



Leben mit
Behinderung
Ortenau e.v.

Persönliche Infomappe

Für

Herzlich willkommen

im Wohnheim in Renchen





Informationsmappe für neue Mitarbeiter

Name des Mitarbeiters:

Qualifikation:

Zuständiges Team:

Ansprechpartner im Team:

Einarbeitung Beginn: _____ Ende: _____

Ich habe die Informationsmappe zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter ausgehändigt bekommen und die genannten Punkte mit einer Fachkraft durchgesprochen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Mitarbeiter: _____

Unterschrift Fachkraft: _____



Inhalt	Seite	Datum	Unterschrift MA	Unterschrift ASP
Bereichsinterne Informationen				
Schweigepflicht				
Allgem. Regeln am Arbeitsplatz				
Tarife und Eingruppierung				
Einarbeitung 1. Anleitungskonzept und Pädagogische Überlegungen 2. Hausrundrang 3. Dokumentation 4. Dienstplan und Dienstbesprechung 5. Verhalten bei Krankheit 6. Medikamente 7. Stundennachweise 8. Verpflegungskosten 9. Dienstfahrzeuge 10. Rauchen und Handynutzung				
Einweisung am Arbeitsplatz Hygiene				
Einweisung und Ernährung Pflege				
Checkliste Arbeits- und Hilfsmittel				
Verhalten im Notfall				
Eigene Aufzeichnungen				
Allgemeiner Teil				
Informationen und Vorstand Verein				
Leistungsangebot				
Leitbild, Menschenbild, Pädagogisches Pflegekonzept				
Betriebsrat				
Dienst- / Betriebsvereinbarungen				
allgemeine Infos zu versch. Krankheitsbildern				

Die MitarbeiterInnen und Mitarbeiter:

In den jeweiligen Teams arbeiten Kolleginnen und Kollegen mit unterschiedlichen Ausbildungen.

- Heilpädagogen
- Heilerziehungsassistenten
- Heilerziehungspfleger, Heilerziehungspflegehelfer
- Erzieher, Jugend- und Heimerzieher
- Altenpfleger
- Gesundheits- und Krankenpfleger
- Physiotherapeutinnen
- ergänzende Hilfen
- Auszubildende
- Praktikanten
- Logotherapeuten und Ergotherapeuten kommen zur Therapie ins Haus

Du wirst nach und nach den Kolleginnen und Kollegen im einzelnen vorgestellt werden.

Unsere Dienstzeiten

Die Dienstzeit im Förder- bzw. Wohnbereich unterscheiden sich stark.

Der Förderbereich ist eine Tageseinrichtung. Daraus ergibt sich ein regelmäßiger täglicher Dienst von 8.15 Uhr bis 16.15 Uhr, einmal in der Woche dauert der Dienst bis 17.15 Uhr (Teambesprechung).

Die Mitarbeiter im Wohnbereich arbeiten sowohl im Frühdienst (ab 6.00 Uhr), als auch im Spätdienst (ab 15.30 - ca. 21.30 Uhr), ebenso jedes zweite Wochenende. Nähere Informationen bekommst du beim Dienstplaner.

Am Beginn jeden Monats können Wünsche für den Dienstplan des kommenden Monats geäußert werden.

Was auf dich zukommen wird:

- Du lernst die verschiedenen Bereiche im Haus kennen
- Langsam wirst du unseren Gruppenalltag kennen lernen. Wir unterstützen dich, damit du dich bald zurechtfindest.
- Du wirst sowohl bei pflegerischen als auch pädagogischen Tätigkeiten angeleitet und wirst diese dann auch selbständig durchführen.
- Dir wird irgendwann die Begleitung und Pflege einiger Bewohner / Teilnehmer während eines Tages anvertraut werden.

Wir wollen dich auch ein wenig kennen lernen:

Unsere Arbeit ist eine „Beziehungstätigkeit“. Jeder kann sich mit seinen Stärken und Fähigkeiten einbringen. Deshalb ist es gut sich klar zu machen:

- Welche Hobbys könnte ich einbringen?
- Was mache ich gerne?
- Was interessiert mich?
- Was sind meine Stärken?

Manchmal sind diese Fragen nicht leicht zu beantworten – probiere es!

Falls du noch Fragen hast:

Wichtige Telefonnummern

Heimleiter:	Wolfgang Dürr	07843 / 995626-10
Hausleitung:	Lukas Müller	07843 / 995626-23
	Rebecca Jung	07843 / 995626-13
	Stefan Sester (PDL)	07843 / 995626-13
Förderbereich OG:		07843 / 995626-24
Förderbereich EG:		07843 / 995626-23
Wohnbereich OG:		07843 / 995626-12
Wohnbereich EG:		07843 / 995626-21

An deinem ersten Arbeitstag wollen wir uns Zeit zusammenehmen. Wir werden unsere Bewohner und dich miteinander bekannt machen. Wir zeigen dir das wichtigste im Haus. Wir werden über deine Anleitung und Einarbeitungszeit sprechen und wir werden Fragen, die du hast, beantworten.

Wir freuen uns auf dich!

Die Dienstzeiten in Renchen

Wohnheim

Wochendienst

Frühdienst:	Montag - Freitag Schichtleitung Mitarbeiter	06:00 - 11:30 Uhr 06:00 - 09:30 Uhr
Spätdienst:	Montag - Freitag Schichtleitung Mitarbeiter	15:30 - 21:30 Uhr 15:30 - 21:00 /21:30 Uhr

Wochenenddienst

Wochenenddienst komplett	Schichtleitung Mitarbeiter	06:30 - 22:00 Uhr 07:00 - 21:30 Uhr
2 Frühdienste		07:00 - 14:30 Uhr
2 Zwischendienste		10:00 - 19:00 Uhr / 12:00 - 20:00 Uhr
2 Spätdienste		14:00 - 21:30 Uhr
<u>Nachtdienst</u>		
1 Mitarbeiter	Montag – Freitag Wochenende	21:00 - 06:30 Uhr 21:30 - 07:00 Uhr
+ 1 Nachtbereitschaft	schläft im Haus und kann bei Bedarf gerufen werden	

Förder- und Betreuungsbereich

Montag - Freitag	08:15 - 16:15 Uhr
Jeder 1. Dienstag (FBG OG) bzw. 1. Mittwoch (FBG EG) im Monat	
Gesamtteam	15:30 - 17:15 Uhr
alle weiteren Dienstage (FBG OG) bzw. Mittwoche (FBG EG)	
Teambesprechungen	16:15 - 17:15 Uhr

Regelmäßige Angebote:

Physiotherapie:	täglich durch Julia Scholz und Saskia dienstags und donnerstags durch Susanne Rothfuss
Logopädie:	montags und dienstags durch Sandra Neumann (extern)
Ergotherapie:	mittwochs und freitags durch Angela Herrmann (extern)
Heilpädagogisches Begleiten mit dem Pferd:	mittwochs vormittags
Singkreis:	Montag von 15:00 - 15:30 Uhr
Schwimmen:	in der Körperbehinderten Schule Uffhofen FBG EG: donnerstags von 10:20 - 12:15 Uhr FBG OG freitags von 10:20 - 12:15 Uhr

Schweigepflicht

Gesetzliche Grundlage (§ 203 StGB)

Schweigepflicht ist die Wahrung von Betriebs- und Patienten- bzw. Bewohnergeheimnissen. Bei Verstoß droht eine Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder eine Geldstrafe. Geschützt wird das Betriebs- und Patientengeheimnis, d. h. jede Tatsache, die nur dem Mitarbeiter / Patienten / Bewohner und einem beschränkten Personenkreis bekannt ist und an deren Geheimhaltung der Betrieb / Patient / Bewohner ein schutzwürdiges Interesse hat.

Umfang der Schweigepflicht

- ➔ alle betrieblichen Daten von Mitarbeiter
- ➔ alle medizinischen Daten
- ➔ alle persönlichen Daten
- ➔ besteht gegenüber allen Personen, die nicht am Geschehen beteiligt sind

Entbindung der Schweigepflicht

Diese berechtigt zur Weitergabe der Betriebs- oder Patienten- / Bewohnerinformationen. In der Regel gibt die Geschäftsführung / pädagogische Leitung bzw. der Patient / Bewohner seine Einwilligung zur Befreiung von der Schweigepflicht. Die Entbindung bedarf in der Regel nicht der schriftlichen Form (Ausnahme: Beweiszweck) und bezieht sich immer auf genannte Person oder Institution.

Tipp:

- ➔ keine telefonischen Auskünfte über Betreute erteilen
- ➔ Fallbesprechungen im nicht Beteiligten Personenkreis nur ohne Namensnennung

Allgemeine Regeln am Arbeitsplatz

Hinweis

Die allgemeinen Regeln am Arbeitsplatz sind aktuell im Ordner „Standards zur Regelung und Qualitätssicherung der Arbeitsabläufe“ in den jeweiligen Betriebsbereichen einsehbar.

Der Inhalt dieses Ordners ist von jedem/r Mitarbeiter/in zu lesen und wird für die Arbeitsabläufe als bekannt vorausgesetzt.

Tarife und Eingruppierungen

Die aktuellen Haus-Lohntarife orientieren sich am TVÖD und weitere Angaben zu Eingruppierungen finden sich im jeweiligen Bereichsordner.

