



Seniorenheim St. Josef

Konzeption

Stand 01/2024

Caritas

Alten- und Krankenhilfe

Brilon gGmbH

Scharfenberger Str. 19

59929 Brilon

Tel. 02961 97190

Fax. 02961 971928

Internet: www.caritas-brilon.de

E-Mail: info@caritas-brilon.de

Ihre Ansprechpartner in der Einrichtung

Beate Heimbach-Schäfer

Seniorenzentrum St. Josef

Aue 2, Tel. 02984/304-0

Fax: 02984/304 103

josefs.haus@caritas-brilon.de



Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort

2. Auftrag und Zielsetzung der Einrichtung

- 2.1. Zielsetzung der Einrichtung
- 2.2. Maßnahmen zur Erreichung der Ziele
- 2.3. Zielgruppe
- 2.4. Geschichte der Einrichtung

3. Leitbild

- 3.1. Unser Handeln

4. Strukturen

- 4.1. Aufbauorganisation/Selbstdarstellung des Trägers
- 4.2. Führungsgrundsätze
- 4.3. Personalentwicklung
- 4.4. Aussagen zur Dienstplanung
- 4.5. Innerbetriebliche Kommunikation
- 4.6. Lage der Einrichtung
- 4.7. Räumliche Ausstattung der Einrichtung
- 4.8. Qualitätspolitische Grundsätze

5. Leitgedanken zum Pflegeprozess

- 5.1. Pflegemodell
- 5.2. Pflegeprozess
- 5.3. Pflegesystem
- 5.4. Die Pflege in unserer Einrichtung
- 5.5. Die soziale Betreuung in unserer Einrichtung
- 5.6. Seelsorgerische Betreuung

6. Rahmenbedingungen

- 6.1. Gesetzliche und finanzielle Grundlagen/Leistungsbeschreibung
 - Grundlage Leistungsbeschreibung/Module
 - § 2 - § 13
 - § 26 - § 27
 - Vereinbarung über Vergütungszuschläge nach § 53 c SGB XI für Pflegebedürftige

7. Personalstruktur

- 7.1. Unsere Ziele erreichen wir mit folgendem Personal
- 7.2. Ablauforganisation
- 7.3. Mitwirkungsgremien
- 7.4. Zusammenarbeit mit den Angehörigen

8. Kooperation und Vernetzung

- 8.1. Die externen Dienstleistungen in der Einrichtung
- 8.2. Ehrenamtliche Mitarbeiter
- 8.3. Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
- 8.4. Besuche und Besuchsverbot nach §19 WTG

9. Die hauswirtschaftliche Versorgung

- 9.1. Die Zentralküche
- 9.2. Die Wäscherei
- 9.3. Der Reinigungsdienst

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



9.4. Die Haustechnik

10. Qualitätssicherung und –entwicklung in der Pflege

10.1. Pflegeplanung/Pflegeprozess

10.2. Pflegevisite

10.3. Heimeinzug

10.4. Qualitätssicherung

11. Der Beirat

12. Die Verwaltung

Anhang

Begleitung von Menschen mit Demenz

Begleitung von Menschen mit Behinderungen

Konzeption soziale Betreuung

Hauswirtschaftliche Dienstleistungen

Umgang mit Ernährungsproblemen bei Demenzkranken

Konzept Ernährung



1. Vorwort

Das Pflegekonzept wurde auf der Grundlage der **Strukturierenden Informationssammlung** SIS entwickelt. Es ist handlungsweisend für Leitung und Mitarbeiter im Umgang mit den anvertrauten Menschen und Kooperationspartnern der Einrichtung. Es dient einer gleich bleibenden Qualität der Leistungsentwicklung und Leistungserbringung unter Berücksichtigung der Anforderung des Bewohners.

Anstoß für die Entwicklung des Pflegekonzeptes war die Einführung eines internen Qualitätsmanagementsystems, in dessen Rahmen Impulse für die Entwicklung gegeben wurden. Wir sehen diese Konzeptentwicklung als fortlaufenden Prozess für unsere Arbeit, da immer wieder neue Anforderungen und Veränderungen pflegerisch und gesetzlich, sowie kundenorientiert an uns gestellt werden.

Gleichzeitig dient das Pflegekonzept auch zur qualitativen Darstellung der erbrachten Leistung gegenüber der interessierten Öffentlichkeit, d. h. es wird Einsicht in das umfangreiche Angebot ermöglicht.

2. Auftrag und Zielsetzung der Einrichtung

2.1 Zielsetzung der Einrichtung

Das Seniorenheim St. Josef bietet qualifizierte Pflege, Behandlungspflege und Betreuung für hilfebedürftige Menschen an. Die Angebote der Sozialen Betreuung im Seniorenzentrum St. Josef sollen pflegebedürftigen Menschen einen Lebensmittelpunkt in unserem Haus geben und dadurch insbesondere Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität vorbeugen.

Die derzeitigen Angebote des soz. Dienstes sind folgendermaßen strukturiert:

- Gruppengymnastik
- Gedächtnistraining
- Gesellige Spielrunden
- Musisch-rhythmische Gestalten/Singen
- Biographische Arbeit/Erinnerungsarbeit
- Kreatives Gestalten
- Ausflüge/Veranstaltungen außer Haus
- Gesprächskreis Wochenabschluss
- Aktivierende Einzelbetreuung
- Tiergestützte Therapie
- Spaziergänge
- Kraft- und Gleichgewichtstraining



Die wesentlichen Ziele unserer Arbeit sind:

- Eine optimale pflegerische und medizinische Betreuung.
- Beeinflussung des Krankheitsverlaufs mit dem Ziel die Lebensqualität der Senioren zu verbessern bzw. zu stabilisieren.
- Sicherstellung der ärztlichen Verordnungen.
- Die Beeinflussung des Krankheitsverlaufs mit dem Ziel, das persönliche Identitätsleben der Kranken bis zu Ihrem Lebensende zu erhalten.
- Erhaltung der noch möglichen persönlichen Selbständigkeit.
- Erhaltung und Stärkung des persönlichen Selbstwertgefühls.
- Die Lebensqualität der Bewohner verbessern bzw. erhalten, durch spezielle aktivierende Pflege und Betreuungsangebote.
- Zielgerichtete Angebote und Maßnahmen für gerontopsychiatrisch beeinflusste Bewohner
- Betreuung und Begleitung von Bewohner und Angehörigen in ihrer letzten Lebensphase
- Verhinderung sozialer Isolation der Bewohner
- Herstellung eines sozialen Netzwerkes zur Betreuung des Bewohners
- Einbindung von pflegenden Angehörigen in den Pflegeprozess

2.2. Maßnahmen zur Erreichung der Ziele

- Ausführliche und intensive Beratung der Bewohner und Angehörigen
- Gezielte und strukturierte Krankenbeobachtung
- Intensive Teamgespräche zur tages- und personenbezogenen Analyse (Fallbesprechung)
- Personenbezogene Kontakte mit Haus- und Fachärzten
- Grundpflege
- Medizinische Behandlungspflege
- Ausführliche und fortschreibende Anamnese bei der Aufnahme des Bewohners. Individuell geplante Maßnahmen für den einzelnen Bewohner nach SIS
- Umsetzung der Expertenstandards
- Ergebniskontrollen der geplanten Maßnahmen
- Fortschreiben des Pflegeprozesses und der Biografiearbeit
- Pflegevisiten
- Vermittlung von Sicherheit und Orientierung im Umfeld, Beratung zur Wohnraumanpassung
- Einzelgespräche, Gedächtnistraining
- Bewegungsübungen zur Unterstützung von Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen
- Unsere Mitarbeiter arbeiten strukturiert und zielgerichtet: wahrnehmen, verstehen, handeln.
- Begleitung, Beratung und Unterstützung der Angehörigen
- Vermittlung von Sicherheit für den einzelnen Bewohner durch feste Bezugspersonen organisiert, angelehnt an die Bezugspflege

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



- Unterstützung und Beratung bei der Beantragung der Einstufung in eine Pflegeklasse und anderer Kostenträger
- Beschwerdemanagement

2.3 Zielgruppe

Wir betrachten die Bewohner und Angehörigen/Betreuer als Kunden. Die Erfüllung der Wünsche und Bedürfnisse ist eines unserer Ziele.

Unsere ganzheitliche Sorge gilt allen Menschen - ungeachtet der Religionszugehörigkeit, der Hautfarbe, der unterschiedlichen Bedürfnissen in ihrer Sexualität oder der Weltanschauung, die aufgrund körperlicher, psychischer und sozialer Defizite unsere Hilfe benötigen.

2.4 Geschichte und Entwicklung der Einrichtung

Schon seit Hunderten von Jahren hat sich die Kirche zur Aufgabe gemacht kranke, gebrechliche und bedürftige Menschen zu versorgen und ihnen beizustehen. Über viele, viele Jahre wurde dies ausschließlich durch Ordensfrauen und Ordensmänner gewährleistet. Durch die Weiterentwicklung, auch im kranken- u. altenpflegerischen Bereich, wurde diese Arbeit im stationären wie auch im häuslichen Bereich immer professioneller organisierter.

Das Seniorenzentrum St. Josef-Haus liegt in der rund 5000 Einwohner zählenden Stadt Hallenberg am südlichen Rand des Hochsauerlandkreises. Die heimische Bevölkerung verbindet mit dem St. Josefs-Haus noch oft das "Krankenhaus". Diese Bezeichnung ist geschichtlich begründet. Auf Bitte des damaligen Ortspfarrers Josef Möhring kamen 1919 zwei Schwestern des Missionsordens "Königin der Apostel" nach Hallenberg. Ziel war die Unterstützung der Gemeindefarbeit durch Betreuung der Kranken und Kinder. 1920 wurde vom Orden eine ehemalige Gaststätte in der Bahnhofstrasse erworben. Es erfolgte der Umbau zu einem Krankenhaus, welches von den Schwestern geführt und betrieben wurde. Zum Bedauern der Hallenberger Bevölkerung wurde nach den Plänen der damaligen Landesregierung das Haus 1965 aus dem Krankenhausbedarfsplan gestrichen. Nicht zuletzt aufgrund der reizvollen Lage erfolgte eine Nutzungsänderung in ein Kur- und Erholungsheim. Da die Krankenkassen Anfang der 80er Jahre Erholungskuren kaum noch finanzierten, wurde das Haus 1984 in ein Alten- und Pflegeheim umgewandelt. Bis zum 31. März 2000 führten die Schwestern der Kongregation "Missionsschwestern Königin der Apostel" das Heim in eigener Trägerschaft. In einer Feierstunde am 1. April 2000 wurde die Trägerschaft des Heimes durch die damalige Generaloberin, Schwester Reinhilde, an den Caritasverband Brilon übergeben. Innerhalb des Verbandes wurde das Haus in die Caritas Brilon Alten- und Krankenhilfe gGmbH aufgenommen.

Im Jahr 2004 entstand neben dem alten Haus ein Neubau, der im Mai 2005 bezogen wurde. Aus dem St. Josefs-Haus wurde ein Seniorenzentrum.

Das Seniorenzentrum verfügt über 44 Einzelzimmer. Die Zimmer verteilen sich auf zwei Etagen und sind in zwei Hausgemeinschaften mit jeweils 22 Bewohnern aufgeteilt. Die

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



Bewohner des Seniorenzentrums St. Josef kommen überwiegend aus der näheren Umgebung sowie den angrenzenden hessischen Gemeinden. Etwa siebzig Mitarbeiter, darunter eine Ordensschwester, sorgen in unterschiedlichen Bereichen (Pflege, Präsenz, soziale Betreuung, Hauswirtschaft, Haustechnik, Verwaltung) für das Wohl der Bewohner.

Der großzügig angelegte Garten mit Gartenlaube und Springbrunnen lädt im Sommer gern zum Verweilen ein. Der ansprechend gestaltete Rundweg mit einem Sinnesbereich und Nutzpflanzen wird gern zu kleineren Spaziergängen genutzt. Ebenso haben die Bewohner die Gelegenheit in der sehr schönen hauseigenen Kapelle täglich Gottesdienst zu feiern.

Seit dem 1. Mai 2001 beliefert das Altenheim ältere Menschen im Einzugsgebiet von Hallenberg, in den Nachbarorten in Hessen und Winterberg- Züschen mit "Essen auf Rädern". Eine Dienstleistung, die von der Bevölkerung inzwischen gern in Anspruch genommen wird. Die Möglichkeit, ein eigenständiges Leben führen zu können, in dem ein jeder Würde und Achtung vor sich und seinen Mitmenschen behalten kann, ist das Ziel unserer Bestrebungen.

3. Leitbild

Unser Handeln

Entsprechend unserem Leitbild „*Dem Menschen dienen*“ arbeiten wir auf der Grundlage christlicher Nächstenliebe, gegenseitigen Respekts und partnerschaftlichen Umgangs. Die Hausgemeinschaften des Seniorenzentrums St. Josef bieten Bewohnerinnen und Bewohnern die Möglichkeit, trotz Pflegebedürftigkeit einen sinnvollen Alltag und eine feste Tagesstruktur zu erleben.

Menschen mit Symptomen der Altersdemenz oder mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern finden in den familiären Gruppen Sicherheit und Geborgenheit. Körperlich eingeschränkte Seniorinnen und Senioren haben die Möglichkeit zu sinnvoller Betätigung. Die kompetente Betreuung durch motiviertes und qualifiziertes Fachpersonal erleichtert das Leben und gewährleistet die Pflege auch schwerstpflegebedürftiger Menschen.

Die persönliche Freiheit unserer Bewohner fördern und unterstützen wir, indem wir sicherstellen, dass unsere Pflege auf der Basis von Vertrauen und Sicherheit unter Einbeziehung der Ressourcen des Einzelnen geschieht. Wir orientieren uns an der persönlichen Lebensgeschichte und den individuellen Bedürfnissen unserer Bewohner und legen Wert auf die Information und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen.

4. Strukturen

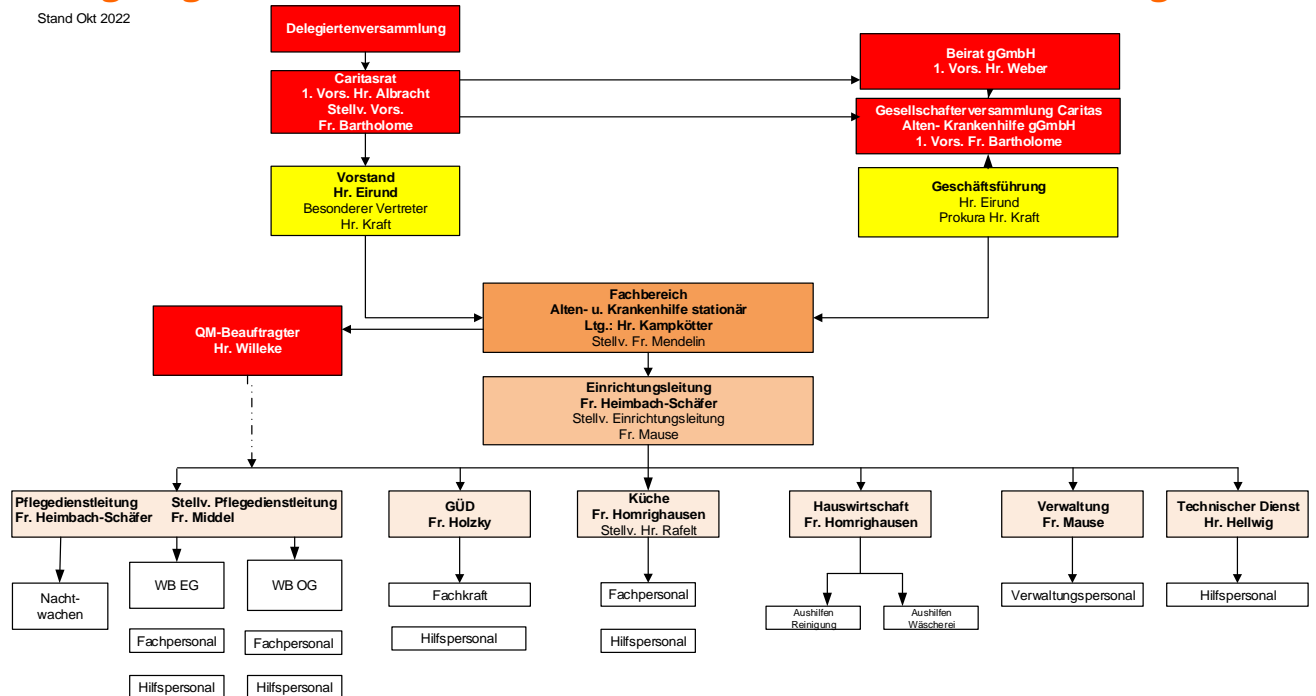
4.1 Aufbauorganisation/Selbstdarstellung des Trägers

Der Träger des Seniorenheims St. Josef ist seit dem 01.04.2000 die Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH, eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichtes Arnsberg. Die gGmbH ist eine Organisation des Caritasverband Brilon e.V.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!

Organigramm des Seniorenheims St. Josef Hallenberg

Stand Okt 2022



4.2. Führungsgrundsätze

Die Einrichtungen des Caritasverbandes Brilon haben auf der Basis des Evangeliums ein eigenes Gepräge und stehen von daher unter einer besonderen Verantwortung. Im Leitbild des Verbandes „Dem Menschen dienen“ heißt es zum Verhalten von Führungskräften unter anderem:

- „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Mitarbeitervertretung und Führung tragen zu einer guten Dienstgemeinschaft bei.“
- „Kompetente Führungs- und Leitungskräfte verhalten sich vorbildlich im Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ihr Führungs- und Leitungsverhalten beruht auf Akzeptanz und gegenseitigem Respekt.“
- „Führungs- und Leitungskräfte tragen Verantwortung und Fürsorgepflicht gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.“
- „Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tragen durch ihre Haltung und ihr Handeln zu einer positiven Darstellung des Verbandes in der Öffentlichkeit bei.“

4.3. Personalentwicklung

- Personalentwicklung ist die systematische (zielgerichtet/strukturiert) und vernetzte Anwendung von Formen

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



- der Mitarbeitergewinnung
 - der Mitarbeiterauswahl
 - der Einführung von Mitarbeitern
 - der Förderung und der Beteiligung von Mitarbeitern
 - des Einsatzes von Mitarbeitern
 - der Beendigung von Arbeitsverhältnissen
 - der Beobachtung/Analyse/Bewertung des Arbeitsmarktes
 - der Gesundheitsvorsorge
 - der Personalbeurteilung
- Durch Personalentwicklung erreichen wir eine größtmögliche Abstimmung zwischen den Zielen des Verbandes und den Zielen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Hierdurch wird die Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefördert.

4.4 Aussagen zur Dienstplanung

Die Arbeitszeit der Mitarbeiter ist je nach Arbeitsvertrag in der 5- und 6Tage Woche geregelt. Die Dienstplanung orientiert sich an Bedürfnissen und Umfang der zu versorgenden Bewohner*innen.

4.5. Innerbetriebliche Kommunikation

Die innerbetriebliche Kommunikation erfolgt durch eine gezielte und gesteuerte Informationsweitergabe, Einsichtnahme und Umsetzung der Inhalte des QM-Handbuches mit folgenden Inhalten zur innerbetrieblichen Kommunikation, z. B. in Form von Teamsitzung, Fallbesprechung, differenzierten Einarbeitung von neuen Mitarbeitern, Zielvereinbarungsgesprächen, Protokollen aushängen, per e-mail, über Dienst- und Tourenplanung/Tourenpläne, telefonische und schriftliche Übergaben im Informationsbuch, Verfahrensweisung, Beschwerdemanagement, Stellenbeschreibung, Durchführung von Einzel- und Gruppengesprächen, Einführungsveranstaltung neuer Mitarbeiter Gesamtverband, Mitarbeiterzeitschrift „Einblicke“.

Durch diese unterschiedlichsten Kommunikationswege wird die Vernetzung und zielgerichtete Informationsweitergabe zwischen den einzelnen Berufsprofessionen und internen Einrichtungen sichergestellt.

4.6 Die Lage der Einrichtung

Unsere Einrichtung liegt verkehrsgünstig, sodass in wenigen Minuten die historische Altstadt erreicht werden kann. Dort gibt es neben Einkaufsmöglichkeiten Restaurants und Cafe's, Banken, Apotheken, Arztpraxen und die Stadtverwaltung.

4.7 Die räumliche Ausstattung der Einrichtung

Das 2005 neu erbaute Pflegeheim verfügt über 44 vollstationäre Plätze in freundlich hellen Einzelzimmern mit jeweils eigenem Duschbad. Die Zimmer unserer Bewohner sind

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



mit einem Pflegebett mit Nachtschrank, Kleiderschrank, Sideboard und Sitzgruppe ausgestattet. Die Zimmer können mit eigenen Möbelstücken, Bildern, Wäsche (z. B. Bett- und Tischwäsche) nach persönlichen Wünschen und Vorstellungen eingerichtet/mitgestaltet werden. Ein abschließbares Wertfach/Tresor befindet sich im Büro der Verwaltung. Die Räume verfügen über elektrisch betriebene Rollläden, eine Notrufanlage, Telefon- und Fernsehanschluss (Satellit) sowie ein Thermometer zur Bestimmung und Kontrolle der Raumtemperatur. In Zeiten von Hitzeperioden werden somit entsprechende Maßnahmen zur Klimatisierung eingeleitet. Unsere Einrichtung verfügt über einen Hotspot (Hot-spot). In jedem Zimmer gibt es daher die Möglichkeit das Internet über WLAN zu nutzen.

