

Fakultät 11  
für angewandte  
Sozialwissenschaften



## Modifikation und Überarbeitung des Pflege- und Betreuungskonzeptes der Gemeinsam im Leben g.GmbH

(Modifikation and Revision of the Gemeinsam im Leben g.GmbHs  
nursing concept)

Bachelorarbeit an der Fakultät 11 für angewandte Sozialwissenschaften  
der Hochschule München  
Studiengang Pflege dual  
WiSe 2015/16

<b>Eingereicht von:</b>	<b>Tabea Budweg</b>
Matrikelnr.:	04632111
Adresse:	Silcherstrasse 47 72581 Dettingen an der Erms t.budweg@freenet.de
Erstgutachter:	Prof. Dr. Steve Strupeit
Zweitgutachter:	Prof. Dr. Christine Boldt
Abgabe:	München, 16.08.2016

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract .....</b>	<b>4</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>6</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Der Weg zum evidenzbasierten Pflegekonzept.....</b>	<b>7</b>
<b>2 Die Einrichtung.....</b>	<b>8</b>
2.1 Daten und Fakten.....	8
2.2 Geschichtlicher Hintergrund und Vision .....	9
2.3 Neubau.....	10
2.3.1 Gesetzesänderungen: Landesheimbauverordnung BaWü.....	10
2.3.2 Baukonzeptliche Überlegungen .....	10
<b>3 Pflegekonzept Allgemein.....</b>	<b>12</b>
3.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen .....	12
3.2 Qualitätsmanagement .....	13
<b>4 Pflegekonzept Inhaltlich .....</b>	<b>13</b>
4.1 Begriffsklärungen .....	13
4.1.1 Junge Pflege .....	13
4.1.2 Neurologische Langzeitpflege .....	19
4.1.3 Phase F.....	19
4.2 Pflegemodelle.....	21
4.2.1 Modell des Lebens/ Lebensaktivitäten nach Roper et al. ....	21
4.2.2 ABEDL Strukturierungsmodell nach Krohwinkel .....	23
4.2.3 Pflegemodelle – Schlussfolgerung .....	23

4.3 Pflegesysteme.....	24
4.3.1 Primary Nursing .....	24
4.3.2 Funktionspflege.....	27
4.3.3 Bereichspflege/Gruppenpflege.....	28
4.3.4 Pflegesysteme- Schlussfolgerung .....	28
4.4 Pflegeprozess.....	30
4.4.1 Sechs-Schritt-Modell nach Fiechter-Meier .....	31
4.4.2 Pflegediagnostik.....	32
4.4.3 Fördernde Prozesspflege als System .....	37
4.5 Basale Stimulation.....	39
4.5.1 Basale Stimulation - Grundlagen.....	39
4.5.2 Basale Stimulation – State of the Art.....	42
4.5.3 Basale- Stimulation Schlussfolgerung.....	44
4.6 Bobath.....	45
4.6.1 Bobath - Grundlagen.....	45
4.6.2 Bobath – State of the Art.....	45
4.6.3 Bobath - Schlussfolgerung .....	47
4.7 Lagerung in Neutralstellung .....	48
4.7.1 LiN – Grundlagen .....	48
4.7.2 LiN - State of the Art.....	50
4.7.3 LiN – Schlussfolgerung .....	54
<b>5 Abschließende Bewertung .....</b>	<b>55</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>57</b>
<b>Anhang</b>	
<b>Ehrenwörtliche Erklärung</b>	

## Abstract

Die Gemeinsam im Leben g.GmbH ist eine stationäre Pflegeeinrichtung für neurologische Langzeitpflege der Phase F. Das vom MDK und den Gesetzgebern geforderte Pflegekonzept wird in dieser Arbeit überarbeitet und nach neuestem Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse modifiziert. Nötig ist diese Anpassung, um die Aktualität der pflegerischen Praxis zu wahren und das Konzept an den geplanten Neubau der Einrichtung anzupassen. Für die Modifikation wurden aus dem bisherigen Konzept die wichtigsten Begriffe und Aspekte gefiltert und anschließend dazu eine Literaturrecherche durchgeführt. Es erfolgte eine Auswertung der Ergebnisse. Die gefundene Evidenz wurde in Anlehnung an die spezifische Bewohnerstruktur der Einrichtung evaluiert und bewertet. Anschließend wurden die nötigen Inhalte des Pflegekonzeptes angepasst. Das Konzept muss in der nahen Zukunft umsetzbar sein, die Einrichtung dazu befähigen, mögliche Änderungen des Pflegealltags zu erproben und gleichzeitig richtungsweisend für die Pflegepraxis in der neuen Einrichtung sein.

The „Gemeinsam im Leben g.GmbH“ is an in-patient nursing facility for neurologically impaired people. It is categorized in the „Phase F“ referring to the neurological rehabilitation model of the Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). The nursing concept is requested by MDK and the law. It will be modified based on the newest standard of knowledge that nursing science can provide. This modification is necessary due to the plans of building a new institution and to keeping the concept up to date. In the process of the revision, key terms were identified and used as a basis for research. An evaluation of the results followed. Evidence was filtered and interpreted based on the specifics of the targeted residents of the institution. The concept must fulfil the task of being integrated into nursing practice in the near future as well as enabling the institution to test possible changes in daily nursing routines. At the same time, it should be giving directions for nursing practice regarding the project of a new institution.

## Abkürzungsverzeichnis

<b>ABEDL</b>	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens
<b>AF</b>	Atemfrequenz
<b>ALS</b>	Amyotrophe Lateralsklerose
<b>AN</b>	Associate Nurse
<b>BAR</b>	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
<b>BaWü</b>	Baden Württemberg
<b>CNE</b>	certified nursing education
<b>BBT</b>	Berg-Balance-Test
<b>EbN</b>	Evidence-based Nursing
<b>ENP</b>	European Nursing Care Pathways
<b>FIM</b>	Functional Independence Measure
<b>FR</b>	Functional Reach
<b>g.GmbH</b>	Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
<b>GiL</b>	Gemeinsam im Leben
<b>HF</b>	Herzfrequenz
<b>IQD</b>	Institut für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen
<b>KON</b>	Konventionelle Lagerung
<b>LA</b>	Lebensaktivität
<b>LHeimBauVO</b>	Landesheimbauverordnung
<b>LiN</b>	Lagerung in Neutralstellung
<b>MDK</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
<b>MS</b>	Multiple Sklerose
<b>NANDA</b>	NANDA international
<b>PN</b>	Primary Nurse
<b>PROM</b>	Passive range of motion
<b>RR</b>	Blutdruck
<b>SHT</b>	Schädelhirntrauma
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>SpO2</b>	Sauerstoffsättigung im Blut
<b>STREAM</b>	Stroke Rehabilitation Assessment of Moving
<b>TIS</b>	Trunk Impairment Scale
<b>u.a.</b>	unter anderem
<b>vgl.</b>	Vergleiche
<b>WTPG</b>	Wohn- Teilhabe- und Pflegegesetz
<b>z.B.</b>	zum Beispiel

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Neurologisches Rehaphasenmodell .....	20
Abbildung 2 Die 6 Schritte des Pflegeprozesses .....	31
Abbildung 3: Hierarchische Struktur der ENP .....	34
Abbildung 4 Beispiel einer Präkombination .....	34
Abbildung 5 die 5 Teiltheorien der Prozesspflege .....	37
Abbildung 6 Grundelemente der Basalen Stimulation .....	40
Abbildung 7 Bewegungsrichtungen der diametralen Ausstreichung.....	42
Abbildung 8 Schematische Darstellung einer konventionellen Lagerung / LiN .....	49
Abbildung 9 Einschlusskriterien und Randomisierung der Patienten .....	52
Abbildung 10 Zielparameter: PROM Hüfte .....	53

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich von „Junge Pflege-Einrichtungen“ in Deutschland .....	15
Tabelle 2: Gegenüberstellung der konventionellen Bobath- Lagerung und der LiN .....	49

### **Anmerkung zum grammatischen Genus der Person- und Funktionszeichnungen:**

Damit die Arbeit flüssiger zu lesen ist, wird immer lediglich die weibliche, die männliche Form gebraucht. Die jeweils andere Form ist als eingeschlossen zu erachten. Bei Möglichkeit wurden die Formulierungen neutral gehalten.

## 1 Der Weg zum evidenzbasierten Pflegekonzept

Jede stationäre Pflegeeinrichtung in Deutschland muss verpflichtend ein Pflegekonzept vorweisen (vgl. §114 SGB XI). Deshalb hat auch die Gemeinsam im Leben g.GmbH ein Pflegekonzept. Auf Grund der Veränderungen der Rahmenbedingungen ist ein Neubau geplant. Die Anzahl der angebotenen Plätze soll verdoppelt werden. Die Zimmergrößen werden angepasst und es werden weitere räumliche Möglichkeiten zur Therapie geschaffen. Bezogen auf diesen Neubau und auch auf die ständigen Veränderungen des aktuellen Standes der Pflegewissenschaft soll dieses Konzept jedoch überarbeitet und angepasst werden. Das Konzept muss dabei bis zur tatsächlichen Vollendung des Neubaus anwendbar sein und mögliche Änderungen der Pflegetätigkeiten in der Einrichtung begleiten. Änderungen können im Zeitraum der Planungen und der Bauphase erprobt, angepasst und perfektioniert werden. Gleichzeitig soll das neue Konzept natürlich auch den neuesten Stand der Wissenschaft zum aktuellen Zeitpunkt widerspiegeln. Die individuellen Bedürfnisse der Bewohner, der spezialisierten Pflegeeinrichtung müssen berücksichtigt werden. Auch das Pflegekonzept muss auf die Spezialisierung für Menschen mit neurologischen Schädigungen und Bewusstseins Einschränkungen, die Zielgruppe der Einrichtung sind widerspiegeln. Gemeinsam mit dem Leitbild soll es die Vision der Einrichtung verkörpern und nach außen tragen. Auch neu aufgetretene Begrifflichkeiten müssen geklärt und definiert werden.

Für die Modifizierung wurden aus dem bisherigen Konzept die wichtigsten Begriffe gefiltert. Diese Begriffe wurden ausgewählt, da sie pflegewissenschaftliche Themen bezeichnen und damit auf ihre Evidenz hin überprüft werden können. Diese Arbeit enthält in der Kürze, in der es der Umfang dieser Arbeit zulässt, Beschreibungen von Modellen, Konzepten und Techniken, auf aktuellem Stand der Wissenschaft. Ausgewählt wurden solche, die wichtige Bestandteile der Pflegepraxis dieser Einrichtung darstellen. In Gesprächen mit der Füh-

rungsebene der Einrichtung, wurden grobe Ziele gesetzt, was verändert werden soll, wo es Handlungsbedarf gibt und was möglichst erhalten werden sollte. Anhand der festgelegten Begriffe wurde anschließend eine Literaturrecherche durchgeführt. Die aktuelle Studienlage wurde überprüft, Definitionen wurden gesucht oder erstellt, Thesen, welches die beste Möglichkeit für die Einrichtung wäre, überprüft. In der Schlussfolgerung wurde für jeden Begriff eine Entscheidung getroffen, welche Option unter welchen Bedingungen ins Konzept übernommen werden sollte. Von generellen Informationen über die Einrichtung, zu Beschreibungen der neuen Einrichtung und der Relevanz des Themas geht es zu den Begriffserklärungen über. Am Ende steht das neue Pflegekonzept der Gemeinsam im Leben g.GmbH, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen der Pflegewissenschaft.

## **2 Die Einrichtung**

### **2.1 Daten und Fakten**

Die Gemeinsam im Leben g.GmbH (GiL) ist eine spezialisierte Pflegeeinrichtung der neurologischen Langzeitpflege. Sie wird, nach dem neurologischen Rehaphasenmodell der Phase F (vgl. BAR 2003) zugeordnet. Derzeit hält die Einrichtung 12 Plätze in jeweils vier Doppel- und Einzelzimmern vor, sowie einen eingeschobenen Platz für die Kurzzeitpflege. Das Aufnahmealter liegt zwischen 18 und 60 Jahren. Die durchschnittliche Verweildauer der Bewohner beträgt 10 Jahre. Die Plätze verteilen sich auf zwei Häuser. Auch Therapie- und Aufenthaltsräume sind vorhanden. Die Häuser befinden sich inmitten eines Wohngebietes und sind äußerlich kaum von den anderen Wohnhäusern zu unterscheiden.

Überwiegend sind die Pflegebedürftigen von neurologischen Krankheitsbildern wie Multipler Sklerose (MS), Amyotropher Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington aber auch von erworbenen Hirnschädigungen nach Schädelhirntrauma (SHT) oder Hypoxie betroffen. Auch Menschen mit hohen Querschnitten zum Beispiel nach Unfällen gehören zur Zielgruppe.



Zurzeit beschäftigt die GiL g.GmbH 16 Mitarbeitende, davon sechs Pflegefachkräfte in Voll- und Teilzeit. Die Fachkraftquote liegt auf Grund des erhöhten Pflegebedarfs (vor allem auch in der Behandlungspflege) bei 64,4% (vgl. Budweg 2015).

## 2.2 Geschichtlicher Hintergrund und Vision

Die GiL g.GmbH wurde 1990 von den beiden Familien Budweg und Keppeler ehemals unter dem Namen „Leben mit Behinderten“ gegründet. Begonnen wurde damals in einem Haus mit sechs Pflegeplätzen. In zwei Schritten wurden auch im Nachbarhaus Pflegeplätze geschaffen. Das Pflegeangebot richtet sich seit Beginn an jüngere Pflegebedürftige. Den Gründern fiel damals auf, dass jüngere Pflegebedürftige immer öfter in Altenpflegeeinrichtungen untergebracht werden mussten. Dies empfanden sie als ein Abstellgleis, einen Aufbewahrungsort. Oft erlebten sie jedoch, dass gerade diese Menschen noch kämpfen, um ins Leben zurück zu kommen.

Die Vision der Familien war und ist es, das Zusammenleben von „Behinderten“ und „Nicht-Behinderten“ Menschen zu ermöglichen, den Menschen ein zu Hause zu bieten und ein Pflegeheim ohne Heimcharakter zu betreiben. Den Bewohnern soll die Teilhabe am Leben ermöglicht werden. Hier sind, die schon seit vielen Jahren mit in den Häusern lebenden Familien, die Tür zur Außenwelt.

Das Leitbild (s. Anhang S. XX) mit dem Titel „Wir sind alle Gäste des Lebens“ zeigt die Einstellung zum Thema Leben. Nach einem christlich-diakonischen Ansatz, wird jedes Leben als wertvoll und lebenswert angesehen. Mitarbeiter der Einrichtung setzen sich daher auch politisch und in der Gesellschaft für gute Lebensbedingungen für gerade solche Menschen, die es nicht mehr selbst können, und deren Angehörigen ein (vgl. ebd.).

## 2.3 Neubau

### 2.3.1 Gesetzesänderungen: Landesheimbauverordnung BaWü

Am 01.09.2009 trat die Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO) in Baden Württemberg in Kraft. Die ermessenslenkenden Richtlinien hierzu wurden 2015 veröffentlicht. Die Verordnung besagt, dass sich der Bau und die Gestaltung der Räume an den Bedürfnissen der Bewohner orientieren sollen, nicht nach Funktionalität oder Wirtschaftlichkeit. Um individuellen Wohnraum zu schaffen, darf es nur noch Einzelzimmer geben (vgl. LHeimBauVO §1). Jedoch sollen möglichst viele Einzelzimmer als Nutzeinheiten ausgestattet werden, also zum Beispiel durch eine Trennwand oder einen Vorflur verbindbar sein. Dies wird in den ermessenslenkenden Richtlinien weiter ausgeführt. Pro Wohngruppe muss mindestens eine solche Nutzeinheit vorhanden sein. Die Mindestgröße der Zimmer beträgt 14 Quadratmeter. Für jeden Bewohner müssen im Aufenthaltsbereich fünf Quadratmeter gerechnet werden (vgl. ebd. §3). Die Einrichtung sollte nicht mehr als 100 Plätze anbieten (vgl. ebd. §2). Es wurde eine Übergangsfrist über 10 Jahre gesetzt, also bis September 2019 (vgl. ebd. §6). Da die GiL g.GmbH zum jetzigen Zeitpunkt über Doppelzimmer verfügt und auch die Zimmergrößen teilweise zu klein für die Anwendung der ermessenslenkenden Richtlinien sind und diese auch nur für einen Zeitraum von 25 Jahren geltend gemacht werden können, steht die Überlegung zu einem Neubau, auch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit an. In Blick auf die Zukunft des Pflegeheims und unserer Bewohner befindet sich die g. GmbH nun aktuell in der Planungsphase für eine größere Einrichtung.

### 2.3.2 Baukonzeptliche Überlegungen

Aus Gründen des wirtschaftlichen Personaleinsatzes muss die Anzahl der Plätze in der neuen Einrichtung auf 24 Plätze erweitert werden. Weiterhin ist ein Zimmer für die Kurzzeitpflege geplant. Um die familiäre Atmosphäre zu erhalten und eine Überforderung der Bewohner durch Unübersichtlichkeit zu vermeiden, werden diese Plätze jedoch auf zwei „Wohngruppen“ mit jeweils 12 Plätzen aufgeteilt. Diese werden sich auf zwei Pflegestockwerken befinden. Die Idee, der Familien als Berührungspunkte zur Außenwelt bleibt erhalten. Es

wird durch zwei Wohnungen, auf dem Dach der Einrichtung privater Wohnraum für die Familien geschaffen. Diese Wohnungen haben direkten Zugang zu den Pflegestockwerken.

Eine versetzte Anordnung der Baukörper soll lange Flure und den damit verbundenen Heim- beziehungsweise Krankenhauscharakter vermeiden (s. Anhang S. XXVI). Es wird auf beiden Pflegestockwerken jeweils eine Funktionseinheit ausgestaltet, also eine Trennwand zwischen zwei Zimmern eingesetzt, um eine Doppelzimmerlösung zu ermöglichen. Große, offen gestaltete Aufenthaltsräume bieten den Bewohnern Abwechslung und können auch den Angehörigen helfen in gelockerter Atmosphäre ihre Besuche zu gestalten und sich mit anderen auszutauschen. Gleichzeitig bieten die Bewohnerzimmer mit Balkonen und schnell erreichbaren Grünflächen, die Möglichkeit sich zurückziehen. Im unteren Stockwerk wird die Verwaltung angesiedelt. Dort stehen auch Hauswirtschaftsräume, Räumlichkeiten fürs Personal und Lagerräume zur Verfügung. Eine Küche gewährleistet, dass auch in der neuen Einrichtung noch selbst für diejenigen Bewohner, die essen können, täglich frisch gekocht werden kann. Auch Speisen für die logopädische Therapie können dort angerichtet werden. Außerdem gibt es auf jedem Pflegestockwerk eine kleine Teeküche, die von Bewohnern, Angehörigen aber auch für therapeutische Zwecke genutzt werden können. Für die weiteren Therapien sind ein Therapieraum sowie ein Snoezelenraum geplant.

Da die Angehörigen in der Rehabilitation von neurologisch Geschädigten eine große Rolle spielen, wird es ein Gästezimmer als Übernachtungsmöglichkeit geben. Dies kann vor allem für Angehörige mit längerer Anreise interessant sein, aber auch, wenn Angehörige in der Pflege geschult und angeleitet werden wollen. In einer palliativen Situation können sie beim Bewohner sein und sich gleichzeitig für einen Zeitraum zurückziehen und ausruhen.

### **3 Pflegekonzept Allgemein**

Ein Pflegekonzept wird grundsätzlich von den Fach- und Führungskräften einer Einrichtung erarbeitet. Es sollte auf pflegewissenschaftlichen Theorien und Modellen basieren und die konzeptionelle Orientierung der Einrichtung widerspiegeln (vgl. Weigert 2010, S. 28). Das Pflegekonzept dient der Leistungsbedarfsaufstellung und der Transparenz gegenüber Außenstehenden. Inhaltlich muss es Aufbau- und Ablauforganisatorische Strukturen darstellen und über Tätigkeiten, Kompetenzen und Befugnisse der Mitarbeitenden informieren. Es hat einen verbindlichen und handlungsweisenden Charakter. Innerhalb der Konzeption gibt es in vielen Einrichtungen auch ein Pflegeleitbild. Dieses dient vor allem dazu, den Grund der Existenz der Einrichtung darzustellen. Mit einem Leitbild grenzt sich die Einrichtung von anderen Einrichtungen ab. Inhaltlich kommt die Philosophie der Einrichtung, also Ziel- und Wertevorstellungen, Beschreibungen zum Menschenbild, Aussagen zur angestrebten Pflegequalität und das Selbstverständnis der Einrichtung zum Tragen (vgl. Fröse 2011, S. 85). Die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale müssen von einer Einrichtung vor Entgelt-Verhandlungen mit den Kostenträgern vorgelegt werden (vgl. Weigert 2008, S. 18).

#### **3.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen**

In den Prüfungsrichtlinien des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) werden von der Einrichtung Aussagen zum Pflegemodell, zum Pflegesystem, dem Pflegeprozess, der innerbetrieblichen Kommunikation und dem Qualitätssicherungssystem gefordert. Außerdem müssen Leistungen, ergänzende Leistungen und Kooperationen dargestellt, sowie Aussagen zur räumlich, personellen und sächlichen Ausstattung gemacht werden. (vgl. Fröse 2011, S. 85). Auch das Sozialgesetzbuch schreibt im 11. Buch zum Thema Qualitätsprüfungen ein schriftliches Pflegekonzept vor (vgl. § 114 SGB XI).

