menschen das Versorgungsangebot im Wohnumfeld.

Im Keller befinden sich Umkleideräume für die Mitarbeiter, ein Raum für die Haustechnik, Räume für Wäschepflege, ein Raum für Bewohnereigentum sowie ein Raum für den Dienstleister Reinigung.

Ein eingefriedeter Teil des Grundstückes ist Gartengelände mit angelegten Wegen, Sträuchern und Blumenbeeten sowie einem Pavillon. Den Bewohnern ist damit die Möglichkeit gegeben, sich ungefährdet an frischer Luft zu bewegen und sich auf Wunsch gärtnerisch an den Hochbeeten der Beschäftigungsgruppe „Gartengruppe“ zu betätigen.

Das Kaninchengehege ist Anziehungspunkt, die Bewohner können sich aktiv an der Versorgung beteiligen.

Die gesamte Einrichtung und das Außengelände sind barrierefrei angelegt.

Die Platzkapazität beträgt insgesamt 113 Plätze. 100 Plätze verteilt auf 4 Etagen, davon 82 in Einzelzimmern und 9 in Doppelzimmern. Ein Einzelzimmer steht zur besonderen Verwendung zur Verfügung. Im Anbau stehen 13 weitere Plätze für die gerontopsychiatrische Wohngruppe, in 5 Doppelzimmern und einem Einzelzimmer, zur Verfügung.

Auf jeder Etage wohnen 25 Bewohner, die jeweils von einem festen Team von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betreut werden.

Zu jedem Bewohnerzimmer gehört ein Sanitärraum mit Handwaschbecken, Dusche und WC.

Jede Etage verfügt außerdem über eine gut ausgestattete Etagenküche, drei durch Falttüren verbundene Gruppenräume, ein Pflegebad, zwei Fäkalienspülen, einen Dienstraum für das Pflegepersonal und drei Nebenräume, als Lager für Geräte, Reinigungsmaterial, Hilfsmittel usw..

Die Einrichtung ist bestrebt die Orientierung in allen Räumlichkeiten durch Differenzierungen (z.B. Bilder, Symbole, Farben, Piktogramme) zu unterstützen.

Zur besseren Orientierung für Bewohner mit eingeschränkter Wahrnehmung, ist jede Etage in einer anderen Farbe gestaltet. Diese Orientierungshilfe findet sich im Bewohnerfahrstuhl wieder.

Auf den Etagen wird zur identifikationserleichternden Milieugestaltung mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 4 von 65

Alle Ausgangstüren wurden mit akustischen Signalgebern ausgerüstet, so dass jederzeit auf Umtriebigkeit und Hinlauftendenzen von Bewohnern sensibel reagiert werden kann. Die Bewohner haben die Möglichkeit einen Schlüssel zu erhalten, um die Einrichtung jederzeit bei Bedarf zu verlassen bzw. aufzusuchen.

Die genaue Beschreibung der gerontopsychiatrischen Wohngruppe erfolgt in einem separaten Konzept, siehe Anlage A.

2.1 Zielgruppen / Personenkreis

In die Einrichtung aufgenommen werden Hilfsbedürftige, die im Sinne des Sozialgesetzbuches XI pflegebedürftig sind und deren Anspruch auf Leistungen aus der stationären Pflegeversicherung durch die Pflegekasse bestätigt wurde bzw. denen aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderungen Leistungen der Sozialhilfe für ihre stationäre Pflege gewährt werden.

In der Regel werden ältere Bürger ab Pflegegrad 1 aufgenommen. Es gibt keine besondere Zielgruppe, die Einrichtung ist aber sowohl durch die Aus- und Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch durch eine gezielte technische Ausstattung gut darauf vorbereitet, dem steigendem Anteil dementiell erkrankter Bewohner gerecht zu werden.

2.2 Zielvorstellungen

Ziel der Pflege und Betreuung ist, eine individuelle Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner unter besonderer Berücksichtigung ihrer Biographie und der bisherigen Lebensgewohnheiten zu sichern. Sie soll die körperlichen, geistigen, sozialen und seelischen Bedürfnisse befriedigen und Hilfestellung bei der Bewältigung von Lebenskrisen geben.

Angestrebt wird die Erhaltung und Wiedergewinnung einer möglichst selbständigen Lebensführung bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die Pflege wird fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, bewohnerorientiert, bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht.

Die Tages- und Nachtstruktur wird bewohnerorientiert ausgerichtet. Der Alltag wird so gestaltet, dass die Bewohner ihn als sinnvoll erleben können. Den Bewohnern wird die Teilnahme an einem sozialen und kulturellen Leben ermöglicht; bei der Wahrnehmung ihrer Wahl- und Mitsprachemöglichkeit werden sie unterstützt.

Für Bewohner, die am Abend gern länger wach bleiben bzw. die einen veränderten Schlaf- und Wachrhythmus haben, gibt es Gesprächsangebote, Unterstützung bei der Einnahme von Getränken, Spätmahlzeiten und Beschäftigungsangebote - je nach individuellen Wünschen, unter Rücksichtnahme der schlafenden Bewohner.

Grundprinzipien unserer Arbeit sind die Wahrung der Würde des Bewohners sowie einer kundenorientierten Vertrauensbeziehung zwischen den Bewohnern und allen Mitarbeitern der Einrichtung. Dazu gehört ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch sowie Transparenz und Offenheit zu allen Fragen.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 5 von 65

Das bezieht sich auch auf die Zusammenarbeit mit dem Heimbeirat als Interessenvertreter der Bewohner. Wir verstehen ihn als kritischen Begleiter unserer Arbeit, beziehen ihn in alle Angelegenheiten ein und beachten seine Hinweise, Vorschläge und Kritiken.

Eine weitere wichtige Grundposition des Trägers ist es, dass die Leistungsangebote nicht nur umfassend sind, sondern auch flexibel genug, um den unterschiedlichen Bedürfnissen und Veränderungen der Situation der Bewohner gerecht zu werden.

Die Möglichkeit, dass jeder Bewohner bis an das Lebensende in seinem Zimmer und in seiner gewohnten Umgebung verbleiben kann, soll insbesondere für verwirrte Menschen ein verlässliches Milieu schaffen.

2.3 Aufnahme- und Ausschlusskriterien

Aufgenommen werden hilfs- und pflegebedürftige Personen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI bzw. nach dem Bundessozialhilfegesetz haben.

Nicht aufgenommen werden können Personen mit schwerwiegenden psychischen Auffälligkeiten, die das Heimleben dahingehend beeinflussen, dass andere Bewohner massiv gestört und ihre Lebensqualität stark beeinträchtigt wird, sowie Bewohner die intensivmedizinisch versorgt werden müssen.

3. Pflege theoretische Grundlagen

3.1 Pflegeleitbild

Mit unserer fachlichen und persönlichen Kompetenz unterstützen wir die Pflegebedürftigen dabei, Wohlbefinden und Lebensqualität zu erhalten und begleiten sie in ihrem jeweiligen Lebensprozess.

Anerkennung, Respekt, Vertrauen sowie Verschwiegenheit sind Grundvoraussetzung für die Pflegesituation.

Wir pflegen nach dem Prinzip der Ganzheitlichkeit; dies beinhaltet, dass die Biographie, die physische und psychische Situation sowie die Gestaltung der Wohnverhältnisse in die Pflege mit einbezogen werden.

Bei der Gestaltung des Wohnbereichs wirken Bewohner, Angehörige und Betreuer mit.

Der Bewohner wird von uns grundsätzlich als Persönlichkeit gesehen. Ist die Fähigkeit des eigenverantwortlichen Handelns oder Selbständigkeit nicht oder nicht vollständig gegeben, wollen wir mit der Pflege die Selbständigkeit fördern und unterstützen.

Kulturelle, ethische und religiöse Bedürfnisse der Bewohner werden in der Pflege berücksichtigt.

Jeder Bewohner hat das Recht zur Mitbestimmung und Mitverantwortung.

Die Selbsthilfepotentiale und Bewältigungsstrategien jedes Menschen werden im Pflegeprozess gefördert und genutzt.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 6 von 65

Die Pflege richtet sich nach den Fähigkeiten und individuellen Bedürfnissen des Bewohners. Wir helfen den Bewohnern, Leid und Gebrechen zu bewältigen und ermöglichen ihnen ein menschenwürdiges Leben – und auch Sterben.

Die Pflege orientiert sich am Prinzip der Bezugspflege.

Unsere Mitarbeiter nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil. Sie haben die Pflicht, ihre hinzu gewonnenen Fähigkeiten in ein einheitliches pflegerisches Handeln umzusetzen, um die Qualität unserer Pflege- und Betreuungsleistung ständig weiter zu verbessern.

Unsere Pflege beinhaltet die Betreuung und Beratung sowie die Kooperation mit den verschiedenen Gesundheits- und psychosozialen Diensten.

Unsere Mitarbeiter setzen ihre Arbeitskraft, materielle- und wirtschaftliche Mittel und Möglichkeiten effektiv und effizient zum Wohl der Bewohner ein.

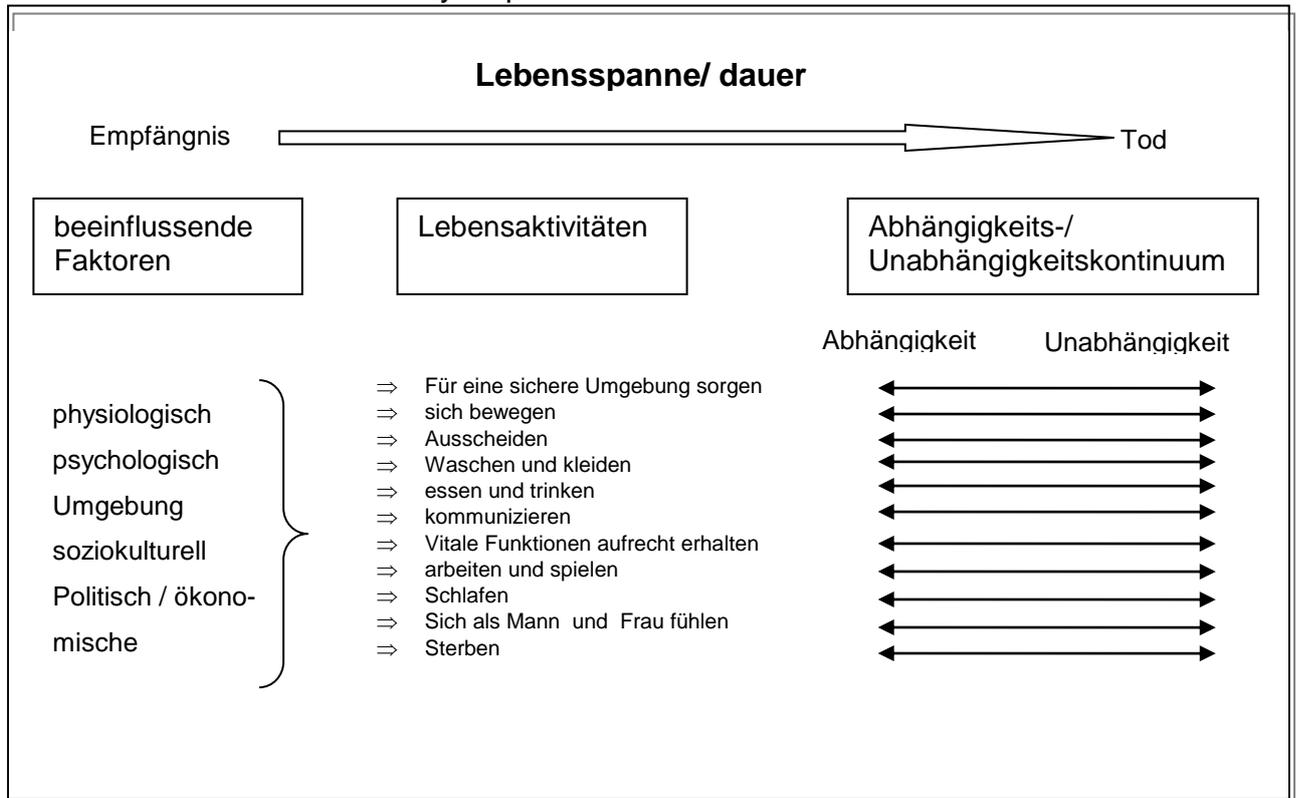
Gemäß unserem Berufsethos setzen wir uns für die Interessen und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen, über die Grenzen unserer Einrichtung hinaus, in der Öffentlichkeit ein.

3.2 Pflegemodell

Der Begriff Pflege ist in unserer Einrichtung in Anlehnung an das Modell von Nancy Roper und den Grundsätzen des SGB XI im Pflegeleitbild definiert.

Das Pflegemodell von Nancy Roper setzt sich aus fünf Komponenten zusammen. Es ist für alle Bereiche der Pflege geeignet. Wir haben uns für dieses sehr praktikable Modell entschieden, da es nachvollziehbar ist und die angemessene Grundlage unseres Handelns darstellt. Es dient als Basis der in unserer Einrichtung prozesshaft organisierten und individuell auf den Bewohner ausgerichteten Pflege.

Modell des Lebens nach Nancy Roper



I. Lebensspanne

Aufgrund dessen, dass Frau Roper die Lebensspanne von der Empfängnis bis zum Tod definiert, ist dieses Modell in allen Lebensphasen anwendbar. Dies gilt von der pränatalen Phase bis einschliesslich des Sterbeprozesses.

II. Faktoren, die das Leben beeinflussen

Die fünf Faktoren wirken sich auf die einzelnen Aktivitäten aus. Sie müssen zu der Feststellung der Probleme und Ressourcen in den einzelnen Aktivitäten zugrunde gelegt werden. Um die Ausrichtung der Problemstellung in den einzelnen Aktivitäten nachvollziehen zu können, ist es notwendig herauszufinden, ob das beobachtete Verhalten eine umgebungsabhängige Gewohnheit ist, ein Problem aufgrund von körperlicher Krankheit oder z. B. auf einer psychischen Einschränkung basiert, oder ob das Verhalten durch politisch-ökonomische oder sozio-kulturelle Faktoren des Menschen begründet ist. Nur die Feststellung der Ausrichtung der Probleme und der vorhandenen Ressourcen lässt die bewohnerorientierte Problembewältigung nach dem Pflegeprozess zu.

III. Lebensaktivitäten

Die Lebensaktivitäten stehen im Mittelpunkt des Modells. Sie bestimmen das menschliche Verhalten und bieten die Grundlage zur Ausgestaltung der Pflege. Die Lebensaktivitäten müssen im Zusammenhang betrachtet werden, da zum Beispiel Einschränkungen in der Mobilität Auswirkungen in den Selbstpflegefähigkeiten mit sich bringen können.

IV. Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum

Das Kontinuum dient der genauen Analyse der Einschränkungen der Selbstpflegefähigkeiten. Da das Kontinuum keine Graduierung zur Festlegung der Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit des Menschen in den einzelnen Aktivitäten vorsieht, bedienen wir uns der Einteilung des Medizinischen Dienstes (MD) aus der Begutachtungsrichtlinie zur Einstufung des Hilfebedarfs.

Der MD sieht vier Einteilungen vor.

1. **Selbständig:** die Aktivitäten können in der Regel selbständig durchgeführt werden, möglicherweise verlangsamt, erschwert oder mit Hilfsmitteln,
2. **überwiegend selbständig:** Die Aktivitäten können zum größten Teil selbständig durchgeführt werden, es entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson (Impulsgebung, motivierende Aufforderungen, richten/zurechtlegen von Gegenständen, punktuelle Übernahme von Teilhandlungen)
3. **Überwiegend unselbständig:** Die Aktivitäten können nur zu einem geringen Anteil selbständig durchgeführt werden. Es sind aber Ressourcen zur Beteiligung vorhanden. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwendige Motivation voraus.
4. **Unselbständig:** Die Aktivitäten müssen von einer bzw. zwei Pflegepersonen übernommen werden, da die Person sie nicht mehr selbständig durchführen kann, auch nicht in Teilen.

V. Individualität im Leben

Die Art und Weise der Durchführung der einzelnen Aktivitäten ist abhängig von der Persönlichkeit des Menschen und muss im Rahmen der Pflege berücksichtigt werden.

Die Ausgestaltung der einzelnen Aktivitäten wird unter dem Abschnitt 4.1 verdeutlicht.

4. Leistungsspektrum

Das Konzept umfasst im engeren Sinne Betreuung, Pflege und Therapie unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung, der Lebensgewohnheiten, der Lebensgeschichte und der religiösen Einstellung der Bewohner und nicht zuletzt unter Berücksichtigung ihrer körperlichen und psychischen Fähigkeiten und Befindlichkeiten.

Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen wird eine ganzheitliche, bewohnerorientierte und aktivierende Pflege angeboten. Qualifiziertes Personal fördert, erhält und baut Selbständigkeit der Bewohner aus.

Die Betreuung erfolgt an allen Wochentagen in Einzelbetreuung gemäß § 43 b SGB XI, sowie in Gruppen durch qualifiziertes Personal.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 9 von 65

Die Leistungen der Einrichtung sind in der Folge unter Darstellung der Lebensaktivitäten nach Nancy Roper ersichtlich.

4.1 Inhalt der Aktivitäten des Lebens

Die Pflegeleistungen sind im Einzelfall erforderliche Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Dies beinhaltet speziell die Anleitung und Beaufsichtigung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme der Verrichtungen durch den Bewohner.

In der neuen Pflegedokumentation (NSM) finden sich die einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens in den Themenfeldern der strukturierten Informationssammlung wieder. Anschließend gekennzeichnet.

In der Folge werden die grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten aufgezeigt. Die Behandlungspflegen werden ausschließlich von examiniertem Personal nach Anordnung des behandelnden Arztes durchgeführt.

Die Grundpflege erfolgt nach den Vorgaben des Rahmenvertrages.

4.1.1 Für eine sichere Umgebung sorgen

NSM: TF1 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Wie reagiert der Bewohner auf Gefahrensituationen, kann er in diesem Zusammenhang Hilfe anfordern und ist er allgemein orientiert und entscheidungsfähig? Kann er sich auf wechselnde Situationen einstellen, wie z.B. Besuch/Alleinsein/Wechsel der Bezugsperson oder die Änderung des üblichen Tagesablaufes? Kann er in diesem Zusammenhang Wünsche äußern oder Ablehnung deutlich machen? In dem Zusammenhang stellt sich die Frage nach amtlicher Betreuung und ob Fixierungsmaßnahmen mit Gerichtsbeschluss notwendig sind. Pflegerische Hilfen sind u.a.:

- Anleitung zur selbständigen Nutzung des Notrufsystems
- Orientierungshilfen innerhalb der Einrichtung
- Orientierungshilfen zu Zeit und Person
- Hilfestellung bei der Tagesstrukturierung
- Einleiten amtlicher Betreuung im Bedarfsfall

4.1.2 Sich bewegen können

NSM: TF2 Mobilität und Beweglichkeit

Diese Aktivität bietet die Grundlage für alle folgenden Fähigkeiten. Hier gilt es zu evaluieren, inwieweit die Bewegungsabläufe des Bewohners durch motorische und oder mentale Einschränkungen beeinträchtigt sind.

Im Rahmen der Mobilität geht es um die gezielten Bewegungsabläufe der oberen und unteren Extremitäten. Hierzu gehören das Aufstehen, Hinsetzen und Hinlegen sowie das Umlagern und der Transfer auf den Rollstuhl. Dies beinhaltet die Fähigkeit des Stehens, Gehens, Treppensteigens, Verlassen und Wiederaufsuchens der Pflegeeinrichtung sowie die Armbeweglichkeit und Greiffunktion.

Pflegerische Hilfen sind u.a.:

- Lauftraining mit und ohne Hilfsmittel (Sturzprophylaxe)
- Aktive und assistive Bewegungsübungen der oberen und unteren Extremitäten
- Training des Transfers vom Bett in den Rollstuhl, zur Toilette und retour

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 10 von 65

- Vermittlung von Krankengymnastik
- Lagerung/Lagerungshilfsmittel (Dekubitusprophylaxe)
- Kontrakturenprophylaxe
- Aktivitätsbezogene Hilfsmittelversorgung

4.1.3 Ausscheiden können

NSM: TF3 krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

In dieser Aktivität geht es um die Fähigkeit der Urin- und Stuhlausscheidung. Es gilt zu beschreiben, welche physiologischen und mentalen Einschränkungen zur Hilfsbedürftigkeit führen. In dem Zusammenhang sind die notwendigen Hilfsmittel zu bestimmen und die Fähigkeit des Bewohners im Umgang mit den Hilfsmitteln zu beschreiben.

Die pflegerischen Aufgaben umfassen:

- Hilfen bei der physiologischen Darm- und Blasenentleerung
- die Katheter- und Urinalversorgung
- Inkontinenzversorgung
- Kontinenztraining
- Obstipationsprophylaxe
- Intimwäsche einschließlich Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche
- Stomaversorgung
- Aktivitätsbezogene Hilfsmittelversorgung

4.1.4 Sich waschen und kleiden können

NSM: TF4 Selbstversorgung

Hierzu gehört die geistige und körperliche Fähigkeit, seine Körperpflege durchzuführen und sich den situativen klimatischen Erfordernissen entsprechend kleiden zu können. Das Augenmerk liegt hier im Bereich des Hygienebewusstseins, der Fähigkeit der regelmäßigen Durchführung. Die Körperpflege umfasst:

- das Waschen, Duschen, Baden
- das Schneiden von Nägeln, Vermittlung von medizinischer Fußpflege
- Haarewaschen und –trocknen
- Hautpflege
- Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe und –versorgung
- das Kämmen und Richten der Frisur
- das Rasieren einschließlich der Gesichtspflege
- Kleidung aussuchen, bereitlegen
- An- und Auskleiden
- Aktivitätsbezogene Hilfsmittelversorgung

4.1.5 Essen und Trinken können

NSM: TF4 Selbstversorgung

Diese Aktivität ist definiert durch eine bedarfs- und zeitgerechte Auswahl der Menge und der Zusammensetzung der Nahrung, die Vorbereitung der Nahrungsaufnahme (Körperhygiene), die Nahrungsaufnahme selbst und schließlich die Nachbereitung der Nahrungsaufnahme (Mundhygiene).

Zu den pflegerischen Tätigkeiten gehören:

- die Handwäsche vor der Nahrungsaufnahme
- Angemessene Position zur Nahrungsaufnahme (Oberkörperhochlagerung)

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 11 von 65

- mundgerechte Zubereitung der Nahrung
- Hilfe bzw. Übernahme der Versorgung bei der Nahrungsaufnahme einschl. Getränken
- Versorgung von Magensonden/PEG über spezielle Sondensysteme und Verbände
- Mund- und Händehygiene nach der Nahrungsaufnahme
- Lagerung je nach Zustand
- Einfuhrkontrolle
- Sicherung der regelmäßigen und ausreichenden Flüssigkeitszufuhr
- Aktivitätsbezogene Hilfsmittelversorgung

4.1.6 Kommunizieren können

NSM: TF1 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Hierzu gehört die geistige und körperliche Fähigkeit eines sinnvollen zwischenmenschlichen Austauschs unter Berücksichtigung kultureller Gegebenheiten (Sprache, Hören, Sehen, Gestik, Mimik und Ausdruck von Gefühlen).

