



Betriebskonzept

für das

Johanniter-Stift Brauweiler

Bearbeitet durch:

Institut für Soziale Gerontologie und Alternsmedizin e. V. (ISOGAM)
an der Bergischen Universität Wuppertal
Max-Horkheimer-Straße 20
42119 Wuppertal

Prof. Dr. Wolfram Boucsein / Dipl.-Soz.-Wiss. Lieselotte Boucsein

Evaluation: 10.05.2013 durch J.Richter

Inhaltsverzeichnis

	Seite:
1. Adresse und Trägerschaft	4
2. Einleitung	5
2.1 Leitbilder und Qualitätsmaßstäbe	5
2.2 Philosophie der Einrichtung	6
2.3 Zielgruppen und Zielsetzungen	6
2.4 Angebotsspektrum	7
3. Standort und Infrastruktur	8
3.1 Gebäudestruktur und Gartenanlage	8
3.2 Wohnbereiche	9
3.3 Ausstattung der Pflegezimmer	9
4. Personal	10
4.1 Personalstruktur	10
4.1.1 Leitungsebene	10
4.1.2 Pflegebereich	11
4.1.3 Sozialer Dienst	11
4.1.4 Bewohnerverwaltung und Rezeption	11
4.1.5 Hauswirtschaft	12
4.2 Personalbetreuung	12
4.2.1 Personaleinstellung	12
4.2.2 Fort- und Weiterbildungen	12
4.2.3 Supervision	13
4.2.4 Besondere Belohnungen für Mitarbeiter	13
5. Pflegekonzept	13
5.1 Entwicklung des Pflegekonzepts	13
5.2 Zum Menschenbild	14
5.3 Allgemeine Grundsätze für die Pflege im Johanniter-Stift	14
6. Pflege-Angebot	15
6.1 Grundpflege	16
6.1.1 Bezugspflegesystem	16
6.1.2 Körperpflege	17
6.1.3 Bekleidung	17
6.1.4 Ernährung	18
6.1.5 Versorgung bei Inkontinenz	18
6.1.6 Schlaf und Ruhezeiten	18
6.1.7 Mobilität	19
6.2 Medizinische Behandlungspflege	19
6.3 Pflegedokumentation	19
6.4 Zusammenarbeit mit Ärzten und Therapeuten	19
6.5 Sterbebegleitung	20

7.	Demenz-Pflege- und Betreuungsangebot	21
7.1	Separate Wohngemeinschaft für dementiell Erkrankte	21
7.2	Zielgruppe	21
7.3	Aufnahmekriterien	22
7.4	Prinzipien für die Pflege und Betreuung dementiell Erkrankter	23
7.4.1	Biografiearbeit	24
7.4.2	Tagesstrukturierung	24
7.5	Milieu/Räumlichkeiten	25
7.6	Besonderheiten bei der Sterbebegleitung dementiell Erkrankter	26
7.7	Kompetenzen der Mitarbeiter	27
7.8	Kooperationen	28
8.	Hauswirtschaftliches Angebot	29
8.1	Ziele	29
8.2	Verteilung der Aufgabenbereiche	30
8.3	Einhaltung der Hygienevorschriften	30
9.	Beratungsangebote	30
9.1	Beratung vor dem Einzug	30
9.2	Beratung der Bewohner	31
10.	Betreuungsangebote	32
10.1	Betreuung bei der Eingewöhnung	32
10.2	Interne Betreuungsangebote	32
10.3	Externe Betreuungsangebote	33
10.4	Angehörigenbetreuung	34
10.5	Ehrenamtlichenbetreuung	34
11.	Öffentlichkeitsarbeit und Kontakt zum Stadtviertel	35
12.	Heimbeirat	35
13.	Qualitätsmanagement	36
13.1	Beschwerdemanagement	36
13.2	Bewohnerzufriedenheit	37
13.3	Kooperationen	37
14.	Bedingungen und Kosten	37
15.	Literaturverzeichnis	38

1. Adresse und Trägerschaft

Adresse:

Johanniter-Stift Brauweiler
Erfurter Straße 2
50259 Pulheim-Brauweiler

Leitung:

Leitung der Einrichtung (EL):
Pflegedienstleitung (stellv. EL)
Leitung Sozialer Dienst:

Julia Richter
Stephanie Böhmfeld
Nathalie Heidingsfelder

Trägerschaft:

Johanniter Seniorenhäuser GmbH
Max- Planck- Str. 49
53177 Bonn
Tel. 0228/ 95678-0

Geschäftsführer: Horst Molenaar
Ruth Moser- Weickert
Lutz Gebhardt
Thomas Neeb

Die Johanniter Seniorenhäuser GmbH gehört zu den bundesweit großen freigemeinnützigen Betreibern stationärer Altenpflegeeinrichtungen. Mit 94 Einrichtungen, 9500 Pflege- und Betreuungsplätzen sowie ca. 6000 Mitarbeitern innerhalb des Johanniter-Verbundes verwirklicht sie als diakonische Trägerin in 900-jähriger Tradition des Johanniterordens den Dienst am Nächsten.

Das Johanniter-Stift Brauweiler ist eine Altenhilfeeinrichtung mit 80 Pflegeplätzen und 55 Senioren-wohnungen. Leitbild und Konzept des Hauses basieren auf der Grundlage des ganzheitlichen, christlichen Menschenbildes. Im Vordergrund steht der Bewohner mit seiner Biographie, seinen Bedürfnissen und seinen Ressourcen, die in allen Bereichen gefördert werden, um eine größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen.

Anmerkung: Zur besseren Verständlichkeit wird im gesamten Betriebskonzept nur die männliche Schreibweise verwendet, dabei ist zu beachten, dass immer auch die weibliche Schreibweise gemeint ist.

2. Einleitung

Durch den kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung in unserer Bevölkerung befinden sich die Rahmenbedingungen für die Altenpflege in einem stetigen Wandel. Altersbilder verändern sich und werden differenzierter. Mit der wachsenden Zahl älterer Menschen wächst aber auch die Zahl Pflegebedürftiger, die ungeachtet der Angebotsvielfalt aller möglichen Betreuungs- und Wohnformen ihren Lebensabend in einem Alten- und Pflegeheim verbringen. Veränderte Erwartungshaltungen und Bedürfnisse der älteren Menschen und ihrer Familien, gesetzliche Neuregelungen und knapper werdende Ressourcen stellen alle Träger und Einrichtungen der stationären Altenhilfe vor ständig neue Herausforderungen. Sie sind zugleich aber auch Ansporn, neue Wege zu beschreiten, die dem Wunsch älterer Menschen nach Privatsphäre, Autonomie und Teilhabe am Leben gerecht werden.

Die Johanniter gehen mit ihrer Philosophie auf diese Bedürfnisse und Wünsche ein (Abschnitt 2.2). Dabei bringen sie den Bewohnern ein Höchstmaß an Achtung und Respekt entgegen. Zugleich bieten sie ihnen Wohnatmosphäre und menschliche Zuwendung – kurzum: ein Zuhause.

2.1 Leitbilder und Qualitätsmaßstäbe

Das vorliegende Konzept soll es den Bewohnern, den Mitarbeitern, den zuständigen Behörden sowie anderen Interessierten ermöglichen, die Philosophie der Einrichtung und ihre Strukturen kennen zu lernen und die inhaltlichen Abläufe der Einrichtung nachzuvollziehen. Hierbei stützen sich die Johanniter auf zwei Grundlagen:

1. auf das Leitbild der Alteneinrichtungen des Johanniterordens vom Sommer 2007 (siehe Anhang), in dem die inhaltliche Ausrichtung der Trägergesellschaft deutlich wird, und
2. auf den Leitsatz der Dienstverträge der Johanniter-Seniorenhäuser GmbH.

Darüber hinaus wurden die Einrichtungskonzepte der bereits in Betrieb befindlichen Johanniter-Häuser (Kapitel 1) berücksichtigt, mit denen eine enge Zusammenarbeit angestrebt wird.

Seit Oktober 2001 implementieren die Johanniter-Stifte in NRW das Qualitätsmanagementsystem „Diakonie-Siegel Pflege“. Mittlerweile haben sich einige Häuser erfolgreich zertifizieren lassen bzw. stehen kurz vor der Zertifizierung. Das Johanniter-Stift Brauweiler wird von Beginn an ebenfalls dieses Qualitätsmanagementsystem einführen, um so die Voraussetzung für reibungslose Abläufe, den Aufbau guter Informationsstrukturen sowie die Beschreibung von Schnittstellen zu schaffen, und vor allem das Erreichen einer hohen Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterzufriedenheit zu gewährleisten.

2.2 Philosophie der Einrichtung

Das Johanniter-Stift dient Senioren, die in ihrer Gesundheit eingeschränkt sind und zur Bewältigung des täglichen Lebens Unterstützung benötigen. Gesundheit definiert das Johanniter-Stift in Anlehnung an die Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet (WHO Declaration of Alma-Ata, 1978). Eine Einschränkung der Gesundheit kann also beispielsweise in einer Gehunfähigkeit, einem fortschreitenden Gedächtnisverlust oder auch im Leiden unter Vereinsamung bestehen.

Deshalb sehen es die Johanniter als ihren Auftrag an, die gesamte Einrichtung auf die Bedürfnisse von körperlich oder geistig eingeschränkten Menschen auszurichten. Dabei soll die körperliche und soziale Selbstständigkeit der Bewohner so weit wie irgend möglich erhalten bleiben, einschließlich der Kontakte zu Familienangehörigen und Bekannten. In diesem Sinne erhält jede noch so geringe Aktivität Wertschätzung. Durch die Forderung und Förderung von aktiver Alltagsbewältigung jedes Einzelnen wird eine Hospitalisierung vermieden. Nur in Bereichen, in denen ein Bewohner Unterstützung benötigt, erfährt er diese zuverlässig und fachkundig.

Die Einrichtung fügt sich in die Umgebung des Wohnviertels ein und fördert soziale Kontakte zur Nachbarschaft, zu den Kirchengemeinden und zu anderen öffentlichen Einrichtungen. Daher begrüßt das Johanniter-Stift eine lebendige Stadtteilarbeit und unterstützt die Zusammenarbeit mit örtlichen Schulen, Kindergärten und Vereinen.

Die demokratische Grundhaltung in der Organisation des Johanniter-Stifts wird in den Aufgaben des Bewohnerbeirats und in der zeitnahen Bearbeitung von Verbesserungsvorschlägen und Beschwerden sichtbar.

2.3 Zielgruppen und Zielsetzungen

Mit ihrem Konzept wenden sich die Johanniter in erster Linie an alte Menschen, denen eine würdevolle Lebensgestaltung unter der Berücksichtigung der eigenen Bedürfnisse im Alter wichtig ist. Ziel ist es, die soziale Integration der Bewohner in das Gemeinwesen zu ermöglichen, zu erhalten bzw. zu verbessern. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Biographie des Bewohners, seiner Anbindung an Angehörige, Freunde und Bekannte sowie seiner Beziehung zu anderen Institutionen (Kirchen, Vereine, politische Gemeinde, etc.).

Dabei soll die Selbstständigkeit des alten Menschen durch die Berücksichtigung der eigenen Ressourcen so weit wie möglich erhalten bzw. gefördert werden, um die Prozesse der letztlich unvermeidbaren Unselbstständigkeit zu verlangsamen.

Unter der gemeinsamen Zielsetzung der Verwirklichung von christlicher Nächstenliebe bietet die Einrichtung zudem Hilfestellung dazu an, den natürlichen Abbau- und Sterbeprozess zu akzeptieren.

Die zweite Zielgruppe für die Einrichtung stellen die dementiell Erkrankten dar (Abschnitt 7.2). Der Anteil dieser Personengruppe nimmt in unserer Gesellschaft seit Jahren stetig zu. Diese Zunahme ist besonders deutlich im Bereich von Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu beobachten (Winter, 2006).

Laut ärztlicher Diagnostik und der Einschätzung der bereits in Betrieb befindlichen Johanniter-Stifte sind mittlerweile im Durchschnitt über 70 % aller Bewohner dementiell erkrankt. Ihr Anteil wird demographischen Prognosen zufolge in den kommenden Jahren kontinuierlich steigen (5. Bericht des BMFSFJ zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik, 2005). Die Krankheitsbilder sind dabei sehr unterschiedlich und variieren von leichten Orientierungs- und Gedächtnisstörungen bis hin zu schwersten dementiellen Erkrankungen (Chappell & Reid, 2000; Lawton et al., 1998; Warren et al., 2001; Werezak & Morgan, 2003).

Entsprechend den dominierenden Leitbildern von Pflege und Betreuung alter Menschen lebten bislang in vielen Einrichtungen der Johanniter Seniorenzentrum gGmbH dementiell erkrankte Bewohner mit geistig orientierten Bewohnern integrativ in einem Wohnbereich zusammen. Durch den steigenden Anteil dementer Bewohner mit krankheitsbedingten Verhaltensauffälligkeiten ergaben sich zunehmend Reibungspunkte und Konflikte mit anderen Bewohnern, da sich die Tagesabläufe, die Angebote sowie die Gestaltung der integrativen Wohnbereiche überwiegend an den Bedürfnissen, Wünschen und Erwartungshaltungen der geistig regen Bewohner orientieren.

Um solchen Konflikten entgegenzuwirken, wird in Brauweiler eine Wohngemeinschaft für dementiell erkrankte Menschen eingerichtet. Diese befindet sich im Erdgeschoss der Einrichtung (Abschnitt 3.1), wobei die Betreuung grundsätzlich in zwei festen Bezugsgruppen erfolgen soll. Betreuung und Pflege orientieren sich am Hausgemeinschaftsgedanken des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (2001, vgl. Abschnitt 7.1).

