

Das pflegerische Modell/ Konzept der „Forstweiher Heime“ und der Seniorenbetreuung und –pflege „bei St. Otto“

1. Grundlagen

Grundlage unserer pflegerischen Tätigkeit ist das Pflegeprozessmodell nach Krohwinkel.

Monika Krohwinkel ist Professorin für Pflege an der Fachhochschule Darmstadt. Sie veröffentlichte erstmals 1984 ihr konzeptionelles Modell der „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL). 1991 wurde das Modell in einer abgeschlossenen Studie an Apoplexieerkrankten und deren Bezugspersonen erprobt und weiterentwickelt. Diese Studie war die erste von einer Pflegenden durchgeführte wissenschaftliche Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Deutschland. Sie befasste sich mit der ganzheitlich rehabilitierenden Prozesspflege am Beispiel von Apoplexieerkrankten. Das Modell von Monika Krohwinkel wird sehr stark beeinflusst von den Pflgetheoretiker/innen Orem, Rogers, Peplau, Travelbee, Henderson, Logan und Thierney. Inspiriert wurde sie auch von Theorien der Psychologen Maslow und Rogers.

Das Pflegemodell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel beinhaltet folgende Kernaussagen:

1. Mensch

Als Mensch wird der Bewohner sowie seine Bezugspflegepersonen bezeichnet. Krohwinkel sieht den Menschen als „einheitliches, integrales ganzes, das mehr und anders ist als die Summe seiner Teile, mit seiner Identität und Integrität“ (Rogers, 1970). Der Mensch ist ein durch Erfahrung geprägtes Lebewesen und er ist fähig, sich zu entwickeln, zu wachsen und sich selbst zu verwirklichen unabhängig von Alter, Krankheit und Behinderung.

2. Umgebung

In der ganzheitlichen Sicht ist die Umgebung der wesentliche Faktor für das Leben, Gesundheit und Wohlbefinden. Mensch und Umgebung sind wechselseitig sich beeinflussende Systeme. Zur Umgebung zählen neben allen Lebewesen, auch ökologische, physikalische, materielle und gesellschaftliche Faktoren. Der Bedarf an Veränderungen der Umgebung wird besonders deutlich im Bereich der Rehabilitation und bei Einzug in ein Seniorenheim.

3. Gesundheit und Krankheit

Monika Krohwinkel definiert Krankheit und Gesundheit als dynamischen Prozess. Die Pflegekräfte konzentrieren ihre Arbeit nicht nur auf medizinisch defizitäre Befunde, sondern sie beziehen die Ressourcen des Menschen mit ein, die es zu stützen, zu

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 1 von 16



„Am Forstweiher“



„Am Forstweiher“



„bei St. Otto“

fördern und zu erhalten gilt. Als Gesundheit wird die Lebensqualität bezeichnet, die der pflegebedürftige Mensch für sich als Wohlbefinden und Unabhängigkeit definiert.

4. Pflege

Die primäre pflegerische Zielsetzung des Modells ist das Erhalten, das Fördern bzw. Wiedererlangen von Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität des pflegebedürftigen Menschen in seinen Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens. Um dies umzusetzen, sind insbesondere die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person und/oder ihrer persönlichen Bezugspersonen (Angehörige/Lebenspartner/Freunde) gezielt zu erfassen, zu stützen und zu fördern. Diese Ziele bleiben bestehen, unabhängig davon, ob der pflegebedürftige Mensch gesund, krank, behindert oder sterbend ist.

Der professionellen Pflege stehen fünf grundlegende Methoden der Hilfeleistung zur Verfügung:

1. Für den pflegebedürftigen Menschen handeln
2. Ihn Führen und Leiten
3. Für eine Umgebung sorgen, die einer positiven Entwicklung förderlich ist
4. Ihn unterstützen
5. Den pflegebedürftigen Menschen und seine Bezugspersonen anleiten, beraten, unterrichten und fördern

Das AEDL Strukturmodell:

Krohwinkel bringt pflegerische Bedürfnisse modellhaft in Zusammenhang mit Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens. Sie benennt 13 Bereiche, die untereinander in Wechselbeziehung stehen, aber keiner Hierarchie unterliegen. Um den Menschen ganzheitlich zu sehen, muss neben der jeweils einzelnen Betrachtung jeder AEDL auch ihre Auswirkungen auf die anderen AEDL Bereiche berücksichtigt werden.

AEDLs

1. Kommunizieren können
2. Sich bewegen können
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten
4. Sich pflegen können
5. Essen und Trinken können
6. Ausscheiden können
7. Sich kleiden können
8. Ruhen, Schlafen und sich entspannen können
9. Sich beschäftigen lernen und sich entwickeln können
10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten können
11. Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern und Beziehungen gestalten können
13. Mit den existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 2 von 16

Eine Besonderheit stellen die die existentiellen Erfahrungen des Lebens dar. Der Mensch hat im Laufe seines Lebens eine Reihe von Erfahrungen gesammelt, negative wie positive, die sich in ähnlichen Situationen auf sein Leben auswirken. Erfahrungen aus seinem früheren Leben können die Zufriedenheit, das psychische Wohlbefinden und die körperliche Verfassung beeinflussen. Die genaue Beschreibung der AEDL`s erfolgt im Anhang.

Der Mensch gilt als ein durch Erfahrung geprägtes Lebewesen. Er hat Anspruch auf Berücksichtigung und Integration seiner Erfahrungen im Pflegeprozess. Krohwinkel beschreibt **3 übergeordnete Bereiche**, die Einfluss auf die Pflege haben:

• **Das primäre pflegerische Interesse:**

Das Interesse der Pflegenden richtet sich individuell auf die betroffene Person unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme.