Da die Einrichtung lediglich über Einzelzimmer verfügt, ist es nicht möglich Ehepaare/Lebensgemeinschaften gemeinsam in Doppelzimmern unterzubringen. Es besteht die Möglichkeit nebeneinander liegende Zimmer zu belegen.

Sollte ein Zimmerwechsel innerhalb der Einrichtung gewünscht werden, besteht durchaus die Möglichkeit nach Rücksprache und Zustimmung durch die Heimleitung.

Die Intimsphäre eines Menschen spiegelt sich in den persönlichsten Bereichen der Gedanken, Gefühle und Vorlieben. Wir nehmen Rücksicht und wahren diese, indem wir z. B. vor Eintritt in das Bewohnerzimmer anklopfen, die Türen schließen, die Privatsphäre schützen und individuelle Wünsche berücksichtigen. Zur Selbstbestimmung gehört ebenso die eigenständige Reinigung des Zimmers und der Wäschewechsel (z. B. Bett-/Tischwäsche), soweit der Bewohner selbstbestimmt lebt.

Wegen der ausschließlichen Einzelzimmer verbleiben die Bewohner in Krisenzeiten in ihrer gewohnten Umgebung im Bewohnerzimmer, gesonderte Kriseninterventionszimmer sind nicht erforderlich.

Die Hausgemeinschaften sind mit modernen Pflegebädern ausgestattet, die den Bewohnern jederzeit nach Absprache zur Verfügung stehen. Das Abstellen von Hilfsmitteln ist zu vermeiden.

Haustiere dürfen nach Absprache mitgebracht werden.

Die dekorative Gestaltung der Gemeinschaftsräume erfolgt unter Einbeziehung der Bewohner. Wünsche können hierzu jederzeit beim Personal geäußert werden. Die Umsetzung geschieht unter Einbeziehung des Sozialen Dienstes.

Die wohnlich gestalteten Aufenthaltsbereiche und die Wohnküchen laden zu Bewegung und Gemeinsamkeiten ein.

Orientierte Bewohner können das Haus jederzeit verlassen und erhalten auf Wunsch einen eigenen Schlüssel der Schließanlage.



Vor dem Haus befindet sich eine kleine Außenanlage mit Sitzgelegenheit. Unsere Einrichtung verfügt im Außenbereich zum Bürgersteig hin eine Induktionsschleife. Ein Bewohner mit einer „Hinlaufftendenz“ kann mit einem Chip in das Schuhwerk oder einem Bändchen ausgestattet werden. Erfolgt ein Übertreten der Induktionsschleife, erfolgt ein akustisches Signal auf die Rufanlage.

Das St. Josef-Haus ist eine Nichtraucher Einrichtung. Zum Rauchen besteht die Möglichkeit die Einrichtung zu verlassen. Menschen, die krankheitsbedingt dazu nicht in der Lage sind, können in Absprache mit dem Pflegepersonal zum Rauchen ins Freie gebracht werden. Bettlägerige/Palliativpatienten, die den Wunsch hegen zu rauchen wird dieses im Beisein einer Pflege- oder Betreuungsperson ermöglicht.

Wir behalten uns vor bei übertriebener Lärmbelastung den Besuch darauf hinzuweisen und ggf. bitten das Haus zu verlassen.

4.8. Qualitätspolitische Grundsätze

Die Caritas Alten- und Krankenhilfe gGmbH setzt das EFQM-Modell um, welches Transparenz und Orientierung im Hinblick auf Leistungsangebot, Strukturen, Aufgabenstellungen Verantwortlichkeit, sowie personelle und fachliche Kompetenzen darstellt. Dieses Qualitätsmanagementsystem ist keine statische Einrichtung, sondern muss dynamisch weiterentwickelt werden.

Im Rahmen eines Organisationsentwicklungsprozesses des Caritasverbandes Brilon e. V. im Zeitraum Dez. 1999 – Nov. 2002 wurde durch den Vorstand die Einführung eines QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEMS für den Gesamtverband, also auch für den Bereich der Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH, beschlossen.

Das QUALITÄTSMANAGEMENT wird nach dem **EFQM**-Modell durchgeführt. Die Abkürzung steht für **E**uropean **F**oundation for **Q**uality **M**anagement und wird auch Bewertungsmodell genannt. *„Der Grundgedanke bei dem **EFQM**-Modell ist, dass eine Organisation durch den Prozess der Selbstbewertung (Self-Assessment) zu ständigen Verbesserungen der eigenen Leistung angeregt wird und so zu Spitzenleistungen (Business-Excellence) gelangt. Die Anstrengungen, welche eine Organisation unternimmt, um Spitzenleistungen zu erreichen, und der Erfolg, den sie dabei erzielt, werden systematisch bewertet“* (vgl. Weiß, 2000).

Gleichzeitig werden die Rahmenbedingungen den aktuellen gesetzlichen Anforderungen an den Leistungserbringer ständig angepasst.



5. Leitgedanken zum Pflegeprozess

5.1. Pflegemodell

Pflegeorganisationsmodelle beschreiben die Aufbauorganisation in der Pflege. Sie machen Aussagen über die Verteilung der zu versorgenden Bewohner auf das zur Verfügung stehende Pflegepersonal und beschreiben die entsprechende Art und Weise, wie sich die an der Pflege beteiligten Pflegepersonen zum Pflegen organisieren.

1.) Erhebung

SIS° (Strukturierende Informationssammlung) soll unmittelbar nach Einzug innerhalb von 48 Stunden bis allerspätestens einer Woche erfolgen, insbesondere das Risikomanagement Dekubitus, Sturzrisiko, Risikofaktoren bei Schmerz, Risikofaktoren der Harnkontinenz/Ernährungsmanagement. Ist ein Risiko bei Aufnahme nicht klar festzustellen, erfolgt zuerst eine weitere Einschätzung und Beobachtung des Bewohners. So lange ein pflegerisches Risiko nicht auszuschließen ist, gilt der Bewohner als gefährdet.

Der Prozess beginnt bei der Heimaufnahme in der Verwaltung, wo folgende Erstinformationen durch die Verwaltung aufgenommen werden:

Personalien und allgemeine Angaben/Stammdaten

(wie z.B. Hausarzt, Betreuung im Gesundheitswesen, Fixierungen, Versorgungskasse, Pflegegrad, Bestattung (sofern der Bewohner hierüber Auskunft geben möchte), Eigentum etc.), die im Vorgespräch mit den betreffenden Bewohner oder dessen Angehörigen in der Verwaltung des Hauses stattfindet und auch im HVP-System abgespeichert werden (Heimaufnahme/Anmeldung/Vertrag)

Die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung befinden sich in Papierform in einem gesonderten Ordner in den Dienstzimmern; ebenso sind diese Unterlagen gescannt und in der Dateiablage Vivendi NG/PD abgelegt, ebenso die „Betreuerurkunde“.

Dann erfolgt die Erstellung des SIS°- Bogen:

Pflegerelevante biografische Informationen können im Regelfall in der SIS° erfasst werden (Felder B und C1). Die Informationen im SIS Bogen werden kurz gefasst. Ein Extrabogen für die Biografie ist nicht erforderlich, wird aber in unserer Einrichtung geführt, da uns es für Wichtig erscheint.



Allgemeine Daten

Das Feld dient der Erfassung allgemeiner Daten wie Name des Pflegebedürftigen, Unterschrift der Pflegefachkraft, die das Erst- oder Folgegespräch durchgeführt hat. Zusätzlich besteht die Möglichkeit die Unterschrift der pflegebedürftigen Person als Ausdruck der gemeinsamen Verständigung einzuholen.

Perspektive des Pflegebedürftigen

Ausgangspunkt ist die Perspektive des Pflegebedürftigen. Durch das Zitieren des Originals der pflegebedürftigen Person soll die Individualität und Wertschätzung ihr gegenüber betont werden. Die Perspektive der pflegebedürftigen Person wird im Laufe des folgenden Verständigungsprozesses konsequent berücksichtigt.

Fachliche Perspektive

Die Erfassung der fachlichen Perspektive ist in der SIS° in Anlehnung an die Themenfelder des NBI strukturiert, um eine größere Übersicht zu erhalten und eine zu starke Zergliederung zu vermeiden.

Die Themenfelder s. Beschreibung Leitfaden zur Pflegedokumentation.

2.) Planung

Das Strukturmodell führt anstelle des Begriffes „Pflegeplanung“ den Begriff „Maßnahmenplanung“ ein, da hier neben pflegerischen auch hauswirtschaftliche und betreuende Maßnahmen sowie „Informationen Dritter“ mit einfließen. Die Änderung der Bezeichnung bedeutet nicht den Wegfall der Pflegeplanung. Auch im Rahmen des Strukturmodells werden individuelle pflegerische und betreuende Maßnahmen geplant (Element 2). Bei der Maßnahmenplanung ist keine gesonderte Festlegung von Pflegezielen vorgesehen. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Ziele aus der Maßnahmenplanung und durch den Abgleich mit den Wünschen der pflegebedürftigen Person ableiten (planungsimmanente Ziele).

Entscheidend für die angestrebten Ergebnisse ist die Darstellung der im Einzelfall personenbezogenen wichtigen und gemeinsam vereinbarten Maßnahmen. Diese sind handlungsleitend und eindeutig in der Planung beschrieben. Die Maßnahmenplanung erfolgt in der Regel durch eine (Rahmen-) Tagesstrukturierung einschließlich der nächtlichen Versorgung. Hier wird mit fixen Zeiten oder Zeitkorridoren gearbeitet. Maßnahmen, die in derselben Form mehrmals täglich erbracht werden (z. B. Bereitstellen von Mahlzeiten in



bestimmter Form), werden nur einmal beschrieben. Der immer wiederkehrende Ablauf der grundpflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen Betreuung ist übersichtlich und schnell nachvollziehbar dargestellt.

Die Maßnahmenplanung wird ausführlich (individuelle Wünsche, Besonderheiten) erstellt.

3.) Umsetzung der Maßnahmen

Pflegebericht ist das „Verlaufsprotokoll“ des Pflegeprozesses eines Bewohners, mit dessen Hilfe sich die Wirkung der Pflege beurteilen und juristisch nachweisen lässt. Im Pflegebericht werden die besonderen Vorkommnisse aufgeführt und er spiegelt den allgemeinen Zustand eines Bewohners wieder. Abweichungen von der tagesstrukturierenden Maßnahmenplanung sind hier früh zu erkennen.

Gehäufte Abweichungen führen zur Evaluation des SIS°-Bogens im Themenfeld der Veränderung und Evaluation des entsprechenden Teiles der Tagesstrukturplanung.

4.) Evaluation

In der **Evaluation** werden die strukturierte Informationssammlung sowie die Maßnahmenplanung eines Bewohners bei Veränderung der Pflegesituation überprüft. Der Zeitraum zur Evaluation richtet sich an dem IST-Zustand des Bewohners aus, d.h., der SIS-Bogen sowie die Maßnahmenplanung wird je nach Zustand des Bewohner angepasst und evaluiert.

Unabhängig vom IST-Zustand des Bewohners wird die strukturierte Informationssammlung sowie die Maßnahmenplanung 2 x jährlich regelhaft überprüft und bei Bedarf evaluiert.

Ein lebendiger Pflegeprozess entsteht einerseits durch **Handlungsprozess** - d.h., das Bemühen, Ressourcen zu erhalten und zu fördern und Probleme zu einer Zielsetzung zu bringen - und andererseits durch **Beziehungsprozess** - d.h., die Beziehung die sich zwischen der Pflegeperson und dem alten Menschen herausbildet.

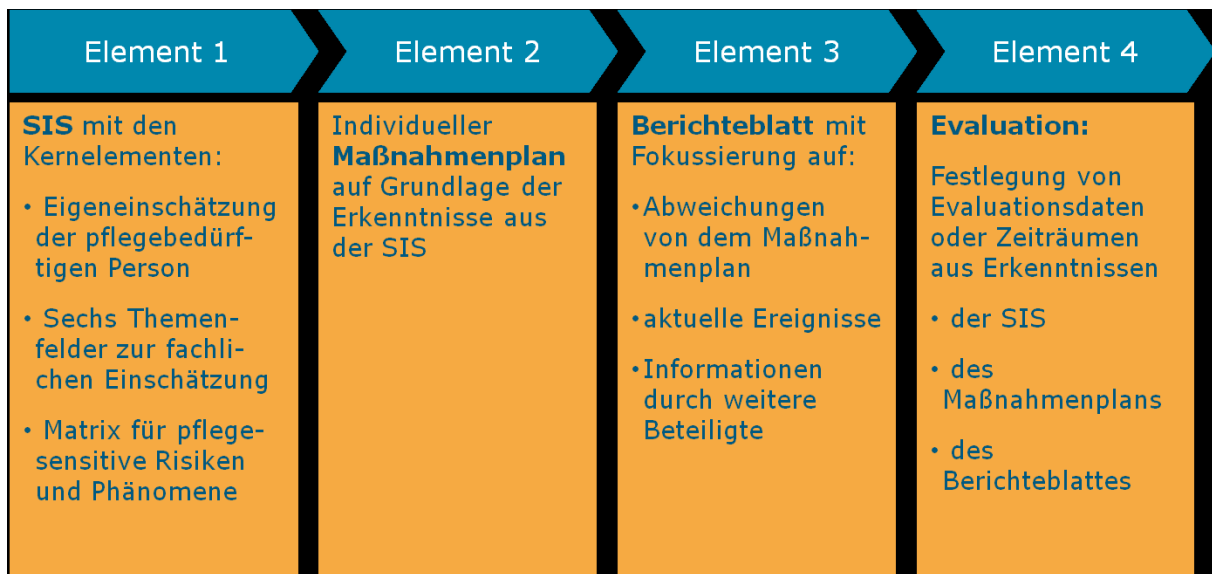
5.2. Pflegeprozess

Der Pflegeprozess in unserem Haus wird gelebt durch eine systematische, auf den Bedürfnissen des alten Menschen orientierte tagesstrukturierende Maßnahmenplanung.

Ein lebendiger Pflegeprozess entsteht einerseits durch **Handlungsprozess**, d.h. das Bemühen, Ressourcen zu erhalten und zu fördern und Probleme zu einer Zielsetzung zu bringen und andererseits durch **Beziehungsprozess**, d.h. die Beziehung die sich zwischen der Pflegeperson und dem alten Menschen herausbildet.

Der dem Strukturmodell zugrundeliegende 4-stufige Pflegeprozess findet sich in den folgenden vier Elementen wieder:

Abbildung: Die vier Elemente des Strukturmodells und Zusammenhänge Element



Quelle: Informations- und Schulungsunterlagen (Version 1.2) Projektbüro Ein-STEP

Der Einstieg in den Pflegeprozess beginnt mit der **Strukturierten Informations-sammlung** (SIS®, Element 1). Hierin werden alle relevanten Informationen zur Situation (Pflege- und Betreuungsbedarf) aus Sicht der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachkraft in dem jeweiligen Versorgungskontext stationäre Pflege festgehalten. Sofern ein Gutachten gemäß BRi vorliegt, erhält die Pflegefachkraft eventuell zusätzliche Hinweise, inwieweit ein voraussichtlich dauerhaft veränderter Pflege- und Betreuungsbedarf im Hinblick auf den vorliegenden Pflegegrad vermutet werden kann. Die ähnliche Gliederung der Themenfelder in der SIS® und den Modulen im Begutachtungsinstrument erleichtert diesen Abgleich. Hieraus können Aspekte resultieren, die einer besonderen Beachtung bei der Situationseinschätzung in den Themenfeldern in Absprache mit der pflegebedürftigen Person bedürfen.

Der **Maßnahmenplan** (Element 2) wird auf der Grundlage der SIS® erstellt. Hier kann zum einem sofort ein Hinweis aufgenommen werden, dass auffällige Sachverhalte über einen festgelegten Zeitraum beobachtet werden müssen. Zum anderen weisen häufige Änderungen von Maßnahmen ggf. sogar mit Auswirkungen auf die aktuell vorliegende SIS® darauf hin, dass ein möglicherweise dauerhaft veränderter Pflege- und Betreuungsbedarf vorliegt.



Zentrales Element für frühzeitige Hinweise auf Veränderungen der Situation einer pflegebedürftigen Person ist im Strukturmodell das **Berichteblatt** (Element 3). Im Gegensatz zu herkömmlichen Dokumentationsverfahren werden - wie oben bereits erwähnt - ausschließlich Abweichungen von den geplanten routinemäßigen Maßnahmen sowie tagesaktuelle Ereignisse dokumentiert. Das bedeutet, dass bei stabilen Situationen mitunter über einen längeren Zeitraum keine Eintragungen vorzufinden sind. Sich häufende Eintragungen hingegen schaffen daher schneller als bisher die notwendige Aufmerksamkeit für Veränderungen jeglicher Art im Hinblick auf die pflegebedürftige Person.

Evaluation (Element 4) hat zum Ziel, die Wirkung geplanter Maßnahmen zu überprüfen, anlassbezogen auf Situationen zu reagieren oder unklare Situationen zu bewerten. Hierdurch werden die notwendigen Erkenntnisse zur Planung des weiteren Vorgehens gewonnen.

Die Verantwortlichkeit für die Erstellung der Pflegedokumentation der Neuaufnahme/dem Einzug liegt in den Händen der Pflegefachkräfte, die in der Einrichtung für die Strukturierte Informationssammlung SIS und die Erstellung von Maßnahmenplänen verantwortlich sind.

Ein wesentliches Merkmal der Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell ist eine bessere Übersicht und schnellere Orientierung zur Situation der pflegebedürftigen Person u. a. durch die Vermeidung von schematisierten Daten- und Informationssammlungen. Stattdessen erfolgt eine Fokussierung auf die Dokumentation von Abweichungen geplanter Maßnahmen und die anlassbezogene Sammlung von Zusatzinformationen.

Es wird nach den neusten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen gearbeitet. Der Bewohner wird zu einer gesunden, der Krankheit bzw. der Behinderung angepassten Lebensführung nach folgendem System systematisch angeleitet.

5.3. Pflegesystem

Das zugrunde gelegte Pflegesystem repräsentiert die planmäßige Gestaltung des pflegerischen Arbeitsablaufes. Es gestaltet sich ganzheitlich:

Die Ganzheitspflege zeichnet sich durch eine menschliche, menschengerechte Pflege aus. Der Bewohner wird in diesem Pflegesystem in seiner Ganzheit – unter Berücksichtigung seiner physischen, psychosozialen, kulturellen und geistigen Bedürfnisse – gepflegt.

Die Bezugs-/Gruppenpflege

Sinn und Zweck dieser Organisationsform ist es, dem Bewohner eine ganzheitliche Pflege zu gewährleisten. Die zugewiesenen Bewohner werden dauerhaft betreut. Der Arbeits- und Führungsstil muss dem Pflegeleitbild des Seniorenheims St. Josef entsprechen. Mit Bezugspflege ist die Umsetzung einer Pflege nach ganzheitlichen Gesichtspunkten gemeint.



Das Prinzip dieses Organisationsmodells ist die zu versorgenden Bewohner auf die zur Verfügung stehenden Pflegepersonen aufzuteilen. Die Zuordnung der Bewohner geschieht durch die Pflegedienstleitung. Die Zuteilung pflegerischer Arbeit wird je nach Pflegebedarf der einzelnen Bewohner sowie unter Berücksichtigung der Qualifikation der einzelnen Pflegepersonen durch die Fachkraft vorgenommen. Die Pflegeperson ist für die Koordinierung der anfallenden Arbeit innerhalb des zugewiesenen Arbeitsbereiches (bestimmte Anzahl von Bewohnern) und für die Qualität der geleisteten Pflege zuständig mit dem wesentlichen Merkmal, dass die Bezugsperson über einen längeren Zeitraum konstant die Pflege mehrerer Bewohner übernimmt und die gesamte Verantwortung trägt. Der Bewohner/Angehörige/Betreuer weiß in der Regel, welche Pflegekraft im Betreuungszeitraum für ihn zuständig ist und mit ihm wichtige Behandlungs- und Pflegeziele abspricht. Ein kontinuierlicher Informationsaustausch lässt dann die Ergebnisse und eventuellen Rückschläge erkennen. Die Bezugsperson trägt die Verantwortung für administrative Aufgaben der Pflege sowie über die ihr zugeteilten Pflegeschüler und ungelernen Mitarbeiter.

Wir sehen die Vorteile dieser Bezugspflege in guter Pflegeplanung, gutem Informationsfluss vom Bewohner/Angehörigen/Betreuer zur Pflegeperson, konstantem Bezug zum Bewohner. Nur wenn immer wieder die gleichen Pflegepersonen den Bewohner versorgen, können sie die Unterstützung so gestalten, dass der Bewohner im Rahmen seiner Möglichkeiten gefördert wird.

Die Pflege wird in den einzelnen Hausgemeinschaften von jeder zuständigen Bezugsperson - also nicht von einer einzelnen Person/Leitung - für alle Bewohner koordiniert und organisiert und orientiert sich direkt an seinen Bedürfnissen.

Die Ganzheitspflege der Bewohner versteht sich generell als Teamarbeit: Bewohnerbeobachtung, Ermittlung der Bewohnerbedürfnisse, Pflegeplanung, -durchführung, Bewertung und Interpretation, Erkennen von Versorgungslücken sowie die daraus resultierende Anpassung der Pflegeaktivitäten und ihre Durchführung werden im Team besprochen und durchgeführt.

