

Pflegekonzept

Blindenwohnstätte Kniesehaus
gemeinnützige Betriebs GmbH

Stindestraße 25
12167 Berlin

Stand: 27.04.2010

Inhaltsverzeichnis	Seite
1.0 Kurzdarstellung des Trägers	4
1.1 Standort	4
1.2 Darstellung der Einrichtung	4
1.2.1 Die Räumlichkeiten	4
1.2.2 Berufsgruppen	5
1.2.3 Zielgruppe und Personenkreis	5
1.2.4 Zielvorstellung	6
1.2.5 Ausschlusskriterien	7
Pflegetheoretische Grundlagen	7
2.1 Pflegeleitbild	7
Pflegetheoretische Grundlagen	8
3.0 Leistungsspektrum	11
Allgemeine Pflege (-leistungen)	11
Medizinische Behandlungspflege	17
Soziale und psychosoziale Betreuung	18
7.4 Unterkunft (Wohnen)	20
7.5 Raumpflege und hauswirtschaftliche Versorgung	21
7.6 Wäscheversorgung	21
7.7 Versorgung mit Speisen und Getränken	21
8. Organisation der Pflege und Betreuung	22
8.1 Darstellung der Verantwortung und Kompetenzen	22
8.2 Ablauforganisation	23
8.3 Pflegeorganisation	24
8.5 Umsetzung des Pflegeprozesses	25
8.6 Einsatz des Pflegedokumentationssystems	27
8.7 Weitergabe von Informationen	28
9. Einbeziehung der Angehörigen	28
10. Heimgeschehen	29
11. Zusammenarbeit mit anderen Diensten für die Versorgung und Betreuung	29
12. Maßnahmen der Qualitätssicherung	30
13. Angaben zum Personal	32

13.1. Mitarbeiter im Pflegedienst	33
14. Blindenspezifischer Pflege- und Betreuungsaufwand	34
15. Raumkonzept	39
16. Ausbildungsbetrieb	41

Einleitung

Paul und Charlotte Kniese gründen Ende der 60er Jahre die Kniese-Stiftung und legen damit den Grundstein für das Kniesehaus. Die Einrichtung schafft, ganz nach den Vorstellungen des Gründerehepaars, sehbehinderten und erblindeten Menschen ein neues Zuhause, in dem sie professionell begleitet und betreut werden. 1971 wird das Kniesehaus am jetzigen Standort eröffnet und im Jahr 2004 saniert und modernisiert.

1.0 Kurzdarstellung des Trägers

Die Kniese-Stiftung war von 1998 bis 2004 Träger der Einrichtung. Seit dem 07.06.2004 ist der Träger eine gemeinnützige Betriebs GmbH mit dem Namen und der Anschrift:

Blindenwohnstätte Kniesehaus
gemeinnützige Betriebs GmbH
Stindestr. 25
12167 Berlin

Tel.: 030 720 115 0
Fax: 030 720 115 29

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus ist seit 1998 durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Pflegekassen und im Einvernehmen mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin für die Erbringung vollstationärer Pflegeleistungen nach § 80 SGB XI zugelassen. Die Einrichtung ist im Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin/ Brandenburg organisiert.

1.1 Standort

Die Einrichtung befindet sich nur drei Gehminuten vom Stadtpark Steglitz entfernt. Das Kniesehaus ist durch eine gute Verkehrsanbindung durch mehrere Buslinien zum U- und S-Bahnhof "Rathaus Steglitz" und nach Lankwitz und Lichterfelde zu erreichen. Das Kniesehaus liegt in einem gewachsenen Wohnumfeld. In unmittelbarer Nähe der Einrichtung befinden sich eine Apotheke und mehrere Arztpraxen, ein Supermarkt, eine Bäckerei und diverse weitere Einkaufsmöglichkeiten. Die Verkehrsampel auf diesem Weg ist mit einem akustischen Signalgeber ausgestattet.

1.2 Darstellung der Einrichtung

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus bietet 78 blinden und sehbehinderten Senioren ein dauerhaftes Angebot an Pflege, Betreuung und Versorgung an. Alle baulichen sowie strukturellen Maßnahmen dienen den blinden und sehbehinderten Bewohner/Innen als Orientierungshilfe, um sich entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten und Wünsche möglichst selbstständig und sicher in der Einrichtung bewegen zu können.

1.2.1 Die Räumlichkeiten

Die Einrichtung besteht aus fünf Etagen, dem Erd- und dem Untergeschoss. Hiervon bilden fünf Etagen drei „Wohnbereiche“, in denen sich von der ersten bis vierten Etage 16, in der fünften Etage 11 und im Erdgeschoss 3 Einzelappartements befinden. Jedes Appartement ist mit einem großzügigen Balkon und einem WC-Bereich ausgestattet sowie mit einer Küchenzeile (ohne Herd) mit einer Spüle und einem Kühlschrank. Den Bewohnern steht es frei ihre Appartements selbst zu gestalten. So ist die Möglichkeit gegeben sich eine Atmosphäre von Geborgenheit zu schaffen und die Vertrautheit aus der Häuslichkeit wird gefördert. Des Weiteren sind alle Appartements mit einem Telefonanschluss, TV Kabelempfang und der Notrufanlage ausgestattet.

Jede Etage verfügt über ein Pflegebad mit Hubbadewanne und Badewannenlifter. Drei dieser Lifter sind mit einer Waage ausgestattet. Zusätzlich befindet sich je Etage eine Pflegedusche mit integriertem Duschstuhl. Weiterhin sind pro Etage ein Behinderten WC, eine Fäkalienspüle und ein Dienstzimmer vorhanden

Im Erdgeschoss des Kniesehauses sind die Verwaltungsräume. Zudem befinden sich hier der Speisesaal, die Küchenausgabe, der Clubraum und der Wintergarten. Im Speisesaal mit insgesamt 60 Plätzen werden den Bewohner/Innen die Mahlzeiten serviert. Kleinere Veranstaltungen, Gruppenangebote und Beschäftigungsangebote werden im Clubraum oder teilweise im Wintergarten durchgeführt. Der Clubraum und der Speisesaal grenzen unmittelbar aneinander und sind durch eine Falttür getrennt. Bei Bedarf ist der Saal für größere Veranstaltungen bis auf 100 Plätze erweiterbar.

Im Untergeschoss sind der Ergotherapieraum, der Raum für den Betriebsarzt und den Betriebsrat, Personalumkleideräume mit Dusche und WC, sauberer und unsauberer Wäscheraum, Waschmaschinenraum, diverse Abstellräume, der Hausmeisterstützpunkt sowie die Küche untergebracht.

Die Flure des Kniesehauses sind beiderseits mit Handläufen versehen. Die einzelnen Etagen sind jeweils über das Treppenhaus oder mit einem Fahrstuhl erreichbar. Für die Sicherheit der blinden und sehbehinderten Bewohner/Innen ist das Treppenhaus mit Durchlaufsperrern ausgestattet. Weiterhin sind alle Räumlichkeiten blendfrei ausgeleuchtet und mit Tastzeichen gekennzeichnet.

Die Einrichtung verfügt über einen blindengerecht gestalteten Garten, in dem die Wege und Anlagen übersichtlich und mit unterschiedlichen Bodenbelägen ausgestattet sind sowie einen Springbrunnen, der die Orientierung unterstützt.

1.2.2 Berufsgruppen

Die Pflege und Betreuung der Bewohner/ innen wird von Pflegefachkräften (Altenpfleger/ innen, Krankenschwestern/ pflegern, Kinderkrankenschwestern/ pflegern) durchgeführt. Die Pflegefachkräfte werden unterstützt von Pflegehelfern/ innen, die einen Pflegebasiskurs von mindestens 100 Stunden absolviert haben müssen und Praktikanten/ innen sowie Auszubildenden.

Die soziale Betreuung ist durch einen Ergotherapeuten, einer Gesellschafterin und ehrenamtlichen Menschen gewährleistet. Zusätzlich werden unsere Bewohner/ innen von der Markusgemeinde betreut. Die Pastorin besucht die Einrichtung mehrmals wöchentlich und hält alle zwei Wochen eine Andacht. Des Weiteren unterstützen uns ehrenamtliche Helfer.

Externe Künstler werden von uns regelmäßig eingeladen um für die Unterhaltung zu sorgen.

Für organisatorische- und Verwaltungsaufgaben finden die Bewohner/ innen Unterstützung in einer Dipl. Sozialpädagogin und weiteren Verwaltungsangestellten.

Die Begleitdienste werden zum größten Teil von MAE Kräften übernommen, aber auch ehrenamtliche Helfer stehen uns zur Seite.

Die Kräfte der externen Cateringfirma und Reinigungsfirma sind am Wohlergehen der Bewohner/ innen gleichermaßen beteiligt.

Niedergelassene Ärzte sind für die medizinische Versorgung verantwortlich. Die uns anvertrauten Menschen haben freie Arztwahl. Des Weiteren sorgen sich externe Physiotherapeuten um die Bewegungsressourcen unserer Bewohner/ innen.

Wir geben den Bewohner/ innen mehrmals in der Woche die Möglichkeit Pediküre und Maniküre im Haus zu erhalten und einmal in der Woche kommt ein Friseurteam in unsere Räumlichkeiten.

1.2.3 Zielgruppe und Personenkreis

Die Zielgruppe der Blindenwohnstätte Kniesehaus sind ältere blinde und stark sehbehinderte Menschen.

- Der Begriff Blindheit bezieht sich auf den Verlust der Sehkraft. Der Begriff Sehbehinderung bezieht sich auf eine Verminderung der Sehschärfe und/oder eine Reduzierung des Sehvermögens. **Die häufigsten Ursachen für eine Erblindung bzw. Sehbehinderung ist der Diabetes mellitus, das Glaukom, der Katarakt und die Makula¹-Degeneration. Weitere Ursachen können aber auch**

¹ Die Makula (gelber Fleck) ist ein Areal der Netzhaut mit einem Durchmesser von etwa 1,5 Millimetern. Sie enthält die wichtigsten Sinneszellen des Auges und ermöglicht das genaue und scharfe Sehen.

Gefäßverschlüsse der Netzhaut, Verletzungen des Auges, Entzündungen der Gefäßhaut, Netzhautablösungen und Erkrankungen des Sehnervs sein.

- Davon ausgehend, dass 80 bis 90 Prozent aller Informationen über das Auge wahrgenommen werden, führt eine starke Behinderung im Bereich des Sehens für die Betroffenen zu erheblichen Veränderungen und Herausforderungen in der Bewältigung ihres täglichen Lebens. Damit verbunden sind zudem auch drastische emotionale Belastungen, welche sich in Form von Angst, Depression, Zorn, Verzweiflung, Müdigkeit oder Verwirrung äußern können.
- **Entsprechend des Zeitpunktes und/ oder des Verlaufes der Erblindung/ Sehbehinderung und in Abhängigkeit von der Gesamtkonstitution der betroffenen Menschen sind die Fähigkeiten, vorhandene Probleme zu kompensieren, sehr unterschiedlich. Die Erfahrungen der Blindenwohnstätte Kniesehaus bestätigen jedoch, dass insbesondere die Menschen mit einer so genannten „Späterblindung“ (einschließlich spät auftretenden Sehbehinderung) nur noch bedingt oder gar nicht mehr in der Lage sind sich blindentechnische Fertigkeiten anzueignen. Dazu zählen z. B. das Erlernen der Blindenschrift oder der Umgang mit dem Langstock. Der hier gemeinte Personenkreis hat ein Lebensalter von über 60 Jahren und ist der weitaus größte Anteil unter den von einer Erblindung/ Sehbehinderung Betroffenen in der Gesamtbevölkerung und somit in der Bewohnerschaft der Blindenwohnstätte.**
- **Mit zunehmendem Alter wird es aber aufgrund zusätzlicher körperlicher Einschränkungen für alle Betroffenen mit starken Defiziten im „Bereich des Sehens“ schwieriger, Anpassungs- und/oder Kompensationsprozesse für eine selbstständige und weitgehend unabhängige Lebensführung umzusetzen. Die Blindenwohnstätte Kniesehaus spricht mit ihrem Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsangebot insbesondere die blinden/ sehbehinderten Menschen an, bei denen, trotz der Unterstützung ihrer Angehörigen und/ oder auch unter Bezug ambulanter Sachleistungen, eine angemessene, sichere oder selbstständige Lebensführung in der häuslichen Umgebung nicht mehr möglich ist.**
- Blindheit und Sehbehinderung sind keine gesellschaftlichen Randerscheinungen. Allein in Berlin leben ca. 22.000 Betroffene². Die demoskopische Entwicklung in Deutschland ist auch in der Blindenwohnstätte Kniesehaus sichtbar. Die Altersgrenze neu zugezogener Bewohner ist ab 80 Jahre aufwärts. Der Pflegeaufwand bei Einzug ist enorm angestiegen. Durch Morbidität und altersbedingte Demenzerkrankungen erfolgt eine Verschiebung der Pflegestufenstruktur, auch die der Langzeitbewohner deutlich in die Richtung der höheren Pflegestufen. Bewohner der Pflegestufe II sind relativ konstant geblieben, die Klientel der Pflegestufen verschiebt sich in Richtung der Stufe III.

1.2.4 Zielvorstellung

Hauptziel der Blindenwohnstätte Kniesehaus ist es, den Bewohner/innen im Rahmen ihrer individuellen Fähigkeiten eine weitgehend selbst bestimmte Lebensführung zu ermöglichen bzw. zu erhalten und ihnen die Möglichkeit zu geben sich auch unter Berücksichtigung ihrer besonderen Behinderung in der Einrichtung sicher und wohl fühlen. Gemessen wird hier an ihrer Zufriedenheit und der ihrer Angehörigen.

Die Mitarbeiter/ innen der Einrichtung begegnen den allgemeinen individuellen und den blindenspezifischen Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsbedarf der Bewohner/ innen mit entsprechend notwendigen Wissensständen und persönlichen Fähigkeiten. Die Leistungen der Blindenwohnstätte Kniesehaus werden hierbei insgesamt nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse sozialkompetent und fachkompetent, aber auch unter Beachtung einer wirtschaftlichen Betriebsführung erbracht.

Unter Bezug auf die Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens werden vorhandene geistige oder körperliche Fähigkeiten der Bewohner/ innen durch die Mitarbeiter/ innen des Pflegebereichs erkannt und deren Erhalt gefördert oder ein Abbau durch Aktivierung verzögert. Dem Personenkreis/der Zielgruppe entsprechend liegt der pflegespezifische Schwerpunkt dabei auf der Beachtung psychosozialer Beeinträchtigungen und technischer Probleme der Bewohner/innen, die ihre Ursache in der Minderung der Sinneswahrnehmung „Sehen“ haben. Auf der Grundlage vorhandener Informationen und unter Akzeptanz der Bewohner/ innen oder ihrer Angehörigen, wird die Biographie in der Planung und Durchführung der Pflege und Betreuungsleistungen berücksichtigt. Zur Vermeidung von Isolation und Vereinsamung werden die Bewohner/ innen soweit wie möglich und gewünscht in die Gemeinschaft der Einrichtung mit

² Quelle: ABSV (Berlin)

einbezogen wobei die individuelle Lebensplanung, auch wenn sie die Ablehnung der von uns angestrebten aktivierenden Pflege bedeutet, zu akzeptieren ist.

Wir wollen eine vertrauensvolle Atmosphäre im Umgang unserer Bewohner/ innen erreichen und dabei *soviel Selbstständigkeit wie möglich* erhalten und *soviel Hilfe wie nötig* bereithalten.

1.2.5 Ausschlusskriterien

Voraussetzung für die Aufnahme in die Blindenwohnstätte ist, dass die zukünftigen Bewohner/ innen zu der unter 1.2.3 aufgeführten Zielgruppe gehören. Unser Haus steht allen Betroffenen mit jeder Pflegestufe offen. Die Aufnahme in die Einrichtung erfolgt natürlich nur im Einverständnis mit den zukünftigen Bewohnerinnen/Bewohnern und/oder ihren betreuenden Personen.

Nicht aufgenommen werden Menschen, die nicht der Zielgruppe entsprechen und/ oder die nicht die weiterführenden Voraussetzungen für einen Heimaufenthalt erfüllen. Ferner sind Kinder und Jugendliche nicht zur Aufnahme vorgesehen.

Sollte die Blindenwohnstätte nicht der geeignete Ort für die Pflege-, Betreuung und Versorgung sein, wird im Rahmen der Beratungsleistungen auf anderweitige Möglichkeiten und Angebote hingewiesen.

Pflegetheoretische Grundlagen

Wir pflegen und betreuen nach dem Prinzip der Ganzheitlichkeit. Dies bedeutet, dass Angehörige und das soziale Umfeld, Lebensbedingungen, Biographie sowie die psychische Situation und vor allem die Behinderung der Sehbehinderung oder Blindheit in die Pflege mit einbezogen werden. Unsere Pflege beinhaltet die Betreuung und Beratung sowie die Kooperation mit allen Berufsgruppen, die mit uns am Wohlergehen unserer Bewohner/ innen beteiligt sind.

2.1 Pflegeleitbild

1. Wir betrachten den Menschen in seiner ganzen Persönlichkeit mit Körper Seele und Geist.
2. Wir vermitteln den blinden und hochgradig sehbehinderten Heimbewohnern eine Atmosphäre der Sicherheit, Zuwendung und Geborgenheit.
3. Wir übernehmen die Verantwortung für eine sach- und fachgerechte, ganzheitliche, aktivierende, bedürfnisorientierte, individuelle Pflege und Betreuung unserer blinden und hochgradig sehbehinderten Heimbewohner.
4. Der Bewohner und die Bewohnerinnen werden von uns grundsätzlich als selbstständig und verantwortlich für ihr Handeln angesehen. Ist die Fähigkeit des eigenverantwortlichen Handelns oder die Selbstständigkeit nicht oder nicht vollständig gegeben, unterstützen und fördern wir die vorhandenen Ressourcen.
5. Wir verpflichten uns die Würde des Menschen insbesondere der Sterbenden zu wahren und schaffen ihnen und den ihnen nahe stehenden Personen einen individuellen Rahmen.
6. Der Kulturkreis und somit die ethischen Bedürfnisse der Menschen in unserer Einrichtung werden immer berücksichtigt.
7. Wir organisieren die Pflege im Team und fördern die Eigenverantwortung sowie die aktive Beteiligung aller am Bewohner teilhabenden Berufsgruppen.
8. Wir Pflegenden sind verantwortlich für die Entwicklung der pflegerischen Kompetenz. es ist unser Recht und unsere Pflicht an Fortbildungen teilzunehmen und die erworbenen Erkenntnisse in den beruflichen Alltag einzubringen.
9. Alle Mitarbeiter/ innen tragen an ihren Plätzen zur Verwirklichung der Qualitätsziele bei. Es ist daher selbstverständlich verantwortungsvoll und hingebungsvoll ihre Arbeitskraft effektiv und effizient einzusetzen.
10. Die Qualitätssicherung erfolgt durch ein ständig weiter zu entwickelndes Qualitätsmanagement. Sie ist in unserem Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegt



Pflegemodell von Monika Krohwinkel

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus orientiert sich in der praktischen Pflege an den theoretischen Inhalten des Pflegestrukturmodells von Monika Krohwinkel.