• **Die primär pflegerische Zielsetzung:**

Hier sind die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen und die der persönlichen Bezugsperson zur Gestaltung und Realisierung von Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität im Mittelpunkt.

• **Die primäre pflegerische Hilfeleistung**

Das Pflegeprozessmodell

Das Pflegeprozessmodell beinhaltet 4 Phasen, die einen individuellen Problemlösungs- und Beziehungsprozess ermöglichen.

1. Phase: Erhebung → Pflegeanamnese, Pflegediagnose
2. Phase: Planung → Pflegeziele und Maßnahmenplanung
3. Phase: Durchführung → Umsetzung der Planung
4. Phase: Auswertung → Überprüfung der Zielerreichung und ggf. Anpassung

Das Managementmodell

Professionelle Pflege ist ein Prozess, in dem sich die direkte Pflege, die Pflegeorganisation und –koordination sowie die Pflegedokumentation zusammenfügen und sich die einzelnen Anteile

ergänzen. Krohwinkel geht davon aus, dass zur Umsetzung der ganzheitlich -rehabilitativen Pflege zeitliche, personelle, materielle und strukturelle Ressourcen erforderlich sind. In der Pflege gibt es **3 Hauptaufgaben:**

- Eigenständige pflegerische Aufgaben: Direkte Pflege, Pflegedokumentation, Pflegeorganisation und –koordination
 - Pflegerische Aufgaben nach Anordnung: Mitarbeit bei Therapie und Diagnostik
- Berufsgruppenübergreifende pflegerische Aufgaben: Kooperation mit anderen Berufsgruppen z.B. Verwaltung, Küche, soziale Betreuung etc.

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 3 von 16

Die AEDL's als Strukturierungsmodell der Altenpflege

Kommunizieren

Kommunikation bedeutet lt. Lexikon „Das in Verbindung stehen von Menschen“. Aufgabe des Pflegepersonales ist es die Beziehung zu fördern und die Kommunikation zu unterstützen. Die Bewusstseinslage, die Orientierung in Bezug auf Personen, Zeit und Raum, das Erinnerungs- und Konzentrationsvermögen gehören laut Krohwinkel (1993) ebenso dazu wie die Fähigkeit, sich mündlich und schriftlich mitzuteilen. Auch Mimik/ Gestik, Ausdruck von Gefühlen und das Wahrnehmungsvermögen in Bezug auf Hören, Sehen und Gesichtsfeld, Lesen usw. fallen in den Bereich des Kommunizierens, weiterhin das Verstehen und Erkennen verbaler und schriftlicher Information. Desgleichen wird die Fähigkeit, Wärme/Kälte zu empfinden und Schmerz auszudrücken, nach Krohwinkel hier eingeordnet. Außerdem müssen die Pflegenden bei diesem Aufgabenbereich überlegen, welche Hilfsmittel sie zur Unterstützung der Bewohner benötigen.

Sich bewegen

Sich bewegen können ist eine der wesentlichen Grundlagen des Lebens, die zur Selbstständigkeit führt. Der Mensch fühlt sich lebendig. Ist die Fähigkeit oder das Vermögen der Bewegung eingeschränkt, wird dies vom Mensch als negatives Element empfunden. Ziel der Pflege ist es, den Bewohner so zu unterstützen, dass er größtmögliche Bewegungsfähigkeit erlangt und gibt Hilfen, z.B. beim Lagewechsel, Aufstehen, Sitzen und Gehen. Laut Krohwinkel gehört dazu die Körperbewegung innerhalb und außerhalb des Bettes. Man beachtet auch Lähmungen und Spastiken sowie sonstige Bewegungseinschränkungen, z.B. zur Kopfkontrolle. Auch Gleichgewicht und Gleichgewichtsstörungen, sowie Lagerungen fallen in diesen Bereich, wobei in diesem Zusammenhang gefährdete Körperregionen beachtet werden, Der Umgang mit Kontrakturen, Dekubitalgeschwüren und lagerungsbedingten Ödembildungen gehören ebenfalls zu diesem Lebensbereich sowie die Thromboseprophylaxe und die Einschätzung des Dekubitusrisikos nach Braden (Braden Skala).

Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten

Man fördert die Atemfähigkeit, den Kreislauf sowie die Wärmeregulation usw. Hierzu zählt Krohwinkel alles, was mit Atmung zu tun hat, z.B. Atemverhalten, Husten, Verschleimung, Infekte, Atemstörungen, Atemnot. Dazu gehört auch die Kreislaufsituation (Durchblutung, Blutdruck, Puls) ebenso wie Temperaturregulierung (Fieber) und die Transpiration (Schwitzen, Frieren). Krohwinkel bezieht sich somit auf alle lebenserhaltenden Funktionen des Körpers. Sind diese gestört durch Krankheit oder Behinderung benötigt der Bewohner Hilfe durch das Pflegepersonal.

Sich pflegen

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 4 von 16



„Am Forstweiher“



„Am Forstweiher“



„bei St. Otto“

Man fördert und unterstützt die individuelle Körperpflege. Hierbei wird auf den Hautzustand, die allgemeine Hautpflege (z.B. Kosmetik) und die spezielle Hautpflege geachtet. Beim Waschen des Bewohners wird darauf geachtet, ob sich jemand selbständig waschen kann oder dabei Hilfe benötigt. Es wird dabei die Pflege im Hinblick auf einzelne Körperbereiche unterschieden (z.B. Mund-/ Nasen-/ Augen-/ Nagel-/ Haar-/ Intimbereichspflege). Weiterhin muss auf Hautschäden (Rötungen, Schwellungen, Blasenbildungen, Ödeme, Hautdefekte, Allergien, Infektionen) geachtet werden. Bei der Hilfestellung dringt das Pflegepersonal in die Intimsphäre eines Menschen ein und dies erfordert ein gesundes Verhältnis zur Nähe und Distanz.