Die aktivierende Pflege wird unter Einbeziehung der Ressourcen und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen geleistet. Wir geben Hilfe zur Selbsthilfe. Unsere Bewohner und ihre Angehörigen werden in Grenzsituationen nicht allein gelassen. Wir bieten ihnen Hilfen aus dem Glauben. Unsere Mitarbeiter respektieren die Persönlichkeitsentfaltung in jeder Lebensphase. Wir vermitteln ein an den Bedürfnissen orientiertes Angebot und stellen Vernetzungen nach innen und außen her.

5.4 Die Pflege in unserer Einrichtung

Der Pflegedienst wird durch eine Altenpflegerin mit Zusatzausbildung zur Pflegedienstleitung geleitet. Ihr Aufgabengebiet umfasst die Fachaufsicht über die gesamte Aufbau- und Ablauforganisation der Pflege im Haus. Oberstes Ziel ist die Sicherstellung einer op-



timalen und interaktiven Versorgung der Bewohner. Die verantwortliche Leitung des Pflegebereiches erfolgt im Rahmen der trägerinternen Qualitätspolitik, des Pflegeleitbildes sowie der Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften.

Die Pflegefachkräfte in den einzelnen Pflegeteams sind für die Planung und Durchführung der Pflege in Abstimmung mit der Pflegedienstleitung zuständig. Die Pflege wird gemäß der §§ 5 und 6 Heimpersonalordnung unter überdurchschnittlicher Beteiligung von Pflegefachkräften kontinuierlich gewährleistet und richtet sich nach dem Gesamtbedarf an Grund- und Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung aller Bewohner.

Nachtbesetzung

Besondere Aufmerksamkeit bei der Personaleinsatzplanung muss insbesondere auch dem Nachtdienst zuteilwerden. Die Nachtbesetzung ist Bestandteil der Verhandlungen zwischen unserem Träger und der Pflegekasse und wird pauschal verhandelt. Der Personalbedarf ergibt sich aus den Erlösen über die Pflegesätze (Kosten für Pflege). Die mit den Kostenträgern verhandelten erlösorientierten Personalschlüssel werden umgesetzt und nicht langfristig unterschritten. Umgekehrt wird bei Pflegesatzverhandlungen ein Schwerpunkt auf mindestens kostendeckende Finanzierung der Personalschlüssel gelegt. Z. Zeit halten wir eine Fachkraftquote von ca. 70 % vor und überschreiten damit sogar die Vorgaben durch das Wohn- und Teilhabegesetz.

Durch die Größe (Anzahl der Bewohner- Nachtwert 1:50) und Überschaubarkeit unserer Einrichtung wird der Nachtdienst durch eine Pflegefachkraft in der Zeit von 20:30 Uhr und 07:00 Uhr durchgeführt, wobei die Zeit zwischen 6:00 Uhr und 7:00 Uhr zum Tagdienst zählt. Zur Sicherstellung der stetigen Anwesenheit einer Pflegefachkraft werden die Pausenzeiten nach dem Tarifvertrag AVR Caritas vergütet. In die konkrete Dienstplangestaltung fließen auch arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse mit ein, die der Gesunderhaltung von Mitarbeitern und der Vermeidung von Fehlern in der Versorgung der Bewohner dienlich sind. So werden Nachtdienstmitarbeiter nach Möglichkeit nicht mit mehr als drei Diensten in Folge eingeplant. Gefahrgeneigte Arbeiten, wie zum Beispiel das routinemäßige Stellen von Medikamenten, finden nicht im Nachtdienst statt. Sogenannte kleine Pflegehilfsmittel werden zu Verfügung gestellt. Hier sind besonders Patientenlifter, geschlossene und offene Gleitmatten, Transfergürtel, Drehscheiben und Rutschbretter zu nennen. Die Abläufe im Nachtdienst sind so gestaltet, dass sie dem Pflegebedarf der Bewohner gerecht werden und die individuellen Maßnahmenpläne umgesetzt werden können. Dementiell veränderte Bewohnerinnen und Bewohner können sich z. B. bei erhöhter Nachtaktivität innerhalb der Wohnbereiche frei bewegen.

Auf Unterstützungsbedarfe der Bewohnerinnen und Bewohnern kann angemessen reagiert werden. Sollte aus einer Bedarfssituation heraus weiterer personeller Unterstützungsbedarf notwendig sein, kann dies durch die nächtliche zentrale Rufbereitschaft der Sozialstation sichergestellt werden. Diese Unterstützung ist mit deren Leitung abgestimmt. Die Unterstützung erfolgt durch eine Pflegefachkraft.



Für besondere Gegebenheiten, wie z. B. die Begleitung Sterbender kann die Unterstützung durch den Hospizverein Winterberg-Hallenberg e.V. angefordert werden. Hier besteht seit vielen Jahren ein enger, sehr guter Kontakt. Für den Fall, dass Familienmitglieder auch nachts bei ihren, sich in der Sterbephase befindlichen, Angehörigen bleiben möchten, besteht die Möglichkeit auf einem Gästebett in deren Zimmer zu übernachten.

Da die/der NachtdienstmitarbeiterIn nicht zeitgleich in den beiden Etagen (Wohnbereichen) sein kann, bedarf es einer technischen Ausstattung, um alle möglichen Hilfebedarfe oder Notlagen von Bewohnern frühzeitig zu erkennen. Hier sei zunächst die Rufanlage der Einrichtung zu nennen, die allen Bewohnern zugänglich ist. In jedem Bewohnerzimmer, in Duschbädern sowie in den Gemeinschaftsräumen und Toiletten befinden sich gut gekennzeichnete Möglichkeiten, die Rufanlage zu betätigen. Darüber hinaus können den Bewohnern bei Bedarf oder auf Wunsch mobile Auslöseeinheiten der Rufanlage zur Verfügung gestellt werden, die beispielsweise am Rollator, am Handgelenk oder um den Hals mitgeführt werden können. Ergänzt wird die Rufanlage durch technische Hilfen, wie Bewegungsmeldesysteme und so genannte Sturz- oder Klingelmatten, die insbesondere bei sturzgefährdeten oder an Demenz erkrankten Menschen eingesetzt werden.

Ist ein nächtlicher Kontrollgang aus medizinischen Gründen nicht erforderlich, wird jede/r Bewohner/In gefragt werden, ob eine Kontrolle stattfinden soll oder nicht. Der fachlich nicht gerechtfertigte und vom Bewohner auch nicht gewünschte Besuch ist zu respektieren und zu vermeiden (Störung der Nachtruhe). Eine Ausnahme stellen die Kontrollgänge bei kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern dar.

Die Aufgaben des Nachtdienstes sind im Qualitätsmanagementhandbuch unter: VII Organisatorische Prozesse 1.10 Ablauf Frühdienst – Spätdienst - Nachtdienst beschrieben.

5.5 Die soziale Betreuung in unserer Einrichtung

Die Angebote der Sozialen Betreuung im Seniorenzentrum St. Josef sollen pflegebedürftigen Menschen einen Lebensmittelpunkt in unserem Haus geben und dadurch insbesondere Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität vorbeugen.

Die derzeitigen Angebote des soz. Dienstes sind folgendermaßen strukturiert und werden nahezu täglich angeboten:

- Gruppengymnastik
- Gedächtnistraining
- Gesellige Spielrunden
- Musisch-rhythmische Gestalten/Singen
- Biographische Arbeit/Erinnerungsarbeit
- Kreatives Gestalten
- Ausflüge/Veranstaltungen außer Haus
- Gesprächskreis Wochenabschluss
- Aktivierende Einzelbetreuung
- Tiergestützte Therapie



- Spaziergänge
- Kraft- und Gleichgewichtstraining

Zusätzlich erhalten alle Bewohner eine zusätzliche Betreuung durch Betreuungskräfte gem. § 53 c SGB XI. Die Angebote werden in Form von Einzel- und Gruppenaktivierungen durchgeführt. Gängige Angebote sind: Malen und basteln, kochen und backen, Musik hören, singen, Brett- und Kartenspiele, Spaziergänge, Bewegungsübungen, lesen und vorlesen, Fotoalben ansehen, Gespräche führen über Alltägliches, Präsenz zur Vermittlung von Sicherheit und Orientierung.

5.6 Seelsorgerische Betreuung

Die seelsorgerische Betreuung hat in unserer Einrichtung einen hohen Stellenwert. Wir bieten unseren Bewohnern täglich eine katholische Messe in unserer Hauskapelle an. Der evangelische Gottesdienst wird einmal im Monat ebenfalls in der Kapelle gehalten. Bewohner, die die Kapelle nicht aufsuchen können, haben die Möglichkeit in den Wohnküchen oder in ihren Zimmern durch die Übertragung die Gottesdienste an ihrem Fernsehgerät mit zu verfolgen. Durch einen Pastor, der in unserer Einrichtung lebt, und durch die enge Verbindung zur evangelischen Gemeinde kann auf Wunsch jederzeit eine seelsorgerische Begleitung stattfinden. Darüber hinaus haben wir eine Mitarbeiterin zur seelsorglichen Begleitung weiterbilden lassen. Für diese Aufgabe wurde eine zusätzliche Stelle geschaffen.

6. Rahmenbedingungen

6.1. Gesetzliche und finanzielle Grundlagen/Leistungsbeschreibung

- Grundpflege
- § 2 - § 11
- § 19 Beendigung des Vertragsverhältnisses
- § 21 Kündigung durch den/die Bewohner/in

§ 2 Vertragsgrundlagen

- (1) Die vorvertraglichen Informationen der Einrichtung nach § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVG) sind Vertragsgrundlage, dazu gehört insbesondere die Darstellung der Wohn- und Gebäudesituation, Konzeption, Entgelte und Pflege- und Betreuungsleistung sowie die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.
- (2) Weitere Vertragsgrundlagen sind der Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege (NRW), die Vergütungsvereinbarung nach § 84 SGB XI sowie der Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung. Soweit sie diesem Vertrag nicht in der Anlage beigelegt sind, werden sie von der Einrichtung zur Verfügung gestellt.



§ 3 Leistungen der Einrichtung

(1) Die Einrichtung erbringt der Bewohnerin/dem Bewohner folgende Leistungen:

a) Unterkunft in einem Einzelzimmer

Das Zimmer/die Wohneinheit ist ausgestattet mit:

- x Pflegebett
- x Kleiderschrank
- x Nachttisch
- x Kommode
- x Tisch, 2 Stühle
- Deckenschienensystem
- Tablett PC zur Pflegedokumentation
- x Rufanlage
- x Telefonanschluss
- x Fernsehanschluss (Satellit)
- x Bad/WC
- x Kreuz
- x Wanduhr
- x Internetzugang über Wlan/Hotspot
-

x das Zimmer kann durch den Bewohner möbliert werden

b) Verpflegung in folgendem Umfang:

- Normalkost: Frühstück
Mittagessen
Nachmittagskaffee
Abendessen
Zwischenmahlzeiten
- Bei Bedarf: leichte Vollkost oder
Diätkost nach ärztlicher Anordnung

sowie eine ausreichende jederzeit erhältliche Getränkeversorgung
(Kaffee, Tee, Mineralwasser und Saft)

c) Dem Pflegebedarf sowie dem Gesundheitszustand der Bewohnerin/des Bewohners entsprechende Pflege und Betreuung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) einschließlich der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege entsprechend dem Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege (NRW).

Bei Veränderungen des Pflegebedarfes passt die Einrichtung ihre Leistungen dem veränderten Bedarf an.

d) Zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner gem. § 43 b SGB XI.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



- e) Pflege und Betreuung unterhalb des Pflegegrad 2.
 - f) Regelmäßige Reinigung des überlassenen Wohnraumes (Häufigkeit; ggf. Aufschlüsselung nach Wohnraum oder Nasszelle)
i.d.R. 2x/wöchentlich
 - g) Überlassung, Reinigung und Instandhaltung von Bettwäsche und Handtüchern;
 - h) Waschen und Mangeln der maschinenwaschbaren persönlichen Bekleidung und Wäsche;
 - i) Haustechnik und Verwaltung (z. B. Barbetragsverwaltung, Ein- und Auszugshilfen etc.) im notwendigen Umfang. ¹
 - j) Bereitstellung von Inkontinenzmitteln, soweit erforderlich.
- (2) Die Gemeinschaftsräume und -einrichtungen stehen der Bewohnerin/dem Bewohner zur Mitbenutzung zur Verfügung.
- (3) Die Einrichtung übergibt der Bewohnerin/dem Bewohner folgende Schlüssel:
- 1 Zimmerschlüssel (auf Wunsch; bitte bei der Einrichtungsleitung melden).
- Die Anfertigung weiterer Schlüssel darf nur die Einrichtungsleitung veranlassen.
- Der Verlust von Schlüsseln ist umgehend der Einrichtungsleitung zu melden; die Ersatzbeschaffung erfolgt durch die Einrichtungsleitung, bei Verschulden der Bewohnerin/des Bewohners auf ihre/seine Kosten. Alle Schlüssel sind Eigentum der Einrichtung. Bei Beendigung des Vertragsverhältnisses im beiderseitigen Einvernehmen oder durch Kündigung hat die Bewohnerin/der Bewohner die Schlüssel vollständig an die Einrichtungsleitung zurückzugeben.
- (4) Es gilt die freie Arzt-, Apotheken- und Therapeutenwahl, erforderlichenfalls ist die Einrichtung der Bewohnerin/dem Bewohner bei der Vermittlung dieser Leistungen behilflich.
- (5) Das Leben in einer Lebenspartnerschaft wird ermöglicht, erforderlichenfalls ist die Einrichtung behilflich.

§ 4 Zusatzleistungen gem. § 88 SGB XI

¹ Diese Leistungen sind ggf. entsprechend dem Angebot der Einrichtung in einer separaten Anlage zu beschreiben.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



- (1) Die Bewohnerin/der Bewohner und die Einrichtung können die Erbringung besonderer Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen im Sinne des § 88 SGB XI vereinbaren. Die von der Einrichtung angebotenen Zusatzleistungen und deren Entgelte ergeben sich aus der Anlage 1.
- (2) Wird eine vereinbarte Zusatzleistung nicht in Anspruch genommen, so kann das Entgelt nur ermäßigt werden, wenn dadurch bei der Einrichtung eine Kostenersparnis eintritt.
- (3) Die Einrichtung wird der Bewohnerin/dem Bewohner gegenüber eine Erhöhung der Entgelte für die vereinbarten Zusatzleistungen spätestens 4 Wochen vor dem Zeitpunkt, an dem sie wirksam werden sollen, schriftlich geltend machen und begründen.

§ 5 Sonstige Leistungen

- (1) Die Bewohnerin/der Bewohner und die Einrichtung können die Erbringung sonstiger Leistungen vereinbaren. Die von der Einrichtung angebotenen sonstigen Leistungen und deren Entgelte ergeben sich aus der Anlage 2.
- (2) Wird eine sonstige Leistung nicht in Anspruch genommen, so kann das Entgelt nur ermäßigt werden, wenn dadurch eine Kostenersparnis eintritt.
- (3) Die Einrichtung wird der Bewohnerin/dem Bewohner gegenüber eine Erhöhung der Entgelte für die vereinbarten sonstigen Leistungen spätestens 4 Wochen vor dem Zeitpunkt, an dem sie wirksam werden sollen, schriftlich geltend machen und begründen.

§ 6 Leistungsentgelt

- (1) Das Entgelt für die Leistungen gem. § 3 richten sich nach den mit den Kostenträgern (zuständigen Pflegekassen und Sozialhilfeträgern) getroffenen Vergütungsvereinbarungen.
- (2) Die Bemessung des Leistungsentgeltes entspricht der Zuordnung des Bewohners/der Bewohnerin in einen Pflegegrad durch die jeweilige Pflegekasse. Es erfolgt eine monatliche Abrechnung auf der Basis von 30,42 Tagen pro Monat.
Das Leistungsentgelt beträgt täglich/monatlich:

| | Betrag täglich | Betrag monatlich (30,42 Tage) |
|---|----------------|-------------------------------|
| a) für Pflege im Sinne des § 43 SGB XI (Pflegebedingte Aufwendungen) Pflegegrad | € | € |

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



Qualitätsmanagementhandbuch

Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH
stationär
III Konzeption
III 5 Konzeption Außendarstellung

QH

| | | |
|---|---------|---------|
| b) für Unterkunft | € | € |
| c) für Verpflegung | € | € |
| d) Betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI und der dazu ergangenen Ausführungsvorschriften (teilweise öffentliche Förderung): Doppelzimmer | € ... | € ... |
| Einzelzimmer | € | € |
| e) Betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen im Sinne von § 82 Abs. 4 SGB XI (ohne öffentliche Förderung) | € ... | € ... |
| f) Vergütungszuschlag Ausbildungsumlage nach §28 Abs.2 Pflegeberufegesetz (PfIBG) | € | € |
| g)-Vergütungszuschlag nach §§ 84 Abs.8 und 85 Abs.8 SGB XI für zusätzliche Betreuung nach § 3 abs1 d) dieses Vertrages | €..... | €..... |
| -Vergütungszuschlag nach § 84 Abs. 9 SGB XI für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal | €..... | €..... |

Insgesamt mtl.

€ tgl.

€

Davon übernimmt die Pflegekasse€.

Nachrichtlich: Als einrichtungseinheitlicher Eigenanteil im Sinne des SGB XI wurden € je Monat (Basis 30,42 Tage) ermittelt; dieser Betrag ist kein Vergütungsbestandteil, sondern beziffert den von ihnen zu leistenden, in allen Pflegegraden gleich hohen, Zuzahlungsbetrag für das Entgelt für die Pflege nach Abs. 2a.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten ab dem 01.01.2024 einen Leistungszuschlag in Höhe von

- 15 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug nach § 43 SGB XI von bis einschließlich 12 Monaten,
- 30 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug nach § 43 SGB XI von mehr als 12 Monaten,
- 50 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug nach § 43 SGB XI von mehr als 24 Monaten,
- 75 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug von mehr als 36 Monaten.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



Der Leistungszuschlag wird in entsprechender Höhe zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen, die die Bewohnerin/der Bewohner zu zahlen hat, geleistet. Bei der Berechnung des Leistungszuschlages werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten nicht berücksichtigt, so dass diese in voller Höhe zu tragen sind.

Inkontinenzmaterial kann über die Einrichtung bezogen werden. Dafür wird vom Hausarzt ein entsprechendes (Jahre-) Rezept ausgestellt. Dieses Rezept wird an die Fa. PAUL HARTMANN AG Paul-Hartmann-Strasse 12,89522 Heidenheim geschickt. Die Belieferung erfolgt monatlich.

Bei Ein- bzw. Auszug im laufenden Monat wird auf Basis der vereinbarten täglichen Entgeltbestandteile (Pflege, Ausbildungsumlage, Verpflegung, Unterkunft, Investitionskosten aufwendungen) abgerechnet.

- (3) Wird die Bewohnerin/der Bewohner ausschließlich und nicht nur vorübergehend einschließlich der Flüssigkeitsversorgung durch Sondenernährung auf Kosten Dritter (z.B. Krankenversicherung) versorgt, verringert sich das Entgelt für Verpflegung um die ersparten Aufwendungen. Entsprechend der Vergütungsvereinbarung vom werden z. Zt. € täglich von dem in Abs. 2 genannten Entgelt für Verpflegung abgezogen.
- (4) Das Entgelt für die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen wird gem. §§ 10 Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW), 12 Abs. 6 und 14 Abs. 2 Durchführungsverordnung zum APG (APG DVO) bei monatlicher Abrechnung auf Basis von 30,42 Tagen berechnet.

§ 6a Vorübergehende Abwesenheit

- (1) Soweit der Pflegeplatz aufgrund eines Aufenthaltes in einem Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung sowie wegen Urlaubs nicht in Anspruch genommen werden kann, ist er freizuhalten.
- (2) Bei vorübergehender Abwesenheit wird grundsätzlich ein Leistungsentgelt nach Maßgabe des Rahmenvertrages gem. § 75 Abs. 1 SGB XI (Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege) NRW berechnet. Danach wird ab dem vierten Tag der ganztägigen Abwesenheit wegen Aufenthaltes in einem Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung sowie wegen Urlaubs ein verringertes Entgelt nach Abs. 3 berechnet. Innerhalb eines Kalenderjahres besteht Anspruch auf das verringerte Entgelt für bis zu 42 Tage. Bei Krankenhausaufhalten und bei Aufhalten in Rehabilitationseinrichtungen verlängert sich der Abrechnungszeitraum für die Dauer dieser Aufenthalte.
- (3) Das Monatsentgelt wird ab dem vierten Abwesenheitstag um 25 v.H. der täglichen Pflegevergütung (vgl. § 84 Abs. 1 SGB XI) und der täglichen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie und des Vergütungszuschlages für die Refinanzierung der Ausbildungsumlage nach § 28 Abs.2 Pflegeberufegesetz gemindert. Für die ersten 3 Tage der ganztägigen Abwesenheit sind die ungekürzte Pflegevergütung, die ungekürzten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der ungekürzte des Vergütungszuschlages nach § 28 Abs.2 Pflegeberufegesetz zu zahlen.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



- (4) Das Entgelt für die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen ist bei vorübergehender Abwesenheit in voller Höhe zu entrichten.

§ 7 Sicherheitsleistung

- (1) Als Sicherheitsleistung wird die Zahlung von€ (maximal das Doppelte des auf einen Monat entfallende Entgelt gem. § 6 Abs.2) vereinbart.
- (2) Die Sicherheitsleistung kann in drei gleichen monatlichen Teilleistungen erbracht werden. Sie ist auf das unter § 11 Abs.1 genannte Konto einzuzahlen.

