



Gesamtkonzept

**DGD Haus des Lebens gGmbH besondere Wohnform
für psychisch kranke Menschen**

Kaiserstraße 23, 25 und 31

35745 Herborn

Stand Januar 2025 / Elvira Seitz

Inhaltsverzeichnis	2
1. Vorstellung des Trägers	5
1.1 Trägerstruktur	5
1.2 Inhaltliche Ausrichtung	7
2. Darstellung der Einrichtung	8
2.1 Zielgruppe/Leistungsrechtliche Zuordnung	8
2.2 Zugangskriterien/Ausschlusskriterien	9
2.3 Zielvorstellungen	10
2.4 Einrichtungsstruktur	12
2.4.1 Lage der Einrichtung	12
2.4.2 Größe der Einrichtung	13
2.4.3 Raumkonzept	14
3. Theoretische Grundlagen von Betreuung	21
3.1 Leitbild der Betreuung	21
3.2 Prozessgesteuerte Dokumentation in der Betreuung	23
3.3 Einzelbetreuung	28
3.3.2 Aufgabenbereiche in der Bezugsbetreuung	35
4. Leistungsspektrum	36
4.1 Allgemeine Assistenzleistungen nach SGB IX	36
4.1.1 Pflege in besonderen Wohnformen	36
4.1.2 Medizinische Behandlungspflege in besonderen Wohnformen	37
4.1.3 Ergotherapie	38
4.1.3.1 Ergotherapie, Bereich Arbeit	40
4.1.3.2 Ergotherapie, Bereich sozial-emotionale Entwicklung	41
4.1.3.3 Ergotherapie, Bereich Inklusion	42
4.1.3.4 Ergotherapie, Bereich soziale Betreuung	44
4.1.4 aufsuchende Betreuung	45
4.1.5 Zielgruppe und Voraussetzungen	45
4.1.6 Suchterkrankungen	46
4.1.6.1 Umgang mit Suchterkrankungen	47
4.1.6.2 Umgang mit Rückfällen	47
4.1.7 Unterkunft in der besonderen Wohnform	48
4.1.8 Verpflegung in der besonderen Wohnform	49

4.1.9	Unterkunft aufsuchende Betreuung	51
4.2	Reinigung und Wäscheversorgung	52
4.3	Vernetzungen und Arbeitskreise	53
5.	Arbeitsorganisation	56
5.1	Organigramm	57
5.2	Darstellung der Verantwortung und Kompetenzen	57
5.3	Mitarbeiter	58
5.4	Information und Kommunikation	59
5.4.1	Information	60
5.4.2	Kommunikation	61
5.5	Ergotherapie, soziale Betreuung und Inklusion	62
5.5.1	Hauswirtschaft	63
5.5.2	Haustechnik	64
5.5.3	Verwaltung	65
5.5.4	Milieugestaltung	66
5.5.5	Personaleinsatzplanung/Dienstplangestaltung	67
5.5.6	Aufnahme, Aus- und Umzug von Klientinnen und Klienten	69
5.7	Hygiene	72
5.8	Betreuungsprozess	73
5.8.1	Betreuungsdokumentation	79
5.8.2	Dokumentation pflegerisch relevanter Themen	81
5.8.3	Recht auf besonderen Schutz	83
5.8.4	Rechtfertigender Notstand	89
5.8.5	Krisen	90
5.8.5	Suizidalität	97
6	Mitwirkung der Klientinnen und Klienten	99
6.1	Gremien	99
6.2	Sonstige Formen der Beteiligung	100
7.	Zusammenarbeit mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuern	101
7.1	Zusammenarbeit mit Angehörigen	101
7.2	Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuern	102
7.3	Ehrenamt	103

8.	Gemeinwesenarbeit und Vernetzung	104
8.1	Religiöse Einbindung ins Quartier	104
8.1.2	Zusammenarbeit mit der Stadt Herborn	104
8.1.3	Vernetzung	105
9	Maßnahmen zur internen und externen Qualitätssicherung	105
9.1	Risikomanagement	106
9.2	Beschwerdemanagement	107
9.3	Mitarbeiterqualifikation	108
9.3.1	Einarbeitung neuer Mitarbeiter	109
9.3.2	Fort- und Weiterbildung	109
10	Anlagen und Quellenverzeichnis	110
10.1	Anlagen	110
10.2	Quellenverzeichnis	110

Vorstellung des Trägers

1.1 Trägerstruktur

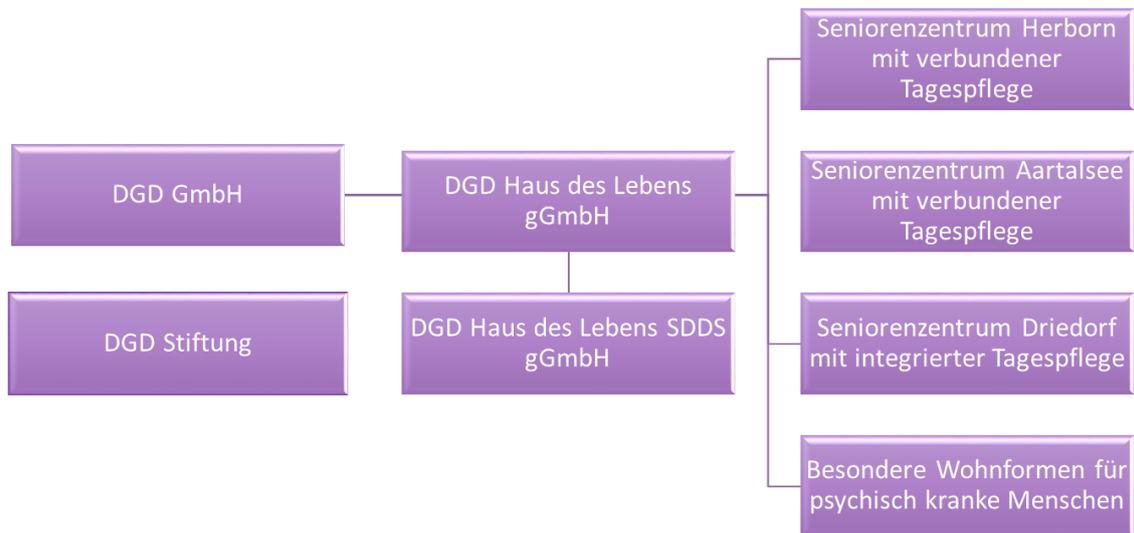
Im „Haus des Lebens“ schaffen wir Raum für Menschen, in dem sie würdevoll leben können und bestmöglich betreut und versorgt sind.

Wir betreiben dafür Seniorenzentren in Bischoffen (102 Plätze), Driedorf (83 Plätze) und Herborn (97 Plätze) jeweils mit vollstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege, sowie die Besondere Wohnform für psychisch kranke Menschen in Herborn (50 Plätze).

Gegründet und über viele Jahre verantwortet wurde dieser Arbeitszweig vom „Evangelischen Gemeinschaftsverband Herborn“. Der „Evangelische Gemeinschaftsverband Herborn e.V.“ wurde 1863 von engagierten Christen gegründet, um das Evangelium von Jesus Christus in Wort und Tat umzusetzen. Von Beginn an betätigte sich der Verband in der Kinder- und Jugendpflege und unterhielt ein Wanderhospiz. Im Jahre 1925 gründete er das erste Altenheim im damaligen Dillkreis.

Nach 155 Jahren hat der Ev. Gemeinschaftsverband Herborn im Jahre 2018 seine Gemeinschaftsarbeit aus Alters- und Finanzgründen beendet.

Die Haus des Lebens gGmbH ist seit dem 01.01.2022 eine Tochtergesellschaft der DGD GmbH im Unternehmensverbund der DGD-Stiftung. „DGD“ steht für Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband. Die DGD-Stiftung ist ein Verbund diakonischer Gesundheitseinrichtungen mit Sitz in Marburg. Dazu zählen in Deutschland Krankenhäuser, Rehakliniken, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Senioreneinrichtungen sowie zwei Pflegeschulen. Insgesamt arbeiten rund 3000 Menschen für die Organisation. Die DGD-Stiftung ist Mitglied im Diakonischen Werk Hessen und Nassau und Kurhessen Waldeck e.V. Sie gehört zur Diakonie Deutschland und zum Gnadauer Gemeinschaftsverband. Damit ist es möglich, dass unsere Arbeit professionell und im diakonischen Sinne gut weitergeführt wird.



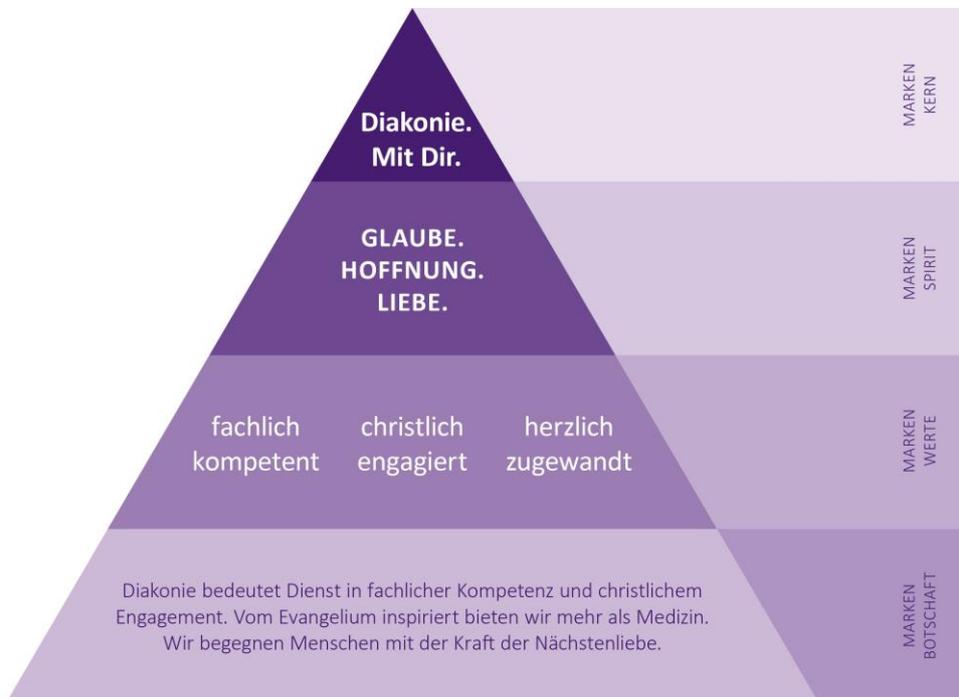
Träger: DGD Haus des Lebens gGmbH
 Kaiserstraße 28
 35745 Herborn

Geschäftsführer: Simone Funk, Thorsten Kilian
 Einrichtungsleitung: Elvira Seitz
 Stellv. Einrichtungsleitung: Alexander Frank
 Hausleitung Haus 1: Julia Klopries
 Hausleitung Haus 2: Thorsten Eickelmann

Unsere Einrichtung ist dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) angeschlossen.

1.2 Inhaltliche Ausrichtung

Das DGD Markendreieck:



Führungsgrundsätze

Präambel:

Als Grundlage für unsere Führungskultur und die hier beschriebenen Führungsgrundsätze dienen die Leitbilder des DGD-Netzwerkes und unserer Einrichtungen.

Während in den Leitbildern unser Selbstanspruch niedergelegt ist, zielen unsere Führungsgrundsätze auf verbindliche Verhaltensweisen aller Führungskräfte in ihrer Vorbildfunktion.

Dementsprechend beschreiben diese Führungsgrundsätze die Verhaltensweisen, die gelebt werden und die Fertigkeiten, die erlernt werden, um christlich-diakonische Werte und aktuelle Kontexte aufeinander bezogen zu halten.

Führungskräfte sind alle Personen, die fachliche und/oder disziplinarische Weisungsrechte gegenüber anderen besitzen.

- Wir sind in unserem Handeln den christlich-diakonischen Werten verpflichtet.
- Wir fördern die Identität des eigenen Hauses und die DGD-Identität.
- Wir fördern ein Klima des Vertrauens.
- Wir kommunizieren transparent. Unser Handeln ist konsequent und verlässlich.
- Wir entwickeln unsere Fähigkeit, gemeinsame Lösungen zu erarbeiten, kontinuierlich weiter.
- Wir kennen und stärken die Fähigkeiten unserer Mitarbeitenden und Diakonissen.
- Wir delegieren Aufgaben und übertragen die dafür notwendigen Kompetenzen.
- Wir erwarten Leistung und erkennen sie an.
- Wir unterstützen, indem wir Hindernisse aus dem Weg räumen.
- Wir helfen sachlich orientiert, Konflikte unter Mitarbeitenden und Diakonissen zu lösen.
- Wir geben und nehmen regelmäßig ehrliches Feedback, so dass Stärken weiterentwickelt werden und aus Fehlern gelernt werden kann.

2. Darstellung der Einrichtung

2.1 Zielgruppe/ Leistungsrechtliche Zuordnung

Das Haus des Lebens, besondere Wohnform für psychisch kranke Menschen, erbringt alle Leistungen zur sozialen Teilhabe nach § 125 Sozialgesetzbuch (SGB IX), Neuntes Buch (IX) in Verbindung mit den §§ 126 ff. SGB IX für Menschen mit Behinderungen, in Form von Assistenzleistungen im Sinne des § 78 SGB IX und den Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten gemäß § 81 SGB IX sowie der Unterkunft und Verpflegung.

Die Leistungen werden zu jeder Zeit, bei Tag und Nacht, einschließlich an Sonn- und Feiertagen sichergestellt.

Nähere Einzelheiten zu den Leistungen sind im aktuellen Hessischen Rahmenvertrag nach § 131 SGB IX und den entsprechenden Anlagen geregelt (Rahmenvertrag 3), zu den schriftlichen Vereinbarungen nach § 125 SGB IX für Leistungen zur sozialen Teilhabe und zur Teilhabe an Bildung nach Beendigung der Schulausbildung (Sekundarstufe II) für den Zeitraum ab 01.07.2023 (Rahmenvertrag 3).

2.2 Zugangskriterien/Ausschlusskriterien

Unser Wohnangebot im Rahmen der Eingliederungshilfe richtet sich vorwiegend an primär psychisch erkrankte/seelisch behinderte erwachsene Menschen aus dem Lahn-Dill-Kreis, die aufgrund ihrer Erkrankung ein so kontinuierliches Hilfs- und Betreuungsangebot benötigen, dass es durch die bestehenden ambulanten Dienste nicht oder noch nicht abgedeckt werden kann.

Dabei handelt es sich in der Regel um chronisch psychisch erkrankte Menschen, die zur Entwicklung einer größeren Autonomie eine vielfältige und längerfristige Förderung ihrer vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten brauchen. Dabei geht es oftmals zunächst darum, in Teilbereichen (z.B. Körperhygiene, Wäschepflege, Ordnung im eigenen Bereich) Fertigkeiten wieder zu erlangen, neu zu entwickeln oder zu fördern, um eine größtmögliche Selbständigkeit im Bereich Wohnen zu erreichen.

Zusätzlich fehlt diesem Personenkreis häufig eine individuell geeignete Form der Tagesstruktur und eine Beschäftigung. Zudem entspricht deren beruflicher Entwicklungsstand teilweise nicht den derzeitigen vorhandenen Fähigkeiten. Neben der notwendigen sehr engmaschigen Unterstützung im lebenspraktischen Bereich und der (Wieder-) Erlangung einer geeigneten Tagesstruktur und Beschäftigung, geht es für diese oftmals auch um die Weiterentwicklung ihrer Persönlichkeit, der Ausbildung von Gemeinschafts- und Konfliktfähigkeit und dem Erlernen von sozialer Kompetenz. Auch die Förderung der beruflichen Entwicklung und Perspektive spielt bei vielen der psychisch erkrankten Menschen eine wichtige Rolle, da diese oftmals schon im Berufsleben standen und zur Überwindung ihrer Krisensituation einer beruflichen und sozialen Neuorientierung bedürfen.

Grundsätzlich möchten wir jeder anfragenden Person die Möglichkeit bieten, unsere Einrichtung kennen zu lernen.

Trotzdem gibt es fachliche Gründe und Kriterien, die ein Probewohnen oder eine Aufnahme in unseren Wohngemeinschaften ausschließen:

- akute Suizidalität
- dauerhaftes Fehlen einer ausreichenden Impulskontrolle und übersteigerte Aggressivität
- Fehlen einer grundsätzlichen Bereitschaft zur Inanspruchnahme notwendiger fachärztlicher Hilfen

- Vorliegen einer primären Suchterkrankung
- Fehlen einer grundlegenden Absprachefähigkeit
- Fehlen von grundlegender Bereitschaft zur Kooperation mit Mitbewohnern und Betreuern
- Pflegebedürftigkeit, die über das Maß einfacher Behandlungspflege (z.B. Versorgung von Diabetes Mellitus, Blutdruck messen) hinaus geht (GP PG und Koop mit SZH)
- ein Unterbringungsbeschluss oder die vorliegende Notwendigkeit unterbringungsähnlicher Maßnahmen

2.3 Zielvorstellungen

Im Vordergrund unseres Dienstes steht das Ziel, den Menschen, die bei uns leben, einen geschützten Wohnraum zu bieten, in dem sie sich mit all ihren Stärken und Herausforderungen gesehen, wertgeschätzt und angenommen fühlen.

Wir begleiten sie auf ihrem individuellen Weg zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung, unterstützen und fördern sie in ihrer individuellen Entwicklung, um ein Höchstmaß an selbstbestimmter Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Unsere Betreuungsarbeit ist auf eine erfolgreiche soziale, berufliche und gesellschaftliche Integration unserer Klienten und Klientinnen ausgerichtet. Die Individualität unsere Klienten und Klientinnen in der täglichen Begegnung wohlwollend zu unterstützen ist für uns in der täglichen Begegnung unentbehrlich.

Die personenzentrierte Teilhabeplanung, das gemeinsame Erarbeiten von Zielen und den entsprechenden Maßnahmen und Hilfestellungen erfolgt individuell mit jedem/r Klienten/Klientin nach BTHG III.

Darüber hinaus gibt es übergeordnete Ziele, die wir mit der Betreuung in unseren Häusern anstreben.

- Sicherung und Festigung des Behandlungserfolges im Anschluss an einen Klinikaufenthalt
- Verhinderung, Beseitigung oder Besserung einer drohenden oder vorhandenen Behinderung und deren Folgen
- Förderung einer größtmöglichen Selbstbestimmung und Verselbständigung
- Förderung lebenspraktischer Fähigkeiten, bis hin zur komplett selbständigen Haushaltsführung

- Einüben von Strategien zur Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen, Antriebsstörungen, Interessenslosigkeit und Apathie
- Vermeidung stationärer Maßnahmen (Klinikaufenthalte)
- Aufbau einer externen Beschäftigung und/oder Tagesstruktur
- Regelmäßige Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben, wenn möglich auch gerade im Bereich der nicht-psychiatrischen Hilfen (z.B. Kirchen oder Vereine)
- Selbständige Übernahme von finanziellen und behördlichen Angelegenheiten
- Selbständige Organisation und Durchführung von Arztterminen
- Regelmäßiges und zuverlässiges Umsetzen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen
- Aufbau und Erhalt tragfähiger sozialer Beziehungen
- Auszug/Wechsel in eine selbständigere Wohnform

Handlungsorientierung für alle Akteure der besonderen Wohnform für psychisch kranke Menschen bieten unsere Leitsätze.

- Wir achten das Recht der Klienten/Klientinnen auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.
- Wir achten das Recht der Klienten/Klientinnen, ihre Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und ihre Religion auszuüben.
- Wir achten das Recht auf Individualität und Privatsphäre
- Wir achten die individuellen Grenzen unserer Klienten/Klientinnen
- Wir pflegen eine wohlwollende, unterstützende und transparente Kommunikation
- Wir unterstützen die Erhaltung oder Wiederaufnahme familiärer Beziehungen
- Wir leben Selbstreflexion
- Wir gestalten aktiv und wertschätzend unseren kollegialen Austausch
- Wir begegnen Herausforderungen wertschätzend, wohlwollend, konstruktiv und lösungsorientiert.

2.4 Einrichtungsstruktur

2.4.1 Lage der Einrichtung

Die Häuser der besonderen Wohnform für psychisch kranke Menschen in Herborn liegen zentral am Rande der Herborner Altstadt.

Die besondere Wohnform für psychisch kranke Menschen besteht aus insgesamt fünf Häusern.

Haus 1 in der Kaiserstraße 31, Haus 2 in der Kaiserstr.23, Haus 25 in der Kaiserstr.25, Haus 17 in der Kaiserstr.17 und Haus 30 in der Kaiserstr. 30.

Unsere Häuser mit ihren Grünanlagen und Terrassen und einem nahegelegenen Stadtpark bieten sowohl die nötige Ruhe, um sich zu entspannen und um sich zurückziehen zu können.

Die romantische Stadt Herborn, am Fuße des Westerwaldes, gehört zu den besterhaltenen mittelalterlichen Stadtanlagen Deutschlands. Die Fußgängerzone der Innenstadt ist nur 100 Meter entfernt. Die Klienten und Klientinnen können Herborns malerische Gassen und Winkel bequem zu Fuß entdecken. Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf befinden sich ebenso in unmittelbarer Nähe unserer Einrichtungen. Auch mit Bus und Bahn sind unsere Häuser in Herborn gut erreichbar. Der Bahnhof und der Busbahnhof befinden sich in unmittelbarer Nähe (ca. 5 Minuten Fußweg), ebenso Post und Bank. Kirchen und Gemeindehäuser im Ort sind in 5-10 Minuten zu Fuß erreichbar.

Besonders sehenswert sind die Hohe Schule mit dem städtischen Museum, das bewohnte Schloss und die Stadtbefestigung mit vielen gut erhaltenen Türmen. Viele gut sortierte Läden, gemütliche Cafés und Restaurants laden zum Verweilen ein. Am Freitag fasziniert der Wochenmarkt mit Farben und Düften, mehrfach im Jahr werden Feste veranstaltet, beispielsweise das Weinfest, das Sommerfest oder der beliebte Martinimarkt.

Die stationäre medizinische Versorgung erfolgt zumeist in den Lahn-Dill-Kliniken in Dillenburg, unser regionales Krankenhaus mit Notaufnahme sowie Grund- und Regelversorgung. Das Krankenhaus ist 8,8 km entfernt und in 12 Minuten erreichbar.

Eine enge Zusammenarbeit pflegen wir mit der ortsansässigen Vitos gGmbH, bestehend aus einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Institutsambulanz.

In diesem Kontext finden halbjährliche Fallbesprechungen statt.

Darüber hinaus sind wir zudem ein fester Bestandteil in diversen Arbeitsgruppen, an denen wir regelmäßig teilnehmen. Hier ein kurzer Einblick:

- Gemeindepsychiatrischer Verbund
- Psychiatrie Arbeitskreis
- PIT Begleitgruppe

Weitere Fachärzte wie Internisten, Kardiologen, Orthopäden, Zahnärzte und Urologen sind in Herborn verortet, so dass die ärztliche Versorgung unserer Klienten und Klientinnen sichergestellt werden kann. In Fällen einer komplexen und operativen zahnärztlichen Behandlung konsultieren wir die Zahnkliniken in Siegen und Gießen. In beiden Kliniken sind neben der hohen medizinischen Fachlichkeit, insbesondere der wohlwollende Umgang mit unseren Klienten und Klientinnen hervorzuheben.

Herborn bietet zudem eine therapeutische Angebotsstruktur von mehreren Physiotherapeuten, welche bei Bedarf auch Hausbesuche durchführen.

2.4.2 Größe der Einrichtung

Haus 1

In diesem Bereich haben wir von insgesamt 37 Plätzen 21 Plätze zur Verfügung.

Haus 2:

In diesem Bereich haben wir von insgesamt 37 Plätzen 16 Plätze zur Verfügung.

Haus 25:

Im ergotherapeutischen Bereich haben wir 24 Plätze zur Verfügung.

In unserer Inklusionsgruppe haben wir Kapazitäten für derzeit fünf Klienten.

Im Haus 25 befinden sich acht kleine Einzelappartements, die für unsere aufsuchende Arbeit genutzt werden können. Aktuell sind vier Wohnungen an Personen vermietet, die nicht an der Betreuung vom Haus des Lebens angebunden sind. Bei Auszug von externen Personen besteht die bevorzugte Möglichkeit, dass unsere Klienten und Klientinnen aus dem stationären Setting, welche über entsprechende Fähigkeiten und Ressourcen verfügen, hier eine Wohnung beziehen können.

Aktuell betreuen wir in unserer aufsuchenden Arbeit im Haus 25 vier Klienten, wovon drei Klienten der Betreuung aus Haus 2 und ein Klient der Betreuung aus Haus 1 angebunden sind.

Haus 30

In unserer aufsuchenden Betreuung haben wir dort eine Kapazität für drei Klienten. Zum aktuellen Zeitpunkt leben dort zwei Klienten. Ein Klient ist in der aufsuchenden Betreuung an Haus 2 angebunden. Der weitere Klient ist angebunden an die aufsuchende Betreuung aus Haus 1.

Haus 17

In unserer aufsuchenden Arbeit betreuen wir dort vier Klienten/Klientinnen. Jeweils zwei Klienten sind an Haus 1 und an Haus 2 angebunden.

2.4.3 Raumkonzept

Der Haupteingang vom Wohnhaus 1 befindet sich in der Kaiserstr. 31 auf der rechten Seite des Gebäudes.

Im Eingangsbereich befinden sich Sitzmöglichkeiten sowie die persönlichen Briefkästen unserer Klienten und Klientinnen.

Auf der linken Seite des Gebäudes befindet sich ein weiterer Eingang, der von Mitarbeitern und Bewohnern des Hauses genutzt werden kann.

Das Haus liegt unmittelbar am Wendehammer der Kaiserstraße und hat einen herrlichen Blick auf die Dill und die beginnende Altstadt.

Die räumliche Aufteilung von unserem Haus 1 in der Kaiserstraße 31 gleicht einem Doppelhaus (folgend gekennzeichnet durch „a“ & „b“).

Das Kellergeschoss im Bereich „a“ verfügt über einen Fitnessraum, einen Raucher-aufenthaltsraum, einen Bügelraum und einer Waschküche. Ebenso befindet sich dort die Heizanlage.

Im Erdgeschoss „a“ befindet sich auf der linken Seite der Bereich der Mitarbeiter. Dieser besteht aus zwei Büroräumen und einem angrenzenden kleinen Besprechungszimmer.

In den Büros sind drei Arbeitsplätze vorhanden, PCs/Laptops, Telefone, Drucker, Scanner, Faxgeräte und ein Internetanschluss sind verfügbar.

Angrenzend an das Besprechungszimmer befindet sich in diesen Räumlichkeiten auch der Ruheraum für unsere Nachtbereitschaft, in welchem eine Schlafmöglichkeit gegeben ist.

Angrenzend an das zweite Büro befindet sich innerhalb der Räumlichkeiten noch eine kleine Küche sowie ein Badezimmer mit Toilette.

In den Büros der Mitarbeitenden werden alle administrativen Aufgaben sowie das komplette Medikamentenmanagement ausgeführt, welches auch die Ausgabe/Einnahme beinhaltet.

Auf der rechten Seite des Erdgeschosses „a“ befinden sich die individuellen Räumlichkeiten unserer Klienten und Klientinnen (sechs Einzelzimmer), ein Badezimmer und zwei Toiletten sowie Gemeinschaftsräumlichkeiten in Form einer Küche und eines Ess- und Wohnzimmers.

Dieser Bereich ist hell und freundlich und wird von unseren Klienten und Klientinnen über die gemeinsamen Mahlzeiten hinaus, auch für Gemeinschaft in Form von Gesprächen und Beschäftigungsangeboten genutzt.

Mit Unterstützung der Mitarbeitenden werden der Ess- und Wohnzimmerbereich jahreszeitlich dekoriert.

In der Grundausstattung verfügen die Räumlichkeiten unserer Klienten und Klientinnen über ein Bett, einen Kleiderschrank, einer Kommode, einem Tisch und einem Stuhl.

Darüber hinaus hat jeder Klient/jede Klientin die Möglichkeit seinen eigenen Wohnraum individuell zu gestalten, um sich in der eigenen Räumlichkeit heimisch und wohl zu fühlen.

Diese Möglichkeit unterstützen wir individuell und orientiert an den Bedürfnissen und Befindlichkeiten unserer Klienten und Klientinnen. Ein wohliges und ansprechendes Ambiente zu ermöglichen und zu fördern ist für uns ein Ausdruck von Wertschätzung und einer gelebten Willkommensstruktur.

In der ersten Etage im Bereich „a“ (erreichbar über eine Treppe im Flur) befinden sich ebenfalls eine Küche, ein Ess- und Wohnzimmer, eine Dusche, zwei Toiletten und sieben weitere Einzelzimmer unserer Klienten und Klientinnen. Weiter befindet sich in dieser Etage auch ein Raum zur Aufbewahrung von Hauswirtschaftsbedarf.

Der Keller im Hausbereich „b“ verfügt über folgende Räumlichkeiten:

Lagerung von Getränken und Lebensmitteln für den Bedarf des Hauses, sowie drei weitere Abstellräume für bspw. Reinigungsmittel und Möbel.

Im Erdgeschoss des Bereiches „b“ befinden sich ein Klientenzimmer und eine Toilette.

In der ersten Etage des Bereiches „b“ (erreichbar über ein Treppenhaus) finden drei weitere Klienten/Klientinnen in ihren eigenen individuellen Räumlichkeiten Platz. Weiter befinden sich auch hier als Gemeinschaftsräumlichkeiten eine Wohnküche, ein Badezimmer, eine Toilette und eine Dusche mit Toilette.

In der zweiten Etage des Bereiches „b“ befinden sich weitere vier Bewohnerzimmer. Auch hier bestehen die Gemeinschaftsräumlichkeiten aus einer Küche, einem Esszimmer, einem Bad mit Toilette und einer weiteren Toilette.

Die Klientenzimmer haben m² Größen von 12,72m² bis 24,02m². Jedes Zimmer verfügt über einen Telefon- und einen TV-Anschluss. Die Gemeinschaftsflächen betragen 269,97m².

In unserem Haus in der Kaiserstraße 31 leben insgesamt 21 Klienten/Klientinnen

Der Haupteingang vom Wohnhaus 2 in der Kaiserstr. 23 befindet sich frontal auf der rechten Seite des Gebäudes.

Im kleinen Eingangsbereich führt eine Tür in die Kellerräumlichkeiten.

Über eine kleine Treppe gelangt man in das Erdgeschoss, in welchem man sich zunächst in einem hellen und bebilderten Treppenhaus befindet, welches zu den einzelnen Etagen des Hauses führt.

In diesem Bereich befinden sich auch die persönlichen Briefkästen unserer Klienten und Klientinnen.

Durch eine Tür gelangt man in die Räumlichkeiten des Erdgeschosses. Auf der linken Seite befindet sich hier der Bereich der Mitarbeiter. Dieser besteht aus einem Büroraum und einem angrenzenden Besprechungszimmer. Im Büroraum sind zwei Arbeitsplätze vorhanden, PCs/Laptops, Telefone, Drucker, Scanner, Faxgerät und ein Internetanschluss sind verfügbar. Das Besprechungszimmer kann als weiterer Arbeitsplatz genutzt werden, was mit Hilfe eines Laptops und WLAN realisierbar ist.

Auch hier werden alle administrativen Aufgaben ausgeführt, inklusive des gesamten Medikamentenmanagements, welches ebenso die Ausgabe/ Einnahme der Medikamente beinhaltet.

Im Erdgeschoss befinden sich zudem zwei Klientenzimmer, ein Badezimmer, zwei Toiletten, eine Küche und ein Ess-Wohnzimmer.

Dieser Bereich ist hell und freundlich und wird von unseren Klienten und Klientinnen über die gemeinsame Speiseversorgung hinaus, auch für Gemeinschaft in Form von Gesprächen und Beschäftigungsangeboten genutzt.

Mit Unterstützung der Mitarbeitenden werden der Ess- und Wohnzimmerbereich jahreszeitlich dekoriert.

In der Grundausrüstung verfügen die Räumlichkeiten unserer Klienten und Klientinnen über ein Bett, einen Kleiderschrank, eine Kommode, einen Tisch und einen Stuhl.

Darüber hinaus hat jeder Klient/jede Klientin die Möglichkeit seinen eigenen Wohnraum individuell zu gestalten, um sich in der eigenen Räumlichkeit heimisch und wohl zu fühlen.

Diese Möglichkeit unterstützen wir individuell und orientiert an den Bedürfnissen und Befindlichkeiten unserer Klienten und Klientinnen.

Ein wohliges und ansprechendes Ambiente zu ermöglichen und zu fördern ist für uns ein Ausdruck von Wertschätzung und einer gelebten Willkommensstruktur.