Essen und trinken

Essen und Trinken gehört zu den wichtigsten Bedürfnissen des Menschen. Es dient nicht nur dem physischen, sondern auch dem psychischen Wohlbefinden. „Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen.“ Das gemeinsame Essen und Trinken mit anderen Menschen bereitet Freude und führt zur Kommunikation. Auch das Umfeld ist für viele Menschen wichtig und appetitanregend. Aufgabe des Pflegepersonals ist es die Bewohner zu unterstützen bei ihren individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten in Bezug auf Essen und Trinken.

Biographische Daten sollen so früh wie möglich erhoben werden. Beim Essen beachtet man die Menge der Nahrungsaufnahme, den Appetit und das Geschmackempfinden des pflegebedürftigen Menschen, sowie die Art der Nahrungszubereitung (passierte Kost), Diäten, Sondenkost, parenterale Ernährung. Beim Trinken beachtet man, wie Flüssigkeiten aufgenommen werden und wie groß die Trinkmenge ist, die der pflegebedürftige Mensch zu sich nimmt. Auch die Zähne spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle (Zahnstatus, Situation des Zahnfleisches, Zustand der Zahnprothesen). Das Kauen und Schlucken (Lippenschluss, Speichelfluss, Mundboden -, Zungen-, Wangenmuskulatur, Gaumensegel, Zäpfchen) und die Koordination von Kauen und Schlucken sind ebenso zu berücksichtigen wie die Verträglichkeit von Speisen und Getränken (Übelkeit, Erbrechen).

Ausscheiden können

Hier steht die Förderung von Kontinenz im Mittelpunkt. Ferner werden Pflegehilfen zur Bewältigung individueller Inkontinenzprobleme gegeben. Bei der Urinausscheidung geht es um Menge, Rhythmus, Inkontinenz, Miktionsstörungen, Harnverhalten, Harnwegsinfektionen usw., bei Stuhlausscheidung ebenfalls um Menge, Rhythmus, Inkontinenz sowie um Obstipation, Diarrhöen, sowie Trinkplan, Bilanzierung der Flüssigkeitseinnahme und Toilettentraining. Die Individualität der Bewohner in Bezug auf die Ausscheidungen sollten akzeptiert werden. Viele Menschen benötigen ein Ritual z.B. vor dem Toilettengang eine Zigarette oder eine Tasse Kaffee. In unserer Gesellschaft ist der Bereich der Ausscheidungen sehr tabuisiert. Viele Menschen versuchen eine Inkontinenz zu verstecken z.B. durch Verstecken von beschmutzter Wäsche, heimlichen Gebrauch von Vorlagen. Eine „versteckte“ Inkontinenz kann auch Auswirkung auf das Ess- und Trinkverhalten (Exsikkose) haben und sich als Verweigerung der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme darstellen.

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 5 von 16

„**Kleider machen Leute**“ heißt es in einem Märchen. Die Art und Weise, wie sich jemand kleidet bringt Facetten seines Inneren nach Außen. Kleidung ist Ausdruck von Individualität, zeigt unter Umständen die Zugehörigkeit zu einer Gruppe und ist geprägt durch Erfahrungen, kulturelle Umwelt, Religion und ggf. durch den Beruf. Die Pflegeperson sollte auf die individuellen Bedürfnisse bezüglich Kleidung achten und versuchen, die Unabhängigkeit in diesem Bereich zu fördern. Sie beachtet die bevorzugte Kleidung des Bewohners tags- und nachtsüber. Es gehört hierzu auch die Unterstützung beim An- und Auskleiden.

Ruhen und schlafen

Die Fähigkeit zu Ruhen und zu Schlafen ist eng verknüpft mit dem individuellen Lebensstil eines Menschen. Pflege leistet Unterstützung bei den individuellen Ruhe- und Erholungsbedürfnissen. Man versucht, einen physiologischen Schlaf-Wach-Rhythmus zu fördern und unterstützt die älteren Menschen bei der Bewältigung von Schlafstörungen. Ebenso wichtig sind Phasen der Ruhe und der Entspannung, sowie gewünschte Ruhepausen der Betroffenen. Beim Schlafen beachtet man die Schlafqualität, Schlafdauer und Schlafzeiten.

Sich beschäftigen

Die Gestaltung des eigenen Lebens ist abhängig von psychischen Faktoren (Haltung, Einstellung), soziokulturellen Faktoren (biographische Prägung, Gesellschaftsnormen), Umgebungsfaktoren (Umwelt, Klima) und physiologischen Faktoren (Lebensphase, Alter, körperliche Funktionen) Bei diesem Lebensbereich spielen die Tagesgestaltung, Hobbys, Interessen, selbständige Aktivitäten eine Rolle sowie die Aktivitäten, die zusammen mit anderen Personen (z.B. Angehörigen, Pflegepersonen, Physiotherapeuten, Ergo- und Logopäden) unternommen werden.

Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten

Hier handelt es sich um einen Bereich, der in diesem Zusammenhang vielleicht etwas ungewöhnlich erscheint. Gemeint ist, dass Pflegearbeit ein positives und lebensbejahendes Selbstempfinden der Bewohner als Mann oder Frau fördern sollte. Man muss in der Pflege die Sexualität des pflegebedürftigen Menschen akzeptieren, andernfalls kann man nicht gut pflegen. Durch den intensiven Kontakt, den man zu Bewohnern hat, erlebt man automatisch die Krisen mit, die ältere Menschen durch den Verlust ihrer Jugend und/ oder des Partners sowie durch ihre Einsamkeit haben. Man begleitet die Bewohner, die unter Störungen im Bereich Nähe/ Distanz leiden. Beim Lebensbereich "Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten" werden insbesondere Verbindungen zu den Bereichen "Sich pflegen", "Ausscheiden", "Sich kleiden", "Soziale Bereiche des Lebens sichern" und "Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen" beachtet. Die Pflegeperson soll dem Bewohner die Möglichkeit geben seine Gefühle auszudrücken und soll diese auch akzeptieren.

Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 6 von 16



„Am Forstweiher“



„Am Forstweiher“



„bei St. Otto“

Hier ist gemeint, dass man auch die allgemeinen Selbstpflegefähigkeiten des Menschen fördern soll. Man unterstützt sie im Bereich einer sicheren Lebensführung. Dazu gehört neben der Haushaltsführung auch die psychische Sicherheit. Man fördert bzw. unterstützt die Bewohner, falls es notwendig ist, bei der Gestaltung ihres Wohnbereiches. Man versucht, die pflegebedürftigen Bewohner vor Verletzungen, Stürzen und Einschränkungen zu schützen, und man überlegt mit ihnen zusammen, welche Orientierungshilfen und tagesstrukturierenden Maßnahmen für sie dienlich sind usw. Hierbei spielen nach Krohwinkel die räumliche Ausstattung, die Art und Anordnung der Einrichtungsgegenstände, die Ausstattung des Bettes, die Bestuhlung, Hilfsmittel zur Orientierung wie Kalender, Uhr, Zeitung, Zeitschriften, Radio, Fernsehen usw. eine Rolle.

Soziale Bereiche des Lebens sichern

Bei diesem Lebensbereich unterstützt man ältere Menschen darin, bestehende Beziehungen aufrechtzuerhalten, und versucht, ihre Integration in ein selbstgewähltes soziales Umfeld zu fördern und sie vor sensorischen Deprivationen (z.B. Entzug von anregenden Umweltreizen) und Isolation zu schützen. Auch die sozialen Beziehungen zu Lebenspartnern, Freunden, Nachbarn, Bekannten und den primären persönlichen Bezugspersonen werden beachtet sowie der Beruf, die gegenwärtigen und früheren beruflichen Aktivitäten des Betroffenen und seine mit dem Beruf verbundene Verantwortung, ferner private Verpflichtungen, z.B. Sorge tragen für den Lebenspartner. Außerdem gehört die Wohnung in diesen Bereich. Die Vor- und Nachteile der örtlichen Gegebenheiten, die Risiken wie Stufen oder Treppen, sowie die Angemessenheit von Wohnräumen, Toiletten, Flur und Badezimmersausstattung sind nach Krohwinkel ebenfalls zu berücksichtigen.

Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Hierbei meint Krohwinkel, dass Pflegepersonen die Bewohner/ Klienten/ Patienten begleiten in der Auseinandersetzung mit existentiellen Erfahrungen wie Angst, Isolation, Ungewissheit, Sterben und Tod. Pflege unterstützt ebenso bei existenzfördernden Erfahrungen wie Integration, Sicherheit, Hoffnung, Wohlbefinden und Lebensfreude. Auch Erfahrungen, die die Existenz fördern oder gefährden können, z.B. kulturgebundene Erfahrungen, Weltanschauung, Glaube, Religionsausübung, lebensgeschichtliche Erfahrungen, Biographie spielen hier eine Rolle. Die Aufgaben der Pflege lassen sich also schlecht in medizinischpflegerische und sozialpflegerische Aufgaben unterteilen. Pflegerische Leistungen werden in den AEDL- Bereichen mehrdimensional erbracht. Die AEDL-Bereiche sollen als Orientierungshilfe für die Einschätzung von Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen genutzt werden.

Die Existenz gefährdende Erfahrungen:

Verlust von Unabhängigkeit, Sorge/Angst, Misstrauen, Trennung, Isolation, Ungewissheit, Hoffnungslosigkeit, Schmerzen, Sterben

Die Existenz fördernde Erfahrungen:

Wiedergewinnung von Unabhängigkeit, Vertrauen, Zuversicht/Freude, Integration, Sicherheit, Hoffnung, Wohlbefinden

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 7 von 16



„Am Forstweiher“



„Am Forstweiher“



„bei St. Otto“

Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden:

kulturgebundene Weltanschauung, Religionsausübung, lebensgeschichtliche Erfahrungen.

Aus diesen Grundlagen leitet sich unser pflegerisches Leitbild ab:

2. Pflegerisches Leitbild:

**Umfassende Pflege ist Lebensqualität für kranke und alte Menschen!
Pflege ist wesentlich mehr als eine „Berufung“ oder das Einsetzen von
„Pflegetechniken“.**

Pflege bedeutet für uns:

Das wir als Pflegemitarbeiter uns als kompetente und erfahrene Pflegeexperten in den Bereichen der sozialen Betreuung, der Grundpflege und der Behandlungspflege alter und kranker Menschen verstehen.

