



# Pflege- und Betreuungskonzept

Version 7.1



**Gemeinsam im Leben gemeinnützige GmbH – Silcherstrasse 47 – 72581 Dettingen**

## Inhalt

Pflege- und .....	1
Betreuungskonzept .....	1
<b>Vorwort .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Räumliche, personelle, sächliche Ausstattung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Räumlich .....	1
1.2 Personell .....	1
1.2.1 Qualifikationen .....	1
1.3 Sächlich .....	1
<b>2 Leistungsangebot .....</b>	<b>2</b>
2.1 Angebote .....	2
2.2 Leistungen .....	2
2.3 Heimentgelte .....	2
<b>3 Qualität und Qualitätssicherung .....</b>	<b>3</b>
3.1 Einführung .....	3
3.2 Qualitätsstufe .....	3
3.3 Interne Qualitätssicherung .....	4
3.3.1 Arbeitsweise .....	4
3.4 Externe Qualitätssicherung .....	7
<b>4 Pflegemodell .....</b>	<b>7</b>
4.1 Allgemein .....	7
4.2 Konkretisierung des Modells in unserer Einrichtung .....	7
4.2.1 Kommunizieren .....	7
4.2.2 Sich bewegen .....	8
4.2.3 Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten .....	8
4.2.4 Sich pflegen .....	9
4.2.5 Essen und trinken .....	9
4.2.6 Ausscheiden .....	10
4.2.7 Sich kleiden .....	10
4.2.8 Ruhen und Schlafen .....	11
4.2.9 Sich beschäftigen .....	11
4.2.10 Sich als Mann / Frau fühlen .....	12
4.2.11 Für eine sichere Umgebung sorgen .....	12
4.2.12 Soziale Bereiche des Lebens sichern .....	13
4.2.13 Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen .....	14
4.2.14 Sinneseindrücke und Wahrnehmung .....	14
4.3 Testphase: Einführung des Strukturmodells .....	15
4.3.1 SiS .....	15
<b>6 Kooperation mit anderen Diensten .....</b>	<b>16</b>
<b>7 Literatur .....</b>	<b>16</b>

## Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

sie halten unser Pflegekonzept in Händen. Mit diesem Pflegekonzept wollen wir Ihnen in übersichtlicher Weise die Strukturen, Leistungen, sowie die Qualität der Pflege in unserem Haus erläutern. Wir machen unsere Arbeit transparent, um Fragen zu beantworten, Unsicherheiten zu vermeiden, Missverständnisse auszuräumen, Vergleiche möglich zu machen oder einfach nur, um zu informieren.

Das Konzept richtet sich an Bewohner, Angehörige, Mitarbeiter, an zukünftige Mitarbeiter. An Menschen die einen Heimplatz für sich oder einen Angehörigen suchen und an alle Interessierten. (Im Konzept werden wir der schriftlichen Einfachheit halber zwar den Bewohner, Kunden oder auch Mitarbeiter ansprechen, meinen aber natürlich auch die Bewohnerin, die Kundin und die Mitarbeiterin in gleicher Weise!)

Die Gemeinsam im Leben g. GmbH betreibt ein Pflegeheim für schwerstkörperbehinderte Erwachsene zwischen 18 und 60 Jahren. Das Angebot richtet sich an Menschen mit schwersten Erkrankungen und Verletzungen des zentralen Nervensystems, überwiegend der Phase F\* und der „jungen Pflege\*“. Es sind neurologische Krankheitsbilder wie apallisches Syndrom, Locked-in Syndrom, hypoxische und traumatische Hirnschädigungen, MS, ALS, Chorea Huntington, Tetraplegie, Mehrfachbehinderungen mit fortgeschrittenen Folgeerkrankungen.

Für diesen Personenkreis wurde mit den Kostenträgern ein Sonderversorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen.

### Anmerkung

Dieses Konzept wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit zum Erwerb des Bachelor of applied Sciences (B.Sc.) im Bereich Pflegewissenschaften überarbeitet. Ausgewählte Konzepte, Systeme und andere Komponenten, die unsere Pflege ausmachen, wurden in einem pflegewissenschaftlichen Rahmen zum Beispiel durch das Hinzuziehen von Studien evaluiert. Genauere Informationen zu Bestandteilen dieses Konzeptes und zu Arbeitsweisen der Einrichtung können dieser Bachelorarbeit entnommen werden. In der Bachelorarbeit aufgegriffene Themen sind mit einem \* markiert.

# 1 Räumliche, personelle, sächliche Ausstattung

## 1.1 Räumlich

Unser Haus verfügt über 12 Pflegeplätze in zwei Wohnbereichen. Die 12 Plätze verteilen sich auf 4 Einzel- und 4 Doppelzimmer.

Die Zimmer in Haus 1 und die Zimmer in Haus 2 Untergeschoss sind jeweils mit einem Waschtisch ausgestattet. Die Zimmer in Haus 2 Erdgeschoss haben direkten Zugang zum behindertengerechten Bad.

Den Bewohnern steht ein zentraler Aufenthaltsbereich mit Wintergarten und teilweise überdachten Freisitzen zur Verfügung. In diesem Aufenthaltsbereich werden auch die Mahlzeiten serviert. (Wenn nicht anders gewünscht). Im Untergeschoss in Haus 2 befindet sich zudem eine Teeküche, die von Bewohnern, Angehörigen, Mitarbeitern und Therapeuten genutzt werden kann. Außerdem gibt es ein großes, gemütliches Wohnzimmer mit Kachelofen, in dem sich die Bewohner aufhalten können und wo verschiedenste Aktivitäten und Gesprächsgruppen stattfinden. Das Wohnzimmer bietet nach Absprache auch Bewohnern und deren Angehörigen die Möglichkeit, z.B. zusammen Geburtstag zu feiern. Es stehen drei behindertengerechte Bäder zur Verfügung.

Der Pflegebereich befindet sich auf zwei Ebenen, die mit Fahrstühlen erreicht werden können.

Unser Haus verfügt über einen Therapieraum für Ergotherapie und einen Snoezelenraum.

## 1.2 Personell

Die personelle Ausstattung in den Bereichen Verwaltung und Hauswirtschaft entspricht den anerkannten Personalschlüsseln nach dem Rahmenvertrag § 75 SGB XI Baden Württemberg. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach SGB XI sieht für unsere Einrichtung folgende Personalschlüssel vor:

Pflegestufe I: 1:2,28; Pflegestufe II: 1:1,63; Pflegestufe III: 1:1,20 bei einer Fachkraftquote von 64,29%

### 1.2.1 Qualifikationen

- 3 Praxisanleiterinnen
- 1 Palliative Care Nurse
- 2 Pflegeexpertinnen für außerklinische Beatmung
- 1 B.Sc. Nursing Studies
- 1 Hygienefachkraft

## 1.3 Sächlich

Jedes Zimmer ist mit Kabelanschluss ausgestattet.

Die Zimmer verfügen über Pflegebetten, die elektrisch verstellbar sind. Alle Betten sind mit Weichmatratzen der Klasse 2 ausgestattet.

Eigene Kleinmöbel können auf Wunsch und nach vorheriger Absprache mitgebracht werden. Für Therapiezwecke stehen ein Moto-Ped, ein Stehbarren mit Balancefunktion und entsprechender Trainingssoftware über Großbildmonitor, sowie ein mobiler PC zur Verfügung.

