

Schloss Merten

Rahmenkonzept

Pflege- und Betreuungszentrum Schloss Merten in Eitorf



Mitglied im
Verband Deutscher Alten - und Behindertenhilfe VDAB
Landesgruppe Nordrhein - Westfalen e.V.

Stand 1. Januar 2013

Verwendung, Vervielfältigung und Weitergabe
nur mit Einverständnis der De Schrevel GmbH & Co KG

de Schrevel
Gesellschaft für Pflegedienste
und Betreuung GmbH & Co. KG
53783 Eitorf-Merten
Tel. 0 22 43 / 860 · Fax 8 62 55

Kein Mensch ist so reich,
dass er keines Anderen Hilfe nötig hätte,
kein Mensch ist so arm,
dass er seinen Mitmenschen
nicht irgendwie beistehen könnte.

(Papst Leo XIII)

Inhalt

1.	Vorwort	5
2.	Träger und Kostenträger	7
3.	Infrastruktur des Standortes	7
	Zum Gebäude	7
4.	Leitbild und Ziele	9
5.	Raumkonzeption	12
6.	Pflegerisches Konzept (Pflegekonzzept)	16
6.1	Einführung in unser Pflegekonzept	16
6.2	Orientierungstraining auf der Grundlage validierender Elemente ..	16
6.3	Orientierungsformen in der Pflege	16
6.4	Die bewohnerorientierte begleitete Bezugspflege	18
6.5	Die Prozeßplanung	19
6.6	Das Pflegemodell	20
6.7	Die Qualitätssicherung	23
7.	Fachabteilung für offene und geschlossene gerontopsychiatrische Altenhilfe	24
7.1	Milieuthherapie	25
7.2	Orientierungstraining auf der Grundlage validierender Elemente ..	27
7.3	Ergotherapie	28
7.4	Bewegungs- und Physiotherapie	30
7.5	Psychosoziale Maßnahmen	32
7.6	Spezielle psychotherapeutische Maßnahmen	33

7.7	Medizinische Betreuung	33
8.	Fachabteilung für älter werdende und altgewordene psychisch kranke Menschen auf der Grundlage des Hausgemeinschaftskonzeptes (10 Plätze; DG)	34
8.1	Zielsetzung des Fachbereiches	34
8.2	Medizinische Betreuung	38
9.	Aufnahme neuer Bewohner	39
10.	Betreutes Wohnen	40
11.	Angehörigenarbeit	42
12.	Schlusswort	43

1. Vorwort

Schon in der Stellungnahme der Bundesregierung zur Empfehlung der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich vom 23.10.1990 wird darauf hingewiesen, daß gemeindenaher Integration als Voraussetzung bedarfsgerechter psychiatrischer Versorgung gelten muß.

Der gesellschaftliche Prozeß der Eingliederung psychisch/gerontopsychiatrisch Kranker muß sich sowohl im Bewußtsein als auch bei der realen Umsetzung an dem Grundsatz eines möglichst konfliktfreien Miteinanderlebens orientieren.

Es ist als unbestritten anzusehen, daß zur gesellschaftlichen Integration psychisch Kranker, insbesondere chronisch psychisch Kranker und Behinderter, die oftmals keine funktionierende Familie mehr haben, beschützte Wohnarten in abgestufter Form angeboten werden müssen. Hier kann unsere geplante Wohnstätte als Teil eines differenzierten, gemeindenahen, psychiatrischen Versorgungsspektrums genannt werden.

Trotz anhaltender Bemühungen der Leistungserbringer der psychiatrisch/gerontopsychiatrischen Versorgung innerhalb unseres Landkreises weist das vorhandene Verbundsystem noch Defizite auf. Die Erfahrung mit unseren bestehenden Einrichtungen hat gezeigt, dass es immer wieder zu Neuaufnahmen von Bewohnern mit chronifizierten Krankheitsverläufen aus dem diagnostischen Bereich des schizophrener Formenkreises kommt.

Vorwort

Parallel zu diesen Diagnosen können sich auch dementielle Erkrankungen ergeben, die sich je nach Schweregrad durch unser tagesstrukturierendes und therapeutisches Angebot rasch stabilisieren lassen. An dieser Stelle treten dann auch die psychiatrischen Diagnosen wieder in den Vordergrund des Bewohners, was mit zahlreichen Komplikationen bezüglich der Betreuung und Pflege verbunden ist.

Altgewordene Menschen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis sind in ihrer Alltagswahrnehmung im Gegensatz zu den dementiell erkrankten Bewohnern räumlich, zeitlich und zur Person orientiert. Hier müssen demzufolge unterschiedliche therapeutische Ansätze Berücksichtigung finden, um dem Bewohner gerecht zu werden. Aus diesem Grunde wollen wir einen Bereich schaffen, in dem altgewordene, auch pflegebedürftige, psychisch kranke Menschen fachlich adäquat betreut und gepflegt werden können.

Die Einrichtung hat die Zielsetzung, alten Menschen und mit ihrer psychischen Erkrankung altgewordenen Menschen eine Heimstätte zu bieten. Der Anspruch geht dahin, den Bewohnern ein möglichst selbstbestimmtes/-ständiges Leben in der Gemeinschaft mit anderen Betroffenen zu ermöglichen.

Um ihnen die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft zu erleichtern, sollen Strukturen geschaffen werden, die als Orientierungshilfen gedacht sind. An diesen kann der Bewohner sich und sein Verhalten vergleichen und Fehler erkennen. In beschützender Umgebung wird er mit seinem Verhalten konfrontiert, in dem er lernt, die gesellschaftlich tolerierten Normen zu beachten. Eine Voraussetzung, um sich aus der krankheitsbedingten Isolation herauslösen zu können, ein erster Schritt zurück zur gesellschaftlichen Akzeptanz.

Um dieser beschriebenen Situation Rechnung zu tragen, möchten wir in unserem Pflege- und Betreuungszentrum, neben dem Angebot für Pflegebedürftige und dem für Seniorinnen und Senioren, ein differenziertes Wohnangebot schaffen, in dem auch Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen im Alter und gerontopsychiatrischen Symptomen adäquat gepflegt und betreut werden können. Dies soll in solitär zu betrachtenden Fachabteilungen Umsetzung finden.

2. Träger und Kostenträger

Der Träger des Pflege- und Betreuungszentrums Schloss Merten ist die "DE SCHREVEL" Gesellschaft für Pflegedienste und Betreuung GmbH & Co. KG, Happacher Str. 2-6, 53783 Eitorf-Bach.

Für die Finanzierung der Betreuung und Pflege unserer Bewohner werden Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den entsprechenden Sozialhilfeträgern im Rahmen des SGB XI abgeschlossen.

Darüber hinaus können Selbstzahler aufgenommen werden; in Einzelfällen kann die Kostenübernahme anderer Versorgungsträger vertragliche Grundlage sein.

Der Träger ist mit seinen Einrichtungen im VDAB - Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe mit Sitz in Essen als Mitglied organisiert.

3. Infrastruktur des Standortes

Zum Gebäude

Wer auf der Siegtalstraße aus Richtung Hennef kommend auf Merten zusteuert, dem fällt schon von weitem der helle Kirchturm auf, der unvermutet zwischen den Bäumen aufragt. Die frühere Klosterkirche der Augustinerinnen, der heiligen Agnes gewidmet, gilt Experten als Musterbeispiel eines romanischen Gotteshauses, das durchaus mit berühmten Kirchen dieser Epoche konkurrieren kann.

Diese Kirche, die ab 1823 der Eitorfer Pfarrgemeinde gehört, war der religiöse Mittelpunkt des Augustinerinnenklosters, das um 1160, vermutlich durch Otto von Cappensteyn und Arberg, gegründet wurde. Im Jahre 1699 brannten Kloster und Kirche ab. Der Wiederaufbau mit barocker Ausstattung dauerte bis 1799. Das Torhaus wurde 1762 durch die Initiative der Äbtissin Petronella von Kraft neu errichtet. Am 2.11.1803 kam es zur Aufhebung des Klosters durch die Säkularisation unter dem Landesherren Kurfürst Max Josef von Bayern, zugleich Großherzog von Berg. Von 1815-1955 war das Gebäude Staats-, Großbürger- und Adelsbesitzum, jetzt "Schloss" genannt, zuletzt (seit 1909) Wohnsitz der Grafen Droste zu Vischering von Nesselrode Reichenstein.

Träger und Kostenträger

Infrastruktur des Standortes

1930 errichtete Graf Felix Droste Nesselrode die Orangerie. Das ehemalige Hauptgebäude, Herrenhaus genannt, brannte durch den Beschuss der Amerikaner vom 28. 3. 1945 aus. Dabei wurde die Kirche stark beschädigt. Sie wurde 1966 im ursprünglich romanischen Stil wieder hergestellt. Am 20. 12. 1957 kam es zum Kauf des gesamten Schlossanwesens durch die Katholische Junge Mannschaft, Arbeitsstelle Köln e.V. (im November 1962 Namensänderung in Kuratorium von Schloss Merten/Sieg e.V., Sitz Köln).

1956-1957 wurde die Herrenhausräume gesichert und mit einem hohen Kostenbeitrag des Landes NRW mit einem Notdach abgedeckt. Von 1958-1972 wurde in fünf Abschnitten der Ausbau der Orangerie, des Torhauses Nord und Süd und der Remisen (Jugendtrakt) durch das Kuratorium von Schloss Merten unter Mithilfe der Denkmalpflege und des Landes NRW vorgenommen. Das Anwesen diente bis 1991 dem Kuratorium von Schloss Merten als Familienerholungs- und Tagungsstätte. Aufgrund der Überalterung der Kuratoriumsmitglieder von Schloss Merten und nicht zuletzt auch wegen der rückläufigen Entwicklung im Bereich der Familienerholung entschloss sich das Kuratorium, das Anwesen zu verkaufen.

Nach den erforderlichen Umbauarbeiten kam es zu der diesem Konzept zugrunde liegenden anderen Nutzung des Gebäudes. Das unter Denkmalschutz stehende Objekt verfügt über eine Gesamtnutzfläche (nach DIN 283) von 4.753,16 qm (BGF 6.612,33 qm).

Die Gesamtanlage wird von Gebäuden und daran anschließenden Burgmauern ringförmig umschlossen. Im Inneren dieser Umfassung liegt der 18.000 qm große Park mit Springbrunnen, Wegen, Blumenbeeten, Rasenflächen und vielen alten Bäumen.

Das durch Kriegseinwirkungen ausgebrannte "Herrenhaus" von Schloss Merten wurde in den Jahren 1997 und 1998 wiederhergestellt und dient seit dem 1. August 1998 als Pflegeheim, in dem die Bewohner in Kleingruppen zusammenleben.