Im Kellergeschoss, welches über eine Treppe zu erreichen ist, befinden sich eine Mitarbeitertoilette, der Heizungsraum, eine Waschküche und ein Trockenraum, ein Lebensmittel- und Getränkelager, eine Räumlichkeit, in der die Daten für die Telefonanlage ausgewertet können, ein Lager für Reinigungsmittel, ein Abstellraum sowie eine größere Räumlichkeit, die früher als Töpferei genutzt wurde, aktuell aber als weiterer Lagerraum dient.

In der ersten Etage befinden sich eine Dusche, zwei Toiletten, eine Küche, ein Raucherwohnzimmer und ein Lagerungsraum für Reinigungsmittel. Auf dieser Etage befinden sich fünf individuelle Einzelzimmer für unsere Klienten und Klientinnen.

Unsere zweite Etage ist ausgestattet mit einem Badezimmer mit Toilette, einer Dusche mit Toilette, einer Küche, einem Esszimmer und einem geräumigen Wohnzimmer. Auch hier befindet sich eine Räumlichkeit zur Aufbewahrung von Reinigungsmitteln.

Auf dieser Etage befinden sich fünf Einzelzimmer für unsere Klienten und Klientinnen sowie das Probewohnzimmer, welches für interessierte Bewerber für unsere Einrichtung als auch zur Krisenintervention (speziell für Klienten und Klientinnen, die ansonsten aufsuchend betreut werden) vorgesehen ist.

Die dritte Etage verfügt über weitere fünf Einzelzimmer für unsere Klienten und Klientinnen. Weiter befinden sich auch hier ein Badezimmer mit Toilette, eine Dusche mit Toilette sowie eine Küche und ein Wohn- und Esszimmer. Auch auf dieser Etage ist eine Räumlichkeit zur Aufbewahrung von Reinigungsmitteln vorhanden.

Die Klientenzimmer haben Größen von 13,33 bis 23,69 m². Jedes Zimmer verfügt über einen Telefonanschluss und einen TV Anschluss. Die Gemeinschaftsflächen verfügen über 285,41m².

In unserem Haus in der Kaiserstraße 23 leben insgesamt 16 Klienten/Klientinnen.

Das Haus 25 in der Kaiserstraße 25 wird multifunktional genutzt. Im Erdgeschoss befindet sich hier unser ergotherapeutischer Bereich mit einer großen Räumlichkeit. Angrenzend befinden sich hier eine Küche sowie das Büro der Einrichtungsleitung.

In den beiden darüberliegenden Etagen befinden sich jeweils vier Appartements für Klienten/Klientinnen aus der aufsuchenden Betreuung. Das Gebäudemanagement, inklusive der Vermietung, obliegt der DGD SDDS gGmbH, deren Geschäftsführung ebenso Herrn Hubertus Jäger obliegt.

Das Gebäude ist über die Kaiserstr. 25 zu betreten. Der angrenzende Flur zum Eingang ist ausgestattet mit einem Sofa, einem Regal und einer Garderobe. Von dort aus hat man den direkten Zugang zum ergotherapeutischen Bereich. Zudem verfügt das Haus 25 über einen separaten Eingang auf der Rückseite des Gebäudes, welcher in erster Linie von den dort lebenden Klienten und Klientinnen genutzt wird.

Das Kellergeschoss von Haus 25 kann sowohl über den ergotherapeutischen Bereich als auch über einen separaten Zugang im Hausflur des Klientenbereichs erreicht werden.

Im Keller befinden sich, geschlechtlich getrennt, zwei Mitarbeiter Toiletten, zwei Abstellräume für Getränke, Dekorationsartikel und Reinigungsmittel, der Heizungsraum sowie die IT Anlage.

Im Erdgeschoss befindet sich unser großer Ergotherapie Raum, welcher über vier Arbeitsplätze verfügt.

Der Raum besticht durch seine Helligkeit und großzügige Fensterfront. Ausgestattet ist dieser Bereich mit ausreichenden Einbauschränken, Regalen, Tischen und Sitzgelegenheiten sowie auch einem gemütlichen Sofa. Die täglichen Angebote der Ergotherapie werden überwiegend dort, wie aber auch in der benachbarten Küche umgesetzt. Darüber hinaus gibt es auch regelmäßige externe Angebote.

Darüber hinaus werden die Räumlichkeiten auch für (Team-) Besprechungen und Supervisionen sowie für das wöchentliche Plenum unserer Klienten/Klientinnen genutzt.

Zwischen der Küche und dem Büro der Einrichtungsleitung führt ein kleiner Flur zu den Kliententoiletten. Das Büro der Einrichtungsleitung ist ebenso über diesen Zwischenflur

zu erreichen. Der Haupteingang für dieses Büro ist allerdings über den ergotherapeutischen Bereich zu betreten. Ein entsprechendes Hinweisschild ist an dieser Türe angebracht.

Das Büro der Einrichtungsleitung verfügt über einen komplett ausgestatteten Arbeitsplatz. Darüber hinaus gibt es einen separaten Sitzbereich, bestehend aus zwei Cocktailsesseln, Tisch und Stehlampe, welcher für Gespräche genutzt werden kann. Eine Bebilderung und Grünpflanzen sorgen auch hier für ein angenehmes Ambiente.

In unserem gesamten ergotherapeutischen Bereich legen wir ebenso einen großen Wert auf ein einladendes Ambiente. Eine entsprechende jahreszeitliche Dekoration wird gemeinsam mit unseren Klienten/Klientinnen mit Freude umgesetzt.

Ein Höhepunkt sind immer wieder unsere jährlichen Weihnachtsfeiern für unsere Klienten/Klientinnen in den Räumlichkeiten der Ergotherapie.

Unmittelbar gegenüber befindet sich das Haus 30 in der Kaiserstraße 30. Im unteren Bereich befinden sich die Büros der Verwaltung und der Geschäftsführung.

In der ersten Etage befindet sich die zu der DGD SDDS gGmbH gehörende Wohnung, die im Rahmen der aufsuchenden Betreuung Platz für drei Klienten der Einrichtung bietet.

In der zweiten Etage befindet sich eine Mitarbeiterwohnung, vornehmlich für Mitarbeitende des angrenzenden DGD Seniorenzentrums Herborn.

Betreten wird das Haus über den linksseitigen Hofbereich des Seniorenzentrums Herborn. Über das Treppenhaus gelangt man zu den einzelnen Etagen.

In der Wohnung in der ersten Etage ist Wohnraum für maximal drei Klienten. Jeder Klient verfügt über einen relativ großen eigenen Raum. Darüber hinaus gibt es eine große Gemeinschaftsküche, ein Badezimmer, eine Toilette sowie einen geräumigen Flur.

Das Haus 17 in der Kaiserstraße 17, befindet sich auf der linken Seite der Kaiserstraße. Ein überdachter Bereich führt zum einen in das Haus und zum anderen in den angrenzenden Gartenbereich, welcher von unseren Klienten genutzt wird.

In diesem Haus befinden sich im Erdgeschoss unser Werkraum, eine kleine Küche und eine Toilette. Die Nutzung des Werkraums wird von den Mitarbeitenden der Ergotherapie geplant und begleitet. Zudem finden dort auch regelmäßige Besprechungen unserer Inklusionsgruppe statt.

Nach Betreten der Eingangstüre befindet man sich im Flur. Dieser beinhaltet das Treppenhaus und den Zugang zu unserem Werkraum. Darüber hinaus ist der Nutzungsbereich des Erdgeschosses auch noch durch eine zweite Türe zu betreten. Diese führt in einen kleinen Flur.

Über das Treppenhaus gelangt man in die beiden weiteren Etagen. In der ersten Etage befindet sich auf der linken Seite der zusätzliche Bürobereich für unsere Hausleitungen und für unsere BEM Beauftragte. Von der Eingangstüre aus gelangt man direkt in einen kleinen Flur, welcher mit einem Schrank und einer Garderobe ausgestattet ist. Links und rechtsseitig des Flurs gelangt man jeweils in ein Büro. Beide Büros verfügen über eine komplette Büroausstattung und kleine Sitzgelegenheiten für Besprechungen. Durch die großen Fensterfronten sind die Büroräume hell und freundlich.

Im Zwischenstock, über das Treppenhaus zu erreichen, befindet sich die Personaltoilette für diese Büroräume.

Gegenüber der Büroräume befindet sich eine Wohnung, die für unsere aufsuchende Betreuung konzipiert ist. In dieser Wohnung leben ein Klient und eine Klientin, die eine partnerschaftliche Beziehung führen.

Die Wohnung verfügt über ein gemeinsames Schlafzimmer, ein Wohnzimmer, ein Badezimmer mit Toilette und eine Küche.

In der zweiten Etage befindet sich für zwei Klienten in unserer aufsuchenden Betreuung eine weitere Wohngemeinschaft.

Aktuell leben dort zwei Herren und jeder verfügt über ein eigenes Zimmer. Zudem gibt es eine Gemeinschaftsküche und ein Gemeinschaftsbadezimmer mit Toilette.

Auch diese Wohnungen gehören zur DGD SDDS gGmbH. Alle Wohnungen sind individuell mit Mobiliar ausgestattet, welches Eigentum der Klienten/Klientinnen ist. Die Wohnungsgrößen, je Klient, umfassen 26m² bis 45m².

Parkmöglichkeiten befinden sich in der Kaiserstraße und auf den ausgewiesenen Parkflächen an Haus 23 und 25. Zusätzlich gibt es in der Kaiserstr. 31 noch die Möglichkeit im hinteren Bereich des Außengeländes vor den Garagen zu parken.

3. Theoretische Grundlagen von Betreuung

3.1 Leitbild für Betreuung

- Professionell Betreuen
- Miteinander Wege für erlebbare Zufriedenheit im Leben finden
- Lebensqualität und Teilhabe erhalten und fördern
- Einzigartigkeit und Unterschiedlichkeit wertschätzen
- Gegenseitige Achtung und Empathie leben

Durch die Professionalität unseres Wirkens und in Sorge füreinander, geben wir allen Klienten und Klientinnen die Unterstützung und Begleitung, die sie benötigen, um ihre Lebensqualität zu fördern und größtmöglich selbstbestimmt zu leben.

Unser christliches Selbstverständnis führt zu einer Haltung, die von Achtung, Freundlichkeit und Verantwortungsbewusstsein für jeden Mensch geprägt ist. Dabei beachten wir auch die Wirtschaftlichkeit und den nachhaltigen Einsatz unserer Ressourcen.

Fachliche Kompetenz auf hohem Niveau mit ständiger Weiterbildung ist für uns selbstverständlich, um eine qualifizierte und zugewandte Betreuung zu leisten.

Die Unterschiedlichkeit und die Einzigartigkeit jedes Einzelnen, seine unaufhebbare Würde und seine unteilbaren Bürgerrechte sind uns bewusst.

Diese ehren wir und berücksichtigen sie in unserem Dienst.

In Kooperation mit Angehörigen, gesetzlichen Betreuern, Ärzten, Seelsorgern, Behörden und externen Partnern ergänzen wir uns in unserem Dienst.

Mit menschlicher Zuwendung begleiten wir unsere Klienten und Klientinnen und stehen auch den Angehörigen im Prozess der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützend zur Seite. Die aktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit hat zudem zum Ziel, nicht nur die Selbstbefähigung und Selbststimmung unserer Klienten und Klientinnen so weit wie möglich zu unterstützen und zu fördern, sondern auch zum Schutz der Klienten und Klientinnen einzugreifen, wenn das Wohl gefährdet ist. Daher ist uns eine gegenseitige Achtung, Wertschätzung und konstruktive Kommunikation zur Pflege transparenter Beziehungen wichtig.

Unsere fachlich kompetente Unterstützung, Begleitung und Beratung prägen uns. Wir suchen gemeinsam nach Lösungen für auftretende Probleme, Herausforderungen und Krisen.

Unser Betreuungsansatz integriert Sozial- und Milieuthérapie, Erkenntnisse der Psychotherapie, seelsorgerische Beratung und Ergotherapie.

Dabei ist unsere Handlungsweise von unserem christlichen Grundverständnis evangelischer Diakonie geprägt. Vertiefende psychotherapeutische Behandlungen und die psychiatrische Versorgung durch die entsprechenden Fachärzte finden außerhalb der Einrichtung statt.

Die Grundlage unserer Arbeit nach BTGH III ist für uns:

1. Stärkung der Selbstbestimmung: Das Gesetz betont die Selbstbestimmung und Autonomie der Betroffenen, indem es ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche stärker berücksichtigt.

2. Verbesserung der Teilhabe: Durch bedarfsgerechtere Leistungen und Maßnahmen wird die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erleichtert, was zu einer besseren Integration führt.

3. Transparente und qualitativ hochwertige Leistungen: Das BTHG III fördert Transparenz und Qualitätssicherung in der Eingliederungshilfe, was den Betroffenen eine bessere Orientierung und Zugang zu passenden Unterstützungsangeboten ermöglicht.

4. Individuelle Teilhabeplanung: Mit Einführung des neuen Teilhabeplanverfahrens werden die Bedarfe und Ziele der Menschen mit psychischer Beeinträchtigung besser erfasst und die Unterstützung entsprechend angepasst.

5. Reduzierung von Barrieren: Das Gesetz zielt darauf ab, Barrieren abzubauen und die Teilhabe von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen zu fördern, sei es im Arbeitsleben, in der Gestaltung des Tages, im Wohnen oder in der Freizeitgestaltung.

Die Qualität dieser Leistung ist für uns von höchster Bedeutung, um eine individuelle Befähigung und Entwicklung zu ermöglichen. Unsere Mitarbeitenden sind daher bestrebt, durch Fachkompetenz, Empathie und Einsatzbereitschaft eine „Wohlfühl-atmosphäre“ aus Sicherheit, Geborgenheit, Annahme und Optimismus zu schaffen, in der sich unsere Klienten und Klientinnen bestmöglich in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben weiter entwickeln können.

Darüber hinaus möchten wir sicherstellen, dass jeder Mensch in unserer Einrichtung sein Leben, frei von Gewalteinwirkung, selbstbestimmt gestalten kann.

Um adäquat und flexibel den zukünftigen Anforderungen in der Betreuung psychisch kranker Menschen sowie dem wachsenden Qualitätsniveau unserer besonderen Wohnform für psychisch kranke Menschen, Haus des Lebens, erfolgreich begegnen zu können, haben wir den Anspruch, dass dieses Leitbild für weitere Innovationen Raum gibt.

Ergänzend zu unserem Leitbild gelten die DGD Markenwerte:

- fachlich kompetent
- christlich engagiert
- herzlich zugewandt.

3.2 Prozessgesteuerte Dokumentation in der Betreuung

In diesem Kontext wurden die Dokumentationssoftware Vivendi PD und für die Abrechnung Vivendi NG implementiert. Es erfolgte eine Anpassung, um die nach BTGH III erforderlichen Parameter der qualifizierten und der kompensatorischen Assistenzleistungen fachgerecht in der Dokumentation abzubilden. Ziel ist auch hier, die entsprechenden Betreuungs- und Unterstützungsleistungen fachgerecht zu dokumentieren, so dass für alle Beteiligten der individuelle Behandlungsprozess der Klienten und Klientinnen erkennbar und nachvollziehbar ist.

Entsprechend der gesetzlich vorgegebenen Vorbehaltsaufgaben erheben die Fachkräfte, gemeinsam mit unseren Klienten und Klientinnen, den Assistenzbedarf. Hierzu werden aus dem personenzentrierten Teilhabeplan die Ziele und Maßnahmen dokumentiert, entsprechend geplant und umgesetzt.

Die prozessgesteuerte Dokumentation sowie die Analyse der Qualität, die Evaluation, Sicherung und Entwicklung liegen ebenso in der Verantwortung der Fachkräfte.

Anbei zur Ergänzung: zwei Folien aus der PP Schulung für Mitarbeitende:

Folie 1: Kurzdarstellung der Assistenzleistungen - PP Folie 2

Assistenzleistungen

Qualifizierte Assistenz **Kompensatorische Assistenz**

Leistungen zur Sozialen Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe an Bildung können als

- Einzelleistung und/oder
- gemeinsam mit anderen leistungsberechtigten Personen in Anspruch genommen werden, (Gruppenleistungen)

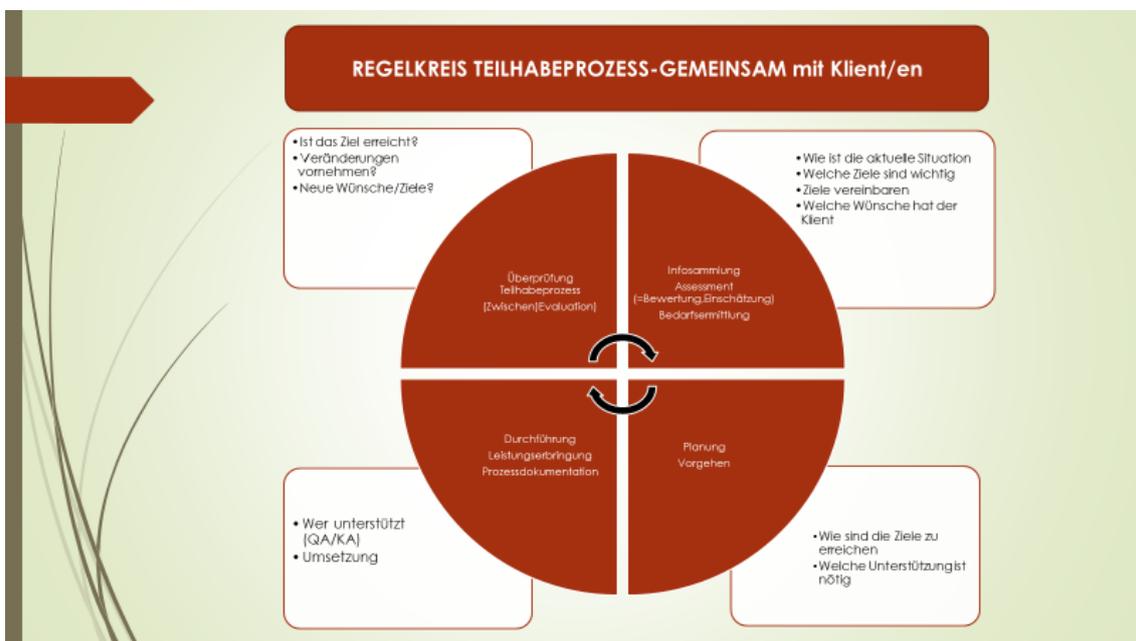
✓ soweit dies von der leistungsberechtigten Person gewünscht wird oder dies zumutbar ist.

Bei einer gemeinsamen Inanspruchnahme von Leistungen erfolgt im PIT eine anteilige Reduzierung der zeitlichen Teilhabebedarfe für die einzelne Person unter Beachtung der Gruppengröße.

Qualifizierte Assistenz:
Die Leistungen zum **Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten** werden als qualifizierte Assistenz ausgeführt.

Kompensatorische Assistenz:
Die Leistungen zur Teilhabe an Bildung werden als kompensatorische oder qualifizierte Assistenz ausgeführt

Folie 2: Kurzdarstellung Regelkreis Dokumentation – PP Folie 6



Quelle: Folien aus der PP, angelehnt an LWV „Schulung Prozessgesteuerte Dokumentation“. Erstellt von Einrichtungsleitung Elvira Seitz zu Schulungszwecken der Mitarbeitenden. (02.05.2023)

Die individuelle Personenzentrierung nach BTHG III ist Kernvoraussetzung, um den Menschen mit seinen speziellen Wünschen und unter Beachtung seiner individuellen Lebenssituation zu betreuen.

Dieser personenzentrierte Ansatz bedeutet:

- Partizipation der Klienten und Klientinnen durch aktive Ansprache
- in Beziehung treten und diese pflegen
- Vertrauen aufbauen und für ein sicheres Umfeld sorgen
- Verständigung über die individuellen Wünsche, Bedürfnisse, Ziele und Maßnahmen für die zukünftige Betreuung
- Berücksichtigung des Lebensumfeldes unter Wahrung der Würde.

Durch die Professionalität unseres Dienstes und einer wohlwollenden Kommunikation und Sorge füreinander, geben wir jedem Klienten und jeder Klientin die Unterstützung, die erforderlich ist, um die individuelle Lebensqualität zu fördern und eine größtmögliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Mensch/Person

Im zentralen Interesse steht die Person. Mit Person ist sowohl der Klient, die Klientin, aber auch der Mitarbeitende gemeint. Der Mensch ist einzigartig in seinem Sein, unabhängig von seiner Lebensgeschichte, seinem Glauben und seinem Geschlecht.

Jeder Mensch ist in seiner Würde einzigartig und hat das Potenzial und das Recht zur Entwicklung, Wachstum und Selbstverwirklichung.

Umgebung

In einer ganzheitlichen Betrachtungsweise ist die Umwelt die wichtigste Komponente für Leben, Gesundheit und Wohlbefinden des Menschen. Mensch und Umgebung interagieren dabei miteinander. Zur Umgebung zählen andere Menschen, ökologische, physikalische, materielle und gesellschaftliche Faktoren, welche die Lebensqualität beeinflussen. Dies gilt auch für die Betreuungsumgebung, egal ob im häuslichen oder aufsuchenden Bereich.

So wie die Umgebung den Klienten/die Klientin beeinflusst, wirkt sich die Arbeitsumgebung auch auf die Mitarbeitenden aus.

Gesundheit- Das bio-psycho-soziale Modell

Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen sind gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren.

Das bio-psycho-soziale Modell der möglichen multiplen Wechselwirkungen (Abbildung 2) verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist (Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung).

Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise:

- der Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)

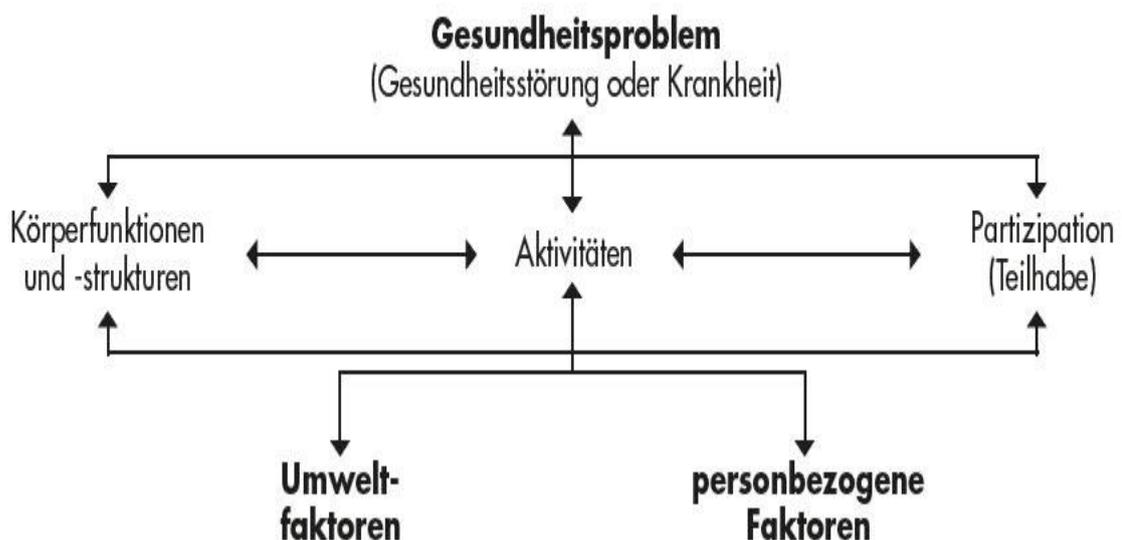


Abb.2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)

Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird

und/oder und sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Ob und in welchem Umfang eine funktionale Beeinträchtigung ein selbstbestimmtes Leben erschwert, wird demnach auch von Kontextfaktoren beeinflusst. Die Wohnsituation kann beispielsweise ein entscheidender Faktor dafür sein, in welchem Umfang ein Mensch mit Mobilitätseinschränkungen in soziale Aktivitäten eingebunden ist. Zugleich ist eine barrierefreie Umgebung kein Garant für die selbstbestimmte Teilhabe. Denn diese hängt von vielfältigen Faktoren, wie denen der Persönlichkeit, von Einstellungen und auch sozialen Kompetenzen ab.

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt am Main

Pflege

Die Pflege stellt den Menschen mit seinen Bedürfnissen, Problemen und Fähigkeiten und den damit verbundenen Auswirkungen auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden ebenso ganz in den Mittelpunkt.

Eine grundpflegerische Versorgung leisten wir anlassbezogen und im Rahmen der pflegfachlichen Verfügbarkeit unserer Mitarbeitenden. Bis zum jetzigen Zeitpunkt konnten wir eine notwendige pflegerische Grundversorgung (bspw. Duschen, Unterstützung bei der Morgen-Abendtoilette) sicherstellen. Auch in diesem Bereich ist uns eine professionelle und klientenorientierte bedarfsgerechte Pflege ein hohes Anliegen. Insbesondere bei unseren älteren Klienten und Klientinnen legen wir großen Wert auf pflegfachliche Beobachtung und Ressourcenförderung. Im Bereich unserer aufsuchenden Betreuung geschieht hier auch die Einbindung externer Anbieter, um so bspw. eine Unterstützung in den hauswirtschaftlichen Bereichen/Aufgaben ergänzend hinzuzuziehen. Dies setzt voraus, dass eine entsprechende pflegerische Begutachtung durch den MDK erfolgt und demzufolge auch ein enger Austausch mit den gesetzlichen Betreuern und selbstverständlich mit unseren Klienten und Klientinnen erfolgt. In Fällen eines erheblichen Pflegeaufwands (> PG 3) unterstützen wir den Prozess in ein Seniorenheim zu ziehen. In der Vergangenheit haben wir hier insbesondere mit unserem Seniorenzentrum, Haus des Lebens, Herborn, wie aber auch mit der Einrichtung Haus am Park, Herborn, erfolgreich zusammengearbeitet. Hierzu zählt auch, dass wir den Gewöhnungsprozess aktiv begleiten. Dies erfolgt zum einen durch einen engen Austausch auf Leitungsebene, wie aber auch durch die aktive Begleitung zu Beschäftigungsangeboten durch die entsprechende Bezugsbetreuung in das jeweilige Haus. Zur medizinischen Betreuung und Versorgung gehören die Überwachung der regelmäßigen Medikamenteneinnahmen und die Umsetzung ärztlicher Verordnungen.

Bei behandlungspflegerischen Maßnahmen, welche über die Fachlichkeit unsere Mitarbeitenden hinausgehen, veranlassen wir entsprechende Verordnungen und greifen auf ortsansässige ambulante Pflegedienste zurück.

Die Bedarfe und Fähigkeiten eines (betagten) Menschen hängen von Erkrankungen, Individualität, Willen, früherer Lebensweise und vielen anderen Faktoren ab.

Wir achten hierbei auf folgende Faktoren:

- 1) – kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- 2) – Mobilität und Beweglichkeit
- 3) – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
- 4) – Selbstversorgung
- 5) – Leben in sozialen Beziehungen
- 6) – Wohnen/Häuslichkeit

Unterstützende Initialfragen („Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?“)

3.3 Einzelbetreuung

Jeder Klient/jede Klientin entwickelt mit seinem Bezugsbetreuer eigene Perspektiven, Wünsche und Ziele. Dabei geht es grundsätzlich um das (Wieder-) Erlangen von Fähigkeiten sowie das Fördern von vorhandenen Ressourcen in allen relevanten Lebensbereichen. Je nach individuellem Bedarf und individuellen Zielen erhalten unsere Klienten und Klientinnen unterstützende Hilfestellungen durch kompensatorische Assistenzleistungen und/oder qualifizierte Assistenzleistungen.

Dies können sein:

Im Bereich der alltäglichen Lebensführung:

- Beim Einkaufen
- Beim Kochen
- Bei der Wäschepflege
- Bei der Ordnung im eigenen Bereich
- Bei der Geldverwaltung
- Beim Regeln von finanziellen und behördlichen Angelegenheiten

Im Bereich der individuellen Basisversorgung:

- Bei der Ernährung (Art; Menge und Auswahl der Lebensmittel)
- Bei der Körperpflege
- Beim Aufstehen (Wecken)

- Bei der Auswahl von Kleidung
- Beim Kleidungswechsel

Im Bereich sozialer Beziehungen

- Bei einem Aufbau von tragfähigen Beziehungen zu Mit Klienten, Mitarbeitern und Nachbarn
- Bei einem Aufrechterhalten bestehender Freundschaften, Partnerschaften und familiären Kontakten
- Bei der Klärung von Konflikten

Im Bereich Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben

- Bei der Freizeitgestaltung
- Bei der Motivation und Ausführung von Hobbys
- Bei der Erschließung außerhäuslicher Lebensbereiche
- Bei der Entwicklung von Zukunftsperspektiven
- Bei der Lebensplanung

Im Bereich Kommunikation und Orientierung

- Bei der Einhaltung des Tag- und Nacht-Rhythmus
- Bei der räumlichen Orientierung in vertrauter und fremder Umgebung
- Bei der zeitlichen Orientierung

Im Bereich emotionale und psychische Entwicklung

- Bei der Bewältigung von bspw. Angst, Unruhe, Anspannung und Spannungen
- Bei der Bewältigung von Antriebsstörungen, Interessenlosigkeit und Apathie
- Bei der Bewältigung paranoider und affektiver Symptomatik
- Bei einem Umgang mit selbst- und fremdgefährdeten Verhalten
- Bei einem Abbau von selbst- und fremdgefährdeten Verhalten
- Beim Umgang emotionaler Abhängigkeiten
- Beim Umgang von Substanzmittelabhängigkeiten

Im Bereich Gesundheitsförderung- und erhaltung

- Bei der Ausführung ärztlicher und/oder therapeutischer Verordnung
- Bei der Bereitstellung, Dosierung und Einnahme von Medikamenten
- Bei der Absprache und Durchführung von Arztterminen
- Bei der Beobachtung und Überwachung ihres Gesundheitszustandes (bspw. Diabetes, Hypertonie, Hypotonie, Rheuma etc)
- Bei der Vermeidung von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen
- Bei einem erforderlichen Klinikaufenthalt
- Bei der Vermittlung von Suchtberatungen oder Selbsthilfegruppen

Die bisher aufgeführten theoretischen Grundlagen der Betreuung werden von den jeweiligen Bezugsbetreuungen gemeinsam mit unseren Klienten und Klientinnen erarbeitet und umgesetzt. Die gemeinsam erarbeiteten Wünsche, Ziele und entsprechenden Maßnahmen werden im jeweiligen personenzentrierten Teilhabeplan (kurz PIT) festgehalten. Die fachgerechte Umsetzung erfolgt nach Bewilligung des Kostenträgers und wird dann in unserer Dokumentation, in Form eines Easyplans (Hilfeplan), angelegt und umgesetzt.

Die im PIT zu erfassenden Themenfelder werden in die entsprechenden Easypläne (Hilfepläne) integriert und durch die kontinuierliche Verlaufsdocumentation fachgerecht ergänzt. Die im PIT erfassten Sozialdaten sind in unserer Dokumentation im Bereich der Stammdaten hinterlegt.

Die einzelnen Themenfelder (Domänen) unseres Easyplans (Hilfeplans) sind wie folgt (ICF basiert) gegliedert:

0. Allgemeine Informationen

D1. Lernen und Wissensanwendung

D2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

D3. Kommunikation

D4. Mobilität

D5. Selbstversorgung

D6. Häusliches Leben

D7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

D8. Bedeutende Lebensbereiche

D9. Gemeinschafts- soziales und staatsbürgerliches Leben

Entsprechend den o.a. Parametern werden die jeweiligen Maßnahmen erfasst und in Form von qualifizierten und kompensatorischen Assistenzleistungen in unserer Dokumentation hinterlegt. Im Zuge dessen werden auch die erforderlichen Evaluationszeiträume erfasst. Die individuellen Entwicklungen sowie tagesaktuelle Besonderheiten werden in unserer Verlaufsdocumentation erfasst.

