



## 1.3.2 Gerontokonzept

---

### 1. Einführung

#### Demografische Faktoren

Gegenwärtig leben in Deutschland ca. 1,2 Millionen Menschen mit Demenz. Unter den 80- bis 84-Jährigen sind ca. an Demenz erkrankt, in der Gruppe der 85- bis 90-Jährigen bereits über und bei den über 90-Jährigen mehr (Weyerer & Bickel 2007). Vor allem in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung wird die Belastung zu Hause so groß, so dass oft ein Umzug in eine stationäre Einrichtung notwendig ist. Aktuell gehen Forscher davon aus, dass % aller Demenzkranken in stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden (Bickel 2005).

#### 1.1 Einleitung

Das Gerontokonzept definiert unser pflegerisches und betreuerisches Handeln für Bewohner/innen mit dementieller Erkrankung und gilt als Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter/innen, die den Pflegeprozess mitgestalten.

Mit dem Begriff der gerontopsychiatrischen Pflege wird eine spezielle Fachrichtung der geriatrischen Pflege ab dem 60. Lebensjahr verstanden. Sie umfasst alle pflegerischen Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation sowie die Therapie bei alten Menschen mit psychischen Störungen.

#### 1.2 Kurzbeschreibung der Einrichtung / Raumkonzeption für gerontopsychiatrische Angebote

Das Caritas Marienstift ist eine Alten- und Pflegeeinrichtung mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen. Folgende Räumlichkeiten stehen in der Einrichtung für Gruppen und Einzelangebote zur Verfügung:

- 4 Wohn- und Speisezimmer
- 2 Gruppenräume
- 1 Nähstube
- 1 Festsaal
- Kapelle
- diverse Sitzgelegenheiten auf den Etagen
- Bewohnerzimmer
- Garten
- Terrasse
- Dachterrasse

In der beschützenden Abteilung ist ein Garten angeschlossen, welcher durch die Anbindung an den Flur und die Wohnküche als Rundlauf konzipiert werden konnte.

Der Bewegungsdrang von gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern führt diese regelmäßig in den Flur der Station. Dieser bietet leichte Orientierung und wurde zur besonderen Anregung mit Wandgemälden ausgestattet, welche Wohnungstüren, Landschaften und ähnliches darstellen.

#### 1.3 Zielgruppe

Unsere Einrichtung betreut Bewohner/innen mit und ohne Pflegestufen, die unter verschiedensten Graden der dementiellen Verhaltensauffälligkeiten leiden.

Von der Aufnahme ausgeschlossen sind Personen mit unbeherrschbaren Aggressionen und Handlungen, die für sie und andere eine Gefährdung darstellen. Die Personengruppe muss mit den Kriterien im Heimvertrag übereinstimmen, z. B. weglaufgefährdete Menschen.



## 1.3.2 Gerontokonzept

---

### 2. Ziele

Unsere pflegerische Zielsetzung richtet sich danach, die Würde des alten Menschen zu beachten sowie seine individuellen, sozialen, religiösen, physischen und psychischen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Es wird als grundlegend betrachtet, den alten Menschen so lange wie möglich zu fördern.

Wir beziehen die Bewohner/innen aktiv in den Pflegeprozess mit ein und ermöglichen ihnen einen weitgehend selbstbestimmten Lebensabend. Daher konzentrieren sich die pflegerischen und betreuerischen Maßnahmen auf eine intensive und individuelle Beschäftigung mit den Bewohner/innen. Sie werden in ihrem letzten Lebensabschnitt begleitet und erfahren bis zu ihrem Tod Geborgenheit und Empathie unter Zusammenarbeit mit einer Palliativfachkraft.

