

Inhaltsverzeichnis

	Stand	Revision	Seite
1. Darlegung Konzeptstruktur	0616	3	2
2. Pflegemodell	0616	3	2-3
3. Pflegesystem	0616	3	4
4. Pflegeprozess und Dokumentation	0616	3	4-5
5. Leistungen	0616	3	6
6. Umgang mit Freiheitsentziehende Maßnahmen	0616	3	6
7. Qualitätssicherung in der Pflege	0616	3	7
8. Kooperation mit anderen Diensten	0616	3	7
9. Innerbetriebliche Kommunikation Querverweis Einrichtungskonzept	0616	3	8
10. Ressourcenmanagement (räumlich, personell, sächlich) Querverweis Einrichtungskonzept	0616	3	8
11. Rechtliche Rahmenbedingungen Querverweis Einrichtungskonzept	0616	3	8- 9

HINWEIS:

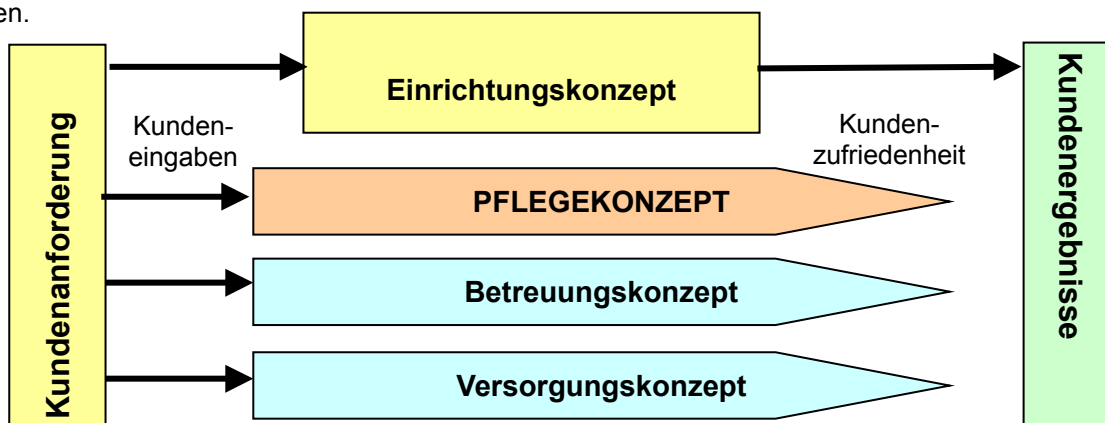
Ergänzende Informationen zu diesem Pflegekonzept sind unserem Qualitätsmanagement-Handbuch sowie den mit geltenden Unterlagen zu entnehmen.

Bearbeitet am: 22.06.2016	Geprüft am: 22.06.2016	Freigabe am: 22.06.2016	Revision 3, Stand 0616
Bearbeitet durch: Uwe Jung	Geprüft durch: QMB	Freigabe durch: HL	Seite 1 von 9



1. Darlegung Konzeptstruktur

Im Zuge des prozessorientierten Ansatzes steht das Pflegekonzept in Einklang mit dem Einrichtungskonzept und den weiteren mit geltenden Konzepten der Leistungsbereiche. Die kontinuierliche Weiterentwicklung, Einführung und Verbesserung der von uns eingesetzten Verfahren, Methoden und Angebote stellen wir durch jährliche Überprüfung der Konzeptstruktur sowie der verabschiedeten Konzepte sicher. Im Mittelpunkt steht die Wirksamkeit der konzeptgeleiteten Arbeit um die Kundenzufriedenheit durch Erfüllung der Kundenanforderungen zu erhöhen.



2. Pflegemodell

Wir orientieren uns an dem konzeptionellen Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) von Monika Krohwinkel.

Im Modell nach Krohwinkel werden pflegerische Bedürfnisse in Zusammenhang mit Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens beschrieben (AEDL). Dabei wurden Bereiche benannt, die untereinander in Wechselbeziehung stehen, jedoch keiner Hierarchie unterliegen. Um den Menschen ganzheitlich zu sehen, muss neben der jeweils einzelnen Betrachtung jeder AEDL auch ihre Auswirkungen auf die anderen AEDL-Bereiche berücksichtigt werden.