Anleitungskonzept

1. Vorbemerkung zum Anleitungskonzept

Neue Mitarbeiter*Innen (Fachkräfte, ergänzende Hilfen, Schüler, Praktikanten) erhalten durch dieses Einarbeitungskonzept Informationen, die ihnen die Einarbeitung in unserem Bereich erleichtert.

Einiges, was in diesem Konzept steht, wird evtl. auch erst nach einigen Tagen oder Wochen benötigt und kann dann entsprechend nachgelesen werden.

Der Ansprechpartner des neuen Mitarbeiters ist jeweils ein(e) Anleiter(in) des Hauses. Diese(r) plant und strukturiert den Prozess der Anleitung. Es finden regelmäßige Anleitungsgespräche statt.

Die Einarbeitung in praktische Tätigkeiten wird vom Anleiter auch an andere Fachkräfte delegiert. Jeder einweisende Mitarbeiter kennzeichnet die angeleiteten Themen mit seinem Kürzel auf dem Einarbeitungsnachweis.

Ergänzend zu diesen Informationen sind die Standards zu den einzelnen Themen zu berücksichtigen.

Diese befinden sich in den jeweiligen Ordner im PC der Hausleitung oder in gedruckter Form im Ordner Expertenstandards. Jeweils ein Exemplar steht auf der Gruppe zur Einsicht bereit.

2. Hausbesichtigung

Um dich schnell im Haus und bei den Menschen, die hier arbeiten, zurecht zu finden, ist eine ausführliche Führung zu Beginn ratsam. Sie beinhaltet folgendes:

- Vorstellung bei den Kolleg*Innen der einzelnen Bereiche
- Vorstellung bei Hausmeister / Hauswirtschaft
- Räumlichkeiten
- Telefonnummern
- „Büro-Schrank“
- Rufanlage
- Feuerlöscher
- Verbandskasten / Erste Hilfe
- Die Wohn- und Förderbereiche
- Therapieraum, Snoezelenraum, Trampolin
- Büros Heimleitung / Hausleitung
- Info Betriebsrat
- Kellerräume: Umkleide, Dusche, Vorratsraum
- Müllentsorgung / Wäschesystem
- Umkleidemöglichkeiten / Mitarbeiter Toiletten
- Fahrräder im Fahrradschuppen
- Außenbereich
- _____
- _____
- _____
- **Eintragung in die Handzeichenliste**

3. Dokumentation

Bitte vorher unbedingt das Namenskürzel in die entsprechende Liste eintragen!!!

Unsere Dokumentationsmappen bestehen aus mehreren Bögen, die zum Teil individuell zusammengesetzt sind. Sie enthalten in jedem Fall:

- Tagesdokumentation
- Pflegeplanung
- Steckbrief und Wochenstrukturplan
- Risikoeinschätzung
- Blätter zu spezifischen Maßnahmen zur Einzelförderung oder Behandlungspflege
- gelbes Blatt mit ärztlichen Verordnungen
- blaues Blatt zur Vitalwert-Kontrolle
- weißes Kommunikationsblatt für Arztbesuche
- Blätter für Pflegeberichte und zur Dokumentation epileptischer Anfälle
- Überleitbogen für evtl. Krankenhauseinweisungen

Für die ganze Dokumentation gilt:

Es darf nur das hinterlegte Handzeichenkürzel verwendet werden. Das Abzeichnen der Leistungsnachweise dient der Dokumentation und ist ein rechtskräftiges Dokument. Nur das, was dokumentiert ist, ist vor den Augen des Gesetzes geleistet worden und nichts anderes. Aus diesem Grund darf nicht mit Bleistift eingetragen werden, sondern nur mit Kugelschreiber oder Tinte. Bei Verbesserungen muss der Urtext noch erkennbar sein. Dies gilt für alle dienstlichen Dokumente, wie z. B. auch Dienstplan oder Stundennachweise.

Farben zur Dokumentation:

blau / schwarz => Früh-, Tag-, Spätdienst

grün => Nachtdienst

rot => Gabe von Notfallmedikamenten

Weitere Vorschriften zur Dokumentation finden sich im Standardordner!

4. Dienstplan und Dienstbesprechungen

Der **Dienstplan** wird in der Regel vom jeweiligen Koordinator erstellt.

Wünsche zum Dienstplan sind bis spätestens am Ende des Vor-Vormonates dem Dienstplaner mit zu teilen (z. B.: Wünsche für den Dienstplan Mai sind bis Ende März zu äußern). Anfang des Vormonates bitte mitteilen. Der Dienstplan wird immer für einen Monat erstellt. Er sollte bis zum 5. des Vormonates fertiggestellt sein.

In den Wohnbereichen hängt ein Plan aus, in dem individuelle Wünsche vorab eingetragen werden können.

Dienste und Zeiten sind dem Dienstplan-Aushang zu entnehmen.

Im Rahmen der Wochenarbeitszeit können Plus- oder Minusstunden eigenständig geplant werden. Wenn diese außerplanmäßigen Arbeiten über eine Wochenarbeitszeit hinaus gehen, bedarf es der Genehmigung der PDL bzw. Heimleitung.

Dienste, die untereinander getauscht werden, müssen mit den Koordinatoren bzw. mit der PDL abgesprochen werden und als „Dienstplanänderungen“ notiert werden.

Weitere Hinweise und Vorschriften finden sich im Standardordner!

Dienstbesprechungen finden je nach Gruppe einmal wöchentlich oder in 14-tägigem Rhythmus statt.

Die Teilnahme ist verpflichtend und die Termine werden im Dienstplan vermerkt.

Die Besprechungen dienen dazu, wichtige Informationen und Themen im Bezug auf unsere Bewohner zu besprechen.

Es wird aber auch Organisatorisches und Allgemeines besprochen. Außerdem ist uns das kollegiale Feedback im Team wichtig. Eine Themenliste, in die jeder TOPs, die ihm wichtig erscheinen, eintragen kann bzw. soll, hängt für jede Dienstbesprechung aus.

Die Moderation der Besprechung übernimmt in der Regel der/die Koordinator*In.

Bei jeder Dienstbesprechung wird ein Protokoll geführt, das von allen Mitarbeitern gelesen und unterschrieben werden muss. Eine Kopie geht an die Heimleitung.



5. Verhalten bei Krankheit

Krankmeldungen müssen umgehend, das heißt spätestens am Morgen vor Dienstbeginn der Leitung und der Gruppe **telefonisch gemeldet** werden. Krankmeldungen über WhatsApp, facebook o. ä. werden nicht als Krankmeldungen anerkannt. Ab dem **vierten Krankheitstag** muss eine Krankmeldung vom Arzt vorgelegt werden. Sobald feststeht, wann der Dienst wieder aufgenommen werden kann, ist auch dies der Gruppe mitzuteilen. In besonderen Fällen kann die Hausleitung / PDL auch auf einer Krankmeldung ab dem ersten Tag bestehen.

Weitere Hinweise und Vorschriften finden sich im Standardordner!

6. Umgang mit Medikamenten

Medikamente werden im Medikamentenschrank, der sich im Dienstzimmer befindet, aufbewahrt und von einer Fachkraft in die mit Namen gekennzeichneten Wochenddosetten (laut ärztlicher Verordnung) gerichtet. Die Medikamente für den Tag werden auf ein Tablett mit farbigen Medikamentenbechern gerichtet. Die so genannte Notfallmedikation befindet sich im Medikamentenkühlschrank oder im BTM-Fach im Medikamentenschrank.

Betäubungsmittel, wie z. B. Dronabinol (THC), befinden sich im abschließbaren BTM-Fach auf der Wohngruppe im EG (Anleitung: Umgang mit BTM und BTM-Buch).

Ausführliche Hinweise und Informationen zum Umgang mit Medikamenten finden sich im Standardordner!

7. Stundennachweise

Jeder Mitarbeiter bekommt einen Einzelnachweis in sein Fach gelegt mit den individuellen Dienstzeiten pro Monat.

Auf diesem müssen die geänderten Dienstzeiten eingetragen werden, auch Plus- oder Minusstunden mit Begründung. Dieser Einzelnachweis wird bei der PDL zum Monatsende abgegeben.

Abweichungen von der geplanten Arbeitszeit im Dienstplan sind auf dem Dienstplan, in dem freien Kästchen unter den ursprünglichen Dienst mit der tatsächlichen Arbeitszeit, mit Kugelschreiber einzutragen, sowie im Einzelnachweis.

Weitere Hinweise und Informationen zu den Stundennachweisen finden sich im Standardordner!

8. Verpflegungskosten

Verpflegungskosten werden über die Gehaltsabrechnung entsprechend dem Beschäftigungsumfang abgerechnet (25,00 € = 100%).

9. Dienstfahrzeuge

Dienstfahrzeuge dürfen nur für Fahrten im Dienst des Vereins genutzt werden.

Beim Autofahren ist der Sicherheitsgurt anzulegen, erforderliche Brillen oder andere Sehhilfen müssen aufgesetzt werden. Zum Telefonieren ist das Fahrzeug an den Rand zu fahren, während der Fahrt darf nicht telefoniert werden. Während der Dienstzeit herrscht absolutes Verbot von Alkohol, Drogen oder gefährlichen Medikamenten.

Generell besteht Rauchverbot in den Dienstfahrzeugen, auch aus Rücksicht auf die zu Befördernden.