Pflegerische Tätigkeiten:

- Hilfen im Umgang mit Brillen, Hörgeräten
- Vermittlung von Logopädie
- Beschäftigung in speziellen Gruppen nach Wunsch und Fähigkeiten
- Unterstützung bei der Kommunikation
- Aktivitätsbezogene Hilfsmittelversorgung

4.1.7 Vitale Funktionen aufrecht erhalten

NSM: TF3 Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Aus praktischen Gründen haben wir die Aktivitäten Atmen und Körpertemperatur zu einer Aktivität unter dem Titel „vitale Funktionen“ aufrechterhalten zusammengefasst.

Unter vitalen Funktionen sind in diesem Zusammenhang die Atmung, die Kreislauf- und Wärmeregulation zu verstehen.

Pflegerische Hilfen:

- Hilfe bei der Tabletteneinnahme
- Verabreichung von angeordneten Spritzen s.c. und i.m.
- Freihaltung der Atemwege durch Absaugen
- Verabreichung von Sauerstoff nach Verordnung
- Blutdruck-, Puls-, BZ- Kontrollen
- Größen- und Gewichtskontrolle
- Durchführung ärztlich angeordneter Behandlungspflegen

4.1.8 Arbeiten und Spielen

NSM: TF5 Leben in sozialen Beziehungen

Hierzu gehören die Fähigkeiten, selbständig soziale Kontakte aufzunehmen und zu pflegen, und schließlich die Zeiteinteilung zur Strukturierung des Lebens innerhalb des gesellschaftlichen Beziehungsgeflechts.

Diese Aktivität wird in unserer Einrichtung durch ein breites Beschäftigungsangebot, das in der Folge des Konzeptes dargestellt wird, umfangreich unterstützt.

Kriterien hierfür sind Regelmäßigkeit und altersentsprechender Rhythmus von Wachen und Ruhen. Auch die Art und Weise, wie sich Wachen, Ruhen und Schlafen gestalten, muss beachtet werden.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 12 von 65

Pflegerische Leistung:

- Hilfe beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen
- Sicherung der Einschlafrituale
- Hilfestellung bei Durchschlafstörungen

4.1.9 Schlafen können

NSM: TF3 Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Kriterien hierfür sind Regelmäßigkeit und altersentsprechender Rhythmus von Wachen und Ruhen. Auch die Art und Weise, wie sich Wachen, Ruhen und Schlafen gestalten, muss beachtet werden.

Pflegerische Leistung:

- Hilfe beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen
- Sicherung der Einschlafrituale
- Hilfestellung bei Durchschlafstörungen

4.1.10 Sich als Mann und Frau fühlen

NSM: TF5 Leben in sozialen Beziehungen

Die Persönlichkeitsentfaltung als Mann und Frau sollte auch im Alter gewährleistet sein. Wir unterstützen unsere Bewohner in der Wahrung ihrer Intimsphäre.

Pflegerische Leistung:

- Öffnung und Betreten der Zimmer nach Anklopfen bzw. Aufforderung der Bewohner
- Wahlmöglichkeit, von gleichgeschlechtlicher Pflegekraft gepflegt zu werden

4.1.11 Sterben

NSM: TF5 Leben in sozialen Beziehungen

Der Sterbeprozess ist die letzte Aktivität des Menschen, in der wir ihn unterstützen durch aktive Umsetzung unseres Palliativkonzeptes:

- Sitzwache in Absprache mit den Angehörigen
- das Verbleiben im eigenen Zimmer
- Begleitung des Sterbenden und seiner Angehörigen in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt und wenn gewünscht mit einem Seelsorger der entsprechenden Konfession

4.2 Zielsetzungen in der Rehabilitationspflege

Erhaltung oder Wiederherstellung von größtmöglicher Eigenständigkeit
Befähigung zu aktiver Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft des AZ EL.

Im Bereich der therapeutischen Maßnahmen unterbreiten wir ein vielfältiges Angebot, das

- die Bewohner zu selbstbestimmter Zeit- und Aktivitätsgestaltung herausfordert,
- ihre motorischen, kognitiven und emotionalen Fähigkeiten mobilisiert und Selbstständigkeit fördert,
- sie zu Mobilität, geistiger Regsamkeit und Kreativität auffordert,
- ihrem Bedürfnis nach Entspannung und Anregung Rechnung trägt,
- ihren Gesichtskreis erweitert und nicht zuletzt
- Lebenszufriedenheit und -freude weckt

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 13 von 65

durch:

- Schaffung von Kommunikationsmöglichkeiten und Förderung der Kommunikationsbereitschaft
- Hilfe bei der individuellen Lebensgestaltung, verbunden mit Förderung solcher Verhaltensbereiche, wo den Bewohnern noch eine ausreichende Leistungsfähigkeit verblieben ist (Lesen, Raten, Spiele)
- Beschäftigungstherapie
- Gedächtnistraining
- Orientierungs- und Wahrnehmungsübungen (Training der „Fünf Sinne“)
- Gymnastik und Bewegungsübungen in Verbindung mit Musiktherapie
- Ausflüge und Ausfahrten
- helfende Gespräche zum Umgang mit körperlichen und geistigen
- Funktionseinbußen
- kulturelle Veranstaltungen

4.3 Unterkunft und sachliche Ausstattung

Das „Haus Abendsonne“ hat eine Kapazität von 100 Pflege- und Betreuungsplätzen auf 4 Etagen und 13 Pflege- und Betreuungsplätzen in einer Wohngemeinschaft im Erdgeschoß, welche komplett barrierefrei ausgestattet sind.

Kalt- und Warmwasser im Sanitärraum mit Dusche, WC und Waschbecken, Fernsehanschluss und Telefonanschluss sind Bestandteile der Ausstattung. Alle Räume sind mit einem Schwesternruf ausgestattet. Weitere Ausführungen zur räumlichen Ausstattung unter Punkt 2 „Darstellung der Einrichtung“.

Oberstes Ziel des Trägers ist es, den Bewohnern Eigenständigkeit zu erhalten, Privatmosphäre zu gewährleisten und ihnen die Möglichkeit zur Fortsetzung des eigenen Lebensstiles zu geben.

Gute Voraussetzungen dafür bieten alle Zimmer. Sie können, außer dem Pflegebett, mit eigenem Mobiliar eingerichtet werden, dazu gehört das Mitbringen von eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über deren Platzierung unter Berücksichtigung der individuellen pflegerelevanten Notwendigkeiten. Die individuelle Gestaltung dient nicht nur der Privatheit und Wohnlichkeit der Bewohnerzimmer, sondern auch der Orientierung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Einschränkungen. Die Mitnahme von Erinnerungsstücken (z.B. Erinnerungsalbum mit Fotos und kleinen erklärenden Texten) erleichtert die Kommunikation und die Anwendung von Validation und Biographiearbeit.

Durch eine Schließanlage an den Bewohnerzimmern wird Privatmosphäre ermöglicht. Jedem Bewohner wird ein abschließbarer Schrank im Zimmer zur Verfügung gestellt. Die Bewohnerzimmer können über die Treppenhäuser oder mit den Fahrstühlen erreicht werden.

Die Bewohner haben jederzeit (auch nachts) die Möglichkeit, sich in den Gemeinschaftsräumen aller Etagen aufzuhalten.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 14 von 65

Der Aufenthalt aller Bewohner im Freien ist durch einen weitläufigen Garten, der Terrasse im Erdgeschoss sowie durch die großzügigen Gemeinschaftsbalkone auf den Wohnetagen gegeben.

Das Haus verfügt über eine umfassende Hilfsmittelausstattung, die der Mobilisation der Bewohner und der Gesunderhaltung der Mitarbeiter dient. Dazu gehören u.a. Gleitmatten, Duschstühle, -lifter, Toilettenstühle, Aufstehhilfen und Hubbadewannen. Jedes Bewohnerzimmer ist mit einer Deckenschiene ausgestattet, an der im Bedarfsfall ein Deckenliftsystem angebracht werden kann. Prophylaktisch stellt das Haus bei einem ermittelten Dekubitusrisiko, prophylaktische Antidekubitusmatratzen zur Verfügung. Zur weiteren Grundausstattung gehören zudem hauseigene Rollstühle, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, eine Rollstuhlwaage und Pflegewagen mit Pflegemitteln für jede Etage sowie Wäsche und Geschirr.

Im Rahmen der Beschäftigungsangebote werden verschiedenste Hilfsmittel eingesetzt bspw. Karten- und Brettspiele oder Musikinstrumente jeglicher Art sowie Hanteln und Gewichtsbänder für die Durchführung der Sturzprophylaxe. Um das Prinzip der basalen Stimulation umsetzen zu können arbeitet die Einrichtung unter anderem mit einem mobilen Snoozelwagen auch Sinneswagen genannt.

Jede Etage verfügt über ein Dienstzimmer, das mit zwei PC-Arbeitsplätzen ausgestattet ist. Die gesamte Pflegedokumentation wird über das Software Programm „IBAS-pflege“ geführt. Jeder Mitarbeiter kann sich unter Verwendung seines Passwortes an jedem PC anmelden zudem hat er ein eigenes E-mail Postfach worüber er bei nicht antreffen jederzeit Informationen erhalten kann. Zusätzlich gibt es eine QM-Plattform auf der relevante Dokumente und Informationen für jeden Mitarbeiter zu finden sind.

4.4 Verpflegung und Hauswirtschaft

Das Speisen- und Getränkeangebot ist altersgerecht, abwechslungsreich und vielseitig. In der hausinternen Küche werden durch ein externes Dienstleistungsunternehmen alle Speisen zubereitet, welche in den Etagenküchen für die Bewohner individuell angerichtet werden.

Es gibt bei jeder Mahlzeit sowie bei den Getränken Wahlmöglichkeiten. Diätahrungen werden bei Bedarf und nach ärztlicher Verordnung angeboten.

Die Darreichungsform und die Portionsgrößen der Speisen und Getränke ist auf die Situation der Bewohner individuell abgestimmt und unterstützt den Bewohner in seiner Selbstständigkeit. Frühstück, Zwischenmahlzeiten und Abendessen werden in Buffetform angeboten. Das Mittagessen servieren wir auf den Wohnbereichen nach dem Schöpfsystem, wofür mobile beheizbare Speisewagen zur Verfügung stehen. So hat jeder Bewohner die Möglichkeit die Größe und Zusammenstellung seiner Mahlzeit selbst zu bestimmen. Die Versorgung unserer Bewohner mit Getränken beinhaltet Heißgetränke (Kaffee, Tee) sowie Kaltgetränke (Mineralwasser, Fruchtsäfte, Milch, Buttermilch).

Individuelle Ernährungsressourcen, wie z.B. Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten (Essbiografie) werden ermittelt und in der täglichen Ernährung entsprechend berücksichtigt.

Bewohner sollen abhängig von ihren individuellen Fähigkeiten ihre Mahlzeiten selbst mundgerecht zubereiten. Eine routinemäßige mundgerechte Zubereitung trotz vorhande-

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 15 von 65

ner Fähigkeiten des Bewohners oder eine ausschließliche Versorgung der Bewohner mit passierter Kost trotz vorhandener Kaufähigkeit entspricht nicht unserem Pflegekonzept.

Demenzkranke Bewohner erfahren Sicherheit durch sich täglich wiederholende Ess- und Trinkrituale. Auf Besonderheiten im Rahmen der Demenz wird mit viel Einfühlungsvermögen reagiert. So können bspw. Anteile der Mahlzeiten mit den Fingern gegessen werden auch können Bewohner mit starkem Bewegungsdrang die Nahrung unterwegs zu sich nehmen „Eat-by-walking“. Essenszeiten werden flexibel gestaltet und an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst.

Beispiele weiterer Gestaltungsmöglichkeiten, die individuell auszuprobieren sind:

- Gemeinsames zubereiten von Teilen der Mahlzeiten auf den Wohnbereichen mit aktiver oder passiver Beteiligung von Bewohnern (z.B. Obst schneiden).
- Vorbildfunktion: gemeinsames Essen von Mitarbeiter und Bewohner, um die Benutzung des Bestecks abzuschauen
- Eigenes Geschirr aus der Häuslichkeit bzw. Teeservice aus dem Hausbestand
- Keine Dauerbeschallung, ruhige Atmosphäre
- Tischnachbarn nach individuellen Gesichtspunkten auswählen
- Tisch mit den Bewohnern zusammen decken
- Klar erkennbare Speisenanordnung (kein vermischen),
- Erläuterung der Speisen bei Nichterkennen
- Nächtliches Nahrungsangebot
- Besondere Aufmerksamkeit erhalten Schmankerln am Abend (Suppen, Salate)

Bei vorhandenen bzw. sich einstellenden Schluckstörungen wird insbesondere auf eine bequeme Sitzhaltung und Ruhe und Konzentration während der Mahlzeiten Wert gelegt. Weiterhin ist es möglich je nach Bedarf, die Getränke anzudicken bzw. die Nahrungsbestandteile zu pürieren.

Bewohner mit einer PEG-Anlage werden entsprechend unserem Pflegestandard individuell versorgt

Die Einnahmen der Mahlzeiten kann erfolgen:

Frühstück	08:00 - 09:30 Uhr
2. Frühstück	10:00
Mittag	12:00 - 13:30 Uhr
Vesper	14:30 - 16:00
Abendbrot	18:00 - 19:30 Uhr
Spätstück	21:30

Selbstverständlich kann auch außerhalb dieser Essenszeiten eine Mahlzeit gereicht werden.

Gegessen wird im Allgemeinen in den Gemeinschaftsräumen der Etagen, auf Wunsch aber auch im Bewohnerzimmer.

Jeder Bewohner erhält an seinem Geburtstag ein Wunschlittagessen.

Auf Anfrage werden individuelle Geburtstagsfeiern der Bewohner mit ihren Angehörigen ausgerichtet.

Die Cafeteria, die täglich geöffnet ist, hat Zeitungen, Eis und Imbiss im Angebot. Individuelle Einkäufe können mit der Bezugspflegekraft abgesprochen und ggf. über das Personal realisiert werden.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 16 von 65

4.5 Hauswirtschaftliche Versorgung

Die Reinigung der Bewohnerzimmer sowie die Hausreinigung erfolgen durch einen Dienstleister. Der Reinigungsrythmus wird durch die individuelle Situation der Bewohner vorgegeben.

Darüber hinaus gehende individuelle Wünsche der Bewohner, sowohl bei der Reinigung als auch bei der Wäsche, können berücksichtigt werden.

Die hauswirtschaftliche Versorgung geht von einer normalen Wohnsituation aus.

Die Hauswirtschafterinnen des externen Dienstleisters helfen den Bewohnern, die Wohnlichkeit zu erhalten, bzw. sie übernehmen Tätigkeiten, die der Bewohner nicht mehr leisten kann. Im Vordergrund steht auch hier wiederum, dass die Bewohner aktiviert und vorhandene Ressourcen ausgeschöpft werden.

Wichtige Kriterien sind Sauberkeit und Ordnung und die Herstellung einer angenehmen Wohnatmosphäre. Dazu gehören u.a.:

- Regelmäßige Reinigung des Wohnraumes und der Möbel
- b. B. unverzügliche Beseitigung von Verunreinigungen (Sichtreinigung)
- Pflege der Blumen

Bettwäsche, Handtücher, Geschirrtücher, Waschlappen sowie Bettdecken, Kopfkissen und Wolldecken stehen ausreichend für die Bewohner zur Verfügung.

Flachwäsche (Bettwäsche, Handtücher etc.) wird von einem Dienstleistungsunternehmen angemietet und auch dort gewaschen.

Die Bewohnerwäsche wird in der hauseigenen Wäscherei gewaschen und aufbereitet. In diesem Rahmen wird jedes Bekleidungsstück mit Namen gekennzeichnet. Die Bewohnerwäsche wird auf den jeweiligen Etagen gesammelt und täglich von den Wäschereimitarbeitern abgeholt. Kleine Näharbeiten bei defekter Kleidung werden in der Wäscherei vorgenommen. Weitere Informationen über Regelungen zur Wäscheversorgung und zum Umgang mit Bewohnerwäsche erhalten die Bewohner beim Einzug.

4.6 Zusatzleistungen

4.6.1 Zusatzleistungen Hauswirtschaft

- **zusätzliche** Reinigung des persönlichen Lebensbereiches auf Wunsch (nicht krankheitsbedingt) nach individueller Vereinbarung
- Chemische Reinigung der nicht maschinenwaschbaren Oberbekleidung durch Vermittlung an ein Reinigungsunternehmen
- Kennzeichnung der Wäsche: Durchführung hausintern
- **aufwendige** Änderungen an bewohnereigener Wäsche: Durchführung hausspezifisch oder Vermittlung
- besonderer Hausmeisterservice: Instandsetzung privater Gegenstände
- Gestaltung und Ausrichten von privaten Bewohnerfesten nach individueller Vereinbarung
- Hilfestellung bei Umzug ins und innerhalb des Hauses auf eigenen Wunsch: nach individueller Vereinbarung

4.6.2 Soziale Dienste

Inhalt und Umfang

- Spezielle Beschäftigungsangebote nach individueller Vereinbarung
- Kopierleistungen nach individueller Vereinbarung

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 17 von 65

- Bereitstellung von Briefmarken nach individueller Vereinbarung
- Bearbeitung der Gruppenhaftpflicht für Bewohner nach individueller Vereinbarung

4.6.3 Bewirtung von Gästen

- Teilnahme an der Gemeinschaftsverpflegung sowie Ausgestaltung von Familienfesten nach individueller Vereinbarung

4.6.4 Friseurleistungen

- nach individueller Vereinbarung

4.6.5 Transportdienste

- Personen- und Materialtransporte nach Vereinbarung

5. Aufbauorganisation

Die Aufbauorganisation wird in Form eines Organigramms dargestellt.

Die Geschäftsführung der gemeinnützigen Gesellschaft „Erfülltes Leben“ ist gleichzeitig Heimleitung des „Hauses Abendsonne“.

Der Pflegebereich wird von einer Pflegedienstleitung vollbeschäftigt geführt, die von pflegerischen Aufgaben befreit und somit in der Lage ist, ihre Leitungsverantwortung adäquat wahrnehmen zu können.

Die Pflegedienstleitung vertritt die Heimleitung bei Abwesenheit.

Sie, sowie auch ihre Stellvertretung verfügen über die im SGB XI geforderte Qualifikation zur Ausübung dieser Funktion.

Die stellvertretende Pflegedienstleitung ist überwiegend von pflegerischen Aufgaben befreit. Sie vertritt die Pflegedienstleitung bei Abwesenheit. Die pflegefachliche Verantwortung und Organisation obliegt der PDL und ihrer Stellvertretung.

Die Wohngruppe im Erdgeschoss mit 13 Bewohnern wird von einer eigenen Teamleitung geführt.

Für jede Etage ist ein festes Team, bestehend aus Altenpfleger/innen und Krankenpflegepersonal sowie aus Pflegehilfskräften und einer Mitarbeiterin für Soziale Betreuung benannt.

Innerhalb der Bereiche/Etagen vertreten sich die Beschäftigten nur im Ausnahmefall.

Der Bereich Soziale Betreuung wird von einem Sozialarbeiter geleitet.

Ihm fachlich unterstellt sind fünf Mitarbeiter/innen, die wiederum jeweils einer Etage zugeordnet werden und deren Aufgabe es ist, mit den Bewohnern anhand der Pflege- und Betreuungsplanung gezielt in Gruppen bzw. einzeln zu arbeiten.

Weiterhin wird das Team ergänzt durch eine Ergotherapeutin welche etagenübergreifend mit den Bewohnern arbeitet.

Die Bereiche Pflege und Soziale Betreuung arbeiten eng zusammen, stimmen sich ab und ergänzen sich.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 18 von 65

Für alle Funktionen liegen Stellenbeschreibungen vor. Sie sind Bestandteil der Arbeitsverträge.

5.1 Organigramm (Siehe Anlage B)

5.2 Personalstruktur

Die in der Einrichtung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigen ein hohes Maß an Einsatzbereitschaft und Engagement für die Arbeit mit den Bewohnern.

Der Personalschlüssel richtet sich nach dem Personal- und Pflegegradschlüssel des Rahmenvertrages. Es wird im Dreischichtsystem gearbeitet, den Nachtdienst leisten jeweils 3 Beschäftigte, davon mindestens 1 Pflegefachkraft. 52 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegebereich sind examinierte Fachkräfte (Altenpfleger und Krankenschwestern bzw. -pfleger). Im Tagesdienst ist grundsätzlich eine Fachkraft pro Etage im Dienst.

Das Altenzentrum ist ein Ausbildungsbetrieb und bildet kontinuierlich examinierte Altenpfleger/-innen aus.

Bei Bedarf werden ergänzend hauswirtschaftliche Servicekräfte auf den Etagen eingesetzt, welche unter Anleitung einer Pflegekraft arbeiten.

Für die umfassende Betreuung stehen den Bewohnern ein Sozialarbeiter sowie fünf Mitarbeiter/innen für soziale Betreuung und eine Ergotherapeutin zur Verfügung.

Die Mitarbeiterinnen der Wäscherei organisieren den gesamten Wäscheumschlag von Bewohnerwäsche und Berufsbekleidung und reparieren diese bei Bedarf.

Den technischen Bereich betreut ein Hausmeister mit einer weiteren Mitarbeiterin, sie vollziehen Reparaturen an bewohnereigenem Mobiliar oder anderen Gegenständen.

Die Mitarbeiterinnen der Rezeption übernehmen auch die Betreuung der Cafeteria.

6. Ablauforganisation

6.1 Bezugspflegesystem

Die Pflege orientiert sich am Prinzip der Bezugspflege.

Personelle Kontinuität in der Pflege trägt zur Sicherheit der Bewohner bei. Sie ist die Voraussetzung, dass der Bewohner Vertrauen fassen und sich verstanden fühlen kann. Kontinuierliche Betreuung der Bewohner hängt vom Willen und von der Fähigkeit der Pflegenden zur Beziehungsaufnahme ab. Die Möglichkeit der gleichgeschlechtlichen Pflege wird jederzeit eingeräumt.

Pflegefachkräfte sind für die Steuerung des Pflegeprozesses verantwortlich, sie leiten die Pflegekräfte an und stellen sicher, dass diese nach der Pflegeplanung arbeiten. Im Rahmen der personellen und räumlichen Möglichkeiten werden die Bewohner von ihnen zugeordneten pflegerischen Bezugspersonen kontinuierlich, individuell und umfassend betreut.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 19 von 65

Altenzentrum „Erfülltes Leben“ gemeinnützige GmbH „Haus Abendsonne“ Volkradstr. 28, 10319 Berlin	Heimkonzeption	
---	-----------------------	--

Die Zuordnung der Bezugspfleger wird im Pflorgeteam gemeinsam entschieden. Dabei werden die individuellen Bedürfnisse der Bewohner so weit wie möglich berücksichtigt. Die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege erfolgt durch die Pflegefachkraft der Etage.