§ 8 Vertragsanpassung bei Änderung des Pflege- oder Betreuungsbedarfs

- (1) Ändert sich der Pflege- oder Betreuungsbedarf der Bewohnerin/des Bewohners bietet die Einrichtung eine entsprechende Anpassung der Leistung an.
- (2) Die Einrichtung hat das Angebot zur Anpassung des Vertrages der Bewohnerin/des Bewohners durch Gegenüberstellung des bisherigen und der angebotenen Leistungen sowie der dafür jeweils zu entrichtenden Entgeltbestandteile vorab schriftlich darzustellen und zu begründen.

§ 9 Entgelterhöhung bei Änderung der Berechnungsgrundlage

- (1) Die Einrichtung kann die Zustimmung zur Erhöhung des Entgeltes verlangen, wenn sich die bisherige Berechnungsgrundlagen der Entgeltbestandteile gem. § 6 Abs. 2 dieses Vertrages verändern. Eine Erhöhung der Investitionsaufwendungen ist nur zulässig, soweit sie betriebsnotwendig und nicht durch öffentliche Förderung gedeckt ist.
- (2) Die Einrichtung hat der Bewohnerin/dem Bewohner die beabsichtigte Erhöhung des Entgeltes schriftlich mitzuteilen und zu begründen. Aus der Mitteilung muss der Zeitpunkt hervorgehen, zu dem die Einrichtung die Erhöhung des Entgeltes verlangt. In der Begründung muss sie unter Angabe des Umlagemaßstabes die Positionen benennen, für die sich durch die veränderte Berechnungsgrundlage Kostensteigerungen ergeben und die bisherigen Entgeltbestandteile den vorgesehenen neuen Entgeltbestandteilen gegenüberstellen. Der Bewohner schuldet das erhöhte Entgelt frühestens vier Wochen nach Zugang des hinreichend begründeten Erhöhungsverlangens. Der Bewohner muss rechtzeitig Gelegenheit erhalten, die Angaben der Einrichtung durch Einsichtnahme in die Kalkulationsunterlagen zu überprüfen.



§ 10 Kündigung der Zusatz- und sonstigen Leistungen

- (1) Die Bewohnerin/der Bewohner kann vereinbarte Zusatz- und sonstige Leistungen mit einer Frist von zwei Wochen kündigen. Bei einer Erhöhung des vereinbarten Entgeltes ist eine Kündigung für sie/ihn jederzeit für den Zeitpunkt möglich, an dem die Erhöhung wirksam werden soll.
- (2) Hierbei hat sie/er die der Einrichtung bis zum Eingang der Kündigung bereits entstandenen Aufwendungen zu erstatten.
- (3) Die Einrichtung kann vereinbarte Zusatz- und sonstige Leistungen mit einer Frist von vier Wochen kündigen.

§ 11 Fälligkeit und Abrechnung

- (1) Das Leistungsentgelt ist jeweils im Voraus am Ersten eines Monats fällig, es ist auf das Konto des Einrichtungsträgers

Kontoinhaber: Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH
Bank: Sparkasse Hochsauerland
BIC: WELADED1HSL
IBAN DE58416517700081000051

zu überweisen. In dem Fall, dass der Bewohner/die Bewohnerin der Einrichtung eine Einzugsermächtigung erteilt, zieht diese den Entgeltbetrag zum jeweiligen Ersten eines Monats ein. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.

Abweichende Bestimmungen und Vereinbarungen mit Kostenträgern bleiben unberührt.

- (2) Ergibt sich aufgrund der Abrechnung eine Differenz gegenüber dem nach Absatz 1 in Rechnung gestellten Leistungsentgelt, so ist spätestens mit der nächstfälligen Zahlung ein Ausgleich herbeizuführen.
- (3) Soweit Entgelte von öffentlichen Kostenträgern übernommen werden, wird mit diesen abgerechnet. Die Bewohnerin/der Bewohner wird über die Höhe des übernommenen Anteils informiert.

.....

§ 19 Beendigung des Vertragsverhältnisses

- (1) Der Vertrag kann im beiderseitigen Einvernehmen oder durch Kündigung eines Vertragspartners beendet werden. Im Übrigen endet das Vertragsverhältnis mit dem

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



Tod der Bewohnerin/des Bewohners.

- (2) Mit Beendigung des Vertrages ist die Unterkunft geräumt an die Einrichtung zu übergeben.

§ 20 Kündigung durch die Bewohnerin/den Bewohner

- (1) Die Bewohnerin/der Bewohner kann den Vertrag spätestens am dritten Werktag eines Kalendermonats zum Ablauf desselben Monats schriftlich kündigen. Verlässt die Bewohnerin/der Bewohner nach erklärter Kündigung, aber vor Ablauf der Kündigungsfrist endgültig die Einrichtung, endet ihre/seine Zahlungspflicht und die ihrer/seiner Kostenträger mit dem Tag des Verlassens der Einrichtung, soweit er zuvor die Einrichtung in Schriftform darüber informiert hat, dass der Pflegeplatz endgültig aufgegeben wird. Bei einer Erhöhung des Entgeltes ist eine Kündigung jederzeit zu dem Zeitpunkt möglich, zu dem die Einrichtung die Erhöhung des Entgeltes verlangt.
- (2) Innerhalb von zwei Wochen nach Beginn des Vertragsverhältnisses kann die Bewohnerin/der Bewohner jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wird der Bewohnerin/dem Bewohner erst nach Beginn des Vertragsverhältnisses eine Ausfertigung des Vertrages ausgehändigt, kann die Bewohnerin/der Bewohner auch noch bis zum Ablauf von zwei Wochen nach der Aushändigung kündigen.
- (3) Die Bewohnerin/der Bewohner kann den Vertrag aus wichtigem Grund jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn ihr/ihm die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zuzumuten ist.

§ 21 Kündigung durch die Einrichtung

- (1) Die Einrichtung kann den Vertrag nur aus wichtigem Grund kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform und ist zu begründen. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn
1. die Einrichtung den Betrieb einstellt, wesentlich einschränkt oder in seiner Art verändert und die Fortsetzung des Vertrags für die Einrichtung eine unzumutbare Härte bedeuten würde,
 2. die Einrichtung eine fachgerechte Pflege- oder Betreuungsleistung nicht erbringen kann, weil
 - a) die Bewohnerin/der Bewohner eine von der Einrichtung angebotenen Anpassung der Leistungen nach § 8 Abs. 1 nicht annimmt oder
 - b) die Einrichtung eine Anpassung der Leistungen aufgrund eines Ausschlusses nach § 8 Abs. 4 WBG nicht anbietet

und ihr deshalb ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist,

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



3. die Bewohnerin/der Bewohner ihre/seine vertraglichen Pflichten schuldhaft so gröblich verletzt, dass der Einrichtung die Fortsetzung des Vertrages nicht mehr zugemutet werden kann; oder
4. die Bewohnerin/der Bewohner
 - a) für zwei aufeinanderfolgende Termine mit der Entrichtung des Entgelts oder eines Teils des Entgelts, der das Entgelt für einen Monat übersteigt, im Verzug ist oder
 - b) in einem Zeitraum, der sich über mehr als zwei Termine erstreckt, mit der Entrichtung des Entgelts in Höhe eines Betrages in Verzug gekommen ist, der das Entgelt für zwei Monate erreicht.

Die Kündigung des Vertrages zum Zwecke der Erhöhung des Entgelts ist ausgeschlossen.

- (2) Die Einrichtung kann aus dem Grund des Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 a nur kündigen, wenn sie zuvor der Bewohnerin/dem Bewohner gegenüber ihr Angebot nach § 8 Abs. 1 unter Bestimmung einer angemessenen Annahmefrist und unter Hinweis auf die beabsichtigte Kündigung erneuert hat und der Kündigungsgrund durch eine Annahme der Bewohnerin/des Bewohners nicht entfallen ist.
- (3) Die Einrichtung kann aus dem Grund des Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 nur kündigen, wenn sie zuvor dem Bewohner unter Hinweis auf die beabsichtigte Kündigung erfolglos eine angemessene Zahlungsfrist gesetzt hat. Ist die Bewohnerin/der Bewohner in den Fällen des Abs.1 Satz 3 Nr. 4 mit der Entrichtung des Entgelts in Rückstand geraten, ist die Kündigung ausgeschlossen, wenn die Einrichtung vorher befriedigt wird. Die Kündigung wird unwirksam, wenn die Einrichtung bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Eintritt der Rechtshängigkeit des Räumungsanspruchs hinsichtlich des fälligen Entgelts die Einrichtung befriedigt wird oder eine öffentliche Stelle sich zur Befriedigung verpflichtet.
- (4) In den Fällen des Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 - 4 kann die Einrichtung den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Im Übrigen ist eine Kündigung bis zum dritten Werktag eines Kalendermonats zum Ablauf des nächsten Monats zulässig.

Vereinbarung über Vergütungszuschläge nach § 53 c SGB XI für Pflegebedürftige

Auf der Basis nach § 53 c SGB XI und den „Richtlinien zur Qualifikation und den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in den Pflegeeinrichtungen“ werden zusätzliche Betreuung und Aktivierungen anspruchsberechtigter Bewohner erbracht. Der Zuschlagsbetrag, der durch die Pflegekasse bezahlt wird, beträgt monatlichEuro.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



7. Personalstruktur

7.1 Unsere Ziele erreichen wir mit folgendem Personal:

Die Bewohner werden durch Gesundheits-/Krankenschwestern und –pfleger, Altenpfleger/innen, Pflegefachfrauen/-männer, Pflegeassistent*innen, Schwesternhelfer/innen, Arzthelferinnen und sonstige geeignete Kräfte versorgt. Zusätzlich unterstützen Bundesfreiwilligendienstler, Schüler, Praktikanten und Aushilfskräfte die organisatorischen und pflegerischen Tätigkeiten. Hilfskräfte werden nach gezielter Anleitung in der Betreuung eingesetzt.

Die Anzahl der Mitarbeiter richtet sich am Leistungsumfang/Bedarf der zu versorgenden Bewohner. Neue Mitarbeiter/innen werden stufenweise und systematisch in ihre neue Aufgabe eingewiesen. Sie erwerben die Kenntnisse und erhalten die Unterstützung, die sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit benötigen. Ihnen steht eine Einarbeitungsmappe mit den notwendigen Informationen zur Verfügung. Unsere Mitarbeiter arbeiten strukturiert und zielgerichtet: wahrnehmen, verstehen, handeln.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden Fortbildungen und Supervision angeboten und durchgeführt.

7.2 Ablauforganisation

- Beratung und Begleitung bei Behördengängen
- Unterstützung und Beratung bei der Einstufung einen Pflegegrad
- Hol- und Bringdienst durch Mitarbeiter

7.3 Mitwirkungsgremien

- Arbeitsgremien auf Diözesanebene
- Arbeitsgruppe Hospizverein

7.4 Zusammenarbeit mit den Angehörigen

Ein besonderes Anliegen ist uns die Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Meist haben sie die Bewohner über einen längeren Zeitraum zu Hause gepflegt und betreut. Daraus entstand oft eine, über die sonstige familiäre Bindung hinaus, sehr enge Pflegebeziehung. Sie sind Träger grundlegender und bedeutender sozialer Beziehungen zu unseren Kunden. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist deshalb ein unverzichtbarer Teil unserer Arbeit in der Einrichtung. Sie sollen sich ebenso in unserer Einrichtung wohl fühlen und jederzeit willkommen sein.



8. Kooperation und Vernetzung

8.1 Die externen Dienstleistungen in der Einrichtung

Folgende externe Dienstleistungen können im Haus wahrgenommen werden:

- Ärzte, Fachärzte (freie Arztwahl gilt als Selbstverständlichkeit)
- Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden und Masseure kommen ins Haus, werden aber individuell auf Rezept oder Wunsch vermittelt
- Fußpflege und Friseur kommen regelmäßig ins Haus
- Sanitätshäuser, Optiker, Hörakustiker, orthopädische Schuhmacher kommen auf Wunsch in unsere Einrichtung

Bei der Vermittlung weiterer externer Dienstleistungen stehen die Mitarbeiter gern zu Verfügung.

8.2 Ehrenamtliche Mitarbeiter

Das Seniorenzentrum St. Josef soll Freiräume für das soziale Ehrenamt schaffen und die Mitarbeit im sozial-caritativen Bereich aktiv fördern.

8.3. Teilhabe im sozialen Umfeld der Bewohnerinnen und Bewohner

Nach dem Einzug in unsere Einrichtung ist es unser Anliegen, dass der/ die Bewohner*in weiterhin in der Gesellschaft integriert bleibt. Daher gibt es Kontakte zu den Organisationen und Einrichtungen im Quartier, u.a. die Zusammenarbeit mit dem Familienzentrum Maria Königin. Wir unterstützen die Bewohner*innen Teilhabeangebote außerhalb der Einrichtung zu nutzen, wie z.B. Besuche der Freilichtbühne, Schützenfeste, Teilnahme an Stammtischen, Teilnahme im Vereinsleben. (siehe Konzept Teilhabe)

8.4. Besuche und Besuchsverbot nach §19 WTG

Besuche durch Angehörige, Freunde und Bekannte sind sehr wichtig und förderlich für alle Bewohnerinnen und Bewohner. Besuche dürfen von der Einrichtungsleitung ganz oder teilweise nur untersagt werden, wenn dies unerlässlich ist, um eine unzumutbare Beeinträchtigung der Interessen von den Bewohnerinnen und Bewohnern oder des Betriebes der Einrichtung abzuwenden. Das gleiche gilt, wenn mit der Nutzung eines Angebots nach ein besonderer therapeutischer Zweck verfolgt wird und dieser durch mögliche Besuche gefährdet würde. Besuchsuntersagungen und -einschränkungen sind unverzüglich gegenüber der Nutzerin oder dem Nutzer sowie betroffenen Besucherinnen oder Besuchern schriftlich zu begründen und der zuständigen WTG- Behörde anzuzeigen.

9. Die hauswirtschaftliche Versorgung in unserer Einrichtung

Das bestehende Hauswirtschaftskonzept beinhaltet folgende Bereiche:



9.1 Die Zentralküche

Die Einrichtung besteht aus zwei nebeneinander liegenden Gebäuden, die durch einen Gang miteinander verbunden sind. Die Zentralküche befindet sich im Altbau. Hier wird das Mittagessen für die Bewohner der Hausgemeinschaften zubereitet. Für den Transport der Speisen stehen Wärmewagen zu Verfügung. Die Präsenzmitarbeiter der Wohnküchen verteilen das Essen individuell nach den Bewohnerwünschen. Die Tischzeiten von 90 Minuten ermöglichen eine individuelle Nahrungsaufnahme.

Die Zentralküche versorgt täglich ca. 120 Kunden aus dem Raum Hallenberg und Umgebung mit Essen auf Rädern. Das Angebot der Versorgung mit Mahlzeiten steht den Mietern des ambulant betreuten Wohnens zur Verfügung. Die im Altbau lebende Ordensgemeinschaft wird ebenfalls aus der Zentralküche mit Mahlzeiten versorgt.

9.2 Die Wäscherei

Das Seniorenzentrum St. Josef verfügt über eine eigene Wäscherei, die sich, wie die Zentralküche, im Altbau befindet.

Die Waschküche ist mit entsprechenden Maschinen (Waschmaschinen, Trockner, Mangel, etc.) ausgestattet, die kontinuierlich geprüft werden. Die Wäscherei ist für die gesamte Wäsche der Hausgemeinschaften und des Ordens zuständig. Auch die Mieter des ambulant betreuten Wohnens haben die Möglichkeit die Leistungen der Waschküche in Anspruch zu nehmen. Eine Ausnahme stellt chemisch zu reinigende Bewohnerwäsche dar (z. B. Wollpullover o. ä.), die in Absprache mit den Angehörigen von diesen oder kostenpflichtig von einer externen chemischen Reinigung gereinigt wird.

Die Wäscherei arbeitet eng mit dem Reinigungsdienst zusammen. Wischmops und Mikrofasertücher der Hausreinigung werden nach den geforderten Hygienestandards desinfizierend gewaschen und thermisch aufgearbeitet.

Die Kennzeichnung der Wäsche wird durch die Mitarbeiterinnen mit Hilfe eines Wäschepatchers durchgeführt.

Zu unserem Angebot gehören auch kleinere Instandsetzungen von Wäschestücken.

9.3 Der Reinigungsdienst

Unsere Einrichtung verfügt über einen eigenen Reinigungsdienst. Die Mitarbeiter haben ihren eigenen Arbeitsbereich und arbeiten nach vorgegebenen Reinigungsstandards.

9.4 Die Haustechnik

Der Haustechniker ist mitverantwortlich für die Einhaltung relevanter hygienetechnischer Vorschriften und Sicherheitsbestimmungen, insbesondere der Brandschutzvorschriften.



Einrichtungsgegenstände, Hilfsmittel und technische Anlagen werden regelmäßig durch ihn überprüft.

Der Haustechniker ist ebenfalls für die Belieferung unserer Kunden im Bereich Essen auf Rädern zuständig.

10. Qualitätssicherung und -entwicklung in der Pflege

Pflegedokumentation

Unter Dokumentation wird die systematische, kontinuierliche und schriftliche Erfassung und Auswertung von pflegerelevanten Daten verstanden. Sie ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesamtleistung und ein wichtiges Mittel der fachlichen Information und Kommunikation innerhalb unserer Pflege. Außerdem dient Sie auch zur Beweiserhebung im Rechtsverkehr im Rahmen der durchgeführten Maßnahmen. Ferner spiegelt unsere Dokumentation den Pflegeverlauf wieder.

Die Pflegedokumentation kann folgende Daten erfassen:

- Überleitungsbogen
- Stammblatt, Pflegeanamnese/SIS
- Maßnahmenplanung
- Durchführungsnachweis
- Pflegebericht
- Pflegevisite
- Medikamentenplan
- Risikoassessment (Body Maß Index, Ernährungs- und Flüssigkeitsbedarf, Bradenskala, Sturzrisikoermittlung; Schmerzerfassung)
- Vitalwerteblatt
- Bewegungsplan
- Bilanzierungsplan
- Fixierung
- Wunddokumentation

10.1 Pflegeplanung/Pflegeprozess

Für jeden/e Bewohner/in wird eine Maßnahmenplanung angelegt. Eine Maßnahmenplanung ermöglicht eine individuelle, zielgerichtete, überprüfbare und schriftlich geplante Pflege, welche die vorhandenen Fähigkeiten, die Bedürfnisse und Probleme unserer Bewohner/innen mit einbezieht, sowie gemeinsam Pflegemaßnahmen festlegt.

10.2 Pflegevisite

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



Die Pflegevisite ist ein direktes Instrument zur Überprüfung der individuellen Pflegequalität. In der Praxis bedeutet dies, dass die Bewohner/innen von der Pflegedienstleitung oder stell. Pflegedienstleitung besucht werden. Diese befragt die Bewohner/innen zu deren Zufriedenheit und prüft mit Unterstützung von Checklisten und der Pflegedokumentation die Qualität der geleisteten Arbeit. Die Ergebnisse werden entsprechend ausgewertet und bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

10.3 Heimeinzug

Bei uns findet ein gut vorbereiteter und begleitender Heimeinzug statt. Jeder/e Heimbewohner/in bekommt einen festen Ansprechpartner als Bezugspflegekraft. Wir berücksichtigen individuelle Eingewöhnungsphasen der Bewohner/innen. Im Rahmen der Eingewöhnungsphase erhalten neue Bewohner/innen Informationen zu den Räumlichkeiten, Veranstaltungen und zum Tagesablauf. Die Eingewöhnungsphase wird systematisch begleitet und ausgewertet.

10.4 Qualitätssicherung

Für jeden Bewohner ist eine Fachkraft benannt, die verantwortlich ist für die ordnungsgemäße Dokumentation der regelmäßigen Überprüfung der Risiken, angelehnt an die nationalen Sturz-, Dekubitus-, Schmerz-, Überleitung-, Kontinenz-, chron. Wunden Expertenstandards sowohl für die Risikoeinschätzung zur Verhinderung von Mangelernährung und Dehydration.

Die Fachkraft hält Kontakt zu den Hausärzten, den multiprofessionellen Teams und evaluiert die Pflegeprozessplanung.

11. Der Beirat

Die Nutzerinnen und Nutzer vertreten ihre Interessen im Rahmen von Mitwirkung und Mitbestimmung. Hierzu wird in jeder Einrichtung ein Beirat der Nutzerinnen und Nutzer gewählt. Der Beirat vertritt die Interessen der Nutzerinnen und Nutzer. Seiner Mitwirkung unterliegen Fragen der Unterkunft, Betreuung und der Aufenthaltsbedingungen. Der Mitbestimmung unterliegen die Grundsätze der Verpflegungsplanung, die Freizeitgestaltung und die Hausordnung in der Einrichtung. Wahlberechtigt bei den Wahlen zum Beirat sind Nutzerinnen und Nutzer, die am Wahltag in der Einrichtung wohnen (Wahlberechtigte). Neben den Wahlberechtigten dürfen auch Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen, etwa Mitglieder von örtlichen Seniorenvertretungen oder Behindertenorganisationen, zu Mitgliedern eines Beirates gewählt werden. Der Beirat kann aus seiner Mitte eine Frauenbeauftragte bestellen. Die Frauenbeauftragte ist Ansprechpartnerin und berät die Nutzerinnen insbesondere bei psychischer und körperlicher Gewalterfahrung oder sexueller Belästigung. Sie kann zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben fachkundige Personen ihres Vertrauens hinzuziehen. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Nicht gewählt werden kann, wer mit der Leistungsanbieterin oder dem Leistungsanbieter, mit denjenigen,

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



die die Einrichtung auf sozialrechtlicher Grundlage finanzieren, oder mit einer für die Prüfung der Einrichtung zuständigen Behörde in einem entgeltlichen Beschäftigungsverhältnis steht oder mit einer dort in verantwortlicher Funktion tätigen Person verwandt oder verschwägert ist.

