

Dieses Dokument darf nicht ohne unsere Zustimmung verwendet, gedruckt oder vervielfältigt werden.  
Die Inhalte sind Eigentum der Fa. Seniorenpartner Elisabeth Schulz GmbH & Co KG.

# Hauskonzept

mit Pflegekonzept  
für das



in Trittau

mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt

## **Inhaltsverzeichnis**

	<b>Seite</b>
<i>Wir über uns</i>	3
<i>Leitlinien und Philosophie</i>	3
<i>Lage des Hauses</i>	3
<i>Wohnbereiche</i>	4
<i>Pflegemodell / Pflegeprozess / Pfelgesystem</i>	4
<i>Selbstbestimmung</i>	4
<i>Innerbetriebliche Kommunikation</i>	5
<i>Küche und Verpflegung</i>	5
<i>Krankheitsbilder</i>	5
<i>Partnerschaft und Sexualität</i>	6
<i>Therapieformen</i>	7
<i>Multiprofessionelles Team</i>	7
<i>Gerontopsychiatrischer Schwerpunkt</i>	8
<i>Tagesablauf / Orientierung</i>	9
<i>Raumgestaltung</i>	9
<i>Verpflegung</i>	10
<i>BT</i>	10
<i>Psychologischer Dienst</i>	10
<i>Formen der Therapie / Gruppen- und Einzelbetreuung</i>	11
<i>Alzheimer-Beratung</i>	13
<i>Hospiz Ahrensburg</i>	13
<i>Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie</i>	13

## ***Wir über uns***

1957 gründeten Elisabeth und Alwin Schulz die „privaten Altenpensionen Elisabeth Schulz“, die 1959 durch das „Haus Wittenbergen“ in Hamburg Rissen sowie 1965 durch das „Haus Billetal“ in Trittau erweitert wurden. Heute wird das Unternehmen in der dritten Generation, von Frau Jessica Michaelis, Herrn Ralf Schulz und Herrn Andreas Schulz geleitet.

## ***Leitlinien und Philosophie***

Das „Haus Billetal“ versteht sich als ein privates und innovatives Dienstleistungsunternehmen, das sich an den Wünschen und Bedürfnissen seiner Bewohner orientiert. Das anspruchsvolle Ambiente und die patientenorientierte individuelle Pflege und Behandlung sind wichtige Bestandteile des Qualitätsanspruchs. Das Leitbild „Gesamtheitliche, Bedarfsgerechte Betreuungskonzepte“ bildet den Rahmen für das Engagement und die Motivation der MitarbeiterInnen, eine bestmögliche spezifische Versorgung der BewohnerInnen zu gewährleisten. Ein kooperativer Führungsstil und die teamorientierte Zusammenarbeit der MitarbeiterInnen gewährleisten, dass die BewohnerInnen in ihrer Persönlichkeit und in ihren individuellen Rechten stets geachtet werden. In allen Bereichen des Hauses wird auf sehr gute Servicequalität Wert gelegt.

Das „Haus Billetal“ ist Mitglied im Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (BPA).

## ***Lage des Hauses***

Der attraktive Standort in Trittau garantiert Ruhe und Erholung im Billetal. Das Billetal ist in unmittelbarer Nähe des Waldgebietes der Hahnheide und für Spaziergänge ideal. Die Ortsmitte von Trittau ist für die körperlich mobileren BewohnerInnen bequem zu Fuß zu erreichen. Für gehbehinderte und eingeschränkte Bewohner bieten wir Fahrten ins Ortszentrum an.

## ***Wohnbereiche***

Die bauliche Gestaltung des Hauses ermöglicht die Anpassung an sich verändernde Betreuungskonzepte und an die unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Personengruppen. Dadurch ist die Bildung überschaubarer Wohnbereiche gewährleistet.