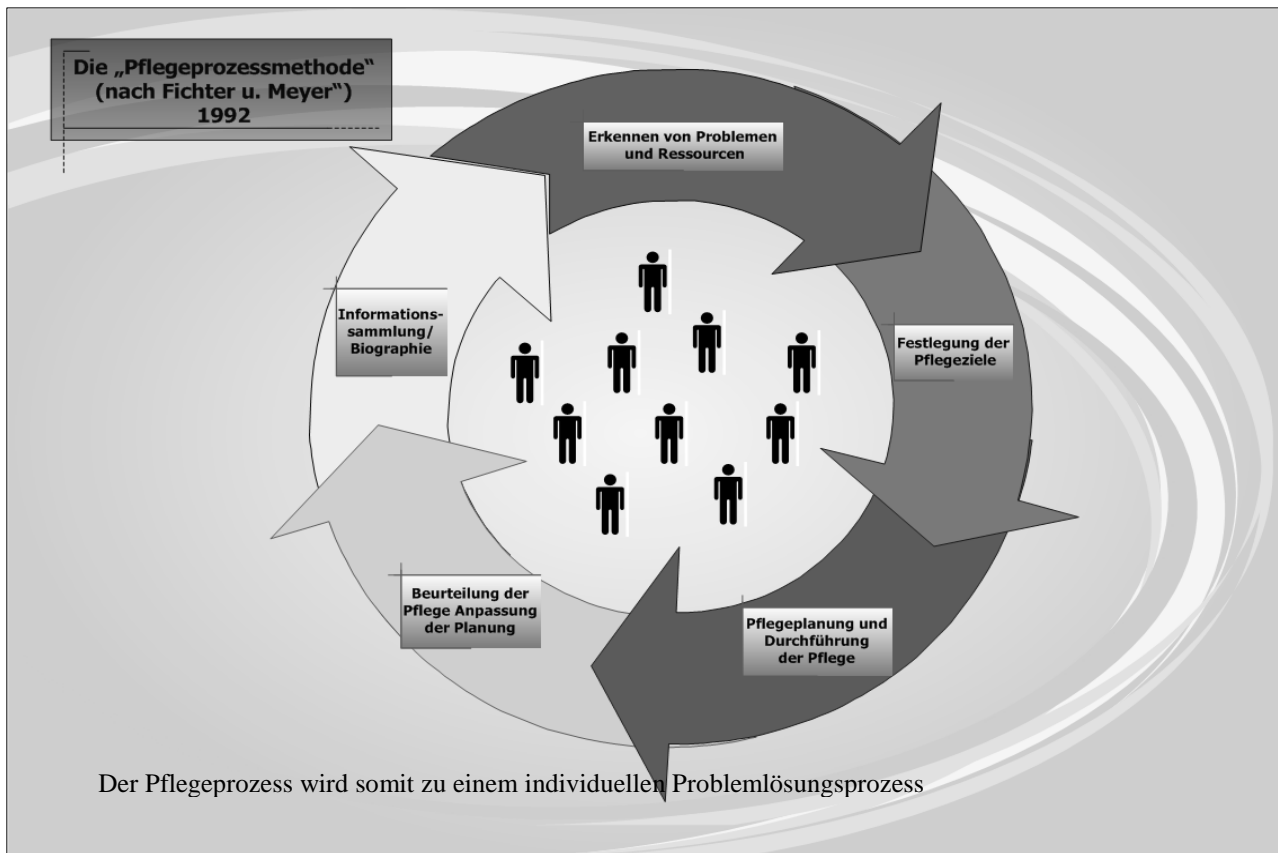
Das der alte und hilfebedürftige Mensch nicht am “Ende seines Lebens” angelangt ist, sondern in eine besonders schwere Phase seines Leben eingetreten ist in dem er durch unsere Pflege mitmenschliche, problemorientierte und umfassende Unterstützung und Zuwendung erhält.

Das Alter, Krankheit und Hilfebedürftigkeit nicht zugleich Hilflosigkeit bedeuten müssen, sondern durchaus neue oder andere Qualitäten des täglichen Lebens in den Lebensmittelpunkt des Betreuten rücken können.

Hieraus leiten wir folgende, elementare Leitsätze für unser Handeln ab:

1. Wir nehmen eine Pflegesituation in ihren einzelnen Elementen wahr und fügen diese zu einem Gesamtbild zusammen.
2. Wir ergründen unsere eigenen Ressourcen und die der uns anvertrauten Menschen und versuchen, sie weiterzuentwickeln.
3. Wir nehmen Veränderungen von Pflegenotwendigkeiten wahr und passen unsere Tätigkeit an.
4. Wir treffen Entscheidungen in der Pflege nach deren Dringlichkeit.
5. Anerkannte Pflegestandards helfen uns, unser Wissen und Tun auf dem neuesten Stand zu halten.
6. Wir führen Pflegeverrichtungen sicher und geschickt aus.
7. Wir sprechen mit unseren Bewohnern verständlich und situationsgerecht.
8. Wir lernen aus unserem Tun.
9. Mit anderen Menschen arbeiten wir aus einer Grundhaltung der Wertschätzung zusammen.
10. Konflikten gehen wir nicht aus dem Weg; wir bemühen uns stets an Lösungen zum Wohle aller.
11. Wir sind offen für Veränderungen und Neuerungen.

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 8 von 16



Die Praxis der **bereichsorientierten Beziehungspflege** beruht auf der Erkenntnis, dass unsere pflegerische Konzeption auch die Bedürfnisse des hilfebedürftigen Menschen berücksichtigen muss, die nicht unmittelbar aus den Erkrankungen oder des hohen Lebensalters entstanden sind.

Beziehungspflege berücksichtigt möglichst viele Aspekte, die im Leben des Pflegebedürftigen enthalten waren, gegenwärtig sind und künftig sein werden.

Der alte, kranke und hilfebedürftige Mensch besteht nicht nur aus erkrankten Organen oder psychischen Defiziten. **Er tritt in eine neue Phase seiner Existenz ein**, die ihn nach lebenslanger Eigenständigkeit und Selbstverantwortung von der Hilfe und Unterstützung anderer abhängig macht.

Auf dieser Basis muss jedem Pflegenden bewusst sein, welche Verantwortung in der Vielfalt von verschiedensten Pflegemaßnahmen aller Art liegt.

Der Pflegeprozess als Problemlösung:

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 9 von 16



„Am Forstweiher“



„Am Forstweiher“



„bei St. Otto“

Helfen heißt im Pflegeprozess, den Pflegebedürftigen bei der Lösung und dem Ausgleich seiner gesundheitlichen und der damit sozialen und psychischen Problematiken zu unterstützen und entstandene Defizite auszugleichen.