## 3.2 Qualitätsmanagement

Einrichtungen der stationären Pflege müssen ein Qualitätsmanagement vorweisen. Das Wohn-Teilhabe und Pflegegesetz legt als Anforderung an stationäre Einrichtungen fest, dass die Qualität der Betreuung und Verpflegung, sowie auch der ärztlichen und gesundheitlichen Betreuung angemessen zu sichern ist (vgl. §10, Abs.2 Satz 5 WTPG). Außerdem muss sie ein Qualitätsmanagement betreiben (vgl. Abs. 3 Satz 5 WTPG). Die GiL g.GmbH verfügt sowohl über ein internes als auch ein externes Qualitätsmanagement. Die externe Qualitätssicherung erfolgt über das Institut für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen GmbH (IQD). Deren Modell orientiert sich an den Vorschriften nach §80 SGB XI. Das Qualitätssiegel für Pflegeheime wird mit einer Gültigkeit von zwei Jahren vergeben (vgl. Budweg 2015).

## 4 Pflegekonzept Inhaltlich

### 4.1 Begriffsklärungen

#### 4.1.1 Junge Pflege

Immer öfter hört man im vollstationären Setting den Begriff der „jungen Pflege“. Diese spricht eine Zielgruppe an, für die es in bestehenden Einrichtungen oft wenige passende Angebote gibt. Da GiL junge Erwachsene aufnimmt, wird der Begriff mit in das Pflegekonzept aufgenommen. Bisher gibt es jedoch von offizieller Seite keine Definition für die „junge Pflege“. Deshalb wurden 10 Einrichtungen, die in ihren Internetauftritten den Begriff der „jungen Pflege“ verwenden, miteinander verglichen, um eine Arbeitsdefinition zu generieren. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die nachfolgende Tabelle 1 erstellt, um eine Übersicht zu erhalten. Gezielt wurden Einrichtungen aus ganz Deutschland gewählt und nicht nur aus dem Land Baden Württemberg um eine möglichst allgemeingültige Definition zu erhalten. Um eine gewisse Randomisierung zu erzielen wurden die ersten neun Ergebnisse, die unter dem Suchbegriff „Junge Pflege“ in der Suchmaschine „Google“ erschienen, ausgewählt. Außerdem wurde die GiL g.GmbH als zehnte Einrichtung mit in den Vergleich eingeschlossen. Da Zielgruppe, Aufnahmealter und Zielsetzung mit den anderen

Einrichtungen vergleichbar sind (vgl. Tabelle 1), konnte die Annahme begründet werden, dass GiL junge Pflege betreibt und mit in diese Gruppe der „junge Pflege“- Einrichtungen gezählt werden kann.

#### Arbeitsdefinition:

Junge Pflege richtet sich an die Zielgruppe der jungen Erwachsenen, im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, die erworbene Behinderungen überwiegend durch neurologische Erkrankungen (z.B. MS, Apoplex, SHT,...), hohe Querschnitte oder Tumorerkrankungen aufweisen. Aufnahmevoraussetzung ist eine Einstufung nach der Pflegeversicherung. Die Pflege wird auf die abweichenden Bedürfnisse von jüngeren Pflegebedürftigen im Vergleich zur Pflege älterer angepasst. Das Ziel der jungen Pflege ist es, eine größtmögliche Selbständigkeit, die Teilhabe am Leben und das Leben unter Gleichaltrigen zu ermöglichen.

Einrichtung	Aufnahmealter in Jahren	Zielgruppe (Diagnosen)	Ziele/ Spezialisierung/Maßnahmen	Quelle
<p><b>Gemeinsam im Leben</b></p> <p>Dettingen a.d. Erms (BW)</p> <p>12 Plätze</p>	18-60	<p>"erworbene" Behinderungen nach Erkrankungen/ unfallbedingten Verletzungen.</p> <p>Hirnschädigungen/ Schädigungen des ZNS (Unfälle; Hypoxie; SHT; Infekte; neurologische Erkrankungen; Tumore</p> <p>Tetraplegien</p> <p>Hohe Querschnitte</p>	<p><b>Phase F</b></p> <p>Trachealkanülen Versorgung; Beatmungspflicht</p> <p>Ein Zuhause schwerstkörperbehinderter Menschen</p> <p>Team geschult im Umgang mit Paresen und spastischen Plegien; Querschnittslähmung; Wachkoma;</p>	<p><a href="http://www.gemeinsamimleben.de/von-den-menschen-bei-uns/die-mit-uns-leben/index.html">http://www.gemeinsamimleben.de/von-den-menschen-bei-uns/die-mit-uns-leben/index.html</a></p> <p>(Budweg 2015)</p>
<p><b>Gesundheitszentrum Main/Spessart</b></p> <p>Gemünden a.Main (BY)</p>	Unter 65	<p>Jüngere Pflegebedürftige Menschen</p> <p>Neurologische Diagnosen</p>	<p>Individueller Therapieplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Größtmögliche Selbständigkeit/ Handlungsfreiheit im Alltag</li> <li>➔ Gegebenenfalls Rückkehr in eigenen Haushalt</li> </ul>	<p><a href="http://gsmssp.de/spezielle-pflege/junge-patienten/">http://gsmssp.de/spezielle-pflege/junge-patienten/</a></p> <p>(Gesundheitszentrum Main-Spessart GmbH &amp; Co KG 2015)</p>

<p><b>Wohlfahrtswerk für Baden Württemberg</b></p> <p>Verschiedene Standorte</p>	<p>–</p>	<p>Jüngere pflegebedürftige Menschen</p> <p>MS, Schlaganfall, Unfälle</p>	<p>Eigener Wohnbereich, auf spezifische Bedürfnisse zugeschnitten;</p> <p>Selbständigkeit so weit wie möglich durch therapeutische Förderung erhalten</p>	<p><a href="https://www.wohlfahrtswerk.de/jungepflege.html">https://www.wohlfahrtswerk.de/jungepflege.html</a></p> <p>(Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg 2015)</p>
<p><b>Seniorenpflegeeinrichtung Santa Isabella</b></p> <p>Niedernberg (BY)</p> <p>17 Plätze</p>	<p>18-65</p>	<p>MS; Schlaganfall; Querschnittslähmung; Chorea Huntington</p>	<p><b>In Zusammenhang mit Phase F</b></p> <p>Damit weiterhin Kontakt zur Familie besteht: → Übernachtungsmöglichkeiten für Familie/Bekannte</p> <p>Spezifische Hausstruktur</p> <p>Optimale Heil- und Hilfsmittelversorgung</p>	<p><a href="http://santa-isabella.de/downloads/SI_5_0_Junge%20Pflege.pdf">http://santa-isabella.de/downloads/SI_5_0_Junge%20Pflege.pdf</a></p> <p>(Santa Isabella 2015)</p>
<p><b>Alloheim Seniorenresidenzen</b></p> <p>Mehrere Standorte</p>	<p>18-65</p>	<p>Unfall (SHT; Querschnittslähmung) Krankheit (MS, ALS)</p>	<p>spezielle Pflege und Betreuung schwer- und schwerstpflegebedürftiger jüngerer Menschen</p> <p>Besondere Berücksichtigung der familiären Situation/ Einbeziehung des soz. Umfelds in pflegerischer/organisatorischer Alltag</p> <p>Fähigkeiten erhalten/ zurückgewinnen</p>	<p><a href="https://www.alloheim.de/die-unternehmensgruppe/unsere-leistungen/spezialpflege/stationaere-junge-pflege/">https://www.alloheim.de/die-unternehmensgruppe/unsere-leistungen/spezialpflege/stationaere-junge-pflege/</a></p> <p>(Alloheim Senioren-Residenzen GmbH 2015)</p>



<p><b>CBKW Clarenbachwerk</b></p> <p>Köln (NRW)</p> <p>91 Plätze</p>	<p>20-50</p>	<p>Körperlich behinderte junge Menschen (ärztliche Bescheinigung über schwere Pflegebedürftigkeit muss vorliegen)</p> <p>Wachkoma</p>	<p>Weitestgehend selbständiges, selbstbestimmtes Leben</p> <p>Verschiedene Alltagstherapeutische Angebote</p>	<p><a href="http://www.clarenbachwerk.de/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=5&amp;Itemid=176">http://www.clarenbachwerk.de/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=5&amp;Itemid=176</a></p> <p><a href="http://www.clarenbachwerk.de/images/pdf/CBWK_Frida_Kahlo_Haus_Broschuere.pdf">http://www.clarenbachwerk.de/images/pdf/CBWK_Frida_Kahlo_Haus_Broschuere.pdf</a></p> <p>(CBWK Clarenbachwerk Köln gGmbH 2015)</p>
<p><b>Paulusheim St. Elisabeth-pflege</b></p> <p>Osnabrück (NI)</p> <p>120 Plätze insgesamt</p>	<p>20-60</p>	<p>Junge Erwachsene mit körperlichem Pflegebedarf</p> <p>MS; Wachkoma; SHT</p>	<p><b>Junge Pflege - Phase F</b></p> <p>Teilnahme am gesellschaftlichen Leben</p> <p>Einbeziehung von Angehörigen</p> <p>Trachealkanülen Versorgung/ Heimsauerstoff</p>	<p><a href="http://www.st-elisabeth-pflege.de/pages-NEU/Paulus/Junge-Pflege-Paulus-NEU.html">http://www.st-elisabeth-pflege.de/pages-NEU/Paulus/Junge-Pflege-Paulus-NEU.html</a></p> <p>(St. Elisabeth Pflege GmbH 2015)</p>
<p><b>Hospitalstiftung Rottenburg am Neckar</b></p> <p>(BW)</p> <p>12 Plätze</p>	<p>Unter 65</p>	<p>Organische Erkrankungen</p> <p>Neurologische Erkrankungen</p> <p>Paraplegie nach Unfall</p> <p>(Einstufung nach Pflegeversicherung. erforderlich)</p>	<p>Wohngruppe (Kurzzeitpflege und Langzeitpflege)</p> <p>Zentrale Lage (Anbindung an Stadtleben)</p> <p>(12 Einzelzimmer, 1 Badezimmer)</p>	<p><a href="http://www.hospitalstiftung-rottenburg.de/index.php?module=pagemaster&amp;func=viewpub&amp;tid=1&amp;pid=22">http://www.hospitalstiftung-rottenburg.de/index.php?module=pagemaster&amp;func=viewpub&amp;tid=1&amp;pid=22</a></p> <p>(Hospital zum Heiligen Geist Rottenburg am Neckar 2015)</p>

<b>Generationenhaus Heschl</b>  Stuttgart (BW)  38 Plätze	25-50	Schwere neurologische andere chronische Erkrankungen	Teilhabe am Leben ermöglichen	<a href="http://www.schmid-stiftung.de/generationenhaus-heschl/pflegezentrum-jungepflege.php">http://www.schmid-stiftung.de/generationenhaus-heschl/pflegezentrum-jungepflege.php</a>  (Rudolf Schmid und Hermann Schmid Stiftung 2015)
<b>Kursana</b>  Mehrere Standorte	Ab 18	Neurologische Erkrankung Erkrankung des Nervensystems Tumorerkrankung	Auf besondere Bedürfnisse von jüngeren Pflegebedürftigen eingehen	<a href="http://www.kursana.de/wohnenpflege/pflegebetreuung/indikationen/jungepflege/">http://www.kursana.de/wohnenpflege/pflegebetreuung/indikationen/jungepflege/</a>  (Kursana Residenzen GmbH 2015)
<b>Seniorenwohnpark Weser Junger Eichhof</b>  Hambergen (NI)  20 Plätze	20-60	Junge Pflegebedürftige  Neurologische Erkrankung Unfall (Einstufung nach Pflegeversicherung)	Weitestgehend selbstbestimmtes Leben unter möglichst Gleichaltrigen	<a href="http://www.residenzgruppe.de/wohnpark/detailansicht_hauser.php?objekt=150&amp;PHPSESSID=7082a095d147e4c8b06ad6894cc1af0a">http://www.residenzgruppe.de/wohnpark/detailansicht_hauser.php?objekt=150&amp;PHPSESSID=7082a095d147e4c8b06ad6894cc1af0a</a>  (Senioren Wohnpark Weser GmbH 2015)

Tabelle 1: Vergleich von „Junge Pflege-Einrichtungen“ in Deutschland

### 4.1.2 Neurologische Langzeitpflege

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeitete in ihren „Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F“ eine Beschreibung der Neurologischen Langzeitpflege in der Phase F.

Die Zielgruppe der neurologischen Langzeitpflege sind erwachsene Personen, „welche an den Folgen von neurologischen Akutereignissen (z.B. Schädel-Hirn-Traumen, zerebralen Sauerstoffmangelschäden u.a. nach Herz-Kreislauf-Versagen), von akuten zerebralen Gefäßschäden, von entzündlichen Erkrankungsprozessen im Nervensystem oder hohen Querschnitten leiden“ (vgl. BAR 2003, S. 7). Innerhalb der Zielgruppe treten bei den Betroffenen verschiedene Grade einer Bewusstseinsstörung oder auch intellektuelle und kognitive Einschränkungen auf. Komplexere Muster betreffend der Ausfälle in Motorik und Sensorik, sind Thema bei der Versorgung. Die dadurch entstehenden Einschränkungen in allen Lebensaktivitäten haben einen hohen pflegerischen Aufwand zur Folge. Das Risiko für Sekundärschäden wie zum Beispiel Kontrakturen und Infektionen ist ebenfalls stark erhöht (vgl. ebd.).

### 4.1.3 Phase F

Die Phase F ist eine etwas abgegrenzt stehende Phase aus dem neurologischen Reha-Phasenmodell der BAR. In der Phase A findet die Akutbehandlung statt. Das Überleben der Verletzung und die vitale Stabilisierung stehen in Vordergrund. Meist sind die Menschen in dieser Phase komatös. In der Phase B findet die Postakutbehandlung statt. Die Betroffenen werden noch Monitorüberwacht, befinden sich jedoch nicht mehr in einem lebensbedrohlichen Zustand und sind damit nicht mehr intensivpflichtig. Die Pflegenden arbeiten mit bewusstseinsgestörten, verwirrten und unruhigen Patienten, mit dem Ziel, diese ins Leben zurück zu holen. In der Phase C finden Frühmobilisation und weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen statt. Die Selbständigkeit im Alltag soll wiedergewonnen werden. Die neurologische Rehabilitation

findet in der Phase D statt. Die Fähigkeit zur Erwerbstätigkeit soll wieder hergestellt, beziehungsweise verbessert werden. Ein weiteres Ziel ist die psychosoziale Wiedereingliederung. Die Phase E ist dann die soziale und berufliche Wiedereingliederung, meist in einem ambulanten Setting. Die Phase F bildet die Langzeitversorgung ab. Zustandserhaltende und aktivierende Dauerpflege stehen im Vordergrund (vgl. Nydahl 2005, S. 6f.).

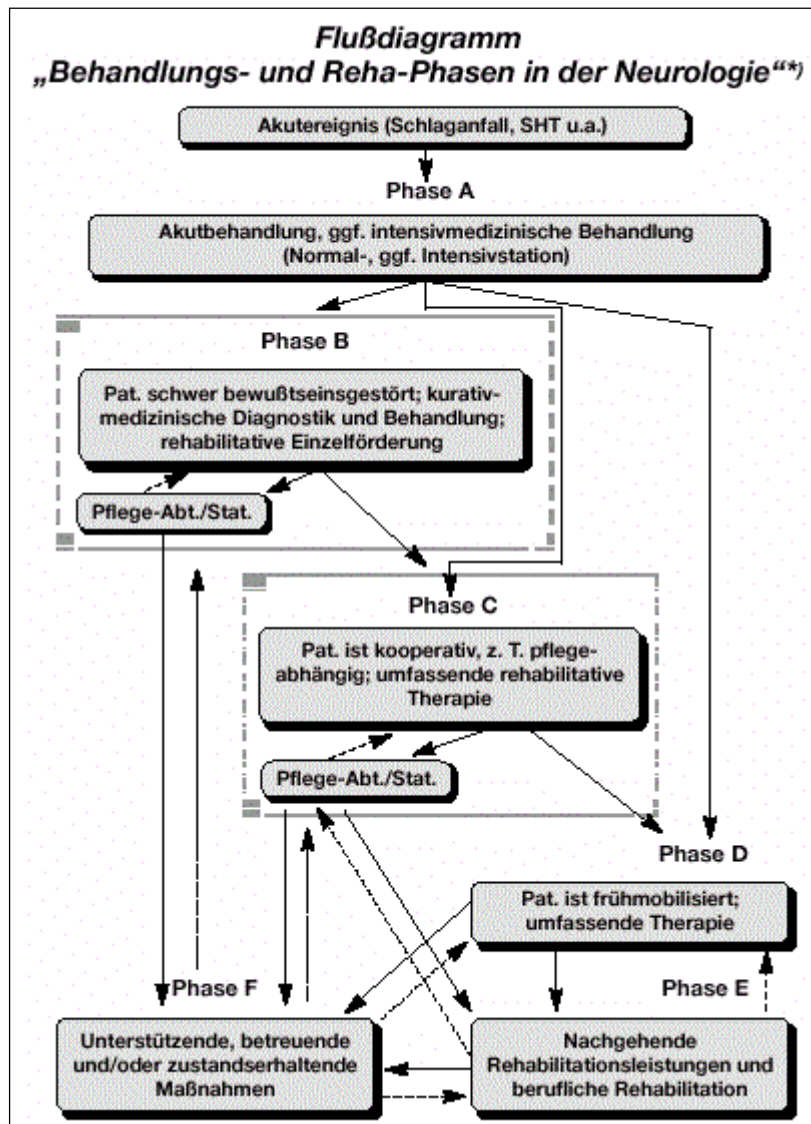


Abbildung 1 Neurologisches Rehaphasenmodell (BAR 2003)

In der Phase F stehen pflegerische und medizinische Maßnahmen, die die Selbsthilfepotenziale des Betroffenen unterstützen im Vordergrund. In die Phase F wird meist weiterverlegt, wenn in Einrichtungen der früheren Phasen,

meist Frührehabilitationen der Phase B, in den zurückliegenden Monaten keine Verbesserung beziehungsweise kein Zugewinn an Fähigkeiten mehr erreicht werden konnte. Langfristig muss jedoch eine positive Behandlungsprognose für eine vorausgehende Reaphase (B, C, D) vorhanden sein. Ziel der Phase F ist die Verbesserung der Fähigkeiten und des Bewusstseinszustandes, sodass eine Teilhabe am sozialen Leben wieder ermöglicht werden kann. Das unterste zu erreichende Ziel ist immer die Zustandserhaltung. Die Behandlungsfähigkeit für die Phasen B, C und D zu erreichen ist das übergeordnete Ziel. Wie in Abbildung 1 zu sehen, verlaufen die Phasen nicht starr linear, sondern es ist immer ein Wechsel vor und zurück möglich. Weitere Ziele sind weitestgehend die Selbständigkeit und die soziale Integration zu erhalten und zu verbessern (vgl. BAR 2003, S. 8). Auf Grund des erhöhten Grund- und Behandlungspflegeanteils und auch des erhöhten Überwachungsaufwands ist ein höherer Anteil an Pflegefachkräften in den Phase F-Einrichtungen erforderlich (vgl. ebd. S. 14).

Eine solche Einrichtung erbringt Leistungen der Grundpflege, der medizinischen Behandlungspflege und soziale Betreuung. Außerdem werden Angehörige und die Betroffenen selbst beraten und angeleitet. Unterkunft und Verpflegung werden bereitgestellt. Des Weiteren muss die Einrichtung sicherstellen, dass ärztlich verordnete Leistungen, zum Beispiel Heil- und Hilfsmittel genutzt werden können. Leistungsrechtlich ist die Phase F den Pflege-, Unfallversicherungen, der Sozialhilfe und den jeweils zuständigen Leistungsträgern zugeordnet. Grundlage hierfür ist das 9. Sozialgesetzbuch (vgl. §§75, 80) (vgl. BAR 2003, S. 8ff.).

## **4.2 Pflegemodelle**

### **4.2.1 Modell des Lebens/ Lebensaktivitäten nach Roper et al.**

Das Modell des Lebens und die darin enthaltenen Lebensaktivitäten, wurde in den 1970er Jahren entwickelt. Es stellt einen pflegetheoretischen Ansatz dar. Vergleichbar ist das Modell mit Hendersons Theorie der Grundbedürfnisse. Der gewählte Begriff der Lebensaktivitäten (LAs) stellt die aktive Rolle des Pa-

tienten in der Pflegehandlung dar. Das Modell weicht bewusst vom Defizitverständnis ab. Die Grundannahme geht davon aus, dass Menschen prinzipiell aktiv für die Erfüllung ihrer Bedürfnisse sorgen. Sie haben ein Interesse daran, schnellstmöglich wieder die größtmögliche Unabhängigkeit zu erreichen. Eine Pflege wird nur da nötig, wo eine Einschränkung besteht. Impulse, die das Modell beinhaltet, beschreiben das Pflegeprozesshandeln unter dem Gesichtspunkt der Berücksichtigung der Gewohnheiten und Bewältigungsstrategien des Patienten. Das Pflegehandeln soll auf die größtmögliche Unabhängigkeit ausgerichtet werden. Ziel der Pflege ist es, ein gesundheitsförderndes Verhalten anzuregen. Dies erreicht sie durch Beratung und Anleitung (vgl. Menche 2011, S. 94 f.).