2.4 Angebotsspektrum

Die Einrichtung bietet folgende Dienstleistungen an:

Wohnen in seniorengerechtem Wohnraum mit entsprechender Möblierung und seniorengerechtem Bad (eigene Möbelstücke können mitgebracht werden)

Einfacher Übergang vom betreuten Wohnen in den Pflege-Wohnbereich

Grundpflege

Medizinische Behandlungspflege

Beratungsangebote

Organisation der Gesundheitsleistungen (Case Management)

Sicheres Wohnumfeld durch Fachkräftepräsenz (Tag und Nacht)

Kontaktmöglichkeiten zur gleichen Altersgruppe

Unterstützung von Kontakten zu Angehörigen (z.B. gemeinsame Feste feiern)

Gemeinsame soziale Aktivitäten

Bewegungsangebote

Kulturelle Angebote

Gesprächskreise zum Thema „Älterwerden“ mit geschultem Fachpersonal

Gartenaufenthalt und Kontakt zu Tieren

Sterbebegleitung

3. Standort und Infrastruktur

Das Johanniter-Stift Brauweiler ist eine Einrichtung der stationären Altenhilfe und liegt im Süden der Stadt Pulheim im Stadtteil Brauweiler, angrenzend an eine Ein- und Zweifamilienhaussiedlung mit Grüngürtel. Es ist nur ca. 400 m vom Ortskern entfernt. Dort befinden sich Einkaufsmöglichkeiten, Kino, Theater, öffentliche Bücherei, Cafés sowie ein Park. Es verfügt über 80 Pflegeplätze in Einzelzimmern und über 18 Stiftswohnungen.

Durch seine gute Infrastruktur und die Verkehrsanbindung mit einer Buslinie finden Bewohner daher ideale Voraussetzungen vor, um weiterhin am öffentlichen Leben in Brauweiler teilnehmen zu können.

3.1 Gebäudestruktur und Gartenanlage

Untergeschoss: Haupteingang mit Rezeption, Friseursalon, Büroräume für Verwaltung, Leitung und Sozialen Dienst, Sozialräume, Küche/Hauswirtschaft/Wäscherei, Lager, Haustechnik
6 Stiftswohnungen

Erdgeschoss: Restaurant und Cafeteria
Garten und Terrassenbereich
Andachtsraum

WB D: Pflegewohnbereich für 20 dementiell erkrankte Bewohner mit eigenem Gartenbereich

WB1: Pflegewohnbereich für 19 Bewohner

1. Obergeschoss WB 2: Pflegewohnbereich für 41 Bewohner mit drei großen Aufenthaltsräumen (40, 50 und ca. 65 m²) sowie zwei weiteren Therapieräumen

2. Obergeschoss 18 Stiftswohnungen

Insgesamt bietet das Haus mit seiner freundlichen und hellen Architektur eine einladende Atmosphäre, die sowohl den Bewohnern als auch den Mitarbeitern und Besuchern zugute kommt. Dies wird durch die Lage von Restaurant und Café im Erdgeschoss, die jedermann zugänglich sind, unterstrichen. Der Garten (Wege, Sitzmöglichkeiten, Schatten) und ein Terrassenbereich mit zahlreichen Sitzplätzen erweitern diesen Raum bei schönem Wetter.

Durch die individuelle Gestaltung der Flure und Aufenthaltsräume wird eine Krankenhausatmosphäre vermieden und ein Gefühl der Geborgenheit vermittelt. Die ansprechende Möblierung und Ausstattung der Räumlichkeiten betonen den wohnlichen Charakter der Einrichtung.

Innerhalb des Hauses findet sich eine abgestimmte Beschilderung, mit deren Hilfe die Orientierung erleichtert wird.

3.2 Wohnbereiche

Die Wohnbereiche im Erdgeschoss und im ersten Obergeschoss sind für pflegebedürftige Bewohner mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern und Pflegestufen vorgesehen. Der Pflegewohnbereich im ersten Obergeschoss verfügt dabei über großzügige Aufenthalts- und Gruppenräume. Dadurch besteht die Möglichkeit, bei Bedarf den Alltag in überschaubaren Gruppen gemeinsam zu gestalten und eine Atmosphäre von Geborgenheit, Vertrautheit und Sicherheit zu vermitteln (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004).

Alle Wohnbereiche verfügen über klare Gliederungen, die eine sehr gute Orientierung ermöglichen. Zusätzlich unterscheiden sich die einzelnen Wohnbereiche deutlich durch die Farbgestaltung der Wände und der Bodenbeläge. Auch unterschiedliche Symbole, Bilder und thematische Gestaltungen in den Fluren und Gemeinschaftsräumen sollen die Orientierung erleichtern. Die Türschilder geben neben dem Namen des Bewohners mit einem Foto (möglichst aus jüngeren Jahren) auch die Zimmernummer und das Stockwerk bzw. die Funktion des Raumes an.

In allen Bauteilen wurden die Vorgaben der Heimmindestbauverordnung beachtet.

Die Stiftswohnungen im 2. Obergeschoss werden individuell möbliert, eine Einbauküche ist jedoch vorhanden. Ihre Bewohner versorgen sich selbst oder nutzen die diversen Angebote des Hauses. Es ist auch möglich, sich in der Stiftswohnung von einem ambulanten Pflegedienst versorgen zu lassen.

3.3 Ausstattung der Pflegezimmer

Durch das Mitbringen eigener Möbel (z. B. Schränke, Sitzgarnitur, TV-Geräte etc.) sowie persönlicher Erinnerungsgegenstände haben die Bewohner die Möglichkeit, den Wohnraum nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Zu beachten ist lediglich die Durchführbarkeit der pflegerischen Verrichtungen durch die Mitarbeiter des Hauses.

Zur Standardausstattung der Zimmer gehören:

ein vollelektrisches und höhenverstellbares Pflegebett aus Holz, mit Seitengitter (Anbringung einer Aufrichthilfe bei Bedarf möglich)

ein Nacht-/Beistelltisch mit Wertfach

ein Kleiderschrank

eine Wandgarderobe mit Spiegel

ein Auslöser für die Notrufanlage

eine Anschlussmöglichkeit für Telefon; Anschluss für TV/Radio (Satellitenempfang, 14 Programme eingestellt)

ein Hochlehnstuhl (auf Wunsch gegen eigene Sessel austauschbar)

ein weiterer Armlehnstuhl auf Wunsch

ein Tisch

Gardinen und farblich abgestimmte Vorhänge

Bewohnerbad: Jedes Zimmer verfügt über ein eigenes Bad mit WC, behindertengerechter (ebenerdiger) Dusche und Waschbecken. An den baulich erhöhten Toiletten befinden sich ein fester und ein klappbarer Haltegriff als Aufstehhilfen. Die Ausstattung umfasst auch bis zum Boden reichende rote Notruf-Schnüre.

4. Personal

4.1 Personalstruktur

4.1.1 Leitungsebene

Das Johanniter-Stift ist eine unselbstständige Niederlassung der Betreibergesellschaft und somit an die Weisungen der Geschäftsführung bzw. der Prokuristen gebunden.

Geführt wird das Stift vor Ort durch die Leitung der Einrichtung, die durch eine Handlungsvollmacht nach HGB zur umfassenden Vertretung berechtigt ist. Sie wird unterstützt durch das Leitungsteam, das sich aus der Leitung der Einrichtung (verantwortlich), der Pflegedienstleitung (gleichzeitig stellvertretende Leitung der Einrichtung) und der Leitung des sozialen Dienstes zusammensetzt. Die weitere Führungs- und Organisationsstruktur ergibt sich aus dem Organigramm des Hauses (siehe Anhang).

Die Aufgaben der Leitung der Einrichtung beziehen sich in erster Linie auf die Bewohner. Auf deren Bedürfnisse und Wünsche soll, soweit dies unter den gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen möglich ist, eingegangen werden. Es soll ihnen ein Zuhause geboten werden, in dem sie selbstbestimmt und, wenn nötig, unterstützt leben können.

Die Planung, Einstellung und Pflege der Mitarbeiter ist der zweite Aufgabenbereich der Leitung der Einrichtung (Carnevali, 1983). Die immer enger werdenden personellen Ressourcen in der stationären Altenhilfe machen es erforderlich, sehr zeitnah auf Veränderungen in der Bewohnerstruktur zu reagieren. Um diesem Anspruch zu genügen, müssen die personelle Besetzung und die Bewohnerstruktur in einem engen zeitlichen Raster abgeglichen und angepasst werden. Dies ist vorrangig im Pflegebereich sicherzustellen, da hier die personelle Auswirkung auf veränderte Belegungssituationen am größten ist. Aber auch in den anderen Bereichen der Einrichtung darf die personelle Situation nicht außer Acht gelassen werden. Maßstab sind die in NRW gültigen und mit den Kostenträgern verhandelten Personalorientierungswerte. Die gesetzlich geforderte Fachkräftequote (mindestens 50%) wird erfüllt. Die Mitarbeiter sollen wissen, dass sie einen weitgehend sicheren Arbeitsplatz haben.

Die Leitungskräfte haben das Leitbild und die Ziele des Johanniterordens internalisiert. Sie haben in dieser Hinsicht Vorbildfunktion für die Mitarbeiter und sorgen dafür, dass Leitbild und Ziele im täglichen Miteinander praktisch umgesetzt werden, damit für alle Bewohner eine optimale Lebensqualität erreicht werden kann (Abschnitte 2.1 und 2.2).

Die Leitung der Einrichtung nimmt regelmäßig an Mitarbeiterbesprechungen teil, gestaltet den Informationsfluss transparent und steht auch Mitarbeitern für Einzelgespräche zur Verfügung. Von größter Wichtigkeit ist ihr der Kontakt zu den jeweiligen Bereichsleitungen.

Die institutionsbezogenen Aufgaben der Leitung der Einrichtung stellen sicher, dass die Rahmenbedingungen im Hause so gestaltet werden, dass die Umsetzung der Vorgaben in der Praxis möglich sind und die Einrichtung kostendeckend geführt werden kann. Dazu gehören auch Weiter- und Neuentwicklungen sowohl von Pflege- als auch von Unternehmensstrategien (z. B. Pflegeüberleitungsprojekte oder Aufbau von Demenznetzwerken).

Die Aufgaben, die sich auf das Umfeld beziehen, sollen dazu beitragen, die Lebensqualität der Bewohner zu steigern und die Position der Einrichtung im Wettbewerb mittel- und langfristig sicherzustellen. Dazu gehört auch eine kontinuierliche Pressearbeit.

4.1.2 Pflegebereich

Der Pflegebereich wird von einer verantwortlichen Fachkraft (Pflegedienstleitung) geleitet. Die Pflegedienstleitung wird bei Abwesenheit durch einen benannten Stellvertreter vertreten. Die jeweiligen Wohnbereichsleitungen und der Nachtdienst sind der Pflegedienstleitung unterstellt.

Das Pflegekonzept (Kapitel 5), das Pflege-Angebot (Kapitel 6) und das Konzept Demenz-Pflege- und Betreuungsangebot (Kapitel 7) stellen Handlungsorientierung für alle am Pflegeprozess Beteiligten dar. Es stärkt die Zusammenarbeit, verbessert die Organisation und fördert die Arbeitszufriedenheit, indem die personellen Ressourcen angemessen eingesetzt und Erfolge sichtbar gemacht werden können. Durch transparente Arbeitsabläufe soll Verantwortung geklärt und Qualität gesichert werden (Kapitel 13). Dadurch kann eine möglichst hohe Zufriedenheit der Bewohner und Mitarbeiter erreicht werden (Rademacher, 2000).

4.1.3 Sozialer Dienst

Der Soziale Dienst besteht aus mehreren Sozialarbeitern und einer Hausdame. Dazu können auch Mitarbeiter mit Spezialausbildung gehören, wie z.B. eine Fachkraft für dementiell veränderte Bewohner. Der gesamte Bereich ist der Leitung Sozialer Dienst unterstellt. Darüber hinaus gestalten Präsenzkkräfte nach §87 b SGB XI für die Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz spezielle Veranstaltungen (Einzel- und Gruppenangebote).

Die Aufgaben des Sozialen Dienstes werden in den Kapiteln 9 und 10 ausführlich erläutert.

4.1.4 Bewohnerverwaltung und Rezeption

Die Mitarbeiter der Bewohnerverwaltung und der Rezeption unterstehen der Leitung der Einrichtung.

4.1.5 Hauswirtschaft

Die Hauswirtschaft umfasst die Bereiche Küche, Reinigung und Wäscherei. Diese Bereiche unterstehen der Hauswirtschaftsleitung.

Die Hauswirtschaftsleitung stellt in Zusammenarbeit mit der Leitung der Einrichtung auf dem Boden des Einrichtungsleitbildes und des angestrebten Qualitätsniveaus die hauswirtschaftliche Versorgung sicher. Sie ist vor allem auch dafür verantwortlich, dass die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zur Pflege und zum Sozialen Dienst gut funktioniert. Aus diesem Grunde ist sie in alle organisatorischen und konzeptionellen Vorgänge und Entwicklungen der Einrichtung direkt einbezogen.

Die Mitarbeiter der Küche und der Reinigung sind Angestellte der Fa. Cebona, einem Fremdleister. Die Wäschereimitarbeiter sind Angestellte des Hauses.

Die Aufgaben und Zielsetzungen der Hauswirtschaft sind in Kapitel 8 umfassend beschrieben.

4.2 Personalbetreuung

Eine der wichtigsten Ressourcen einer Altenpflegeeinrichtung ist eine qualifizierte und mit den Arbeitsbedingungen zufriedene Mitarbeiterschaft. Eine bewohnerorientierte Arbeit kann nur sichergestellt werden, wenn sich alle Beteiligten der Wichtigkeit und Verantwortung ihres Handelns bewusst sind. Folgende Rahmenbedingungen sollen dazu beitragen:

4.2.1 Personaleinstellung

Die Einstellung von Personal ist Aufgabe der Leitung der Einrichtung und des Leitungsteams. Bereits im Einstellungsgespräch werden das Anforderungsprofil des Bewerbers und die Philosophie des Hauses deutlich gemacht, um sicher zu stellen, dass für Stellenbesetzungen nur fachlich und persönlich geeignete Bewerber berücksichtigt werden. Jeder neue Mitarbeiter kann zunächst 2 bis 3 Tage in seinem neuen Arbeitsbereich hospitieren.

