

## Gerontokonzept

*Heim-at ist nicht dort, wo ich lebe, sondern dort, wo ich verstanden und angenommen werde.*



### 1. Einführung

#### Demografische Faktoren

Gegenwärtig leben in Deutschland ca. 1,2 Millionen Menschen mit Demenz. Unter den 80 bis 84jährigen sind ca. 13 % an Demenz erkrankt in der Gruppe der 85 bis 90jährigen bereits über 23 % und bei den über 90jährigen mehr als ein Drittel (Weyerer & Bickel 2007). Vor allem in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung wird die Belastung zu Hause so groß, dass oft ein Umzug in eine stationäre Einrichtung notwendig ist. Aktuell gehen Forscher davon aus, dass 35 bis 49 % aller Demenzkranken in stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden (Bickel 2005).

Ausgehend von diesen Faktoren rücken für den Bereich der stationären Einrichtungen 4 zentrale Bezugspunkte in den Vordergrund:

- \* das hohe Eintrittsalter der BewohnerInnen
- \* die damit verbundene Häufung von altersspezifischen Erkrankungen, vor allem Demenzerkrankungen
- \* die Diagnose, Symptome und die entsprechende Betreuung der BewohnerInnen
- \* die Sicherstellung einer menschenwürdigen Versorgung und Betreuung dieser BewohnerInnen

#### 1.1 Einleitung

Das Gerontokonzept definiert unser pflegerisches und betreuendes Handeln für BewohnerInnen mit dementieller Erkrankung und gilt als Handlungsorientierung für alle MitarbeiterInnen, 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 Pflegezentrum AN DER ALTEN WAAGE verfügt über 91 Pflegeplätze, verteilt auf 69 Einzelzimmer und 11 Doppelzimmer. Neben der vollstationären Pflege ist im Pflegezentrum eingestreute Kurzzeitpflege möglich.

Folgende Räumlichkeiten stehen in der Einrichtung für Gruppen und Einzelangebote zur Verfügung:

- \* 1 großer Veranstaltungsraum / Caritas Campus
- \* 1 Therapieraum
- \* 4 Wohnküchen mit unserer „Guten Stube“
- \* Aufenthaltsbereich (Bereich der Begegnung) in der Elementarpflege
- \* Bewohnerzimmer
- \* Garten mit Pergola
- \* Balkon
- \* Kapelle

Um den Bewegungsdrang von gerontopsychiatrisch erkrankten BewohnerInnen zu entsprechen, ist der Garten entsprechend mit Wegen und Sitzgelegenheiten gestaltet. Dieser Garten stellt ein Erlebnisfeld dar und bietet jahreszeitliche Orientierung.

#### 1.3 Zielgruppe

Unsere Einrichtung betreut BewohnerInnen mit und ohne Pflegestufen die unter verschiedensten Graden der dementiellen Verhaltensauffälligkeiten leiden.

Freigabe	Bearbeitung	gültig ab	Version	Seite
	Nicole Wiesmüller	01.07.2016	0	1 von 9



## Gerontokonzept

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. hinlaufgefährdete Menschen.

### 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 BewohnerInnen 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 BewohnerInnen. Sie werden in ihrem letzten Lebensabschnitt begleitet und erfahren bis zu ihrem Tod Geborgenheit und Wärme in 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. 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, dass sie existenzfördernde Erfahrungen machen können. So kann aus Misstrauen Vertrauen, aus Angst Zuversicht und aus Isolation Integration wachsen.

In der Betreuung unserer Bewohner orientieren wir uns an personenzentrierten Ansatz von Tom Kitwood.

Hierfür werden unsere MitarbeiterInnen durch Schulungen in das Pflegemodell eingeführt und damit vertraut gemacht. Darüber hinaus werden die MitarbeiterInnen 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 BewohnerInnen 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 täglich, auch bei Bedarf abends und nachts statt.

Der Nachtdienst ist übergreifend organisiert und somit anteilig bei den einzelnen Wohnbereichen berücksichtigt.