Die Entscheidung für dieses Modell begründete sich in seiner allgemein pflegewissenschaftlichen Anerkennung sowie seinen kulturellen Hintergrund. Es besteht weiterhin der Anspruch, dass eine praktikable Umsetzung der pflegetheoretischen Inhalte für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter realisierbar ist.

Das Pflegemodell von Monika Krohwinkel wurde 1984 veröffentlicht und erstmals in einem wissenschaftlichen Modellversuch 1991 erprobt. Dabei stand insbesondere die Anwendbarkeit für Patienten mit einem Schlaganfall im Vordergrund und somit rehabilitierende Pflegeprozesse. Für die Blindenwohnstätte Kniesehaus hat es die Bedeutung die eigenen konzeptionellen Schwerpunkte für die Pflege und Betreuung blinder und sehbehinderter Senioren in das Modell mit einfließen zu lassen. Hierfür werden u. a. Erkenntnisse aus der blinden- und sehbehinderten Rehabilitation genutzt. Ein Bestandteil dessen ist das Training der „lebenspraktischen Fertigkeiten“ (LPF), welches sich auf das Erlernen oder die Förderung der Selbstständigkeit blinder/sehbehinderter Menschen im Rahmen von alltäglichen Verrichtungen, wie z. B. der Körperpflege oder der Kommunikationsfertigkeit, bezieht.

Frau Krohwinkel erweitert die Aktivitäten des täglichen Lebens (nach Liliane Juchli und Nancy Roper) um den Bereich „*Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen*“. Für uns ist es ein Denkkonzept der Gesamtheit der Pflege, eine Beschreibung der Möglichkeit Pflege zu erfassen, zu planen, durchzuführen und zu evaluieren.

Die in der Pflegewissenschaft anerkannten vier „Schlüsselkonzepte“ in der Darstellung nach Monika Krohwinkel bilden die theoretische Grundannahme für die pflegekonzeptionelle Ausrichtung der Blindenwohnstätte Kniesehaus.

1. Mensch

Mit „Mensch“ sind die Bewohner/innen sowie die Pflegenden und Betreuenden der Blindenwohnstätte gemeint. Der Blick richtet sich dabei auf das „einheitliches, integrale Ganze“ des Menschen (Rogers, 1970)³, welches mehr ist als die Summe seiner Teile. Jeder Mensch ist fähig sich zu entwickeln, zu wachsen und sich selbst zu verwirklichen.

2. Umgebung

Die Umgebung ist der äußere Faktor für Leben, Wohlbefinden sowie Gesundheit. Unter Umgebung zählen ökologische, gesellschaftliche, ökonomische und physikalische Faktoren. Der Mensch und die Umgebung stehen mit ihren Veränderungen in unmittelbarer Wechselwirkung zueinander.

3. Gesundheit und Krankheit

Krankheit und Gesundheit sind dynamische, also bewegliche Prozesse“, die für die Pflegenden der Blindenwohnstätte als Defizite und Fähigkeiten der Bewohner/innen und Bewohner erkennbar werden. Wohlbefinden und weitgehende Unabhängigkeit der Bewohner/innen definieren hier insbesondere den Begriff „Gesundheit“.

4. Pflegerischer Handlungsprozess

Ausgangspunkt des pflegerischen Handlungsprozesses sind die Fähigkeiten, Bedürfnisse und

³ Carl Ransom Rogers (* 8. Januar 1902 in Oak Park, Illinois, einem Vorort von Chicago; † 4. Februar 1987 in La Jolla, Kalifornien) war ein US-amerikanischer Psychologe und Psychotherapeut. Nachdem er 1963 seinen Lehrauftrag als Professor für Psychologie und Psychiatrie an der Universität von Wisconsin zurückgegeben hatte, gründete er in La Jolla, Kalifornien, das Center for the Study of the Person.

Defizite der Bewohner/innen und die dementsprechenden Auswirkungen auf die Einschätzung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden. Die ganzheitliche Erfassung dieser Fähigkeiten/Defizite erfolgt über die Darstellung von 13 „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDLs). Was hierunter zu verstehen ist, wird fortführend in dieser Konzeption benannt und inhaltlich beschrieben.

Des Weiteren beinhaltet Frau Krohwinkels Konzept fünf Teilkonzepte:

- (1) AEDL Strukturmodell
- (2) Rahmenmodell
- (3) Pflegeprozessmodell
- (4) Managementmodell
- (5) Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen

Das AEDL Strukturmodell

AEDL ist die Abkürzung für „Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens“. Es handelt sich hierbei um ein konzeptionelles Modell der Pflege von Monika Krohwinkel. Sie erweiterte damit das Konzept von Liliane Juchli und verknüpfte es ausdrücklich mit (Pflege-) wissenschaftlichem Herangehen an eine Theoriebildung. Juchli unterteilt die Fähigkeiten, Probleme und Bedürfnisse des Menschen in 12 AEDLs:

1. kommunizieren können
2. sich bewegen können
3. für eine sichere Umgebung sorgen
4. vitale Funktionen aufrechterhalten können
5. sich pflegen können
6. essen und trinken können
7. Stuhl- und Harndrang erkennen/ kontrollieren
8. sich kleiden können
9. ruhen und schlafen können
10. sich beschäftigen können
11. sich als Mann oder Frau fühlen
12. soziale Bereiche des Lebens sichern können

Frau Krohwinkel ergänzt diese durch die 13. AEDL

13. mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können (Sterben – Auseinandersetzung mit dem Tod, etc.)

Eine detaillierte Beschreibung der Leistungsinhalte erfolgt unter Punkt 3.1

Durch das Einbeziehen von erworbenen Kenntnissen und Erfahrungen des bisherigen Lebens können das Wohlbefinden und Selbstvertrauen des Menschen positiv beeinflusst werden.

Zu den fördernden Erfahrungen, die eine Pflegeperson bei einem Pflegebedürftigen gezielt verstärken sollte, zählen:

- das Gefühl, etwas darzustellen, anerkannt zu sein, trotz Pflegebedürftigkeit und Alter;
- die Wahl des Mitspracherechtes und der Mitentscheidung;
- die Erfahrung von Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit und Sicherheit;
- die Möglichkeit, sich mitzuteilen und gehört zu werden;
- die Erkenntnis eines sinnvollen Daseins und sinnvolle Beschäftigungen ausüben zu können;
- die Option, seine Gefühle zu zeigen und sich mit seiner Situation auseinander zu setzen, ohne dabei zurückgewiesen zu werden;

(1) Das Rahmenmodell

„Hierbei handelt es sich um das pflegerische Interesse, d. h. den Gegenstand der pflegerischen Handlungen, mit Einflussfaktoren wie Lebens- und Entwicklungsprozessen, Umgebung und Lebensverhältnissen, Gesundheits- und Krankheitsprozessen oder Diagnostik und Therapie, sowie damit zusammenhängende (externe) Ressourcen und Defizite.“⁴

Unsere Bewohner haben das Recht und auch den Anspruch, dass ihre Erfahrungen in den Pflegeprozess integriert und berücksichtigt werden. Frau Krohwinkel beschreibt drei übergeordnete Bereiche, die Einfluss auf die Pflege haben folgendermaßen:

Das primäre pflegerische Interesse: Die Pflegekraft ist daran interessiert, die betroffene Person mit ihren Fähigkeiten, Problemen und Bedürfnissen, unter Berücksichtigung der selbstständigen Ausführung der AEDLs, zu pflegen.

Die primäre pflegerische Zielsetzung: Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität werden durch die Fähigkeit des Pflegebedürftigen und die der persönlichen Bezugsperson zur Gestaltung und Realisierung, erreicht.

⁴ Siehe Krohwinkel, 1998, 137

Die primäre pflegerische Hilfeleistung: Durch Anleitung, Beratung und individuelle Unterstützung fördert die Pflegekraft die Kommunikation mit dem Betroffenen und seiner Bezugsperson.

(2) Das Pflegeprozessmodell

Es wird auch als vier Phasenmodell beschrieben und beinhaltet die vier Phasen, die einen zyklisch angelegten Beziehungsprozess und individuellen Problemlösungsprozess, ermöglichen:

1. Phase	Erhebung	Pflegeanamnese und Pflegediagnose
2. Phase	Planung	Pflegeziele und Maßnahmen
3. Phase	Durchführung	Kreative Umsetzung der Pflegeplanung
4. Phase	Auswertung	Evaluation vor dem Hintergrund einer Soll-Ist-Analyse und Rückmeldung

(3) Das Managementmodell

Frau Krohwinkel bewirkt mit diesem Modell eine klare Aussage:

- Pflege muss geplant werden
- Pflegerische Einzelleistungen müssen geplant und beschrieben werden, damit diese für alle nachvollziehbar sind
- Koordination und Zuständigkeiten der Leistungserbringung muss festgelegt werden
- Mündliche und schriftliche Kommunikation sind unabdingbar für die Informationsweitergabe
- Pflege muss immer wieder evaluiert werden

(4) Das Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen

Durch das Einbeziehen von erworbenen Kenntnissen und Erfahrungen des bisherigen Lebens können das Wohlbefinden und das Selbstvertrauen des Menschen positiv beeinflusst werden. Für die Gestaltung des Pflegeprozesses bedeutet dies:

- **Sichtbarkeit:** Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme werden sichtbar gemacht und in der Pflegeplanung berücksichtigt.
- **Kongruenz:** Es besteht Übereinstimmung zwischen der pflegerischen Tätigkeit und der Einstellung der Bezugsperson zu ihrer Arbeit.
- **Kontinuität:** Der fördernde Beziehungs- und Entwicklungsprozess wird kontinuierlich realisiert.
- **Unabhängigkeit und Wohlbefinden:** Die Pflege ist auf die Förderung von Fähigkeiten in den AEDL – Bereichen ausgerichtet und hat zum Ziel, die größtmögliche Unabhängigkeit und das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen zu fördern und zu erhalten.
- **Synergie:** Die Energie aller Beteiligten fließt in eine Richtung und wird zum Wohle des zu Pflegenden genutzt.
- **Ganzheitlichkeit:** Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme werden in ihren Zusammenhängen und Wechselwirkungen erkannt und der Bewohner wird als Einheit aus Körper, Geist und Seele respektiert.

3.0 Leistungsspektrum

Die Leistungen der Blindenwohnstätte Kniesehaus umfassen die allgemeine Pflege, soziale Betreuung, medizinische Behandlungspflege und Leistungen für Unterkunft und Verpflegung. Sie werden gemäß der Bestimmungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz und denen des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für das Land Berlin erbracht.

Allgemeine Pflege (-leistungen)

Die allgemeinen Pflegeleistungen beziehen sich auf die Unterstützung bzw. teilweise oder vollständige Übernahme von Aktivitäten im Verlauf des täglichen Lebens. Bezogen auf die individuelle Bedarfslage einer Bewohnerin/eines Bewohners gehören dazu:

- Hilfen bei der Grundpflege
- Hilfen bei der Ernährung/ Ausscheidungen
- Hilfen bei der Mobilität/ Aktivität

Der konkrete Hilfebedarf einer Bewohnerin/ eines Bewohners richtet sich nach dem Gutachten der Pflegekassen zur festgestellten, bzw. nach der beantragten Stufe der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz). Entspricht der Hilfebedarf keiner Pflegestufe im Sinne des SGB XI, richtet sich der Umfang der Hilfeleistungen nach den Regelungen der so genannten Pflegestufe 0. Entsprechend dem Pflegemodell werden die allgemeinen Pflegeleistungen unter dem Aspekt einer ganzheitlichen und aktivierenden Pflege erbracht.

Die Blindenwohnstätte versteht hierunter, dass bei den pflegerischen Maßnahmen und Hilfen darauf geachtet wird, dass die blinden und sehbehinderten Bewohner/innen entsprechend ihrer Fähigkeiten oder Defizite geplant und gezielt die notwendige Unterstützung erfahren. Zum einen wird Überforderung vermieden, zum anderen wird aber auch regressiven Verhaltensweisen durch entsprechende Motivation entgegengewirkt.

„Ganzheitlich“ beinhaltet auch, dass innerhalb des Pflege- und Betreuungsprozesses persönliche Entscheidungen einer Bewohnerin/ eines Bewohners zu ihrer/seiner Lebensführung grundsätzlich berücksichtigt oder respektiert werden.

Entsprechend dem Pflegemodell sind die zuvor aufgeführten Hilfen nicht separat zu bewerten/zu beachten, sondern stehen immer in Beziehung zur gesamten AEDL - Struktur.

Frau Krohwinkel teilt die Leistungsbereiche der Pflegeperson, nach dem Grad der Nähe zum Pflegenden, in direkte und indirekte Pflege ein. Als direkte Pflege bezeichnet sie die Hilfeleistungen in den AEDLs und als indirekte Pflege die Leistungen der Mitarbeit bei der ärztlichen Therapie: die Behandlungspflege. Des Weiteren versteht Frau Krohwinkel unter indirekter Pflege die Pflegeorganisation, die Pflegeplanung und die Pflegedokumentation. Im Bereich der direkten Pflege, in der Pflegeprozessplanung handelt die Pflegekraft autonom, in der indirekten Pflege ausschließlich auf Anweisung des Arztes.

Die Inhalte der Hilfeleistungen nach dem Theoriemodell, die auch in unserer Pflegedokumentation wieder zu finden sind, lauten:

B = Beaufsichtigung,
A = Anleitung,
U = Unterstützung,
TU = Teilweise Übernahme,
VÜ = Vollständige Übernahme der zu leistenden Hilfe.

Diesen pflegetheoretischen Grundsatz berücksichtigend erfolgt die weitere Leistungsbeschreibung:

1. Kommunizieren:

Entsprechend dem ausgewählten Pflegemodell zählen zu dieser Lebensaktivität die Bewusstseinslage und die Orientierung in Bezug auf Personen, Zeit und Raum. Insbesondere die Erblindung oder die Sehbehinderung der Bewohner/innen stellen diese AEDL in den Vordergrund. Das Wort „Vertrauen“, allgemein als bedeutungsvoll anerkannt, kann in Bezug zur Bewohnerschaft der Blindenwohnstätte nur durch geeignete Formen der Kommunikation mit Leben erfüllt werden. Die blinden und sehbehinderten Bewohner/innen sind im Wesentlichen darauf angewiesen, dass ihnen alle in ihrer mittelbaren oder unmittelbaren Nähe durchgeführten Handlungen von den entsprechenden Mitarbeiter/Innen begleitend erläutert werden.

Unter *Kommunizieren* ist auch zu verstehen, dass den Bewohnern/ innen die Umwelt beschrieben wird, das beinhaltet die Lage und Beschaffenheit von Gebrauchsgegenständen, Pflege- und Blindenhilfsmitteln, nicht alltäglichen Dingen und Orientierungshilfen zu erläutern. Die Inhalte dieser AEDL beziehen sich aber auch auf die Unterstützung der Bewohner/ innen beim Zugang zu schriftlich verfassten Informationen. Das Spektrum reicht hier z. B. vom Vorlesen der privaten Post, der Zeitung und allgemeiner Bewohnerinformationen bis hin zu Speiseplänen und Beipackzettel von Medikamenten.

In Fällen, in denen außer der Defizite im Bereich des Sehens auch noch das „Hören“ stark oder gänzlich eingeschränkt ist, besteht zudem die Herausforderung an die Pflege und Betreuung, für die Betroffenen individuelle Möglichkeiten der Kommunikation herauszufinden, umzusetzen oder den Erhalt zu fördern (z.B. Schreiben von Buchstaben in die Hand).

Kommunikation mit blinden und sehbehinderten Bewohnerinnen und Bewohnern bezieht sich somit insgesamt, in (zeit-) intensiver Art und Weise, auf alle Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, welche durch die Mitarbeiter/ innen der Blindenwohnstätte mit oder für einen Bewohner/ in durchgeführt werden.

2. **Sich bewegen:**

Diese Lebensaktivität bezieht sich auf die Beweglichkeit innerhalb und außerhalb des Bettes. Dazu gehört die Hilfe beim Aufstehen und Wiederaufsuchen des Bettes, das Bett richten und/ oder der (Teil-) wechsel der Bettwäsche, die Maßnahmen zum körper- und situationsgerechten Sitzen und Liegen.

Bei schwerster Bettlägerigkeit wird speziell gelagert zur Vorbeugung von Sekundärerkrankungen.

Die Beweglichkeit innerhalb des Bettes bezieht sich vordergründig auf die Beachtung von Bewegungseinschränkungen (Lähmungen, Spastiken, etc.) und die Vermeidung von Kontrakturen, Dekubiti und Ödemen. Entsprechend des angezeigten Bedarfs (z. B. Einschätzung des Dekubitusrisikos anhand der Nortonskala) werden die Dekubitus- und/ oder die Kontrakturprophylaxe in Verbindung mit der Pneumonieprophylaxe durchgeführt.

- **Pneumonieprophylaxen sind:**

- ✓ Oberkörperhochlagerung (45°)
- ✓ Atemübungen
- ✓ Anfeuchten der Atemluft
- ✓ sorgfältige Mundpflege
- ✓ Mobilisation

- **Kontrakturprophylaxen sind:**

- ✓ Lagerung
- ✓ aktivierende Mobilisation
- ✓ Krankengymnastik

- **Dekubitusprophylaxen sind:**

- ✓ Hautpflege und Hautschutz
- ✓ Weichlagerung
- ✓ Lagerung nach Lagerungsplan
- ✓ Mobilisation

Die Beweglichkeit außerhalb des Bettes ist durch Aufstehen, Sitzen und Gehen bestimmt. Hierzu werden die Bewohner/ innen ggf. auch bei der Auswahl und Beschaffung entsprechender Hilfsmittel unterstützt sowie im sachgerechten Umgang mit diesen unterrichtet. Ihnen wird geholfen beim Setzen und Verlassen des Rollstuhls, wir helfen beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken.

Weiterhin erhalten die Bewohner/ innen entsprechend ihrer körperlichen Einschränkungen und auf Grund von Erblindung/ Sehbehinderung die notwendige Unterstützung zur Aufrechterhaltung und Förderung ihrer Mobilität.