Auszug Diplomarbeit Stephan von Kroge: Monika Krohwinkel (1998)
„Der Bereich der existenziellen Erfahrungen des AEDL- Strukturmodells von Monika Krohwinkel betont den signifikanten Unterschied zwischen funktionsorientierter und ganzheitlich aktivierender Pflege. Während in funktional orientierten Pflegearbeitsfeldern der Fokus auf den defizitären, körperlich- symptomatischen Anteil eines Menschen gerichtet ist und dementsprechend diese „fallbezogene“ Arbeit im gedanklichen Ansatz nahezu vollständig von Pflegenden erfasst, geplant, übernommen und verrichtet wird, beziehen die existenziellen Erfahrungen darüber hinaus die psychisch- emotionalen Komponenten, Bezugspersonen (Pflegende inbegriffen) und das Umfeld eines pflegebedürftigen Menschen in ihrer Vernetzung zu allen Aktivitäten des Lebens mit ein.
Die Lebensprozesse und die Pflegeprozesse pflegebedürftiger Personen und ihrer persönlichen Bezugspersonen vermitteln Einsichten darüber, wie Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität (u. U. das Leben selbst) abhängig sein können von der Förderung von Fähigkeiten, Lebensaktivitäten zu realisieren, Beziehungen zu sichern und zu gestalten und hierbei mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umzugehen und sich daran zu entwickeln.
Bislang wurde der Bereich der existenziellen Erfahrungen gewissermaßen als 13. AEDL betrachtet. Durch diese gesonderte Betrachtungsweise treten in der Praxis oftmals Verständnisschwierigkeiten auf, weil nicht deutlich wird, in welchem Bezug existenzielle Erfahrungen zu den 12 anderen AEDLs stehen, bzw. wie ihnen im Pflegeprozess angemessen entsprochen werden kann“.
Ergänzend dazu an dieser Stelle eine Abbildung, die die Einbeziehung der Existenziellen Erfahrungen in alle AEDLs verdeutlicht:

Bearbeitet am: 22.06.2016	Geprüft am: 22.06.2016	Freigabe am: 22.06.2016	Revision 3, Stand 0616
Bearbeitet durch: Uwe Jung	Geprüft durch: QMB	Freigabe durch: HL	Seite 2 von 9



Aktivitäten des Lebens realisieren können	Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können
Kommunizieren können	Existenzfördernde Erfahrungen machen können (Wiedergewinnung von Unabhängigkeit, Zuversicht, Freude, Vertrauen, Integration, Sicherheit, Hoffnung, Wohlbefinden, Sinn finden)
Sich bewegen können	
Vitale Funktionen aufrecht erhalten können	
Essen und Trinken können	
Ausscheiden können	Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen können (Verlust von Unabhängigkeit, Sorge, Angst, Misstrauen, Trennung, Isolation, Ungewissheit, Hoffnungslosigkeit, Schmerzen, Sterben, Langeweile)
Sich pflegen können	
Sich kleiden können	
Ruhem, Schlafen, sich entspannen können	
Sich beschäftigen lernen und sich entwickeln können	Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden können, unterscheiden und sich daran entwickeln können (Kulturgebundene Erfahrungen wie Weltanschauung, Glauben und Religionsausübung, Lebensgeschichtliche Erfahrungen)
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten können	
Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können	
Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten	

Dadurch wird deutlich, dass es sich im Vergleich zum Strukturmodell mit 13 AEDLs nicht um einen gesonderten Erfassungsbereich handelt. Bei Erstellung der Pflegeprozessplanungen berücksichtigen wir daher die existentiellen Erfahrungen in allen Bereichen und bilden diese differenziert ab.