Das Haus verfügt über drei gemischte und einen gerontopsychiatrischen Wohnbereich. Im 3. Obergeschoss befindet sich eine Wohngruppe für psychisch Kranke jeden Alters, die durch regelmäßige therapeutische Interventionen (Gespräche, Gruppenarbeit) in ihrer Selbstständigkeit und Problembewältigung unterstützt und gefördert werden. Ziel ist es, die therapeutischen Erfahrungen in der Gruppe zum Zwecke der Verselbständigung umzusetzen.

Grundlage für die Zuordnung in die einzelnen Wohnbereiche sind die Begutachtungen durch den sozialen und psychologischen Dienst, die Pflegedienstleitung sowie gemeinsame Entscheidungsprozesse mit Angehörigen und BetreuerInnen und ggf. dem Sozialdienst der verlegenden Krankenhäuser.

## ***Pflegemodell / Pflegeprozess / Pflegesystem***

Die Organisation von Pflege und Hauswirtschaft wird an die individuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen angepasst. Die Pflege orientiert sich am Pflegemodell von Monika Krohwinkel mit den 13 AEDLs. Die Dokumentation des Pflegeprozesses findet im Dokumentationssystem der Firma Standard-System statt. Als Pflegesystem haben wir uns für das Bezugspflegesystem entschieden. Die Behandlungsziele schließen in erster Linie ein, den Betroffenen auch weiterhin ein Leben in einer Gemeinschaft bzw. Gruppe zu ermöglichen und die soziale Interaktion zu fördern.

## ***Selbstbestimmung***

Bei den psychisch Gesunden liegt der Schwerpunkt der Unterstützung in einer größtmöglichen Selbstbestimmung und dem Eingehen auf persönliche Wünsche und Bedürfnisse, angefangen bei der individuellen selbstbestimmten Gestaltung der Bewohnerzimmer mit z. B. eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken über die Menüwahl bis hin zur Einbeziehung zur Gestaltung der Gemeinschaftsräume und Gemeinschaftsflächen. Das umfassende Angebot an Beschäftigungsmöglichkeiten kann durch Vorschläge der Bewohner ständig ergänzt

werden, hierfür gibt es eine Reihe von Möglichkeiten über den Heimbeirat, bei Besprechungen und Treffen.

### ***Innerbetriebliche Kommunikation***

Um die innerbetriebliche Kommunikation zu gewährleisten gibt es eine Vielzahl von Übergaben und Besprechungen. So erfolgt zu den Schichtwechseln am Morgen, mittags und abends eine Übergabe aller Pflegemitarbeiter auf den Wohnbereichen. Jeden Donnerstag um 13 Uhr gibt es eine große Übergabe aller Wohnbereiche gemeinsam mit der Leitung und allen anderen Abteilungen des Hauses. In Dienstbesprechungen treffen sich 2-wöchentlich alle Abteilungsleiter des Hauses um sich auszutauschen und Informationen weiterzuleiten. Alle Bereiche in unserem Haus haben regelmäßige Treffen, die in einer Besprechungsmatrix festgelegt sind.

### ***Küche und Verpflegung***

In unseren Häusern legen wir Wert auf eine ausgewogene, abwechslungsreiche und altersentsprechende Ernährung. Neben der Vollkost-Ernährung wird auch eine an die Krankheitsbilder angepasste Diät- und Schonkost angeboten und nach ärztlicher Verordnung oder nach Absprache mit der Bezugspflegekraft zubereitet. Den Bewohnern wird ein umfangreiches Frühstück mit diversen Aufschnitt- und Käsesorten, Kaffee und Kuchen, 2 Mittagmenüs sowie ein abwechslungsreiches Abendessen angeboten. Die BewohnerInnen erhalten Zwischenmahlzeiten. Getränke (Kaffee, verschiedene Tees, Säfte, Mineralwasser, Milch etc.) werden über die Mahlzeiten hinaus jederzeit zur Verfügung gestellt. Generell besteht auch außerhalb der üblichen Essenszeiten die Möglichkeit Mahlzeiten einzunehmen. Wünsche nach besonderen Portionsgrößen werden selbstverständlich erfüllt. Ausnahmen bilden hier Krankheitsbilder oder die Gefahr von starken unter- oder Übergewicht. Das Erstellen von Diät-Tagesplänen z.B. bei Erkrankungen des Verdauungssystems, Diabetes Mellitus, onkologischen Erkrankungen gehören genauso zum Repertoire des Hauses wie die Berechnungen von Energiezufuhr, Eiweißbedarf, Kohlenhydraten, Fette und Ballaststoffen.