Hier mit ist z. B. die Begleitung bei Spaziergängen, der Transfer zu Sanitäreinrichtungen oder dem Speisesaal gemeint. Ebenfalls zählt hierzu die Beachtung psychischer Ursachen (Angst, Depression, allgemeine Unsicherheit), welche zu einer verminderten Eigenmobilität führen können. Ziel der pflegerischen Maßnahmen ist die Vermeidung von Bettlägerigkeit.

3. **Für eine sichere Umgebung sorgen:**

Das bedeutet, dass die Mitarbeiter/Innen alles tun, um physischen und psychischen Schaden von den Bewohnerinnen/Bewohnern fern zu halten. Hierzu werden, entweder allgemein oder auf die einzelne Bewohnerin/den einzelnen Bewohner zugeschnitten,

präventive und prophylaktische Maßnahmen und Hilfen durchgeführt bzw. angeboten. Dazu zählen die Bereiche Hygiene und des Brandschutzes ebenso, wie die Hilfen zur örtlichen und zeitlichen Orientierung. Bezogen auf die blindenspezifische Ausrichtung der Einrichtung fallen unter diese AEDL u. a. folgende Aspekte:

- das richtige Führen von blinden/sehbehinderten Bewohnerinnen und Bewohnern,
- die Beachtung durch alle Arbeitsbereiche der Blindenwohnstätte, dass in den Appartements keine Gegenstände und Hilfsmittel ohne Rücksprache mit den Bewohnerinnen/den Bewohnern in ihrer Anordnung verändert werden (Orientierung – Sturzprophylaxe),
- die Unterstützung und Beratung der Bewohnerinnen und Bewohner in Bezug auf die Einrichtung ihres Zimmers (Sturzprophylaxe),
- Blinden-/Hilfsmittel: Einweisung im Umgang und technische Sicherheit (Wartung) gewährleisten,
- die gesonderte Einweisung in den ersten Wochen von neu eingezogenen Bewohner/Innen in die Einrichtung und den hier verordneten Orientierungshilfen.

4. **Vitalen Funktionen des Lebens aufrechterhalten:**

Im Mittelpunkt steht die Förderung der Atemfähigkeit, des Kreislaufes sowie der Wärmeregulation.

Hierzu gehört alles, was mit der Atmung in Zusammenhang gebracht werden kann, z. B. Atemverhalten, Husten, Verschleimung, Infektionen, Störungen jeglicher Art und die Atemnot. Des Weiteren stehen die Kreislaufsituation, Durchblutung, Blutdruck und Puls betreffend und die Funktionen des Zentralen Nervensystems, des Stoffwechsels und die Temperaturregulierung (Fieber) sowie die Transpiration (Schwitzen und Frieren) im Fokus der Hilfeleistung.

Der Focus richtet sich hier auf:

- Fachgerechte und kontinuierliche Krankenbeobachtung durch die Pflegekräfte
- Pflege und Anwendung von Prophylaxen bei akuten Störungen der wichtigsten lebenserhaltenden Organe
- Pflege bei chronischen Störungen wie z. B. Diabetes mellitus
- Durchblutungsstörungen
- Übernahme der Anpassung bei Fehlen des eigenen Wärme- und Kälteempfindens
- qualifiziertes Handeln in Notfallsituationen

5. **Sich pflegen können:**

Die individuelle Körperpflege soll gefördert und unterstützt werden, unter Berücksichtigung der persönlichen Gewohnheiten der Bewohnerinnen und Bewohner. Zu dieser zählt u. a. die Ganzkörperwäsche, die anschließende Hautpflege am gesamten Körper. Bei Bedarf werden die Nägel gereinigt, geschnitten und/ oder gefeilt, auf Wunsch oder Bedarf wird der Kontakt zur Fußpflegerin hergestellt. Selbstverständlich ist der Transfer zur Waschgelegenheit und zurück. Die individuelle Mund- und Zahnpflege beinhaltet als Mundhygienemaßnahme das Zähneputzen, das reinigen der Zahnprothese, die Hilfe beim Einsetzen und Entfernen derselben, die Lippenpflege, die Soor- und Parotitisprophylaxe.

Bei männlichen Bewohnern erweitern sich diese Leistungen selbstverständlich auch um die Nass- oder Trockenrasur. Die Haare werden gekämmt und die Tagesfrisur hergerichtet. Bei Bedarf wird der Kontakt zum Friseur hergestellt.

Die Mitarbeiter/Innen der Blindenwohnstätte achten darauf, inwieweit sich die Bewohner/innen bei diesen Verrichtungen selbstständig versorgen können und inwiefern Hilfestellungen für bestimmte Körperbereiche notwendig sind. Bei Bedarf wird die Körperpflege teilweise oder vollständig übernommen.

Aufgrund des individuell bestimmten Pflegebedarfs erhalten die Bewohner/innen mindestens einmal wöchentlich Unterstützung beim Duschen oder eines Vollbades. „Sich

pflegen“ enthält auch immer die Beobachtung des Hautzustandes auf Rötungen, Schwellungen, Ödeme, Allergien, Hautdefekte und Exikose.

Beim separaten Waschen der Haare wird der Bewohner zur Waschgelegenheit hin und zurück transferiert, das Haar wird getrocknet anschließend gekämmt und wieder in die Tagesfrisur hergerichtet.

Die Intimsphäre wird bei allen Tätigkeiten der Körperpflege gewahrt.

6. Essen und Trinken können:

Die täglich regelmäßig angebotenen Hauptmahlzeiten sind ein wesentlicher Bestandteil der Tagesstrukturierung für die Bewohner/innen. Für das Speisenangebot und für die Zeiten der Speiseneinnahme werden soweit wie möglich individuelle Bedürfnisse und Gewohnheiten der Bewohner/innen berücksichtigt. Es erfolgt der Transfer zum Essplatz und zurück. Die Mitarbeiter/innen der Blindenwohnstätte Kniesehaus achten auf die Menge der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, sowie auf eine ausgewogene Ernährung (einschließlich notwendiger Diäten), den Appetit oder ggf. auch auf Schluckstörungen der Bewohner/innen.

Es wird bei der Essens- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme beraten.

Damit bei entsprechend vorhandenen Fähigkeiten der blinden und sehbehinderten Bewohner/innen, die weitgehend selbstständige Nahrungsaufnahme möglich ist, werden ihnen im Sinne der Konzeption die Speisen mundgerecht zubereitet und der Essplatz bei jeder Hauptmahlzeit gleich eingedeckt. Darüber hinaus erfolgt unmittelbar vor jeder Mahlzeit die Bekanntgabe und Beschreibung der Speisen, sowie deren Lage auf dem Teller. Die hier erforderliche Erklärung erfolgt im Uhrzeigersinn.

Zur selbständigen Nahrungsaufnahme wird der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln gefördert, wie ergonomisches Besteck bei Behinderungen durch Apoplexie oder das Benutzen von Trinkbechern mit Tülle. Entsprechend des individuellen Bedarfs einer Bewohnerin/eines Bewohners erfolgt die Unterstützung beim Umgang mit dem Besteck oder auch eine vollständige Unterstützung (Darreichung) durch das Pflegepersonal bei der Nahrungsaufnahme.

Bei Nahrungsverweigerung wird der behandelnde Arzt konsultiert und nach dessen Anweisung wird die weitere Versorgung durchgeführt.

Bei einer implantierter Magensonde (enterale nasogastrale Sonde/ PEG/ PEJ) wird die ärztlich verordnete Sondenkost aufbereitet und sachgerecht verabreicht, das Spülen der Sonde erfolgt vor und nach jeder Sondenkostgabe.

Bei immobilen Bewohnern erfolgt die Reichtung und/ oder die Gabe der Nahrung nach den Aufrichten im Bett.

Nach der Mahlzeit erfolgt die Handwaschung, die Mundpflege, das Säubern oder das Wechseln der Kleidung.

7. Stuhl- und Harndrang erkennen/ kontrollieren

Schwerpunkte in diesem Bereich sind die Beobachtung von und die Unterstützung bei Ausscheidungen. Die Beobachtungen beziehen sich auf Menge, Rhythmus, Inkontinenz (Unfähigkeit Harn oder Stuhl zurückzuhalten) und Infektionen. Hinsichtlich der Inkontinenz werden dem Bedarf entsprechend Pflegehilfsmittel (z. B. Vorlagen) organisiert sowie bei notwendigem Wechsel dieser Unterstützungen gegeben.

Weiterhin werden Bewohner/innen mit Harninkontinenz regelmäßig unterstützt, die entsprechenden Räumlichkeiten (Toiletten) aufzusuchen, damit möglicherweise vorhandene Fähigkeiten in diesem Bereich erhalten bleiben oder gefördert werden. Die Unterstützung beginnt mit der Hilfe beim Aufstehen und die Begleitung hin und zurück zur Toilette, es folgt das Ausziehen danach das Anziehen einzelner Kleidungsstücke, evt. das Wechseln der Kleidung. Bei der Blasen- und/ oder Darmentleerung wird Hilfestellung

geleistet, bei Inkontinenz geben wir Unterstützung im Sinne des Inkontinenzmaterials, der Dauerkatheterpflege, der Urinalpflege bzw. – Wechsel und die Stomapflege.

Die Obstipationsprophylaxe (Bewegung, ballast- stoffreiche Kost, Buttermilch, ausreichend Flüssigkeitszufuhr, Streichmassage des Bauches) ist uns so wichtig wie das Kontinenztraining unserer Bewohner.

Nach dem Gang zur Toilette ist das Waschen der Genitalien und des Afterbereiches selbstverständlich, danach folgt die Hautpflege.

Beim Erbrechen eines Bewohners leisten wir Hilfe (Kopf halten, Nierenschale bereitstellen, beruhigend auf den Bewohner eingehen, die Scham nehmen, beobachten, evt. den Arzt rufen), wir waschen das Gesicht, die Hände, wir reinigen das Gebiss oder die Zähne und spülen den Mund.

Das Säubern des Pflegebereiches von Verunreinigungen durch Ausscheidungen erfolgt ebenso wie die Entsorgung der Ausscheidungen und der benutzten Materialien in den entsprechenden Abwurfbehältern.

8. Sich kleiden können

Sich kleiden bedeutet, dass die Mitarbeiter/Innen des Pflegebereichs auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner/innen eingehen. Die Unabhängigkeit der blinden und sehbehinderten Bewohner/innen fördern, bezieht sich auf die Anleitung und die Unterstützung beim An- und Auskleiden. Bei Bedarf erfolgt auch in diesem Bereich die vollständige Übernahme durch das Pflegepersonal. Entsprechend der Bewohnerschaft schließt „sich kleiden“ auch immer die Beratung der blinden und sehbehinderten Bewohner/innen hinsichtlich der Farbzusammenstellung und der Kombination ihrer Kleidungsstücke ein. In diesem Zusammenhang wird durch das Pflegepersonal auch auf die Sauberkeit der Bekleidung geachtet.

9. Ruhen und Schlafen können

Die Zeiten des (Nacht-) Schlafs sind Bestandteil der individuellen Tagesstruktur der Bewohner/innen. Das bedeutet, dass die Schlafgewohnheiten sowie gewünschte Ruhepausen der Bewohner/innen berücksichtigt werden sollen. Das Pflegepersonal leistet Unterstützung bei der Förderung eines physiologischen Schlaf-Wach-Rhythmus. Schlafqualität, Schlafdauer und Schlafzeiten sind unter „Ruhen und Schlafen“ die zu beurteilenden Kriterien.

10. Sich beschäftigen können

In diesem Lebensbereich spielen die Tagesgestaltung, Hobbys, Interessen und selbstständige Aktivitäten eine Rolle sowie die angeleiteten Aktivitäten, die zusammen mit anderen Personen (z. B. Angehörigen, Pflegepersonen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten etc.) unternommen werden. Die Blindenwohnstätte Kniesehaus unterstützt die Bewohner bei der Gestaltung ihrer Zeit, mittels eines Beschäftigungsplans. Wir akzeptieren die freie Wahl zwischen Aktivität und Passivität, bieten regelmäßig gezielte therapeutische Einzel- und Gruppenangebote zur Förderung der individuellen Tagesstruktur an.

Im Anhang finden Sie das soziale Konzept der Blindenwohnstätte Kniesehaus.

11. Sich als Mann oder Frau fühlen

Die Pflege und Betreuung durch das Kniesehaus möchte ein positives Selbstempfinden der Bewohnerinnen und Bewohner als Frau oder Mann fördern. Es gilt für die Mitarbeiter/innen des Pflegebereichs, die Sexualität und das Schamgefühl der pflegebedürftigen Bewohner/innen zu respektieren. Das Pflegepersonal, welches bei entsprechenden pflegerischen Maßnahmen auch engen körperlichen Kontakt mit den Bewohner/innen hat bzw. haben muss, wahrt dementsprechend stets die Intimsphäre.

Im Zusammenhang mit dieser AEDL werden auch die Nutzung und der Umgang mit Pflegeprodukten/Hygieneartikeln mit einbezogen. Für die AEDL „sich als Frau oder Mann fühlen und verhalten“ gilt insgesamt, dass das Selbstwertgefühl der Bewohner/innen und ein sicherer Umgang in der Begegnung mit sozialen Kontakten unterstützt und gefördert werden.

12. Soziale Bereiche des Lebens sichern können

Bei diesem Lebensbereich werden die Bewohner dahingehend unterstützt, bestehende Beziehungen aufrechtzuerhalten, das selbst gewählte soziale Umfeld zu fördern und sie vor Deprivationen und Isolation zu schützen. Der Kontakt zu früheren und jetzigen Bezugspersonen wird gefördert, die Angehörigen und Freunde werden mit einbezogen, Einladungen werden organisiert, Besuchsdienste durch ehrenamtliche Mitarbeiter werden aufgebaut.

13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

Hierbei geht das Pflegepersonal der Blindenwohnstätte Kniesehaus auf das individuelle Empfinden der Bewohner/innen hinsichtlich möglicher besonderer Lebenssituationen ein. Solch eine Situation kann z. B. alleine aufgrund der Erblindung/ Sehbehinderung der Bewohner/innen gegeben sein. Als besondere Lebenssituation gelten aber auch der Einzug in die Einrichtung oder der Verlust von Angehörigen und Freunden. Insbesondere die Begleitung Sterbender, wird durch das Pflegepersonal als eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe wahrgenommen. In diesem Prozess werden Vertrauenspersonen (Angehörige, Freunde) mit einbezogen.

Die Bewohner/innen werden hinsichtlich ihrer Auseinandersetzung mit Angst, Isolation, Ungewissheit sowie Tod unterstützt (z. B. Gespräche, Zuhören, einfach Dasein, Akzeptanz ihrer Persönlichkeit).

Das Sterben gehört zum Entwicklungsprozess des Menschen unausweichlich dazu. Sterben ist ein Prozess des Abschiednehmens und Loslassens.

Medizinische Behandlungspflege

Die medizinische Behandlungspflege im Rahmen der ärztlichen Anordnungen ist Bestandteil der pflegerischen Versorgung der Blindenwohnstätte, solange es die Leistungsverpflichtung nach SGB XI erfordert, soweit sie nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden kann. Die entsprechenden Leistungen werden dabei grundsätzlich durch Pflegefachkräfte erbracht. Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege sind z. B.:

**Applikation von Augentropfen und –salben
Vorbereiten, Verabreichen und Überwachung der Gabe von Medikamente
Verabreichen von Injektionen (subkutan, intramuskulär)
Wundversorgung und Verbandwechsel
Einreibungen und Wickel
Katheterpflege
Stomapflege
Sondenpflege bei PEG⁵
Überwachung und Ermittlung der Vitalfunktionen (Temperatur, Puls, Blutdruck)**

⁵ Perkutane endoskopische Gastrostomie

Bronchialtoilette
Trachealkanülenpflege/ Absaugen und Pflege eines Tracheostomas
Verabreichung von Atemsprays
Inhalation
Infusionsüberwachung

In Absprache mit den Bewohnerinnen/ Bewohnern, übernimmt die Blindenwohnstätte Knieesehaus die Verwaltung und Aufbewahrung ihrer Medikamente.

Es wird darauf geachtet, dass die verordnete Maßnahme eindeutig und verständlich vom Arzt schriftlich dargestellt ist und auch vom Arzt unterschrieben ist. Des Weiteren wird die erbracht Leistung der Pflegefachkräfte und die Wirkung der Maßnahme in der Bewohnerakte dokumentiert.

Soziale und psychosoziale Betreuung

Die soziale Betreuung unserer Bewohner und deren Angehörigen wird durch unsere Sozialpädagogin, Heimleitung/ Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sowie der Qualitätsbeauftragten gewährleistet.

Durch Leistungen der psychosozialen Betreuung mit Unterstützung der Ergotherapeutin und Gesellschafterin gestalten wir einen Lebensraum für unsere Bewohner, der ihnen ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben innerhalb und außerhalb der Blindenwohnstätte ermöglicht.

Ziel aller Betreuungsleistungen ist es, insbesondere Vereinsamung, Immobilität, Apathie und Depressionen zu vermeiden, um einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen sowie die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern.

Dementsprechend wird ihnen die Teilhabe innerhalb der Gemeinschaft der Blindenwohnstätte ermöglicht und eine Teilhabe diesbezüglich auch gefördert. Des Weiteren wird hierbei aber auch Bezug auf die Hilfe bzw. Unterstützung für die psychische Bewältigung von besonderen Lebenslagen/-situationen genommen.

Die Erfahrungen der Mitarbeiter zeigen, dass fördernde Elemente, die Freude, Vertrauen und das Sichtbarmachen von eigenen Fähigkeiten bewirken, einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Bewohner/innen ausüben.

Angebote für die Bewohner:

- Gedächtnistraining – die Nase Düfte riechen lassen, z. B. Gewürze, Blumen, Lebensmittel, sich dadurch an bestimmte Ereignisse erinnern, den Tastsinn Alltagsgegenstände ertasten lassen, ein Blatt oder eine Blüte erfühlen und riechen, das Gesicht, die Hand der Therapeutin erfühlen.
- Gymnastik
- Musiktherapie – das Ohr-akustische-reisen durch die Welt des unerschöpflichen Musikkosmos, Hörspiele jeglicher Art, Geräusche erraten, Musikinstrumente wieder erkennen;
- Sturzprophylaxe
- Vorlesen – den Bewohner auch einmal selber eine Geschichte erzählen lassen
- Bibelrunde
- Politische Gesprächsrunde
- Werkstoffgestaltungsgruppe
- Rätselraten
- Hundebesuch
- Individuellen Wünschen und Vorschlägen wird immer nachgegangen

Beschäftigung meint auch die Förderung selbstständiger Aktivitäten der Bewohner/innen, der Erhalt von Alltagskompetenzen. In dem Gemeinschaftsraum oder dem Wintergarten können die Bewohner/innen sich treffen, miteinander reden, Gesellschaftsspiele spielen oder Ähnliches unternehmen. Als weiteres Angebot in diesem Sinne besteht auch die Möglichkeit, über die Blindenwohnstätte Kontakt mit der Hörbücherei aufzunehmen um sich entsprechende Medien (Hörbücher) auszuleihen, dieses Angebot wird von der Sozialarbeiterin organisiert.