Mit Beginn der Beschäftigung im Johanniter-Stift erhält jeder Mitarbeiter eine Stellenbeschreibung. Die Einarbeitung in allen Bereichen geschieht anhand eines differenzierten Einarbeitungskonzepts. Die Probezeit dauert ein halbes Jahr.

4.2.2 Fort- und Weiterbildungen

Alle Mitarbeiter, sowohl die Fachkräfte als auch die Assistenten, werden regelmäßig geschult. Das bezieht sich sowohl auf den sozialen und pflegerischen als auch auf den hauswirtschaftlichen Bereich.

Im Pflegebereich werden turnusmäßig Fort- und Weiterbildungen angeboten. Da die Einrichtung mit Pflegefachschulen zusammenarbeitet, sind auch Weiterbildungen möglich, die höhere Qualifizierungen oder Spezialisierungen (Demenzpflege) zum

Ziel haben. Die größten Herausforderungen sind dabei die geriatrische und palliative Versorgung der Bewohner.

Die hauswirtschaftlichen Mitarbeiter sind mit dem hauswirtschaftlichen Handbuch vertraut. Sie werden bei der Erarbeitung der schriftlichen Regelungen mit einbezogen. Auftretende Probleme werden sofort oder bei den Dienstbesprechungen erörtert, und es wird gemeinsam nach Lösungen gesucht. Es finden regelmäßig (alle 4 bis 6 Wochen) in allen Bereichen Teamgespräche statt. Die Fortbildungen beziehen sich z.B. auf das Infektionsschutz-/Lebensmittelhygienegesetz, die Unfallverhütungsvorschriften sowie Gefahrstoff- und Produktverordnungen.

4.2.3 Supervision

Im Pflegebereich werden regelmäßig Fall-Supervisionen und Team-Supervisionen angeboten.

4.2.4 Besondere Belohnungen für Mitarbeiter

Über das Entgelt hinausgehende Zuwendungen an Mitarbeiter sind aufgrund der steuerrechtlichen Vorschriften nur im Rahmen der dort vorgesehenen Freigrenzen möglich. Innerhalb dieses Rahmens werden jedoch die Möglichkeiten genutzt, um – speziell bei ehrenamtlichen Mitarbeitern – besonderes Engagement zu würdigen. Als Beispiele seien hier aufgeführt: Kleinere Aufmerksamkeiten zum Geburtstag oder die Verleihung der JUH-Auszeichnungen wie Leistungs- und Ehrenzeichen, aber auch Gruppenaktivitäten wie Betriebsfeste und -ausflüge oder – als weitere Möglichkeiten – Maßnahmen der Gesundheitsförderung oder Besinnungs- und Einkehrtage.

5. Pflegekonzept

Die Johanniter haben ein Pflegekonzept entwickelt, das die Arbeitsabläufe klärt und transparent macht, Verantwortlichkeiten benennt, die Wirtschaftlichkeit im Blick hat und durch gezielte Maßnahmen die Qualität sichert.

5.1 Entwicklung des Pflegekonzepts

Im Jahr 2000 entstand der Wunsch, ein für alle Johanniter-Stifte abgerundetes Pflegemodell zu entwickeln, das wissenschaftlich begründet ist. Auch die Pflegedokumentation sollte verbessert und vereinheitlicht werden. Deshalb entsandten alle Einrichtungen der Johanniter-Stifte NRW und Hannover-Ricklingen Pflegedienstleitungen und Mitarbeiter des Sozialen Dienstes zur Johanniter-Akademie in Münster. Dort setzten sie sich ausführlich mit den verschiedenen Pflege-theorien auseinander. Sie mussten feststellen, dass keine Theorie den alternden, pflegebedürftigen Menschen in der stationären Lebensform speziell in den Blick nimmt, und dass deshalb keine Pflege-theorie unbearbeitet übernommen werden kann. Man fand jedoch in den Ansätzen von Henderson und Orem (Bedürfnistheorien), Paterson und

Zderad (Interaktionstheorien) sowie Carnevali (am Pflegeprozess orientierter Ansatz) ausreichend theoretische Grundlagen, um das pflegerische Handeln zu begründen.

Unter fachlicher Anleitung des pflegewissenschaftlichen Instituts PÄDEA (Institut für Bildung, Beratung, und Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen) wurden Erhebungsbereiche für die Pflege (Ernährung, Körperpflege, Mobilität, Ausscheidung, Autonomie/Sinnfindung, Kommunikation/Beziehung, Orientierung) und für den Sozialen Dienst (Gestaltung des Alltags) erarbeitet. Beide Erhebungsbereiche wurden im Pflege- und Betreuungsplan zusammengeführt und sind heute fester Bestandteil des Pflegeprozesses. Damit war zunächst die Entwicklung von „PRO-DOKU“, dem Pflegedokumentationssystem der Johanniter, abgeschlossen.

Derzeit findet unter Begleitung durch PÄDEA eine grundlegende Überarbeitung und Aktualisierung des Pflegekonzepts hin zu einem ganzheitlichen Hauskonzept statt (voraussichtliche Bezeichnung: „Wohnen-Pflegen-Betreuen“).

5.2 Zum Menschenbild

Nach dem Verständnis des Johanniterordens ist es wichtig, dass jeder Bewohner als Ganzes wahrgenommen wird und als Selbst auftreten kann (Paterson & Zderad, 1999). Die Bewohner sollen in ihrem Denken und Empfinden wahrgenommen und es soll auf ihre Bedürfnisse eingegangen werden (Henderson und Orem, zitiert nach Brunen & Herold, 1995). Dazu müssen die Pflegenden die Perspektive der Bewohner einnehmen und mit allen Formen der Kommunikation vertraut sein. Die intensive Interaktion soll dazu führen, dass MIT den Bewohnern und nicht FÜR sie agiert werden kann (Paterson & Zderad, 1999).

Unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit und vom Krankheitsbild hat jeder Bewohner Anspruch auf einen würdevollen Umgang. Das bezieht sich auf alle Lebensbereiche bis zur Wahrung seiner Intimsphäre und der größtmöglichen Berücksichtigung seiner individuellen Wünsche (Orem). Daher richten sich die betrieblichen Strukturen weitestgehend nach den Bedürfnissen der Bewohner. Das bezieht sich z.B. auf Schlafenszeiten, das Einnehmen der Mahlzeiten oder auf die pflegerische Versorgung (Henderson). Dabei wird die Erhaltung bzw. Förderung der Selbstständigkeit (Orem) in den Vordergrund der aktivierenden, ganzheitlichen Pflege gestellt, bei der die Ressourcen der Bewohner (Carnevali, 1983) zur selbstbestimmten Lebensgestaltung genutzt werden sollen. Nur in den Bereichen, in denen ein Bewohner Unterstützung benötigt, erfährt er diese zuverlässig und fachkundig (Carnevali). Zur ganzheitlichen Pflege gehört es auch, soziale Kontakte zu unterstützen und zu pflegen, wozu die Einbeziehung der Angehörigen in den Pflegeprozess dienen kann. Ihre Unterstützung der gemeinschaftlichen Angebote innerhalb des Wohnbereichs und des Hauses sowie ihre Einbindung in die sozialen Strukturen der Gemeinde werden begrüßt (Henderson).

5.3 Allgemeine Grundsätze für die Pflege im Johanniter-Stift

Ausgehend von dem beschriebenen Menschenbild wurden die nachfolgenden Grundsätze für die Pflege im Johanniter-Stift formuliert. Dabei werden jeweils Bezüge zu den im Abschnitt 5.2 genannten pflegetheoretischen Ansätzen hergestellt:

- Die Pflege und Betreuung wird gemäß dem Problemlösungsprozess (WHO-Modell) professionell geplant und durchgeführt.
- Dies geschieht, indem die Pflege sowohl aus Bewohnersicht als auch aus Sicht der professionell Pflegenden konsequent erfasst wird. Um die Sicht des Bewohners zu erfahren, werden beim Einzug seine Gewohnheiten, Bedürfnisse und Probleme des Alltagslebens (zum Teil in Zitaten) dokumentiert. Aus der Zusammenführung dieser beiden Perspektiven entsteht der Pflegeplan, der die Handlungsgrundlage für die Pflege darstellt (Henderson, Paterson & Zderad, Carnevali).
- Die Wünsche der Bewohner werden täglich von den am Pflegeprozess Beteiligten erfragt (Orem).
- Die Pflegeerfordernisse werden in „vollständige Übernahme“, „teilweise Übernahme“, „Begleitung“, „Anleitung“ und „Unterstützung“ eingeteilt (Orem).
- Mit ärztlichen Verordnungen und Pflegehilfsmitteln wird professionell umgegangen (Orem).
- Körperliche Schädigungen werden durch den Einsatz von prophylaktischen Methoden abgewendet (Orem).
- Die vorhandenen Ressourcen des Bewohners werden soweit wie möglich erhalten (Orem).
- Durch Forderung und Förderung der Alltagsbewältigung wird einer Hospitalisierung entgegengewirkt (Henderson).
- Die kulturellen und religiösen Entfaltungsmöglichkeiten werden voll ausgeschöpft (Henderson).
- Die Kommunikation und Beziehung zwischen Bewohner und Pflegeperson werden durch die Bezugspflege gefördert (Paterson & Zderad).
- Die Kommunikation und die Beziehungen der Bewohner untereinander werden durch entsprechende Aktivitäten gefördert. Dabei kann es hilfreich sein, wenn Angehörige und ehrenamtliche Mitarbeiter einbezogen werden (Paterson & Zderad).
- Freizeitaktivitäten, die auf aktuelle Wünsche der Bewohner ausgerichtet sind, werden angeboten (Henderson, Carnevali).
- Die Entscheidungen des Bewohners werden akzeptiert (Paterson & Zderad).

Nach diesen allgemeinen Grundsätzen ist die gesamte Arbeit im Johanniter-Stift ausgerichtet. Die vielfältigen Aufgaben der Einrichtung werden von geschulten Mitarbeitern wahrgenommen, die in ihrem Kompetenzbereich für eine die Bewohner zufriedenstellende Arbeit verantwortlich sind. Die einzelnen Bereiche und die konkrete Ausformulierung ihrer Aufgaben ist unter den Kapiteln 6 bis 10 zu finden.

6. Pflege-Angebot

Im Kapitel 5 wurden das Pflegekonzept der Einrichtung und seine Leitbilder dargestellt. Das folgende Kapitel erläutert deren praktische Umsetzung im Pflegealltag.

6.1 Grundpflege

Zur Grundpflege gehören die Körperpflege, die Bekleidung, die Nahrungsaufnahme, der Umgang mit den Ausscheidungen, das Schlafen und Ruhen, die Mobilität sowie die Prophylaxen (Pflege-Risikomanagement). Gegenstand der Pflegeleistungen ist auch der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung (Juchli, Muggler & Dudli, 2000; Bruhn, 1995).

6.1.1 Bezugspflegesystem

Jeder Heimbewohner hat eine Bezugspflegekraft, die sich für ihn und seine Versorgung verantwortlich fühlt und regelmäßig kontrolliert, ob die angemessene Pflege geleistet wird. Sie ist die Vertrauensperson, an die sich ein Heimbewohner bei Pflegemängeln oder diesbezüglichen Fragen als erstes wenden kann. Dadurch reduziert sich die Zahl der Ansprechpartner und die Kontinuität nimmt zu. Zudem steigt das Engagement in der Betreuung wegen der klaren Verantwortlichkeit der Bezugspflegekraft (Sowinski et al., 1995). Da je eine Pflegefachkraft mit Vollzeit-Stelle für mehrere Bewohner zuständig ist, ergeben sich Bezugspflegegruppen von 7–10 Senioren. Diesen Gruppen werden Bezugspflegeassistenten zugeordnet, wobei im Rahmendienstplan darauf geachtet wird, dass die Pflegekräfte der Bezugspflegegruppen möglichst pro Tag in gleicher Anzahl eingeteilt werden, und dass jeweils im Frühdienst und Spätdienst eine Bezugspflegekraft pro Gruppe anwesend ist. Bei ihren Aufgaben werden diese Pflegekräfte vom Wohnbereichsleiter angeleitet und unterstützt.

Die Bezugspflegegruppen sollen möglichst konstant sein und werden im Dokumentationssystem farblich gekennzeichnet. Es gibt festgelegte Vertretungsregeln.

Die Bezugspflegefachkraft ist verantwortlich für:

- den Besuch der zukünftigen Bewohner zu Hause und den Empfang beim Einzug
- die Erhebung der Aufnahmesituation und der Stammdaten
- die Erhebung nach PRO-DOKU (Abschnitte 5.1 und 6.3)
- die Pflegeplanungsgespräche in Zusammenarbeit mit den Assistenten und dem Sozialen Dienst
- die Erstellung des Pflege- und Betreuungsplans sowie die Kontrolle seiner Einhaltung und Evaluation
- die Vorbereitung der Einstufung in eine Pflegestufe durch den MDK und die Hilfe bei deren Durchführung
- die Durchführung und Dokumentation des gesamten Pflegeprozesses

- die Vorbereitung und Durchführung der Besuche bei dem Bewohner mit der Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung (einmal im Monat Einzelbetreuung im Zimmer des Bewohners)
- die Krankenbeobachtung
- die Kontrolle der Durchführungsnachweise für die Pflege
- die Sicherstellung, dass die Behandlungspflege von Fachpersonal durchgeführt wird
- die Sicherstellung des verantwortlichen Umgangs mit Medikamenten
- die Sicherstellung der Zusammenarbeit mit den Ärzten und medizinischen Therapeuten (Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten etc.)
- die Sicherstellung der Informationsweitergabe
- die Anleitung, Beratung und Kontrolle der Pflegeassistenten
- die Qualitätssicherung
- die Organisation von Ausflügen
- das Durchführen von Krankenhausbesuchen
- die Gespräche mit Angehörigen
- die Organisation der Sterbebegleitung
- die Teilnahme an Beerdigungen

6.1.2 Körperpflege

Die Körperpflege umfasst die Bereiche Waschen, Baden oder Duschen, Zahnpflege oder Zahnersatzpflege, An- und Auskleiden, Haarpflege und Rasur, Pflege der Ausscheidungsorgane und des Intimbereichs sowie Nagelpflege (letztere muss bei Diabetes-Patienten von medizinischen Fußpflegern durchgeführt werden und wird von diesen gesondert berechnet).