Bezugspflegefachkräfte, welche die Verantwortung für den Pflegeprozess tragen, sind zuständig für alle Belange des Bewohners, mit Unterstützung der Pflegekräfte.

6.2 Innerbetriebliche Kommunikation/ Sicherstellung der Informationsweitergabe

Wir führen zur Sicherstellung des Informationsflusses regelmäßige Dienstbesprechungen durch. Eine protokollierte Dienstbesprechung findet in der Regel 1x monatlich, bei Bedarf auch öfter, statt. Jeweils zu den Dienstenden finden Übergaben an den Folgedienst statt. Diese Zeiträume werden auch zur Führung der Pflegedokumentation und zum Austausch im Team genutzt.

Die gemeinsam für die nächste Kalenderwoche festgelegten Aktivitäten der soz. Betreuung wird für alle Bewohner, Besucher und Mitarbeiter des Hauses sichtbar in den Infokästen der Etagen ausgehängen.

14-tägig findet eine Dienstbesprechung der Leitungsmitglieder statt, an der auch die Geschäftsführung teilnimmt.

Jeder Mitarbeiter der Einrichtung hat ein eigenes E-mail Postfach worüber er bei nicht antreffen jederzeit Informationen erhalten kann. Zusätzlich gibt es eine QM-Plattform auf der relevante Dokumente und Informationen für jeden Mitarbeiter zu finden sind. Die Organisation der Plattform obliegt der QMB.

6.3 Kooperationsvereinbarungen

Vereinbarungsgegenstand	Kooperationspartner
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Verein Miteinander Wohnen, Volkradstr. 8. 10319 Berlin
Versorgung und Bereitstellung von Flachwäsche	ALSCO GmbH & Co. KG, Grünauer Straße 116-120, 12557 Berlin
Speisen- und Getränkeversorgung der Bewohner/ Besucher	rvD. Ltd., Schillerstraße. 5, 15345 Petershagen/Eggersdorf
Hauswirtschaftliche Versorgung/ Reinigung der Bewohnerbereiche	Dienstleistungsgesellschaft der Volkssolidarität Berlin mbH Palisadenstraße. 40, 10243 Berlin
Versorgung und Reparatur von Pflegehilfsmitteln (MPG) und IKM der Bewohner	OTB Reha –Technik Berlin GmbH, Meeranerstr.7, 12681 Berlin
Wundmanagement und Ernährungsberatung	OTB Reha –Technik Berlin GmbH, Meeranerstr.7, 12681 Berlin
Versorgung mit Medikamenten	Central-Apotheke, Alt-Friedrichsfelde 90/91, 10315 Berlin

Die Angebote Friseur und med. Fußpflege werden nicht durch Kooperationsverträge geregelt, da zwischen dem Anbieter und dem Bewohner direkt ein Vertragsverhältnis besteht.

Unsere Kooperationspartner und deren Angebote werden im Rahmen der Lieferantenbewertung jährlich überprüft.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 20 von 65

7. Organisation der Pflege

Die Organisation der Pflege basiert auf dem Pflegemodell von Nancy Roper. Um die Nachweisführung des Pflegeprozess sicherstellen zu können, wenden wir ein standardisiertes computergestütztes Dokumentationssystem (IBAS-Pflege) an.

7.1 Umsetzung des Pflegeprozesses

Der Pflegeprozess ist das zentrale Instrument zur Organisation der individuellen Pflege. Er besteht aus sechs aufeinander folgenden Handlungsschritten, die zeitlich und inhaltlich strukturiert werden müssen.

↪ Informationssammlung

Die Informationssammlung findet zum Teil vor der Aufnahme sowie am Aufnahmetag statt und wird im Laufe der Versorgung weiter vervollständigt. Hierzu gehören:

- Personalien
- Wohnsituation
- Gesundheitszustand bzw. Krankengeschichte
- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Hilfsmittelversorgung
- Soziale Kontakte
- Notwendige Kontakte: Hausarzt, an der Pflege beteiligte Personen mit Adresse und Telefonnummer
- Biographie: (Kindheit, Familie, Berufsleben, besondere Ereignisse, Lebensorte, Hobbys, Freunde)

↪ Probleme / Ressourcen

Aus der Informationssammlung werden in Zusammenarbeit mit dem Bewohner und seinen Angehörigen die pflege- und betreuungsrelevanten Probleme und Ressourcen herausgefiltert.

↪ Ziele

Wir unterscheiden in Nah- und Fernziele. Um für den Bewohner akzeptable Nahziele definieren zu können, bedarf es der Berücksichtigung seiner Lebensziele, die wir als Fernziele definieren. Folgende Aspekte werden bei der Festlegung der Nahziele berücksichtigt:

- die Nahziele werden aus den Fernzielen entwickelt
- sie werden mit dem Bewohner besprochen und abgestimmt
- sie werden mit einem Überprüfungsdatum im Kalender geplant
- sie müssen konkret, realistisch und überprüfbar formuliert sein

↪ Maßnahmenplan ist gleich Pflegeplanung

Die Pflegeplanung wird handlungsleitend formuliert.

Er wird chronologisch nach der Reihenfolge der Lebensaktivitäten geplant.

Die Tätigkeiten werden in der Reihenfolge benannt, wo und wie sie durchgeführt werden.

Die Häufigkeit der Tätigkeiten, das eingesetzte Material, welche an der Pflege beteiligte Person sie durchführt sowie besondere Zeiten werden aus unseren Plänen sichtbar.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 21 von 65

☞ **Durchführungsphase**

In dieser Zeit wird die Pflege nach Plan durchgeführt.

☞ **Überprüfungsdatum**

Die Effizienz der Pflege wird am Stichtag beim Bewohner überprüft, um daraus neue Schritte für den nächsten Pflegezyklus festzustellen. Hieraus ergibt sich die überarbeitete Pflegeplanung. Dieser Schritt wird im Rahmen der üblichen Überprüfung und einer Pflegevisite durchgeführt, oder durch eine spontane Veränderung des Pflegezustandes auch außerhalb des Überprüfungsdatums notwendig werden.

7.2 Die individuelle Pflege

Zur Abstimmung der Pflege auf die Bedürfnisse des einzelnen Bewohners als Individuum müssen sowohl seine Fähigkeiten und Probleme als auch die wesentlichen Details seiner Biographie im Rahmen einer Pflegeanamnese bzw. der pflegerischen Ist-Analyse aufgenommen werden. Diese wird bereits bei der Aufnahme des Bewohners erstellt.

Sie beinhaltet neben den biographischen Details die ärztlichen und pflegerischen Diagnosen, die „11 Lebensaktivitäten“, welche auch Grundlage für die Pflegeeinstufung sind, sowie die sozialen Kontakte und speziellen Wünsche des Bewohners. Diese werden nach einer vom Bewohner, ggf. auch von seinem Angehörigen oder Betreuer akzeptierten Zielsetzung mit fachgerechten Pflegemaßnahmen beantwortet. Sie werden an anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Bedingungen ausgerichtet.

7.2.1 Arbeitsschritte zur Erstellung der Pflegeanamnese und Planung

Die Pflegeplanung wird in unserem standardisierten Dokumentationssystem schriftlich fixiert und in regelmäßigen Abständen auf den Erfolg überprüft und wenn nötig an den veränderten Zustand des Bewohners angepasst. Die Durchführung der Maßnahmen und der Allgemeinzustand wird im Rahmen der täglichen Dokumentation fixiert.

7.2.1.1 Ärztliche und pflegerische Diagnosen

Sie gehen aus Krankenhausberichten, Attesten von Hausärzten und Pflegeüberleitungsbogen hervor und müssen am Tag der Aufnahme vorliegen und in den Anamnesebogen eingetragen werden.

7.2.1.2 Lebensaktivitäten (LA)

Die Lebensaktivitäten werden am Aufnahmetag im Anamnesebogen aus der Sicht des Bewohners beschrieben, sodass daraus hervorgeht, welche Probleme und Ressourcen der Bewohner in den Aktivitäten hat.

7.2.1.3 Biographie

Um den Ursprung der Problemstellungen erforschen zu können, werden die biographischen Daten der Bewohner erfasst. Diese Erfassung ist speziell für Menschen mit zunehmenden mentalen Einschränkungen notwendig. Die Kenntnis über biographische Einzelheiten ermöglicht der Pflegekraft eine Reorientierung des verwirrten Bewohners durch für ihn vertraute Begriffe aus der Vergangenheit. Die Erfassung dieser Daten wird im Laufe der Zeit mit Hilfe der Angehörigen vervollständigt. Dies erfolgt u.a. durch ein „Kennenlern-

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 22 von 65

gespräch“ mit den Angehörigen, Mitarbeitern der Pflege- und Betreuung und ggf. Bewohnern, ca. 2 Wochen nach dem Einzug des Bewohners.

7.2.1.4 Erstplanung

Da nicht alle Probleme und Ressourcen aus den Aktivitäten in Gänze am Aufnahmetag deutlich werden, werden nur die LA geplant, die für den Grundsatz „erst planen, dann pflegen“ entsprechend der Pflegestufe notwendig sind.

Hierzu gehören folgende LA:

- Für Sicherheit sorgen
- Sich bewegen
- Sich waschen und kleiden
- Ausscheiden
- Essen und Trinken
- Kommunizieren

Diese Aufzählung schließt die anderen LA nicht aus, sondern zeigt auf, welche LA auf jeden Fall geplant werden müssen, soweit die Selbstpflegefähigkeiten sichtbar sind.

Dieser erste Plan wird in der folgenden Übergabe verbindlich mit allen Mitarbeitern besprochen und gilt bis zur nächsten Überarbeitung als verbindliche Grundlage für alle Mitarbeiter zur Aktivierung des Bewohners.

7.2.1.5 Folgeplanung

Die Überarbeitung dieses Planes sollte spätestens nach 14 Tagen durchgeführt werden.

Die Regelüberprüfung wird ab dann im Rhythmus von 12 Wochen terminiert und von der zuständigen examinierten Pflegekraft überarbeitet und im Pflegeteam besprochen.

Bei akuten Veränderungen wird die Folgeplanung sofort überarbeitet.

7.2.1.6 Eingewöhnungsprozess

Neben der pflegerischen Einschätzung und Planung wird der Bewohner auch psychosozial in der Eingewöhnungsphase begleitet. Die Bezugspflegekraft und die Mitarbeiter der sozialen Betreuung ergreifen dazu verschiedene Maßnahmen: Vorstellung von verschiedenen Beschäftigungsangeboten und Begleitung dorthin, Unterstützung bei der Findung von neuen sozialen Kontakten und bei der Einrichtung der neuen vier Wände nach eigenem Geschmack.

Nach den ersten 6 Wochen in der neuen Einrichtung wird der Bewohner mit Hilfe eines Fragebogens befragt, wie er sich subjektiv eingelebt hat. Die Ergebnisse des „Integrationsgesprächs“ und der Beobachtungen der Pflegekräfte und Mitarbeiter der sozialen Betreuung werden dokumentiert und daraus werden individuelle Maßnahmen in der Pflegeplanung definiert und umgesetzt. So können gegebenenfalls weitere Maßnahmen ergriffen werden, um beispielsweise die Orientierungsfähigkeit innerhalb der neuen Einrichtung zu verbessern. Hierbei sind auffällige Piktogramme, persönliche Gegenstände oder Bilder sehr hilfreich. Aber auch andere Wünsche des Bewohners bezüglich des Tagesablaufes (z.B. veränderte Aufstehzeiten), seiner Gewohnheiten oder der Beschäftigungsangebote werden erfasst, respektiert und umgesetzt.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 23 von 65

7.2.1.7 Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder / und Medizinprodukten

Die verantwortliche Pflegekraft organisiert in Zusammenarbeit mit Ärzten, Bewohnern, Angehörigen, Betreuern und dem externen Kooperationspartner die Versorgung mit adäquaten Hilfsmitteln und Medizinprodukten.

7.3 Sicherstellung der Informationsweitergabe

- Führung des Dokumentationssystems
- Übergaben von Schicht zu Schicht
- Fallbesprechungen - regelmäßig bzw. bei Notwendigkeit
- alle Pflegestufen werden mindestens jährlich und bei Bedarf evaluiert
- Dienstberatungen (1x monatlich)
- Dienstberatung der Leitungsmitglieder (2x monatlich)
- Besprechungsprotokolle mit Teilnehmerlisten
- Rundschreiben
- Aushänge auf den Etagen

7.4 Soziale Betreuung

7.4.1 Zielsetzung

Ziel der Sozialen Betreuung, in enger Verflechtung mit der Bezugspflege, ist eine Orientierung an einer hohen Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner unter besonderer Berücksichtigung der bisherigen Biographie und der bisherigen Lebensgewohnheiten. Sie soll die körperlichen, geistigen, sozialen und seelischen Bedürfnisse befriedigen und Hilfestellung bei der Bewältigung von Lebenskrisen geben.

Zusätzlich pflegt das „Haus Abendsonne“ regelmäßige und geplante Kontakte zu Vereinen und Organisationen im Sozialraum, mit dem Ziel für die Bewohner mehr soziale Kontakte herzustellen und ihnen eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung zu ermöglichen.

7.4.2 Allgemeine Soziale Betreuung

Die Soziale Betreuung ist ein organischer Bestandteil der ganzheitlichen Pflege. Parallel zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wird der Bewohner als soziales Wesen in einer Gemeinschaft von Menschen wahrgenommen und sein Bedürfnis nach sozialer Interaktion unterstützt und gefördert. Zu diesem Zweck werden Mitarbeiter für soziale Betreuung, ehrenamtliche Mitarbeiter und Zusatzkräfte unter Anleitung des Sozialarbeiters im Hause eingesetzt.

Diese Mitarbeiter befinden sich in enger Kooperation mit den Mitarbeitern der anderen Berufsgruppen, erkennen die sozialen Bedürfnisse der Bewohner und helfen ihnen dabei, sie umzusetzen. Unser Hauptinteresse gilt hierbei der Bekämpfung von Isolation, der Teilnahme an Gruppenaktivitäten sowie insgesamt der Förderung von Lebensfreude und Sinnerfüllung im Alter.

Die Abläufe der Betreuung werden mit den Abläufen der Pflege verzahnt und sinnvoll in die Tagesstruktur der Bewohner eingepasst.

Die beiden Hauptthemen der Betreuung sind

1. der längstmögliche Erhalt vorhandener Kompetenzen der Bewohner
2. interessante und Freude schaffende Beschäftigungsangebote

Deshalb werden die Mitarbeiter für Soziale Betreuung in folgenden Aufgabenbereichen tätig:

- Essentraining
- Sportgruppe (tägliche Mobilisierung)
- Spaziergänge, Rollstuhlausfahrten, Ausflüge
- Spezielle Einzelbetreuung (z. B. Wachkoma- und Schlaganfallpatienten)
- Chor
- Seidenmalgruppe
- Offene Beschäftigungsgruppe
- Quiz- und Spielegruppe
- Gartengruppe und Tiergehege
- Kreativ-Gruppe (Erstellen von kleinen künstlerischen Programmen)
- Tanztee
- Koch- und Backgruppe
- Bus-Ausflüge
- Keramikgruppe

Die Gruppenangebote werden auf ihre Bedürfnisnähe überprüft und ggf. angepasst oder ausgetauscht.

Gruppenangebote sind besonders geeignet, den Bewohnern Anreize für abwechslungsreiche Aktivitäten zu geben, Vereinsamung zu begegnen und die Gemeinschaft zu fördern.

Einzelangebote richten sich an Bewohner, die aufgrund kognitiver Defizite, Einschränkungen in der Mobilität oder anderer Handicaps nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können, oder aus eigenem Willen heraus Gruppenangebote ablehnen.

Die Ausgestaltung der Räumlichkeiten wird saisonal angepasst, die Bewohner werden aktiv miteinbezogen.

Die Ergebnisse der Betreuung werden dokumentiert und fließen in die Tagesberichte mit ein.

Die Mitarbeiter für Soziale Betreuung arbeiten bei der Erstellung der Pflegeplanungen eng mit den Bezugspflegekräften zusammen.

7.4.3 Soziale Betreuung nach § 43b SGB XI

Die Soziale Betreuung pflegebedürftiger Menschen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung erfasst den Personenkreis mit eingeschränkten Alltagskompetenzen.

Darunter sind in der vollstationären Unterbringung in erster Linie Menschen mit einer demenziellen Erkrankung zu verstehen.

Deshalb kommt für diesen Personenkreis das Prinzip der segregativen Betreuung zur Anwendung.

Ziel ist eine passgerechte und bedürfnisorientierte Betreuung, die dem Krankheitsbild Rechnung trägt, Ressourcen aktiviert, Defizite abmildert und die Lebensqualität der betreffenden Heimbewohner steigert.

Im Gegensatz zu den sonstigen Betreuungsangeboten im Haus wird hier der Anteil der begleiteten selbständigen Tätigkeit durch die segregative Anleitung und Übernahme durch den Betreuenden ersetzt.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 25 von 65

Damit wird dem genannten Personenkreis der Zugang zu Tätigkeitsfeldern eröffnet, die ihm ohne Hilfe und Betreuung verwehrt blieben:

Die „10-Minuten-Aktivierung“ stellt ein besonderes Angebot zum längstmöglichen Erhalt vorhandener Kompetenzen der Bewohner dar und ist eine Möglichkeit zur Gestaltung der Tagesstruktur.

Die Körperliche Aktivierung kann sowohl als Einzelbetreuung sowie als Gruppenbetreuung durchgeführt werden.

Auch diese Maßnahme ist für maximal 10 Minuten geplant und berücksichtigt den aktuellen Gesundheitszustand und die Ressourcen des Bewohners.

Ziel der Maßnahme ist der Erhalt der Motorik, Stabilisierung der Kreislauffunktionen und der Beweglichkeit des Bewohners.

Bestandteile der körperlichen Aktivierung sind:

- Gehtraining
- Gymnastik im Sitzen
- Training mit Gerätschaften (Ball, Stab, Tuch)
- Spaziergänge

Die Fähigkeit zum Singen und Musizieren bleibt bei demenzerkrankten Bewohnern erfahrungsgemäß sehr lang erhalten.

Die regelmäßige Nutzung dieser Ressource stabilisiert den Allgemeinzustand des Bewohners und steigert seine Lebensfreude.

Verwendet werden dabei Volkslieder und Schlager aus der Jugendzeit des Bewohners.

Für den Fall, dass noch ein Instrument beherrscht wird, werden im Haus Klavier, Gitarre, Mandoline und Keyboard vorgehalten.

Anknüpfend an die vorhandenen Ressourcen werden Karten- und Brettspiele, Strick- und Häkelzeug, Steckspiele und Mobiles angeboten.

Innerhalb der im Haus angebotenen Maltherapie wird eine Kleingruppe realisiert, die speziell auf die Möglichkeiten dementiell erkrankter Bewohner eingeht.

Die Gartenarbeit ergänzt den Aufenthalt im Freien mit einer Beschäftigung, die als sinngebend und als „Arbeit“ empfunden wird.

Die genannten Aktivitäten werden in Einzel- und Kleingruppen parallel zu den Gruppenaktivitäten des Wohnbereiches durchgeführt.

Dies ist möglich, da jeder Wohnbereich über drei Tagesräume verfügt, so dass sich die Betreuungsangebote harmonisch in die Abläufe der Bezugspflege einfügen.

Diese zusätzlichen Betreuungsmaßnahmen sind Bestandteil der Pflegeplanungen und dienen im Rahmen der gesamtpflegerischen Versorgung des Bewohners der Optimierung seiner Lebensbedingungen unter den Bedingungen der schweren Pflegebedürftigkeit.

7.4.4 Beratung und Einbeziehung der Angehörigen / Betreuer

Großer Wert wird auf eine beratende, begleitende und gemeinsam stützende Zusammenarbeit mit Angehörigen gelegt.

Im Mittelpunkt aller Maßnahmen steht die umfassende Befriedigung aller Bedürfnisse der Bewohner. Mehrmals im Jahr finden Veranstaltungen statt, zu denen dieser Personenkreis eingeladen wird.

Aushänge und Mitteilungen bieten die Möglichkeit der aktuellen Information.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 26 von 65

Halbjährlich werden den Angehörigen durch die Einrichtung thematische Angebote gemacht, die ihnen helfen sollen, Verständnis für die Situation ihrer Betreuten zu entwickeln und Hinweise für eine mögliche Unterstützung unserer Betreuungsarbeit geben. Für die Wissensvermittlung werden z.T. externe Fachkräfte gebunden.

Wir bemühen uns um Vermittlung zwischen Bewohnern und Angehörigen in Konfliktsituationen und erläutern in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt Angehörigen Krankheitsbilder und -verläufe, damit ein besseres Verständnis für die Befindlichkeit der Bewohner hergestellt werden kann.

Wir beurteilen unsere Betreuungsergebnisse am Befinden und an der Zufriedenheit der Bewohner sowie ihrer Angehörigen und Betreuer.

7.4.5 Die soziale Betreuung in den Bereichen Kultur- und Freizeitgestaltung

Hierbei wird entsprechend den finanziellen und personellen Möglichkeiten eine differenzierte Angebotspalette von Veranstaltungen und Aktivitäten umgesetzt. Ziel ist es, abgestimmt auf den jeweiligen gesundheitlichen Zustand des Bewohners, eine möglichst hohe Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben zu ermöglichen. Zu diesem Zweck werden regelmäßig wiederkehrende Aktivitäten angeboten:

a) wöchentliche Angebote (Musterplan)

	Maßnahme	Zeit	Ort
Montag	Betreuung nach § 43b SGB XI (einschließlich Esstraining, Mobilisierung und Einsatz Sinneswagen)	09:00 – 16:30 Uhr	Wohntagen bzw. Außengelände
	Sturzprophylaxe	10:00 Uhr	Anbau
	Kleine Sportgruppe	10:00 Uhr	Tagesraum 2. Etage
	Quiz + Spiele	15:15 Uhr	Anbau
Dienstag	Betreuung nach § 43b SGB XI (einschließlich Esstraining, Mobilisierung und Einsatz Sinneswagen)	09:00 – 16:30 Uhr	Wohntagen bzw. Außengelände
	Seniorenakademie	10:00 Uhr	Tagesraum 1. Etage
	Koch- und Backgruppe	09:15 Uhr	Tagesraum 3.Etage
	Rommee-Gruppe	15:00 Uhr	Tagesraum 1. Etage
	Hundetherapie (alle zwei Wochen)	15:00 Uhr	Tagesraum 3.Etage
Mittwoch	Betreuung nach § 43b SGB XI (einschließlich Esstraining, Mobilisierung und Einsatz Sinneswagen)	09:00 – 16:30 Uhr	Wohntagen bzw. Außengelände
	Musiktherapie	9:00-11:00 Uhr	am Bett und in den Tagesräumen
	Keramikgruppe	15:15-16:15 Uhr	Tagesraum 1. Etage
	Seidenmalerei	15:15 Uhr	Raum E 09
	Gartengruppe	15:15 Uhr	Garten

Donnerstag	Betreuung nach § 43b SGB XI (einschließlich Esstraining, Mobilisierung und Einsatz Sinneswagen)	09:00 – 16:30 Uhr	Wohntagen bzw. Außengelände
	Sturzprophylaxe	10:00 Uhr	Anbau
	Kino / Sitztanz / Kreativgruppe/ Busfahrt	14:30 Uhr	Saal / E09
	Foto - Club	15:15 Uhr	E 25
Freitag	Betreuung nach § 43b SGB XI (einschließlich Esstraining, Mobilisierung und Einsatz Sinneswagen)	09:00 – 16:30 Uhr	Wohntagen bzw. Außengelände
	Maltherapie	09:15 Uhr	Anbau
	Sanfte Seniorengymnastik	10:15 Uhr	Saal
	Gesangsgruppe	15:00 Uhr	Tagesraum 3. Etage / bzw. 4. Etage
Sonnabend	Betreuung nach § 43b SGB XI (einschließlich Esstraining, Mobilisierung und Einsatz Sinneswagen)	09:00 – 17:30 Uhr	Wohntagen bzw. Außengelände
Sonntag	Betreuung nach § 43b SGB XI (einschließlich Esstraining, Mobilisierung und Einsatz Sinneswagen)	09:00 – 17:30 Uhr	Wohntagen bzw. Außengelände

b) monatliche Angebote:

- Geburtstagsfeier des Monats (Gemeinschaftsveranstaltung)
- Gottesdienst

b) kalendarische Angebote:

Darunter sind große Gemeinschaftsveranstaltungen unter Mitwirkung von Unterhaltungskünstlern zu den jahreszeitlichen Anlässen zu verstehen. Zu diesen Veranstaltungen sind in der Regel auch die Angehörigen eingeladen.