Diese Aktivitäten finden in Gruppen von 6- 10 Bewohner statt, da der Zuwendungsbedarf bei blinden und stark sehbehinderten Menschen sehr groß ist und auf die individuellen Bedürfnisse eingegangen wird.

- Der Geschmackssinn- Verschiedene Nuancen, außer salzig, süß, sauer, bitter, durch Geschmacksproben aller Art, wieder neu erkunden, der Appetit wird angeregt.
- Gesellschaftsspiele mit blindengerechten Materialien.
- Themenrunden, z.B. Jahreszeiten, Tiere, aktuelle Themen aus den Leben.
- Mobilisation der Bewohner
- Therapeutische Gespräche
- gemeinsame Einkäufe
- Spaziergänge
- Ausflüge
- Planung und Organisation von Behördengängen

Die verschiedenen Beschäftigungsangebote werden insgesamt in einem Monatsplan festgehalten und am Vormittag des jeweils aktuellen Tages nochmals im Rahmen der morgendlichen Informationsansage den Bewohner/innen bekannt gegeben. Die Bewohner/innen werden motiviert, an den hieran teilzunehmen. Die Entscheidung darüber bleibt ihnen jedoch dabei vorbehalten.

Weiterhin werden in der Blindenwohnstätte für und mit den Bewohnern/Innen kulturelle Gemeinschaftsveranstaltungen und Feste organisiert, wie z. B.

- **gesellige Veranstaltungen**

- Tanztee
- Feste feiern (Faschingsfeiern, Frühlingsfeste, Osterfeste, Sommerfeste, Erntedankfeste, Weihnachtsfeste)
- musikalische Unterhaltung

Diese Aktivitäten erfordern Motivation zur Bewegung, sind Einübungen zum Erhalt von Alltagskompetenzen. Wir geben selbstverständlich Hilfestellung in Form der Begleitung beim Gehen, Stehen und Treppensteigen, Schieben des Rollstuhls, davor das An- und Auskleiden, das An- oder Ablegen von Prothesen im Zusammenhang mit dem Verlassen und Wiederaufsuchen des Zimmers, dies sind auch Aufgaben des Pflegepersonals.

Die begleitende Mobilität eines blinden alten Menschen ist ein sehr zeitaufwendiger Faktor, dies wird in Abschnitt 14 beschrieben.

Das Angebot wird auf die Demenzerkrankten erweitert. Dieses besondere Klientel wird durch das vermischte Wohnen auf den Etagen mit den anderen Bewohnern auf diese Weise integriert.

Um die Begegnung und das Zusammensein auch dieser Menschen mit einer doppelten Behinderung zu gewährleisten, wird es ein spezielles Gruppenangebot am Vor- und Nachmittag für diese Bewohner geben.

„Demenz ist das Nachlassen des Gedächtnisses und anderer kognitiven Funktionen im Vergleich zu früheren Funktionsniveaus des Patienten, bestimmt durch eine Anamnese nachlassender Leistung und durch Anomalien, die anhand der klinischen Untersuchung und neuropsychologischer Tests festgestellt werden“.¹

Der deutlichste Hinweis auf eine Demenz besteht demnach darin, dass die kognitive Leistung eines Individuums von einem früheren Niveau aus betrachtet, gesunken ist. Für eine Demenz spricht, wenn eine Person, z. B. ein Nachlassen des Gedächtnisses und wenigstens einer der kognitiven Hauptfunktionen, z. B. des Verstehens, das Urteilsvermögen oder des Planens, zeigt.

In der Diskussion gilt eine Demenz als leicht, wenn eine Person noch immer die Fähigkeit hat, allein zurechtzukommen (Gedächtnis- und Orientierungsstörungen).

Im mittleren Stadium ist eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich. Zeitliche, räumliche und personelle Orientierung nimmt ab, Sprachstörungen können auftreten, ebenso Verhaltensauffälligkeiten wie gesteigerte Unruhe, Aggressivität usw., wahnhafte Störungen, z. B. Überzeugung bestohlen zu sein, können hinzu kommen, Inkontinenz tritt

Eine schwere Demenz, besteht, wenn dauerhaft Hilfe und Unterstützung notwendig ist.

Die Gruppen werden eine Größe von ca. 4- 6 Patienten haben. Dadurch wird ein gut strukturierter Tagesablauf mit gezielter Einzelbetreuung in Beschäftigung und intensiver Betreuung bei den Mahlzeiten unter Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten gesichert.

Die Einzelbetreuung der Dementen soll täglich, vor allem zu den Mahlzeiten stattfinden. Es werden vor allem die selbstverständlichen Aktivitäten des Alltags wieder eingeübt.

Vergessene Tätigkeiten, z. B. wozu ist das Besteck notwendig, wie halte ich die Gabel, den Löffel, was ist damit zutun?

Regelmäßiges Anziehtraining der Dementen soll selbstverständlich sein.

c) Sozialarbeit (Soziale Bereiche des Lebens sichern)

Sozialarbeit bedeutet die Unterstützung der Bewohner/innen und Bewohnern bei der Erledigung

persönlicher Angelegenheiten und Unterstützung bei der Sicherstellung materieller Belange, wie z.B.

- Taschengeldverwaltung
- Verwaltung von Barbeträgen
- Hilfestellung bei der Geltendmachung sozialhilferechtlicher Ansprüche
- Antragstellung für Blindenpflegegeld

Sozialarbeit erstreckt sich auch auf die Aufrechterhaltung und Schaffung sozialer Kontakte und schließt somit in Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleiterin die Angehörigenarbeit mit ein.

d) Beratung

Beratung schließt Fragen zur Ernährung (Diäten), zum Angebot und Umgang mit blindengerechten Hilfsmitteln ebenso ein, wie Aspekte der persönlichen Lebensführung hinsichtlich von Einschränkungen und Erkrankungen. Beratung heißt auch, dass zukünftige Bewohner/innen ggf. gemeinsam mit den zuständigen Mitarbeiter/innen zu ihrer veränderten Situation nach Bewältigungsstrategien suchen

7.4 Unterkunft (Wohnen)

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus ist sich bewusst, dass für blinde und sehbehinderte Menschen die Orientierung in der ihnen bekannten und vertrauten Umgebung ein wichtiger Bestandteil ihres Lebens ist und der drohende Verlust der vertrauten Umgebung nicht nur Angst und Verunsicherung erzeugen, sondern auch Identitätsverlust bedeuten können.

Deshalb hat jede Bewohner/in / jeder Bewohner auf Grundlage des Heimvertrages ein lebenslanges Bleiberecht in ihrem/seinem Appartement der Blindenwohnstätte Kniesehaus.

Die Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder weitere Behinderungen und ein sich damit möglicherweise ergebender höherer Pflegeaufwand ist kein Grund eine Bewohner/in/einen Bewohner in eine andere Einrichtung zu vermitteln.

Allein eine unabwiesbare akute/ intensiv medizinische Indikation kann die Verlegung einer Bewohner/in/eines Bewohners, soweit er nichts anderes verfügt hat, in ein Krankenhaus notwendig machen.

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus stellt jeder Bewohner/in/jedem Bewohner ein Einzelappartement zur Verfügung. Ein Bewohnerappartement besteht jeweils aus:

- Eingangsbereich (Vorraum)
- Wohnraum,
- Sanitärraum mit Waschtisch und einem WC
- Balkon

Die Ausstattung der Bewohnerappartements umfasst:

- ein Pflegebett mit Matratze
- eine Küchenzeile mit Kühlschrank

Jedes Appartement ist weiterhin mit einer Deckenbeleuchtung, Gardinen und Stores sowie einem Notruf ausgestattet. Strukturelle Besonderheiten in Bezug auf die blinden und sehbehinderten Bewohner/innen sind in der Ausstattung u. a.:

- zur Vermeidung von Gefahren ist keine Kochgelegenheit in den Küchenzeilen integriert
- die Namensschilder an den Eingangstüren sind Hervorgehoben und taktil erkennbar
- quadratische und farblich abgesetzte (dunkle) Lichtschalter in einer Größe von zirka 80 mm

Die Bereitstellung des Wohnraums durch die Blindenwohnstätte Kniesehaus beinhaltet ebenfalls die Versorgung mit Energie (Heizung) und Strom, die Abfallentsorgung und die Wasserversorgung/-entsorgung. Darüber hinaus besteht für die Bewohner/innen die Möglichkeit, den bereits installierten Telefon- sowie TV-Anschluss für eigene Endgeräte zu nutzen.

Es wird seitens der Blindenwohnstätte Kniesehaus Wert auf einer biografiebezogenen Einrichtung gelegt, d. h., die Bewohner/innen können ihr Appartement auf Wunsch mit persönlichem Mobiliar und Gegenständen einrichten. Dabei stehen ihnen die Mitarbeiter/innen für beratende Absprachen zur Seite.

Nach der Renovierung wird jedem Bewohner in seinem Apartment eine modernisierte Nasszelle zur Verfügung stehen. Die sanitären Elemente wie das Waschbecken und das WC wären funktionell so montiert, das die Bewohner durch die nun behindertengerechte Türbreite der Nasszelle, die sanitären Anlagen auch mit dem Rollstuhl anfahren und benutzen können.

Auf den Etagen befindet sich je 1 behindertengerechtes Badezimmer mit einer Hubbadewanne und einer separaten Pflegedusche. Im Nebenraum befindet sich das Behinderten- WC, selbstverständlich, wie alle Appartements, ausgestattet mit einer modernen Pflegepersonalrufanlage.

Eine Fäkalienspüle ist ebenfalls auf jeder der 5 Etagen, so dass die hygienischen Voraussetzungen erfüllt werden.

Die Bade- und Duschköglichkeit auf der Wohnetage wird die Selbständigkeit des Klientels der Pflegestufen 0 und I unterstützen, sie haben die Option alleine und/ oder mit Hilfe des Pflegepersonals die sanitären Anlagen zu nutzen.

7.5 Raumpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Die fachliche und qualitative Sicherstellung der typischen hauswirtschaftlichen Leistungen erfolgen durch betriebszugehörige Mitarbeiter/Innen.

Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung sind:

- Grundreinigung des Appartements
- Grundreinigung dazugehöriger Räume und Flächen wie Bad, Balkon/Terrasse
- Reinigung des Inventars
- Reinigung der Gemeinschaftsflächen (Grund-, Unterhalts- Sichtreinigung)
- Reinigung der Fenster (Fremdvergeben)
- Bedarfsreinigung im Haus

Bei allen Leistungen der Reinigung wird darauf geachtet, dass gegebene und anerkannte Hygienestandards, ebenso wie im Pflegebereich eingehalten werden. Hinsichtlich der Orientierung und der Sicherheit der Bewohner/innen obliegt auch den Reinigungskräften innerhalb ihrer Arbeitsabläufe die Verantwortung betreuungsspezifischer Aspekte zu berücksichtigen, z. B.:

- individuelle Ordnung in den Bewohnerappartements ist beizubehalten
- während der Arbeitsabläufe in öffentlichen Bereichen dürfen keine Arbeitsutensilien die Sicherheit der Bewohner/innen gefährden
- zur Vermeidung von Spiegelungen sind Böden nicht stark zu polieren

Durch zeitversetzte Reinigungsrythmen ist eine permanente Präsenz von Reinigungspersonal gewährleistet. Im Speisesaal, Klubraum und im Wintergarten wird nach den Mahlzeiten nochmals eine Sichtreinigung durchgeführt.

7.6 Wäscheversorgung

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus stellt, soweit dies von den Bewohner/ innen gewünscht ist, die erforderliche Flachwäsche (Handtücher, Bettwäsche) zur Verfügung. Das Waschen der einrichtungseigenen Flachwäsche sowie das Waschen bewohnereigener maschinell waschbarer Kleidung werden durch die Einrichtung sichergestellt. Besondere Reinigungsverfahren (z.B. chemische Reinigung, Benzinbad) gehören nicht zu den Leistungen der Wäscheversorgung.

Bei Bedarf wird leicht beschädigte Kleidung der Bewohner/innen instand gesetzt. Dazu zählt z.B. das Annähen abgerissener Knöpfe.

Die notwendige Kennzeichnung der bewohnereigenen Wäsche ist kein Regelangebot der Blindenwohnstätte Kniesehaus. Jedoch besteht hier die Möglichkeit, ggf. diese Maßnahme durch die Blindenwohnstätte Kniesehaus organisieren zu lassen.

Das Wechseln der Wäsche erfolgt nach Bedarf. Beim Einräumen der persönlichen Wäsche wird Unterstützung geleistet.

Aus rein baulicher Sicht wurde die Wäscherei im Laufe des Jahres 2004 extern verlagert bzw. externe Dienstleister in Anspruch genommen. der bisherige auch qualitative Aufwand wird fortgesetzt.

7.7 Versorgung mit Speisen und Getränken

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus versorgt die Bewohnerschaft mit einem vielseitigen und altersgerechten, ernährungsphysiologisch ausgewogenes Speiseangebot, das durch unsere Küche *frisch zubereitet wird*. Zur Förderung der Gemeinschaft und in Hinblick auf die weitgehende Förderung und/oder Beibehaltung der Mobilität⁶ werden den Bewohner/innen täglich im Speisesaal folgende 4 Hauptmahlzeiten angeboten:

- **Frühstück**
- **Mittagsmenü**
- **Kaffee mit Gebäck**
- **Abendessen**
- **Spätmahlzeit**

⁶ die bedarfsgerechte Unterstützung beim Transfer zum Essplatz wird durch das Pflege- und Betreuungspersonal sichergestellt.

Die Bereitstellung eines 2. Frühstücks erfolgt in/vor den Bewohnerappartements. Die Spätmahlzeit wird individuell, entweder zum Abendessen oder Bedarf entsprechend in den Bewohnerappartements, ausgegeben.

Die Essenszeiten werden im Rahmen der betrieblichen Arbeitsabläufe flexibel gestaltet.

Die Kernzeiten der Mahlzeiten sind:

➤	Frühstück	08.00- 09.00 Uhr
➤	Mittagessen	12.00- 13.00 Uhr
➤	Nachmittagskuchen und Kaffee	15.00- 16.00 Uhr
➤	Abendbrot	18.00- 19.00 Uhr
➤	Spätmahlzeit	ab 19.00 Uhr nach Wunsch

ansonsten sind die Zeiten flexibel.

Selbstverständlich beachten wir die Karenzzeit bei Diabetikern zwischen Abendessen und Frühstück von nicht mehr als 10 Stunden.

Für den Mittagstisch können die Bewohner/innen zwischen zwei Menüs auswählen.

Entsprechend einer ärztlichen Anordnung oder aufgrund einer Erkrankung werden den Bewohner/innen und Bewohnern spezielle Diäten angeboten. Hierzu zählen z.B. die Diabetiker- oder Schonkost.

Der Speiseplan der Woche hängt an der Informationstafel aus und ist in seinem wöchentlichen Angebot abgestimmt.

Zu allen Mahlzeiten werden ausreichend Getränke bereitgestellt. Es besteht die Auswahl zwischen Milch, Tee, Kaffee und Wasser, die in erreichbarer Nähe des Bewohners stehen.

Weiterhin werden Getränke zur Deckung des täglichen Flüssigkeitsbedarfs generell auch in den Bewohnerappartements zur Verfügung gestellt, unter Beachtung des individuellen Flüssigkeitsbedarf des Bewohners.

Die Versorgung mit Speisen und Getränken sowie notwendigen Hilfen bei der Einnahme in den Appartements erfolgt aufgrund von Krankheit oder pflegebedingtem Bedarf der Bewohner/innen.

7.8. Ver- und Entsorgung

Die Einrichtung stellt die Ver- und Entsorgung mit Wasser, Brennstoffen, Energie zur Verfügung, die Abfallentsorgung ist organisiert. Die Bereitstellung von Energie erfolgt für das betreiben von Elektrogeräten wie:

- Geräte zur Körperpflege
- Fernseher, Video, PC
- Unterhaltungselektronik

7.9 Wartung und Unterhaltung

Das Gebäude des Kniesehauses, sowie die Einrichtung, Ausstattung und die Außenanlagen werden regelmäßig gewartet. Die technischen Anlagen der Einrichtung werden gemäß der geltenden gesetzlichen Bestimmungen gewartet und gepflegt.

8. Organisation der Pflege und Betreuung

8.1 Darstellung der Verantwortung und Kompetenzen

Die Blindenwohnstätte Knieshaus wird arbeitsteilig von der Geschäftsführung und der Pflegedienstleiterin geführt. Dabei stellt die Geschäftsführung insbesondere die betriebswirtschaftlichen Belange der Einrichtung sicher und ist für die Organisation hauswirtschaftlicher Arbeitsprozesse verantwortlich.

Die Pflegedienstleitung steht insbesondere in ihrer Funktion als leitende Pflegefachkraft in Verantwortung für die Umsetzung und Sicherstellung aller Prozesse, die im Zusammenhang mit der pflegerischen und behandlungsmedizinischen Versorgung und Betreuung stehen.

Die Pflegedienstleiterin, auch in der Funktion der kommissarischen Heimleiterin erfüllt die gesetzlich geforderten Anforderungen für die Ausübung ihrer leitenden Tätigkeiten. Im Fall, dass die Pflegedienstleiterin vertreten werden muss, gelten folgende Regelungen:

Die Geschäftsführung wird entsprechend der fachlichen und hierarchischen Kompetenzen und Abgrenzungen durch die Pflegedienstleitung, da auch komm. Heimleiterin, vertreten.

Die Pflegedienstleiterin wird durch ihre stellvertretende Pflegedienstleiterin, die dafür mit 30 % ihrer Arbeitszeit freigestellt wird, und die komm. Heimleitung entsprechend von der Geschäftsführung vertreten.

Bei Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft übernimmt die stellvertretende Pflegedienstleiterin die Stellvertretung.

Durch entsprechende Stellenbeschreibungen werden die Aufgaben, Befugnisse und Verantwortungskompetenzen der jeweiligen Stelleninhaber/in geregelt.