Die Heimbewohner führen die Körperpflege selbst durch, soweit sie dazu in der Lage sind. Bei allen Handlungen, die sie selbst nicht mehr ausführen können, werden sie von den Pflegekräften unterstützt oder angeleitet. Die körperliche Pflege orientiert sich an den Gewohnheiten des Pflegebedürftigen, die Übernahme der einzelnen Körperpflegehandlungen ist also individuell an den alten Menschen anzupassen. Es wird viel Wert darauf gelegt, die vorhandenen Fähigkeiten zu fordern und zu fördern und die Senioren nicht unselbstständiger zu machen, als sie es sind. Jeder aktive Ansatz der Selbstversorgung muss gewürdigt werden. Gerade die Körperpflege ist wegen der Intimsphäre wichtig für das Selbstbewusstsein der pflegebedürftigen Heimbewohner. Im Untergeschoss des Gebäudes bietet ein Friseur seinen Service an. In Zusammenarbeit mit verschiedenen Sanitätshäusern wird eine umfassende Beratung im Bereich der Hilfsmittelversorgung angeboten.

6.1.3 Bekleidung

Die Heimbewohner bringen ihre persönlichen Kleidungsstücke beim Einzug mit. Deren Pflege ist Bestandteil des hauswirtschaftlichen Angebots (Abschnitt 8.2). Alle Kleidungsstücke werden mit einem Namensschild versehen. Es sollte eine ausreichend große Zahl von zweckmäßigen Kleidungsstücken vorhanden sein, damit die Wäsche oft gewechselt werden kann. Bettwäsche und Handtücher werden von der Einrichtung gestellt und gepflegt.

6.1.4 Ernährung

Essen und Trinken haben für das Wohlbefinden alter Menschen einen hohen Stellenwert. Die Senioren können wählen, ob sie in der Gemeinschaft, also im Restaurant des Hauses bzw. im Speiseraum des eigenen Wohnbereichs essen möchten, oder lieber alleine im eigenen Zimmer.

Jedem Bewohner sollte es ermöglicht werden, die Mahlzeiten im eigenen Wohnbereich einzunehmen. Wer dabei individuelle Hilfestellungen benötigt, erhält sie. Die Essenszeiten sind flexibel, und es kann ein Menü ausgewählt werden. Zum Frühstück und Abendessen werden die Tische so gedeckt, wie in der häuslichen Umgebung üblich. Ein Frühstücksbuffet bietet den Senioren eine Auswahl an verschiedenen Nahrungsmitteln. Dabei erhalten sie Hilfestellungen zur mündgerechten Zubereitung. Bei Schluckstörungen wird tägliches Training angeboten, um Einschränkungen zu verzögern. Verschiedene Diätformen werden nach ärztlicher Anweisung zubereitet. Alle Pflegemitarbeiter sind angehalten, stets auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr für alle Bewohner zu achten, da sich bei vielen Senioren das Durstgefühl verringert und das Trinken deshalb manchmal vernachlässigt wird. Daher werden kostenlos Getränke zur Verfügung gestellt (Abschnitt 8.2).

Außer der Sicherung der Ernährung dienen die Mahlzeiten auch der Strukturierung des Tagesablaufs und als Möglichkeit zur Kommunikation. Eine ausgewählte Sitzordnung dient der Kontaktförderung innerhalb der Gruppe.

Grundsätzliche Zielsetzung ist es, die Bewohner zur eigenständigen Nahrungsaufnahme anzuleiten. Es kommt jedoch immer häufiger vor, dass Senioren parenteral ernährt werden müssen; für diesen Bereich stehen Fachkräfte beratend zur Verfügung.

6.1.5 Versorgung bei Inkontinenz

Durch verschiedene Erkrankungen oder eine eingeschränkte Mobilität können Probleme mit der Kontrolle von Ausscheidungen entstehen. Im Johanniter-Stift werden den Bewohnern unter Berücksichtigung der Intimsphäre zu diesem Problembereich eine Beratung und bei Bedarf ein zweiteiliges Vorlagensystem angeboten. Zudem können individuell abgestimmte Blasen- und Darm-Trainingsprogramme durchgeführt werden, um die Selbstständigkeit zu erhalten.

6.1.6 Schlaf und Ruhezeiten

Im Johanniter-Stift werden die individuellen Schlafenszeiten respektiert. Es wird kein Bewohner geweckt, falls er morgens lange schläft. Mit den pflegebedürftigen Senioren wird abgesprochen, wann sie für das Schlafengehen vorbereitet werden wollen. Prinzipiell können sich die Bewohner zu jeder Zeit, auch nachts, im Gemeinschaftsraum ihres Wohnbereichs aufhalten. Falls eine Mittagsruhe auf dem Bett oder in einem Ruhesessel gewünscht wird, werden alle Pflegemitarbeiter darauf Rücksicht nehmen. Das Bettenmachen können diejenigen Bewohner selbst übernehmen, die dazu in der Lage sind. Ansonsten wird diese Aufgabe vom Zimmerservice erledigt. Gewechselt wird die stark verschmutzte Bettwäsche von den Pflegemitarbeitern.

6.1.7 Mobilität

Sind Bewohner in ihrer Mobilität eingeschränkt, so erhalten sie individuell angepasste Hilfestellungen für das Zubettgehen und Aufstehen, für das Lagern im Bett oder im Stuhl, beim Gehen, Stehen oder Treppensteigen, beim An- und Auskleiden und in allen anderen Situationen des täglichen Lebens, die eine Unterstützung notwendig machen. Dazu gehören auch die Unterstützung beim Anlegen von Prothesen und Hilfsmitteln sowie der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen. Durch fachkundige Pflege wird der Entstehung von Kontrakturen und Dekubiti vorgebeugt.

6.2 Medizinische Behandlungspflege

Die Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung obliegt den Pflegefachkräften. Sie verabreichen die verordneten Medikamente und führen alle vom Arzt angeordneten Behandlungen wie beispielsweise Einreibungen oder Injektionen durch. Ebenso obliegt ihnen die Krankenbeobachtung und die Initiierung von ärztlichen Konsultationen, falls dies geboten scheint. Die Pflegefachkräfte dokumentieren die Behandlungspflege im Dokumentationssystem. Der Haus- oder Facharzt soll seine Anweisungen in der Dokumentationsmappe abzeichnen. Begleitend stattfindende Therapien wie Ergotherapie oder Krankengymnastik werden in ihrem Verlauf dokumentiert. Die involvierten Pflegefachkräfte informieren die Pflegeassistenten über Veränderungen im Pflegeablauf.

6.3 Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation erfolgt auf den Formularen des Pflegedokumentationssystems (PRO-DOKU, vgl. Abschnitt 5.1, und Fa. DAN). Sie stellt den gesamten Prozesskreislauf der Grund- und Behandlungspflege dar (Anamnese, Planung, Durchführung, Evaluation) und gibt auch die Beobachtungen zu Befindlichkeiten und Veränderungen wieder. Sie ist die Grundlage, um zielgerichtet auf physische und psychische Veränderungen reagieren zu können (Donabedian, 1982).

Zusätzlich dient sie der rechtlichen Absicherung der Mitarbeiter und der Einrichtung. Die Dokumentation bietet die Möglichkeit, den tatsächlichen Pflegeaufwand für die einzelnen Bewohner in Begutachtungssituationen darzustellen, um so adäquate

Begutachtungsergebnisse zu erzielen, die dem tatsächlichen Aufwand und den wirtschaftlichen Erfordernissen der Einrichtung entsprechen.

6.4 Zusammenarbeit mit Ärzten und Therapeuten

Im Johanniter-Stift wird es begrüßt, wenn neu eingezogene Heimbewohner weiterhin von ihrem vertrauten Hausarzt betreut werden und dieser auch zu Hausbesuchen in die Einrichtung kommt. Das Pflegepersonal steht für ärztliche Besuche jederzeit bereit, assistiert und gibt Auskünfte, soweit dies erforderlich ist. Auf Wunsch des Bewohners oder im Rahmen der Krankenbeobachtung nimmt das Personal Kontakt zum Hausarzt auf und verwaltet und bestellt verordnete Medikamente. Die Pflegeeinrichtung fördert den Zugang zu Angeboten und zum Service außerhalb des Heims, um vielfältige Kontakte „nach draußen“ zu fördern.

Physiotherapeut, Zahnarzt, Fußpfleger oder ähnliche Dienstleistende können außerhalb der Einrichtung aufgesucht werden, solange dies den Bewohnern möglich ist. Das Pflegepersonal organisiert in Absprache mit den Angehörigen Praxisbesuche und Transportmöglichkeiten. Es besteht aber auch die Möglichkeit, Hausbesuche mit den genannten Professionen zu organisieren. Befindet sich ein Heimbewohner längere Zeit im Krankenhaus, findet persönlich oder telefonisch ein Austausch über den Verlauf der Erkrankung beziehungsweise Genesung statt.

6.5 Sterbebegleitung

Das Ziel des Johanniter-Stifts ist es, allen Menschen, die sich ihm anvertrauen, bis zu ihrem Tod zur Seite zu stehen und ihnen ein würdevolles Lebensende zu ermöglichen. Die Arbeit ist vom christlichen Menschenbild geprägt und schließt auch das Sterben als zum Leben gehörig ein. Kranken und sterbenden Bewohnern beizustehen bedeutet, sich als Pfleger selbst mit Fragen über Leben, Krankheit, Sterben, Hoffnung und zum eigenen Tod auseinanderzusetzen (Rest, 2006).

Die Johanniter möchten die Bewohner auf ihrem letzten Lebensweg begleiten und nicht allein lassen. Dafür werden eine fachkompetente palliative Pflege und eine einfühlsame Begleitung für Sterbende und ihre Angehörigen angeboten. Dabei stehen die Bedürfnisse des sterbenden Menschen an erster Stelle.

Nach Möglichkeit verbleibt der Sterbende in der vertrauten Umgebung seines Zimmers. In Rücksprache mit dem behandelnden Krankenhaus bemüht sich die Einrichtung auch im Einzelfall um eine Rückverlegung des Bewohners in seine gewohnte Umgebung.

Die Sterbenden können von Vertretern ihrer Kirchengemeinde besucht werden, und religiöse Handlungen jeder Art werden respektiert. Die Johanniter bemühen sich um eine seelsorgerische Begleitung, sofern dies im Bereich ihrer Möglichkeiten liegt. Der Kontakt zu örtlichen Hospizinitiativen wird ausdrücklich gesucht und unterstützt.

Sterbebegleitung endet nicht mit dem Tod des Bewohners. Falls gewünscht, wird es Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern ermöglicht, persönlich Abschied zu nehmen.

Darüber hinaus besteht auf jedem Wohnbereich eine Trauerecke, d.h. ein ansprechend gestalteter Ort, an dem ein Foto des verstorbenen Bewohners aufgestellt wird, ein Kondolenzbuch ausliegt und besonderes Licht eingeschaltet wird. Mit diesen Trauerritualen wird der gemeinsamen Trauer Raum gegeben (Tausch-Flammer & Bickel, 1997).

Ein Mitarbeiter des jeweiligen Pflegebereichs nimmt nach Möglichkeit an der Beisetzung teil.

7. Demenz-Pflege- und Betreuungsangebot

7.1 Separate Wohngemeinschaft für dementiell Erkrankte

Durch verschiedene Verhaltensauffälligkeiten der dementiell Erkrankten, wie z.B. Eintreten in fremde Zimmer, ein veränderter Tag/Nachtrhythmus, motorische Unruhe und Schwierigkeiten bei der Kommunikation ergeben sich vielfach Reibungspunkte und Konflikte mit anderen Bewohnern. Dies führt im Alltag wiederholt zu Unverständnis, Ärger und Ablehnung. Daher wird eine Wohngemeinschaft für dementiell Erkrankte eingerichtet.

Tagesabläufe, Angebote und die Gestaltung des Wohnbereiches mit 20 Bewohnern (Abschnitt 2.3) orientieren sich an den Bedürfnissen, Wünschen und Erwartungshaltungen der dementiell veränderten Menschen. Diese sind oft nicht mehr in der Lage, ihre Gefühle verbal zu äußern (Richard, 1994). Negative Erlebnisse und Gefühle des Ausgegrenztseins bzw. Nichtangenommenwerdens äußern sich bei ihnen meist auf andere Art und Weise (z.B. Aggression, Wut, Depression), die wiederum für ihre Umwelt schwer zu verstehen ist (Lind, 2003).

Um dieser Bewohnergruppe gerecht zu werden, soll die in Brauweiler eingerichtete Wohngemeinschaft für dementiell erkrankte Menschen eine eigene Welt darstellen, in der diese sich wohlfühlen können und anerkannt werden. Derartige separate Wohneinheiten, sog. Special Care Units (SCUs), werden in der internationalen Literatur seit mehr als 10 Jahren kontrovers diskutiert (Karner et al., 1998; Lawton et al., 1998; Chappell & Reid, 2000; Werezak & Morgan, 2003).

Die Betreuung und Pflege in den SCUs orientiert sich am Hausgemeinschaftsgedanken des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (2001), d.h. eine alltagsnahe und an der Normalität des bisherigen Lebens ausgerichtete Tagesstrukturierung steht im Vordergrund. Das kleinräumige Milieu in einer überschaubaren Gruppe soll Sicherheit, Geborgenheit und Vertrautheit vermitteln. Tagesabläufe und Strukturen richten sich idealerweise nach den Bedürfnissen und Erfordernissen der hier lebenden Menschen. Gleichzeitig wird mit der Einrichtung einer eigenen Wohngemeinschaft für dementiell erkrankte Bewohner das Ziel verfolgt, mögliche Konflikte in den anderen Wohnbereichen zu reduzieren und damit den geistig orientierten Bewohnern ein entsprechendes Wohnumfeld zu ermöglichen.

7.2. Zielgruppe

Das Konzept ist ausgerichtet auf ältere Menschen mit einer leichten, mittelschweren oder schweren gerontopsychiatrischen Erkrankung, die aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten einen besonderen Betreuungsbedarf aufweisen (Füsgen & Hallauer, 2004).