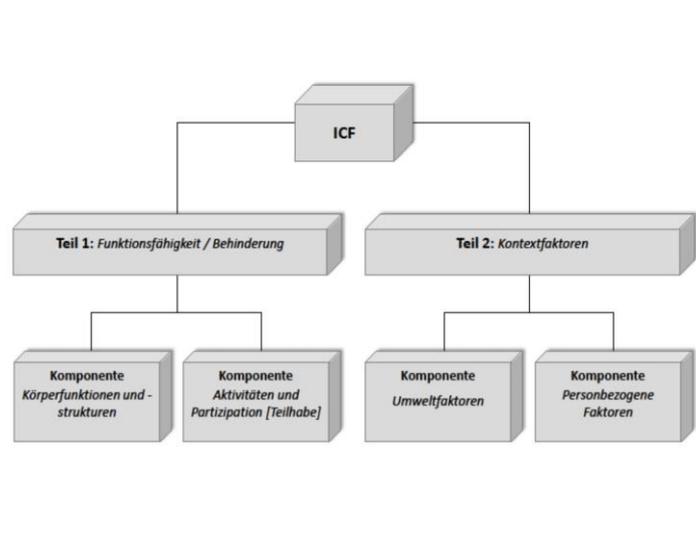
Wir orientieren uns in der Planung und Umsetzung nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Kurz ICF, Kurzdarstellung in Abschnitt 3. Theoretische Grundlagen in der Betreuung, Gesundheit – das bio-psycho-soziale Modell)

- Der wesentliche Nutzen der ICF besteht in der zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise der Komponenten der "Funktionsfähigkeit", deren Beeinträchtigungen im Sinne von Krankheitsauswirkungen und in der Einführung von "Kontextfaktoren". (Auszug Info vdek, vom 11.03.2024)

Die ICF besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten

Teil 1 beinhaltet die Funktionsfähigkeit und Behinderung, gegliedert in die Komponenten Körperfunktion und Strukturen sowie Aktivitäten und Teilhabe.

Teil 2 beinhaltet die Kontextfaktoren, gegliedert in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. (siehe Grafik-Quelle bar-Frankfurt)



Funktionsfähigkeit ist der Oberbegriff für Körperfunktionen-strukturen, Aktivitäten und Teilhabe. Hier werden die positiven Aspekte der Interaktion zwischen Klienten/Klientin (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren) erfasst.

Behinderung ist der Oberbegriff für Schädigungen, Funktionsstörungen, Körperstruktur-schäden und Beeinträchtigungen der Teilhabe. Hier geht es um die negativen Aspekte der Interaktion zwischen Klienten/Klientin (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren)

Als **Körperfunktion** werden die einzelnen isoliert betrachteten physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, wie z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu.

Unter **Körperstrukturen** versteht man die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse oder einzelne Körperbestandteile wie die Inselzellen der Bauchspeicheldrüse.

Die Körperfunktionen sind in acht Kapitel unterteilt:

1. mentale Funktionen
2. Sinnesfunktion, Wahrnehmung, Schmerz
3. Stimm- Sprechfunktion
4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystem
5. Funktionen des Verdauungsapparates, Stoffwechselfunktionen und des endokrinen Systems
6. Funktionen des urogenital - und reproduktiven Systems
7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen
8. Funktionen der Haut

Ebenso sind die Körperstrukturen entsprechend in acht Kapitel unterteilt:

1. Strukturen des Nervensystems
2. Auge, Ohr und die zusammenhängenden Strukturen
3. an der Stimm- und Sprechfunktion beteiligte Strukturen
4. Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und Atmungssystem
5. Strukturen die mit dem Verdauungsapparat, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang stehen
6. Strukturen die mit dem urogenital- und reproduktiven System in Zusammenhang stehen
7. Mit der Bewegung im Zusammenhang stehende Strukturen
8. Strukturen der Haut

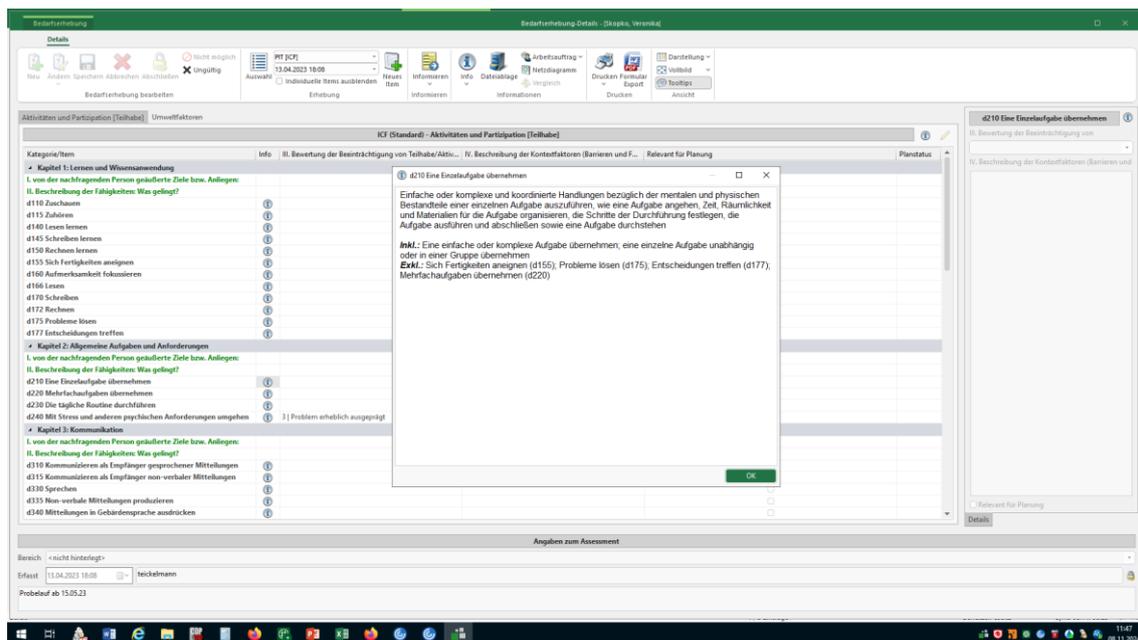
Jede Komponente kann in positiven oder negativen Begriffen ausgedrückt werden. Jede Komponente besteht aus verschiedenen Domänen (Zusammenschluss von Items*) und innerhalb jeder Domäne aus Kategorien, welche die Einheiten der Klassifikation bilden. Der Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängende Zustand eines Menschen kann durch Auswahl des oder der geeigneten Codes der Kategorien dokumentiert werden, ergänzt durch Beurteilungsmerkmale, die numerische Codes beinhalten und das Ausmaß oder die Größe der Funktionsfähigkeit oder Behinderung in der Kategorie spezifizieren, oder das Ausmaß angeben, in welchem die Umweltfaktoren fördernd oder beeinträchtigend wirken.

- Items sind die Bausteine der ICF, welche aus einem alphanumerischen Code und dem dazugehörigen Begriff bestehen. Items werden auch als Kategorien bezeichnet. Bspw. B1400 Kurzzeitgedächtnis > Mentale Funktionen, die sich in einer vorübergehenden, störbaren Gedächtnisspeicherung von etwa 30 Sekunden äußern. Aus diesem Speicher gehen Informationen verloren, wenn sie nicht im Langzeitgedächtnis verankert werden.

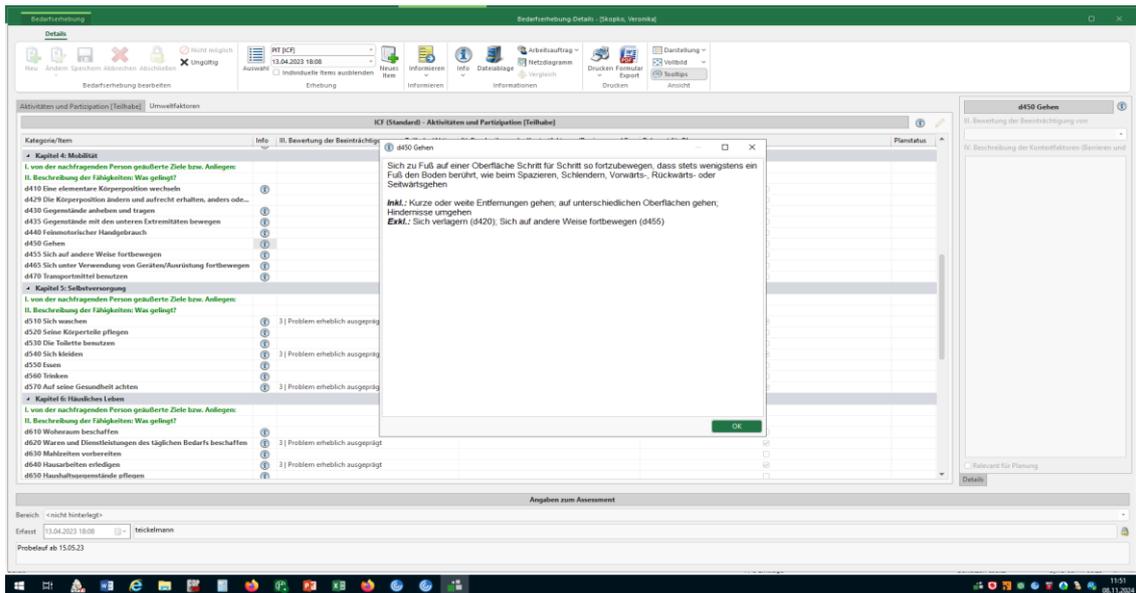
Nachfolgend sind die entsprechenden Grafiken unserer prozessgesteuerten Dokumentation eingefügt, welche wir ergänzend für unsere professionelle Dokumentation, wahlweise, nutzen.

Zur unterstützenden fachgerechten Umsetzung (ICF) nutzen wir im Bedarfsfall die Plattform DIMDI: <https://www.dimdi.de>

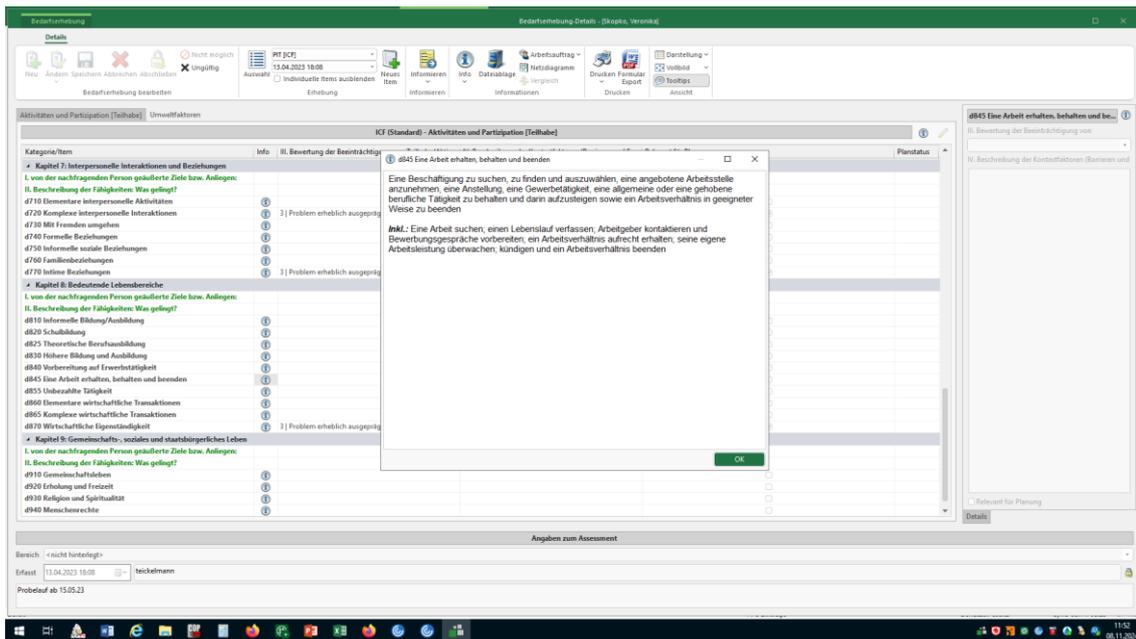
Grafik 1: Kapitel 1 bis 3



Grafik 2: Kapitel 4 bis 6



Grafik 3: Kapitel 7 bis 9



In unserem direkten Interesse steht der zu betreuende Klient mit seiner gesamten Lebensgeschichte, seinen Wünschen und Zielen.

Wir unterstützen, fördern und begleiten, in dem wir bedarfsgerecht und individuell interagieren und entsprechend die prozessgesteuerte Dokumentation sowie die erforderlichen Werkzeuge fachgerecht nutzen.

Ziel ist natürlich, die Lebenssituation unserer Klienten und Klientinnen durch mehr Teilhabe an der Gesellschaft, mehr Selbstbestimmung und weiteren Möglichkeiten zur individuellen Lebensführung zu verbessern

Um zu diesem Ziel zu gelangen, müssen die Fähigkeiten systematisch erfasst werden, Beziehung wohlwollend gelebt werden, um sie fördern zu können.

3.3.2 Aufgabenbereiche der Bezugsbetreuung

Ein wichtiger und wesentlicher Bestandteil unseres pädagogischen Konzeptes ist die Betreuung unserer Klienten und Klientinnen im Rahmen unserer Bezugsbetreuung.

In der Bezugsbetreuung wird die Verantwortung aller erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen zur größtmöglichen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einer Betreuungskraft übertragen. Gemeinsam mit unseren Klienten und Klientinnen werden die entsprechenden Ziele und deren notwendigen Maßnahmen erarbeitet und in den täglichen Begegnungen umgesetzt und gelebt. Neben der komplexen psychischen und physischen Unterstützung begleitet die Bezugsbetreuung, bei Bedarf, auch die Termine und Kontakte mit Angehörigen, Ärzten, Behörden und gesetzlichen Betreuungen. Im Falle einer Abwesenheit der Bezugsbetreuung ist die stellvertretende Bezugsbetreuung zuständig. Darüber hinaus verfügt unsere Einrichtung über zwei Hausleitungen, welche im Rahmen dieser Funktion übergeordnet die Ziele und Maßnahmen kennen und deren Umsetzung mitverantworten. Im Rahmen kontinuierlicher Leitungsrunden, bestehend aus den Hausleitungen, der stellvertretenden Einrichtungsleitung und der Einrichtungsleitung, werden die individuellen Betreuungsleistungen, deren Umsetzung, Abweichungen sowie aktuelle Situationen besprochen und geplant.

Darüber hinaus ergänzen Teamsitzungen und Supervisionen unseren Betreuungsprozess.

Aufgaben der Bezugsbetreuung

- a) Unterstützungsmaßnahmen mit Klienten/Klientin erarbeiten
- b) Ziele und Maßnahmen festlegen
- c) Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie
- d) Dokumentation
- e) Administrative Organisation
- f) Kooperations- und Koordinationsleistungen

In den ersten beiden Bereichen erfasst die Bezugsbetreuung den Bedarf an Leistungen, die sich aus dem personenintegrierten Teilhabeplan und der Hilfeplanung ergeben.

Bei Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie arbeitet die Bezugsbetreuung nach ärztlicher Anordnung und trägt hierbei eine Durchführungsverantwortung. Unter Administration sind alle geplanten und organisierten Maßnahmen zu verstehen, die den Alltag und die persönliche Lebensführung unserer Klienten verbessern/unterstützen/fördern. Neben der komplexen psychischen und physischen Unterstützung begleitet die Bezugsbetreuung, bei Bedarf, auch die Termine und Kontakte mit Angehörigen, Ärzten, Behörden und gesetzlichen Betreuungen.

Der letzte Bereich meint die Absprache der Aufgaben in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wie z.B. (Fach)Kliniken, (Fach)Ärzten, externen Anbietern der Tagesstruktur (Tagesstätte, Werkstatt), Behörden und gesetzlichen Betreuern

4. Leistungsspektrum

4.1 Allgemeine Assistenzleistungen nach SGB IX

Das Leistungsspektrum orientiert sich an dem aktuellen Rahmenvertrag III für Hessen (Stand 01.07.23), gemäß § 125 Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Verbindung mit den §§ 126 ff. SGB IX für Menschen mit Behinderungen, in Form von Assistenzleistungen im Sinne des § 78 SGB IX und den Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten gemäß § 81 SGB IX, dem Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen.

Die Umsetzung erfolgt durch qualifizierte und kompensatorische Assistenzleistungen, um eine selbstbestimmte und eigenständige Bewältigung des Alltags, einschließlich der Tagesstrukturierung, zu fördern.

4.1.1 Pflege in besonderen Wohnformen

Die Pflege im Bereich der Eingliederungshilfe wird gemäß § 78 SGB IX zugeordnet. Die entsprechenden Assistenzleistungen werden dem aktuellen Stand pflegfachlicher Erkenntnisse erbracht. Die Sicherstellung der pflegfachlichen Anleitung erfolgt durch Pflegefachkräfte, beziehungsweise durch eigene Pflegefachkräfte, oder die Inanspruchnahme eines externen Dienstes, wenn mindestens eine leistungsberechtigte Person ab Pflegegrad 2 in der besonderen Wohnform betreut wird. In der Umsetzung erfolgt dies durch festgelegte Strukturen innerhalb unserer Einrichtung:

- Bestandteil des Aufnahmemanagements ist bereits die Abfrage nach einem vorhandenen Pflegegrad mit entsprechender Einstufung. Je nach Einstufung wird dies im Kennenlerngespräch/Erstgespräch detaillierter besprochen und kann je nach Ausprägungsgrad des pflegerischen Aufwandes zu einem Ausschlusskriterium führen.
- Alle Bezugsbetreuer, insbesondere die Pflegefachkräfte, sind angehalten, im Betreuungsprozess etwaige körperliche Einschränkungen, welche einen pflegerischen Betreuungsaufwand erfordern/erfordern könnten, im ersten Schritt an die Hausleitung und Einrichtungsleitung weiterzugeben.

In enger Absprache mit den Pflegefachkräften, den Hausleitungen sowie der Bezugsbetreuung werden durch die Einrichtungsleitung die notwendigen Maßnahmen, Planungen, administrativen Aufgaben festgelegt und kontrolliert.

Die gesetzlichen Betreuer werden informiert, insbesondere wenn grundpflegerische Leistungen nicht mehr oder absehbar nicht mehr durch unsere Mitarbeitenden umgesetzt werden können. Im Falle einer ausgeprägten Pflegebedürftigkeit unterstützen und begleiten wir den Prozess bei einem Wechsel in ein Seniorenheim.

Ressourcen erhalten und fördern in Form einer aktivierenden Pflege ist Bestandteil der gelebten Umsetzung sowie ggf. erforderliche Interventionen bei kognitiven und psychischen Problemlagen

4.1.2 Medizinische Behandlungspflege in besonderen Wohnformen

Auszug RV III

(1) Bei der Übernahme von Leistungen der Eingliederungshilfe in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne von § 43a in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI (§ 103 Absatz 1 SGB IX – Besondere Wohnform) ist medizinische Behandlungspflege im Sinne von § 37 SGB V grundsätzlich nicht Inhalt der Leistungen. Ansprüche der leistungsberechtigten Person nach § 37c SGB V werden durch diesen Rahmenvertrag nicht berührt.

Der primäre Bereich der Behandlungspflege beinhaltet die Umsetzung der vom Arzt verordneten Medikamente. Unsere Einrichtung hat einen Apothekenversorgungsvertrag mit der ortsansässigen Bärenapotheke. Die regelmäßige Kontrolle der Medikamentenschränke und Medikamentenkühlschränke sowie Schulungen der Pflegefach-

personen, Pflegepersonen und Betreuungskräfte werden durch die Vertragsapotheke erbracht.

Abhängig von den individuellen Fähigkeiten der Klienten und Klientinnen erstreckt sich das Medikamentenmanagement über die Kernaufgaben:

- Ggf. erforderliche Arzttermine
- Bestellung
- Abholung der Medikamente
- Einpflegen der Verordnung in die Dokumentation
- Medikamentenstellen
- Medikamentenverabreichung

Medikamente aus dem Bereich der Betäubungsmittel (kurz BTM) werden entsprechend den Vorschriften gelagert und dokumentiert. Bei behandlungspflegerischen Leistungen darüber hinaus, bspw. bei Injektionen, Ulcus cruris und Stomaversorgungen werden örtliche ambulante Pflegedienste hinzugezogen.

Wir arbeiten eng mit der ambulanten Pflegestation der Diakonie, Am Hintersand 15, in Herborn sowie mit dem Sinner Pfl egeteam, Beilsteinerstr. 2, in Sinn zusammen.

Darüber hinaus sind wir selbstverständlich eng mit unserer Senioreneinrichtung in Herborn, Kaiserstr. 28, vernetzt. Dort steht unseren Klientinnen und Klienten die podologische Fußpflege zur Verfügung

4.1.3 Ergotherapie

Die Ergotherapie der besonderen Wohnform für psychisch kranke Menschen befindet sich in den Räumlichkeiten der Kaiserstr.25. Selbstverständlich wird auch in diesem Bereich das gesamte Leitbild der Betreuung (Kapitel 3f) umgesetzt und für unsere Klientinnen und Klienten erlebbar.

Insbesondere die Kernaussagen:

- professionell Betreuen
- miteinander Wege für erlebbare Zufriedenheit im Leben finden
- Lebensqualität und Teilhabe erhalten und fördern
- Einzigartigkeit und Unterschiedlichkeit wertschätzen
- gegenseitige Achtung zum Ausdruck bringen
- Empathie leben

Es ist für uns selbstverständlich, dass wir die Bedeutung der Ergotherapie, abgeleitet aus der griechischen Silbe „ergo“ (Tat, Handlung, Arbeit) in unserem Dienst Raum ge-

ben. Die Ergotherapie gehört der Gruppe der Medizinfachberufe an und ist eine ganzheitlich ausgerichtete Behandlung, die psychologische, pädagogische und soziale Aspekte einbezieht. Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder aber von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist es, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.

In der Ergotherapie der besonderen Wohnform haben unsere Klientinnen und Klienten die Möglichkeit, individuell an Interessen und Fähigkeiten orientiert, Ziele im Dialog mit unseren Mitarbeitern zu erarbeiten. In darauf ausgerichteten Maßnahmen werden unter anderem interaktionelle, alltagsorientierte und sinngebende Aktivitäten als wichtige Bestandteile eingesetzt. In der Ergotherapie haben wir 24 Plätze. Vormittags ist das Angebot in der Zeit von 8:15 Uhr bis 11:45 Uhr.

An den Nachmittagen erfolgen die Angebote in der Zeit von 13:30 Uhr bis 16 Uhr, diese sind für alle Klientinnen und Klienten offen. Ergänzend bieten wir jährlich einmal im Monat größere Tagesausflüge an oder eine Klientenfreizeit von bis zu maximal 5 Tagen an. Zudem werden, ab Februar 2025, auch Angebote an zwei Wochenendtagen stattfinden. Unternehmungen in die nähere Umgebung und weitere Aktivitäten werden gezielt nach Klientenwünsche umgesetzt.

Die grundsätzlichen Ziele unserer Ergotherapie sind:

- Regulation typischer Krankheitssymptome wie Unruhe und Anspannung
- Aufbau, Verbesserung und Erhalt psychischer Grundleistungen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer
- Selbstständigkeit in der Tagesstruktur
- Realitätsbezogenheit von Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Training von situationsgerechtem Verhalten, sozio-emotionalen Kompetenzen und Interaktionsfähigkeit
- Verbesserung kognitiver Funktionen
- Steigerung der Selbstwirksamkeit, der psychischen Stabilität und des Selbstvertrauens
- eigenständige Lebensführung

- Aufbau, Verbesserung und Erhalt von Grundarbeitsfähigkeiten z.B. Pünktlichkeit, Arbeitsplatzgestaltung, Problemlösung

In der Planung und Umsetzung richtet sich die Ergotherapie ebenso nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (kurz ICF). Dies spiegelt sich ebenfalls in der entsprechenden prozessgesteuerten Dokumentation wider, speziell in den Kapiteln Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe am Leben).

4.1.3.1 Ergotherapie, Bereich Arbeit

Die Grundlage unserer Arbeit ist die Überzeugung, dass jeder Mensch das Recht hat, sich im Rahmen seiner Fähigkeiten und mit geeigneter Unterstützung in das gesellschaftliche Leben einzubringen. Daher schaffen wir Arbeitsangebote mit niedrigen Zugangsvoraussetzungen.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben oft auf Grund vorliegender Symptomatik individuelle Herausforderungen in der Strukturierung ihres Alltags und im Umgang mit ihrer sozialen Umwelt. Mit unserem Angebot in diesem Bereich ermöglichen wir unseren Klientinnen und Klienten eine sinnstiftende Tagesstruktur und das Erleben einer wohlwollenden Gemeinschaft.

Wir ermöglichen:

- verschiedene Tätigkeiten, je nach individuellen Fähigkeiten, bspw. einfache und komplexere Arbeiten aus den Bereichen der Verpackung, Sortierarbeiten und Montagearbeiten
- eine finanzielle Vergütung
- einen Arbeitsplatz, der ihre persönliche Stabilisierung fördert
- eine zugewandte und angenehme Atmosphäre
- gemeinsame Gespräche, um an ihrer individuellen Lebenssituation positiv einzuwirken
- den Rahmen für einen geregelten Tagesablauf
- psychische Stabilisierung durch die Tätigkeiten und die anerkennende Gemeinschaft
- Steigerung des Selbstbewusstseins und Selbstwertgefühls durch Sinn und Aufgabe in ihrem Alltag
- Steigerung und Erhalt der Konzentration und Ausdauer
- Förderung sozialer Interaktionen, Stärkung der Frustrationstoleranz
- Übernahme von Verantwortung

Das Angebot der Arbeitstherapie findet montags bis freitags in der Zeit von 08:45 Uhr bis 11:45 Uhr statt und wird von unseren Klientinnen und Klienten häuserübergreifend wahrgenommen. In unserem Bereich der Arbeitstherapie verfügen wir über 24 Plätze.

Der gemeinsame Start beginnt bei Kaffee mit einer Morgenrunde (Begrüßung, Einstimmung auf den Tag, Raum für evt. Fragen und Bedürfnisse). Jeden Freitag findet darüber hinaus ein Plenum statt, in dem die Woche gemeinsam reflektiert wird und Wünsche und Gedanken mitgeteilt werden können.

Selbstverständlich bieten wir unseren Klientinnen und Klienten, die nicht an der Arbeitstherapie teilnehmen können, alternativ an den Vormittagen eine soziale Betreuung, in Form von bspw. Gesellschaftsspielen, kreativem Gestalten oder Gesprächen an. Entscheidend sind hierbei auch die individuellen Wünsche und Fähigkeiten.

Darüber hinaus besuchen einige unserer Klienten externe Tagesstätten und Werkstätten der Lebenshilfe Dillenburg, Haiger und Wetzlar. Zwischen den externen Anbietern und unseren Fachbereichen besteht eine enge und zielführende Zusammenarbeit

4.1.3.2 Ergotherapie, Bereich sozial-emotionale Entwicklung

Emotionale und soziale Kompetenzen sind eng miteinander verknüpft und beeinflussen die Qualität unserer sozialen Beziehungen wesentlich. Sie bestimmen, wie gut wir zum Beispiel mit eigenen Emotionen und den Wünschen anderer umgehen und soziale Konflikte bewältigen können. Der Erwerb emotionaler und sozialer Kompetenz ist eine wichtige Entwicklungsaufgabe und die Basis für psychosoziale Gesundheit. In unserer Einrichtung fördern und stärken wir die emotionalen und sozialen Fähigkeiten meist in Kleingruppen. Durch die Kombination unseres Angebotes fördern wir zeitgleich auch die kognitiven Ressourcen sowie die Grob- und Feinmotorik. In einem geschützten Rahmen können Erfolge und Misserfolge wahrgenommen und wohlwollend verarbeitet werden. Eigene Grenzen der Belastbarkeit können individuell erweitert werden, so dass unsere Klientinnen und Klienten sich oftmals selbstbewusster wahrnehmen.

In der Gruppe werden Problemlösungsstrategien und Eigenständigkeit entwickelt. Darüber hinaus erfahren unsere Klientinnen und Klienten auch ganz praktische Unterstützung bspw. im Umgang mit Werkzeug und Materialien.

Fester Bestandteil ist unsere Gruppe „Zeit für Köstlichkeiten“. In einer angenehmen Atmosphäre wird in der Vorbereitung das jeweilige Gericht (bspw. ein Mittagessen oder süße Speisen wie Kuchen, Gebäck, Plätzchen etc.) besprochen, die Lebensmittel eingekauft und gemeinsam zubereitet. Im Anschluss findet, in einer wohligen Umgebung, das gemeinsame Verzehren der abwechslungsreichen Köstlichkeiten statt.

Selbstverständlich sind alle Klienten (maximal 5 Teilnehmer) an den Vorbereitungen, Besorgungen und an der Herstellung beteiligt.

Ideen und Wünsche werden in der Gruppe gefördert und entsprechend umgesetzt.

Angeregt durch unsere engagierte Ergotherapeutin, welche maßgeblich für die Backgruppe verantwortlich ist, entstand bspw. die Idee ein „offenes Cafe“ für unsere Klientinnen und Klienten anzubieten. Dazu wird die bestehende Backgruppe im Vorfeld die entsprechenden Leckereien zusätzlich herstellen. Erwähnenswert ist hierbei die Tatsache, dass eine weitestgehende Befähigung unserer Klientinnen und Klienten bereits erreicht wurde, so dass unsere Ergotherapeutin die Gruppe lediglich unterstützend begleiten wird.

In diesem Sinne erweitern wir unser bisheriges Angebot, in dem wir unser „Café Lichtblick“ für unsere Klientinnen und Klienten „eröffnen“ werden. In einem ansprechenden Ambiente und geselliger Runde kann Gemeinschaft neu erlebt werden.

Die Grundhaltung einer wohlwollenden Akzeptanz, die sich in individueller Annahme und der Unterstützung und Förderung der sozial- emotionalen Kompetenzen zeigt, leben wir zudem in den Bereichen:

- der täglichen Arbeitstherapie
- in der Bezugsbetreuung
- in der Inklusionsarbeit
- in der sozialen Betreuung

4.1.3.3 Ergotherapie, Bereich Inklusion

Aus unserem Verständnis darf eine Partizipation von Menschen mit erheblicher psychischer Beeinträchtigung nicht an Rahmenbedingungen scheitern.

In der Wahrnehmung unserer Verantwortung allen Klientinnen und Klienten gegenüber, haben wir unser Angebot im Jahre 2014, in Form einer Inklusionsgruppe, entsprechend ergänzt. Unser primäres Ziel ist es, jedem Klienten ein Erleben von Teilhabe zu ermöglichen, Gleichberechtigung im gesellschaftlichen Miteinander zu erleben und Barrieren abzubauen. In unserer Inklusionsgruppe befinden sich primär Klienten, die auf Grund ihrer psychischen Beeinträchtigung und individuellen Herausforderungen nicht an der Arbeitstherapie teilnehmen können und möchten. Aus diesem Grund ermöglichen wir die Erfahrbarkeit von Inklusion, primär durch handwerkliche und körperliche Arbeiten.

Dies geschieht bspw. in Form von Grünflächenpflege in privaten Haushalten und auf Spielplätzen. Darüber hinaus ist die Inklusionsgruppe auch in unseren Seniorenzentren an den Renovierungs- und Instandhaltungsmaßnahmen beteiligt.

Des Weiteren werden Holzartikel und Möbel für unser Außengelände angefertigt und gepflegt. Das wöchentliche Einkaufen für unsere Häuser in der Kaiserstr. 23 und 31 gehört ebenso zu den Aufgaben der Inklusionsgruppe. Im Zuge unseres Aufnahmemanagements, welches in der Regel auch eine komplett neue Einrichtung des Zimmers beinhaltet, werden die entsprechenden Einkäufe (Abholung, Transport in das Zimmer und Unterstützung der Haustechnik beim Aufbau) ebenso erfolgreich umgesetzt. Auch bei den Aufbau- und Abbauarbeiten unserer Feste und Veranstaltungen ist die Inklusionsgruppe erfolgreich beteiligt. Darüber hinaus hilft Sie unterstützend bei Sperrmüllaktionen unserer Einrichtung und auch im Seniorenzentrum Herborn. Regelmäßig gehört zudem bspw. die an den jeweiligen Entsorgungstagen fachgerechte Bereitstellung der Abfalleimer zu den Aufgaben der Inklusionsgruppe. Auch an der regelmäßigen Busreinigung beteiligt sich die Inklusionsgruppe.

Die Gruppengröße ist auf ca. 5 bis 7 Klienten begrenzt und findet montags bis freitags in der Zeit von 08.15 Uhr bis 11.45 Uhr statt.

Auch hier beginnen die Gruppenaktivitäten mit einem Kaffee und einer Morgenrunde in der Küche unseres ergotherapeutischen Bereichs. Darüber hinaus werden die täglichen Aktionen in Form einer Feedbackrunde besprochen. Zusätzlich findet jeden Freitag ein Wochenrückblick, in der Küche unserer Werkstatt in der Kaiserstr.17, statt.

In der seit dem 01.07.23 implementierten BTHG III Reform sehen wir uns in unserem Dienst, die Inklusion weiter zu fördern, zu entwickeln und engagiert zu unterstützen, bestätigt.