8.2 Ablauforganisation

Die ablauforganisatorischen Vorgaben in der Blindenwohnstätte Kniesehaus für die Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsleistungen ergeben sich auf Grund einer ausgewogenen Tagesstrukturierung für die Bewohner/innen. Als Grundlage hierfür gelten sogenannte „normale“ Zeiten. Zeitliche Anpassungen an individuelle Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner/innen werden unter Berücksichtigung betrieblicher Möglichkeiten erfüllt.

Das Ziel der täglichen Ablauforganisation ist es, alle intern erbrachten Leistungen sowie externe Dienstleistungen zeitlich und örtlich für eine optimale Versorgung der Bewohner/innen abzustimmen.

Uhrzeit	Arbeitsabläufe
06.00 – 06.30	Dienstübergabe
06.40 - 08.00	<ul style="list-style-type: none">- Grund- und behandlungspflegerische Leistungen (Körperpflegen, Wundversorgung, Injektionen)- geplante Toilettengänge mit Bew.- ggf. Begleitung der Bewohner in den Speisesaal
08.00 - 09.00	<ul style="list-style-type: none">- Frühstück verteilen- Unterstützung beim Essen- Medikamentenverteilung/-verabreichung- Ansagen (Bekanntgaben): Speiseplan, Veranstaltungsplan für den lfd. Tag, Ärzte im Haus- Ausgabe des 2. Frühstücks- ggf. Begleitung der Bewohner in das Appartements
09.30 – 10.30	<ul style="list-style-type: none">- Beschäftigungsangebote- ggf. Begleitung der Bewohner in den Klubraum- bedarfsgerechte Unterstützung bei der Einnahme des 2. Frühstücks (ca.10.00)- Grund- und behandlungspflegerische Leistungen (Körperpflegen, <i>Wundbehandlungen</i>, Injektionen)- Toilettengänge mit Bew.
ab 10.30	<ul style="list-style-type: none">- ggf. Begleitung der Bewohner in das Appartements-- administrative Aufgaben (Pflegedokumentation)
ab 11.30	<ul style="list-style-type: none">- ggf. Begleitung der Bewohner in den Speisesaal
12.00 – 13.30	<ul style="list-style-type: none">- Mittagessen verteilen- Unterstützung beim Essen- Medikamentenverteilen/-verabreichen- ggf. Begleitung der Bewohner in das Appartements
13.30 – 15.00	<ul style="list-style-type: none">- individuelle Gestaltung für die Bewohner
13.20 – 14.00	<ul style="list-style-type: none">- Dienstübergabe der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter
ab 14.30	<ul style="list-style-type: none">- ggf. Begleitung der Bewohner in den Speisesaal
15.00 – 16.00	<ul style="list-style-type: none">- Kaffee und Gebäck- Unterstützung beim Essen
16.00 – 17.30	<ul style="list-style-type: none">- ggf. Begleitung der Bewohner in das Appartements- Grund- und behandlungspflegerische Leistungen (Körperpflegen, Wundpflegen, Injektionen)- Toilettengänge mit Bew.- administrative Aufgaben (Pflegedokumentation)
ab 17.30	<ul style="list-style-type: none">- ggf. Begleitung der Bewohner in den Speisesaal
17.45 – 19.00	<ul style="list-style-type: none">- Abendessen verteilen- Unterstützung beim Essen- Medikamentenverteilen/-verabreichen

18.30 – 21.00	<ul style="list-style-type: none"> - Ausgabe der Spätmahlzeit - Vorlesen des Fernsehprogramms - ggf. Begleitung der Bewohner in das Appartements - Grund- und behandlungspflegerische Maßnahmen - ab 20.30 Bedarfsentsprechende Unterstützung bei der Einnahme der Spätmahlzeit - administrative Aufgaben (Pflegedokumentation)
21.30 – 21.45	<ul style="list-style-type: none"> - Dienstübergabe der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter
22.00 – 06.30 ab 06.20	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Rundgänge regelmäßig über den Nachtdienst verteilt - Grund- und behandlungspflegerische Maßnahmen - Toilettengänge - administrative Aufgaben (Pflegedokumentation) - Dienstübergabe zwischen Nachtdienst und Frühdienst

8.3 Pflegeorganisation

In der Blindenwohnstätte Kniesehaus bilden die Mitarbeiter/innen über 5 Wohnetagen 3 Pflegeteams.

Damit besteht eine kontinuierliche Begegnung zwischen einer bestimmten Mitarbeitergruppe und einem Teil der Bewohnerschaft. Innerhalb dieser Begegnungsräume „Bewohner/innen - Mitarbeiter/innen“ werden seitens der Mitarbeiter/innen Verantwortungen hinsichtlich der fachlich korrekten Umsetzung und Planung des Pflegeprozesses festgelegt. Diese Festlegung bezieht sich immer auf eine Pflegefachkraft und eine Pflegehelferin/einen Pflegehelfer. Die Zuordnungsverhältnisse werden schriftlich mit Namen und Qualifikation der Mitarbeiter/innen im Stammbblatt der Pflegedokumentation festgehalten.

Aufgaben der Pflegefachkraft sind:

- Festlegung des konkreten Pflegebedarfs und Planung der pflegerischen Maßnahmen
- Verantwortung für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Pflegedokumentation
- Überprüfung und Steuerung der Umsetzung des Pflegeprozesses nach aktuellen pflegfachlichen Erkenntnissen
- Umsetzung bzw. Erarbeitung von Lösungen zu bestimmten Pflegeproblemen (hierunter kann z.B. auch eine pflegfachliche Recherche mittels Fachliteratur fallen)
- Sicherung und Kontrolle der Ergebnisqualität
- biografiebezogenes Beschäftigen mit der Bewohnerin / dem Bewohner
- verstärkte Zusammenarbeit mit, bzw. Kontaktpflege zu Angehörigen
- Anleitung von Pflegehilfskräften sowie Kontrolle der durch Pflegehilfskräfte geleisteten Arbeiten
- Delegation von Aufgaben an Pflegehilfskräfte im Rahmen des Pflegeprozesses

Aufgaben der Pflegehilfskräfte sind:

Die Zusammenarbeit mit der für sie zuständigen Pflegefachkraft in folgenden Belangen:

- Mitarbeit bei der Festlegung des Pflegebedarfs
- Mitarbeit bei der Pflegeplanung
- Mitarbeit bei der Sicherung und Kontrolle der Qualität der Pflege, Überprüfung und Bewertung
- Zusammenarbeit mit, bzw. Kontaktpflege zu den Angehörigen
- selbstständige Durchführung von grundpflegerischen Tätigkeiten entsprechend der geplanten Maßnahmen

Die Dienstzimmer der Pflegemitarbeiter sind auf den Wohnetagen. Dort befinden auch die Medikamentenschränke zur Aufbewahrung der bewohnerbezogenen Arzneimittel.

In Planung ist die Hardware für die EDV gestützten Pflegedokumentation zu installiert. Mit diesem System ist den Pflegemitarbeitern eine zügige optimierte Eingabe der pflegerelevanten Daten möglich. Der Palm, den der Mitarbeiter dann mit sich führt, ermöglicht eine perfekte zeitnahe Dokumentation. Die Daten werden vor der Dienstübergabe vom Palm problemlos auf das Hauptgerät überspielt. Selbstverständlich sind die Mitarbeiter dann sorgfältig für den Umgang dieser Dokumentation geschult.

Pflegerische Tendenzen der Bewohner sind mit dem EDV- Dokumentationssystem schnell und effektiv erkennbar, so dass unsere Handlungskompetenz gestärkt wird.

Jedem Bewohner wird bei Einzug eine pflegerische Bezugsperson zugeteilt. Die Bezugsperson stellt sich am Eintrittstag oder beim ersten Kontakt vor und informiert den Bewohner, bei verwirrten Bewohnern auch gleich den Angehörigen und/ oder den Betreuer über ihre Funktion und die Art der Zusammenarbeit. Die Bezugsperson organisiert und überprüft die Einführung des Bewohners auf der Wohntage und im Haus. Insbesondere informiert sie in den ersten drei Tagen des Aufenthaltes den Bewohner über das Pflegekonzept, den Tages- und Wochenablauf, und über seine Rechte und Pflichten. Die Bezugsperson ist vom Eintritt bis zum Auszug verantwortlich für die Pflege nach dem Pflegeprozess gemäß den entsprechenden Kriterien, für die Erstellung der Pflegeplanung, ebenso kontrolliert sie die Zielvorgabe.

8.4 Dienstplanung

Der Dienstplan im Kniesehaus ist das wichtigste Instrument für die fachliche korrekte und wirtschaftliche Erbringung der pflegerischen und medizinischen Leistungen. Die Dienstplangestaltung und somit der Personaleinsatz orientiert sich im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten nach den Bedürfnissen der Bewohner/innen. Personelle Engpässe, die durch unvorhergesehene Ereignisse eintreffen, werden unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen primär von den Mitarbeiter/innen der Einrichtung überbrückt. In der Dienstplangestaltung werden Zeiten von und für Fortbildungsveranstaltungen der Mitarbeiter/innen und die Sicherstellung der Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte beachtet.

Der Dienstplan wird vier Wochen im Voraus von der Pflegedienstleiterin bzw. der stellv. PDL erstellt.

Die Urlaubsplanung ist am 31. Januar des Jahres abgeschlossen.

Die derzeit geltenden Dienstzeiten für die Mitarbeiter/innen des Pflegebereichs sind:

Frühdienste: FD: 06.00- 14.40 Uhr

Zwischendienste: ZD: 08.00- 16.40 Uhr

Spätdienste: SD: 13.20- 22.00 Uhr

Nachtdienst: ND: 21.30 - 06.40 Uhr

Die Überschneidungszeiträume zwischen den Hauptdiensten werden für den täglichen Informationsaustausch (Dienstübergaben) genutzt und dienen der jeweils beginnenden Schicht auch für die Aufgabenverteilung und Vorbereitung auf den jeweiligen Dienst. Durch die verkürzten Dienstarten werden pflege- und betreuungsaufwandintensive Zeiten des Tagesablaufes bewohnerorientiert kompensiert.

8.5 Umsetzung des Pflegeprozesses

Der Pflegeprozess beginnt bereits mit dem Aufnahmegespräch vor dem Einzug einer Bewohnerin /eines Bewohners und vollzieht sich über ihren/seinen gesamten Aufenthalt in der Blindenwohnstätte Kniesehaus. Er dient der Entwicklung und Umsetzung von Lösungen für den Ausgleich individueller Defizite/Behinderungen einer Bewohnerin /eines Bewohners unter Berücksichtigung ihrer individuellen Fähigkeiten. Entsprechend dem Pflegemodell von M. Krohwinkel sind die wechselseitig sich beeinflussenden und regelmäßigen Schritte des Pflegeprozesses:

- a) die Erhebung: Pflegeanamnese/Erkennen der Pflegedefizite und -fähigkeiten
- b) die Planung: Pflegeziele (Nah- und Fernziele) und Maßnahmen
- c) die Durchführung: kreative Umsetzung der Pflegeplanung
- d) die Auswertung: Evaluation auf dem Hintergrund einer Ist – Soll - Analyse & Feed-back (Rückmeldung)

a) Erhebung

Wie bereits eingangs zu diesem Abschnitt aufgeführt, beginnt die Datenerhebung mit dem Aufnahmegespräch, welches überwiegend durch die zukünftigen Bewohner selber oder durch die Angehörigen einer zukünftigen Bewohnerin/eines stattfindet. Dem schließen sich direkt am Tag des Einzugs weitere Informationssammlungen an. In beiden Fällen werden alle pflege- und betreuungsrelevanten Informationen soweit wie möglich zusammengetragen und anhand des Pflegedokumentationssystems strukturiert erfasst. Zu den Angaben und Informationen zählen:

- persönliche Daten
- soziale Daten
- biografische Daten
- Krankenvorgeschichte
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- körperliche Funktionsfähigkeit, Kontinenz
- Gesundheitszustand
- Zustand der Haut
- Arzneimittel
- Sehfähigkeit

Ziel der ersten Datenerhebung ist es, eine möglichst genaue und exakte Ausgangssituation (Ist-Stand) darstellen zu können. Das bedingt somit bereits zum Beginn des Pflegeprozesses, dass die Bewohner/innen und/oder ihre Angehörigen, so weit von ihnen gewünscht und akzeptiert, mit einbezogen werden. Für das Pflegepersonal bietet sich dadurch zugleich die Möglichkeit, alle weiteren Schritte transparent darzustellen und das Vertrauen der Bewohner/innen zu gewinnen.

Für die Dokumentation der Angaben und Informationen wird hier der anamnestische Fragenbogen (Aufnahmegespräch), das Stamm-, Biografie- und Anamneseblatt genutzt. Die erste Informationserfassung wird so schnell als möglich nach Einzug einer Bewohnerin/eines Bewohners in die Blindenwohnstätte Kniesehhaus abgeschlossen, spätestens jedoch nach 14 Tagen.

Auf Grundlage der ersten Erfassung (= Pflegeanamnese) gilt es für das Pflegepersonal, die Fähigkeiten (= Ressourcen) und Defizite (= Pflegeprobleme) der Bewohner/innen zu erkennen. Die Erfassung orientiert sich hierfür an den „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“. Für die entsprechenden Beschreibungen gilt:

- so kurz und knapp wie möglich
- so exakt wie möglich
- objektiv formuliert
- auf Tatsachen und Beobachtungen beziehen
- frei von Interpretationen und Werturteilen

Für die zeitliche Folge der Aufführung der Fähigkeiten und Defizite anhand der AEDL -Struktur werden Prioritäten bestimmt, sprich je augenscheinlicher und bedeutsamer ein Pflegedefizit ist, umso früher wird damit begonnen, dieses aufzuführen und die entsprechenden Ziele und Maßnahmen festzulegen.

Für die Daten gelten, sowohl bei der Erfassung der Ist-Situation, als auch im weiterem Verlauf des Pflegeprozesses, folgende Quellen der Erhebung:

- direkte Befragungen der (zukünftigen) Bewohnerin/des (zukünftigen) Bewohners
- eigene Beobachtungen
- die Aussagen/Angaben von Angehörigen
- ggf. Krankenunterlagen
- die (Fall-) Besprechungen im Pflorgeteam

b) Planung

Die Planung der Pflege umfasst die zwei Arbeitsschritte „Festlegung der Pflegeziele“ und „Planung der Pflegemaßnahmen“.

D.h., zu jedem zu bewältigendem Pflegeproblem wird ein Pflegeziel formuliert. Es beschreibt, welcher Erfolg mit der Pflege und Betreuung angestrebt wird. Aus diesem Grund sind die Ziele realistisch, erreichbar und überprüfbar zu beschreiben. Sie müssen weiterhin das widerspiegeln, was einer Bewohnerin/einem Bewohner in seiner tatsächlichen Situation zu erreichen möglich ist. Auch für die Beschreibung der Ziele gilt, dass eine möglichst knappe und unmissverständliche Wortwahl genutzt wird. Entsprechend der Problemstellung sind Fern- und Nahziele zu unterteilen. Ziele können sich auf die Zustandsverbesserung, -erhaltung oder -bewältigung beziehen. Es ist ein routinemäßiger Zeitpunkt für die Überprüfung der Ziele zu planen.

Der zweite Teil der Planung ist die Festlegung von Pflegemaßnahmen. Ausgehend von den Pflege- und Betreuungsproblemen werden in Bezug zu den festgelegten Pflegezielen konkrete Pflegemaßnahmen geplant. Dabei werden die Häufigkeiten, spezielles Material oder ggf. Qualifikationseinschränkungen von Mitarbeiter/Innen berücksichtigt bzw. festgelegt. Liegt für die durchzuführenden Maßnahmen ein Pflegestandard vor, reicht hier die Dokumentation dessen. Ist ein Pflegestandard nicht in allen Belangen anwendbar, wird die entsprechende Abweichung zusätzlich mit aufgeführt.

c) Durchführung der Pflege und Betreuung

Die entsprechenden Maßnahmen der Pflege, Betreuung und Therapie werden auf Grundlage der individuellen Pflegeplanung einer Bewohnerin/eines Bewohners erbracht.

Die Mitarbeiter/innen reagieren bei der Umsetzung jedoch immer bedarfsgerecht auf die tatsächlich vorliegende Situation einer Bewohnerin/eines Bewohners, d. h., somit könnten sich auch notwendigerweise Abweichungen von der Planung ergeben.

Die Durchführung von Maßnahmen oder das Auslassen dieser ist in den entsprechenden Nachweisen zu dokumentieren. Festgestellte Tatsachen (Verhalten der Bewohner/innen), Abweichungen zur Planung, Veränderungen der Pflegesituation, Reaktionen auf Maßnahmen sowie Beobachtungen werden im Pflegebericht mit Datum/Uhrzeit und Handzeichen der Pflegekraft im Pflegebericht dokumentiert. Dieser wird lückenlos geschrieben.

d) Auswertung

In der Auswertung wird die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen mit den formulierten Pflegezielen verglichen. Ergeben sich durch die Auswertung Abweichungen, werden die Pflegeziele sowie die Pflegemaßnahmen an die tatsächliche Ausgangssituation angepasst. Zeigt die Beurteilung, dass die Pflegeziele erreicht wurden, erfolgt eine Fortschreibung des Pflegeplanes. Eine tägliche Auswertung der Pflegeplanung ist durch die Dienstübergaben gegeben. Weitere Mittel der Auswertung sind die Pflegevisite und die Fallbesprechungen. Routinemäßige Überprüfungen erfolgen entsprechend der Festlegung bei den Zielen.

Die Ergebnisprüfung wird mit dem Pflegebedürftigen, soweit wie möglich, und mit dem Angehörigen durchgeführt.

Für die Durchführung und Sicherstellung des Pflegeprozesses sind jeweils die Pflegefachkräfte in den Wohnetagen verantwortlich.

Damit die Kontinuität des Pflegeprozesses gewährleistet ist, gelten die Maßnahmen, welche im fortlaufenden Konzept unter Sicherstellung der Informationsweitergabe dargestellt sind.

Die Umsetzung des Pflegeprozesses wird durch die Blindenwohnstätte Kniesehaus selbst als Prozess wahrgenommen. Für die Mitarbeiter/innen des Pflegebereichs bedeutet das, dass sie diesbezüglich ihre Kenntnisse und Fähigkeiten kontinuierlich weiterentwickeln bzw. erweitern.

8.6 Einsatz des Pflegedokumentationssystems

Die Pflegedokumentation ist integraler Bestandteil bei der Umsetzung des Pflegeprozesses.