Freigabe	Bearbeitung	gültig ab	Version	Seite
	Nicole Wiesmüller	01.07.2016	0	2 von 9

## Gerontokonzept

### 3.2 Individueller Pflegeprozess

Mit Hilfe der **Biografiearbeit** und der engen Zusammenarbeit mit Betreuern, Angehörigen und den BewohnerInnen und Bewohnern 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 dementiell / gerontopsychiatrisch Veränderten. Durch das Interesse an seinem Leben erfährt er eine Wertschätzung sowie Lebensqualität.

Biografiearbeit mit und für dementiell / gerontopsychiatrisch veränderte BewohnerInnen 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 BewohnerInnen und integrieren diese in den Pflege- und Betreuungsprozess. Wichtige Ressourcen, die wir bei den BewohnerInnen erkennen und systematisch identifizieren, sind in der Pflegeplanung formuliert.
- \* Durch regelmäßige **Beobachtung** der BewohnerInnen und Befragung der Angehörigen nach Wünschen und besonderen Bedürfnissen, versuchen wir größtmögliche individuelle Lebensgestaltung und den Pflege- und Betreuungsprozess zu sichern.
- \* Die **Pflegepläne** werden durch zugewiesene 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 MitarbeiterInnen und dient der internen und externen Qualitätssicherung *“Was nicht dokumentiert ist, ist auch nicht getan (worden)”*. Alle pflegerischen MitarbeiterInnen 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 Pflegeplanungen und die Qualität der pflegerischen Arbeit durch die PDL oder WBL überprüft.
- \* Je nach BewohnerIn sieht die fördernde Umgebung unterschiedlich aus.
- \* In der Phase der Eingewöhnung stehen Beziehungsaufbau, Kennen lernen der Lebensgewohnheiten, Biografie und Wohlbefinden der BewohnerInnen im Mittelpunkt.

Unterstützenden Charakter haben hier:

- \* regelmäßige Hausarztvisiten und bei Bedarf
- \* regelmäßige Teambesprechungen
- \* regelmäßige Fallbesprechungen
- \* regelmäßige Weiterbildungen
- \* fachärztliche Begleitung durch Neurologen

### 4. Gerontopsychiatrische Grundlagen

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

- \* Validation (Methode nach Nicole Richard)
- \* Tierbesuche
- \* Musiktherapeutische Elemente
- \* Snoezelen
- \* Milieugestaltung
- \* Normalisierungsprinzip
- \* Demenzgerechte Gartengestaltung
- \* Basale Stimulation
- \* Aromapflege
- \* 10-Minuten-Aktivierung (Schmidt-Hackenberg)
- \* Therapeutischer Tischbesuch
- \* Bewegung

Freigabe	Bearbeitung	gültig ab	Version	Seite
	Nicole Wiesmüller	01.07.2016	0	3 von 9

## Gerontokonzept

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 (z. B. Psychosen) gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern die Validation nicht das Richtige. Die konzeptionelle Ausrichtung wird individuell bewohnerbezogen im Team vereinbart und in der Pflegeprozessplanung hinterlegt.

Für den einen BewohnerIn ist es wichtig, sein Haustier mit in die Einrichtung zu nehmen und in gewohnter Weise zu versorgen. Ein anderer BewohnerIn benötigt die Übernahme von kleinen Aufgaben und möchte sich aktiv am Heimleben beteiligen. Wiederum andere BewohnerInnen benötigen Anreize durch Fachpersonal. Wir versuchen, eine individuelle fördernde Umgebung für die BewohnerInnen 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
- \* Gezielten 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, usw.

### 4.1 Milieugestaltung

Die 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.