Heute spricht man von 12 LAs. In einer früheren Fassung waren es 14. Die LA, die für unsere Einrichtung wichtig ist, ist im heutigen Modell nicht mehr vorhanden. „Sinneseindrücke und Wahrnehmung“ ist jedoch für unsere Bewohnerstruktur von großer Bedeutung. Die LA beinhaltet die Aspekte Hören, Sehen, Fühlen, Schmecken, Tasten und Riechen. Gleichgewichtsempfinden, Selbst- und Fremdwahrnehmung und Körper-Missempfindungen sind Weitere (vgl. Kämmer 2000, S. 83 f.). Genau diese Parameter sind bei vielen unserer Bewohner beeinträchtigt, weshalb sie besonders berücksichtigt werden müssen. Die Sinneswahrnehmung spielt bei der Pflege von bewusstseins eingeschränkten Menschen eine große Rolle. Um dort mögliche Entwicklungspotenziale zu erfassen, bedarf es verschiedener Kompetenzen bei den Pflegenden. Unter anderem die Einschätzung und Beurteilung des Bewusstseins. Der Neurochirurg und Rehabilitationsmediziner A. Zieger beschreibt das Gehirn als ein Organ, das kommunizieren muss. Durch Kommunikation kann dem Betroffenen Schutz und Sicherheit vermittelt werden. Gute Pflege muss Kommunikationsangebote auf einer Ebene schaffen, auf welcher sie der Betroffenen wahrnehmen und verstehen kann. Dies geschieht durch Sinneseindrücke. Als eine Grundannahme, die wir auch in das Menschenbild unserer Einrichtung übernehmen, gilt der Mensch als ein Zeit seines Lebens wahrnehmungs-, kommunikations- und entwicklungsfähiges Wesen (vgl. Nydahl 2005, S. 3).

#### 4.2.2 ABEDL Strukturierungsmodell nach Krohwinkel

Monika Krohwinkel greift in ihrem „Modell der Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (ABEDL) Teile aus Ropers Modell des Lebens auf (vgl. Kämmer 2000, S. 83). Das Modell ist Teil der fördernden Prozesspflege (siehe 5.4.3 Fördernde Prozesspflege als System). Insgesamt gibt es 13 Kategorien. Diese sind: „Kommunizieren können“, „sich bewegen können“, „vitale Funktionen des Körpers aufrecht erhalten können“, „sich pflegen können“, „sich kleiden können“, „ausscheiden können“, „Essen und Trinken können“, „Ruhen, Schlafen, Entspannen können“, „sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können“, „die eigene Sexualität leben können“, „für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können“, „soziale Kontakte und Beziehungen sichern und gestalten können“, „mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln“ (vgl. Menche 2011, S. 96). Die einzelnen Bestandteile und deren Anpassung an unsere Pflegeeinrichtung können dem Pflegekonzept (siehe Anhang S. II) entnommen werden.

#### 4.2.3 Pflegemodelle – Schlussfolgerung

Mit dem Zusammenfügen von Komponenten aus den beiden genannten Modellen, entsteht ein individuell auf die Bewohner des Pflegeheims angepasstes Modell. Die ABEDLs bilden alle wichtigen Bereiche, die im Leben eines Menschen eine Rolle spielen ab. Besonders die 13. Aktivität stellt mit dem Umgang mit existenziellen Erfahrungen einen wichtigen Punkt dar. Alle Bewohner der Einrichtung sehen sich immer wieder aufs Neue mit diesem Punkt konfrontiert. Es ist daher wichtig, dass dieser in einer Pflegeplanung Beachtung findet. Das Hinzufügen der „Sinneseindrücke und Wahrnehmung“ aus dem Modell der LAs geschieht ebenso auf Grund der besonderen Bedürfnisse und Situation unserer Bewohner. Diese Form des Modells wird schon seit längerer Zeit erfolgreich in der Einrichtung verwendet. Die Mitarbeitenden sind damit vertraut und können es damit leicht und erfolgreich in der Praxis umsetzen. In den Pflegeplanungen werden alle ABEDLs berücksichtigt, jedoch nicht immer zu allen auch aktiv Probleme, Ziele und Maßnahmen formuliert. Auf Grund des großen Aufkommens verschiedener Probleme wird priorisiert. Viele Grundpflegeaspekte werden schon in der Einarbeitung der Mitarbeiter thematisiert und

werden daher standardmäßig umgesetzt, ohne in der Pflegeplanung extra aufgeführt werden zu müssen.

### **4.3 Pflegesysteme**

Eine im Jahr 2004 veröffentlichte Studie von Hall und McGillis untersuchte die Zusammenhänge zwischen dem Personaleinsatz, sowohl der Anzahl als auch der Qualifikation von Mitarbeitenden und der Organisation der Patientenversorgung, in Bezug auf die Qualität dieser. Ein wesentliches Ergebnis dieser Studie besagt, dass die vorhandene Organisationsform ein wesentlicher Faktor für die am Ende stehende Versorgungsqualität, also dem Outcome ist (vgl. Mischo-Kelling, Schütz-Pazzini et al. 2007, S. 22).

#### **4.3.1 Primary Nursing**

##### **4.3.1.1 Allgemeine Systembeschreibung**

„Primary Nursing“, im deutschen auch primäre Pflege genannt, ist ein Pflegesystem, das auf Stationsebene angesiedelt wird (vgl. Manthey, Kelling et al. 2011, S. 41). Das System wurde im Jahr 1969 in Minneapolis von Marie Manthey entwickelt (Mischo-Kelling, Schütz-Pazzini et al. 2007, S. 21) und gilt als erstes formales und professionelles Pflegesystem im Bereich der Krankenhausversorgung (vgl. ebd. S.72).

Manthey beschreibt in ihrem Buch die vier Grundelemente des Primary Nursing. Das erste Element ist die Übertragung der persönlichen Verantwortung auf eine Pflegekraft. Diese Verantwortung bezieht sich auf das Treffen von Entscheidungen für einen, dieser Pflegekraft zugeteilten Patienten. Das zweite Element ist die tägliche Arbeitszuweisung. Diese soll nach der Fallmethode geschehen. Eine direkte Mensch-zu-Mensch Kommunikation wird im dritten Element gefordert. Das vierte Element sieht eine Übernahme der Verantwortung für die Qualität der Patientenversorgung, also aller erbrachter Pflegeleistungen, 24 Stunden, sieben Tage in der Woche vor. Qualität wird dabei definiert, als das Zusammenspiel von klinischem Können, einer differenzierten Urteilsfähigkeit, den organisatorischen Fähigkeiten und der Leistungsqualität.



Primary Nursing spricht keine Garantie für eine hohe Pflegequalität aus. Diese ist abhängig von jeder Pflegekraft selbst. Das System ermöglicht es den Mitarbeitenden jedoch auf der Höhe von deren Leistungsfähigkeit ihre Arbeit zu verrichten (vgl. Manthey, Kelling et al. 2011, S. 79).

Ein wichtiger Aspekt des Primary Nursing ist, dass das System nicht, wie oftmals fälschlicherweise angenommen, nur mit Fachkräften durchgeführt werden kann (vgl. Mischo-Kelling, Schütz-Pazzini et al. 2007, S. 72). Viele pflegerische Tätigkeiten sind zwar hochkomplex, doch zeichnet sich die Pflege durch eine hohe Variabilität des Komplexitätsgrades ab (vgl. ebd. S. 101). Um Hilfskräfte wie Fachkräfte gleichermaßen ins System miteinzubeziehen, kann die Fallmethode angewendet werden. Bei dieser Methode übernimmt eine Pflegekraft alle pflegerischen Aufgaben, die bei ihrem zugeteilten Patienten anfallen. Die Zuteilung erfolgt zunächst zwar entsprechend dem Qualifikationsprofil, das heißt Patienten mit einem höheren Anteil an Behandlungspflege werden wenn möglich einer höher qualifizierten Pflegekraft zugeteilt, die Zuteilung erfolgt jedoch wenn möglich immer patientenbezogen und nicht tätigkeitsorientiert. Die Pflegekraft trägt die gesamte Verantwortung. Aufgaben, die nicht ihrem Qualifikationsprofil entsprechen, muss sie weiter delegieren, sodass der komplette Versorgungsbedarf des Patienten abgedeckt wird. Die Ausführung der Tätigkeiten folgt auch bei einer Hilfskraft eigenverantwortlich und ohne Erinnerung. Kriterien bei der Zuteilung sind also der besondere Bedarf des zu Pflegenden und die Fähigkeiten und spezifischen Stärken der anwesenden Pflegekräfte. Die räumliche Lage von Patientenzimmern sollte keinen Einfluss auf die Zuteilung haben (vgl. Manthey, Kelling et al. 2011, S. 82f.).

Für die Umsetzung von Primary Nursing ist es notwendig, dass der Gesetzgeber der Pflege einen eigenständigen Verantwortungsbereich einräumt (vgl. Mischo-Kelling, Schütz-Pazzini et al. 2007, S. 91). Die Autonomie der Entscheidungsfindung basiert auf einer klaren Bestimmung des Wissensgebietes. Sie „fällt denen zu, die in einem bestimmten Bereich einen identifizierbaren Wissensstock erworben haben, der sie befähigt, in diesem Bereich qualifizierte Entscheidungen zu treffen“ (vgl. Manthey, Kelling et al. 2011, S. 43).

Die primäre Pflegekraft entscheidet für „ihren“ Patienten, wie dieser pflegerisch versorgt wird. Dabei übernimmt sie so oft wie möglich selbst die Durchführung der pflegerischen Tätigkeiten (vgl. ebd. S.80). Somit wird sichergestellt, dass die Pflegeplanung individuell den Bedürfnissen des Patienten angepasst wird und Entscheidungen auch sinnvoll evaluiert werden können (vgl. ebd. S.87). Die Primary Nurse (PN) steht auch in der Verantwortung, ihre Planung so zu gestalten, dass Hilfskräfte und Associate Nurses (AN) diese ausführen können und die nötigen Informationen dafür erhalten (vgl. ebd. S. 80). Von der AN wird, unabhängig von ihrer Qualifikation erwartet, dass sie anhand der Planung der PN ihre Arbeiten ausführt. Eine PN kann für einige Patienten auch als AN eingeteilt sein (vgl. ebd. S.89).

#### ***4.3.1.2 Fallbericht aus der neurologischen Frührehabilitation Burgau***

Das Therapiezentrum Burgau arbeitet auf der Abteilung der neurologischen Frührehabilitation mit dem Primary Nursing System. Krankheitsbilder, die dort überwiegend zu finden sind, können auch in der GiL g.GmbH gefunden werden, nur in einer späteren Rehabilitationsphase. Auch die neurologische Frührehabilitation hat im Vergleich zum akutklinischen Setting lange Verweildauern.

Das Therapiezentrum hat das Pflegesystem in einer abgewandelten und angepassten Form eingeführt. Die PN erstellt gemeinsam mit zwei bis drei Bezugstherapeuten eine interdisziplinäre Pflegeplanung. Diese wird auch in einem interdisziplinären Rahmen evaluiert. In die Planung fließen Informationen aus den vergangenen Übergabegesprächen, den Verlaufsdokumentationen und Pflegeberichten mit ein. Somit ist gewährleistet, dass auch Beobachtungen und Empfehlungen anderer Teammitglieder beachtet werden. Diese Methode führte zur Reduktion von interprofessionellen Methoden- und Zielkonflikten (vgl. Mischo-Kelling, Schütz-Pazzini et al. 2007, S. 340 ff.).

Die PN nimmt die Aufgaben einer Moderatorin und Prozesskoordinatorin wahr, um die Teamarbeit zu verbessern.

In der Gruppe der neurologisch Geschädigten treten erhebliche, komplex vernetzte Probleme auf, weshalb eine detaillierte Pflegeplanung in der Praxis nicht umsetzbar ist. Prioritätensetzung in Bezug auf die Aktualität und Bedeutung der Risiken und Probleme ist daher unabdingbar (vgl. ebd. S.342).

In der Ausführung der Fallmethode führen lange Verweildauern und restriktive Gesetze in Deutschland zu den Themen Arbeitszeiten, Schichtsysteme und Tarifverträge zu Problemen. Deshalb wurden in Burgau Expertenteams eingeführt. Zu den jeweiligen Pflegegruppen, wurden jeweils PNs und ANs fest zugewiesen. Außerdem gibt es Springer, die jeweils zuständig sind, wenn die zugewiesenen Teams wegen Freizeitausgleichen oder Ähnlichem nicht anwesend sind. Diese Springer müssen sehr flexibel sein, da sie mehreren PNs zuarbeiten müssen (ebd. S.348). Der Gerechtigkeit willen, werden die Rollen der Springer, PN und AN alle sechs Monate getauscht. Hilfskräfte werden den Teams überwiegend zu den Stoßzeiten zusätzlich zugeteilt, um einen geregelten, normalen Alltagsrhythmus für die Patienten zu ermöglichen.

Wichtig bei der Dienstplangestaltung ist, dass Freizeitausgleiche an verschiedenen Wochentagen gegeben werden müssen, um gewährleisten zu können, dass immer eine PN oder AN aus dem Expertenteam anwesend ist (vgl. ebd. S. 352).

### **4.3.2 Funktionspflege**

Funktionelle Pflege teilt „die patientenbezogenen Pflegehandlungen in Arbeitsschritte (Funktionen) ein, die von den Pflegenden entsprechend ihrer Qualifikation bei allen Patienten ausgeführt werden“ (Menche 2011, S. 58).

Die Funktionelle Pflege sollte einen effektiven Einsatz der Hilfskräfte unter der unmittelbaren Aufsicht von examinierten Kräften gewährleisten. Die Arbeitseinteilung erfolgt nach Kompetenzen (vgl. Manthey, Kelling et al. 2011, S. 67). Ein wirtschaftlicher Vorteil entsteht durch die Möglichkeit der Übernahme definierter Arbeiten durch Hilfskräfte (vgl. Menche 2011, S. S. 58). Hoher Zeitdruck und ein Arbeiten wie am Fließband sind die Folge. Auch auf die Bedürfnisse des Patienten kann nicht eingegangen werden. Außerdem bringen diese Art von Systemen komplexe Kommunikationsstrukturen mit sich. Die Pflege ist

fragmentiert. Um einen Überblick über die gesamte Situation des Patienten zu bekommen, müssen viele Personen hinzugezogen werden. Das Problem der ungeklärten Verantwortung steht im Vordergrund (vgl. ebd. S. 64f.).

#### **4.3.3 Bereichspflege/Gruppenpflege**

Die Station wird in mehrere Bereiche eingeteilt. Während ihrer Schicht ist jeweils eine Pflegekraft oder eine Gruppe von Pflegenden für diesen Bereich verantwortlich. Alle patientenbezogenen Aufgaben werden in diesem Bereich von den zuständigen Pflegekräften durchgeführt. Die Bereichspflege ist bedürfnisorientiert. Pro Schicht gibt es einen festen Ansprechpartner für den Patienten. Das Verantwortungsgefühl bei den Pflegenden steigt im Vergleich zur Funktionspflege. Die Arbeit findet eigenverantwortlich statt, die Pflegenden arbeiten unabhängiger. Eine erhöhte Kontinuität ist eines der Ziele dieses Pflegesystems (vgl. Menche 2011, S. S. 59).

#### **4.3.4 Pflegesysteme- Schlussfolgerung**

Die gezielte Wahl eines geeigneten Pflegesystems für eine Pflegeeinrichtung erfordert genaue Überlegungen. Viele Faktoren spielen in die Entscheidung mit ein. Eine große Rolle spielt die Wirtschaftlichkeit, aber auch Arbeitszeitgesetze und Tarifverträge schränken die Möglichkeiten ein. Auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden hat Einfluss. Das größte Gewicht hat jedoch die optimale, ganzheitliche Versorgung des Patienten. GiL ist ein hochspezialisiertes Pflegeheim. Dies hat eine erhöhte Fachkraftquote zur Folge. Lange Verweildauern erschweren die Entscheidung für ein schon vorhandenes System. Daher ist es sinnvoll das System der primären Pflege in einer abgewandelten Form, ähnlich wie das Therapiezentrum Burgau zu verwenden. Bisher wurde nach der Bereichspflege mit Aspekten aus der Funktionspflege gearbeitet. Durch die lange Verweildauer der Bewohner und dem Einsatz von Hilfskräften ist es notwendig, die Fallmethode zu verwenden und auch Hilfskräften die Fähigkeit zuzusprechen Verantwortung für Patienten zu übernehmen. Fachkräfte müssen diese dann unterstützen, wenn deren Qualifikation erforderlich ist, zum Beispiel bei der Behandlungspflege.

Durch das System der primären Pflege kommt es zu einer erhöhten fachlichen Kompetenz. Die Pflege wird aufgewertet und die zuarbeitenden Hilfskräfte werden zu akzeptierten Partnern, anstatt nur als Lückenfüller zu fungieren. Des Weiteren führt die Fallmethode zu einer professionellen Umsetzung des Pflegeprozessmodells (s. 4.4.3) (vgl. Mischo-Kelling, Schütz.Pazzini et al. 2007, S. 354). Ein weiteres Argument ist, dass eine höhere Autonomie der Pflegekräfte in ihren Entscheidungen und die Wertschätzung ihrer Arbeit im Kollegenkreis zu einer höheren Arbeitszufriedenheit und damit zu einer geringeren Fluktuation und zu weniger Krankheitsausfällen führt (Stemmer 2011, S. 298 ff.).

Das System muss bei GiL so angewandt werden, dass eine Fachkraft, als PN für eine Bewohnergruppe fungiert. Gleichzeitig sind sie AN für weitere Bewohner. Sie sind hauptsächlich bei den Bewohnern mit erhöhtem Pflegebedarf in der Behandlungspflege eingeteilt. Alle anderen Fachkräfte sind jeweils AN für alle anderen Bewohner, um flexibel in der Arbeitszuteilung zu bleiben. Bei der momentanen Belegungsstruktur, ist teilweise nur eine Fachkraft pro Schicht anwesend, weshalb sie auch als AN über ein detailliertes Wissen der anderen Bewohner verfügen muss. Bei 24 Plätzen muss das System nochmals angeglichen werden. Die Hilfskräfte fungieren ebenfalls als AN. Für bestimmte Bewohner werden sie von den PN in die Planungen mit einbezogen, gerade bei jenen, die öfter von Hilfskräften versorgt werden und bei denen daher die Hilfskräfte über genauere Informationen verfügen. Ebenso müssen die Therapeuten in die Planungen miteinbezogen werden. Dies geschieht durch schriftliche Therapieberichte im Dokumentationssystem und durch Gespräche. Um eine zu hohe Belastung zu vermeiden kann ein rollierendes System eingeführt werden, bei dem die Zuteilung der Bewohner in einem halbjährlichen oder jährlichen Abstand geändert wird. Auch müssen die Gruppen zu Beginn recht groß gehalten werden, da nicht viele Fachkräfte in der Einrichtung tätig sind, und teilweise pro Schicht nur eine Pflegefachkraft anwesend ist. Innerhalb der Schicht ist es also möglich, dass eine PN nicht alle ihre Bewohner selbst versorgt. Die Gruppe der Bewohner die den PN die zugeteilt wird, wird also im nächsten Zeitraum von einer anderen PN übernommen, oder die Gruppen

werden komplett neu gemischt. Damit wird auch die Gefahr gemindert, dass die Pflege zu sehr auf Routine basiert und eine bestimmte „Betriebsblindheit“ für die jeweils eigene Bewohnergruppe entsteht.

Die tägliche Arbeitseinteilung wird nach dem System der Fallmethode erfolgen. Je nach Qualifikation werden die Bewohner am Vorabend bestimmten Pflegekräften auf einem schriftlichen Arbeitsplan zugeteilt. Dabei spielen Qualifikation und Arbeitsaufwand eine Rolle. Den PN sollte wenn möglich die eigenen Patienten zugeteilt werden. Grundvoraussetzung für das Funktionieren dieses Pflegesystems ist eine qualitativ hochwertige Dokumentation, um einen Informationsverlust zu vermeiden.

Die genaue Umsetzung des Systems muss im Zeitraum der nächsten zwei Jahre erprobt werden. Somit kann, mit Umstieg auf die neue, größere Einrichtung, eine auf die Einrichtung abgestimmte und evaluierte Modifikation des Primary Nursing eingeführt werden.

#### 4.4 Pflegeprozess

Der Pflegeprozess kann ganz allgemein beschrieben werden als all das, was in der Beziehung zwischen verschiedenen Beteiligten (zum Beispiel Patienten, Angehörigen, Pflegekräften) vom ersten Kontakt an abläuft. Er stellt eine grundsätzliche Denkweise und Handlungsstrategie der Pflege dar. Aus dem Pflegeprozess heraus wird eine individuelle Pflegeplanung entwickelt (vgl. Menche 2011, S. 266).

Der Pflegeprozess ist ohne einen pflergetheoretischen Hintergrund „*nur die Anwendung einer wissenschaftlich begründeten Problemlösungsmethode in der pflegerischen Praxis*“ (Krohwinkel 2008, S. 22). Definiert ist er als individueller Problemlösungs- und Beziehungsprozess (vgl. ebd. S. 35). Aus Studien wurde die Schlussfolgerung gewonnen, dass der Pflegeprozess nicht nur methodisch- didaktisch sondern auch methodisch- inhaltlich bearbeitet werden sollte. Ansonsten kann er nicht effektiv angewandt werden (vgl. ebd. S. 194).