Im Kniesehaus wird für die Pflegedokumentation ein anerkanntes System (DAN) angewandt. Aufbau und Inhalt der Dokumentationsmappe ermöglichen es, den Pflegeprozess für den Einzelfall widerzuspiegeln. Die zeitnahe Aufzeichnung der pflege-, betreuungsrelevanten sowie der therapeutischen und medizinischen Daten und Informationen ist für den ordnungsgemäßen Leistungsnachweis sowie für die Sicherstellung der quantitativen und qualitativen pflegerischen Versorgung der Bewohner/innen notwendig. Somit besteht in der Dokumentation für die Mitarbeiter/innen der Pflege- und Betreuungsbereiche eine gleichwertige Aufgabenstellung, wie in der direkten Durchführung von Maßnahmen der Pflege und Betreuung.

Grundsätzlich soll jede Berufsgruppe, welche am Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsprozess der Bewohner/innen beteiligt ist, ihre dokumentationsrelevanten Eintragungen selbst vornehmen.

Für jede Bewohnerin/jeden Bewohner werden eine eigene Dokumentationsmappe und ein Bewohnerordner geführt.

Personenbezogene Daten der Bewohner/innen sind primär auf dem Stamm- und Biografieblatt zu vermerken. Pflegerelevante Informationen werden in allen weiterführenden Dokumentationsblättern eingetragen.

Für außergewöhnliche oder seltener eintreffende Situationen werden gesonderte Nachweisblätter geführt. Dazu zählt u. a. der „Pflegeüberleitungsbogen“ bei der Verlegung einer Bewohnerin/eines Bewohners in ein Krankenhaus.

Ein Überblick über die einzelnen Arbeitsblätter der Dokumentationsmappe finden sich im Qualitätshandbuch zur Richtlinie „Umgang mit der Pflegedokumentation“ wieder.

Die Mitarbeiter/Innen der Blindenwohnstätte Kniesehaus sind zu einem äußerst sorgsamem Umgang mit den personenbezogenen sowie pflegerelevanten Daten verpflichtet. Es gilt die Schweigepflicht im Sinne des § 203 StGB. Des Weiteren sind Eintragungen und die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation auch nur von den Mitarbeiter/Innen vorzunehmen, die dazu befugt sind (Datenschutz).

Die Bewohner/innen selbst oder die für sie amtlich bestellten Betreuer/innen haben die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation.

8.7 Weitergabe von Informationen

Informationsaustausch auf Leitungsebene:

Die Geschäftsführung und die Pflegedienstleitung stehen ständig im wechselseitigen Informationsaustausch und stimmen hier die täglichen Arbeitsläufe auf die aktuelle Situation und zukünftige Planungsvorhaben in der Blindenwohnstätte Kniesehaus ab.

Dienstübergaben:

Die wichtigsten Informationen, die im Tagesablauf bei der Pflege und Betreuung sowie bei allen weiteren Arbeitsprozessen anfallen, werden in den Dienstübergaben zwischen den jeweiligen Hauptdiensten des Pflegebereichs weitergegeben. Für die Übermittlung bewohnerbezogener Informationen werden die Pflegedokumentationen hinzugezogen.

Die Dienstübergaben stellen sicher, dass die Mitarbeiter/innen in der jeweils nachfolgenden Dienstart umfassend informiert sind, für eine kontinuierliche Fortführung des Pflegeprozesses.

Team- und Fallbesprechungen:

Im zweiwöchigen Wechsel finden Team- und Fallbesprechungen statt, die protokolliert werden und für die Teilnehmerlisten zu führen sind.

Teambesprechungen haben das Ziel, Handlungs- und Arbeitsabläufe der Wohngruppe/des Arbeitsbereiches im Team zu reflektieren und zu besprechen. Weiterhin werden über die Dienstbesprechungen betriebsbedingte Veränderungen oder Maßnahmen der Qualitätssicherung an die Mitarbeiter/Innen durch ihre Vorgesetzten (Wohngruppenleitungen/Pflegedienstleiterin) übermittelt.

Fallbesprechungen haben zum Ziel, im Pflorgeteam, die Pflege- und Betreuungssituation einzelner Bewohner/innen einzuschätzen, spezielle Probleme/Defizite zu thematisieren und mögliche Lösungen hierfür zu erarbeiten. Anhand von Fallbesprechungen werden unter Bezug auf die aktuelle Pflegedokumentation einer Bewohnerin/eines Bewohners die Ziele und Methoden der täglichen Arbeit überprüft und, wenn notwendig, neu gestaltet.

Dienstanweisung:

Einzelne Arbeitsabläufe oder Verhaltensregelungen, wie z. B. der Umgang mit Betäubungsmitteln, werden durch Dienstanweisungen geregelt. Diese sind für die Mitarbeiter/Innen verbindlich. Dienstanweisungen sind schriftlich fixiert. Die inhaltliche Kenntnisnahme der betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird durch ihre Unterschrift bestätigt.

9. Einbeziehung der Angehörigen

Die konzeptionelle Ausrichtung der Blindenwohnstätte Kniesehaus bezieht sich selbstverständlich auch auf eine kontinuierliche Angehörigenarbeit.

Für die Angehörigen bestehen Kontaktmöglichkeiten zu den Mitarbeiter/Innen im Dienstzimmer sowie zu der Geschäftsleitung, der Pflegedienstleiterin oder der Sozialarbeiterin.

Die Pflegedienstleitung und die Sozialarbeiterin gestalten 2X jährlich am Abend einen „Angehörigen-Stammtisch“.

Die Angehörigen haben hierüber die Möglichkeit, beraten zu werden und eigene Anregungen, aber auch Ängste zu äußern.

Die Arbeit mit Angehörigen bedeutet weiterhin, dass diese soweit wie möglich in den Betreuungs- und Pflegeprozess mit einbezogen werden.

Somit können gegenseitiges Verständnis und Vertrauen zwischen ihnen und den Mitarbeitern entwickelt und gefördert werden. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegebereichs eröffnet sich hierüber zugleich eine weitere Möglichkeit biografiebezogene Informationen über die Bewohner/innen zu erhalten und diese im Pflege- und Betreuungsprozess umzusetzen.

10. Heimgeschehen

Die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt im Sinne des Heimgesetzes. Im praktischen Ablauf des Heimgeschehens zählen hierzu unter anderem so wichtige Bereiche wie die Verpflegung und die Planung und Durchführung von Veranstaltungen. Der Heimbeirat ist hierbei das vermittelnde Gremium zwischen den Bewohnerinnen/Bewohnern und der Geschäftsleitung/ Pflegedienstleitung.

Der Heimbeirat tritt in einem regelmäßigen Abstand von vier Wochen zusammen.

Eine Besonderheit, die sich auch hier aus dem pflege- und betreuungsspezifischen Schwerpunkt der Blindenwohnstätte Kniesehaus ergibt, ist die Teilnahme der Pflegedienstleiterin und der Sozialarbeiterin an den Heimbeiratssitzungen.

Sie unterstützen den Heimbeirat insbesondere bei der Erstellung des Protokolls. Diese Tatsache unterstreicht zugleich die Bedeutung, dass die Mitwirkung des Heimbeirats durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, Pflegedienstleiterin und Sozialarbeiterin erfolgt.

Informationen bzgl. des Heimgeschehens erfolgen blindenspezifisch. Es gibt jeden Mittag im Speisesaal zur Mittagszeit eine Ansage über das Mikrofon. Die Bewohner, welche das Mittagessen im Zimmer einnehmen, werden durch das Pflegepersonal informiert.

11. Zusammenarbeit mit anderen Diensten für die Versorgung und Betreuung

Ärztliche Versorgung:

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben freie Arztwahl. Sollte im Einzelfall kein Hausarzt zur Verfügung stehen, wird die Blindenwohnstätte Kniesehaus auf Wunsch einer Bewohnerin/eines Bewohners für die Vermittlung einer hausärztlichen Betreuung sorgen.

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus hat gute Beziehungen Fachärzten, so dass auch in diesem Fall unproblematisch ein Facharzt vermittelt werden kann.

Physiotherapie:

In der Blindenwohnstätte Kniesehaus sind Mitarbeiter/innen aus Physiotherapiepraxen für die Bewohner/innen tätig. Mittwoch und Freitag sind 2 Angestellte der Praxen im Haus und erbringen physiotherapeutische Leistungen aufgrund von ärztlichen Verordnungen.

Diese Durchführungen werden auf einem entsprechenden Formblatt in der Pflegedokumentation durch die Physiotherapeuten nachgewiesen.

Friseur und Fußpflege –Serviceangebot:

Zum Erhalt und zur Förderung der Selbstständigkeit sowie der Steigerung des Selbstwertgefühls der Bewohner/innen ist ein Angebot außerhalb der gesetzlichen Leistungsverpflichtung der Blindenwohnstätte Kniesehaus unerlässlich. Zu diesen separat nutzbaren Dienstleistungen, welche gegen ein übliches Entgelt in Anspruch genommen werden können, zählen der Friseur und die Fußpflege. Die Blindenwohnstätte Kniesehaus stellt die notwendige Räumlichkeit im Erdgeschoss zur Verfügung.

Der Friseur ist alle drei Wochen und die Fußpflege zweimal wöchentlich für die Bewohner/innen in der Einrichtung. Können die Bewohner/innen diese Örtlichkeiten für Friseur und Fußpflege nicht selbstständig aufsuchen, erhalten sie durch die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Blindenwohnstätte Kniesehaus die notwendige Unterstützung. Im Einzelfall oder wahlweise können Leistungen der Fußpflege sowie des Friseurs auch in den Bewohnerappartements erbracht werden.

Begleitdienste

MAE und ABM Kräfte

Das Aufgabengebiet umfasst:

- Mitwirkung bei der Pflege und Instandhaltung des Inventars
- Mitwirkung bei der Vorratshaltung und Lagerung von Bedarfsartikeln
- Mitwirkung bei Feste in der Einrichtung
- Begleitung von Bewohnern zu Ärzten

- **Holen und Bringen von relevanten Interlagen zu Ärzten und Behörden**
- **Transferleistung der Bewohner innerhalb des Hauses**
- **Spaziergänge mit den Bewohnern**
- **Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Bsp. Bett beziehen**
- **Auf- und Abdecken zu den Mahlzeiten**

Ehrenamtliche Mitarbeiter

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus bindet ehrenamtliche Mitarbeiter/innen in die Betreuungskultur für individuelle Beschäftigungsangebote ein.

Je 1X wöchentlich kommen zwei Damen, zum Singen und zum Vorlesen.

Drei „Grüne Damen“ besuchen die Bewohner je 1X wöchentlich.

Seelsorge

Die Pastorin der evangelischen Steglitzer Gemeinde besucht die Bewohner 1X in der Woche. Den Gottesdienst gestaltet sie zweimal monatlich.

12. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus ist verpflichtet, die gesetzlichen Forderungen, welche sich aus den §§ 80 und 112 SGB XI ableiten, sowie die Bestimmungen des Heimgesetzes einzuhalten und dementsprechend in Eigenverantwortung die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Pflegequalität wahr. Der Bezug besteht hier zu den drei Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Qualitätshandbuch:

Das Qualitätshandbuch der Blindenwohnstätte Kniesehaus legt ihre Qualitätspolitik fest und dokumentiert das Qualitätsmanagement. Derzeitiger Schwerpunkt für die Anwendung des Qualitätshandbuches ist der Pflege- und Betreuungsbereich. Inhalte des Qualitätshandbuches sind, außer dem vorliegenden Konzept, das Pflegeleitbild und weiteren für die Organisation und qualitätsgemäße Sicherstellung der Pflege- und Betreuungsleistungen notwendige Richt- /Leitlinien und Konzepte. Es ist jeder Mitarbeiterin/ jedem Mitarbeiter bei der Pflegedienstleiterin zugänglich.

Qualitätsbeauftragter:

Zur Beratung der Einrichtung aber auch für Kontrollfunktionen ist in den Blindenwohnstätten ein/e Beauftragte/r für die Qualitätssicherung tätig. Die Arbeit dieser Mitarbeiterin/dieses Mitarbeiters korrespondiert diesbezüglich mit den Tätigkeitsfeldern der Pflegedienstleitung.

Weiterhin obliegen ihm die Moderation und die Lenkung des Qualitätszirkels sowie die Initiierung und Bearbeitung notwendiger Pflegestandards und Organisationsrichtlinien /-leitlinien.

Interner Qualitätszirkel:

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus praktizieren regelmäßig einen internen Qualitätszirkel. Dieser hat zum Ziel, Strategien oder Lösungen zu Problemen bzw. Anforderungen der Pflege, Betreuung und Versorgung der Bewohner/innen zu erarbeiten. Themenschwerpunkte sind hierbei z. B.:

- die Weiterentwicklung und Anpassung von Richtlinien, Checklisten, Formularen (z. B. Pflegevisite, Einarbeitungskonzept, ...)
- die Anpassung und Neuerstellung von Pflegestandards
- die Bearbeitung von Schnittstellenproblemen
- Verbesserung von Arbeitsabläufen

Für die Bearbeitungsdauer zu den einzelnen Themen wird im Voraus ein Zeitpunkt festgelegt, bis wann ein Ergebnis oder eine Lösung realisiert bzw. umgesetzt sein soll.

Der Qualitätszirkel findet jeden 1. Montag im Kalendermonat statt und bei Bedarf (akut Themen).

Bei akuten Themen erfolgt die konkrete Terminabsprache dann unter den Teilnehmer/inne/n selbst.

Die Terminfestlegung ist abhängig von der Dringlichkeit eines Themas sowie der Dienstplanung.

Entsprechend der Themenstellung, können Mitarbeiter/innen aus allen Arbeitsbereichen der Blindenwohnstätten Teilnehmer des „internen“ Qualitätszirkels sein. Für den Qualitätszirkel wird die Moderator festgelegt. Dieser ist zugleich für die notwendige Aufzeichnungen und Informationsweitergaben verantwortlich (Erstellung und Verteilung des Ergebnisprotokolls).

Fortbildungen:

Die Blindenwohnstätte bietet ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein kontinuierliches Angebot von Fortbildungsveranstaltungen an. Die inhaltlichen Schwerpunkte hierfür bestimmen sich u. a. aus Anforderungen, welche für die fachgerechte Umsetzung des Pflegeprozesses geeignet sind.

Wesentliche Bestandteile des Fortbildungsprogramms für das Jahr 2010 der Blindenwohnstätte sind:

- **Pflegeprozessplanung und Pflegedokumentation**
- **Umgang mit Arzneimitteln (gem. § 11 Abs. 1 Nr. 11 Heimgesetz)**
- **Arbeits-, Brandschutzvorschriften**
- **Hygienische Maßnahmen (inkl. Belehrungen gemäß Infektionsschutzgesetz)**
- **Prophylaxen**
- **Ernährung und deren Möglichkeiten bei multimorbiden Bewohnern**
- **Betreuungsrecht**

Die Fortbildungen werden durch externe Anbieter und durch interne Mitarbeiter, wie den Qualitätsbeauftragten durchgeführt. Als Integration im pflegerischen Tagesablauf bieten sich als Fortbildungszeiten die Überschneidungslinien des Früh- und Spätdienstes an, also von 13:45- 14:40./14:00-14:40 Uhr.

Verantwortlich für die Erstellung eines prospektiven Fortbildungsplanes ist die Pflegedienstleiterin.

Fachliteratur:

Fachliteratur und aktuelle Fachschriften stehen den Mitarbeiter/innen im Büro der Pflegedienstleiterin zu den Bürozeiten zur Verfügung. Alle Mitarbeiter/innen sind aufgefordert, dieses Angebot zu nutzen und sich über diese Möglichkeit aktuelles Wissen, z. B. über pflegewissenschaftliche und medizinische Entwicklungen sowie über den aktuellen Stand von Maßnahmen zur Einhaltung von Hygienevorschriften, anzueignen.

Pflegestandards:

Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in den Pflegebereichen der Blindenwohnstätte arbeiten nach so genannten „Pflegestandards“, welche inhaltlich in Beziehung zum Pflegeprozess stehen.

Die Anwendung eines Pflegestandards ergibt sich aus der pflegerischen oder therapeutischen Indikation. Dementsprechend sind die Pflegestandards auch bedarfsgerecht bei der Pflegeplanung zu berücksichtigen. Der Zugriff auf den entsprechenden Ordner ist allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Dienstzimmern möglich. Die Standards wurden von den Blindenwohnstätten (gesamt) unter Berücksichtigung aktueller Literatur und Fachzeitschriften erstellt. Inhalt und Umfang dieser unterliegen einer einmal jährlichen Überprüfung auf Aktualität und Plausibilität.

Pflegevisiten:

Derzeit werden in der Blindenwohnstätte folgende zwei Formen der Pflegevisite durchgeführt:

- a) **Supervisierende Pflegevisite:** Sie wird von der leitenden Pflegefachkraft (PDL) mit der zuständigen Pflegefachkraft vor Ort durchgeführt
- b) **die kollegiale Pflegevisite:** Sie wird von hierarchisch gleichgestellten Pflegefachkräften durchgeführt.⁷

Für die Blindenwohnstätte Kniesehaus sind Pflegevisiten ein wesentlicher Bestandteil zuregelmäßigen Bewertung ihrer Ergebnisqualität hinsichtlich der Pflege- und Betreuungsleistungen. Sie sind aber auch ein Bestandteil des Beziehungsprozesses zwischen den Bewohnerinnen/den Bewohnern und den Pflegekräften. Das Verfahren zur Durchführung einer Pflegevisite wird in der entsprechenden Richtlinie, welche im Qualitätshandbuch hinterlegt ist, festgehalten.

Beschwerdemanagement:

⁷ DBfK Landesverband Berlin-Brandenburg e.V./AG Pflegequalität 2002

Ergibt sich trotz der verantwortungsvoll und sorgfältig gestalteten Pflege, Betreuung und Versorgung ein Anlass zur Beschwerde, wird diese durch die Blindenwohnstätte aufgenommen und bearbeitet. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Geschäftsleitung, die Pflegedienstleiterin und die Sozialarbeiterin sind hierzu mögliche Beschwerdeempfänger.

Das Ziel der Kundenzufriedenheit hat höchste Priorität, Mitarbeiter aller Hierarchieebenen sehen Beschwerde als Chance. Beschwerden haben auf der Leitungsebene und in Entscheidungsgremien einen hohen Stellenwert und stehen auf der Tagesordnung.

Kein Beschwerdemanagement ohne Handwerkszeug. Das notwendige Handwerkszeug ist ein geeignetes Verfahren, welches die anfallenden Beschwerden erfasst und deren Bearbeitung mit Ergebnis darstellt.

Die Beschwerdeführer werden durch die Bearbeiter auf dem laufenden gehalten und nach Abschluss der Bearbeitung benachrichtigt.