Dazu gehört auch die gemeinsam mit BewohnernInnen geplante und durchgeführte Gestaltung von eigenen Wohnräumen bzw. Gemeinschaftsräumen. Der jeweilige Aufenthaltsraum ist ein gemütliches helles Wohnzimmer, das durch die entsprechende Ausstattung anregend, orientierend und gedächtnisfördernd wirkt. Wichtig sind unter anderem:

- \* jahreszeitlicher Raumschmuck / kein Kindergartenmilieu - Osterglocken erinnern an Frühjahr / Ostern
- \* Zitronenduft regt an, Lavendel beruhigt
- \* persönliche Bilder /Möbel - Omas Backform erinnert an den sonntäglichen Rührkuchen
- \* herumliegende Zeitungen regen zum Leben an
- \* individuelle Türgestaltung – Namensschild mit evtl. den BewohnerIn ansprechendem Symbol oder seinem eigenen Bild erleichtern ihm, dass er sein Zimmer wieder findet; regionale Bezeichnungen für Toilette
- \* Orientierungshilfen – Große Wandkalender/Uhren signalisieren, in welcher Zeit man lebt
- \* Helles Licht (500 Lux) – wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden aus und reduziert Angst und Aggressionen

Eine milieuorientierte Gestaltung der Umgebung zielt darauf 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.

### 4.2 Beziehungsgestaltung

Alle MitarbeiterInnen haben das Ziel, die Beziehung zum BewohnerIn so zu gestalten, dass eine professionelle Beziehung entsteht, die auf folgenden Qualitäten aufbaut:

- \* Aufbau einer gleichberechtigten Beziehung
- \* Akzeptanz des Bewohners
- \* Interesse für den Bewohner
- \* Empathie (Einfühlung)
- \* Wertschätzung
- \* Echtheit und Offenheit (Kongruenz)
- \* Vertrauen
- \* Ausgewogenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz

Freigabe	Bearbeitung	gültig ab	Version	Seite
	Nicole Wiesmüller	01.07.2016	0	4 von 9

## Gerontokonzept

- \* Reflexionsfähigkeit der Pflegeperson

Die Beziehungsgestaltung orientiert sich an folgenden Grundhaltungen, die sich auf die Betreuung aller BewohnerInnen, 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 gefühlsorientiertes, 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, ihn dort zu belassen und zu begleiten. Alle Mitarbeiter sollen über Kenntnisse zur validierenden Grundhaltung verfügen. Die gerontopsychiatrische Fachkraft schult kontinuierlich dazu die Mitarbeiter.

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, Therapeutischer Tischbesuch oder mittels eines Erinnerungsbuchs oder alte Photoalben. 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 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 – die Kraft der heilsamen Berührung. (Rahmenempfehlungen BMG 2006). In der deutschen Pflege wurde die Bedeutung der Berührung besonders durch den Ansatz der Basalen Stimulation verdeutlicht. (Bienstein Christel 2003).

### 4.2.4 Wertschätzende Kommunikation

Wir beachten bei der Kommunikation mit den BewohnerInnen folgende Grundregeln:

- \* Lob, Ermutigung vermitteln
- \* freundlicher Umgangston
- \* Ruhe und Geduld ausstrahlen
- \* nicht belehren / zurechtweisen
- \* nicht streiten oder schimpfen
- \* höflich sein
- \* in der Regel „Siezen“, Nachnamen benutzen
- \* nicht über ihn / sie, sondern mit ihm / ihr sprechen
- \* nicht bevormunden, Eigenständigkeit unterstützen

Dazu achten wir z. B. auf:

- \* Brille, Beleuchtung, evtl. Hörgerät
- \* Blickkontakt, Augenhöhe
- \* Zulächeln, aktiv Zuhören
- \* kurze, klare Sätze
- \* ruhigen Tonfall, Wiederholung bei Bedarf
- \* Zeit für Reaktion lassen

Freigabe	Bearbeitung	gültig ab	Version	Seite
	Nicole Wiesmüller	01.07.2016	0	5 von 9

## Gerontokonzept

- \* 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 vielmehr an den momentanen Gegebenheiten und Befindlichkeiten des Bewohners ausrichten. Einzelne Elemente der Gruppenangebote sind:

- \* Selbstständigkeits- und Selbsthilfetraining (gemeinsame Mahlzeiten / Esstraining / Toilettentraining)
- \* Beschäftigungstherapie unter Beachtung der Biografie
- \* Sing- und Bastelkreis
- \* hauswirtschaftliche Angebote (z. B. Backen, Gartenarbeit, Wäscheversorgung...)
- \* Musikaktivierung
- \* Gedächtnistraining
- \* Bewegungstherapie- Gymnastik, Sitztanz
- \* „Kinsonachmittage“
- \* Religiöse Veranstaltungen
- \* Spiele (Brett-, Karten-, ...spiele)
- \* Ausflüge
- \* Wellness
- \* Einkaufsfahrten

#### 5.1. Für **immobile BewohnerInnen** werden Einzelbetreuungen angeboten wie zum Beispiel:

- \* Basale Stimulation, z. B. Wohlfühlbad, Massagen versch. Art, Aromapflege wie Duftreise
- \* Vorlesen
- \* Tierbesuch
- \* Musikangebote
- \* Gemeinsames Beten
- \* Erinnerungsarbeit
- \* Selbstständigkeits- und Selbsthilfetraining (Esstraining / Toilettentraining)

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

- \* Nachtcafé / Dämmerstübchen / Stammtisch
- \* Film / Fernsehen (alte Filme)
- \* Gezieltes Musikangebot
- \* Basale Stimulation
- \* Mahlzeitenangebot / Getränke (z. B. warme Milch, „Abendschnaps“,...)
- \* 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 / Hinlauftendenzen

Folgende Angebote werden in der Einrichtung, insbesondere für Menschen mit Hinlauftendenzen

- \* Ursachenforschung, z. B. Biografie (Postbote), Schmerz
- \* Begleitung durch MitarbeiterInnen / Ehrenamtliche
- \* Beschäftigung
- \* Regelmäßige Spaziergänge im Haus, aber auch im Freien
- \* Rundlauf innerhalb des Wohnbereiches / Hauses

### 7. Sterbephase

Freigabe	Bearbeitung	gültig ab	Version	Seite
	Nicole Wiesmüller	01.07.2016	0	6 von 9

### Gerontokonzept

Befindet sich ein BewohnerIn 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 zu erfüllen (z. B. Krankensalbung) und die Angehörigen aktiv einzubeziehen und begleiten.

Die Palliative-Care-Fachkraft ist bei der individuellen Pflege und Betreuung der BewohnerInnen, u. a. speziell zu Schmerzmanagement beteiligt, und steht auch den Ärzten und Angehörigen zur Unterstützung zur Verfügung. Wir arbeiten zusätzlich mit ehrenamtlichen Hospizhelfern des ortsansässigen St. Franziskus Hospizvereins zusammen.

#### **8. Angehörigenarbeit / Ehrenamtliche Helfer**

Die Angehörigen begleiten die BewohnerInnen 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.

Die gerontopsychiatrische Betreuung beginnt mit der Überleitung des Bewohners im Vorfeld. Kontakte und Gespräche mit den Angehörigen, dem Hausarzt und der verantwortlichen Leitung unseres Hauses geben erste Einblicke zum aktuellen Ist-Zustand des Betroffenen. Nach Abwicklung der Aufnahmeformalitäten und den gerichtlichen Beschlüssen durch Betreuer oder Angehörige, empfehlen wir zur Orientierung beim Einzug die Gestaltung des zukünftigen Zimmers mit persönlichen Gegenständen, wie Bildern, Lieblingsdecke, eigener 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 auf den Wohnbereichen eine Ruhepause herrscht, wie z.B. nach dem Mittagessen. Auf diese Weise wird dem BewohnerIn 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 BewohnerIn in den nächsten Stunden in seinem neuen Umfeld begleiten.

Dies kann zum Beispiel auch in Form eines ersten gemeinsamen Essens geschehen.