#### 4.4.1 Sechs-Schritt-Modell nach Fiechter-Meier

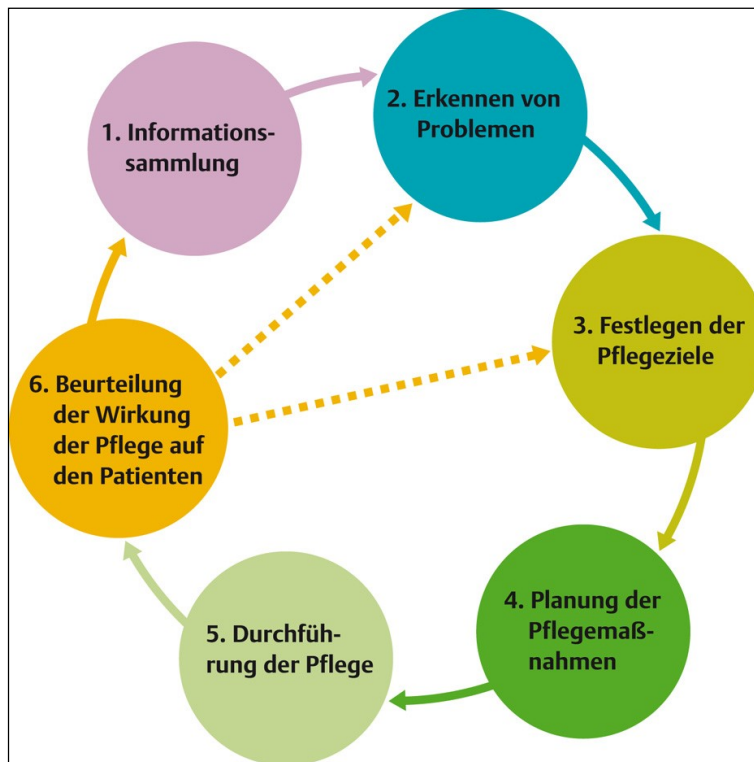


Abbildung 2 Die 6 Schritte des Pflegeprozesses (CNE - Thieme Verlag 2015)

Es gibt verschiedene Modelle des Pflegeprozesses. Fiechter und Meier entwickelten eine Methode, die sechs Schritte umfasst. Im ersten Schritt werden Informationen gesammelt. Die Qualität der Informationssammlung ist entscheidend für alle weiteren Schritte des Prozesses. Informationen können über schriftliche Unterlagen oder ein Anamnese-Gespräch gesammelt werden. Auch körperliche Untersuchungen können hilfreich sein. Die Informationssammlung sollte im Verlauf immer weiter ergänzt werden. Im nächsten Schritt werden die Pflegeprobleme und Ressourcen erfasst, in der Erweiterung Pflegediagnosen gestellt. Die zuvor gewonnenen Informationen werden sortiert, zusammengefasst und interpretiert (vgl. Menche 2011, S. 269f.). Schritt drei umfasst das Festlegen von Pflegezielen. Diese sollen so genau wie möglich formuliert werden. Pflegemaßnahmen werden den Pflegezielen im folgenden Schritt zugeordnet. All diese Schritte müssen soweit wie möglich in Zusammenarbeit mit dem Patienten durchgeführt werden. Schritt fünf ist die Durchführung der geplanten Maßnahmen. Hierbei können Pflegestandards und Leitlinien die korrekte Ausführung der Maßnahmen sicherstellen und unterstützen.

Zum Abschluss müssen die Ergebnisse evaluiert werden. Die Outcomes sollten daraufhin überprüft werden, ob sie auch wirklich den festgelegten Zielen entsprechen. Oft ist es schwer sie auf bestimmte Pflegemaßnahmen zurückzuführen. Wurden Ziele nicht erreicht, müssen die Gründe dafür hinterfragt werden. Anschließend muss der Pflegeplan anhand der gewonnenen Erkenntnisse abgeändert werden (vgl. ebd. S.272).

#### **4.4.2 Pflegediagnostik**

Pflegediagnosen gelten als Hauptfokus der Pflegeplanung und sind Grundlage für die Auswahl von Interventionen (vgl. Müller-Staub, Levin et al. 2007, S. 353). Eine Literaturstudie aus dem Jahr 2007 beschäftigt sich mit den Auswirkungen von Pflegediagnosen auf die Pflegepraxis. Ergebnisse dieser Studie sind unter anderem, dass die Einführung der Pflegediagnosen (überwiegend NANDA) eine standardisierte Beschreibung der Pflegeprobleme mit sich brachte (vgl. ebd.). In allen 14 Studien der ausgewählten Kategorie wurde nach Anwendung der Diagnostik über eine qualitative Verbesserung im Assessment berichtet. Die Pflegediagnosen erwiesen sich als nützlich, um die Pflegedokumentation in ihrer Qualität zu verbessern. Eine Studie von Müller-Staub zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Pflegediagnostik und der Zufriedenheit der Patienten mit der Erfassung ihres Pflegebedarfs (vgl. ebd. S.357). Zu beachten gilt bei dieser Studie, dass es sich um einen Literaturüberblick handelt. Eingeschlossen waren Studien, die bis zum Jahr 2004 veröffentlicht wurden. 36 Artikel entsprachen den Einschlusskriterien der Studie und wurden auf ihren Evidenzgrad mehrfach überprüft. Anschließend wurden die Studien in vier Kategorien aufgeteilt, abhängig von der darin untersuchten Thematik. Die Studien stammen aus verschiedenen europäischen Ländern und Settings (vgl. ebd.). Die vorliegende Studie lässt sich also nicht eins zu eins für die GiL-Einrichtung übernehmen. Grundsätzlich zeigt sie jedoch eine Tendenz zur Nützlichkeit von Pflegediagnosen vor allem auch in Bezug auf die Qualitätsentwicklung der Dokumentation. Da die Einrichtung derzeit mit den ENP (European Nursing Care Pathways) arbeitet, sollte dies auch weiterhin bei behalten werden. Genauere Überlegungen dazu sind im nächsten Kapitel (5.4.2.1) zu finden.



#### **4.4.2.1 Pflegeklassifikationssystem: European Nursing Care Pathways –ENP**

Die Entwicklung der ENP Pflegeleitlinien begann im Jahr 1989 über einen induktiven Ansatz. Aus der Pflegepraxis heraus wurden Diagnosen und Probleme erfasst. Diese wurden nach Erstellung von Pflegepraktikern in Form einer Konsentierung überprüft. Anschließend wurden die entstandenen Diagnosen mit vorhandener Fachliteratur abgeglichen. Die ENP-Entwickler haben den Anspruch, dass die Leitlinien das aktuelle pflegerische Fachwissen wieder spiegeln. Auch heute werden neue Leitlinien über die Methodik, im ersten Schritt induktive Methoden, dann eine systematische Literaturrecherche und im letzten Schritt einer Überprüfung- und Validierungsarbeit erstellt (vgl. Berger, Wieteck et al. 2014, S. 17).

„Die Pflegeklassifikation ENP [...] wurde entwickelt, um im Rahmen einer Pflegedokumentation die Abbildung des Pflegeprozesses in einer einheitlichen, standardisierten Sprache zu ermöglichen“ (ebd. S. 3). Sie verfolgt dabei die zentrale Zielsetzung, die eine Pflegefachsprache mit sich bringen sollte: Die Verbesserung der Kommunikation zwischen den beteiligten professionellen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die Unterstützung von Prozessabläufen, eine Leistungstransparenz für die Pflege zu schaffen und die Möglichkeit der Datengenerierung zur Nutzung für die Hypothesenbildung oder –prüfung in pflegewissenschaftlichen Projekten (vgl. ebd.).

Zum aktuellen Zeitpunkt sind 552 pflegediagnosebezogene Leitlinien veröffentlicht. Die Systematik der Leitlinien lässt sich in folgender Grafik verdeutlichen:

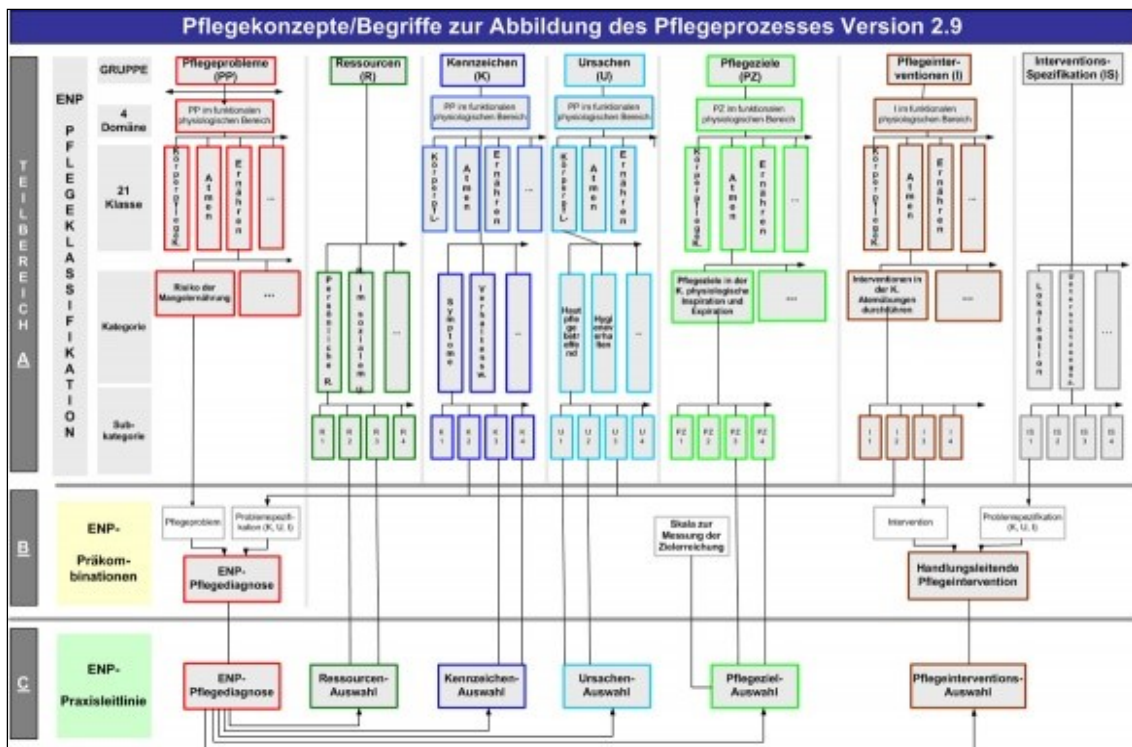


Abbildung 3: Hierarchische Struktur der ENP (Berger, Wieteck et al. 2014)

Aufgebaut sind die ENP in drei Ebenen A-C. Ebene A beschreibt die Klassifikation. Eine Klassifikation ist ein Ordnungssystem, dem das Prinzip der Klassenbildung vorliegt, daraus entsteht eine hierarchische Struktur. Der hierarchische Aufbau teilt sich hier in die Ebenen Gruppe, Domäne, Klasse, Kategorie und Subkategorie auf (vgl. Abbildung 3) (vgl. ebd. S. 4f.).

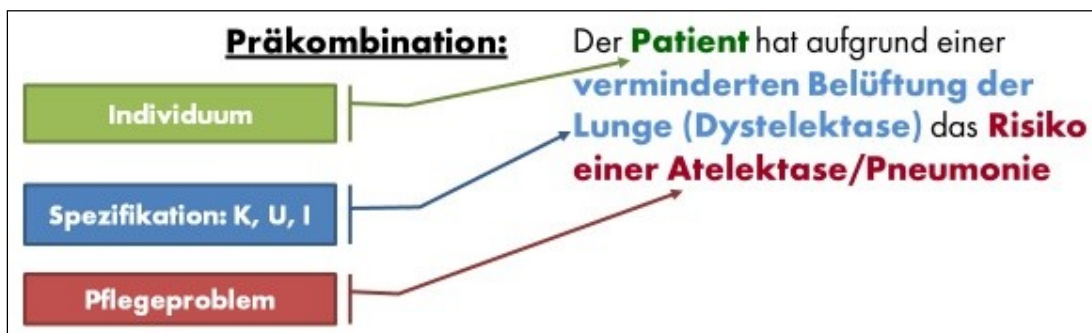


Abbildung 4 Beispiel einer Präkombination (Berger, Wieteck et al. 2014)

In der Ebene B werden erste Präkombinationen vorgenommen (Abbildung 4). Ein Pflegeproblem wird kombiniert mit einer Spezifikation, zum Beispiel einem

Kennzeichen, einer Ursache oder einer Intervention. Auch innerhalb der Pflegeinterventionen gibt es Präkombinationen (vgl. ebd. S.11). Um die Möglichkeit einer Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach der neuen Systematik in Deutschland zu erreichen, wurden, wenn fachlich hilfreich, bei den Pflegeproblemen skalierte Schweregrade der Beeinträchtigung eingefügt. Diese gliedern sich in fünf Stufen, zum Beispiel von der Stufe 1: „selbständigem Transfer mit Hilfsmitteln“, Stufe 2/3/4: „geringe/ erhebliche/ schwere Beeinträchtigung“ bis zur Stufe 5: „Verlust der Transferfähigkeit“. Auch den Pflegeinterventionsformulierungen können weitere Interventionsspezifika zugeordnet werden. Somit kann eine genaue, individuell auf den Bewohner abgestimmte Pflegeplanung erstellt werden (vgl. ebd. S.13ff.). Ebene C (vgl. Abbildung 3) stellt die Praxisleitlinien dar. Diese sind wiederum in einer horizontalen Ebene angeordnet. Die horizontalen Linien in Abbildung 3 stellen die Relationen zwischen den einzelnen Elementen dar. Zusammengesetzt werden sie aus den verschiedenen Gruppen (Pflegeprobleme, Ursachen, Kennzeichen, Ressourcen, Ziele und Interventionen). Nach Vorschlägen für spezielle Interventionskonzepte wird die Entwicklung von präkombinierten ENP-Diagnosen eingeleitet. Damit wird die Erstellung der Diagnosen nach „Evidence-based-Nursing“ (EbN) beziehungsweise „best-practice“ möglich. Die Praxisleitlinie stellt eine fundierte und möglichst evidenzbasierte Zuordnung der pflegerisch möglichen Zielsetzungen oder Maßnahmenkonzepten dar, um ein Pflegeproblem zu lindern oder zu beheben. Definiert ist die Praxisleitlinie wie folgt:

*„Eine ENP-Praxisleitlinie beschreibt die systematisch entwickelte Entscheidungshilfe für eine angemessene, bedarfsgerechte und auf dem aktuellen Pflegefachwissen basierende Vorgehensweise bei konkreten pflegediagnostischen Problemstellungen. Die ENP-Praxisleitlinien zeigen den Handlungs- und Entscheidungskorridor auf, in welchem sich pflegerische Aktivität nach dem Stellen einer ENP-Pflegediagnose in fachlich sinnvoller Weise vollzieht“ (Berger, Wieteck et al. 2014, S. 15).*

Im Jahr 2015 wurden den Leitlinien Evidenzlevel zugeordnet. Damit wurden sie mit anderen Pflegeklassifikationssystemen vergleichbar gemacht. Veröffentlicht werden Leitlinien erst wenn sie den Reifegrad 1.2 erreicht haben (vgl. ebd. S.35).

#### **4.4.2.2 Kritische Bewertung und Gründe für die Umsetzung in der GIL g.GmbH**

Ein großer Kritikpunkt an ENP ist sicherlich, dass die Praxisleitlinien bei Weitem noch nicht vollständig sind. Bisher können nur etwa 23 Prozent der NANDA-Diagnosen über ENP abgebildet werden. Bei einem Praxistest in St. Gallen wurde festgestellt, dass es durchaus spürbar ist, dass diese Pflegefachsprache in Deutschland entwickelt wurde (vgl. Berger, Wieteck et al. 2014, S. 52). Dies ist jedoch im Fall unserer Pflegeeinrichtung kein negativer Punkt, da die Klassifikation in Deutschland angewandt wird. Bei einem Vergleich in der Einrichtung wurde dies den NANDA-Diagnosen zur Last gelegt, da diese oftmals im nordamerikanischen Kulturkreis entstehen und anschließend nur übersetzt werden. Die Pflegekräfte der Einrichtung sind inzwischen im Umgang mit ENP geübt und empfinden dies als Erleichterung bei der Pflegeplanung. Inzwischen hat ENP eine eigene Klassifikation. Die Überlegung wird nötig, diese für die Einrichtung zu übernehmen, bisher sind sie nach den ABEDLs strukturiert. Auch die mögliche Einstufung des Pflegebedarfs ist ein wichtiger Punkt der in Betracht gezogen werden muss. Mit der Änderung des Systems in Deutschland kann eine Anpassung der jetzigen Pflegestufen auf die folgenden Pflegegrade mit Hilfe der Dokumentation erfolgen. ENP ist mit EDV-Dokumentationsprogrammen koppelbar. Dies ist ein wichtiger Aspekt, da die Einrichtung mit der elektronischen Patientenakte und dem Programm „Micos Bevia“ arbeitet.

Die Pflegeleitlinien unterliegen einer ständigen Aktualisierung und gewährleisten somit, dass nach dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse gearbeitet werden kann. Da die Diagnosen auf Input aus dem Anwenderbereich basieren, ist eine schlüssige Formulierung und auch Aktualität der Diagnosen zu erwarten. Eine Voraufteilung in die verschiedenen Settings ist vorhanden, somit muss nicht immer der gesamte Diagnosenkatalog verwendet werden.

### 4.4.3 Fördernde Prozesspflege als System

Die fördernde Prozesspflege wurde zu Beginn der 90er Jahre von Monika Krohwinkel erstmals vorgestellt. Das System hilft bei der Umsetzung des Pflegeprozesses in der Praxis. 1991 wurde eine qualitative Studie am Beispiel von Apoplexiekranken als Begleitforschung zur Anwendung der fördernden Prozesspflege durchgeführt. Diese bestand aus einer Literaturrecherche zu den Schwerpunktthemen: Ergebnisse empirischer Studien zum Pflegeprozess, wissenschaftliche Erkenntnisse und einer Untersuchung verschiedener Modelle zum Pflegeprozess (vgl. Krohwinkel 2008, S. 21). Es kam unter anderem zu dem Ergebnis, dass eine verständnisvolle und positive emotionale Beziehung mitentscheidend für den Gesundungsprozess sein kann. Außerdem sollten Angehörige und Bezugspersonen frühzeitig in den Rehabilitationsprozess miteingebunden werden. Die Zusammenarbeit im therapeutischen Team sind Voraussetzung für eine erfolgreiche und effektive Rehabilitation (ebd. S. 27). In einem Kommentar zu Krohwinkels Prozesspflege aus dem Jahr 2012 wird diese als immer noch aktuell beschrieben. Das Konzept wird jedoch auch heute oftmals noch nicht umgesetzt, da die Prozesspflege nur unter bestimmten Rahmenbedingungen möglich ist (vgl. Anslík, Hockauf 2012, S. 217).

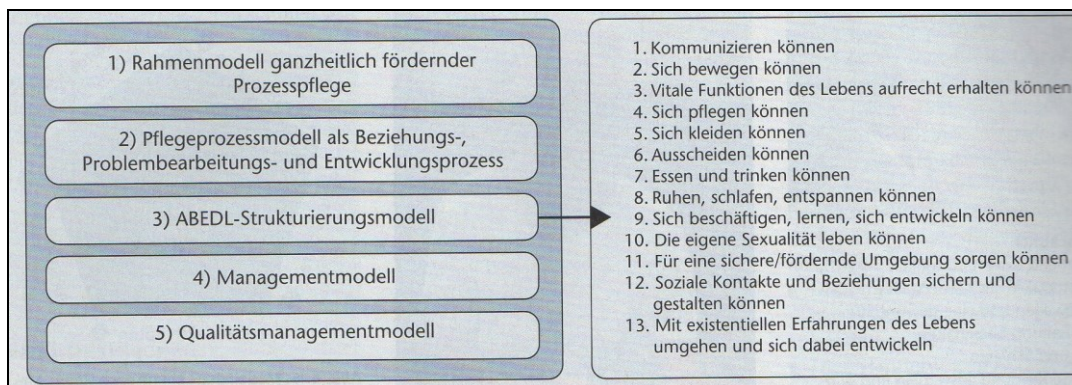


Abbildung 5 die 5 Teiltheorien der Prozesspflege (Menche 2011, S. 96)

Das theoretische Rahmenkonzept zur ganzheitlich gesundheitsfördernden Prozesspflege beinhaltet die Aspekte: Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität betroffener Menschen, der Pflegeprozess in der direkten Pflege, Pflegedokumentation und eine patientenorientierten Arbeitsorganisation (Abbildung 5). Genannte

Schlüsselkonzepte sind „Person“, „Umgebung“, „Gesundheit und Wohlbefinden“ und der „pflegerische Handlungsprozess“. Außerdem wurde das AEDL-Strukturierungsmodell (inzwischen ABEDL) integriert (vgl. Krohwinkel 2008, S. 28 ff).

Das zentrale Interesse der Prozesspflege ist es, die zu pflegende Person, ihre pflegerischen Probleme und/ oder Bedürfnisse und ihre Fähigkeiten und Ressourcen in Bezug auf die Aktivitäten des Lebens und dem Umgang mit existenziellen Erfahrungen des Lebens in den Vordergrund zu stellen (vgl. ebd. S. 32). Das Erhalten, Fördern oder Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden in den Lebensaktivitäten ist die primäre Zielsetzung des Modells. Hierzu gehört auch die systematische Erfassung der Fähigkeiten von persönlichen Bezugspersonen der Pflegebedürftigen. Die Pflegemethodik (primäre pflegerische Hilfeleistungen) beschreibt folgende Tätigkeiten: Für den Pflegebedürftigen zu handeln, ihn zu führen und zu leiten, für eine fördernde Umgebung zu sorgen, ihn zu unterstützen, ihn und seine Bezugspersonen anzuleiten, zu beraten, zu unterrichten und zu fördern (vgl. ebd. S.33).