Die Vorgehensweise und Regeln stehen im Blindenwohnstätten-Qualitätshandbuch: Leitlinie zum Beschwerdemanagement.

Einarbeitungskonzept neuer Mitarbeiter

Das Kniesehaus hat folgende Ziele für ihr Einarbeitungskonzept:

- ✓ Innerhalb der Einarbeitungszeit wird eine Selbständigkeit in der Bewältigung des zukünftigen Aufgabengebiets erreicht.
- ✓ Der Einblick und Überblick in den Arbeitsplatz und den Arbeitsbereich ist gegeben.
- ✓ Die Fachkompetenz im jeweiligen Kompetenzbereich des Mitarbeiters ist gewährleistet.
- ✓ Ein Verantwortungsbewusstsein wird entwickelt.
- ✓ Die Erfüllung bekannter qualitativer und quantitativer Leistung ist gegeben.
- ✓ Eigeninitiative und Engagement haben sich entwickelt.
- ✓ Die Integration in das Team und die Einrichtung ist erreicht.
- ✓ Kritikfähigkeit ist vorhanden.
- ✓ Wirtschaftliches Denken und Handeln haben sich entwickelt.
- ✓ Die Bereitschaft zur eigenen Weiterbildung ist gegeben.
- ✓ Der neue Mitarbeiter akzeptiert und verinnerlicht die Zielsetzung der Einrichtung und des Trägers und trägt diese positiv nach außen.

Im Qualitätshandbuch befindet dazu das Handwerkszeug, das Einarbeitungs- Konzept der Einrichtung.

13. Angaben zum Personal

Zur Erfüllung der fachgerechten Pflege, Betreuung und Versorgung der blinden und sehbehinderten Bewohner/innen hält das Kniesehaus folgende geeignete Kräfte vor.

a) Verantwortliche Pflegefachkraft:

Gemäß der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung sind ihre Aufgaben:

- die Anwendung der beschriebenen Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich
- die fachliche Planung und Sicherstellung der Pflegeprozesse
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
- die an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte
- regelmäßige Durchführung der Teambesprechung

b) examinierte Krankenschwestern/Krankenpfleger:

c) examinierte Altenpflegerin /Altenpfleger:

Die eigenverantwortlichen und selbstständigen Aufgaben der Pflegefachkräfte sind die Pflege, Beratung, Aktivierung und Unterstützung der Bewohner/innen im Sinne dieser Konzeption, d.h., sie nehmen die Verantwortung für eine sachgerechte Umsetzung des Pflegeprozesses wahr.

Weitere Aufgaben beziehen sich auf die Assistenz bei Tätigkeiten des Arztes sowie ggf. die Übernahme fortführender medizinischer Behandlungen.

In arbeitsorganisatorischer Hinsicht sind sie für die Anleitung und Überprüfung der Tätigkeiten nicht examinierter Pflegekräfte verantwortlich.

d) Sozialarbeiter/in - Aufgabenbereiche:

- Kostensicherung
- Kontaktpflege zu den Angehörigen, den Behörden
- Bewohner- und Angehörigenberatung,
- Organisation Beschäftigungsangeboten
- Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiter
- Anleitung von Praktikanten im Bereich Sozialarbeit
- Akquise und Aufnahme von Bewohner/innen

e) Pflegehelfer/innen/Altenpflegehelfer/innen - Aufgabenbereich:

- Unterstützung der examinieren Pflegefachkräfte bei ihren Tätigkeiten
- selbstständige Durchführung von allgemeinen Pflegeleistungen
- Mitwirkung bei der Sicherstellung und Umsetzung des Pflegeprozesses

13.1. Mitarbeiter im Pflegedienst

Nach der Anzahl der Pflegestufen 0- III der Bewohner und dem Personalschlüssel. Die Fachkraft und Helferquoten orientieren sich an den gesetzlichen Bestimmungen bzw. den Bestimmungen der jeweiligen Vereinbarungen mit den Pflegekassen

Unsere blinden und schwer sehbehinderten Bewohner sind nur bedingt fähig sich in ihrem Zimmer zurechtzufinden. In der Einrichtung können sie sich ohne Begleitperson nicht fortbewegen. Sie benötigen ggf. bei jedem Gang in dem 5- stöckigen Haus Unterstützung.

Diese persönliche Hilfestellung ist gegeben bei:

Die Begleitung zu den 4 Mahlzeiten in den Speisesaal, hinunter und hinauf.

- Begleitung zu den Aktivitäten im Haus, Gottesdienste, große Feste, wie Frühlingsfest, Faschingsfest, Sommerfest, Herbstfest, Winterfest, Weihnachtsfeier usw. im Saal
- Begleitende Hilfestellung zu den monatlich stattfindenden Tanztee
- Begleitung für den Wunsch des Bewohners, sich im Wintergarten zu setzen
- Persönliche Begleitung für Spaziergänge, Arztbesuche

Besonders hervorzuheben ist der zusätzliche Zeitaufwand während der pflegerischen Betreuung unserer blinden und schwer sehbehinderten Bewohner. Bei allen AEDL´s (Aktivitäten des täglichen Lebens) ist dies der Fall.

- Kommunizieren -

Die Bewohner sind darauf angewiesen, dass alle in ihrer mittelbaren und unmittelbaren Nähe durchgeführten Handlungen von den Mitarbeitern begleitend erläutert werden. Ist zusätzlich ein Hördefizit vorhanden, gilt es individuelle Möglichkeiten der Kommunikation, wie Buchstaben in die Hand schreiben.

- Sich bewegen, ausscheiden -

Bezieht sich auf die Beweglichkeit innerhalb und außerhalb des Bettes. Hierzu zählen nicht nur die oben aufgelisteten Begleitungen, sondern auch der Transfer zu den Sanitäranlagen.

- Sich pflegen -

Die Körperpflege beim blinden oder schwer sehbehinderten Menschen ist mit vielen Zureichungen verbunden, z. B. Reichen des Zahnbeckers, der Zahnbürste, des Seiflappens etc.. Alles Alltagsgegenstände nach denen ein sehender Mensch selbstständig greifen kann, dies übernimmt bei unseren Bewohner das Pflegepersonal.

- Sich kleiden -

Um die Unabhängig zu fördern, bezieht sich die Hilfe auf Anleitung mit Unterstützung beim An- und Auskleiden. Bei Bedarf erfolgt auch die vollständige Übernahme. Bei einem blinden Menschen ist dies zeitaufwendiger.

- Essen und trinken -

Damit die Nahrungsaufnahme selbständig erfolgen kann, werden die Speisen mundgerecht zubereitet, es folgt eine Beschreibung des Essens und die Lage auf dem Teller, ein zusätzlicher Zeitfaktor.

- Begleitung -

Die Bewohner benötigen ggf. stets Begleitung. Vom Zimmer zum Fahrstuhl zu den Mahlzeiten im Speisesaal und zurück, zu täglichen Veranstaltungen (Vorlesen, Gesprächsrunden etc.), zu Festen, zum Gottesdienst, zum Spaziergang im Garten.

- Behandlungspflege -

Die Medikamentengabe und -einnahme muss beim blinden und stark sehbehinderten Bewohner direkt gegeben und überwacht werden.

Die Mitarbeiter im Pflegedienst bewältigen damit eine wichtige zusätzliche zeitliche Komponente. Der zusätzliche zeitliche Mobilitätsbedarf (mit Einbeziehung der pflegerischen Komponenten) beträgt täglich durchschnittlich über 24 Stunden gerechnet bei Bewohner der Pflegestufen 0 und I = 4 Stunden durch den Wunsch nach zusätzlicher Mobilität. Bei Bewohnern der Pflegestufen II und III = 3,5 Stunden, hier ist die Pflegemobilität zu berücksichtigen.

Den dementen, blinden oder sehr stark sehbehinderten Bewohnern, deren kognitive Fähigkeiten sehr eingeschränkt sind, ist der Mobilitätszeitfaktor in allen Bereichen, er beträgt ca. 4,5 Std. über 24 Stunden. Diese Menschen sind oft nachtaktiv. Sie laufen hilflos über den Gang, durch das Treppenhaus und finden ihr Zimmer nicht .

14. Blindenspezifischer Pflege- und Betreuungsaufwand

Unsere Bewohner sind größtenteils über 70 Jahre und benötigen bei den alltäglichen Verrichtungen in allen Lebenssituationen Unterstützung. Sie sind körperlich eingeschränkt, die Bewegungen fallen ihnen schwer, alles geht langsamer von der Hand. Nun sind unsere Bewohner hochgradig sehbehindert oder blind. Sie leben in 24-stündiger Dunkelheit, oder können vereinzelt noch etwas Hell und Dunkelschattierungen erkennen.

Unsere Bewohner wurden in einer Lebensphase mit der Sehschädigung konfrontiert, in der die Kompensation durch die anderen Sinne nicht mehr so flexibel und in dem Maße möglich ist, wie bei geburts- bzw. jugendblinden Menschen.

Zusätzliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie Einschränkung des Tastsinnes durch lebenslange schwere Arbeit, altersbedingte Hörbeeinträchtigungen, Multimorbidität führen zu erheblichen Einschränkungen im Alltag und erschweren es zusätzlich, mit der Sehbehinderung zu leben.

Unsere Mitarbeiter bringen die Geduld und die Zeit für präzise Anleitungen und Beschreibungen auf, die für Menschen mit den starken Sehproblemen notwendig sind, um sich in ihrer Umwelt zurechtfinden zu können.

Die Bewältigung der Probleme unserer Bewohner sowie die Alltagssituationen sind erschwert durch das Vorhandensein dieser Beeinträchtigungen, der oft desolaten Gesamtkonstitution, altersbedingte mangelnde Flexibilität, Konzentrationsstörungen und mangelndes Selbstbewusstsein durch die Blindheit.

Die Mehrheit unserer blinden und schwer sehbehinderte Bewohner leiden unter einer Netzhautverkalkung (Makulardegeneration). Ursache ist eine Störung an der Netzhaut. Vor allem im Bereich des schärfsten Sehens, der Makula, lagern sich Fette und andere Stoffe ab, so dass die Fähigkeit, scharf zu sehen nach und nach verschwindet. Die Makuladegeneration ist vor allem eine Alterserscheinung.

Als erstes Anzeichen bemerken die Betroffenen verzerrtes Sehen, springende Buchstaben, unscharfe Gesichter und verbogene Linien wie beispielsweise an Fensterrahmen. Weiter wird die Umwelt nur noch verschwommen erkannt. Auch in der Ferne nicht zu entziffernde Schilder können einen ersten Hinweis auf eine Makulardegeneration geben. Nach und nach nimmt die Sehschärfe ab. Schließlich nimmt man in der Mitte des Gesichtsfeldes nur noch einen großen dunklen Fleck wahr.

Besteht noch ein Restsehvermögen liegt es am Betroffenen, was er auf grund der beschriebenen Einflussfaktoren durch Ausnutzung der verbleibenden Sinne noch anfangen kann.

So fühlt sich der Betroffene fast blind, weil er in seiner Orientierung stark verunsichert ist. Dies löst Angst und Panik aus. Der betroffene Bewohner ist unkonzentriert und kann deshalb seine verbleibenden Sinne zur Kompensation nicht optimal ausnutzen.

Sehr schwierig für unsere blinden Bewohner ist das Auftreten von „Phantombildern“. Hierbei handelt es sich um Bilder von Menschen oder Gegenständen, die plötzlich vor dem geistigen Auge entstehen. Bewohner, die auf Grund ihrer Blindheit von solchen „Tagträumen“ befallen werden, erschrecken, zweifeln an ihrem Verstand und es bauen sich extreme Ängste auf Ihre Bewegungen und ihr Gang sind stets unsicher. Sie benötigen für jede Tätigkeit, für jede geringste Fortbewegung mehr Zeit wie ein Sehender. Sie müssen lernen ihre Umwelt zu erfühlen, bei jedem Gang ist die Angst, liegt etwas auf dem Boden, worüber man fallen könnte, gibt es eine Schwelle, an der man stolpern könnte? Steht ein Gegenstand, ein anderer blinder Mensch auf meinem Wege?

Allein aus der Angst heraus ist die Gefahr des Fallens sehr groß. Ein alter blinder Mensch benötigt Hilfe bei den noch so selbstverständlichen Verrichtungen, er braucht Begleitung zur Orientierung. Wir alle, glaube ich, kennen aus unserer Kindheit das „Blinde Kuh- Spiel“, mit verbundenen Augen wird man mehrmals um die eigene Achse gedreht, wir haben keine Orientierung mehr. Wir hatten die Möglichkeit unter der Augenbinde hervor zu lukan, blinde Menschen können dies nicht. Bei ihnen bleibt es für immer dunkel, sie wissen nicht wie ihre Umwelt aussieht.

Unsere Mitarbeiter geben besonders viel geduldige Unterstützung in allen Bereichen des Lebens, angefangen bei der Grundpflege, über die Mobilität inner- und außerhalb des Hauses.

Unser Pflegepersonal übernimmt für unseren blinden und schwer sehbehinderten Bewohner viele weitere Alltagstätigkeiten: z. B.

Wäscheorganisation= die eigene Wäsche wird nach dem Waschen oder der Reinigung im Kleiderschrank einsortiert, der Bewohner ist dabei und es wird mit ihm beraten, in welcher Weise die Einsortierung erfolgen soll
die Post wird vorgelesen

wir kümmern uns um die Verwahrung von Barbeträgen der Heimbewohner, d. h. die Mitarbeiterin begleitet den Bewohner zum Fahrstuhl in das Erdgeschoss zur Verwahrgeldkasse, erklärt und erläutert den Ablauf und begleitet den Bewohner wieder nach oben in das Zimmer
unsere Mitarbeiter übernehmen Behördendienste, wie Antragstellungen, bearbeiten von Rückfragen der Behörden, Widersprüche einlegen

die Mitarbeiter führen regelmäßige Wertsachen- und Schmuckinventur zusammen mit dem Bewohner durch, d. h. der Bewohner bekommt jedes Wert- und/ oder Schmuckstück in die Hand und „befühlt“ den Gegenstand und die Pflegekraft beschreibt ihn verbal

Unsere Bewohner haben einen sehr hohen Mobilitätswunsch, der zurückzuführen ist auf die innere Isolation der Bewohner, welche durch die Blindheit oder der schweren Sehbehinderung entsteht. Diese Menschen können uns selbstverständliche Freizeitaktivitäten nicht mehr durchführen. Sie können keine Handarbeiten mehr tätigen, wie stricken und häkeln, nicht mehr lesen, kein fernsehen, eine sonst beliebte Tätigkeit.

Alte blinde und schwer sehbehinderte Menschen sind, um ihre innere Isolation zu überwinden, auf unsere Mitarbeiter angewiesen.

Jede Mobilitätsaktion, sei es der Transfer mit dem Fahrstuhl zum Baden, ist mit Kommunikation verbunden, also ein „Herausholen“ aus der inneren Isolation, es wird wie ein trockener Schwamm von unseren Bewohnern aufgesogen.

Dies gilt für unsere Bewohner der Pflegestufen I und II, wie auch für die Bewohner der Pflegestufe III, die auch teilweise demenzkrank sind, einen manchmal umgekehrten Tag- Nachtrhythmus haben, in der Nacht durch das Haus wandern, wo sie durch die Nachtwache begleitet werden. Diese Bewohner schlafen morgens etwas länger und sind dann munter und durch ihre demenzbedingten Ängste sehr agil.

Auf Grund ihrer Verwirrtheit und der daraus resultierenden inneren Unruhe, die sie stets zu „Wanderungen“ durch die Einrichtung antreibt, werden sie durch unsere Mitarbeiter begleitet, damit sie sich nicht verletzen, sie sind ja zusätzlich blind.

Denn diese dementen Bewohner der Pflegestufe III (erhöhter pflegerischer Bedarf) haben sehr gravierende kognitive Störungen, sie haben Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur und vor allem die fehlende Urteilsfähigkeit mit der fehlenden Orientierungslosigkeit, verbunden mit der Blindheit benötigen einen sehr hohen Mobilitätsbedarf.