Das beschriebene Gebäude einschließlich seines imposanten Parks lädt zu zahlreichen Freizeit- und Kulturangeboten ein. Regelmäßige Veranstaltungen wie z. B. Konzerte, Sommerfest, Weihnachtsmarkt, Ausstellungen und Vorlesungen erfreuen sich allgemeiner Beliebtheit bei Bewohnern und Angehörigen sowie Bürgern der umliegenden Region. Mit dem hauseigenen Bewohnerbus lassen sich im schönen Umfeld des Siegtals Freizeitaktivitäten planen, wie z.B. kleinere Wanderungen, Einkäufe, Schwimmbadbesuch, Kino und Theateraufführungen etc.

4. Leitbild und Ziele

Leitbild und Ziele

In unserer Einrichtung sehen wir den Menschen als Einheit von Körper, Seele und Geist. Dieses ganzheitliche Menschenbild hat für uns die Konsequenz beim Erfassen der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit auf Fähigkeiten und Defizite aller Ebenen zu achten, sowie bei der Planung und Ausführung alle drei Ansatzpunkte zu nutzen.

Wir begleiten und betreuen pflegebedürftige und psychisch kranke Menschen. Unser Haus sieht es als eine seiner wichtigsten Aufgaben an, die Bewohner in ihrer Lebenssituation und -gestaltung zu unterstützen und ihnen im Rahmen einer vertrauensvollen Zusammenarbeit praktische Hilfen anzubieten.

Ausgangspunkt für unsere Arbeit ist der Mensch, mit seinen Krankheiten, sowie mit seinen gesunden Anteilen und den spezifischen Bedürfnissen und Wünschen zur individuellen Lebensgestaltung. Unabhängig von der Art und Schwere der Krankheit hat jeder Mensch ein Recht auf Selbstbestimmung und auf die Führung eines normalen Lebens.

Wir sehen unsere Aufgabe vor allem darin, unsere Bewohner auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung zu unterstützen und die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen.

In der Bewohnerstruktur besteht ein aktives und passives Verständigungsvermögen. Diese Tatsache nehmen wir zum Anlass, soziale Kontakte aufzubauen und zu vertiefen. Dies findet seine Realisierung innerhalb der Bewohnerstruktur und bei Aktivitäten im sozialen Umfeld der Bewohner.

Die feinmotorischen Fähigkeiten der Bewohner werden u. a. dazu genutzt, Gestaltungs- und Bastelarbeiten durchzuführen. Durch die erzielten Erfolge dieser Arbeit entwickeln die Bewohner ein positives Selbstwertgefühl. Gleichzeitig werden viele Produkte zur Verschönerung des Wohnumfeldes eingesetzt. Für die Interessen, die im motorischen Bereich liegen, werden Gymnastik- und Schwimmgruppen angeboten.

Ruhe und Entspannung finden unsere Bewohner und Bewohnerinnen in ihren Zimmern. Dort können sie individuellen Wünschen nachgehen wie z.B. Lesen, Musik hören etc.

Für uns handlungsleitend ist die Würde aller Menschen, ihr Recht auf Individualität und die Respektierung der Persönlichkeit.

Die Arbeit mit und für psychisch kranke und dementiell veränderte Menschen erfordert eine enge Zusammenarbeit und gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten. Das Team ist der zentrale Punkt bei der gesamten Arbeit, hier werden fachliche Fragen diskutiert, Aufgaben koordiniert und Entscheidungen getroffen. Es besteht aus Altenpflegerinnen und -pflegern, Krankenschwestern und -pflegern, Fachpersonal mit psychiatrischer Zusatzqualifikation, Ergotherapeuten, der Pflegedienstleitung und dem Sozialdienst.

Alle Mitarbeiter tragen entscheidend dazu bei, dass in den einzelnen Wohnbereichen eine Atmosphäre entsteht, in der sich die Bewohner wohl fühlen.

Die einzelnen Aufgabenbereiche überschneiden sich, da sowohl die Betreuungs- und Pflegekräfte als auch die Mitarbeiter von Sozialdienst und Ergotherapie für die Gestaltung des Alltags zuständig sind. Die Initiierung des Zusammenlebens in der Gruppe, die Gewährleistung der täglichen Grundversorgung, Hilfestellungen bei der allgemeinen Pflege, sowie Versorgung und individuelle Hilfen sind Aufgabenbereiche, bei denen jeder einzelne Mitarbeiter mitwirken muss.

Das gesamte Personal muss zu einer gemeinsam getragenen Basis gelangen, um eine qualifizierte Arbeit zu gewährleisten.

Für eine effektive Arbeit ist eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre unerlässlich. Gleichzeitig müssen verbindliche Vereinbarungen getroffen werden, die alle Mitarbeiter einhalten. Eine gegenseitige Akzeptanz, Toleranz und Anerkennung bilden die Basis für den Umgang miteinander.

Eine gleichberechtigte und demokratische Teamarbeit ist nur möglich, wenn die unterschiedlichen Qualifikationen und persönlichen Kompetenzen gegenseitig anerkannt sind. In regelmäßigen Teamgesprächen muss ein offener Diskurs möglich sein.

Bei Konflikten darf die persönliche Aversion nicht im Vordergrund stehen, sondern es muss immer vorrangig um die Arbeit mit den Bewohnern gehen. Des Weiteren werden die organisatorischen bzw. strukturellen Rahmenbedingungen immer wieder überprüft, um die einzelnen Arbeitsbereiche und Verantwortlichkeiten zu optimieren.

Nicht nur die interne Zusammenarbeit spielt eine wichtige Rolle, sondern auch die Zusammenarbeit mit Betreuern, Angehörigen, Kostenträgern etc. Viele Bewohner kommen nach einer langjährigen Psychiatriekarriere in Heime, weil sie nur wenige Chancen haben, in Zukunft ohne intensive Hilfe auszukommen. Bedingt durch die langjährigen Heimaufenthalte können u. a. Probleme mit der Eigenständigkeit und der Außenwelt auftreten.

Wir wollen diesen Menschen helfen, ihren Lebensalltag so "normal" und individuell wie möglich zu gestalten. Durch tagesstrukturierende Angebote, die an der Alltagsbewältigung orientiert sind, können miteinander eigene Fähigkeiten erprobt und ausgebaut werden. Wir bieten Integrationshilfen zum Leben in der Gesellschaft, indem wir soziale Kontakte ermöglichen, die Gruppenfähigkeit stärken und Perspektiven gemeinsam entwickeln.

Durch die verschiedenen Wohneinheiten ist es möglich, den Bewohnern entsprechend ihrer Selbständigkeit, Beziehungs- und Kontaktfähigkeit gerecht zu werden.

Ziel aller Maßnahmen ist die Erhaltung, Wiedergewinnung und/oder Förderung einer weitestgehend selbständigen und individuell optimalen Lebensführung. Bei der Vorbereitung auf ein selbständiges Leben unterstützen wir die Bewohner durch Wohntraining im lebenspraktischen Bereich und begleiten sie bis hin zum Betreuten Wohnen.

In diesem Sinne bieten wir folgende Hilfen zur Alltagsbewältigung an: Wir achten auf einen sinnvollen Tagesablauf sowie Freude und Kontinuität im Alltag. Außerdem werden die Bewohner zu selbständiger Körperpflege angehalten.

Da das Bedürfnis nach Sicherheit ein Grundbedürfnis des Menschen ist, werden wir den Bewohnern ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. Nur in Sicherheit kann der Mensch Vertrauen und Zuversicht zu sich selbst und anderen entwickeln und sein Dasein bejahen. Durch Geborgenheit, Akzeptanz im sozialen Umfeld, Vertrauen, Zuversicht in die Zukunft und eine gewisse Unabhängigkeit erhalten die Bewohner Hilfe zur Selbsthilfe

5. Raumkonzeption

Raumkonzeption

Sämtliche Fachbereiche - die Abteilung für altgewordene und älter werdende psychisch kranke Menschen auf der Grundlage des Hausgemeinschaftskonzepts, die offene und geschlossene gerontopsychiatrische Abteilung, der Pflegebereich und das betreute Wohnen - bauen auf dem Prinzip von kleinen Wohngemeinschaften auf.

Die Wohngemeinschaft an sich, ist heute eine gesellschaftlich anerkannte Lebensform. So finden sich heutzutage, aus anderen Anlässen, häufig Menschen in Gemeinschaften unter einem Dach zusammen.

Aus den in den Wohngruppen psychiatrischer Versorgungseinrichtungen gemachten Erfahrungen lässt sich schließen, dass die Gruppe sich positiv auf den einzelnen Bewohner auswirkt. Die Gruppe stärkt und unterstützt den einzelnen Bewohner im Umgang mit den Anforderungen, die die Gesellschaft an ihn stellt.

In der Gemeinschaft der Wohngruppe findet der Bewohner Rückhalt in der Bewältigung seines täglichen Lebens. Der Bewohner erfährt durch die Mitbewohner Hilfen und Bestätigung, gleichwohl wie Kritik und Konsequenzen seines Handelns. Die Wohngruppe bildet das Regulativ zu den negativen Auswirkungen der Erkrankung des Bewohners nach außen, und sie kompensiert negative Einwirkungen auf den Einzelnen. Im Mikrokosmos der Wohngruppe spiegelt sich das gesellschaftliche Leben im Kleinen. Mechanismen und Abläufe in der Wohnform lassen sich auf die Welt "draußen", außerhalb der Einrichtung übertragen. Im beschützenden Rahmen der Wohngruppe kann der Bewohner Erfahrungen machen und findet ein Übungsfeld.

Da viele Bewohner aufgrund ihrer langen Krankheitsdauer und deren Folgen in stationären Einrichtungen der psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung untergebracht waren, haben sie bereits Wohngruppen-Erfahrung. Die Wohngruppen sind ihnen also nicht fremd. Sie können an Bestehendes anknüpfen und Erfahrungen übertragen. Dieses gibt ihnen Sicherheit.

Damit die Wohnlichkeit unserer Wohngruppen unterstrichen wird, haben die Bewohner ein Mitbestimmungsrecht bei der Gestaltung der Gruppenräume. Dies bezieht sich zum Beispiel auf die Möblierung, die farbliche Gestaltung oder die Dekoration. Bei der Dekoration haben die Bewohner die Möglichkeit, eigene, eventuell jahreszeitlich gestaltete Kunstobjekte mit zur Dekoration der Gruppenräume einzubringen. Wünsche bezüglich der Ausgestaltung der Gruppenräume laufen über die Wohnbereichsleitungen in Kooperation mit dem sozialbegleitenden Dienst.

Mitarbeiter des sozialbegleitenden Dienstes nehmen die von den Bewohnern über die Wohnbereichsleitungen angetragenen Wünsche auf, besprechen die vorgeschlagenen Wünsche mit den anderen Bewohnern und sorgen dann ggf. auch für die Umsetzung.

Auch für Bewohner, die vorher nicht die Wohn- und Lebensform der Wohngruppen kennen gelernt haben, bietet diese Vorteile vor anderen Unterbringungsformen. Auch für sie ist die Gruppe die bessere Alternative zum Alleinleben. Die Gruppe bietet ihnen u. a. die Möglichkeit sich auszutauschen und mitzuteilen. Die Bewohner, deren häusliche Situation häufig von Vereinsamung geprägt war, haben in der Wohngruppe immer Ge-sprächspartner, sowie Bezugspersonen.