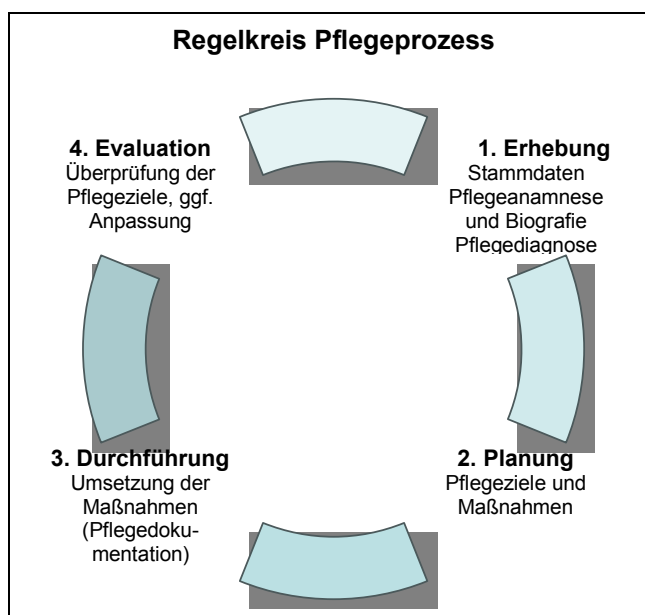
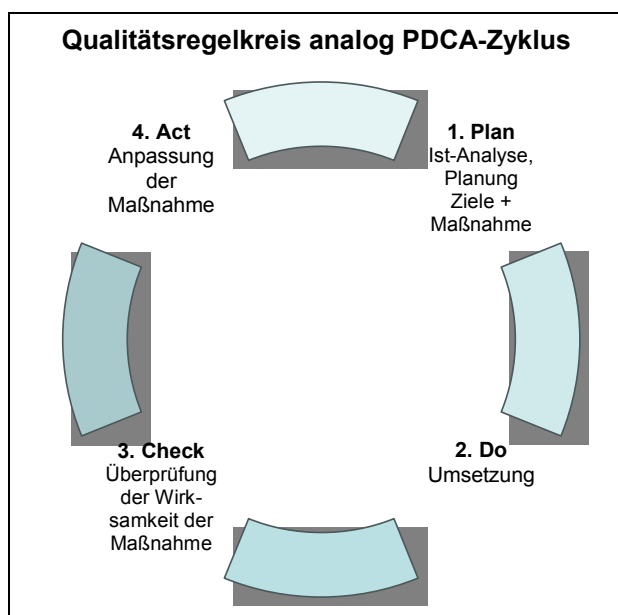
3. Pflegesystem

Bereichs- oder Gruppenpflege

Die Bereichspflege (Gruppenpflege) ist eine erweiterte Form der Funktionspflege (Mischung aus Funktionspflege und Bezugspflege). Die Bereichspflege ist durch die schichtbezogene Verantwortung gekennzeichnet (Schichtleitung – Pflegefachkraft). Dabei übernehmen die eingeteilten Pflegekräfte für die Dauer der Schicht die Betreuung und Pflege einer überschaubaren Anzahl von Klienten.

4. Pflegeprozess und Dokumentation

Generell ist der Pflegeprozess eine Arbeitsmethode mit aufeinander aufbauenden Arbeitsschritten, die in Wechselbeziehungen stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Vergleichbar ist dieser Ansatz beispielsweise mit dem Managementregelkreis oder Qualitätsregelkreis.



Dieses Pflegeprozessmodell ermöglicht den individuellen Problemlösungs- und Beziehungsprozess und diente der WHO 1974 als Vorlage zur Festschreibung des Pflegeprozesses als Bestandteil der pflegerischen Arbeit. Zwischenzeitlich ist in Deutschland das Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Maier weit verbreitet. Dabei wird der Pflegeprozess in sechs Schritten wie folgt beschrieben:

- Informationssammlung
- Erkennen von Problemen und Ressourcen
- Festlegung der Ziele
- Planung der Maßnahmen
- Durchführung der Maßnahmen
- Beurteilung der durchgeführten Pflege