Um den blindenspezifischen Bedarf unserer Bewohner explizit aufzuzeigen, ein typischer Tagesablauf eines Bewohners der Pflegestufe I / II und eines mobilen Bewohners der Pflegestufe III:

- 6. 40 Uhr: Lebenszeichenkontrolle/ Anwesenheit
- morgendliche Begrüßung des Bewohners mit namentlicher Vorstellung der Pflegekraft
- zurückziehen der Vorhänge mit verbaler Ansage
- Wetteransage
- Kommunikation hinsichtlich der Maßnahmen in Bezug auf die Körperpflege

- Hilfe beim Aufrichten im Bett, Hilfestellung beim Erreichen des „Galgens“ durch Führen der Hände
- Getränk in die Hände reichen
- Hilfestellung beim Hinsetzen auf der Bettkante durch Führen der Hände
- Hausschuhe anziehen
- Unterstützung beim Aufstehen
- Unterstützung beim Bademantel ankleiden durch Führen der Arme
- Begleitung und Unterstützung beim Führen zum Bad- Richtung ansagen, auch ob Möbel den Weg flankieren, denen ausgewichen werden muss
- im Bad konkrete Hilfeleistung beim Hinsetzen auf das WC- Becken durch Führen der Hand auf den WC- Brillenrand
- Führen der Hand zum Toilettenpapierhalter, Abreißhilfe
- Aufstehhilfe vom WC, Hand zum Haltegriff führen
- Hilfestellung beim Nachthemd ausziehen
- Inzwischen hat die Pflegekraft mit dem Stöpsel das Waschbecken verschlossen, das Wasser eingelassen
- Intimpflege mit Ansage und Anleitung: Führen der Hände des Bewohners in das Waschwasser zum Seiflappen, nach Reinigung führen der Hände durch die Pflegekraft wieder in das Waschbecken und dieses Mehrmals bis Reinigung durch den Bewohner getätigt= aktivierende Pflege
- Inkontinenzversorgung durch das Pflegepersonal
- dem Bewohner das Handtuch zum Abtrocknen in die Hand geben
- nach dem Wasserwechsel erfolgt die Körperwaschung- und pflege, die der Bewohner im Rahmen seiner Ressourcen unter Anleitung tätigt
- Hilfestellung mit Ansage beim Ankleiden des Bademantels, Hände führen
- Anleitung zur Mundhygiene: den gefüllten Zahnbecher in die Hand geben, die Zahnbürste mit Paste direkt in die Hand legen, Säuberung der Utensilien und/ oder der Zahnprothese durch die Pflegekraft, Reichen der Prothese in die Hand
- den Kamm direkt in die Hand geben
- Herausführen aus dem Bad mit Ansage, zum Sessel führen- mit Ansage hinsetzen
- Beratung und Planung des Bewohners hinsichtlich der Kleidungsauswahl und deren Farbzusammenstellung
- Achten auf die Sauberkeit der Kleidung durch das Pflegepersonal
- Anleitung/ Unterstützung beim Ankleiden durch Ansagen und entsprechendes Hinhalten der Orientierungshilfen (z.B. rechter Ärmel zum rechten Arm), Arm und/ oder Bein führen
- Kontrolle der Beine → Ödembildung
- Farbberatung des Schuhwerkes
- nach dem Ankleiden den Kamm nochmals reichen
- auf Nachfrage ein Getränk reichen
- am Badetag: nach dem WC- Gang
- Begleitung durch das Pflegepersonal vom Zimmer zum Fahrstuhl mit Richtungsansage und hand zum Handlauf führen, in die Badeabteilung fahren
- vom Fahrstuhl zum Badezimmer begleiten, mit Richtungsangaben
- Hilfestellung beim Duschen oder Baden
- Begleitung von der Badeabteilung zum Fahrstuhl, Hand zum Handlauf führen, zur Etage fahren
- vom Fahrstuhl zum Zimmer begleiten, und zum Handlauf führen
- Hilfestellung beim Ankleiden durch Führen der Arme beim Oberteil, Führen der Beine beim Ankleiden von Hose oder Rock
- 8.00 Uhr zum Frühstück in den Speisesaal, Begleitung durch das Pflegepersonal zum Fahrstuhl, Hand führen zum Handlauf
- im Erdgeschoss aussteigen, zum Speisesaal führen
- zum Platz führen mit Richtungsansage
- Hilfestellung beim Setzen auf dem Stuhl durch Führen der Hände zu den Armlehnen
- im Uhrzeigersinn ansagen, wo Teller, Tasse stehen
- Nahrung mundgerecht bereiten
- Kaffee und Mineralwasser eingießen
- die Hand zum Brötchen führen, evt. mehrmals
- evt. Nahrung reichen
- Medikamente reichen, evt. Erklärung der Medikamente
- auf Einnahme der Medikamente achten
- Flüssigkeitsbecher in die Hand reichen
- Ansage der Beschäftigungsangebote, Friseurtermin, Fußpflegetermin, Arzttermine des Tages durch die Pflegekraft

- Besprechung des Tagesablaufes mit Festlegung der Uhrzeiten
- Hilfestellung beim Aufstehen vom Stuhl durch Führen der Hände zu den Armlehnen
- Begleitung zum Fahrstuhl, hochfahren
- aussteigen, zum Zimmer begleiten, Hand zum Handlauf führen
- in das Zimmer führen
- zur Toilette führen
- Ausziehhilfe
- Hilfestellung bei der Vorbereitung beim Setzen auf das WC
- Hilfestellung beim Hinsetzen auf den WC- Sitz durch Führen der Hände zu den Armstützen
- Führen der Hand zum Toilettenpapierhalter, Abreißhilfe
- Hilfestellung bei der Reinigung
- Inkontinenzmaterial wechseln
- Unterstützung beim Aufstehen, führen der Hand zum Haltegriff
- Unterstützung beim Kleidungsrichten
- Hilfestellung beim Händewaschen
- Führen zum Sessel
- Getränke in die Hand reichen
- Arzttermin: Beratung der korrekten Kleidung, Farbwahl von Mantel, Jacke und Außenschuhe mit abfragen und ansagen
- Hilfestellung beim Ankleiden, führen der Arme zum Ärmelloch
- Hilfestellung, ob die benötigten Utensilien, wie KK- Karte, Ü- Schein, Portemonnaie in der Handtasche sind, auch Papiertaschentücher, Bedarfsmedikation, überprüfen, ansagen, Kontrollmeldung durch die Pflegekraft
- Begleiten aus dem Zimmer
- Begleiten zum Fahrstuhl, Hand zum Handlauf führen, herunterfahren
- aussteigen, zur Tür begleiten
- von der Einrichtung zum Arzt begleiten
- viele Ärzte sind zu Fuß erreichbar, dorthin führen, auf der Straße ist dies sehr schwierig und aufwendig, da der Gehsteig für die Füße eines blinden Menschen sehr uneben ist, die Geräusche irritieren, Bordsteine sind zu überwinden, anderen Leuten ist auszuweichen
- beim Arzt führen in das Wartezimmer, führen in das Arztzimmer
- vom Arzt zurück in die Einrichtung führen
- in den Fahrstuhl begleiten
- vom Fahrstuhl in das Zimmer begleiten, Hand zum Handlauf führen
- Hilfestellung beim Auskleiden
- Hilfestellung beim Vorbereiten und Hilfestellung beim Hinsetzen auf das WC durch Führen der Hand auf den Brillenrand
- Führen der Hand zum Toilettenpapierhalter, Abreißhilfe
- Hilfestellung bei der Verrichtung und Reinigung
- Inkontinenzmaterialwechsel
- Unterstützung beim Kleiderrichten
- Hilfestellung beim Händewaschen durch Führen der Hände zum Waschbecken
- Getränke reichen
- Auswertung des Arztbesuches
- Vorlesen der Post
- nach den Wünschen des Bewohners aufräumen des Zimmers, alle Dinge, auch Kleinigkeiten, wie z. Bsp. Papiertaschentücher, müssen stets am selben Platz liegen, die Möbel stets am gleichen Ort bleiben, Platzwechsel immer mit dem Bewohner abstimmen, es wird vom Bewohner ertastet, es muss jedes Teil beim Aufräumen erklärt, erfragt und/ oder beschrieben werden
- Aufräumen des Kleiderschranks und die Wäscheverwaltung durch das Pflegepersonal muss erfragt, erklärt und beschrieben werden
- 12.00 Uhr Mittagessen: Begleitung aus dem Zimmer zum Fahrstuhl
- hinunterfahren, dort Begleitung mit Richtungsansage zum Speisesaal
- Führen zum Platz
- Hilfestellung beim Setzen auf dem Stuhl durch Führen der Hände zu den Armlehnen oder der Sitzfläche
- im Uhrzeigersinn ansagen, wo Teller, Glas stehen, Hand zur Orientierung hinführen
- Nahrung mundgerecht bereiten
- sagen wo im Uhrzeigersinn die zubereiteten Lebensmittel liegen
- Kaffee und Mineralwasser eingießen
- Hände zum Besteck führen

- evt. Nahrung reichen
- Medikamente reichen, evt. Erklärung der Medikamente
- auf Einnahme der Medikamente achten
- Flüssigkeit in die Hand reichen
- Hilfestellung beim Aufstehen
- zum Fahrstuhl führen
- hochfahren, zum Zimmer begleiten
- zum WC führen
- Hilfestellung beim Vorbereiten und Hilfestellung beim Hinsetzen auf das WC
- Hilfestellung bei der Verrichtung und Reinigung
- Inkontinenzmaterialwechsel
- Unterstützung beim Kleiderrichten
- Hilfestellung beim Händewaschen, führen der Hände zu Seife, in das Waschbecken, zum Handtuch
- Führen zum Bett, Mittagsruhe, wenn gewünscht
- Hilfestellung bei der Teilentkleidung
- Hilfestellung zum Hinlegen, zudecken
- Schauen, ob alles in Ordnung ist
- vor dem Kaffeetrinken: Hilfestellung aufstehen, führen der Hände zur Bettkante, anziehen
- Begleitung zum WC
- Hilfestellung beim Vorbereiten und Hilfestellung beim Hinsetzen auf das WC
- Führen der Hand zum Toilettenpapierhalter, Abreißhilfe
- Hilfestellung bei der Verrichtung und Reinigung
- Inkontinenzmaterialwechsel
- Unterstützung beim Kleiderrichten
- Hilfestellung beim Händewaschen, führen der Hände zu Seife, in das Waschbecken, zum Handtuch
- 14.45 Uhr zum Kaffeetrinken Begleitung zum Fahrstuhl, führen der Hand zum Handlauf
- hinunterfahren, dort Begleitung mit Richtungsansage zum Speisesaal
- Führen zum Platz
- Hilfestellung beim Setzen auf dem Stuhl durch Führen der Hände zu den Armlehnen oder der Sitzfläche
- im Uhrzeigersinn ansagen, wo Teller, Tasse und Glas stehen, zur Orientierung Hand hinführen
- evt. Kuchen mundgerecht bereiten
- Hand zum Gebäck oder Kuchengabel führen
- Kaffee und Mineralwasser eingießen
- evt. Nahrung reichen
- Flüssigkeit in die Hand reichen oder Hand zu Tasse führen
- Hilfestellung beim Aufstehen
- zum Fahrstuhl führen
- hochfahren, zum Zimmer begleiten, Hand zum Handlauf führen
- zum WC führen
- Hilfestellung beim Vorbereiten und Hilfestellung beim Hinsetzen auf das WC
- Führen der Hand zum Toilettenpapierhalter, Abreißhilfe
- Hilfestellung bei der Verrichtung und Reinigung
- Inkontinenzmaterialwechsel
- Unterstützung beim Kleiderrichten
- Hilfestellung beim Händewaschen, Hände zur Seife führen, zum Waschbecken und Handtuch führen
- Hand zum Hörer führen
- Hilfestellung beim Telefonieren mit Angehörigen, Nummern wählen, evt. mit ihnen sprechen
- 16.00 Uhr Singen im Clubraum: Führen zum Fahrstuhl, Hand zum Handlauf führen
- hinunterfahren, dort Begleitung mit Richtungsansage zum Clubraum
- Führen zum Platz
- Hilfestellung beim Setzen auf dem Stuhl durch Führen der Hände zu den Armlehnen oder der Sitzfläche
- Begrüßung organisieren mit der Veranstalterin
- 17.00 Uhr nach der Veranstaltung Hilfestellung beim Aufstehen
- Begleitung zum Fahrstuhl
- zum Fahrstuhl führen
- hochfahren, zum Zimmer begleiten, Hand zum Handlauf führen
- zum WC führen

- Hilfestellung beim Vorbereiten und Hilfestellung beim Hinsetzen auf das WC
- Führen der Hand zum Toilettenpapierhalter, Abreißhilfe
- Hilfestellung bei der Verrichtung und Reinigung
- Inkontinenzmaterialwechsel
- Unterstützung beim Kleiderrichten
- Hilfestellung beim Händewaschen, Hände zur Seife führen, zum Waschbecken und Handtuch führen
- zum Sessel führen
- Hilfestellung beim Setzen, Hand zur Lehne führen
- 18.00 Uhr zum Abendbrot in den Speisesaal
- aus dem Zimmer begleiten
- zum Fahrstuhl begleiten, Hand zum Handlauf führen
- hinunterfahren, dort Begleitung mit Richtungsansage zum Speisesaal
- Führen zum Platz
- Hilfestellung beim Setzen auf dem Stuhl durch Führen der Hände zu den Armlehnen oder der Sitzfläche
- im Uhrzeigersinn ansagen, wo Teller, Tasse und Glas stehen, zur Orientierung Hand hinführen
- evt. Abendbrot mundgerecht bereiten
- Tee und Mineralwasser eingießen
- Hände zum Brot oder Besteck führen
- evt. Nahrung reichen
- Hand zur Tasse führen oder Flüssigkeitsbecher in die Hand reichen
- Hilfestellung beim Aufstehen
- zum Fahrstuhl führen
- hochfahren, zum Zimmer begleiten, Hand zum Handlauf führen
- zum WC führen
- Hilfestellung beim Vorbereiten und Hilfestellung beim Hinsetzen auf das WC
- Führen der Hand zum Toilettenpapierhalter, Abreißhilfe
- Hilfestellung bei der Verrichtung und Reinigung
- Inkontinenzmaterialwechsel
- Unterstützung beim Kleiderrichten
- Hilfestellung beim Händewaschen, Hände zur Seife führen, zum Waschbecken und Handtuch führen
- Führen zum Sessel
- Fernsehen einschalten
- Getränke reichen
- 20.00 Uhr nach Wunsch zu Bettgehvorbereitungen
- Hilfestellung beim Auskleiden
- Hilfestellung Nachthemd anziehen
- zum WC führen
- Hilfestellung beim Vorbereiten und Hilfestellung beim Hinsetzen auf das WC
- Führen der Hand zum Toilettenpapierhalter, Abreißhilfe
- Hilfestellung bei der Verrichtung und Reinigung
- Inkontinenzmaterialwechsel
- Hilfestellung beim Händewaschen, Hände zur Seife führen, zum Waschbecken und Handtuch führen
- zum Bett führen, zudecken
- Licht löschen
- 22:40 Uhr Lebenszeichenkontrolle/ Anwesenheit durch den Nachtdienst

15. Raumkonzept

Die Aufnahmekapazität der Blindenwohnstätte Kniesehaus ist 78 Bewohner/innen in Einzelapartments. Wie eingangs zum Konzept beschrieben, erstrecken z. Zt. sich die Wohnetagen über 5 Geschosse und Erdgeschoss der Einrichtung.

Aufgrund von Dienstzimmern in allen Wohnetagen und deren technischen Ausstattung ist es möglich, die Einrichtung arbeitsorganisatorisch wie beschrieben in 3 „Wohnebenen“ einzuteilen, und somit auch der

qualitativen Forderung „überschaubare Pflegeteams zu bilden“⁸ weiterhin entgegen kommen. Zwei Pflegebäder, zwei separate Duschräume, zwei behindertengerechte WC und zwei Fäkalienspüle stehen in jedem Wohnbereich zur Verfügung. Über einen modernen, blindengerechten⁹ Fahrstuhl sowohl ein verbesserter Transfer der Bewohner/innen zu den Gemeinschaftsräumen gewährleistet werden, sowie die Bestückung der Dienstzimmer mit Material, Wäsche u. a..

Innerhalb der architektonischen Struktur werden in der Blindenwohnstätte Knieesehaus den Räumen, wie folgt dargestellt, bestimmte Funktionen zugeordnet.

A) Wohn- und Betreuungsräume

Bewohnerapartments (kombinierter Wohn- und Schlafrum mit Sanitärbereich) (vgl. Punkt 7.4)

- individueller Lebensbereich
- Verweilmöglichkeit, Beschäftigungsmöglichkeit innerhalb des Apartments
- Gestaltung des Wohnraumes oder Teile des Wohnraumes als Privatraum mit persönlichen Gegenständen
- Ort der Begegnung mit Mitbewohner/innen, Angehörigen und Freunden
- Sanitärbereich für Körperpflege (Waschen, Duschen)
- Sanitärbereich für Toilettengänge

Speisesaal im Erdgeschoss

Gemeinsame Einnahme von Mahlzeiten mit Bewohner/innen aus allen Wohnbereichen

Durchführung von Festen und Veranstaltungen

(Kapazität: 60 Sitzplätze, in Verbindung mit dem anschließenden Klubraum Ausweitung auf 100 Plätze möglich)

Klubraum

Durchführung von Beschäftigung und Betreuungsangeboten

Durchführung der Gruppengymnastik

Abhalten von Gottesdiensten

Singstunden

Vorlesen

Gedächtnistraining

Wintergarten- Funktion

Durchführung von Beschäftigung und Betreuungsangeboten

Die Ausstattung mit einer Hörfunkanlage erlaubt besondere Hör-, oder Tanzveranstaltung.

Entspannung und Erholung (ca. 35 Sitzmöglichkeiten)

B) Außenanlagen

Terrasse - Funktion (im Sommer)

Entspannung und Erholung (Sitzmöglichkeiten)

Kontaktpflege zu Mitbewohnern

Möglichkeit von Gruppenaktivitäten

Garten - Funktion

Kontakt zur Natur (Beriechen, Berühren, Pflegen)

Bewegung (Mobilisation)

Kontaktpflege zu Mitbewohnern

Orientierungsunterstützung:

gelenkte Wege

Wahrnehmung von Geräuschen (Brunnen)

Unterschiedliche Bodenbeläge

C) Funktionsräume

Dienstzimmer (Stationszimmer) pro Wohnbereich

Funktion 1:

- Organisation der gesamten Pflege- und Betreuung für einen Wohnbereich in Form von:

- Aufbewahrung der Pflegedokumentation (Computer gestützt)

⁸ gemäß der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI

⁹ Ansage der Geschosse, taktile Bedienelemente,

- Aushang von Dienstplänen
- Überwachung des Notrufs für die Wohnebene, aber auch für die gesamte Einrichtung (. bedeutsam für Nachtdienstregelungen)
- Aufbewahrung und Verwaltung von Medikamenten
- Übersicht über den Wohnbereich durch Glasfenster gegeben
-

Funktion 2:

Lagerung von Pflegemittel und -hilfsmittel (Inkontinenzmaterial)

Dienstzimmer (Pflegedienstleitung)- Erdgeschoss

- Verwaltung des Pflegedienstes
- Ausstattung mit zentraler Notrufanlage
- Lagerung/Aufbewahrung der Betäubungsmittel (verschlossen)

Pflegebad pro Wohnbereich

Baden

Körperpflege (Cremen, Rasieren)

Duschraum pro Wohnebene

Duschen

Körperpflege

Fäkalienspülen pro Wohnebene

Entsorgung von Ausscheidungen entsprechend Hygienerichtlinien (Infektionsschutzgesetz)

16. Ausbildungsbetrieb

Die Blindenwohnstätte Kniesehaus führt seit Herbst 2004 die Altenpflegeausbildung durch. Damit stellen wir uns den Herausforderungen, die sich im Rahmen der Gestaltung des Altenpflegegesetzes ergeben.

Die Kooperation mit zwei Altenpflegesschulen ist seit Herbst 2004 geschlossen worden. Es wurden bereits zwei Azubis ausgebildet. Diese gingen aus den Reihen unserer engagierten Pflegehelfer hervor.

Aktuell bildet die Blindenwohnstätte Kniesehaus drei Azubis aus.

Gesetzliche Grundlage für die Ausbildungsvergütung ist der § 82 a SGB XI.

Jeder Azubi erhält vor Ort einen kompetenten Ansprechpartner/ Anleiter. Neben den Anleitern können/ sollen auch andere Mitarbeiter der Einrichtung den Azubi bei seinem Tun begleiten und Praxiswissen vermitteln.

Die Ausbildung erfolgt nach Maßgabe des Altenpflegegesetzes und der dazu erlassenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, sowie die vom Land Berlin erlassenden Verordnungen und Regelungen in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Ausbildung gliedert sich in den theoretischen und praktischen Unterricht in der Berufsfachschule.

Die Gesamtverantwortung für die Ausbildung trägt gemäß § 4 Abs. 4 Alt PflG die Berufsfachschule für Altenpflege.