### 3. Rahmenmodell ganzheitlich fördernder Pflege nach Krohwinkel

Das Rahmenmodell ganzheitlich fördernder Prozesspflege ist die Grundlage unseres Handelns. Die pflegerischen Handlungen unseres Heims für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen basieren auf dem theoretischen Modell von Monika Krohwinkel. Monika Krohwinkel versteht Pflege als Hilfe, Förderung und Unterstützung des Menschen in Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL –bedürfnisorientiertes Pflegemodell). Nachfolgend die 13 AEDLs:

- *Kommunizieren*
- *Sich bewegen*
- *Sich pflegen*
- *Vitale Funktionen aufrechterhalten*
- *Essen und trinken*
- *Ausscheiden*
- *Sich kleiden*
- *Ruhen und schlafen*
- *Sich beschäftigen*
- *Sich als Mann / Frau fühlen und verhalten*
- *Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen*
- *Soziale Bereiche des Lebens sichern*
- *Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen*

In der Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen erhält die sozialpflegerische Begleitung in den existentiellen Erfahrungen ein besonderes Gewicht. Ziel von Pflege ist es, Menschen in Lebenskrisen zu begleiten, so dass sie Existenz fördernde Erfahrungen machen können. So kann aus Misstrauen Vertrauen, aus Angst Zuversicht und aus Isolation Integration wachsen.

Hierfür werden unsere Mitarbeiter/innen in das Pflegemodell eingeführt und damit vertraut gemacht, z. B. im Rahmen der Einarbeitungsphase. Darüber hinaus werden die Mitarbeiter/innen regelmäßig in gerontopsychiatrischen Themen fortgebildet.

#### 3.1 Pflegeorganisationsform

Dies erreichen wir durch kontinuierliche Bereichspflege. Die Bereichspflege wird durch die Wohnbereichsleitung gemanagt. Jeden Tag werden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Bewohnerinnen und Bewohner zugeteilt, für die sie pflegerisch verantwortlich sind. Bei der Einteilung und Planung der Dienstpläne sind wir bestrebt, eine hohe Kontinuität der Pflegepersonen (mind. 3 Tage), die zu einer Bewohnergruppe zugeteilt sind, sicher zu stellen. Flexibler Umgang mit Essenszeiten und dem individuellen Wach-/Schlafrythmus der Bewohner/innen ist selbstverständlich. Die Betreuungsangebote finden regelmäßig - bei Bedarf auch abends und nachts - statt.



## 1.3.2 Gerontokonzept

---

### 3.2 Individueller Pflegeprozess

Mit Hilfe der **Biografiearbeit** und der engen Zusammenarbeit mit Betreuern, Angehörigen und den Bewohner/innen erstellen wir einen individuellen Pflegeplan. Biografiearbeit ist nicht in erster Linie eine Technik, eine Wissenssammlung über das Leben des alten, verwirrten Menschen. Sie ist in erster Linie eine Haltung der Offenheit gegenüber dem Leben und der Geschichte des demenziell / gerontopsychiatrisch Veränderten. Durch das Interesse an seinem Leben erfährt er eine Wertschätzung. Biografiearbeit mit und für demenziell / gerontopsychiatrisch veränderte Bewohner/innen ist in der Regel Angehörigenarbeit. Im gezielten Gespräch mit Angehörigen lässt sich viel in Erfahrung bringen. Die Biografiearbeit ist ein fortlaufender Prozess.

- Wir versuchen, die **aktivierende Pflege** bereits im Pflegeplan darzustellen. Wir akzeptieren die Schwächen, Stärken und Vorlieben unserer Bewohner/innen und integrieren diese in den Pflege- und Betreuungsprozess. Wichtige Ressourcen, die wir bei den Bewohner/innen erkennen und systematisch identifizieren, sind in der Pflegeplanung formuliert.
- Durch regelmäßige **Beobachtung** der Bewohner/innen und Befragung der Angehörigen nach Wünschen und besonderen Bedürfnissen, versuchen wir, eine größtmögliche individuelle Lebensgestaltung und den Pflege- und Betreuungsprozess zu sichern.
- Die **Pflegepläne** werden durch zugeteilte Pflegefachkräfte, die für die Aktualisierung verantwortlich sind, regelmäßig evaluiert. Darüber hinaus findet eine Überarbeitung bei aktuellen Ereignissen statt.
- Die **Pflegedokumentation** beschreibt die professionelle Arbeit der Mitarbeiter/innen und dient der internen und externen Qualitätssicherung. Alle pflegerischen Mitarbeiter/innen sind verpflichtet, die gesamte Pflegedokumentation, einschließlich der schriftlichen Festlegung des Pflegeprozesses verantwortlich und gewissenhaft zu organisieren bzw. durchzuführen.
- Im Rahmen von **Pflegevisiten**, in regelmäßigen festgelegten Abständen, werden die Pflegepläne und die Qualität der pflegerischen Arbeit durch die PDL und / oder WBL überprüft.
- Je nach Bewohner/in sieht die fördernde Umgebung unterschiedlich aus.
- In der Phase der Eingewöhnung steht Beziehungsaufbau, Kennenlernen der Lebensgewohnheiten, Biografie und Wohlbefinden der Bewohner/innen im Mittelpunkt.