### ***Krankheitsbilder***

Die große Mehrzahl der zu Betreuenden leidet an Demenzen. Die Demenzen werden nach Davison & Neale (1998) in zwei Kategorien eingeteilt, primäre und sekundäre Demenz. Die primäre Demenz entsteht durch eine direkte

Hirnschädigung. Man schätzt, dass für die Hälfte aller Demenz-Fälle die Alzheimersche Krankheit verantwortlich ist. Sekundäre Demenzen können die Folge zahlreicher Erkrankungen oder Zustände sein. Depression, insbesondere die Form, die mit psychomotorischer Verlangsamung einhergeht, stellt eine wichtige Ursache dar. Andere Ursachen der sekundären Demenz sind z.B. hormonale Störungen oder Drogen (einschließlich Alkohol). Weitere häufig anzutreffende Krankheitsbilder sind Persönlichkeitsstörungen, Parkinsonsche Krankheit, Schizophrenien, Substanzmissbrauch sowie sämtliche internistische und orthopädische Erkrankungen und Behinderungen.

Nach Vollendung des 2. Bauabschnittes im Jahre 1996 wurde der geschlossene Wohnbereich in einen erhöht beaufsichtigten umgewandelt. Infolge dieser Umstrukturierung ist nachstehender Personenkreis von der Aufnahme ausgeschlossen:

Gewalttätige Personen sowie Personen, die andere BewohnerInnen aktiv gefährden könnten. Der überwiegende Teil der hier wohnenden Menschen ist nicht in der Lage, sich selbst zu schützen und Gefährdungen durch MitbewohnerInnen richtig einzuschätzen.

### ***Partnerschaft und Sexualität***

Das Ausleben von Ehe und Beziehungen, Nähe und Sexualität werden als grundlegende Bedürfnisse in allen Wohnbereichen erachtet. Hier sind ein respektvoller Umgang und die Wahrung der Intimität selbstverständlich. Dies beinhaltet auch eine entsprechende Lebensraumgestaltung. Es werden jeweils individuelle Lösungen gefunden - wie z.B. ein Einzelzimmerangebot oder ggf. das Zusammenziehen in ein Doppelzimmer. Unter Betreuung stehende Bewohner, insbesondere mit ausgeprägten kognitiven oder verbalen Einschränkungen wie z.B. eine dementielle Erkrankung sind hier besonders zu schützen. Entsprechende Einzelfallmaßnahmen werden jeweils mit dem Team und dem Betreuer diskutiert und festgelegt. Insgesamt bietet dieses Thema u. U. auch erhebliches Konfliktpotential – sowohl für die jeweiligen Partner als ggf. auch für Angehörige, Mitbewohner/Innen oder Mitarbeiter/Innen (z.B. herausforderndes Verhalten, bisherige Erfahrungen, unterschiedliche Bedürfnisse, Eifersucht, Rollenverständnis, Krankheitsverläufe, etc.). Bezugspflegerkräfte und Mitarbeiter des sozialen und psychologischen Dienstes sind dies bzgl. besonders sensibilisiert und aufmerksam und stehen ggf. klärend zur Seite.

## ***Therapieformen***

Um die BewohnerInnen optimal zu unterstützen, werden therapeutische Konzepte eingesetzt, die verschiedene wissenschaftliche Disziplinen (Pädagogik, Medizin, Psychologie) integrieren. Ziel ist es, für jeden einzelnen Patienten innerhalb des multiprofessionellen Teams des Hauses Billelal einen seinem Krankheitsbild entsprechenden individuellen Therapieplan zu erarbeiten.