In jedem Dienstfahrzeug befindet sich ein Fahrtenbuch, dieses ist nach jeder Fahrt auszufüllen. Nach einer Einweisung in das Fahrzeug durch einen Zuständigen des Vereins (Herr Deger, Herr Kempf, Herr Gerein) dürfen Betreute in den Dienstfahrzeugen transportiert werden. Es besteht ein entsprechender Versicherungsschutz.

Fahrten mit dem Privat-PKW bedürfen der Genehmigung.

Betankt werden die Dienstfahrzeuge an den Vertragstankstellen des Vereins:

Schutterwald: TOTAL, Offenburg: ESSO und SHELL, Achern: ESSO, Renchen: AVIA

An diesen Tankstellen muss nicht in bar bezahlt werden, sondern mit Kundenkarte. Diese liegen entweder im Dienstfahrzeug oder sind bei den Tankstellen deponiert, es muss eine Geheimnummer angegeben werden.

Für die Tankstelle in Renchen liegt die Tankkarte im Leitungsbüro und wird von Hausleitung oder PDL ausgehändigt.

Vor Nutzung des Fahrzeugs mit den jeweiligen Bedingungen vertraut machen!

An der Kasse wird in der Regel die Autonummer, evtl. unter Vorlage des Fahrzeugscheins, oder die Geheimzahl angegeben. Auf der Quittung bitte leserlich mit eigenem Namen unter Angabe des Namens der Einrichtung und ggf. des KFZ-Kennzeichens unterschreiben.

Der jeweilige Standard zur Nutzung von Dienstfahrzeugen ist unbedingt zur Kenntnis zu nehmen und zu berücksichtigen.

Verhalten bei Unfall

Bei Unfall mit einem Dienstfahrzeug Herrn Kempf 0160 / 7336371 oder Herrn Gerein 0781 / 96678130 anrufen.

- ➔ Ruhe bewahren, Blech ist ersetzbar, Versicherung besteht, keinerlei Unterschrift leisten (Schuldeingeständnis) und die Polizei rufen (bei Bagatellfällen nicht unbedingt).

- ➔ Folgende Angaben müssen von den Unfallbeteiligten aufgenommen werden:
 - ✓ Name, Vorname, Anschrift der Fahrer und eventuell des Fahrzeughalters falls nicht identisch
 - ✓ Name der KFZ-Versicherung und Versicherungsnummer
 - ✓ Autokennzeichen
 - ✓ Fahrzeugtyp
 - ✓ Bitte den Unfall so genau wie möglich beschreiben (Vordruck Unfallbericht verwenden)
 - ✓ Unfallbericht unverzüglich an die Geschäftsstelle / Herrn Haas zuleiten

Bei Unfallflucht

Fahrzeug wird beschädigt vorgefunden.

Bei der Polizei Anzeige gegen Unbekannt erstatten, Bescheinigung im Büro abgeben, da diese für die Schadensregulierung unbedingt erforderlich ist.

Herrn Gerein informieren 0781 / 96678-130

Aufgebrochenes Fahrzeug

Anzeige gegen Unbekannt bei der Polizei erstatten. Meldung der gestohlenen Gegenstände.

- ⇒ Wichtig, da jeder beweisen muss, warum er z.B. keine Papiere wie Führerschein usw. mehr hat.
- ⇒ Bescheinigung ist für die Versicherung und den Fahrer wichtig.

10. Rauchen und Handynutzung

Das Rauchen ist nur an speziell dafür ausgewiesenen Orten zulässig. Auf dem restlichen Gelände ist das Rauchen untersagt.

Die Nutzung privater Mobiltelefone / Smartphones ist während der Arbeitszeit nicht gestattet.

Das Fotografieren von Bewohnern / Patienten oder Teilnehmern ist mit dem Handy ebenfalls nicht gestattet.

Näheres regeln die bereichsbezogenen Standards.

Intranet

Jeder neue Mitarbeiter erhält einen persönlichen Login ins Intranet. Die Login-Daten setzen sich zusammen aus Vor- und Nachnamen und der Personalnummer. Die Personalnummer erhält jeder in der Personalabteilung. Sie steht auf jeder Abrechnung.

Beispiel: Max Mustermann mit der Personalnummer 0000 hat folgenden Login:

Benutzer: MaxMustermann

Passwort: 0000

Folgende Daten stehen im Intranet:

- Formulare der einzelnen Bereiche
- Kalender mit Terminen (BFG, Veranstaltungen, Fortbildungen, Besprechungen)
- Betriebsvereinbarungen
- Mitarbeitermappen
- Mitarbeiterzeitung SPATZ

Hygiene und Unfallschutz

Hygienisches und sicheres Arbeiten ist in unserem Arbeitsbereich sehr wichtig.

Folgende Punkte sind besonders zu beachten:

- ✓ Der jeweilige Hygieneplan ist zu berücksichtigen!
- ✓ Lange Haare müssen zusammengebunden sein, es darf kein Schmuck getragen werden, der an Hals und Ohren hängt. Das Tragen von Piercings erfolgt auf eigene Gefahr.
- ✓ Es ist rutschfestes, dem Einsatzgebiet angemessenes Schuhwerk zu tragen. Innerhalb des Hauses müssen Schuhe geschlossen oder mit Fersenriemen versehen sein.
- ✓ Regelmäßige Hautpflege: Hautrisse sind potentielle Eintrittspforten für Keime! Bei Unverträglichkeiten z. B. gegen Latex oder Desinfektionsmittel ist die Leitung zu informieren.
- ✓ Bei Wunden, z. B. an der Hand, ist ein Verband anzulegen.
- ✓ Zum Heben und Umlagern von Bewohnern Hilfsmittel benutzen (Lifter, höhenverstellbares Bett), wenn kinaesthetische Methoden nicht eingesetzt werden können.
- ✓ Abfall, Windeln und Wäsche nicht auf den Boden legen. entsprechende Behälter dafür verwenden.
- ✓ BTM, Alkohol oder Medikamente, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen können, dürfen nicht eingenommen werden.
- ✓ Ruhepausen und Ruhezeiten sind einzuhalten.

Das Nichtbefolgung dieser Anweisungen kann im Schadensfall zu Schadensersatzansprüchen des Arbeitgebers bzw. zu Haftungsausschlüssen seitens des Arbeitgebers, der Versicherungen oder zu sonstigen Nachteilen führen.

Verbandbuch

Arbeitsunfälle, d. h. sämtliche Verletzungen, die während der Arbeitszeit auftreten, müssen in das Verbandbuch eingetragen werden. Es besteht sonst nur ein eingeschränkter Versicherungsschutz.

Das Verbandsbuch befindet sich im Dienstzimmer / Büro. Eine Mitteilung an die Bereichsleitung / Heimleitung ist unbedingt erforderlich.

Einarbeitungsnachweis Pflege und Ernährung

Name: _____

Name	Beschreibung	Pflege									Nahrung			
		Grundpflege			Spezielle Pflege			Transfer Lagerung			Essen		Trinken	
		G	A	S	G	A	S	G	A	S	G	S	G	S

Erklärungen Kürzel:

- G** = gesehen
- A** = unter Anleitung durchgeführt
- S** = selbstständig durchgeführt
- V** = vorgestellt
- D** = miteinander diskutiert

Einarbeitungsnachweis Arbeits- und Hilfsmittel

Name: _____

	G	A	S
Rollstühle			
E-Rollstühle			
Talker			
Stehtrainer			
Motomed Grundlagen			
Fahrräder - Loader			
Fahrräder - Rollfietz			
Fahrräder - Twister			
Lifter			
Badewanne			
Soezelenraum			
Transferbett			
Orthesen, Grundlagen			
Gehtrainer / Rollatoren			

Erklärungen Kürzel:

G = gesehen durchgeföhrt **A** = unter Anleitung durchgeföhrt **S** = selbstständig

Spezielle Einweisungen:

- besondere Hilfsmittel und Orthesen: Julia Scholz, _____
- Behandlungspflegerische Tätigkeiten: Rebecca Jung, Stefan Sester, _____
- Fahrzeugeinweisungen: Lukas Müller, _____
- Fahrradfuhrpark: Hjalmar Nies, _____

Wichtige Telefonnummern im Notfall

Heimleitung: Wolfgang Dürr 0151 / 11558258 (mobil)
07843 / 99562610 (Büro Renchen)
0781 / 96916-75 (Büro
Schutterwald)

Hausleitung: Rebecca Jung 0157 / 52765412 (mobil)
07843 / 995626-13 (Büro)

PDL: Stefan Sester 0176 / 62386043 (mobil)
07843 / 995626-13 (Büro)

Leitung FBG Lukas Müller 0176 / 96483448 (mobil)
(stellv. Heimleitung): 07843 / 995626-13 (Büro)