Wir fördern in der Inklusionsgruppe:

- die Stärkung der Selbstbestimmung, insbesondere in herausfordernden Lebenssituationen
- die Verbesserung einer erlebbaren Teilhabe durch täglich sichtbare und erfahrbare Ergebnisse.
- Orientierung im Hier und Jetzt
- Aktive erfahrbare individuelle Teilhabeplanung bei Vorliegen einer psychischen Beeinträchtigung
- Reduzierung von Barrieren
- Sicherheit, individuelle Förderung und Anerkennung im Arbeitsleben
- Sozial erlebbare und wohlwollende Gemeinschaft

4.1.3.4 Ergotherapie, Bereich soziale Betreuung

Neben den bisher aufgeführten tagesstrukturierenden Maßnahmen bieten wir wochentags, an den Nachmittagen von ca. 13.30 Uhr bis 16 Uhr, soziale Betreuung an.

An den jeweiligen Wochenendtagen wird die soziale Betreuung, bedarfsorientiert, zwischen 13 Uhr und 19 Uhr stattfinden. Kulturelle Veranstaltungen, Ausflüge in die nähere Umgebung, Märkte, Konzerte und Besichtigungen werden das Angebot erweitern.

Im Vordergrund der sozialen Betreuung stehen:

- das Erleben von lebendiger Gemeinschaft
- kreatives Gestalten
- Bewegung
- Erleben der Natur
- Gespräche

Gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten werden die jeweiligen Aktivitäten freitags im Plenum besprochen und entsprechend organisiert und umgesetzt.

Einzelne Angebote sind bspw.:

- Gedächtnistraining
- Vor- und Zubereiten von Mahlzeiten
- kreatives Gestalten in Form von Zeichnen, Basteln oder handwerklichen Tätigkeiten
- Singen, insbesondere in Form von Karaoke Veranstaltungen
- Möglichkeit der Nutzung diverser Medien für Musik, Filme, Dias etc.
- Wanderausflüge in die Umgebung
- Spaziergänge in die Herborner Altstadt und Umgebung
- Besuch des Wochenmarktes
- Tagesausflüge

Im Mittelpunkt unseres Dienstes steht für uns der Wert des Menschen, unabhängig seiner psychischen Beeinträchtigung.

Eine Förderung der Partizipation gestalten wir durch:

- ganzheitliche Annahme der Klientin, des Klienten
- Wertschätzung in Worten und Taten
- Lebensbejahende Grundeinstellung
- erlebbare Verbundenheit

Zusammenfassend sei hier erwähnt, dass wir in allen Bereichen eine ICF basierte Prozessdokumentation (nach BTHG III) umsetzen. Eine transparente, zielführende und wohlvollende Kommunikation sind hierbei genauso unerlässlich wie eine aufmerksame Beobachtung der psychischen und somatischen Ausdrucksformen.

Tägliche, fachlich fundierte Übergaben, regelmäßige Teamsitzungen, Supervisionen und Leitungsrunden sowie eine unterstützende, zugewandte Teamkultur sind ein wesentlicher Bestandteil unseres professionellen Betreuungsdienstes.

4.1.4 aufsuchende Betreuung

Im Vordergrund unseres Dienstes steht auch hier das Ziel, unseren Klientinnen und Klienten einen geschützten Lebensraum zu bieten, in dem sie ihre Ressourcen und Wünsche entwickeln und umsetzen können. Wir unterstützen unsere Klientinnen und Klienten auf ihrem individuellen Weg einer selbstbestimmten Lebensführung. In diesem Kontext sind wir auch hier bestrebt, unser Betreuungsangebot dem tatsächlichen Bedarf der Klientin, des Klienten anzupassen und die Übergänge in eine selbstständigere Lebensweise so einfach und risikoarm wie möglich zu gestalten.

Darüber hinaus beziehen wir im Bedarfsfall ambulante Pflegedienste hinzu, um eine adäquate Grundpflege, Behandlungspflege und/oder eine hauswirtschaftliche Unterstützung sicherzustellen.

Wie bereits aufgelistet verfügen wir innerhalb der Kaiserstraße über entsprechenden Wohnraum für 10 Klienten in Form von Einzelwohnungen, Wohngemeinschaften und Wohnen in Partnerschaft.

Je nach individuellem Bedarf können unsere Klientin und Klienten auf unser gesamtes Leistungsspektrum (Kapitel 4) zurückgreifen. Die Anbindung unserer Klientinnen und Klienten sind durch unsere Häuser in der Kaiserstr. 23 und 31 sichergestellt. Jede Klientin und jeder Klient wird auch hier im Rahmen der Bezugsbetreuung unterstützt und begleitet.

4.1.5 Zielgruppe und Voraussetzungen

Zielgruppe:

In erster Linie richtet sich das Angebot der aufsuchenden Betreuung an Klientinnen und Klienten aus unserem stationären Setting, die bereits über ein ausreichendes Maß an lebenspraktischen Fähigkeiten verfügen, aber dennoch weiterhin ein kontinuierliches Unterstützungs- und Betreuungsangebot benötigen.

Voraussetzungen

Der Wunsch nach Verselbständigung ist die Grundlage, das Angebot der aufsuchenden Betreuung in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus sollten bereits folgende Fähigkeiten bestehen:

- ausreichende psychische Stabilität
- positive fachärztliche Rückmeldung
- sozial- emotionale Kompetenzen
- Durchführung einer täglichen Körperhygiene
- kontinuierliche Zimmer - und Wäschepflege
- Planung und Durchführung von Einkäufen
- Zubereitung von Mahlzeiten
- angemessener Umgang mit verfügbaren finanziellen Ressourcen

Neben der fachärztlichen Stellungnahme ist darüber hinaus die fachliche Einschätzung unseres multiprofessionellen Betreuerteams zwingend notwendig.

Wir möchten somit sicherstellen, dass einerseits alle Fähigkeitsbereiche der Klientin, des Klienten bei der Entscheidungsfindung beachtet wurden, aber auch ein umfassendes Bild über die vorhandenen Ressourcen und ggf. Defizite vorliegt.

4.1.6 Suchterkrankungen

Der Bereich Sucht, insbesondere der Konsum von Alkohol, Cannabis und Amphetaminen, spielt in der Betreuung zunehmend eine größere Rolle. Insbesondere bei jüngeren Klientinnen und Klienten liegt neben der psychiatrischen Erkrankung eine Suchterkrankung vor.

Der Hamburger Wissenschaftler Klaus Wanke schreibt:

„Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die Chancen des Individuums.“

Wenngleich wir keine suchtspezifische Einrichtung sind, gilt es sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Dies geschieht, indem wir bspw. einen Schwerpunkt unserer Fortbildungen ab dem Jahr 2025, suchtspezifischen Themen widmen werden. Darüber hinaus pflegen wir eine intensive Zusammenarbeit mit der Vitos Klinik in Herborn, Bereich Suchttherapie, wie aber auch eine enge Kooperation mit der Suchtberatung der

Diakonie im Lahn-Dill-Kreis. Ebenso arbeiten wir eng mit der auf Sucht spezialisierten Einrichtung Haus Caruso in Oberscheld sowie mit der DGD Suchtklinik in Elbingerode zusammen.

4.1.6.1 Umgang mit Suchterkrankungen

In der täglichen Betreuungsarbeit leisten wir suchtspezifische Hilfestellungen und Unterstützungen bspw.:

- eine angemessene Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte und Suchtgeschichte der Klientin, des Klienten
- In Kooperation mit dem Facharzt das Treffen von verbindlichen Absprachen zum Umgang mit Suchtmitteln
- Alkoholkontrollen und Drogentests, nach Vereinbarung und Bedarf
- Unterstützung beim Aufbau eines suchtmittelfreien Bekannten- und Freundeskreises
- Erarbeiten einer realistischen Selbsteinschätzung
- das Anbieten einer konstanten und wohlwollenden Betreuungsbeziehung
- Unterstützung eines gesundheitsfördernden Lebensstils
- Förderung, Unterstützung und Vermittlung von Selbsthilfeansätzen bspw. Selbsthilfegruppen
- Das Erarbeiten von alternativen Handlungsmustern ohne Suchtmittel
- Unterstützung und Motivation zu einer suchtmittelfreien Lebensgestaltung
- Erschließen von Hilfen im Umfeld

4.1.6.2 Umgang mit Rückfällen

Unsere Grundhaltung, auch bei Rückfällen, ist geprägt von Achtung, Annahme und einer wertschätzenden Kommunikation.

Je nach Schweregrad einer Intoxikation erfolgt eine Einweisung in das allgemeinmedizinische Krankenhaus nach Dillenburg, auf die Stationen 3 oder 4, Schwerpunkt Sucht, der Vitos Kliniken in Herborn, oder aber in die DGD Suchtklinik, da hier auch insbesondere Langzeittherapien angeboten werden.

Im Rahmen der Bezugsbetreuung wird ein Rückfall thematisiert und aufgearbeitet.

Themenschwerpunkte hierbei sind bspw.:

- Was war der Grund, die Gründe für den Rückfall
- welche alternativen Handlungsstrategien kann ich zukünftig anwenden

Bei häufigen Rückfällen und einer fehlenden Compliance wird gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten, in enger Zusammenarbeit mit den Fachärzten und den gesetzlichen Betreuern, nach einer suchtspezifischen Wohnform gesucht, da unsere Einrichtung dafür nicht konzipiert ist und der Schwerpunkt auf psychische Erkrankungen liegt.

4.1.7 Unterkunft in der besonderen Wohnform

Allen Klienten und Klientinnen unserer besonderen Wohnform in der Kaiserstr. 23 und 31 steht ein Einzelzimmer, teilweise mit Balkon, zur individuellen Nutzung zur Verfügung. Die Größe der Zimmer aus der Kaiserstr.23 erstreckt sich von 13,33 m² bis hin zu 23,69m².

Die Größe der Zimmer aus der Kaiserstr. 31 erstreckt sich von 12,72 m² bis hin zu 24,02 m².

In insgesamt 16 Zimmern in der Kaiserstr.23 ist darüber hinaus eine Waschmöglichkeit (Waschbecken, Fliesenspiegel und Spiegel vorhanden). In der Kaiserstr.31 sind dies 21 Zimmer.

Sanitäre Anlagen, Küchen und Gemeinschaftsräume (Wohn-Esszimmer) sind auf jeder Etage vorhanden. Die hier zur Verfügung stehende Größe der Gemeinschaftsflächen beläuft sich in der Kaiserstr.23 auf 285,41m². In der Kaiserstr. 31 beträgt die Größe der Gesamtfläche des Hauses 269,97m².

Das jeweilige Zimmer ist ausgestattet mit einem Bett, einem Nachttisch, Kleiderschrank, Kommode, Tisch und Stuhl sowie einer Leselampe. Auf Wunsch können eigene Möbel und Accessoires mitgebracht werden. Darüber hinaus haben unsere Klienten die Möglichkeit einer individuellen Wandgestaltung. Telefon- und TV-Anschluss sind ebenso vorhanden.

Gemeinschaftlich wird pro Etage ein Wohn- und Esszimmer mit entsprechenden Sitzmöglichkeiten genutzt. Auf einigen Etagen ist darüber hinaus ein gemeinschaftliches Fernsehvergnügen möglich.

Unsere Küchen sind jeweils mit einer Küchenzeile und allen notwendigen elektrischen Geräten sowie Kochutensilien und Geschirr ausgestattet.

Unsere sanitären Einrichtungen sind zweckmäßig eingerichtet und können von unseren Klienten wohnlich gestaltet werden. Wir verfügen über Badezimmer mit Badewanne, wie aber auch über separate Duschkmöglichkeiten.

Unsere Gemeinschaftsflächen stehen primär den Klienten der jeweiligen Etagen zur Verfügung. Selbstverständlich, nach vorheriger Absprache, sind diese auch übergreifend zu nutzen.

Diese Bereiche werden von unserer Hauswirtschaft (DGD Service) regelmäßig gereinigt.

Im Zuge der Teilhabe ist allerdings unser primäres Ziel, unsere Klienten und Klientinnen fachgerecht und individuell zu unterstützen, zu fördern und zu motivieren, die Gemeinschaftsflächen sowie das eigene Zimmer eigenverantwortlich zu reinigen.

Für alle Klientinnen und Klienten ist der gesamte Außenbereich gemeinsam nutzbar. Dort findet Begegnung und Gemeinschaftsleben statt. Dies betrifft selbstverständlich auch unsere Klientinnen und Klienten aus unserem Bereich der aufsuchenden Betreuung.

4.1.8 Verpflegung in der besonderen Wohnform

Unser Ziel einer optimalen Verpflegung sind die Erhaltung und die Steigerung des Wohlbefindens und die Verbesserung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit unserer Klientinnen und Klienten.

Grundsätzlich gibt es, je nach den individuellen Fähigkeiten, die Möglichkeit einer Vollversorgung.

Wahlweise ist es ebenso möglich, nur einzelne Mahlzeiten aus der Versorgung auszuwählen. Dies trifft bei einigen Klientinnen und Klienten zu, in dem sie bspw. das Frühstück aus der Versorgung erhalten, alle weiteren Mahlzeiten jedoch in der Eigenverantwortung planen, organisieren und umsetzen.

Dabei begleiten und unterstützen wir unsere Klientinnen und Klienten unter Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten. Wir achten und respektieren persönliche Wünsche und Bedürfnisse, das Selbstbestimmungsrecht und die Ernährungsgewohnheiten sowie kulturelle und religiöse Überzeugungen der Klientinnen und Klienten. Sofern eine Klientin, ein Klient sich aus medizinischer Sicht einer Diät (bspw. Adipositas) unterziehen muss, ist eine externe Beratung mit der Hauswirtschaftsleitung des Seniorenzentrums oder mit der Regionalleitung der DGD Service möglich. Selbstverständlich unterstützen wir ebenso unsere Klienten, die sich auf eigenen Wünschen einer Diät

unterziehen möchten. Bei beiden Varianten geschieht dies in enger Absprache mit den jeweiligen Klientinnen und Klienten.

Eine einwandfreie Hygiene ist Grundlage für eine angemessene Verpflegung.

Sowohl in den Hausgruppen, wie aber auch im Alltagserleben werden Essenswünsche aufgenommen und abgefragt. Diese werden beim wöchentlichen Einkauf durch die Inklusionsgruppe berücksichtigt. Bei Erkrankungen unserer Klienten, bspw. einer Magen-Darmverstimmung, kann kurzfristig in der Küche unseres Seniorenzentrums eine Schonkost bestellt werden. Das Mittagessen wird in unserer zentralen Küche im Seniorenzentrum in Herborn produziert und im „cook and chill“ Verfahren gekühlt.

Der Speiseplan des Seniorenzentrums wird wöchentlich ausgehängt, er beinhaltet täglich zwei Menüs zur Auswahl.

Die vorliegenden Essenszeiten erlauben eine flexible Gestaltung des Tagesablaufs:

Frühstück: 07:30 – 09:30 Uhr

Mittagessen: 12:00 – 13:30 Uhr

Nachmittagskaffee: ab 14:30 Uhr

Abendessen: 18:00 – 19:30 Uhr

Grundsätzlich werden die Mahlzeiten in den Esszimmern der Häuser serviert und eingenommen, selbstverständlich ist auch die Einnahme der Mahlzeit auf dem Zimmer möglich.

Die Verpflegung unserer Klientinnen und Klienten umfasst in der Eingewöhnungsphase die Vollversorgung aller Mahlzeiten. In enger Absprache mit der Bezugsbetreuung und unseres multiprofessionellen Teams werden die weiteren Schritte einer eigenverantwortlichen Versorgung der Mahlzeiten besprochen, geplant und umgesetzt. Wünsche und Fähigkeiten sowie Ressourcen werden professionell gefördert.

Die Vorbereitungen für ein gesundes Frühstück treffen unsere diensthabenden Mitarbeiter unter Einhaltung hygienischer Maßnahmen. Die Lebensmittel werden auf schön dekorierten Platten angerichtet und unseren Klienten zur individuellen Auswahl zur Verfügung gestellt.

Im Zuge der aktiven Mitwirkung am Gemeinschaftsleben gibt es u.a. auch die Aufgabe, das Mittagessen aus unserem Seniorenzentrum in Herborn abzuholen. Im täglich wechselnden Rhythmus ist jeweils eine Klientin/ein Klient aus Haus 1 und eine Klientin/ein Klient aus Haus 2 dafür verantwortlich. Mittels eines Essenswagen werden die fertigen Mahlzeiten für das Mittagessen in Wärmebehältern abgeholt und bis 14:00 Uhr wieder in das Seniorenzentrum, Kaiserstr. 28, zurückgebracht.

Unsere Mitarbeiter des Spätdienstes unterstützen die verantwortlichen Klientinnen und Klienten in der Zubereitung des Nachmittagskaffees. Warme Getränke, wie Kaffee, Tee und Kaltgetränke sowie Gebäck, Kekse, Joghurt und Obst stehen allen Klienten zur Verfügung.

Das Abendessen, wird ebenso wie das Frühstück, einladend angerichtet und unseren Klientinnen und Klienten im jeweiligen Esszimmer zur Verfügung gestellt.

Im Zuge der Mitwirkung am Gemeinschaftsleben gibt es in jedem Haus Unterstützungsdienste. Diese werden zwischen Bezugsbetreuung und Klientin/Klient besprochen und mittels eines Plans, für alle ersichtlich, ausgehangen. Im Alltag findet selbstverständlich eine fachgerechte pädagogische Unterstützung und Begleitung durch unsere diensthabenden Kollegen statt.

Darüber hinaus ist es die Aufgabe der Klientinnen und Klienten den Kolleginnen und Kollegen rechtzeitig eine Abwesenheitsmeldung mitzuteilen, durch die eine Mitwirkung nicht durchführbar ist.

Selbstverständlich wird bspw. bei Terminen, die eine geplante Essenseinnahme verhindert, die entsprechende Mahlzeit für die Klientin, den Klienten aufgehoben.

4.1.9 Unterkunft aufsuchende Betreuung

Unsere Klientinnen und Klienten der aufsuchenden Betreuung leben in Häusern der SDDS Immobiliengesellschaft gGmbH in der Kaiserstr. 17, der Kaiserstr. 25 und in der Kaiserstr. 30.

In der Kaiserstr. 25 verfügt jeder Klient über ein kleines Appartement, ausgestattet mit Küche und Bad.

In der Kaiserstr. 30 steht eine Wohnung zur Verfügung, die als Wohngemeinschaft genutzt wird. Jeder Klient hat seinen eigenen individuellen Bereich, welcher aus einem geräumigen Zimmer besteht. Als Gemeinschaftsfläche steht hier eine großzügige Küche zur Verfügung. In dieser Wohnung ist ein Wohnraum für drei Klienten vorhanden.

In der Kaiserstr. 17 haben wir zwei Wohnungen im Bereich der aufsuchenden Betreuung zur Verfügung.

In der Wohnung auf der ersten Etage leben 2 Klienten in einer Partnerschaft. Diese Wohnung erstreckt sich über 3 Zimmer mit zusätzlicher Küche, einem Badezimmer und Flur. Im Zuge der Partnerschaft werden die Räumlichkeiten als Wohnzimmer, Schlafzimmer und Abstellraum genutzt.

In der zweiten Etage befindet sich die weitere Wohnung. Diese wird ebenso als Wohngemeinschaft genutzt. Jedem Klienten stehen ein eigenes Zimmer sowie eine gemeinsame Küche und ein Badezimmer zur Verfügung.

In der aufsuchenden Betreuung verfügen alle Klientinnen und Klienten selbstverständlich über die individuellen Fähigkeiten einer Selbstversorgung.

Die Größe der Appartements in der Kaiserstraße 25 variieren von 26m² bis 42m².

In den jeweiligen Wohngemeinschaften, der Häuser Kaiserstraße 17 und Kaiserstraße 30, steht eine Wohnfläche von 31m² bis 45m² zur Verfügung.

4.2 Reinigung und Wäscheversorgung

Wir bieten in unseren Häusern eine individuelle und wohnliche Atmosphäre. Für die Raumpflege der Gemeinschaftsflächen sorgen unsere Hauswirtschaftsmitarbeiter (zugehörig zur DGD Service). Die Gestaltung bspw. die jahreszeitliche Dekoration setzen unsere Klientinnen und Klienten mit Unterstützung der Betreuungsmitarbeiter um. Wir sorgen für die entsprechenden Dekorationsartikel.

Im Rahmen der individuellen Fähigkeiten unserer Klientinnen und Klienten werden die Reinigung des eigenen Wohnraums und die Wäschepflege begleitet und unterstützt. Ziel ist hierbei die Befähigung zur eigenständigen Umsetzung. In entsprechenden Gesprächen mit der jeweiligen Bezugsbetreuung werden die erforderlichen Ziele und Maßnahmen erarbeitet und in der Dokumentation (qualifizierte Assistenzleistungen und/oder kompensatorische Assistenzleistungen) festgehalten. Die entsprechenden Evaluationen sind ebenso in unserer Dokumentation erfasst. Bettwäsche und Handtücher als Reserve können unsere Klientinnen und Klienten im Bedarfsfall kostenfrei durch das Haus des Lebens erhalten. Die maschinelle Reinigung, die Sortierung und das Einräumen der Wäsche sind klientenbezogene Aufgaben. In jedem Haus stehen drei Waschmaschinen im Hauswirtschaftsraum zur Verfügung.

Unsere Klientinnen und Klienten haben feste Waschtage, die gemeinsam mit der Bezugsbetreuung im Vorfeld erarbeitet worden sind. Mit Hilfe eines Chips, welche den Klientinnen und Klienten zur Verfügung stehen, ist der Waschvorgang zu autorisieren.

Insbesondere für die kühlere Jahreszeit stehen zudem zwei Trockner, ebenso im Hauswirtschaftsraum, den Klientinnen und Klienten zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, die Wäsche im Trockenraum auf Wäscheleinen aufzuhängen.

Die persönliche Wäsche wird ebenso auch in Selbstverantwortung gebügelt.

Unser Ziel ist es, unsere Klientinnen und Klienten auch in diesem Bereich durch eine individuell fachliche und zugewandte Kommunikation zu einer eigenverantwortlichen Umsetzung zu motivieren und sie zu unterstützen.

Wir stellen den erforderlichen individuellen Wäschewechsel, unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung, der Bewohner/Innen sicher.

4.3 Vernetzungen und Arbeitskreise

Der Abschluss von Kooperationen dient der Sicherstellung der fach- und bedürfnisgerechten Leistungserbringung und ist ein wesentlicher Beitrag zur Vernetzung mit externen Institutionen.

Unsere Einrichtung der besonderen Wohnform kooperiert sehr eng mit folgenden hausärztlichen Praxen in Herborn zusammen:

- Praxis Malinskaya, Meynardweg 14 in Herborn
- Landarztnetz Lahn-Dill, Walther-Rathenau-Str. 34 in Herborn
- Praxis Alahoum, Walther-Rathenau-Str. 45 in Herborn

Eine enge zahnmedizinische Kooperation besteht mit den Praxen/Kliniken:

- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Austr. 40, Haus 14 in Herborn
- Praxis Schönhofen, Austr. 40 in Herborn
- Praxis Nolte, Im Forstgrund 6 in Herborn
- Praxis Betz, Nassaustr. 24 in Herborn
- Praxis Dönges, Walther-Rathenau-Str. 34 in Herborn
- Zentrum für Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie, Wichernstraße 40 in Siegen

Des Weiteren besteht mit der ortsansässigen Bärenapotheke in Herborn, Bahnhofstraße 8, eine sehr enge Zusammenarbeit.

Ebenso arbeiten wir eng mit folgenden Physiotherapeuten zusammen:

- Gesundheitszentrum Bauer, Fritz-Bender- Str. 1 in Herborn
- Physiopark Herborn, Hauptstr. 115 in Herborn
- Physio Vitalis, Austr. 66 in Herborn

Darüber hinaus sind wir eng mit der Vitos Klinik, Austr. 40, in Herborn vernetzt. In diesem Kontext hat sich 2024 auch eine Arbeitsgruppe Psychiatrie entwickelt. Vornehmlich finden zweimal jährliche Treffen zwischen Hrn. Dr. med. Hooboty, den Stationsleitungen von Station 6 und 7 sowie unserem Leitungsteam statt. Zudem pflegen wir einen sehr engen Austausch mit der Vitos Klinik, Fachbereich Ambulanz, Austr. 40 in Herborn. Hier ist besonders der intensive Austausch zwischen Hrn. Dr. Neuse und unseren Mitarbeitenden, insbesondere den Hausleitungen zu bekunden.

In Bezug auf unsere forensisch zu betreuenden Klienten, ist hier die Vitos, Landgraf-Philip-Platz in Haina zu erwähnen. Die langjährige und intensive Betreuung erfolgt durch Hrn. Heiko Müller, Psychologe. Eine informative, kontinuierliche und fachlich sehr hohe Beratung und Zusammenarbeit ist hier seit Jahren sichergestellt.

Ergänzend zur Vitos Klinik Herborn:

- Haus am Park (Wohnpflegeheim Psychiatrie)
- Haus Hinterthal (besondere Wohnform für psychisch kranke Menschen)

Selbstverständlich pflegen wir zu den Tagesstätten und Werkstätten (externe Tagesstruktur unserer Klienten) eine sehr enge Zusammenarbeit:

- Tagesstätte Diakonie, Am Hintersand 15 in Herborn
- Lebenshilfe Dillenburg, Am Forstdenkmal 7 in Dillenburg
- Lebenshilfe Wetzlar-Weilburg, Friedenstr. 26 in Wetzlar
- Diakonie Lahn-Dill e.V., Langgasse 3 in Wetzlar
- Bistro Lahnblick, Brückenstraße 1 in Wetzlar
- Tagesstätte Haus Sandkorn, Obertorstr. 10 in Wetzlar

Der seelsorgerische Beistand erfolgt auf Wunsch durch die seelsorgerischen Mitarbeitenden der Seniorenzentren sowie durch die Einrichtungsleitung der besonderen Wohnform.

Darüber hinaus besteht zu einigen Kirchengemeinden ein reger Austausch, da einige Klienten an den Gottesdiensten und sonstigen Veranstaltungen regelmäßig teilnehmen.

- Christliches Zentrum Herborn, Kaiserstr. 1 in Herborn
- Gemeinde Am Hintersand, Am Hintersand 14 in Herborn

Suchtspezifische Vernetzungen:

- Suchthilfezentrum Dillenburg, Uferstr. 16 in Dillenburg
- Suchtberatung Wetzlar, Sophienstr. 7 in Wetzlar
- Haus Caruso e.V., Schelde-Lahnstr.38 in Dillenburg

Der Vollständigkeit hier noch einmal aufgelistet:

- Sinner Pflorgeteam, Beilsteiner Str. 2, in Sinn
- Haus der Diakonie, Tagesstätte und ambulanter Pflegedienst, Am Hintersand 15 in Herborn
- Evangelische Diakoniestation Dillenburg, Hindenburgstr. 4 in Dillenburg

Darüber hinaus pflegen wir einen engen Austausch mit folgenden Ausbildungsstätten:

- Ludwig-Fresenius-Schule, FB Ergotherapie, Afföllerstr. 51 in Marburg.
- Fokus Ergotherapie e.V., Luwecostraße 2 in Cölbe

Des Weiteren sind wir in folgenden externen Arbeitskreisen aktiv vertreten:

- Trägerbeiratssitzung des gemeindepsychiatrischen Verbunds im Lahn-Dill-Kreis
- Fach-AG Wohnen und Tagesstruktur im Verbund Lahn-Dill-Kreis
- PIT Begleitgruppe LWV

Unsere internen Arbeitsgruppen bestehen aus:

- monatlicher Einrichtungsleiterrunde mit Geschäftsführung
- monatlicher Hausleitungsrunde
- dreimonatigen Leitungsrunden mit Einrichtungsleitungen, stellvertretenden Einrichtungsleitungen, Pflegeleitungen, Hauswirtschaftsleitungen, Leitung der Haustechnik und QM Beauftragte
- dreimonatigen ASA Sitzungen
- dreimonatigen Hygienesitzungen
- dreimonatiger Arbeitskreis Gesundheit

5. Arbeitsorganisation

Die Arbeitsorganisation regelt das Zusammenarbeiten der Mitarbeitergruppen innerhalb eines Hauses. Hier werden Verantwortungsbereiche festgelegt, Stellenbeschreibungen definiert, die Personalausstattung sowie Dienstplanregelung festgelegt und ein Betreuungssystem mit zugehöriger Dokumentationsart beschrieben.

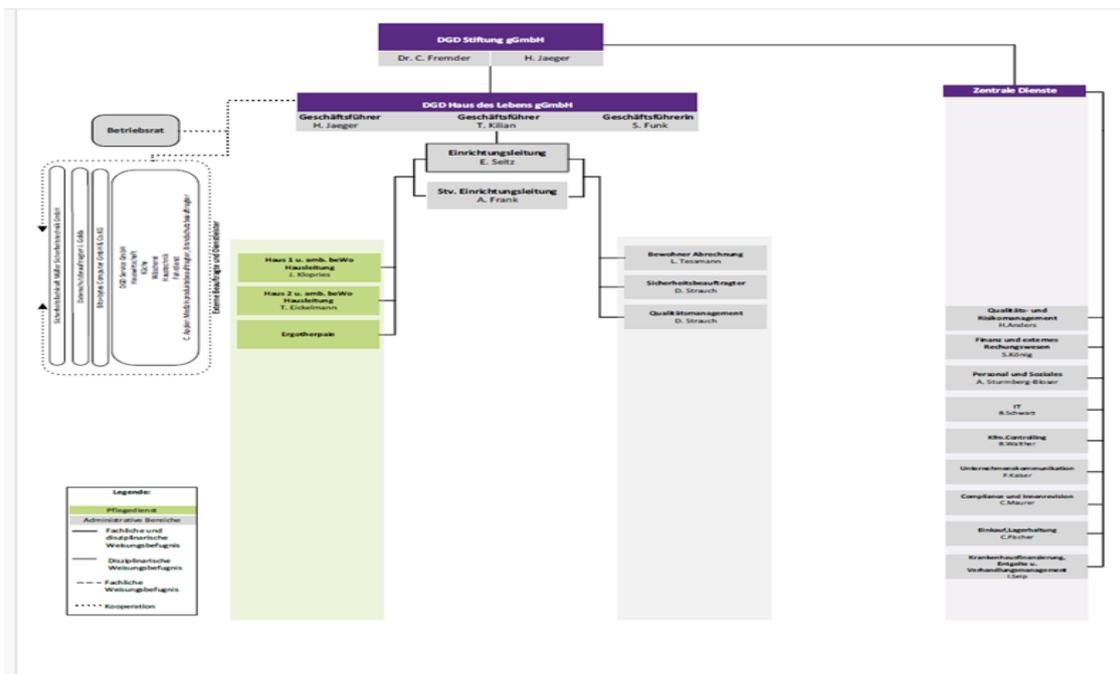
Die DGD Haus des Lebens gGmbH ist Teil der DGD Stiftung, die aktuell eine Holding-Struktur aufbaut. Der Kernprozess Pflege und Betreuung, inklusive Unterstützungsdienst, sowie die Bewohnerverwaltung und –abrechnung sind weiterhin im DGD Haus des Lebens angesiedelt.

Für die Bereiche Qualitätsmanagement, Finanzen, Buchhaltung und Controlling, Personal und Soziales oder IT etc. wurden sogenannte zentrale Dienste eingerichtet, die für alle Einrichtungen der DGD Stiftung Dienstleistungen erbringen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hauswirtschaft, inklusive Küche und Wäscherei, wurden in die DGD Service GmbH ausgegliedert. Wenngleich ein neuer Arbeitgeber für die Mitarbeitenden der Hauswirtschaft verantwortlich ist, verstehen wir uns dennoch als Mitarbeitende des DGD Haus des Lebens und als Team, welches gemeinsam zum Wohle der Bewohner/Klienten arbeitet, kommuniziert, Feste feiert und sich gegenseitig unterstützt.

Eine Stabsstelle besitzt die Qualitätsmanagementbeauftragte, die einerseits dem zentralen Dienst QM zugeordnet ist, andererseits aber im DGD Haus des Lebens angestellt und direkt der Geschäftsführung unterstellt ist.

5.1. Organigramm



Anmerkung zur Grafik: Aktualisierung bzgl. Hrn. Hubertus Jäger erfolgt noch

5.2 Darstellung der Verantwortung und Kompetenzen

An erster Stelle steht der Vorstand der DGD Stiftung, Dr. Claudia Fremder als fachlicher und Herr Hubertus Jaeger als kaufmännischer Vorstand. Beide verantworten die ihnen unterstellten Einrichtungen in Form von gemeinnützigen GmbHs.

Die gGmbHs sind vertreten durch eine Geschäftsführung. Diese wird in der DGD Haus des Lebens gGmbH seit dem 01.01.2025 durch Frau Simone Funk und Herrn Thorsten Kilian besetzt. Auch hier sind die Verantwortungsbereiche aufgeteilt. Frau Funk verantwortet den Bereich Pflege und Personal, während der Bereich Finanzen Herrn Kilian obliegt. Direkt unterhalb der Geschäftsführung sind die Einrichtungsleitungen für die einzelnen Standorte in Herborn, Driedorf und Bischoffen verantwortlich. Im Einliniensystem folgen vertikal die Leitungsebenen für die Betreuung und darunter die Mitarbeitenden.