Der Beirat soll mindestens einmal im Jahr die Nutzerinnen und Nutzer zu einer Versammlung einladen, zu der jede Nutzerin oder jeder Nutzer eine andere Person beiziehen kann. Im Rahmen der Versammlung erstattet der Beirat Bericht über seine Tätigkeit. Auf Verlangen des Beirats muss auch die Einrichtungsleitung an der gesamten Sitzung teilnehmen und auf einzelne Fragen der Nutzerinnen und Nutzer Antwort geben. Auf Wunsch des Beirates soll in der Einrichtung neben dem Beirat ein Beratungsgremium gebildet werden, das den Beirat bei seinen Aufgaben unterstützt und dem Vertreterinnen und Vertreter sowie sonstige Vertrauenspersonen der Nutzerinnen und Nutzer angehören können. Das Beratungsgremium berät die Einrichtungsleitung und den Beirat bei ihrer Arbeit und unterstützt sie durch Vorschläge und Stellungnahmen. Die Senioren- und Behindertenvertretungen können ebenfalls beraten.

Die zuständige Behörde fördert die Unterrichtung der Nutzerinnen und Nutzer und ihrer gemeinschaftlichen Interessenvertretungen über die Wahl, die Zusammensetzung und die Befugnisse der Interessenvertretung. Sie kann in Einzelfällen auf Antrag der Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer einer Einrichtung Abweichungen von den Bestimmungen zur Mitwirkung, insbesondere zur Zahl der Mitglieder eines Beirates und zum Wahlverfahren zulassen, wenn dadurch eine wirksame Interessenvertretung im Sinne dieses Gesetzes unterstützt wird. Vor der Entscheidung der Behörde ist die Leistungsanbieterin oder der Leistungsanbieter zu hören.

Kann ein Beirat nicht gebildet werden, werden seine Aufgaben durch ein Vertretungsgremium aus Angehörigen oder Vertreterinnen und Vertretern wahrgenommen. Gibt es kein Vertretungsgremium, das die Interessen der Nutzerinnen und Nutzer wie ein Beirat wahrnehmen kann, bestellt die zuständige Behörde nach Beratung mit den Nutzerinnen und Nutzern mindestens eine Vertrauensperson. Die Tätigkeit als Beiratsmitglied, als Mitglied des Beratungs- oder Vertrauensgremiums oder als Vertrauensperson ist unentgeltlich und ehrenamtlich. Keine Nutzerin oder kein Nutzer darf auf Grund ihrer oder seiner Tätigkeit oder der Tätigkeit eines Angehörigen oder einer Vertrauensperson im Beirat, im Vertretungsgremium oder im Beratungsgremium Vorteile oder Nachteile haben. Das Seniorenzentrum St. Engelbert stellt dem Beirat unentgeltlich Räume zur Verfügung und trägt die angemessenen Kosten für den Beirat. Hierzu gehören auch die Kosten für die Teilnahme an Schulungsveranstaltungen für den Beirat. Das Seniorenzentrum gewährt den Mitgliedern der genannten Gremien und der Vertrauensperson selbstverständlich jederzeit Zutritt zur Einrichtung.

Auf Verlangen ist einer Vertretung der genannten Gremien und der Vertrauensperson Gelegenheit zu geben, die jeweiligen Standpunkte in den Gremien des Seniorenzentrum St. Josef darzulegen.



12. Die Verwaltung

Die Mitarbeiterin unserer Verwaltung gibt Hilfestellung in zahlreichen administrativen Bereichen:

- Einrichtungsvertrag
- An-/Ummeldung beim Einwohnermeldeamt
- Unterstützung bei verschiedenen Antragstellungen
- Eigengeldkonten
- Heimentgelte
- Pflegewohngeld, Anspruch auf Sozialhilfe, Heimkosten bei vorübergehender Abwesenheit, Abbuchungsverfahren für Heimkosten, Dienstleistungen der Einrichtung
- Post
- Beratung und Information



Begleitung von Menschen mit Demenz

Die praktischen Erfahrungen zeigten, dass sich an Demenz erkrankte Menschen in Abhängigkeit ihres Krankheitsbildes und Krankheitsstadiums erheblich in ihren Bedürfnissen unterscheiden und daher auch unterschiedliche Betreuungsformen benötigt werden. Durch eine entsprechende Anpassung des Lebensumfeldes kann daher ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität und Würde gewahrt werden.

Räumliche Gestaltung und Ausstattung

Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung sind ihrer Umgebung und den entsprechenden Außenreizen schutzlos ausgeliefert. Gleichzeitig besteht die Gefahr einer Deprivation, wenn die Bewohner über einen längeren Zeitraum alleine in ihrem Zimmer sind. Ziel ist es daher, für die Erkrankten eine „sinnbetonte“ Umgebung (z. B. Zimmertürgestaltung mit persönlichen Gegenständen, farbliche Akzente, themenbezogene Bilder) zu gestalten, ohne die Gefahr einer Reizüberflutung. Die Einrichtung bietet einen geschützten Raum, in dem professionelle Pflege möglich ist und noch verbliebene Fähigkeiten gefördert werden können. Das Bewohnerzimmer bleibt als privater Rückzugsraum erhalten. Darüber hinaus werden für mehrere Stunden am Vor- und Nachmittag spezifische Angebote in den Gemeinschaftsräumen angeboten. Bei gutem Wetter wird auch der Freibereich für die Betreuungseinheiten genutzt.

Pflege- und Betreuung

In wachen Phasen wird versucht, die Betroffenen zu mobilisieren und noch vorhandene Fähigkeiten zu fördern. Ein besonderer Fokus der pflegerischen Arbeit wird auf die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gelegt. Das Nahrungsangebot erfolgt – falls erforderlich – unabhängig von den sonst üblichen Essenszeiten und ist auf die besonderen Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt. Ein weiterer wichtiger Pfeiler der Pflege ist die angemessene Behandlung von Schmerzen. Die Mitarbeiter sind dazu angehalten, besonders auf Anzeichen von Unwohlsein wie Veränderungen im Verhalten, Gestik, Mimik und vokale Laute zu achten. Wichtig für diese Gruppe ist eine angepasste Sinnes-Stimulation. Hierfür werden Elemente der basalen Stimulation und Kinästhetik angewandt. Die Bewohner erhalten kleine Massageeinheiten, oder es wird versucht, über rhythmische Bewegungen das Körpergefühl zu verbessern. Darüber hinaus gibt es musiktherapeutische Angebote und aromatherapeutische Anwendungen.

Begleitung von Menschen mit Behinderungen

Mit dem Angebot der stationären Pflege für Menschen mit Behinderungen wird neben den Seniorengruppen in den Wohnhäusern ein weiteres Angebot zur Verfügung gestellt,

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



welches im besonderen Maße Unterstützung und Hilfe für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen bietet.

Das Recht auf selbstbestimmtes Leben sowie die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Heim gelten uneingeschränkt für alle Menschen, unabhängig vom Alter und der Art der Einschränkungen. Alle Einrichtungen und Angebote des öffentlichen Lebens stehen auch Menschen mit Behinderungen uneingeschränkt offen.

Menschen mit Behinderungen sollen als gleichberechtigte Bürger leben!

Leitgedanken für die Begleitung von Menschen mit Behinderungen

Normalisierung

Der Mensch mit Behinderungen soll trotz seiner „besonderen“ Lebenslage so normal wie möglich am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können - „So viel Hilfe wie nötig, so wenig Hilfe wie möglich.“

Normalisierung bezieht sich auf folgende Lebensbereiche:

- normaler Tagesrhythmus
- Trennung von Arbeit-Freizeit-Wohnen
- normaler Jahresrhythmus
- normale Erfahrungen im Ablauf des Lebenszyklus
- normalen Respekt vor dem Individuum und dessen Recht auf Selbstbestimmung
- normaler Kontakt zwischen den Geschlechtern
- normale ökonomische Lebensmuster und Rechte im Rahmen gesellschaftlicher Gegebenheiten
- normale Umweltmuster und –standards innerhalb der Gemeinschaft.

Integration, Inklusion und gemeindeintegriertes Wohnen

Integration bedeutet die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sowie das subjektive Gefühl geachtet und anerkannt zu sein, sich geborgen und sicher zu fühlen und daraus Perspektiven schöpfen zu können.

Inklusion beschreibt die Gleichwertigkeit eines Individuums, ohne dabei eine homogene Gesellschaft zu forcieren. Die einzelne Person ist nicht gezwungen sich den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen, vielmehr ist es die Gesellschaft, die Strukturen schafft, in denen sich Menschen mit Behinderungen einbringen können.

Individualität

Grundsatz der Begleitung ist die Akzeptanz der Einzigartigkeit einer Person (individuelle Persönlichkeit), insbesondere das „so sein“ des Menschen mit Behinderungen.



Selbstbestimmung

Menschen sollen ihre eigenen Ideen und Wünsche frei verwirklichen können. Selbstbestimmung bedeutet für das eigene Handeln die Verantwortung zu tragen und ist ein zentraler Grundsatz der Menschenrechte.

Ganzheitlichkeit

Ganzheitlichkeit ist der wichtigste Grundgedanke der Heilpädagogik und nimmt den *ganzen Menschen* mit seinen Fähigkeiten, Ressourcen, Problemen und sozialem Umfeld in den Blick.

Heilpädagogik und Pflege

Heilpädagogisches Handeln zielt auf den Ausgleich von Benachteiligung und Einschränkung von Menschen mit Behinderungen in der alltäglichen Lebensgestaltung und der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ab. Pflege hingegen setzt begleitend und ergänzend ein, wenn Menschen nicht mehr in der Lage sind Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen.

Die Veränderungs- und Bildungspotentiale jedes Einzelnen werden genutzt, um Kompetenzen lebenslang zu erhalten und zu erweitern.

Kompetenz wird in diesem Zusammenhang folgendermaßen definiert: Kompetenzen sind „die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zur Erhaltung oder Wiederherstellung eines selbständigen, selbstverantwortlichen und sinnerfüllten Lebens in einer anregenden, unterstützenden, zur selbstverantwortlichen Auseinandersetzung mit den Anforderungen motivierenden, sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Umwelt“ (Kruse, 1999).

Menschen mit Behinderungen benötigen Begleitung und Unterstützung in der aktiven Auseinandersetzung mit ihrer sich stetig ändernden Umwelt. Die soziale Umwelt umfasst alle Personen des sozialen Netzes (Eltern, Geschwister, Angehörige, Assistenten, Pfleger, Freunde, Bekannte etc.). Sie sind im hohen Maße für Motivation und die Schaffung anregender Umwelten verantwortlich. Die räumliche Umwelt ist an die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Menschen mit Behinderungen anzupassen. Unter infrastrukturelle Umwelt ist Barrierefreiheit, Erreichbarkeiten und Verkehrsanbindung zu verstehen.

Im pflegerischen Bereich sind das Strukturmodell und die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Leben (AEDL's) nach Monika Krohwinkel Grundlage der Arbeit. Die primäre pflegerische Zielsetzung ist das Erhalten, Fördern bzw. Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person in ihren Aktivitäten des Lebens und ihrem Umgang mit existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens.

Um dies zu erreichen, sind insbesondere auch die Fähigkeiten der betreuungs- und pflegebedürftigen Person und/oder ihrer persönlichen Bezugsperson (Angehörige, Lebenspartner) gezielt zu erfassen, zu stützen und zu fördern.

Für das Handeln im Pflegeprozess sind die Stützung der Fähigkeiten des Menschen und die Unabhängigkeit fördernden Elemente von besonderer Bedeutung.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



Rahmenbedingungen

Gesetzliche und finanzielle Grundlagen

Zur Umsetzung des Konzepts bedarf es einer kostendeckenden Finanzierung durch das Pflegeversicherungsgesetz – Einstufung in den entsprechenden Pflegegrad durch den MD der Krankenkasse, laut SGB XI.

Personalstruktur

Die Mitarbeiter/innen müssen über pädagogische bzw. heilpädagogische Kenntnisse verfügen. Darüber hinaus ist Fachpersonal vorzuhalten, welches in medizinischen, gerontopsychiatrischen, sozial-pflegerischen und sozial-gerontologischen Fragestellungen qualifiziert ist.

Mitarbeitende sind gefordert wirksame Methode der Umsetzung auszuwählen, was ein hohes Maß an Kenntnis über ganzheitlich-rehabilitative Methoden voraussetzt.

Leistungsbeschreibung

Personenbezogene Leistungen

Grundlage für die Betreuungsleistungen ist eine Hilfe- bzw. Förderplanung, die unter Einbeziehung der Menschen mit Behinderungen und ggf. ihrer Angehörigen regelmäßig zu überprüfen, zu dokumentieren und fortzuschreiben ist.

Schwerpunkte der Kompetenzerweiterung und –erhaltung (in Anlehnung an Andreas Kruse):

- Unterstützung und Begleitung bei der Alltagsgestaltung (sammeln und kanalisieren der Wünsche und Vorschläge der Menschen mit Behinderung)
- Training lebenspraktischer Fähig- und Fertigkeiten, dabei ist an früheren Förderansätzen anzuknüpfen (persönliche Hygiene, Einkaufen, etc.)
- Ablösung vom Arbeitsprozess gestalten (Sinnfindung)
- Vielseitige Beschäftigungsangebote (Finden und Ausleben von Kreativität und Hobbies)
- Möglichkeiten zur Entspannung – und Genussfähigkeit
- Mobilitätsförderung durch psychomotorische Übungen zur Körperwahrnehmung, Körperkoordination, Körpergeschick
- Kommunikationsförderung (Gesprächsrunden, Zeitungsrunde, Singkreise etc.)
- Erhalten, knüpfen und pflegen sozialer Kontakte zu einzelnen Personen oder Gruppen
- Maßnahmen zur Gesundheitsprophylaxe und Gesundheitserhaltung durch Förderung der Eigenverantwortung zum eigenen Körper (altersgerechte Ernährung, Bewegungsförderung; durch Beobachtung des gesundheitlichen Zustandes, ggf. Anregung zum ärztlichen Besuch)



Qualitätsmanagementhandbuch

Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH
stationär
III Konzeption
III 5 Konzeption Außendarstellung

QH

- Förderung und Erhalt kognitiver Leistungen (durch Gedächtnistraining, Konzentrationsübungen, Erhalt der Kulturtechniken)
- Emotionale Förderung (Verständnis für die besondere Lebenswelt durch Annahme, Akzeptanz und Wertschätzung der individuellen Persönlichkeit und seiner Lebensbiographie)
- Aktive Auseinandersetzung mit der letzten Lebensphase, einschließlich Trauerbegleitung und intensive Biographiearbeit
- Anregung zur weitestgehenden Unabhängigkeit von Pflege, Sicherung der erforderlichen Pflege sowie Einführung und Hilfestellung bei der Benutzung von Hilfsmitteln
- Psychosoziale Hilfestellungen (bei der Problembewältigung mit sich selbst und seinem Umfeld)

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelinkte Kopie des Originals!



KONZEPTION SOZIALE BETREUUNG

ANHANG: BETREUUNGSKONZEPT ZUM § 53c

Inhaltsverzeichnis

Anhang: Betreuungskonzept nach SGB XI § 53c

1 Einleitung

2 Gesetzliche Grundlagen und Richtlinien nach § 53c

3 Zielsetzung

4 Ermittlung der Leistungsansprüche nach 53c

5 Anforderungsprofil der Betreuungsassistenten

6 Art des Beschäftigungsverhältnisses

7 Beschreibung des Betreuungsprozesses

8 Planung

9 Durchführung

10 Dokumentation

11 Fort- und Weiterbildung



1 Einleitung

Durch den demographischen Wandel und der damit verbundene Zunahme an demenziell veränderten Bewohnern steigt der individuelle Betreuungs- und Beschäftigungsbedarf in unserer Einrichtung zunehmend. Aktuelle Zahlen belegen, dass bei ca. 60 % der Bewohner Demenzdiagnosen vorliegen. Dies führt in der Folge zu Einschränkungen in den Alltagskompetenzen, u. a. in den Bereichen von hauswirtschaftlichen, allg. gesellschaftlichen Betätigungen und der Einschränkung von früher möglichen und für den Einzelnen wichtigen Beschäftigungsmöglichkeiten und der Kontaktpflege innerhalb der Gesellschaft.

Der Begriff „Demenz“ im Lateinischen leitet sich aus dementia ab, das sich aus „weg von“ und mens, genitiv mentis „Verstand, Sinn“ zusammensetzt. Man bezeichnet damit ein erworbenes, symptomatisches Krankheitsbild, das durch einen irreversiblen, schwerwiegenden, meist kontinuierlichen Verlust intellektueller Fähigkeiten wie Gedächtnis, Sprache, Orientierung, sowie Urteils- und Abstraktionsvermögens geprägt ist.

Um den Ansprüchen dieser Bewohner gerecht zu werden, bedarf es einer zusätzlichen individuellen Betreuung.

2 Gesetzliche Grundlagen und Richtlinien nach § 53 c

Mit Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes seit 01. Juli 2008 wurde die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, zusätzliche Beschäftigte zur Betreuung demenzkranker Bewohner als sogenannte Betreuungsassistenten einzustellen.

Nach § 53 c des SGB XI handelt es sich um eine Verbesserung der Betreuung der betroffenen Pflegeheimbewohner zusätzlich zu bereits vorhandenen Angeboten im Rahmen der psychosozialen Betreuung. Damit kommen zur Betreuung und Aktivierung Maßnahmen und Tätigkeiten in Betracht, die das Wohlbefinden, den physischen Zustand oder die psychische Stimmung der betreuten Menschen positiv beeinflussen können.

Betreuungs- und Aktivierungsangebote sollen sich an den Erwartungen, Wünschen, Fähigkeiten und Befindlichkeiten der Bewohner unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Biografie ggf. einschließlich ihres Migrationshintergrundes, des Geschlechts sowie des jeweiligen situativen Kontext orientieren.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



Die Finanzierung der zusätzlichen Betreuungsleistungen erfolgt nach den gesetzlichen Regelungen. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

3 Zielsetzung

Ziel ist es, dem Betroffenen durch zusätzliche Betreuung und Aktivierung eine höhere Wertschätzung entgegen zu bringen, mehr Austausch mit anderen Menschen und mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, um das Wohlbefinden und die Lebensqualität zu erhalten und ggf. zu steigern. Die schon bestehenden Strukturen der Demenzbetreuung sollen sinnvoll ergänzt sein.

4 Ermittlung der Leistungsansprüche nach § 53 c

Anhand eines standardisierten Verfahrens sind die Leistungsansprüche innerhalb der ersten vier Wochen nach Einzug zu prüfen. Bei Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten von Bewohnern ohne bisherigen Anspruch ist ebenfalls das Antragsverfahren zu eröffnen, als einer der Kontrollinstrumente ist die Pflegeplanung und die Pflegevisite zu verstehen.

Bei Infrage kommenden Bewohnern wird ein entsprechender Antrag an die zuständige Krankenkasse gestellt. Nach Feststellung des Leistungsanspruchs nach § 53 c durch die zuständige Krankenkasse stellt die Einrichtung die zusätzlichen Betreuungskräfte anhand des vorgegeben Personalschlüssels (1/25) zur Verfügung.

5 Anforderungsprofil der Betreuungsassistenten

Das Anforderungsprofil der Betreuungskräfte (gem. § 53 c SGB XI) ist in der Richtlinie nach § 53 c Absatz 3 SGB XI geregelt. Die Grundvoraussetzung ist ein anerkanntes Zertifikat, die Ausbildungsdauer umfasst mind. 160 Unterrichtsstunden sowie ein zweiwöchiges Betreuungspraktikum.

Die Betreuungskräfte für Menschen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sollen neben der formalen Voraussetzung dem Leitbild unserer Trägerschaft und dem Pflegeleitbild unserer Einrichtung entsprechend. Ihr Handeln soll eine verlässliche und bedürfnisorientierte



Leistung sicherstellen. Unter Berücksichtigung der persönlichen Lebensgeschichte jedes Bewohners verpflichten wir uns zu einem respekt- und würdevollen Umgang mit den Menschen, die sich uns anvertraut haben.

6 Art des Beschäftigungsverhältnisses

Das Beschäftigungsverhältnis muss sozialversicherungspflichtig geschlossen werden.

Die Arbeitszeit ist im Rahmen der 6-Tagewoche und im Schichtsystem lt. Arbeitsvertrag geregelt.

Die Berufsgruppe ist dem Sozialdienst und dem Pflegedienst unterstellt, die Kooperation und weitere Anleitungen erfolgen in Absprache mit den verantwortlichen Mitarbeitern des Pflegedienstes.

Die Betreuungskräfte gem. § 53 c SGB XI werden keiner Wohngruppe zugeteilt, die Einteilung erfolgt über die Einrichtungsleitung bzw. der Pflegedienstleitung der Einrichtung und orientiert sich am täglichen Betreuungsbedarf der Bewohner aller Wohn- und Pflegebereiche in der Einrichtung. Die Personaleinsatzplanung erfolgt anhand des Dienstplanes des sozialen Dienstes, die Einsatzorte werden im Rahmen der Wochenangebotsplanung festgelegt. Die Art und der Inhalt der Angebote (Einzelbetreuung, Gruppenangebote) orientieren sich an der jeweiligen Bewohnerstruktur.