## 2 Leistungsangebot

### 2.1 Angebote

- Grundpflege und med. Behandlungspflege nach SGB XI
- Beschäftigungstherapie zur Förderung der kognitiven Fähigkeiten und sozialen Beziehungen
- Zusätzliche therapeutische Förderung in enger Zusammenarbeit mit Ergo-, Physiotherapeuten und Logopäden durch Pflegekräfte in Form von Stehtherapie, Bewegungstraining im Moto-Ped, therapeutische Lagerungen (LiN\*), Schienenersorgung, Esstraining nach Dysphagiekostplan
- Viele Pflegeleistungen erfolgen nach dem Konzept der Basalen Stimulation\*
- Individuelle Einzelbetreuung durch Sozialpädagogin und Pflegekräfte
- Therapie-PC (auch für den Zugang ins Internet und zur Kommunikation per Email)
- Beratungsgespräche durch Sozialpädagogin und psychosoziale Beratung
- Seelsorgerliche Begleitung
- Sterbebegleitung/ Palliative Care
- Pflegerische Anleitung von Angehörigen als Vorbereitung für ein Leben und Pflege zu Hause
- Nach Möglichkeit der Einrichtung Teilnahme an externen Veranstaltungen und behindertengerechter Transport dorthin
- Transport und Begleitung in Spezialsprechstunden der entsprechenden Universitätskliniken)
- Zusatzleistungen entsprechend Vereinbarungen mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern
- 

### 2.2 Leistungen

- Vollstationäre Pflege
- Eingeschobene Kurzzeitpflege

### 2.3 Heimentgelte

Leistungen: 30,42 Tage-Monat	<b>Pflegegrad 1</b>	<b>Pflegegrad 2</b>	<b>Pflegegrad 3</b>	<b>Pflegegrad 4</b>	<b>Pflegegrad 5</b>
<b>Leistungsbeitrag Pflegekasse</b>	125,00 €	770,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €
<b>Einrichtungs- einheitlicher Eigenanteil (EEE)</b>	3.311,69 €	3.311,69 €	3.311,69 €	3.311,69 €	3.311,69 €
<b>Unterkunft und Verpflegung</b>	912,30 €	912,30 €	912,30 €	912,30 €	912,30 €
<b>Investitions- kostensatz</b>	335,36 €	335,36 €	335,36 €	335,36 €	335,36 €

## 3 Qualität und Qualitätssicherung

### 3.1 Einführung

Qualität spielt sich in drei Dimensionen ab und gute Qualität zeichnet sich unter anderem dadurch aus, ob die formulierten Qualitätskriterien sich auch durch alle Dimensionen durchziehen.

**Strukturqualität** beinhaltet die Voraussetzungen und die Rahmenbedingungen für die Dienstleistung. Dazu gehören die personelle, räumliche und sächliche Ausstattung sowie die Programm- und Betreuungsangebote.

**Prozessqualität** macht Aussagen über die Durchführung der Dienstleistung. Dazu gehört die Umsetzung von Konzepten, die Angebote an Fort- und Weiterbildung, die Planung und Koordination von Pflege- und Versorgungsabläufen, die Dokumentation, sowie der Grad nach dem sich die Inhalte des Qualitätshandbuches in der täglichen Pflege und Betreuung wieder finden.

**Ergebnisqualität** beinhaltet das Resultat der Dienstleistung. Dazu gehören der Zielerreichungsgrad in der Pflege- und Maßnahmenplanung, die Zufriedenheit von Bewohnern und Mitarbeitern, die Weiterentwicklung von Zielen, Standards und Richtlinien und die Bestrebungen nach einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess.<sup>1</sup>

### 3.2 Qualitätsstufe

Eine weitere Aussage über gute oder schlechte Qualität macht die Qualitätsstufe. Sie unterscheidet zwischen vier Qualitätswerten (nach Fiechter und Meier 1981):

- Stufe 0: Gefährliche Pflege - mangelhaft, der Bewohner erleidet Schäden.
- Stufe 1: Routinepflege - ausreichend, der Bewohner wird routinemäßig versorgt.
- Stufe 2: Angemessene Pflege - gut, die Pflege wird individuell auf den Bewohner eingestellt.
- Stufe 3: Optimale Pflege - ideal, erstklassig, der Bewohner wird bei Entscheidungen, die seine Versorgung betreffen, einbezogen und bestimmt mit.

Eine Vernetzung der Qualitätsstufen mit den verschiedenen Bereichen der Qualitätsdimensionen macht nun die eigentliche Qualität einer Einrichtung deutlich<sup>2</sup>:

	Optimale Pflege	Angemessene Pflege	Routinepflege	Gefährliche Pflege
<b>Quantität und Qualifikation der Mitarbeiter</b>	Die Anzahl der Mitarbeiter reicht für eine intensive Betreuung aus.	Die Anzahl der Mitarbeiter reicht für die Betreuung aus.	Die Anzahl der Mitarbeiter reicht nicht immer aus.	Die Anzahl der Mitarbeiter ist nicht ausreichend.

<sup>1</sup> Barth, Myriam: Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Altenpflege. München; Jena 1999, S. 48f

<sup>2</sup> Ebd.

Ute Budweg (PDL), Tabea Budweg (B. Sc. Nursing Studies)

<b>Angebot an Fort- und Weiterbildung</b>	Fort- und Weiterbildung findet regelmäßig statt. Anregungen werden begrüßt.	Fort- und Weiterbildung findet regelmäßig statt.	Fort- und Weiterbildung wird regelmäßig angeboten, wird jedoch von den Mitarbeitern kaum angenommen.	Fort- und Weiterbildung wird nicht angeboten.
<b>Informationsstand der Kunden</b>	Der Kunde wird über alle Maßnahmen und Angebote informiert und aktiv mit einbezogen.	Der Kunde wird über alle Maßnahmen informiert und seine Bedürfnisse werden mit einbezogen.	Der Kunde wird über die Maßnahmen informiert.	Der Kunde wird sporadisch oder gar nicht informiert.
<b>Durchführung einer pflegerischen Maßnahme</b>	Alle Maßnahmen werden unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse systematisch und korrekt durchgeführt.	Alle Maßnahmen werden systematisch vorbereitet und einwandfrei durchgeführt.	Die Vorbereitung ist nicht vollständig. Die Maßnahmen werden ausreichend durchgeführt.	Die Vorbereitung sowie die Durchführung sind mangelhaft.
<b>Zufriedenheit der Kunden</b>	Der Kunde ist zufrieden und fühlt sich wohl.	Der Kunde ist mit den erbrachten Leistungen zufrieden.	Der Kunde muss sich manchen Gegebenheiten des Hauses anpassen.	Der Kunde spürt die Abhängigkeit und wird als unmündig behandelt.
<b>Evaluation der Pflege</b>	Das Pflegeergebnis wird im Team mit den Kunden evaluiert und das pflegerische Ziel ggf. neu formuliert.	Das Pflegeergebnis wird im Team evaluiert.	Die Korrekturen der gesteckten Ziele werden in der Übergabe bekannt gegeben.	Evaluation findet nicht statt.
<b>Kontinuität der Evaluation</b>	Die Evaluation wird bei jedem Kunden individuell durchgeführt.	Die Evaluation findet regelmäßig statt.	Die Evaluation findet unregelmäßig statt.	Die Evaluation findet nicht statt.