Eine Stabsstelle QM ist für die drei Einrichtungen der Seniorenzentren zuständig und direkt der Geschäftsführung zugeordnet. Den besonderen Wohnformen dient Sie bislang als Ansprechpartner.

Der Datenschutzbeauftragte ist nicht im Organigramm aufgeführt, da wir einen externen Dienstleister in Anspruch nehmen.

Die Einrichtungsleitung und stellvertretende Einrichtungsleitung nehmen regelmäßig an den Sitzungen der Hygienekommission und den ASA Sitzungen (Arbeitssicherheit) teil. Die Umsetzung entsprechender Maßnahmen werden ebenso von der Einrichtungsleitung und der stellvertretenden Einrichtungsleitung veranlasst und kontrolliert.

5.3 Mitarbeiter

Die Personalausstattung richtet sich primär nach gesetzlichen Vorgaben und nach qualitativen wie ökonomischen Richtlinien. Die Anzahl der Betreuungsmitarbeitenden (Stellenschlüssel) berechnet sich aus den Bedarfen der Klientinnen und Klienten und unseren zusätzlichen Stellenanteilen für die Bereiche Nachtbereitschaft und Hauswirtschaft. In der jährlichen Stichtagsmeldung bei der Hessischen Pflege- und Betreuungsbehörde werden die vorhandenen Stellenanteile aktuell eingereicht.

Im Zuge der BTHG III Reform und der damit verbunden Implementierung der qualifizierten und kompensatorischen Assistenzleistungen, inklusive unserer aufsuchenden Betreuung, ergibt sich je nach den entsprechenden Assistenzleistungen eine stets zu überprüfende Anzahl von Mitarbeitern. Unsere beiden Häuser in der Kaiserstraße 23 und 31 werden jeweils durch eine Hausleitung (analog zur Wohnbereichsleitung in unseren Seniorenzentren) geführt. Sowohl unsere Hausleitungen als auch alle an der Bezugsbetreuung beteiligten Mitarbeitenden verfügen selbstverständlich über die entsprechende Qualifikation nach HGBPAV § 5 Abs.2 und 3 (Ausführungsverordnung zum Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen). Basierend auf den gesetzlichen Bestimmungen nach HGBPAV verfügen wir über ein multiprofessionelles Team, bestehend aus den folgenden Berufsgruppen:

- Erzieher, Heilerziehungspfleger, Ergotherapeuten, geprüfte FK für Arbeits- und Berufsförderung, Sozialarbeiter, Pflegefachkräfte, Pflegehilfskraft sowie einer sonstigen Kraft.

Darüber hinaus besitzen unsere Hausleitungen eine umfangreiche und jahrelange Berufserfahrung als Bezugsbetreuer in unserer Einrichtung. Im Zuge unserer Zugehörigkeit zur DGD Stiftung in Marburg absolvieren unsere Führungs- und Leitungskräfte aktuell ein intensives Führungskräfte-Training über jeweils drei Blockseminare.

Erforderliche Zusatzaufgaben im Bereich QM, Arbeitssicherheitsdienst, Hygiene und IT sind entsprechend auf Mitarbeitende aufgeteilt.

Die Anzahl der Mitarbeiter/innen im Bereich Hauswirtschaft, Haustechnik, Leitung und Verwaltung entsprechen den Vorgaben des Rahmenvertrages gemäß

Hessischer Rahmenvertrag nach § 131 SGB IX, Rahmenvertrag 3 für das Land Hessen.

5.4 Information und Kommunikation

Ein gutes Kommunikationssystem ist eine Grundlage für die Funktionsfähigkeit jeder Organisation. Nur gut informierte und an Entscheidungsprozessen beteiligte Mitarbeitende sind in der Lage, die Prozesse in den Häusern umzusetzen. Auch dem Kommunikations- und Informationsbedürfnis der Klientinnen und Klienten und deren gesetzlichen Betreuern und Angehörigen muss nachgekommen werden, um Vertrauen aufzubauen und zu erhalten und um Sicherheit zu vermitteln. Die Basis zur funktionierenden Kommunikation sind geplante und verbindliche Strukturen.

- Geeignete Räumlichkeiten stehen zur Verfügung
- Sitzungen und Besprechungen finden regelmäßig statt (QMH F 2.2.3.1 Besprechungsmatrix HDL bes.WF)
- Einladung, Protokollführung und Tagesordnung ist geregelt
- Möglichkeiten zum Aushang von internen Informationen für Klientinnen und Klienten und Mitarbeitenden sind vorhanden
- Informationen (bspw. Veranstaltungen, Feste, Hausgruppen) für die Klientinnen/Klienten sind durch Aushangtafeln im jeweiligen Flur des Erdgeschosses an den Büros ersichtlich. Die Klientinnen und Klienten erhalten weitere Informationen über die Hausgruppen und die terminierten Gespräche mit den jeweiligen Bezugsbetreuern.
- Informationen über die An- und Abwesenheit der Mitarbeitenden im Büro sowie der jeweiligen Anlässe ist mittels gesondertem Infoboard an der Bürotür ersichtlich
- Informationen für die Mitarbeitenden werden in den jeweiligen Postfächern im Büro der Häuser 1 und 2 hinterlegt. Zudem werden Informationen über den hausinternen E-maildienst weitergeleitet (mit Kalender, Terminen, Fortbildungen etc.)
- Informationsmedien in Form von „DGD.net“ sind in Schriftform verfügbar
- Das DGD Intranet mit aktuellen Informationen und QM-Dokumenten liegt für jeden Computerarbeitsplatz auf dem Server
- Telefonverzeichnisse der einzelnen Häuser und dem Verbund DGD sind vorhanden

- Geeignete Kommunikationssysteme wie z.B. David (hausinternes EDV-Kommunikationsprogramm), Postfächer, Telefon, Fax und Internetzugang sind vorhanden

5.4.1 Information

Die verantwortlichen Mitarbeitenden der besonderen Wohnform für psychisch kranke Menschen und der Seniorenzentren Bischoffen, Driedorf und Herborn treffen sich regelmäßig einmal monatlich, um Informationen weiter zu geben und die Prozesse zu steuern.

Mitglieder des Leitungsteams sind die Geschäftsführung und Einrichtungsleitungen der DGD Haus des Lebens gGmbH, die Pflegedienstleitungen und deren Stellvertretungen, die Hauswirtschaftsleitungen, die Bereichsleitung Haustechnik, die Leitung der Tagespflege und die Küchenleitung. Regelmäßig wird der Kreis für spezielle Themen oder Projekte erweitert, wie z.B. dem Arbeitskreis Gesundheit (betriebliches Gesundheitsmanagement) und der Hygienekommission.

Hausintern treffen sich die Verantwortlichen für die Bereiche Leitung, Betreuung und Ergotherapie. Die Bereiche Hauswirtschaft und Haustechnik sind der Besprechungsmatrix des Seniorenzentrums Herborn angegliedert.

Alle Besprechungen werden protokolliert und allen Teilnehmenden kurzfristig zur Verfügung gestellt. Mittels eines Kürzels wird das Lesen des Protokolls bestätigt. Dadurch wird sichergestellt, dass alle Mitarbeitenden aktuell informiert sind. In jeder Besprechung wird der aktuelle Stand der Maßnahmenbearbeitung erfragt und neue Informationen und Ziele werden von den jeweiligen Vorgesetzten in den Teambesprechungen weitergegeben. Aktuelle wichtige Themen, wie bspw. Krisenintervention, Klinikeinweisungen etc., werden zudem umfassend dokumentiert, in der einstündigen Übergabe besprochen und ggf. gesondert der EL mündlich oder per Mail mitgeteilt.

Auch der Betriebsrat informiert die Mitarbeitenden in Form von aktuellen Aushängen in einem Schaukasten im Personalbereich.

Unser Dachverband, die DGD Stiftung, informiert in bereichsbezogenen Konferenzen über aktuelle Entwicklungen und Planungen.

Die „Zentralen Dienste“ führen monatliche „Jour Fixe“ über Videokonferenz durch, um den Austausch und die Information über beispielsweise gesetzliche Veränderungen oder neue Verfahren und Prozesse zu gewährleisten. Bei Bedarf können wir Spezialisten aus den Zentralen Diensten einladen und für einzelne Themen hinzuziehen, bei-

spielsweise QM, Hygiene (Zentraler Dienst Krankenhaushygiene und Infektion) oder EDV.

Gesetzliche Betreuer und Angehörige werden im persönlichen Gespräch und in Fallbesprechungen klientenbezogen informiert.

Die hausinternen Informations- und Kommunikationsstrukturen sind in einer Besprechungsmatrix geregelt.

5.4.2 Kommunikation

Die klientenbezogene Kommunikation erfolgt in Teamgesprächen, Übergaben, Fallbesprechungen und ggf. in Supervisionen. Bereichsübergreifende Informationen werden in den Gesamtteams besprochen.

Übergaberelevante Informationen sind zudem in unserem Pflegedokumentationsprogramm ersichtlich.

Des Weiteren finden regelmäßig geplante Teamgespräche und Leitungsrunden statt. Diese werden protokolliert und für alle nicht Anwesenden einsehbar in der Abteilung hinterlegt.

Fallbesprechungen werden in unserer Einrichtung anlassbezogen durchgeführt.

In unseren täglichen Übergaben werden stets das aktuelle Befinden, herausforderndes Verhalten, Pflegebedürftigkeit, Auffälligkeiten und Organisatorisches der Klientinnen und Klienten besprochen. Wichtige Vorkommnisse, bspw. sich anbahnende Krisen, positives Alkoholtestergebnis, mangelnde Absprachefähigkeit usw., werden intensiver besprochen um ggf. wichtige und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Darüber hinaus sind diese Themen entsprechend dokumentiert. Zusätzlich sind anfallende organisatorische Aufgaben im täglichen Kalender festgehalten.

Wir sehen unsere täglichen Übergaben als ein wichtiges Instrument, um die Betreuungssituation unserer Klientinnen und Klienten tagesaktuell zu beschreiben.

Sie dient in engem fachlichem Austausch der Weitergabe wichtiger Informationen, um entsprechend professionell die Partizipation umzusetzen, um unseren Klienten die bestmögliche Unterstützung für ein selbstbestimmteres Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Anlassbezogene Fallbesprechungen sind ein weiteres wichtiges Instrument, um die gesamte Betreuungssituation einer Klientin, eines Klienten zu beschreiben und zu analysieren. Hierbei haben alle an der Betreuung beteiligten, ggf. auch Angehörige, gesetzliche Betreuer oder externe Beteiligte die Möglichkeit, individuell über die jetzige Lebenssituation oder aktuelle Probleme der Klientin, des Klienten zu reden und Lö-

sungsmöglichkeiten zu entwickeln. Selbstverständlich können natürlich auch unsere Klientinnen und Klienten an Fallbesprechungen teilnehmen. Die Fallgespräche werden dokumentiert. Ergebnisse des Fallgespräches fließen in die Prozessplanung ein.

Die bisher aufgeführten Themen werden je nach Umfang und wichtigen Inhalten in den entsprechenden Teams vertieft und/oder ergänzt. Eine wichtige Kommunikationskultur ist zudem, dass wir sehr wichtige Sachverhalte, Probleme oder besondere Ereignisse unverzüglich mit den entsprechenden Personen besprechen.

Die Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden findet kontinuierlich täglich, anlassbezogen oder in Teamgesprächen statt. Darüber hinaus erfolgen in Intervallen von zwei Jahren geplante Mitarbeitergespräche. Mitarbeitende und Vorgesetzte können sich anhand eines festgelegten Vorbereitungsbogens im Vorfeld auf das Gespräch einstellen. Das Gespräch selbst orientiert sich an einem vorgegebenen Leitfaden, die Dokumentation des Gesprächsergebnisses erfolgt in einem Zielvereinbarungsprotokoll.

5.5 Ergotherapie, soziale Betreuung und Inklusion

Die Organisationsform der Ergotherapie in ihren Bereichen der sozialen Betreuung und Inklusion befindet sich aktuell im Umbruch. Entscheidend ist hierbei der Umstand, dass auf Grund der BTHG III Reform, insbesondere die Implementierung von qualifizierten und kompensatorischen Assistenzleistungen, die entsprechende fachliche Qualifikation vorliegen muss.

Qualifizierte Assistenzleistungen werden ausschließlich von Fachkräften oder qualifizierten Hilfskräften umgesetzt. Kompensatorische Assistenzleistungen können sowohl Fachkräfte, qualifizierte Hilfskräfte als auch sonstige Kräfte ausführen.

Die seit 2014 existierende personelle Besetzung unserer Inklusionsgruppe erfüllt nach BTHG III Reform nicht mehr über die gesetzlich vorgeschriebene Qualifikation, da es sich bei den Aufgaben der Inklusionsgruppe um (überwiegend) qualifizierte Assistenzleistungen handelt. Aus wirtschaftlichen und personellen Gründen ist eine Besetzung mit einer zusätzlichen Fachkraft bisher nicht realisierbar.

Die bisherigen Interventionen sind noch ergebnisoffen.

Unsere Aufgabe im ergotherapeutischen Dienst ist, die Maßnahmen der Teilhabeplanung individuell sowie die tagesaktuellen Bedürfnisse und Wünsche, im Zuge der Partizipation, den Klientinnen und Klienten zu ermöglichen.

Herausfordernd in der Umsetzung und Planung ist hierbei, dass reine kompensatorische Assistenzleistungen (vollständige bzw. teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltags-

bewältigung sowie Begleitung der Leistungsberechtigten) nur in geringem Maße vorliegen. Anders ist dies in Bereichen der körperlichen Behinderung.

Im Bereich der tagesstrukturierenden Maßnahmen, in Form von Arbeitstherapie, sozialer Betreuung (inklusive aufsuchender Betreuung) sowie der inhaltlichen wie auch zeitlichen Erweiterung unserer Angebote liegt die erforderliche fachliche Qualifikation vor.

Die Klienten unserer Inklusionsgruppe erhalten ebenso die fachliche Anleitung zur Umsetzung ihrer vielfältigen Aufgaben, wie bereits beschrieben sowie die Begleitung, Unterstützung und Motivation. Dies zählt zu den qualifizierten Assistenzleistungen, da es sich, kurz beschrieben, hier um eine Befähigung handelt.

Da die bisherigen Interventionen noch ergebnisoffen sind, ist es eine Herausforderung den gesamten Bereich BTHG III konform umzusetzen.

Wir hoffen auf einen positiven Entscheid und haben anhand unserer Fachkräfte und unserer sonstigen Kraft unser Angebot bedarfsgerecht erweitert und befinden uns aktuell im Prozess der zusätzlichen Ideensammlung und Konkretisierung (inklusive einer Erweiterung auf zwei Wochenendtage im Monat, um Angebote durchführen zu können).

5.5.1 Hauswirtschaft

Die hauswirtschaftlichen Mitarbeiterinnen sind organisatorisch eingegliedert in die DGD Service GmbH, sind aber nach wie vor als Teil des Teams der besonderen Wohnform für psychisch kranke Menschen zu sehen. Die Mitarbeitenden sind für die Grundreinigung unserer Gemeinschaftsflächen verantwortlich.

Am Einkauf oder der Zubereitung von Speisen sind die Mitarbeitenden nicht beteiligt. Alle erforderlichen Arbeitsmaterialien erhalten sie von der DGD Service GmbH. Dieser obliegen auch den entsprechenden Kontrollen der Unterweisungen in eplas (e-learning platform for safety)

Direkter Ansprechpartner im Zuge der DGD Service GmbH ist derzeit die Hauswirtschaftsleitung des Seniorenzentrums in Herborn.

Übergeordnet fungiert als Vorgesetzter der Regionalleiter für Hauswirtschaft, Gastronomie und Reinigung. Im täglichen Ablauf stehen sowohl die Leitungskräfte, als auch die Einrichtungsleitung und stellvertretende Einrichtungsleitung, für die Belange unserer Mitarbeitenden zur Verfügung.

Eine Schnittstellenproblematik zwischen Reinigungsmitarbeitenden und Betreuung liegt in unserer Einrichtung zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor.

Es besteht eine enge, herzliche Zusammenarbeit und zielführende Kommunikation, so dass tagesaktuelle Themen in der Regel unmittelbar geklärt werden können.

Alternativ werden diese an die Leitungskräfte/ Einrichtungsleitung weitergeben, welche sich dann unmittelbar mit der Hauswirtschaftsleitung oder Regionalleitung in Verbindung setzen und eine Lösung/Klärung erzielen.

5.5.2 Haustechnik

Das Konzept Haustechnik ist unter dem Aspekt der Sicherheit im QMH eingegliedert. Der größte Teil des Sicherheitsbereiches ist der Haustechnik zugeordnet, wie die Arbeitssicherheit, das Wartungs- und Kontrollsystem, der Brandschutz und die Gebäude- und Geländesicherheit. Der Bereich Haustechnik besitzt viele interne und externe Schnittstellen.

Intern sind zunächst die Klientinnen und Klienten und alle anderen Leistungsbereiche betroffen. Darüber hinaus pflegt die Haustechnik den Kontakt zu externen Dienstleistern wie Lieferanten, Wartungs- und Serviceunternehmen und Behörden.

Die Mitarbeitenden der technischen Abteilung sind direkt der Teamleitung Haustechnik unterstellt, welche zur DGD Service GmbH gehört.

Wenngleich ein neuer Arbeitgeber für die Mitarbeitenden der Hauswirtschaft verantwortlich ist, verstehen wir uns dennoch als Mitarbeitende des DGD Haus des Lebens und als Team.

Unser Gesamtkonzept entspricht dem Grundgedanken, gemeinsam über die Schnittstellen hinaus, Sorge zu tragen.

Die primäre Aufgabe und das Ziel der Haustechnik ist die Sicherheit für Klienten und Klientinnen und alle Akteure der besonderen Wohnform:

- Sicherstellung eines aus technischer Sicht störungsfreien Einrichtungsbetriebs
- Verhinderung von Gefahren für Klientinnen, Klienten und Mitarbeitenden
- Werterhaltung von Gebäude und Investitionsgütern
- Sicherstellung einer zeitnahen Mängelbehebung
- Koordination der unterschiedlichen Gewerke bei Renovierungen und/oder Instandhaltung

5.5.3 Verwaltung

Die Verwaltung in der „Haus des Lebens“ gGmbH ist zentral organisiert.

Die Buchhaltung und auch die Personalverwaltung sind den Zentralen Diensten Finanzen und Personal und Soziales zugeordnet. Der Bereich der Verwaltung in den besonderen Wohnformen umfasst die Einrichtungsleitung und die Mitarbeiterin der Fakturierung. Ihnen obliegen die Klientenverwaltung und das Vertragswesen. Die Personalverwaltung erfolgt zentral im Seniorenzentrum Herborn für alle Einrichtungen der DGD Haus des Lebens gGmbH. Die monatliche Rechnungsstellung erfolgt in der besonderen Wohnform. Die Barbeiträge unserer Klienten werden gesondert nach Haus 1 und Haus 2 verwaltet und mit der Finanzbuchhaltung des Zentralen Dienstes abgerechnet.

Die Buchhaltung erfolgt dezentral in der Zentrale der DGD Stiftung in Marburg.

Die allgemeine Bewohnerverwaltung obliegt der Einrichtungsleitung.

Hier laufen vielfältige Kommunikationswege zusammen. Die Klientinnen und Klienten, Angehörige und gesetzliche Betreuer finden hier die erste Ansprechpartnerin, wenn es um administrative oder finanzielle Angelegenheiten geht.

Die klientenbezogenen Aufgaben bestehen vordringlich in der Beratung und dem Vertragswesen, insbesondere der laufenden Kosten oder der offenen Posten. Ergänzend nehmen diesbezüglich auch die gesetzlichen Betreuer den Kontakt auf.

Die Bearbeitung der offenen Posten erfolgt durch die Verwaltungsmitarbeiterin aus dem Bereich Fakturierung. Entsprechende Ratenzahlungsvereinbarungen werden zwischen Klientin/Klient und Bezugsbetreuung besprochen und ggf. je nach Bestallung mit der gesetzlichen Betreuung abgestimmt.

Das Dokument zur Ratenzahlungsvereinbarung wird von der Einrichtungsleitung erstellt und entsprechend weitergegeben. Abschließend wird es von der Bezugsbetreuung oder Hausleitung in der Dateiablage unseres Dokumentationsprogramms hinterlegt.

Des Weiteren werden bei Platzanfragen erste telefonische Informationen sowohl durch die Einrichtungsleitung als aber auch durch die Hausleitungen bearbeitet.

Weitergehend findet vor Ort ein Informationsgespräch mit anschließender Hausbesichtigung statt, womit bei positivem Verlauf der Prozess der Aufnahme mit einem Vertragsabschluss endet.

Die entsprechenden vertiefenden Gespräche finden in der Regel zwischen Bezugsbetreuung und zukünftiger Klientin, zukünftigem Klienten statt.

Darüber hinaus finden in den Häusern die Barbetragsverwaltung und die Kassenbuchhaltung statt. Hierzu sind jeweils in Haus 1 als auch in Haus 2 Mitarbeitende dafür verantwortlich. Die Pflege des Verwaltungsprogramms für die ordnungsgemäße Abrechnung der Leistungen mit Klienten, gesetzlichen Betreuern und öffentlichen Kostenträgern obliegt der Einrichtungsleitung und der entsprechenden Verwaltungsmitarbeiterin

5.5.4 Milieugestaltung

Die Milieugestaltung in unserem Hause ist an den individuellen Bedürfnissen unserer Klientinnen und Klienten orientiert.

Gemeinsam mit Klientinnen und Klienten werden Ideen und Wünsche aufgenommen und gemeinschaftlich mit den Mitarbeitenden umgesetzt. Insbesondere die Gestaltung und Umsetzung einer jahreszeitlichen Dekoration wird aktiv gemeinsam mit unseren Klientinnen und Klienten gelebt.

Durch die einladende Gestaltung des Wohnumfeldes sollen das Wohlbefinden und die Gesundheit der Klientinnen und Klienten gefördert werden. Es ist uns durch die aktive Teilnahme unserer Klientinnen und Klienten an der kreativen Gestaltung wichtig, Wertschätzung und Respekt auszudrücken. Wir sind der Überzeugung, dass ein einladendes Ambiente nachhaltig das Gefühl von Annahme positiv verstärkt. Darüber hinaus sehen wir eine wohlige Atmosphäre als Teil unserer Willkommenskultur.

Durch die aktive Mitgestaltung unserer Klientinnen und Klienten möchten wir Vertrauen, Wohlbefinden, ein gemeinschaftliches Miteinander und ein Gefühl von Geborgenheit vermitteln.

Wir legen dabei großen Wert auf den freien gestalterischen Ausdruck unserer Klientinnen und Klienten, da es sich um ihr Zuhause handelt. Individuelle Vorlieben und Wünsche sowie die Umsetzung werden von unseren Mitarbeitenden motivierend und wohlwollend begleitet und entsprechend unterstützt. Dies gilt selbstverständlich für die Gemeinschaftsflächen als auch für den privaten Wohnraum. Ebenso ist uns ein angenehmes und ansprechendes Ambiente in den Büroräumen wichtig, da auch dies ein Ort der Begegnung ist.

In die Dekoration unserer ergotherapeutischen Räumlichkeiten sind unsere Klientinnen und Klienten ebenso involviert. Gemeinsam werden Ideen und Wünsche erarbeitet, besprochen und umgesetzt. Darüber hinaus ist es uns ebenso wichtig, in gemeinschaftlichen Aktivitäten, die mit einer Bewirtung verbunden sind, eine einladende Atmosphäre zu schaffen. Des Weiteren fördern wir die Begegnung der Klientinnen und

Klienten untereinander sowie auch mit Angehörigen und Gästen durch eine lebendige und gastfreundliche Veranstaltungskultur.

Die allgemeinen Feste im Jahresverlauf finden in unserer Einrichtung besondere Beachtung. Darüber hinaus finden jedes Jahr weitere Gemeinschaftsveranstaltungen statt. Es besteht zudem für die Klientinnen und Klienten die Möglichkeit, persönliche Feierlichkeiten nach Ihren Wünschen in unserem Haus durchzuführen.

Insbesondere unsere jahreszeitlichen Feste sorgen für ein lebendiges Gemeinschaftsgefühl und vermitteln Geborgenheit. Einen hohen Stellenwert haben dabei die Advents- und Weihnachtszeit. Ein Höhepunkt ist unsere Festgestaltung in der zweiten Dezemberwoche. Zu diesem Anlass wird, an vier aufeinanderfolgenden Abenden, aus unserer Ergotherapie eine „heimelige Weihnachtsstube“.

Ein weihnachtliches Programm, köstliches Essen und eine Bescherung ermöglichen zudem positive erlebbare Erfahrungen von Wertschätzung und Zugewandtheit.

5.5.5 Personaleinsatzplanung/Dienstplangestaltung

Voraussetzung für eine verlässliche Dienstplanung ist eine adäquate Personalausstattung. Diese richtet sich nach qualitativen wie ökonomischen Richtlinien. Eine Besetzung von Betreuungsmitarbeitenden rund um die Uhr ist gewährleistet. Der Fachkräftanteil liegt bei 94,67%. Die Anzahl der Betreuungsmitarbeitenden (Stellenschlüssel) berechnet sich aus den Bedarfen der Klientinnen und Klienten und unseren zusätzlichen Stellenanteilen für die Bereiche Nachtbereitschaft und Hauswirtschaft.

Mitarbeiterinnen mit folgenden Qualifikationen sind in der Betreuung eingesetzt:

- Erzieher/innen
- Altenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen
- Ergotherapeut/in
- Krankenpflegehelferin
- Sozialarbeiter
- Fachkraft für Arbeitstherapie
- Heilerziehungspflegerin
- Fachwirt Sozialdienst

Die Personalausstattung passt sich entsprechend den erforderlichen Assistenzleistungen nach BTHG III, soweit es möglich ist, den Veränderungen der Belegungsstruktur an. In den Stellenbeschreibungen werden Kompetenzen, Aufgabenbereiche und Verantwortungsbereiche der Mitarbeitenden festgelegt. Diese sind für die Mitarbeitenden als auch für den Arbeitgeber verbindlich.

Die Dienstplanung stellt eine kontinuierliche und qualifizierte Versorgung der Klientinnen und Klienten rund um die Uhr sicher. Außerdem gewährleistet sie die Erfüllung von Rahmenbedingung im Rahmen von Arbeits- und Arbeitsschutzgesetzen und Richtlinien der Arbeitszeitvorschriften.

Ziele:

- lückenlose Dienstplanung für einen festgelegten Zeitraum
- Planungssicherheit für die Mitarbeitenden
- wirtschaftliche Gestaltung des Personaleinsatzes
- Es liegt ein einheitliches System zur Dienstplanung auf EDV-Basis in der Einrichtung vor. Dieses System gewährleistet die Einhaltung der gültigen Richtlinien zur Dienstplangestaltung.

Anforderungen:

- Die stellvertretene Einrichtungsleitung/Hausleitung ist für die Erstellung und Änderung des Dienstplanes verantwortlich. Sie kennzeichnet dies mit ihrer Unterschrift.
- Die Planung des Dienstplanes wird spätestens zum 15. des Vormonats abgeschlossen und öffentlich auf den jeweiligen Wohnbereichen ausgehängt.
- Der Dienstplan wird für einen Zeitraum von einem Monat und nach der 5 Tage Woche erstellt. In der Bezugsbetreuung nach einer 5,5 Tageweche
- Dienstzeiten sind auf einer Legende ersichtlich
- Soll/Ist Abgleich wird von der stellvertretenden Einrichtungsleitung erfasst.
- Aufstellung der Mitarbeitenden mit Namen und Qualifikation
- Angabe der Soll- und Ist-Arbeitsstunden der Mitarbeitenden
- Die Dienstpläne sind dokumentenecht und dürfen nur mit dokumentechten Schreibutensilien geändert werden
- Nach dem Ablauf des aktuellen Monats werden die Dienstpläne in der EDV korrigiert und archiviert
- Die Dienstplanung nimmt die Urlaubsregelung, Arbeitszeitbefreiung, Fortbildung und den Freizeitausgleich mit auf.
- Dienst- und Teambesprechungstermine sowie interne oder externe Fortbildungen werden im Dienstplan erfasst
- Der Betriebsrat kontrolliert die Sollpläne vor Veröffentlichung für den kommenden Monat und wird bei Veränderungen mit einbezogen

Sicherstellung:

- Der Betriebsrat kontrolliert die Soll-Dienstpläne am 5. Tag des Vormonats. Nach Freigabe durch den Betriebsrat können die Dienstpläne als genehmigt gekennzeichnet und in den Ist-Plan überführt werden.

5.6 Aufnahme, Aus- und Umzug von Klientinnen/Klienten

Mit dem Einzug, beziehungsweise der Aufnahme, beginnt für die Klientin, den Klienten und ihre An- und Zugehörigen eine neue Lebensphase, die oft als gravierender Einschnitt erlebt wird und eine Neuorientierung in einem ungewohnten Umfeld erfordert.

In der Regel liegt meist eine lange psychiatrische Krankengeschichte mit einer oft vorherrschenden Resignation hinter der Klientin, hinter dem Klienten. Die Mitarbeitenden messen diesem Wechsel in der Lebenssituation der Klientin, des Klienten eine zentrale Bedeutung bei.

Am Beginn des Aufnahmeprozesses steht die Kontaktaufnahme mit unserer Einrichtung. Dies geschieht entweder per Mail oder Telefongespräch durch eine Klinik, der gesetzlichen Betreuung, Angehörigen und in einigen Fällen durch die Hilfesuchenden selbst.

Im nächsten Schritt wird entsprechend unser Erstkontaktbogen versendet, welcher nach Rücksendung umfassend von der Einrichtungsleitung gesichtet wird.

Im Anschluss erfolgt eine entsprechende Rückmeldung. In der Regel erhalten die anfragenden Parteien die Information, dass Sie sich nun auf unserer Warteliste befinden und bei einem zu erwartenden freien Platz kontaktiert werden.

Ist dies der Fall, werden die Anfragenden, die gesetzliche Betreuung, ggf. Angehörige und Personen aus den bisherigen Unterstützungsdiensten kontaktiert und zu einem Kennenlerngespräch in unsere Einrichtung eingeladen.

Es ist uns stets ein Anliegen, insbesondere in dieser Situation, unsere Willkommenskultur zu leben. In einem ansprechenden Ambiente mit Kaffee, Getränken und Snacks sowie ausreichender Zeit, finden die Kennenlerngespräche in der Kaiserstraße 25 statt. Aus unserer Einrichtung nehmen die Einrichtungsleitung oder die stellvertretende Einrichtungsleitung sowie die entsprechende Hausleitung teil. Im Vorfeld haben sich selbstverständlich alle Leitungskräfte mit dem entsprechenden Erstkontaktbogen und den ergänzenden Formularen (bspw. aktuelle Arztberichte und Sozialberichte) umgehend befasst.

Unser Kennenlerngespräch beinhaltet in der Regel:

- Begrüßung der Gäste durch die Einrichtungsleitung
- die Information über den weiteren Ablauf
- eine Vorstellungsrunde
- ausführliche Vorstellung der Einrichtung (bspw. Angebote, tagesstrukturierende Maßnahmen, Bezugsbetreuungssystem etc.) Diese verteilt sich auf alle Mitarbeitenden des Kennenlerngesprächs
- Frage- und Antwortteil
- Informationen über das Probewohnen
- Rundgang durch die Einrichtung und Besichtigung des zukünftigen Zimmers, verbunden mit einer Motivation der individuellen Zimmergestaltung.
- eine Abschlussrunde, in der ggf. bereits ein Termin für unser Probewohnen vereinbart wird. Sofern dies zu diesem Zeitpunkt nicht möglich ist, wird eine entsprechende Rückmeldung terminiert.

Voraussetzung für einen Einzug ist ein möglichst fünf bis siebentägiges Probewohnen in unserer Einrichtung. Unter Mitwirkung der Haustechnik und ggf. externen Firmen sowie den Hausleitungen ist es unser oberstes Ziel, das Probewohnen direkt in der entsprechenden Räumlichkeit und Umgebung zu ermöglichen. Am ersten Tag des Probewohnens ist das Zimmer entsprechend heimelig hergerichtet. Die Begrüßung erfolgt durch unsere Hausleitung oder der zuständigen Bezugsbetreuung.