Alle im höheren Lebensalter einsetzenden psychischen Erkrankungen werden als gerontopsychiatrische Erkrankungen bezeichnet. Häufig treten Demenzerkrankungen, Depressionen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen auf (Kornhuber, Bleich & Wittfang, 2005).

Demenz steht dabei als Oberbegriff für mehrere Krankheitsbilder verschiedener Ursachen und unterschiedlicher Verlaufsformen. Mit Demenz wird eine über Monate bis Jahre chronisch progredient verlaufende, degenerative Veränderung des Gehirns bezeichnet, die mit dem Verlust früher erworbener kognitiver Fähigkeiten einhergeht. Es wird grundsätzlich unterschieden zwischen primären und sekundären Demenzformen. Primäre Demenzen sind degenerative Formen, wie z.B. die Demenz vom Alzheimer-Typ oder vaskuläre Demenzen (Wallesch & Förstl, 2005). Sekundäre Demenzen können z. B. aufgrund von Depressionen entstehen.

Zur Vereinfachung werden nachfolgend durchgängig die Begriffe „dementiell erkrankte Menschen“ oder „Demenz“ verwendet. Prinzipiell eignet sich die Unterbringung in der Demenz-Wohngemeinschaft auch für manche Menschen, die nicht an Demenz, sondern an einer anderen gerontopsychiatrischen Erkrankung leiden. Wenn der Ausdruck „Wohngemeinschaft für Demenzkranke“ verwendet wird, kann dies also auch Senioren mit anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen betreffen.

7.3. Aufnahmekriterien

Grundsätzliches Aufnahmekriterium ist die diagnostische Abklärung der dementiellen Erkrankung durch den behandelnden Fach- bzw. Hausarzt.

Folgende Verhaltensmerkmale gehören zu den Aufnahmekriterien, die allerdings nicht alle gleichzeitig vorliegen müssen:

- Verlust von Gedächtnisfähigkeiten, Gedächtnisstörungen (Amnesien)
- zeitliche, örtliche, situative und persönliche Desorientierung
- nachlassende Urteils- und Kritikfähigkeit
- Probleme bei der Begriffsbildung, Benennungsstörung (Anomie)
- zunehmende Unfähigkeit, logisch zu denken
- Handlungsstörungen (Apraxien)
- Sprachstörungen (Aphasien), Reduzierung von sprachlicher Kompetenz
- Verlust von sozialen Kompetenzen
- gesteigerter Bewegungsdrang mit Weglauftendenz
- nicht kontrollierbare emotionale Äußerungen (z.B. Wutausbrüche, plötzliches Weinen oder Lachen).

Im Rahmen des Heimeinzugsverfahrens entscheiden der Soziale Dienst und das Team der Wohngemeinschaft – in Zusammenarbeit mit der Leitung der Einrichtung und der Pflegedienstleitung – ob ein neuer Bewohner für die Aufnahme in die Wohngemeinschaft geeignet ist.

7.4 Prinzipien für die Pflege und Betreuung dementiell Erkrankter

Die Betreuung und Pflege dementiell erkrankter Menschen unterscheidet sich wesentlich von der Pflege somatisch pflegebedürftiger Menschen. Daher bedarf es eines besonderen Betreuungs- und Pflegeansatzes (Lind, 2000; Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000; Wood et al., 2005).

Folgende Prinzipien sind handlungsleitend und tragen zu einer positiven Gestaltung der Beziehung zwischen dem dementiell erkrankten Bewohner und allen an der Pflege und Betreuung Beteiligten bei (vgl. McGilton, 2002):

- Der dementiell erkrankte Mensch wird als Person in seiner Individualität, seiner persönlichen Lebensgeschichte und seinem sozialen und kulturellen Hintergrund wahrgenommen und respektiert. Es besteht das Bewusstsein, dass die Persönlichkeit des demenzkranken Menschen bis zuletzt erhalten bleibt, auch wenn sie im Alltag nur reduziert sichtbar wird.
- Die Gestaltung der Beziehung zum dementiell erkrankten Menschen orientiert sich an einer wertschätzenden, annehmenden und akzeptierenden Grundhaltung. Der Bewohner steht mit seinen Bedürfnissen und Gefühlen im Mittelpunkt. Seine Würde bleibt immer erhalten.
- Die gelebte Realität und die Erlebnisweisen des dementiell Erkrankten werden erfasst, akzeptiert und begleitet, anstatt die bestehende eigene (normierte) Realität als allgemein gültig zu betrachten.
- Die Aufmerksamkeit richtet sich auf die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen des Bewohners.
- Die Fähigkeiten des Bewohners sollen erhalten, gefördert und wenn möglich verbessert werden, ohne dass eine Unter- oder Überforderung stattfindet.
- Die Selbstständigkeit des Bewohners wird so lange wie möglich erhalten und gefördert. Der dementiell erkrankte Bewohner muss sich nicht an die Tages- bzw. Wochenstruktur, Abläufe, Normen und Werte der Einrichtung anpassen, sondern nach Möglichkeit sollen sich die Mitarbeiter an die jeweilige Lebenswelt des Bewohners anpassen. Dies bedeutet, dass z.B. die Grundpflege flexibel zu dem Zeitpunkt erbracht wird, an dem der Bewohner dazu bereit ist.
- Die Betreuung und Pflege der Bewohner in der Wohngemeinschaft erfolgt nach dem Konzept der Bezugspflege (Abschnitt 6.1.1). Bei neu einziehenden Bewohnern wird bereits vor dem Heimeinzug die zukünftige Bezugspflegefachkraft festgelegt. Diese Festlegung ist jedoch nicht endgültig. Falls sich im Laufe der Zeit herausstellt, dass der Bewohner und die ihm zugeordnete Bezugspflegefachkraft keine tragfähige Beziehung entwickeln können, wird derjenige Mitarbeiter des Wohnbereichs zur neuen Bezugspflegefachkraft ernannt, zu dem inzwischen eine erkennbar bessere Bindung entstanden ist. Dabei steht immer das Wohl des Bewohners im Vordergrund, und es ist auf größtmögliche Kontinuität zu achten.
- Eine Ergänzung und Bereicherung stellt die hauswirtschaftlich ausgebildete Alltagsbegleiterin des Teams dar.
- Anhand einer intensiven Biografiearbeit werden möglichst viele Informationen über die Lebensgeschichte, Wertvorstellungen, Interessen, Vorlieben und Abneigungen gesammelt, um sich individuell auf den jeweiligen Bewohner einstellen zu können.

- Der dementiell erkrankte alte Mensch erfährt eine körperliche Pflege, die dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand entspricht, und die der verwirrte Bewohner annehmen und akzeptieren kann.

7.4.1 Biografiearbeit

In der Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Menschen ist eine umfassende Biografiearbeit unverzichtbar. Biografiearbeit umfasst zum einen das Sammeln von Daten und Informationen aus der Lebensgeschichte des Bewohners. Zum anderen geht es darum, die persönlichen Eigenarten und die erhaltenen Kenntnisse lebensgeschichtlicher Aspekte, die für die aktuelle Lebenssituation des Bewohners bedeutsam sind, in die Planung und Gestaltung von Pflege und Betreuung mit einzubeziehen (Dunkel, 1994; Müller, 1999).

Voraussetzung für eine gelungene Biografiearbeit ist eine „biografische Grundhaltung“, d.h. eine Haltung der Offenheit gegenüber dem Leben und der Geschichte des dementiell erkrankten Menschen. Durch diese Aufmerksamkeit gegenüber den Erinnerungen und Lebenserfahrungen des desorientierten Bewohners wird ihm die Wertschätzung seiner Person vermittelt. Zugleich sind biografische Erkenntnisse beim Verstehen des Verhaltens und Erlebens des dementiell erkrankten Menschen hilfreich, denn vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte ist das aktuelle Handeln des Bewohners oftmals sinnvoll und erklärbar.

Darüber hinaus bieten biografische Kenntnisse einen unmittelbaren Zugang zum dementiell erkrankten Bewohner. In der täglichen Kommunikation sind sie Ansatzpunkte für eine emotionale, sinnesbetonte Kommunikation (Feil, 1993). Letztlich verstehen die Johanniter also Biografiearbeit als einen Prozess, der nie endgültig abgeschlossen ist, sondern kontinuierlich fortgesetzt wird und in die Pflegeplanung einfließt.

Bereits vor dem Einzug werden möglichst viele biografische Daten über den alten Menschen gesammelt. Das Wissen um bestimmte Vorlieben, Rituale, Verhaltensweisen und Abneigungen ist wichtig, um Bedürfnissignale des dementiell Erkrankten zu verstehen.

7.4.2 Tagesstrukturierung

Im Rahmen des Konzepts zur Betreuung und Pflege dementiell erkrankter Menschen nimmt die Gestaltung des Alltags eine zentrale Rolle ein, da der erkrankte Mensch nicht mehr in der Lage ist, der (Tages-)Zeit eine Struktur zu geben (Berg, 2003).

Die Tages- und Wochenstruktur in der separaten Wohngemeinschaft ist speziell auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten dementiell erkrankter Bewohner abgestimmt. Besonders entscheidend dabei ist, dass diese Struktur stetig und konstant ist, denn dementiell erkrankte Bewohner können sich nicht auf ständig wechselnde und flexibel gestaltete Tages- und Wochenprogramme einstellen (siehe Rahmenempfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit, 2006).

Im Mittelpunkt der Tagesstrukturierung steht das Bemühen, den dementiell erkrankten Bewohner zu Tätigkeiten anzuregen, die biografisch verankert sind (z. B. Vor- und Nachbereitung einer Mahlzeit, Zubereiten einzelner Mahlzeitenkomponenten, Backen, hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Staubwischen, Wäsche falten, Zeitung lesen, etc.). Das Ausüben vertrauter Tätigkeiten aus vergangenen Zeiten führt zu Erfolgserlebnissen, stärkt das Selbstvertrauen und stellt keine Überforderung dar. Daher werden dem Bewohner solche normalen, vertrauten Beschäftigungsformen angeboten.

Folgende Prinzipien werden dabei beachtet:

- Ausübung von Aktivitäten, die sich an den Fähigkeiten, Interessen und Ressourcen des alten Menschen orientieren, die ihm sinnvoll erscheinen, ihm Freude machen und mit denen er sich identifizieren kann (Biografie).
- Keine Unter- und keine Überforderung.
- Durchführung von Aktivitäten möglichst immer zu festgelegten und wiederkehrenden Zeiten, um dem Bewohner Orientierung zu vermitteln.
- Keine Schaffung von künstlichen Gruppen und Beschäftigungsangeboten, sondern möglichst alltagsnahe Gestaltung der Aktivitäten. Es geht weniger darum, dass sich der Bewohner aktiv an der Hauswirtschaft beteiligt, als darum, dass er Anregungen und Reize durch Aktivitäten erhält und somit die Eintönigkeit des Alltags unterbrochen wird.
- Unruhe und Bewegungsdrang müssen zugelassen werden.
- Ruhezeiten werden nach den individuellen Bedürfnissen eingeräumt.
- Individuelle Rituale sollen soweit wie möglich beibehalten werden.

7.5. Milieu/Räumlichkeiten

Die Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Menschen setzt besondere räumliche Strukturen voraus. Die Gestaltung der Umwelt hat großen Einfluss auf das Verhalten und das Wohlbefinden dementiell erkrankter Menschen. Ziel ist es, die Räumlichkeiten der Wohngemeinschaft so zu gestalten, dass sie auf die individuellen Bedürfnisse und die jeweiligen Lebensläufe abgestimmt sind (Heeg, 1991).

Grundsätzlich soll bei der Gestaltung des Wohnbereichs darauf geachtet werden, den Bewegungsdrang der Bewohner nicht einzuschränken und eine für sie anregende Umgebung zu schaffen. Alle Räumlichkeiten vermitteln den Eindruck von Gemütlichkeit und laden dazu ein, sich gerne in ihnen aufzuhalten.

Lebendiger Mittelpunkt der Wohngemeinschaft ist ein großer Aufenthaltsraum (insgesamt circa 57 qm, zuzüglich des Küchenbereichs), der eine Unterteilung in zwei Bewohnergruppen à 10 Personen ermöglicht. Jeder Bewohner hat die Rückzugsmöglichkeit in einen eigenen, überschaubaren Bereich.

Betreuungsangebote können somit in kleinen Gruppengrößen erfolgen. Durch die eingebaute Therapieküche lassen sich einzelne Mahlzeiten bzw. Essenskomponenten mit den Bewohnern gemeinsam zubereiten. Die Anordnung der Küche ermöglicht den Bewohnern eine aktive Beteiligung an der Vor- und Nachbereitung der Speisen. Sie werden dabei von der hauswirtschaftlichen Präsenzkraft begleitet bzw. angeleitet (Biedermann, 2004).

Das Zusammenspiel von einzelnen Faktoren wie Licht, Farbe und gezielte Stimulation schaffen im Lebensraum ein Klima des Wohlbefindens. Da Tageslicht angenehmer und heller als Kunstlicht empfunden wird, sollte gerade für dementiell erkrankte Menschen ein Maximum an Tageslicht ermöglicht werden.

Die Farbgestaltung wird mit dem Lichtkonzept abgestimmt. Die Wandfarben sind in pastellfarbenen Tönen gehalten. Dabei wird die veränderte Farbwahrnehmung älterer Menschen berücksichtigt, die langwelliges Licht, d.h. den Rot-Orange-Bereich, besser wahrnehmen als kurzwelliges Licht (den Blau-Violett-Bereich).

Zur besseren Orientierung für die Bewohner werden an den Zimmertüren große, gut lesbare Namensschilder angebracht. Zusätzlich werden die Türen mit persönlichen optischen Erkennungsmerkmalen (Bilder o. ä.) ausgestattet, zu denen der jeweilige Bewohner einen lebensgeschichtlichen Bezug hat. Sie unterstützen das selbstständige Auffinden des eigenen Zimmers (Müller, 1999; Powell, 2002; Rath, 1997).