Art und Umfang der Unterstützung oder Übernahme von Aktivitäten und existenziellen Tätigkeiten des täglichen Lebens die der Betreute benötigt, werden in Form einer Problemanalyse erfasst. Die Kräfte, die der Hilfebedürftige selbst zur Pflege und Betreuung aufbringen kann, werden ebenfalls ermittelt.

Aus den **Pflegeproblemen und Ressourcen** ergibt sich der **individuelle Pflegebedarf** des Betroffenen.

Der Bedarf der **pflegerischen Versorgung** wird während des **Pflegeprozesses laufend** an die veränderten Bedürfnisse und Prioritäten des Pflegebedürftigen **angepasst**.

Die planmäßige Problemlösung verläuft über mehrere Schritte, die aufeinander aufbauen.

1. Phasen der Problemlösung / Planung:

Der Pflegeprozess besteht prinzipiell aus folgenden Schritten:

- **Informationssammlung**
- **Erkennen der Probleme und Ressourcen**
- **Festlegen der Pflegeziele**
- **Erstellen der Pflegeplanung (analog SGB XI)**
- **Durchführung der Pflege**
- **Beurteilung der Pflegewirkung**
- **Anpassung der Planung**

2. Informationssammlung / Biographiearbeit

Die Informationssammlung hat unter drei Gesichtspunkten entscheidende Bedeutung für die Qualität der Pflege:

Sie ist in der Regel die **erste Kontaktaufnahme** zwischen Pflegeperson und Bewohner oder dessen Angehörigen. Der Bewohner und seine Angehörigen erleben dass der Mitarbeiter der Einrichtung für **die Problemstellungen Zeit hat**, und dass die Pflege mit gegenseitigen Information und Kooperation sinnvoll geplant und getragen werden kann.

Im Rahmen der Informationssammlung werden alle Angaben des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen aufgenommen, die für den Betreuten hinsichtlich seiner künftigen Pflege und Versorgung bedeutsam sind oder sein werden. Auf diesem Wege entsteht ein umfassendes Bild der Persönlichkeit des Bewohners, seines Gesundheitszustandes, seines pflegerischen Bedarfs seinen Vorlieben und Abneigungen, individueller Gewohnheiten und Ressourcen. Dies sind die Grundlagen für eine Planung gemäß den **Richtlinien des SGB XI**. und der **klassischen Pflegeplanung**.

Da der Bewohner und seine Angehörigen durch die Informationssammlung aktiv an der individuellen Planungserstellung mitwirken können werden die Schritte und Maßnahmen dieser Planung für den Betroffenen offensichtlich. Darüber hinaus

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 10 von 16

In der Informationssammlung werden möglichst viele Erkenntnisse zusammengetragen. Dies sind zum Beispiel:

- a) Die Einstellung des Bewohners zu seinem Gesundheitszustand
- b) Die Kenntnisse des Bewohners über seinen Gesundheitszustand
- c) Die dauerhaften Behinderungen des Bewohners
- d) Die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen des Bewohners
- e) Die Kräfte die der Bewohner selbst aufbringen kann um seinen pflegerischen Alltag mitzugestalten.
- f) Persönliche Daten (Name, Familienstand, Krankenkasse etc.)
- g) Soziale Daten (Angehörige, ehemaliger Beruf, ehemalige Wohnsituation etc.)
- h) Allgemeinzustand (Bewusstseinslage, äußere Erscheinung, psychische Verfassung)
- i) Gegenwärtige Beschwerden (Schmerzen, körperliches Wohl befinden);
- j) Tägliche Gewohnheiten (Hygiene, Schlafen, Essen)
- k) Wie denkt der Bewohner (oder dessen Angehörigen) über die aktuelle Situation
- l) Frühere Erkrankungen
- m) Allergische Reaktionen
- n) Behinderungen (Hör- oder Sehschwächen)
- o) Geplante medizinische Behandlungen (Augen- OP, Schrittmacherkontrollen)

Alle Daten werden per Checkliste erfasst und in den entsprechenden Bereichen der EDV-Pflegedokumentation festgehalten. Die Pflegedokumentation ist der wichtigste Informationssammler und -verteiler über den Bewohner und somit der Grundpfeiler einer bezugsorientierten Pflegeplanung und Pflege.

3. Erkennen von Problemen und Ressourcen:

Die erkannten Probleme werden in der Planung und der Umsetzung der Pflege ihrer Dringlichkeit nach aufgeteilt:

- Aktuelle Probleme
- Potentielle Probleme
- Verdeckte Probleme

4. Pflegerische Problemformulierung:

Die Darstellung eines Problems sollte möglichst kurz, klar und objektiv, d.h. frei von persönlichen Werturteilen gehalten werden. Ein Problem erhält in der Regel drei Elemente:

- Den Bereich der Beeinträchtigung;
- Die Art der Beeinträchtigung;
- Den Umfang der Beeinträchtigung;

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 11 von 16

5. Pflegerische Ressourcenfeststellung:

Die Ressourcen des Bewohners sind in der Regel schwieriger zu bestimmen als Probleme. Während die Beschwerden und Defizite des Betroffenen meist offen zutage liegen, müssen die Ressourcen erst ermittelt werden. Erschwerend kommt oftmals hinzu, dass die Pflegeperson oft nicht gewöhnt ist...

seine Aufmerksamkeit genauso auf die Ressourcen, wie auf die Probleme zu richten.

Der Blick auf die eigenen Möglichkeiten und Kräfte des Bewohners und die Integration dieser Fähigkeiten in den Pflegealltag des Betroffenen muss daher seitens der Pflegemitarbeiter geschärft sein.