- Osterfest
- Maifest
- Pfingstfest
- Sportfest
- Sommerfest
- Herbstfest
- Weihnachtsfest
- Silvesterfeier

7.5 Der Sozialdienst

Der Sozialdienst realisiert die Beratung und Betreuung der Bewohner zu allen sozialrechtlichen Fragen.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 28 von 65

Dazu gehören:

- Vermittlung und Beratung bei allen relevanten Themen.
- Die Aufnahme von Bewohnern, Hilfe und Beratung im Antragswesen und die Betreuung während der Integrationsphase.
- Die Lösungen von Problemen hinsichtlich defizitärer Sozialisationsprozesse sowie Beurteilung und Klärung bei individueller sozialer Not und individueller Bedürfnisse.
- Hilfestellungen bei der Vertretung gegenüber Behörden, Ämtern u.ä.
- Bearbeitung von Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Betreuungsgesetz

Angehörige, die nicht ihre älteren Verwandten, sondern ihre Ehepartner im „Haus Abendsonne“ unterbringen müssen, stehen fast immer unter einem besonderen seelischen Druck, da sich auch ihr eigenes Leben dramatisch verändert (Verlust des Partners als Lebens- und Gesprächsbegleiter, plötzliches Alleinleben in der gemeinsamen Wohnung, Ohnmachtsgefühle bezüglich der Krankheit des Partners, usw.). Deshalb wird im Rahmen der sozialen Betreuung eine spezielle Gesprächsgruppe „Ehepartner“ angeboten, die dabei helfen soll, sich mit der veränderten Lebenssituation der Eheleute auseinanderzusetzen, die Betroffenen aus ihrer Isolation herauszuholen, Gleichbetroffene kennenzulernen und gegenseitige Hilfe und Verständnis zu nutzen.

Um den künftigen Bewohnern und ihren Angehörigen die Heimaufnahme zu erleichtern und Berührungängste abzubauen, erfolgen im Vorfeld des Umzuges Hausbesuche. Das bietet auch den Vorteil, dass spezielle Wünsche und Gegebenheiten des zukünftigen Bewohners schon im Vorfeld abgeklärt und organisiert werden können.

7.6 Heimmitwirkung - Heimbeirat

Der Heimbeirat besteht sowohl aus Bewohnern als auch aus Angehörigen, die fast täglich in unserem Haus sind und den Heimbetrieb dadurch gut einschätzen können. Er versteht sich als Interessenvertreter aller Bewohner und kritischer Begleiter des Heimgeschehens. Bewohner besprechen im Küchenclub alle mit der Essenversorgung im Zusammenhang stehenden Fragen.

7.7 Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung / Betreuung Beteiligten

Die Leitung des „Hauses Abendsonne“ legt großen Wert darauf, dass zwischen allen Leistungsträgern eine auf die Belange der Bewohner ausgerichtete Zusammenarbeit besteht. Die ärztliche Versorgung erfolgt im Wesentlichen durch die Hausärzte, die unsere Einrichtung betreuen bzw. die vor Heimaufnahme bereits den Bewohner betreut haben. Jeder Bewohner kann seinen Arzt des Vertrauens wählen. Gemeinsam mit ihnen werden nicht nur medizinische Aspekte sondern auch Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität beraten. Zudem steht die Einrichtung in enger Kooperation mit einer Zahnärztin und Fachärzten u.a. der Fachrichtungen Neurologie, Urologie, Dermatologie und Chirurgie. Die genannten Fachärzte konsultieren regelmäßig und bei Bedarf die Bewohner im Rahmen eines Hausbesuches. Zusätzlich kann auch ein Ernährungsberater bei ernährungsrelevanten Fragen hinzugezogen werden.

Die Medikamentenversorgung ist durch einen Kooperationsvertrag mit einer Apotheke gewährleistet.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 29 von 65

Therapieangebote wie z.B. Krankengymnastik, Logopädie und Physiotherapie erfolgen durch die Inanspruchnahme von niedergelassenen Therapeuten, wiederum in enger Zusammenarbeit mit unserem Pflege- und Betreuungspersonal.

Durch intensive und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Verbänden und Beschäftigungsgesellschaften werden zusätzliche Möglichkeiten geschaffen, damit die Bewohner im Rollstuhl im Stadtgebiet spazieren oder zum Einkauf gefahren werden sowie kleine Ausflüge unternehmen können.

Ehrenamtliche Kräfte besuchen als feste Kontaktpartner einzelne Bewohner Heimbewohner und engagieren sich in der Veranstaltungstätigkeit des Hauses.

Bei regelmäßigen Verkaufsveranstaltungen können sich die Bewohner nach ihren Wünschen einkleiden.

Auf Wunsch können die Bewohner im Hause frisiert werden sowie Maniküre und medizinische Fußpflege in Anspruch nehmen.

8. Fort- und Weiterbildung

Der Träger sichert mit einer gezielten Fort- und Weiterbildung sowie mit der Möglichkeit der berufsbegleitenden Weiterbildung für alle Beschäftigten sowohl intern als auch extern, dass sie einerseits den aktuellen Wissensstand und andererseits die Möglichkeit zum Austausch und zur gegenseitigen Unterstützung erhalten. Die interne Fortbildung findet innerhalb der Arbeitszeit statt.

Die Einrichtung hält Fachliteratur vor.

Die Fortbildungspläne werden im Voraus auf der QM-Plattform veröffentlicht.

9. Qualitätsmanagement

Insgesamt besitzt die Pflege- und Gesundheitsversorgung in Deutschland ein hohes Qualitätsniveau. Dennoch lohnt es sich, die Frage nach der Qualität immer wieder zu stellen. Denn nur durch eine konsequente Qualitätspolitik, die sich um kontinuierliche Verbesserungen bemüht, können wir diesen Status erhalten.

Umfassendes Qualitätsmanagement, also die systematische, geplante und zielgerichtete Weiterentwicklung der Qualität auf allen Ebenen, ist ein zentrales Element unserer Unternehmenskultur.

Qualität ist letztlich was dem einzelnen Bewohner nützt.

Daher freuen wir uns über Rückmeldungen, die wir von Bewohnern, Angehörigen, Kooperationspartnern u.a. erhalten - sei es als Unterstützung für neue Leistungsangebote, aber auch als Kritik, wenn unsere Bemühungen um Qualität aus externer Sicht Defizite aufweist. In diesem Sinne möchten wir die Heimkonzeption auch als Einladung verstehen zum Dialog, um gemeinsam das Qualitätsprofil unserer Einrichtung zu verbessern.

9.1 Qualitätspolitik

Die Qualitätspolitik orientiert sich am Leitbild. Sie wird wie folgt ausgerichtet:

1. Als lebendiges und innovatives Dienstleistungsunternehmen verpflichtet sich die AZ EL zur Erfüllung der Kundenanforderungen und zur ständigen Weiterentwicklung

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 30 von 65

und Verbesserung der Dienstleistungen als wichtiger Bestandteil der Qualitätspolitik. Die Förderung des Qualitätsbewusstseins aller MA ist eine vorrangige Führungsaufgabe.

2. Wir begreifen den Wettbewerb auf dem Markt sozialer Dienstleistungen als Herausforderung für kundenorientiertes sowie qualitäts- und kostenbewusstes Arbeiten.
3. Wir wissen, dass der Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung die früher gewohnten Lebenshaltungskosten übersteigt. Unsere Preise werden offen deklariert und bewegen sich im mittleren Bereich für vergleichbare Einrichtungen.
4. Kontinuierliche Qualitätsverbesserung, Weiterbildung, transparentes Arbeiten und stetige Personalentwicklung sichern Pflege- und Betreuungsangebote auf einem hohen fachlichen Niveau. Die AZ EL stellt sich Überprüfungen des QMS.
5. Mit schlanken Strukturen, motivierten Mitarbeitenden, klaren Zielsetzungen und optimierten Arbeitsabläufen sorgen wir für eine wirksame, wirtschaftliche und qualitativ gute Dienstleistungserbringung. Wir pflegen einen sorgsamem und umweltgerechten Umgang mit den uns zur Verfügung stehenden Ressourcen.
6. Wir erbringen unsere Leistungen im Rahmen unseres Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereiches. Wir arbeiten teamorientiert und unterstützen uns gegenseitig und bereichsübergreifend. Wir verstärken unsere Kompetenzen durch regelmäßige und gezielte Aus- und Weiterbildung.
7. Wir pflegen ein offenes Arbeitsklima, indem wir einander respektvoll begegnen. Wir wählen den Zeitpunkt und den Ort für den Informationsaustausch bewusst und wissen, dass zu einer guten Arbeitsatmosphäre alle aktiv ihren Beitrag leisten.
8. Wir betrachten Information als gegenseitige Bringe- und als Holepflicht. Mit aktiver Information stärken wir das Interesse und motivieren zu einem gesamtverantwortlichen Handeln. Wir pflegen nach Innen und Außen eine offene Informationspolitik und verfügen über verständliche Dokumente und Broschüren.
9. Jeder unserer Mitarbeiter ist ein Repräsentant der AZ EL. Die Identifikation mit den Werten des Leitbildes und den Zielen der Einrichtung sowie die dauerhafte Verbesserung der eigenen Leistungen sind Forderungen, die wir an jeden Mitarbeiter stellen. Wir pflegen das Erscheinungsbild des AZ EL durch ein korrektes Auftreten unserer Mitarbeiter, eine kompetente Arbeitsweise und eine freundliche, einladende und wohnliche Atmosphäre.
10. Die AZ EL soll auch für die Mitarbeiter/innen Arbeitsstätte und Ort beruflicher Sinn-erfüllung sein. Mitarbeiter werden ernst genommen und erfahren Anerkennung und Förderung in fachlicher und persönlicher Hinsicht. Wir schaffen die Voraussetzungen, dass sie sich in ihrem Aufgaben- und Arbeitsbereich wohl fühlen. Im Rahmen von Mitarbeitergesprächen ermitteln wir den individuellen Bedarf, um alle Mitarbeiter zielorientiert und individuell zu fördern. Mit klaren Zielen, Verständnis und Wertschätzung fördern wir ihre Persönlichkeit und Kompetenz, das Leistungsvermögen und ein angenehmes Arbeitsklima. Wir legen Wert auf eine sorgfältige Einarbeitung von neuen Mitarbeitern.
11. Unsere bauliche Infrastruktur nimmt auf weniger oder nicht mehr mobile Bewohnerinnen und Bewohner Rücksicht. Wir legen Wert auf zweckmäßige und funktions-tüchtige Räume sowie Hilfsmittel; sie sind eine wichtige Voraussetzung um motiviert und effizient arbeiten zu können. Bewohnerinnen und Bewohner sollen sich in einer gepflegten, wohnlichen und hygienischen Umgebung wohl fühlen können.

12. Sofern die Platzverhältnisse und der Betrieb es zulassen, haben die Bew die Möglichkeit ihr Zimmer individuell und biographieorientiert zu gestalten.
13. Wir bieten unseren Bewohnerinnen und Bewohnern Tagesstrukturen und Aktivitäten, welche das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden fördern.
14. Die geistige, körperliche und soziale Autonomie unserer Bewohnerinnen und Bewohner sollen so weit als möglich und so lange wie möglich erhalten bleiben. Sie erfahren Zuneigung, Pflege und Betreuung. Dabei beachten wir die individuelle Intimsphäre und die persönlichen Bedürfnisse und Befindlichkeiten. Wir nehmen ihre Anliegen ernst, und wir bemühen uns, ihren Wünschen entsprechen zu können. Bei der Integration von neuen Bewohnerinnen und Bewohnern zeigen wir Verständnis und Geduld. Der gegenseitige Kontakt unter den Mitbewohnern soll besonders gefördert und spezielle Ereignisse gemeinsam gefeiert werden.
15. Wir unterstützen die Kontakte mit den Angehörigen sowie mit den Vereinen in der Region (Sozialraum) und bieten den Bew die Möglichkeit, mit dem Geschehen im nahen und weiteren Umfeld in Verbindung zu bleiben.
16. In Gesprächen und Kontakten suchen wir nach Möglichkeiten, die Angehörigen mit einzubeziehen.
17. Wir pflegen eine gute Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen (Ärzte, Seelsorger, Beratungsstellen usw.) sowie unseren Kooperationspartnern.

9.2 Qualitätsziele

Unser vorrangiges Qualitätsziel ist die langfristige qualitative und quantitative Bestandssicherung und –erweiterung mit der Bestimmung von Stärken und Verbesserungspotenzialen, der Umsetzung der Verbesserungspotenziale und die Weiterentwicklung des QMS.

Unsere Qualitätsziele sind in der Übersichtsliste Kennzahlen aktuell geführt, die Bewertung und Steuerung unserer Leistungen findet in der Dienstberatung der Leitungsmitglieder kontinuierlich statt.

Die Wettbewerbsorientierung und Wirtschaftlichkeit dient der langfristigen Zukunftssicherung des Hauses. Dieses Ziel beeinflusst maßgeblich die Weiterentwicklung, die Entwicklung neuer Ideen und die Beschreitung neuer Wege.

Im Einzelnen soll die Zukunftssicherung erreicht werden durch:

- Konzentration auf Kernkompetenzen und deren wirtschaftliche Absicherung
- Prozessorientierter Einsatz der vorhandenen personellen und materiellen Ressourcen,
- Öffentlichkeitsarbeit – Darstellung der Leistungen nach innen und außen

9.3 Zur kontinuierlichen Messung und Verbesserung des QMS werden folgende Instrumente eingesetzt

9.3.1 Analyse qualitätsrelevanter Daten

In der Dienstberatung der Leitungsmitglieder werden Bereichsübergreifend Messungen und Analysen geplant, überwacht, ausgewertet und Verbesserungsmaßnahmen veranlasst. Hierzu dient u.a. die regelmäßige Ermittlung und Steuerung von Kennzahlen:

- Quartalsabschlüsse

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 32 von 65

- Belegungsstatistiken (Pflegestufen, Kapazitätsauslastung, Freihaltetage)
- Personalschlüssel einschließlich Stundenkonten, Krankenquote
- Anspruchsberechtigte nach § 43 b
- Verletzungen durch Stürze
- Decubiti

Weitere Steuerungselemente sind die Kooperationsbeziehungen und Lieferantenbewertung, die Kundenrückmeldungen und die Personalentwicklung.

9.3.2 Erstellung und Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen

Alle qualitätsrelevanten Vorgabe- und Nachweisdokumente sind auf QM-Plattform für jeden Mitarbeiter von jedem PC aus nutzbar. Somit ist sichergestellt, dass ausschließlich aktuelle Formulare im Umlauf sind, und jeder Mitarbeiter jederzeit Zugriff hat.

9.3.3 Kundenrückmeldesystem und Beschwerdemanagement

Das Verfahren zum Feedback-/Beschwerdemanagement ist einheitlich geregelt, und die Mitarbeiter in der Vorgehensweise geschult.

Persönlich geäußerte Beschwerden werden sofort vom angesprochenen Mitarbeiter auf dem Formular Kundenrückmeldungen notiert und an die jeweiligen Vorgesetzten weitergeleitet. Der Beschwerdeführer erhält eine Kopie als Nachweis.

Bewohner, Angehörige und Besucher haben zudem die Möglichkeit ihre Meinung auf dem Formular *Helfen Sie uns besser zu werden*, zu äußern (auch anonym).

Die Auswertung sowie die mögliche Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen und Steuerung erfolgt in den Dienstberatungen der Leitungsmitglieder, die Ergebnisse werden dann in den jeweiligen Bereichen besprochen.

Zwischen- und Endstand sowie Lösungen werden dem Beschwerdeführer kommuniziert. Ziel, ist die Zufriedenheit beim Beschwerdeführer zu erreichen.

9.3.4 Interne Audits und Begehungen

Ein wichtiges Führungsinstrument für die Bewertung der Wirksamkeit des QMS sind interne Audits. Es soll ermittelt werden, ob die Qualitätspolitik umgesetzt und die Qualitätsziele realisiert werden. Es wird auch festgestellt, ob die eingeführten Prozesse zu Erreichung der Ziele effektiv und effizient geeignet und aufrechtzuerhalten sind.

Interne Audits werden jährlich durch die QMB sowie internen und externen Auditoren in allen Bereichen durchgeführt. Die Auswertung und Steuerung erfolgt in der Dienstberatung der Leitungsmitglieder. Die Überprüfung der Einhaltung von Fristen obliegt den jeweiligen Vorgesetzten.

2x jährlich findet eine Hausbegehung mit der PDL, QMB, Sicherheitsbeauftragten, Hygienefachkraft, und dem Betriebsrat statt, mit Protokollierung, Aufzeigen von Handlungsbedarf sowie Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung. Diese ergänzen die qualitätssichernden Maßnahmen.

9.3.5 Weitere Regelungen

Neue Mitarbeiter werden nach einem Einarbeitungskonzept angelernt. Während der Einarbeitungszeit finden mindestens drei Gespräche mit dem jeweiligen Vorgesetzten statt. Die Einarbeitung ist für jeden neuen Mitarbeiter erforderlich, sie muss abhängig von der Berufserfahrung, der Qualifikation des neuen Mitarbeiters und im Hinblick auf das spätere Aufgabengebiet unterschiedlich gestaltet werden. Der neue Mitarbeiter soll das Einarbei-

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 33 von 65

tungskonzept kennen und danach systematisch, umfassend und zielorientiert in das zukünftige Aufgabengebiet eingearbeitet werden.

Die geplante und systematische Einarbeitung soll zur Sicherheit, Motivation und Zufriedenheit der neuen Mitarbeiter beitragen. Sie ist damit ein wichtiger Baustein zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit, zur Reduzierung von Mitarbeiterfluktuation und nicht zuletzt zur effektiven Nutzung der Personalressourcen.

Mitarbeiterbezogene Visiten evaluieren die Fachlichkeit aller Pflegemitarbeiter, um z.B. die Überprüfung der direkten Pflege am Bewohner von Pflegekräften einzuschätzen. Sie dient der systematischen Reflexion der Arbeit der professionell Pflegenden.

Pflegevisiten mit Ergebnisbesprechungen werden nach einem festgelegten Turnus durchgeführt. Sie bilden eine Möglichkeit, die Qualität der Pflege zu beurteilen sowie zu optimieren und mit dem Bewohner die Ziele und Maßnahmen zu vereinbaren. Die Pflegevisite ist ein Planungs- und Bewertungsinstrument, das bewohner- und mitarbeiterorientiert durchgeführt wird. Sie dient der Qualitätssicherung der Pflege.

Personalgespräche mit Bewertung finden planmäßig jährlich statt, Anreize zur Entwicklung und Verbesserung werden durch die Einbindung in das Vergütungssystem gesteuert.

In **Fallbesprechungen** besprechen alle an der Pflege Beteiligten die Pflegesituation eines Bewohners mit dem Ziel einer Verbesserung seiner Lebenssituation sowie zur Vereinbarung von Lösungen für Pflegeprobleme. Sie dienen der Entwicklung abgestimmter Verhaltens- und Vorgehensweisen.

Fachliteratur wird allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt.

Fortbildungsmaßnahmen werden (lt. Fortbildungsplan und individuell bedarfsorientiert) angeboten und systematisch auch in den Teams ausgewertet, in die Pflege- und Betreuungspraxis implementiert und die Umsetzung in der Pflegepraxis überprüft.

Qualitätszirkel sind kontinuierliche Arbeitsgruppen, in denen Mitarbeiter an der Lösung eines / oder mehrerer Probleme zusammenarbeiten. Ebenso werden Standards entwickelt, angewendet (Expertenstandards) und weiterentwickelt.

Bewohnerbefragung

Mindestens alle 2 Jahre werden die Bewohner zu ihrer Zufriedenheit befragt.

Mitarbeiterbefragung

Auch die Mitarbeiterzufriedenheit wird immer wieder im Rahmen von Befragungen evaluiert. Unter dem Motto *nur wer mitmacht, kann mitgestalten* finden diese mindestens alle 2 Jahre statt.