Die allgemeinen Räume des Wohnbereichs werden entsprechend der Jahreszeit dekoriert, um den jahreszeitlichen Bezug der Bewohner zu ermöglichen. Entlang des Flures werden Sitzmöglichkeiten (Nischen) sowie Kram- und Erinnerungsecken eingerichtet. Hier werden biografische Materialien wie Bilder, Schmuckkästchen, Nähzeug, Haushaltsgegenstände, Bücher, etc. angeboten. Aber auch Snoezelen-Elemente (Hulsegge & Verheul, 2005) werden hier integriert.

Die Wohngemeinschaft für dementiell erkrankte Menschen ist kein geschlossener Wohnbereich, alle Türen zum Treppenhaus und die Aufzüge sind uneingeschränkt zugänglich. Es wird jedoch durch die Farbgebung der Wände und die Gestaltung der Ausgänge Einfluss darauf genommen, dass eine Tür nicht augenscheinlich als eine solche zu erkennen ist. Diese gestalterischen Mittel können Bewohnern mit erhöhter Wanderungstendenz den Weg nach draußen erschweren (Dickinson, McLain-Kark & Marshall-Baker, 1995). Verhindern kann man ein unbeobachtetes Verlassen des Wohnbereichs jedoch nicht (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2001).

7.6. Besonderheiten bei der Sterbebegleitung dementiell Erkrankter

Das Ziel des Johanniter-Stifts ist es, auch dementiell erkrankte Menschen bis zu ihrem Tod zu begleiten und ihnen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen.

Abschiednehmen beginnt für Angehörige dementiell erkrankter Bewohner schon lange vor dem eigentlichen Sterbeprozess: Bereits dann, wenn der alte Mensch beginnt, sein Wesen zu verändern, seine Orientierung zu verlieren und gemeinsame Erinnerungen und Erlebnisse nicht mehr präsent zu haben. Der biologische Tod steht somit am Ende eines langen Weges des Abschiednehmens (Kostrzewa & Kutzner, 2004).

Für die besondere Situation demenzkranker Menschen bedeutet Sterbebegleitung, auf der Basis der biografischen Informationen zu überlegen, was dem sterbenden Menschen wichtig und hilfreich sein könnte. Der Bewohner soll eine einfühlsame, individuelle Begleitung im Sterbeprozess erfahren, bei der die Bedürfnisse des Sterbenden durch Beobachtung und anhand des vorhandenen Wissens über Persönlichkeit, Werthaltung und biografische Prägung ermittelt und berücksichtigt werden.

Für den dementiell erkrankten Menschen ist die Nähe vertrauter Bezugspersonen während des Sterbeprozesses besonders wichtig. Daher werden Angehörige, die den Bewohner im Sterbeprozess begleiten möchten, durch die Mitarbeiter dazu ermutigt und unterstützt.

Um den dementiell erkrankten Menschen ein Sterben in Vertrauen, Geborgenheit und ohne Angst zu ermöglichen, ist es besonders wichtig, die gewohnte Umgebung der Sterbenden zu erhalten. Meist ist ihnen der Sinnzusammenhang von früher noch sehr vertraut, deshalb werden gläubige, demente Bewohner auch in religiöse Rituale und Zeremonien eingebunden (siehe dazu auch Abschnitt 6.5).

7.7 Kompetenzen der Mitarbeiter

Für die Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Bewohner wurden spezielle gerontopsychiatrische Standards entwickelt, die die Qualität der Pflege sicherstellen. Sie werden kontinuierlich entsprechend den pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen aktualisiert und an die Erfordernisse des Wohnbereichs angepasst.

Die Mitarbeiter, die in der Wohngemeinschaft tätig sind, haben sich bewusst entschieden, mit dementiell erkrankten Bewohnern zu arbeiten. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für ein Gelingen der Arbeit, da das Pflege- und Betreuungskonzept für dementiell erkrankte Menschen ganz wesentlich mit der inneren Einstellung der Mitarbeiter gegenüber den Bewohnern verbunden ist.

Diese sollte grundsätzlich durch eine annehmende, akzeptierende und wertschätzende Haltung geprägt sein. Besondere persönliche Eignungen für die Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Bewohner ergeben sich aus der Bereitschaft und Fähigkeit, Geborgenheit zu vermitteln, aus der Authentizität (Echtheit) in der Begegnung mit den Bewohnern sowie aus Kreativität und Flexibilität. Auf die Kommunikation, den Aufbau von Beziehungen zu den Bewohnern und auf die Gestaltung des Alltags in der Wohngruppe wird großer Wert gelegt (Caris-Verhallen et al., 1997; Potkins et al., 2003).

Weitere Anforderungen an die Mitarbeiter sind:

- Fortlaufende Erweiterung der fachlichen Kenntnisse über das Krankheitsbild Demenz und über die spezielle Pflege und Betreuung der dementiell erkrankten Bewohner (gerontopsychiatrische Basisqualifikation).
- Ein hohes Maß an Belastbarkeit und Flexibilität.

- Als besondere persönliche Kompetenzen sind notwendig: Einfühlungsvermögen, Geduld, persönliche Reife, die Bereitschaft zur Teamarbeit und Verantwortungsbewusstsein.
- Bereitschaft zur persönlichen Selbstreflexion, d.h. der Mitarbeiter muss bereit sein, sich mit seiner eigenen Grundhaltung gegenüber den Bewohnern auseinanderzusetzen; hierbei ist auch die Rückmeldung an das Team wichtig.
- Ständiges Überprüfen der pflegerischen und betreuenden Handlungen auf Professionalität durch:
 - Wahrnehmung, Akzeptanz und Transparenz eigener Gefühle,
 - kollegiale Fallbesprechungen,
 - Teilnahme an Supervision.

Der Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern in der Wohngemeinschaft ist dann möglich, wenn eine persönliche Eignung und Motivation für diese besondere Aufgabe gegeben sind. Es erfolgt eine sorgfältige Auswahl und Vorbereitung sowie eine enge Begleitung durch die hauptamtlichen Mitarbeiter und durch den Sozialen Dienst. Wichtig ist die Kontinuität der Beziehungen und eine enge Absprache mit dem Mitarbeiterteam.

Die Dienstplangestaltung orientiert sich einerseits an den Bedürfnissen der dementiell erkrankten Bewohner und andererseits an der Effizienz des Personaleinsatzes. Veränderungen in der Bewohnerstruktur haben unmittelbare Auswirkungen auf die Dienstplangestaltung. Bestehende Strukturen (z.B. klassisches Schichtsystem) werden daher regelmäßig dahingehend überprüft und angepasst. Um das Konzept der Bezugspflege umsetzen zu können, wird bei der Dienstplangestaltung auf größtmögliche Kontinuität geachtet.

7.8 Kooperationen

Die Zusammenarbeit mit anderen, externen Berufsgruppen und Einrichtungen ist unerlässlich für die Erreichung der formulierten Ziele der Arbeit im Johanniter-Stift.

Es ist notwendig, dass alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten für den Umgang mit dementiell erkrankten Bewohnern sensibilisiert sind, insbesondere auch Reinigungskräfte, Küchenmitarbeiter, Friseure und Fußpfleger.

Im Rahmen der Sicherstellung einer qualifizierten ärztlichen Versorgung ist eine enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Hausärzten und Fachärzten unbedingt notwendig. Für eine fachlich fundierte Diagnostik und Therapie wird der Kontakt mit Neurologen angestrebt, die u. a. eine individuell abgestimmte medikamentöse Behandlung nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen anbieten. Ziel dieser engen Zusammenarbeit ist es u. a. auch, eine Krankenhauseinweisung möglichst zu vermeiden, da ein solcher Umgebungswechsel gerade für dementiell erkrankte Bewohner eine große Belastung darstellt.

Bei allen denkbaren Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit wird im Johanniter-Stift darauf geachtet, die Privatsphäre der Bewohner zu respektieren. Daher finden Führungen in der Wohngemeinschaft nur in eingeschränktem Maße statt.

8. Hauswirtschaftliches Angebot

Die Mitarbeiter des Hauswirtschaftsbereichs orientieren sich am Leitbild und an den Qualitätszielen der Einrichtung und verstehen die hauswirtschaftliche Versorgung als Grundlage einer ganzheitlichen Pflege und Betreuung. Mit ihrer Arbeit möchten sie zur Zufriedenheit und zum Wohlbefinden der Bewohner beitragen. Dies soll durch die größtmögliche Berücksichtigung individueller Wünsche sichergestellt werden.

8.1 Ziele

Die Hauswirtschaft stellt in Kooperation mit ihren verschiedenen Arbeitsbereichen (Verpflegung, Reinigung, Wäscheversorgung) und mit dem Pflegepersonal sowie dem Sozialen Dienst die bestmögliche hauswirtschaftliche Versorgung der Bewohner sicher. Sie sorgt für eine gepflegte, ansprechende Atmosphäre in allen Wohn- und Arbeitsräumen und ist diesbezüglich Ansprechpartner für alle Bewohner und deren Angehörige. Dabei erfolgt sowohl ein verantwortungsbewusster Umgang mit den vorhandenen ökologischen und ökonomischen Ressourcen als auch eine Orientierung an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Die zentrale hauswirtschaftliche Zielsetzung, die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Bewohner durch größtmögliche Berücksichtigung individueller Wünsche zu optimieren, setzt eine intensive Einbeziehung der Bewohner voraus.

Dies kann durch folgende Punkte realisiert werden:

- Die Bewohner werden über die aktuelle Form des Hauswirtschaftskonzepts informiert und erhalten auf Wunsch Einblick in dieses.
- Die Hauswirtschaftsleitung stattet dem neuen Bewohner ca. 4 Wochen nach seinem Einzug einen Besuch ab. Sie erfragt in einem persönlichen Gespräch die Zufriedenheit mit den hauswirtschaftlichen Leistungen sowie individuelle Wünsche und Vorlieben.
- Im Rahmen der Speisenausgabe wird durch die Mitarbeiter der Küche bzw. des Services im Restaurant die Kontaktpflege zum Bewohner fortgesetzt.
- Im Küchenausschuss werden regelmäßig Wünsche und Anregungen der Bewohner hinsichtlich der Speisepläne und -versorgung vom Betriebsleiter der Küche entgegengenommen und, soweit möglich, auch umgesetzt.
- Anregungen und Kritik (Protokoll) vom Heimbeirat werden vom Sozialen Dienst unverzüglich an die Hauswirtschaftsleitung weitergeleitet.

Durch das Schaffen einer klaren und transparenten Arbeits- und Organisationsgrundlage trägt die gut funktionierende Hauswirtschaft wesentlich zur Zufriedenheit der Bewohner und der Mitarbeiter bei und leistet so einen erheblichen Beitrag zur Steigerung der Qualität innerhalb der Einrichtung.

8.2 Verteilung der Aufgabenbereiche

Die Hausreinigung erfolgt durch die Mitarbeiter der Tochterfirma Cebona. Sie übernehmen die Reinigung und Pflege sämtlicher Räume und Verkehrsflächen.

Die Speisenversorgung, die Bereitstellung der Getränke und der Service im Restaurant werden ebenfalls von der Tochtergesellschaft Cebona übernommen.

Es werden 4 Mahlzeiten angeboten, wobei das Frühstück als Buffet organisiert ist. Mittags kann zwischen verschiedenen Menüs gewählt werden, auch Diätkost ist verfügbar.

Getränke (Wasser, Tee) stehen kostenlos zur Verfügung.

Die Essenausgabe auf den Wohnbereichen erfolgt durch hauswirtschaftliche Servicekräfte und Mitarbeiter der Pflege. Auf Wunsch ist Zimmerservice möglich.

Einzelne Mahlzeitenkomponenten werden in der Wohngemeinschaft und ggf. auch in den Pflegewohnbereichen selber zubereitet.

Wäsche und Bekleidung, die maschinenwaschbar und trocknergeeignet sind, werden auf Wunsch in der hauseigenen Wäscherei hygienisch einwandfrei versorgt. Hierzu zählt auch die Versorgung der Flachwäsche. Kleine Ausbesserungsarbeiten werden dort vorgenommen. Chemisch zu reinigende Kleidungsstücke werden extern gereinigt.

Die Hauswirtschaftsleitung sorgt für die allgemeine Sauberkeit und Ordnung im Haus. In Abstimmung mit den Mitarbeitern des Sozialen Dienstes und der Pflege arbeitet sie an einer ansprechenden und wohnlichen Hausgestaltung mit jahreszeitlich entsprechender Dekoration mit. Ergänzende hauswirtschaftliche Leistungen können zusätzlich auf individuellen Wunsch hin angeboten werden.

8.3 Einhaltung der Hygienevorschriften

Es findet in allen Bereichen eine räumliche Trennung von „reiner“ und „unreiner“ Seite statt. Außerdem werden Hygiene-, Reinigungs- und Hautschutzpläne erstellt. Die auszuführenden Arbeiten werden dokumentiert. Die Hauswirtschaftsleitung führt regelmäßig Kontrollen der Leistungserbringung durch.

9. Beratungsangebote

9.1 Beratung vor dem Einzug

Wenn kritische Lebensereignisse wie der Verlust des Partners oder sich verschlimmernde Erkrankungen oder Unfälle zum Einzug in ein Seniorenpflegeheim führen, ist der alte Mensch oft zu diesem Zeitpunkt nicht darauf vorbereitet und fühlt sich deshalb von den plötzlichen Veränderungen überrascht und überrollt.

Kommt eine eingeschränkte Einsichtsfähigkeit hinzu, so stellt der Umzug erst recht eine schwerwiegende Krisensituation dar, bedeutet doch der Wechsel in ein Heim den Verlust der vertrauten Umgebung, häufig auch einiger Bezugspersonen, der Eigenständigkeit und teilweise auch der Individualität. Dies kann zu Problemen mit dem Selbstwertgefühl und einem gestörten Identitätsgefühl sowie zu weiteren Krankheiten, Aggressionen oder Depressionen, oder einem Sich-Aufgeben mit gesteigerter Pflegebedürftigkeit führen.