7 Beschreibung des Betreuungsprozesses

Die Leistungserbringung regelt sich zum einen aus dem individuellen Bedarf der betroffenen Bewohner und zum anderen nach der Vereinbarung zwischen der Trägerschaft der Einrichtung und dem zuständigen Landesverband der Pflegekassen. Sie soll geplant und nachvollziehbar erbracht werden, das Gebot der Flexibilität ist zu beachten.

Die Zuordnung der Anspruchsberechtigten nach § 53 c erfolgt durch die Einrichtungs-/Pflegedienstleitung. Nach Eingang der Genehmigung der Leistungen nach § 53 c beginnt umgehend die Leistungserbringung. Daraus folgert, dass der Betreuungsprozess mit einer umfassenden Informations- und Bedarfssammlung beginnt. Als Grundlagen dienen die Aussagen aus der Pflegedokumentation und Fallbesprechungen. Der biografische Hintergrund ist bei allen Betreuungsangeboten und Aktivitäten zu berücksichtigen.



8 Planung

Im folgenden Schritt wird das Angebot individuell geplant. Die entsprechenden Maßnahmen planen wir in Rahmen von Gruppenaktivitäten, um etwaiger soziale Isolation entgegenzuwirken. Angebote der Einzelbetreuung werden geplant bei z. B. persönlichen Krisensituationen, anderen individuellen Bedürfnissen und bei Bewohnern mit Immobilitätssyndrom in Form von 10 Minutenaktivierungen.

9 Durchführung

Vor dem beschriebenen Hintergrund werden u. a. folgende Alltagsaktivitäten durchgeführt:

- Malen und Basteln
- Handwerkliche Arbeiten und leichte Gartenarbeit
- Haustiere füttern und pflegen
- Kochen und backen
- Musik hören, musizieren, singen
- Brett – und Kartenspiele
- Spaziergänge und Ausflüge
- Bewegungsübungen und tanzen in der Gruppe
- Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Sportveranstaltungen, Gottesdiensten und Friedhöfen
- Lesen und vorlesen
- Fotoalben anschauen
- Gespräche über Alltägliches und Sorgen führen
- Präsenz, um Ängste zu nehmen sowie Sicherheit und Orientierung vermitteln

Für die Betreuungsaktivitäten stehen sowohl innerhalb und außerhalb der Einrichtung div. Räumlichkeiten und Orte zur Verfügung. Genutzt werden können u.a. die Räumlichkeiten auf der Hausgemeinschaftsebene, Therapieräume und der Garten. Für Spaziergänge und kleine Ausflüge bieten sich Grünanlagen in näherer Umgebung der Einrichtung an.

Einkaufgelegenheiten und kulturelle Veranstaltungsorte bieten sich fußläufig an bzw. sind durch die gute Verkehrsanbindung der Einrichtung gut erreichbar (Stadtmitte, Wochenmärkte).

Die unterschiedlichsten Materialien zur Durchführung der Betreuungsaktivitäten stehen zur Verfügung oder können nach Absprache bereitgestellt werden.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



Die Betreuungsaktivitäten werden vor allem am Nachmittag, am Abend und am Wochenende durchgeführt, da es sich um ein zusätzliches Angebot handelt.

10 Dokumentation

Die Betreuungsleistungen sind verbindlich zu erbringen, nur in begründeten Ausnahmefällen ist von dieser Leistungsverpflichtung abzurücken, dieses erfordert eine detaillierte Begründung in der Dokumentation.

Die gesamte Dokumentation der Leistungserbringung ist nachvollziehbar, zeitnah und lückenlos mittels Vivendi PD pc-gestützt zu dokumentieren. Diese umfasst die Aspekte der Planung, der Zielsetzung, der Durchführung und der Wirkung der Maßnahmen. Der Nachweis der zusätzlichen Betreuung ist Bestandteil der Pflegedokumentation und gilt als Nachweis der Leistungserbringung. Es gelten die Vorgaben der Verfahrensanweisung zum Umgang mit der Pflegedokumentation gemäß QM.

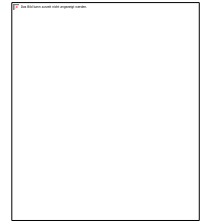
Der Regelkreis des Betreuungsprozesses schließt sich mit der Evaluation, die monatlich oder bedarfsgerecht zu erfolgen hat. Anhand der Evaluation und der Maßnahmenplanung soll Ergebnisqualität ableitbar sein.

11 Fort- und Weiterbildung

Die Betreuungskräfte gem. § 53 c SGB XI nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen teil, mindestens zwei Tage im Jahr. Diese sollen sicherstellen, dass die Leistungserbringung auf dem neusten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse erbracht wird.

12 Angebote

Die aktuellen Angebote der sozialen Betreuung sind auf der Homepage hinterlegt.



**Seniorenzentrum
St. Josef
Hallenberg**
Rahmenkonzept

„Hauswirtschaftliche Dienstleistungen“

des Seniorenzentrums „St Josef“

im Caritasverband Brilon



1. Leitbild

Die hauswirtschaftlichen Dienstleistungen in unserer Einrichtung tragen als wichtiger Bestandteil gemeinsam mit den Bereichen Pflege, soziale Betreuung, handwerklicher Dienst und Verwaltung wesentlich dazu bei, bewohnerorientierte Lebens- und Wohnbedingungen zu schaffen. Damit orientiert sich unsere Arbeit an den Bedürfnissen und Ressourcen unserer Bewohner und Gäste.

Dies sichern wir durch gut organisierte Arbeitsabläufe. Unser Handeln richten wir an technisch-ökonomischen sowie ökologischen Prinzipien, unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben, aus.

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, ein differenziertes Leistungsangebot zur Verfügung zu stellen. Für uns heißt das, dass wir unsere hauswirtschaftlichen Dienstleistungen für unsere Bewohner und Gäste personenbezogen und bedarfsgerecht unter Beachtung ihres Rechts auf Selbstbestimmung und ihrer Kompetenz zur Mitwirkung bereitstellen.

Die Grundlage hierfür ist ausführlich im Leitbild des Caritasverbandes Brilon dargelegt.

2. Zielsetzung

Oberstes Ziel des hauswirtschaftlichen Handelns im Seniorenzentrum „ St. Josef“ ist die Sicherung und Förderung der gewohnten Lebensqualität für unsere Bewohner und Gäste.

Im Rahmen der Mitgestaltung tragen wir dazu bei, dass die Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe unserer Bewohner und Gäste in der Weiterentwicklung unserer Konzepte umgesetzt wird. Aus dieser Perspektive heraus wollen wir



- dem Leben unserer Bewohner und Gäste durch Einbeziehung in den Tagesablauf einen Sinn geben und ihnen das Gefühl vermitteln, eine Aufgabe zu haben, die an ihr früheres Leben anknüpft
- unsere Bewohner und Gäste auch im Sinne therapeutischer Maßnahmen an hauswirtschaftlichen Aufgaben beteiligen und so ihre sozialen und körperlichen Aktivitäten aufrechterhalten und steigern
- die Eigenkompetenz und die hauswirtschaftlichen Aktivitäten der Bewohner und Gäste fördern

Damit trägt unser hauswirtschaftliches Handeln dazu bei, dass der Lebensalltag der Bewohner und Gäste geprägt ist durch Freude und Zufriedenheit bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Weiterhin möchten wir damit das Selbstbewusstsein fördern und die noch vorhandenen Kompetenzen der Bewohner und Gäste stärken.

Im Alltag wird das gewährleistet, indem wir Abläufe optimieren, neue Verfahren zeitnah einführen und eine passgenaue Gerätetechnologie in unserer Einrichtung zum Einsatz bringen. Gemeinsam mit anderen ermöglichen unsere hauswirtschaftlichen Dienstleistungen neue Wohn- und Betreuungsformen (durch den Einsatz von Präsenzmitarbeitern) in unserer Einrichtung professionell umzusetzen und eine an den Bedürfnissen der Bewohner und Gäste orientierte Versorgung zu gewährleisten.

3. Rahmenbedingungen

Raumangebot

Die Organisationsstruktur der Einrichtung ist im QM-Handbuch festgehalten. Die Organigramme sind dort hinterlegt.

Unsere Einrichtung ist für unsere Bewohner und Gäste der Lebensmittelpunkt. Wir wollen ihnen Sicherheit und Geborgenheit vermitteln, indem wir die Atmosphäre entsprechend gestalten und eine verlässliche Organisation in unserer Einrichtung anbie-



ten. Durch die entsprechende Ausstattung schaffen wir in unserer Einrichtung die Voraussetzung zur weiteren Umsetzung von Wohngruppen- und Hausgemeinschaftskonzepten.

Unsere Bewohner und Gäste sind in barrierefreien Einzelzimmern untergebracht. Alle Bereiche verfügen über weitere, den Konzepten entsprechende Raumangebote.

Im Rahmen der Milieuthherapie bieten wir entsprechend der räumlichen Situation die Möglichkeit, persönliche Erinnerungsstücke und Möbel mitzubringen. Über das Haus verteilt finden sich gemütliche Gesprächs- und Sitzecken.

Weiterhin verfügen wir über

- Zentralküche
- Wohnküchen mit Vorratsräumen und Tagesräume
- Cafeteria
- Räumlichkeiten für Freizeitgestaltung
- diverse Wirtschaftsräume und Lagerräume
- Wäscheraum
- Kapelle
- Nähstube
- Besprechungsräume
- mobile Eisdiele
- überdachte Balkone
- Werkstatt-Haustechnik

Ein wichtiger Aspekt der hauswirtschaftlichen Dienstleistungen liegt darin, zu einer Erhöhung der Lebensqualität der Bewohner und Gäste beizutragen und wichtige Impulse für eine stärker bedürfnisorientierte Versorgungsinfrastruktur zu geben. Diese Anforderungen unterstützen wir durch kreative Lösungen bei der Auswahl der Möbel, der Textilien, der Dekoration und der Auswahl der Pflanzen. Zusätzlich verfügt unsere

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



Einrichtung über ambulant betreutes Wohnen und der Gemeinschaft von Ordensschwwestern (Königin der Aposteln).

Mitarbeiterstruktur

Wir beschäftigen Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen und mit einem vielfältigen Spektrum an Qualifikationen und Kompetenzen:

- Stattlich geprüfte Wirtschafterin bzw. Hauswirtschafterin
- Köchin/Hauswirtschaftsleitung
- Köche, davon einer mit Ausbilderdiplom und diätetisch geschult DGE
- Präsenzkkräfte
- soziale Betreuung
- angelernte Kräfte
- Praktikanten

Zur Erfüllung gesetzlicher Anforderungen werden Mitarbeiter mit folgenden Qualifikationen eingesetzt.

- Hygienebeauftragter
- Beauftragter für Medizinprodukte
- Arbeitssicherheitsbeauftragter
- Qualitätsbeauftragter

Wir setzen auf Mitwirkung, Motivation und Kreativität der Mitarbeiter. Sie sind ihren Aufgaben entsprechend qualifiziert und arbeiten verantwortlich, konstruktiv und kooperativ. In die hauswirtschaftlichen Dienstleistungen sind in Teilbereichen auch andere Berufsgruppen wie Mitarbeiter aus Pflege und dem handwerklichen Dienst mit eingebunden. Dazu gehören auch eine Vielzahl von ehrenamtlichen Mitarbeitern aus der Pfarrgemeinde und dem Hospizverein, die unsere Arbeit unterstützen und unsere Einrichtung ins Gemeindeleben einbindet.



Unterstützt werden wir auch von unterschiedlichen externen Partnern Fußpflege, Friseur und Physiotherapeuten, mit denen wir vertrauensvoll zusammenarbeiten. Um unserer sozial-gesamtgesellschaftlichen Verantwortung gerecht zu werden, bieten wir Menschen aus verschiedenen Projekten die Möglichkeit bei uns mitzuwirken.

4. Angebotsstruktur

Ernährung

Für das Angebot mit Speisen und Getränken gilt grundsätzlich, dass dieses abwechslungsreich, vielseitig, gesund erhaltend und an den Bedürfnissen der Bewohner und Gäste orientiert ist.

Da die Bedürfnisse der persönlichen Lebensgestaltung und Lebensqualität sehr unterschiedlich sind, berücksichtigen wir bei der Umsetzung folgendes:

Essen und Trinken für unsere Bewohner und Gäste

- sind Ausdruck persönlicher Gewohnheit
- bedeuten Genuss und Erlebnis
- vermitteln Geborgenheit
- verbinden Menschen und schaffen Zusammengehörigkeitsgefühl
- dienen der Kommunikation und fördern sie
- strukturieren den Tagesablauf und bringen Abwechslung
- unterliegen Gebräuchen und Traditionen
- sind geprägt durch religiöse Regeln
- hängen von der regionalen und sozialen Herkunft ab

Dem Ganzen liegt unser Ernährungskonzept mit folgenden Schwerpunkten zugrunde, die im Dokumentationssystem von den verantwortlichen Mitarbeitern festgehalten werden.



- Bei Heimaufnahme wird der ersichtliche und messbare Ernährungszustand des Bewohners aufgenommen (Gewicht, Größe, BMI, Grundumsatz, Gesamtumsatz)
- Flüssigkeitsbedarf)
- Anschließend werden Ernährungsrisikoerfassung (Assessment zur Erkennung von Ernährungsrisiken) und Ess- und Trinkbiografien erfasst
- Fehlernährung, spezielle Diätkostformen bei ernährungsabhängigen Erkrankungen (Diabetes, Kau- und Schluckstörungen) werden gemeldet und Maßnahmen erfasst
- Neue Erkenntnisse bei der Verpflegung von Menschen mit Demenz und zur Dekubitusprophylaxe finden im Speisenangebot Berücksichtigung
- Es folgen regelmäßige Kontrollen (Gewichtsverlauf)

In der Speisenversorgung bieten wir ein entsprechend der persönlichen Gewohnheiten und Vorlieben der Bewohner und Gäste abwechslungsreiches Frühstück und Abendessen, sowie ein tägliches Angebot von Früh-, Spät- und Zwischenmahlzeiten. Unser Tagesangebot enthält außerdem ein umfangreiches Mittagessen mit Menuewahl. Am Nachmittag erhalten unsere Bewohner und Gäste Kaffee und Gebäck oder Kuchen.

Das Essen wird appetitlich in Glasschüsseln/Anrichteplatten angerichtet und in individuellen Mengen auf die Teller portioniert. Mittags wird das Essen in Wärmewagen von der Zentralküche in die Wohnküche gebracht. Der Bewohner kann dann aus der Menüauswahl individuell seine Mahlzeit zusammenstellen lassen. Der Bewohner kann dabei zusehen, mitbestimmen und Änderungswünsche äußern. Die Präsentation der Mahlzeiten erfolgt in Tischgemeinschaften und als Zimmerservice, wobei sich die Essenszeiten in unserer Einrichtung individuell an den Bedürfnissen und Bedarf der Bewohner und Gäste anpassen. Wir unterstützen damit den Genusswert der Mahlzeit und leisten dabei die Hilfe zur Speisenaufnahme, die notwendig ist und gewünscht wird; ebenso wird „Fingerfood“ ermöglicht.



Im Rahmen der selbstbestimmten Lebensführung haben die Bewohner die Möglichkeit auf Wunsch alkoholische Getränke zu erhalten. Bei Suchttendenzen und Grunderkrankungen, bei denen eine Alkoholaufnahme nicht uneingeschränkt empfohlen ist, erfolgt hierzu jedoch eine ärztliche Absprache.

Die Speisenauswahl wird mit interessierten Bewohnern und Gästen bzw. dem Bewohnerbeirat bzw. besprochen. Ihm wird eine Woche vorher der Speiseplan zur Kenntnisnahme vorgelegt, dann kann er sich zur Planung äußern. Je nach individuellem Wunsch erhalten unsere Bewohner und Gäste jederzeit kostenlos Mineralwasser, Tee, Kaffee, Säfte, Limonaden und Getränke aus Milchprodukten. Weitere Getränke werden kostenpflichtig angeboten.

Der aktuelle Speiseplan ist auf unserer Homepage hinterlegt.

Darüber hinaus übernehmen wir die Ausrichtung unterschiedlicher Veranstaltungen wie Gästebewirtung, Aktionen und themenbezogene Feste, Geburtstage, Jubiläen, Koch- und Backgruppen in den Wohnbereichen.

Unsere Mitarbeiter haben die Möglichkeit das Speisenangebot in Form von Frühstück und Mittagessen zu nutzen, ebenso bieten wir Außer-Haus-Verpflegung an. Nachmittags bieten wir für Bewohner und Gäste mit Angehörigen und Gästen Kaffee und Kuchen an. So fördern wir zwischenmenschliche Beziehungen und ein hohes Maß an Zufriedenheit.

a) Wäscheversorgung

Unser Ziel ist es, die Hauswäsche sowie die individuelle Wäsche der Bewohner und Gäste am Bedarf orientiert, termingerecht und ausreichend (dem gesellschaftlichen Standard entsprechend) bereitzustellen. Ein wichtiger Teil der hauswirtschaftlichen Dienstleistung ist die Versorgung mit sauberer und von Krankheitserregern befreiter Wäsche und Bekleidung.



Zur Hauswäsche gehören Bettwäsche, große und kleine Kopfkissen, Einziehdecken, Woldecken, Lagerungskissen, atmungsaktive Matratzenschonbezüge, Unterlagen, Schutzservietten und Tischwäsche.

Von den Bewohnern und Gästen mitzubringen sind Unter-, Fein-, und Nachtwäsche, ferner Oberbekleidung und Frotteewäsche für den täglichen Bedarf. Weitere Wäsche kann nach Bedarf gerne mitgebracht werden. Rücksprache mit den zuständigen Mitarbeitern der Hauswirtschaft ist erforderlich.

Um den Verlust von Bewohnerwäsche zu vermeiden, muss jedes Wäschestück gekennzeichnet sein, das geschieht durch unsere Mitarbeiter.

Das Waschen der Wäsche erfolgt durch die hausinterne Wäscherei.

Eine Ausnahme stellt chemisch zu reinigende Bewohnerwäsche dar (z. B. Wollpullover o. ä.), die in Absprache mit den Angehörigen von diesen oder kostenpflichtig von einer externen chemischen Reinigung gereinigt wird.

Um den Bedürfnissen und den individuellen Anforderungen der Bewohner und Gäste gerecht zu werden, wird die saubere Wäsche durch die Mitarbeiterinnen der Wäscherei wöchentlich in den Wohnbereichen und Bewohnerzimmern verteilt.

Zusatzleistungen wie Änderung und Reparatur von Bekleidung sind kostenpflichtig und werden durch externe Dienstleister erbracht.

b) Hausreinigung

Die Erbringung der Reinigungsleistungen für die Bewohner und Gäste orientiert sich an unserem Leitbild. Ein sauberes und wohnliches Umfeld fördert das Wohlbefinden. So wird durch das Maß an Sauberkeit und Hygiene bei der Reinigung erkennbar, dass unsere Einrichtung ein Zuhause für unsere Bewohner ist.



Durch hauseigene Mitarbeiter führen wir die Unterhaltsreinigung wirtschaftlich, hygienisch und ökologisch verantwortungsbewusst durch und tragen so zur Wettbewerbsfähigkeit der Einrichtung bei. Die Reinigungsleistungen werden so erbracht, dass die Einrichtung jeder Qualitätsprüfung standhalten kann. Das Reinigungsergebnis entspricht unseren definierten Standards, die schriftlich festgehalten sind und in unserem Haus vorliegen und bekannt sind. Der Arbeitsablauf ist so geplant, dass er den Tagesrhythmus der Bewohner und Gäste aufnimmt. Wir wollen so den Schutz der Privatsphäre (Rücksicht) sicherstellen.

Die Sicherung des Normalitätsprinzips in der Einrichtung steht bei der Unterhaltsreinigung im Vordergrund. So wird auch bei der Reinigung das selbstbestimmte Handeln der Bewohner und Gäste gefördert. Die Reinigungsleistungen werden so geplant, dass sie nicht während der Mahlzeiteinnahme und der Ruhezeiten stattfinden. Größere Reinigungen und Fensterreinigungen, Gardinenwäsche werden rechtzeitig abgestimmt.

Die Bewohnerzimmer werden in Intervallen gereinigt (Sichtreinigung, Unterhaltsreinigung, Grundreinigung). Grundlage hierfür sind die hygienischen und berufsgenossenschaftlichen Vorschriften. Dieselben Bedingungen gelten für Glas- und Gardinenreinigung, siehe Verfahrensanweisung.

c) Hausgestaltung, Wohnumfeld

Die Hausgestaltung beschreibt die Innen- und Außendarstellung des Hauses unter besonderer Berücksichtigung der individuellen und gesellschaftlichen Einflüsse. Diese beinhalten die Sicherung der Lebensqualität, die Schaffung wohnlicher Atmosphäre und bieten Orientierung. Besondere Schwerpunkte sind:

- Bewohnern und Gästen die Möglichkeit bieten, ihren Individualbereich selbst zu gestalten
- Schaffung einer am häuslichen Leben orientierten Hausatmosphäre
- Die individuelle Gestaltung der öffentlichen Räume und der

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



Kommunikationsräume

- Unterschiedliche Gestaltungskonzepte für die einzelnen Wohnbereiche
- Einbeziehung der Bewohner und Gäste in die Gestaltung und Durchführung von Festen und Feiern

Besondere Berücksichtigung findet die Gestaltung der öffentlichen Räume und Kommunikationsräume in Absprache mit den anderen Leistungsbereichen und unter Berücksichtigung eines Handlungsrahmens für die individuelle Gestaltung durch die Bewohner, Gäste und Mitarbeiter.