Aus dem Genannten ergibt sich, dass die Unterbringungsform der Wohngruppe dem einzelnen Bewohner viele Vorteile bietet.

Aus der Sicht unseres differenzierten Wohnangebotes gewährleistet die wohngruppenorientierte Wohnform eine optimale Betreuungsarbeit, nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt der Versorgung von Bewohnern mit steigendem Pflegeaufwand.

Für die Versorgung von altgewordenen, psychisch kranken Menschen sowie Bewohnern mit dementiellen Krankheitsverläufen oder Menschen, die ausschließlich altersbedingte somatische Befunde aufweisen, in der Wohngemeinschaft der Wohngruppen sprechen viele Gründe. Als Leitbild für die Versorgung dieser Personengruppen berücksichtigt unsere Einrichtung folgende Kriterien.

- Wahrung der Normalität
- Sicherung der Lebensqualität
- Gemeindenähe
- Wahrung der Individualität des Einzelnen
- Schaffung von Begegnungsebenen
- Wahrung der Selbständigkeit

Die Einrichtung nutzt die Vorteile der Lebensform in Wohngruppen/-gemeinschaften. Auf mehreren Etagen des Gebäudes leben die Bewohner in Wohngruppen zusammen.

Jede Wohngruppe ist als eigenständige Einheit zu betrachten. Die Gesamteinrichtung gibt die Organisation und die Inhalte des Handelns vor. Aufgabe der selbständig agierenden Gruppen ist es, den Rahmen an die Bedürfnisse ihrer Bewohner anzupassen und auszufüllen. Das setzt einen hohen Grad an Eigenständigkeit, Selbstverantwortung und Unabhängigkeit der Wohngruppe voraus.

In jeder Wohngruppe leben 9-13 Bewohner. Um den Bedürfnissen der Bewohner gerecht zu werden, bieten die Wohngruppen folgendes Raumangebot:

Die Nahrungsmittelversorgung erfolgt aus der Zentralküche. Das schließt regelmäßige hauswirtschaftliche Tätigkeiten, auch bei der Zubereitung von Speisen, nicht aus.

Das Wohnzimmer einer jeden Wohngruppe mit großzügigem Platzangebot und die Wohnküchen sind der Raum für Geselligkeit und gegenseitige Begegnung. Die Möblierung ist darauf ausgerichtet, eine wohnliche Atmosphäre zu schaffen. Das Wohnzimmer ist die "gute Stube" der Wohngruppe. Auch können hier Betreuungs- und Therapieangebote stattfinden. Somit kann dieser Raum auch als Gruppenraum genutzt werden. In der Gesamtanlage stehen 35 Einzel- und 45 Doppelzimmer zur Verfügung. Diese Bewohnerzimmer sind mit einer Grundausstattung an Möbeln versehen. Die Bewohner haben jedoch die Möglichkeit, eigene Möbel mitzubringen. Das Einzelzimmer bietet ihnen individuelle Gestaltungsmöglichkeiten.

Überwiegend sind die Bewohnerzimmer mit behindertgerechten Nasszellen ausgestattet. In diesen Nasszellen befindet sich jeweils eine Toilette, ein Waschbecken sowie eine Dusche.

5 Bewohner sind mit einer Toilette sowie einem Waschbecken ausgestattet. Darüber hinaus verfügen 10 Zimmer über Tandembäder, die ebenfalls komplett ausgestattet sind. Alle Nasszellen sind an das hausinterne Notrufsystem angeschlossen. Unsere Bewohnerzimmer verfügen über ein Telefon sowie einen Fernsehanschluss.

Jeder Bewohner hat die Möglichkeit, eigene Möbel, persönliche Gegenstände und Erinnerungsstücke mitzubringen und das Zimmer bzw. ein Teil dessen nach seinen Wünschen zu gestalten. Für Wertgegenstände stehen verschließbare Wertfächer in den Zimmern zur Verfügung. Demente Bewohner können z.B. ihre Zimmertür individuell schmücken, damit sie ihr Zimmer auch wiederfinden. Hierbei achten wir auf Gestaltungsformen, die für den Bewohner einen hohen Wiedererkennungswert haben. Welche gestalterische Elemente dies sein können, versuchen wir aus der Biografie abzuleiten oder mit Angehörigen zu besprechen.

Lager- und Stauräume dienen zur Unterbringung der Pflegematerialien.

Ein Badezimmer mit Pflegebad, der Raum für die Fäkalienspüle und das Mitarbeiter-WC und das Gäste-WC vervollständigen das Raumangebot.

Die Wohngruppen sind durch einen Aufzug und durch das Treppenhaus miteinander verbunden.

Für gruppenübergreifende Angebote wie z.B. Aufführungen, Feste, Veranstaltungen unterschiedlichster Art, Versammlungen, sportliche Aktivitäten hält die Einrichtung Multifunktionsräume vor, wie z.B. Orangerie, Spiegelsaal und Kaminzimmer sowie den Gewölbekeller. Des Weiteren befindet sich auf dem Gelände eine spätromanische Klosterkirche.

Auch die Versorgung der eigenen Wäsche wird von einem Teil der Bewohner selbst geleistet. Bewohner, die nicht mehr in der Lage sind, ihre Wäsche zu reinigen, erhalten ihre Wäsche aus der Zentralwäscherei.

Für weitere therapeutische Angebote und Aktivitäten, auf die an anderer Stelle näher eingegangen wird, werden die Therapieräume genutzt.

Neben den Hauptgebäuden (Herrenhaus und Remise) befinden sich Parkanlagen mit der Möglichkeit des ergotherapeutischen Angebotes der Gartenarbeit. Die Bewohner können in der Parkanlage Zierpflanzen und Gemüse für den eigenen Gebrauch heranziehen.

Nicht zuletzt dient die Parkanlage als Ort der Ruhe und Entspannung, und mit ihren Plätzen als Begegnungsort und Kommunikationszone.

6. Pflegekonzept

6.1. Die Bewohner in unsere Einrichtung erfahren individuelle soziale und religiöse Achtung und Betreuung in einem Umfeld des Vertrauens und Verständnisses.

Wir betrachten den Bewohner in unsere Einrichtung in seiner Ganzheit und respektieren seinen persönlichen Lebenslauf, seine physischen, psychischen und kulturellen Bedürfnisse. Wir respektieren die Glaubensüberzeugung und die religiösen Gewohnheiten der Bewohnerinnen und Bewohner.

Ihre Lebenserfahrungen, ihre Fragen, Probleme und Hoffnungen sind Ausgangspunkt der Betreuung. Wir verstehen unter Pflegequalität den Erhalt und die Förderung der Autonomie der alten Menschen und eine Begleitung ihres letzten Lebensabschnittes mit Achtung und Würde.

Grundlagen für all unser Handeln sind die Leitlinien unseres Hauses.

Mitarbeiter bieten nach ihrer pflegerischen Qualifikation Hilfen an und unterstützen die Bewohner bei der Strukturierung des Alltages sowie bei aktuellen Problemen.

Die Lebensaktivitäten sind konkret definiert und unterstützen die Mitarbeiter bei der individuellen und ganzheitlichen Begleitung der Bewohner.

6.2 Einführung in unser Pflegekonzept

Wir möchten in unserem Pflegeheim mit dem Pflegesystem „begleitende Bezugspflege/ bewohnerorientierte Pflege arbeiten

Unser Pflegekonzept basiert auf dem Pflegemodell von Frau Prof. Dr. Monika Krohwinkel.

6.3 Orientierungsformen in der Pflege

Das zentrale Interesse der Pflege ist die Person. Mit Person ist hier in erster Linie der pflegebedürftige Mensch gemeint, schließt aber die pflegende Person mit ein

Aus dieser Beziehung können sich folgende Eigenschaften ableiten lassen:

1. Eigenschaften, die sichtbar sind: Strukturelle Eigenschaften
2. Eigenschaften, die nicht sichtbar sind: Prozeßeigenschaften

Pflegekonzept

Einführung in unser Pflegekonzept

Orientierungsformen in der Pflege

Die Erfüllung dieser Eigenschaften bestimmt die Organisationsform der Pflege.

Es gibt viele Möglichkeiten, diese Eigenschaften zu erfüllen und daher auch viele Möglichkeiten, die Organisation der Pflege zu gestalten.

Folgende Punkte liegen zu Grunde:

Unternehmensleitbild

Die Einrichtung verfügt über ein schriftlich formuliertes Leitbild, das mit einer Gruppe von Mitarbeitern erstellt wurde und regelmäßig auf seine Gültigkeit hin überprüft bzw. im Bedarfsfall verändert wird. Das Leitbild ist allen Mitarbeitern bekannt und hängt im Hause aus.

Pflegemanagement

Die Mitarbeiter werden laufend geschult in dem sie regelmäßig an Fortbildungen teilnehmen

Pflegeorganisation

Alle Mitarbeiter erhalten eine Stellenbeschreibung, abgegrenzte Kompetenzen, Ablauforganisation, BW orientierter Tagesablauf fordert große Flexibilität, Personaleinsatzplanung: Dienstplangestaltung 4 Wochen im voraus ist unser Ziel, neue Arbeitszeitmodelle, Pflegeplanung / Dokumentation: nach Pflegeprozessmodell, tägliche Pflegeberichte, Pflegedokumentation auf neuestem Stand, Übergabezeiten ausreichend.

Praxisanleitung und Begleitung

Auszubildende werden als Lernende angesehen, enger Kontakt zwischen Einrichtung und Ausbildungsstätte. Geschulte Praxisanleiter sind in der Einrichtung vorhanden, Pflegestandards für einige Situationen, Einarbeitung neuer Mitarbeiter nach eigenem entwickelten Konzept, Praxisbegleitung durch kontinuierliche innerbetriebliche und externe Fortbildung

Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Alle Berufsgruppen werden als gleichwertig angesehen. Man nimmt sich ausreichend Zeit für Besprechungen. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Bereichen (z. B. Hauswirtschaft, Pflege) werden benannt und bestimmte Aufgaben einem Bereich zugeordnet. Dies wird regelmäßig auf Gültigkeit hin überprüft. Die verschiedenen Bereiche der Einrichtung arbeiten gut zusammen.

Mitarbeit bei ärztl. Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege)
Bestimmte ärztliche Tätigkeiten (z. B. Anlegen von Infusionen, Blutentnahme) werden nicht vom Pflegepersonal durchgeführt, sondern von Ärzten und deren Mitarbeiter. Ärzte tragen präzise Anweisungen in Pflegedokumentation ein und delegieren Aufgaben nur an kompetente Pflegefachkräfte. Die Pflegefachkräfte führen ärztlich delegierte Behandlungspflege fachkundig durch.

Unterstützung von Bewohnern beim Einzug
Bewohner werden von Mitarbeitern in häuslicher Umgebung oder im Krankenhaus besucht. Die Gesamtkonzeption des Heimes wird vorgestellt. Eigenmöbilierung ist ausdrücklich erwünscht.