Die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes bieten Interessenten und deren Angehörigen Beratung zum Einzug in das Heim an und informieren über alle Angebote der Einrichtung. Oft trägt ein Krankenhausaufenthalt ohne soziale und psychologische Betreuung vor dem Einzug ins Heim zur Verschlimmerung der Krisensituation bei. Deshalb versuchen Mitarbeiter des Sozialen Dienstes zusammen mit Mitarbeitern der Pflege Kontakt mit dem behandelnden Krankenhaus aufzunehmen, die künftigen Heimbewohner schon dort zu besuchen und Informationen von den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften zu erfragen.

Folgende konkrete Schritte sollen den Einzug in das Heim erleichtern:

- Mitarbeiter des Sozialen Dienstes und der Pflege (im Optimalfall die zukünftige Bezugspflegekraft) besuchen die neuen Heimbewohner zuhause im bisherigen Lebensumfeld oder im Krankenhaus und lernen so seine Gewohnheiten und Vorlieben kennen.
- Sie erstellen eine Anamnese und eine Biographie. Sie erläutern die Angebote des Heims und knüpfen Kontakte zu den Angehörigen, nach Möglichkeit wird auch der bisher betreuende ambulante Dienst mit einbezogen.
- Sie weisen auf Möbel und persönliche Gegenstände und Erinnerungsstücke hin, die mit in das neue Zuhause gebracht werden könnten.
- Sie animieren die Angehörigen zu aktiver Beteiligung am Heimalltag sowie bei Aktivitäten und Festen in der Einrichtung.
- Sie erläutern die Bedingungen und Kosten des Lebens im Heim.

9.2 Beratung der Bewohner

Der Soziale Dienst steht den Heimbewohnern und ihren Angehörigen auch nach dem Einzug zur Verfügung, um anstehende Fragen oder Konflikte in Einzelgesprächen zu klären. Integrationshilfen oder individuelle Hilfsangebote werden vom Sozialen Dienst geplant. Sollten die Nahestehenden Anzeichen einer Verschlechterung des körperlichen oder geistigen Zustandes oder des Verhaltens ihres Verwandten bemerken, so können sie die Pflegemitarbeiter oder den Sozialen Dienst informieren, damit diagnostische Bemühungen rechtzeitig eingeleitet werden.

Wenn besondere Rehabilitationsmaßnahmen oder therapeutische Maßnahmen sinnvoll erscheinen, kann der Soziale Dienst von den Bewohnern und deren Angehörigen um Beratung und Vermittlung gebeten werden oder er wird selbst aktiv.

10. Betreuungsangebote

Ein offener und verständnisvoller Umgang mit den Bewohnern des Hauses sowie mit deren Angehörigen stellt die Basis eines vertrauensvollen Miteinanders dar und ist ein zentrales Anliegen der Leitung der Einrichtung. Dies soll sich auch in einem guten zwischenmenschlichen Klima innerhalb des Hauses niederschlagen. Die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes sind Ansprechpartner für alle sozialen Belange innerhalb der Einrichtung. Die Probleme der Bewohner liegen ihnen am Herzen. Anstehende Fragen oder Konflikte versuchen sie in Einzelgesprächen zu klären. Selbstverständlich können sie auch von den Angehörigen in Anspruch genommen werden. Sie stehen den Bewohnern und auch dem Personal kompetent zur Seite, wenn Beschwerden nötig sein sollten, und machen auf die Möglichkeit der Mitbestimmung im Heimbeirat aufmerksam. Bei Krisen, die durch Verwitwung, Trauer oder akute Konflikte hervorgerufen werden, können die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes vermittelnd eingreifen oder gezielt Hilfe und Kontakte anbieten.

10.1 Betreuung bei der Eingewöhnung

In der ersten Zeit der Eingewöhnung in der Einrichtung betreuen die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes die neuen Mitbewohner besonders engmaschig. Die Hilfe für die einzelnen Bewohner setzt bei der Ermittlung der individuellen Bedürfnisse an, unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebensgeschichte. Wie bei allen anderen Belangen sollen auch hier die persönlichen Lebensgewohnheiten der Senioren berücksichtigt werden und ihre Bedürfnisse nach einer würdevollen Lebensgestaltung im Vordergrund stehen. Es wird angestrebt, die Selbstständigkeit des alten Menschen weitgehend zu fördern und zu erhalten oder wieder zu erlangen, beziehungsweise Prozesse sich entwickelnder Unselbstständigkeit möglichst zu verlangsamen.

Die involvierten Mitarbeiter entwickeln ein individuelles Konzept für jeden neuen Heimbewohner, das ihn an die Angebote des Hauses heranzuführt, seine vorhandenen Kompetenzen stärkt, die Orientierung im neuen Lebensbereich fördert und zu aktiver Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation anregt. Zur Erleichterung der Eingewöhnungsphase gehört die Unterstützung beim Kennenlernen der Umgebung und der anderen Bewohner.

10.2 Interne Betreuungsangebote

Der Soziale Dienst initiiert und entwickelt ein Programm mit Gruppenangeboten für die Heimbewohner. Dazu muss die Ausgangslage der jeweiligen Bewohner sorgfältig geprüft werden (zum Beispiel eigene Betreuungsangebote für Stiftsbewohner). Das Programm orientiert sich an den Interessen und Bedürfnissen der Senioren und kann Aktivitäten im handwerklichen, im künstlerischen, im hauswirtschaftlichen oder im gärtnerischen Bereich umfassen. Auch Senioren aus dem Stifts-Wohnbereich können an diesen Angeboten teilnehmen. Die Treffen finden regelmäßig statt und werden rechtzeitig angekündigt. Zusätzlich zu den Beschäftigungsangeboten für die Bewohner sollen auch aktivierende Maßnahmen durch die Pflegemitarbeiter stattfinden, beispielsweise die „10-Minuten-Aktivierung“. Im Vordergrund steht eine Anregung der Sinne, um dem Gefühl der Leere und Langeweile oder auch einer dauerhaften Unterforderung des Bewohners entgegenzuwirken.

Die Mitarbeiter des Hauses wollen nicht nur die Defizite, sondern auch die Fähigkeiten und Ressourcen der Senioren erkennen und diese fördern (Maciejewski et al., 2001).

Bestehen bei einzelnen Bewohnern Rückzugs- oder Vereinsamungstendenzen oder Immobilität, so werden im Zuge des Pflege- und Betreuungsprozesses (Abschnitte 5.1 und 5.3) in enger Absprache mit der Bezugspflegefachkraft individuelle Betreuungsangebote geplant und durchgeführt. Diese umfassen im Bedarfsfall auch Angebote an Wochenenden und Feiertagen.

Kulturelle und soziale Angebote wie Musik- und Tanzveranstaltungen, sonstige Bewegungsangebote, Filmabende, Gottesdienste, Feste im Haus oder innerhalb eines Wohnbereichs oder Gesprächsrunden können die Fähigkeiten einzelner Bewohner fördern. Die Senioren können selbst Gruppen wie einen Singkreis oder eine Schachgruppe anleiten, der Soziale Dienst wird engagierte Senioren dabei unterstützen. Die Gruppenangebote dienen nicht nur der Beschäftigung, sondern sollen am Erfahrungsschatz der Teilnehmer anknüpfen und Rückgriffe auf vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten ermöglichen. So ergeben sich auch Anknüpfungspunkte für die Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte des alten Menschen. Die Gruppenangebote sollen den Bewohnern Gestaltungsmöglichkeiten im Heimalltag bieten und zur Vorbereitung von Festen oder der jahreszeitlichen Dekoration dienen. Die Anforderungen orientieren sich dabei immer an der individuellen Leistungsfähigkeit. Durch die Gruppenangebote soll auch der Alltagsstrukturierung Rechnung getragen werden, damit der Tagesablauf und der Wochenablauf überschaubar, wiedererkennbar und transparent sind. Die Ergebnisse der künstlerischen und handwerklichen Gruppen tragen auch dazu bei, eine wohnliche Atmosphäre zu schaffen und dem menschlichen Bedürfnis nach Geborgenheit nachzukommen (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000).

10.3 Externe Betreuungsangebote

Für Besucher offene Veranstaltungen sollen die soziale Integration des Heims und seiner Bewohner in das Gemeinwesen ermöglichen, erhalten oder verbessern. So sind gemeinsame Angebote für Außenstehende und Bewohner in der Gesundheitsförderung denkbar, z.B. Erste-Hilfe-Kurse, Gymnastik und Sport. Chöre und Musikgruppen u.ä. sollen das Angebot bereichern.

Der Kontakt zu den Angehörigen und Nachbarn wird weiter durch Feste im Heim vertieft. Dadurch werden Hemmschwellen abgebaut, die Menschen vor dem Betreten einer Pflegeeinrichtung spüren.

Kontakte zu den örtlichen Vereinen, Kirchen, Parteien und sozialen Institutionen sollen ermöglicht werden. Zum Angebot des Hauses sollen auch Ausflüge in die nähere oder weitere Umgebung der Einrichtung gehören. Denkbar sind z.B. Marktbesuche, Besichtigungen oder Veranstaltungen der örtlichen Kirchengemeinden und Kommunen. Durch die nicht-institutionellen Beziehungen kann dem Gefühl der Isolation und des Abgeschobenseins der Hochbetagten entgegengewirkt werden.

10.4 Angehörigenbetreuung

Ein wesentliches Ziel der Angehörigenarbeit des Sozialen Dienstes ist es, die familiären und freundschaftlichen Bindungen auch nach dem Einzug in das Heim zu erhalten und zu fördern. Gerade für dementiell erkrankte Bewohner haben die Familienangehörigen und Freunde einen zentralen Stellenwert: Sie vermitteln das Gefühl der Vertrautheit und den Bezug zur eigenen Lebensgeschichte. Deshalb ist es wichtig, Angehörige bzw. sonstige Bezugspersonen intensiv und langfristig als kompetente Partner in den Betreuungsprozess einzubeziehen und sie nach Möglichkeit auch in das Leben im Wohnbereich zu integrieren. Dabei werden Angehörige als Experten für die Lebenssituation ihrer erkrankten Familienmitglieder verstanden und sind besonders bei der Biographiearbeit unerlässlich (Entzian et al., 2000). Um Angehörige und Bekannte zu ermuntern, den Kontakt kontinuierlich aufrecht zu erhalten und sich in den Haus- bzw. Wohnbereichsalldag einzubringen, sind folgende Möglichkeiten denkbar:

- Gemeinsame Teilnahme mit dem Bewohner an den Angeboten der Alltagsgestaltung (z.B. Backen, Kochen, Singen, Tanzen). Ehrenamtliche und Angehörige können auch eigene Angebote einbringen (z.B. Besuch mit Haustieren).
- Mitwirkung bei der Pflege und Betreuung des Bewohners und Einbeziehung des Angehörigen oder Bekannten in die Pflegeplanung, Teilnahme an Pflegevisiten und Fallbesprechungen.
- Anregungen zu und Hilfestellungen bei Beschäftigungen, die dem jeweiligen Bewohner möglich sind.
- Gemeinsames Gestalten von Geburtstags- und Familienfeiern innerhalb des Hauses.
- Gemeinsame Aktivitäten von Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern (z.B. Ausflüge, Feste, Kaffeetafel).

Um die Arbeit mit Angehörigen zu intensivieren, bietet der Soziale Dienst regelmäßig Angehörigenabende an, in denen Erfahrungen ausgetauscht werden können und Information über Krankheitsbilder oder neue Entwicklungen gegeben werden. Auch Unterstützung sollen die Angehörigen hier erfahren, wenn z.B. Beziehungsstörungen, Schuldgefühle oder Verluste aufgearbeitet werden müssen. Es werden Schulungen angeboten, die auf die aktuellen Probleme eingehen und sie bewältigen helfen.

10.5 Ehrenamtlichenbetreuung

Der Soziale Dienst hilft mit, ehrenamtliche Mitarbeiter für die Arbeit im Heim zu gewinnen. Der Aufbau eines Netzwerks von ehrenamtlichen Helfern soll dazu dienen, die Lebensqualität der Bewohner der Einrichtung zu steigern, indem mehr persönliche Zuwendung für die Bewohner möglich wird und der Alltag durch Impulse von außen bunter wird. Wichtigstes Kriterium ist hierbei, dass die Angehörigen und Ehrenamtlichen nicht als Lückenbüßer für fehlendes Personal dienen müssen.

Der Soziale Dienst pflegt und unterstützt die Kommunikation der Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer untereinander durch regelmäßige Treffen zum Erfahrungsaustausch. Auch fördert der Soziale Dienst die Kommunikation zwischen Angehörigen, Ehrenamtlichen und dem Pflegepersonal, um Problemen vorzubeugen oder sie zu bewältigen. Durch gemeinsame Aktivitäten der Ehrenamtlichen (z.B. Feiern, Frühstück) sollen die Anerkennung und der Dank der Einrichtung ausgedrückt werden. Regelmäßige Möglichkeiten zur Fortbildung sollen wie bei den Angehörigen die Zusammenarbeit intensivieren und zu sinnvollen Qualifizierungsmaßnahmen wie beispielsweise Kursen in Hospizarbeit oder in Kommunikationstechniken anregen (Franke, 2000; Klie, 2003).

11. Öffentlichkeitsarbeit und Kontakt zum Stadtviertel

Alle Mitarbeiter des Hauses sind angehalten, die Einrichtung in der Öffentlichkeit in einem positiven Licht darzustellen und attraktiv zu repräsentieren. Eine hohe Akzeptanz im Stadtviertel wird ausdrücklich angestrebt und auch durch das persönliche Verhalten aller Mitarbeiter beeinflusst. Vor allem die Leitungsebene und der Soziale Dienst werden Aktionen und Veranstaltungen planen, um die Einrichtung für interessierte Nachbarn zu öffnen und mit dem Angebotsspektrum zu werben. Im Idealfall ist die Hemmschwelle für den Besuch bei Bekannten im Heim nicht größer als die bei einem Besuch in einer normalen Wohnung.