Erstellt: Lmg	Geprüft: Böhlke, Rehfeld, Schmidt, Meister, Zimmermann	Dateiname: Heimkonzeption.doc	
Datum: 12.05.10	Datum: 01.01.22	Revision: 01.01.22, Ver. 12	Seite: 34 von 65

Anlage A: Sonderkonzeption

Zur Betreuung von mobilen, erheblich verhaltensauffälligen Menschen mit einer medizinisch-therapeutisch nicht beeinflussbaren Demenz in einer stationären Wohngruppe der Altenzentrum „Erfülltes Leben“ gemeinnützige GmbH



Inhaltsverzeichnis

1. Zielvorstellungen	37
1.2 Zielgruppe	38
2. Räumliche und sachliche Ausstattung	38
3. Personalkonzept	40
3.1 Verantwortung und Kompetenzen	41
4. Organisation der Pflege	42
4.1 Pflege theoretische Grundlagen (Leitbild und Pflege theorie Nancy Roper)	42
4.1.1 Leitbild der Wohngruppe	42
4.1.2 Pflegemodell	42
4.2 Pflege- und Betreuungsprozess	44
4.3 Vorbereitung, Überleitung und Einzug	45
4.4 Die ersten Wochen im neuen Zuhause	46
4.5 Spezielle gerontopsychiatrische Pflege	46
4.5.1 Beziehungsgestaltung und Kommunikation	46
4.5.2 Validation	47
4.5.3 Basale Stimulation	47
4.5.4 Biographiearbeit	47
4.5.5 Lebensbuch	48
4.5.6 Erzählcafé	48
4.5.7 Soziale Betreuung / Beschäftigungsangebote	48
4.5.8 Ergotherapie	52
4.5.9. therapeutische Raum- und Milieugestaltung	55
4.5.9.1 Tagesstruktur.....	57
4.5.9.2 Gestaltung der letzten Lebensphase.....	58
4.6 Pflegedokumentation	59
4.7 Innerbetriebliche Kommunikation/ Informationsweitergabe	59
4.8 Zusammenarbeit und Beratung mit Angehörigen, Ehrenamtlern und anderen an der Pflege und Betreuung Beteiligten/Kooperationsvereinbarungen	60
5. Unser Leistungsangebot	60
5.1 allgemeine Pflegeleistungen	60
5.1.1 Angebotsspektrum	61
5.2 Verpflegung und Hauswirtschaft	61
6. Fort- und Weiterbildung	63
7. Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung	63
7.1 Qualitätsmanagement	63
7.1.1 Erstellung und Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen	64
7.2 Beschwerdemanagement/ Interessenvertretung	64
7.3 Prüfung der Ergebnisqualität	65
7.3.1 Audits und Begehungen	65

1. Zielvorstellungen

Um den spezifischen Bedürfnissen demenziell erkrankter Pflegebedürftiger noch besser entsprechen zu können, müssen die bisher praktizierten Betreuungsformen in der vollstationären Pflege hinterfragt werden. Die allgemeine Erfahrung in der Altenpflege zeigt, dass stationäre Wohngruppen eine sinnvolle Ergänzung der bisherigen Versorgungsformen sind. Die Konzeption hat zum Ziel, die individuelle Realität der Menschen mit Demenz in den Vordergrund zu stellen und zu akzeptieren. Damit ergibt sich die Möglichkeit adäquat auf die Gefühle und Bedürfnisse der Bewohner einzugehen. Das erfordert multiprofessionelle Teamarbeit, bei der verschiedenen Methoden zur Anwendung kommen:

- Kompetenzorientierte Betreuungsangebote
- Beziehungsalltag und Kommunikation
- Validation
- Biographiearbeit
- Milieutherapie
- Basale Stimulation.

Mit dem Konzept und dessen Umsetzung will sich die Altenzentrum „Erfülltes Leben“ gGmbH der Herausforderung der Zunahme an Demenzerkrankungen stellen und den jetzigen sowie zukünftigen Bewohnern einen Raum bieten, in dem sie Geborgenheit und Förderung erfahren, damit ihre Fähigkeiten so lange wie möglich erhalten bleiben und sie sich ganz in ihrem Sein angenommen fühlen.

Das Leben findet in der Wohngruppe mit 13 Bewohnern statt.

Pflege, Leben und Wohnen sind miteinander verknüpft mit dem Ziel, dass der Einzelne nach seinen Fähigkeiten und Bedürfnissen leben kann.

Der Tag wird durch alltägliche Abläufe strukturiert, wie in einer Familie.

Dies bedeutet z.B. größtmögliche Selbstbestimmung beim Aufstehen und Zubettgehen, bei der Intensität der Morgentoilette, bei der Wahl der Kleidung, der Mahlzeiten und ihre Zubereitung, das gemeinsame Einkaufen, Spaziergehen oder kleinere hauswirtschaftliche Tätigkeiten.

Das Pflege-/Betreuungspersonal unterstützt die Bewohner bei diesen Abläufen und stimmt sich dazu eng mit den Therapeuten, den Haus- und Fachärzten sowie den Angehörigen ab.

Der Grundsatz unserer Arbeit mit demenziell Erkrankten lautet:

LASSEN STATT KORRIGIEREN.

Wichtig ist uns im alltäglichen Leben die Erhaltung und Förderung verbliebener Ressourcen sowie die Einbeziehung von Angehörigen in den Betreuungsprozess.

Den Bewohnern ist das Verbleiben in der gewohnten Umgebung bis zum Lebensende möglich. Den Sterbeprozess wollen wir gemeinsam mit den Angehörigen und allen an der Pflege Beteiligten würdevoll gestalten.

Die Gründung der Dementen-Wohngruppe wird ermöglicht, im Rahmen einer Kapazitätsaufstockung mit An-/Umbaumaßnahmen am Pflegeheim „Haus Abendsonne“ von 100 auf 113 Plätze.

Sie wird aufgrund der abgegrenzten Räumlichkeiten und der besonderen Zielgruppe eigenständig geführt mit einer separaten Angebotslandschaft sowie einer abgegrenzten Personalausstattung und -entwicklung. Dennoch sind Synergieeffekte der Bereiche gewollt z.B. gemeinschaftlich organisierte jahreszeitliche Feste, Nutzung von Funktionsräumen, die Heimmitwirkung im Rahmen der „Heim-Interessenvertretung“ die sich aus Vertretern (Bewohner, Tagesgäste, Angehörige) der genannten Einrichtungen zusammensetzt sowie der Caterer rVD. Ltd. der von den Einrichtungen in Anspruch genommen wird oder werden kann.

1.2 Zielgruppe

Zur **Aufnahme** in die gerontopsychiatrische Wohngruppe kommen Personen mit einer mittleren bis schweren Demenz, die medizinisch-therapeutisch nicht beeinflussbar ist und von einem unabhängigen Facharzt (Neurologen, Psychiater, Gerontologen) oder erfahrenen Hausarzt unter Anwendung des Mini-Mental-Status diagnostiziert wurde.

Voraussetzungen für die Aufnahme in die Wohngruppe sind weniger als 18 Punkte im Mini-Mental-Status-Test und der dokumentierte Nachweis massiver Verhaltensauffälligkeiten, ermittelt durch systematische Verhaltensbeobachtung zweimal im Abstand von zwei Wochen mittels der Cohen-Mansfields-Skala (das Ausmaß muss mindestens einmal im dunkelgrauen Bereich oder dreimal im hellgrauen Bereich liegen). Bei Neuaufnahmen werden die Aufzeichnungen und die Verhaltensbeobachtungen der bisherigen Betreuungspersonen berücksichtigt.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Wohngruppe muss mindestens der **Pflegegrad 3** vorliegen, die Mobilität muss soweit erhalten sein, dass der Pflegebedürftige an Gruppenaktivitäten und am Gemeinschaftsleben teilnehmen kann.

Die Vorbereitung der Aufnahme erfolgt in enger Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen, den Betreuern, dem Sozialdienst, der verantwortlichen Pflegefachkraft, und dem Betroffenen.

Ausschlusskriterien für die Aufnahme sind Immobilität (Bettlägerigkeit) und/oder fremdgefährdendes Verhalten. Bei voranschreitenden körperlichen Bewegungseinschränkungen **nach** Aufnahme, besteht die Möglichkeit in der Wohngruppe bis zum Lebensende zu verbleiben. In diesen Fällen werden spezielle Pflegehilfsmittel für den Transfer, durch die Einrichtung vorgehalten bzw. Bewohnerbezogen (persönlich angepasst), durch ärztliche Verordnung über die Krankenkassen beantragt und finanziert wie z.B. Pflegerollstühle.

2. Räumliche und sachliche Ausstattung

Unsere Wohngruppe ist barrierefrei und bietet mit insgesamt 400 qm ein großzügiges Raumangebot für den Aufenthalt, die Betreuung und Pflege von 13 pflegebedürftigen älteren Menschen. Aufgrund der kleinen Versorgungseinheit mit 13 Bewohnern kann den an Demenz Erkrankten (kognitiv eingeschränkt, aggressiv, depressiv, verhaltensauffällig) mehr Sicherheit und Geborgenheit vermittelt werden, als in großen Pflegeeinrichtungen. Unsere Erfahrungen zeigen, dass gerade Einzelzimmer zur „Vereinsamung“ führen können, daher

erfolgt die Belegung bevorzugt in Doppelzimmern. Diese dienen konzeptionell eher als Rückzugsbereich bzw. Schlaf-/Ruhestätte. Die 6 Doppelzimmer mit einer Größe von ca. 30 qm und ein Einzelzimmer mit einer Größe von ca. 14 qm, bieten den Bewohnern einen wohnlichen Komfort, der mit Hilfe der Angehörigen möglichst persönlich gestaltet wird. Jedes dieser Zimmer verfügt über ein eigenes behinderten-/rollstuhlgerechtes Bad/WC. Im Rahmen der räumlichen Synergie mit dem Altenzentrum, kann bei Bedarf das Pflegebad der Ebene 1 mitgenutzt werden. Zusätzlich wird für den Bedarf ein Einzelzimmer in der Gesamteinrichtung vorgehalten (ZBV) um z.B. Bewohner mit ansteckenden Erkrankungen/Keimen während der akuten Behandlungsphase aus dem Zweibettzimmer zu isolieren. Weiterhin kann es für die individuelle Betreuung des Bewohners in seiner letzten Lebensphase genutzt werden. Alle Bewohnerzimmer sind mit einem Schwesternruf ausgestattet. Um ein unbemerktes und unbeaufsichtigtes Verlassen der Bewohner zu vermeiden, ist der Notausgang mit einem Türwächter ausgestattet; zusätzlich ist sie farblich so gestaltet, dass sie sich von umliegenden Wänden nicht hervorhebt. Die Tür zum Funktionsbereich ist zur Wohngruppe hin in der Wandfarbe gehalten, damit ein „Verirren“ der Bewohner vermieden werden kann.

Durch eine entsprechende Milieugestaltung soll erreicht werden, dass sich Bewohner mit Weglauftendenzen sicher fühlen und der Drang, den Wohnbereich zu verlassen, gemildert wird.

Zentral gelegen befinden sich in der Wohngruppe ein großzügiger Wohn/Beschäftigungsbereich (105 qm) inklusive einer Wohnküche sowie ein freier Zutritt zum „Demenzgarten“. Sitzgelegenheiten und Sofas laden zum Ausruhen und geselligen Beisammensein ein.

Das Dienstzimmer (6qm) vervollständigt das Raumangebot. Es ist ausgestattet mit einem PC-Arbeitsplatz. Die gesamte Pflegedokumentation wird über das Software Programm „IBAS-pflege“ geführt. Das Nebenraumangebot (Arbeitsräume rein/unrein) entspricht den Bedarfen.

Die offene Raumstruktur des großzügigen Wohn-/Essbereichs und die Lage des Dienstzimmers wurden so gewählt, damit die Pflegekräfte die Bewohner sowohl im Gemeinschaftsraum als auch im großzügig gehaltenen Gartenbereich optimal im Blick haben.

Der eingefriedete Außenbereich, der so genannte „Demenzgarten“ (195 qm) ist jederzeit zugänglich und wird speziell auf die Belange von demenzerkrankten Personen ausgerichtet, sowohl von der farblichen Gestaltung als auch der Bepflanzung.

Die Gestaltung des gesamten Bereiches erfolgt in beruhigenden/warmen Farbtönen. Orientierungshilfen wie beispielsweise Piktogramme o. eigene Fotos werden verwendet.

Im Rahmen der Beschäftigungsangebote werden verschiedenste Hilfsmittel eingesetzt bspw. Karten- und Brettspiele oder Musikinstrumente jeglicher Art sowie Hanteln und Gewichtsbänder für die Durchführung der Sturzprävention. Um das Prinzip der basalen Stimulation umsetzen zu können arbeitet die Wohngruppe unter anderem mit einem mobilen Snoezelwagen auch Sinneswagen genannt.

Das Haus hält eine umfassende Hilfsmittelausstattung, die der Mobilisation der Bewohner und der Gesunderhaltung der Mitarbeiter dient, vor. Dazu gehören u.a. Gleitmatten, Duschstühle, -lifter, Toilettenstühle und Aufstehhilfen. Bei einem ermittelten Dekubitusrisiko stellt das Haus prophylaktische Antidekubitusmatratzen zur Verfügung. Zur weiteren

Grundausrüstung gehören zudem hauseigene Rollstühle, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, eine Rollstuhlwaage und Pflegewagen mit Pflegemitteln sowie Geschirr.

3. Personalkonzept

Die Tagesstruktur und Tagesablaufgestaltung orientiert sich ausschließlich an den Bedürfnissen der Bewohner und nicht an der Organisationsstruktur der Einrichtung. Der Mehraufwand an Personaleinsatz durch zusätzliche Begleitung, Krisenintervention, einfühlsame Gespräche sowie zielgerichtete Reizpotenzierung, kann durch die reguläre Pflegeeinstufung nicht abgedeckt werden. Der Ausgleich erfolgt über einen erhöhten Pflegegeschlüssel. Der Personalschlüssel richtet sich nach dem Personal- und Pflegestufenschlüssel des Rahmenvertrages gemäß Anlage A § 75 Abs. 1 und 2 SGBXI zur vollstationären Pflege zur Betreuung von mobilen, erheblich verhaltensauffälligen Menschen mit einer medizinisch-therapeutisch nicht beeinflussbaren Demenz. Zur Sicherstellung der Ziele der Wohngruppe beschäftigen wir geeignetes und kompetentes Pflegefachpersonal sowie qualifizierte Pflegekräfte. Die pflegefachliche Leitung obliegt der Pflegedienstleitung der Gesamteinrichtung (in Vollzeit/ 40 Stunden). Sie verfügt über eine Zusatzqualifikation als gerontopsychiatrische Fachkraft (400 Std), die innerhalb von drei Jahren nach Übernahme der Tätigkeit nachgewiesen wird. Die stellvertretende Pflegedienstleitung weist eine mindestens zweijährige Erfahrung im Bereich der Gerontopsychiatrie/ Psychiatrie auf. Die Teamleitung der Wohngruppe ist eine examinierte Pflegefachkraft und absolviert ebenso eine gerontopsychiatrische Weiterbildung (400 Std.). Die Aufgaben der Teamleitung bestehen dabei insbesondere in der fachlichen Planung und Führung des Pflegeprozesses, der Pflegedokumentation, des Dienstplanes und der Dienstbesprechungen.

Sozialarbeiterische Tätigkeiten und Aufgaben der Qualitätssicherung werden im Rahmen der Personalsynergie durch den Sozialdienst und der QMB des „Hauses Abendsonne“ prozentual (S 1:150 – QMB 1:150) übernommen.

Das Betreuungsteam setzt sich weiterhin aus Pflegefachkräften, aus Pflegekräften, einem Ergotherapeuten sowie aus Präsenzkraften (u.a. mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten), zusammen, die über fachliche Grundkenntnisse im Umgang mit demenzerkrankten Menschen verfügen (120 Std.- Basiskurs Gerontopsychiatrie). Durch die Dienstplangestaltung wird sichergestellt, dass immer eine Pflegefachkraft anwesend ist, die die Planung, Anleitung, Durchführung und Kontrolle aller Tätigkeiten gewährleistet. Die Bezugspflege wird durch das wohngruppeneigene Pflege- und Betreuungspersonal im 3-Schicht-System sichergestellt. Alle Mitarbeiter der Wohngruppe werden mind. 1x jährlich entsprechend ihres Aufgabengebietes geschult.

Die Wohngruppe erbringt für berechtigte Bewohner, die gemäß § 45 a SGB XI einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweisen, zusätzliche Betreuungsleistungen. Dafür hält die Einrichtung zusätzliches geschultes Betreuungspersonal im Verhältnis 1:20 vor.

Auch Mitarbeiter im Rahmen von Mehrarbeitsbeschäftigung wie MAE werden nach Möglichkeit und bei entsprechender Eignung eingesetzt. Diese Mitarbeiter haben keine Auswirkungen auf den Stellenplan.

Die teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter haben laut Arbeitszeitkontenmodell die Option auch bis zu 40 Stunden eingesetzt zu werden, dies ist abhängig von der Belegungssituation der Wohngruppe. Die einzelnen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche der Mitarbeiter sind im Organigramm und den jeweiligen Stellenbeschreibungen geregelt.

Das Altenzentrum ist ein Ausbildungsbetrieb und bildet kontinuierlich Altenpfleger/-innen aus. Neu hinzukommende Mitarbeiter, Kranken- und Altenpflegeschüler, Berufspraktikanten werden anhand eines schriftlich formulierten Einarbeitungskonzepts eingearbeitet. Aushilfen, die nur kurzzeitig bei uns mitarbeiten, werden eingeführt und angeleitet.

3.1 Verantwortung und Kompetenzen

Das alltägliche Leben wird von permanent anwesenden Bezugspersonen zusammen mit den Bewohnern und gegebenenfalls den Angehörigen organisiert.

Die konventionelle Trennung zwischen den Bereichen Hauswirtschaft, Pflege und soziale Betreuung ist im Wohngruppenkonzept aufgehoben. Die kontinuierliche Präsenz von Personen gibt den Bewohnern Stabilität und Sicherheit, die sie aus dem familiären Umfeld gewohnt sind.

Tätigkeitsschwerpunkte aller Mitarbeiter sind die am Lebensalltag orientierten hauswirtschaftlichen und grundpflegerischen Tätigkeiten und die Begleitung der Bewohner im Tagesablauf. Die Leitung der Wohngruppe übernimmt die Teamleitung.

Spezielle Aufgaben der einzelnen Mitarbeiter sind wie folgt festgelegt:

Pflegefachkraft: verantwortlich für den Pflege und Betreuungsprozess
Beaufsichtigung und Durchführung von Grund- und Behandlungspflege, Begleitung von Visiten, Koordinierung von Terminen, Prophylaxen, Erheben der Pflegeanamnese und der Biographie, Erstellung der Pflegeplanung, Anleitung der diensthabenden Mitarbeiter, Beratung bei der Bewältigung des Alltags in der Wohngruppe

Präsenzkraft / MA soziale Betreuung: arbeitet unter Anleitung, verantwortlich für die Betreuung, Pflege und Hauswirtschaft

Die Präsenzkraft gestaltet den Alltag mit den Bewohnern biografieorientiert und auf die Bedürfnisse der Bewohner abgestimmt. So werden die Bewohner beispielsweise in hauswirtschaftliche und alltägliche Tätigkeiten miteinbezogen. Ebenso erfolgt durch die Präsenzkräfte eine aktivierende Betreuung der Bewohner, sowie die Planung und Durchführung der Tagesstrukturierung. Die Gestaltung und Umsetzung der Essenssituationen inklusive aller vor- und nachbereitenden Tätigkeiten ist ein weiterer Aspekt ihrer Arbeit.

Die Präsenzkraft/ MA soziale Betreuung führt darüber hinaus verschiedene Betreuungs-/Beschäftigungsangebote durch:

- Vorlesen aus Büchern
- gemeinsames Singen und Musizieren, insbesondere alte Volks- und Wanderlieder, Heimat- und Kirchenlieder
- gemeinsame Gartenarbeiten im Sommer
- Spaziergänge
- Mitwirkung bei Spiel-, Bastel- und Malgruppen

Übergeordnete Gruppenarbeit, Beschäftigungstherapie, Ergotherapie, Einzelbetreuung in bestimmten Fällen, Mahlzeitenvorbereitung, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Präsenz bei Gruppenaktivitäten, übernimmt Vorratshaltung der Lebensmittel, die Wäscheversorgung, dokumentiert Beobachtungen bei jedem einzelnen Bewohner

4. Organisation der Pflege

4.1 *Pflegetheoretische Grundlagen (Leitbild und Pflegetheorie Nancy Roper)*

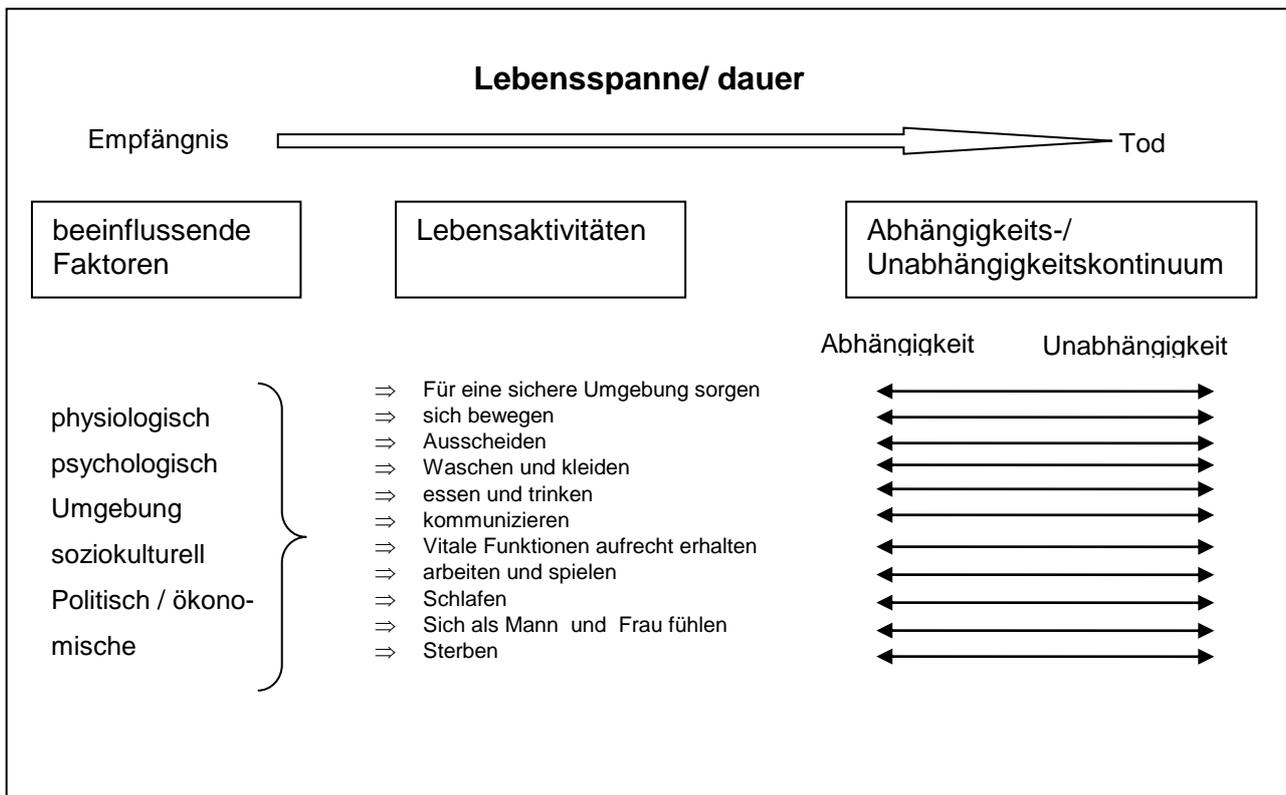
4.1.1 Leitbild der Wohngruppe

Grundlage der Handlungsorientierung ist das gemeinsam mit allen Mitarbeitern entwickelte Leitbild des Altenzentrums „Erfülltes Leben“. Hier werden zentrale Aussagen zum Pflegeverständnis, Menschenbild und Gestaltung der Pflege gemacht und zur Sichtweise der Bedürfnisse der Bewohner, ihres sozialen Umfeldes und der Mitarbeiter. Das Leitbild hängt öffentlich aus und ist handlungsorientierend für alle Mitarbeiter des Altenzentrums „Erfülltes Leben“.