Unsere Einrichtung erreicht in allen Bereichen mind. die Qualitätsstufe 2: „angemessene Pflege“. Unser Bestreben ist die Qualitätsstufe 3: „optimale Pflege“ in allen Bereichen.

### 3.3 Interne Qualitätssicherung

#### 3.3.1 Arbeitsweise

Teamarbeit und Teamfähigkeit sind für uns sehr wichtig. Hierarchische Strukturen gibt es bei uns so viele wie nötig, aber so wenige wie möglich.

Jeder Mitarbeiter ist Mitglied unserer diakonischen Dienstgemeinschaft und trägt, egal ob mit oder ohne Ausbildung zum Gelingen unserer Arbeit bei. Keine Arbeit wird als niedriger, minderwertiger oder weniger wichtig angesehen.

Es gibt bestimmte Aufgaben, die nur von Pflegefachkräften durchgeführt werden können. Dem tragen wir Rechnung. Sowohl Fachkräfte als auch Nichtfachkräfte nehmen gleichermaßen an Schulungen und Fortbildungen teil.

Ute Budweg (PDL), Tabea Budweg (B. Sc. Nursing Studies)

### 3.3.1.1 Pflegesystem

Nach gründlicher Überlegung wird das Pflegesystem auf das System Primary Nursing\* in einer abgewandelten, modifizierten Form umgestellt. Dies ist eine Weiterentwicklung des Pflegesystems der Bezugspflege. Das System sieht vor, dass jeweils eine primäre Pflegekraft (PN) die Gesamtverantwortung für einen Bewohner übernimmt. Das heißt sie ist für die gesamte Planung für diesen Bewohner vom Eintritt in die Einrichtung bis zum Ausscheiden zuständig. Eine Associate Nurse übernimmt die Pflege nach dem Pflegeplan der PN, sollte diese in einer Schicht nicht anwesend sein.

### 3.3.1.2 Dienstleistungsvisite

Einmal jährlich findet eine Dienstleistungsvisite durch die Pflegedienstleitung, bzw. deren Stellvertretung mit jedem Bewohner, meist im Beisein eines Angehörigen, bzw. des Betreuers statt. Dieses Instrument soll dem Bewohner ermöglichen, über die pflegerische, hauswirtschaftliche, sowie die psycho-soziale Versorgung ins Gespräch zu kommen, Wünsche vorzubringen oder Kritik zu äußern. Hierfür gibt es in der elektronischen Akte die Vorlage „Kundenfragebogen“. Änderungen, die sich durch die Dienstleistungsvisite für die verschiedenen Arbeitsbereiche ergeben, werden in der Dienstbesprechung kommuniziert und zeitnah umgesetzt.

### 3.3.1.3 Übergabe

Übergabegespräche finden mehrmals täglich, immer zu Beginn und am Ende von Dienstzeiten, bzw. Bereitschaftszeiten statt. Alle Dienst habenden Mitarbeiter nehmen daran teil und bringen wichtige Informationen ein. Um zu gewährleisten, dass wichtige Informationen nicht verloren gehen und Mitarbeiter sich auch umfassend informieren können wenn sie mehrere Tage nicht im Dienst waren, gibt es im Dokumentationssystem die Übergabemaske. Hier werden alle wichtigen Informationen dokumentiert.

### 3.3.1.4 Dienstbesprechung

Dienstbesprechungen finden mindestens 1x im Quartal abends von 20:00-22:00Uhr statt. Die Teilnahme ist für alle Mitarbeiter verpflichtend, die Zeit wird als Arbeitszeit angerechnet. Zusätzliche Besprechungen finden bei Bedarf statt und können jederzeit eingeräumt werden. Die Themen der Dienstbesprechungen werden nach Bedarf ausgewählt. Es können interne Schulungen, Besprechung und Freigabe von neuen Standards, bewohnerbezogene Fallbesprechungen oder aktuelle Themen und Probleme im Team oder mit Bewohnern sein. Jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit, ihm wichtige Themen in die Besprechung einzubringen.

Umfangreichere Wunschthemen können jederzeit angemeldet werden.

Es wird ein schriftliches Protokoll gefertigt, das an alle Mitarbeitern ausgegeben wird.

Teambesprechungen zu aktuellen Anlässen und Problemen finden tgl. zwischen 11:00-11:15 Uhr mit den anwesenden Teammitgliedern statt.

### 3.3.1.5 Interne Schulungen

Jeden ersten Mittwoch im Monat von 20:00 – 22:00 Uhr finden interne Schulungen zu verschiedenen Themen statt. Unter anderem anhand der „Geprüften Schulungsmaterialien für die Pflege“ (Raabe- Verlag) werden alle Mitarbeiter in verschiedensten wichtigen Bereichen geschult.



Die Schulungen werden wechselnd von Pflegedienstleitung, Heimleitung oder von interessierten Pflegefachkräften und Pflegeschülern vorbereitet und abgehalten. Die Schulungen finden auf freiwilliger Basis statt (die Zeit wird als Zeitgutschrift angerechnet). Auch die Therapeuten haben die Möglichkeit daran teilzunehmen.

#### 3.3.1.6 Fortbildungen

Regelmäßig werden längere externe Fortbildungen oder Kurse angeboten, teilweise in Kooperation mit der Diakoniestation Oberes Ermstal-Alb. (z.B. Grundkurs kinästhetisches Konzept, basale Stimulation, Erst-Hilfe-Kurs Sofortmaßnahmen,...). Alle Fachkräfte haben die Möglichkeit an mehrtägigen Fortbildungsveranstaltungen des Therapiezentrums Burgau teilzunehmen (Lagerung in Neutralstellung, Trachealkanülenmanagement, Neuroanatomie, ...).

Auch die Homecarefirma Medigroba bietet eine Vielzahl an Nachmittagsveranstaltungen zu wichtigen Themen an (Trachalkanülenarten, Heimbeatmung, Dysphagie, parenterale Ernährungstherapie/Portversorgung, Wundversorgung, ...).

Der Bedarf an Fortbildungen orientiert sich an neuen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und Entwicklungen, rechtlichen Vorgaben (Schulung nach IfSG), sowie an den Interessen der Mitarbeiter (Schulungs- und Fortbildungswünsche werden regelmäßig erfragt).

Das Jahresprogramm liegt aus, verantwortlich ist Ute Budweg (PDL).

#### 3.3.1.8 Weiterbildungen

Es gibt jederzeit Möglichkeiten, berufliche Weiterbildungen zu absolvieren.

Wenn die Weiterbildung im Interesse der Einrichtung liegt, werden sowohl Kosten als auch Dienstaufwände von der Einrichtung getragen.

#### 3.3.1.9 Mitarbeiterentwicklungsgespräch

Einmal jährlich findet mit jedem Mitarbeiter ein Entwicklungsgespräch statt.

Im Entwicklungsgespräch werden Leistungstendenzen seit dem letzten Gespräch erörtert und konkrete Zielvereinbarungen für das kommende Jahr getroffen.

#### 3.3.1.10 Einarbeitungskonzept

In Zusammenarbeit mit Fachkräften aus unserer Einrichtung wurde ein Einarbeitungskonzept für Fachkräfte und für Hilfskräfte erarbeitet. Das Konzept ist gegliedert in verschiedene Einarbeitungsphasen, bzw. Einarbeitungswochen und legt Aufgaben, Ziele, Durchführung, Nachweis und Ergebniskontrolle fest. Anhand einer Checkliste, auf der alle relevanten Maßnahmen aufgeführt sind, wird dokumentiert, welche Maßnahmen gesehen, unter Anleitung durchgeführt und selbstständig durchgeführt wurden. Am Ende der Einarbeitungsphase wird die Checkliste auf ihre Vollständigkeit hin überprüft.