## ***Multiprofessionelles Team***

Die ärztliche Therapie wird im „Haus Billelal“ von mehreren Allgemein- und Fachärzten übernommen. Jede BewohnerIn hat die Möglichkeit zur freien Arztwahl. Die neurologische und psychiatrische Versorgung wird durch einen entsprechenden Facharzt sichergestellt. Der zuständige Neurologe wird in seinen regelmäßigen Visiten vom psychologischen Dienst des Hauses begleitet.

Das „Haus Billelal“ beschäftigt zur Verbesserung der organisations-, bewohner- und mitarbeiterbezogenen Qualität einen psychologischen Dienst, welcher in die Hausleitung integriert ist. Das Tätigkeitsfeld des psychologischen Dienstes umfasst folgende Aufgaben:

- Begleitung der psychiatrischen Pflege im gerontopsychiatrischen Wohnbereich
- Beratende und unterstützende Funktionen für BewohnerInnen und deren Angehörige.
- Psychologische Einzelbetreuung
- Krisenintervention
- Hilfestellungen bei der Integration von Neuzugängen.
- die Kooperation unter allen am Pflegeprozess beteiligten Personen zu fördern
- Regelmäßige psychologische und gerontopsychiatrische Fortbildungen
- Beratungen der MitarbeiterInnen bei Arbeitsbelastungen, Problemen im Team oder mit einzelnen BewohnerInnen
- Unterstützung des Heimbeirates bei seinen Aufgaben.

Konsens des Hauses ist die multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizinern, psychologischen Diensten, sozialen Diensten, Seelsorge, Hospizdienst, Heimleitung, Pflegedienstleitung, Pflegekräften, Beschäftigungstherapeuten, Hauswirtschaft, ehrenamtlichen Helfern und den speziellen TherapeutInnen, wie z.B. Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden und Physiotherapeuten. Durch die Einbeziehung der genannten

Fachkräfte kann eine optimale individuelle Versorgung der Bewohner sichergestellt werden.

Auf Wunsch der BewohnerInnen bzw. der Angehörigen findet eine zusätzliche seelsorgerische Betreuung der BewohnerInnen durch Theologen statt.

## **Gerontopsychiatrischer Schwerpunkt**

Die Spezialisierung auf gerontopsychiatrische Betreuung entstand bereits im Jahre 1965, als zunächst eine geschlossene Abteilung eingerichtet wurde. Mit Vollendung des zweiten Bauabschnitts im Jahre 1996 wurde der Bereich in einen erhöht beaufsichtigten, aber offenen Wohnbereich umgewandelt. Seit etwa 30 Jahren beschäftigt das „Haus Billel“ TherapeutInnen, die ein gezielt intensives Betreuungsprogramm gerade für die Demenzkranken konzipieren und durchführen.

Der gerontopsychiatrische Bereich für besonders weglaufgefährdete HausbewohnerInnen befindet sich im Hang- und Untergeschoss, die durch die Hanglage besonders geschützt liegen und von den Bewohnern selbstständig aufgesucht werden können. Zwischen den beiden Etagen bestehen sowohl im Innen- als auch Außenbereich Kommunikationsmöglichkeiten der BewohnerInnen untereinander. Beide Bereiche zeichnen sich durch eine weitläufige und geräumige Gestaltung aus.

Folgende psychischen Veränderungen kommen häufig vor: Demenzen (überwiegend vom Alzheimer-Typ), Depressionen – teilweise therapieresistent und mit wahnhaften Zügen, Morbus Parkinson, Psychosen (Schizophrenien und wahnhafte Störungen), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angst-, Schlaf- und Belastungsstörungen und Suizidgefährdung. Meist liegt Multimorbidität mit weiteren psychischen und/ oder körperlichen Erkrankungen vor.