4.1.2 Pflegemodell

Der Begriff Pflege ist in unserer Einrichtung in Anlehnung an das Modell von Nancy Roper und den Grundsätzen des SGB XI im Pflegeleitbild definiert.

Das Pflegemodell von Nancy Roper setzt sich aus fünf Komponenten zusammen. Wir haben uns für dieses sehr praktikable Modell entschieden, da es nachvollziehbar ist und die angemessene Grundlage unseres Handelns darstellt. Es dient als Basis der in unserer Einrichtung prozesshaft organisierten und individuell auf den Bewohner ausgerichteten Pflege.



VI. Lebensspanne

Da Frau Roper die Lebensspanne von der Empfängnis bis zum Tod definiert, ist das Modell in allen Lebensphasen anwendbar. Für die übliche Inanspruchnahme der Tagespflege wird allerdings davon ausgegangen, dass eine Begleitung des Sterbeprozesses nicht zum unmittelbaren Aufgabenprofil der Einrichtung gehören kann.

VII. Faktoren, die das Leben beeinflussen

Die fünf Faktoren wirken sich auf die einzelnen Aktivitäten aus. Sie müssen zu der Feststellung der Probleme und Ressourcen in den einzelnen Aktivitäten zugrunde gelegt werden. Um die Ausrichtung der Problemstellung in den einzelnen Aktivitäten nachvollziehen zu können, ist es notwendig herauszufinden, ob das beobachtete Verhalten eine umgebungsabhängige Gewohnheit ist, ein Problem aufgrund von körperlicher Krankheit oder z. B. auf einer psychischen Einschränkung basiert, oder ob das Verhalten durch politisch-ökonomische oder sozio-kulturelle Faktoren des Menschen begründet ist. Nur die Feststellung der Ausrichtung der Probleme und der vorhandenen Ressourcen lässt die bewohnerorientierte Problembewältigung nach dem Pflegeprozess zu.

VIII. Lebensaktivitäten

Die Lebensaktivitäten stehen im Mittelpunkt des Modells. Sie bestimmen das menschliche Verhalten und bieten die Grundlage zur Ausgestaltung der Pflege. Die Lebensaktivitäten müssen im Zusammenhang betrachtet werden, da zum Beispiel Einschränkungen in der

Mobilität Auswirkungen in den Selbstpflegefähigkeiten mit sich bringen können.

IX. **Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum**

Das Kontinuum dient der genauen Analyse der Einschränkungen der Selbstpflegefähigkeiten. Da das Kontinuum keine Graduierung zur Festlegung der Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit des Menschen in den einzelnen Aktivitäten vorsieht, bedienen wir uns der Einteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) aus der Begutachtungsrichtlinie zur Einstufung des Hilfebedarfs.

Der MDK sieht vier Einteilungen vor.

1. **Selbständig:** die Aktivitäten können in der Regel selbständig durchgeführt werden, möglicherweise verlangsamt, erschwert oder mit Hilfsmitteln,
2. **überwiegend selbständig:** Die Aktivitäten können zum größten Teil selbständig durchgeführt werden, es entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson (Impulsgebung, motivierende Aufforderungen, richten/zurechtlegen von Gegenständen, punktuelle Übernahme von Teilhandlungen)
3. **Überwiegend unselbständig:** Die Aktivitäten können nur zu einem geringen Anteil selbständig durchgeführt werden. Es sind aber Ressourcen zur Beteiligung vorhanden. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwendige Motivation voraus.
4. **Unselbständig:** Die Aktivitäten müssen von einer bzw. zwei Pflegepersonen übernommen werden, da die Person sie nicht mehr selbständig durchführen kann, auch nicht in Teilen.

X. **Individualität im Leben**

Die Art und Weise der Durchführung der einzelnen Aktivitäten ist abhängig von der Persönlichkeit des Menschen und muss im Rahmen der Pflege berücksichtigt werden.

4.2 Pflege- und Betreuungsprozess

Definition:

Pflege- und Betreuungsprozess = systematische, bewohnerorientierte Pflege und Betreuung
Pflegeplanung bzw. Betreuungsplanung = geplanter, ganzheitlich orientierter Pflege- bzw. Betreuungsverlauf, der mit dem Pflegeteam, dem Ergotherapeuten bzw. der Betreuungskraft (wenn möglich mit dem Bewohner) besprochen und schriftlich festgelegt wird.

In der Wohngruppe wird nach dem ganzheitlichen Pflegesystem gearbeitet.

Die anwesende Pflegefachkraft und die Betreuungskraft sind verantwortlich für den gesamten Pflege- bzw. Betreuungsprozess.

Unser Pflege- und Betreuungsprozess besteht aus einer Reihe von logischen voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten:

Erster Schritt: Informationssammlung

- Kennenlernen des Bewohners, Gewohnheiten, Biographieerhebung
- Möglichkeiten und Kräfte erkennen
- Einschränkungen erfassen
- Grad der Hilfsbedürftigkeit sehen
- durch Gespräche mit dem Bewohner und seinen Angehörigen (Eigen- und Fremdanamnese)
- Übergabeberichte vom Krankenhaus / Sozialstation / Arzt
- Beobachtungen des Verhaltens und Bewertung durch das Personal
- Sichtung mitgebrachter Sachen

Zweiter Schritt: Erkennen der Pflege- und Betreuungsprobleme und Ressourcen

- Anhand der Informationen legen die beteiligten Pflege- und Betreuungspersonen die Ressourcen (Fähigkeiten, auf denen aufgebaut werden kann) und Probleme (Einschränkungen) schriftlich fest.

Dritter Schritt: Festlegung der Pflege- und Betreuungsziele

- Die Pflege- und Betreuungsziele geben die Richtung der geplanten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen zur Veränderung der Situation an.

Ziele müssen realisierbar und erreichbar sein und in Teilzielen formuliert werden.

Merkmale: Konkrete, qualitative und quantitative Hinweise, möglichst knapp.

Vierter Schritt: Planung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen

- Mit welchen Mitteln können festgelegte Ziele erreicht werden? Welches Problem wird wie angegangen?

Fünfter Schritt: Durchführung der Pflege- und Betreuungsdokumentation

- Die Pflege und Betreuung wird, wie im Plan festgehalten durchgeführt.

Sechster Schritt: Überprüfung der Pflege und Betreuung (Auswertung/Evaluation))

- Anhand der festgelegten Ziele bekommen die Pflegenden und Betreuungskräfte ein Instrument in die Hand, das ihnen die Möglichkeit bietet, die Arbeit auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Wurden die aufgestellten Ziele erreicht, ist die Pflege in diesem Punkt beendet bzw. die Maßnahmenplanung hat zum Ziel geführt und kann kontinuierlich so weitergeführt werden. Ist dies nicht der Fall, müssen die Ziele angepasst und unter Umständen neue Maßnahmen erarbeitet werden (Regelkreis).

Mit Hilfe der sechs Schritte kann das interdisziplinäre Team einen Plan erstellen, der individuell auf den Bewohner ausgerichtet ist.

- Mindestens quartalsmäßige Evaluation der Pflegeplanungen der Bewohner sowie bei Veränderungen bzw. bei Bedarf sofort.

Unterstützenden Charakter haben hier:

- 14 tägige Hausarztvisiten und bei Bedarf
- regelmäßige Teambesprechungen
- regelmäßige, interdisziplinäre Fallbesprechungen
- der monatliche Bericht der Ergotherapie
- regelmäßige Weiterbildungen
- Fachärztliche Begleitung durch ortsansässige Neurologen, Gerontologen, Psychiater, Dermatologen, Urologen

4.3 Vorbereitung, Überleitung und Einzug

Die gerontopsychiatrische Betreuung beginnt mit der Überleitung des Bewohners im Vorfeld des Einzuges.

Kontakte und Gespräche mit den Angehörigen, dem Hausarzt und der verantwortlichen Leitung unserer Wohngruppe geben uns erste Einblicke zum aktuellen Ist-Zustand des Betroffenen. Nach Abwicklung der Aufnahmeformalitäten durch Betreuer oder Angehörige,

empfehlen wir zur Orientierung die Gestaltung des zukünftigen Zimmers mit persönlichen Gegenständen wie Bilder, Lieblingsdecke, eigene Bettwäsche usw.

Vor dem Einzug versuchen wir, anhand unserer Anmeldeformulare, folgende Vorabinformationen zu bekommen:

- bisherige biographische Entwicklung (Biographiebogen)
- das soziale Umfeld, wie Wohnraum und Bezugsperson
- der gegenwärtige geistige- und körperliche Zustand und die Medikation (ärztlicher Fragebogen)
- Vorlieben und Abneigungen des zukünftigen Bewohners

Zum Einzug des neuen Bewohners wird eine Tageszeit gewählt in der in der Wohngruppe eine Ruhepause herrscht, wie z.B. nach dem Mittagessen. Auf diese Weise wird dem Bewohner ein Stressfaktor durch die neuen Außeneindrücke genommen. Der Einzug kann in einer stressfreien und ruhigen Atmosphäre vollzogen werden. Es sollte möglichst die engste Bezugsperson und eine Pflegekraft den Bewohner in den nächsten Stunden in seinem neuen Umfeld begleiten. Dies kann zum Beispiel auch in Form eines ersten gemeinsamen Essens geschehen.

4.4 Die ersten Wochen im neuen Zuhause

Mit den Aktivierungsmaßnahmen in der ersten Eingewöhnungszeit wird langsam begonnen. Die Reaktionen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Bewohnerakzeptanz werden dokumentiert. Aktivierungsangebote teilen sich auf in die Arbeit mit dem Einzelnen, die von den Pflegekräften gemäß den vereinbarten Interventionen regelmäßig im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege oder bestimmten Freizeiten durchzuführen sind. Ebenso Gruppenangebote die einen festen Platz im wöchentlichen Rhythmus haben. In den regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen werden die ersten Resultate besprochen. Bei Bedarf werden die geplanten Maßnahmen angepasst.

Die Eingewöhnungsphase wird in einem Gespräch mit den Angehörigen/Betreuern nach ca. sechs Wochen protokolliert ausgewertet.

Da sich demenzielle Erkrankungen durch mentale Abbauprozesse kennzeichnen, sind die Aktivierungsmaßnahmen sowie Pflegemaßnahmen kontinuierlich zu überprüfen und dem geistig-körperlichen Potential des Bewohners anzupassen.

4.5 Spezielle gerontopsychiatrische Pflege

Um die durch eine demenzielle Erkrankung bestehenden Defizite in den 12 ATL's aufzufangen und zu kompensieren bedarf es nachfolgender, spezieller therapeutischer, ressourcenorientierter, nachhaltiger Maßnahmen.

4.5.1 Beziehungsgestaltung und Kommunikation

Ein festes Team gebildet aus Pflegefachkräften, Pflegekräften, Ergotherapeut und Präsenz-/ Betreuungskräfte tragen zur Kontinuität und Sicherheit im Alltag bei. Im Rahmen der personellen und räumlichen Möglichkeiten werden die Bewohner von ihren zugeordneten pflegerischen Bezugspersonen kontinuierlich, individuell und umfassend betreut.

Der Bewohner und die ihm zugeordneten Pflegekräfte entwickeln ein besonderes Vertrauensverhältnis. Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit sind so leichter erfahrbar. Auch demenziell veränderte Menschen sind in der Lage, die Bezugspflegekraft wieder zu erkennen. Der Bezugspflegekraft ist es möglich, über sich als Person positiven Einfluss auf den psychischen Zustand des Bewohners zu nehmen. Bezugspflege erleichtert Biografiearbeit

und Pflegeplanung. Insbesondere werden Ressourcen stärker wahrgenommen. Der individuelle Pflegeprozess wird von der Bezugspflegekraft gesteuert und in regelmäßigen Abständen evaluiert.

Denkfähigkeit und Gedächtnis lassen bei Menschen mit Demenz im Laufe der Erkrankung immer mehr nach. Das Empfinden von Gefühlen bleibt jedoch erhalten. Beziehungsgestaltung und Kommunikation müssen deshalb von **Echtheit und Wärme** geprägt sein. Wo Worte immer mehr an Bedeutung verlieren, wird das Verstehen und Einsetzen von nonverbaler Kommunikation umso wichtiger.

4.5.2 Validation

Validation bedeutet, sich in die Welt der Demenzkranken einzufühlen. Die Methode der Validation ist eine Möglichkeit, die Gefühle hinter einem oft unverständlichen Verhalten zu erkennen, ohne dieses Verhalten zu beurteilen oder zu korrigieren. Dies bedeutet, dass zunächst erst einmal die verwirrenden Äußerungen der Dementen durch das Personal als Realität angenommen werden. Es wird nicht von der jetzigen Realität, der Gegenwart, ausgegangen, sondern es wird versucht, sich in die Realität des Bewohners hineinzusetzen. Hierbei geht es um **Wertschätzung, Akzeptanz und Empathie** gegenüber den Betroffenen und eine Integration in den Alltag der Wohngruppe.

4.5.3 Basale Stimulation

In der Arbeit mit Dementen soll die Anregung durch Basale Stimulation im normalen Tagesablauf aufgenommen werden.

Dies kann u. a. durch verschiedene Strukturen an den Wänden, die befühlt werden können, Gerüche und Düfte, die sich auf dem Wohnbereich und in den Bewohnerzimmer befinden, durchgeführt werden. Anreize sollen auch in die tägliche Körperhygiene einfließen. So können verschieden Waschungen oder Hilfsmittel verwendet werden, um die Sinne zu stimulieren.

Auch die Gestaltung des Zimmers z. B. durch die Installation von Lichterketten kann die Sinneswahrnehmung trainieren.

4.5.4 Biographiearbeit

Jeder Mensch definiert seine Person über das, was er erlebt und erreicht hat. Eine dementielle Erkrankung nimmt den Betroffenen nach und nach die Erinnerungen und damit das Bewusstsein dafür, wer sie sind. Deshalb ist es umso wichtiger, dass die Mitarbeiter in der Wohngruppe wissen, was die Menschen, die sie betreuen, in ihrem bisherigen Leben kennzeichnete und prägte. Indem sie auf individuelle Gewohnheiten und Verhaltensmuster eingehen, stärken sie die persönliche Identität und gleichzeitig das Selbstwertgefühl des Betroffenen.

Die Biographiearbeit ist zentraler Ausgangspunkt des Demenzkonzeptes der Wohngruppe. Das Wissen über die Biographie der Bewohner hilft, Normalität zu schaffen – „normal“ ist das, was der einzelne Bewohner in seiner Geschichte als normal kennengelernt hat. Der Austausch über die persönliche Lebensgeschichte führt zu Geborgenheitsgefühl und Wertschätzung beim Bewohner und lässt die Betreuer manches gezeigte Verhalten verstehen und gibt ihnen die Möglichkeit, persönlichkeitsorientiert zu reagieren.

In die Biographiearbeit sind Angehörige bzw. weitere nahestehende Personen eng einzubeziehen. Der Beginn dieser Zusammenarbeit erfolgt bereits vor dem Einzug bzw. im so genannten „Kennenlerngespräch“ nach der Aufnahme des Bewohners in die Gruppe. Die Biographiedokumentation muss ständig überarbeitet werden, denn Vorlieben und Gewohnheiten können sich ändern!

Zur Biographiearbeit gehören neben der engen Zusammenarbeit mit Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen noch weitere Methoden:

- Die Sichtung der mitgebrachten Sachen z.B. Kleidung, Fotoalben, Schriftstücke oder auch Dekorationsgegenstände.
- Aufmerksames Zuhören besonders auf beiläufige Äußerungen achten, sie offenbaren gelegentlich wesentliche Einstellungen des Bewohners
- die Beobachtung des gesamten Verhaltens des Bewohners und Bewertung desselben.
- Einzel- und Gruppengespräche zu vorgegebenen Themen z.B. Familienleben, Schulzeit usw.
- Aktivitätsorientierte Biographiearbeit z.B. singen, basteln, alltägliche Dinge wie Tisch decken.
- Die biographische Gruppenarbeit vereint beide voran genannten Methoden, hier können z.B. Gegenstände oder Fotos mit Gegenständen aus vergangener Zeit angeschaut werden und dazu Fragen gestellt oder Stichworte gegeben werden.

Damit Biographiearbeit gelingen kann, ist ein vertrauensvoller Umgang wesentlich. Dieser muss geprägt sein durch ehrliche Zuwendung und Feingefühl durch das Personal.

4.5.5 Lebensbuch

Im Betreuungsbereich soll für jeden einzelnen Bewohner ein sogenanntes „Lebensbuch“ geführt werden. Dieses soll wichtige Stationen des Lebens darstellen und die Identität erhalten. In einzelnen Gesprächen mit den Bewohnern und den Angehörigen, kann dieses Buch ergänzt werden. Zur Anregung der Gespräche sollen Gegenstände, Fotos, Bilder, Haushaltsgegenstände, Gegenstände aus dem jeweiligen Beruf oder Themen aus dem früheren Leben verwendet werden.

4.5.6 Erzählcafé

Das Erzählcafé dient dem Erhalt von Gedächtnisinhalten.

In lockerer und gemüthlicher Atmosphäre können Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter über frühere Ereignisse sprechen. Themen könnten u. a. sein

- Wie wurde früher gekocht?
- Wie wurde früher erzogen?
- Wie gestaltete sich früher das Familienleben?
- Wie gestalteten sich Ausflüge?
- Wie wurde Berufstätigkeit und Familie in Einklang gebracht?

4.5.7 Soziale Betreuung / Beschäftigungsangebote

Während die Beschäftigungstherapie mit geistig-mobilen Bewohnern ziel- und ergebnisorientiert arbeitet, sind die Angebote in der Betreuung an Demenz Erkrankter grundsätzlich

prozessorientiert gestaltet. Hierbei ist es besonders wichtig, an das vertraute „Arbeitsgefühl“ bzw. „Hausarbeitsgefühl“ zu erinnern, den diffusen Bewegungsdrang zu akzeptieren und ihn nach Möglichkeit zu kanalisieren.

Um das gewährleisten zu können müssen geschlechtsspezifische und biographieorientierte Angebote vorgehalten werden.

Da das Kurzzeitgedächtnis nachlässt, muss vor allem auf das Langzeitgedächtnis zurückgegriffen werden, um Identität zu erhalten. Die Konzentration ist häufig sehr gering, kann aber durch entsprechende Atmosphäre verbessert werden. Auch muss vermehrt auf die noch abrufbaren Sinne zurückgegriffen werden: Geruch (z. B. typische Weihnachtsdüfte), Tastsinn, Musik (z. B. Volkslieder, die vielfach gesungen wurden und frühere Erinnerungen an die Schulzeit wachrufen können), Auswendiggelerntes (wie Gedichte, Sprichwörter etc.), automatisierte Abläufe (Abtrocknen).

Die allmählich abfallende Leistungskurve und die aktuelle Tagesform machen eine regelmäßige Anpassung der Beschäftigungsangebote notwendig. Sie sind individuell, situationsabhängig und flexibel zu planen und sollten den Bewohnern genügend Freiraum geben sich bei Bedarf entfernen zu können. So lassen sich frustrierende und angstmachende Überforderungen vermeiden.

Eine häufig auftretende Begleiterscheinung in der Demenz ist der gestörte Tag- Nacht-Rhythmus. Für die Bewohner bieten wir ein „Nachtbistro“ an. Hier erhalten sie Gesprächsangebote in Verbindung mit einem Getränk oder einer kleinen Mahlzeit.

Weitere tagesstrukturierende Angebote:

- Esstraining
- Demenzangepasste Sturzprävention
- Sanfte Seniorengymnastik
- Sitztanz
- Musik- und Singkreis
- Gedächtnistraining
- Märchen und Geschichten
- Spaziergänge, Rollstuhl Ausfahrten
- Spezielle Einzelbetreuung (z. B. Antiaggressionstraining)
- Offene Beschäftigungsgruppe
- Quiz- und Spielegruppe
- Gartengruppe und Tiergehege
- Themenbezogene Gesprächskreise, z. B. Ostern, Nikolaus, Musik, Politik
- Gestalten mit jahreszeitlichem Thema, z.B. bedrucken von Geschenkpapier, Herstellung von Glückwunschkarten, Dekoration
- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, z.B. Kochen und Backen, Tisch decken, Wäsche legen
- Bus-Ausflüge z.B. Tierpark, Stadtrundfahrten

Diese besonderen Betreuungsangebote werden an allen Wochentagen vorgehalten.

Kalendarische Angebote:

Darunter sind große Gemeinschaftsveranstaltungen unter Mitwirkung von Unterhaltungskünstlern zu den jahreszeitlichen Anlässen zu verstehen. Zu diesen Veranstaltungen sind in der Regel auch die Angehörigen eingeladen.

- Osterfest
- Maifest
- Pfingstfest

- Sportfest
- Sommerfest
- Herbstfest
- Weihnachtsfest

Die Ausgestaltung der Räumlichkeiten wird saisonal angepasst, die Bewohner werden aktiv miteinbezogen.

Die Ergebnisse der Betreuung werden dokumentiert und fließen in die Tagesberichte mit ein.

4.5.7.1 Soziale Betreuung nach § 43b SGB XI

Die Wohngruppe erbringt neben der in 5.5.7 beschriebenen sozialen Betreuung für berechnete Bewohner, die gemäß § 45 a SGB XI einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweisen, zusätzliche Betreuungsleistungen.

Die Soziale Betreuung pflegebedürftiger Menschen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung erfasst den Personenkreis mit eingeschränkten Alltagskompetenzen.

Ziel ist eine passgerechte und bedürfnisorientierte Betreuung, die dem Krankheitsbild Rechnung trägt, Ressourcen aktiviert, Defizite abmildert und die Lebensqualität der betreffenden Bewohner steigert.

Im Gegensatz zu den sonstigen Betreuungsangeboten in der Einrichtung wird hier der Anteil der begleiteten selbständigen Tätigkeit durch die segregative Anleitung und Übernahme durch den Betreuenden ersetzt.

Damit wird dem genannten Personenkreis der Zugang zu Tätigkeitsfeldern eröffnet, die ihm ohne Hilfe und Betreuung verwehrt blieben:

Anknüpfend an die vorhandenen Ressourcen werden Karten- und Brettspiele, Strick- und Häkelzeug, Steckspiele und Mobiles angeboten.

4.5.7.2 Die „10-Minuten-Aktivierung“

Sie stellt ein besonderes Angebot zum längst möglichen Erhalt vorhandener Kompetenzen der Bewohner dar und ist eine Möglichkeit zur Gestaltung der Tagesstruktur ohne den Bewohner zu überfordern.

Die Körperliche Aktivierung kann sowohl als Einzelbetreuung sowie als Gruppenbetreuung durchgeführt werden.

Auch diese Maßnahme ist für maximal 10 Minuten geplant und berücksichtigt den aktuellen Gesundheitszustand und die Ressourcen des Bewohners.

Ziel der Maßnahme ist der Erhalt der Motorik, Stabilisierung der Kreislauffunktionen und der Beweglichkeit.

Bestandteile der körperlichen Aktivierung sind:

- Gehtraining
- Gymnastik im Sitzen
- Training mit Gerätschaften (Ball, Stab, Tuch)
- Spaziergänge

4.5.7.3 Musiktherapie

Die Fähigkeit zum Singen und Musizieren bleibt bei demenzerkrankten Personen erfahrungsgemäß sehr lange erhalten. In der musiktherapeutischen Arbeit geht es um den Prozess des Austauschs von Erinnerungen, Erfahrungen und den damit verbundenen Gefühlen. Die regelmäßige Nutzung dieser Ressource stabilisiert den Allgemeinzustand des Betroffenen und steigert seine Lebensfreude. Verwendet werden dabei Volkslieder und Schlager aus der Jugendzeit des Bewohners. Für den Fall, dass noch ein Instrument beherrscht wird, werden in der Einrichtung Klavier, Gitarre, Mandoline und Keyboard vorgehalten.

Passive Musiktherapie

Durch das passive Musikhören können Erinnerungen wachgerufen werden, die mit diesen Klängen emotional verbunden sind.

Die passive Musiktherapie ist im Verlauf ähnlich zu Freizeitangeboten wie etwa dem Singkreis.

Bewohnern mit Agitiertheit kann damit geholfen werden, auch mit motorischer Unruhe und gesteigertem Bewegungsdrang. Betroffene Bewohner sollen sich über die Therapie hinaus entspannen.

Zurückgezogene und einsame Menschen sollen neue soziale Kontakte knüpfen können, etwa durch die Teilnahme an Gruppenaktivitäten.

Immobiler Bewohner werden durch neue Sinneseindrücke vor Deprivation geschützt.

Ggf. können Höraufgaben gestellt werden, um die Konzentration des Bewohners auf das Stück zu erhöhen, etwa:

- Welche Instrumente können Sie heraushören?
- Aus welcher Zeit kann das Stück stammen?
- Aus welchem Land könnte der Komponist stammen?
- Wir fragen den Bewohner, welche persönlichen Erinnerungen er mit der Musik verbindet.

Das Musikhören wird thematisch in andere Aktivitäten eingebunden, wie etwa Gedichte lesen, deren Stimmung zum Lied passt oder den Bewohner ermuntert sich im Takt zu bewegen. Fotos des Sängers oder der Sängerin sowie alte Zeitungsausschnitte können helfen, sich in die Vergangenheit zurückzusetzen und Emotionen wiederzubeleben.

Singkreis

Lieder zu singen hat in der Generation unserer Bewohner einen sehr hohen Stellenwert. Es war in den Familien, in der Schule oder im Freundeskreis oftmals üblich, gemeinsam zu musizieren und zu singen. Musik hat die Fähigkeit, Erinnerungen wachzurufen und gleichzeitig Stimmungen zu beeinflussen. Insbesondere dementiell erkrankte Bewohner können sich Texte leichter merken, wenn diese mit einer Melodie verknüpft sind. Vor allem im späteren Krankheitsverlauf ist Gesang einer der wenigen verbleibenden Zugangswege zur Gefühlswelt der Senioren. Es fällt Betroffenen zumeist leichter zu singen als zu sprechen. Zudem verbessert Singen die körperliche Verfassung. Es stärkt die Atmung und den Kreislauf und es trägt zu einem besseren Körpergefühl bei.

Die Ziele des Singkreises sind:

- Aktivierung unserer Bewohner durch Singen, Klatschen und Musizieren
- Entspannung und Spaß vermitteln
- Förderung der Kommunikation unter den Bewohnern und Stärkung des Gemeinschafts-sinnes
- Abbau von Aggressionen

- Wecken positiver Erinnerungen
- Ablenken von Schmerzen
- Verbesserung des Selbstwertgefühls
- sprachgestörten Bewohnern eine Möglichkeit geben, sich auszudrücken
- Training des Gedächtnisses
- Verbesserung der Atmung
- Verbesserung der körperlichen Fähigkeiten durch Mitschunkeln, Klatschen und Trommeln
- Raum schaffen für Gefühle wie Freude, Ängste, Trauer usw.

4.5.7.4 Kunst- /Malthherapie

Die in der Einrichtung angebotene Malthherapie wird als Kleingruppe realisiert, die speziell auf die Möglichkeiten dementiell erkrankter Personen eingeht.

Kunsttherapie kann bei unruhigen Bewohnern die Konzentration fördern, sie soll die Lebensfreude und Orientierungsfähigkeit unterstützen. Deshalb steht für sie nicht die Analyse der Bilder im Vordergrund, sondern das Malen selbst soll den Bewohnern nützen. Dabei wird zum Beispiel auf Motiv- und Farbwahl geachtet; Rot kann anregend, Blau beruhigend wirken. Sich an ein festes Motiv zu halten kann orientierend und konzentrationsfördernd wirken. Motive wiederum, die sich nach den Jahreszeiten richten (z.B. sprießende Knospen im Frühjahr, Windmühlen im Herbst), erleichtern die zeitliche Einordnung und knüpfen an die Außenwelt an. Das weckt auch Erinnerungen, die zum Erzählen verleiten können. Das künstlerische Tun in der Gruppe gibt dem Einzelnen die Möglichkeit, sich zu entspannen oder ins Gespräch zu kommen.

Weiterhin besteht die Möglichkeit sich kreativ mit Tonarbeiten, Papierarbeiten im Rahmen der Beschäftigung auszuleben.

Die Gartenarbeit z.B. an den Hochbeeten ergänzt den Aufenthalt im Freien mit einer Beschäftigung, die als sinngebend und als „Arbeit“ empfunden wird.

Märchen sind nicht nur eines der ältesten Kulturgüter unserer Zivilisation. Sie sind im Bewusstsein unserer Gesellschaft verankert. Für Kinder bedeuten Märchen die erste Berührung mit Literatur und Erwachsene erinnern sich zeitlebens an sie. Daher gehören Märchen zu den tiefsten und nachhaltigsten Eindrücken, die ein Mensch im Leben erfährt. Denn Märchen, so heißt es, sind Nahrung für die Seele. Ohne zu verkindlichen und mit dem Anspruch, zwar erkrankte aber erwachsene Personen zu betreuen, wollen wir mit ausgewählten, zielgruppengerechten Märchen und Geschichten einen Zugang zum Langzeitgedächtnis von demenzerkrankten Bewohnern schaffen und eine Brücke in die Erinnerung bauen. Die Märchen sollen dem Bedürfnis nach Wiedererkennen und Sicherheit entgegenkommen. Weiteres Ziel ist die positive Einflussnahme auf herausfordernde Verhaltensweisen.

Die genannten Aktivitäten werden in Einzel- und Kleingruppen parallel zu den Gruppenaktivitäten durchgeführt.

Dies ist möglich, da die Wohngruppe über großzügige Räumlichkeiten verfügt, so dass sich die Betreuungsangebote harmonisch in die Abläufe der Bezugspflege einfügen.

Diese zusätzlichen Betreuungsmaßnahmen sind Bestandteil der Pflegeplanungen und dienen im Rahmen der gesamtpflegerischen Versorgung des Bewohners der Optimierung seiner Lebensbedingungen unter den Bedingungen der Pflegebedürftigkeit.

4.5.8. Ergotherapie

Diese Aktivierungs- und Betreuungsarbeit beinhaltet nicht nur das Ziel der Beschäftigung, sondern beinhaltet immer einen therapeutischen Aspekt.

Die ergotherapeutische Arbeit kann präventive, erhaltende oder rehabilitierende Ansätze haben. Die allgemeinen Ziele der ergotherapeutischen Maßnahmen beinhalten u.a. funktionell-erhaltende, geistig-anregende und sowie psycho-sozial stabilisierende Maßnahmen:

- Fördern und Erhalten der körperlichen und geistigen Mobilität
- Aktivierung und Stärkung von Hirnleistungsfunktion
- Förderung der sozialen Kontakte und Kommunikation
- Anpassen des Umfeldes an die Bedürfnisse der Bewohner
- Kreative Beschäftigung mit biographischem Bezug
- Gemeinschaft und Lebensfreude fördern und unterstützen

Die ergotherapeutische Betreuung erfolgt bewohnerbezogen und orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Bewohner.

Die Ergotherapie steht in engem Kontakt mit der für den jeweiligen Bewohner zuständigen Bezugspflegefachkraft und wird von dieser in die Pflegeplanung integriert.

Gemeinsam werden die ergotherapeutischen Ziele und Maßnahmen geplant, festgelegt, dokumentiert und geprüft.

Angebote der Ergotherapie

Wahrnehmungstraining (Perzeptionstraining)

Wahrnehmung ist eine subjektive, durch unsere Sinnesorgane gewonnene, im Gehirn verarbeitete Vorstellung der Umwelt. Jedes Sinnesorgan ist durch seine Lage und Funktion auf bestimmte Reize spezialisiert.

Je nachdem, welcher Sinnesbereich gestört ist, werden entsprechende Reizangebote gemacht.

Ziele:

- Beeinflussung von Wahrnehmungsstörungen
- Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Verbesserung der Sinne
- Stimulation, Stabilisation und Differenzierung basaler sensomotorischer Fähigkeiten
- Verbesserung der Haltungskontrolle und Körperbalance
- Integration der Einzelreize zu einem Gesamtbild
- Schulung der Körperwahrnehmung, des Ich-Bewusstseins und Selbstvertrauens

Folgendes Konzept kann hier zum Einsatz kommen:

- Basale Stimulation (s. Punkt 4.5.3.)

Waschtraining/ Anziehtraining

Diese Therapie führt die Ergotherapie in Einzeltherapie unter Einbeziehung der Pflegekräfte durch.

Waschen und An- und Ausziehen (Kleidungswechsel) sind Tätigkeiten des täglichen Lebens, somit im Langzeitgedächtnis tief verankert.

Die Therapiemöglichkeit soll vorhandene Selbstpflegepotentiale erhalten, stärken und fördern.

Es werden folgende alltagspraktische Fähigkeiten trainiert:

- An- und Ausziehen
- Transfer
- Hygiene
- Waschen

- Duschen
- Toilettengang

Esstraining

Diese Therapie führt die Ergotherapie in Einzeltherapie unter Einbeziehung der Pflegekräfte durch.

Ziele:

- Wiedererlernen von Kaubewegungen
- Stimulation des Schluckvorgangs
- Förderung des Schluckvorgangs
- Förderung der Mund- und Gesichtssensibilität
- Verbesserung der Kommunikationsmöglichkeiten

Die weitgehende Unabhängigkeit von fremder Hilfe ist für alle Bewohner gleich wichtig. Selbstständigkeit stärkt das Selbstbewusstsein und hebt das Selbstwertgefühl.

Gedächtnistraining

Es lassen sich 3 Arten von Gedächtnis unterscheiden:

- Sofort- oder Ultrakurzzeitgedächtnis (einige Sekunden)
- Kurzzeit- oder Arbeitsgedächtnis
- Langzeitgedächtnis

Ziele:

- Erhalt oder Wiederherstellung des Selbstwertgefühls
- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeit
- Sozialverhalten stärken
- Steigerung der Konzentrationsfähigkeit
- Erhöhen der geistigen Flexibilität, wo möglich, Annäherung an die geistige Leistungsfähigkeit
- Erhalt der Orientierungsleistung

Kreative Beschäftigung

Ziele:

- Förderung von Feinmotorik und Koordination
- Anregung der Eigenaktivität
- Förderung der Kommunikation und Kontaktfähigkeit
- Sinnfindung schaffen
- Anregung und Förderung der Kreativität und Phantasie
- Förderung und Stabilisierung des Selbstvertrauens und Selbstbewusstseins
- Steigerung der Konzentrationsfähigkeit
- Förderung von Beweglichkeit und Kraft in Händen, Fingern, Armen, usw.

Maßnahmen können sein:

- Spiele zur Sensibilisierung, zur Förderung des Ausdrucks, darstellende Spiele, geselligkeitsfördernde Spiele, funktionelle Spiele
- Salzteig kneten
- Stricken, Häkeln, Sticken, Nähen
- Papierarbeiten
- Tonarbeiten
- Jahreszeitlich abhängige Techniken
- Collagen

- Maltechniken, etc.

Koch- und Haushaltstraining

Backen oder Kochen mit Demenzkranken beinhaltet sehr viele Aktivitäten. Es ist nicht nur das Stimulieren von gespeicherten Bewegungsmustern, sondern kann noch über Assoziationen und taktile Reize Wahrnehmungs- und Langzeitgedächtnis anregen. Bei dieser Therapiemöglichkeit kommt der biographische Ansatz zum Einsatz.

Ziele:

- Stärkung des Selbstwertgefühls/ Selbstvertrauens/ Bewusstmachen des „Ich werde gebraucht“ – Gefühls
- Förderung der Kontaktfähigkeit
- Spannungsabbau
- Schaffung einer Tagesstruktur
- Förderung des Realitätsbezuges
- Erhalt des Wiedererlangens der Fähigkeiten des täglichen Lebens

Maßnahmen können sein:

- Backen
- Kochen
- Abspülen oder Abtrocknen
- Obstsalate schneiden
- Staub wischen
- Blumen gießen
- Bett machen
- Knöpfe annähen
- Gartenarbeiten
- Wäsche legen

Sturzprophylaxe

Schwerpunkt hier bildet das Kraft- Balance- Training, das der Ergotherapeut in einer besonderen Schulung erlernt hat. Darin verbessern die Bewohner in Übungen ihre Muskelkraft und ihr Gleichgewicht, um so längst möglich sicher mobil zu bleiben.

4.5.9. therapeutische Raum- und Milieugestaltung

Durch die Gestaltung der unmittelbaren Umgebung soll für die Bewohner ein Wohnklima geschaffen werden, in dem sie wenigen Störungen und Belastungen ausgesetzt sind und welches sich nach den Defiziten der Erkrankten richtet und ihren Bedürfnissen nach Stabilität und Sicherheit gerecht wird.

Die Gestaltung des Lebens- und Wohnbereiches zeichnet sich durch eine familienähnliche Atmosphäre aus.

Vertraute eigene Einrichtungsgegenstände in den Bewohnerzimmern sollen ein Gefühl der Vertrautheit und des Geborgenseins vermitteln und die Wohnküche zum Verweilen und Beieinandersein einladen.

Licht

Der Flur ist durch installierte Leuchten freundlich und atmosphärisch gestaltet. Es wird darauf geachtet, Lichtreflexionen zu vermeiden, um Halluzinationen oder illusionäre Verkennungen zu vermeiden. Tagsüber beträgt das Licht 500 Lux und wird in den Abendstunden

auf 50 Lux reduziert. Ziel ist es dabei, den Wach-Schlaf-Rhythmus positiv zu beeinflussen und eine Tagesstrukturierung zu ermöglichen.

Zudem bilden helle, mit warmem Licht durchflutete Flure und Räume einen Anziehungspunkt innerhalb der Wohneinheit und ermöglichen dadurch Austauschmöglichkeiten und Geselligkeit.

Wohnküche und Flur

Der Flur und besonders die Wohnküche sind so geräumig, so dass genug Raum zur Bewegung zur Verfügung steht, um dem möglichen ausgeprägten Bewegungsdrang der Bewohner nachzukommen. An milden Tagen steht zusätzlich der weitläufige Gartenbereich zur Verfügung.

Die Wände der Räumlichkeiten sind mit warmen Farbtönen gestrichen, die mit dem Farbkonzept der Wohngruppe korrespondieren. Die Farbgebung unterstützt eine warme, wohnliche Atmosphäre, die Räume wirken „Geborgenheit gebend“ aber nicht einengend.

Darauf abgestimmt sind die Lamellenvorhänge an den großen Fenstern, die insbesondere bei Dunkelheit erforderlich sind, um Spiegelungen zu vermeiden, die die Bewohner z.T. ängstigen oder irritieren können.

Die Fußböden sind farblich in deutlich abgesetzte Nutzungsbereiche differenziert:

Wohn- und Essbereich; Kochinsel, Funktions- und Eingangsbereich, Bewohnerzimmer.

Die Wohnküche ist der zentrale Ort der Wohngruppe. Dies ist der Ort, an dem sich das Leben abspielt und sich die Gemeinschaft trifft. Aktivitäten, Gruppentreffen und Ähnliches sollen hier in einer wohnlichen Atmosphäre stattfinden.

Im Zentrum des Raumes befindet sich ein Tisch, an dem bis zu 14 Personen Platz finden. Zusätzlich werden bequeme Sessel und gemütliche Sofas seitlich platziert, die Rückzugs- und Ruhemöglichkeiten bieten.

Seitlich befindet sich eine Küchenzeile mit Elektroherd, Kühlschrank und Spülbecken, so dass die Bewohner sinnvoll in hauswirtschaftliche Tätigkeiten einbezogen werden können. Die von drei Seiten für Bewohner und Gäste zugängliche Küchenzeile als zentraler Ort im Gemeinschaftsbereich ist Teil der „lebendigen Mitte“. Die dort tätigen Mitarbeiter können während des Kochvorgangs die Beziehung mit den Bewohnern gestalten, weil sie mit dem Blick in den Raum gerichtet ist. Das weitere Mobiliar kann wiederum dem Stil des Zeitraumes vor Eintritt der Krankheit angepasst werden.

Zur Ausstattung bemühen wir uns um Dinge, die die Bewohner bereits früher benutzt haben wie z. B. individuelle Sammeltassen.

Eimer, Handfeger, Besen, Waschtisch, Schuhputzkiste und Geschirrhandtücher ergänzen die Ausstattung.

Innerhalb des Flures bekommen die Bewohner die Möglichkeit, sich abschnittsweise zu setzen und das Geschehen auf dem Flur zu beobachten. Hiermit werden zweierlei Dinge beabsichtigt: zum einen findet der Bewohner durch das Beobachten Beschäftigung, zum anderen hat er die Möglichkeit außerhalb seines Zimmers eine persönliche Rückzugsmöglichkeit zu haben, ohne das Gefühl zu bekommen, aus der Gemeinschaft ausgeschlossen zu sein.

Unter Beachtung der Bestimmungen zum vorbeugenden Brandschutz sollen die Gestaltung der Flure sowie die Gemeinschaftsräume dem Stil der 40-er und 50-er Jahre entsprechen.

Die zeitliche Epoche der Ausgestaltung muss jeweils biographisch hinterlegt sein, das Umfeld soll die Zeit vor Eintritt der Krankheit widerspiegeln.

Bewohnerzimmer

In die Gestaltung der Räume ist die Biographiearbeit mit einzubeziehen. Somit sollten die Bewohnerzimmer mit möglichst vielen Gegenständen aus der Geschichte des einzelnen Bewohners eingerichtet werden. Dies können Möbel, Bilder, Fotos oder andere Erinnerungsgegenstände sein. Wichtig ist dabei, die Angehörigen in diese Gestaltung eng mit einzubeziehen. Die Zimmer sollten nicht nach dem Standpunkt der Ansehnlichkeit eingerichtet werden, sondern danach, was für den Bewohner wichtig ist, damit ihm durch das Wiedererkennen und das Erinnern das Gefühl der Vertrautheit und des Geborgenseins gegeben wird.

Nach Abschluss der Zimmergestaltung wird eine Fotoreihe von der individuellen Grundausstattung des Bewohners angelegt um das Wiederauffinden von „verbrachten Gegenständen“ und die Zuordnung zu erleichtern.

Orientierung

Die Orientierung wird durch gute Beschilderung, teilweise durch Symbole begünstigt. Jedes Bewohnerzimmer erhält eine eigene Kennzeichnung mit Namen und Adresse ev. der früheren Wohnung und zusätzlich eines Fotos. So kann das eigene Zimmer besser wiedergefunden werden.

Bereichsabgrenzende Türen zum Haus sind einheitlich zur Wandfarbe gestrichen und zeigen so den Abschluss zum übrigen Haus.

Durch eine entsprechende Milieugestaltung soll erreicht werden, dass sich Bewohner mit Weglauftendenzen sicher fühlen und der Drang, den Wohnbereich zu verlassen, gemildert wird.

Sollten Bewohner mit einer stark ausgeprägten Störung der örtlichen und situativen Orientierung den Bereich verlassen, gelangen sie in den beschützten Außenbereich. Außerdem sind alle Außentüren in der Wohngruppe durch Signalgeber abgesichert, die den Mitarbeitern ein Weglaufen anzeigen.

Die Räume werden zusätzlich jahreszeitlich, aber nicht überlagert, gestaltet, um so eine zeitliche Orientierung zu bieten. Ein großer Kalender mit Angaben Monat, Tag, Datum und Jahreszeit unterstützt ebenfalls die Orientierung.

Zur allgemeinen Übersicht werden im Eingangsbereich der Einrichtung die Fotos der Mitarbeiter angebracht.

4.5.9.1 Tagesstruktur

Zur Milieugestaltung gehört auch, für den Bewohner eine/n geregelte/n Tag/Wochenablauf zu planen. Wenn die Tages/Wochenstruktur klar und nachvollziehbar ist, schafft dies für den Bewohner Orientierung und das Gefühl der Sicherheit. Wichtig ist dabei, dass sich die von den Mitarbeitern gemeinsam abgesprochenen Angebote und Aktivitäten nach den Fähigkeiten und Ressourcen des Bewohners richten. Tätigkeitsschwerpunkte sind die am Lebensalltag orientierten hauswirtschaftlichen und grundpflegerischen Tätigkeiten und die Begleitung der Bewohner im Tagesablauf.

In diesen Prozess der Tages/Wochenstruktur sind die Bezugspflegekräfte und die Betreuungskräfte eingebunden. Bei stattfindenden Aktivitäten, die auch der Biographie der Bewohner entsprechen, ist zu beachten, dass sie ihren Freiraum haben, um Ruhezeiten, individuellen Beschäftigungen und einem evtl. Laufdrang nachzukommen. Das Tagesprogramm besteht aus Handlungs-, Anregungs- und Entspannungsangeboten. Dabei ist einer Überforderung ebenso vorzubeugen wie eine Unterforderung.

Rahmen der Tagesstruktur:

ab 6:30 Uhr	Körperpflege unter Einbeziehung der Ressourcen des jeweiligen Bewohners und rehabilitativer Aspekte
ab 8:30 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> - gemeinsame Frühstücksvorbereitung - gemeinsames Frühstück in der Wohnküche - individuelle Betreuung bei der Esseneinnahme - gemeinsames Ab- und Aufräumen
ab 9:45 Uhr	Angebote wie Gymnastik, kreatives Gestalten, Gesprächsrunden, Gedächtnistraining, Spaziergänge, Ausflüge, Einkäufe, Zubereitung von Mahlzeiten oder Salaten, Kuchen backen, Einzelbetreuung ect.
ab 12:30 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> - gemeinsames Mittagessen in der Wohnküche - individuelle Betreuung bei der Esseneinnahme - gemeinsames Ab- und Aufräumen
ab 13:00 Uhr	Rückzugsmöglichkeit
ab 15:00 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> - Kaffee trinken vorbereiten - gemeinsames Kaffee trinken in der Wohnküche - individuelle Betreuung bei der Esseneinnahme - gemeinsames Ab- und Aufräumen
ab 15:30 Uhr	Angebote nach Wochenplan und individuellen Bedürfnissen
ab 18:00 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> - gemeinsame Abendbrotvorbereitung - gemeinsames Abendbrot im der Wohnküche - individuelle Betreuung bei der Esseneinnahme - gemeinsames Ab- und Aufräumen
ab 19:30 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> - Fernsehrunde - Rückzugsmöglichkeit
22:00 Uhr	Nachtbistro

4.5.9.2 Gestaltung der letzten Lebensphase

Schreitet der Verfall der körperlich-geistigen Fähigkeiten weiter voran und kann der Bewohner aufgrund dessen nicht mehr aktiv am Leben der Gruppe teilnehmen, ist sein Verbleiben in der vertrauten Umgebung dennoch prinzipiell möglich.

Die Bezugspflegekräfte nutzen bei immobil gewordenen Bewohnern die Hilfsmittel zum Transfer in den Rollstuhl, um ihm sein - wenn auch passives - Verbleiben in der Gruppe so lange es geht zu ermöglichen.

Im Sterbeprozess wird er durch Angehörige, Ehrenamtliche und Pflegekräfte lückenlos bis zum Tod begleitet.

4.6 Pflegedokumentation

Die gesamte Pflegedokumentation wird über das Software Programm „IBAS-pflege“ geführt.

Jeder Mitarbeiter kann sich unter Verwendung seines Passwortes an jedem PC anmelden, zudem hat er ein eigenes E-Mail Postfach worüber er bei nicht antreffen jederzeit Informationen erhalten kann. Alle Informationen zu den Gästen werden in diesem standardisierten EDV- Pflegedokumentationssystem erfasst. Hierzu werden die Formulare (Masken) benutzt. Die Dokumentation besteht aus folgenden Basiselementen:

- Stammdatenblatt
- Arztbrief
- Pflegeanamnese und Biografie
- Pflegeplanungsbogen
- Evaluationsbogen
- Pflegebericht
- Grundpflegenachweis
- Aktivierungsnachweis
- Durchführungsnachweise für Behandlungspflegen, z.B. Medikamentengabe und Toilettentraining
- Überleitungsbogen u.a. für Notfälle
- Sturzrisikofaktoren

Jede Pflegefachkraft führt die Dokumentationen sach- und fachgerecht in eigener Verantwortung und achtet dabei auf die Transparenz der Nachvollziehbarkeit der geplanten Maßnahmen sowie deren Wirkungen. In sogenannten Durchführungsnachweisen erfolgt die Eintragung mit Handzeichen zeitnah im Anschluss an die durchgeführte Tätigkeit. Besonderheiten werden im Pflegebericht notiert. Dieser wird durch die Pflegefachkräfte oder nach Anleitung auch durch die Pflegekraft erstellt. Die leitende Pflegefachkraft überzeugt sich regelmäßig in Abständen von ca. drei Monaten von der fachgerechten Ausführung.

Zusätzlich zum Software Programm gibt es eine QM-Plattform auf der relevante Dokumente und Informationen für jeden Mitarbeiter zu finden sind.

4.7 Innerbetriebliche Kommunikation/ Informationsweitergabe

Es findet bei jedem Schichtwechsel eine Dienstübergabe statt.

Weiterhin führen wir zur Sicherstellung des Informationsflusses regelmäßige Dienstbesprechungen durch. Eine protokollierte Dienstbesprechung findet ca. 10 x jährlich, bei Bedarf auch öfter, statt. Die gemeinsam für die nächste Kalenderwoche festgelegten Aktivitäten, pflegerischen Maßnahmen und Einzeltherapien werden für alle Besucher und Mitarbeiter der Wohngruppe sichtbar auf einer Tafel im Eingangsbereich verzeichnet. Alle 8 Wochen wird eine große Dienstbesprechung durchgeführt, an der auch die Geschäftsführung teilnimmt. Jeder Mitarbeiter hat im Personalraum einen Ablagekorb, in den die für ihn relevanten Informationen verteilt werden zudem hat jeder Mitarbeiter der Einrichtung ein eigenes E-mail Postfach worüber er bei nicht antreffen jederzeit Informationen erhalten kann. Zusätzlich hat jeder Mitarbeiter Zugang zur unserer QM-Plattform und damit die Möglichkeit Unternehmensdokumente zu nutzen, Fortbildungsangebote und andere relevante Informationen zu erfahren. Die Organisation der QM-Plattform obliegt der QMB des Altenzentrums „Erfülltes Leben“.

4.8 Zusammenarbeit und Beratung mit Angehörigen, Ehrenamtlern und anderen an der Pflege und Betreuung Beteiligten/Kooperationsvereinbarungen

Die Leitung der Wohngruppe legt großen Wert darauf, dass zwischen allen Leistungsträgern eine auf die Belange der Bewohner ausgerichtete Zusammenarbeit besteht.

Die ärztliche Versorgung erfolgt im Wesentlichen durch die Hausärzte, die unsere Einrichtung betreuen bzw. die vor Heimaufnahme bereits den Bewohner betreut haben. Jeder Bewohner kann seinen Arzt des Vertrauens wählen. Gemeinsam mit ihnen werden nicht nur medizinische Aspekte sondern auch Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität beraten. Zudem steht die Einrichtung in enger Kooperation mit Fachärzten der Fachrichtungen Neurologie, Urologie, Dermatologie und Chirurgie. Diese konsultieren regelmäßig und bei Bedarf die Bewohner im Rahmen eines Hausbesuches. Zusätzlich kann auch ein Ernährungsberater bei ernährungsrelevanten Fragen hinzugezogen werden.

Therapieangebote wie z.B. Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie erfolgen durch die Inanspruchnahme von niedergelassenen Therapeuten, wiederum in enger Zusammenarbeit mit unserem Pflege- und Betreuungspersonal.

Im Mittelpunkt aller Maßnahmen steht die umfassende Befriedigung aller Bedürfnisse der Bewohner. Großer Wert wird auf eine beratende, begleitende und gemeinsam stützende Zusammenarbeit mit Angehörigen gelegt. Mehrmals im Jahr finden Veranstaltungen statt, zu denen dieser Personenkreis eingeladen wird.

Aushänge und Mitteilungen bieten die Möglichkeit der aktuellen Information.

Halbjährlich werden den Angehörigen durch die Einrichtung thematische Angebote gemacht, die ihnen helfen sollen, Verständnis für die Situation ihrer Betreuten zu entwickeln und Hinweise für eine mögliche Unterstützung unserer Betreuungsarbeit geben. Für die Wissensvermittlung werden z.T. externe Fachkräfte gebunden.

Wir bemühen uns um Vermittlung zwischen Bewohnern und Angehörigen in Konfliktsituationen und erläutern in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt Angehörigen Krankheitsbilder und -verläufe, damit ein besseres Verständnis für die Befindlichkeit der Bewohner hergestellt werden kann.

Wir beurteilen unsere Betreuungsergebnisse am Befinden und an der Zufriedenheit der Bewohner sowie ihrer Angehörigen und Betreuer.

Wir bemühen uns stets um Ehrenamtliche Mitarbeiter. Der Einsatz von Ehrenamtlichen in der Einrichtung bringt eine besondere und letztendlich unbezahlbare Qualität bei der Betreuung unserer Bewohnerinnen und Bewohner ins Spiel. Folgende Aufgaben können ehrenamtliche Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter übernehmen:

- Besuchsdienste (Vorlesen, sich unterhalten, einfach da sein)
- Begleitung bei Spaziergang und Einkauf
- Gemeinsame Beschäftigung
- Besuch kultureller Ereignisse

Um eine langfristige Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern zu gewährleisten, ist das Anlernen und Begleiten durch interne Fortbildungsmaßnahmen und die Schaffung von Gesprächsmöglichkeiten sinnvoll.

5. Unser Leistungsangebot

5.1 allgemeine Pflegeleistungen

Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen, entsprechend dem Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI für das Land Berlin, sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. Die allgemeinen Pflegeleistungen werden mit dem Grundsatz der fördernden und aktivierenden Pflege erbracht.

Das sind im Einzelnen:

- Hilfen bei der Körperpflege
- Hilfen bei der Nahrungsaufnahme
- Medizinische Behandlungspflege
- Mobilität; soziale Betreuung

Die Behandlungspflege wird ausschließlich nach ärztlicher Verordnung von dafür ausgebildetem, examiniertem Fachpersonal durchgeführt. Die Pflegeplanung sowie eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den jeweiligen Ärzten und anderen Kooperationspartnern bilden die Basis der individuellen und aktivierenden Pflege.

5.1.1 Angebotsspektrum

- Hilfen bei der Mobilität
- Hilfen bei der sozialen Betreuung
- Angebote nach § 87 b (Alltagseingeschränkte Kompetenz)
- Alltagstraining, z.B. Mahlzeitenzubereitung, Kontinenztraining
- Durchführung von Prophylaxen z.B. Sturzprophylaxe
- Gruppen- und Einzelaktivitäten, Musiktherapie
- Vermittlung und Organisation von Einzeltherapien, z.B. Krankengymnastik oder Logopädie nach ärztlicher Verordnung
- Vermittlung und Organisation von Dienstleistungen, z.B. Fußpflege oder Friseur
- Begleitung zu Ärzten
- Beratung und Unterstützung pflegender Angehörige
- Ausflüge und Feste
- Pflegeberatung, insbesondere zu Leistungen des SGB XI
- Fahrdienst/Beförderung

5.2 Verpflegung und Hauswirtschaft

Zur Unterkunft und Verpflegung gehören alle Leistungen, die den Aufenthalt der Bewohner in der Wohngruppe ermöglichen, entsprechend dem Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI für das Land Berlin. Diese Leistungen umfassen:

- Versorgung mit bzw. Entsorgung von Wasser, Energie, Abfall
- Reinigung der Gemeinschaftsräume (Sicht-, Unterhalts- und Grundreinigung) und der Nebenräume entsprechend des bereichsspezifischen Hygiene-/ Reinigungsplan und darüber hinaus im Bedarfsfall durch einen externen Dienstleister
- Wartung und Unterhaltung des Gebäudes, Einrichtung und Ausstattung, technischer Anlagen sowie Außenanlagen
- Wäscheversorgung: Diese umfasst die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche (Kooperationspartner) so-

wie der persönlichen Wäsche. Die Bewohner können selbstverständlich bei der Flach- und Frotteewäsche ihre Privatwäsche nutzen.

- Speisen- und Getränkeversorgung: Diese umfassen die Zubereitung und die Bereitstellung von Speisen und das Vorhalten von Getränken in erreichbarer Nähe für den Bewohner unter Berücksichtigung individueller Bedarfe und Bedürfnisse (siehe anschließende Ausführungen)
- Gemeinschaftsveranstaltungen

Die hauswirtschaftliche Versorgung orientiert sich am Lebensalltag der Bewohner. Die Bewohner der Wohngruppe werden in alle alltäglichen Verrichtungen unter Beachtung der vorhandenen Ressourcen mit einbezogen.

Die Verpflegung erfolgt durch die jeweiligen Präsenzkkräfte. Sie sind verantwortlich für Einkäufe, Vorratshaltung der Lebensmittel, kochen, backen usw. Die Bewohnerinnen und Bewohner können sich je nach Fähigkeiten aktiv an der Speiseplanung, wenn möglich auch an Einkaufsgängen und am Kochen/Backen beteiligen. Oder sie sitzen einfach dabei und nehmen das sich ereignende Leben in sich auf. In der Küche sitzen, den frischen Kaffeeduft aufnehmen, die Zwiebeln in der Pfanne brutzeln hören, dazu der Lieblingsschlager aus dem Radio. Die vertrauten Eindrücke beziehen das gesamte Sinnesspektrum (riechen, schmecken, hören, tasten, sehen) mit ein. Diese Stimulationen und der sinnlich erfahrbare Tagesrhythmus sorgen gerade bei demenziell Erkrankten für eine bessere Orientierung in Raum und Zeit und damit für mehr persönliche Sicherheit und Wohlbefinden.

Die Bewohner der Wohngruppe haben morgens, mittags und abends einen reich gedeckten Tisch „wie zu Hause“ zu ihrer Verfügung. Da hier keine vorherige Portionierung für den Einzelnen stattgefunden hat, sondern vom Gemeinschaftlichen genommen wird, befördert dies die Kommunikation der Bewohner untereinander und ein Gemeinschaftserleben. Das Mittagessen wird mehrmals wöchentlich in der Wohnküche mit den Bewohnern frisch zubereitet und berücksichtigt die biographischen Aspekte der Bewohner. Entsprechend unseres Betreuungskonzeptes (erhöhter Betreuungsbedarf bei Demenzkranken) wird zusätzlich auch der Kooperationspartner rvd. Ltd. für die Herstellung des Mittagessens an einigen Tagen der Woche in Anspruch genommen. Hier kann laut Plan aus zwei Gerichten gewählt werden.

Das Speisen- und Getränkeangebot ist altersgerecht, abwechslungsreich und vielseitig. Alle Getränke wie z.B. Saft, Tee, Wasser, Milch oder Kaffee stehen zuzahlungsfrei zur freien Verfügung.

Diätahrungen und Schonkost werden bei Bedarf und nach ärztlicher Verordnung angeboten und können je nach Art der Diät vom Caterer oder der Wohnküche zubereitet werden. Individuelle Ernährungsressourcen, wie z.B. Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten (Essbiografie) werden ermittelt und in der täglichen Ernährung entsprechend berücksichtigt.

Auf Besonderheiten im Rahmen der Demenz wird mit viel Einfühlungsvermögen reagiert. So können bspw. Anteile der Mahlzeiten mit den Fingern gegessen werden, ebenso können Bewohner mit starkem Bewegungsdrang die Nahrung beim Laufen zu sich nehmen „Eat-by-walking“. Essenszeiten werden flexibel gestaltet und an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst. Für Bewohner mit einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus bieten wir ein „Nachtbistro“ an. Hier erhalten sie Gesprächsangebote in Verbindung mit einem Getränk oder einer kleinen Mahlzeit.

Beispiele weiterer Gestaltungsmöglichkeiten die an die jeweiligen Situationen anzupassen sind:

- Gemeinsames Zubereiten der Mahlzeiten mit aktiver oder passiver Beteiligung von Bewohnern (z.B. Obst schneiden, Kartoffeln schälen).

- Vorbildfunktion: gemeinsames Essen von Mitarbeiter und Bewohner, um die Benutzung des Bestecks abzuschauen
- Keine Dauerbeschallung, ruhige Atmosphäre
- Tischnachbarn nach individuellen Gesichtspunkten auswählen
- Tisch mit den Bewohnern zusammen decken
- Klar erkennbare Speisenanordnung (kein vermischen),
- Erläuterung der Speisen bei Nichterkennen

Die Bewohner sollen abhängig von ihren individuellen Fähigkeiten ihre Mahlzeiten selbst mundgerecht zubereiten. Eine routinemäßige mundgerechte Zubereitung trotz vorhandener Fähigkeiten des Bewohners oder eine ausschließliche Versorgung der Bewohner mit passierter Kost trotz vorhandener Kaufähigkeit entspricht nicht unserem Pflegemodell.

Bei vorhandenen bzw. sich einstellenden Schluckstörungen wird insbesondere auf eine bequeme Sitzhaltung und Ruhe und Konzentration während der Mahlzeiten Wert gelegt. Weiterhin ist es möglich je nach Bedarf, die Getränke anzudicken bzw. die Nahrungsbestandteile zu pürieren.

Bewohner mit einer PEG-Anlage werden entsprechend unserem Pflegestandard individuell versorgt.

Die Einnahmen der Mahlzeiten kann erfolgen:

Frühstück	08:00 - 10:00 Uhr
2. Frühstück	10:00 - 11:00 Uhr
Mittag	12:00 - 13:00 Uhr
Vesper	14:30 - 16:00 Uhr
Abendessen	18:00 - 19:00 Uhr
Nachtbistro	22:00 Uhr

Selbstverständlich kann auch außerhalb dieser Essenszeiten eine Mahlzeit gereicht werden.

Auf Anfrage werden individuelle Geburtstagsfeiern der Bewohner mit ihren Angehörigen ausgerichtet.

Die Cafeteria des Altenzentrums, die täglich geöffnet ist, hat Zeitungen, Eis und Imbiss im Angebot.

6. Fort- und Weiterbildung

Die fachliche Qualifikation der Leitung und der Mitarbeiter wird durch funktions- und aufgabenbezogene Fort- und Weiterbildung sichergestellt. Hierzu wird jährlich ein Fortbildungsplan erstellt. Eine Übersicht über die aktuellen Fortbildungsangebote befindet sich auf der QM-Plattform.

7. Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung

7.1 Qualitätsmanagement

Wir sind ständig bestrebt die Qualität unserer Arbeit zu verbessern. Aus diesem Grunde führen wir Maßnahmen interner und externer Qualitätssicherung durch. Dazu gehören regelmäßige Dienst- und Fallbesprechungen, interne Qualitätszirkel, Teilnahme an externen Qualitätszirkeln und regelmäßige interne und externe Fortbildungen. Die Terminplanung erfolgt am Anfang des Jahres.

Hier sind u.a. zur Qualitätssicherung Pflege- und Betreuungsstandards sowie Notfallstandards entwickelt worden. Diese werden im Rahmen des internen Qualitätszirkels regelmäßig überprüft. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Hausgemeinschaft ist zugleich als Qualitätsbeauftragte verantwortlich für das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung.

Neue Mitarbeiter werden nach einem Einarbeitungskonzept angelernt. Während der Einarbeitungszeit finden mindestens drei Gespräche mit der leitenden Fachkraft statt. Die Einarbeitung ist für jeden neuen Mitarbeiter erforderlich, sie muss abhängig von der Berufserfahrung, der Qualifikation des neuen Mitarbeiters und im Hinblick auf das spätere Aufgabengebiet unterschiedlich gestaltet werden. Der neue Mitarbeiter soll das Einarbeitungskonzept kennen und danach systematisch, umfassend und zielorientiert in das zukünftige Aufgabengebiet eingearbeitet werden.

Die geplante und systematische Einarbeitung soll zur Sicherheit, Motivation und Zufriedenheit der neuen Mitarbeiter beitragen. Sie ist damit ein wichtiger Baustein zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit, zur Reduzierung von Mitarbeiterfluktuation und nicht zuletzt zur effektiven Nutzung der Personalressourcen.

Mitarbeiterbezogene Visiten evaluieren die Fachlichkeit aller Pflegemitarbeiter, um z.B. die Überprüfung der direkten Pflege am Bewohner von Pflegekräften einzuschätzen. Sie dient der systematischen Reflexion der Arbeit der professionell Pflegenden.

Personalgespräche mit Bewertung finden planmäßig jährlich statt, Anreize zur Entwicklung und Verbesserung werden durch die Einbindung in das Vergütungssystem gesteuert.

In **Fallbesprechungen** besprechen alle an der Pflege Beteiligten die Pflegesituation eines Bewohners mit dem Ziel einer Verbesserung seiner Lebenssituation sowie zur Vereinbarung von Lösungen für Pflegeprobleme. Sie dienen der Entwicklung abgestimmter Verhaltens- und Vorgehensweisen.

7.1.1 Erstellung und Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen

Alle qualitätsrelevanten Vorgabe- und Nachweisdokumente sind auf QM-Plattform für jeden Mitarbeiter von jedem PC aus nutzbar. Somit ist sichergestellt, dass ausschließlich aktuelle Formulare im Umlauf sind, und jeder Mitarbeiter jederzeit Zugriff hat.

7.2 Beschwerdemanagement/ Interessenvertretung

Jeder Bewohner bzw. dessen gesetzliche Vertretung wird über die internen und externen Beschwerdestellen vertraglich (siehe Anlage) informiert. Beschwerden von Bewohnern und Angehörigen die an die Mitarbeiter herangetragen werden sind jeweils verpflichtend der verantwortlichen Pflegefachkraft zu übermitteln, die dann die Regelung der Beschwerden organisiert (KRM/KVM). Bewohner, Angehörige und Besucher haben zudem die Möglichkeit ihre Meinung auf dem Formular „*Helfen Sie uns besser zu werden*“, zu äußern (auch anonym).

Die Auswertung sowie die mögliche Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen und Steuerung erfolgt in den Dienstberatungen. Zwischen- und Endstand sowie Lösungen werden dem Beschwerdeführer kommuniziert. Ziel, ist die Zufriedenheit beim Beschwerdeführer zu erreichen.

Um den Bewohnern und/oder deren Angehörigen eine weitere unabhängige Interessenvertretung anzubieten, geben wir den Angehörigen die Möglichkeit der Interessenvertretung des Altenzentrums beizutreten. Die Interessenvertretung ist telefonisch täglich für die Bewohner und/oder deren Angehörige zu erreichen. Die Kontaktadresse wird den Angehörigen mit dem Vertrag bekannt gegeben. Auch nimmt die Interessenvertretung regelmäßig

an den weiteren Aktivitäten der Wohngruppe (Weihnachtsfeier, Sommerfest u.a.) teil und besucht in unregelmäßigen Abständen und nach Anfrage die Angehörigentreffen. Sie hält regelmäßig in der Wohngruppe eine Sprechstunde für die Angehörigen ab. Über den Termin werden die Angehörigen und/oder Betreuer per Aushang und schriftlich informiert.

7.3 Prüfung der Ergebnisqualität

Die festgelegten Pflegeziele werden regelmäßig von der verantwortlichen Pflegefachkraft in Zusammenarbeit mit den Pflegefachkräften und Pflegekräften überprüft. Da die verantwortliche Pflegefachkraft alle Bewohner und deren Angehörige kennt und sich regelmäßig von der fachgerechten Umsetzung der Pflegeplanung überzeugt, indem sie halbjährlich Pflegevisiten durchführt. Die fachliche Überprüfung der festgesetzten Pflegeziele erfolgt durch eine Evaluation aller ATL`s mittels eines Formblattes. Bei jeder Veränderung wird die Planung des entsprechenden Punktes verändert und angepasst.

7.3.1 Audits und Begehungen

Ein wichtiges Führungsinstrument für die Bewertung der Wirksamkeit des QMS sind interne Audits. Mit Ihnen wird auch festgestellt, ob die eingeführten Prozesse zu Erreichung der Ziele effektiv und effizient geeignet und aufrechtzuerhalten sind.

Interne Audits werden jährlich durch die QMB sowie internen und externen Auditoren durchgeführt. Die Auswertung und Steuerung erfolgt in der Dienstberatung mit dem GF. Die Überprüfung der Einhaltung von Fristen obliegt der leitenden Fachkraft der Wohngruppe.

2x jährlich findet eine Einrichtungsbegehung mit der Leitung der WG, QMB, Sicherheitsbeauftragten, Hygienefachkraft, und dem Betriebsrat statt, mit Protokollierung, Aufzeigen von Handlungsbedarf sowie Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung. Diese ergänzen die qualitätssichernden Maßnahmen