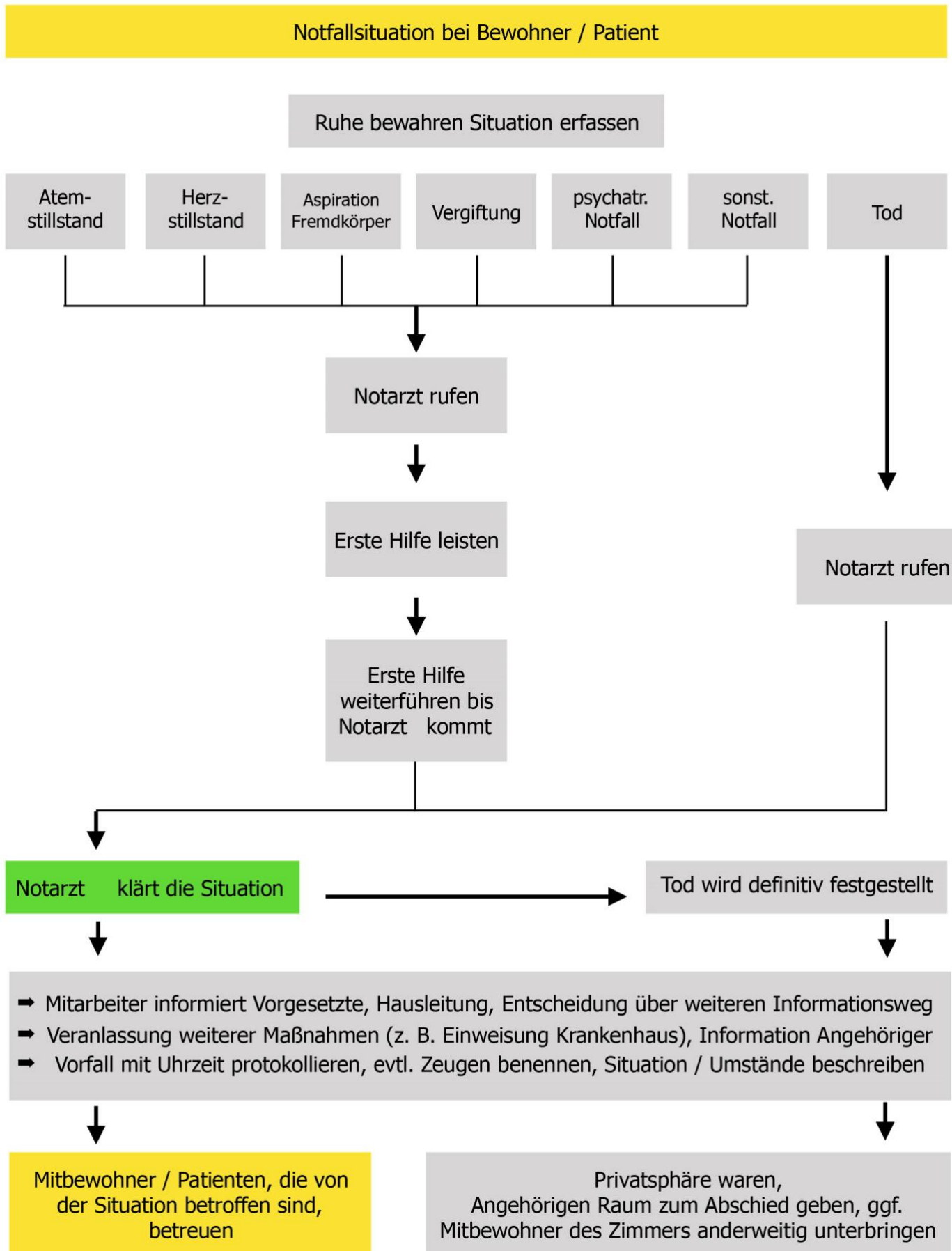
Notarzt 112

Polizeinotruf 110

Ärztlicher Bereitschaftsdienst am Wochenende 116 117

Notfalltelefon Vergiftungs-Informations-Zentrale Freiburg 0761 / 19240

Verhalten im Notfall



Unser Elternverein

Selbsthilfe und solidarisches Engagement waren die Triebfedern, die 1970 zur Gründung des Elternvereins (damals noch unter dem Namen Spastiker-Verein Offenburg) führten. Seither macht es sich der Verein zur Aufgabe, Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung und deren Angehörige mit Rat und Tat zu unterstützen.

Den Auftakt bildete die mobile Physiotherapie, eine wichtige Hilfe, da Betroffene bis dahin aufgrund ihrer Einschränkungen in der Mobilität nur schwer in die Praxen kamen. Schritt für Schritt wurde das Angebot mit ambulanten Betreuungs- und Pflegeangeboten ausgebaut, bis schließlich auch teilstationäre und stationäre Angebote die Leistungspalette abrundeten.

Seit seiner Gründung vertritt der Verein die Ziele:

- Bedürfnisse und Interessen von Menschen mit körperlichen Behinderungen und deren Angehörigen aufzugreifen und Unterstützung bei der Verwirklichung ihrer Wünsche zu bieten,
- Gesellschaftliche und räumliche Barrieren öffentlich zu machen und sich für deren Abbau einzusetzen,
- anzubieten,
- Menschen mit körperlichen Behinderungen im Hinblick auf ihre Rechte und Möglichkeiten wie auch über deren Finanzierung zu beraten,
- eine Plattform zu bilden für eigenes Engagement und Selbsthilfe.

Geschäftsführender Vorstand:



Joachim Haas



Wolfgang Dürr

Der Aufsichtsrat: Wolfgang Walz, Simone Dierle, Monika Konprecht, Marianne Deininger, Erika Teichmann, Sabine Sauer, Susanne Klumpp-Hoffmann, Claudia Rees - 2. Vorsitzende, Karl Bühler -Vorsitzender (von links nach rechts)



Die Geschichte des Vereins

- Im Oktober 1970 gründen 38 Betroffene und Förderer den Spastiker-Verein Offenburg.
- Gründungsvorsitzender ist Hans Mußler.
- Erste Aufgabe: alle körper- und mehrfachbehinderten Menschen im Kreisgebiet zu erfassen., aktive Öffentlichkeitsarbeit sowie die Schaffung umfassender Hilfsangebote im ambulanten, teilstationären wie auch im vollstationären Bereich.
- Durchführung von Haus- und Straßensammlungen, Spendenaktionen und verschiedenen Veranstaltungen.
- 1973 „Mobile Krankengymnastik“ als erstes Dienstleistungsangebot um behinderte Kinder und Jugendliche zu Hause zu behandeln.
- 1978 Anmietung Räumlichkeiten vom Paul-Gerhard-Werk im Brünnesweg in Offenburg und Einrichtung der ersten Tagesstätte für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung.
- 1980 übernehmen Hans Göppert als Vorstand und Konrad Ritter als Geschäftsführer den Verein.
- 1981 erfolgt der Erwerb des Freizeithauses in OG-Hildboltsweier.
- 1985 wurde erstmals ein Zivildienstleistender (ZDL) eingesetzt
- „Hippotherapie“ wird im Reitverein Achern aufgenommen, 1986 kommt wegen der großen Nachfrage ein drittes Pferd dazu. Hippotherapie ist Krankengymnastik mit und auf dem Pferd.
- 1987 Kauf eines Transportfahrzeuges für Menschen mit Behinderungen
- Durchführung von Haus- und Straßensammlungen, Spendenaktionen und verschiedenen Veranstaltungen.
- Am 01.03.1988 wird der Verein als Mobile Soziale Hilfsdienststelle (MSHD) durch das Bundesamt für Zivildienst anerkannt.
- 1992 Einweihung des Service-Hauses im Achern-Gamshurst mit folgenden Funktionen:
 - Betreutes Wohnen
 - Kurzzeitbetreuung
 - Einsatzzentrale und Wohnraum für Zivis
- 1992 beschäftigt der Verein 120 Zivildienstleistende und unterhält 46 Fahrzeuge.
- 1995 wird ergänzend zu den bestehen ambulanten Angeboten ein „Mobiler Fach-Pflegedienst“ mit Krankenschwestern eingeführt.
- 1996 wurde die Förder- und Betreuungsgruppe (FBG) – bisher in der Trägerschaft des Paul-Gerhard-Werkes – von uns übernommen.
- 1997 Frau Köhne übernimmt bis November 1998 den Vorsitz.
- Seit 1998 ist Konrad Ritter 1. Vorsitzender.
- 1999 wird der hauptamtliche Geschäftsführer, Joachim Haas eingestellt. Der Vorstand bleibt weiterhin ehrenamtlich tätig.
- 2001 „Haus Damasina“ in Schutterwald, ein Wohnheim für 20 Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung, wird eingeweiht.
- 2004 Eröffnung der Praxis für Physiotherapie in Räumen des Hauses Damasina.
- 2004 wird ein hauptamtlicher Pädagogischer Leiter, Wolfgang Dürr, eingestellt, der 2014 die Geschäftsführung mit dem Schwerpunkt „Personal“ übernimmt
- 2014 wird das Wohnheim in Renchen (24 Wohnplätze) eingeweiht.
- 2016 aus dem „Spastiker-Verein Offenburg e. V.“ wird der Verein „Leben mit Behinderung Ortenau e. V.“ Umzug in die neuen Räumlichkeiten an der Zeppelinstraße 14. Bündelung und Optimierung des Angebotes mit Geschäftsstelle, Beratungsforum und Zentrum Ambulante Dienste.

Unsere Dienstleistungen

- Haus Damasina Wohnheim / FuB - Schutterwald
 - Wohnheim / FuB - Renchen
- Betreutes Wohnen / Kurzzeiteinrichtung - Achern
- Förder- und Betreuungsgruppe (FuB) - Offenburg
 - Soziale Beratung
 - Ambulante Pflege und Betreuung
 - Familienunterstützender Dienst
 - Tagesferienfreizeit
- Physiotherapie - Praxis und ambulant
 - Fahrdienst
- INCLUSIO – Eingliederungshilfe / Jugendhilfe / Schulbetreuung
 - individuelle Schwerbehindertenassistenz (ISA)

Unser Leitbild

Der Verein Leben mit Behinderung Ortenau wurde 1970 von betroffenen Eltern als Selbsthilfe-Verein gegründet. Über die Jahre baute der Verein – bis 2016 unter dem Namen Spastiker-Verein – kontinuierlich ein Dienstleistungsangebot auf, um Familien mit körper- und mehrfachbehinderten Kindern zu unterstützen. Als moderner Dienstleister folgt der Verein klaren Grundsätzen und Werten, die in diesem Leitbild zusammengefasst werden. Das Leitbild umfasst vier grundlegende Perspektiven: Grundsätze für das Unternehmen, für die Betreuung von Menschen mit Behinderungen, für die Rolle der Mitarbeiter im Verein und für die Mitglieder. Dabei werden sowohl Ziele als auch Handlungsmaximen formuliert.