Zur Unterstützung der jahreszeitlichen Orientierung für unsere Bewohner und Gäste erfolgt eine gemeinsame Planung aller beteiligten Berufsgruppen.

Wir unterstützen unsere Bewohner und Gäste bei der Gestaltung ihres individuellen Lebensraumes.

Die Organisation und Ausrichtung von Festen und Feiern geschieht in Absprache mit den anderen Leistungsbereichen und unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Bewohner. Diese haben jederzeit die Möglichkeit, persönliche Jubiläen usw. in einem dafür hergerichteten Raum ungestört zu feiern.

Die Atmosphäre in unserer Einrichtung wird geprägt durch:

- abgestimmte, geschmackvolle Dekoration
- Bilder
- Blumenschmuck
- jahreszeitliche Gestaltung
- Dekorstoffe
- Einrichtungsgegenstände
- Mobiliar
- Wegleitsysteme



d) zusätzliche Angebote

Neben den bereits erwähnten und gesondert beschriebenen Angeboten bieten wir unseren Bewohnern zur Erfüllung persönlicher Wünsche kostenpflichtige Serviceleistungen in unserer Einrichtung an:

- Angebot der Versorgung mit Körperpflegemitteln
- Kioskartikeln
- Frisör
- Fußpflege (Bestandteil des Einrichtungsvertrages, daher nicht kostenpflichtig)
- Schneiderin

Dies geschieht zum Teil in Zusammenarbeit mit externen Anbietern und erfordert eine intensive Koordination. Dies fördern wir durch ein kooperatives Miteinander zwischen den Mitarbeitern der beauftragten Firmen und den Mitarbeitern in unserer Einrichtung.

Um die Zufriedenheit der Bewohner und Gäste zu erreichen, werden mit ihnen Art und Umfang bewohnernaher Dienstleistungen geklärt.

5. Schnittstellen/Partner

Bedürfnisse und Erwartungen der Bewohner und Gäste an Art, Umfang und Qualität der Leistungen sind meist geprägt durch ihre im Laufe des Lebens erworbenen individuellen Lebensgewohnheiten, wie auch durch den Umfang ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Hierbei tragen zahlreiche Leistungsbereiche zum Wohlbefinden der Bewohner und Gäste bei. Schnittstellen des hauswirtschaftlichen Bereiches ergeben sich je nach Betriebsstruktur in unserer Einrichtung zu folgenden Leistungsbereichen:

- Verpflegung, z. B. durch Versorgung mit Speisen und Getränken, sowie deren Zubereitung und Präsentation
- Reinigung, z. B. durch Unterhalts- und Spezialreinigungen

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelinkte Kopie des Originals!



- Wäsche z. B. durch Bewohner- und Personalkleidung sowie Flachwäsche
- Handwerklicher Dienst z. B. durch Reparatur und Instandhaltung von Mobiliar und Gebrauchsgegenständen
- Wohnen, z. B. durch Gestaltung von Speiseräumen, Cafeteria und Veranstaltungen

Für einen am Bewohner und Gast orientierten Service und einen optimalen Einsatz personeller Ressourcen ist es deshalb erforderlich, die jeweiligen Leistungsbereiche gezielt aufeinander abzustimmen und Überlappungen der Zuständigkeiten zu koordinieren. Durch eine klare Zuordnung von Tätigkeiten im Schnittstellenbereich tragen wir dazu bei, dass die Übernahme einer gemeinsamen Verantwortlichkeit zur Zielerreichung sichergestellt ist. Gemeinschaftssinn, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit sind deshalb zentrale Anforderung an alle beteiligten Mitarbeiter. Zum Informations- und Kommunikationsaustausch sind interdisziplinäre Teamsitzungen und Besprechungen zwischen einzelnen Funktionsbereichen installiert. Prozess- und zielorientierte Abstimmungen erfolgen dadurch zeitnah und Konflikte zwischen den Bereichen können minimiert werden.

Je nach Organisationsstruktur der zentralen (z. B. Großküche) oder dezentralen (z. B. Wohnbereich) Verpflegungsorganisation sind Regelungen für die Zusammenarbeit, Kompetenzbereiche und Verantwortungen zu treffen, die in den jeweiligen Arbeitsabläufen konkretisiert worden sind. Dies geschieht in Form eines Schnittstellenmanagements, in dem die einzelnen Tätigkeiten aufgelistet und eine verantwortliche Berufsgruppe genannt ist.

Weitere Schnittstellregelungen sind zusätzlich zur Alltagsversorgung bei Veranstaltungen, Festen und Feiern mit Bewirtungen durch Absprache mit dem Pflegebereich, der sozialen Betreuung sowie ggf. mit Projektgruppen und der Verwaltung erforderlich.



6. Qualitätssicherung

Im Bereich der hauswirtschaftlichen Dienstleistungen ist das vorliegende Konzept die Grundlage für unsere Arbeit. Es ist ein fester Bestandteil unserer Qualitätssicherungsprozesse, so dass durch die definierte Qualität der Leistungen eine konsequente Umsetzung des Leitbildes der Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH sowie des Hauskonzeptes gewährleistet wurde.

Unsere hauswirtschaftlichen Mitarbeiter verfügen über die notwendigen Fachkenntnisse. Zur Sicherung der Qualität unserer Leitungen werden in einem kontinuierlichen Rhythmus sowohl interne wie auch externe Qualifizierungsmaßnahmen angeboten, so dass Fachwissen erhalten und weiterentwickelt werden kann. Zusätzlich sind in unserem Haus verschiedene Qualitätszirkel zu unterschiedlichen Thematiken installiert. Um den sich stetig wandelnden und wachsenden Anforderungen entsprechen zu können, fördern wir neben der Fachkompetenz auch die Sozialkompetenz. Deshalb werden unsere Qualifizierungsmaßnahmen auch im Hinblick auf Veränderungen der Lebenssituation und des Gesundheitszustandes im Rahmen des Alterungsprozesses der Bewohner und Gäste ausgerichtet. Ebenso unterstützt eine dem heutigen Kenntnisstand entsprechende räumliche und technische Ausstattung unsere Arbeit.

Wir führen in regelmäßigen Abständen Kundenbefragungen durch. In alle relevanten Planungen wird der Heimbeirat mit einbezogen.

7. Gesetzliche Rahmenbedingungen

In den verschiedenen Bereichen der Hauswirtschaft wirken zahlreiche Gesetze, Verordnungen und andere Rechtsvorschriften. Diese liegen als Anlage vor.

8. Evaluation

Das vorliegende Konzept ist jedoch nicht starr und unveränderlich. In kontinuierlichem Rhythmus einmal jährlich und wenn es neue Veränderungen und Entwicklungen nötig erscheinen lassen, wird es daher objektiv überprüft und gegebenenfalls angepasst.



Qualitätsmanagementhandbuch

Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH

stationär

III Konzeption

III 5 Konzeption Außendarstellung

QH

Somit wird sichergestellt, dass die gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung auf den Ebenen der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität eingehalten werden.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelinkte Kopie des Originals!

Dateiname: Konzeption_Aussendarstellung_26.01.2024.docx
Freigabedatum: 02.12.2008 letzte Änderung 26.01.2024

Seite: 62/79
B.Heimbach-Schäfer



Anlage gesetzliche Regelungen:

Übersicht der gesetzlichen Rahmenbedingen/individuellen Rechtsvorschriften:

- Produkthaftungsgesetz
- Heimgesetz § 3 Abs. (1), § 5 (3), 5 Abs. 11 § 11 Abs.1, § 13 - § 16
- Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
 - § 75 Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung
 - § 53 c Unterkunft und Verpflegung
 - § 112 Grundsätze
 - § 113 Leistungs-Qualitätsnachweis
- Leistungs-Qualitäts-Vereinbarungen (LQV)
- Heimmindestbauverordnung

Arbeitsrechtliche Vorschriften

- Arbeitsschutzgesetz
- Berufsgenossenschaftliche Vorschriften
- Arbeitszeitgesetz
- Jugendarbeitsschutzgesetz
- Mutterschutzgesetz
- Schwerbehindertengesetz
- Gesundheitsschutzgesetz
- Gefahrstoffverordnung
- Arbeitssicherheitsgesetz
- Biostoffverordnung
- Arbeitsstättenverordnung

Allgemeine Hygienevorschriften

- Infektionsschutzgesetz
- Trinkwasserverordnung
- Listen über geprüfte Desinfektionsmittel und -verfahren (DGHM, RKI)

Rechtsgrundlagen über den Wäschereibereich

- BGR 250
- BGR 500

Lebensmittelhygienevorschriften

- Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG)
- Lebensmittelhygieneverordnung (LMHV)
- Lebensmittelkennzeichnungsverordnung
- Nährwertkennzeichnungsverordnung
- Diätverordnung

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelinkte Kopie des Originals!



Qualitätsmanagementhandbuch

Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH

stationär

III Konzeption

III 5 Konzeption Außendarstellung

QH

- Verordnung über tief gefrorene Lebensmittel (TLMV)
- Hühnereiverordnung
- Hackfleischverordnung
- Milchverordnung
- Abfallgesetz
- Bioabfallgesetz
- Futtermittelgesetz

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!

Dateiname: Konzeption_Aussendarstellung_26.01.2024.docx
Freigabedatum: 02.12.2008 letzte Änderung 26.01.2024

Seite: 64/79
B.Heimbach-Schäfer



Anlage

Umgang mit Ernährungsproblemen bei Demenzkranken

Bei der Ernährung Demenzkranker stehen eine angemessene Energieversorgung und eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr im Vordergrund. Dies sollte möglichst stressfrei für alle Beteiligten erfolgen. Dabei ist es hilfreich, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass der Kranke oftmals weder Hunger noch Durst verspürt, die Tageszeit nicht kennt und unsicher ist, ob oder welche Mahlzeit er bereits zu sich genommen hat. Oft verkennt er auch die Umgebung, die betreuende Person und deren Absicht. Seine Reaktionen werden stark durch zufällige Erinnerungen und Verhaltensmuster geprägt oder auch beeinflusst.

Die Nahrungszufuhr entwickelt sich im Laufe des Lebens rituell, z. B. in Abhängigkeit von äußeren Rahmensbedingungen (Arbeits- und Pausenzeiten) oder auch Sonn- und Feiertagen. Diese gewohnheitsgemäßen Abläufe werden auch im Alter beibehalten. Die biographischen Gewohnheiten sind daher von besonderer Bedeutung.

Bei Menschen, die an Demenz erkranken, kommt es jedoch oft zu einer Unterbrechung der Rituale und der natürlichen Steuerung mit der Folge der Unterernährung, Austrocknung und schwere gesundheitliche Probleme bis hin zum Tod. Das hängt mit Veränderung von Wahrnehmung von Hunger und Appetit zusammen, lebenserhaltende Überlegungen fallen häufig weg.

Hungergefühl

Bei Demenzkranken ist das Hungergefühl oft abgeschwächt oder völlig unzureichend. Hier wird angenommen, dass dieses eine Störung der hormonellen und chemischen Abläufe bei der Nahrungszufuhr ist.

Appetit

Das Zusammenspiel von Geschmacks- und Geruchsreizen, optischen Stimulanzen, sozialer Umgebung, individuellen Gewohnheiten, aktueller Stimmungslage, körperlichem und geistigem Zustand sind für den Appetit verantwortlich. Geschmacks- und Geruchssinn haben bei der Nahrungsaufnahme eine sehr hohe Bedeutung, ebenso Eindrücke und Erinnerungen, die sich oft auf die Kindheit bis ins hohe Alter nachvollziehen lassen. Die Geruchswahrnehmung nimmt allerdings im Alter deutlich ab.

Wichtig ist der o. g. Zusammenhang immer dann, wenn während der Essenseinnahme andere Gerüche als durch die Speisen ausgelöst, auftreten, wie z. B. Seife, Reinigungsmittel (auch an den die Nahrung reichenden Händen).



Der Geschmackssinn wird durch die Demenzerkrankung weniger beeinflusst. Am besten bleibt die Wahrnehmung von „süß“ erhalten, weshalb viele Demenzkranke wohl eine Vorliebe für süße Speisen entwickeln.

Zusätzliche Störungen des Geschmackssinnes können bei Mundtrockenheit, mangelnder Mundpflege oder auch durch bestimmte Medikamente ausgelöst werden.

Nahrungsbedürfnis

Das Nahrungsbedürfnis wird gestört durch abnehmende Freude am Essen, Speisen, die nicht schmecken oder nicht dem eigenen Geschmack und Vorstellungen entsprechen, sowie durch überwiegende Einschränkungen von Alltagsaktivitäten, die Nahrungsaufnahme fördern, wie z. B. selbst Einkaufen, Nahrungszubereitung, Kochen und Tisch decken, Essen in schöner Umgebung, ...

Trinkmangel kann lebensbedrohlich werden

Das Trinken hängt ab von einem funktionierenden Durstgefühl, Bereitstellen von Getränken, Anregungen zum Trinken sowie der körperlichen Fähigkeit, Getränke aufzunehmen. Zusätzlich nimmt im Alter das Durstempfinden ab. Dementiell erkrankte Personen haben daher ein sehr hohes Risiko auszutrocknen, deshalb steht die ausreichende Versorgung mit Flüssigkeit immer im Zentrum der Bedeutung von Demenzerkrankung.

Besondere Situation dementiell Erkrankter: Demenzkranke mit mittelschweren bis schweren Krankheitssymptomen haben kaum Möglichkeiten sich an aufgenommenes Essen und Trinken zu erinnern noch können sie die zukünftige Nahrungsaufnahme planen.

Speisen- und Getränkeangebote werden oft nicht erkannt. Die Funktion von Geschirr, Besteck und Trinkgefäßen wird nicht mehr eingeordnet oder logisch genutzt. Bittere oder geschmacksfremde Speisen werden mit Vergiftungsängsten gekoppelt und ausgespuckt.

Gleichzeit führen Unruhe und körperliche Aktivität zu einem höheren Kalorienbedarf. Er kann bis zu 3500 Kcal täglich steigen. Dieses ist bei der Ernährungsplanung zu berücksichtigen. Deshalb erhält diese Personengruppe bis zu 6 Mahlzeiten täglich, wobei der Abstand der letzten Abendmahlzeit zur Morgenmahlzeit nicht mehr als 10 Stunden betragen sollte.

Bei Demenzerkrankten mit sogenannter Temporaldemenz wird häufig eine orale Enthemmung beobachtet. Sie stecken alle Gegenstände in den Mund, auch schlingen sie große Nahrungsstücke möglicherweise ganz herunter mit der Gefahr des Erstickungstodes. Aus diesem Grund brauchen diese Kranke ein mundgerechtes Speisenangebot und erheblich mehr Assistenz und Aufsicht.

Mahlzeiten und Bedürfnisse auf Demenzkranke ausrichten



Im Vordergrund steht ein hohes Maß an Lebensqualität zu erhalten, das Mahlzeitenangebot muss daher entsprechend gestaltet werden.

Reichhaltiges Frühstück

Das Frühstück ist die wichtigste Mahlzeit des Tages. Die Kranken sind meistens ausgeruhter und konzentrierter als im normalen Tagesablauf und deshalb auch hungriger. Deshalb sollte das Frühstück reichhaltiger sein und über das übliche Angebot (Frischmüsli mit Leinsamen, Trockenobst) hinausgehen.

Kleine abgepackte Brotaufstriche (z. B. Päckchen Butter/Marmelade) führen aufgrund von Feinmotorikstörungen beim Öffnen zu Schwierigkeiten und Unmut und machen das Aufreißen fast unmöglich. Kleine Verpackungseinheiten werden von Demenzkranken oft als „Geiz“ interpretiert. Daher sollte auf andere Darreichungsformen geachtet werden.

Mittagsmahlzeiten mit Auswahlmöglichkeiten

Die Speisen sollten für den Patienten zur Auswahl sichtbar sein, da das optische Auswahlverfahren die Entscheidung erleichtert.

Die Kaffeezeit sollte sich deutlich vom Mittagessen absetzen.

Suppen oder Trinkmahlzeiten zum Abendessen

Abends sind die Patientenbewohner oft so erschöpft, dass ein normales Abendessen schwierig wird. Statt fester Mahlzeiten kann aber eine Suppe gut sein oder eine Trinkmahlzeit.

Nachtmahlzeit

Da Demenzkranke oft eine Tag-Nacht-Umkehr haben, muss unbedingt die Möglichkeit bestehen etwas zu essen. Nächtliche Unruhe ist oft auf Hunger zurückzuführen, den die Betroffenen aber nicht direkt wahrnehmen und äußern können. Pflegende müssen diese Signale wahrnehmen und interpretieren lernen.

Mahlzeitsituation positiv gestalten

Beim Essen in der Gemeinschaft mit anderen Bewohnern haben die nicht an Demenz erkrankten Bewohner häufig eine Vorbildfunktion, so dass die betroffenen Dementen zur Nahrungsaufnahme angeregt werden. Da sich das Gesichtsfeld und die Wahrnehmung der unmittelbaren Umgebung für die Kranken oft verändert, soll ausreichend Platz auf den Tisch sein und möglichst wenig schmückende Dekoration. Das verwendete Geschirr sollte sich durch Kontraste vom Tisch abheben. Eine Mahlzeit bestehend aus Rührei, Blumenkohl und Püree wird als eine Einheit gesehen. Auch hier sind Farbkontraste zu berücksichtigen.



Qualitätsmanagementhandbuch

Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH

stationär

III Konzeption

III 5 Konzeption Außendarstellung

QH

Reichlich Flüssigkeit anbieten. Im Laufe des Tages sollte ein regelmäßiges Trinkritual gestaltet werden, die Flüssigkeitsmenge liegt bei etwa 2,7 l/Tag, wobei ca. 1,5 – 2,0 l als Getränke gegeben werden sollen. Milch, Tee und Kaffee sind als Getränke vollwertig.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!

Dateiname: Konzeption_Aussendarstellung_26.01.2024.docx
Freigabedatum: 02.12.2008 letzte Änderung 26.01.2024

Seite: 68/79
B.Heimbach-Schäfer



Konzept Ernährung

Einführung

Richtige Ernährung wichtiger denn je

Wie wichtig eine ausgewogene Ernährung für Gesundheit und Leistungsfähigkeit ist weiß heute jeder, der sich Gedanken über eine gesunde Lebensweise macht. Warum fällt es aber vielen Menschen so schwer, sich richtig zu ernähren? Einen naturgegebenen Instinkt dafür, wann man zu Essen aufhören sollte oder welche Nährstoffe gerade fehlen, haben die Menschen nicht. Deshalb brauchen sie Angaben darüber, wie eine gesunderhaltende Kost beschaffen sein sollte, welche Nährstoffe sie enthalten muss und in welchen Lebensmitteln diese Nährstoffe vorkommen. Sie brauchen für eine richtige Nahrungswahl den Rat von Ernährungsfachkräften.

Fehlernährung

ist eines der am schwierigsten zu lösenden Probleme für die Menschen in aller Welt, wenn sie auch in den verschiedensten Formen auftritt: als Mangel- und Unterernährung vor allem in den Entwicklungsländern, als Überernährung und partielle Mangelernährung in Industrieländern – verursacht durch eine Kost, der wichtige Nährstoffe vorübergehend oder auf Dauer fehlen.

Aus der Lebensmittelvielfalt das Richtige auswählen

Für den Verbraucher in den Industrieländern stellt sich nicht die Frage nach der ausreichenden Versorgung mit Nahrungsmitteln, sondern die Forderung, aus dem reichlichen Angebot von Nahrung eine richtige und sinnvolle Auswahl zu treffen.

Viele Krankheiten sind heute ernährungsbedingt

Richtige Ernährung ist eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Ein großer Teil der sogenannten Zivilisationskrankheiten ist durch falsche Ernährung verursacht oder zumindest mitbedingt. Nach Schätzungen der zuständigen Wissenschaftler ist jeder dritte Todesfall in der Bundesrepublik auf eine ernährungsabhängige Krankheit zurückzuführen. Fehlernährung muss heute als Ursache bzw. als Mitursache für eine deutliche Zunahme von Krankheiten des Stoffwechsels, des Herz-Kreislauf-Systems, des Magen-Darm-Bereiches sowie der Zahnkaries angesehen werden. Durch eine ausgewogene Ernährung ist es möglich, dem Auftreten und Verlauf vieler Erkrankungen günstig zu beeinflussen.



Was ist nun aber eine ausgewogene Ernährung?

Die Antwort auf diese Frage nennt bewusst nicht einzelne Kostformen, sie fordert bewusst nicht naturbelassene oder wenig behandelte Nahrung, sondern ist ernährungswissenschaftlich formuliert.

Die Inhaltsstoffe der Nahrung kennen

Langfristig kann ein Mensch sich nur dann ausgewogen ernähren, wenn er weiß, welche Nährstoffe die Lebensmittel enthalten, und wenn er deren Bedeutung für den Betrieb Organismus kennt. Richtige Auswahl sich ergänzender Lebensmittel, kurze Lagerung sowie schonende Zubereitung garantieren eine ausreichende und bedarfsgerechte Aufnahme lebenswichtiger Nahrungsbestandteile; eine zusätzlich Einnahme konzentrierter und hochdosierter Nährstoffe ist dann nicht erforderlich.