Der Bewohner hat eine feste pflegerische Bezugsperson, die darauf achtet, dass frühere Lebensgewohnheiten weitergeführt werden können. Sechs Wochen nach Einzug wird der Bewohner mittels einer Checkliste von Mitarbeitern des sozialbegleitenden Dienstes befragt, wie es sich in unser Haus eingelebt hat. Wird in diesem Rahmen festgestellt, dass der Bewohner weitere Hilfen benötigt, wird dies dokumentiert und die entsprechende Hilfestellung geplant. Eine weitere Befragung erfolgt dann nach weiteren vier Wochen, ob nun alles zur Zufriedenheit des Bewohners organisiert ist. Sollte sich herausstellen, dass der Bewohner mit der Heimsituation generell nicht zufrieden ist, werden andere Hilfsangebote wie zum Beispiel sellersorgerischer Kontakt auf Wunsch vermittelt.

6.4 Die bewohnerorientierte begleitete Bezugspflege

Bei dieser Form trägt die Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Qualifikation die Gesamtverantwortung am pflegerischen Prozeß, die Pflegekraft ist immer wieder für die gleiche Bewohnergruppe zuständig.

Die Bezugspflege findet hier fachlich und persönlich begleitet durch eine zuständige Pflegefachkraft statt. Die direkte Pflegeleistung und Beziehungsgestaltung bleibt in der Hand der kontinuierlichen pflegerischen Bezugsperson, gleichgültig ob sie examiniert ist oder nicht

Merkmale dieser Form sind:

- Der Bewohner wird ganzheitlich betrachtet (somatisch, psychisch und sozial);
- eine Pflegekraft berücksichtigt die genannten Aspekte in integrierter Form;
- die Pflegekräfte bekommen bestimmte Bewohner zugewiesen und verteilen die auszuführenden Aufgaben selbst;
- jeder Dienst ist eigenverantwortlich für eine gute Übergabe und für eine deutliche systematische Pflegedokumentation;
- es finden regelmäßige Teambesprechungen statt.
- Der ganzheitliche Ansatz kann bezogen auf Verantwortung und Zuständigkeit umgesetzt werden.

Die bewohnerorientierte
begleitete Bezugspflege

Die bewohnerorientierte Pflege wird mit vielen verschiedenen Namen angedeutet, wie z.B. Bereichspflege, Bezugspflege, integrierte Pflege. Das Prinzip der bewohnerorientierten begleitenden Bezugs (Personen) pflege beinhaltet, daß eine Pflegekraft für mehrere Bewohner in einem bestimmten Rahmen die Verantwortung für das pflegerische Handeln übernimmt. Die Pflegekraft ist ganzheitlich eigenverantwortlich am Pflege- und Behandlungsprozeß beteiligt.

Ist die Bezugsperson nicht examiniert, werden die Fachpflegeaufgaben und die Pflegeprozeßplanung unter Anleitung und Kontrolle einer Pflegefachkraft nach SGB XI bzw. von dieser durchgeführt.

6.5 Die Prozessplanung

Die Pflegeplanung ist eine systematische Methode, um Probleme von Bewohnern zu erkennen, Lösungspläne zu entwickeln, die Pläne durchzuführen und auszuwerten, ob diese erfolgreich waren.

Wie geht man bei einer Pflegeplanung vor ?

1. Die Pflegekraft macht eine pflegerische Einschätzung anhand des Anamnesebogens. Hier werden der Ersteindruck, die Anfangssituation und die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen beschrieben. Dies wird dokumentiert.
2. Die Pflegekraft, die verantwortlich für eine bestimmte Bewohnergruppe ist, erstellt die Prozeßplanung, nach Möglichkeit in Kooperation mit den Pflegebedürftigen.
3. Die Prozeßplanung besteht aus der Formulierung von Problemen und Ressourcen, den daraus resultierenden Zielen und den entsprechenden Maßnahmen.
4. Die Pflegemaßnahmen werden durchgeführt und deren Ergebnisse in der Dokumentation festgehalten.
5. Die Pflege wird bewertet nach:
Wo war die Planung erfolgreich?/ Wo und weshalb waren Schwachstellen?
Welche Ziele wurden erreicht?/ Welche Ziele wurden nicht erreicht?
6. Die Prozeßplanung wird nach Absprache mit dem Pflegebedürftigen angepaßt.

Die Prozessplanung

6.6 Das Pflegemodell

Unterstützung in den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL)

Unser professionelles pflegerisches Handeln orientiert sich an dem Pflegemodell AEDL von Monika Krohwinkel und berücksichtigt die ganzheitliche Sicht des Menschen.

Gemeinsam mit den Bewohnern werden Ressourcen und erwünschte Hilfen anhand des Anamnesebogens ermittelt, in der Pflegeplanung festgehalten und im Rahmen der aktivierenden, bzw. fördernden Pflege durch das Pflegepersonal umgesetzt.

Qualifizierte Mitarbeiter und ein multiprofessionelles Team gewährleisten eine situationsgerechte und individuelle Umsetzung des Pflegemodells.

AEDL,s (Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des täglichen Lebens)

Die Lebensaktivitäten und ihre Zielsetzung werden im folgenden vorgestellt.

Die Differenzierung der einzelnen Lebensaktivitäten anhand des Modells von Krohwinkel sind und werden in Standards erarbeitet und in den einzelnen Einrichtungen bewohnerorientiert und somit individuell angepaßt.

AEDL Kommunizieren können

Geschulte Mitarbeiter können individuelle Kommunikationsmuster der Bewohner wahrnehmen, damit umgehen und gehen Ursachen von Störungen nach, kümmern sich um Brillen/Hörgeräte, Pflegeplanung berücksichtigt kommunikative Aspekte. MA achten auf angemessene Anrede der BW (z.B. nicht duzen), tragen Namensschilder, gute Zusammenarbeit mit Logopädinnen/en.

AEDL Sich bewegen können

Aktivitäten außerhalb des Heimes möglich. Garten vorhanden, Mobilisierung orientiert an den Bewohnerwünschen, differenzierte Dokumentation, Zusammenarbeit mit Krankengymnasten/innen, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, MA erhalten kontinuierliche Schulung zum Thema Bewegung (z. B. Bobath-Therapie, Kinästetik), wenig Dekubitalgeschwüre, rückschonende Arbeitsweise. Selbständigkeit soll erhalten und gefördert werden.

AEDL Sich pflegen können

Jedes Zimmer verfügt über eine behindertengerechte Nasszelle. Persönliche Gewohnheiten der BW sind bekannt und werden bei der Körperpflege respektiert. Die Intimsphäre wird gewahrt. Den Zeitpunkt der Körperpflege bestimmen die Bewohner wenn möglich selbst. Friseur und Fußpflege stehen zur Verfügung.

AEDL Ruhen und schlafen können

Möglichkeit zum Rückzug. MA kennen Lebensgewohnheiten der BW. Die Zeiten der Nachtruhe entspricht persönlichem Bedürfnis der BW, Schlaf wird wenn möglich nicht durch MA gestört. Ausreichende Übergabezeiten mit Nachtdienst.

AEDL Vitale Funktionen aufrechterhalten können

Tagsüber und nachts sind Pflegefachkräfte in der Einrichtung. Sie verfügen über geschulte Kenntnisse im Verhalten in Krisensituationen, um notwendige Maßnahmen einzuleiten. Beobachtung der vitalen Funktionen (Blutdruck, Puls, Atmung und Bewußtsein).

Notfallsituationen werden regelmäßig trainiert. Bei atembeeinträchtigten BW atemfördernde Maßnahmen (z. B. Einreibungen, Vibrationsmassage).

AEDL Sich beschäftigen können

Lebensqualität und Freude stehen im Mittelpunkt der Heimkultur. Ausreichende räumliche Gegebenheiten. Berücksichtigung von Gewohnheiten, Hobbys und Biografie der Bewohner. Beschäftigungsangebote entsprechen den Bedürfnissen der Bewohner. Tages-, wochen- und jahresstrukturierende Angebote (z. B. hervorheben des Wochenendes, Sommerfestes, religiöse Feste). Einbeziehung von Angehörigen.

AEDL Sich kleiden können

Jeder Bewohner hat einen eigenen Kleiderschrank. Die Kleidung wird als Ausdruck des Selbstverständnisses der BW gesehen. Auf Kleidung und äußere Erscheinung wird geachtet. Bewohner werden in besonderen Kleidungswünschen ernst genommen. Möglichkeiten zum Kleiderkauf werden gegeben. Auf intakte Kleidung wird geachtet (z. B. fehlende Knöpfe), Hilfe beim An- und Auskleiden durch die Pflegekraft wird gewährleistet.

AEDL Essen und trinken können

Die baulichen Gegebenheiten haben eine ansprechende Atmosphäre. Essen und Trinken sind wichtig im Heimalltag. Gewohnheiten und Essenswünsche

der Bewohner werden erfragt und berücksichtigt. Flexible Essenszeiten, Spätmahlzeiten werden angeboten. Bewohner können Essen ggf. selbst im Wohnbereich zubereiten, bei Nahrungsverweigerung keine Zwangsmaßnahmen. Gute Zusammenarbeit mit Hauswirtschaftsleitung, Logopädie, Ergotherapie (z. B. Selbstständigkeitstraining beim Essen). Zusammenarbeit mit Ernährungsberaterin, Erstellen eines Ernährungsplanes unter Berücksichtigung des BMI. Führen einer Flüssigkeitsbilanzierung. Gesundheitliche, kulturelle und religiöse Aspekte berücksichtigen. Regelmäßige Speiseplanbesprechungen mit den Bewohnern finden statt.

AEDL Ausscheiden können

Jedes Zimmer hat eine eigene Nasszelle. Ausscheiden wird nicht tabuisiert. Kontinenzfördernde Umgebung und pflegerische Verhaltensweisen (z. B. beschrifteter Toilettenweg, Kontinenztraining). Intimität wird gewahrt. Ballaststoffreiche Ernährung zur Obstipationsprophylaxe anbieten. Ausscheidungsprobleme werden ärztlich abgeklärt.

AEDL Soziale Bereiche des Lebens sichern können

Bewohner werden in ihrem sozialen Umfeld gesehen. Angehörige werden als wichtige Partner angesehen und nicht als Störenfriede. Mitarbeiter sind geschult im Umgang mit Angehörigen. Über auftauchende Konflikte wird gesprochen. Die Teilnahme am sozialen Leben ermöglichen und erhalten. Gute Zusammenarbeit mit dem Sozialbegleitenden Dienst. Angebote für interne und externe Veranstaltungen hängen aus.

AEDL Sich als Mann/Frau fühlen können

Bejahung von Sexualität als Ausdruck der Lebensfreude, Bewohner werden als Mensch mit sexuellen Bedürfnissen gesehen, sexuelle Beziehungen der Bewohner werden nicht verhindert. Wahrung der Intimsphäre, Achtung des Schamgefühls, Kleidung/Körperpflege entsprechen den Lebensgewohnheiten der Bewohner, Sexualität nicht tabuisieren. Mitarbeiter schützen sich selbst und Bewohner vor sexuellen Übergriffen, guter Umgang mit Nähe und Distanz.