Die Schritte des Pflegeprozesses bilden unsere Grundlage für eine individuelle und ganzheitliche, aktivierende Pflege. Diese wird in der Pflegeplanung zielgerichtet und strukturiert sowie weiterführend in der Pflegedokumentation dargelegt. Im Mittelpunkt aller Handlungen steht für uns der Beziehungsprozess zwischen den Klienten, deren Angehörige bzw. Betreuer, den an der Pflege Beteiligten z.B. Haus-/Fachärzte und Therapeuten sowie den professionellen Pflegekräften. Die Qualität dieses Beziehungsprozesses ist entscheidend für das Wohlbefinden und die Kundenzufriedenheit der Klienten. Dabei orientieren wir uns an den Problemen, Fähigkeiten, Ressourcen und alltäglichen Bedürfnissen unserer Klienten. Unterstützend wenden wir dort wo erforderlich entsprechende Assessments an. Der Pflegebedarf wird individuell unter Einbezug des Klienten und den an der Pflege Beteiligten (u. a. Angehörige, Betreuer, behandelnder Arzt, Therapeuten, ...) regelmäßig ermittelt und festgelegt. Für die vereinbarten Leistungen formulieren wir individuelle, erreichbare und überprüfbare Ziele. Die vereinbarten, festgelegten Maßnahmen sind dabei auf die Ziele ausgerichtet und individuell sowie handlungsleitend beschrieben (wer, was, wann, wie oft, wo, wie). Die Ziele und Maßnahmen werden in individuell festgelegten Abständen auf Angemessenheit und Zielführung überprüft (Evaluation). Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Pflegeplanung und ggf. werden zusätzliche oder neue Maßnahmen angeregt. Die Zyklen der Evaluation sind generell abhängig vom Zustand bzw. den Bedürfnissen der Klienten. Sie wird jedoch immer dann erforderlich, wenn sich Veränderungen der Pflegesituation ergeben, bei Veränderungen des Gesundheitszustandes sowie bei neu formulierten Wünschen und Bedürfnissen.

Die Daten und Informationen der weiterführenden Pflegedokumentation dienen als Eingabe für die Evaluation des Pflegeprozesses. Dabei orientiert sich unser eingesetztes, einheitliches Pflegedokumentationssystem strikt am Pflegeprozess und ermöglicht eine übersichtliche Verlaufsdarstellung der Pflege. Mehrfachdokumentationen werden vermieden. Das Dokumentationssystem umfasst generell nachfolgende Formulare:

- Stammblatt
- Anamnese, Informationssammlung, Pflege -Risiken
- Pflegeplanung,
- Tagesstruktuiierung, nicht regelmäßige Maßnahmen
- Durchführungsnachweis
- Pflegebericht

Ergänzende Formulare werden nur im Bedarfsfall eingesetzt, wie bspw. Assessments oder Protokolle.

Wir arbeiten die Pflegeplanung so aus, dass die individuelle Pflegesituation auch für Außenstehende nachvollziehbar ist (z. B. Einstufungsverfahren MDK). Generell tragen unsere Pflegefachkräfte die Verantwortung für die Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse und der fachgerechten Führung der Pflegedokumentation nach Maßgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung).

Bearbeitet am: 22.06.2016	Geprüft am: 22.06.2016	Freigabe am: 22.06.2016	Revision 3, Stand 0616
Bearbeitet durch: Uwe Jung	Geprüft durch: QMB	Freigabe durch: HL	Seite 5 von 9



5. Leistungen

Unser Leistungsangebot umfasst: (ein ausführliches Leitungsprofil liegt dem QM-Handbuch bei)

- Ganzheitliche und aktivierende Betreuung und Pflege
- Ermittlung und gemeinsame Planung des Pflege- und Hilfebedarfs
- Fachgerechte Grundpflege inkl. Prophylaxen
- Fachgerechte Behandlungspflege nach schriftlicher, ärztlicher Anordnung
- Individuelle Anleitung und Beratung der Klienten und Bezugspersonen

6. Umgang mit Freiheitsentziehende Maßnahmen und Alternativen

In der professionellen Pflege können freiheitsentziehende Maßnahmen in Ausnahmesituationen zum Einsatz kommen. Hier gilt jedoch, dass solche Maßnahmen immer nur zum Wohl der Person angewendet werden dürfen, um eine krankheitsbedingte Lebensgefahr oder erhebliche Gesundheitsschädigung abzuwenden oder um eine lebensnotwendige Untersuchung oder Behandlung durchzuführen, deren Zweck die Person infolge Krankheit oder Behinderung nicht versteht oder einsieht. Grundsätzlich sollten FEM jedoch immer als das letzte Mittel der Wahl betrachtet werden, denn sie können schwerwiegende psychische und physische Folgen mit sich bringen und unter Umständen sogar zu stärkerer Unruhe, Aggressionen oder sogar Halluzinationen führen! Da FEM immer einen Eingriff in die persönliche Bewegungsfreiheit des Menschen darstellen, dürfen diese nur dann durchgeführt werden, wenn der Betroffene selbst der Anwendung schriftlich zustimmt. Ist die betroffene Person hingegen nicht einwilligungsfähig, muss ein Betreuungsgericht nach entsprechender Prüfung zustimmen.