Zur Unterstützung des Gemeinwesens beteiligt sich die Einrichtung an Stadtteilfeiern oder öffentlichen Aktionen wie Trödelmärkten oder Tagen der offenen Tür und bittet Schulen und Vereine um Besuche und musikalische oder andere künstlerische Darbietungen. So kann die generationsübergreifende Stadtteilarbeit gefördert und das Pflegeheim zu einem aktiven gesellschaftlichen Faktor werden.

12. Bewohnerbeirat

Der Bewohnerbeirat ist ein gesetzlich gefordertes und verankertes Gremium jeder Altenpflegeeinrichtung. Er soll als Vermittler zwischen dem Träger der Einrichtung und den Bewohnern fungieren. Er vertritt die Heimbewohner und bietet ihnen die Möglichkeit zur Mitbestimmung in einigen Bereichen der Einrichtung. Er wird durch Wahl gebildet. Es können auch Angehörige von Bewohnern in den Heimbeirat gewählt werden. Dieser trifft sich regelmäßig, um in Fragen des Heimalltags mitzubestimmen. Seine Beschlüsse sind bindend.

Der Soziale Dienst betreut die Arbeit des Bewohnerbeirates und arbeitet mit ihm zusammen. Er versucht auch, neue Kandidaten für dieses Gremium zu gewinnen, plant die Wahlen und sorgt für deren reibungslose Durchführung. Auf Einladung nehmen Mitglieder des Sozialen Dienstes an den Sitzungen des Bewohnerbeirats teil und vermitteln zwischen ihm und der Leitung der Einrichtung.

13. Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement des Johanniter-Stifts Brauweiler orientiert sich an dem Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege Version 2 (Abschnitt 2.1), das vom Diakonischen Institut für Qualitätsentwicklung (DQE) in Berlin entwickelt worden ist. Auf diese Weise erfüllt es nicht nur die Anforderungen des § 112 SGB XI an ein Qualitätsmanagement, sondern darüber hinaus auch die Normen der DIN ISO 9001:2000. Zusätzlich werden die pflegfachlichen und pflegeorganisatorischen Vorgaben des § 80 SGB XI weit überschritten, indem das im Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege formulierte diakonische Selbstverständnis und Profil umgesetzt wird.

Dies geschieht beispielhaft in folgenden Schritten:

- Planen: Vorhandensein einer schriftlich formulierten Qualitätspolitik, Formulieren von Qualitätszielen.
- Lenken: Vorhalten eines Qualitätsmanagement-Handbuchs mit Darstellung aller Führungs-, Haupt- und Unterstützungsprozesse inklusive aktueller Pflegestandards; Vorhalten eines Dokumentationssystems.
- Sichern: Benennen eines Qualitätsbeauftragten, Durchführung von qualitätsbezogenen Arbeitsgruppen, Dokumentation aller relevanten Sitzungen, Handlungen und Kontrollen, Organisieren interner und externer Fortbildungen.
- Kontrollieren: Durchführen von Pflegevisiten, Systemaudits durch die Johanniter-Senioren gGmbH, systematisch geplante Vorbeugemaßnahmen (z.B. Wartungen), „Kummerkasten“.
- Verbessern: Erstellen und Umsetzen von Maßnahmeplänen aufgrund von Prüfungen, Kontrollen, externen Begehungen etc., Verbessern von Handlungsabläufen aufgrund von Beschwerdeauswertungen.

Zur Qualitätssicherung siehe auch Baartmanns und Geng (2000), Görres und Martin (2004), Gröning (1997), Hasenfuss (1996) sowie Sowinski et al. (1995).

13.1 Beschwerdemanagement

Das Grundelement des Beschwerdemanagements ist die Beschwerdekultur. Die Leitungskräfte und die Mitarbeiter sehen in Beschwerden und Kritiken von Bewohnern, Angehörigen, aber auch Ärzten oder Kooperationspartnern die unmittelbare Chance, Mängel zu beheben, Abläufe zu verbessern und letztendlich die Bewohner- und Kundenzufriedenheit zu erhöhen. Deswegen wird im Kontakt mit den genannten Gruppen immer wieder zu Beschwerden und Verbesserungsvorschlägen aufgefordert, und im Hause hängen „Kummerkästen“ aus.

Die schriftliche Dokumentation geäußerter Beschwerden dient in erster Linie dazu, dem Kunden deutlich zu machen, dass seine Kritik ernst genommen wird. Sie soll aber auch sicherstellen, dass Beschwerden bearbeitet werden, weil auf dieser Grundlage eine systematische Auswertung geäußerter Beschwerden durch den Beauftragten für das Qualitätsmanagement stattfindet, die mittelfristig zur Entdeckung systemischer Mängel führt und deren Beseitigung dient.

13.2 Bewohnerzufriedenheit

Die Auswertung der „Kummerkästen“ und die jährlich durchgeführte schriftliche, anonyme Befragung der Bewohner und deren Angehörigen fördern die Weiterentwicklung der Qualität und sichern die Zufriedenheit der Bewohner im Johanniter-Stift.

13.3 Kooperationen

Kooperationspartner werden vertraglich in das Qualitätsmanagement des Johanniter-Stifts eingebunden.

Vor allem das Tochterunternehmen Cebona, das zentrale Dienstleistungsbereiche abdeckt (Kapitel 8), wird über vorhandene Konzepte in grundlegende Prinzipien unserer Einrichtung eingebunden. Darüber hinaus werden deren Leistungen in einem Leistungskatalog vereinbart. Das hauswirtschaftliche Leistungsangebot wird detailliert in der Leistungsbeschreibung des Johanniter-Stifts, im Hausprospekt und im Heimvertrag beschrieben. Die Schnittstellen zu den weiteren Arbeitsbereichen der Einrichtung sind im Schnittstellenkatalog festgehalten.

Die Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement der Einrichtung umfasst konkret:

- Die Auswertung der Beschwerden und der jährlich durchgeführten Zufriedenheitsbefragung wird auch an die Cebona weitergeleitet und dient dort der Verbesserung der Qualität.
- Einzelbeschwerden bezüglich hauswirtschaftlicher Leistungen werden dokumentiert und von der Cebona zeitnah bearbeitet.
- Anregungen und Kritiken des Heimbeirats (Protokolle) werden vom Sozialen Dienst an die Hauswirtschaftsleitung weitergeleitet und dort zeitnah bearbeitet.
- Führungskräfte der Cebona nehmen regelmäßig an hausinternen Besprechungen teil, wenn Bereiche der Hauswirtschaft betroffen sind.

Für die hauswirtschaftlichen Aufgabenbereiche bestehen Verfahrensanweisungen und schriftliche Regelungen, die von der Firma Cebona erstellt und mit den jeweiligen Schnittstellen des Johanniter-Stifts abgestimmt sind.

14. Bedingungen und Kosten

Die Bedingungen und Kosten sind im **Vertrag über Wohnen, Pflege und Betreuungsleistungen** aufgeführt.

15. Literaturverzeichnis

Baartmans, P. C. M., & Geng, V. (2000). *Qualität nach Mass. Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen*. Bern: Hans Huber.

Berg, R. (2003). *Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften mit demenziell erkrankten Menschen. Eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe*. Berlin: Verein für Selbstbestimmtes Wohnen im Alter.

Biedermann, M. (2004). *Essen als basale Stimulation*. Hannover: Vincentz Network.

Bruhn, M. (1995). Qualitätssicherung im Dienstleistungsmarketing – eine Einführung in die theoretischen und praktischen Probleme. In M. Bruhn, & B. Stauss (Hrsg.), *Dienstleistungsqualität: Konzepte - Methoden - Erfahrungen* (S. 21-46). Wiesbaden: Gabler.

Brunen, M. H., & Herold, E. E. (1995). *Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde* (Band 1). Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005) Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik. Berlin: BMFSFJ.

Bundesministerium für Gesundheit (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). *Verbesserung der Wohnatmosphäre im Heim unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Caris-Verhallen, W. M. G. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1997). The role of communication in nursing care for elderly people: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 915-933.

Carnevali, D. L. (1983). *Nursing care planning: Diagnosis and treatment* (Vol. 3). Philadelphia: Lippincott.

Chappell, N. L., & Reid, R. C. (2000). Dimensions of care for dementia sufferers in long-term care institutions: Are they related to outcomes? *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55, S234-244.

Dickinson, J. I., McLain-Kark, J., & Marshall-Baker, A. (1995). The effects of visual barriers on exiting behavior in a dementia care unit. *Gerontologist*, 35, 127-130.

Donabedian, A. (1982). An exploration of structure, process and outcome as approaches to quality assessment. In H.-K. Selbmann, & K. K. Überla (Eds.), *Quality Assessment of Medical Care* (S. 69-92). Gerlingen: Bleicher Verlag.

Dunkel, W. (1994). *Pflegearbeit – Alltagsarbeit. Eine Untersuchung der Lebensführung von AltenpflegerInnen*. Freiburg i.Br.: Lambertus.

Entzian, H., Giercke, K.I., Klie, T. & Schmidt, R. (2000). *Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit*. Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Feil, N. (1993). *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Franke, L. (2000). Psychosoziale Beratung für Angehörige Demenzkranker. Erste Konturen der unterschiedlichen Nutzerprofile von EhepartnerInnen und Kindern. In Entzian, H., Giercke, K.I., Klie, T. & Schmidt, R. (Hrsg.), *Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit* (S. 228-243). Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Füsgen, I., & Hallauer, J. (2004). *Demenz – Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente – Wohin geht der Weg?* (Band 8). Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft.

Görres, S., & Martin, S. (2004). Pflege älterer Menschen: Ergebnisse der Versorgungsforschung und ihre pflege-praktische Relevanz. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98, 751-757.

Gröning, K. (1997). Pflege in Zeiten der Fortschritts- und Konsumphilosophie. *Mabuse*, 108, 29-36.

Hasenfuss, S. (1996). *Wie erreicht man Pflegequalität?* Köln: Universität zu Köln.

Heeg, S. (1991). Möglichkeiten zur psychosozialen Entlastung des Pflegepersonals – zur Rolle des architektonischen Milieus. In K. Landau (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. Bericht über ein Symposium* (S. 104-130). München: Parcus.

Hulsegge, J., & Verheul, A. (2005). *Snoezelen. Eine andere Welt*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Juchli, J., Müggler, E., & Dudli, M. L. (2000). *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*. Stuttgart: Thieme.

Karner, T. X., Montgomery, R. J. V., Dobbs, D., & Wittmaier, C. (1998). Increasing staff satisfaction. The impact of SCUs and family involvement. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, 39-44.

Klie, T. (2003). Die Chance für einen Neuanfang nutzen. *Pflegezeitschrift*, 1, 43-46.

Kornhuber, J., Bleich, S., & Wittfang, J. (2005). *Demenzerkrankungen und Morbus Alzheimer*. Bremen: UNI-MED Verlag.

Kostrzewa, S., & Kutzner, M. (2004). *Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung*. Göttingen: Huber.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2000). *Das Viandener Konzept zur Betreuung demenziell erkrankter Menschen*. Köln: KDA.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2001). *Qualitätshandbuch Leben mit Demenz*. Köln: KDA.

Lawton, M. P., van Haitsma, K., Klapper, J., Kleban, M. H., Katz, I. R., & Corn, J. (1998). A stimulation-retreat special care unit (SCU) for elders with dementing illness. *International Psychogeriatrics*, *10*, 379-395.

Lind, S. (2000). *Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden*. Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung.

Lind, S. (2003). *Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen, Strategien und Konzepte*. Bern: Hans Huber.

Maciejewski, B., Sowinski, C., Besselmann, K., & Rückert, W. (2001). *Qualitätshandbuch Leben mit Demenz*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

McGilton, K. S. (2002). Enhancing relationships between care providers and residents in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, *28*, 13-21.

Müller, D. (1999). *Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen. Tatsachen, Hinweise, Erfahrungen Materialien, Argumente*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1999). *Humanistische Pflege*. Bern: Huber.

Potkins, D., Myint, P., Bannister, C., Tadros, G., Chithramohan, R., Swann, A., O'Brien, J., Fossey, J., George, E., Ballard, C., & Margallo-Lana, M. (2003). Language impairment in dementia: Impact on symptoms and care needs in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*, 1002-1006.

Powell, J. (2002). *Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Türen öffnen zum Menschen mit Demenz*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Rademacher, J. (2000). Transparenz schafft Erfolg. Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit als entscheidende Schlüsselgröße. *Altenheim*, *10*, 24-29.

Rath, B. (1997). Wohnformen und Milieugestaltung für demenzkranke Menschen. In H. Blonski (Hrsg.) *Wohnformen im Alter* (S. 246-263). Weinheim: Beltz.

Rest, F. (2006). *Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Handbuch für Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger, Hospizhelfer, stationäre und ambulante Begleiter*. Stuttgart: Kohlhammer.

Richard, N. (1994). Mit Validation finden wir die Lichtungen im Nebel der Verwirrtheit. *Pflegezeitschrift*, *47*, 232-235.

Sowinski, C., Falk, J., Grond, E., Kerres, A., Pächlin-Wagner, U., Stieper, K., & Weller, A. (1995). *Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und Praxis. Ein Baustein zur Qualitätssicherung in der Altenpflege*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Tausch-Flammer, D., & Bickel, L. (1997). *Spiritualität der Sterbebegleitung*. Freiburg: Herder Spektrum.

Wallesch, C. W., & Förstl, H. (2005). *Demenzen*. Stuttgart. Thieme Verlag.

Warren, S., Janzen, W., Andiel-Hett, C., Liu, L., McKim, H. R., & Schalm, C. (2001). Innovative dementia care: Functional status over time of persons with Alzheimer disease in a residential care centre compared to special care units. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 12, 340-347.

Werezak, L. J., & Morgan, D. G. (2003). Creating a therapeutic psychosocial environment in dementia care. A preliminary framework. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 18-25.

Winter, M. H. J. (2006). *Demographischer Wandel und pflegerische Versorgung im Alter: Zentrale Ressourcen und Herausforderungen*. Quelle: Deutsches Ärzteblatt online, 10.03.2006, URL: <http://www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0602>.

Wood, W., Harris, S., Snider, M., & Patchel, S. A. (2005). Activity situations on an Alzheimer's disease special care unit and resident environmental interactions, time use, and affect. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20, 105-116.

World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference of Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.