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 Bewohnern
- \* Gemeinsames Feiern und Ausrichten von Festen
- \* Angehörigentreffen im Jahresrhythmus

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.

#### **9. Kooperationen**

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

- \* Hospizverein St. Franziskus
- \* Krankengymnastik, Fußpflege, Friseur
- \* Lieferservice durch die Punkt Apotheke
- \* Wundmanager der Fa. Zimmermann
- \* Ernährungsberatung der Fa. Zimmermann
- \* Freiwilligen Zentrum Straubing
- \* Versch. Haus- & Fachärzte

Freigabe	Bearbeitung	gültig ab	Version	Seite
	Nicole Wiesmüller	01.07.2016	0	7 von 9

## Gerontokonzept

### 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 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 MitarbeiterInnen und der BewohnerInnen um. Im Einzelnen werden folgende Maßnahmen in der Pflegeeinrichtung umgesetzt, z.B.:

- \* Einhaltung der Standards und regelmäßige Evaluation
- \* Regelmäßige Überprüfung der Pflegedokumentation und der Pflegeplanungen durch die PDL / WBL im Rahmen von internen Pflegevisiten
- \* Regelmäßige Fallbesprechungen durch die Pflegeteams
- \* Qualitätszirkel
- \* Sicherstellung einer zeitnahen Pflegedokumentation durch die Integration der Pflegedokumentation in den Arbeitsprozess
- \* Strukturierte Übergabe anhand der Pflegedokumentation
- \* Teambesprechungen
- \* Teilnahme an Leitungsrunden
- \* Teilnahme an externen Leitungsbesprechungen beim DiCV
- \* Regelm. Fort- & Weiterbildungen
- \* Beschwerdemanagement

### 12. Personal

#### 12.1 Personelle Ausstattung Pflege und Betreuung

Durch eine personelle Ausstattung, die sich an den Pflegestufen und dem Pflegebedarf der BewohnerInnen 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 weitergebildeten Fachkraft. Über das im Pflegeschlüssel vereinbarte Personal hinaus sind im Haus zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87 b SGB XI tätig.

#### 12.2 Personalentwicklung

Durch eine kontinuierliche Personalentwicklung sorgen wir dafür, dass MitarbeiterInnen sich persönlich und fachlich weiterentwickeln. Die Pflegedienstleitung schließt ihre Pflegevisiten mit einem Feedback-Gespräch mit dem visitierten Mitarbeiter 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 Weiterbildung. 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 MitarbeiterInnen 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

Neue MitarbeiterInnen werden nach einem Einarbeitungskonzept sehr sorgfältig eingearbeitet. Von besonderer Bedeutung ist hier der ständige Dialog mit Mentor, Kollegen und Vorgesetzten. Ziel ist es, dass der Mitarbeiter am Ende seines Einarbeitungsprozesses die mit seiner Stelle verbundenen Aufgaben genau kennt, Wissens- und Fä-

Freigabe	Bearbeitung	gültig ab	Version	Seite
	Nicole Wiesmüller	01.07.2016	0	8 von 9





### Gerontokonzept

higkeitsdefizite 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 individuelle Betreuungsangebote zusammen und koordiniert die Tages- und Wochenstruktur. Die gerontopsychiatrische Fachkraft ist verantwortlich für die Anleitung der Auszubildenden in dem gerontopsychiatrischen Einsatz, der Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften, die in der Betreuung tätig sind.

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

#### 12.6 Zusätzliche Betreuungskräfte gem. § 87 b Pflegeweiterentwicklungsgesetz

siehe Konzept der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nach § 87 b SGB XI

*Ein guter Altenpfleger ist jemand,  
 der die Melodie des Herzens eines alten Menschen hört  
 und sie ihm vorsingt, wenn er sie vergessen hat.*

Freigabe	Bearbeitung	gültig ab	Version	Seite
	Nicole Wiesmüller	01.07.2016	0	9 von 9