Die Zustimmung einer gesetzlichen Betreuerin beziehungsweise eines Betreuers allein reicht nicht aus und auch Pflegekräfte oder Ärztinnen und Ärzte dürfen solche Maßnahmen grundsätzlich nicht anordnen. Sie erstellen einen Antrag für das Betreuungsgericht, der die Indikationen zur Anwendung der FEM (z. B. Bettgitter, Pflegestuhl, Bauchgurt) begründet. Im Rahmen der Prüfung schreibt das Gesetz zudem ein ärztliches Zeugnis vor, welches Aussagen zum Gesundheitszustand der betroffenen Person, zum Anlass, zur Art und voraussichtlichen Dauer der Maßnahme sowie zu fehlenden oder bereits versuchten Alternativen machen sollte. Basierend auf diesen Informationen trifft das Gericht die Entscheidung. Kommen unterschiedliche Maßnahmen zur Anwendung, ist jeweils eine eigene neue gerichtliche Genehmigung erforderlich.

Da freiheitsentziehende Maßnahmen ein elementares Grundrecht berühren, sind sie grundsätzlich zu vermeiden. Eine wichtige Voraussetzung, um die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen möglichst zu vermeiden, besteht im Wissen über alternative Möglichkeiten des Umgangs mit problematischen Situationen in der Pflege.

Die Fachmedien bieten dazu umfangreiche Informationen.

Zentrale Orientierung für Pflegekräfte bietet die Leitlinie „Initiative zur Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der Altenpflege“.

Generell gilt: Zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen sind Kreativität und Einfallsreichtum gefragt.

Aufgrund der individuellen Fragestellung und Besonderheiten der betroffenen Personen, gibt es in den wenigsten Fällen eine generelle Lösung. Vielmehr sollten unterschiedliche Möglichkeiten ausprobiert und individuell angepasst werden.

Wir haben zum Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen unseren 7.1.4_1.1.8 Standard

Freiheitsentziehende Maßnahmen entwickelt und unsere Mitarbeiter darin geschult.

Zudem versuchen wir den „Werdenfelser Weg“ zu gehen, wenn er von dem entsprechenden Amtsgericht umgesetzt wird.

Ziel ist es, FEM durch den Einsatz pflege(-wissenschaftlich) geschulter Verfahrenspfleger/-innen im Genehmigungsverfahren zu vermeiden. Der Verfahrenspfleger bzw. die Verfahrenspflegerin erstellt eine fachliche Einschätzung zur Notwendigkeit und zu möglichen FEM-Alternativen für den Richter bzw. die Richterin, steht für die Pflegeeinrichtung und Betreuer/-in als Ansprechperson zu Verfügung und ist den Rechten und Bedürfnissen des Bewohners bzw. der Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung verpflichtet.

Bearbeitet am: 22.06.2016	Geprüft am: 22.06.2016	Freigabe am: 22.06.2016	Revision 3, Stand 0616
Bearbeitet durch: Uwe Jung	Geprüft durch: QMB	Freigabe durch: HL	Seite 6 von 9



7. Qualitätssicherung in der Pflege

Wir haben die qualitätsrelevanten Aktivitäten identifiziert, definiert und in unserem Qualitätsmanagement-Handbuch beschrieben, damit ein transparenter Ablauf in unserer Einrichtung sichergestellt ist. Dabei soll das Qualitätsmanagement-Handbuch als Grundlage, Leitfaden und motivierendes Element dienen. Die Bewertung der Dienstleistungserbringung der Pflege erfolgt bezogen auf die Strukturmerkmale, Prozesse und Ergebnisse. Dazu zählen folgende intern eingesetzte Qualitätssicherungsmaßnahmen:

- Zufriedenheit der Mitarbeiter: Personalfuktuation, Fehltage pro Monat und Arbeitskraft, erfolgreiche Qualifikations- und Schulungsmaßnahmen.
- Aktives Beschwerdemanagement.
- Kundenbefragungen zur Zufriedenheit persönlich und standardisiert.
- Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften, Sicherheitsvorschriften, Hygienevorschriften.
- Visiten der verantwortlichen Pflegefachkraft mit Ergebnisbesprechungen.
- Fallbesprechungen.
- Einrichtung von Qualitätszirkeln.
- Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten.
- Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung der Expertenstandards sowie interner Standards und Verfahrensanweisungen.
- Teambesprechungen

Weitere Informationen zum dargelegten Qualitätsmodell bzw. Qualitätsmanagementsystem sind dem Einrichtungskonzept sowie dem Qualitätsmanagement-Handbuch zu entnehmen.

8. Kooperation mit anderen Diensten

Im Rahmen der ganzheitlichen Pflege ist die Kontaktpflege und Einbindung der an der Pflege und Betreuung Beteiligten ein wesentlicher Bestandteil in unserer Arbeit. Dazu zählen insbesondere:

Angehörige und Bezugspersonen	Bestellte Betreuer
Hausärzte	Fachärzte
Krankenhäuser und Kliniken	Reha-Einrichtungen
Hospizdienste	Ehrenamt, SKFM, „Weitblick“
Krankengymnasten	Ergotherapeuten
Logopäden	Ernährungs- und Wundberater
Friseur	Medizinische Fußpflege
Sanitätshäuser	Apotheken
Kostenträger wie Kranken-/Pflegekassen, Sozialämter	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Pfarreien und Seelsorger	Öffentliche Vereine und Selbsthilfegruppen
DRK Kindergarten „Pontium pro“	Kinderchor Wendershagen

Jeweilige Schnittstellen werden in der täglichen Arbeit berücksichtigt. Der Informations- und Kommunikationsfluss wird durch Dokumentation, telefonische Rückmeldungen und persönliche Gespräche umgesetzt.



9. Innerbetriebliche Kommunikation

Die Maßnahmen der innerbetrieblichen Kommunikation sind im Einrichtungskonzept hinterlegt.

- | | |
|---|---|
| - | Nutzung IT-Ausstattung |
| - | Pflegeplanung/ Pflegedokumentation |
| - | Übergaben |
| - | Besprechungen (Teambesprechungen Wohnbereiche, Dienstbesprechungen unter Einbezug weiterer Abteilungen, Fallbesprechungen, ...) |
| - | Mitarbeiterfächer |

Weitere Informationen zur Informations- und Kommunikationsstruktur sind in unserem QM-Handbuch hinterlegt.

10. Ressourcenmanagement (räumlich, personell, sächlich)

Die Aussagen zur räumlichen, personellen und sächlichen Ausstattung sind im Einrichtungskonzept hinterlegt. Weitere Details sind den mit geltenden Unterlagen unseres QM-Handbuchs zu entnehmen.

11. Rechtliche Rahmenbedingungen

Rechtliche Rahmenbedingungen sind in der Gesamtübersicht des QM-Handbuches und den mit geltenden Unterlagen hinterlegt. Allgemeine Vorschriften sind im Einrichtungskonzept dargelegt.

Spezifische Anforderungen Pflege und Betreuung Auszug Sozialgesetzbuch 11 - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)
--

SGB XI § 2 Selbstbestimmung

(3) **Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen.** Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.

SGB XI § 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

(1) **Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen**, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, **entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.**

SGB XI § 112 Qualitätsverantwortung

(1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), **für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich.** Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5).

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, **Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken.** Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den **allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung**, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).



**Spezifische Anforderungen Pflege und Betreuung
Auszug Sozialgesetzbuch 11 - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)**

SGB XI § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. **Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei.**

...

(3) Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. **Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.** Die Vertragsparteien unterstützen die Einführung der Expertenstandards in die Praxis.

Im Weiteren gelten die länderspezifischen Regelungen des Heimgesetzes.

Bearbeitet am: 22.06.2016	Geprüft am: 22.06.2016	Freigabe am: 22.06.2016	Revision 3, Stand 0616
Bearbeitet durch: Uwe Jung	Geprüft durch: QMB	Freigabe durch: HL	Seite 9 von 9