## 4. Gerontopsychiatrische Grundlagen

Wir bieten unseren Bewohner/innen die Pflege und Betreuung nach speziellen Konzeptionen an, u. a.:

- Realitätsorientierung (ROT)
- Validationsmethode nach Nicole Richard
- Milieugestaltung
- Normalisierungsprinzip
- Demenzgerechte Gartengestaltung
- Basale Stimulation
- Snoezelen
- Aromapflege
- 10-Minuten-Aktivierung nach Schmidt-Hackenberg
- Therapeutischer Tischbesuch
- Tierbesuche
- Musiktherapeutische Elemente

## 1.3.2 Gerontokonzept

---

- Bewegung

Dabei ist im Besonderen die Krankheitsgeschichte und Biografie bei der Auswahl der Konzeptionen zu berücksichtigen. Während bei dementen Menschen die Realitätsorientierung nicht immer indiziert ist, da hierdurch die Konfrontation mit den Defiziten verstärkt wird, ist bei einigen gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern (z. B. Psychosen) die Validation nicht das Richtige. Die konzeptionelle Ausrichtung wird individuell bewohnerbezogen im Team vereinbart und in der Pflegeprozessplanung hinterlegt.

Für den einen Bewohner ist es wichtig, sein Haustier mit in die Einrichtung zu nehmen und in gewohnter Weise zu versorgen. Ein anderer Bewohner benötigt die Übernahme von kleinen Aufgaben und möchte sich aktiv am Heimleben beteiligen. Wiederum andere Bewohner benötigen Anreize durch Fachpersonal. Wir versuchen, eine individuelle fördernde Umgebung für die Bewohner/innen zu schaffen und orientieren uns dabei an deren Bedürfnissen und Ressourcen. Hierzu bieten wir zum Beispiel Folgendes:

- Regelmäßige Veranstaltungen
- Gerontopsychiatrische Angebote
- Gottesdienste
- Gemeinsame Feiern zu den verschiedenen Anlässen
- Individuelle Beschäftigungen, die eine Bewohnerin oder ein Bewohner machen kann und möchte
- Gezielter Einsatz von Hilfsmitteln, die dazu beitragen, die Selbständigkeit zu erhalten
- Individuelle Betreuung und Pflege
- Alltagspraktisches Training, wie z. B. Einkäufe durchführen, Tische decken, Wäsche falten, Kuchen backen, Kochen usw.

### 4.1 Milieugestaltung

Der Gestaltung des Milieus kommt im Umgang mit gerontopsychiatrisch veränderten Menschen eine sehr hohe Bedeutung zu. Die Kombination aus der Gestaltung der äußeren Umgebung, der Gestaltung des Tages und der Nacht mit einem ausgewogenen und auf die Bewohnerstruktur zugeschnittenem Verhältnis zwischen Aktivitäten und Ruhephasen und der Beziehungsgestaltung bewirkt, dass sich ein Bewohner wohl fühlt.

Eine milieu-orientierte Gestaltung der Umgebung zielt darauf ab, Befinden und Verhalten positiv zu beeinflussen und sekundäre Symptome der Demenz, wie Angst, Unruhe, depressive Verstimmung und Passivität aber auch aggressives Verhalten, zu vermindern. Sensorische Stimulation durch reizvolle Materialien, Gerüche oder ausgewählte Musik (keine Dauerberieselung) können der Passivität entgegenwirken und zur Lebensqualität beitragen. Wichtig sind unter anderem:

- Helles Licht (500 Lux)
- Orientierungshilfen: z. B. große Uhren, Tagesabreißkalender, Infotafel mit Tages- und Wochenplanung, ggf. individuelle Türgestaltung (z. B. regionale Bezeichnungen für Toilette)
- Jahreszeitgemäßer Raumschmuck (kein Kindergartenmilieu)
- Persönliche Bilder, Möbel

### 4.2 Beziehungsgestaltung

Alle Mitarbeiter/innen haben das Ziel, die Beziehung zur Bewohnerin / zum Bewohner so zu gestalten, dass eine professionelle Beziehung entsteht, die auf folgende Qualitäten aufbaut:

- Aufbau einer gleichberechtigten Beziehung
- Akzeptanz des Bewohners
- Interesse für den Bewohner
- Empathie (Einfühlung)
- Wertschätzung



## 1.3.2 Gerontokonzept

---

- Echtheit und Offenheit (Kongruenz)
- Vertrauen
- Ausgewogenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz
- Reflexionsfähigkeit der Pflegeperson

Die Beziehungsgestaltung orientiert sich an folgenden Grundhaltungen, die sich auf die Betreuung aller Bewohner, insbesondere aber auf verwirrte Menschen bezieht.

### 4.2.1 Validierende Grundhaltung

Validieren kann übersetzt werden mit „wertschätzen - annehmen - akzeptieren“. Das validierende Haltungsmuster orientiert sich vordergründig an den Gefühlen sowie den Beweggründen für das gelebte Verhalten und ermöglicht ein gefühlorientiertes, verstehendes Umgehen. Der Kern der validierenden Haltung ist Anerkennung und Bestätigung von Gefühlen und damit die Bereitschaft, sich in die innere Welt der Menschen mit Demenz zu begeben. Alle Mitarbeiter/innen sollen über Kenntnisse zur validierenden Grundhaltung verfügen. Die gerontopsychiatrische Fachkraft schult kontinuierlich dazu die Mitarbeiter/innen.

Integrative Validation nach Nicole Richard:

1. Das aktuelle Gefühl oder der gerade vorhandene Antrieb (z. B. Pflichtgefühl) soll wahrgenommen werden.
2. Diese Gefühle (Antrieb) in persönlichen Sätzen (z. B. mit Namensnennung) bestätigen.
3. Diese spezielle Situation verallgemeinern (z. B. bei Pünktlichkeit: *„Pünktlichkeit ist die Tugend der Könige“* oder *„Ohne Fleiß kein Preis“* (bei viel Arbeit...), z. B. in Wortwendungen / Sprichwörtern, die für die Epoche / Gegend typisch sind.

### 4.2.2 Erinnerungspflege

Das Erinnern lebensgeschichtlicher Ereignisse und gelebter Beziehungen stärkt die Identität und das soziale Zugehörigkeitsgefühl. Menschen mit Demenz benötigen diese Erinnerungshilfen, um sich ihrer Identität zu vergewissern, ihr Selbstbild zu bewahren sowie Bindung und Zugehörigkeit zu erleben. Erinnerungspflege kann als zeitlich begrenzte Aktivierung in einer Gruppe umgesetzt oder als Einzelintervention angeboten werden, z. B. in der Form von 10-Minuten-Aktivierung, therapeutischem Tischbesuch oder mittels eines Erinnerungsbuchs oder alten Fotoalben. Erinnerungspflege ist aber auch Teil des alltäglichen Interaktionsgeschehens in der Betreuung von Menschen mit Demenz.

### 4.2.3 Berührung, Basale Stimulation

Menschen zeigen ein grundlegendes Verlangen nach Körperkontakt. Sich gegenseitig zu berühren gehört in vielen Kulturen zu den spontanen Gesten des Begrüßens, des Mitgefühls oder der Fürsorge. Wohltuende Berührungen, Streicheln und Massieren reduzieren Stress und stabilisieren vegetative Funktionen. In der deutschen Pflege wurde die Bedeutung der Berührung besonders durch den Ansatz der Basalen Stimulation verdeutlicht.