In den ersten beiden Tag erfolgt des Weiteren:

- erneuter Rundgang durch die Einrichtung
- Vorstellen des Gastes bei unseren Klienten
- Information über die internen Abläufe bspw. Medikamentenausgabezeiten, Essenszeiten, Dienstzeiten der Mitarbeitenden, inklusive der Nachtbereitschaft und den Übergabezeiten.
- ggf. separate Vorstellung der Bezugsbetreuung für das Probewohnen
- Vorstellung in der Ergotherapie und bei der Einrichtungsleitung
- Vertiefendes Gespräch über die Wünsche und Ziele während des Aufenthaltes in unserer Einrichtung
- entsprechende Dokumentation
- Vorstellung im anderen Haus und bei den Nachtbereitschaften

Des Weiteren werden die im Erstkontakt oder im Folgegespräch ermittelten Daten überprüft und fortgeführt. Dabei sind u.a. der Hilfebedarf, die gewünschten bzw. not-

wendigen Versorgungsleistungen und die individuellen Gewohnheiten, Erwartungen und Wünsche der zukünftigen Klientin, des zukünftigen Klienten zu besprechen.

Intern findet in der Zeit des Probewohnens ein enger Austausch zwischen der Einrichtungsleitung, Hausleitung, Bezugsbetreuung und Ergotherapie statt, um eine Aufnahme sorgsam zu überprüfen.

Ein Abschlussgespräch mit der Hausleitung oder Einrichtungsleitung (stellvertretenden Einrichtungsleitung) findet in der Regel am letzten Tag des Probewohnens statt, bei dem der Verlauf des Aufenthaltes reflektiert wird und eine beidseitige Abstimmung erfolgt, ob eine Aufnahme gewünscht und möglich ist. Bei positiver Abstimmung kann hier erneut zur individuellen Wohnraumgestaltung und Mitnahme von persönlichen Gegenständen/Möbeln beraten werden.

Im Falle einer Aufnahme erfolgen die entsprechenden administrativen Aufgaben:

- Wohn-Betreuungsvertrag und Anlagen
- Meldung beim Kostenträger
- Klärung der Kostenübernahme für Unterbringung und Verpflegung
- Aufnahmemeldung an die Verwaltung
- Ärztliche Anbindungen

In der Eingewöhnungsphase unterstützen alle am Betreuungsprozess beteiligten Personen die neue Klientin, den neuen Klienten, in dem wir unsere Willkommenskultur, Annahme und Wohlwollen zum Ausdruck bringen. Eine besondere Rolle hat hierbei die Bezugsbetreuung, welche den Integrationsprozess maßgeblich fördert und begleitet.

Entsprechend einem Einzug muss auch ein Um- oder Auszug gut vorbereitet und begleitet werden. Die aufnehmenden Einrichtungen benötigen das gleiche Maß an Informationen wie auch wir als aufnehmende Institution.

Wir achten darauf, dass den Klientinnen und Klienten alle erforderlichen persönlichen Daten und Gegenstände (z.B. Versichertenkarte), ein Überleitungsbogen und Medikamente mitgegeben werden. Darüber hinaus haben wir den Umzug in eine andere Einrichtung im Vorfeld umfangreich begleitet, um die Eingewöhnungsphase in der neuen Umgebung behutsam, positiv und motivierend mitzugestalten.

Entsprechend dem Einzug nutzen wir auch für den Aus- oder Umzug eine Checkliste, welche sorgsam abgearbeitet wird.

5.7 Hygiene

Hygiene dient der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, der Verhinderung der Verbreitung von Krankheiten und somit der Erhaltung der Gesundheit. Im engeren Sinn fallen darunter auch Hygienemaßnahmen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten. Die besondere Wohnform für psychisch kranke Menschen Herborn orientiert sich in den Grundzügen an die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und der Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut. Die Förderung der Partizipation unserer Klienten beinhalten den privaten Wohnbereich sowie die Gemeinschaftsräume unserer Häuser, welche insofern mit einer klassischen medizinischen- und pflegerischen Einrichtung nicht zu vergleichen sind.

Hierbei ist es erforderlich, zum einen ein Empfinden und Wahrnehmen der Grundhygiene zu vermitteln und einzuhalten, wie aber auch auf die Privatsphäre und individuellen Fähigkeiten der Klientinnen und Klienten gebührend zu achten und diese zu wahren. Wir begleiten unsere Klientinnen und Klienten dabei, eine individuelle und lebensechte Gestaltung der Räumlichkeiten in unseren Häusern umzusetzen, um eine bestmögliche Unterstützung "Leben in der eigenen Häuslichkeit" auch zukunftsorientiert sicherzustellen.

Innerbetriebliche und auf die Einrichtung bezogene Verfahrensweisen zur Infektionshygiene sind in Form eines Hygieneplans ausführlich und schriftlich festgelegt.

Der Hygieneplan berücksichtigt besondere Maßnahmen bei infektiösen und meldepflichtigen Erkrankungen und gibt Auskunft über gezielte Maßnahmen zur Infektionsprävention.

Zur erfolgreichen Infektionsprävention gehört ein multiprofessionelles und geeignetes Forum, die Hygienekommission. Sie unterstützt den Einrichtungsträger in seiner Aufgabe, die organisatorischen und personellen Voraussetzungen für die Einhaltung der Hygiene innerhalb der Einrichtung sicherzustellen und für die Durchführung der Maßnahmen zu sorgen. Dies erfolgt im Rahmen der Hygienekommission, die mindestens zweimal jährlich tagt und an der die Einrichtungsleitung teilnimmt. Im Zuge der Übernahme in die DGD Stiftung muss über einen gesonderten Ansprechpartner für die Hygiene, wie aber auch für das Qualitätsmanagement noch entschieden werden. Bis zur finalen Klärung sind die Einrichtungsleitung und die stellvertretende Einrichtungsleitung für die entsprechenden Bereiche zuständig. Beratend steht hierbei die Qualitätsmanagementbeauftragte der Seniorenzentren zur Verfügung.

Bei speziellen Fragen werden der Zentrale Dienst Krankenhaushygiene, ABS und Infektiologie hinzugezogen.

5.8 **Betreuungsprozess**

Die Umsetzung der erforderlichen Leistungserbringung nach BTHG III beinhaltet die entsprechenden Aufgaben fachlich, professionell und zugewandt darzustellen und in der Praxis klientenorientiert, zugewandt und authentisch umzusetzen. Zu diesen Aufgaben gehören bspw.:

- Orientierung an den Leistungsgrundsätzen der Eingliederungshilfe bei der individuellen Leistungsplanung und -erbringung, insbesondere die Befähigung zur Selbstbestimmung und zur wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.
- aktive Einbeziehung der leistungsberechtigten Personen und deren Vertrauenspersonen und/oder der gesetzlichen Betreuungen in den Teilhabeprozess
- bedarfsorientierte und an den Zielen und Wünschen der leistungsberechtigten Person ausgerichtete Teilhabeplanung in Verbindung mit der Erbringung der Leistung,
- qualifizierte Durchführung der geplanten Leistungen im Dialog mit der leistungsberechtigten Person
- Stärkung und Weiterentwicklung von Partizipationsmöglichkeiten der leistungsberechtigten Person
- Ressourcenorientierung, unter anderem Stärkung der Selbsthilfepotenziale und Selbstvertretung der leistungsberechtigten Person
- strukturierte Prozessdokumentation der personenbezogenen Leistungserbringung, ausgerichtet an den Zielen der individuellen Teilhabeplanung
- Sozialraumbezug, unter anderem fachliche Weiterentwicklung und Leistungserbringung in Kooperations- und Vernetzungsstrukturen im Sozialraum in einer Mischung aus nicht professionellen Hilfen, Hilfen und Unterstützung aus dem sozialen Umfeld der leistungsberechtigten Person, interdisziplinärer und trägerübergreifender Zusammenarbeit
- Sicherung der Fachlichkeit durch die Umsetzung des Personalmanagements (unter anderem Professionalität und Kompetenz, Einstellung und Selbstverständnis der fachlichen Mitarbeitenden zur Umsetzung der Teilhabeplanung. (Auszug aus dem HRV 3 § 131 SGB IX)

In der aktiven Umsetzung der Leistungserbringung bedeutet dies:

- alle Mitarbeitenden kennen unser Leitbild, die prozessgesteuerte Dokumentation und die entsprechenden Reformen des BTHG III.

- die Erstellung des personenzentrierten Teilhabepplans erfolgt unter Hinzuziehung des bio-psycho-sozialen Modells und der internationalen Klassifikation der Funktions-Fähigkeit, Behinderung und Gesundheit (kurz ICF).
- alle Parameter des Betreuungsprozesses, inklusive der qualifizierten und kompensatorischen Assistenzleistungen, sind kontinuierliche Themen in unseren Besprechungen und Übergaben.
- alle Mitarbeitenden sind in der Anwendung des Dokumentationsprogramms geschult.

Durch die Reform des BTHG III und der Implementierung zum 01.07.2023 hat sich ein Paradigmenwechsel ergeben, denn als Grundlage dienen nun qualifizierte und kompensatorische Assistenzleistungen. Diese werden, je nach individuellem Bedarf des Klienten, durch den Kostenträger in entsprechende Leistungsgruppen eingeteilt (Leistungsgruppe 1-8+) und zeitbasierend vergütet.

Die zuvor erhobene Hilfeplanung anhand des personenzentrierten Teilhabepplans (kurz PIT) wird entsprechend in unserem Easyplan mit den jeweiligen Maßnahmen erfasst und professionell von den Mitarbeitenden umgesetzt.

Ergänzend nutzen wir bei der Erstellung des Easyplans die ICF in digitaler Form.

Selbstverständlich beinhaltet der Betreuungsprozess die unter 3.3 aufgeführten Themen und Inhalte auch an dieser Stelle. Darüber hinaus ist ein umfangreiches Wissen über die psychischen Erkrankungen der Klientinnen und Klienten unerlässlich. Psychische Erkrankungen sind in der internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme im Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen klassifiziert. Die ICD-10 wird in Deutschland sowohl in stationären als auch in ambulanten psychiatrischen Behandlungen angewandt. Es werden zehn Hauptgruppen (die letzte Gruppe F99 wird hier nicht mitgezählt) psychischer Erkrankungen unterschieden (vgl. ICD 10 Code)

F00-F09: Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30-F39: Affektive Störungen

F40-F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79: Intelligenzminderung

F80-F89: Entwicklungsstörungen

F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Die Klientinnen und Klienten der besonderen Wohnform für psychisch kranke Menschen sind überwiegend diagnostisch in den oben aufgeführten Diagnosen wiederzufinden.

Das beinhaltet, dass neben einer hohen fachlichen Expertise, eine Grundhaltung des Wohlwollens, die Körper, Geist und Seele in ihrer Einzigartigkeit achtet und dadurch das Fundament unserer Bezugsbetreuung darstellt.

In der Praxis bedeutet dies für die Mitarbeitenden:

- eine entsprechend wohlwollende, authentische und professionelle Verbundenheit zu leben
- kontinuierliche Beziehungspflege, um Veränderungen/Krisen/somatische Beschwerden zeitnah zu erfassen und entsprechend darauf zu reagieren (Evaluation)
- über Selbstreflexion und eine emphatische Grundhaltung zu verfügen
- umfassende Kenntnisse über Diagnosen und der Medikation zu haben
- realistische Einschätzung der Fähigkeiten nach ICF zu besitzen
- eine individuelle Bedarfserhebung, unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Wünsche und Compliance der Klientinnen und Klienten, zu erstellen
- die bewilligten Maßnahmen der qualifizierten und kompensatorischen Assistenzleistungen fachgerecht in der Praxis umzusetzen
- die Klientinnen und Klienten individuell zu unterstützen, zu begleiten und zu fördern
- regelmäßiger fachlicher Austausch mit allen am Betreuungsprozess beteiligten Personen
- Fähigkeit und Sicherstellung einer prozessgesteuerten Dokumentation
- Motivation und Ressourcenerhalt sowie Förderung der Compliance
- kontinuierliche Fort- und Weiterbildung

Dabei ist die Wichtigkeit eines gesunden und förderlichen Beziehungsaufbaus unerlässlich.

- Empathie, im Sinne eines einführenden Verstehens.

- Wertschätzung im Sinne eines bedingungsfreien Akzeptierens des anderen. Ein Beziehungsaufbau kann nur gelingen, wenn den Mitarbeitenden (Professionellen) ihre jeweiligen Gegenüber wichtig sind und man diese und ihre Lebensäußerungen ernst nimmt.
- Kongruenz, was bedeutet, dass eine möglichst vollständige Übereinstimmung zwischen Gedanken, Gefühlen, Gesprochenem, Mimik und Gestik hergestellt wird

Beziehungspflege bedeutet:

- eine wohlwollende Haltung zu leben
- sich auf die Begegnung mit anderen einzulassen
- etwas gemeinsam erleben
- persönliche Berührungspunkte herzustellen

Das kann im Idealfall dazu beitragen, dass Klientinnen und Klienten befähigt werden, mit anderen Menschen Beziehungen einzugehen und diese (aktiver) gestalten.

Beachtenswert ist ebenso die Tatsache, dass bei allen fachlich-menschlich zugewandten Interaktionen auch das Vorhandensein sozialer Orte eine positive und förderliche Unterstützung darstellt. Orte, Räume, Begegnungen die nicht nur angenehm ausgestattet sind, sondern auch Ressourcen vorhalten, die die Partizipation unserer Klientinnen und Klienten zusätzlich unterstützen.

Die kritische Reflexion eigener Verhaltensweisen sowie angewandter Handlungen ist notwendiger Bestandteil gelingender Beziehungsarbeit. Dies kann im Rahmen von Selbstreflexion, Teamsitzungen und Supervisionen geschehen.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist das Erleben von Bindung.

Während für manche Menschen Beziehungen mit Stress und Belastungen der Psyche verbunden sind, scheinen für andere die Bindungen zu ihren Mitmenschen wichtige Faktoren für Sicherheit und Stabilität zu sein. Insbesondere bei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung liegen in der Regel negative Bindungserfahrungen vor. In der Bezugsbetreuung sind die erfahrenen und erlernten Bindungen sehr oft im täglichen Miteinander spürbar.

Was meint Bindung eigentlich?

Unter Bindung versteht man im bindungstheoretischen Kontext (im weitesten Sinne) emotionale Verbundenheit zwischen (zwei) Menschen. Hierbei wird im Besonderen der Mutter (oder anderen früheren Bezugspersonen) eine grundlegende und tiefe Bedeutung zugemessen. Diese Bindung stellt eine wichtige Voraussetzung für Schutz und

Sicherheit dar. Eine optimale Bindung zwischen engen Bezugsperson(en) und Kind vermittelt ein grundlegendes Erfahren von Annahme, Sicherheit und Nähe.

Beispielsweise werden auch nach John Bowlby, James Robertson und Mary Ainsworth vier Bindungstypen beschrieben:

1. die sichere Bindung
2. die unsicher-vermeidende Bindung
3. die unsicher- ambivalente Bindung
4. die unsicher-desorientierte Bindung

4 Bindungstypen nach Ainsworth	
A: unsicher vermeidende Bindung	Normales Explorationsverhalten – geringes Bindungsverhalten, Kind wirkt „pflegeleicht“, hat aber innerlich Stress, ist auf sich allein gestellt, schwaches Selbstwertgefühl
B: sichere Bindung	Explorations- und Bindungsverhalten wechseln sich ab, Kind hat starkes Urvertrauen, kann sich optimal entwickeln, starkes Selbstvertrauen
C: unsicher ambivalente Bindung	Unsicheres Explorations- und Bindungsverhalten, Kind hat Angst vor Trennung (klammert), sucht Nähe und zeigt sich gleichzeitig wütend, kann sich nicht entspannen
D: unsicher desorganisierte Bindung	Widersprüchliches und auffälliges Verhalten, Kind sucht Nähe und zeigt gleichzeitig Angst vor Bezugsperson, steht permanent unter Stress – Ursache sind traumatische Erlebnisse, z.B. Missbrauch

Die Ursache für eine desorganisierte Bindung sind meistens traumatische Erlebnisse in der frühen Kindheit wie z.B. Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen. Nicht selten sind die Bezugspersonen selbst die Verursacher dieser Traumata.

Der sich abzeichnende Wandel an psychischen Erkrankungen, der häufig bei immer jüngeren Menschen zu beobachten ist, bedeutet sich intensiver mit der Thematik Bindung, Beziehungspflege/Bezugsbetreuung und Traumata zu befassen.

Trauma zerstört Bindung und Zugehörigkeit. Das gilt es zu verstehen, um letztlich klientenorientiert und im Zuge der Partizipation und Bezugsbetreuung entsprechend unterstützend (zielorientiert) umzusetzen.

Schlussendlich geht es bei der Umsetzung einer prozessgesteuerten Dokumentation nicht ausschließlich um die Darstellung eines Prozesses. Vielmehr geht es um die erlebbare und fördernde geleistete Betreuung, um den Klientinnen und Klienten auf ihrem individuellen Weg in ein selbstbestimmtes Leben die bestmögliche Unterstützung zu geben.

Nicht selten haben unsere Klientinnen und Klienten massive Verletzungen, Misshandlungen und/oder Gewalt im Kindesalter erlebt. Aber auch die Isolation bspw. durch wahnhaftige Störungen und die damit verbundene Isolation, Resignation und erlebte „Fremdheit in der Welt“ können traumatische Auswirkungen haben.

Ein Mensch, der ein psychisches Trauma erlebt hat, ist in der Regel zutiefst verwundet und erlebt die Welt als einen gefährlichen Ort und Menschen mitunter als bedrohlich. Das Erleben oder Wahrnehmen einer inneren Verbundenheit zu sich selbst oder zu Menschen ist in der Regel nicht, oder nur sehr gering, vorhanden

Häufig ist es sehr schwierig bis unmöglich, ohne Unterstützung einer fachgerechten Therapie und/oder medikamentösen Unterstützung, die Erfüllung elementarer zwischenmenschlicher Bedürfnisse nach Liebe, Geborgenheit, Verbundenheit und gemeinsamer Entwicklung zu erleben. Da traumatische Erfahrungen überwiegend unweigerlich mit Bezugspersonen verknüpft sind und meistens in Beziehungen stattgefunden haben, ist dieser Aspekt in der Beziehungs- und Bezugspflege von besonderer Bedeutung und Wichtigkeit. In diesem Kontext beinhaltet Bezugsbetreuung auch die Wiederherstellung von positiven Bindungserfahrungen und Vertrauen.

In wohlwollender Zugewandtheit, Annahme und Psychoedukation kann eine nährende Verbundenheit erlebt werden. Das innere, traumatische System erhält die Möglichkeit neuer und positiver Erfahrungen (Neuroplastizität: Fähigkeit des Gehirns sich strukturell und funktionell durch Erfahrungen, Lernen – oder eben durch Schädigungen - zu verändern. Dieser Prozess ermöglicht die Anpassung des Gehirns durch das Binden neuer neuronaler Verbindungen, die Stärkung bestehender Netzwerke oder deren Umbau. Neuroplastizität ist eine über die gesamte Lebenszeit fortstehende Funktion.)

Diese neuen und positiven Erfahrungen in der Bezugsbetreuung unterstützen den Prozess der Partizipation unserer Klientinnen und Klienten erheblich und ist ein wesentlicher Bestandteil der Beziehungspflege zwischen Mitarbeitenden und Klientin/Klient.

In diesem Kontext sind ab 2025 u.a. Fortbildungen für alle Mitarbeitenden im Bereich Trauma und Folgestörungen sowie in gewaltfreier Kommunikation angedacht.

5.8.1 Betreuungsdokumentation

Unter Beteiligung der Implementierungsphase zur Effizienzsteigerung der prozessgesteuerten Dokumentation in der besonderen Wohnform für psychisch kranke Menschen haben wir unsere Betreuungsdokumentation entsprechend in Vivendi konfiguriert.

Die Grundstruktur dieser prozessgesteuerten Dokumentation baut auf einen Prozess mit sechs Phasen auf:

1. Einstieg in den Prozess unter Berücksichtigung der Hilfeplanung (PIT), der Eigeneinschätzung der Klientin, des Klienten und den entsprechenden Wünschen.
2. Entsprechend des PIT erfolgt der Maßnahmenplan/Easyplan in unserer Dokumentation.
3. Förderung, Unterstützung, Erlernen entsprechender Fähigkeiten und/oder deren Erhalt sind darüber hinaus in der Bezugsbetreuung entscheidend. Entsprechend der individuellen Entwicklung wird diese in der Dokumentation dargestellt.
4. Individuelle tagesstrukturierende Maßnahmenplanung der ergotherapeutischen oder externen Angebote werden gemeinsam erarbeitet und in der Dokumentation festgehalten und evaluiert.
5. Im Verlaufsbericht werden, mit dem Fokus auf Abweichungen, regelmäßig wiederkehrende Betreuungsabläufe und- inhalte erfasst und je nach Relevanz in der Übergabe thematisiert und via Dokumentation als „Wichtig für Schichtübergabe gekennzeichnet. Auf dieser Weise stehen die relevanten Informationen auch nach der Übergabe gebündelt zur Verfügung. Ein Ausdruck der wichtigen Inhalte für die Schichtübergabe ist ebenso möglich.
6. Evaluation unter Berücksichtigung der Hilfeplanung und der Verlaufsdocumentation

Kernpunkt der prozessgesteuerten Dokumentation dieses Modells ist die qualifizierte Personenzentrierung in der Planung, unter Berücksichtigung der individuellen Wünsche und der Beachtung der speziellen Lebenssituationen der Klientin, des Klienten.

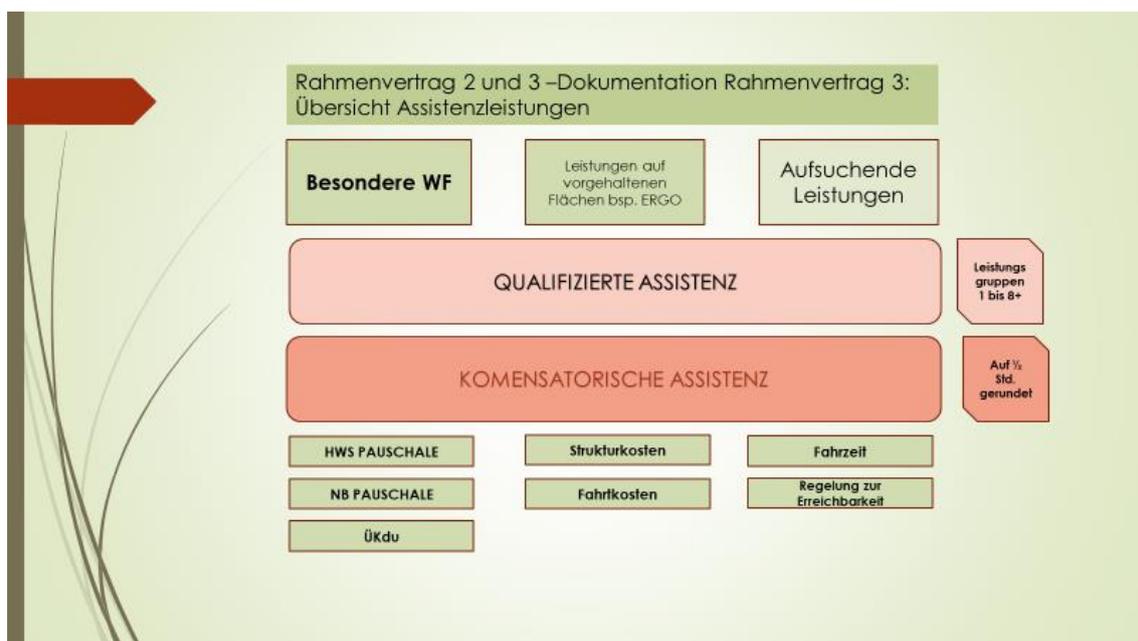
Bei Neuaufnahme einer Klientin, eines Klienten erfolgt eine Ersteinschätzung parallel zur Beziehungspflege. Ausgiebige Zeit für entsprechende Gespräche, sofern diese von der Klientin und Klient erwünscht ist, sind entscheidend in der Kennenlernphase. Mit

Hilfe unseres Biographiebogens können wichtige Themen besprochen und schriftlich festgehalten werden. Ziel der Ersteinschätzung ist, ein klareres Bild über die neue Klientin, Klienten zu erhalten. Alle Informationen, die den Schutz der Person unterstützen, werden besprochen und in der Dokumentation festgehalten. Dies können Lieblingsessen, Interessen, aber auch Herausforderungen im Alltag sein. Besonders hohen Aussagegehalt bietet die persönliche Mitteilung unserer Klientin, unseres Klienten in Hinblick auf persönliche Wünsche und Zielformulierungen.

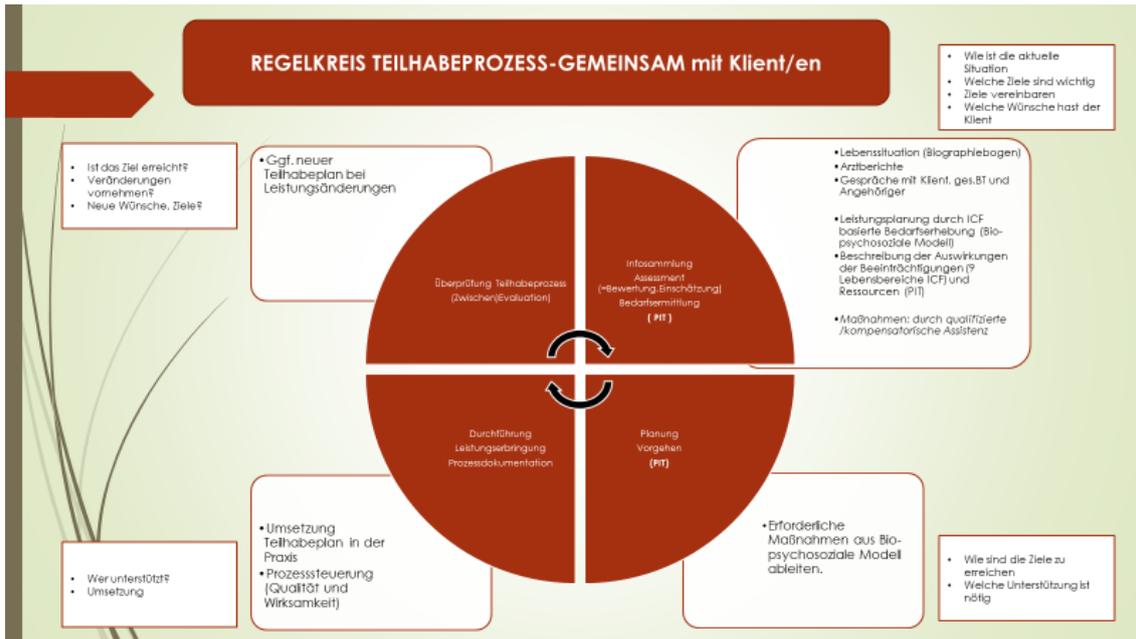
Der Prozess des Kennenlernens und des Ankommens in unserer Einrichtung ist sehr individuell. Die Wahrung der Persönlichkeit, wie auch die persönlichen Grenzen der Klientin, des Klienten gilt es zu wahren. Professionelle und zugewandte Kommunikation und eine unterstützende und fördernde Beziehungspflege sind ebenso unerlässlich. Zu jeder Zeit haben die Mitarbeitenden die Möglichkeit, einen fachlich kollegialen Austausch untereinander zu führen, wie aber auch mit den jeweiligen Hausleitungen, den Mitarbeitenden der Ergotherapie sowie mit der Einrichtungsleitung.

Wir verstehen uns als Team und ein entsprechendes zugewandtes Miteinander ist für uns selbstverständlich. Wir benutzen in diesem Kontext auch sehr gerne die Aussage „Das WIR gewinnt“

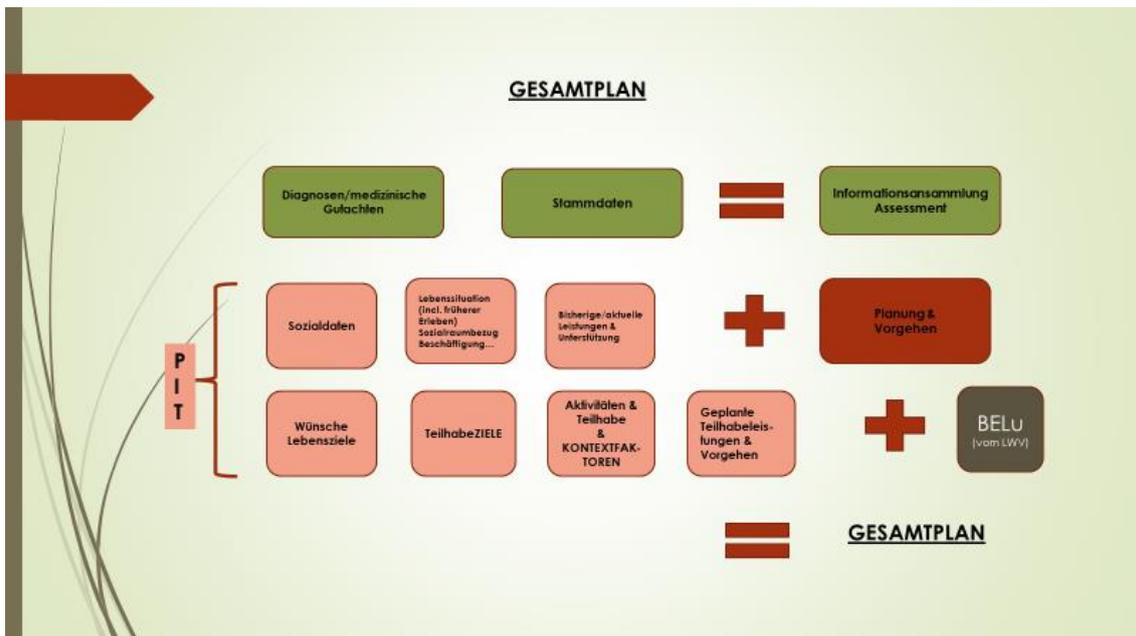
Auszug der PP prozessgesteuerte Dokumentation -Schulung Mitarbeitende



Folie 1 Übersicht Assistenzleistungen – PP Folie 3



Folie 2 Regelkreis Teilhabeprozess – PP Folie 7



Folie 3 Darstellung Gesamtplan – PP Folie 9

5.8.2 Dokumentation pflegerisch relevanter Themen

In unserer Dokumentation wird von jeder Klientin, jedem Klienten, soweit vorhanden, der Pflegegrad mit aufgeführt. Zudem haben wir in jedem Haus einen Mitarbeitenden, welcher einmal im Quartal die Aktualität evaluiert. Bei Unklarheiten wird die Einrich-

tungsleitung hinzugezogen. Ziel ist es, den aktuellen pflegerischen Bedarf der Klientinnen und Klienten zu wissen, um jederzeit adäquat zu handeln.

Im Zuge somatischer und/oder pflegerisch relevanter Begebenheiten werden diese ebenso prozessgesteuert dokumentiert. Da wir ein multiprofessionelles Team sind, zu dem auch Pflegefachkräfte gehören, gibt es hier stets einen fachlich-kollegialen Austausch sowie die entsprechende fachliche Unterstützung. Sollten darüber hinaus dennoch Unklarheiten vorliegen, wird die Einrichtungsleitung hinzugezogen.

Pflegerische Standards wie SIS (systematische Informationssammlung) und Expertenstandards für Prophylaxen führen wir in unserer Dokumentation nicht. Anlassbezogen und ggf. nach Verordnung durch den Hausarzt (bspw. Blutdruckkontrollen) werden Maßnahmen entsprechend in Vivendi PD erfasst. Regelmäßige, ärztliche Behandlungspflege (bspw. subkutane Injektionen bei Diabetes) werden von externen Pflegediensten ausgeführt.

Die jeweilige Bezugsbetreuung und die Hausleitungen sind angehalten, insbesondere bei Auffälligkeiten, auch umgehend den Pflegedienst in weitere Maßnahmen einzubeziehen. Die Beantragung der Pflegeleistung erfolgt durch den gesetzlichen Betreuer. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt in der Regel direkt über den ambulanten Pflegedienst. Die entsprechenden Rechnungskopien werden direkt an die gesetzlichen Betreuer versendet. In diesen Prozess sind wir nicht involviert.

Die Einrichtungsleitung ist hier für die gesetzlichen Betreuer und ggf. für die ambulanten Pflegedienste beratend tätig.

Darüber hinaus achten wir insbesondere auf unsere älteren Klientinnen und Klienten (> 65 Jahre) und pflegen in Bezug auf einen Wechsel in eine Senioreneinrichtung oder einer psychiatrischen Einrichtung mit integrierter Pflege einen engen Austausch zu den gesetzlichen Betreuungen. Eine fachgerechte und wohlwollende Begleitung in eine weiterführende (pflegerische) Einrichtung ist uns, zum Wohle der Klientinnen und Klienten, sehr wichtig.

Im Bereich der Rehabilitation nach somatischen Klinikaufenthalten hat für uns die körperliche Genesung oberste Priorität. In der Regel unterstützen wir die gesetzlichen Betreuer und Mitarbeitende des Sozialen Dienstes der Kliniken bei der Suche nach einem geeigneten Kurzzeitpflegeplatz. Auch hier kann die Einrichtungsleitung jederzeit hinzugezogen werden.