Speziell bei gerontopsychiatrisch Erkrankten werden Lebenszufriedenheit und Lebensqualität durch folgende Maßnahmen gefördert:

- Vermittlung von Geborgenheit und Sicherheit,
- Anbieten von Orientierungshilfen und Alltagsstrukturierung,
- Förderung von alten und neuen Sozialkontakten,
- Einbeziehung der Angehörigen,
- Training von eigenen Fähigkeiten zur Stärkung bzw. Erhaltung des Selbstwertgefühls,
- Verbesserung von Wohlbefinden und Aktivität in der Gemeinschaft,

- Erhaltung der größtmöglichen Selbständigkeit und Selbstbestimmung,
- eine an der jeweiligen Biographie orientierte Pflegeplanung,
- möglichst konstante Bezugspersonen.

### **Tagesablauf / Orientierung**

Aufgrund der sehr heterogenen Krankheitsbilder sind die Tagesabläufe für die Bewohner unterschiedlich stark strukturiert. Dennoch ist eine gewisse Struktur, unabhängig vom Krankheitsbild, für alle hier lebenden Bewohner hilfreich, denn sie vermittelt Kontinuität und Sicherheit. Innerhalb dieser Rahmenstruktur ist je nach Situation und Bedürfnissen der Bewohner Raum für individuelle Tagesgestaltung. Orientierungshilfen und identifikationserleichternde Milieugestaltung unterstützen die Selbstständigkeit und werden bei Bedarf auch personenbezogen angepasst (z.B. Namen, Bilder, Straßennamen an der Zimmertür, Piktogramme)

Auch die Wäsche bzw. die Kleidung ist bei unseren Bewohnern von Bedeutung. Sich kleiden ist Ausdruck der Persönlichkeit und individueller Vorlieben. Dieser Bereich erhält und unterstützt die Selbstständigkeit und trägt zum Wohlfühlen bei. Dies ist von allen an der Wäscheversorgung Beteiligten zu beachten.

Der individuelle Tagesablauf der Bewohner z.B. Essens-, Ruhe-, Schlafenszeiten ist auch „fachübergreifend“ z.B. bei allen regelmäßigen Reinigungsmaßnahmen zu berücksichtigen.

### **Raumgestaltung**

Räumlich sehen die Wohneinheiten wie folgt aus: Mittelpunkt des Tagesgeschehens ist im UG ein großer Aufenthaltsraum und im HG 2 große Aufenthaltsräume. Hier laden Sitzecken ein zum Klönen, Ausruhen, TV und Radio hören oder einfach in der Gemeinschaft sitzen. Die offenen Küchen auf beiden Ebenen wird besonders für die Gruppenarbeit genutzt. Düfte vom Kochen und Backen erreichen jeden, da olfaktorische Reize sehr intensiv an Erinnerungen und Assoziationen gebunden sind und auch bei stark fortgeschrittenem Krankheitsverlauf die Sinne stimulieren und Gefühle auslösen können.

## **Verpflegung**

Die Mahlzeiten werden an größeren und kleineren Sitzgruppen eingenommen. Bei der Sitzplatzverteilung ist die Gruppendynamik zu berücksichtigen. Das Ausmaß der Unterstützung und Förderung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, aber auch in allen anderen Bereichen, wird nach den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen festgelegt und immer wieder angepasst.

Neben den vier Hauptmahlzeiten gibt es in jedem Bereich öffentlich zugängliche Zwischenmahlzeiten z.B. mit Fingerfood, Getränken, Obst und Spätmahlzeiten. Eine Terrasse lädt auf allen Ebenen außerdem zum Verweilen ein und kann auch für die Mahlzeiten genutzt werden.

Vom hellen Flur gelangt man zum Aufenthaltsraum und den Bewohnerzimmer. Dieser Flur bietet mehrere ruhigere Sitzecken und ist gleichzeitig ein Teil des innerhäuslichen, auf zwei Ebenen (HG, UG) verlaufenden „Rundwegs“. Er bietet Bewegungsfreiheit - auch z.B. bei motorischer Unruhe und starkem Bewegungsdrang.