Eine genannte Grundvoraussetzung, damit die fördernde Prozesspflege als fördernd erfahren wird, ist Empathie und Kongruenz von Seiten der unterstützenden Person.

„Die Bedeutung (der Sinn), welche eine Person (eine Familie) einer Situation, einer Fähigkeit, einem Bedürfnis, einem Problem oder einem Ziel beimisst, [ist] die einzige Realität [...], die es deshalb grundlegend und zentral im Pflegeprozess zu erfassen, zu respektieren und verstehend zu berücksichtigen gilt“ (ebd. S.208). Eine wichtige Schlüsselkompetenz, ohne die die Prozesspflege nicht durchgeführt werden kann, ist ein kommunikativ-förderndes Verhalten (ebd. S.218). Krohwinkels Kernaussage zu ihrem System besagt, dass Lebens- und Entwicklungsprozesse, Krankheits- und Gesundheitsprozesse von den Fähigkeiten und Ressourcen des Menschen selbst abhängen. Diese ermöglichen es ihm Lebensaktivität zu realisieren, soziale Beziehungen zu sichern und diese zu gestalten sowie mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umzugehen und sich dabei zu entwickeln (vgl. ebd. S.220).

Seit der Gesetzesänderung zum Beruf der Krankenpflege 2003 ist der ganzheitliche Ansatz auch in der Pflegeausbildung verankert. Patienten haben einen Anspruch auf eine kontinuierliche und verlässliche Pflege mit so wenig Wechseln bei den Bezugspersonen wie möglich. Die fördernde Prozesspflege kann in Verbindung mit dem System des Primary Nursing umgesetzt werden. (vgl. Anslík, Hockauf 2012, S. 17ff).

## 4.5 Basale Stimulation

### 4.5.1 Basale Stimulation - Grundlagen

Basale Stimulation wird definiert als *„Konzept zur Förderung von Menschen in krisenhaften Lebenssituationen, in denen ihre Austausch- und Regulationskompetenzen deutlich vermindert, eingeschränkt oder dauerhaft behindert sind. Dabei stehen die Fähigkeiten zur Wahrnehmung, Kommunikation sowie zur Begegnung im Zentrum des Konzepts. Durch einfache und grundlegende Austauschangebote und –hilfen sollen Kompetenzen erhalten, gesichert und aufgebaut werden. Basale Stimulation ist eine Form ganzheitlicher, körperbezogener Kommunikation für Menschen mit wesentlichen Einschränkungen“* (Bienstein, Fröhlich 2012, S. 18). Das Konzept beinhaltet unter anderem die Aspekte des Angebots von körperbezogenen und ganzheitlichen Lernens, Orientierung zu geben in unklaren Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Kommunikationssituationen und der Stressreduzierung (vgl. ebd.). Es ist nicht einfach erlernbar und erfordert viel Einfühlungsvermögen (vgl. Nydahl, Bartoszek 2000, S. 1). Entwickelt wurde das Konzept 1975 von A. Fröhlich in einem Zentrum für körper- und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche. Die Annahme, dass auch schwer wahrnehmungsgestörte Kinder etwas wahrnehmen können, auch wenn dies für das Umfeld nicht immer sichtbar ist, stellte die Basis dafür dar. In den 80er Jahren entstand eine Kooperation mit C. Bienstein, bei der das Konzept auf die Krankenpflege übertragen wurde. Erste Erfolge wurden bei der Anwendung bei komatösen Patienten und solchen, die sich im apallischen Syndrom befinden erzielt (vgl. Nydahl, Bartoszek 2000, S. 2).

Das Konzept hat sich im Verlauf der Jahre verändert. Von kleinzelliger Förderung wurde auf die Förderung der Lebensziele übergegangen. Dabei versucht die Pflegekraft herauszufinden, welche Unterstützung individuell für einen Patienten hilfreich ist. Pflegende müssen sehr genau auf den Betroffenen, seine Bedürfnisse und Möglichkeiten achten (vgl. Bienstein 2013, S. 28 f.). Ein Grundaspekt der Basalen Stimulation ist die Selbsterfahrung der Anwender. Nur wer selbst erfahren hat, welche Auswirkungen Berührungen oder Ähnliches haben, kann eine authentische Kommunikation aufbauen (vgl. Bienstein, Fröhlich 2012, S. 23 f.).

Es gibt sechs Grundelemente des Konzeptes. Die Beziehung zwischen diesen Elementen lassen sich am besten in einer Grafik erläutern (Abbildung 6). Gleichzeitig soll mit diesen Grundelementen der ganzheitliche Aspekt des Konzeptes dargelegt werden.

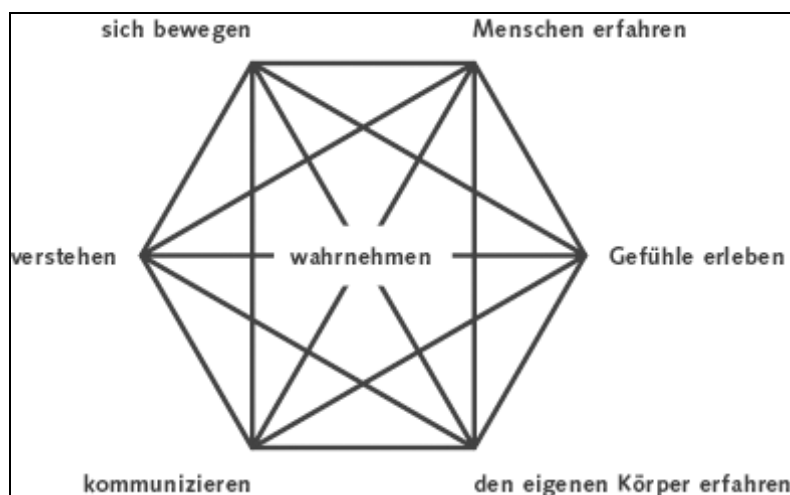


Abbildung 6 Grundelemente der Basalen Stimulation (Bienstein und Fröhlich 2012, S. 41)

Voraussetzungen für die Anwendung des Konzeptes sind das Bewusstsein der Pflegekraft über ihre eigenen Fähigkeiten und Grenzen, der Aufbau einer Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft und die Bereitschaft zur professionellen Nähe (vgl. Nydahl, Bartoszek 2000, S. 54). Sowohl körperliche als auch emotionale Nähe müssen zugelassen werden, außerdem sind biografische Informationen über den Patienten von äußerster Wichtigkeit (vgl. Bienstein, Fröhlich 2012, S. 116). Es gibt verschiedene Zugangswege, die beschrieben werden. Die Wahrnehmung ist in mehrere Kategorien unterteilt. Bereiche der



Wahrnehmung sind somatisch, vestibulär, vibratorisch, oral beziehungsweise olfaktorisch, auditiv, taktil-haptisch, visuell und sinngesamt. Letzteres beschreibt den Versuch das Wahrgenommene in einen sinnvollen Zusammenhang zu setzen. Auf allen diesen Ebenen setzt die Basale Stimulation an (vgl. Nydahl, Bartoszek 2000, S. 10 ff.).

Die Anwendung des Konzeptes ist für jeden Patienten individuell. Eine allgemein gültige Handlungsanweisung gibt es daher nicht. Ein paar Beispiele, die auch in der GiL-Einrichtung Anwendung finden, sollen jedoch für das bessere Verständnis des Konzeptes hier erwähnt werden. Ein oftmals verwendetes Element ist die Initialberührung. Der Patient lernt dabei, dass nur dann eine Intervention durchgeführt wird, wenn zuvor diese Berührung erfolgte. Damit wird der Stress für den Patienten vermindert. Anfang und Ende der Pflegethandlungen werden ritualisiert (vgl. ebd. S. 74). Auch verschiedene Arten von Ganzkörperwaschungen werden beschrieben. Es können beruhigende, belebende oder geführte Waschungen gewählt werden (vgl. ebd. S. 88). Wichtig ist bei allen Interventionen, dass der Patient derjenige ist, der entscheidet, ob er ein Angebot annehmen möchte oder nicht (vgl. ebd. S.1). Auch die diametrale Ausstreichung ist gerade bei neurologisch beeinträchtigten Menschen, als Spastik lösende Methode anwendbar. Durch die Berührungen, die gegenläufig zur Spastik durchgeführt werden, können diese gelöst werden (Abbildung 7). Diese Technik beruht auf dem Prinzip der deutlichen Körpererfahrung (vgl. Nydahl 2005, S. 36).

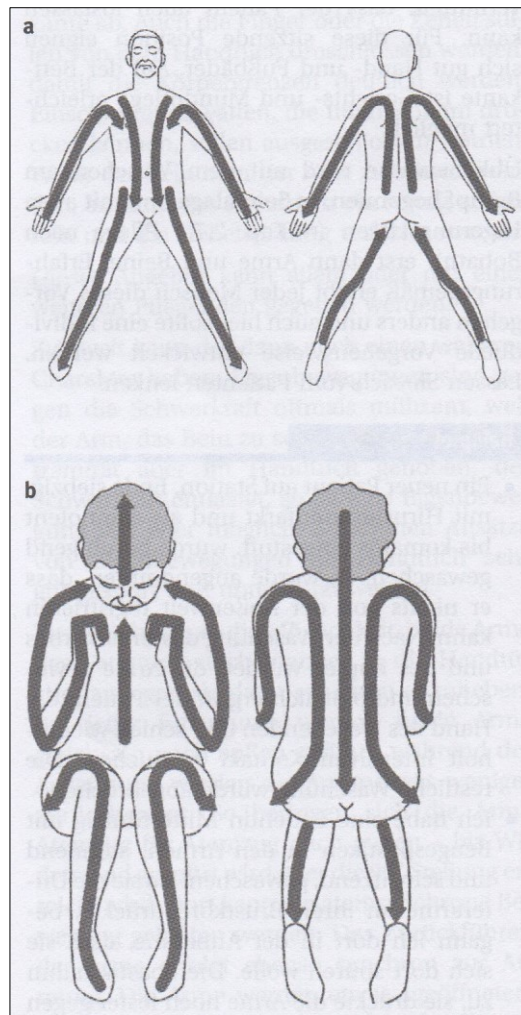


Abbildung 7 Bewegungsrichtungen der diametralen Ausstreichung (Nydahl 2005, S. 36)

Teil a der Abbildung 7 zeigt eine Möglichkeit Streck-Spastiken zu lösen. Teil b ist bei Beuge-Spastiken indiziert. Eine solche Ausstreichung kann im Rahmen der Ganzkörperwäschen oder einer Teilkörperwäsche erfolgen (vgl. ebd.).

#### 4.5.2 Basale Stimulation – State of the Art

Im Jahr 2000 gab es kaum evidenzbasierte Forschungsergebnisse zur Basalen Stimulation. Dieser Zustand hat sich inzwischen jedoch geändert. Insgesamt steht die Profession der Pflege dem Problem gegenüber, die Wirksamkeit von Pflegeinterventionen nachzuweisen (vgl. Bienstein, Fröhlich 2012, S. 233). Bisher gibt es zum Konzept keine randomisiert kontrollierten Studien. Die Entwickler des Konzeptes berufen sich auf Erfahrungswerte, die über 35

Jahre gesammelt wurden. Als mögliche Forschungsfragen sehen sie zum Beispiel die Erörterung, ob es überhaupt möglich ist, die Wirkung des Konzeptes nachzuweisen. Auch bleibt die Frage offen, ob das Konzept als Ganzes untersucht werden kann. Forschungsarbeiten zur Frage nach den Voraussetzungen werden als sinnvoll angesehen (vgl. ebd. S.235). Es besteht außerdem die grundsätzliche Frage, ob die Erarbeitung einer evidenzbasierten Wissensgrundlage nicht gegen das Grundverständnis des Konzeptes verstößt, da das Konzept direkt und individuell am Patienten angewandt und erprobt wird (vgl. ebd.). Nydahl trifft die Aussage, dass quantitative Studien nach strengen wissenschaftlichen Regeln zur Erforschung des Konzeptes als fragwürdig zu sehen sind. Qualitative Forschungsdesigns sieht er jedoch als durchaus positiv. Falldarstellungen können zum Beispiel die Wirksamkeit nachweisen. Parameter wie Stressreduzierung, Wohlbefinden, größere soziale Interaktionsmöglichkeiten oder mehr Selbständigkeit sollten gemessen werden (vgl. Zess 2005).

Bis heute scheint es nicht möglich, das Konzept in seiner Anwendung als Ganzes in der Forschung abzubilden. Studien aus dem Jahr 2010 befragten Menschen, die ihre Mitteilungs- und Sprachfähigkeit wiedererlangt hatten. Generell ist es schwierig, die Menschen der Zielgruppe der Basalen Stimulation zu befragen. 2001 wurde das Konzept auf wissenschaftliche Haltbarkeit untersucht. Dabei wurde der Nachweis erbracht, dass es sich um ein Theorien-geleitetes Konzept handelt (vgl. Bienstein, Fröhlich 2012, S. 240). Viele Studien aus anderen Wissenschaftsdisziplinen konnten Wissen generieren, auf das sich das Konzept stützen kann. Dieses Wissen kommt aus den Bereichen der Neurologie, Anästhesie und der Neonatologie. Diese Forschungen konzentrieren sich meist darauf, die Existenz des Bewusstseins zu belegen (vgl. ebd. S. 247f.).

Für einen Vergleich der Konzepte der Validierung und der Basalen Stimulation wurden im Jahr 2010 Fallberichte ausgewertet. Als Ergebnis daraus kann bei beiden Konzepten eine Wirksamkeit zugeschrieben werden. Im Jahr 2001 wurde eine Studie durchgeführt, die sich mit dem Einfluss der Haltung der Pflegenden auf das Outcome beschäftigte. 28 Menschen im Wachkoma wurden untersucht. Das Ergebnis besagt, dass die Haltung der Pflegenden wesentlich über

die Betreuungssituation des Betroffenen und die Pflegequalität entscheidet. Im Rahmen dieser Studie wurden außerdem Qualitätskriterien für die Pflege von Menschen mit schwersten Bewusstseins Einschränkungen erstellt (vgl. ebd. S. 249). Die Bedeutung von Berührung in elementaren Pflegeinterventionen war Forschungsobjekt einer weiteren Forschungsarbeit. Die Bedeutung der Berührung steigt demnach proportional zum Ausmaß der körperlichen Pflegebedürftigkeit (ebd. S. 253).

#### **4.5.3 Basale- Stimulation Schlussfolgerung**

Dem Konzept der Basalen Stimulation wurde in seiner Grundgesamtheit noch keine Wirksamkeit nachgewiesen. Es bleibt jedoch zu sagen, dass die Situation, in der sich die Menschen der Zielgruppe des Konzepts befinden, eine hochkomplexe ist. Einzelne Veränderungen der Parameter können nur schwer bestimmten Interventionen zugeordnet werden. Im Laufe der Zeit wurden diverse Studien durchgeführt und ausgewertet. Auch wird das Konzept ständig weiterentwickelt und verfügt über einen längeren Zeitraum an Erfahrungswerten. Das Konzept ist keine erlernbare Pflegetechnik sondern wird als eine Art Grundhaltung der Pflegenden angesehen. In der GiL g.GmbH wurden bisher sehr gute Erfahrungen mit der Basalen Stimulation gemacht. Eine intensive Beziehung zu den Bewohnern ist Grundlage für eine mögliche Rehabilitation. Die Basale Stimulation wird vom gesamten interdisziplinären Team getragen, das heißt auch Therapeuten arbeiten nach den Grundsätzen des Konzeptes. Nur so ist die eindeutige Informationsweitergabe an den Bewohner möglich.

Auf Grund von wissenschaftlichen Erkenntnissen, die dem Konzept in Teilen eine Wirksamkeit nachweisen und den Erfahrungswerten der Entwickler des Konzepts sowie der Einrichtung, wird das Konzept wird auch weiterhin in der GiL g.GmbH Anwendung finden. Die Aktivierung der verschiedenen Reize wird oft während der Pflege angewendet. Auch im neuen Projekt finden sich baukonzeptlich einige Aspekte aus der basalen Stimulation wieder. Die Aufenthaltsräume sind offen gestaltet, um möglichst viele Anregungen im Bereich des Hörens und Sehens zu erzielen. Die offenen Teeküchen können zusätzliche Reize, vor allem auf Geruchsebene bieten.

## 4.6 Bobath

### 4.6.1 Bobath - Grundlagen

Das Bobath Konzept wird oftmals bei Schlaganfallpatienten und anderen Patienten mit neurologischen Verletzungen angewandt. Im Konzept ist eine therapeutisch-aktivierende Pflege vorgesehen, um verlorengegangene Funktionen wiederzuerlangen. Aufbauend auf die Grundannahme, der lebenslangen Lernfähigkeit des Gehirns werden physiologische Bewegungsabläufe mit dem Betroffenen durchgeführt, um neue Synapsen (Verbindungen des Gehirns) zu schaffen. Weiter wird davon ausgegangen, dass die ausgefallenden Funktionen der betroffenen Seite durch die nicht betroffene Seite kompensiert werden, wenn die betroffene Seite nicht gefördert wird. Das Bobath-Konzept arbeitet mit der Grundlage der physiologischen Bewegung. Voraussetzung hierfür sind eine intakte Sensorik und ein vorhandener Haltungstonus. Durch eine Hirnschädigung sind diese Bereiche meist beeinträchtigt. Normale Bewegung wird beschrieben als zielgerichtet, ökonomisch, mit so wenig Kraftaufwand wie möglich, situationsentsprechend, koordiniert und individuell. Beeinflusst werden diese Faktoren durch die Größe der Unterstützungsfläche, der Schwerkraft und von Schlüsselpunkten beziehungsweise –regionen. Das sind Körperstellen, an denen Rezeptoren in einer hohen Dichte auftreten. Sie sollen je nach Stellung Einfluss auf den Muskeltonus nehmen. Die Therapieziele von Bobath sind die Einflussnahme auf den Muskeltonus, die Förderung der normalen Bewegung und die Förderung der Wahrnehmung. Außerdem ist Bobath ein 24-h Therapie Konzept, dass vom gesamten Team (Pflege, Therapeuten,...) angewandt werden muss (vgl. Menche 2011, S. 1227). Bekannt aus dem Konzept sind vor allem die Lagerungen, Transfertechniken und der Aspekt der Ansprache und Förderung des Patienten von der betroffenen Seite her.

### 4.6.2 Bobath – State of the Art

Eine doppelt verblindete, randomisiert, kontrollierte Studie aus dem Jahr 2015 untersuchte die Effekte von Übungen zur Oberkörperkontrolle, beruhend auf individuell angepassten Bobath-Übungen im Vergleich zu konventionellen

Übungen. Auch Übungen zur Verbesserung der Funktionen in den Extremitäten wurden untersucht. 22 Probanden waren in der Studie eingeschlossen. Diese wurden in zwei Gruppen eingeteilt. Kontrollinstrumente waren TIS (Trunk Impairment Scale), STREAM (Stroke Rehabilitation Assessment of Moving), ein 10-Meter-Geh-Test, BBT (Berg Balance Test), FR (Functional Reach), und ein zeitlich gestoppter Steh-Geh-Test. Im Ergebnis zeigen beide Gruppen Verbesserungen der STREAM und TIS. Nur in der Interventionsgruppe (individuelle Bobath Übungen) kam es zu Verbesserungen im BBT, FR und 10-Meter-Geh-Test. Bei einem P-Wert von  $P=0.05$ , wurde in allen Parametern ein signifikanter Unterschied festgestellt. Die daraus gezogenen Schlussfolgerungen sind, dass individuell gestaltete Bobath-Übungen einen höheren Effekt erzielen als konventionelle Übungen (vgl. Kılınç, Avcu et al. 2015).

Eine einfach verblindet, randomisierte Kontrollstudie aus dem Jahr 2012 kommt zum Ergebnis, dass es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Funktionsrückgewinnung bei Stroke-Patienten mit hohem Funktionslevel der betroffenen Seite gibt, nachdem diese mit Bobath-Übungen und einschränkungsinduzierten Bewegungstherapien interveniert wurden. Untersucht wurden 24 Patienten, aufgeteilt in zwei Gruppen. Mit der Bobath-Gruppe wurden eine Stunde pro Tag an 10 aufeinanderfolgenden Tagen Übungen durchgeführt. Die Gruppe zwei bekam drei Stunden am Tag an 10 aufeinanderfolgenden Tagen eine Therapie mit einschränkungsinduzierten Bewegungsübungen. Die Schlussfolgerung aus dieser Studie weist auf, dass beide Therapieformen die gleiche Effektivität haben. Die einschränkungsinduzierte Bewegungstherapie zeigt eine leicht höhere Effektivität in Bezug auf die Qualität der Nutzung der oberen Extremitäten auf (vgl. Huseyinsinoglu, Ozdinciler et al. 2012).

Untersuchungen des Bobath-Konzeptes in der Rehabilitation von MS-Betroffenen fand heraus, dass es keinen Unterschied zwischen der Bobath-Therapie und anderen Therapieformen gibt. In beiden Gruppen wurden jedoch signifikante Verbesserungen festgestellt (vgl. Keser et al. 2013).

Dies sind drei Beispielstudien, herausgegriffen aus einem großen Pool von ähnlichen Studien. Ein klares Ergebnis kann bei fast keiner Studie gefunden werden.