Grundsätzlich gilt es, bei pflegerischen Themen, die Einrichtungsleitung zu informieren, so dass wichtige Aufgaben, Handlungen und/oder Maßnahmen besprochen und ggf. vertiefend erklärt werden können.

5.8.3 Recht auf besonderen Schutz

Durch die besondere Situation der Klientinnen und Klienten, als auf Hilfe angewiesene Personen, ergibt sich für uns der Auftrag, diese vor jeglicher Art von Gewalt und Herabsetzung ihrer Würde zu schützen. Hierzu verfügt die Einrichtung über ein umfangreiches Konzept zum Schutz vor Gewalt (DGD Rahmenkonzept Gewaltschutz). Dieses Konzept dient dem Schutz aller im Haus des Lebens beschäftigten Personen und aller Menschen, die wegen eines besonderen Unterstützungsbedarfes in unseren Einrichtungen wohnen, beraten, gepflegt oder betreut werden.

Darüber hinaus implementieren wir aktuell jeweils Ansprechpartner für sexualisierte Gewalt sowie betrieblich psychologische Erstbetreuung für unsere Mitarbeitenden.

Nachfolgend Einblicke in das entsprechende DGD Rahmenkonzept (S.4 von 19)

Die WHO gliedert Gewalt in drei Kategorien, welche darauf Bezug nehmen, von wem die Gewalt durchgeführt wird. Geht man von dem Setting einer Gesundheits- bzw. Pflegeeinrichtung aus, drängt sich zunächst die interpersonale Kategorie, weiter konkretisiert der Bereich „Gemeinschaft“ auf. Im Bereich der Gesundheits- und Pflegeeinrichtung bietet sich jedoch die Chance, gegen jede Form der Gewalt einzutreten. Durch die zwischenmenschlich geprägte Arbeit ergibt sich die Möglichkeit, selbstbezogene und interpersonale Gewalt zu erkennen, zu verhindern und/oder ihr entgegenzuwirken. Als soziale Einrichtung und übergreifend als Deutscher Gemeinschaft-Diakonieverband ist es wichtig, die Existenz kollektiver Gewalt anzuerkennen und mögliche Auswirkungen auf den einzelnen Menschen zu berücksichtigen. Selbstbezogene, interpersonale und kollektive Gewalt kann in verschiedenen Formen (im Folgenden beschrieben) ausgeübt werden.

- Physische Gewalt

Physische Gewalt ist eine aktive Ausübung einer gewalttätigen Handlung mit dem Bewusstsein, körperlichen Schaden bzw. Schmerzen zu verursachen. Die Folgen sind teilweise durch äußerliche Schädigungen (z.B. Hämatome oder Brüche) sichtbar, können aber auch unsichtbar sein und/oder psychische Schäden verursachen.

- Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt oder sexualisierte Gewalt umfasst alle sexuellen Handlungen auf der physischen sowie psychischen Gewaltebene. Sie reicht von der sexuellen Belästigung, der sexuellen Nötigung und der Vergewaltigung bis zum sexuellen Missbrauch von Kindern oder Erwachsenen. Bei dieser Form der Gewalt werden fachliche Standards,

gesellschaftliche Normen und/oder Widerstände der Betroffenen bewusst missachtet. Der Tatbestand der sexuellen Belästigung gilt häufig als schwer abgrenzbar und wird hier daher zusätzlich definiert.

- Sexuelle Belästigung

Als sexuelle Belästigung wird Verhalten dann aufgefasst, wenn es unerwünscht ist und bezweckt oder bewirkt, dass die Würde der betreffenden Person verletzt wird. Dies gilt insbesondere, wenn ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird.

- Psychische Gewalt

Psychische Gewalt beschreibt den absichtlichen Angriff auf die emotionale Ebene mit dem Bewusstsein, psychische Schäden anzurichten. Diese Form der Gewalt hinterlässt häufig keine klaren und leicht identifizierbaren Symptome.

- Vernachlässigung

Vernachlässigung beschreibt das Unterlassen von Handlungen in einem beziehungsgeprägten Kontext. Dies ist im Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgung das Unterlassen von notwendigen pflegerischen oder medizinischen Maßnahmen. In einem anderen Kontext kann dies aber auch das Unterlassen fürsorglichen Verhaltens durch Eltern oder sorgeberechtigte Personen sein. Bei dieser Form der Gewalt ist es wichtig, zwischen einer aktiven und einer passiven Form zu unterscheiden:

- Aktive Vernachlässigung

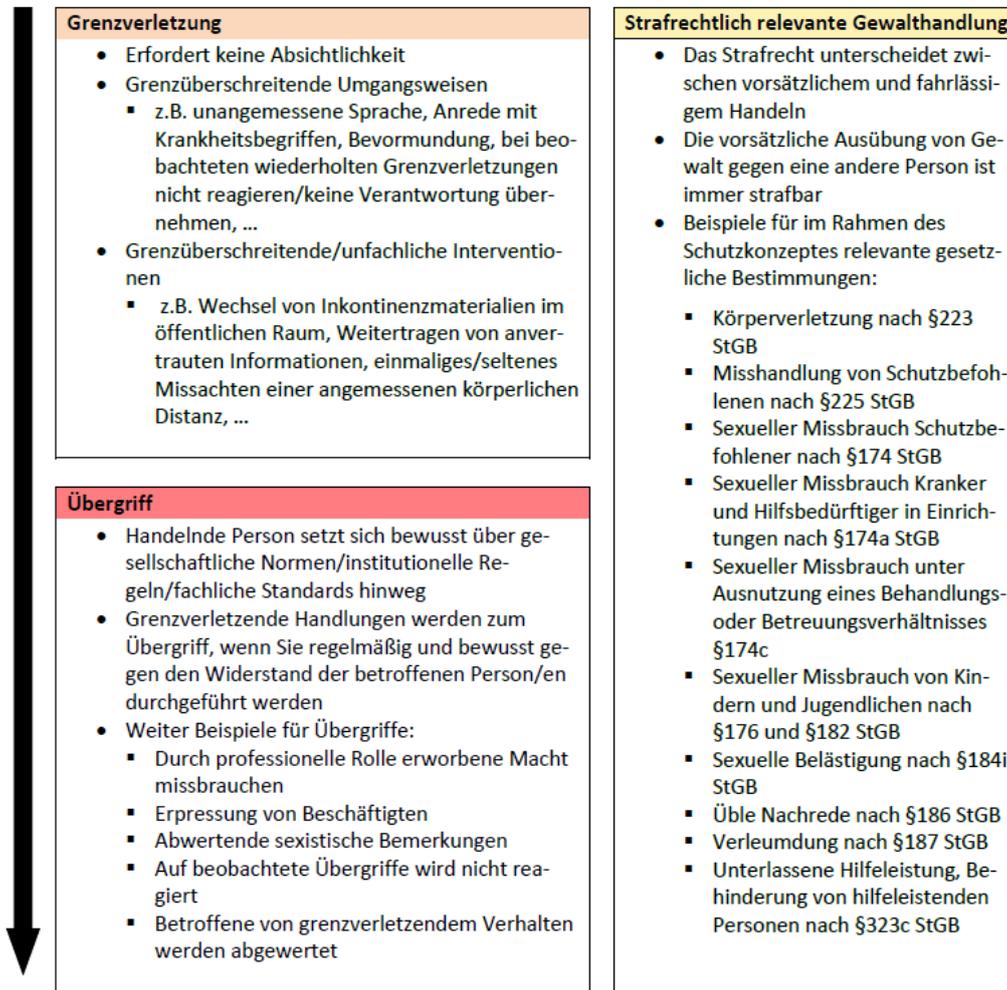
Bei der aktiven Vernachlässigung wird die Notwendigkeit einer medizinischen/pflegerischen/fürsorglichen Handlung (je nach Beziehungskontext) wahrgenommen und bewusst unterlassen.

- Passive Vernachlässigung

Die passive Vernachlässigung ist durch das Unterlassen notwendiger Handlungen in Kombination mit Unwissenheit bzw. Nichterkennen der Notwendigkeit gekennzeichnet.

Grafik S. 7 DGD Rahmenkonzept

Stufen der Gewalt



Auszug S.8 DGD Rahmenkonzept:

Risikoanalyse

Gewalt kann im Setting unserer Einrichtungen unterschiedlich gerichtet auftreten.

Patient/Bewohner ↔ Mitarbeiter

Mitarbeiter ↔ Mitarbeiter

Angehörige/Besucher ↔ Mitarbeiter

Angehörige/Besucher ↔ Patienten/Bewohner

Patient/Bewohner ↔ Patient/Bewohner

Bei den jeweiligen Akteuren lassen sich mögliche Ursachen, die das Auftreten einer Gewalthandlung wahrscheinlicher machen, identifizieren. Nur wer mögliche Ursachen

er- und anerkennt und auch erste Warnzeichen wahrnimmt, kann Gewalthandlungen entgegenwirken und möglicherweise entstehende Schäden vermeiden.

Ebenso ist es wichtig, besonders gefährdete Bereiche/Situationen zu identifizieren. Hier gilt es, geeignete Schutzmaßnahmen zu implementieren und das Risiko auf ein akzeptables Maß zu senken.

Anhang S.18 und 19 DGD Rahmenkonzept:

Verhaltenskodex zur Verhinderung jeglicher Art von Gewalt

1 Wir setzen uns dafür ein, dass jeder Mensch sein Leben möglichst frei von Gewaltwirkungen selbstbestimmt gestalten kann. Im Rahmen unserer Arbeit in den DGD Einrichtungen bezieht sich dies konkret auf alle bei uns gepflegten, behandelten, begleitenden, besuchenden und arbeitenden Personen.

2 Wir erkennen bestehende asymmetrische Beziehungsverhältnisse an und leiten daraus unsere Verantwortung gegenüber besonders vulnerablen und schutzbedürftigen Gruppen ab.

3 Wir sind uns bewusst, dass Gewalt selbstbezogen, zwischenmenschlich und kollektiv ausgeübt werden kann. Wir erkennen die Relevanz jeder dieser Kategorien an und beachten jede Form der Gewalt (psychisch, sexuell, physisch, Vernachlässigung).

4 Wir sind achtsam gegenüber unseren eigenen Grenzen und den Grenzen unserer Mitmenschen. Wir machen selbstbewusst auf Grenzüberschreitungen und Übergriffe aufmerksam, nehmen Beschwerden, Hinweise und Willensbekundungen ernst und reflektieren unser Handeln. Diese Grenzen wahren wir auch bei der Nutzung von sozialen Medien und Netzwerken. Wir unterstützen unsere Mitmenschen bei dem Ausdruck sowie der Wahrung der eigenen Grenzen.

5 Erfordert unsere Tätigkeit in den DGD Einrichtungen einen Eingriff in die persönliche oder intime Distanzzone, so erklären wir die notwendigen Maßnahmen und warten eine Willensbekundung ab. Hierbei werden fachliche Standards und eine professionelle Distanz stets gewahrt.

6 Wir zeigen Sensibilität gegenüber Risikofaktoren und Anzeichen von Gewalt. Unser Wissen nutzen wir, um präventive Maßnahmen zu etablieren, deeskalierend einzuwirken und drohende Übergriffe zu vermeiden.

7 Gewalterfahrungen können körperliche und psychische Folgen haben, dessen wir uns bewusst sind. Daher nutzen wir die uns bekannten Meldewege, bemühen uns, Hilfsbedarf zu erkennen, bieten aktiv Hilfe an und fordern (falls uns dies möglich ist) aktiv Hilfe ein.

8 Erlangen wir Kenntnis zu einem Hinweis oder können die Ausübung einer sexuell motivierten Gewalthandlung bezeugen, nutzen wir zwingend die internen/externen Meldewege.

9 Wir vertreten als Mitarbeitende die DGD Einrichtung im öffentlichen Raum. Daher sind wir in all unseren Lebensbereichen intolerant gegenüber Gewalt und wahren einen respektvollen und höflichen Umgang.

Selbstverpflichtungserklärung zur Verhinderung jeglicher Art von Gewalt

1 Ich bestätige, dass ich den Verhaltenskodex der DGD Einrichtung kenne und verpflichte mich zu dessen Einhaltung. Ich mache Mitarbeitende, falls notwendig, auf die Grundsätze des Kodexes aufmerksam und setze mich in meinem beruflichen Umfeld dafür ein, das Thema Gewalt, insbesondere sexuelle Gewalt, zu enttabuisieren.

2 Mir ist bewusst, dass im Rahmen meiner Tätigkeit asymmetrische Beziehungsverhältnisse bestehen/auftreten können. Ich verpflichte mich, ein bestehendes Vertrauens- Abhängigkeits- und Autoritätsverhältnis nicht auszunutzen.

3 Ich verpflichte mich, im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit aktiv gegen jede Form der Gewalt vorzugehen. Dies umfasst in jedem Fall das Nutzen von internen und ggf. externen Meldewegen bei wiederholten Grenzverletzungen und Gewalthandlungen und das Verhindern einer Gewalthandlung, soweit meine körperliche Unversehrtheit nicht in Gefahr gerät.

4 Erlange ich Kenntnis über Hinweise bezüglich sexualisierter Gewalt in einer DGD Einrichtung oder kann einen solchen Vorfall bezeugen, werde ich meiner Meldeverpflichtung nachkommen und zwingend die internen/externen Meldewege nutzen.

5 Mir ist bewusst, dass eine von mir ausgeübte Gewalthandlung in einer DGD Einrichtung disziplinarische und/oder arbeitsrechtliche und ggf. strafrechtliche Folgen haben kann. Nachweisbar sexuell motivierte Gewalthandlungen haben immer mindestens arbeitsrechtliche Folgen.

6 Ich achte die Autonomie und Würde der mich umgebenden Menschen und stelle sicher, dass mein Verhalten wertschätzend, zugewandt, angemessen und im beruflichen Kontext professionell ist.

7 Sofern ich innerhalb der DGD Einrichtung in die psychotherapeutischen Behandlungen von Patienten involviert bin, verpflichte ich mich dazu, für mindestens zwei Jahre nach Behandlungsabschluss keine persönliche Beziehung zu meinen Patienten zu pflegen.

8 Ich bestätige, dass ich nicht rechtskräftig wegen einer der nachfolgenden verurteilten Straftaten verurteilt wurde: § 171, den §§ 174 bis 174c, den §§ 176 bis 180a, § 181a, den §§ 182 bis 184g, § 184i, § 184j, § 201a Absatz 3, § 225, den §§ 232 bis 233a, § 234, § 235 oder § 236 StGB.

Jeder Mitarbeitende erhält das DGD Rahmenkonzept regelmäßig in unserem Eplac-System (Elaerning System). Darüber hinaus ist in der Einstellungsmappe für neue Mitarbeitende das DGD Rahmenkonzept Gewalt hinzugefügt.

Im Rahmen unserer Leistungserbringung sind wir uns der Bedeutung von Gewalt sehr bewusst.

Erkennen, Vermeiden und Aufklärung, auch anhand des Rahmenkonzeptes und den dazugehörigen Anlagen, sind ein wichtiger Bestandteil unseres Dienstes.

Ein wichtiges Anliegen für uns ist, allen Klientinnen und Klienten einen Ort der Sicherheit zu bieten. Dafür setzen wir uns im Alltag, im Rahmen der Bezugsbetreuung und im Zuge eines gewaltfreien Kommunikationsstils ein.

Dabei geht es um eine wohlwollende (innere) Haltung – sich selbst und anderen gegenüber. Im Klartext: Es ist wenig zielführend sich „korrekt“ zu formulieren und gleichzeitig zu denken: „Was ist mein Gegenüber für ein übler Zeitgenosse“.

Aus einer wertschätzenden und zugewandten inneren Haltung pflegen wir eine einfühlsame Kommunikation. Im Mittelpunkt steht ein besseres Verständnis füreinander und für sich selbst. Es geht nicht darum, kämpfend zu überzeugen oder jemanden zu etwas zu bewegen, was er/sie nicht möchte. Es geht darum, miteinander in Verbindung zu kommen und dadurch Lösungen zu finden, die die Bedürfnisse aller berücksichtigen.

5.8.4 Rechtfertigender Notstand

Die gesetzliche Vorschrift für den rechtfertigenden Notstand, einer Spezialisierung der allgemeinen Rechtsfigur des Notstandes, findet sich im StGB in § 34.

Als notständig sind darin Leben, Leib, Ehre, Freiheit, Eigentum und andere geschützte Rechtsgüter benannt, die von einer gegenwärtigen, nicht abwendbaren Gefahr bedroht sind.

Freiheitsbeschränkungen, in Form einer Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung, können ohne richterliche Entscheidung oder Prüfung zulässig sein, wenn ein rechtfertigender Notstand vorliegt und es keine andere Alternative gibt.

Wir wägen sorgfältig ab, welche Gefahr besteht. Wir prüfen, ob diese so gravierend ist, dass eine Zwangsmaßnahme angemessen ist.

Die Maßnahme muss zudem einen Ausnahmecharakter haben. Die entsprechenden Schritte werden mit allen am Betreuungsprozess beteiligten Personen besprochen und entsprechend veranlasst.

Beispiele für rechtfertigende Notstände sind:

- Die Klientin/der Klient zeigt stark aggressives Verhalten gegen andere Personen
- Die Klientin/der Klient zeigt stark autoaggressives Verhalten
- Es besteht die Gefahr eines Suizides, insbesondere dann, wenn die Klientin/der Klient für eine Selbsttötung das Haus verlassen will.
- Die Klientin/der Klient befindet sich in einer erheblichen psychiatrischen Krise, welcher in der Einrichtung nicht fachgerecht begegnet werden kann.

Bei extremer Gewaltandrohung oder Ausübung von dieser wird zudem unverzüglich die Polizei kontaktiert. Dies kann unmittelbar zu einer fristlosen Kündigung des Wohnplatzes führen.

5.8.5 Krisen

Im Kontext der Diagnosen und Lebensgeschichten unserer Klientinnen und Klienten kann jederzeit eine Krise auftreten. Dieser Tatsache sind wir uns bewusst, indem wir bspw. in der Bezugsbetreuung eine hohe präventive Maßnahme sehen.

Dennoch ist es für jeden Mitarbeitenden wichtig, in einer Krisensituation unverzüglich und adäquat zu handeln.

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Kontext psychosoziale Krisen und psychiatrische Notfälle.

Eine psychiatrische Krise liegt vor:

- wenn ein Mensch mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die in Intensität, Art, Umfang und Dauer so gravierend sind, dass sie seine Belastungsfähigkeit und seine verfügbaren Bewältigungsstrategien übersteigen, bspw. massive Steigerung krankheitsbedingter Symptome ohne erkennbaren und objektiven Grund.
- Bei psychiatrischen Krisen können eine Behandlung oder stationäre Einweisung durch den ambulanten Hausarzt, Psychiater oder auf Grund eines rechtfertigenden Notstands erfolgen.

Psychiatrische Krise: Was ist darunter zu verstehen?

Bei einem psychiatrischen Notfall tritt eine psychiatrische Störung akut auf oder verschlimmert sich bis hin zu einem medizinischen Notfall. Auch ein akutes körperliches Leiden (z.B. Gehirnblutung, Stoffwechselstörung) kann zu psychiatrischen Symptomen führen. Dabei kommt es zu einer unmittelbaren Gefährdung von Leben und Gesundheit der betroffenen Person (sowie ggf. auch seiner Umgebung). Daher muss bei einem psychiatrischen Notfall sofort eine ärztliche Versorgung stattfinden.

Zu akuten psychiatrischen Notfällen zählen etwa:

- Konkrete Suizidpläne/Suizidversuch,
- hochgradige Erregung (z.B. bei Menschen, die an Manie, Schizophrenie, Depression oder emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung leiden),
- Aggressivität/Gewalttätigkeit im Rahmen einer psychischen Erkrankung,
- akute Angst-/Panikstörung,
- paranoide Gedanken und Halluzinationen („Verfolgungswahn“) und daraus entstehendes Verhalten,
- Stupor,

- Katatonie (psychiatrisches Syndrom mit Verharren in bestimmten Haltungen, Wiederholen von Lauten oder Grimassieren – begleitend von Störungen der Gefühlswelt),
- schwere Vergiftungen, die psychiatrische Symptome auslösen (z.B. mit Alkohol, Medikamenten und/oder Drogen),
- Delir.

Auch bei geäußerten Suizidgedanken ohne konkrete Planungen sowie akuten Belastungsreaktionen kann eine Notfallbehandlung notwendig sein.

Woran ist eine psychiatrische Krise zu erkennen?

Bei einer psychiatrischen Krise kann oft nur schwer Kontakt zur betroffenen Person hergestellt werden. Im Gespräch wirken Betroffene meist abwesend und legen teils auch ungewöhnliches Verhalten an den Tag. Zudem kann sich eine psychiatrische Krise durch folgende Kennzeichen äußern:

- Störungen des Bewusstseins (z.B. Benommenheit, Verwirrtheit, keine Reaktion auf Ansprechen bei starrem Blick),
- Störung des Realitätsbezugs: Wahrnehmung, Denken und Handeln sind nicht realitätsnah und können inadäquat wirken, z.B. „wirres“ Reden, Halluzinationen und Wahnvorstellungen,
- unkontrolliertes (aggressives) Verhalten,
- überflutende Gefühle, z.B. von Angst oder Trauer,
- Ankündigung von selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten (z.B. Suizidabsichten)
- akute Belastungsreaktion

Die akute Belastungsreaktion ist eine stunden- bis tagelang anhaltende Reaktion auf außergewöhnliche körperliche und/oder seelische Belastungen bei ansonsten psychisch gesunden Personen. Dies kann z.B. nach einer Vergewaltigung, Katastrophe (wie Seuchenausbrüche, Erdbeben, Hochwasser) oder unerwarteten bedrohlichen Veränderungen der sozialen Beziehungen vorkommen (z.B. Tod einer nahestehenden Person).

Die akute Belastungsreaktion beginnt meist unmittelbar innerhalb von Minuten nach einem belastenden Ereignis.

Folgende Beschwerden können sich zeigen:

- Verzweiflung,
- Niedergeschlagenheit,
- Übererregung,
- Angst,
- Ärger,
- Überaktivität oder sozialer Rückzug,
- Erstarrung und Betäubung.

Oft treten auch spürbare körperliche Beschwerden, z.B. schnellerer Herzschlag oder starkes Schwitzen, auf. Nach Stunden bzw. Tagen ist diese Störung bei fachgerechter Unterstützung weitestgehend verschwunden. Eine Krisenintervention kann auch in Fällen einer akuten Belastungsreaktion notwendig sein.

Bei einem psychiatrischen Notfall muss umgehend gehandelt werden (z.B. bei Gefahr der Selbstschädigung oder eskalierender Gewalt). Eine akute Verschlechterung eines Krankheitszustandes mit unter Umständen nicht rückgängig zu machenden Folgen ist möglich. Daher ist bei einem psychiatrischen Notfall rasche medizinische Hilfe unumgänglich.

Was ist der Unterschied zur psychosozialen Krise?

Im Unterschied zur psychiatrischen Krise besteht bei einer psychosozialen Krise keine unmittelbare Gefährdung. Sie ist jedoch ebenso sehr belastend und kann zu einem Notfall werden.

Eine psychosoziale Krise wird durch belastende Lebensereignisse und/oder veränderte Umstände ausgelöst. Betroffene können diese momentan nicht mit ihren üblichen Problemlösungsstrategien bewältigen. In der Folge haben sie Schwierigkeiten, ihr Leben zu meistern. Durch rechtzeitiges Handeln können so mögliche Folgeerkrankungen (z.B. posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen) oder gefährliche Situationen (z.B. Suizid, Gewalthandlung) vermieden werden.

Folgende Merkmale können bspw. auf eine psychosoziale Krise hinweisen:

- ein belastendes Ereignis oder neue Lebensumstände, die unter anderem Unsicherheit erzeugen,
- bewährte Strategien zur Problemlösung bringen keine Erleichterung,
- die Situation wirkt für die betroffene Person bedrohlich,
- hohe psychische Belastung,

- das Selbstwertgefühl ist beeinträchtigt.
- Steigerung des Suchtmittelkonsums
- sozialer Rückzug
- depressives Verhalten
- Auftreten, Verstärkung einer Manie
- distanzloses Verhalten
- Nachlassen einer Absprachefähigkeit
- Vernachlässigung der Zimmerordnung
- Vernachlässigung der Körperpflege

Im Alltag bedeutet dies, dass alle Mitarbeitenden bei sich abzeichnenden Krisen sofort handeln müssen. Unverzichtbar ist die fachliche Einschätzung, ob es sich um einen psychiatrischen Notfall oder um eine psychosoziale Krise handelt.

Daraus ergeben sich die entsprechenden Handlungsabläufe.

Bei einer Psychosozialen Krise erfolgt:

1. Engmaschige Betreuung durch Bezugsbetreuung
2. Ausweitung und Erhöhung der Anzahl der Gesprächsangebote:
Angenehme, sichere und reizarme Umgebung für die Gespräche schaffen.
Inhaltlich:
Beschreibung und Schilderung der erlebten Situation aus Sicht der Klientin/des Klienten, wertungsfreie fachliche Rückmeldung der Bezugsbetreuung, Thematisierung persönlicher Problembewältigungsstrategien.
Beispielsweise Entwicklung neuer Ideen.
Wünsche des Klienten/der Klientin wahrnehmen (gewünschte Hilfeangebote, unterstützende Kontaktaufnahme zu bspw. Angehörigen/Bezugspersonen, auf Wunsch kurzfristiges Verlassen der Einrichtung (z.B. bei Familie) zur Entlastung und Distanz vom gewohnten Umfeld, gewünschte Krisenintervention in der Klinik, transparentes Besprechen von Hilfeangeboten, z.B. vermehrte aufsuchende Arbeit bis zur Stabilisierung
3. Herausfinden von Ursachen des Verhaltens.
4. Anwendung eines mit dem Betreuenden erstellten Notfallblattes
5. Intensive Beobachtung durch jeden Mitarbeiter mit entsprechender Dokumentation
6. Vereinbarung Notfalltermin Facharzt

7. Information an gesetzlichen Betreuer, dass möglicherweise Interventionen notwendig werden könnten
8. Abklärung mit dem Facharzt, ob stationärer Aufenthalt erforderlich ist

Wird erkenntlich, dass sich eine Klientin/ein Klient in einer psychosozialen Krise befindet (bspw. durch oben aufgeführte Merkmale) oder ist eine extreme Abweichung des gewöhnlichen Verhaltens zu erkennen, so werden die bestehenden Betreuungsmaßnahmen deutlich intensiviert. Durch eine engmaschigere Betreuung, welche auch die aufsuchende Arbeit, insbesondere bei Rückzugstendenzen beinhaltet, wird dem betroffenen Klienten deutlich mehr Aufmerksamkeit zuteil. Sofern es die aktuelle Krankheitssituation zulässt, werden intensive Gespräche mit dem Klienten geführt, um mögliche Ursachen der Krisensituation oder des veränderten Verhaltens herauszufinden. Alternativ kann hier auch der Kontakt zum sozialen Umfeld (z.B. Familie) aufgenommen werden, um auch hier mögliche Ursachen (z.B. Konflikte) in Erfahrung zu bringen. Eine vorhandene Entbindung von der Schweigepflicht seitens des Klienten ist dafür selbstverständlich die Grundvoraussetzung.

Zeigt sich die Klientin/der Klient mit psychischen Auffälligkeiten, so erfolgen abgesehen von der deutlich intensiveren Arbeit der Bezugsbetreuung zusätzlich die Beobachtungen und Kontaktaufnahmen aller weiteren Mitarbeiter, welche kontinuierlich dokumentiert werden und in bspw. Übergaben besprochen werden, um teamintern eine einheitliche Vorgehensweise zu instruieren.

Bei bestehender Bedarfsmedikation kann diese dem Klienten regelmäßiger angeboten werden, sofern dies nicht sowieso aus eigenem Antrieb des Betroffenen geschieht.

Bei vielen Klientinnen und Klienten wird in psychisch stabilen Phasen ein Notfallblatt für Krisensituationen erstellt. Hierbei wirken in der Regel der Klient, die Bezugsbetreuung und auch der Facharzt mit. Mit den hier bestehenden Maßnahmen werden weitere Versuche eingeläutet, den Klienten zu stabilisieren.

Für den Fall, dass sich der Klient nicht stabilisieren kann, wird ein Notfalltermin bei dem behandelnden Facharzt vereinbart. Zu diesem Termin erhält die Klientin/der Klient die Begleitung der Bezugsbetreuung oder nach Absprache von einem anderen Mitarbeiter, um entsprechende Unterstützung und tragfähige Transparenz zum krisenhaften Verhalten zu gewährleisten.

Zusätzlich wird auch die gesetzliche Betreuung in Kenntnis gesetzt, um zum einen über den aktuellen Sachverhalt zu informieren und zum anderen präventiv darauf vorzubereiten, dass ggf. interveniert werden muss, wenn aus der psychosozialen Krise ein akuter Notfall wird.

Im gemeinsamen Gespräch mit dem Facharzt erfolgt die Abklärung, ob ein stationärer Aufenthalt als Krisenintervention erforderlich werden muss, oder ob durch gezielte Maßnahmen im eigenen persönlichen Umfeld eine Stabilisierung erfolgen kann.

Hierzu zählen bspw. Veränderungen in der Hauptmedikation, zusätzliche Bedarfsmedikation, mehr individuelle Angebote für den Klienten, um Beschäftigung zur Ablenkung zu haben, Drogen- und Alkoholtestungen, zusätzliche Gesprächsangebote, Hilfestellung bei der Klärung der Ursachenproblematik etc.

Bei einem psychiatrischen Notfall erfolgt:

- Umgehende Kontaktaufnahme mit der Vitos-Klinik Herborn bezüglich einer stationären Aufnahme
- Intensive Gespräche mit der Klientin/dem Klienten zur Freiwilligkeit der stationären Aufnahme
- Bei Fremdgefährdung Schutz aller anderen Bewohner gewährleisten
- Bei nicht gegebener Freiwilligkeit Hinzuziehung der Polizei und RTW
- Enge Kooperation mit der Klinik sowohl zum akuten Zustand, Behandlungsverlauf und der Nachbereitung
- Kooperation mit dem gesetzlichen Betreuer

Besteht bei einem Klienten ein psychiatrischer Notfall, so wird umgehend der Kontakt zur örtlichen psychiatrischen Klinik aufgenommen, um einen stationären Aufenthalt in die Wege zu leiten. Ist der Klient in diesen Situationen noch einigermaßen zugänglich, so erfolgt der Versuch, durch intensive Gespräche eine Freiwilligkeit für einen stationären Aufenthalt herbeizuführen. Da diese häufig bei psychiatrischen Notfällen nicht gegeben ist, müssen letztendlich die Polizei und ein Rettungswagen zur unterstützenden Hilfe herbeigezogen werden.

Bei einem psychiatrischen Notfall, der mit einer Eigengefährdung einhergeht, wird der betroffene Klient bis zum Eintreffen der unterstützenden Helfer nicht mehr aus den Augen gelassen.

Bei einem psychiatrischen Notfall, der mit einer Fremdgefährdung einhergeht, ist die Ausgangslage noch schwieriger. Hier gilt es in erster Linie andere Klienten der Einrichtung zu schützen und mit allen Mitteln zu vermeiden, dass diese in das gefährdende Umfeld des Betroffenen gelangen. Auch die Mitarbeitenden müssen in ihren professionellen Handlungen hier auf ihren Selbstschutz achten und bei zu großer Gefahr, die

vom Klienten ausgeht, entsprechende Vorsicht walten lassen. (alle Mitarbeitenden werden regelmäßig zur Deeskalation geschult, PART Schulungen)

Nach der Einweisung in das psychiatrische Krankenhaus durch (bei Unterstützung der Polizei) einen rechtfertigenden Notstand, wird die gesetzliche Betreuung umgehend informiert.

Sollte bei einem psychiatrischen Notfall nicht schon durch die behandelnden Ärzte der Klinik ein richterlicher Beschluss angeregt worden sein, so ist es die Aufgabe des gesetzlichen Betreuers diesen zu veranlassen, da der Betroffene ohne diesen nicht länger als 24 Stunden in der Klinik sein muss.

Auf Grund unserer guten Kooperation mit der Vitos Klinik in Herborn wird in einigen Fällen umgehend eine ärztliche Einschätzung erstellt, welche einen zügigen Einsatz der Polizei positiv unterstützt.

Während der Aufnahme und des Behandlungsverlaufs erfolgt eine enge Kooperation mit der Klinik, um über das psychische Erleben und das Verhalten des Klienten informiert zu sein. Hierzu zählen u.a. auch persönliche Besuche durch die Bezugsbetreuung, wenn diese gewünscht sind.