Der Verein – die Institution

Der Verein ist für alle Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung im Ortenaukreis und deren Angehörige erster Ansprechpartner.

Der Verein richtet sich mit seinem Angebot an pflegerischen, therapeutischen und pädagogischen Leistungen am Bedarf der Betroffenen aus und passt das Angebot auf veränderte Bedürfnisse an.

Betreute und Mitarbeiter stehen gleichermaßen im Mittelpunkt; den Kern der professionellen Tätigkeit bildet die Beziehungsarbeit zwischen Betreuern und Betreuten und deren Familien. Der Verein ist politisch und konfessionell nicht gebunden und respektiert alle Kulturen, Ansichten und Religionen.

Die Betreuten

Die Betreuung der Betroffenen erfolgt unter der Maxime des Normalisierungsprinzips. Im Kern besagt dies, dass Menschen mit Behinderung in die Lage versetzt werden, am normalen Alltag der Gesellschaft teilzuhaben. Dies umfasst auch die Trennung zwischen Wohnen und Arbeiten („Zwei-Milieu-Prinzip“) und die Förderung der Eigenständigkeit im Handeln jedes einzelnen Individuums („Empowerment“).

Betreute, Angehörige und Mitarbeiter verstehen sich als Partner, die sich gegenseitig unterstützen.

Entsprechend des Menschenbilds des Vereins sehen wir jeden Menschen mit seinen individuellen Eigenschaften und Fähigkeiten, lebenslang lernend und mit dem Recht auf Selbstbestimmung. Die Assistenz erfolgt auf der Grundlage der jeweiligen Ressourcen und gemeinsam vereinbarter Ziele.

Die Mitarbeiter

Die Mitarbeiter sind zentraler Bestandteil aller Dienstleistungen und garantieren die Qualität der Leistungen. Der Verein ist daher stets bestrebt, optimale Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der Mitarbeiter zu schaffen.

Ziele sind hierbei u.a. flexible Arbeitszeitmodelle, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Gesundheitsförderung, Einbindung der Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse und die Weiterentwicklung des Vereins und individuelle Karriereplanung.

Die Aufgabenbereiche sind vielseitig und fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die fachliche Entwicklung der Mitarbeiter wird durch gezielte Fort- und Weiterbildung unterstützt.

Die Führungskultur erfolgt auf der Grundlage flacher Hierarchien. Klare Strukturen, eine transparente Entscheidungspolitik und offene und verbindliche Kommunikation bilden die Basis für ein partnerschaftliches, wertschätzendes Miteinander.

Die Mitglieder

Als Selbsthilfeverein lebt der Verein von der aktiven Mitarbeit seiner Mitglieder. Eine lebendige Vereinskultur und individuelles Engagement machen den Verein zu einem einzigartigen Unternehmen. Dabei arbeiten ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter vertrauensvoll und konstruktiv zusammen.

Die Mitglieder beteiligen sich an der Erreichung der Vereinsziele, insbesondere im Bereich der öffentlichen Wahrnehmung und als Multiplikatoren in Kindergärten, Schulen und anderen Institutionen für die Förderung und Betreuung von Menschen mit Behinderung.

Über den Verein erhalten die Mitglieder Informationen, Beratung und Unterstützung. Dabei werden neben den allgemeinen Dienstleistungen auch kulturelle und soziale Angebote erbracht (z.B. Vorträge, Gesprächsgruppen).

Offenburg, den 07.02.2018

Unser Menschenbild

Menschenbild	Leitbild der ambulanten Pflege und Betreuung	Leitbild der (teil-)stationären Betreuung
<p>Jeder Mensch besitzt eine uneingeschränkte, unantastbare Würde von Geburt an bis über den Tod hinaus. Diese wird ihm über das Grundgesetz in Art. 3 garantiert.</p>	<p>Wir treten den von uns betreuten Menschen mit Respekt gegenüber, d. h.:</p> <p>⇒ wir pflegen einen offenen und ehrlichen Umgang</p> <p>⇒ wir nehmen sowohl positive als auch negative Seiten wahr und benennen diese auch</p> <p>⇒ wir pflegen eine von Respekt getragene Ansprache; im Dialog darf der Gesprächspartner niemals herabgesetzt werden</p> <p>⇒ Fehlverhalten sowohl von Betreuungsseite als auch von Seiten der Betreuten ist ein natürlicher Aspekt im Zusammenleben und wird auf beiden Seiten akzeptiert; die Akzeptanz schließt mit ein, sich für Fehlverhalten zu entschuldigen.</p> <p>Dies schließt die unbedingte Einhaltung der Qualitätsrichtlinien nach SGB XI ein.</p>	<p>Wir treten Bewohnern/Teilnehmern mit Respekt gegenüber, d. h.:</p> <p>⇒ wir pflegen einen offenen und ehrlichen Umgang</p> <p>⇒ wir nehmen sowohl positive als auch negative Seiten wahr und benennen diese auch</p> <p>⇒ wir pflegen eine von Respekt getragene Ansprache; im Dialog darf der Gesprächspartner niemals herabgesetzt werden</p> <p>⇒ Fehlverhalten sowohl von Betreuungsseite als auch von Bewohner/Teilnehmerseite ist ein natürlicher Aspekt im Zusammenleben und wird auf beiden Seiten akzeptiert; die Akzeptanz schließt mit ein, sich für Fehlverhalten zu entschuldigen.</p> <p>Die Lebensbedingungen der Bewohner/Teilnehmer müssen solcherart gestaltet werden, dass ihre Würde in vollem Umfang gewahrt wird. Dies betrifft u.a. das Stellen angemessener Anforderungen, die Gestaltung einer ansprechenden, wohnlichen Umgebung, die Wahrung der Intimsphäre.</p> <p>Um ein Leben in Würde zu leben, besitzen die Bewohner das Recht auf Unterstützung, Förderung und Pflege entsprechend ihrer jeweiligen Bedarfe. Hieraus leiten wir unseren Auftrag gemäß §§ 53 ff. SGB XII. ab.</p>
<p>Er ist ein einmaliges, unverwechselbares Wesen, unteilbar in einer Einheit von Körper, Geist und Seele.</p>	<p>Wir sehen den Menschen und nicht seine Behinderung im Mittelpunkt. Das schließt die Wahrnehmung und Akzeptanz der Vielseitigkeit seiner Charakterzüge und Eigenarten mit ein.</p>	<p>☑ Wir sehen den Menschen und nicht seine Behinderung im Mittelpunkt. Das schließt die Wahrnehmung und Akzeptanz der Vielseitigkeit seiner Charakterzüge und Eigenarten mit ein.</p>

<p>Der Mensch gestaltet sein Leben aktiv in Auseinandersetzung mit seiner Umwelt. Er besitzt die lebenslange Fähigkeit zur Entwicklung und zum Lernen.</p>	<p>Unsere Betreuung orientiert sich an den Gegebenheiten der individuellen Lebensläufe. Wir setzen bei den konkreten Bedürfnissen an und richten unsere Pflege- und Betreuungsleistungen so aus, dass die individuelle Leistungsfähigkeit und Selbstbestimmung erhalten bleibt.</p>	<p>Wir unterstützen unsere Bewohner/Teilnehmer in ihrem Entwicklungsprozess. Dabei setzen wir bei den individuellen Bedürfnissen und vorhandenen Kompetenzen an. Fördermaßnahmen versuchen wir mit der jeweils eigenen Art der Auseinandersetzung mit der Umwelt in Einklang zu bringen.</p>
<p>Jeder Mensch trägt auf der Grundlage seiner eigenen Entwicklungsgeschichte und im Rahmen seiner Möglichkeiten Verantwortung für sein Leben und besitzt damit auch das Recht auf Selbstbestimmung.</p>	<p>Der Wille und die Interessen der von uns betreuten Menschen bilden die Grundlage unseres Handelns.</p> <p>Dies setzt eine Beziehung voraus, die von gegenseitigem Respekt getragen ist, und beinhaltet auch die Begleitung in der Auseinandersetzung bei nicht erfüllbaren Wünschen.</p> <p>Wir betrachten unsere Betreuung als ein partnerschaftliches Miteinander von Betreuern und Betreuten.</p>	<p>Der Wille und die Interessen der Bewohner/Teilnehmer bilden im Rahmen unserer pädagogischen Konzepte – und soweit sie mit den Regeln des Zusammenlebens in einer Gemeinschaft vereinbar sind – die Grundlage unseres Handelns. Dies beinhaltet auch die Begleitung in der Auseinandersetzung bei nicht erfüllbaren Wünschen.</p> <p>Ein Erwachsener mit Körper- und Mehrfach-behinderungen wird auch als Erwachsener begriffen, mit seiner Erfahrung, seinen Vorstellungen, Wünschen und seiner Sexualität. Sprache, Ansprüche und Umgangsweisen müssen dieser Lebensphase entsprechen.</p> <p>Wir betrachten unsere Betreuung als ein partnerschaftliches Miteinander von Betreuern und Bewohnern/Teilnehmern.</p> <p>Diese Partnerschaft erstreckt sich entsprechend auch auf die Zusammenarbeit von Mitarbeitern, Heimleitung, Eltern und gesetzlichen Betreuern.</p>

Unser Betriebsrat

Der Verein Leben mit Behinderung Ortenau hat einen Betriebsrat, der Ansprechpartner bei allen Problemen rund um den Arbeitsplatz ist, die nicht mit der / dem Vorgesetzten besprochen oder geklärt werden können.