### 4.2.4 Wertschätzende Kommunikation

Wir beachten bei der Kommunikation mit den Bewohner/innen folgende Grundregeln:

- Lob, Ermutigung vermitteln
- freundlicher Umgangston
- Ruhe und Geduld ausstrahlen
- nicht belehren / zurechtweisen
- nicht streiten oder schimpfen
- höflich sein



### 1.3.2 Gerontokonzept

---

- in der Regel „Siezen“, Nachnamen benutzen, Ausnahmen sind in der Pflegeplanung beschrieben und mit den Angehörigen / Betreuern abgestimmt
- nicht über den Bewohner / die Bewohnerin, sondern mit ihm / ihr sprechen
- nicht bevormunden, Eigenständigkeit unterstützen

Dazu achten wir z. B. auf:

- Brille, Beleuchtung, evtl. Hörgerät
- Blickkontakt, Augenhöhe
- zulächeln, zuhören
- kurze, klare Sätze
- ruhigen Tonfall, Wiederholung bei Bedarf
- Zeit für Reaktion lassen
- Handlungen benennen, evtl. begründen

### 5. Gruppen- und Einzelbetreuung

Um den dementiell erkrankten Menschen Orientierung und Sicherheit zu vermitteln, ist eine gewisse **Strukturierung seines Alltags** nötig. Diese soll nicht starr und verbindlich sein, sondern sich vielmehr an den momentanen Gegebenheiten und Befindlichkeiten des Bewohners / der Bewohnerin ausrichten. Einzelne Elemente der Gruppenangebote sind:

- Selbstständigkeits- und Selbsthilfetraining (gemeinsame Mahlzeiten/Esstraining/Toilettentraining)
- Sing- und Bastelangebote
- Hauswirtschaftliche Angebote (z. B. Backen, Gartenarbeit, Wäscheversorgung...)
- Musikaktivierung
- Gedächtnistraining
- Bewegungstherapie – Gymnastik, Sitztanz
- „Kinonachmittage“
- Nachtcafé, Dämmerstübchen
- Spiele (Karten-, Brett-, ...spiele)
- Ausflüge
- Wellness
- Religiöse Veranstaltungen
- Einkaufsfahrten

#### 5.1. Für immobile Bewohner/innen werden Einzelbetreuungen angeboten:

- Basale Stimulation, z. B. Wohlfühlbad, Massagen, Aromatherapie
- Vorlesen
- Musikangebote
- Gemeinsames Beten
- Erinnerungsarbeit
- Einsatz von Tieren
- Wunschsendungen im Fernsehen (keine Dauerberieselung!)

#### 5.2 Auch **abends und nachts** werden je nach Bedarf Angebote für dementiell Erkrankte eingeplant, z. B.:

- Nachtcafé
- Dämmerstübchen
- Stammtisch
- Film / Fernsehen (alte Filme)



### 1.3.2 Gerontokonzept

---

- Gezieltes Musikangebot
- Basale Stimulation
- Mahlzeitenangebot / Getränke (z. B. warme Milch...)
- Vorlesen

**5.3** Bei **Schlaflosigkeit** überprüfen wir das Schlafbedürfnis, bieten Beschäftigungsangebote tagsüber, abends und nachts an, passen das Zu-Bett-Geh-Ritual den Gewohnheiten an, sorgen für Schmerz- und Angstfreiheit, bieten Gespräche bei Sorgen an.

### 6. Umgang mit Unruhe / verstärktem Bewegungsdrang

Folgende Angebote werden in der Einrichtung, insbesondere für Menschen mit erhöhtem Bewegungsdrang vorgehalten:

- Regelmäßige Spaziergänge
- Begleitung durch Mitarbeiter/innen / Ehrenamtliche
- Rundlauf innerhalb des Wohnbereiches / Hauses
- Beschäftigung
- Ursachenforschung, z. B. Schmerz

### 7. Sterbephase

Befindet sich eine Bewohnerin / ein Bewohner in der Sterbephase, ist es uns ein Anliegen, die Sterbende bzw. den Sterbenden zu begleiten und nicht alleine zu lassen. Wir versuchen, die letzten Wünsche der Bewohnerin / des Bewohners zu erfüllen (z. B. Krankensalbung) und die Angehörigen aktiv einzubeziehen.

Die Palliative-Care-Fachkraft ist bei der individuellen Pflege und Betreuung der Bewohner/innen, u. a. speziell zu Schmerzmanagement beteiligt und steht auch den Ärzten und Angehörigen zur Unterstützung zur Verfügung.