AEDL Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können

Gefühl von Sicherheit geben. Sicherheitsfördernde Umgebung für Bewohner wird beachtet, Gefahrenquellen werden ausgeschaltet, ggf. Fixierungsbeschlüsse beim Amtsgericht anfordern. Verhalten in Notfallsituationen werden geübt. Hygienisches Arbeiten, Mitarbeiter tragen bei körpernahen Situationen

Schutzkleidung, im Umgang mit Körperflüssigkeiten/ - ausscheidungen Handschuhe tragen.

AEDL Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können Existenzfördernde Erfahrungen wie Freude, Lebensmut, Zuversicht, Wohlbefinden, Lebensqualität, Wiedergewinnung von Unabhängigkeit und Hoffnung spielen eine große Rolle im Heim. Mitarbeiter mit einer optimistischen Grundhaltung, achten auf Lebensqualität, Existenzgefährdende Erfahrungen Sorge, Angst, Verlust von Unabhängigkeit, Misstrauen, Isolation, Ungewissheit, Hoffnungslosigkeit werden in den Mittelpunkt der Pflegeplanung gestellt.

6.7 Die Qualitätssicherung

In unserer Einrichtung entwickeln wir ein QM-System in Anlehnung an die DIN ISO 9001. Auf jedem Wohnbereich findet sich hierzu ein QM - Handbuch. Hier sind alle Verfahren und Ablaufprozesse geregelt und nachzulesen.

Die Qualitätssicherung

7. Fachabteilung für offene und geschlossene gerontopsychiatrische Altenhilfe

Für uns geht es insbesondere in unseren geschlossenen Wohngruppen mit insgesamt 10 Plätzen um eine Pflege und Betreuung, die an ethischen Grundsätzen orientiert ist.

- Menschen, die Gefahren nicht mehr richtig abschätzen können und denen besorgniserregende Risiken drohen, ein Umfeld zu schaffen, in dem sie gefahrenfrei leben können
- Menschen, die sich nicht immer und überall angepasst verhalten, mit Toleranz und Fürsorge zu begegnen, Verständnis in ihrer Umgebung für sie zu schaffen
- Menschen, die sich nicht ausreichend pflegen können, Pflege anzubieten, die sie annehmen können, ohne sie als Zwang oder Bevormundung zu empfinden
- Menschen, die die Orientierung verlieren, Hilfe zum Zurechtfinden zu geben
- Menschen, die nicht mehr überall geachtet sind, alltäglich mit Würde zu begegnen
- mit Menschen, die in uns fremden und unverständlichen inneren Welten leben, in Beziehung zu treten
- Menschen, die häufig an vielfältigen Krankheiten leiden, eine adäquate medizinische, pflegerische und betreuende Versorgung zu gewährleisten.

Unser gesamtes Betreuungskonzept stützt sich auf einen rehabilitativen Ansatz.

Die Diagnosen der Bewohner differieren im psychiatrischen Bereich zwischen Residualsyndromen bei Schizophrenien, depressiven Verstimmungen mit Persönlichkeitsstörungen, schizoaffektiven Psychosen, manisch depressiven Psychosen, atypischen Psychosen, endogenen Depressionen und chronischen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und Korsakow-Syndrome.

Im Bereich der neurologischen Diagnosen steht der Befund der Demenz in den unterschiedlichsten Ausprägungen (s. Reichsberg-Scala) im Vordergrund. Die soziale Situation ist bei einer Mehrzahl der Bewohner vor ihrer Aufnahme in unsere Einrichtung vergleichbar. Sie ist von Vereinsamung und dem Verlust von Aufgaben geprägt. Die Bewohner müssen sich immer häufiger in

Fachabteilung für offene
und geschlossene geronto-
psychiatrische Altenhilfe

stationäre psychiatrische/gerontopsychiatrische Behandlung begeben. Den Anforderungen des Lebens in den "eigenen vier Wänden" sind sie nicht mehr gewachsen. Die Verweildauer in der häuslichen Umgebung wird immer kürzer, bis die Entlassung in die eigene Wohnung nicht mehr möglich ist. Ein Teil der Bewohner kommt aus Wohnheimen für psychisch Kranke, die den mit steigendem Alter immer größer werdenden pflegerischen Aufwand nicht leisten können oder aus den umliegenden Kliniken.

Für sie muss eine Wohnmöglichkeit mit langfristiger Perspektive gefunden werden, die neben der Fachkompetenz im Umgang mit psychischen Erkrankungen auch ihren zunehmenden körperlichen Einschränkungen Rechnung tragen kann.

Andere Bewohner kommen aus Einrichtungen der offenen Altenhilfe, in denen sie nicht adäquat untergebracht sind. Sie unterscheiden sich dort stark von den anderen Bewohnern. Im Stationsalltag kann das betreuende Personal ihren Bedürfnissen nicht gerecht werden. Den Betroffenen drohen Isolation und Verschlimmerung der Krankheit.

Für alle Bewohner wird die Weiterversorgung in einer betreuenden Wohneinrichtung für altgewordene psychisch kranke und dementiell veränderte Menschen erforderlich.

Der körperliche Allgemeinzustand der Bewohner ist häufig durch einen hohen Grad an motorischer Unruhe gekennzeichnet. Im Bereich der Körperhygiene benötigen viele Anleitung, Motivation, Unterstützung und Kontrolle, da sie aufgrund von Antriebsminderung und anderen Krankheitsfolgen zu Verwahrlosung neigen.

Von besonderer Bedeutung ist es, die Konzeption so auszurichten, dass sie bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Bewohner/innen, auch denjenigen gerecht wird, die von Multimorbidität betroffen sind.

7.1 Milieuthherapie

Die nun folgenden Ausführungen gelten für alle bereits beschriebenen Betreuungs- und Pflegebereiche. Das Ziel dieser Therapie ist in der Verbesserung des Wohlbefindens, des Sozialverhaltens, der Eigenaktivität und der Kommunikation der Bewohner zu sehen. Dazu gehört aber auch die

Milieuthherapie

positive Einstellung des Pflege- und Therapiepersonals, das Angebot von Beteiligungsmöglichkeiten für die Bewohner sowie eine umfassende Änderung der materiellen, psychologischen und sozialen Umstände in unserer Einrichtung. Erfahrungsgemäß haben viele Bewohner die Fähigkeit verloren, sich über gewohnte Formen in neuen Situationen zu orientieren. Aus diesem Grund möchten wir in unserer Einrichtung nach anderen Möglichkeiten der Orientierung suchen. Wir werden dabei die Tatsache nutzen, dass im Altgedächtnis Verankertes länger erhalten bleibt. Auch sehr verwirrte Bewohner sind über eine angenehme Atmosphäre, den Klang der Stimme (mehr als über verbale Inhalte) und über vertraute, ihnen gewohnte Aktivitäten zu erreichen und so beeinflussbar.

Dadurch entsteht eine besondere Anforderung an die Gestaltung des Hauses. Die notwendigen Orientierungspunkte werden möglichst harmonisch in die Raumgestaltung eingefügt. Diese können sein: Namensschilder, Fotografien an den Türen, Hinweistafeln, Kalender, Spiegel, Uhren, Teppiche etc. In den Räumen unserer Einrichtung werden bestimmte Tätigkeiten grundsätzlich an den dafür vorgesehenen Plätzen verrichtet, z.B. gemeinsame Mahlzeiten, Kaffeetrinken usw. Das Alltagshandeln verläuft im Sinne von Orientierung nach bestimmten Regeln. Die Regeln dienen dazu, auffallendes Verhalten frühzeitig zu erkennen und abzuschwächen, mit dem Ziel, einen möglichst normalen Umgang untereinander zu gestatten. Es wird auch versucht, die gewohnte Tageseinteilung des alten Menschen beizubehalten. Dazu gehören mittags eine Ruhepause wie erwähnt, ein insgesamt langsamer Tagesrhythmus und nicht zuletzt Arbeit am Morgen und in den Nachmittagsstunden Freizeitaktivitäten.

Bei allen Überlegungen der Gestaltung des Milieus ist immer davon auszugehen, dass es niemals ein starres Prinzip geben darf und eine gewisse Flexibilität erhalten bleiben muss. Für die Mitarbeiter bedeutet Milieugestaltung und klare Strukturierung der alltäglichen Handlungen eine große Anforderung. Es ist nötig, sich immer bewusst darum zu bemühen, weil dies in der Regel entgegen gewohnter Verfahrensweisen stattfindet. Die alten Menschen reagieren deutlich auf Zwischentöne in der Kommunikation. Wenn sie sich zu deutlich dirigiert oder erzogen fühlen, führt das zu Störungen in den Beziehungen und zu Komplikationen im Tagesablauf. Liebevoll, aber eindeutiges Verhalten ist nötig. Es muss aber immer einschließen, dass der alternde Mensch ein respektierter Erwachsener ist, der Wahlmöglichkeiten hat. Es gibt viele verschiedene Dinge, die einen wesentlichen Anteil haben an der Herstellung des Milieus und die einzeln aufgezählt hier den Rahmen

sprengen würden. Genannt seien die gestärkten Tischdecken, die Art, den Tisch zu decken oder die Methode, Kuchen zu backen oder die Art der Blumen, die zur Dekoration gekauft werden.

7.2 Orientierungstraining auf der Grundlage validierender Elemente

Das Orientierungstraining bieten wir in abgestufter Form für alle Bewohner unseres Hauses an. Für den alten Menschen ohne Diagnosen im cerebralen Bereich gilt diese am Alltag ausgerichtete Interventionsmaßnahme als Prophylaxe. Den altersverwirrten Bewohnern dienen sie als Orientierungshilfen in der Realität, z.B. die zeitliche, örtliche und personelle Orientierung sowie die Verbesserung der kognitiven Funktionen und der sozialen Kompetenz betreffend. Alle Maßnahmen in diesen Bereichen sind von validierenden Elementen begleitet. Neben der Förderung der Selbständigkeit, die alledem zugrunde liegt, ist auch die Besserung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit der Bewohner von großer Bedeutung. Wichtig ist es, dem Bewohner im Gespräch Erfolgserlebnisse zu vermitteln. Fragen von Seiten des Personals sind so zu stellen, dass dem Bewohner eine Antwort möglich ist. Durch den Einsatz unterschiedlicher Medien (Zeitung, Bücher, Radio, TV, Orientierungshilfen im Milieu) werden Orientierungswissen und Information vermittelt. Aspekte, wie das Datum, der Wochentag, der Monat, das Jahr, die Jahreszeit und die räumliche Orientierung betreffend die Einrichtung, die Stadt, das Land, den Staat werden hervorgehoben. Ein bezugspersonenorientiertes Betreuungssystem sorgt für Kontinuität in der Beziehung zu den Bewohnern und Bewohnerinnen.