Der Betriebsrat besteht derzeit aus sieben Mitgliedern (ab März 2018 9 Mitglieder) und kann jederzeit über die unten gelisteten E-Mailadressen kontaktiert werden. Auch die in allen Bereichen aushängenden Briefkästen können dafür genutzt werden.

Folgende Aufgaben hat der Betriebsrat:

- Vertretung der Arbeitnehmer*Innen gegenüber dem Arbeitgeber
- Überwachung der Einhaltung geltender Gesetze, Verordnungen, Unfallverhütungsvorschriften und Betriebsvereinbarungen
- Anregungen und Kritik der Mitarbeiter*Innen entgegenzunehmen und zu bearbeiten
- Auskünfte über den laufenden Stand der Themen im Betrieb zu erteilen
- Beachtung der besonderen Lage schwerbehinderter Mitarbeiter*Innen und sonstiger Schutzbedürftiger im Unternehmen

Betriebsversammlung

Um die Mitarbeiter*Innen über die wichtigsten Änderungen zu informieren, lädt der Betriebsrat des Vereins mindestens einmal jährlich zu einer Betriebsversammlung ein.

Kontaktdaten

Rainer Erb Vorsitzender	Physiotherapie	betriebsrat@lmb-ortenau.de
Simon Parsiegla stellv. Vorsitzender	Haus Damasina	s.parsiegla@lmb-ortenau.de
Andreas Baumert	Haustechnik	a.baumert@lmb-ortenau.de
Mario Braun	Wohnheim Renchen	m.brau@lmb-ortenau.de
Claudia Graf-Glatz	Haus Damasina	c.graf-glatz@lmb-ortenau.de
Johannes Heidler	Haus Damasina	j.heidler@lmb-ortenau.de
Jana Henninger	Haus Damasina	j.henninger@lmb-ortenau.de
Jeremy Katrimsky	Wohnheim Renchen	j.katrimsky@lmb-ortenau.de
Lena Schikofski	Wohnheim Renchen	l.schikofski@lmb-ortenau.de

Dienst- / Betriebsvereinbarungen

Alle Dienst- und Betriebsvereinbarungen und weitere aktuelle Informationen finden sich in den allgemeinen Standard- und Informationsordnern der einzelnen Bereiche / Gruppen.

Cerebralparese (spastische Lähmung) (Zerebralparese)

Vom griechischen: Spasmos ~ Krampf

Definition

Unter Cerebralparese versteht man eine Tonuserhöhung der Muskulatur (Spasmus), die die Extremitäten in typische, nicht funktionelle Haltungsmuster zwingt.

Ursachen

Eine Cerebralparese wird durch eine Schädigung des zentralen Nervensystems (ZNS) hervorgerufen (z.B. Hirnblutung, Sauerstoffmangel, Hirnhautentzündungen u. schwere Kopfverletzungen). Die Folge ist eine zunächst schlaaffe Lähmung, die später spastisch wird.

Symptomatik

Die typischen Merkmale der Cerebralparese sind Auffälligkeiten bei der Reflexbildung. Die Reflexe sind:

- überschießend
- krankhaft verbreitert
- kloniform (von einem rhythmischem zittern begleitet)

Im Rahmen einer Cerebralparese kommt es zur Ausbildung von pathologischen Reflexen, wie z.B. dem Babinski-Reflex.

Bei der Cerebralparese gibt es drei wesentliche Kombinationen von betroffenen Extremitäten:

- Tetraplegie: Alle vier Extremitäten sind betroffen.
- Diplegie. Entweder die oberen oder die unteren Extremitäten sind betroffen. Manche Fachleute nennen Diplegie auch Paraplegie, was aber eher in Zusammenhang mit einer Querschnittlähmung verwendet wird und sich daher meist auf die unteren Extremitäten bezieht.
- Hemiplegie: Die linken oder rechten Extremitäten sind betroffen.

Die Störung zielgerichteter Bewegungen nennt man Athetose.

Verlauf

Im schlaffen Stadium sind bereits Muskelzüge mit erhöhter Muskelaktivität zu erkennen, der Übergang ins spastische Stadium erfolgt schleichend. Manche Patienten verbleiben für den Rest ihres Lebens im spastischen Stadium, andere können durch eine erfolgreiche Therapie mit mehr oder weniger ausgeprägter Restsymptomatik wieder ins alltägliche Leben integriert werden.

Eine Cerebralparese ist jedoch nicht heilbar:

Eine Cerebralparese kann auftreten, wenn die Beine berührt oder plötzlich bewegt werden, wenn die Körperstellung verändert wird oder wenn es zu Husten, Niesen oder Aufschrecken kommt.

Auftreten, Ausmaß und Verlauf der Cerebralparese sind bei jedem einzelnen verschieden.

Epilepsie

Was ist eine Epilepsie?

Ein epileptischer Anfall kann bei jedem Menschen auftreten, beispielsweise bei akuten Allgemeinkrankheiten, die das Gehirn in Mitleidenschaft ziehen, bei Vergiftungen, Sauerstoffmangel oder Blutzuckerabfall. Aber auch bei akuten Schädigungen des Gehirns, etwa durch einen Unfall, selten auch einmal bei extremem psychischen Stress oder bei Schockzuständen. In diesen Fällen spricht man von einem Gelegenheitsanfall, der eine akute Ursache hat.

Von einer Epilepsie spricht man erst, wenn ohne erkennbare Ursache spontan mehrere Anfälle (mindestens zwei) aufgetreten sind.

In der Regel ist ein Betroffener nur während der Sekunden oder Minuten des Anfalls „krank“ und in dieser Zeit auf Unterstützung, Verständnis und Hilfe angewiesen. Zwischen den Anfällen ist der Mensch mit einer Epilepsie unbeeinträchtigt.

Epilepsien sind also wiederholte und vorübergehende Störungen der Hirnfunktionen.

Was sind Ursachen von Epilepsien?

Häufig treten Epilepsien als Folge von Hirnschädigungen auf, z.B. nach Sauerstoffmangel bei der Geburt oder während der Schwangerschaft, nach Unfällen oder bei Tumoren, nach Schlaganfällen oder aufgrund von Narben im Gehirn.

Solche Ursachen lassen sich mit den Mitteln der modernen Medizin heutzutage bei gründlichen Untersuchungen herausfinden.

Die Ursachen vieler anderer Epilepsien bleiben aber unbekannt.

Obwohl Epilepsien nur in Ausnahmefällen direkt vererbt werden, können ererbte Veranlagungen eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Epilepsien spielen.

Wie entstehen epileptische Anfälle?

Ursache eines epileptischen Anfalls ist eine vorübergehende Funktionsstörung des Gehirns, hervorgerufen durch gleichzeitige elektrische Entladung größerer Verbände von Nervenzellen im Gehirn.

Nach der vorübergehenden Störung durch einen Anfall normalisieren sich die Hirnfunktionen wieder vollständig. Das Gehirn ist manchmal schlagartig wieder voll da. In anderen Fällen benötigt es eine Erholungszeit, in der sich der Betroffene wieder langsam orientiert.

Durch die epileptische Funktionsstörung werden die Nervenzellen nicht geschädigt oder gar zerstört.

Erst wenn Anfälle in Serien auftreten oder es zu einem so genannten Status epilepticus kommt, kann z.B. Sauerstoffmangel das Gehirn schädigen.

Unter einem Status epilepticus versteht man Anfälle von über 30 Minuten Dauer oder mehrere Anfälle, zwischen denen der Patient das Bewusstsein nicht wiedererlangt.

Wie sehen epileptische Anfälle aus?

Epileptische Anfälle können höchst unterschiedlich aussehen. Die folgenden vier Punkte helfen bei der Einordnung:

1. Am bekanntesten, weil an auffälligsten, ist der **große Krampfanfall**, auch **Grand mal** genannt. Er ist gekennzeichnet durch Bewusstlosigkeit, oft Sturz, starre Verkrampfung (tonische Phase), dann rhythmische Zuckungen (klonische Phase), schließlich Erschlaffen mit unterschiedlich langer Erholungszeit, manchmal Verwirrtheitszustand oder Nachschlaf nach dem Anfall. Wie andere Anfälle kann ein Grand mal von einem „Vorgefühl“ (Aura) angekündigt werden. Dann hat der Betroffene unter Umständen noch Zeit sich auf den Anfall vorzubereiten.
2. Eine **Absence** ist ein kurzer Anfall, bei dem der Epilepsiebetreffende plötzlich das Bewusstsein verliert, innehält und nach einigen Sekunden das Bewusstsein genauso plötzlich wiedererlangt.
3. Ein **komplex-fokaler (psychomotorischer) Anfall** wird häufig durch eine Aura eingeleitet. Dann folgt eine Bewusstseinstrübung, die Person wirkt umdämmert und reagiert nicht mehr angemessen auf Ansprache. Sie vollführt im Anfall meist die gleichen Handlungen (z.B. Nestelbewegungen, Kauen, Schmatzen), die in sich zwar sinnvoll erscheinen mögen, aber in der Situation unpassend sind. Der Anfallskranke kommt erst allmählich wieder zu sich. Dieser „Dämmerzustand“ kann mehrere Minuten dauern.
4. Bei einem **einfach-fokalen Anfall** bleibt das Bewusstsein erhalten. Der Anfall beschränkt sich auf bestimmte Körperteile (z.B. Zucken oder Verkrampfen eines Armes) oder Sinnesorgane (z.B. Sehen von Farben, Wahrnehmen eines bestimmten Geruches). Eine **Aura** ist ein solcher einfach-fokaler Anfall, den man dem Betroffenen nicht ansieht; er spürt ihn nur selbst.