### 8. Angehörigenarbeit / Ehrenamtliche Helfer

Die Angehörigen begleiten die Bewohner/innen und werden möglichst an der Pflege und Betreuung beteiligt. Unser Ziel ist es, im Verlauf der stationären Versorgung einen regen Austausch mit den Angehörigen zu pflegen und dafür zu sorgen, dass sich eine sinnvolle Partnerschaft aufbaut.

Diese Ziele wollen wir erreichen durch:

- Erstkontakt evtl. Hausbesuch, Besprechung der Bewohnereinzugsmappe
- Zusammenarbeit der Pflegenden mit den Angehörigen
- Angebot der Beratung und Anleitung von Angehörigen bei der Übernahme von Aktivitäten mit den Bewohner/innen
- Gemeinsames Feiern und Ausrichten von Festen
- Angehörigentreffen im Jahresrhythmus z.B. Einladung auch nach dem Versterben des Bewohners zum Gedenkgottesdienst.

Wir öffnen unser Haus bewusst für Ehrenamtliche. Auch hier pflegen wir einen regen Austausch und lassen ehrenamtlichen Helfern unsere Begleitung / Unterstützung bei ihren Aktivitäten zukommen. Siehe auch „Konzept Ehrenamt für stationäre Altenhilfeeinrichtungen“ im Qualitätsmanagementhandbuch unter Nr. 1.6.



## 1.3.2 Gerontokonzept

---

### 9. Kooperationen

Als Einrichtung sind wir daran interessiert, für unsere Bewohner/innen eine Pflege auf hohem Niveau anzubieten. Aus diesen Gründen haben wir verschiedenste Kooperationen mit externen Dienstleistern:

- Hospizverein
- Alzheimergesellschaft
- Krankengymnastik, Fußpflege, Friseur
- Lieferservice durch die Apotheke
- Wundmanager der Fa. ...
- Ernährungsberatung der Fa. ....
- Ärzte, Zahnärzte

### 10. Innerbetriebliche Kommunikation

Zur Sicherung einer kontinuierlichen Pflege und Betreuungsqualität besteht im Haus ein umfassender Informationsaustausch, sowohl bei der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Fachgruppen aus Pflege, Therapie und Medizin als auch innerhalb der einzelnen Pflegeteams. Dies ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung und Weiterentwicklung bewohnergerechter Maßnahmen zur Pflege und Betreuung. Mit Hilfe eines detaillierten Konferenzplans für innerbetriebliche Kommunikation ermöglichen wir allen am Pflegeprozess Beteiligten eine einheitliche Informationsbasis in Bezug auf die Bewohner/innen sowie die jeweiligen Pflege- und Therapieziele.

### 11. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess / Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung haben wir unterschiedliche Maßnahmen eingeleitet und setzen einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess durch die Integration von Verbesserungsvorschlägen der Mitarbeiter/innen und der Bewohner/innen um. Im Einzelnen werden folgende Maßnahmen in der Pflegeeinrichtung umgesetzt:

- Einhaltung der Standards und regelmäßige Evaluation
- Regelmäßige Überprüfung der Pflegedokumentation und der Pflegeplanungen durch die Pflegedienstleitung / Wohnbereichsleitung im Rahmen von internen Pflegevisiten
- Regelmäßige Fallbesprechungen durch die Pflegeteams
- Qualitätszirkel
- Strukturierte Übergabe anhand der Pflegedokumentation
- Teilnahme an Leitungsrunden
- Teilnahme an externen Leitungsbesprechungen beim DiCV
- Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen
- Beschwerdemanagement

### 12. Personal

#### 12.1 Personelle Ausstattung Pflege und Betreuung

Durch eine personelle Ausstattung, die sich an den Pflegestufen und dem Pflegebedarf der Bewohner/innen orientiert, stellen wir eine bewohnerorientierte Versorgung sicher. Dafür wird u. a. die quantitative und qualitative, die personelle Besetzung überprüft. Im Haus sind mindestens 50 % Pflegefachkräfte beschäftigt, darunter mind. einer gerontopsychiatrisch weiter gebildete Fachkraft. Über das im Pflegeschlüssel vereinbarte Personal hinaus sind im Haus zusätzliche Betreuungskräfte nach Pflegeweiterentwicklungsgesetz § 87 b tätig.