#### 3.3.1.11 Qualitätszirkel

Verschiedene Arbeitsgruppen mit wechselnder Besetzung erarbeiten und überarbeiten fortlaufend Konzepte, Standards, Arbeitshilfen, Versorgungsstandards und Standardpflegepläne und sorgen so für die kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Qualität.

### 3.4 Externe Qualitätssicherung

Als Qualitätssicherungssystem haben wir uns für ein praxisnahes Modell, das in Anlehnung an § 80 SGB XI entwickelt wurde, entschieden.

Im März 2015 wurde unsere Einrichtung bereits zum 6. Mal vom Institut für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen GmbH (IQD) mit dem Qualitätssiegel für Pflegeheime ausgezeichnet. Dieses Siegel hat zwei Jahre Gültigkeit.

## 4 Pflegemodell

### 4.1 Allgemein

Unser Pflegemodell ist eine Kombination aus dem Modell Aktivitäten Bedürfnisse und existenzielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL\*) von Monika Krohwinkel und dem Modell des Lebens (LAS\*) von Nancy Roper.

In dem Modell von Monika Krohwinkel dienen die ABEDLs als Voraussetzung für eine ganzheitlich orientierte, aktivierende Pflege. Ressourcen (Fähigkeiten) des Heimbewohners erhalten einen hohen Stellenwert. Das Besondere am Modell von Monika Krohwinkel ist die 14. Aktivität: „Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen“. Diese Aktivität begründet die Verschiedenartigkeit von Menschen. Menschen handeln und entscheiden aufgrund ihrer Erfahrungen, die sie im Leben gemacht haben, sehr unterschiedlich. Deshalb kann es nicht unser Ziel sein, alle Menschen gleich zu behandeln. Ziel ist es, jeden einzelnen Menschen, unter Einbindung seiner existenziellen Erfahrungen, in seinen Bedürfnissen zu unterstützen.

Aus dem „Modell des Lebens“ von Nancy Roper wurde die Aktivität „Sinneseindrücke und Wahrnehmung“ entnommen. Aufgrund der besonderen Ausrichtung unseres Hauses (Phase F, Junge Pflege) ist dies ein wichtiger Aspekt für die Pflege und Rehabilitation unserer Bewohner unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen.

### 4.2 Konkretisierung des Modells in unserer Einrichtung

#### 4.2.1 Kommunizieren

Kommunizieren heißt, sich austauschen, sich ausdrücken, etwas mitteilen, Botschaften und Signale senden und gleichzeitig Botschaften und Signale anderer empfangen, entschlüsseln, darauf reagieren.

Dies geschieht nicht nur durch Sprache, sondern auch durch nonverbale Kommunikation. Gerade im Umgang mit neurologisch verletzten und erkrankten Bewohnern ist es außerordentlich wichtig, alle Facetten der Kommunikation auszuschöpfen, z. B. durch sehr deutliche Mimik, Gestik, Sprache und Berührung.

Kommunikatives Handeln, bewusst miteinander in Beziehung treten und ins sprachliche und nicht sprachliche Gespräch kommen ist ein privater Vorgang, ein kleines soziales Geschehnis, welches auf dem Austausch von Gefühlen, Stimmungen, Gedanken und hilfreichen Taten beruht. Für uns Pflegenden und alle anderen, die am Schicksal eines verletzten Menschen mitleiden, lautet die entsprechende Frage dann „Wie kann ich dem anderen Menschen ein gutes Du sein?“ damit er die Wirkungen seiner selbst in der Welt wieder spüren kann.

##### 4.2.1.1 Dialogmittel „Sprechende Hände“

In den letzten Jahren ist – vor allem in der Pflege – die Bedeutung der Hände als

Dialogmittel wieder entdeckt worden. Mit unseren „sprechenden Händen“ verfügen wir über eine spezifisch menschliche Fähigkeit zum körpernahen Dialog: Hände können beruhigen, segnen, streicheln, aufmuntern, teilen, wegnehmen, kneifen und schlagen. Mit den Händen werden – wie mit unserer Stimme – eigene Gefühle, Stimmungen und Befindlichkeiten, auch unsere Ängste, unmittelbar ausgedrückt. Man kann sich dem Körperausdruck und der nonverbalen Kommunikation nicht verschließen. Sie steuern unsere Aufmerksamkeit im Dialog weitgehend unbewusst und haben einen Anteil von etwa 80% an der gesamten zwischenmenschlichen Kommunikation, verbal wie nonverbal. Der Neurologe Eckhart Wiesenhüter, der in eine todesnahe Lebenssituation kam, schrieb nach dem Erwachen aus dem Koma, er habe als Erstes die Hände der Pflegenden gespürt, das Tragen, Heben, Schwenken und Drehen, ihre spendende Wärme, Sicherheit und Geborgenheit. Seit dieser Zeit haben für ihn „Hände“ eine besondere Bedeutung<sup>3</sup>.

#### 4.2.2 Sich bewegen

Die Fähigkeit zur Bewegung ist die Voraussetzung für alle Lebensaktivitäten und für ein selbstständiges und selbst bestimmtes Leben.

Das Leben an sich ist Bewegung und immer mit Bewegung verbunden. Lebendiges benötigt Bewegung, um lebendig zu bleiben. Menschliches Leben ist auf Fortbewegung angelegt. Wird das Bewegungsvermögen in irgendeiner Weise beeinträchtigt, so erleben wir einen Bewegungsverlust, der uns bedrängt und im täglichen Leben behindert.

Wenn die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ist, wird die Lebenswelt kleiner.

Sich bewegen heißt, den eigenen Körper wahrzunehmen und zu spüren. Menschen, die lange und unbeweglich im Bett liegen, können durch die fehlende sensorische Information ihren Körper immer weniger spüren. Die ständige Rückmeldung über Bewegung oder Reibung der Kleidung auf der Haut entfällt. Der Körper reagiert darauf mit einer Erhöhung des Muskeltonus (Spastik), um sich in der Tiefe wieder zu spüren. Spastik kann als Suche nach Information über sich selbst gedeutet werden. In der täglichen Pflege versuchen wir durch Förderkonzepte wie Kinästhetik, basale Stimulation und Lagerung in Neutralstellung soviel Information wie möglich anzubieten.

Längere körperliche Inaktivität, z. B. durch Bettlägerigkeit, wirkt sich auf alle Organe des Körpers nachteilig aus.

Deshalb ist es uns sehr wichtig, dass alle unsere Heimbewohner, unabhängig vom Schweregrad ihrer Behinderung, mobilisiert werden und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können.

Wir unterstützen selbstverständlich moderne Therapiemöglichkeiten wie intrathekale Baclofentherapie, sowie Injektionen von Botulinumtoxin zur Verbesserung der Muskelpastizität und übernehmen den Transport im rollstuhlgerechten Fahrzeug, sowie die Begleitung der Bewohner in die jeweiligen Kliniken (Unikliniken Tübingen, Ulm, Freiburg).