Die individuelle Berücksichtigung aller Probleme und Ressourcen bewirkt keinen Mehraufwand sondern verhindert eine pflegerische Eintönigkeit und tägliche Routine.

6. Festlegen der pflegerischen Ziele:

In den Pflegezielen wird beschrieben, welcher Erfolg mit der Pflege angestrebt werden soll. Die Formulierung von Pflegezielen bietet die Möglichkeit festzustellen, ob die pflegerischen Maßnahmen ihren Zweck erfüllt haben. Pflegeziele sind also Kriterium und Maßstab für die Bestimmung der Wirksamkeit und der Effizienz der Pflegetätigkeit.

Im Problemlösungsprozess ist die Festlegung der Pflegeziele die richtungweisende Vorbereitung auf die pflegerischen Aktivitäten. Folgender Leitsatz gilt für die Formulierung von Pflegezielen:

**Pflegeziele sollen konkret, erreichbar und überprüfbar sein.
Ein Ziel ist konkret, wenn seine Formulierung so eindeutig ist, dass sie nicht mehr erklärt oder interpretiert werden muss.
Die Pflegeziele werden nur für die aktuellen Probleme formuliert!**

7. Pflegeplanung:

Aufgrund der vorangegangenen Kriterien fällt es leicht Probleme und Ressourcen sinnvoll zu erfassen und entsprechende Maßnahmen zu planen.

8. Durchführung der Pflege:

Der Pflegebedürftige und die Pflegekraft können nun den Nutzen aus der Arbeitszeit ziehen, die in die vorbereitenden Schritte investiert wurde; denn aus dem überlegt und schlüssig aufgebautem Pflegeplan kann jeder ersehen, was zu tun ist. Zeitraubendes Nachfragen wird überflüssig. Die ermittelten Ressourcen des Pflegebedürftigen bieten oft die Gelegenheit zur Verminderung oder Optimierung von Routineverrichtungen.

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 12 von 16

9. Beurteilung der Pflegewirkung:

Dank der genauen Dokumentation mit Hilfe der EDV der Absichten (Pflegeziele) und des Vorgehens (Pflegebericht) ist es im Pflegeprozess möglich, den Erfolg der Pflege zu beurteilen. Die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen zeigt sich daran, inwiefern Pflegeziele erreicht wurden. Zeigt die Beurteilung der Pflegewirkung, dass die Pflegeziele erreicht wurden, so mündet diese Feststellung in der Beibehaltung bzw. Fortschreibung des Pflegeplans. Stellt sich heraus, dass die Pflegeziele nicht erreicht wurden, so ist eine Korrektur angezeigt. Die tägliche Auswertung der Pflege lässt sich am besten während der Schichtübergaben bzw. bei Teambesprechungen organisieren.

Mögliche Ursachen von Zielverfehlungen:

- Die Informationssammlung war lückenhaft
- Probleme wurden verkannt, Ressourcen wurden falsch eingeschätzt
- Pflegeziele sind unerreichbar (zu hoch / fachlich falsch) gesteckt worden
- Einzelne Maßnahmen können den Problemen oder Zielen unangemessen sein
- Einzelne Pflegemaßnahmen können unsachgemäß durchgeführt worden sein
- Unvorgesehene Ereignisse (z.B. Komplikationen oder Erkrankungen) können die Pflegewirkung beeinflussen

10. Der Pflegebericht:

Der Pflegeverlauf wird im Pflegebericht der EDV dokumentiert. Alle Pflegeaktivitäten werden durch Planungs- und Terminbestätigung festgehalten, weiteres wird im Text festgehalten. Im Überblick gibt der Pflegebericht umfassend Auskunft darüber wie sich die einzelnen Maßnahmen am Pflegebedürftigen ausgewirkt haben. Weiterhin erhält der Pflegebericht weitere Informationen über den Pflegeverlauf des Bewohners.

Im Einzelnen informiert den Pflegebericht über:

- Reaktionen auf Pflegemaßnahmen
- Veränderungen im Pflegestatus (gemäß SGB XI)
- Veränderungen im Krankheitsbild
- Reaktionen auf therapeutische Maßnahmen (Krankengymnastik, Medikamente etc.)
- Besondere Beobachtungen hinsichtlich der Verfassung des Pflegebedürftigen
- Verhalten des Bewohners gegenüber Mitbewohnern, Mitarbeitern oder Ärzten;
- Verhalten des Bewohners gegenüber Besuchern;

11. Die Pflegevisite

Die Pflegevisite wird als Kontrollinstrument zur Qualitätsverbesserung eingesetzt. Sie findet pro Bewohner einmal pro Jahr und nach längeren

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 13 von 16



„Am Forstweiher“



„Am Forstweiher“



„bei St. Otto“

Krankenhausaufenthalten statt.

Im Rahmen der Pflegevisite werden die direkte Pflege (Grund- und Behandlungspflege), das Umfeld, die Pflegedokumentation und die Medikation der Bewohner.