Eine gezielte Anamnese ist die Grundlage für die Planung einer geeigneten Betreuung und Therapie. Neben den körperlichen Untersuchungen werden im Gespräch Informationen über die Biographie zusammengetragen. Dabei werden wir Angehörige sowie Bezugs- und Kontaktpersonen soweit wie möglich mit einbeziehen. Durch Festlegung geeigneter Pflege-, Betreuungs- und Therapieziele vollzieht sich die Planung des Soll-Zustandes. Danach werden die geeigneten Maßnahmen ermittelt und durchgeführt. Auf dem Hintergrund dieser zielgerichteten Planungsverfahren und deren Dokumentation wird intervallartig die Zielkontrolle vorgenommen. Bei einer Zielabweichung müssen die Ursachen gefunden werden, evtl. werden andere Ziele gesteckt und die dazu passenden Maßnahmen festgelegt. Das Ziel dieser Pflege- und Betreuungsplanung und Dokumentation ist darauf gerichtet, die vorhandenen Fertigkeiten zu erhalten und verloren gegangene Fähigkeiten zu reaktivieren und zu erhalten.

Orientierungstraining auf der Grundlage validierender Elemente

Mit dem Arbeitskonzept aktivierender Pflege verbinden wir die Vorstellung, dass ein aktiver Mensch letztlich auch zufriedener ist. Aktiv sein soll hier heißen, im Rahmen der eigenen Möglichkeiten eine Aufgabe in der Gemeinschaft mit anderen Menschen zu haben. In der alltäglichen Arbeit beinhaltet aktivierende Pflege auch die Übernahme von kleinen Aufgaben oder sogar Pflichten im Arbeitsablauf der Einrichtung.

Für die Bewohner und Bewohnerinnen gilt, dass jeder das Recht hat, Pflichten zu haben. Dieser Gedanke ist deshalb von großer Bedeutung, weil die meisten alten Menschen in ihrem Leben pflichtbewusst und fleißig gelebt haben. Durch das Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses schwindet auch das Wissen darüber, jetzt im Ruhestand zu sein und einen Anspruch auf Muße zu haben. Andererseits haben die Bewohner und Bewohnerinnen aber auch die Möglichkeit, ihren Lebensabend bei uns ohne Pflichten zu genießen. Sie müssen nicht mitarbeiten. Unser Selbsthilfetraining einschließlich des Haushaltstrainings umfasst zum Beispiel die Hilfe beim systematischen Wiedererlernen alltäglicher Verrichtungen (An- und Auskleiden, Körperpflege, Essen, Schreiben, Haushaltsführung etc., Benutzen von Verkehrs- und Kommunikationsmitteln) mit dem Ziel der Wiedergewinnung und Erhaltung größtmöglicher Selbständigkeit im persönlichen Bereich.

7.3 Ergotherapie

Primär muss im Bereich der Therapie neben den physikalischen Angeboten die Beschäftigungstherapie genannt werden. Das Programm der Beschäftigungstherapie beinhaltet spielerisch gestaltete Übungen und Aktivitäten im alltagspraktischen Bereich (Stricken, Kochen, Blumenpflege), im künstlerischen Bereich (Weben, Malen, Drucken, Basteln), im sozialen Bereich (Gesellschaftsspiele, Spaziergänge, Gespräche) und im kognitiven Bereich (Gedächtnisspiele, Konzentrationsübungen). Der organisatorische Rahmen für die beschäftigungstherapeutische Intervention soll aus der offenen, der kleinen Gruppe und der Einzelbetreuung bestehen. Grundlage für die beschäftigungstherapeutischen Maßnahmen ist der jeweilige individuelle Therapieplan, innerhalb dessen Ziele und Maßnahmen der Therapie aufeinander abgestimmt werden.

Ergotherapie

Bei der Ermittlung des Ist-Zustandes des Bewohners werden Bereiche wie

- Motorik
- Sensibilität
- Schreibfähigkeit
- Hirnleistungen
- AEDL

überprüft. Dadurch wird ein konkretes Bild der vorhandenen Störungen ermittelt. Bei Abschluss der Therapie wird eine realistische Erfolgskontrolle gewährleistet. Die vorrangigen Ziele für die Bewohner sind:

- Erhaltung der noch vorhandenen Fähigkeiten
- Freude und Lebenszufriedenheit durch Beschäftigung vermitteln
- Abbau der Isolation fördern
- Durchhaltevermögen und Konzentration steigern
- Erhalt und Förderung des Selbstwertgefühles
- Beitrag zur Schaffung der realistischen Selbsteinschätzung des Leistungsvermögens
- Kreativität fördern
- Aktivierung der kognitiven und manuellen Fähigkeiten
- Training des Sozialverhaltens

Die Maßnahmen, die zur Erreichung der o.g. Ziele durchgeführt werden, kann man in verschiedene Bereiche unterteilen, z.B. das Üben und Wiedererlernen täglicher Verrichtungen. Die Hilfsangebote, die zu den beschriebenen Zielsetzungen führen sollen, sind in eine feste Tagesstruktur eingebettet und münden in individuell ausgerichtete Wochenpläne. Es könnten eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen zu einem Wochenplan zusammengestellt werden. Es lassen sich aus der Vielzahl der Angebote natürlich auch andere Einzelaktivitäten zu einem Wochenplan zusammenstellen. Dies ist bewohnerabhängig und muss individuell abgestimmt werden.

7.4 Bewegungs- und Physiotherapie

Die physikalische Therapie dient in erster Linie dem Stuserhalt im motorischen und psychischen Bereich.

Die physiotherapeutischen Maßnahmen werden in Form von Gruppenaktivitäten und Einzelbetreuung durchgeführt. Körperliche Inaktivität und das Erleben der eigenen körperlichen Hilflosigkeit kann ein wesentlicher Anlass für psychische Probleme alter Menschen sein. Ein wichtiger Aspekt physiotherapeutischer Arbeit ist daher, dass diese Bewohner im Verlauf der Behandlung ihre körperlichen Fähigkeiten steigern, dadurch aktiver werden und so weniger hilflos und abhängig sind.

Ziel ist es, neben einer allgemeinen körperlichen Aktivierung auch eine Veränderung der persönlichen Einstellung zum eigenen Körper und zur eigenen Leistungsfähigkeit herzustellen.

Im Rahmen einer entsprechenden Therapie sollen zunächst die verbliebenen Möglichkeiten und Fähigkeiten der Bewohner analysiert werden, um danach durch abgestufte Aufgaben eine allmähliche Besserung zu erreichen. Bedeutsam ist auch eine Verbesserung der Körperwahrnehmung, die außer mit Entspannungsmethoden auch durch Methoden des passiven Dehnens erreicht werden kann. Insgesamt sollen möglichst realistische Ziele angestrebt und Überforderungen vermieden werden.

In der Beziehung zwischen Therapeut und Bewohner ist ein spürbares Interesse an der Person und Verständnis für die Situation der Bewohner wichtig. Dies wird durch einen stützenden und den Bewohner mit seiner psychischen Störung akzeptierenden Kommunikationsstil erreicht.

Der Blick des Therapeuten richtet sich insgesamt weniger auf Defizite, sondern stärker auf noch vorhandene Fähigkeiten der Bewohner. Im Rahmen der Behandlung sollen auch kleine Erfolge der Beweglichkeit, der Gelenkigkeit und Koordination positiv verstärkt werden. Die Aufmerksamkeit der Bewohner wird dabei auf die erzielten Fortschritte gerichtet, ohne deshalb die Defizite zu bagatellisieren.

Eingebettet in unser umfassendes Therapieprogramm kann es mit physiotherapeutischer Behandlung gelingen, neben den anderen psychosozialen Maßnahmen die durchgeführt werden, die schwierige Lebenssituation psychisch/neurologisch kranker Menschen zu verbessern. Bei der Betreuung dementer alter Menschen sind physiotherapeutische Maßnahmen, eingebettet in ein allgemeines Therapieprogramm, von großer Bedeutung. Im Rahmen unserer aktivierenden Therapieplanung sind Aktivitäten wie Gymnastik und Ruhepausen in einem sich wiederholenden Rhythmus vorgesehen.

Die Ziele der physiotherapeutischen Behandlung von Korsakow-Patienten sind in erster Linie Vermittlung von Erfolgserlebnissen, Wecken von Interessen, verhindern des sozialen Rückzugs, Erhaltung der Muskelkraft und Gelenkbeweglichkeit, Bekämpfung der Unruhe sowie ein leichtes Herz-Kreislauftraining.

Bewährt hat sich für Demente ein überschaubarer gleich bleibender Tagesablauf, der ihnen hilft, sich zeitlich zu orientieren; z. B. sollten Therapien nach Möglichkeit zu einem gleich bleibenden Zeitpunkt durchgeführt werden.

Unserer Erfahrung nach fordert der Umgang mit Dementen ein hohes Maß an Empathie und Verständnis. Der Bewohner muss so angenommen werden, wie er ist, auch wenn dies oft schwer fällt.

So können ständige Fragen, Vorwürfe etc. die Arbeit erschweren. Gerade dann ist es wichtig, sich um Gelassenheit und emotionale Zuwendung zu bemühen.

Neben den einzeltherapeutischen Übungen können Gymnastikgruppen angeboten werden.

Die Zielsetzungen sind:

Im physischen Bereich

- Verbesserung der Erhaltung der Beweglichkeit zur Wahrung der Selbständigkeit und Unabhängigkeit
- Verbesserung der Körperhaltung, vor allem durch muskelkräftigende Übungen
- Verbesserung des Stoffwechsels, der Atmung und der Herz- und Kreislauftätigkeit
- Verringerung von Schmerzen am Halte-, Stütz- und Gehapparat

Im psychischen Bereich

- Steigerung des Wohlbefindens durch Erfolgserlebnisse und durch Freude an der regelmäßig durchgeführten Bewegung
- Steigerung des Selbstbewusstseins, Abbau von Hemmungen, Verslossenheit und Ungeduld
- Erhöhung des Wohlbefindens durch soziale Kontakte
- Anregung zur gegenseitigen Hilfe
- Entwicklung des Gefühles der Mitverantwortlichkeit für andere Gruppenmitglieder

Weitere Ziele sind

- Verbesserung der Reaktion, Koordination und Konzentration
- Förderung der Anpassungsfähigkeit an neue Situationen

7.5 Psychosoziale Maßnahmen

Diese Maßnahmen zielen auf die Erhöhung des Aktivitätsniveaus, auf die Verbesserung der kognitiven Funktionen, sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten, sowie auf die Verbesserung des Sozialverhaltens, den Aufbau und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte.

Psychosoziale Maßnahmen

Dadurch soll die Verhinderung sensorischer und sozialer Deprivation/Isolation verhindert werden. Hier steht innerhalb der Tagesstruktur ein ganzes Bündel von Maßnahmen zur Verfügung. Das Angebot reicht vom gemeinsamen Musizieren über Bewegungsübungen bis hin zum Fernsehen, Radio hören, Zeitung, Bücher, Magazine lesen, Fotoalbum ansehen. Darüber hinaus wird zur Teilnahme an Vorlesekreisen, Feiern, Diavorträgen, Gesprächsgruppen etc. motiviert. Kaffeebesuche, Spaziergänge und Ausflüge sollen regelmäßig stattfinden. Gemeinsame Einkäufe und kleine Arbeiten in den Wohngruppen helfen die oben genannten Ziele zu erreichen. Weitere Maßnahmen sind Lern-, Konzentrations-, Gedächtnis- und Gesellschaftsspiele sowie Gesprächs- und Unterhaltungskreise.