Vor der Entlassung werden im interdisziplinären Rahmen (Ärzte, Psychologen, Mitarbeiter der besonderen Wohnform) idealerweise Maßnahmen zur weiteren Vorgehensweise besprochen, sollte es zeitnah erneut zu einer weiteren Destabilisierung des Klienten kommen.

Feste Absprachen, dass bei Frühwarnzeichen direkt eine stationäre Aufnahme zur kurzen Krisenintervention durchführbar ist, wären hier beispielsweise denkbar.

Da ein psychiatrischer Notfall nicht nur eine Ausnahmesituation für den Betroffenen darstellt, sondern auch für weitere Bewohner, welche die Vorfälle in der Regel mitbekommen haben und daher psychisch labiler, aufgeregter, unruhiger oder ähnliches sein können, werden hier von allen Bezugsmitarbeitenden entsprechende Stützgespräche angeboten und durchgeführt.

5.8.6 Suizidalität

Unter dem Begriff Suizidalität versteht man einen psychischen Zustand, bei dem Gedanken und Verhalten eines Menschen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod selbst zu verursachen, d.h. einen Selbstmord (Suizid) zu begehen.

Suizidalität sollte erkannt und besprochen werden. Grundlegend sind hierfür die hohe Fachlichkeit der Mitarbeitenden sowie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Klientin/Klient und Bezugsbetreuung und ein enger fachlicher Austausch mit den behandelnden Fachärzten. Bei Suizidalität ist eine stationäre Aufnahme notwendig, wenn keine ausreichende Absprachefähigkeit besteht und/oder die Suizidalität sehr ausgeprägt ist. Wenn bei einer „leichten und latenten“ Suizidalität eine Absprachefähigkeit und die Einhaltung eines Kontaktschemas gegeben ist, kann von einer stationären Aufnahme abgesehen werden.

Folgend unser Standard „Umgang mit Suizidalität“

Grundsatz:

Jeder Äußerung von Suizidgedanken wird nachgegangen. Auch wenn nicht jeder Äußerung einer Suizididee ein Suizid folgt, so wurden doch die meisten erfolgreichen Suizide vorher angekündigt. Es ist ein Aberglaube, dass ein Gespräch über Suizid die Klienten erst auf die Idee bringt, diesen zu vollziehen. Ein Gespräch ist immer sinnvoll und entlastend.

Problemsituation:

- Klienten sprechen über Suizid
- Klient mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte gerät unter Druck durch Konflikte, anstehende Veränderungen etc.
- depressive Klienten ziehen sich vermehrt zurück oder zeigen ungewöhnliches Verhalten
- aktueller Suizid im Umfeld

Betreuungsziele:

- Die Suizidalität wird nach der 5-stufigen Skala eingeschätzt
- Die Suizidalität wird thematisiert und kann mit dem Klienten bearbeitet werden
- Suizidhandlungen werden verhindert
- Der Klient kann den zugrunde liegenden Konflikt zum Ausdruck bringen und mit den Mitarbeitern bearbeiten

Maßnahmen:

- Hinweise auf Suizidgedanken (aus Gesprächen oder Beobachtungen) werden sofort im Gespräch überprüft
- Zunächst gilt es, die Suizidalität einzustufen zu können. Fragen, wie konkret der Klient darüber nachdenkt, sich zu suizidieren
- Gespräch führen mit der Fragestellung: "Was macht das Leben so unerträglich?" und "Was wird im Tod gesucht?" Dann erst: "Was würde das Leben wieder lebenswerter machen?"
- Bei Suizidideen (Stufe 3) Absprachen über kurze Zeiträume treffen, Kontaktperson (Rufbereitschaft) vereinbaren
- Rufbereitschaft über Absprache informieren
- Wenn der Klient starke Handlungsimpulse zeigt oder sich nicht auf Absprachen einlassen kann (Stufe 4), muss eine Krisenintervention in die Wege geleitet werden und die Heimleitung informiert werden
- Manchmal wirken Suizidandrohungen als Teil im Beziehungsspiel oder als Mittel zum Zweck. Auch dann gilt: kann sich der Klient nicht auf Absprachen einlassen erfolgt die Krisenintervention
- Mitteilung an koordinierende Bezugsperson über die suizidale Krise und die zugrunde liegende Problematik
- Weitere Maßnahmen zur Bearbeitung der suizidalen Krise werden von der koordinierenden Bezugsperson initiiert

Dokumentation:

- Suizidäußerungen oder der Verdacht auf Suizidalität müssen mit einer Einschätzung der Gefahr und den entsprechenden Maßnahmen und Absprachen mit dem Klienten dokumentiert und überprüft werden

- **Anhang: Einschätzung der Suizidalität**

Stufe 1 *Ruhewünsche*

- ohne Versterbenswünsche

Stufe 2 *Todeswünsche*

- oder in der Zukunft, ohne eigene aktive Handlungen, ohne Handlungsdruck

- Stufe 3* *Suizidideen*
- oder minder konkret, als mögliche Handlungsweise gedacht; häufig Ausdruck von Ambivalenz; jedoch mit konkretem Handlungsdruck, eher passiv
- *Stufe 4* *Suizidabsichten*
- mit konkreter Planung und Absichtserklärung zur Durchführung; deutlich als Drang erlebter Handlungsdruck
- *Stufe 5* *nach Suizidversuch*
- Eine Handlung wurde überlebt. Weiterhin deutliche Todesintention und der Glaube, mit der angewandten Methode das Ziel erreichen zu können

Darüber hinaus werden immer die Hausleitungen, die Einrichtungsleitung sowie die stellvertretende Einrichtungsleitung informiert.

6. Mitwirkung der Klientinnen und Klienten

Die Mitwirkung der Klientinnen und Klienten gestaltet sich einerseits formell in Form von geplanten Besprechungen des Einrichtungsbeirates oder informell in Form von persönlichen spontanen Gesprächen oder auch im Alltag, wenn Mitarbeitende die Klientinnen und Klienten nach ihren Wünschen oder ihrer Meinung zu einem Thema fragen.

6.1 Gremien

Die Klientinnen und Klienten wählen jeweils für eine Amtszeit von vier Jahren einen Einrichtungsbeirat, der sie in den Angelegenheiten der Bewohnerschaft vertritt. Dieser Einrichtungsbeirat besteht in unserem Haus aus drei Mitgliedern und einer gewählten Vertrauensperson aus den Mitarbeitenden. Er trifft sich einmal im Quartal gemeinsam mit der Einrichtungsleitung und der Vertrauensperson. Bei Bedarf nehmen auch die Hausleitungen, je nach gewünschten Themen der Mitglieder oder zur Besprechung von Beschwerden, daran teil. Sofern die Mitglieder konkrete Wünsche oder Beschwerden zu den einzelnen Tätigkeitsbereichen/Abteilungen formulieren, kann mit der Leitung direkt über eine Problemlösung diskutiert werden. Über das Treffen wird ein Protokoll angefertigt. Darüber hinaus finden, nach Bedarf, besondere oder interne Treffen des Einrichtungsbeirates statt. Die Mitglieder sind ebenfalls stets eingeladen, sich auch im

Alltagsleben unmittelbar an die Einrichtungsleitung, stellvertretende Einrichtungsleitung oder an unsere Hausleitungen zu wenden.

Wir ermutigen und motivieren sowohl die Mitglieder des Einrichtungsbeirats, wie aber auch unsere Klientinnen und Klienten sich umgehend mit Themen, Wünschen, Beschwerden, Sorgen und Nöten direkt an uns zu wenden.

6.2 Sonstige Formen der Beteiligung

Die zweite Ebene der Mitwirkung stellt beispielsweise unsere Hausgruppe dar.

Einmal im Monat laden unsere Mitarbeitenden (sowohl persönlich als auch mit Aus-
hang) die Klientinnen und Klienten zu einer Hausgruppe ein. In diesem Rahmen haben die Klientinnen und Klienten, in einem angenehmen Ambiente, die Möglichkeit ihre Anliegen zu besprechen. Darüber hinaus werden in diesem Zusammenhang auch interne Themen besprochen, beispielsweise Ausflüge, Ankündigungen von Veranstaltungen oder bspw. Renovierungsarbeiten.

Zum anderen bringen einzelne Klientinnen und Klienten Fragen, Vorschläge und Anregungen ihrerseits mit ein.

Die dritte Mitwirkungsebene wird durch persönliche Gespräche gestaltet: Sowohl von Seiten der Einrichtungsleitung, Hausleitungen und den Mitarbeitenden der tagesstrukturierenden Angebote als auch der Klientinnen und Klienten werden immer wieder persönliche Gespräche gesucht, um die Kontakte und das Verständnis füreinander zu fördern. Besondere Bedürfnisse und Anliegen können hier aufgegriffen und wohlwollend besprochen werden.

Fallbesprechungen dienen nicht nur der Bezugsbetreuung, Angehörigen und den gesetzlichen Betreuern als Kommunikations- und Informationsforum. Hier werden Klientinnen und Klienten ebenso eingeladen und beteiligt, soweit sie dazu psychisch in der Lage sind. Die Fallbesprechung bietet ebenso Raum für Beschwerden, Kritik, Wünsche oder Bedürfnisse.

Grundsätzlich ermutigen und motivieren wir sowohl die Mitglieder des Einrichtungsbeirats, wie aber auch unsere Klientinnen und Klienten, Angehörige und gesetzliche Betreuer sich umgehend mit Themen, Wünschen, Beschwerden, Sorgen und Nöten direkt an uns zu wenden. Der individuelle, zugewandte und wohlwollende Austausch hat in unserer Einrichtung einen hohen Stellenwert und wird umfassend gelebt.

7. Zusammenarbeit mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuern

Der Bedeutung tragfähiger und wohlwollender Verbindungen sind wir uns bewusst. Es ist für uns selbstverständlich ein hohes Engagement in unserem Dienst zu leben, um auch in diesem Bereich den Qualitätsanforderungen umfassend gerecht zu werden. Eine transparente, offene und zugewandte Kommunikation, ist ein Ausdruck unserer Zusammenarbeit mit allen am Betreuungsprozess beteiligten Akteuren.

7.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Unter Angehörigenarbeit verstehen wir die Integration von Angehörigen in den Betreuungsprozess. Dies bedeutet, sich im ersten Schritt eingehend mit der Lebensgeschichte der Klientinnen und Klienten zu befassen, da nicht selten eine dysfunktionale Familiengeschichte vorliegt. Entscheidend ist zu jedem Zeitpunkt, der persönliche Wunsch der Klientinnen und Klienten in Bezug auf eine Kontaktaufnahme bzw. der Art und Weise einer Beziehungspflege zu Angehörigen.

Angehörige sind eine Bezugspersonengruppe, die in besonderer Weise ein Bindeglied zwischen Familie und bisherigen sozialen Kontaktpersonen und professionell Betreuenden darstellt. Sofern eine Einbindung der Angehörigen möglich ist, entsteht eine zunehmende Transparenz in der Betreuung. Nach individuellen Absprachen zwischen Klientinnen/Klienten und der Bezugsbetreuung kann gemeinsam die familiäre Situation besprochen und durch entsprechende Maßnahmen positiv gefördert werden.

Angehörige können den Betreuenden wichtige und hilfreiche Hinweise für die Betreuung der Klientinnen und Klienten geben, insbesondere bei der Anamnese und Biographiehebung. Auch bei Fallbesprechungen sind Angehörige, sofern gewünscht, eingeladen und miteinzubeziehen.

Darüber hinaus entscheidet die aktuelle Familiensituation, in wie weit wir Angehörige unterstützen und begleiten können.

Einige Angehörige nutzen häufig die telefonische Kontaktaufnahme in den jeweiligen Häusern oder bei der Einrichtungsleitung, um ihre Anliegen direkt zu besprechen.

Je nach Bedarf werden ggf. persönliche Gespräche vor Ort terminiert.

Besuche von Angehörigen und/oder Freunden werden i.d.R. vorab mit der Bezugsbetreuung besprochen und an die Teams entsprechend weitergegeben. Selbstverständlich sind auch damit verbundene Übernachtungen in den eigenen Räumlichkeiten der Klientinnen und Klienten, nach vorheriger Absprache mit der Bezugsbetreuung oder Hausleitung, möglich.

7.2 Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern

Eine transparente und kontinuierliche Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuern unserer Klientinnen und Klienten ist ein wesentlicher Bestandteil in der Bezugsbetreuung und der Verwaltungsarbeit. Ausschlaggebend sind hierbei die jeweiligen Aufgabenbereiche. Diese können sich auf folgende Bereiche beziehen:

- Vermögenssorge
- Gesundheitsvorsorge
- Wohnungsangelegenheiten
- Behördenangelegenheiten
- Freiheitsentziehende Maßnahmen und Unterbringung
- Aufenthaltsbestimmung
- Postangelegenheiten

Die entsprechende Bestallung des gesetzlichen Betreuers wird in unserem Dokumentationssystem hinterlegt.

Bei allen diesbezüglich entsprechenden Themen wird die gesetzliche Betreuung, vornehmlich von der Bezugsbetreuung, in die anfallenden Maßnahmen oder Entscheidungen eingebunden. In extremen Krisensituationen ist dabei die Zustimmung zu einer richterlichen Unterbringung in die Psychiatrie unerlässlich.

In den täglichen Übergaben, wie in den Teamsitzungen und Leitungsrunden, werden hier ggf. die aktuellen Betreuungssituation besprochen, mit dem Ziel gemeinsam eine adäquate Lösung zu finden. Persönliche Gespräche mit Klientin, Klient, Bezugsbetreuung, Hausleitung und/oder der Einrichtungsleitung werden anlassbezogen terminiert und umgesetzt.

Die jeweiligen Kostenfaktoren und Veränderungen werden durch die Einrichtungsleitung an die gesetzlichen Betreuer herangetragen und abschließend bearbeitet. Der Bereich der offenen Posten, insbesondere zum Jahresabschluss, wird maßgeblich durch die entsprechende Verwaltungsmitarbeiterin umgesetzt. Ergänzend werden auch alle Fragen bezüglich der BTHG III Neuerungen von uns beantwortet.

Im Zuge eines erheblich pflegerischen Aufwands (> 3) werden die gesetzlichen Betreuer zeitnah, im ersten Schritt von der Bezugsbetreuung, über den Sachverhalt informiert. Entsprechend werden Sie um die Beantragung einer entsprechenden Pflegegradeinstufung durch den MDK gebeten. Die Einrichtungsleitung steht beratend zur Seite und erhält die entsprechenden Informationen der Sachlage.

Darüber hinaus haben wir in jedem Haus eine Mitarbeitende, die einmal im Quartal die aktuelle Pflegegradeinstufung realistisch einschätzt. In den darauffolgenden Teams wird dies vorgetragen, so dass die entsprechenden Schritte unverzüglich eingeleitet werden können.

Der Verlauf sowie die Ergebnisse werden der Einrichtungsleitung zeitnah mitgeteilt, so dass die weitere Belegung umfassend geplant werden kann.

Im Zuge eines Wechsels in eine andere Einrichtung begleiten wir die Klientinnen und Klienten motivierend und unterstützend. Dazu gehören Besuche in der neuen Einrichtung, wie aber auch die Teilnahme an den dort stattfindenden Aktivitäten. Auf eine enge Zusammenarbeit mit den jeweiligen gesetzlichen Betreuungen legen wir auch in diesem Bereich großen Wert. Unabhängig von den jeweiligen Aufgabenbereichen ist uns die Transparenz des Betreuungsprozesses sehr wichtig.

Des Weiteren informieren wir die gesetzlichen Betreuer bei einem notwendigen Klinikaufenthalt (bspw. Akutpsychiatrie, Suchtklinik, Rehaklinik), um auch hier eine optimale Unterstützung und Begleitung für die Klientin/den Klienten sicherzustellen.

In Fällen einer unzureichenden Betreuung suchen wir das persönliche Gespräch mit der entsprechenden gesetzlichen Betreuung, um gemeinsam gute Lösungen und Wege, zum Wohle der Klientin/des Klienten, zu finden und umzusetzen.

Sollte keine Einigung erzielt werden können oder gar die Betreuung einer Klientin oder eines Klienten gefährdet sein, behält sich die Einrichtungsleitung vor, den Sachverhalt der Beschwerdestelle und Schiedskommission zu melden (www.berufsbetreuung.de).

7.3 Ehrenamt

Aktuell gibt es in unserer Einrichtung eine ehrenamtliche Mitarbeitende, welche bis zu ihrer Rente eine Teilzeitbeschäftigung in unserer Einrichtung hatte. In der Regel ist unsere ehrenamtliche Kollegin zweimal wöchentlich vor Ort. Ihre Angebote sind klientenorientiert und beinhalten sowohl Gymnastikeinheiten, Spaziergänge, gemeinsames Musizieren sowie Andachten.

In allen anderen Einrichtungen der DGD Hauser des Lebens gGmbH (Seniorenzentren) gibt es ehrenamtlich tätige Mitarbeitende. Träger, Geschäftsführung, Betriebsleitungen und Mitarbeitende begrüßen und unterstützen dies ausdrücklich.

Wir hoffen, dass wir 2025 durch aktivere Öffentlichkeitsarbeit noch einen weiteren ehrenamtlich Engagierten für unsere Einrichtung gewinnen können, um unser Betreuungsbild noch lebendiger und abwechslungsreicher umzusetzen.

Das Ehrenamt ist ein wichtiger Bestandteil im gesellschaftlichen Leben. Durch Mithilfe und Unterstützung von ehrenamtlichen Mitarbeitern wäre es möglich, unseren Klientinnen und Klienten, über das übliche Maß hinaus, Aufmerksamkeit und Unterhaltung zu schenken.

8. Gemeinwesenarbeit und Vernetzung

Im Sinne der Begrifflichkeit Gemeinwesen, als Organisationsform des menschlichen Zusammenlebens, welche über den Familienverband hinausgeht, befinden wir uns in einer Neuorientierung. Ziel ist eine stärkere Zusammenarbeit mit Gruppen, Vereinen und ehrenamtlich Engagierten.

8.1 Religiöse Einbindung im Quartier

Die Einbindung im Quartier erfolgt in erster Linie durch die religiöse Ausrichtung des Trägers.

Im Haus des Lebens finden wöchentlich evangelische Andachten und Gottesdienste in den Seniorenzentren statt, zu denen auch unsere Klientinnen und Klienten herzlich eingeladen sind. Die Umsetzung eines Seelsorgekonzeptes für die besondere Wohnform ist auf Grund einer Langzeiterkrankung noch nicht implementiert.

8.1.2 Zusammenarbeit mit der Stadt Herborn

Die Stadt Herborn bietet uns die Möglichkeit, bspw. den Osterbrunnen mit unseren Klientinnen und Klienten zu schmücken.

Darüber hinaus gibt es das Bestreben, mit einer Weihnachtshütte, am jährlichen Weihnachtsmarkt teilzunehmen. Gemeinsam mit unseren Klientinnen und Klienten können wir auch auf diesem Wege unsere handwerklichen Arbeiten anbieten und zusätzlich mit süßen Leckereien die Weihnachtsmarktbesucher erfreuen.

8.1.3 Vernetzung

Wir nutzen die Möglichkeit der Teilnahme an regionalen Konferenzen und Angeboten der Stadt Herborn, des Lahn-Dill-Kreises und des Land Hessen. Dies ermöglicht den Austausch von Informationen und Arbeitsweisen (ausführlich unter 4.2).

Weitere Netzwerke ergeben sich durch einzelne Berufsgruppen oder Fortbildungen.

9. Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung

In unserem Haus werden interne als auch externe Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung wie auch -sicherung unternommen. Qualitätsmanagement ist Führungsaufgabe und bezieht alle Mitarbeitenden mit ein. Die oberste Leitung stellt die finanziellen, zeitlichen und sachlichen Ressourcen, die zur Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems erforderlich sind, zur Verfügung. Qualitätsmanagement wird als langfristiger Prozess zur kontinuierlichen Weiterentwicklung verstanden und in der Einrichtungskultur verankert.

Die Qualitätsziele und die Qualitätspolitik der DGD HDL beschreiben langfristige und umfassende Absichten und Zielsetzungen und sind neben anderen Grundsätzen und Leitlinien für alle Mitarbeitenden verbindliche Grundlagen für ihre Leistungserbringung. Qualitätsziele sind:

- Ziel unserer Qualitätspolitik sind zufriedene Bewohner/Innen, Angehörige und Mitarbeitende
- Qualitätsmanagement ist Führungsaufgabe und zugleich ständige Verpflichtung aller Mitarbeitenden
- Das Qualitätsbewusstsein unserer Mitarbeitenden ist auf dauerhafte Fehlerprävention und Qualitätsverbesserung ausgerichtet
- Alle Mitarbeitenden kennen die Anweisungen und Verpflichtungen als Grundlage der geforderten Qualität im jeweiligen Tätigkeitsbereich
- Unsere Organisationsstrukturen sind klar und eindeutig, wir gestalten unser Leistungsangebot transparent
- Die organisatorische Bereitschaft zur sachlichen und qualitativen Weiterentwicklung unserer Einrichtungen, bezogen auf die individuellen Bedürfnisse aller Menschen, soll permanent gewährleistet sein

- Alle Mitarbeitenden sichern durch wirtschaftlich verantwortungsbewusstes und kundenorientiertes Arbeiten in ihrem Tätigkeitsbereich die Qualität des Arbeitsplatzes dauerhaft
- Unsere Klientinnen und Klienten, Angehörige, gesetzliche Betreuung und Vertrags- und Kooperationspartner werden aktiv an der Qualitätsverbesserung beteiligt
- Entsprechend der Vorgabe ist unser Ziel eine durchschnittliche Belegung (Jahresdurchschnitt) von mindestens 98%
- Durch regelmäßige Überwachung und ggf. Einleitung von Maßnahmen halten wir unser finanzielles Jahres-Planbudget ein.

Verantwortlich für die Umsetzung des QM-Systems ist das Leitungsteam, bestehend aus Geschäftsführung, Einrichtungsleitung, Qualitätsmanagementbeauftragte und Fachbereichsleitungen der Seniorenzentren.

Die Mitarbeitenden werden durch die Standardgruppen (Qualitätszirkel) innerhalb aller Fachbereiche in den Qualitätsprozess einbezogen.

Qualitätsrelevante Prozesse sind in Form von Standards, Verfahrensanweisungen oder Prozessbeschreibungen geregelt. Dokumentiert werden die Regelungen in unserer EDV. Interne Kommunikationssysteme sind in einer Besprechungsmatrix dargestellt. Bei der Beschreibung von Prozessen stehen die Erwartungen der Klientinnen und Klienten im Mittelpunkt. Die Prozessabläufe beinhalten eine kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung durch die Anwendung des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act). Somit sind eine regelmäßige Evaluation der Prozesse und Regelungen gewährleistet. Fehler und Beschwerden werden protokolliert, analysiert und dienen der ständigen Verbesserung.

9.1 Risikomanagement

Unter Risikomanagement versteht man ein systematisches Handeln, um riskante Situationen zu erkennen und zu beseitigen bzw. deren Auswirkungen zu minimieren.

Das Ziel des Risikomanagements ist ein kontrollierter Umgang mit Risiken, eine Verringerung bestimmter Risiken durch prophylaktische Maßnahmen und ein einheitliches Vorgehen im Schadensfall sowie größtmögliche Transparenz und die Eingrenzung möglicher bereits entstandener Schäden.

Risikomanagement umfasst alle Abteilungen der Einrichtung. Das Erkennen von Risiken erfolgt auf unterschiedliche Weise, zum einen durch Fehler oder Beschwerden,

zum anderen durch regelmäßige Begehungen oder durch bereits aufgetretene Schäden. Die Erfassung und Dokumentation der Risiken ist in unserem Rahmenkonzept „Risikomanagement und Meldewesen“ als einheitliche Basis aller DGD Einrichtungen geregelt. Zusätzlich ist durch die Anwendung des Konzepts sichergestellt, dass rechtliche Anforderungen hinsichtlich des Risikomanagements und der Fehlermeldesysteme erfüllt werden.

Risikomanagement liegt in der Verantwortung der Leitung und betrifft alle Arbeitsbereiche der Einrichtung. Zum einen steht der Fokus auf der Sicherheit der uns anvertrauten Klientinnen und Klienten, zum anderen werden auch Risiken in Bezug auf unsere Mitarbeitenden erfasst.

Gefahrgeneigte Risiken werden bei Aufnahme und Veränderung der Bewohnerin erfasst und dokumentiert, entsprechend anerkannte Maßnahmen abgeleitet und im Tagesablaufplan dokumentiert.

Risiko-Pflichtmeldungen (Infektion) erfolgen systematisiert über unser elektronisches Dokumentationssystem.

Über die Haustechnik sind Risiken im technischen Bereich erfasst, beispielsweise die Medizinprodukte, die elektrischen Geräte oder der vorbeugende Brandschutz.

Das Risikomanagement in Bezug auf die Mitarbeiter/Innen des Haus des Lebens findet vorwiegend im Bereich Arbeitsschutz und Gesundheitsschutz Anwendung. In Form von Gefährdungsbeurteilungen werden Risiken erfasst. Hinzu kommen arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, Organisation von Notfallmaßnahmen oder Schulungen in Bezug auf den Umgang mit Gefahrstoffen. Der betriebliche Gesundheitsschutz wird regelmäßig in der Arbeitssicherheitsschutzausschusssitzung thematisiert und Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet.

Mit unserer Fachkraft für Arbeitssicherheit finden regelmäßige Begehungen in der Einrichtung statt, um Risiken zu erkennen und auszuschließen.

9.2 Beschwerdemanagement

Als Bestandteil des Qualitäts- und Risikomanagements verfolgt das Beschwerdemanagement das Ziel, die Kundenzufriedenheit wiederherzustellen und damit die negativen Auswirkungen von Kundenunzufriedenheit auf die Einrichtung zu senken.

In Beschwerden drücken „Kunden“, also Klientinnen und Klienten, Angehörige und gesetzliche Betreuer, Besuchende, Geschäftspartnerinnen, Geschäftspartner und Mit-

arbeitende des Hauses ihre Unzufriedenheit mit einem Aspekt des Leistungsangebots des „DGD Haus des Lebens“ aus. Die Beschwerde kann als Rückmeldung der „Kunden“ an die Einrichtung verstanden werden, wobei der Auslöser immer die Nichterfüllung von Erwartungen ist. Unter Beschwerdemanagement versteht man den geregelten Umgang mit Kritik und Beschwerden. Interne und externe Beschwerden werden als normaler Arbeitsbestandteil verstanden und als Instrument zur Entwicklung der Einrichtung und der kontinuierlichen Verbesserung genutzt. Jeder Mitarbeitende ist für die Annahme von Beschwerden verantwortlich, wobei die Einrichtungsleitung und die stellvertretende Einrichtungsleitung die Beschwerden bearbeiten. Ein standardisiertes Formular „Beschwerdeprotokoll“ zur Beschwerdeannahme und Beschwerdebearbeitung liegt vor und ist allen Mitarbeitenden zugänglich. Die hausinterne Regelung zum Umgang mit Beschwerden sieht vor, dass der oder die Beschwerdeführer/-führerin innerhalb von 5 Arbeitstagen über den Stand der Bearbeitung und über die Problemlösung informiert wird. Außerdem sind die Wege des Meldewesens in dem Rahmenkonzept „Risikomanagement und Meldewesen“ konkret beschrieben und alle Möglichkeiten erfasst.

Fehler und Beschwerden sind regelmäßig Inhalt der Teambesprechungen, gewonnene Informationen werden für Verbesserungsmaßnahmen genutzt.

9.3 Mitarbeiterqualifikation

Alle Mitarbeitenden verfügen über die entsprechende Qualifikation nach HGBPAV § 5 Abs.2 und 3 (Ausführungsverordnung zum Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen). Basierend auf den gesetzlichen Bestimmungen nach HGBPAV verfügen wir über ein multiprofessionelles Team, bestehend aus den folgenden Berufsgruppen:

- Erzieher
- Heilerziehungspfleger
- Ergotherapeuten
- geprüfte FK für Arbeits- und Berufsförderung
- Sozialarbeiter
- Pflegefachkräfte
- Pflegehilfskraft sowie einer sonstigen Kraft.

9.3.1 Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Das Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeitenden dient dazu, den Arbeitsplatz in einem festgelegten Zeitraum vertraut zu machen.

Das Ziel einer umfassenden Einarbeitung:

- Informationen über den neuen Aufgabenbereich
- Integration der neuen Mitarbeitenden
- Vermittlung von Kenntnissen über das Leitbild und die Unternehmensziele
- Sicherheit und Ermutigung für die neue Aufgabenstellung
- Förderung des effizienten Einsatzes der Mitarbeitenden
- Kennenlernen der Einrichtung in ihrer Gesamtheit

Das Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeitenden findet sich im QMH und als Dokument auf dem Nexus Curator.

9.3.2 Fort- und Weiterbildung

Für die Förderung der Mitarbeitenden im Hinblick auf die Qualitätssicherung entwickelt die Einrichtung eine vorausschauende Fort- und Weiterbildungsplanung (prospektiven Fortbildungsplan). Die Teilnehmenden jeder Fortbildung werden in einer Teilnehmerliste erfasst und in einer Sammelmatrix notiert.

Um den Fort- und Weiterbildungsbedarf individuell zu gestalten wird:

- der Fort- und Weiterbildungsbedarf ermittelt, u.a. durch Ergebnisse aus den Zielvereinbarungsgesprächen etc.
- für den als notwendig erkannten Fort- und Weiterbildungsbedarf entsprechende Maßnahmen intern bzw. extern angeboten
- eine Umsetzung des Erlernten in die Praxis der Einrichtung unterstützt
- Weiterbildungen werden individuell und nach Bedarf der Einrichtung angeboten

Unsere internen (Pflicht-)Schulungen laufen über die Onlineplattform e-plas. Dort ist der personalisierte Schulungsbedarf je Mitarbeiter hinterlegt. Alle gesetzlich vorgeschriebenen Schulungen sind hier eingestellt und werden regelmäßig aktualisiert.

10. Anlagen und Quellenverzeichnis

Verantwortlich für den gesamten Inhalt des vorliegenden Konzeptes ist die Einrichtungsleitung.

In Zusammenarbeit mit den Leitungskräften der DGD Haus des Lebens gGmbH, besondere Wohnform für psychisch kranke Menschen, wurde die Erstellung der Konzeptes wie folgt unterstützt:

Lektorat: Hausleitung Thorsten Eickelmann

Inhaltliche Bearbeitung Bereich 5.8.5 Krisen: Hausleitung Thorsten Eickelmann und Hausleitung Julia Klopries

Inhaltliche Ergänzungen Bereich Ergotherapie 4.1.3: stellvertretende Einrichtungsleitung Alexander Frank

10.1 Anlagen

Dem vorliegenden Konzept werden folgende Anlagen hinzugefügt:

- Standard Aufnahme
- Checkliste Kennenlerngespräch, Konzeption Einzugs-Eingewöhnungsphase
- Erstkontakt, Biographiebogen, Besprechungsmatrix
- Willkommensflyer Haus 1 und Haus 2
- DGD Rahmenkonzept Gewaltschutz
- Standard Suizidalität
- VA Gewalt Bewohner gegen Bewohner
- VA Gewalt Bewohner gegen Mitarbeitende
- VA Gewalt Externe gegen Bewohner
- VA Gewalt externe Person gegen Mitarbeitende
- VA Gewalt Mitarbeitende gegen Bewohner
- VA Gewalt Mitarbeitende gegen Mitarbeitende
- PP prozessgesteuerte Dokumentation und Assistenzleistungen

10.2. Quellenverzeichnis

Nachfolgende Bereiche wurden durch die entsprechenden Quellenangaben unterstützend beschrieben:

- Seite: 24 zwei Grafiken aus der PP Schulung für Mitarbeitende „prozessgesteuerte Dokumentation“ von Elvira Seitz (Mai 2023)

- Seite 26: Schaubild Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF von der Homepage www.bfarm.de/DE/Kodiersystem/Klassifikatione/ICF/_node.html (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)
- Seite 31: Grafik icf von der Homepage www.bar-frankfurt.de/themen/icf.html (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)
- Seiten 33 und 34: Grafiken aus unserem Dokumentationssystem Vivendi PD
- Seiten 37: entsprechender Auszug aus dem HRV III § 131 SGB IX
- Seite 74: ICD 10 Code 2025 Kapitel F00-F99 www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html
- Seite 77: Grafik 4 Bindungstypen nach Mary Ainsworth (amerikanisch-kanadische Entwicklungspsychologin; mit John Bowlby und James Robertson Hauptvertreterin der Bindungstheorie) www.starkekids.com/bindungstypen/
- Seiten 80 und 81: weitere Grafiken der PP Schulung für Mitarbeitende „Prozessgesteuerte Dokumentation“ von Elvira Seitz
- Seite 86: Grafik aus DGD Rahmenkonzept Gewalt

Elvira Seitz

Einrichtungsleitung

Herborn, den 17.01.25