#### 4.2.3 Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten

Die Erhaltung der vitalen Funktionen ist das elementarste Bedürfnis des Menschen überhaupt. Solange dieses Bedürfnis nicht befriedigt ist, ist der Mensch nicht in der Lage weitere Bedürfnisse zu äußern oder sich mit weiteren Bedürfnissen zu beschäftigen.

---

<sup>3</sup> Zieger, Andreas. Der neurologisch schwerstgeschädigte Patient im Spannungsfeld zwischen bio- und Beziehungsmedizin. In: intensiv 2002, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York Ute Budweg (PDL), Tabea Budweg (B. Sc. Nursing Studies)

Viele Bewohner werden mit instabilen Vitalparametern aus Rehabilitationskliniken zu uns verlegt. Diese Instabilität äußert sich in Blutdruck-, Puls- und/oder Temperaturschwankungen, Schweißausbrüchen, Erbrechen und Durchfällen. Diese Instabilitäten können durch die Hirnschädigung bedingt, aber auch ein Zeichen von hohem Stress sein. Unser Ziel ist es, diesen Menschen zu helfen, dass sie Stress abbauen können und langsam zur Ruhe kommen. Die kleine Pflegeeinheit und die ruhige, wohnliche Atmosphäre unseres Hauses tragen mit dazu bei, dass dies gelingen kann.

Sollte eine permanente Überwachung von Puls und Sauerstoffsättigung über Pulsoxymeter notwendig sein, werden diese Geräte an unsere Rufanlage adaptiert. Somit werden die Alarmer über die Notrufanlage weitergeleitet. Auch dauer- und teilbeatmete Bewohner können bei uns aufgenommen werden.

Durch gezielte Beobachtung und die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team (mit Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Neurologen, HNO-Ärzten) versuchen wir, die Schluck- und Atemfähigkeit unserer Bewohner weiter zu verbessern und ggf. eine Entwöhnung von der Trachealkanüle zu erreichen.

#### 4.2.4 Sich pflegen

Die Pflege des eigenen Körpers ist eng mit dem Gefühl der Selbstbestimmung und Selbstannahme verbunden, sie umfasst neben der Reinigung auch alle Maßnahmen, die das gesamte Erscheinungsbild prägen. Sorgfältige und individuelle Körperpflege fördert Wohlbefinden und Selbstbewusstsein.

Hilfestellung bei der Körperpflege erfordert Nähe und Berührung, jedoch auch Distanz und Respekt vor der Grenzziehung des anderen.

Umfang, Art und Häufigkeit der Körperpflege hängen von kulturellen und sozialen Bedingungen ab. Jeder Mensch hat hier seine eigene Prägung, die es gilt zu respektieren. Es kann mitunter vorkommen, dass die Vorstellungen von Körperpflege zwischen Pflegebedürftigem und Pflegendem sehr weit auseinander liegen. In diesem Fall ist es Aufgabe der Pflegeperson, eine Lösung anzustreben, die für alle Beteiligten annehmbar ist.

Maßnahmen der Körperpflege können sehr gut als Mittel zum körpernahen Dialogaufbau mit dem Bewohner genutzt werden. Körperkontakt im Sinne der basalen Stimulation bedeutet: Dem Bewohner Angebote zu machen und seine Reaktion abzuwarten, Körperschwere wieder erfahrbar zu machen, nachmodellierende Berührung, beruhigende Waschung und Spastik lösende Ausstreichung.

Oftmals sind im Bereich der Körperpflege erste Reaktionen des Bewohners erkennbar.

#### 4.2.5 Essen und trinken

Mit Appetit und ohne Beschwerden essen und trinken können ist ein elementares Bedürfnis aller Menschen. Die aufgenommene Nahrung versorgt den Körper nicht nur mit der notwendigen Energie, auch das gesamte Lebensgefühl wird durch eine wohlschmeckend zubereitete und hübsch angerichtete Mahlzeit positiv beeinflusst. Eine überlegte Auswahl von Lebensmitteln und ihre schonende Zubereitung ermöglichen die erforderliche Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsaufnahme. Essen und Trinken haben aber auch vielfältige Auswirkungen auf unsere anderen Lebensbereiche:

- Die einzelnen Speisen regen durch Geschmack, Duft und Aussehen unsere Sinnesorgane an.
- Mahlzeiten strukturieren den Tagesablauf.

- Mahlzeiten fördern die Begegnung mit anderen Menschen und beugen damit einer Isolation vor.
- Gemeinsame Mahlzeiten bieten Gelegenheit zum Austausch von Informationen und gestalten den Rahmen für besondere Anlässe.
  - Aus diesen Gründen ist es sehr wichtig, die Fähigkeit des Essens zu fördern, bzw. so lange als möglich zu erhalten.

Es gibt aber auch viele Bewohner in unserem Haus, die durch ihre Erkrankungen oder Behinderungen nicht mehr essen und trinken können. Gemeinschaft und Tagesstruktur sind für diese Menschen ebenso wichtig. Deshalb ist es uns ein großes Anliegen, alle unsere Bewohner an der Tischgemeinschaft, am nachmittäglichen Kaffeetrinken mit Mitarbeitern und Besuchern oder an sonstigen Veranstaltungen teilhaben zu lassen. Durch genaue Beobachtung z.B. der Schluckfrequenz etc., dem Dialog mit den Ergotherapeuten, bzw. Logopäden versuchen wir die Schluckfähigkeit unserer Bewohner mit Dysphagie gezielt zu fördern. Dabei gehen wir kein Risiko ein, ggf. begleiten wir unsere Bewohner zur Schluckdiagnostik in die entsprechenden Kliniken (z.B. Hegau Jugendwerk Gailingen)

#### 4.2.6 Ausscheiden

Ausscheidungen gehören ganz selbstverständlich in den Lebensrhythmus und Tagesablauf und werden uns oft erst bewusst, wenn sie nicht normal funktionieren. Den meisten Menschen fällt es nicht leicht, über diese biologisch notwendigen Vorgänge zu sprechen. Alle Tätigkeiten und Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Ausscheidungen stehen, empfinden die meisten Menschen als unangenehm und peinlich.

Eine wichtige Aufgabe der Pflegenden ist es, Brücken zu bauen und möglichst offen Probleme anzusprechen und Lösungsmöglichkeiten anzubieten, ohne allerdings das Schamgefühl des Bewohners zu verletzen.

Nicht jedem fällt es leicht, diese Hürde zu überspringen.

Der Bewohner soll das Gefühl haben, dass seine Intimsphäre gewahrt bleibt, auch wenn er die Toilette nicht mehr benutzen kann. Hierzu stehen im Haus für Doppelzimmer Wandschirme, bzw. Gardinen zwischen den Betten zur Verfügung. Gerade hier zeigt sich unsere Achtung vor der menschlichen Würde.

#### 4.2.7 Sich kleiden

„Kleider machen Leute!“ Diesen Ausspruch kennt wohl jeder von uns. Dabei wird sehr deutlich, dass es bei der Wahl der Kleidungsstücke um verschiedene Aspekte geht. Kleidung hat ganz verschiedene Funktionen: Sie dient zum einen als Schutz (physiologische Funktion) gegen klimatische Einflüsse, zum anderen als Schmuck oder Auszeichnung (ästhetisch – soziale Funktion). Die dritte Funktion dient dem Verhüllen (sexuelle Funktion). Diese Funktion ist sehr stark geprägt von dem Kulturkreis, in dem wir leben und drückt bestimmte Einstellungen und Gruppenzugehörigkeiten aus.