7.6 Spezielle psychotherapeutische Maßnahmen

Diese Maßnahmen werden zur Veränderung von störendem oder auffälligem Verhalten (abweichendes Sozialverhalten) eingesetzt. Es soll ein angemessenes Verhalten aufgebaut und die Verbesserung der Befindlichkeit erreicht werden. Des Weiteren helfen die therapeutischen Maßnahmen beim Abbau des psychischen Leidensdrucks und bei der Krisenbewältigung. Angestrebte Verhaltensmodifikationen werden z.T. im Bereich des Kontinenz- und Toilettentrainings realisiert. Alle weiteren Maßnahmen laufen über problem- und bewohnerzentrierte Einzel- und Gruppengespräche.

7.7 Medizinische Betreuung

Grundsätzlich gilt für unsere Einrichtung das Recht auf freie Arztwahl. In Bezug auf die Optimierung des organisatorischen Ablaufes (kurze Informationswege zwischen Arzt und Betreuungspersonal) weisen wir jedoch darauf hin, dass wir mit uns bekannten Fachärzten (z.B. Neurologen, Internisten, Psychiater, Allgemeinmediziner etc.) Konsiliarvereinbarungen treffen können. Alle medizinischen Anordnungen oder sich wiederholende medizinisch-pflegerische Arbeiten werden täglich von unserem Fachpersonal im Sinne der schon beschriebenen Pflegeplanung durchgeführt und dokumentiert.

Spezielle
psychotherapeutische
Maßnahmen

Medizinische Betreuung

8. Fachabteilung für älter werdende und altgewordene psychisch kranke Menschen auf der Grundlage des Hausgemeinschaftskonzeptes (10 Plätze; DG)

8. 1 Zielsetzung des Fachbereiches

Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit der Bewohner

Ressourcen, die der Bewohner hat, gilt es zu erhalten. Verloren geglaubte Fähigkeiten gilt es herauszufinden und entsprechend zu fördern. Angestrebt wird die bewusste und engagierte Mitwirkung der Bewohner an den Dingen des täglichen Lebens. Die geistige und körperliche Beteiligung, das Anleiten zu selbstverantwortetem Handeln unter Berücksichtigung der Individualität und der Bedürfnissen des Einzelnen, sind Ziele der Einrichtung. Die beschützende Wohngemeinschaft bietet die Voraussetzungen, um Hospitalismus-Schäden vorzubeugen, um der sozialen Isolation der Bewohner entgegenzutreten, um das persönliche Wohlbefinden der Bewohner zu steigern, um krankheitsbedingte Aktivitätsminderungen zu kompensieren und um die negativen Begleiterscheinungen der Erkrankung zu überwinden

Den Bewohnern die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen und erleichtern

Durch ihre Erkrankung haben fast alle Bewohner die Ausgrenzung oder Reglementierung durch die Gesellschaft erfahren. Das Verhalten der psychisch Kranken steht häufig im Gegensatz zu den gesellschaftlichen Normen. Aus eigener Kraft sind die Betroffenen selten in der Lage die jahrzehntelangen negativen Erfahrungen und Folgen der Krankheit abzuschütteln, um an dem "normalen gesellschaftlichen Leben" teilzunehmen. Die Einrichtung bietet dem Bewohner durch ihr, auf der individuellen Pflegeplanung beruhendes Betreuungsangebot, die Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Förderung von alltagspraktischen/haushaltspraktischen Fähigkeiten

Aufgaben für die Gemeinschaft übernehmen, positive Erfahrungen durch die eigenen Fähigkeiten erleben, Erfolgserlebnisse haben, von anderen gelobt werden, stärken das Selbstwertgefühl jedes Einzelnen. Im beschützenden Rahmen der Einrichtung können die Bewohner solche Erfahrungen machen, ohne die Gefahr des Scheiterns.

Fachabteilung für älter werdende und altgewordene psychisch kranke Menschen auf der Grundlage des Hausgemeinschaftskonzeptes (10 Plätze; DG)

Die in der Einrichtung durchgeführte Förderung von alltagspraktischen/haushaltspraktischen Fähigkeiten, konfrontiert die Bewohner mit Aufgaben aus dem täglichen Leben, die ihnen schon aus den früheren Lebensphasen vertraut sind. Es handelt sich um sinnvolle Aufgaben, die möglichst schnell zu einem Ergebnis führen. Die zu verrichtenden Tätigkeiten ergeben sich aus den Anforderungen, die das Zusammenleben in der Wohngruppe an jeden Bewohner stellt. Es sind die Dienste für die Hausgemeinschaft und bewohnerbezogene Aufgaben, die für das Programm der Förderung der Fähigkeiten in Betracht kommen.

Schaffung von Tagesstruktur/Begleitung bei tagesstrukturierenden Maßnahmen

(Orientierung an den Interessen und erworbenen Fähigkeiten der Bewohner aus früheren Lebensphasen. Unter Berücksichtigung der Individualität der Bewohner)

In stationären Einrichtungen sind die Bewohner häufig mit den negativen Auswirkungen und den Folgen ihrer Krankheit konfrontiert. Die Möglichkeiten der Entfaltung der eigenen Persönlichkeit sind beschränkt. Häufig fehlt den Bewohnern der "innere Antrieb", die Aktivität. Resignation und die Flucht in die innere Isolation erscheinen als einziger Ausweg. Ein Teufelskreis aus Langeweile und Lethargie gepaart mit dem Kreisen der Gedanken um die eigene ausweglose, bedrückende Situation entsteht. Die Krankheit wird zum Selbstzweck und verhindert die Teilnahme am täglichen Geschehen in der Hausgemeinschaft. Die ursprüngliche Persönlichkeit der betroffenen Menschen tritt in den Hintergrund. Das Betreuungskonzept der Einrichtung ist darauf ausgerichtet dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Durch die Umsetzung einer individuellen Tagesstruktur, die die Bedürfnisse und Fähigkeiten des einzelnen Bewohners berücksichtigt, wird der Betroffene aus seiner Lethargie gerissen. Er oder sie hat die Möglichkeit, sich den Anforderungen des täglichen Lebens zu stellen und in Kontakt zu Mitmenschen zu treten. Zur Überwindung der eigenen Antriebslosigkeit ist tägliche Motivationsarbeit durch das Betreuungspersonal notwendig.

Diese individuelle Förderung vollzieht sich hauptsächlich im lebenspraktischen und hauswirtschaftlichen Bereich und basiert im Wesentlichen auf dem Erlernen von Grundbegriffen des Kochens, Reinigens und der Wäschepflege sowie Vorratshaltung.

Des Weiteren werden Speisepläne unter der Berücksichtigung der Ausgewogenheit der Ernährung erarbeitet. Die Zubereitung der Speisen wird im jeweils notwendigen Arbeitsumfang begleitet. Das Einkaufen geschieht unter Berücksichtigung des zur Verfügung stehenden Geldes und Ausschöpfung der Sonderangebote.

Weitere flankierende Gruppenangebote können z.B. sein:

- themenzentrierte Gruppen
- Gartengruppe
- Freizeitgruppe

Diese Angebote sind gleichzeitig Übungsfelder für die Entscheidungsfähigkeit und Eigenaktivität.

Eingliederung in soziale Strukturen

Das Leben in der Hausgemeinschaft einer beschützenden Wohneinrichtung ermöglicht ein Miteinander sonst grundverschiedener Individuen. Dies ist gewährleistet durch feste Regeln des Zusammenlebens, an die jeder Mitbewohner gebunden ist. Die Ausführung von Aufgaben für und in der Gemeinschaft und die gegenseitige Achtung jedes Mitglieds verlangen den sonst sehr "Ich-bezogenen" Kranken, gerade in Hinblick auf die Toleranz und Rücksichtnahme, viel ab. Die Bewohner können sich hier Verhaltensweisen aneignen, die ihnen auch außerhalb der Einrichtung zugute kommen.

Diese Hilfe stellt eine wesentliche Säule des gesamten Betreuungsangebotes dar und richtet sich nach der Förderung und Stärkung der gesunden seelischen und körperlichen Anteile des Bewohners.

Dieses Ziel wollen wir in unserer geplanten Einrichtung unter dem Aspekt der Förderung von Beziehungsfähigkeit, Motivation zu einer lebensbejahenden Einstellung und dem "Erlernen mit der Krankheit" zu leben, realisieren.

Die Mitarbeiter der Einrichtung fördern die Beziehungsfähigkeit durch folgende Angebote:

- gemeinsame Mahlzeiten
- lernen Konflikte auszutragen
- regelmäßig wöchentliche Gruppenbesprechungen
- Einzelgespräche
- Erlernen von Flexibilität bei der Übernahme von sozialen Rollen (gemischt geschlechtliche Belegung, Altersstruktur)
- Organisation und Reflexion der Regeln des gemeinsamen Zusammenlebens auf der Wohngruppe
- Übernahme von Aufgaben in der Wohngruppe

Zu einer lebensbejahenden Einstellung wird mit folgenden Angeboten motiviert:

- spontane Freizeitaktivitäten anbieten (spazieren gehen, Essen gehen, spielen, kulturelle Angebote wahrnehmen, Musik hören)
- Interesse und Neugierde an sich und anderen Menschen wecken, z.B. durch positive Verstärkung durch die Mitarbeiter
- Konfrontation mit dem äußeren Erscheinungsbild des Bewohners und dessen engerem Lebensraum
- kleine Erfolge der Bewohner erkennen und wichtig nehmen
- soziale Bindungen stärken und Kontakte zu Familie, Freunden, Vereinen, Arbeitsbereichen etc. fördern

Nicht zuletzt muss an dieser Stelle das "Lernen mit der Krankheit zu leben" Erwähnung finden.

Gezielte Angebote wie z.B. die Entspannungsgruppe und Bewegungsgruppe fördern die Sensibilität im Umgang mit dem eigenen Körper. Dies ist gerade nach langen Krankenhausaufenthalten mit der damit verbundenen psychopharmakologischen Therapie von großer Bedeutung. Der Bewohner muss lernen, krankmachende Faktoren zu erkennen (im Sinne von Prophylaxe). Die notwendige Krankheitseinsicht beinhaltet das Erlernen der regelmäßigen Medikamenteneinnahme (Begleitung der medikamentösen Therapie geschieht durch niedergelassene Fachärzte).

Der Bewohner wird früh zu Beginn des Aufenthaltes nochmals über seine Diagnose aufgeklärt. Aus diesen psychoeducativen Bemühungen soll eine rechtzeitige Annahme von Hilfsangeboten (sozialpädagogischen und/oder medizinischen) bei den Bewohnern erwachsen.