## **BT**

Für die individuelle Erhaltung und Förderung der Fähigkeiten der Bewohner bietet das BT-Team jeweils unterschiedliche, individuell angepasste Angebote an.

Biographische Aspekte werden, wenn möglich, berücksichtigt.

Es finden täglich Gruppenangebote und Einzelbetreuung sowohl vom BT-Team als auch von den Pflegemitarbeitern statt. Bei Interesse werden auch Angehörige und ehrenamtliche Helfer zu einfachen Tätigkeiten angeleitet. Auch die Auszubildenden und Praktikanten, die im Zuge ihrer Ausbildung beschäftigungstherapeutische Maßnahmen erlernen, werden ggf. bei der Umsetzung angeleitet und unterstützt.

## **Psychologischer Dienst**

Bei akuten psychischen Auffälligkeiten, Verhaltensänderungen und/ oder Leidensdruck eines Bewohners, ist letztendlich die Diplom-Psychologin gefordert. Wertschätzende empathische Zuwendung, Einzelgespräche und Problemanalyse sind hier erforderlich. Ggf. werden Pflegeteam, Ärzte, Betreuer und Angehörige hinzugezogen. Ein kontinuierlicher Kontakt ist für die Beziehungsarbeit grundsätzlich notwendig. Informationen über Lebensgeschichte und Persönlichkeit sind in akuten Situationen, aber auch für den Alltag hilfreich bei dem Verständnis z.B. bestimmter Verhaltensweisen.

## **Formen der Therapie / Gruppen- und Einzelbetreuung**

Neben dem Einzelkontakt kann die Begleitung in der Gruppe für den Erkrankten oft die letzte Möglichkeit sein, mit anderen Menschen zusammenzukommen und Gemeinschaft zu erleben. Zusätzlich kann sich das Geschehen in der Gruppe motivierend und stabilisierend auswirken. Dennoch muss berücksichtigt werden, dass diese Situationen auch eine gegenteilige Wirkung erzielen können. Ggf. kann hier z.B. auch tiergestützte Therapie ergänzend eingesetzt werden. Physische, psychische, emotionale und soziale Wirkungen können das Selbsterleben - auch in einer Gruppensituation - enorm verbessern, die Kommunikation fördern, Ängste abbauen und das Selbstvertrauen stärken. Beispielsweise wird die Motorik und Wahrnehmung gefördert und von möglichen Schmerzen abgelenkt.

Uneingeschränkte Akzeptanz durch das Tier Freude und Körperkontakt wirken sich positiv auf die Psyche und den sozialen Bereich aus.

Wir versuchen je nach den individuellen Bedürfnissen und nach den Gruppenkonstellationen integrative (gemeinsame) und segregative (getrennte) Betreuung anzubieten. Wir meinen, dass eine generelle Entscheidung für oder gegen eine der beiden Möglichkeiten falsch ist. Stattdessen sollte man sich am einzelnen Menschen – also an seinen individuellen Fähigkeiten und Ressourcen – orientieren und dementsprechend über die Zusammensetzung der Gruppe entscheiden. Eine Orientierung ausschließlich am Krankheitsbild erscheint zu starr. Gruppenarbeit kann nicht beanspruchen, geistige Defizite, soweit diese auf hirnrnorganischen Schädigungen beruhen, zu beseitigen. Hauptziel sollte sein, den Krankheitsverlauf so zu beeinflussen, dass die Identität des Kranken als Individuum und als soziales Wesen in der Gemeinschaft bis zu seinem Lebensende weitgehend erhalten bleibt.