3. Die personelle Ausstattung der Einrichtungen:

Die genannten Ziele des Pflegeprozesses bzw. des Pflegeverlaufsprozesses lassen sich nur durch eine entsprechende Kooperation und aktive Interaktion unterschiedlicher Berufsgruppen erreichen. Hierzu gehören insbesondere:

- ➔ **Die leitenden Pflegefachkräfte**, deren Aufgabe es ist, alle für die Pflege erforderlichen Prozesse aus den Bereichen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bewusst wahrzunehmen, zu lenken, zu verbessern und entsprechende Maßnahmen zu koordinieren.
- ➔ **Die Pflegefachkräfte**, deren Hauptaufgabe es ist, den Pflegeprozess zu lenken, zu planen und zu dokumentieren. Die Evaluation der Pflegeergebnisse und der Pflegeplanung und die fachgerechte Anpassung und Einleitung von pflegerischen Maßnahmen gehören zu den Kernpflichten und Kernkompetenzen jeder Pflegefachkraft.
- ➔ **Die angestellten Ergotherapeuten**, die in enger Kooperation mit den Mitarbeitern des Pflegedienstes entscheidend das pflegerische Geschehen, im Rahmen ihrer vorhandenen Möglichkeiten, mitgestalten. Insbesondere therapeutische Verfahren, soziale Betreuung und kontinuierliche gerontopsychiatrische Aktivierungen zählen zu den Kernkompetenzen der im Unternehmen angestellten Therapeuten. Weitere Informationen hierzu liefert das ergotherapeutische Konzept des Unternehmens.
- ➔ **Die Pflegehilfskräfte** deren hauptsächliche Aufgabe die Durchführung und Dokumentation der grundpflegerischen Aufgaben ist. Dazu gehören, nach Einarbeitung und Anleitung auch gewissen Aufgaben der Behandlungspflege. Weiterhin gehört auch die Krankenbeobachtung zum Aufgabengebiet.
- ➔ **Die Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI** welche gemäß der Planung der zuständigen Ergotherapeuten an 6 von 7 Tagen das zusätzliche, individuell und geeignete Angebote zur Bewegung, Kommunikation und Wahrnehmung leisten.
- ➔ **Die externen Therapeuten** aus den Bereichen der Krankengymnastik, der Logopädie und der Ergotherapie, die prinzipiell nur auf ärztliche hin tätig werden können, müssen als Spezialisten für die jeweiligen Fachbereiche ebenfalls in das aktuelle Pflegeprozessgeschehen eingebunden werden. Die Lenkung und Anregung dieser externen Dienstleistungen ist die Aufgabe der leitenden Pflegefachkräfte.
- ➔ **Die behandelnden Hausärzte und die konsiliarisch tätigen Fachärzte** aus

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 14 von 16

einer Vielzahl von medizinischen Disziplinen, als wichtige Ansprechpartner der Bewohner, der Angehörigen, der Therapeuten und der Mitarbeiter des Pflegedienstes in allen medizinischen Belangen. Durch die sich gegenseitig beeinflussenden Schnittstellen von medizinischer Therapie und Behandlung und dem Geschehen im Pflegeprozess nehmen die Ärzte oftmals eine sehr zentrale Rolle in der ganzheitlichen Pflege und Betreuung des Bewohners ein. Die Koordinierung und die Kontaktpflege zu allen in unserem Hause tätigen Ärzten obliegen primär den leitenden Pflegefachkräften.

4. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Das SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) macht im 11. Kapitel detaillierte Vorgaben zu Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität.

Die erbrachte Leistung wird regelmäßig durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der FQA (Heimaufsicht) kontrolliert.

Qualität in Pflege und Betreuung muss vielen höchst unterschiedlichen Betrachtungsweisen gerecht werden. **Nicht alle Interessen können gleichermaßen zufrieden stellend erfüllt werden. Manche Erwartungen und Wünsche kann aufgrund der sich gesetzlichen Rahmenbedingungen, trotz guten Willens, gar nicht entsprochen werden.**

5. Aussagen zur inhaltlichen, räumlichen und theoretischen Ausstattung

Diese sind in unserer vorvertraglichen Informationsbroschüre öffentlich einsehbar. Die Informationsbroschüre liegt für alle zugänglich im Eingangsbereich aus und wird jedem Interessenten für einen Heimplatz ausgehändigt.

6. Aussagen zur innerbetrieblichen Kommunikation

Die innerbetriebliche Kommunikation findet entsprechend der Kommunikationsmatrix statt. Die Besprechungen werden ergänzt durch Standards, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen.

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 15 von 16

Innerbetriebliche Kommunikationsmatrix:

Maßnahme	Betrifft	Häufigkeit	Dauer	Dokumentiert	Zweck
Übergabe Besprechungen	Pflegepersonal Ergotherapie	Täglich 6.45 Uhr 13.45 Uhr 21.00 Uhr	15 Min 30 Min 15 Min	Dienstplan	Informations- austausch zwischen den einzelnen Schichten Sicherstellung der Pflegemaßnahmen
Teamsitzungen	Pflegepersonal Ergotherapie Geschäftsleitung	Ca.6 x pro Jahr und bei Bedarf	1-2 Stunden	Protokoll	Besprechung struktureller Änderungen Geregelter Informations- austausch
Leitungsteam	GL/PDL/Ergo	Nach Bedarf	10 -60 Min	Memo	Beschwerden Aktuelle Themen Personalfragen Schnittstellen
Team soz. Betreuung	Gerontologin/GL Ergotherapie Soz. Betreuung	Ca. 6 x pro Jahr und bei Bedarf	1 Stunde	Protokoll	Besprechung struktureller Änderungen Geregelter Informations- austausch
Leitung und Verwaltung	GL/PDL/Verwal- tung	Tägl. Frühbe- sprechungen Nach Bedarf	15 Min Nach Bedarf	Formular- ordner Protokoll	Informations- austausch
Hauswirtschafts- besprechung	GL/ DSE GmbH/ PDL	Tägliche Früh- be- sprechungen Nach Bedarf	Nach Bedarf	Formular- ordner Protokoll	Informations- austausch Hauswirtschaft(Saub erkeit, Essen, Hausmeister etc.)
Fachkraftsitzung	GL/PDL/ Pflege- fachkräfte	Ca. 3x pro Jahr und bei Bedarf mit	Nach Bedarf	Protokoll	Besprechung struktureller Änderungen Geregelter Informations- austausch

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
Geschäftsführung	KL	4	21.08.2013	Seite 16 von 16