Im Jahr 2009 wurde ein systematisches Literaturreview durchgeführt. Die Effektivität des Bobath-Konzeptes in der Schlaganfall-Rehabilitation war Gegenstand der Forschung. Die Studie verweist auf den Aspekt, dass Bobath in der westlichen Welt zwar weit verbreitet ist, im Bereich der Schlaganfall-Rehabilitation jedoch kaum Evidenz für eine Überlegenheit des Konzeptes vorhanden ist. Die Literatursuche erfolgte 2008 in den Datenbanken Medline und Central. Von N=2263 wurden N=16 (813 Patienten) in den Review eingeschlossen. Die Ergebnisse zeigen, dass es keine Überlegenheit des Bobath-Konzeptes bei Auswirkungen auf die sensomotorische Kontrolle des Oberkörpers, der Extremitäten und Fingerfertigkeit gibt. Auch der Einfluss auf Mobilität, die Aktivitäten des täglichen Lebens, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Kosteneffektivität bleibt fraglich. Eine limitierte Evidenz wurde für den Einfluss auf die verbesserte Balancekontrolle gefunden. In der Schlussfolgerung ist keine Evidenz vorhanden und die Qualität der bisher durchgeführten Studien in der Methodik ist eher gering (vgl. Kollen, Boudewijn et al. 2009).

Ein weiteres, 2015 veröffentlichtes literarisches Review (n=33) untersuchte Literatur aus den Jahren 2007-2012. Ziel war es, die Spannweite des Wissens über Bobath in der neurologischen Rehabilitation zu erfassen, die Ergebnisse zu verbinden, Wissenslücken aufzudecken, und Empfehlungen für eine weitere Generierung von Daten und weitere Studien zu erstellen. Auch dieses Review zieht den Schluss, dass es schwerwiegende methodische Fehler in den bisher durchgeführten Studien gibt (vgl. Vaughan-Graham, Cott et al. 2015).

#### **4.6.3 Bobath - Schlussfolgerung**

Das Bobath-Konzept steht momentan sehr in der Kritik. Viele der Annahmen, welche Auswirkungen das Konzept auf die Rehabilitation der Betroffenen hat, konnten nicht, oder nicht signifikant erwiesen werden. Zwar gibt es eine große Menge an Studien zum Thema, diese weisen jedoch erhebliche Mängel auf. Es gibt viele Studien, die eine positive Veränderung sowohl durch Maßnahmen

des Bobath-Konzeptes als auch andere Therapieformen aufzeigen. Eine Studie, die einen negativen Effekt des Bobath-Konzeptes belegt wurde im Rahmen der Recherche für diese Arbeit nicht gefunden.

Elemente aus dem Bobath-Konzept, die in der Einrichtung verwendet wurden, waren zum Großteil nur die Lagerungstechnik. Diese wurde vor mehreren Jahren durch die Lagerung in Neutralstellung ersetzt (siehe 5.7). Mit den Konzepten der basalen Stimulation und der Lagerung in Neutralstellung sind wichtige therapeutische Elemente der Pflege, die auch das Bobath-Konzept beinhaltete abgedeckt. Auf Grund dessen und der fehlenden Evidenz der Wirksamkeit wird das Bobath-Konzept in der überarbeiteten Version des Pflegekonzeptes nicht mehr aufgeführt.

## 4.7 Lagerung in Neutralstellung

### 4.7.1 LiN – Grundlagen

Die Lagerung in Neutralstellung (LiN) wird als therapeutische, funktionelle Lagerung definiert. Sie basiert auf neurophysiologischen Erkenntnissen und ist flexibel und individuell anwendbar. Genutzt wird sie um mobilitätseingeschränkte Personen zu positionieren (vgl. Pickenbrock 2016). Entstanden und entwickelt wurde die Lagerung aus der Bobath-Lagerung (vgl. Pickenbrock, Oelmann et al. 2002). Evidenzbasierte Ziele von LiN sind eine verbesserte Beweglichkeit und eine bequeme Lage. Weitere Ziele sind die Vermeidung von Druckgeschwüren, es dem Betroffenen zu ermöglichen Ruhe zu finden, Eigenaktivität zu erleichtern, sich sicher fühlen, Schmerzreduktion und die Unterstützung der Behandlung von Kontrakturen.

Im Unterschied zu herkömmlichen Lagerungen sollen alle Körperabschnitte möglichst günstig zueinander positioniert werden. Erreicht werden soll die „neutrale Stellung“ der Körperabschnitte (Abbildung 8), um Verkürzungen und Überdehnungen zu vermeiden (vgl. Pickenbrock 2016). Das heißt jeder Körperabschnitt wird in allen Bewegungsebenen möglichst nahe an die Nullstellung (Neutral-Null-Methode) gebracht (vgl. Pickenbrock, Oelmann et al. 2002).



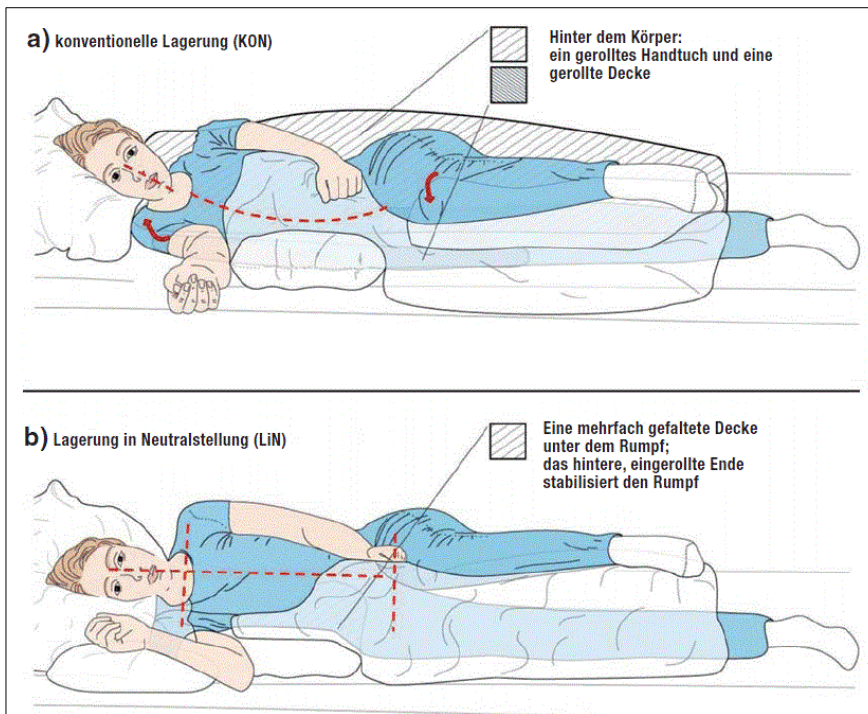


Abbildung 8 Schematische Darstellung einer konventionellen Lagerung im Vergleich zur LiN (Liepert 2015, S. 36)

In der Abbildung 8 können weitere Unterschiede der Lagerung nachvollzogen werden. Paretische und spastische Körperabschnitte werden durch Lagerungsmaterial ausreichend stabilisiert. Das Anpassen der Unterlage an den Körper ist ein wesentlicher Unterschied zu anderen Lagerungen. Hohlräume sollen vermieden werden (vgl. Pickenbrock 2016). In der folgenden Tabelle 2 werden die Unterschiede zwischen der LiN und der Bobath-Lagerung zusammengefasst.

<b>Bobath-Lagerung</b>	<b>LiN</b>
Ziele, Lagerungsarten und Durchführung bekannt	Ziele und Lagerungsarten bekannt, nicht die Durchführung
Vorgegebene Schemata	Individuelle Anpassung an Behinderung, Körperausmaß und Kontrakturen
Bei ZNS-Läsionen ist die 90°-Seitenlage der Rückenlage vorzuziehen, um erhöhtem Extensoren Tonus vorzubeugen	Bei ZNS-Läsionen erhöhen weder 90°- und 30°-Seitenlage noch Rückenlage den Extensoren Tonus
Stellung der Körperabschnitte zueinander spielt eine untergeordnete Rolle	Stellung der Körperabschnitte zueinander äußerst wichtig
Der Körper passt sich der Unterlage an	Die Unterlage wird dem Körper angepasst

Wenig Halt	Sehr viel Halt
Wenig Lagerungsmaterial	Viel Lagerungsmaterial
Oft unbequem	Bequem
Häufigkeit der Umlagerung nach Haut- und Gesundheitszustand	Häufigkeit der Umlagerung nach Haut- und Gesundheitszustand
Die Tonusregulation erfolgt durch die Stellung im Raum	Die Tonusregulation erfolgt durch die Stellung der Körperabschnitte zueinander und durch die Stabilisation des Körpers
„Langsitz“	„Stabiler Sitz“ im Bet

*Tabelle 2: : Gegenüberstellung der konventionellen Bobath- Lagerung und der LiN. (Herr 2014, S. 12)*

#### **4.7.2 LiN - State of the Art**

Lagerungen werden verwendet, um das Risiko für Druckgeschwüre oder Pneumonien zu verringern und sie sollen eine bequeme Lage gewährleisten. Was das Intervall der regelmäßigen Umlagerung betrifft, gibt es weiterhin keine Evidenz. Es wird angenommen, dass eine regelmäßige Lagerung in der Rehabilitationsphase die funktionelle Erholung unterstützen kann und dazu beitragen kann, den Tonus zu regulieren und Kontrakturen zu vermeiden. Gleichzeitig hat eine ungünstige Lagerung negative Auswirkungen auf die passive Beweglichkeit der Gelenke (vgl. Pickenbrock, Ludwig et al. 2015a, S. 35).

Seit Beginn der Entwicklung der LiN gibt es wissenschaftliche Begleitforschungen dazu. Die erste Studie wurde 2002 veröffentlicht unter dem Titel „Messbare Effekte von Lagerung in Neutralstellung bei Patienten mit neurologischen Störungen“. In der Studie wurden 95 bettlägerige Patienten (Gruppe 1) untersucht. Diese befanden sich mit zerebrovaskulären Störungen im Akutstadium oder in der Frührehabilitation. Gemessene Parameter waren die Sauerstoffsättigung (SpO<sub>2</sub>), Atemfrequenz (AF) und die passive Beweglichkeit der Hüften (PROM). Dokumentiert wurde direkt vor und nach der Intervention. Bei der Gruppe 2 (n=58) wurden außerdem Veränderungen eine Stunde nach der Intervention erhoben. In den Ergebnissen zeigt sich, dass die PROM signifikant zunahm, auch noch nach einer Stunde. Bei der SpO<sub>2</sub> gab es keine messbaren Effekte. Die AF nahm ab, jedoch war diese Veränderung eine Stunde später nicht mehr sichtbar. Als Schlussfolgerung daraus zeigt LiN also reproduzierbare, messbare Effekte (vgl. Pickenbrock, Oelmann et al. 2002).

Zum Erwerb ihres Masters führte Pickenbrock eine weitere Studie durch. Diese war einfach verblindet, randomisiert, kontrolliert. Das gewählte Setting war eine Stroke-Unit. 12 schwer betroffenen Patienten nach erstmaligem akutem Stroke wurden untersucht. An drei Wochentagen wurden die Patienten entweder nach LiN oder einer herkömmlichen Lagerung (KON) für jeweils zwei Stunden positioniert. Dabei wurden die Lagerungen 30° nach rechts und links und die Rückenlage unabhängig der betroffenen Seite gewählt. Gemessene Parameter: passive Beweglichkeit (Flexion) der Hüften und Schultern, Herzfrequenz (HF), Blutdruck (RR), AF und Bequemlichkeit. Es gab keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den Lagerungen (Hüftbeweglichkeit  $P=0,47$ ; Schulterbeweglichkeit  $P=0,43$  bei einem festgelegten  $P=0,05$ ). Die tendenzielle Verbesserung der Hüftbeweglichkeit innerhalb der LiN-Gruppe war jedoch zu erkennen (vgl. Pickenbrock 2008, S. 4). Der durchschnittliche Zuwachs der Beweglichkeit lag bei 4°, in der KON-Gruppe bei 2° (ebd. S.32). HF, RR und AF waren unverändert (ebd. S.4). In der Schlussfolgerung wird erwähnt, dass die statistische Power auf Grund der kleinen Stichprobe sehr gering ist (vgl. ebd. S.35).

Eine weitere, 2014 im Rahmen einer Masterarbeit erstellte Studie beschäftigt sich mit der Fragestellung einer Evaluation von LiN in Altenpflegeeinrichtungen. Die Studie untersucht die Anwendung und Wirkung von LiN. Die Forschung ist qualitativ angelegt und arbeitet mit Leitfadeninterviews und der Evaluationsmethode (vgl. Herr 2014, S. 8 ff.). Eine Auswertung der Ergebnisse erfolgte nach Mayring (vgl. ebd. S.47). Ein wichtiges Ergebnis dieser Studie ist, dass LiN in allen Altenpflegeeinrichtungen als wirksame Lagerung beurteilt wird diese Einschätzung beruht auf den definierten Ziele der LiN-Arbeitsgemeinschaft (vgl. ebd. S.83).

Im Ärzteblatt wurde die derzeit aktuellste LiN-Studie 2015 veröffentlicht. Angelegt als randomisiert, kontrollierte Multicenterstudie, werden zwei Lagerungskonzepte evaluiert. Das Studiendesign ist außerdem prospektiv und Untersucher-verblindet. 218 nichtgefähige Patienten mit neurologischen Diagnosen (SHT, Stroke, Hypoxie,...) wurden in zwei Gruppen, die LiN- und die KON-Gruppe eingeteilt (Abbildung 9).

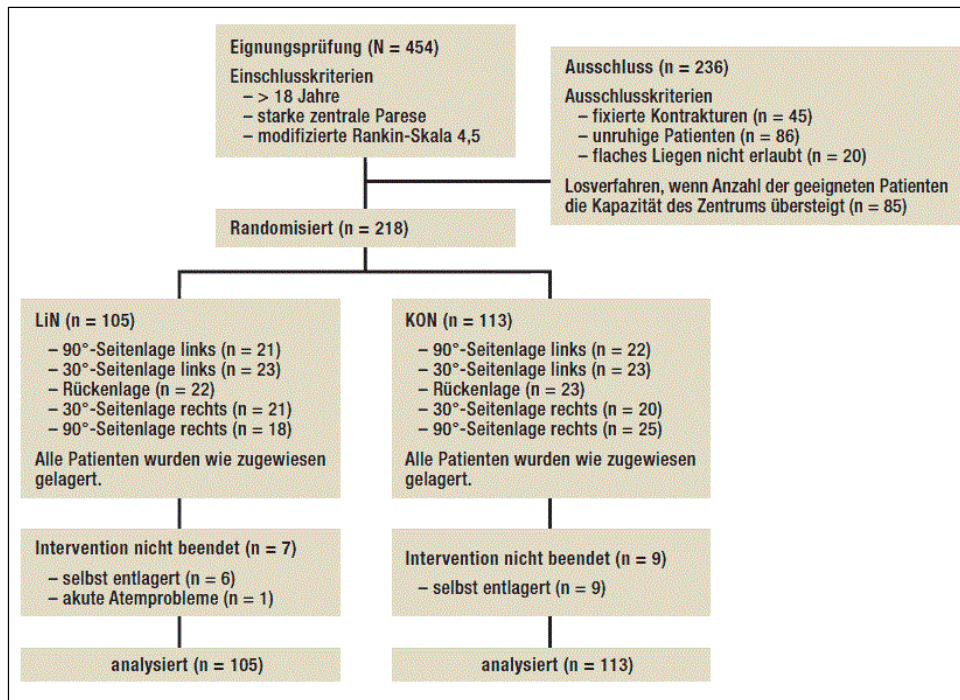


Abbildung 9 Einschlusskriterien und Randomisierung der Patienten (Liepert 2015)

Sie wurden für jeweils zwei Stunden in der jeweiligen Lagerungsform positioniert. Zielparameter war PROM Hüfte, Sekundärparameter waren die PROM Schulter und der Komfort des Patienten. Bei den Ergebnissen zeigt sich eine signifikante Veränderung der PROM-Hüfte bei der LiN Gruppe im Vergleich zur KON-Gruppe ( $12,84^\circ$ ,  $P < 0,001$ ; KI:  $5,72^\circ$ - $19,96^\circ$  (95%)). PROM-Schulter zeigt ebenso signifikante Verbesserungen ( $7,08^\circ$ ; KI:  $2,70^\circ$ - $11,47^\circ$ ).

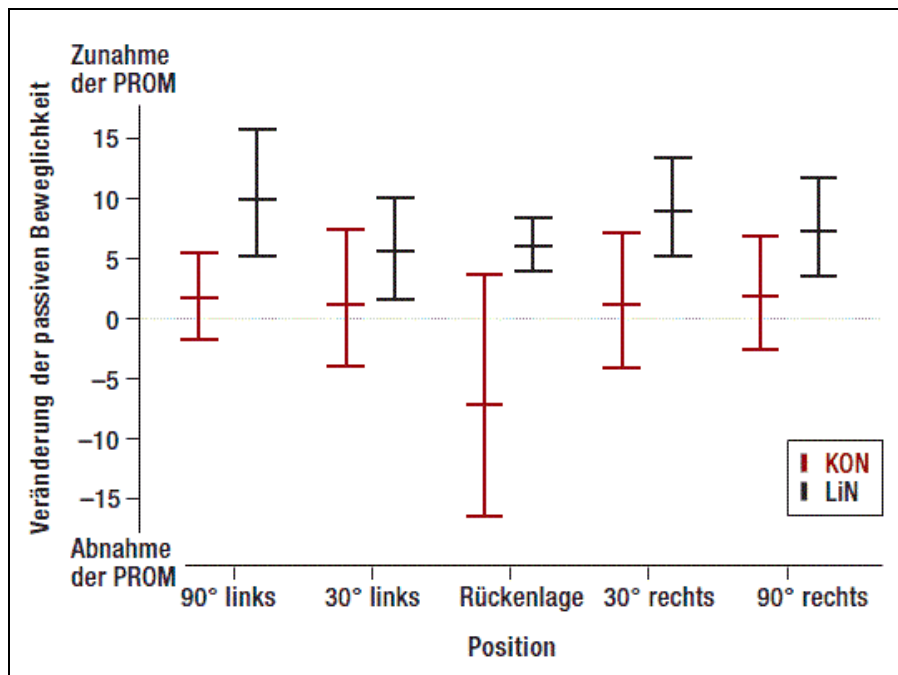


Abbildung 10 Zielparameter: PROM Hüfte (Liepert 2015)

Die Lagerung wurde von 81% der Probanden als bequem bezeichnet. Schlussfolgernd lässt sich also sagen, dass eine verbesserte Beweglichkeit nachgewiesen wurde. Es bedarf jedoch weiter Studien vor allem in Bezug auf die Langzeitwirkung der Lagerung. (vgl. Pickenbrock, Ludwig et al. 2015a, S. 35 f.). Auch die Auswirkung der Lagerung auf das Dekubitusrisiko sind noch ungeklärt (vgl. ebd. S.41).

Liepert kommentiert Pickenbrocks Studie und merkt an, dass evidenzbasiertes Wissen im generellen zum Thema Lagerungen bei Patienten mit Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems bislang fehlt. In den Leitlinien zur Therapie solcher Patienten wird zwar auf die Lagerung einzelner Körperteile eingegangen, jedoch nicht auf die Körperlagerung im Speziellen. Dieser Umstand besteht sowohl im deutschsprachigen als auch im englischsprachigen Raum. Er bewertet Pickenbrocks Studie als hochwertigen wissenschaftlichen Beitrag. Er erwähnt in Bezug auf die Lagerungstechnik besonders positiv die gleichmäßige Druckverteilung auf den gesamten Körper. Auch, dass die paretische Seite bei der Ausrichtung der Lagerung keine Rolle spielt bewertet er positiv. Da in der Studie keine negativen Nebeneffekte auftreten, hält er eine Anwendung der Lagerung für sinnvoll. Sie kann kostengünstig und auf einfache Weise den Komfort für den Patienten erhöhen. Kritisch bewertet

er, dass der Aspekt der Kontrakturen bisher nicht untersucht wurde und auch der Langzeiteffekt noch nicht überprüft wurde. Weitere Studien sollten auch die Schmerzthematik erfassen und den Barthel-Index oder die FIM (Functional Independence Measure) als Messinstrumente beinhalten (vgl. Liepert 2015, S. 33f.). In einer weiteren Veröffentlichung besagter Studie wurde diese mit Fokus auf die Vitalparameter ausgewertet. Es konnten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden. Daraus folgt, dass keine Gefahr bei Anwendung der Lagerung besteht, da sie keine lebensnotwendigen Vitalparameter beeinflusst (vgl. Pickenbrock, Zapf et al. 2015b).