Einzelne Elemente der Gruppenarbeit – insbesondere für demenziell Erkrankte – können sein:

- Beschäftigungstherapie unter Berücksichtigung der Biografie z.B. singen, backen
- Ergotherapie z.B. Wahrnehmungsübungen
- Tiergestützte Therapie
- Musiktherapie
- Psychosoziales Training z.B. Gesprächsrunden

Die Gruppenarbeit soll den Teilnehmern Freude bereiten, Selbstvertrauen, und Wahrnehmung fördern und Wohlbefinden vermitteln. Die Einheiten sollen deshalb den Fähigkeiten der Teilnehmer entsprechen bzw. sie langfristig erhalten und fördern (z.B. Konzentration). Die Kommunikation wird in der Gruppe angeregt und unterstützt.

Sollten sich Gruppen mit überwiegend bis ausschließlich demenzerkrankten Menschen herauskristallisieren, gibt es anerkannte Empfehlungen:

- Sinnvolle Gruppengröße 8-12 Bewohner
- bei fortgeschrittener Demenz ist eine Gruppengröße von 1 – 5 Teilnehmer empfehlenswert
- Gruppenzusammensetzung möglichst mit ähnlichem Leistungsniveau
- Wichtigkeit biografischen Wissens
- Einfühlen in Denk- und Sichtweisen der Demenzkranken
- Validierende Kommunikation
- Betonung der nicht-sprachlichen Erreichbarkeit schwer Demenzkranker (Musik, Singen, Bilder betrachten)
- Betonung der Kontinuität der Maßnahmen und Rahmenbedingungen

Zentraler Bestandteil der gerontopsychiatrischen Arbeit ist das professionelle Wahrnehmen und Handeln. Es sind Möglichkeiten und Strukturen zu schaffen, die individuell für die Bewohner stehen, zum Wohlfühlen beitragen und fortlaufend an die Bedürfnisse der Bewohner angepasst werden. Hierfür sind ständiger Austausch und Reflektion innerhalb des Pflorgeteams, aber auch mit dem BT-Team, dem psychologischen Dienst und Angehörigen bzw. Betreuern erforderlich.

## ***Alzheimer-Beratung***

Wir verfügen im Bereich der Versorgung und Betreuung von Menschen mit unterschiedlichen somatischen und psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Demenz) über jahrzehntelange Erfahrungen. Wir empfinden es deshalb als unsere Aufgabe und Verpflichtung, dieses Wissen hilfesuchenden Menschen zur Verfügung zu stellen. Aus diesem Grund bieten wir jeden 1. Dienstag im Monat zwischen 18 und 19 Uhr zusammen mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Kreis Stormarn ein Beratungsangebot für Angehörige an. Unterstützt wird die Alzheimer Gesellschaft durch unsere Pflegedienstleitung für fachspezifische Fragen aus dem pflegerischen Bereich und unseren Psychologischen Dienst.

## ***Hospiz Ahrensburg e.V.***

Wir arbeiten mit dem Hospiz Ahrensburg e.V. zusammen. Die Inhalte Sterben, Tod und Trauer werden in unserem Haus thematisiert und nicht tabuisiert. Ein würdevoller Umgang mit dem Leben beinhaltet einen genauso würdevollen Umgang mit dem Sterben. Auf Wunsch von BewohnerInnen und/oder deren Angehörigen werden die MitarbeiterInnen des Hospizes Ahrensburg in die multidisziplinäre Arbeit unseres Hauses einbezogen und sind damit Bestandteil unseres multidisziplinären Teams. Die Hilfestellung durch den Hospizdienst findet ehrenamtlich – durch geschulte MitarbeiterInnen – statt.

## ***Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie DGGG***

Wir sind Fördermitglied der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Wissenschaftlicher Fortschritt unterliegt einem ständigen Wandel. Wissenschaftliche Erkenntnisse finden nur allzu selten Einzug in die tägliche Praxis. Es ist wichtig, wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen in Einklang zu bringen. Ziel ist es, unsere praktischen Erfahrungen in diesen ständigen Entwicklungsprozess mit einzubringen und zur Diskussion zu stellen. Dadurch kann ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess – bezogen auf die Betreuung unserer BewohnerInnen – sichergestellt werden.

Änderungen in unserem Leistungsangebot behalten wir uns vor.