Rückfallprophylaxe

Behandlungen in psychiatrischen Kliniken sind erforderlich, wenn die Exazerbation der Erkrankung nicht mehr im Rahmen der beschützenden Wohneinrichtung aufgefangen werden kann. Besonders wenn Bewohner sich selbst oder andere gefährden, trifft dieses zu. Die Vermeidung von Klinikaufhalten ist deshalb wünschenswert, weil der Bewohner dann in seiner gewohnten, ihm Sicherheit gebenden Umgebung verbleiben kann.

8.2 Medizinische Betreuung

Die ärztliche Versorgung der Bewohner basiert, wie schon bereits erwähnt, auch in diesem Bereich auf der freien Arztwahl oder wird auf Wunsch durch Konsiliarärzte geleistet. Diese führen regelmäßige Hausbesuche durch. Die psychiatrische Versorgung wird für den größten Teil der Bewohner durch einen niedergelassenen Psychiater abgedeckt. Die Bewohner nehmen nach Möglichkeit bei Einzug keinen Arztwechsel vor und werden durch die Psychiater weiterbehandelt, bei denen sie schon lange Jahre in Behandlung sind.

Für die psychiatrischen Behandlungen kooperiert die Einrichtung eng mit den umliegenden psychiatrischen Behandlungseinheiten, die auch für die Regionalversorgung zuständig sind.

Sind Bewohner aufgrund von körperlichen Erkrankungen stationär behandlungsbedürftig, wird auf die klinische Regionalversorgung zurückgegriffen.

Medizinische Betreuung

9. Aufnahme neuer Bewohner

Bewohner können aus folgenden Bereichen aufgenommen werden:

- psychiatrische Kliniken
- psychiatrische Übergangseinrichtungen
- der eigenen Wohnung
- stationären Altenhilfe-Einrichtungen,
- betreutes Wohnen,

in denen die Bewohner nicht mehr adäquat versorgt werden können.

Vor der Aufnahme in die Einrichtung findet ein Informationsgespräch statt.

Nach Terminabsprache werden auch zusätzliche allgemeine Beratungsgespräche angeboten. Zu externen Beratungsgesprächen verweisen wir auf das Sozialamt der Gemeinde oder des Kreises sowie an die Pflegekassen, Dieses dient dazu, den Antragsteller/Interessenten über das Leben in unserem Haus zu informieren. Die Arbeitsweise des Teams wird veranschaulicht, die Räumlichkeiten werden gezeigt und die Hausregeln werden erläutert. Der Interessent lernt die Einrichtung kennen.

Das Gespräch dient natürlich auch dem Zweck, den Interessenten kennen zu lernen, um eine Einschätzung abgeben zu können, ob der Bewerber für den Platz in der Wohngruppe geeignet ist.

Beim Informationsgespräch sollten vorliegen:

- Arztberichte
- Sozialbericht
- eingeleitetes Kostenklärungsverfahren

Interessenten können aufgenommen werden, wenn

- sie die Regeln des Zusammenlebens in der Wohngemeinschaft akzeptieren,
- sie krankheitseinsichtig sind und sich regelmäßig in ambulante psychiatrische Behandlung bzw. zu Untersuchungen begeben,
- sie ärztlichen Anordnungen Folge leisten,
- ein Platz frei geworden ist.

Bei allen relevanten Fragen, die eine Heimaufnahme betreffen, stehen wir Ihnen für ein Informations-/Beratungsgespräch gerne zur Verfügung.
(Kostenfragen, Krankenkassenanteil, Kontakte zu Sozialhilfeträgern usw.)

10. Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen

Diese Wohnform soll zur Differenzierung unseres konzeptionellen Angebotes neu angegliedert werden. Dieses Konzept ist zukunftsgerichtet und befindet sich momentan in Vorplanung.

Unter dem Begriff "Betreutes Wohnen" verstehen wir ein langfristig konzipiertes und verbindlich vereinbartes ambulantes Dienstleistungsangebot, das sich auf Hilfestellungen beim Leben in unseren Apartements bezieht.

Unter betreutem Wohnen verstehen wir die Hilfe zu einer möglichst selbständigen Lebensführung und die Förderung der Autonomie von gesunden und psychisch erkrankten Menschen.

Leitlinie für unser betreutes Wohnen ist die Orientierung am Hilfebedarf des einzelnen Menschen, sowohl im Hinblick auf Art und Umfang der Hilfe, wie auch auf die Dauer der Hilfestellung. Dabei bietet diese Wohnform einen Rahmen, in dem therapeutische Prozesse in Gang kommen können, in dem Entwicklung möglich ist und von uns gefördert werden soll. Die wichtigste Veränderung der letzten Jahre im Konzept vom betreuten Wohnen war, dass betreutes Wohnen auch für einzeln lebende Menschen möglich wurde. Allerdings wird diese Betreuung von allein wohnenden Menschen immer noch zu sehr als Schritt auf einem Weg in zunehmende Selbständigkeit gesehen, beispielsweise im Anschluss an eine Phase in einer Wohngemeinschaft. Wahr ist, dass dies tatsächlich für manche Menschen der Weg ist. Betreuung in der eigenen Wohnung ist aber daneben auch für Menschen wichtig, für die eine Wohngruppe keine Möglichkeit ist, weil sie von Ihren persönlichen Eigenarten und Grenzen her in einem solch engen Kontakt nicht leben können oder wollen. Es kann sich durchaus um Menschen handeln, die eine intensive, u.U. tägliche Begleitung benötigen.

Die personalschlüsselbedingten personellen Vorgaben müssen so bemessen sein, dass intensive Einzelbetreuung, die ja um vieles aufwendiger ist als intensive Gruppenbetreuung, möglich wird. Das bedeutet, dass in der Bewältigung täglicher Aufgaben relativ große Selbständigkeit verlangt werden muss. Wenn jemand sehr beeinträchtigt ist, droht ansonsten sehr schnell Isolation und Verwahrlosung, ambulanter Hospitalismus.

Gerade bei Menschen, die allein wohnen, ist es oft von existentieller Bedeutung, ob es gelingt, sie z.B. in den Bereichen Arbeit und Freizeit an anderen Orten außerhalb "einzubinden" und so Tagesstruktur und Alltagskontakte herzustellen.

In unseren Apartments muss alles Leben und alle Lebendigkeit vom Bewohner/Mieter selbst ausgehen. Sein Alltag und sein Leben droht schnell einsam und arm zu werden, wenn ihm die nötigen Impulse fehlen. Er ist stärker als in allen anderen Lebensformen auf sich selbst zurückgeworfen und sich selbst überlassen. Andererseits kann er auch selbst das Maß an Kontakt bestimmen, das er will und braucht. Je selbständiger und handlungsfähiger ein Betreuer geworden ist, desto mehr wird ihm diese "normalere" Lebensweise gerecht werden. Je beeinträchtigt er ist, desto mehr ist diese Lebensweise mit Risiken behaftet, die durch intensive Begleitung kompensiert werden müssen. Auf der Suche nach der angemessenen Wohnform ist es notwendig, die Betreuten mit den Vor- und Nachteilen der verschiedenen Wohnformen vertraut zu machen und sie bei ihren Entscheidungsprozessen zu begleiten. Dazu kann gehören, dass einzelne Wohnformen zunächst ausprobiert werden müssen.

Das im Folgenden aufgelistete denkbare Leistungsspektrum bezieht sich auf alle Apartments des betreuten Wohnens.

- Hilfen zur Vermittlung und zum Erhalt einer Wohnung,
- Hilfen zur Sicherung der materiellen Existenz,
- Beratung und Unterstützung bei lebenspraktischen Problemen,
- Regelmäßige Einzel- und/oder Gruppengespräche,
- Hilfen zur Tagesstrukturierung,
- Beratung bei Problemen am Arbeitsplatz bzw. bei Fragen der beruflichen Eingliederung,
- Beratung von Angehörigen,
- Hilfen zum Erhalt bzw. zum Aufbau sozialer Kontakte,
- Hilfen zur Freizeitgestaltung,
- Krisenintervention,
- Anhalten zur Fortsetzung ärztlicher und ggf. medikamentöser Behandlung.

Maßnahmen, die zur Umsetzung des o.g. Leistungsspektrums führen, müssen bewohnerbezogen innerhalb einer Pflege- und Betreuungsplanung von unserem multiprofessionellen Team ermittelt werden und münden in Wochenplänen.

11. Angehörigenarbeit

Die meisten älteren Menschen werden von Angehörigen betreut. Die damit für die Familie verbundenen Belastungen sind erheblich. Angehörige benötigen praktische Ratschläge und Handlungsanleitungen, die den häufigen Umgang mit unseren Bewohnern erleichtern sowie Hilfe mit eigenen Gefühlen von Angst, Trauer, Hilflosigkeit, Wut und Schuld fertig zu werden. Dies geschieht im Rahmen von Angehörigenkontakten in unserem Haus. Wünschenswert ist für uns eine aktive Mitarbeit der Angehörigen. Dadurch werden die sozialen Kontakte für unsere Bewohner erhalten und intensiviert. Schließlich soll eine Information über die durchgeführten Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen sowie deren Wirksamkeit erfolgen.

Grundsätzlich gelten diese Aussagen auch für die Angehörigen unserer psychisch erkrankten Bewohner. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die familiären Kontakte häufig abgebrochen sind. Wir versuchen, die Angehörigen individuell in unsere Betreuungskonzeption mit einzubinden.

Angehörigenarbeit

12. Schlusswort

Dieses Rahmenkonzept soll als grundsätzliche Vorüberlegung verstanden werden. Das eigentliche betreuende und pflegerische Handlungskonzept muss mit den Mitarbeitern entwickelt werden, um zu garantieren, dass formulierte Ziele erreicht und Maßnahmen umgesetzt werden.

Diese auf ein hohes Maß an Betreuungs- und z.T. auch Pflegequalität ausgerichtete Konzeption lässt sich u.E. nur mit fachlich qualifiziertem Personal und mit Methoden zur Qualitätssicherung umsetzen. Zunächst möchten wir die Aufbau- und Ablaufstruktur unseres Betreuungszentrums so transparent wie möglich entwickeln. Das bedeutet, dass jeder Mitarbeiter eine Stellenbeschreibung erhält. Verantwortungs- und Tätigkeitsbereiche müssen so voneinander abgegrenzt werden, dass sie sich bei der Durchführung der Tätigkeiten nicht behindern, sondern ergänzen. Dies ist gerade im Hinblick auf ein von uns gewünschtes multiprofessionelles Team von großer Bedeutung.

Die formelle Informationsstruktur in unserer Einrichtung sichert eine optimale Informiertheit und schafft Verbindlichkeit bei den Absprachen.

Dies alles ist eingebunden in einen partizipatorischen Führungsstil. Nur angstfrei arbeitende und kreative Mitarbeiter sind in der Lage, hochkomplexe Zusammenhänge, wie sie bei der bezugspersonenorientierten Betreuung und Pflege älterer Menschen vorkommen, zu erkennen und in den täglichen Pflege- und Betreuungsprozess umzusetzen.

Schluss- wort