Angemessen Helfen bei einem epileptischen Anfall

- Ruhe bewahren, mögliche Gefahrenquellen entfernen bzw. den vom Anfall Betroffenen davor bewahren, ist in jedem Fall das angemessene Verhalten bei einem epileptischen Anfall.
- Darüberhinausgehende Hilfen erfordert der generalisierte tonisch-klonische Anfall, auch großer Krampfanfall oder Grand mal-Anfall genannt.
- Notfallmedikation kommt nur in Frage, wenn bekannt ist, dass der Betroffene zu Anfallsserien neigt, oder wenn der Anfall länger als 10 Minuten dauert.

Epileptische Anfälle sind an sich nicht gefährlich. In der Regel hören sie nach wenigen Minuten von selbst auf. Es gibt sehr unterschiedliche Anfallsformen. Den unmittelbaren Anfallsverlauf (handelt es sich um den Verlust des Bewusstseins oder nur um Abwesenheit, Bewusstseinstrübung, automatische Bewegungen, mögliche krampfartige Zuckungen, den eventuellen Biß auf die Zunge) kann man von außen nicht beeinflussen. Bemühungen dieser Art – gewaltsames Festhalten etwa – können eher schaden.

Ruhe bewahren, nicht überstürzt und kopflos reagieren, mögliche Gefahrenquellen entfernen bzw. den vom Anfall Betroffenen davor bewahren, ist in jedem Fall das angemessene Verhalten.

Darüberhinausgehende Hilfen erfordert der generalisierte tonisch-klonische Anfall, auch **großer Krampfanfall** oder **Grand mal-Anfall** genannt. Ihn charakterisieren Hinstürzen, Bewusstlosigkeit, (tonische) Versteifungsphase, (kurzer, gefahrloser) Atemstillstand, rasche, allmählich abklingende Zuckungen (Kloni), schaumartiger Speichelaustritt, eine Nachphase mit langsam zurückkehrender Orientierung, der Abgeschlagenheit und des möglichen starken Schlafbedürfnisses.

Die folgenden Anleitungen beziehen sich auf das Helfen bei dieser bekanntesten aber nicht alleinigen Form eines epileptischen Anfalls.

Sofortmaßnahmen während des Anfalls

Betroffenen

- aus einem Gefahrenbereich entfernen oder ihn davon fernhalten (Straßenverkehr, Gefahrenquellen wie Wasserbecken, Treppen)
- gefährdende Gegenstände entfernen (Brille, Werkzeuge, Möbel)
- geschützte Lagerung des Körpers garantieren (Kopfunterlage)

Betreuung direkt nach dem Anfall

Betroffenen

- bei eintretender Ruhephase in Seitenlage bringen (Speichelabfluss ermöglichen)
- Kleidung insbesondere am Hals lockern (und damit Atmung erleichtern)
- freundlich ansprechen und so den Zeitpunkt kontrollieren, zu dem das Bewusstsein zurückkehrt
- nach etwaigen Verletzungen im Kopfbereich sehen

Hilfestellung in der Phase des Bewusstwerdens und der Erholung

Betroffenen

- Hilfsbereitschaft zusagen. Nutzlos Dabeistehende zum Weitergehen auffordern.
- nach seinen Wünschen fragen. Seinen vernünftigen Anweisungen folgen.
- Begleitung anbieten und für ihn eine etwaig notwendige Gelegenheit zum Ausruhen erkunden

Dauert ein Anfall länger als 3-5 Minuten (die Umdämmerung nach dem Anfall wird nicht dazu gerechnet) ist ein Arzt zu verständigen.

Falls vorhanden, ist ein Anfall unterbrechendes (Notfall-)Medikament zu geben.

Notfallmedikation

Sie kommt nur in Frage, wenn bekannt ist, dass der Betroffene zu Anfallsserien neigt oder wenn der Anfall länger als 3-5 Minuten dauert. Gegeben wird in der Regel der Wirkstoff Diazepam, der rectal verabreicht wird. Das Medikament ist in Tuben zu 5 mg und 10 mg erhältlich und wird als Miniklistier zur Einführung in den After verabreicht.

Bei Kleinkindern bis 10 kg Körpergewicht werden anfangs 5 mg, bei Schulkindern 10 mg, bei normalgewichtigen Erwachsenen 20 mg verabreicht.

Die anfallshemmende Wirkung tritt nach etwa 3-5 Minuten ein. Bleibt diese aus, sind nach Ablauf der 5 Minuten noch einmal 5 mg bzw. 10 mg bzw. 20 mg Diazepam einzuführen. Nach Ablauf der nächsten 5 Minuten ohne Wirkung ist die Möglichkeit eines Status epilepticus in Betracht zu ziehen. Dieser ist lebensbedrohlich und muss unverzüglich durch einen fachkundigen Arzt behandelt werden.

Speichererkrankungen

Speichererkrankungen sind angeboren. Wegen eines Gendefekts in einem Enzym werden bestimmte Stoffwechselprodukte nicht ausreichend abgebaut. Diese werden stattdessen in verschiedenen Körperorganen gespeichert und führen dadurch zu einer Schädigung der Zellen. Die Folge sind körperliche und geistige Behinderungen sowie eine geringere Lebenserwartung.

Speicherkrankheiten

Enzyme sind "Werkzeuge" der Zelle. Die Eiweißkörper sind für den Auf- und Abbau lebenswichtiger Substanzen verantwortlich. Bei Menschen mit lysosomalen Speicherkrankheiten können bestimmte Enzyme aufgrund eines genetischen Defekts nicht richtig arbeiten.

Dadurch sammeln sich große Moleküle, etwa Kohlenhydrate oder Fette, in den Zellen an und werden nicht verwertet. Dies führt zu Schädigungen und Fehlfunktionen.

Babys und Erwachsene als Patienten

Prinzipiell können diese erblichen, angeborenen Stoffwechselstörungen in jedem Lebensalter - vom Säugling bis zum Erwachsenen - auftreten. Insgesamt sind aus der Gruppe der "lysosomalen Speicherkrankheiten" 50 verschiedene Formen bekannt.

So unterschiedlich Verlauf und Symptome der einzelnen Krankheiten sind, sie haben alle eines gemeinsam: Sie entstehen durch eine Fehlfunktion von Enzymen.

Die unterschiedlichsten Organsysteme können von einer Enzymstörung betroffen sein: z. B. Nerven und Gehirn, Leber, Niere, Herz, Lunge oder Knochen und Gelenke. Je nach Art und Ausmaß des Enzymdefekts sind die Krankheiten unterschiedlich stark ausgeprägt. Manche dieser Speicherkrankheiten führen jedoch bereits im Kindes- und Jugendalter zum Tod.

50 Speicherkrankheiten

Lysosomale Speicherkrankheiten sind relativ selten. An jeder der 50 Krankheiten aus dieser Gruppe erkranken weniger als 10.000 Menschen weltweit. Obwohl sie als rar gelten, ist dennoch durchschnittlich eines von 7.700 Neugeborenen betroffen.

Allerdings variieren die Angaben über die Häufigkeit der Erkrankungen; dies kann daran liegen, dass viele Experten von einer recht hohen Dunkelziffer nicht diagnostizierter "Fälle" ausgehen.

Langer Weg zur richtigen Diagnose

Neugeborene mit genetisch bedingten Stoffwechselerkrankungen erscheinen meistens gesund. In den ersten Lebensjahren können die ersten Anzeichen, aber auch schweren Symptome auftauchen, z.B. Verhaltensauffälligkeiten, Verzögerung des Wachstums, Vergrößerung von Organen (Leber, Milz), Infektionen der Atemwege, Erkrankungen des Herzens.

Es gibt auch Patienten, bei denen sich die Symptome erst im Erwachsenenalter merklich herausbilden bzw. Betroffene, die ganz ohne Symptome leben.

Eine frühe Diagnose ist jedenfalls wichtig, um mögliche irreversible Folgeschäden zu vermeiden. Aufgrund des seltenen Auftretens und der unspezifischen Symptome (z. B. Knochenschmerzen, Darmprobleme) erhalten Patienten mit lysosomalen Speicherkrankheiten oftmals erst spät die richtige Diagnose.

Nur spezialisierte Labors können die zielführenden Tests durchführen, z. B. um die Aktivität von Enzymen zu bestimmen oder bestimmte Mutationen im Erbgut aufzuspüren.