Kleidung dient auch als Ausdruck der Persönlichkeit. Die Art, sich zu kleiden, ist Ausdruck des Selbstverständnisses und der Selbstverwirklichung.

Wir respektieren in unserem Haus die Wünsche und Bedürfnisse unserer Bewohner in Bezug auf die Kleidung, die sie gerne tragen. Nicht nur Funktionalität spielt eine Rolle. Ein Krankenhemd, Nachthemd oder Schlafanzug unterstützt das Gefühl von Kranksein und kann verunsichernd wirken, wenn die Kleidung der Situation nicht angemessen erscheint.

Deshalb wird kein Heimbewohner in unserem Haus in Nachtwäsche im Gemeinschaftsbereich sitzen.

#### 4.2.8 Ruhen und Schlafen

Ruhen und Schlafen sind elementare Bedürfnisse des Menschen. Schlafend verbringen wir rund ein Drittel unseres Lebens. Körper und Psyche regenerieren sich während der verschiedenen Traumphasen und schaffen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Aktivitäten des folgenden Tages. Schlafmangel, Schlafentzug und Störungen des Schlafwach-Rhythmus haben Auswirkungen auf unsere Konzentrationsfähigkeit und auf unsere Kreativität. Der Schlafbedarf ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Auch Krankheiten und Behinderungen können den Schlafbedarf verändern.

Bewohner mit neurologischen Schädigungen sind schnell erschöpft und brauchen auch tagsüber Ruhephasen, um neue Energie zu schöpfen. Deshalb legen wir in unserem Haus großen Wert auf die Mittagsruhe, zu der die Bewohner ins Bett gebracht werden. Auch die Besuchszeiten sind auf die Bedürfnisse unserer Heimbewohner angepasst.

Während der Mittagsruhe (12:00 Uhr bis 14:30 Uhr) ist offiziell keine Besuchszeit, Ausnahmen können aber mit der Heimleitung abgesprochen werden. Tagsüber ist das Haus ab 10:00 Uhr bis 20:00 Uhr für Besucher und Angehörige geöffnet.

Die Besuchszeit am Abend kann auf Wunsch des Bewohners oder der Angehörigen, nach Absprache verlängert werden.

Wer gut schlafen will, muss auch gut liegen. Deshalb ist für unsere Bewohner, die sich in der Regel nicht oder nur wenig selbstständig bewegen können, sowohl eine gute Unterlage (Matratze), als auch eine schmerzfreie Lagerung sehr wichtig. Sehr gute Erfahrungen haben wir mit der „Lagerung in Neutralstellung“ gemacht, einem Lagerungskonzept, das von der Physiotherapeutin Heidrun Pickenbrock im Therapiezentrum Burgau entwickelt wurde. Einige unserer Mitarbeiter wurden dort in Fortbildungen geschult, in einer Schulungs- und Testphase von etwa einem Jahr wurde die Lagerung in unserem Haus standardmäßig übernommen.

Durch „Mikrolagerungen“ versuchen wir, Heimbewohner umzulagern, ohne sie nachts aus dem Schlaf zu reißen und aufzuwecken.

Eine Selbstverständlichkeit ist ein sauberes und „krümel freies“ Bett und ein gelüftetes und gut temperiertes Zimmer.

Alle Betten verfügen über spezielle Weichmatratzen (z.B. Protecto).

#### 4.2.9 Sich beschäftigen

Beschäftigen heißt, Lebenssituation und -aktivitäten selbstständig gestalten. Dieses Bedürfnis kann sehr vielfältig sein und hängt mit vielen verschiedenen Faktoren wie Alter, Beruf, Neigung, Temperament, Lebenssinn,... zusammen.

Keiner von uns möchte nur „beschäftigt“ werden! Beschäftigung muss einen Sinn und ein Ziel haben.

Vor allem kranke, behinderte und alte Menschen, die im Heim leben müssen, haben oft das Gefühl, auf dem Abstellgleis zu sein, nicht mehr gebraucht und nicht mehr wichtig zu sein. Durch Gespräche mit den Heimbewohnern und mit Angehörigen können wir in Erfahrung bringen, was den Bewohnern vor ihrem Heimaufenthalt wichtig war und wofür sie gelebt haben und ob diese Dinge nach dem Unfall, dem Ereignis oder der Erkrankung noch denselben Stellenwert haben.

Als Pflege- und Betreuungsteam ist es unsere Aufgabe, jeden einzelnen Heimbewohner individuell in die Tagesgestaltung mit ein zu beziehen. Dies können gemeinsame Bastelnachmittage, Fernseh- oder Spielnachmittage sein, aber genauso wichtig sind gemeinsame Kaffeestunden und Mahlzeiten, bei denen wir uns über verschiedenste Themen austauschen. Auch Bewohner, die sich nicht mehr äußern können, fühlen sich dabei wohl. Ergotherapeuten, eine Sozialpädagogin und Pflegekräfte sind gleichermaßen in Einzel- und Gruppenbetreuung eingebunden.

An jedem Nachmittag der Woche gibt es kleine Betreuungseinheiten für alle Bewohner, an zwei Nachmittagen finden umfangreichere Angebote statt, die von unserer Sozialpädagogin vorbereitet und durchgeführt werden.

#### 4.2.10 Sich als Mann / Frau fühlen

Krankheiten und Behinderungen beeinflussen das Lebensgefühl und das Verhalten des Menschen und damit auch die Sexualität. Jeder Mensch hat ein unterschiedliches Bedürfnis nach Nähe, Wärme, Zärtlichkeit, aber genauso auch nach Distanz. Für viele Menschen ist dies aber ein Thema, über das sie ungern sprechen. Durch Offenheit und signalisieren von Gesprächsbereitschaft können Pflegekräfte hier den ersten Schritt tun und dem Bewohner ermöglichen, seine Bedürfnisse mitzuteilen. Hilfreich kann auch ein Gespräch zusammen mit dem Partner sein.

Je mehr wir über die Menschen in unserem Haus wissen, umso mehr können wir ihre Bedürfnisse und Wünsche respektieren.

Der Schutz der Intimsphäre ist ein Grundbedürfnis des Menschen, wobei sich der Begriff Intimbereich nicht nur auf die Genitalregion bezieht, sondern alle körperlichen und seelischen Bereiche umfassen kann. Eine Verletzung der Intimsphäre beginnt schon damit, wie mit mir und über mich gesprochen wird und wie viel Verfügungsgewalt ich noch über meinen Körper habe.

Während der Gesunde auf die Wahrung dieser Schutzdistanz selbst achten kann, muss ein kranker oder behinderter Mensch im Rahmen der Pflege das Eindringen in diese innersten Bereiche zulassen, z. B. bei der Intimpflege, beim Umgang mit Ausscheidungen oder bei der Katheterpflege.

Hier ist seitens der Pflegenden ein großes Einfühlungsvermögen unabdingbar. Ganz praktische Maßnahmen, wie Aufstellen eines Sichtschutzes, immer nur teilweises Entkleiden des Bewohners, vorherige Ankündigung von Pflegeabläufen, können viel zur Entspannung der Situation beitragen.

#### 4.2.11 Für eine sichere Umgebung sorgen

Sicherheit umfasst Sichersein, Gewissheit, Ruhe, Sorglosigkeit, Geborgenheit, Schutz und Stabilität.

In dem Maß wie körperliche und geistige Fähigkeiten nachlassen, nehmen Gefühle von Unsicherheit und Angst zu.

Mit Einzug ins Pflegeheim verlieren kranke und behinderte Menschen zusätzlich noch die Sicherheit der vertrauten Umgebung und der vertrauten Menschen in dieser Umgebung. Erst das vertraut werden mit der neuen Umgebung und die Entwicklung von vertrauensvollen Beziehungen zu den Pflegenden kann Unsicherheiten und Ängste wieder abbauen.

Voraussetzung, um das Bedürfnis nach Sicherheit zu befriedigen, ist die unbedingte

Wahrung der Grundrechte eines jeden Bewohners. Jeder Mensch, unabhängig von seiner Lebenssituation und seinen geistigen und körperlichen Fähigkeiten, hat das Recht geachtet zu werden und als eigenverantwortliche Persönlichkeit angesehen zu werden.

Dazu gehört sowohl die Einhaltung der Schweigepflicht, die Erhaltung der größtmöglichen Entscheidungsfreiheit, aber auch das Recht auf Privatsphäre und Individualität.

Für Sicherheit sorgen heißt auch, die Geschwindigkeit der Pflegehandlungen den Fähigkeiten des Bewohners anzupassen. Neurologisch Verletzte brauchen in der Regel länger, um Aufforderungen und taktile Signale aufnehmen zu können und entsprechend adäquat darauf zu reagieren, bzw. sich darauf einzustellen.

Eine zusätzliche Aufgabe der Pflegenden ist die Fürsorgepflicht. Mit dem Nachlassen von körperlichen und geistigen Kräften können auch die Fähigkeiten verloren gehen, Sicherheitsmaßnahmen selbst zu organisieren oder Gefahren zu erkennen und zu beseitigen. Manche Pflegebedürftige sind aufgrund ihrer geistigen und seelischen Behinderungen in erhöhtem Maß der Gefahr ausgesetzt, sich und anderen Schaden zuzufügen.

Durch geeignete Maßnahmen müssen sie selbst, wie auch andere Bewohner geschützt werden, wobei hier die Fürsorgepflicht und das Selbstbestimmungsrecht in krassem Gegensatz zueinander stehen.

Durch offene Gespräche mit Bewohnern, Angehörigen, Betreuern und Ärzten sollten vertretbare Lösungen, die dem Bewohner die größtmögliche Selbstbestimmung überlassen, angestrebt werden.

Das Einhalten von entsprechenden Hygienemaßnahmen anhand geeigneter Hygienepläne, zur Sicherheit unserer Bewohner, ist für uns selbstverständlich.

#### 4.2.12 Soziale Bereiche des Lebens sichern

Die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Menschen hängen ganz entscheidend von dem Eingebundensein in ein Netz von tragfähigen Beziehungen ab. Niemanden zu haben, allein zu sein, wird als Mangel erlebt.

In jeder Gruppe, in jeder Beziehung, in der wir leben, haben wir eine andere Rolle. Mit jeder Rolle ist eine andere Anforderung verbunden, in jeder Rolle wird eine andere Art von Zuwendung, Nähe und Gebrauchtwerden erlebt. Unterschiedliche Kontakte und eine Vielzahl von Rollen geben uns das Gefühl, wichtig zu sein, einen Wert für andere zu haben.

Der Verlust von Rollen und Aufgaben durch Krankheit oder Behinderung lässt das Selbstwertgefühl schwinden, Menschen haben das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden. Wir versuchen unser Haus so offen und einladend wie möglich zu gestalten, damit Besucher gerne wiederkommen und nicht das Gefühl haben, als Eindringlinge betrachtet zu werden. Durch unsere nachmittäglichen Kaffeerunden mit Bewohnern, Besuchern und Mitarbeitern versuchen wir, Kontakte aufrechtzuerhalten, neue Kontakte zu knüpfen und so Beziehungen zu erhalten. Die Angehörigen und Bewohner kennen sich gegenseitig und können sich auch über entstehende Probleme austauschen.

Solche Gespräche und Runden sind eine Bereicherung für alle Beteiligten und tragen entscheidend zur Steigerung der Lebensqualität unserer Bewohner bei.

Auch moderne Medien sind vorhanden. Computer mit Internetanschlüssen stehen zur Therapie, aber auch zu Unterhaltungs- und Kommunikationszwecken zur Verfügung und können von jedem Bewohner genutzt werden. Bewohner, die dies wünschen, bekommen eine eigene E-mail- Adresse.

Jedes Zimmer ist mit Telefon- und Kabelanschluss ausgestattet.



Gemeinsame Feste, wie Geburtstagsfeiern, Grillfeste, Osterbrunch,... machen uns allen viel Freude und selbstverständlich können auch Angehörige und Freunde daran teilnehmen. Wir öffnen unser Haus auch für Schulklassen und Gruppen (z.B. Konfirmandengruppen) und haben schon sehr viele gute Erfahrungen gemacht. Unsere Bewohner waren immer erfreut über diese abwechslungsreichen Tage.

Natürlich bringt jede zwischenmenschliche Beziehung auch Probleme mit sich. Oftmals sind Gespräche nötig, um sich in den durch Krankheit oder Behinderung veränderten Rollen wieder näher zu kommen. Für solche Gespräche steht sowohl die Heimleitung, als auch eine Sozialpädagogin zur Verfügung.

#### 4.2.13 Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Erfahrungen macht jeder einzelne Mensch für sich:

*„Die Beobachtung eines im Herbstwind dahinwehenden Blattes kann tief greifende Trauer oder Verzweiflung über die Vergänglichkeit des Lebens auslösen, aber auch die Erfahrung des Eingebundenseins in den ewigen Kreislauf des Lebens, was durchaus einen ekstatischen oder auch mystisch-religiösen Charakter annehmen kann. Es kann aber auch lediglich den Gedanken entstehen lassen: „Aha, es wird Herbst, ich muss mir einen warmen Mantel kaufen.“ Die Erfahrung tief greifender Trauer und Verzweiflung wird gemeinhin negativ bewertet, kann aber einen Verarbeitungsprozess auslösen, der im Ergebnis dazu führt, dass die Person ihr bisheriges Leben reflektiert, es akzeptiert und auf einer höheren Ebene ein für sie neues und anderes Lebensgefühl der Zufriedenheit entwickelt, welches negative und positive Erfahrungen des bisherigen Lebens integriert. Vielleicht kann man sogar so weit gehen zu sagen, es gibt keine Erfahrungen, und seien sie noch so schrecklich und erschütternd, die nicht auch eine Chance für eine Weiterentwicklung der eigenen Existenz und Persönlichkeit beinhalten.“ (Sowinski 1998)*

Ob und wie das vorbeiswebende Herbstblatt oder irgendein anderer Eindruck – ein Wort, ein Blick, ein Leben veränderndes Ereignis – auf einen Menschen wirkt und ihn existenziell berührt, ist ganz persönlich gefärbt. Es hängt von der Prägung durch seine Lebensgeschichte und von seiner momentanen Stimmung ab. Objektivität gilt hier nicht – für die existenzielle Bedeutung gilt ganz allein die subjektive Interpretation und Bewertung des Menschen selbst.

Aus diesem Grund können und wollen wir für keinen unserer Bewohner entscheiden, ob sein Leben noch lebenswert ist oder nicht.

Der Kernsatz unseres Leitbildes lautet: **„Wir sind alle Gäste des Lebens“**

Und so verstehen wir auch unseren Dienst. Alle Menschen, egal ob gesund oder krank haben ein Recht auf dieses Leben, das uns allen gehört. Die Aufgabe von uns „Gesunden“ ist es, den kranken und behinderten Menschen zur Seite zu stehen, sie zu pflegen und zu fördern, sie als Individuen zu betrachten und ihnen zu helfen, dass sie aufgrund oder trotz der existenziellen Erfahrungen, die sie gemacht haben, wieder eine Lebensperspektive finden können, bzw. sie auf dem letzten Lebensabschnitt zu begleiten.

#### 4.2.14 Sinneseindrücke und Wahrnehmung

Bei bettlägerigen Menschen reduziert sich vielfach die optische Wahrnehmung auf die eigene Person, auf Helligkeit und Ausstattung des Raumes und alle Eindrücke und Veränderungen, die durch die Ein- und Austretenden mitgebracht bzw. verursacht werden.

Ute Budweg (PDL), Tabea Budweg (B. Sc. Nursing Studies)

Unter diesem Aspekt wird bewusst, welche Bedeutung für die Sinneswahrnehmung der optische Eindruck der Umgebung, der Blick durch das Fenster, die Lichtverhältnisse, die Farbgebung, eigene Kleidung, Aussehen und Kleidung der Besucher und vor allem ihre Aktivität haben kann.

Je kleiner der Aktionsradius eines Menschen wird, desto wichtiger wird die Summe der Anregungen seiner Wahrnehmung über die Sinnesorgane für sein Befinden. Dazu gehören, außer der visuellen, auch die akustische Wahrnehmung sowie die Wahrnehmung über Geruch, Geschmack und über die Haut.

Bei neurologisch verletzten Bewohnern oder bei Bewohnern im Wachkoma können oft keine genauen Aussagen gemacht werden, welche Sinne und in welchem Maß sie beeinträchtigt sind. Durch genaue Beobachtung und Anregen möglichst aller Sinne, kann auch zu diesen Bewohnern Kontakt hergestellt werden. Förderkonzepte wie basale Stimulation, Kinästhetik und Bobath kommen hier zur Anwendung. Im Snoezelraum in ruhiger und entspannter Atmosphäre die Welt der Sinne zu erforschen, ist für Bewohner und Mitarbeiter oft ein besonderes Erlebnis. Durch individuellen Umgang mit unseren Bewohnern wird sehr schnell deutlich, dass sie durchaus über Ressourcen verfügen und Signale verschiedenster Art senden können.

Die Interpretation dieser Signale ist oft nicht einfach und so versuchen wir im Teamgespräch, alle Informationen zusammenzutragen und gemeinsame Kommunikations- und Fördermöglichkeiten zu entwickeln.

### 4.3 Testphase: Einführung des Strukturmodells

Im Januar 2017 haben wir unsere EDV-gestützte Dokumentation auf ein anderes Dokumentationsprogramm umgestellt. Im Rahmen dieser Umstellung haben wir außerdem die Strukturierte Informationssammlung zur Planung unserer täglichen Arbeit eingeführt. Bis zur Überarbeitung des Pflegekonzeptes befinden wir uns in einer Testphase. Im Frühjahr 2018 soll die Entscheidung fallen, ob wir weiterhin mit der SiS arbeiten oder ob wir zum traditionellen Modell und damit zurück zu den ABEDLs in Verbindung mit den LAS zurückkehren. Bis zu diesem Zeitpunkt sind beide Ansätze in unserem Pflegekonzept aufgeführt.

#### 4.3.1 SiS

Mit der Einführung einer neuen Dokumentationssoftware wurde auch die strukturierte Informationssammlung (SiS) eingeführt. Sowohl die vorher durchgeführte Pflegeplanung als auch der 6-stufige Pflegeprozess fallen dadurch weg.

Für jeden Bewohner wird von dessen Primary Nurse eine Informationssammlung erstellt. Die wichtigsten Informationen werden in 7 Bereiche (Selbsteinschätzung Bewohner/Angehörige; kognitive und kommunikative Fähigkeiten; Mobilität und Beweglichkeit; krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen; Selbstversorgung; Leben in sozialen Beziehungen, Wohnen/Häuslichkeit) und einer Risikomatrix erfasst. Das zu Grunde liegende Pflegemodell rückt somit in den Hintergrund, die Kategorisierung folgt nach der Logik der SiS. Anhand der Informationssammlung wird der individuelle Maßnahmenplan erarbeitet. Diese Maßnahmenplanung ist für alle Pflegekräfte verbindlich. Abweichungen müssen dokumentiert und begründet werden. Informationssammlung und Maßnahmenplanung werden im 3-monatigen Rhythmus evaluiert.

## 6 Kooperation mit anderen Diensten

Physiotherapeutinnen der Praxis Maute-Steinhilber behandeln unsere Bewohner auf neurophysiologischer Grundlage.

Die Ergotherapie liegt in den Händen von langjährig erfahrenen Mitarbeiterinnen aus der ergotherapeutischen Praxis Ermstal-Ergo, Pia Lippoldt & Alexander Gross GbR.

Die logopädische Versorgung wird von der Praxis für Logopädie Schwarz übernommen.

Die heimärztliche Verantwortung hat unabhängig von der freien Arztwahl der Bewohner Dr. med. Michael Renzel, Arzt für Allgemeinmedizin und Homöopathie, Dettingen.

Urologisch wird unser Haus betreut von Dr. med. Dietmar Randecker, Facharzt für Urologie, Reutlingen.

Die neurologische Mitbehandlung wird von Dr. med. Heide Rall-Autenrieth, Fachärztin für Neurologie und Dr. med. Thomas Coenen, Facharzt für Neurologie/ Psychiatrie, Metzingen, übernommen.

Seit 1995 besteht ein Kooperationsvertrag mit der Diakoniestation Oberes Ermstal-Alb. (ehemals Diakoniestation Dettingen)

Gemäß §1 Heimgesetz besteht ein Versorgungsvertrag zur Sicherstellung der Heimbewohner mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten mit dem Apotheker Rolf Gaub, Sonnenapotheke, Uracher Str. 23, 72581 Dettingen.

Wir stehen in ständiger Verbindung zu den neurologischen Ambulanzen der umliegenden Universitätskliniken (Tübingen und Ulm).

## 7 Literatur

Barth, Myriam: Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Altenpflege. München, Jena 1999.

Gnam, Else; Köther, Ilka: Altenpflege in Ausbildung und Praxis. Stuttgart, New York 2000.

Kampf - Vogelmann, Maria: Geprüfte Schulungsmaterialien für die Pflege. Berlin 2002.

Nydahl, Peter; Bartoszek, Gabriele: Basale Stimulation. Neue Wege in der Intensivmedizin. Urban & Fischer Verlag München, Jena 2000.

Nydahl, Peter: Wachkoma. Urban & Fischer Verlag München 2005.

Völkel, Ingrid; Ehmman, Marlies: Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege. München, Jena 1997, 2.Auflage.

Gordon, Marjory: Handbuch Pflegediagnosen. München, Jena 1999, 2.Auflage.

Zieger, Andreas: Informationen und Hinweise für Angehörige von Schädel-Hirn-Verletzten und Menschen im Koma und apallischen Syndrom, 1997. In: bidok – Volltextbibliothek: Wiederveröffentlichung im Internet.