Die Aufnahme unerwünschter Lebensmittel – Inhaltsstoffe wie Cholesterin und Purine - kann minimiert werden, wenn der Schwerpunkt der Ernährung auf pflanzlichen Lebensmitteln liegt. Die Zufuhr von Lebensmittelzusatzstoffen lässt sich beschränken, wenn Fertigprodukte nur einen geringen Anteil der täglichen Nahrung ausmachen.

Empfehlenswert ist eine Ernährung mit hohem Anteil pflanzlicher Lebensmittel: Obst und Gemüse, häufig Frischobst, sowie Getreideprodukte, überwiegend in Form von Vollkornprodukten.



Konzept

Die Ermittlung des Ernährungsstatus verstehen wir als Teil pflegerischen Handelns. Eine bedarfsgerechte Ernährung ist Voraussetzung für Wohlbefinden und Gesundheit der Gäste, Bewohner und Patienten.

Begründung:

Unter einer Mangelernährung versteht man die zu geringe Zufuhr von Energie und/oder Nährstoffen, die der Körper zum Leben braucht bzw. die Unfähigkeit des Körpers, die Nahrung aufzunehmen oder zu verarbeiten. Überernährung und partielle Mangelernährung in Industrieländern – verursacht durch eine Kost, der wichtige Nährstoffe vorübergehend oder auf Dauer fehlen - kann ernsthafte Folgeerkrankungen nach sich ziehen in Bezug Ernährungszustand, physiologischer Funktionen und Gesundheitszustand.

Ziele:

Ziel ist die Erkennung von Risiken für Ernährungsdefizite und die Vorbeugung einer Mangelernährung/Überernährung und/oder partielle Mangelernährung von Gästen/Bewohnern/Patienten in Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung beteiligten Personen/Berufsgruppen.

Geplante Tätigkeiten/Abläufe:

- Die Pflegefachkraft führt innerhalb der ersten Woche nach Einzug und danach bei Veränderung des Pflegebedarfes und bei der Evaluierung des Maßnahmenplanes eine Risikoeinschätzung hinsichtlich Risiken bzgl. eines Nahrungs- und Flüssigkeitsmangels.
- Die Pflegefachkraft holt eine medizinische Diagnose ein bei Auffälligkeiten in der Assessmenterhebung und führt eine engmaschige Kontrolle und Dokumentation zur täglichen Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr durch (im stationären/teilstationären Bereich; zusätzliche Betreuungskraft nach § 53 c im stationären Bereich)
- Bei Veränderung der Pflegesituation (z. B. Infektion), in der mit negativen Auswirkungen auf die Ernährungssituation zu rechnen ist, erfolgt eine Überprüfung im 2-tägigen Rhythmus.
- Bei unausgewogener Gewichtslage wird eine wöchentliche Gewichtskontrolle durchgeführt.
- Bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme werden die erforderlichen Maßnahmen geplant, durchgeführt und dokumentiert.
- In der Pflegeplanung werden alle die Ernährung beeinflussenden pflegerelevanten Aspekte – Probleme und Ressourcen, Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten –

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



benannt. Diese Punkte bilden die Basis für entsprechende Maßnahmen in der Pflegeplanung.

- Alle am Betreuungsprozess beteiligten Personen sind informiert (Arzt, Hauswirtschaft, Angehörige, ...). Interdisziplinäre Fallbesprechungen sorgen für einen regelmäßigen Austausch aller relevanten Informationen.
- Regelmäßige Mitarbeiterschulung über Ernährung.
- Bewohner/Gäste/Patienten erhalten Schulungsunterlagen bzw. eine Ernährungsberatung wird vermittelt.
- Speziell bei Adipositas: Überzeugungsarbeit leisten hinsichtlich Änderung des Essverhaltens
- Die Pflegefachkraft überprüft im Rahmen der regelmäßigen Pflegeprozessplanung die Wirksamkeit der Maßnahmen. Notwendige Änderungen erfolgen in Absprache mit allen an der Versorgung Beteiligten.

Auswertung/Evaluation:

Der Bewohner/Gast/Patient hat eine bedarfsgerechte Ernährung erhalten.



KOSTFORMENKATALOG

Angebotene Kostformen wählen und beurteilen

VOLLKOST

- Die Vollkost ist eine abwechslungsreiche und vollwertige Kost, bei der übliche Ernährungsgewohnheiten berücksichtigt werden. Ebenso fließen auch vorbeugende medizinische Erkenntnisse in die Zusammenstellung des Speiseplanes ein.
- Diese Kost ist für alle Pflegebedürftigen geeignet, die keine spezielle Ernährung benötigen. Es besteht also keine Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Lebensmitteln und der Pflegebedürftige hat keine Erkrankungen des Magen-Darmtraktes.
- Diese Kost weist eine bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung auf. Daher ist diese Kost auch bei bestimmten Stoffwechselerkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus, geeignet.
- Für die Pflegebedürftigen soll eine individuelle Essensauswahl möglich gemacht werden, dadurch kann es aber zu kleineren Abwechslungen vom empfohlenen Energiegehalt und der Nährstoffrelation kommen. Eine gute Beobachtung der Essgewohnheiten ist von Vorteil, um dadurch eine ausreichende Versorgung sicherzustellen.

Ziele:

- Bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr nach den Empfehlungen der DGE
- Für die Erstellung des Wochenspeiseplans (im Durchschnitt 1800 kcal pro Tag) wurde mit den folgenden Lebensmittelmengen kalkuliert. Zusätzlich ist noch etwas Platz für Süßigkeiten, Gebäck u. a.

Beispiel für einen Tagesplan:

| > Frühstück | Zwischenmahl | Mittagessen | Kaffee | Abendessen |
|--|---|---|----------------------------|---|
| Kaffee/Tee Graubrot, Weißbrot Becel/Butter Käse,/Aufschnitt Honig/Marmelade | Buttermilch Banane 1 Glas Mineralwasser | Gemüsesuppe Hähnchenschenkel (gebraten) Ratatouille, Reis Vanillepudding 1 Glas Apfelschorle | Kaffee/Tee Marmorkuchen | Früchtetee Weißbrot Vollkornbrot Becel, Butter Edamer Matjesfilet Spätmahlzeit: 1 Glas Buttermilch |

Nährwertangaben für den Wochenplan (Wochendurchschnitt)

Nährstoffe pro Tag

- Energie 1850 kcal
- Eiweiß 76 g (17 Energieprozent)
- Fett 63,8 g (30 Energieprozent)

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



- Kohlenhydrate 236 g (52 Energieprozent)

LEICHTE VOLLKOST

- Die Leichte Vollkost unterscheidet sich von der Vollkost durch das Vermeiden von Nahrungsmitteln, Speisen und Zubereitungsformen, die erfahrungsgemäß bei mehr als 5 % der Pflegebedürftigen Unverträglichkeiten hervorrufen (z. B. Hülsenfrüchte, Zwiebeln, Weißkohl, Rotkohl, Wirsing, Paprika, frittierte Speisen, stark angebratene und scharf gewürzte Speisen).
- Die Leichte Vollkost ist bei folgenden Erkrankungen als Dauerkost oder in der Erholungsphase nach entsprechendem Kostaufbau angebracht bei:
 - Ulcus ventriculi (Magengeschwür) und Ulcus duodeni (Magenreizung)
 - Fettleber und chronische Hepatitis
 - Morbus Crohn (infektiöse Darmerkrankung) und Colitis ulcerosa (Reizdarm)
 - Erkrankungen der Gallenwege
 - Chronische Pankreatitis
 - Chronische Gastritis
- Die Verordnung einer Leichten Vollkost sollte nicht zu streng gehandhabt werden, da es sich um sehr individuelle Unverträglichkeiten (Blähungen, Aufstoßen) handelt, es ist durchaus möglich, dass Bewohner auch das Vollkost-Menue vertragen. Strenge Diätvorschriften erhöhen das Risiko für Mangelernährung.
- Die Leichte Vollkost löst die früher praktizierte Leber-, Magen-Gallenschonkostformen ab.

Ziele:

- Bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr nach den Empfehlungen der DGE

Beispiel für einen Tagesplan

| Frühstück | Zwischenmahl | Mittagessen | Kaffee | Abendessen |
|---|---|--|--|---|
| 2 Scheiben Vollkornbrot Becel, Pflaumenmus Frischkäse, Kaffee mit fettarmer Milch | 2 EL Haferflocken mit Banane, Äpfel und Dickmilch mit Zucker 1 Glas Wasser | 1 kleines Putensteak 2 Kräuterkartoffeln Erbsen/Möhren Magerquark mit Beeren 2 Gläser Apfelschorle | 1 Tasse Kaffee mit fettarmer Milch Kirsch-Käse-Kuchen | Möhren-Sellerie Rohkost Zitronensaft, Rapsöl 2 Vollkornbrot Becel, Edamer Kochschinken mager Pfefferminztee Spätmahlzeit: 1 Joghurt fettarm 1 Glas Wasser |

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



VEGETARISCHE KOST

- Die vegetarische Kost ist eine abwechslungsreiche, vollwertige Kost ohne Fleisch, Fisch, Geflügel und Wurstwaren (ovo-lacto-vegetabil).
- Als Eiweißträger dienen Milch und Milchprodukte, Eier und pflanzliche Produkte. Die Zufuhr der kritischen Nährstoffe, wie z. B. Calcium und Vitamin B12, ist bei ausgewogener Zusammenstellung der Kost gewährleistet.
- Eine vegetarische Kost ist frei wählbar und kommt zum Einsatz bei
 - religiösen und ethischen Gründen,
 - Abneigung gegen Fleisch,
 - Prophylaxe ernährungsbedingter Zivilisationskrankheiten z. B. Gicht.
- Eine reine vegane (ohne Milchprodukte und Ei) Kost wird nicht empfohlen. Es ist nur schwer möglich für eine ausreichende Versorgung von Calcium, Eiweiß, Eisen, Jod, Zink usw. zu sorgen.

Ziele:

- Bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr nach den Empfehlungen der DGE

Beispiel für einen Tagesplan

| Frühstück | Zwischenmahl | Mittagessen | Kaffee | Abendessen |
|---|-------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| Kaffee/Tee 2 Scheiben Vollkornbrot, Becel, Quark Marmelade, 2 Scheiben Gouda | 1 Becher Dickmilch mit Banane | Spargel-cremsuppe Blumenkohl Brokkoli gratiniert Bechamelsauce Kartoffelrösti Schokoladenpudding | Kaffee/Tee 1 Stck. Bienenstich | Früchtetee 2 Scheiben Heidebrot, Becel frische Tomate mit Kräutern 2 Scheiben Tilsiter Spätmahlzeit: 1 Becher Fruchtjoghurt Apfelschorle |

KOST BEI DIABETES MELLITUS

- Die Vollkost erfüllt die Bedingungen der Ernährungstherapie bei Diabetes mellitus. Es ist eine energiebilanzierte abwechslungsreiche und vollwertige Kost mit Verteilung der Kohlenhydrate auf fünf bis sechs Mahlzeiten. Für Pflegebedürftige, die Insulin spritzen, werden die Kohlenhydrate nach Verordnung des Arztes angeboten. Haushaltszucker und daraus hergestellte Lebensmittel werden nur in kleinen Mengen eingesetzt, können jedoch bis zu 10 % der Gesamtmenge in „verpackter Form“, d. h. in festen Lebensmitteln, nicht in Getränken, angeboten werden.
- Bei der Gabe von blutzuckersenkenden Medikamenten und blutzuckererhöhenden Mahlzeiten sind diese zeitlich und quantitativ aufeinander abzustimmen.

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



- Übergewichtige Diabetiker sollen mit diesen Kostformen abnehmen, denn ihr Diabetes ist vor allem übergewichtsinduziert. Eine einseitige Begrenzung der Proteinhelien (BE) lässt den Senior nur auf andere kalorienhaftige Nährstoffe (Eiweiß und Fett) ausweichen. Dadurch sinkt das Gewicht nicht und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus werden zusätzlich begünstigt.

Ziele:

- Bedarfgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr nach den Empfehlungen der DGE und Normalisierung des Blutzuckerspiegels

Beispiel für einen Tagesplan

| Frühstück | Zwischenmahl | Mittagessen | Kaffee | Abendessen |
|--|---|---|--|--|
| 2 Scheiben Vollkorntoast Becel, Pflaumenmus Frischkäse mit Kräutern Kaffee/Tee Mit Milch | 2 EL Haferflocken ½ Banane ½ Apfel mit Dickmilch und etwas Süßstoff 1 Glas Wasser | Kleines Schnitzel 2 Kartoffeln mit Kräutern Fingerkarotten Magerquark mit Dunststachelbeeren | 1 Tasse Kaffee 1 kleines Stück Kirschkäsekuchen | Pfefferminztee Waldorfsalat 1,5 Scheiben Vollkornbrot Becel Edamer 30 % Magerer Kochschinken Spätmahlzeit: Vollkornbrot mit Kräuterquark 1 Glas Wasser |

KOST BEI ÜBERGEWICHT – ADIPOSITAS – FETTSUCHT

- Der Begriff Adipostias (Fettsucht) beschreibt eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung von Körperfett. Die Vorstufe von Adipositas ist Übergewicht. Ursache von Übergewicht ist grundsätzlich eine positive Energiebilanz, d. h. der Bewohner nimmt mehr Energie über seine Nahrung auf, als der Körper verbraucht. Die überschüssige Energie lagert der Körper in Form von Fett an.

Oft sind Ursachen wie Stress, Kummer, Langeweile, Einsamkeit oder Liebesentzug Grund für eine Gewichtszunahme. Häufig ist auch eine Kombination aus diesen Faktoren der Grund für Übergewicht. Zudem trägt häufig ein gestörter Hunger-/Sättigungsmechanismus zum Übergewicht bei.

Übergewichtige merken oft nicht, wann sie satt sind. Sie hören dann auf, wenn von außen Signale gesetzt werden (die anderen hören auf, die Teller und Schüsseln sind leer usw.) und nicht, wenn sie sich selbst satt fühlen.

Grundlage für ein solch gestörtes Essverhalten werden meist schon in der Kindheit gelegt („du isst deinen Teller leer!“) und sind später nur schwer zu korrigieren.



Grundsätzliches bei der Ernährung

Die optimale Reduktionskost

- ist reduziert in ihrem Energiegehalt, reich an komplexen Kohlenhydraten und extrem fettarm
- ist reich an Vitaminen, Mineralstoffen, Spurenelementen und Ballaststoffen
- liefert 2 - 3 Liter Trinkmenge täglich
- sorgt für eine ausreichende Sättigung
- und kann über eine längere Dauer eingehalten werden

Energiezufuhr

500 – 1000 kcal weniger als der Bedarf, mindestens aber 1000 kcal pro Tag

Mahlzeitenfrequenz

Häufige kleine Mahlzeiten (5 - 6 pro Tag) fördern die Sättigung und unterstützen die Gewichtsabnahme

➤ **Ziele:**

Ziel ist das Gewicht durch eine unter dem Bedarf liegende Kalorienzufuhr langsam zu reduzieren. Ein halbes bis ein Kilo Gewichtsabnahme pro Woche sind anzustreben. Ist das Wunschgewicht erreicht, muss die Energiezufuhr auf Dauer dem Bedarf angepasst werden.

Eine Reduktionskost ist meistens zwecklos, wenn der Abnehmende nicht gleichzeitig lernt, seine (dem Übergewicht häufig zugrunde liegenden) Probleme zu bewältigen oder neue Ernährungsrichtlinien zu erlernen, die es ihm ermöglichen, sein erlangtes Normalgewicht auch in Zukunft zu halten.

Beispiel für einen Tagesplan

Energiereduzierte Mischkost 1200 kcal

1. Knäckebrot, Margarine, Frühlingsquark, Paprikaschote, Bohnenkaffee, Kaffeeweißer
2. Joghurt, Weizenkleie „Knusperplus“
3. Tomatensalat, Hähnchensteak mit Champignons, Kartoffeln, Kiwi, Mineralwasser
4. Himbeeren, Bohnenkaffee, Süßstoff
5. Vierwertbrot, Margarine, Camembert, Kalbfleischsalat, Rohkostplatte, Limonade - energiereich
6. Schwarzer Tee, Zitrone, Süßstoff

| Frühstück | Zwischenmahlzeit | Mittagessen | Kaffee | Abendessen | Spätmahlzeit |
|----------------|-------------------|----------------------|-----------------|-------------------|------------------|
| 15g Knäckebrot | 150 g | 100g Tomate | 150 g Himbeeren | 30 g Vierwertbrot | 300 ml Schwarzer |
| 5 g Becel | Joghurt (fettarm) | 20 ml. Wasser | 300 ml | 5 g Becel | Tee |
| 60g | 20 g | 2g Öl, Essig, | Bohnenkaffee | 40 g Camembert | Zitronensaft |
| Magerquark | Knusperplus | Salz, Petersilie | | 50 g Kalbfleisch | Süßstoff |
| 10g Zwiebel | Weizenkleie | 150 g. Hähnchensteak | | Rohgewicht | |
| 10 g | | Salz, Majoran | | 10 g Möhren | |
| Radieschen | | | | 10 g Erbsen | |
| 50 g | | | | 10 g Mais | |

Bei diesem Ausdruck vom 09.03.2011 handelt es sich um eine ungelenkte Kopie des Originals!



Paprikaschote
300 ml
Bohnenkaffee
3 g
Kaffeeweißer

150 g Champignons
Wasser, Salz
8 g Öl
60 g Kartoffeln
200 g Kiwi
300 ml
Mineralwasser

30 ml Wasser
0,5 g Essig,
Salz, Öl
50 g Gurke
30 g Kopfsalat
40 g Rettich
10 ml Wasser
5 g Öl Essig
2 g Petersilie
30 ml Zitronensaft

KOST BEI SCHLUCKSTÖRUNGEN

- Liegen Kau- oder Schluckbeschwerden vor, sollte die Auswahl der Kostform an das Ausmaß der Störung angepasst werden. Dafür sollten verschiedene Konsistenzstufen angeboten werden, die den individuellen Fähigkeiten der Bewohner entsprechen. Bei allen Konsistenzstufen sollte auf die Auswahl nährstoffdichter Lebensmittel, Obst, Gemüse, Vollkornprodukte und Fleisch geachtet werden. Grundsätzlich gilt eine hochwertige und abwechslungsreiche Vollkost.

Allgemein

- Speisen mit unterschiedlichen Konsistenzen sind generell ungeeignet, z. B. Suppen mit Einlagen, Joghurt mit ganzen Früchten, Obst mit Kernen, etc. Menschen mit Schluckstörungen sind durch die unterschiedlichen Konsistenzen schnell überfordert und können sich verschlucken.
- Krümelige, faserige und klebrige Lebensmittel sind zu meiden. Diese können zwischen den Zähnen hängen bleiben oder durch die eingeschränkte Kaufunktion nicht richtig zerkleinert werden.

Verschiedene Aufbauphasen

Stimulationsdiät

Diese Kost dient dem Schlucktraining, um den Schluckreflex zu fördern. Dazu kann angeboten werden:

- Apfelstücke, Birnenstücke
- Wassereis am Stiel
- Götterspeise
- Stangensellerie

1. Passierte dickflüssige bzw. breiige Kost

Diese Kostform macht das Kauen weitgehend überflüssig und erleichtert das Schlucken. Das Essen und Trinken muss absolut klümpchen- und faserfrei sein. Die Speisen werden nach dem Pürieren durch ein feines Sieb gestrichen. Diese Kost ist nicht bedarfsdeckend, daher muss das Nährstoffdefizit durch eine enterale Ernährung ausgeglichen werden. Flüssigkeiten sollten angedickt gereicht werden.



2. Pürierte Kost

Die pürierte Kost bedarf bei der Herstellung besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich der ernährungsphysiologischen Zusammensetzung, aber auch bezüglich der appetitlichen Darbietung. Pürierte Kost wird schnell zum täglichen „Einheitsbrei“, der bei vielen Pflegebedürftigen eher Ablehnung als Appetit auslöst. Grundsätzlich sind alle Lebensmittel pürierbar, es sollte beachtet werden, dass keine Fasern in der dargebotenen Speise verbleiben. Bei einer Dauerkost ist es sehr schwierig, die Mikronährstoffe wie Vitamine zu decken. Flüssigkeiten sollten ebenfalls angedickt werden.

3. Teilpürierte Kost

In einigen Fällen reicht es aus, Teilkomponenten zu pürieren. Diese Kost eignet sich für Pflegebedürftige, die Schwierigkeiten beim Kauen und Schlucken, z. B. von Fleisch, haben. Da bietet es sich an, nur dieses zu pürieren, aber alle anderen Komponenten werden als weiche Kost gegeben.

4. Weiche Kost

Für viele ältere Menschen reicht es aus, wenn auf die so genannte weiche Kost umgestellt wird.

- Entfernen von harten Lebensmittelbestandteilen: Obst schälen, Brotrinde und schlecht zu kauende Wursthaut entfernen
- Alle Lebensmittel, die nicht püriert werden, sind weich (gekocht)
- Die Auswahl sollte weiterhin faserarm sein
- Je nach Ausmaß der Schluckstörung werden die Getränke noch angedickt.

Ziele:

Annäherung an die Nährstoffrelationen der Vollkost, dabei Erleichterung der Nahrungsaufnahme mit Hinblick auf Verbesserung und Aufrechterhaltung des Ernährungszustandes.