Bekämpfung der Symptome statt Heilung

Bereits um 1900 waren viele lysosomale Speichererkrankungen durch Ärzte und Wissenschaftler erfasst und beschrieben. Wirkungsvolle ursächliche Therapien fehlen allerdings für die meisten von ihnen bis zum heutigen Tage.

Bei manchen Formen hilft die Transplantation von gesundem Knochenmark, um dem kranken Körper den Mechanismus der Enzymbildung "beizubringen". Gegen ein Zehntel der Speicherkrankheiten gibt es seit einigen Jahren eine völlig neue Behandlungsform, die Enzymersatztherapie: Künstliche Enzyme werden durch Infusionen verabreicht.

Autismus

Beim Autismus handelt es sich um tiefgreifende Entwicklungsstörungen, denen komplexe Störungen des zentralen Nervensystems, insbesondere der Wahrnehmungsverarbeitung zugrunde liegen. „Autismus“ bezeichnet ein „Syndrom“, d. h. nicht ein einzelnes Kriterium, sondern nur eine Vielzahl von Symptomen, kann zur Diagnose führen. Die Diagnose wird über die Beurteilungskriterien der international anerkannten Klassifikationssysteme ICD 10 und DSM IV gestellt. Es sind verschiedene Formen von Autismus bekannt: Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom), Asperger-Syndrom, High-funktioning Autismus, atypischer Autismus und autistische Züge. Die Symptomatik umfasst schwere Kontakt- und Beziehungsstörungen, motorische Stereotypen sowie stereotype Sonderinteressen, Handlungen mit Zwangscharakter, Veränderungsangst. Beim frühkindlichen Autismus kommen Sprach- und Sprechstörungen mit gestörtem Sprachverständnis, z. T. völlig fehlende eigene Sprache, Echolalie und Pronominalumkehr, sowie häufig eine gewisse allgemeine kognitive Beeinträchtigung hinzu.

Der Ausbruch dieser Erkrankung liegt vor dem 30. Lebensmonat, wobei eine „normale Entwicklungsphase“ meistens nicht eindeutig zu belegen ist. Kinder mit Asperger-Syndrom fallen oft erst im Kindergarten auf. Es existiert keine klinisch bedeutsame allgemeine Sprachverzögerung. Sie zeigen dagegen Entwicklungsverzögerungen in der Motorik und motorische Ungeschicklichkeiten. Im Verhalten sind ein ungewöhnlich intensives, umschriebenes Interesse an einzelnen Themen und begrenzte repetitive Verhaltensmuster typisch. Die für den frühkindlichen Autismus typischen Beschäftigungen mit Teilobjekten und nichtfunktionalen Elementen des Spielmaterials, sind für Asperger-Autisten eher untypisch.

Der autistische Mensch nimmt seine Umwelt mit funktionsfähigen Sinnesorganen wahr, kann die zahlreichen Reize aber nicht richtig einordnen und in Beziehung zueinander bringen.

Autistische Menschen sind von Beginn an bzw. ab einem frühen Alter beeinträchtigt in ihrer Möglichkeit die Welt wahrzunehmen und zu verstehen - sich selber so zu erleben, wie es uns möglich ist (Eigenwahrnehmung). Es ist ihnen unmöglich, Gesetzmäßigkeiten in ihrer Umwelt und im sozialen Leben zu erkennen und nach ihnen zu handeln. Sie können kein verlässliches Bild der Welt internalisieren (verinnerlichen), keine Sicherheit im Austausch mit der Umwelt und dem eigenen Erleben aufbauen. Sie sind sich selbst und der Umwelt gegenüber zutiefst verunsichert und brauchen feste Regeln, Abläufe und Strukturen, um sich halbwegs zurechtfinden zu können. In diesem Zusammenhang bekommen selbst die für uns unverständlichen Zwänge, die ja ein typisches Bild für autistische Menschen sind, Sinn. Sie stellen den Versuch dar, sich mit Hilfe von „Regeln“ Sicherheit zu schaffen.

Bereits im Säuglingsalter können sich erste Anzeichen eines frühkindlichen Autismus zeigen. Einige Kleinkinder sind auffallend ruhig und zufrieden. Sie schlafen deutlich mehr als andere Kinder im gleichen Alter. Andere sind so genannte Schreikinder und wenden sich bei Körperkontakt oder Auf-den-Arm-genommen-Werden ab. Sie scheinen auf dem Arm der Eltern zu leiden, statt Trost zu finden. Sie machen sich steif oder lassen den Körperkontakt schlaff über sich ergehen. Diese Kinder sind in ihrer Taktilität (Spürsinn) über- bzw. unterempfindlich. Bei dem Versuch Blickkontakt aufzunehmen, wenden sie sich ab. Diese frühkindlichen Verhaltensmuster beeinflussen die Eltern-Kind-Beziehung und führen bei den Eltern zu Verunsicherungen, Trauer, Ablehnung und Wut, was den Beziehungsaufbau zum Kind wiederum erschwert. Diese Störungen der Interaktion in Kommunikation und Kontaktaufnahme lassen quasi jeden Versuch eines Beziehungsaufbaus scheitern.

Mit zunehmendem Alter kommen zahlreiche Verhaltensauffälligkeiten dazu, die besonders für Eltern und die BetreuerInnen in den entsprechenden Einrichtungen wie Schule, Heim, Ausbildungs- und Arbeitsplatz, im alltäglichen Umgang mit diesen Menschen sehr belastend sind.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Autistische Menschen haben Schwierigkeiten die Informationen aus der Umwelt zu verarbeiten und das Sozialverhalten und die Kommunikation der Menschen zu verstehen. Es ist für sie nicht möglich, die aufgenommenen Reize der dinglichen und lebendigen Umwelt in dem uns „Nichtautisten“ gewohnten Sinne wahrzunehmen. Aufgrund dieser anderen Art der Wahrnehmung bilden autistische Menschen andere „Anpassungsmodalitäten“ heraus, mit denen sie versuchen, im Alltag zurechtzukommen. Sie ziehen sich aufgrund dessen früh in eine eigene „innere Welt“ zurück, schaffen sich eigene Erklärungsweisen/Verständnisweisen ihrer Umwelt, die uns in der „Außen-Welt“ Lebenden oft genug verborgen bleiben. Menschen mit Autismus reagieren in den meisten Situationen anders als wir es erwarten bzw. gewohnt sind. Sie können unsere Mimik, Gestik und Sprache nicht entsprechend verstehen. Sie wenden sich von Menschen ab und lieber unbewegten Objekten zu, die sie mit ihren „Erklärungsmodellen“ (Wahrnehmung) besser handhaben können. So ist die Reaktion der Objekte (z. B. Autoräder) auf ihre Handlungen (drehen) vorhersehbarer bzw. einschätzbarer, nicht aber die doch recht komplexen gestischen und mimischen Ausdrücke des anderen Menschen. Da die „innere“ und die „äußere“ Welt nicht übereinstimmen, die ausgebildeten Anpassungsleistungen nicht als solche fungieren, erlebt der autistische Mensch permanent ein Mislingen im Umgang mit der Umwelt. Die Folgen hiervon sind Rückzug, Zwänge, Wut bis hin zur Autoaggression. Diese fungiert allerdings auch als Stimulus bei mangelnder Selbstwahrnehmung. So ist z. B. bei eingeschränkter visueller Wahrnehmung zu beobachten, dass die Augen immer wieder fest gedrückt oder gepiekt werden. Das Schlagen auf die Ohren kann z. B. Ausdruck einer gestörten auditiven Verarbeitung sein. Das Gleiche gilt für die anderen Sinneskanäle.

Prognose

Autismus ist nicht heilbar, jedoch lässt sich mit einer entsprechenden Therapie ein wesentlich günstigerer Verlauf und eine positivere Prognose in Bezug auf die Selbstständigkeit und soziale Integration erzielen. Die Chance, vorhandene oder sich „festigende“ Wahrnehmungsverarbeitungs- und Beziehungsstörungen innerhalb wie außerhalb der Familie positiv zu beeinflussen, ist größer, je früher die autismusspezifische Förderung einsetzen kann.

Multiple Sklerose (MS)

Die Multiple Sklerose (MS) beginnt meist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr und ist die zweithäufigste neurologische Erkrankung junger Erwachsener. MS wird heute als eine Autoimmunerkrankung gesehen:

Durch Angriffe körpereigener Abwehrzellen werden die schützenden Myelinscheiden der Nerven im Gehirn und teilweise auch im Rückenmark geschädigt. Dieser Vorgang wird als Demyelinisierung bezeichnet, durch die die Leitfähigkeit der Nerven zunehmend vermindert wird. Dies ruft die anfänglichen Symptome wie plötzlich auftretende Sehstörungen, Kribbeln, Spastiken, Lähmung, schnelle Ermüdbarkeit usw. hervor.

Der weitere Krankheitsverlauf hängt von der Form der MS ab.

Bei der schubförmig remittierenden MS erholen sich die Erkrankten zwischen den plötzlich auftretenden Schüben vollständig oder teilweise.

Bei der primär- und sekundär-progredienten (fortschreitenden) Form verstärken sich die Symptome kontinuierlich und schleichend. Im weiteren Verlauf der Erkrankung kann es dann u. a. zu Konzentrationschwierigkeiten, Depressionen bis hin zu teilweiser Lähmung kommen.

Die Behandlung der Multiplen Sklerose konzentriert sich auf die Linderung und Beeinflussung der Symptome durch die verschiedensten medikamentösen Therapien, die MS selbst ist nicht heilbar.