#### **4.7.3 LiN – Schlussfolgerung**

Erste evidenzbasierte Ergebnisse sind für die LiN schon vorhanden, weitere müssen noch erforscht werden. Die GiL g.GmbH arbeitet seit circa 10 Jahren mit LiN und kann positive Veränderungen im Vergleich zur vorher angewandten Bobath-Lagerung feststellen. Mehrere Fachkräfte absolvierten eine LiN-Weiterbildung und können so die anderen Mitarbeitenden in der Lagerungstechnik schulen. Oftmals wiederholte Selbstversuche, bei denen Mitarbeiter nach LiN gelagert wurden, brachten das Ergebnis, dass die Lagerung als bequem und entspannend empfunden wird. Auch Bewohner, die sich äußern können, tun dies positiv. Bei Bewohnern, die aus anderen Einrichtungen in die GiL g.GmbH verlegt wurden, konnten nach einigen Wochen der konsequenten Lagerung in der Neutralstellung positive Veränderungen festgestellt werden. Die Beweglichkeit der spastischen Körperteile wurde verbessert, Die Bewohner wurden in der Lagerung ruhiger, Vitalparameter stabilisierten sich. Bei Bewohnern, die längere Zeit nach LiN gelagert werden, scheinen Kontrakturen weniger vor zu kommen. Dies sind jedoch nur Erfahrungswerte, die wissenschaftlich überprüft werden sollten. Die Lagerung soll in der Einrichtung weiterhin angewandt werden. Die vom MDK anerkannten, teilweise längeren Lagerungsintervalle (nachts bis zu sieben Stunden) scheinen möglich zu sein. Druckgeschwüre kommen in der Einrichtung selten vor. Für die Zukunft muss die weitere Forschung an der Lagerung verfolgt werden, um neueste Erkenntnisse in den Pflegealltag integrieren zu können. Eventuell kann eine solche Forschung auch in Zusammenarbeit mit der LiN- Arbeitsgemeinschaft in der

GiL g.GmbH stattfinden. Erste Kontaktaufnahmen dafür haben schon stattgefunden.

## 5 Abschließende Bewertung

Viele wichtige Begriffe des Pflegekonzepts konnten im Rahmen dieser Arbeit bearbeitet werden. Obwohl viele Faktoren und Aspekte berücksichtigt wurden, kann keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Die Begrifflichkeiten wurden in einem sehr kleinen Rahmen wissenschaftlich evaluiert. Die Literaturrecherchen können nicht als systematisch angesehen werden. Auf Grund der Fülle der Begriffe und dem vorgegebenen Rahmen dieser Arbeit, konnten diese nur kurz abgehandelt werden. Dennoch war es wichtig, alle diese Punkte zu erwähnen. Auch hier ist jedoch keine Vollständigkeit gegeben. Noch viele weitere Themen, zum Beispiel die Frage nach der Entbürokratisierung der Pflege, der Einführung der strukturierten Informationssammlung (SiS) stehen im Raum und werden in Zukunft bearbeitet werden müssen. Auch die genaue Implementierung des Systems des Primary Nursing bedarf eines eigenen Implementierungsmodells, um eine sinnvolle und gelingende Einführung in der Einrichtung sicher zu stellen. Mit Blick auf das neue Projekt werden weitere Fragen zum Thema des Personaleinsatzes, der Arbeitsorganisation und des Arbeitszeitenmodells zu klären. Mit Konkretisierung dieser Ideen wird auch das Pflegekonzept nochmals angepasst werden müssen.

Wesentliche Ergebnisse aus dieser Arbeit sind die Umstellung des Systems auf Primary Nursing und die Frage nach der genauen Umsetzung von ENP. Bisher wird noch nicht die ENP-eigene Klassifikation verwendet. Da in der Einrichtung Überlegungen zum Wechseln der Dokumentations-Software stattfinden, wäre es möglich die Klassifikation für die Diagnostik mit zu übernehmen. Fraglich ist jedoch, in wie weit sich das Modell der ABEDLs dann noch in der Praxis widerspiegelt. Momentan ist es fest in der Pflegeplanung verankert und wird dadurch auch umgesetzt. Die fehlende Evidenz für die Wirksamkeit des Bobath-Konzeptes ist eine weitere Schlussfolgerung. Anstelle dessen sollte das Konzept der Basalen Stimulation weiter erarbeitet und umgesetzt

werden. Schulungen über neueste Erkenntnisse und Anwendungsmöglichkeiten sollten für die Mitarbeitenden erarbeitet und angeboten werden.

Um die Änderungen, des im Rahmen dieser Arbeit erarbeiteten Konzeptes in die Einrichtung zu tragen, ist eine Fortbildung aller Mitarbeitenden mit dem Thema „Pflegekonzept“ geplant. Wesentliche Erkenntnisse und auch die Grundlagen des Konzeptes und Leitbildes werden Thema sein. Im Rahmen dessen können Anmerkungen und Anregungen der Mitarbeitenden zum Pflegekonzept und Leitbild gesammelt werden. Diese sollten dokumentiert werden, damit sie in die nächste Aktualisierung des Konzeptes mit aufgenommen werden können. Die Umsetzung des Konzepts gelingt nur, wenn die Mitarbeitenden sich damit identifizieren können und die genannten Konzepte, Theorien und Modelle kennen und verstehen. Nur dann ist eine Verankerung in der Pflegepraxis möglich.

Die Pflege nach dem neuesten Stand der Wissenschaft ist im Gesetz verankert und somit Pflicht für alle professionell Pflegenden. Mit der einmaligen Überarbeitung eines Pflegekonzeptes ist es nicht getan. In einem, sich ständig wiederholenden Prozess müssen neue Erkenntnisse gesammelt und aufbereitet werden. Anschließend müssen sie dem ganzen Team weitergegeben werden. Das Konzept sollte in zwei-Jahres-Abständen überarbeitet und auf Neuerungen überprüft werden. Regelmäßige Fortbildungen und Schulungen helfen die Qualität der Pflege auf hohem Niveau zu halten. Und bieten den Mitarbeitenden die Chance sich weiter zu bilden und in ihrem Beruf voran zu kommen.

Auch dieses Konzept wird hoffentlich zur Erhaltung oder gar Verbesserung der Pflegequalität in der Gemeinsam im Leben g.GmbH beitragen.

Das im Rahmen dieser Forschungsarbeit entstandene modifizierte Konzept ist im Anhang (S. II) zu finden.



## Literatur

- Alloheim Senioren-Residenzen GmbH (2015) stationäre junge Pflege. <https://www.alloheim.de/die-unternehmensgruppe/unsere-leistungen/spezialpflege/stationaere-junge-pflege/> (Letzter Zugriff: 03. 11.2015).
- Anslik, Ingrid und Hockauf, Herbert (2012) Kommentar zum Beitrag von Krohwinkel: Ganzheitlich rehabilitierende Prozesspflege – relevant für die heutige Pflege? In: Pflege: Jg. 25(33) S. 217–220.
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003) Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F. <http://www.bag-phase-f.de/de-wAssets/docs/Empfehlungen.pdf>.
- Berger, Simon; Wieteck, Pia; Kraus, Sebastian; Mosebach, Holger und Linhart, Monika (2014) Wissenschaftliche Hintergründe. European Nursing care Pathways Version 2.9. [http://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/enp-entwicklung/einleitung/ENP\\_Wissenschaftliche\\_Hintergruende\\_2015\\_DE.pdf](http://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/enp-entwicklung/einleitung/ENP_Wissenschaftliche_Hintergruende_2015_DE.pdf).
- Bienstein, Christel (2013) Die Idee der Basalen Stimulation hat mich herausgefordert. In: Not(2) S. 28–29.
- Bienstein, Christel und Fröhlich, Andreas (2012) Basale Stimulation® in der Pflege. Die Grundlagen. 7. Aufl. s.l.: Verlag Hans Huber.
- Budweg, Wolfgang (2015) ein zu Hause schwerstkörperbehinderter Menschen. die mit uns hier leben. <http://www.gemeinsamimleben.de/von-den-menschen-bei-uns/die-mit-uns-leben/index.html>.
- CBWK Clarenbachwerk Köln gGmbH (2015) Neustart mitten im Leben. [http://www.clarenbachwerk.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5&Itemid=176](http://www.clarenbachwerk.de/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=176) (Letzter Zugriff: 03. 11.2015).
- CNE - Thieme Verlag (2015) Arbeitsblatt Pflegeprozess nach Fiechter und Meier. [https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw\\_pflegepaedagogik/abb-10-01-pflegeprozess-nach-fiechter-und-meier.jpg](https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflegepaedagogik/abb-10-01-pflegeprozess-nach-fiechter-und-meier.jpg) (Letzter Zugriff: 22. 02.2016).
- Fröse, Sonja (2011). Pflege: Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen. 2. Aufl. Hannover: Schlütersche.
- Gesundheitszentrum Main-Spessart GmbH & Co KG (2015) Spezielle Angebote für jüngere Personen. <http://gsm-sp.de/spezielle-pflege/junge-patienten/> (Letzter Zugriff: 03. 11.2015).

- Herr, Matthias (2014): Evaluation in ausgewählten Altenpflegeeinrichtungen. Köln. Masterarbeit.
- Hospital zum Heiligen Geist Rottenburg am Neckar (2015) Junge Pflege. <http://www.hospitalstiftung-rottenburg.de/index.php?module=pagemaster&func=viewpub&tid=1&pid=22> (Letzter Zugriff: 03. 11.2015).
- Huseyinsinoglu, Burcu Ersoz, Ozdinciler, Arzu Razak und Krespi, Yakup (2012) Bobath Concept versus constraint-induced movement therapy to improve arm functional recovery in stroke patients: a randomized controlled trial. In: Clinical rehabilitation: Jg. 26(8) S. 705–715.
- Kämmer, Karla (2000) Pflegemanagement in Alteneinrichtungen. Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation. 4., überarb., aktualisierte Aufl. Hannover: Schlüter.
- Kılınc, Muhammed, Avcu, Fatma, Onursal, Ozge, Ayvat, Ender, Savcun Demirci, Cevher und Aksu Yildirim, Sibel (2015) The effects of Bobath-based trunk exercises on trunk control, functional capacity, balance, and gait: a pilot randomized controlled trial. In: Topics in stroke rehabilitation S. 17-25.
- Kollen, Boudewijn J., Lennon, Sheila, Lyons, Bernadette, Wheatley-Smith, Laura, Scheper, Mark, Buurke, Jaap H., et al. (2009) The effectiveness of the Bobath concept in stroke rehabilitation: what is the evidence? In: Stroke; a journal of cerebral circulation: Jg. 40(4) S. e89-97.
- Krohwinkel, Monika (2008) Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. 3. Aufl. s.l.: Verlag Hans Huber.
- Kursana Residenzen GmbH (2015) Junge Pflege. Konzept für pflegebedürftige Erwachsene ab 18 Jahren. <http://www.kursana.de/wohnen-pflege/pflege-betreuung/indikationen/junge-pflege/> (Letzter Zugriff: 03. 11.2015).
- Liepert, Joachim (2015) Wie evidenzbasiert ist die Lagerung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen? In: Deutsches Ärzteblatt international: Jg. 112(3) S. 35–42.
- Manthey, Marie, Kelling, Gerhard und Mischo-Kelling, Maria (Hrsg.) (2011). Pflegemanagement: Primary nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. 3., überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber.
- Menche, Nicole (Hrsg.) (2011) Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 5., vollst. überarb. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer: Urban-&Fischer-Verlag.
- Mischo-Kelling, Maria, Schütz-Pazzini, Petra und Eder von Allwörden, Sven (Hrsg.) (2007). Programmbereich Pflege: Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen. 1. Aufl. Bern: Huber.

- Müller-Staub, Maria, Lavin, Mary Ann, Needham, Ian und van Achterberg Theo (2007) Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse – Anwendung und Auswirkungen auf die Pflegepraxis: eine systematische Literaturübersicht. In: Pflege(20) S. 352–371.
- Nydahl, Peter (2005) Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma. 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Nydahl, Peter und Bartoszek, Gabriele (2000) Basale Stimulation. Neue Wege in der Intensivpflege. 3., vollst. überarb. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Pickenbrock, Heidrun (2016) LiN WAS IST DAS? Definition. <https://www.lin-arge.de/de/definition> (Letzter Zugriff: 23. 02.2016).
- Pickenbrock, Heidrun, Ludwig, Vera U., Zapf, Antonia und Dressler, Dirk (2015a) Conventional versus neutral positioning in central neurological disease: a multicenter randomized controlled trial. In: Deutsches Ärzteblatt international: Jg. 112(3) S. 35–42.
- Pickenbrock, Heidrun M., Zapf, Antonia und Dressler, Dirk (2015b) Effects of therapeutic positioning on vital parameters in patients with central neurological disorders: a randomised controlled trial. In: Journal of clinical nursing: Jg. 24(23-24) S. 3681–3690.
- Pickenbrock, Heidrun (2008): Einfluss zweier Lagerungskonzepte auf passive Beweglichkeit, vegetative Parameter und Bequemlichkeit bei akuten, schwer betroffenen Schlaganfallpatienten. erste Ergebnisse. Krems. Masterarbeit.
- Pickenbrock, Heike; Oelmann, H. und Von Reutern G. (2002) Messbare Effekte von Lagerung in Neutralstellung bei Patienten mit zentral-neurologischen Störungen. [https://www.lin-arge.de/uploads/files/Poster\\_Mannheim\\_2002.pdf](https://www.lin-arge.de/uploads/files/Poster_Mannheim_2002.pdf) (Letzter Zugriff: 22. 02.2016).
- Rudolf Schmid und Hermann Schmid Stiftung (2015) Junge Pflege. <http://www.schmid-stiftung.de/generationenhaus-heslach/pflegezentrum-junge-pflege.php> (Letzter Zugriff: 03. 11.2015).
- Santa Isabella (2015) Junge Pflege. [http://santa-isabella.de/downloads/SI\\_5\\_0\\_Junge%20Pflege.pdf](http://santa-isabella.de/downloads/SI_5_0_Junge%20Pflege.pdf) (Letzter Zugriff: 03. 11.2015).
- Senioren Wohnpark Weser GmbH (2015) Aktive Pflege für junge Menschen. [http://www.residenz-gruppe.de/wohnpark/junge\\_pflege.php](http://www.residenz-gruppe.de/wohnpark/junge_pflege.php) (Letzter Zugriff: 03. 11.2015).
- St. Elisabeth Pflege GmbH (2015) Junge Pflege Phase F. <http://www.st-elisabeth-pflege.de/pages-NEU/Paulus/Junge-Pflege-Paulus-NEU.html> (Letzter Zugriff: 03. 11.2015).

- Stemmer, Renate (2011) Zur Situation der Pflege im Krankenhaus. In: Pflege&Gesellschaft: Jg. 16(4) S. 293–302.
- Vaughan-Graham, Julie, Cott, Cheryl und Wright, F. Virginia (2015) The Bobath (NDT) concept in adult neurological rehabilitation: what is the state of the knowledge? A scoping review. Part II: intervention studies perspectives. In: Disability and rehabilitation: Jg. 37(21) S. 1909–1928.
- Weigert, Johann (2008) Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement. Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. 2. Aufl. Hannover: Schlüter.
- Weigert, Johann (2010). Pflege leicht: 100 Tipps für die Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Pflege. 2., aktualisierte Aufl. Hannover: Kunz Schlüter.
- Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (2015) Bei uns Wohnen. spezielle Wohnformen- junge Pflege. <https://www.wohlfahrtswerk.de/junge-pflege.html> (Letzter Zugriff: 03. 11.2015).
- Zess (2005) Basale Stimulation. Studien. <http://www.zess-burghausen.de/pflege/pflegetherapeutisches-know-how-basale-stimulation> (Letzter Zugriff: 24. 01.2016).

## Anhang

Pflegekonzept .....	I
Leitbild .....	XX
Baupläne .....	XXVI

# Pflege- und Betreuungskonzept



Gemeinsam im Leben gemeinnützige GmbH – Silcherstrasse 47 – 72581 Dettingen

## Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Räumliche, personelle, sächliche Ausstattung</b> .....	<b>- 2 -</b>
1.1 Räumlich .....	- 2 -
1.2 Personell .....	- 2 -
1.2.1 Qualifikationen .....	- 2 -
1.3 Sächlich.....	- 2 -
<b>2 Leistungsangebot</b> .....	<b>- 3 -</b>
2.1 Angebote .....	- 3 -
2.2 Leistungen .....	- 3 -
2.3 Heimentgelte .....	- 3 -
<b>3 Qualität und Qualitätssicherung</b> .....	<b>- 4 -</b>
3.1 Einführung .....	- 4 -
3.2 Qualitätsstufe.....	- 4 -
3.3 Interne Qualitätssicherung .....	- 5 -
3.3.1 Arbeitsweise.....	- 5 -
3.4 Externe Qualitätssicherung .....	- 8 -
<b>4 Pflegemodell</b> .....	<b>- 8 -</b>
4.1 Allgemein.....	- 8 -
4.2 Konkretisierung des Modells in unserer Einrichtung.....	- 8 -
4.2.1 Kommunizieren .....	- 8 -
4.2.2 Sich bewegen.....	- 9 -
4.2.3 Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten .....	- 9 -
4.2.4 Sich pflegen .....	- 10 -
4.2.5 Essen und trinken .....	- 10 -
4.2.6 Ausscheiden.....	- 11 -
4.2.7 Sich kleiden.....	- 11 -
4.2.8 Ruhen und Schlafen.....	- 12 -
4.2.9 Sich beschäftigen.....	- 12 -
4.2.10 Sich als Mann / Frau fühlen .....	- 13 -
4.2.11 Für eine sichere Umgebung sorgen.....	- 13 -
4.2.12 Soziale Bereiche des Lebens sichern .....	- 14 -
4.2.13 Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen .....	- 15 -
4.2.14 Sinneseindrücke und Wahrnehmung.....	- 16 -
<b>5 Pflegeprozess</b> .....	<b>- 17 -</b>
5.1 Informationssammlung (Assessment).....	- 17 -
5.2 Erfassen der Probleme und Ressourcen .....	- 17 -
5.3 Festlegen der Pflegeziele .....	- 17 -
5.4 Planung der Pflegemaßnahmen .....	- 18 -
5.5 Durchführung der Pflege.....	- 18 -
5.6 Evaluation (Bewertung).....	- 18 -
<b>6 Kooperation mit anderen Diensten</b> .....	<b>- 18 -</b>
<b>7 Literatur</b> .....	<b>- 19 -</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

- 2 Praxisanleiterinnen
- 1 Palliative Care Nurse
- 2 Pflegeexpertin für außerklinische Beatmung
- 1 B.Sc. Pflegewissenschaften (Abschluss voraussichtlich März 2016)
- 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\*), Schienenversorgung, 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

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegeklasse III	Pflegestufe III Härtefälle
Pflege und Betreuung	84,40 €	111,17 €	145,85 €	158,44 €
Unterkunft und Verpflegung	27,81 €	27,81 €	27,81 €	27,81 €
Investitionskosten	11,09 €	11,09 €	11,09 €	11,09 €
<b>Tagessatz</b>	<b>123,30 €</b>	<b>150,07 €</b>	<b>184,75 €</b>	<b>197,34 €</b>

## 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.

<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.

### 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 (Trachealkanülenarten, 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 Dienstausfälle 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 Muskelspastizität 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. Viele

---

<sup>3</sup> Zieger, Andreas. Der neurologisch schwerstgeschädigte Patient im Spannungsfeld zwischen bio- und Beziehungsmedizin. In: intensiv 2002, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York



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 Alarme 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 Selbstanahme 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 Krankhemd, 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 Gemeinschaftsreich 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 vorbeischiebende 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. 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.

## 5 Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist gesetzlich in § 80 SGB XI verankert.

Er kann ganz allgemein beschrieben werden, als all das, was in der Beziehung zwischen verschiedenen Beteiligten (zum Beispiel Bewohnern, Angehörigen, Pflegekräften) vom ersten Kontakt an abläuft. Der Prozess stellt eine grundsätzliche Denkweise und Handlungsstrategie der Pflege dar aus der eine individuelle Pflegeplanung entwickelt wird.<sup>4</sup>

Der Pflegeprozess nach Fiechter und Meier\* ist ein Regelkreislauf und umfasst sechs Phasen. Dieser Pflegeprozess findet in Verbindung mit dem System der fördernden Prozesspflege\* von Monika Krohwinkel in unserer Einrichtung Anwendung.

### 5.1 Informationssammlung (Assessment)

Die erste Phase ist die pflegerische Einschätzung des Bewohners. Im Rahmen der Informationssammlung werden alle Angaben des Bewohners und seiner Angehörigen aufgenommen, die für die betroffene Person bezüglich seiner künftigen Pflege und Betreuung bedeutsam sind und sein können.

Der Erstkontakt findet in den meisten Fällen in der jeweiligen Rehabilitationsklinik statt. Wir besuchen den Bewohner dort und sprechen mit Angehörigen, Therapeuten und Ärzten, um eine sichere und lückenlose Übernahme zu gewährleisten. Auch die notwendige Hilfsmittelversorgung wird zu diesem Zeitpunkt bereits in die Wege geleitet.

Die Informationssammlung wird möglichst während des Erstgesprächs, spätestens aber im Laufe der ersten Woche erhoben. Hierfür steht in der elektronischen Kundenakte die Anamnese und Biografie zur Verfügung.

Im pflegerischen Alltag sind uns diese Informationen eine große Hilfe, um auch Bewohnern die sich nicht mehr äußern können, eine individuelle und ganzheitliche Pflege zu Gute kommen zu lassen.

### 5.2 Erfassen der Probleme und Ressourcen

Anhand der Informationssammlung werden die Probleme und Ressourcen des Bewohners deutlich.

Wir arbeiten beim Erstellen der Pflegeplanung mit Pflegediagnosen\* auf Basis der European Nursing Care Pathways (ENP).

Mit dem Einfügen und einer Anpassung der Textbausteine in unserem Pflegedokumentationssystem „Micos Bevia“ sind modifizierte, individuell auf unsere Bewohner abgestimmte Vorlagen zur Pflegeplanung entstanden.

### 5.3 Festlegen der Pflegeziele

Das Pflegeziel beschreibt, welches Pflegeergebnis in einem Zeitraum (Kontrolldatum) erwünscht ist.

Das Pflegeziel gibt die Richtung der Pflegemaßnahmen an und zeigt, ob die durchgeführten Pflegemaßnahmen erfolgreich waren.