## 1.3.2 Gerontokonzept

---

### 12.2 Personalentwicklung

Durch eine kontinuierliche Personalentwicklung sorgen wir dafür, dass sich die Mitarbeiter/innen persönlich und fachlich weiterentwickeln. Unter anderem führt die Heimleitung jährliche Mitarbeiterfördergespräche mit Zielvereinbarungen durch. Die Pflegedienstleitung schließt ihre Pflegevisiten mit einem Feedback-Gespräch mit dem / der visitierten Mitarbeiter/in ab. In der Pflegevisite wird der Bedarf an Fortbildungen ermittelt, der prospektive Fortbildungsplan mit gezielten internen und externen Fortbildungen orientiert sich an diesem Bedarf.

### 12.3 Fort- und Weiterbildung

Unser Ziel ist es dass alle Pflegenden auf einem hohen fachlichen Stand sind und bleiben. Dies erreichen wir durch regelmäßige interne und externe Fort- und Weiterbildungen. Wir integrieren neues Pflegewissen und –techniken in den täglichen Pflegeprozess. Hierzu gehören zum Beispiel Pflegetechniken, wie Basale Stimulation, Kinästhetik, Validation, Aromatherapie und das Bobath-Konzept. Veränderungsprozesse und Umstrukturierungsprozesse, die notwendig sind, werden gemeinsam in Qualitätszirkeln, Projektgruppen oder themenbezogenen Arbeitsgruppen geplant und umgesetzt. Unsere Fortbildungen planen wir am ermittelten Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter/innen und an neuen Herausforderungen, die an die Einrichtung herangetragen werden. Aktuelle Fachliteratur, u. a. zum Thema Demenz, ist in der Einrichtung vorhanden.

### 12.4 Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden nach einem Einarbeitungskonzept eingearbeitet. Von besonderer Bedeutung ist hier der ständige Dialog mit Mentor, Kollegen und Vorgesetzten. Ziel ist es, dass der/die Mitarbeiter/in am Ende seines/ihrer Einarbeitungsprozesses, die mit seiner/ihrer Stelle verbundenen Aufgaben genau kennt, Wissens- und Fähigkeitsdefizite ausgeglichen sind, Loyalität sowie eine Bindung an das Unternehmen entwickelt hat und mit der Unternehmenskultur vertraut ist.

### 12.5 Anleitung, Koordination und Aufsicht

Verantwortlich für Umsetzung des Konzeptes ist die gerontopsychiatrische Fachkraft. Diese stellt für die Bewohner/innen individuelle Betreuungsangebote zusammen und koordiniert die Tages- und Wochenstruktur. Die gerontopsychiatrische Fachkraft ist verantwortlich für die Anleitung der Auszubildenden im gerontopsychiatrischen Einsatz und die Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften, die in der Betreuung tätig sind.

Die Gerontofachkraft ist mitbeteiligt an der regelmäßigen Überprüfung und Aktualisierung der Pflegeplanungen AEDL Nr. 9 der an Demenz erkrankten Bewohner/innen und an den internen Fortbildungen im Bereich Gerontopsychiatrie.

### 12.6 Zusätzliche Betreuungskräfte gem. § 87 b Pflegestärkungsgesetz 1

Mit dem Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetz 1 zum 1. Januar 2015 wurde die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, zusätzliche Beschäftigte zur Betreuung demenzerkrankter und gesundheitlich beeinträchtigten Bewohner/innen als sogenannte Betreuungsassistent/innen einzustellen.

Nach § 87 b SGB XI i. V. mit § 2 Abs. 4 der Richtlinie nach § 87 b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte- R1) handelt es sich um eine Verbesserung der Betreuung der betroffenen Pflegeheimbewohner – zusätzlich zur allgemeinen Sozialen Betreuung (§§ 82 Abs. 1 Satz 3 und 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Damit kommen zur Betreuung und Aktivierung Maßnahmen und Tätigkeiten in Betracht, die das Wohlbefinden, den physischen Zustand oder die psychische Stimmung der betreuten Menschen positiv beeinflussen können. Betreuungs- und Aktivierungsangebote sollen sich an den Erwartungen, Wünschen, Fähigkeiten und Befindlichkeiten der Heimbewohner/innen unter Berücksichtigung ihrer



### 1.3.2 Gerontokonzept

jeweiligen Biographie, ggf. einschließlich ihres Migrationshintergrunds, dem Geschlecht sowie dem jeweiligen situativen Kontext orientieren.