---

<sup>4</sup> Menche 2011, S. 30



## 5.4 Planung der Pflegemaßnahmen

Die geplanten Maßnahmen finden sich dann in der individuellen Pflegeplanung wieder. Zu einer ENP-Diagnose werden Ziele und passende Maßnahmen hinterlegt.

## 5.5 Durchführung der Pflege

Die Durchführung der Pflege setzt den Pflegeplan praktisch um. Die durchgeführten Maßnahmen müssen quittiert werden und gelten somit als Leistungsnachweis.

## 5.6 Evaluation (Bewertung)

In der Evaluation findet die Bewertung der Wirkung der Pflege in Bezug auf die Zielerreichung statt. Jede einzelne Pflegediagnose wird auf ihren Zielerreichungsgrad hin überprüft.

Der Planungszeitraum beträgt immer ein Quartal. An jedem Quartalsende findet eine Überprüfung aller Pflegeziele statt. Bei Veränderungen des Zustands werden einzelne Ziele und Maßnahmen kontinuierlich überprüft und geändert.

## 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 Hubwieser-Gross.

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.

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

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

Menche, Nicole (Hrsg.) (2011) *Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe*. 5., vollst. überarb. Aufl. Urban-&-Fischer-Verlag. München 2011.

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; Ehmann, 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.



## **Leitbild der Mitarbeitenden**

in der neurologischen Langzeitpflege der  
Gemeinsam im Leben gemeinnützige GmbH  
Silcherstraße 47, 72581 Dettingen

[www.gemeinsamimleben.de](http://www.gemeinsamimleben.de)

## Wir sind alle Gäste des Lebens

### *Das Leitbild der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gemeinsam im Leben gemeinnützige GmbH*

Nichts umschreibt besser unsere Grundidee und die Beweggründe unseres sozialen Engagements, seit wir uns im Sommer 1989 noch als „Leben mit Behinderten gemeinnützige GmbH“ (bis April 2013) auf den Weg gemacht haben. Der amerikanische Literaturwissenschaftler und Schriftsteller Georg Steiner sprach fast beiläufig davon in seiner Rede anlässlich des ihm verliehenen Ludwig-Börne-Preises 2003 in Frankfurt am Main.

„Wir sind alle Gäste des Lebens.“ Der Gedanke Steiners ist eindeutig, klar und kompromisslos. Ohne Unterschied wird allen Menschen gleiches Recht und Stellung zuerkannt. In den Kulturen dieser Welt ist das Gastrecht ein hohes Gut. Der Gast erfährt eine herausgehobene, ja bevorzugte Stellung und respektvolle Behandlung. Gast des Lebens zu sein, ist etwas Besonderes. Jeder Gast des Lebens ist etwas Besonderes. Unser Leitbild will diesen Gedanken aufnehmen. Es ist ein LeitBild vom Zusammenleben im Haus und dem, was dieses Leben ermöglicht. Viele „Lebenskünstler“ haben daran gemalt.

Es ist zu jeder Zeit ein unvollendetes Bild, darum werden wir weiter daran malen. Nur so ist es ein lebendiges Bild mit warmen und auch leuchtenden Farben. Auch inspiriert vom christlichen Menschenbild und dem Vorbild, wie Christus mit den Menschen umgegangen ist, entstehen immer wieder neue Linienführungen und Motive unseres Zusammenlebens im Haus.

## Im Blick – unser Bild vom Menschen

### *Vom Gegenüber*

Der Mensch ist in einzigartiger Weise als lebendiges Gegenüber Gottes gedacht. Gott wünscht und sucht die Gemeinschaft mit dem Menschen. So berichtet es uns die Überlieferung im Schöpfungsbericht der Bibel, wo von der Ebenbildlichkeit des Menschen die Rede ist. Darin liegt eine unbestreitbare Wertschätzung und Würde. „Ebenbildlichkeit“ ist dabei nicht das Verdienst besonderer Begabung und Fähigkeiten. Umgekehrt schließen Behinderung oder Unvollkommenheit nicht davon aus. Die Evangelien berichten, wie Jesus Christus uns im Alltag in besonderer Weise in den von den Umständen des Lebens erniedrigten und bedrückten Mitmenschen begegnet. Gerade in ihnen sieht er Brüder und Schwestern: Was ihr einem unter meinen geringsten Brüdern getan habt, das habt ihr mir getan. So sehr verbündet sich Gott mit diesen Menschen und deren Leben.

Von je her haben sich mutige und beherzte Christinnen und Christen und erst recht die Väter der Diakonie von diesen Überzeugungen bewegen lassen und, angespornt

von vorgefundener Not und Bedrückung, Wege und Brücken des Lebens für die entdeckt oder gebaut, die benachteiligt waren und schlechter weg gekommen sind. Von diesen Beispielen gelebter Nächstenliebe wollen wir uns begeistern lassen, Impulse aufnehmen und als Dienstgemeinschaft in einer diakonischen Einrichtung mit unserem Handeln anknüpfen – aber auch Türen aufstoßen und neue Wege beschreiten.

### *Die Würde jedes Menschen*

Wir können in unserer täglichen Aufgabe nicht von der Unantastbarkeit der Würde jedes Menschen reden, ohne uns dessen bewusst zu sein, dass unser Gegenüber seine Würde auch gerade darin erlebt, wie wir ihm begegnen, d.h. wie wir von ihm denken, mit ihm und über ihn reden, mit ihm umgehen und in seinem Sinn an ihm handeln oder zum selbstbestimmten Handeln verhelfen. – Und bisweilen braucht Würde den Schutz durch unsere Zivilcourage, die für den Schwächeren mutig Partei ergreift und öffentlich für ihn einsteht.

Wir sehen uns in unserer Gesellschaft in der Verantwortung für gerechte und faire Lebensbedingungen.

### *Die Einmaligkeit der Person*

Jeder hat seine ureigene Lebensgeschichte und Prägung. Jeder ist auf seine Weise begabt und entwickelt Fähigkeiten. Und jeder ist in seiner Weise in Vielem unvollkommen und auf Ergänzung und Partnerschaft angewiesen. In den Erfahrungen und im Zusammenspiel von Begabung und Begrenztheit sind unsere Biografie, unsere Identität und unser Lebenshorizont entstanden. Wir sind einmalig, unterscheiden uns und sind doch gleich wertvoll! Unterschiede können unser Miteinander auf ganz besondere Weise bereichern, wenn wir sie gelten lassen und achten. Gerade deshalb wollen wir den unterschiedlichen Biografien Rechnung tragen und Eigenständigkeit im Pflegealltag begleiten und fördern.

Mit diesem Bild vom Menschen und seinen inneren und äußeren Beziehungen wollen wir einander in unserem Haus begegnen. „Fühl dich bei uns wie zu Hause“ ist unsere Einladung an die Gäste des Lebens.

## **Entwurf und Motiv – Farben des Lebens**

### *Grauer Alltag und buntes Leben*

Grau steht für lieblose Eintönigkeit, eingefahrene Routine, Fantasielosigkeit und lustlose Pflichterfüllung, Nutzlosigkeit und Langeweile, Einsamkeit und keiner der zuhört, enge Grenzen, kleine Spielräume und unerreichbare Ziele, Fremdbestimmung und wenig Hoffnung, dass man etwas ändert, weil alles ohnehin keinen Zweck hat, Trostlosigkeit.

Der Hunger nach buntem Leben weckt in uns die Erwartungen nach Vielfalt und Abwechslung, nach sprühenden Ideen und die Dinge selbst in die Hand nehmen

dürfen, etwas erreichen und Erfolge genießen, Hindernisse zu überwinden, tragfähige Beziehungen zu leben, Freunde und Menschen zu haben, die verstehen und auf die man sich verlassen kann, Vertrauen, akzeptiert sein und geliebt werden, sowie der Wunsch nach Zufriedenheit mit dem eigenen Dasein. Jeder von uns erlebt auch graue Tage. Unser Handeln zielt auf ein Leben, das trotz Behinderungen nicht nur grau in grau und trostlos ist. Miteinander wollen wir wieder bunten Farben in das durch Behinderungen grau gewordene Leben bringen.

### *Die „Hintergrundfarben“ unseres Lebens im Haus*

Die Frauen und Männer, die mit schweren Behinderungen zu uns kommen und in unserem Haus wohnen, haben schmerzliche Einschnitte in ihrem Leben hinnehmen müssen. Von ihrem Zuhause – und meist auch den Familien – räumlich getrennt, erscheint ihnen und ihre Angehörigen ihre Zukunft oft erdrückend grau und perspektivlos.

Mit sozialer Kompetenz fördern wir einen vertrauensvollen Umgang untereinander und gestalten die räumliche Umgebung so, dass sich unsere Bewohnerinnen und Bewohner wohl fühlen und zu Hause sind. Wir legen Wert auf fachlich professionelles Handeln in Pflege und Betreuung. In allem wollen wir verlässlich sein, Vertrauen bauen, Sicherheit geben und Ängste nehmen. Unvoreingenommene Offenheit hilft uns hinzuhören und die Anliegen unserer Bewohnerinnen und Bewohner aufzunehmen. Dort, wo Sprache nicht mehr möglich ist, bemühen wir uns, mit wachen Sinnen auf Signale und auch leise Willensäußerung zu achten. Über Jahre gewachsene Persönlichkeiten und Biografien wollen wir verstehen und in der täglichen Pflege und Begegnung zur Geltung verhelfen.

Wir begegnen jenen, die von unserer Hilfe und Assistenz abhängig sind, mit dem nötigen Respekt und Achtung. Wir bieten menschliche Nähe an und achten gewünschte Distanz. Verlässlichkeit in unseren Zusagen und unser Handeln sind uns wichtig, weil dadurch tragfähige Beziehungen entstehen, aus denen wir alle leben. Wir wissen uns zu keiner Zeit am Ziel! Sondern mit Engagement, Mut und Fantasie versuchen wir jeden Tag neu, gemeinsam Hürden und Hindernisse zu überwinden. Wir wollen Wege entdecken und Türen aufstoßen, die das tägliche Leben mit

Behinderungen leichter machen und bereichern. Dort, wo wir für Menschen mit Behinderungen in unserer Gesellschaft unbillig aufgestellte Hürden entdecken, melden wir mit ihnen zusammen oder auch stellvertretend für sie unseren ganzen Widerstand an. Als Helfer sind wir jederzeit neugierig und offen für neue Entwicklungen in Pflegeprozessen, Behandlungsmethoden sowie im Gebrauch neuer Hilfsmittel. Nur dann können wir die Lebenssituation der Menschen im Haus verbessern helfen.

Anregungen und Ideen der Bewohnerinnen und Bewohner, ihrer Betreuer sowie der Angehörigen sind uns willkommen.

## Skizziert – die Konturen unseres Handelns

### *Fachliche und soziale Kompetenz*

In der pflegerischen Versorgung legen wir Wert auf eine hohe Fachlichkeit entsprechend neuester pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Weil wir in unserer Einrichtung Frauen und Männer auf einer schweren Wegstrecke ihres Lebens auch menschlich begleiten, ist uns soziale Kompetenz ebenso wichtig. Wir lassen uns gerne in Anspruch nehmen und sind offen für die Anliegen unserer Bewohnerinnen und Bewohner. Den täglichen Herausforderungen stellen wir uns in einer positiv motivierten Haltung, wollen aber genauso darauf achten, dass sich keiner selbst überfordert oder überfordert wird.

### *Qualität kennzeichnet unser Handeln*

Damit sich unsere Bewohnerinnen und Bewohner auf unsere Zusagen und eine gleich bleibende Qualität unserer Leistungen verlassen können, arbeiten wir nach einem Pflegemodell und nach Standards für alle Pflegeprozesse. Unserem Pflegemodell liegt eine Kombination aus dem Modell „fördernde Prozesspflege“ nach Monika Krohwinkel und dem „Modell des Lebens“ von Nancy Roper zugrunde. Die Standards werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erarbeitet, ständig überprüft und weiterentwickelt. Neben den internen Qualitätsentwicklungsprozessen und Prüfungen sichern wir durch externe Qualitätsprüfungen gleich bleibende gute Qualität unserer Angebote und Leistungen. Wir öffnen uns neuen Impulsen und setzen sie zum Wohl unserer Bewohnerinnen und Bewohner bewusst um. Alle in unserer Dienstgemeinschaft nehmen regelmäßig an internen Schulungen und qualifizierten Fortbildungen teil.

### *Miteinander sind wir stark für Andere*

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bilden unabhängig von ihrer Stellung und Aufgabe eine Dienstgemeinschaft. Wir erachten jeden Dienst als gleich wichtig und wertvoll für das Gelingen des Ganzen. Wir begegnen uns in der Dienstgemeinschaft mit Respekt und Achtung und unterstützen uns in den Arbeitsprozessen durch kollegiales und solidarisches Handeln. Gegenseitige Offenheit, auf einander hören können, offene und ehrliche Konfliktbewältigung halten wir nicht nur für ein fruchtbares Arbeiten als elementar wichtig. Solches Verhalten prägt entscheidend die Atmosphäre im Haus, die es den Bewohnerinnen und Bewohnern möglich macht, auch uns mit wachsender Offenheit zu begegnen und Vertrauen in unser Handeln zu gewinnen.

Wir können uns nicht vorstellen, dass Impulse und Anregungen von angelernten Kräften weniger Gewicht haben sollten und ernst genommen werden müssen, als die der Fachkräfte in unserer Dienstgemeinschaft. Wir nehmen uns gegenseitig ernst unabhängig von der jeweils fachlichen Qualifikation. Die unterschiedlichen Disziplinen arbeiten im Sinne eines ganzheitlichen Konzeptes vertrauensvoll zusammen. Wir respektieren Dienststellung, übertragene Kompetenzen und gemeinsam getroffene Entscheidungen.

## *Ökonomisch sinnvolles Handeln*

Wir legen als Dienstgemeinschaft Wert auf sinnvolle Arbeitsprozesse und Wirtschaftlichkeit unserer Dienstleistungen. Wir achten auf verantwortlichen Umgang mit unseren eigenen Kräften. Wir wollen die zur Verfügung stehende Zeit kreativ nutzen und deren Vergeudung vermeiden. So gewinnen wir weitere Spielräume für die Betreuung. Und wir gehen schonend und ökonomisch vertretbar mit Verbrauchsgütern, Hilfsmitteln und Ressourcen um. Wir reflektieren und optimieren unsere Arbeit in allen Tätigkeitsbereichen.

## **Ein Bild und seine Wirkungen**

### *Bewegung nach innen*

Wir wollen mit unseren Persönlichkeiten und Handlungsweisen zu einem Leben beitragen, das trotz Behinderung als „farbig“ und lebenswert empfunden wird. Dafür haben wir uns als Dienstgemeinschaft dieses Leitbild gegeben. Leben ist Bewegung. Ein Leitbild schafft Bewegung, wenn es Weg und Ziel unseres gemeinsamen Handelns immer wieder klar definiert, uns dorthin aufbrechen lässt und einer sich verändernden Wirklichkeit Rechnung trägt. Es will zu einer konstruktiven Reflexion unserer Arbeit beitragen. Es hilft uns Zielkonflikte vermeiden und damit Kräfte sparen – Kräfte, die an anderer Stelle das Leben im Haus bereichern.

### *Wirkung nach außen*

Wir verstehen uns als Partner der Menschen mit Behinderungen und Anbieter im sozialen System unserer Gesellschaft. Natürlich wollen wir vordenken und vorleben und dadurch Möglichkeiten und Wege aufzeigen. Dem Betrachter unseres Leitbilds und unserer diakonischen Arbeit soll sich erschließen, welchen Weg wir gemeinsam durch menschliche Not eingeschlagen haben. Wir wollen damit Impulse setzen und diese Wege womöglich auch für andere gangbar machen. Vielleicht ecken wir mit unseren Vorstellungen und Ideen auch an, werfen Fragen auf und sorgen mit unserer „Konzeption“ für Unruhe! Dann ist das womöglich Absicht! Gerne führen wir einen Dialog in unserer Gesellschaft für mehr Verständnis und Solidarität gegenüber Menschen mit Behinderungen.

### *Denn wir sind ohne Ausnahme Gäste des Lebens!*

Im Oktober 2004 (geändert nach Namensänderung im Mai 2013)



## Baupläne (interne Quelle):

### Außen Ansicht, Ostseite:

Ebene 0: Eingangsbereich, Technik, Carport

Ebene 1: Verwaltung, Küche, Therapieräume

Ebenen 2/3: Pflegestockwerke

Ebene 4: private Wohnungen



Außen Ansicht, Nordseite (Frontansicht):

- Ebene 0: Eingangsbereich, Technik, Carport
- Ebene 1: Verwaltung, Küche, Therapieräume
- Ebenen 2/3: Pflegestockwerke
- Ebene 4: private Wohnungen



GEMEINSAM IM LEBEN  
GEMEINNÜTZIGE GMBH UND  
BUDWEG / KEPPELER GBR  
SILCHERSTRASSE 47  
72581 DETTINGEN

NEUBAU PFLEGEHEIM  
MIT WOHNUNGEN  
RICHARD-WAGNER-STRASSE  
72581 DETTINGEN

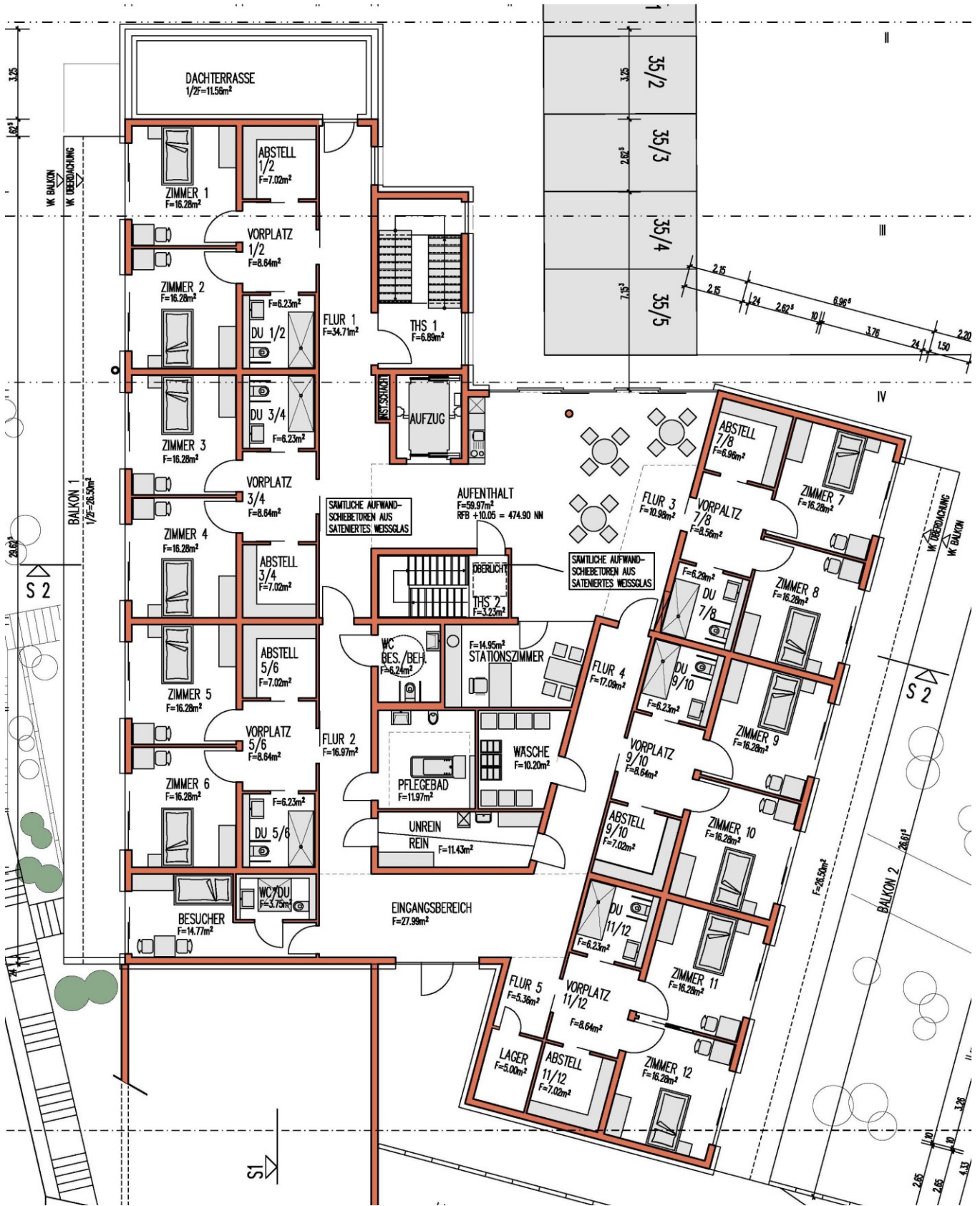
NORDEN / OSTEN  
M 1/100

ANERKANNT AM 26. NOVEMBER 2015  
BAUHERR

GEFERTIGT AM 26. NOVEMBER 2015  
ARCHITEKT

**FRITZ** DIPL.-ING. ARCHIBALD FRITZ  
FREIER ARCHITEKT  
NEUFFENER STR. 3  
72581 DETTINGEN  
FON 07123 / 9749-0  
FAX 07123 / 9749-20

Innenansicht, Ebene 3, Pflegestockwerk:



## Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die verwendete Literatur vollständig aufgeführt sowie Zitate kenntlich gemacht habe. Ich versichere ferner, dass die Arbeit noch nicht zu anderen Prüfungen vorgelegt wurde.

München, den 07.02.2016

A handwritten signature in black ink that reads "Tabea Budweg". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the end.

Tabea Budweg