Ziele:

- Unterstützung der alltäglichen Aktivitäten
- Erhöhung der Lebensqualität der Bewohner/innen durch mehr Zuwendung, Austausch mit anderen Menschen und mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- Zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Bewohner/innen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
- Positive Beeinflussung des Wohlbefindens, des physischen Zustands und der psychischen Stimmung der betreuten Menschen.

Zur Ergänzung des bestehenden Angebotes der sozialen Betreuung im Sinne des § 87 b SGB XI werden Bewohner/innen folgende Betreuungsleistungen angeboten:

Malen und Basteln, handwerkliche Arbeiten und leichte Gartenarbeiten, Haustiere füttern und pflegen, hauswirtschaftliche Tätigkeiten mit den Bewohner/innen, z. B. Kochen und Backen, Wäschepflege, Staubwischen, Aufräumen, Anfertigung von Erinnerungsalben oder Erinnerungsordnern, Musik hören, Musizieren, Singen, Brett- und Kartenspiele, spezielle Seniorengesellschaftsspiele, Spaziergänge und Ausflüge, Bewegungsübungen, Begleitung in der Einrichtung, Besuch von kulturellen und Sportveranstaltungen, Gottesdiensten, Friedhöfen, Lesen und Vorlesen, Fotoalben anschauen, Gespräche über Alltägliches und ihre Sorgen, Einzelbetreuung, Präsenz, um ihnen Ängste zu nehmen sowie Sicherheit und Orientierung vermitteln- vor allem während den Mahlzeiten um eine ruhige und angenehme Essenssituation zu erleben, adäquate Unterstützung anbieten, u.v.m.

Je nach persönlicher Situation der betreffenden Bewohner/innen werden die Angebote als Einzel- oder Gruppenmaßnahme angeboten. Die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsassistenz ist vom Willen und der tagesaktuellen gesundheitlichen Verfassung der Bewohner/innen abhängig.

Die Betreuungskräfte gem. § 87 b SGB XI werden von Gerontofachkräften, Pflegefachkräften bzw. Mitarbeiter/innen in der sozialen Betreuung angeleitet.

Die Gerontofachkraft koordiniert und überprüft die Tätigkeiten der zusätzlichen Betreuungskräfte. Die Einarbeitung sowie das Angebot von Fortbildungen entsprechen der im Haus üblichen Praxis.

Die Koordination der Schnittstelle zwischen Pflege und Betreuung sowie zusätzlicher Betreuung nach § 87 b SGB XI wird durch Pflegeplanung / Pflegedokumentation, Teambesprechungen und Fallbesprechungen sichergestellt.

Das Pflegeteam weist die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen nachprüfbar darauf hin, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot im Sinne des § 87 b SGB XI besteht, für das ein Vergütungszuschlag nach § 2 Abs. 1 dieser Vereinbarung gezahlt wird. Die Pflegeeinrichtung garantiert dieses zusätzliche Leistungsangebot auch für alle neu aufgenommenen, anspruchsberechtigten Bewohner/innen.

<b>erstellt durch:</b> Referat Heimerberatung Caritasverband für die Diözese Regensburg e. V.	<b>genehmigt am:</b> 27.07.2009 Msgr. Bernhard Piendl, Diözesan-Caritasdirektor
<b>überarbeitet durch:</b> AG Gerontofachkräfte und Referat Heimerberatung	<b>genehmigt am:</b> 08.12.2014 Dr. Robert Seitz, Soziale Einrichtungen
<b>Angepasst an Einrichtung</b>	Dr. Sandra Hasslöwer am 18.12.2014
<b>überarbeitet durch:</b>	genehmigt am:
<b>überarbeitet durch:</b>	genehmigt am:
<b>überarbeitet durch:</b>	genehmigt am: