

# ÄRZTEHEIM

## ***Betriebs- und Leistungsbeschreibung***

1. Pflege- und Organisationskonzept
2. Therapeutisches Konzepte
3. Medizinisches Konzept

lt. Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz § 7 Betriebs- und Leistungsbeschreibung

Konzeption und Maßnahmen zur Durchführung  
von Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung  
Stand November 2020, aktualisiert von PDL Iris Ebner

# INHALTSVERZEICHNIS

1	<b>EINLEITUNG</b>	5
1.1	Lage	6
1.2	Aufbau	6
1.3	Ausstattung	6
1.3.1	Waschplätze	7
1.3.2	Abfallentsorgung	7
1.4	Hausordnung	8
1.5	Leistungsangebot	12
1.5.1	Langzeitpflege	12
1.5.2	Kurzzeitpflege/Urlaubspflege/Befristete Pflege	12
1.5.3	Betreuungsangebot	12
1.6	Angebote	14
2	<b>PFLEGE- und ORGANISATIONSKONZEPT</b>	16
2.1	Verantwortliche Personen	16
2.2	Pflegeleitbild	16
2.3	Organigramm	16
2.4	Pflegeverständnis	17
2.4.1	Mitarbeiterbezogen	18
2.4.2	Bewohnerbezogen	18
2.5	Konzept für die Betreuung dementielle Menschen	19
2.6	Pflegemodell nach Monika Krowinkel	21
2.7	Bezugspflege als Pflegeorganisationssystem	21
2.8	Kongruente Beziehungsarbeit nach Bauer	22
2.9	Pflegepersonal	22
2.10	Tagespräsenz	23
2.11	Organigramm für die Pflegebereiche	24
2.12	Dienstpläne	25
2.13	Aufgabenbereiche der Berufsgruppen	25
2.13.1	Pflegebereichsmanager/-innen	25
2.13.2	DGKP/Pflegebereichskoordinatoren/-innen	26
2.13.3	Pflegeassistenz/Pflegefachassistenz	27
2.13.4	Heimhilfe	28
2.13.5	Seniorenbetreuung	28
2.13.6	Psychologie	28
2.13.7	Wäscherei-Personal	29

2.13.8	Küchen-Personal	29
2.13.9	Reinigungspersonal	29
2.13.10	Haustechnik	29
2.14	Psychologisches Personal	29
2.14.1	Tätigkeiten	29
2.14.2	Aktivitätenplan	31
2.14.3	Memory Ambulanz	31
2.14.4	Sonstige Aufgaben	32
2.15	Medizinisches Personal	32
2.16	Stellenbeschreibungen	32
2.17	Personalentwicklung und Fortbildungen	33
2.18	Qualitätsmanagement	33
2.18.1	Pflegevisite	34
2.18.2	Hygiene- und Reinigungsvisite	34
2.18.3	Psychologische Visiten	34
2.18.4	Pflegestandards	35
2.19	Qualitätssicherung	35
2.19.1	Evaluation	36
2.19.2	Aufnahmemanagement	36
2.19.3	Kommunikationsstruktur	37
2.19.4	Bewohnerfallbesprechung/Qualitätszirkel	38
2.19.5	Ethische Bewohnerbesprechungen/Vorsorgedialog	39
2.20	Hygiene	39
2.20.1	Hygienestandards	39
2.20.2	Infektionskrankheiten	40
2.20.3	Persönliche Hygiene	40
2.20.4	Allgemeine Hygiene	40
2.20.5	Hygienemaßnahmen im Umgang mit Wäsche	40
2.20.6	Desinfektionsplan	40
2.20.7	Hygieneplan	41
2.20.8	Reinigungs- und Desinfektionsplan	43
2.20.9	Messgeräte	43
2.20.10	Warmwasseruntersuchung	43
3	<b>THERAPEUTISCHES KONZEPT</b>	44
3.1	Physiotherapie	44
3.2	Ergotherapie	45
3.3	Logopädie	45
3.4	Therapiehund	45

3.5	Musikrunde	46
3.6	Entspannungsrunde	46
3.7	Kogn. Training	46
3.8	Integrative Biographierunde	46
3.9	Feste und Feiern	46
4	MEDIZINISCHES KONZEPT	48
4.1	Medizinisch Verantwortliche	48
4.2	Notfallmanagement	49
4.2.1	Maßnahmen in lebensbedrohlichen Situationen	49
4.2.2	Maßnahmen in nicht lebensbedrohenden Situationen	50
4.2.3	Vorgehensweise bei med. Notfällen/Todesfällen	51
4.3	Suchtmittelgebarung	53
4.4	Sauerstoffgebarung	54
4.5	Arzneimittel	54
5	BRANDSCHUTZ	55

# **1 EINLEITUNG**

Das Ärzteheim wurde in den Jahren 1970-1973 nach der Idee von Frau Dr. Lore Antoine, ehemalige Präsidentin der Organisation der Ärztinnen Österreichs, erbaut. Ursprünglich war ein Altersheim für ehemalige Ärztinnen und Ärzte geplant, in welchem diese nach einem arbeitsreichen Leben, ihren Ruhestand genießen und gut versorgt zubringen können.

So entstand das "Haus der Ärzte/-innen" als eines der ersten Seniorenheime Wiens mit 83 geräumigen Appartements, einer Betreuungsstation, einem Kaffeehaus und einem großen Garten.

Im September des Jahres 1973 wurde das Haus eröffnet. Im Laufe der Zeit ist, aufgrund des zunehmenden Alters der BewohnerInnen, der Teil der pflegenden Personen gestiegen.

2006 wurde das Haus von der Firma FOQUS übernommen. Die Strategie der neuen Betreiber befasst sich vor allem mit der Erneuerung und Renovierung der Einrichtung, des Gebäudes und der Restrukturierung sowie der Überarbeitung des Betreuungsangebotes und -konzeptes.

Die Firma FOQUS Management und Beratung GmbH betreibt, plant und errichtet Wohn- und Pflegeeinrichtungen in Österreich entsprechend den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen.

Ziel des Unternehmens ist es, auf professionelle und innovative Art und Weise soziale Verantwortung, hohe Qualität in der Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen sowie wirtschaftliche Unternehmensführung miteinander zu verbinden.

Neben dem Betrieb von Wohn- und Pflegeeinrichtungen bietet das Unternehmen auch Beratungsleistungen zum Thema Planung, Errichtung und Betrieb von sozialen Einrichtungen, sowie Management- und arbeitspsychologische Beratungen an.

## **1.1 Lage**

Das Haus liegt in einer ruhigen Umgebung, Spaziergehen oder Radfahren am Anningerweg ist bis nach Oberlaa möglich. Die Verkehrsverbindung ist gut, es ist mit der neu ausgebauten U1 möglich innerhalb von ca. 20 Minuten mitten in der Stadt am Stephansplatz zu sein. Einkaufsmöglichkeiten befinden sich in der Nähe und in der Fußgängerzone Favoriten.

Der großzügige, ruhige und bunt bepflanzte Garten lädt zu einem Spaziergang ein, oder ermöglicht die Ruhe ganz einfach zu genießen.

Vor allem der herrliche, unverbaute Ausblick bis zum Anninger über die Dächer im Süden Wien bezaubert zu jeder Jahreszeit.

## **1.2 Aufbau**

Derzeit stehen 85 Zimmer mit insgesamt 172 möglichen Betten zur Verfügung. Die Bettenstruktur ist wie folgt:

Einzelzimmer: 6  
Doppelzimmer: 71  
Dreibettzimmer: 8

Diese Zimmer sind in 7 Pflegebereiche unterteilt.

<u>Pflegebereich 1 – Erdgeschoß</u>	<u>Pflegebereich 4 – 2. Stock</u>	<u>Pflegebereich 5 – 2. St.</u>
27 Betten mit: 5 Einzelzimmer 8 Doppelzimmer	22 Betten 8 Doppelzimmer 2 Dreibettzimmer	26 Betten 13 Doppelzimmer 2 Dreibettzimmer

<u>Pflegebereich 2 – 1. Stock</u>	<u>Pflegebereich 3 – 1. Stock</u>
22 Betten 8 Doppelzimmer 2 Dreibettzimmer	26 Betten 13 Doppelzimmer

<u>Pflegebereich 6 – 3. Stock</u>	<u>Pflegebereich 7 – 3. und 4. Stock</u>
26 Betten 10 Doppelzimmer 2 Dreibettzimmer	23 Betten 11 Doppelzimmer 1 Einzelzimmer

### 1.3 Ausstattung

Das Ärzteheim verfügt über 85 Zimmer und 172 Betten. Alle Zimmer sind mit Balkonen, Dusche, WC und zum Teil mit begehbarem Schrank sowie Kochnische und Kühlschrank ausgestattet. Alle Einheiten verfügen über großzügige 46 m<sup>2</sup> Wohnfläche.

Die Zimmer sind in Einzel-, Doppel- und Dreibettzimmerstruktur, wobei die Dreibettzimmer den Eindruck von Einzel- und Doppelzimmer erwecken, da eine Verbindungstür die Räume trennt (siehe Plan). Die Bewohner können hier mit eigenen Möbeln ihren individuellen Wohnraum gestalten.

Der Speisesaal lädt täglich zum gemeinsamen Einnehmen der Mahlzeiten ein oder es wird in den Aufenthaltsräumen der Pflegebereiche gegessen. Wir bieten Normalkost und Diätkost, die auch für Diabetiker geeignet ist. Es kann täglich zwischen zwei Menüs gewählt werden.

Die Ausstattung der Wohn- und Pflegezimmer sind auf die Bedürfnisse entsprechend ausgestattet. Im Pflegebereich sind das neben dem Pflegenotrufsystems behindertengerechte Einrichtungen wie zum Beispiel Pflegebetten, Antidekubitusprodukte, Sicherheitseinrichtung wie Verbrühungsschutz des Heißwassers, barrierefreie Nasszellen, Spezialvorrichtungen wie spezielle Toilettenanlagen, etc.

Es besteht eine Möglichkeit für die Isolierung von Bewohnern, falls dies aus medizinischen oder hygienischen Gründen erforderlich ist.

### 1.3.1 Waschplätze

Im Pflegebereich sind überdies spezielle geeignete Waschbereich für Ganzkörperwäsche, Hebelifter etc. eingerichtet.

Diese Anlagen sind hygienisch einwandfrei, wandseitig montiert und mit dem Ellenbogen bedienbaren Seifenspendern und mit Einmalhandtuchspendern ausgestattet. Diese Ausstattung ist auch in den Sanitäranlagen für das Betreuungspersonal vorhanden sowie in den Räumlichkeiten in denen medizinische Maßnahmen gesetzt werden.

Der Bereich des Wäsche- und Materiallagers ist in Zusammenarbeit mit dem Brandschutzbeauftragten, dem Sicherheitstechniker und der Arbeitsmedizin speziell adaptiert und eingerichtet.

### 1.3.2 Abfallentsorgung

Die Abfallentsorgung erfolgt gemäß den Vorschriften des Wiener Abfallwirtschaftsgesetzes. Die Entsorgung der Problemstoffe und Kontaminationsbeseitigung erfolgt gemäß den Richtlinien der MA 48.

Die Sammlung des Abfalls aus dem medizinischen Bereich wird im Pflegeheim nach zwei Abfallkategorien getrennt. Dabei wird die Vorgabe des Arbeitskreises für Krankenhaushygiene des Magistrats der Stadt Wien MA 15 – Gesundheitswesen und Soziales berücksichtigt.

Bei der Trennung wird in folgende Kategorien aufgeteilt:

1. Abfallkategorie I - infektiöser und verletzungsgefährdender Abfall
2. Abfallkategorie II - sonstiger Abfall aus dem medizinischen Bereich
3. Sonstige gefährliche Abfälle gem. Abfallwirtschaftsgesetz
4. Hausmüllartige Abfälle
5. Wiederverwertbare Altstoffe

Abfall wird laut Hygiene- Standard Nummer 09\_01 (Abfallentsorgung) nach ÖNORM S 2104 i.d.g.F. ( Abfälle aus dem medizinischen Bereich) bewahrt und entsorgt.

Abfälle jeglicher Art werden wie vorgeschrieben getrennt und in geeignete Behältern entsorgt. Die Mülltrennung und -entsorgung wurde mit den ortszuständigen Entsorgungsfirmen (AWS + A.S.A.) abgesprochen.

Die Entsorgungszeiten sind am Abfuhrkalender ersichtlich. Die Müllentsorgungsbehälter sind am überdachten Müllplatz abgestellt.

## **1.4 Hausordnung**

Folgende Hausordnung wird an die Bewohner/-innen ausgegeben:

### **HAUSORDNUNG im ÄRZTEHEIM**

#### **Sehr geehrte Bewohnerin! Sehr geehrter Bewohner!**

Wir möchten Sie sehr herzlich im ÄRZTEHEIM willkommen heißen. Wir bieten Ihnen hier ein neues Zuhause und bieten ein Leben in einer gemütlichen Gemeinschaft.

**Wir bemühen uns sehr, dass Sie sich bei uns wohl fühlen!**

Voraussetzung dafür ist ein gutes Zusammenwirken aller Menschen die im Haus wohnen und arbeiten. Mit dieser Heimordnung möchten wir Ihnen die wichtigsten Informationen, sowie einige Bestimmungen unseres Hauses zur Kenntnis bringen.

#### **Aufnahme in das ÄRZTEHEIM**

Sie haben sich zu einem Aufenthalt in unserem Haus entschlossen. Bei der Aufnahme wurde zwischen Ihnen und dem Rechtsträger des Hauses ein schriftlicher Heimvertrag abgeschlossen. Das erste Aufnahmegespräch erfolgt durch standardisierte Aufnahmerichtlinie.

#### **Betriebsführung**

Die Geschäftsführung obliegt Mag. Roland Schemel und die Heimleitung PhDr. Dr. Cornel Binder-Kriegelstein. Das Büro befindet sich im Eingangsbereich. Die Anmeldung erfolgt über das Sekretariat der Verwaltung. Wenn Sie Fragen, Wünsche oder Beschwerden haben, so richten Sie diese bitte an das Sekretariat oder (falls die Pflege betreffend) an die Pflegebereichsmanager/-in oder an die PDL Iris Ebner. Beachten Sie bitte die Öffnungszeiten Mo-Fr 9-14 Uhr. Bei dringenden Angelegenheiten außerhalb dieser Zeiten, wenden Sie sich bitte an die Pflegebereiche.

#### **Ärztliche Betreuung**

Sie haben das Recht auf freie Arztwahl. Fragen über Ihren Gesundheitszustand richten Sie oder Ihre Vertrauensperson bitte ausschließlich an den behandelnden Arzt. Im Haus ordinieren, neben diversen Fachärzten, auch die Heimgärtin Dr. Maja Darwish (praktische Ärztin) und der Hausarzt Dr. Kurt Kolomaznik (praktischer Arzt). Die Ärzte kommen zur Visite jeweils auf die Pflegebereiche.

#### **Pflege**

Der Pflegedienst wird von der Pflegedienstleitung, Frau Iris Ebner, geleitet. Die Pflegebereiche werden von den Pflegebereichsmanager/-innen geleitet.



Die Pflege wird von qualifiziertem Personal rund um die Uhr sichergestellt. Bei Fragen, Wünschen oder Beschwerden, wenden Sie sich bitte direkt an die Pflegedienstleitung oder die Pflegebereichsmanager/-innen.

### **Vertrauensperson / Erwachsenenvertreter**

Wir ersuchen Sie, bei Einzug in unser Haus eine Person Ihres Vertrauens dem Sekretariat und der Pflegebereichsmanager/-innen zu nennen (mittels Formular). Diese Vertrauensperson kann sich in allen Angelegenheiten an Verwaltung oder bei der/dem Pflegebereichsmanager/-in wenden. Die von Ihnen gewählte Vertrauensperson ist in wichtigen Belangen zu verständigen. Ihr ist auf Verlangen die Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren.

### **Mahlzeiten**

Die Essenszeiten sind dem üblichen Tagesablauf angepasst. Die Mahlzeiten erhalten Sie zu folgenden Zeiten:

Frühstück:	07:30 – 09:30 Uhr
Mittagessen:	12:00 – 13:00 Uhr
Jause:	14:30 – 15:30 Uhr
Abendessen:	17:30 – 18:30 Uhr

Sollten Sie bezüglich des Essens oder der Essenszeiten Sonderwünsche haben, so wenden Sie sich bitte an das Pflegepersonal. Wir werden versuchen Ihren Wünschen zu entsprechen.

### **Wäschereinigung**

Die Flachwäsche wird von einer externen Firma (Salesianer) abgeholt und gereinigt. Die Kleidungsstücke können privat oder im Haus gewaschen werden.

### **Fernsehen und Kühlschrank**

Fernseher mit Satellitenanschluss und Kühlschränke gehören zur Grundausstattung in jedem Zimmer können auf Wunsch der Bewohner jederzeit benutzt werden.

### **Reinigung**

Die Reinigung des Hauses erfolgt täglich durch hauseigenes Personal.

### **Religionsausübung**

Jedem Bewohner steht das Recht auf freie Religionsausübung zu. Wenn Sie den Besuch eines Priesters oder Seelsorgers wünschen, melden Sie dies bitte der

Pflegebereichsmanagerin bzw. dem Sekretariat. Für Andachten und Gottesdienste steht der hauseigene Andachtsraum zur Verfügung.

## **Besuchszeiten**

Besuche sind prinzipiell jederzeit möglich.

Die Besucher werden jedoch gebeten, für die notwendigen Betriebsabläufe und Bedürfnisse der Mitbewohner Verständnis aufzubringen und Ihre Besuche darauf einzustellen.

## **Nachtruhe**

Als Nachtruhe gilt die Zeit von 22.00 bis 6.00 Uhr. Aus Rücksicht auf die Mitbewohner werden Sie ersucht während dieser Zeit alle Geräuschquellen, wie z.B. Radio oder Fernseher auf Zimmerlautstärke zustellen oder Kopfhörer zu verwenden. Während der Zeit von 20.00 bis 06.00 Uhr (in den Sommermonaten - Juni, Juli, August und September – von 21.00 bis 06.00 Uhr) sind die Eingänge in das Haus versperrt, jedoch durch Läuten zu öffnen.

## **Persönliches Eigentum**

Zur Sicherheit Ihres persönlichen Eigentums empfehlen wir Ihnen Wertgegenstände oder Bargeld im Sekretariat abzugeben. Für Bargeld oder Wertgegenstände in den Zimmern kann keine Haftung vom Haus übernommen werden.

Weiters ersuchen wir Sie nur soviel Bargeld zu verwahren, als Sie zur Bestreitung Ihrer täglichen Bedürfnisse benötigen.

## **Eigentum des Pflegeheimes**

Wenn Hauseigentum durch grob fahrlässigen Umgang oder Vorsatz beschädigt wird, ist vom Verantwortlichen Schadenersatz zu leisten.

## **Besondere Vorkommnisse**

Besondere Vorkommnisse oder Beobachtungen melden Sie bitte unverzüglich der Direktion oder Pflegebereichsmanager/-innen.

## **Brandschutz**

Der Pflegebereich sowie alle öffentlichen Flächen wird generell als rauchfreie Einrichtung geführt. Es gibt jedoch gekennzeichnete Raucherzonen für alle rauchenden Bewohner. Weiters darf im Garten oder auf den Terrassen / Loggien geraucht werden. Wir ersuchen aber um größtmögliche Vorsicht, um Zimmerbrände zu vermeiden.

Die Verwendung von Heizdecken, Heizstrahlern, Elektrokochern, Bügeleisen und ähnlichen Elektrogeräten sind aus Gründen des Brandschutzes nur mit Genehmigung der Geschäftsleitung erlaubt.

Im Falle eines Brandes ist das Pflegeheim entsprechend dem Brandschutz-Fluchtplan zu verlassen. Der Fluchtplan ist in der Eingangshalle ausgehängt. Den Anweisungen von Hauspersonal und Rettungsmannschaften ist unbedingt Folge zu leisten.

### **Feuerwehr Tel: 122**

- Rauchen Sie nicht im Bett
- Werfen Sie Streichholz- und Zigarettenreste nicht in Papierkörbe
- Lassen Sie eingeschaltete, elektrische Geräte und brennende Kerzen nicht unbeaufsichtigt
- Verständigen Sie beim Entdecken eines Brandes umgehend das Büro oder das Pflegepersonal in den Pflegebereichen
- Bewahren Sie Ruhe. Leisten Sie nach Möglichkeit Verletzten Erste Hilfe. Schließen Sie die Türen zum Brandraum
- Bleiben Sie in Ihren Zimmern, bis Sie weitere Instruktionen erhalten
- Benutzen Sie die Aufzüge im Brandfall nicht. Die Benutzung darf nur auf Anweisung der Feuerwehr erfolgen.

### **Geschenke**

Unseren Mitarbeitern ist es nicht erlaubt, Geschenke (Sach- oder Geldgeschenke) anzunehmen. Bitte verstehen Sie eine Zurückweisung diesbezüglich nicht als Missachtung Ihrer gut gemeinten Geste. Wenn Sie die Aktivitäten des Hauses unterstützen wollen, so können Sie das mittels einer Spende an die Gemeinnützige Altersfürsorge GmbH tun. Nähere Informationen erhalten Sie im Büro.

### **Verstöße gegen die Hausordnung**

Grobe Verstöße gegen diese Hausordnung ziehen eine Ermahnung durch die Geschäftsführung nach sich. Wiederholte grobe Verstöße gegen diese Hausordnung können die Kündigung des Heimvertrages zur Folge haben.

### **Hausverbot**

Personen, die die Ruhe und Ordnung des Pflegeheimes stören, kann von der Geschäftsführung das Betreten des Hauses verboten werden. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Gemeinschaft, die auf gegenseitigem Verstehen und Vertrauen aufgebaut ist, wohl fühlen.

## 1.5 Leistungsangebot

### Zielgruppe:

Alle pflegebedürftigen Personen, die aus medizinischer Sicht im Pflegeheim betreut werden können

### Ausschlusskriterien:

Notwendigkeit einer ärztlichen Betreuung 24 Std./Tag

#### 1.5.1 Langzeitpflege

Die Bewohner/-innen der Pflegebereiche werden rund um die Uhr von unseren qualifizierten MitarbeiterInnen betreut. Für das interdisziplinäre Team mit Mitarbeitern/-innen aus dem Bereich Pflege und der ärztlichen Betreuung (freie Arztwahl), steht das Wohl des Bewohners im Mittelpunkt.

#### 1.5.2 Urlaubspflege/Kurzzeitpflege/Übergangspflege

Um pflegenden Angehörigen einen Urlaub zu ermöglichen, übernehmen wir gerne während dieser Zeit die Betreuung. Finanzielle Unterstützung gibt es dafür vom FSW.

Eine befristete Pflege, Urlaubsbetreuung oder Erholung und Regeneration nach einem Krankenhaus-Aufenthalt ist eine Möglichkeit, pflegebedürftige Menschen, welche von ihren Angehörigen gepflegt werden, im Ausmaß von bis zu maximal 92 Tagen pro Jahr nach einem Krankenhausaufenthalt oder während desurlaubes, Kur etc. der Angehörigen in professionelle Pflege zu geben.

Dieses Angebot soll pflegende Angehörige entlasten, im Krankheitsfall „aushelfen“ oder auch Urlaub von der Pflege ermöglichen.

Pflegebedürftige Menschen bis einschließlich Pflegegeldstufe 7 können diese befristeten Aufnahme in Anspruch nehmen. Im Rahmen dieser Betreuung wird der pflegebedürftige Mensch tagsüber und während der Nachtzeit versorgt, aktivierend betreut und gepflegt. Unsere „Gäste“ werden ins normale Alltagsleben im Haus eingebunden, können an Unterhaltungs- und Beschäftigungsangeboten teilnehmen und werden einfühlsam und professionell betreut und gepflegt.

#### 1.5.3 Betreuungsangebot

Das Betreuungsangebot umfasst:

- Ärztliche und pflegerische Betreuung
- Aktivierende Pflege (Anleitung zur Selbsthilfe)
- AEDLs-Training (Aktivitäten des täglichen Lebens)
- Physiotherapie

- Ergotherapie
- Logopädie
- Hilfsmittelversorgung
- Angehörigenintegration
- Qualifizierte, individuelle Pflege unter Anwendung anerkannter Konzepte (Validation, Kinästhetik, Basale Stimulation, ...)
- Ärztliche Betreuung durch AllgemeinmedizinerInnen, PalliativmedizinerInnen, und FachärztInnen (Neurologie/Psychiatrie, Chirurgie, HNO)
- Palliativpflege
- Aromapflege
- Therapie für an Demenz erkrankte Bewohner mit Justo Cat
- psychologische Begleitung, kognitives Training
- Demenz- und Depressionsdiagnostik und Behandlung
- Pastorale Dienste mit Unterstützung der Pfarre
- Ausgewogene Ernährung unter Berücksichtigung altersbedingter Bedürfnisse (Geriaplus, Experte Fa. Novartis)
- Kreative Beschäftigung (Feste, Spiele, Singen...)

## 1.6 Angebote

- Andachtsraum: befindet sich im Untergeschoß
- Ärzte: Heimgärtin, diverse Fachärzte
- Apothekendienst: Die Apotheke liefert ins Haus; Rezepte werden in dringenden Fällen unmittelbar besorgt
- Aufenthaltsraum: befindet sich in jedem Stockwerk
- Banken: Unterstützung bei Bankgeschäften ist möglich
- Besuche: Bei Voranmeldung kann der Besuch im Speisesaal mittagessen
- Briefmarkenservice im Büro
- Briefkasten: das Haus verfügt über einen eigenen Briefkasten
- Bibliothek: Bücher können kostenlos entliehen werden
- Büro: die Verwaltungsmitarbeiter helfen bei allen Anliegen rasch und kompetent
- Eingang: 7:00 Uhr - 20:00 Uhr automatische Öffnung, sonst verschlossen
- Einkäufe: einmal mal pro Woche werden die Bestellungen der Bewohner vom Zivildienstler geholt. Alternative sind nahegelegene Supermärkte. Zudem kommt ein mobiler Greissler zweiwöchentlich ins Haus.
- Fax: steht im Büro auch für Bewohner zur Verfügung
- Fernsehen/Radio: die Gebühren werden vom Haus übernommen
- Finanzamt: das Büro unterstützt beim Jahresausgleich
- Fotokopien: das Büro unterstützt die Bewohner gerne
- Friseur und Fußpflege: ist im Haus vorhanden
- Frühstück: wird im Speisesaal angeboten.
- Garten: ist mit über einen Lift erreichbar
- Aktivitäten: finden täglich 3 mal laut Aktivitätenplan statt
- Handalarm: die Installierung eines Handalarmes ist kostenlos von Anbietern möglich. Die monatlichen Gebühren sind vom Bewohner zu entrichten
- Hl. Messe: findet regelmäßig im Andachtsraum statt (röm. kath., evang.)
- Kaffeehaus / Restaurant: ist von 10.00 Uhr – 22.00 Uhr geöffnet. Montag Ruhetag.
- Bestellungen von Speisen, kalten Platten oder Getränken werden gerne entgegengenommen und bei Bedarf auch im Zimmer serviert.
- Das Kaffeehaus ist vom Haus erreichbar
- Kirche: sind in der Nähe verfügbar
- Lifte:
  - Es gibt einen Lift vis a vis vom Eingang, mit diesem gelangt man vom Keller bis in den 4. Stock.
  - Der zweite Lift befindet sich im Südtrakt, mit diesem erreichen Sie das Restaurant, den Friseur, den Fernsehraum und er fährt bis in den 3. Stock.
  - Der Aufzug in den Garten ist über den Pflegebereich erreichbar.
- Meldezettel: sind im Büro erhältlich
- Mittagessen: Hauptmenü, Diätmenü, Spezialkost (z.B. lactosefrei)

- Post: im Haus befindet sich ein Postkasten
- Speiseplan: wird für die ganze Woche angeschlagen.
- Taxiruf: das Büro unterstützt Bewohner gerne
- Wohnsalon: neben dem Speisesaal
- Wannenbad: ist möglich

## 2 Pflege und Organisationskonzept

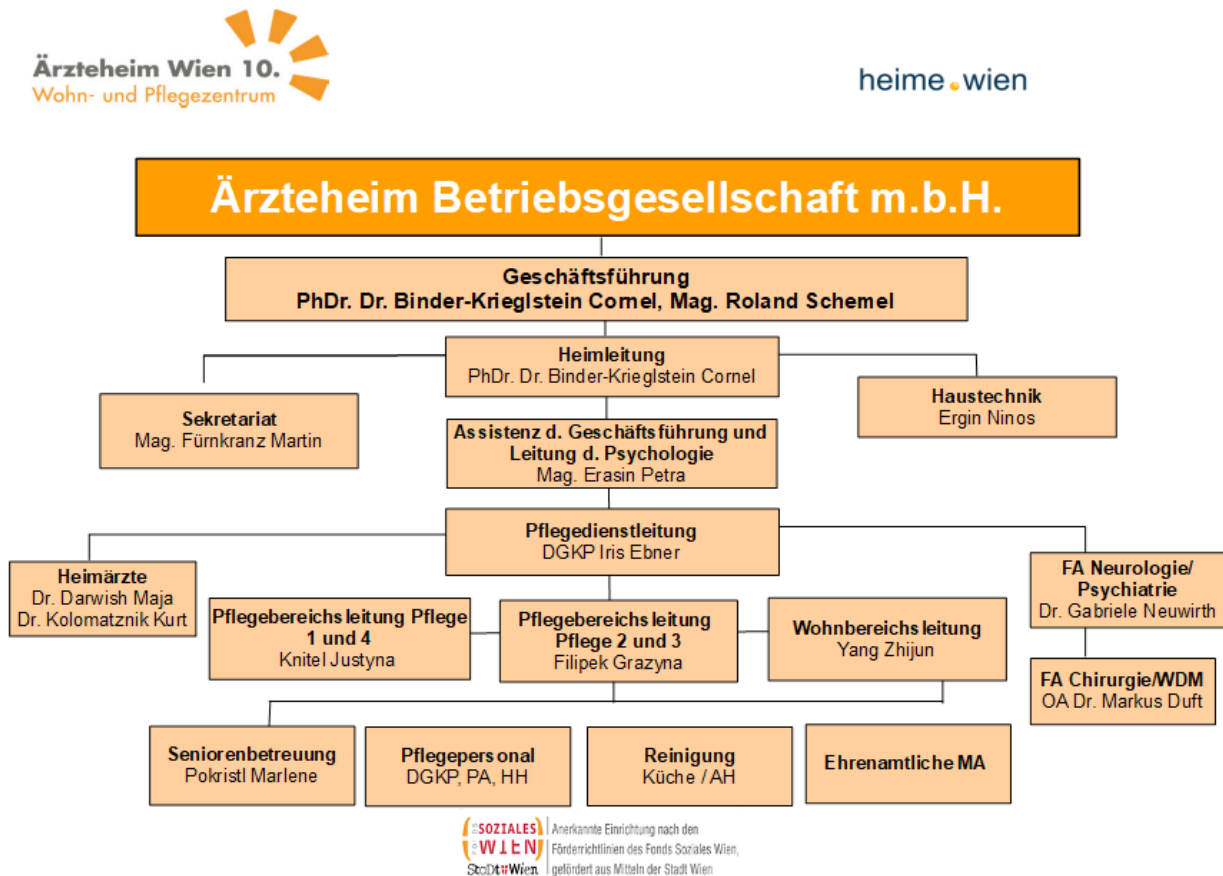
### 2.1 Verantwortliche Personen

Die Organisation des Hauses erfolgt durch die Ärzteheim Betriebs GmbH. Die Leitung des Hauses erfolgt derzeit durch die beiden handelsrechtlichen Geschäftsführer PhDr.Dr. Cornel Binder-Krieglstein und Mag. Roland Schemel.

Die Heimleitung obliegt PHDr.Dr. Cornel Binder-Krieglstein.

Die Pflegedienstleitung wird von Fr. PDL Iris Ebner besetzt.

### 2.2 Organigramm





## 2.3 Pflegeleitbild

Das Pflegeleitbild wird in laufenden Prozessen mit dem Betreuungs- und Pflegeteam regelmäßig abgestimmt und auf die Bedürfnisse der Bewohner angepasst. In der Arbeit mit unseren Bewohner steht die Qualität der Betreuung und damit der Bewohner im Fokus unseres Handelns!

Unser Ziel ist es, zusammen mit den Bewohnern ihren neuen Lebensmittelpunkt in unserem Haus zu gestalten. Besonderes Anliegen ist es, die vor dem Hintergrund der Herkunft, den Fähigkeiten, Bedürfnissen und Fähigkeiten des Betroffenen zu planen und umzusetzen. Das bedeutet, dass wir von der Philosophie des sogenannten Ressourcenmodells ausgehen. In dieser Haltung wird also von den bestehenden Fähigkeiten ausgegangen, die vor allem auf die Erhaltung und Förderung dieser abzielt.

Diese Haltung steht im Gegensatz zu den sogenannten Defizitmodellen, bei denen davon ausgegangen wird was der Bewohner nicht kann.

Der Leitsatz von „**Mensch zu Mensch**“ steht dabei im Mittelpunkt unseres Handelns.

Die Firma FOQUS ist bemüht, ihren Leitsatz „*Von Mensch zu Mensch*“ gegenüber den Bewohner/-innen, aber auch den Mitarbeiter/-innen zu leben. Wertschätzung und Anerkennung sind ein wichtiger Part den Mitarbeitern/-innen zu begegnen. Das Wohl und die Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen ist ein wesentlicher Bestandteil der Philosophie des Unternehmens.

Unserer Einrichtung ist es wichtig, den Bewohnern/-innen und den Mitarbeiter/-innen mit Wertschätzung zu begegnen. Mitarbeiter/-innen, die ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten wahrgenommen wissen, können auch die Bedürfnisse der Bewohner erkennen und eine individuelle Betreuung gewährleisten. Dieser Herausforderung müssen wir uns täglich neu stellen.

Unsere Mitarbeiter/-innen leisten fachliche, kompetente Pflege sowie Betreuung und nehmen die Verantwortung sehr ernst. Wir achten auf Fort- und Weiterbildung, um die Professionalität unserer Dienstleistung jederzeit zu gewährleisten. Regelmäßige Teamsbesprechungen (quartalsweise) tragen dazu bei den Informationsfluss und die Abstimmung der internen Abläufe ständig zu optimieren.

Die Führung ist gefordert, einen Umgang untereinander und miteinander zu definieren, eine gemeinsame Struktur zu entwickeln, die es ermöglicht die Qualitätskriterien zu erfüllen, zu sichern und zu kontrollieren. Mit den vorhandenen Erfahrungswerten, der Flexibilität und Professionalität und den Auftrag neues zu lernen versuchen wir unsere Aufgaben gemeinsam und zielorientiert zu bewältigen.

Auch die Angehörigenarbeit ist uns ein wichtiges Anliegen. Sie nimmt einen wichtigen Stellenwert ein und werden soweit als möglich in den Pflege- und Betreuungsprozess eingebunden.

## **2.4 Pflegeverständnis**

Es ist uns wichtig demenziell erkrankten und pflegebedürftigen Menschen Lebensqualität zu bieten. Dabei sind uns folgende Prinzipien wichtig:

- Ein regelmäßiger Tagesablauf, der sich soweit wie möglich an der Normalität orientiert
- Vertrauen, Sicherheit, Wertschätzung, Geborgenheit und Orientierung spielen eine zentrale Rolle
- Jeder Bewohner wird als individueller Mensch betrachtet mit individuellen Charakteristiken und Vorlieben. Menschliche Wärme, Zuwendung und Verständnis gehören ganz selbstverständlich zu den Betreuungsangeboten
- Eine Betreuung, die sich dem Tempo und den Bedürfnissen jedes einzelnen anpasst
- Familienähnliches Gemeinschaftsleben mit zwischenmenschlichen Kontakten und Aktivitäten für und durch die Gruppe
- Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit
- Einbeziehung der Familienangehörigen, Nachbarn und Freunden
- Eine für den Bewohner sinnvoll erscheinende Beschäftigung

### **2.4.1 Mitarbeiterbezogen**

Fachliche Kompetenz der DGKP/PBK (Pflegebereichsleiterinnen), PFA und PA:

- Fachliches Wissen über Gesundheit bzw. Krankheit, über Symptome von Erkrankungen und diesbezügliche Pflege und therapeutische Interventionen
- Individuelle Pflegeplanungen (Berücksichtigung von Bedürfnissen und Wünschen von Bewohner)

Soziale Kompetenz von Bezugspflegerinnen:

- Professionelle Beziehung: Wahrung des richtigen Maßes von Nähe und Distanz den Bewohnern sowie dem medizinischen Personal gegenüber  
Kommunikationsfähigkeit

### **2.4.2 Bewohnerbezogen**

- Vertrauen aufbauen zwischen Pflegepersonal und Bewohnern/-innen bzw. Pflegepersonal und Angehörigen führt zur Steigerung der Zufriedenheit bei Bewohnern/-innen sowie Angehörigen.
- Risikomanagement ist im Normbereich: Reduzierung von Beschwerden, Stürzen, Wunden, Mangelernährung in den Pflegebereichen
- Die Mitarbeiter/-innen handeln für die Bewohner/-innen, gemeinsam mit deren Bezugspersonen in einer Umgebung die einer positiven Entwicklung förderlich ist.
- Sie unterstützen, leiten an, beraten, wenn nötig.
- Die PflegemitarbeiterInnen betreuen und pflegen nach dem Pflegesystem  
*„ Bezugspflege“ unter dem Motto „Pflege die Vertrauen schafft“*

## 2.5 Konzept für die Betreuung dementielle Menschen

Grundsätzlich werden in der stationären Versorgung demenzkranker Menschen zwei Konzepte angewendet:

- bei **integrativen Modellen** wird keine räumliche Trennung der dementen und der nichtdementen HeimbewohnerInnen vorgenommen
- die **segregativen Modelle** hingegen gehen von speziellen Wohn- und Lebensbereichen nur für Demenzkranke aus. Dies betrifft sowohl die Gestaltung der Zimmer als auch der Räumlichkeiten der näheren Umgebung.

**Demenzstationen** kommen demnach **bei segregativen Modellen** zur Anwendung und sind **räumlich eigenständige Einheiten für demenzkranke Menschen**, die architektonisch den spezifischen Bedürfnissen dieser BewohnerInnen angepasst sind und über ein speziell geschultes multiprofessionelles Team verfügen.

Vorläufer der heutigen Demenzstationen sind die sogenannten „Special Care Units“ (SCU), die erstmals in den 1960er Jahren in den USA entstanden.

Wissenschaftliche Studien deuten darauf hin, dass BewohnerInnen in einer Demenzstation im Vergleich zu BewohnerInnen aus Heimen mit integrativen Modellen mobiler bleiben, ihre positiven Affekte länger erhalten können und länger am Gemeinschaftsleben teilnehmen. Auch die Angehörigen dieser Personengruppen berichten häufiger über positive Veränderungen der Stimmungslage und der sozialen Aktivitäten

Auch andere Studien belegen zunehmende Problematiken bei der integrativen Versorgung, da sowohl der Anteil der PflegeheimbewohnerInnen mit Demenz als auch der Anteil der dementen Personen mit Verhaltensauffälligkeiten steigt und somit sich nicht-demente BewohnerInnen gestört fühlen und aus der Perspektive der Pflegekräfte ein Arbeiten mit homogenen Gruppen einfacher ist.

Aus diesen Gründen wird für die FOQUS Häuser das segregative Modell mit einer Station mit Schwerpunkt Demenz bevorzugt.

Spezielle Berücksichtigung innerhalb des Modells findet dabei das sogenannte **Normalitätsprinzip**:

Der Begriff "Normalitätsprinzip" wurde vom österreichischen Pflegeforscher und Begründer des psychobiographischen Modells, Erwin Böhm, geprägt. Man geht dabei davon aus, dass jeder Mensch geprägt durch seine Sozialisation, Kultur und Erfahrungen eine persönliche Lebensform entwickelt, aus der sich sein Bild von einem "normalen" Verhalten und Handeln ergibt, zum Beispiel:

- wie man mit Mitmenschen in Beziehung tritt
- wie und womit man sich beschäftigt
- wie und was man isst
- wie man sich kleidet
- worin man den Sinn des Lebens sieht

Die Kernaussage des Normalitätsprinzips ist also, dass **Menschen mit einer Demenz** wieder auf ihre **Normen und Handlungsweisen aus ihrer früheren Lebenszeit zurückgreifen**.

Um das Normalitätsprinzip im Alltag anwenden zu können, ist besonders Wert auf die **Milieugestaltung** zu legen. Hier steht nicht der demenzkranke Mensch selbst im Vordergrund, sondern die **Veränderung der Umgebung der Dementen**, die so angepasst werden soll, dass diese ihre noch vorhandenen Fähigkeiten gut entfalten können (Oswald, Gatterer & Fleischmann, 2008).

**Durch die individuelle Gestaltung der direkten Umgebung soll den BewohnerInnen Geborgenheit und Orientierung vermittelt werden.** So kann zum Beispiel die Umgebung mit persönlichen Gegenständen wie Bildern und Möbeln gestaltet werden.

Ein weiteres Beispiel für das praktische Umsetzen dieses Ansatzes sind Wochenpläne mit regelmäßig stattfindenden Aktivitäten im Sinne der Gestaltung des Gemeinschaftslebens. Entscheidende Milieufaktoren sind auch der **Kommunikations- und Arbeitsstil des Teams**, um sozusagen ein „Lernen am Modell“ zu ermöglichen.

Milieugestaltung kommt auch in der **Bauweise von Pflegeheimen und Gestaltung von Demenzstationen** zum Tragen, beispielsweise durch die Verwendung von bestimmten Farben als Orientierungshilfen oder Gängen, die im Kreis führen etc.

Laut ersten Ergebnissen (Oswald, Gatterer & Fleischmann, 2008) zeigen milieugestaltete Maßnahmen positive Auswirkungen auf die betroffenen Personen selbst (Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten, Verbesserung der Stimmung, längerer Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit) als auch die professionellen Betreuer (reduzierte Burn-Out-Rate, größere Arbeitszufriedenheit).

Aus nationalen und internationalen Zahlen ist bekannt, dass der **Bedarf an Einrichtungen für Demenzkranke** in den nächsten Jahren bedeutend **steigen** wird. Um dem wachsenden Bedarf gerecht zu werden, sind Überlegungen hinsichtlich der Versorgung

von Demenzkranken in Pflegeheimen notwendig. Einen wichtigen Faktor dabei werden Demenzstationen, also Stationen speziell für Demenz erkrankte Personen spielen.

Theoretischer Hintergrund dabei sind **segregative Versorgungsmodelle**, die eine räumlich Trennung von dementen und nicht-dementen BewohnerInnen vornehmen. Studien darüber berichten vorwiegend über **positive Effekte** einer solchen Trennung, sowohl was das Wohlbefinden, aber auch die Zufriedenheit der Angehörigen und des Pflegepersonals betrifft.

Im Rahmen dieses Ansatzes wird vor allem dem Normalitätsprinzip sowie der Milieugestaltung Rechnung getragen.

3 Kernelemente sollen hierbei nochmals herausgehoben werden:

- *soziale Umgebung*: die biographische Arbeit, der Kommunikationsstil und die Beziehung allgemein von BewohnerInnen und Betreuungspersonal haben große Bedeutung
- *Tagesstrukturierung*: strukturierte Tagesabläufe mit regelmäßig stattfindenden Aktivitäten sowie Bezugnahme auf individuelle Vorlieben der BewohnerInnen zeigen große Effizienz auf Verhaltensauffälligkeiten, Stimmung und kognitive Leistungsfähigkeit
- *räumliche Umgebung*: eigene Möbel und persönliche Einrichtungsgegenstände sollen den Demenzkranken Geborgenheit und Orientierung verschaffen, generell sollte viel Wert auf helle und freundliche Gestaltung der Räumlichkeiten gelegt werden

## 2.6 Pflegemodell nach Monika Krowinkel

In unserem Haus wird das Pflegemodell nach Monika Krowinkel in den Mittelpunkt unseres Betreuungs- und Pflegekonzept gestellt. Dabei ist wichtig, dass wir uns stets bemühen nicht nur an einem Modell festzuhalten, sondern auch Elemente anderer Modelle dort zu integrieren wo es auch dem individuellen Kontext des Bewohners Sinn macht. Ziel ist es einen lebendigen Pflegeprozess zu gestalten, der sich vor allem durch die menschliche Beziehung von Betreuungsperson zu Bewohner entwickelt.

Das Modell orientiert sich an den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (13 AEDL`S). Das Modell wird zu den ganzheitlichen Bedürfnismodellen gezählt, in welchen die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen im Mittelpunkt steht.

## 2.7 Bezugspflege als Pflegeorganisationssystem

Als Pflegesystem führen wir die Bezugspflege *unter dem Motto „Die Pflege die Vertrauen schafft“*, um die Pflege individuell abzustimmen.

Dieses Betreuungssystem, bei dem ein Mitarbeiter des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege für diese Bewohnergruppe die Verantwortung im Sinne der Pflegeplanung innerhalb des Pflegeprozessmodells übernimmt, ist für die Orientierung und das Sicherheitsgefühl der Pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen geeignet. Diese Bezugspflegekraft ist dann fester Ansprechpartner für den Bewohner.

Neben der Rolle der primären Bezugspflegeperson im Pflegeprozess, in der Zusammenarbeit mit Bewohnern und Angehörigen ist die Bezugspflegeperson ein bedeutendes Bindeglied zwischen Arzt und Bewohner, die Informationen zwischen den involvierten Personen vermittelt.

Wie schon erwähnt, basiert unser gesamtes individuelles Planen und zielgerichtetes Handeln einer ausführlichen Pflegeanamnese, bei der die individuelle Lebensgeschichte und Lebenssituation sowie die Förderung von Fähigkeiten des Menschen im Zentrum stehen. Die Biografiearbeit bewirkt eine personenzentrierte Betreuung.

## **2.8 Kongruente Beziehungsarbeit nach Bauer**

Die Kongruente Beziehungsarbeit ist die bewusste Wahrnehmung und bewusste Bearbeitung des Erkennens von Menschen im Pflegeprozess.

Im Modell der kongruenten Beziehungsarbeit, findet sich ein integrierter psychosomatischer Ansatz der „ganzheitlichen Pflege“. Es wird auf den biologischen, psychologischen und sozialen Aspekt der Erkrankungen eingegangen.

Jedes Monat stehen für jede/-n Bewohner/-in 2 Stunden dafür zur Verfügung. Innerhalb dieser Zeit kann auf die persönlichen Bedürfnisse eingegangen werden (beispielsweise Theaterbesuche, Restaurantbesuche, Ausflüge, schwimmen gehen).

Im Rahmen der Beziehungsarbeit wird die Lebensereignisskala verwendet um Wünsche und Bedürfnisse festzustellen (interdisziplinär zwischen Pflege, Psychologie und auch den Angehörigen).

## **2.9 Pflegepersonal**

Das Pflegepersonal wird gemäß Landesgesetzblatt für Wien, insbesondere die Verordnung der Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen (Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG) bereit gestellt.

Die Grundlage des Angebotes an Betreuungs- und Pflegeleistungen bildet die PflegegeldEinstufung der Bewohner. Im Rahmen der Betreuungs- und Pflegeleistungen werden jedenfalls somatische und psychosoziale Bedürfnisse, die Möglichkeit der Einhaltung von sozialen Kontakten, sowie Leistungen, die nach ärztlichen Anordnungen durchzuführen, angeboten.

Das Verhältnis der Bewohner zu der Anzahl des Betreuungs- und Pflegepersonals richtet sich nach dem WWPG. Dabei wird ständig angestrebt, dass der Anteil des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege 30% der Personalausstattung nicht unterschreitet, der Anteil der Pflegeassistenz beträgt 50% und der Anteil der Hilfs- und Betreuungspersonen 20% entspricht.

Während der Übergangsphase werden die pflegebedürftigen Personen in den Pflegebereiche 6 und 7 vom aktuellen Team aus den Pflegebereichen 4 und 5 betreut. Seit November 2019 gibt es einen weiteren, dritten, Nachtdienst im Haus.

## 2.10 Tagespräsenz

Die folgende Tagespräsenz ist mindestens vorgesehen. Sofern der Pflegebedarf steigt, wird die Tagespräsenz entsprechend angepasst.

<u>Pflegebereich 1 – Erdgeschoß</u>	<u>Pflegebereich 4 – 2. Stock</u>	<u>Pflegebereich 5 – 2. St.</u>
27 Betten mit:	22 Betten	26 Betten
5 Einzelzimmer	8 Doppelzimmer	13 Doppelzimmer
8 Doppelzimmer	2 Dreibettzimmer	2 Dreibettzimmer

### Tagespräsenz:

- 1 Pflegebereichsmanager (PBM)
- 2 Pflegebereichsmanagerinnen (PBK = DGKP)/ *Vertr. der PBL (eine für Pflegebereich 1, eine für Pflegebereich 4 u. 5)*
- 6 lange Dienste (PA/PFA) für Pflegebereiche 4 und 5
- 4 lange Dienste (PA/PFA) für Pflegebereich 1
- 1 Nachtdienst für Pflegebereich 1 von 19:30 bis 7:00 Uhr
- 2 Nachtdienste bis 21:00 Uhr (für Pflegebereiche 4 und 5)  
ab 21:00 Uhr 1 Nachtdienst
- 1 Sozialbetreuung (SB) für Pflegebereich 1
- 1 Sozialbetreuung (SB) für Pflegebereiche 4 und 5
- 1 Abteilungshilfe (AH) für Pflegebereich 1
- 1 Abteilungshilfe (AH) für Pflegebereiche 4 und 5
- 1 Zivildienstler (ZD) für Pflegebereich 1
- 1 Zivildienstler (ZD) für Pflegebereiche 4 und 5

### Pflegebereich 2 – 1. Stock

22 Betten

### Pflegebereich 3 – 1. Stock

26 Betten

8 Doppelzimmer  
2 Dreibettzimmer

13 Doppelzimmer

Tagespräsenz:

1 Pflegebereichsmanager (PBM)  
1 Pflegebereichsmanagerin (PBK = DGKP)/  
Vertretung d. PBL  
6 lange Dienste (PA/PFA)  
2 Nachtdienste von 19:30 bis 21:00, ab 21:00 Uhr 1 ND  
1 Sozialbetreuung (SB)  
1 Abteilungshilfe (AH)  
1 Zivildienstler (ZD)

Pflegebereich 6 – 3. Stock

Pflegebereich 7 – 3. und 4. Stock

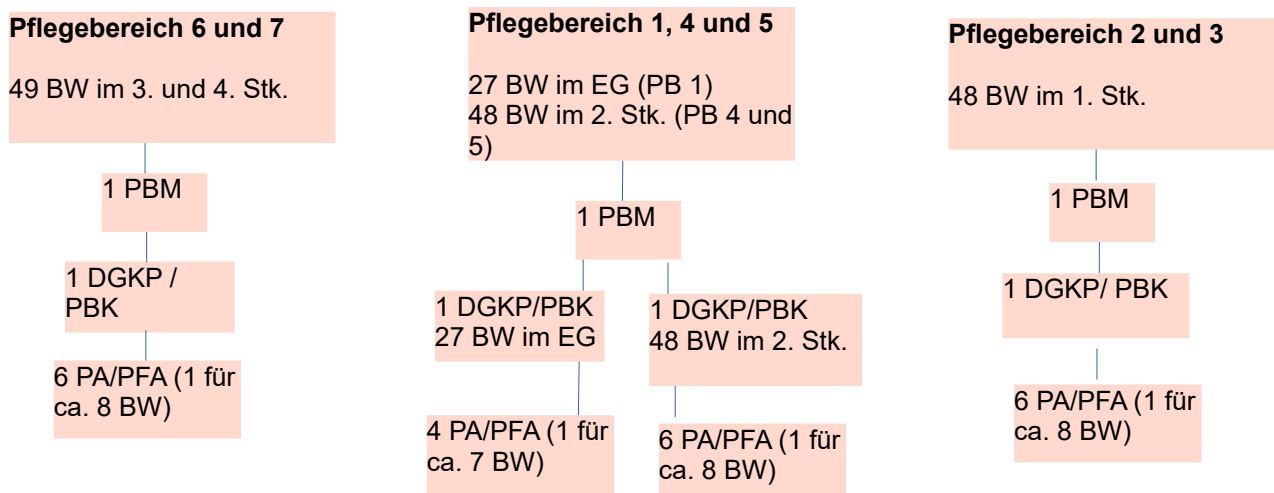
26 Betten  
10 Doppelzimmer  
2 Dreibettzimmer

23 Betten  
11 Doppelzimmer  
1 Einzelzimmer

Tagespräsenz:

Pflegebereichsmanager (PBM)  
1 Pflegebereichsmanagerin (PBK = DGKP) / Vertr. der PBL  
6 langer Dienst (PA/PFA)  
2 Nachtdienste von 19:30 bis 21:00, ab 21:00 Uhr 1 ND  
1 Sozialbetreuung (SB)  
1 Abteilungshilfe (AH)  
1 Zivildienstler (ZD)

## 2.11 Organigramm für die Pflegebereiche





Ein Pflegebereich umfasst maximal 28 Bewohner/-innen.

Es wird gewährleistet, dass 24 Stunden/Tag eine DGKP anwesend ist.

Der Personalschlüssel nach WWPG wird eingehalten. Es wird darauf geachtet, dass 30% DGKP, 50% PA, 20% Betreuungspersonal anwesend sind.

Im Rahmen dieser Struktur ist eine DGKP/PBK für ca. 48 Bewohner/-innen zuständig. Dies ist möglich, da im Rahmen unseres Strukturmodells (wird seit Herbst 2017 umgesetzt) jede Berufsgruppe für eigenverantwortliche Arbeit zuständig ist. Im Zuge der bisherigen Evaluierung des Konzepts hat sich durch unser Fehler-, Risiko- und Beschwerdemangement gezeigt, dass eine DGKP/PBK für bis zu 50 Bewohner/-innen zuständig sein kann und die Pflege und Betreuung angemessen umgesetzt wird. Mittels der selben Parameter zeigte sich, dass ein Haus mit ca. 100 Bewohner/-innen mit zwei Pflegebereichsmanager/-innen optimal besetzt ist. Durch die Vertretungen (DGKP/PBK) kann eine Pflegebereichsmanager/-in optimal für bis zu ca. 50 Bewohner/-innen (eine Vertretung) oder 80 Bewohner/-innen (2 Vertretungen) eingesetzt werden.

## **2.12 Dienstpläne**

Für die Pflegebereiche 1, 4 und 5 wird ein Dienstplan erstellt und die einzelnen Pflegebereiche werden farblich unterschiedlich markiert. Das selbe gilt für die Pflegebereiche 2 und 3 (gemeinsamer Dienstplan mit farblicher Markierung) und die Pflegebereiche 6 und 7 (gemeinsamer Dienstplan mit farblicher Markierung).

Die Dienstformen pro Dienstplan werden nach dem betroffenen Pflegebereich benannt (zB. Hauptdienst im Pflegebereich 1 hat HD1).

Die einzelnen Mitarbeiter tragen sich in vorgegebener Reihenfolge ihre Dienste selbst ein. Es besteht für jeden Mitarbeiter die Möglichkeit sich vier freie Wunschtage zu fixieren. Der/die Pflegebereichsmanager/-in stellt den Dienstplan nach Kontrolle der eingetragenen Sollstunden und Vollbesetzung aller Dienste fertig und legt ihn der Pflegedienstleitung zur Freigabe vor. Die PDL kontrolliert ob die Arbeitsgesetze eingehalten wurden und gibt den Dienstplan endgültig frei.

## **2.13 Aufgabenbereiche der Berufsgruppen**

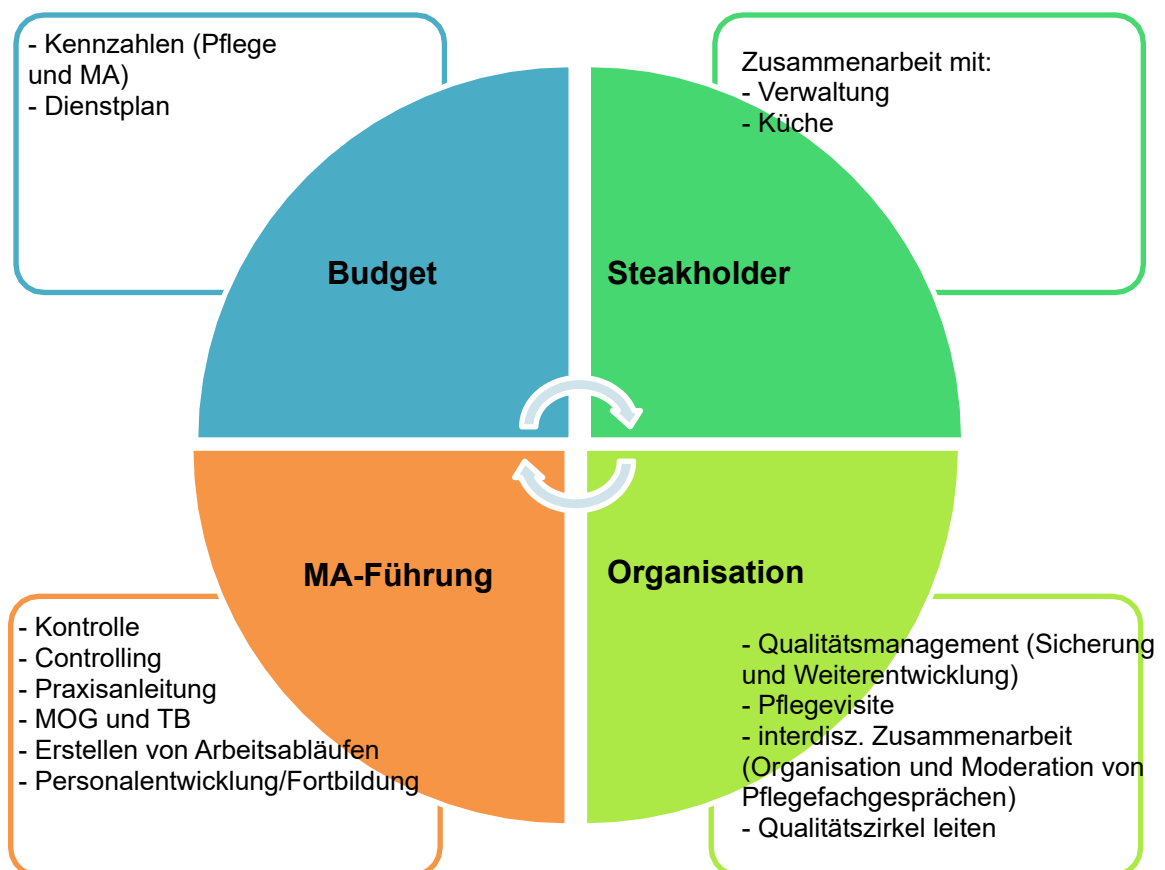
Der Tätigkeitsbereich richtet sich nach dem GuKG, den Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsprofilen der Organisation.

Die Arbeitsschwerpunkte sind in den Stellenbeschreibungen und in den Tätigkeitsprofilen definiert, die jedem Mitarbeiter ausgehändigt wurde und auch in einem eigenen Ordner für Abläufe für alle Berufsgruppen aufliegen.

### 2.13.1 Pflegebereichsmanager/-innen

Als Voraussetzung für die Tätigkeit gilt das Basale und Mittlere Management § 64 GuKG.

Aufgabenbereiche:



### 2.13.2 DGKP/Pflegebereichskoordinatoren/-innen

Ziel ist die bestmögliche pflegerische Versorgung, Behandlung und Betreuung von Bewohnern unter Beachtung der von den übergeordneten Stellen definierten Vorgaben im

Rahmen des gesetzlichen Berufsbildes nach den Bestimmungen des GuKG, BGBL / Nr. 8 / 2016 , Kompetenzbereiche § 13, 14, 14a, 15, 15a, 16, 17 und den Vorgaben der Einrichtung.

Aufgabenbereiche:



Für die DGKP/PBK bedeutet dies, dass auch Aufgaben der Pflegebereichsmanager/-innen übernommen werden (siehe Grafik unter 5.2).

Es gibt folgende Entlastungen für die DGKP/PBK, die dazu führen, dass die DGKP/PBK 50 Bewohner/-innen angemessen betreuen können:

- DGKP/PBK führen keine direkte Pflege durch
- Die DGKP/PBK führen nicht jeden Tag ärztliche Visiten durch
- Das Wundmanagement ist auf sieben Tage pro Woche aufgeteilt (weniger Ressourcen pro Tag)
- Externe Visiten (bspw. FA für Chirurgie, FA für Neurologie/Psychiatrie, Ernährungsexperte, Logopäde etc.) finden einmal monatlich statt.

### 2.13.3 Pflegeassistentz/Pflegefachassistentz

Durchführen bzw. Mitwirken bei der Durchführung von pflegerischen Maßnahmen nach Maßgabe der Bestimmungen des Tätigkeitsbereiches § 83, Abs. 1 des GuKG BGBL / Nr. 8/ 2016 und den Vorgaben der Einrichtung.

### 2.13.4 Heimhilfe

- Einfache Aktivierung
- Bewohner zu selbständiger Körperpflege anleiten, wenn notwendig Hilfestellung (z.B. Bad, Dusche, Teil- oder Ganzwaschung am Waschbecken, Intimtoilette, Zahn- und Prothesenpflege, Haar-, Bart-, Nasen-, Lippenpflege)
- Beim An- und Ausziehen unterstützen
- Hilfestellung bei der Benutzung des WCs
- Unterstützen beim Wechseln von Einlagen
- Pflege von Hilfsmitteln (Brille, Hörgerät, Gehhilfen usw.)
- Bettenmachen und Beziehen
- Beobachten und Melden an die direkten Vorgesetzten – DGKP/PBK über Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme (Menge, Flüssigkeitsbedarf, Ekel, Übelkeit)
- Beziehungsgestaltung und -pflege
- Beobachtung und Weitergabe von Informationen
- Alle Auffälligkeiten und Veränderungen im Zustandsbild, im Aussehen und im Verhalten des Bewohners, sind sofort an die direkten Vorgesetzten zu melden

Die Heimhilfe untersteht dem Mitarbeiter des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und übernimmt die Unterstützung jener Bewohner, die Anleitung bedürfen. Die Zuordnung der Bewohner erfolgt durch die Bereichsleitung täglich bei der Dienstübergabe. Zusätzlich übernehmen sie die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten.

### 2.13.5 Seniorenbetreuung

- Förderung und Erhaltung von sozialen Kontakten sowie der kreativen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten und Ressourcen der BewohnerInnen, durch kreative Beschäftigung wie Malen und Basteln in der Gruppe sowie Leserunden und diverse Aktivitäten
- Mitgestaltung und Unterstützung bei der Planung von Veranstaltungen und Festen im Haus sowie jahreszeitliche Dekoration des Hauses zur zeitlichen Orientierung der BewohnerInnen
- ständige Verbindung mit Angehörigen, Freunden, Institutionen (z.B. Kindergarten, Schule)

#### 2.13.6 Psychologie

Von Montag bis Freitag ist eine Klinische und Gesundheitspsychologin im Haus. Des Weiteren im Ärzteheim die Möglichkeit im Bereich Psychologie ein Praktikum für die Fachausbildung zum Klinischen und Gesundheitspsychologen zu absolvieren. Außerdem gibt es Praktikumsplätze für das Psychotherapeutische Propädeutikum und Fachspezifikum sowie das Psychologie-Studium.

Wie bereits oben erläutert, wird im Ärzteheim das „Langenloiser Modell“ umgesetzt. Dieses versteht sich als die symbiotische Verbindung der Disziplinen Psychologie und Pflege. Das bedeutet, dass der Psychologie neben der Pflege 50 Prozent der Wichtigkeit in der Betreuungseinrichtung zukommt.

#### 2.13.7 Wäscherei-Personal

Flachwäsche wird über eine externe Firma gereinigt (Salesianer). Die Wäschegebarung der Bewohnerwäsche findet im Haus statt bzw. auf eigenem Wunsch privat gewaschen. Die hauseigene Wäscherei stellt die tägliche Wäscheversorgung auf sehr individueller Ebene sicher.

#### 2.13.8 Küchen-Personal

Die Ausstattung und Anforderungen hinsichtlich des Küchenpersonals erfüllen die Vorgaben des Marktamtes.

#### 2.13.9 Reinigungspersonal

Es ist eine tägliche Reinigungsfrequenz vorgesehen.  
Es sind sieben Reinigungspersonen im Haus tätig.

#### 2.13.10 Haustechnik

Die Hausarbeiter decken die technische Versorgung täglich bis zu 10 Stunden ab. Für Störungen, die dringliche Maßnahmen erfordern ist ein Notdienst organisiert. Es stehen zur Zeit drei Hausarbeiter zur Verfügung.

## 2.14 Psychologisches Personal

An jedem Werktag befindet sich zumindest ein/-e Klinische und/oder Gesundheitspsychologe/-in im Haus, der/die interdisziplinär mit dem Pflegepersonal zusammenarbeitet.

### 2.14.1 Tätigkeiten

**Aufnahmeassessment:** neben dem Anamnesegespräch mit BewohnerInnen und ev. Angehörigen werden wenn möglich bei allen BewohnerInnen eine Biographie sowie gemeinsam mit dem Pflorgeteam die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL`s nach dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel) erhoben. Es erfolgt zudem ein erstes Demenz- und Depressionsscreening.

**Demenz- und Depressionsscreening:** jede/r BewohnerIn wird wenn möglich und auf Wunsch mit psychologischen Testinstrumenten (Mini-Mental-Status-Test, Geriatrische Depressionsskala, Uhrentest etc.) standardmäßig auf das Vorliegen einer Demenz und/oder Depression untersucht. Aufgrund der Ergebnisse aus dem Screening sowie aus der Anamnese und Verhaltensbeobachtung wird ein psychologischer Kurzbefund und ein psychologischer Behandlungsplan für jede/n einzelne/n BewohnerIn angelegt.

**Differentialdiagnostik:** bei Bedarf und auf Wunsch kommt es zur Auswahl und Anwendung von weiteren psychologisch-diagnostischen Verfahren (z.B. neuropsychologische Tests) sowie zu einer Erarbeitung von Maßnahmevorschlägen bzw. Konsultation von Fachärzten (Neurologen, Psychiater, Internist etc.).

**Psychologische Visite:** in regelmäßig stattfindenden psychologischen Visiten wird, neben der Berücksichtigung der Informationen aus den laufenden Berichten der pflegerischen und psychologischen Arbeit mit den Bewohnern, eine eventuell notwendige Adaptation des psychologischen Behandlungsplanes erwogen

**Psychologische Einzelbetreuung:** je nach Bedürfnissen und auf Wunsch der Bewohner werden psychologische Behandlungsmethoden angeboten und ein psychologischer Behandlungsplan erstellt: Dazu zählen z.B.:

Entlastungsgespräche, psychologische Gespräche: mit Bewohner und Angehörige; zur Erarbeitung von Thematiken wie Umgang mit Verlust und Endlichkeit, Umgang mit körperlichem Abbau und Hilfsbedürftigkeit etc.

Biographische Gespräche

Krisenintervention: z.B. bei Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressionen oder auch bei akuten Krisen (Verluste, Suizidalität etc.)

Trauerarbeit: für BewohnerInnen und Angehörige während oder nach Verlusten  
kognitive Einzeltrainings: zur Erhaltung und Förderung der vorhandenen kognitiven Ressourcen

Einsatz von Entspannungstechniken: z.B. durch Fantasiereisen, PMR, Imaginationsübungen, Atemübungen etc.

Sinnesaktivierung: mittels Materialien zum Riechen, Tasten, Erkennen und Spüren  
Spaziergänge im Garten

Die geplanten Maßnahmen werden auch in der Pflegedokumentation festgehalten.

**psychologische Gruppenbetreuung:** zur Aufrechterhaltung und Förderung der vorhandenen Ressourcen sowie zur sozialen Aktivierung der Bewohner werden wochentags verschiedene Interventionsgruppen zum Thema Musik, Gedächtnistraining, Entspannung und Bewegung angeboten. Außerdem finden wöchentlich Bingo-Nachmittage statt. Auch die Feste des Jahreskreises und Geburtstagsfeiern werden vom Team mitgestaltet.

#### 2.14.2 Aktivitätenplan

##### **Aktivitätenplan:**

Montag: Entspannung nach Jacobsen und Anleitung von Bewegungsübungen

Mittwoch: neuropsychologische Rehabilitation/Gedächtnistraining

Dienstag: Bingospiel

Donnerstag: Therapiehund (14-tägig)

Dazu kommt das Programm der Seniorenbetreuung

#### 2.14.3 Memory Ambulanz

Ein weiteres zentrales Angebot unserer Einrichtung ist die angeschlossene Memory-Ambulanz. Die Memory-Ambulanz bietet eine spezielle, klinisch-psychologische und gerontopsychologische Leistung, die in Kooperation mit praktischen und Fachärzten eine interdisziplinäre, ganzheitliche Diagnostik und Behandlung für dementiell erkrankte Patienten darstellt. Dieses Angebot richtet sich an die Bewohner des Hauses in Weiterem auch an die Bevölkerung.

Ziel ist es, neben der Aufklärung und Informationsvermittlung an Betroffene und Angehörige, vor allem eine rechtzeitige Diagnose einer beginnenden Demenz zu gewährleisten. Dadurch können die sich bereits entwickelten Beschwerden und Symptome auf dem aktuellen Stand gehalten werden, um vor einer weiteren Verschlechterung und massiven Spätfolgen, wie auch dem Anstieg der Pflegestufen, etc. zu bewahren.

Das Diagnostikangebot der Memory-Ambulanz wird für externe Patienten bis zu 80% von den Sozialversicherungsträgern finanziert. Für hausinterne Bewohner wird über das Angebot der Diagnostik hinaus, im Rahmen des Langenloiser Modells, neben der alleinigen Diagnostik auch ein individuelles, psychologisches Behandlungsmodell für Demenzpatienten angeboten, dass vor allem folgende Aufgaben wahrnimmt:

- Prävention / Gerontoprofylaxe:
- Information, Training, Vorbereitung „use it or lose it“
- Diagnostik:
  - z.B. Reisberg-Skalen (GDS, BCRS, FAST), CERAD, Clinical Dementia Rating, Mini-Mental-State-Eximination (MMSE), Uhrentest, DemTect, div. sensitive Kurztests etc.
- Rehabilitation:
  - Behandlung und Wiederherstellung
- Management funktionaler Restzustände: Coping und Management bei irreversiblen Störungen

Dadurch wird eine Verbesserung der subjektiven Lebensqualität, sowie eine Abdeckung sozialer Bedürfnisse und Integration erreicht.

#### 2.14.4 Sonstige Aufgaben

- Beratung und Unterstützung der Mitarbeiter im Umgang mit schwierigen und belastenden Situationen, sowie Psychoedukation durch Informationsvermittlung über Diagnostik, Symptome und Behandlung von psychischen Störungen für Bewohner, Angehörige und MitarbeiterInnen.
- Teilnahme an interdisziplinären Besprechungen, Montag bis Freitag Besprechung mit Heimleitung / Pflegedienstleitung, Pflegebereichsmanager/-innen und PDL. Außerdem finden regelmäßig interdisziplinäre Besprechungen mit Heimärztin, Heim- und Pflegedienstleitung, Diplomierten Pflegefachkräften und fallweise mit Therapeuten bzw. anderen Fachkräften.
- Dokumentation im elektronischen Pflegedokumentationssystem sowie interne psychologische Dokumentation auf Grund der psychologischen Verschwiegenheitspflicht.

Die psychologische und psychotherapeutische Versorgung der Bewohner des Hauses ist weiter durch Psychologen und Psychotherapeuten sichergestellt. Dabei handelt es sich derzeit um fünf Psychologen/-innen mit Teilzeitanstellungen.



## **2.15 Medizinisches Personal**

Unsere Bewohner/-innen werden von den praktischen Ärzten Dr. Maja Darwish und Dr. Kurz Kolomaznik betreut. Diese kennen das Haus und die Bewohner bereits seit langem und werden neben ihrer fachlichem Kompetenz durch ihre einfühlsame Art sehr geschätzt.

In regelmäßigen Abständen kommen zudem folgende Fachärzte/-innen ins Haus:

- FA für Neurologie und Psychiatrie: Dr. Gabriele Neuwirth
- FA für Dermatologie und Chirurgie: Dr. Markus Duft
- FA für HNO-Krankheiten: Dr. Walter Kratochwil

## **2.16 Stellenbeschreibungen**

siehe Anhang

## **2.17 Personalentwicklung und Fortbildungen**

Die Art und das Ausmaß der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen richten sich einerseits nach dem medizinisch-technischen Fortschritt, sowie der technischen Neuerungen in den Betriebsbereichen des Heimes. Insbesondere werden spezielle Fortbildungen laufend im Bereich der Pflege angeboten. Das sind z.B. Bereiche der Dokumentation, Hautintegrität, Mangelernährung, Inkontinenzversorgung, Erste Hilfe, Pflegeprozess, Tracheostoma, Schluckstörungen, Basalstimulation, Validation, Hygiene, Heimaufenthaltsgesetzt (FBM, FEM), Pflegeleitbild, Pflege modell nach Krohwinkel, Kongruente Beziehungspflege, Bezugspflege als Pflegeorganisationssystem, Kommunikation, Rückenschonende Arbeit um dieses Wissen zielorientiert in Konzepten und Abläufen zum Wohle der Bewohner umzusetzen.

Basierend auf dem Langeloiser Modell werden auch Fortbildungen zu psychologischen Themen durchgeführt. Dies umfasst Bereich wie Krisenintervention und Suizidprophylaxe, psychische Erkrankungen, Aggression und Deeskalation etc.

Alle Mitarbeiter im Haus werden 1x jährlich bzgl. der Themen Medizinproduktgesetze, ArbeitnehmerInnenschutz, Nadelstichverletzung, Mutterschutz, Brandschutz, Notfallmanagement, Pflegestandards, Hygienestandards, Fehler-/Beschwerdemanagement, Gewaltprävention, Aufnahmemanagement, Sicherheitsdatenblätter etc. unterwiesen.

Einmal jährlich findet zudem die Evaluation der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz statt.

Die Art und das Ausmaß der berufsbegleitenden Supervision werden einerseits als regelmäßiges Gruppensupervisionsangebot, sowie als Einzelsupervision im Anlassfall für alle Mitarbeiter des Hauses angeboten.

## 2.18 Qualitätsmanagement

Mittels interner Qualitätschecks und –audits werden die Vorgaben mit der Umsetzung verglichen und Abweichungen festgestellt. Schwachstellen können so identifiziert und Verbesserungsvorschläge erstellt werden.

Der Fokus des Qualitätsmanagements ist die Bewusstseinsbildung in der Wahrnehmung der Mitarbeiter. Die Wahrnehmung und das Verständnis des Qualitätsthemas aus der Sicht der Mitarbeiter ist der Schlüssel für das erfolgreiche umsetzen des Systems.

Die Qualitätsziele orientieren sich an

- der Dienstleistungserbringung
- den Bewohnern/-innen und Angehörigen, sowie der Anforderungen der Mitarbeiter/-innen
- der Entwicklung, Herstellung und Umsetzung der Dienstleistungen
- der frühzeitigen Fehlererkennung
- den Ergebnissen der Steuermaßnahmen

Die Verantwortung des Qualitätsmanagements liegt in der Gesamtverantwortung bei der Geschäftsführung. Wobei die Verantwortung der Durchführungsqualität immer im Wirkungsbereich des einzelnen Mitarbeiters/der Mitarbeiterin liegt.

Ziel des Qualitätsmanagements ist es ein Qualitätshandbuch zu erstellen, das einen gesammelten Überblick über alle gelenkten Unterlagen, Qualität der Dienstleistung, des Leitbildes, der Qualitätsziele etc. bietet.

### 2.18.1 Pflegevisite

**Pflegevisite erfolgt durch:**

- diplomiertes Pflegepersonal (PBK) innerhalb der Bezugspflegegruppe 2 mal jährlich
- Pflegebereichsmanager/-innen bei Bewohnern mit Pflegestufe von 1-4, einmal jährlich, bei Bewohnern mit Pflegestufe von 5-7 2 mal jährlich
- Pflegedienstleitung 1 x jährlich
- Die PBM der FOQUS Häuser kommen einmal jährlich unangemeldet und einmal mit Voranmeldung in einer der anderen Häuser für eine Pflegevisite

Bei aktuellen Anlässen wie z.B. Beschwerden oder bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustand, wird eine zusätzliche Pflegevisite durch die Pflegedienstleitung und die Pflegebereichsmanager/-innen durchgeführt.

Bei Neuaufnahmen werden innerhalb von zwei Wochen Pflegedokumentation/ Einschätzung mit Checkliste durch die Assistentin der PDL eingeschätzt.

#### 2.18.2 Hygiene- und Reinigungsvisite

Wird 1x Quartal durch Hygienekontaktperson durchgeführt

#### 2.18.3 Psychologische Visiten

Um auf die Veränderungen der Bedürfnisse der Bewohner aus der Sicht des Einsatzes des psychologischen Behandlungsplanes adäquat eingehen zu können, wurde im Langenloiser Modell auch Hauptaugenmerk auf die psychologische Visite gelegt.

In der zweimonatlich angesetzten psychologischen Visite wurde, neben der Berücksichtigung der Informationen aus den laufenden Berichten der pflegerischen und psychologischen Arbeit mit den Bewohnern, eine eventuell notwendige Adaptation des psychologischen Behandlungsplanes erwogen.

Die psychologische Visite schaffte, neben dem wichtigen, regelmäßigen und unmittelbaren Kontakt mit den Bewohnern, auch die Möglichkeit mit Angehörigen Erfahrungen, Einschätzungen oder Bedürfnisse auszutauschen und eventuell notwendige weitere Maßnahmen und Gespräche vereinbaren zu können.

Im Anlassfall wurden psychologische Visiten auch kurzfristig durchgeführt, um aktuelle Veränderungen oder Erkenntnisse aus Zusatzbefunden anderer Fachdisziplinen in den psychologischen Behandlungsplan einzuarbeiten oder andere gerontopsychologische Maßnahmen zu ergreifen.

#### 2.18.4 Pflegestandards

Die Pflegeplanung wird durch die Hausrichtlinien und Handlungsleitlinien, die hausintern als systematische Vorgehensweisen bezeichnet werden, ergänzt (Grundpflege, Behandlungspflege, Prophylaxe und interdisziplinäre Zusammenarbeit).

Einmal jährlich werden alle Pflegestandards aktualisiert und die Standards Hautintegrität, Flüssigkeits- und Ernährungsmanagement, Aggression- und Deeskalation, dementielle Erkrankungen, Dimensionen der Lebensqualität, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Kontinenzmanagement, Mobilität und Sturzprophylaxe, Schmerzmanagement, Substanzbezogenen Abhängigkeit, Medikamentencompliance sind an die Handlungsleitlinien des Dachverbands der Wiener Sozialeinrichtungen angepasst.

### **2.19 Qualitätssicherung**

- 1x jährlich werden alle Mitarbeiter/-innen im Haus durch eine Hygienefachkraft zum Thema Umgang mit Problemkeimen in Alten- und Pflegeheimen und Allgemeine Hygiene eingeschult.
- 1x jährlich werden die Desinfektionspläne durch Hygienefachkraft unlimited aktualisiert und Mitarbeiter/-innen durch die PBM unterwiesen.
- 1x jährlich werden die Desinfektionspläne durch Hygienefachkraft unlimited aktualisiert und MitarbeiterInnen durch Pflegebereichsmanager/-innen unterwiesen.
- 1x jährlich werden alle MitarbeiterInnen auf das Thema Nadelstichverletzung von den Pflegebereichsmanager/-innen während der Teambesprechungen unterwiesen
- 2x jährlich wird ein Audit durch Hyglinie auf Pflegebereiche durchgeführt.
- 1x jährlich wird ein Audit durch Hyglinie in der Wäscherei durchgeführt.
- Medikamente: Medikamentengebarung, Medikamentenbestellung, Medikamentenzustellung am Wochenende, Entsorgung von abgesetzten Medikamenten, Entsorgung von Arzneyspezialitäten eines/einer verstorbenen Bewohners/ Bewohnerin, Entsorgung von Arzneyspezialität, die von Bewohner bzw. Angehörigen abgegeben werden, Entsorgung von Arzneyspezialität bei Entlassung eines Bewohners
- Zufriedenheitserhebung 1 x Jahr mit BewohnerInnen mittels Checkliste
- Erhebung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz bei Mitarbeiter/-nnen 1 x jährlich mittels ABS Gruppe
- FB durch Psychologie zum Thema Umgang mit Suizidalität
- FB durch DGKP Ottinger, Experte für Psychiatrie, Otto-Wagner Spital zu den Themen Thema Alkohol Abusus, Korsakow Syndrom
- TB und FB zum Thema Gewalt
- Angebot der Supervision für die Mitarbeiterinnen
- Durchführen von interdisziplinären Besprechungen
  - Qualitätszirkel mit versch. Therapeuten, Ärzten, Apotheke, Pflege, Psychologie etc.
  - Vorsorgedialog zu Planung medizinischer Maßnahmen in der Palliativpflege (intensivierende Maßnahmen)
  - ethische Bewohnerfallbesprechungen bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustands

### 2.19.1 Evaluation

- Risikodiagnosen, Psychosoziale Diagnosen und Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden einmal Monatlich evaluiert.
- Bestehende Hautdefekt werden einmal wöchentlich inkl. Foto- und Wunddokumentation evaluiert lt. Uhrsystem. Bei Verschlechterung erfolgt die Evaluierung und die Mitteilung an den Arzt sofort.
- Ist-Zustand der Bewohnern wird mindestens einmal wöchentlich beschrieben (bei Verschlechterung sofort).

- Braden und Morseskala werden einmal monatlich bei allen Bewohnern erhoben. Mit Bewohnern (die gefährdet sind) und deren Angehörigen werden immer wieder Gespräche über Risikofaktoren durchgeführt und dokumentiert.
- Gespräche über Risikofaktoren/Aufklärungsgespräche werden durchgeführt

## 2.19.2 Aufnahmemanagement

Bei allen Bewohnern im Haus werden gleich im Zuge der Aufnahme folgende Maßnahmen durchgeführt:

- **AKE Ernährung zustand Monitoring:**  
Erhobene Werte (Flüssigkeitszufuhr/24Std und Energiezufuhr/24Std) und BMI werden berechnet. Die Hausärztin wird während der Visite durch Pflegebereichskoordinatoren/-innen über die Werte informiert. Bei gefährdeten Bewohnern werden angemessene Pflegediagnosen mit Prophylaxen erstellt und täglich laut der Standard durchgeführt.
- **Tellerprotokoll und Einfuhrmenge:**  
Werden bei allen Bewohnern ca. zwei Wochen lang erhoben um festzustellen wie viel ein Bewohner Flüssigkeit innerhalb von 24 Stunden zu sich nimmt. Über den Durchschnitt der Werte wird die Hausärztin durch die Teamkoordinatorin während der Visite informiert. Der Arzt ordnet dann individuell, die passende Energiezufuhr und Flüssigkeitsmenge innerhalb von 24 Std. an (nach Geriaplus Erhebung).  
Bei allen Bewohnern im Haus wird einmal monatlich die AKE Ernährungzustand Monitoring Werte erhoben und der Arzt darüber informiert (das wiederum wird mit Stempel und Handzeichen bestätigt).
- **Bradenskala und Morse Skala** wird am Tag der Aufnahme erhoben. Bei erhöhtem Risiko werden angemessene Pflegediagnosen (Risiko: Sturz und Hautdefekt hohes Risiko) erstellt und täglich die Prophylaxe laut Standard durchgeführt. Bei Bewohnern bei denen die Bradenskala oder Morseskala kein Risiko zeigt, aber nach der Einschätzung des Pflegepersonals/DGKP/PBK (nach Internationalen Kriterien) trotzdem ein Risiko festgestellt wird, werden Pflegediagnosen mit Prophylaxe erstellt, die entsprechende Begründung wird dokumentiert.
- Nach der Aufnahme werden **Vitalwerte** (RR, Puls) und **Blutzucker** bei stabilen Bewohnern 1xtäglich eine Woche lang kontrolliert. Bei instabilen Personen öfters (laut ärztlicher Anordnung). Die Körpergewicht Kontrolle wird einmal wöchentlich durchgeführt.
- Psychologisches Aufnahmeassessment (Diagnostik und Biographieerhebung nach dem Langenloiser Modell)

### 2.19.3 Kommunikationsstruktur

- **Dienstübergaben** finden zweimal täglich beim Wechseln der Dienste in mündlicher Form als Ergänzung zur Pflegeplanung statt. Die Dienstübergabe wird von einer DGKP/PBK zur nächsten DGKP/PBK täglich durchgeführt.
- Werktags findet täglich eine **Morgenbesprechung** mit Pflegebereichsmanager/-innen, Pflegekoordinatorin, Pflegedienstleitung und der Psychologie statt. Das Ziel ist der regelmäßige Austausch um die einzelnen Bereiche auf einen aktuellen Stand zu bringen.
- **Teambesprechungen** finden für alle Bereiche einmal im Quartal statt.
- Quartalsweise findet ein Qualitätszirkel statt. Diese werden von der psychologischen Leitung, den diensthabenden Psychologen, den Hausärzten, den DGKP, den Pflegebereichsmanager/-innen, der Physiotherapie und der Apotheke statt.
- Einmal wöchentlich findet ein jour fixe statt. Dieser wird von der Heimleitung, Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, psychologischen Leitung, Pflegebereichsmanager/-innen, Küchenleitung, Hausarbeiterleitung und Verwaltung durchgeführt.
- Zweimal jährlich findet ein **Angehörigennachmittag** statt. Dieser wird von den Pflegebereichsmanager/-innen und der Psychologie durchgeführt
- Einmal im Quartal findet eine **Mieter/-innenbesprechung** statt. Diese werden von der psychologischen Leitung durchgeführt.
- Zweimal wöchentlich findet eine **Arztvisite** mit Beteiligung der Pflegebereichsmanager/-innen statt.
- 1 x Quartal **Ernährungsvisite durch Ernährungsexpertin** FA Nestle
- **2 x monatlich Visite durch FA für Neurologie und Psychiatrie**
- **Ethische Fallbesprechung bei Bedarf** (beachtliche Patientenverfügung bzw. Vorsorgedialog)
- einmal monatliche Visite durch FA für Chirurgie (Dr. Duft)

### 2.19.4 Bewohnerfallbesprechung/Qualitätszirkel

Das Ziel des Qualitätszirkels ist die laufende interdisziplinäre Beurteilung der pflegerischen, biologisch-medizinischen, sozialen und psychischen Situation der Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise die Festlegung (auch Planung) und Vereinbarung angepasster Maßnahmen zur Beibehaltung und Verbesserung der individuellen Befindlichkeit.

**Anwesenheit:**

In jeder Bewohnerfallbesprechung sollte die Vertretung der Pflege des jeweiligen Pflegebereichs (Pflegebereichsmanager/-innen), DGKP/PBK, Seniorenbetreuung, Psychologie, Hausarzt, Physiotherapie, Apotheke etc. anwesend sein.

**Frequenz:**

Der Qualitätszirkel findet quartalsweise statt, wobei das Ziel ist, dass jede/-r Bewohnerin/-in zumindest einmal im Jahr in den Fokus gezogen wurde. Aufgrund besonderer Vorkommnisse können und sollen auch ungeplante Fälle eingebracht werden.

**Ergebnisse:**

Die Dokumentation der Ergebnisse der Bewohnerfallbesprechung steht auch als Ausdruck in der entsprechenden Ringmappe je Geschoss allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Nachlesen zur Verfügung. Bei Vorliegen von Pflegeberichten (aufgrund von besonderen Vorkommnissen, Maßnahmenplanung oder Mitteilungen zur betreffenden Person), welche aus der Bewohnerfallbesprechung resultieren, werden die Namen der besprochenen Personen der gesamten Pflegebelegschaft mittels Email mitgeteilt. Die vereinbarten Maßnahmen gehen in die Pflegeplanung ein.

**Schnittstellen:**

Die Inhalte der Bewohnerfallbesprechung werden aus allen Bereichen zusammengefasst behandelt.

Dementsprechend ist die Rückmeldung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche mit den jeweiligen Bewohnerinnen/Bewohnern zu tun haben, wichtig. Neben den Rückmeldungen an die Pflegebereichsmanager/-innen, die Teil der dienstlichen Aufgaben sind, können auch Bezugspflegepersonen, Seniorenbetreuung und Psychologie als Ansprechpartner herangezogen werden. Die Rückmeldungen und Informationen können mündlich oder schriftlich (z.B. TransDok) erfolgen und gehen entsprechend in die nächste Bewohnerfallbesprechung ein. Ebenfalls werden die aktuellen Beschwerden von Seiten der BewohnerInnen oder Angehörigen behandelt – die Ergebnisse gehen in das Beschwerdemanagement ein.

2.19.5 Ethische Bewohnerbesprechungen/Vorsorgedialog

Die ethische Fallbesprechung ist eine strukturierte, interdisziplinäre Besprechung (siehe Leitfaden) innerhalb eines Teams von Hausarzt, Pflegebereichsmanager/-innen, DGKP/PBK, Psychologie, Physiotherapie, betroffene Bewohner, Angehörige, Facharzt für Neurologie etc. und findet anlassbezogen bei Verschlechterung des Allgemeinzustands

eines/-r Bewohners/-in statt. Dieses Instrument dient auch als Vorsorgedialog und kann ggf. mit dem Bewohner selbst, mit den Angehörigen, mit Sachwaltern und div. Personen aus dem medizinischen/pflegerischen Bereich durchgeführt werden (Pflegebereichsmanager/-innen, DGKP, Hausarzt, Neurologin etc.). Die Besetzung der Besprechung wird anlassbezogen definiert.

Folgende Themen werden besprochen:

- Körperliche Faktoren
- Soziale Faktoren
- Psychosoziale Faktoren
- Spirituelle Faktoren
- Gewünschte/nicht gewünschte intensivierende Maßnahmen (Reanimation etc.)

## **2.20 Hygiene**

### **2.20.1 Hygienestandards**

Die Belange der Hygiene werden von der Firma Hygienefachkraft-unlimited beigezogen (Hygienefachkraft).

Die Hygienevisite wird 1x Quartal durch die Hygienebeauftragten durchgeführt.

### **2.20.2 Infektionskrankheiten**

Bzgl. folgender Krankheiten werden Maßnahmen getroffen: Tuberkulose, Hepatitis A, Hepatitis B+C, Durchfallserkrankungen (Clostridium difficile, Cryptosporidium, Rota-Viren, Noro-Viren, Adeno-Viren). Des weiteren gibt es Maßnahmen für den Umgang mit Nadelstichverletzung, einen Pandemie-Influenzplan, sowie für ESBL, MRSA, Scabies.

Zudem gibt es ein systematisches Vorgehen für das Setzen einer Injektion, subcutane Infusion, Infusion mittels Venenverweilkanüle, Pflege peripherer Venenverweilkanüle, Pflege bei Blasenkatheter, Verbandswechsel bei einem suprapubischem Katheter, Verbandswechsel bei PEG-Sonde-Pflege bei Tracheostoma, Absaugen.

### **2.20.3 Persönliche Hygiene**

Auf das Tragen einer Dienstkleidung wird geachtet. Händehygiene, Hygiene bzgl. der Haare, Hautschutz – Hautpflege, Tragen von Schmuck etc. ist in Standards festgelegt.

### **2.20.4 Allgemeine Hygiene**

Medikamentengebarung, sowieso Umgang mit Kontaminationsschutz, Waschlotion, bewohnerferne Flächen, Geräte-Inhalation, Instrumente Sterilisation, Instrumente maschinelle Aufbereitung, Instrumente manuelle Aufbereitung, Übungsgeräte und Hilfsmittel sind in passenden Standards festgelegt.

### **2.20.5 Hygienemaßnahmen im Umgang mit Wäsche**



Wird laut Hygiene- Standard Nummer 08\_01 (Wäsche-Wäscherei) bewahrt und behandelt .

- 1x jährlich - durch die FA Ecolab thermisch desinfizierende und chemothermische Waschverfahren wird mittels geeignete Bioindikatoren mikrobiologisch kontrolliert.
- 1x jährlich - durch FA Ecolab thermoelektrische Messungen werden geprüft.
- 1x jährlich – Hygienegutachtung wird durch FA Salesianer durchgeführt.

#### 2.20.6 Desinfektionsplan

Die zur regelmäßigen Reinigung und Desinfektion vorgesehenen Gerätschaften werden gemäß des aktuellen Reinigungs- und Desinfektionsplans versorgt. Einmal jährlich werden die Desinfektionspläne durch Firma Hygienefachkraft-unlimited aktualisiert.

Das Personal ist in die vorgegeben Vorschriften eingewiesen und erhält in den erforderlichen Abständen (einmal jährlich) entsprechende Einweisungen und Schulungen, deren Abhaltung und Abzeichnung gemäß Handzeichenliste in der jeweiligen Form vorliegen.

#### 2.20.7 Hygieneplan

Der Hygieneplan ist ein „ Qualitätshandbuch“ für alle hygienisch relevanten Sachverhalte der Gesundheitseinrichtung. Er umfasst die Struktur- und Prozesselemente für hygienisch gute Leistungen, beschreibt die Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und zielt auf hohe Ergebnisqualität. (Quelle: PROHYG 2.0 Bundesministerium für Gesundheit 2. Auflage November 2011 S.111).

- **Organigramm:** Grafische Darstellung der für die Hygiene zuständigen Personen sowie Angaben zur Erreichbarkeit
- **Ist-Analyse:** Erste Erhebung des Hygienesstatus in einer medizinischen Einrichtung
- **Hygiene – Audit:** Jährliche Überprüfung der hygienerelevanten Abläufen
- **Überprüfungsroutinen technische Hygiene:** Dokumentation zu: Wasserhygiene (Legionellen, Pseudomonas aeruginosa), Steckbeckenspüler, Geschirrspüler, Waschmaschinen)
- **Maßnahmenplan/TO DO`s:** ergeben sich aus dem Audit
- **Standards:** Arbeitsanweisungen
- **Desinfektionsplan:** Übersicht über die im Haus verwendeten Desinfektionsmittel
- **Desinfektions-Reinigungsfrequenzen:** Festlegung der Desinfektions- und Reinigungsfrequenzen
- **Schulungen:** Regelmäßige Mitarbeiterschulung, Dokumentation

Das Hygiene-Fachkraft-unlimited Expertenteam hilft uns bei der professionellen Umsetzung der geforderten Hygienemaßnahmen.

Die laufende Aktualisierung des Hygieneplans ist in den Regelablauf integriert. Dabei werden Veränderungen der Produkte, die täglich in Verwendung sind, als auch der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt.

Hinzu kommt der Pandemieplan, der die Vorgehensweise bei Auftreten einer Influenza-Pandemie oder andere hochinfektiöse Krankheit regelt.

Hier das Organigramm:

<b>Geschäftsführung/Heimleitung</b> Name:Dr. Binder-Kriegelstein Tel.:01/617 11 90 19	<b>Pflegedienstleitung</b> Name:Iris Ebner Tel.:01/617 11 90 420	<b>Hygienefachkraft unlimited</b> Fr. Edith Demirhan 0699/19454161
---	--	--

<b>Hygienebeauftragte</b> Name:DGKP Knitel Justyna Bereich: Pflege 1 Tel.:01/617 11 90 412
---

<b>Hygienekontaktperson</b> Name: DGKP Palanska Anna Bereich:Pflege 1 Tel.:01/617 11 90 412
--

Die Belange der Hygiene werden derzeit von der Pflegedienstleitung Iris Ebner überwacht. Es wurde ein Hygieneplan, sowie die Plan für die Fortbildung der Mitarbeiter erstellt.

Dabei stehen vor allem die Belange der täglichen Tätigkeiten der Pflegeleistungen im Vordergrund.

Aber auch die Wartung und die laufende Evaluation der gesetzten Maßnahmen werden durch die vereinheitlichte Hygieneverantwortung erreicht.

Der Hygieneplan wird gem. §14 WWPB erstellt und definiert jene Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen.

Zur Durchführung dieser Maßnahmen hat die Fa. Hygienefachkraft-unlimited gemeinsam mit dem medizinischen Verantwortlichen einen Hygieneplan erstellt, der Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen vorsieht.

Die laufende Aktualisierung des Hygieneplans ist in den Regelablauf integriert und wird durch die Fa. Hygienefachkraft-unlimited vorgenommen. Dabei werden Veränderungen der Produkte, die täglich in Verwendung sind, als auch der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt.

Die Hygienefachkraft wird von der Firma Hygienefachkraft-unlimited beigezogen.

#### 2.20.8 Reinigungs- und Desinfektionsplan

Für die zur regelmäßigen Reinigung und Desinfektion vorgesehenen Gerätschaften werden gemäß des aktuellen Reinigungs- und Desinfektionsplans versorgt.

Das Personal ist in die vorgegeben Vorschriften eingewiesen und erhält in den erforderlichen Abständen entsprechende Einweisungen und Schulungen, deren Abhaltung und Abzeichnung gemäß Handzeichenliste in der jeweiligen Form vorliegen.

Die Aktualisierung der Pläne erfolgt durch die Firma Hygienefachkraft-unlimited

#### 2.20.9 Messgeräte

Die vorhandenen Messgeräte (z.B. Körperwaage) werden bei Bedarf gewartet und entsprechend gereinigt und serviciert. Bei Schäden oder Dysfunktionen werden die Geräte eingeschickt und firmenmäßig in Stand gesetzt.

#### 2.20.10 Warmwasseruntersuchung

Die regelmäßig, vorgeschriebenen Warmwasseruntersuchung auf das Vorkommen von unter anderem Legionellen und Pseudomonas wird entsprechend einmal jährlich durchgeführt.

Die Prüfbefunde liegen in den entsprechenden Prüfbüchern vor und stehen jederzeit zur Einschau bereit.

### **3 THERAPEUTISCHES KONZEPT**

Die pflegerisch/therapeutischen Angebote orientieren sich am Erleben, der Biographie des Betroffenen. Sie dienen Menschen dazu, die eigene körperliche und psychische Identität wahrzunehmen, die Umwelt zu erleben und eventuell verändern zu können, einen eigenen Rhythmus zu entwickeln, das eigene Leben zu bestimmen – aber auch von diesem Leben Abschied zu nehmen.

Um die verschiedensten Aktivitäten im Sinne des Bewohners optimal einsetzen und planen zu können, ist es auch wichtig zu erheben, gegebenenfalls auch auszuprobieren, welche Aktivität der Patient gerne ausübt und ihm angenehm sind.

Das Betreuungsangebot wird durch eine Vollzeitstellung einer Seniorenbetreuung durchgeführt. Sie wird von einer geringfügigen Mitarbeiterin unterstützt. Das Team veranstaltet jahreszeitlich passende Aktionen (backen, Garten gestalten etc.) und zusätzliche Projekte in Zusammenarbeit mit der Psychologie.

Die Bewohner werden durch das gesamte Personal dabei unterstützt, sich auszutauschen und soziale Kontakte zu pflegen. Feste, Feiern und die täglichen Gruppenaktivitäten bieten dabei die Möglichkeit, ins Gespräch zu kommen und sich näher kennen zu lernen. Das Personal achtet dabei darauf, Bewohner mit ähnlichen Interessen, Bedürfnissen, entstandenen Freundschaften, etc. zusammenzusetzen und unterstützt in der Folge bei der Gesprächsführung (z.B. Bewohner Geburtstagsfeier).

Generell besteht für alle BewohnerInnen freie Wahl der TherapeutInnen. Das Haus arbeitet mit ausgewählten freiberuflichen TherapeutInnen zusammen. Der behandelnde Arzt verordnet mittels dem sogenannten Verordnungsschein bei Bedarf einzelne Therapien. Die Therapie muss von der zuständigen Krankenkasse bewilligt werden. Erst danach kann die Therapie beginnen. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Therapeuten und BewohnerInnen. Die BewohnerInnen müssen die Kosten vorab selbst bezahlen und können die Rechnungen bei der zuständigen Krankenkasse einreichen und erhalten in der Regel einen Teil der Kosten refundiert.

#### **3.1 Physiotherapie**

„Die Physiotherapie orientiert sich bei der Behandlung an den Beschwerden und den Funktions- bzw. Aktivitätseinschränkungen des Patienten, die in Form eines Befundes sichtbar gemacht werden. Sie nutzt primär manuelle Fertigkeiten des Therapeuten, gegebenenfalls ergänzt durch natürliche physikalische Reize (z. B. Wärme, Kälte, Druck, Strahlung, Elektrizität) und fördert die Eigenaktivität (koordinierte Muskelaktivität sowie die bewusste Wahrnehmung) des Patienten. Die Behandlung ist an die anatomischen und physiologischen, motivationalen und kognitiven Gegebenheiten des Patienten angepasst.

Dabei zielt die Behandlung einerseits auf natürliche, physiologische Reaktionen des Organismus (z. B. Muskelaufbau und Stoffwechsellanregung), andererseits auf ein verbessertes Verständnis der Funktionsweise des Organismus (Dysfunktionen/ Ressourcen) und auf eigenverantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper ab.

Das Ziel ist die Wiederherstellung, Erhaltung oder Förderung der Gesundheit und dabei sehr häufig die Schmerz-Reduktion.“

Es sind mehrere Physiotherapeuten von der Fa. Physiotion mehrmals wöchentlich im Haus. Diese sind über einen externen Dienstleister für das Ärzteheim tätig.

### **3.2 Ergotherapie**

„Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen dabei zu helfen, ihren Alltag in Beruf, Schule, Kindergarten, Familie und im Freizeitbereich besser bewältigen zu können. Bei der ergotherapeutischen Betrachtungsweise stehen nicht die oberflächlichen Einschränkungen und Krankheitszeichen im Vordergrund, sondern die zugrundeliegenden Ursachen. Da bei einigen Krankheitsbildern keine Ursachen bekannt sind, werden auch Symptome behandelt. Durch gezielte Verbesserung mit anerkannten Methoden, soll dem Menschen (wieder) dazu verholfen werden, den Anforderungen in seinem Leben zu seiner Zufriedenheit gerecht zu werden.“ Einmal wöchentlich, am Donnerstag vormittags finden im Therapieraum ergotherapeutische Behandlungen statt.

### **3.3 Logopädie**

„Die Logopädie beschäftigt sich in Theorie und Praxis mit Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation, Lehre und Forschung auf den Gebieten der Stimme, Stimmstörungen und Stimmtherapie, des Sprechens, Sprechstörung und Sprechtherapie der Sprache, Sprachstörung und Sprachtherapie sowie des Schluckens, Schluckstörung und Schlucktherapie.“ Auf ärztliche Verordnung oder auf Wunsch von Bewohnern kann ein Logopäde angefordert werden.

Zudem kommt der Logopäde einmal monatlich fix ins Haus um den GUSS Test durchzuführen.

### **3.4 Therapiehund**

Bei der hundegestützten Therapie/Hundetherapie wird der ausgebildete Therapiehund als Medium verwendet, um die Erkrankung oder Behinderung des Patienten zu erleichtern oder um alternative Verhaltensweisen zu trainieren. Die hundegestützte Psychodiagnostik ist besonders in den Bereichen, in denen verbale Diagnoseverfahren scheitern, angezeigt. In Bereichen, in denen keine oder nur minimale Verbalkommunikation möglich ist

(Sprachstörungen, Sprachbarrieren, Gehörlosigkeit, Autismus) gilt die hundegestützte Psychodiagnostik bei ihren Anwendern als besonders effektiv.

Einmal wöchentlich wird die Einrichtung von einem Therapiehund besucht. Die Kosten werden vom Haus übernommen. Für Einzeltherapien können die Bewohner/-innen Kontakt mit dem Therapiehundeteam aufnehmen.

### **3.5 Musikrunde**

Wird von der Seniorenbetreuung durchgeführt. Durch das gemeinsame Singen von Liedern und auch damit verbundener Durchführung von Bewegungsübungen sollen einerseits kognitive Fähigkeiten wie z.B. Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit gefördert werden, andererseits dient diese Aktivität auch zur Förderung der sozialen Kontakte und Interaktion der BewohnerInnen untereinander.

### **3.6 Entspannungsrunde**

Wird vom Team der Psychologie veranstaltet. Mit der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson soll einerseits die Körperwahrnehmung gefördert, andererseits eine tiefe Muskelentspannung erreicht werden. Danach wird mit Bewegungsübungen mittels Gymnastikbällen, Schwungtüchern etc. Fertigkeiten wie z.B. Koordinationsfähigkeit und Fein- sowie Grobmotorik trainiert. Eine Entspannungseinheit rundet die Gruppe ab.

### **3.7 Kognitives Training**

Um die vorhandenen kognitiven Ressourcen der BewohnerInnen aufrechtzuerhalten bzw. diese gezielt zu fördern, werden von der Psychologie sowohl Gedächtnistrainings in Einzel- als auch Gruppensettings angeboten. Dabei sollen verschiedene kognitive Aspekte wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Logisches Denken, Merkfähigkeit u.v.m. durchaus auch spielerisch trainiert werden, um einer dementiellen Entwicklung präventiv entgegenzuwirken bzw. das Voranschreiten einer vorhandenen Demenz zu verhindern.

### **3.8 Integrative Biographierunde**

Durch das gemeinsame Besprechen von Erlebtem werden Emotionen wahrgenommen und an biographischen Situationen wiedererlebt (sehen, hören, fühlen, riechen); Auch der soziale Zusammenhalt wird gesteigert.

### **3.9 Feste und Feiern**

**Geburtstagsfeier:** Diese findet quartalsweise Ende des Monats statt. Es werden alle diejenigen Bewohner gefeiert, die im letzte drei Monaten Geburtstag hatten. Dabei werden

die jeweiligen Bewohner namentlich genannt, ein Geburtstagsständchen gesungen und jedem Geburtstagskind ein kleines Präsent im Namen des gesamten Betreuungsteams überreicht. Anschließend folgt die Geburtstagsjause (Kaffee mit Torte) mit allen anwesenden Bewohnern, der Pflegedienstleitung, dem/der jeweiligen Pflegebereichsmanager/-in, sowie psychologischen Leitung und Seniorenbetreuung. Am Tag seines Geburtstag erhält das Geburtstagskind Blumen.

**Faschingsfeier:** Die Faschingsfeier ist ein wichtiger Fixpunkt. Es gibt einen Musiker auf seinem Keyboard mit Gesang. Viele Angehörige, Bewohner und die Mitarbeiter samt Leitungen sind an diesem Tag maskiert. Auf ungezwungene Art wird miteinander getanzt und gesungen, Faschingskrapfen werden gemeinsam beim Kaffee verspeist.

Zudem finden folgende Veranstaltungen statt:

- Hl. Messe: Einmal wöchentlich kommt der Pfarrer und hält die Hl. Messe ab.
- Muttertagesfeier
- Sommerfest
- Tag der offenen Tür
- Adventnachmittage
- Weihnachtsfeier
- zweimal jährlich Angehörigencafe

## **4 MEDIZINISCHES KONZEPT**

Die ärztliche Betreuung der Bewohner des Hauses erfolgt durch die regelmäßig im Haus tätigen Heimärzte/-innen.

Die krankenversicherten Bewohnerinnen können jeden Arzt ihrer Wahl im Rahmen der vertragsärztlichen Bestimmung mit der Krankenbehandlung betrauen.

Der/die Arzt/Ärztin führt alle medizinischen Handlungen in Eigenverantwortung durch und koordiniert die allfälligen Therapien von Fachärztinnen.

Fachärzte/-innen werden, wenn medizinisch notwendig, beigezogen bzw. die weitere Behandlung an sie übertragen. Die Inanspruchnahme eines/-r Facharztes/-ärztin kann im Rahmen der vertragsärztlichen Bestimmungen auch unmittelbar durch den Bewohner erfolgen.

Für etwaige Behandlungen die zweckmäßigerweise nicht am Krankenbett bzw. in der Wohnung des Erkrankten durchgeführt werden können, steht im Bereich der Betreuungsstation ein Behandlungsraum zur Verfügung.

Das Pflegepersonal informiert die Ärztin über etwaige Zustandsveränderungen der Bewohner. Liegt keine akute Lebensgefahr vor – Vitalzeichen nicht eingeschränkt – kann auch eine telefonische Konsultierung, eventuell auch eine zusätzliche Visite veranlasst werden.

Ist die behandelnde Ärztin nicht erreichbar, so kann von 19.00 Uhr bis 07.00 Uhr der Ärztefunkdienst unter der Telefonnummer 141 verständigt werden. Vor der Berufung bis zur Visite können dabei aber Wartezeichen auftreten.

Bei einer akut auftretenden Erkrankung mit eingeschränkten Vitalzeichen, wie auch bei lebensbedrohenden Zuständen, die keinen Aufschub einer ärztlichen Handlung zulassen, ist grundsätzlich der Rettungsdienst der Gemeinde Wien unter der Rufnummer 144 anzufordern.

Es sind bestimmte Tage und Zeiten der Anwesenheit der praktischen Ärztin fixiert und ausgehängt.

Es besteht freie Arztwahl. Wir sind dem Bewohner auch gerne bei der Arztwahl und dem Auffinden eines Arztes behilflich.

### **4.1 Medizinisch Verantwortliche**

Dr. Maja Darwish ist die medizinisch Verantwortliche für das Ärzteheim. Viele Jahre Erfahrung und die gute Kenntnis der Bewohner stellen einen wesentlichen Bestandteil der



persönlichen und individuellen, medizinischen Versorgung dar. Unterstützt wird Dr. Maja Darwish von Dr. Kurt Kolomaznik und seiner Vertretung Dr. Nadja Sahl.

Die behandelnden Ärzte ordinieren direkt auf den Pflegebereichen. Dafür wird der jeweilige Stützpunkt zur Verfügung gestellt, bzw. finden Besuche in den Zimmern der Bewohner/-innen statt.

Die Erreichbarkeit des medizinischen Verantwortlichen:

Ort:

Die Visiten sind Di ab 13:00 und Donnerstag ab 11:00 Uhr im Haus  
Ordination Karl-Heinz Straße 67; 1230 Wien

- Ordinationszeiten: MO 13 bis 18 Uhr; DI 8 bis 12.30 Uhr ; MI 14 bis 18 Uhr; DO 14 bis 18 Uhr

Telefon und e-mail:

- Tel.: 01/66 26 247 (während der Ordinationszeiten möglich) 0676 93 60 937 privat

## **4.2 Notfallmanagement**

Das Notfallprogramm sieht die Betreuungsmaßnahmen, wie oben beschrieben vor. Es ist auf die Pflegebedürftigkeit der Bewohner und die zeitlichen und personellen Ressourcen des Heimes abgestimmt.

Das Notfallprogramm ist den Mitarbeiter schriftlich mitgeteilt worden. Das Personal ist auf das Notfallprogramm eingeschult und einmal jährlich durch PBM unterwiesen. Die Fortbildung regelt auch die laufende Fortbildung. Bei Bedarf sind bei der Notfallversorgung die aktuellen Erste Hilfe Kenntnisse einzusetzen. Dies bezieht sich auch auf die Verwendung von medizinischen Geräten und Sauerstoff.

### **4.2.1 Maßnahmen in lebensbedrohlichen Situationen**

Wird ein/e Bewohnerin bewusstlos vorgefunden oder handelt es sich um einen lebensbedrohlichen medizinischen Notfall, werden von der zuständigen DGKP die Vitalzeichen kontrolliert und ggf. Erste Maßnahmen eingeleitet

- Ruhe bewahren: die Situation einschätzen und danach handeln
- Verständigung von Kolleginnen durch Rufen oder Telefon und Mithilfe anfordern
- Befinden sich ein/e Arzt/Ärztin im Pflegeheim, wird diese/r sofort zu Hilfe gerufen
- Bei Abwesenheit von Ärztinnen wird auf jeden Fall die Rettung mit Notarzt (Tel. Nr. 144) gerufen → NICHT VERGESSEN DIE „0“ vorzuwählen für das Auswärtsgespräch!!!

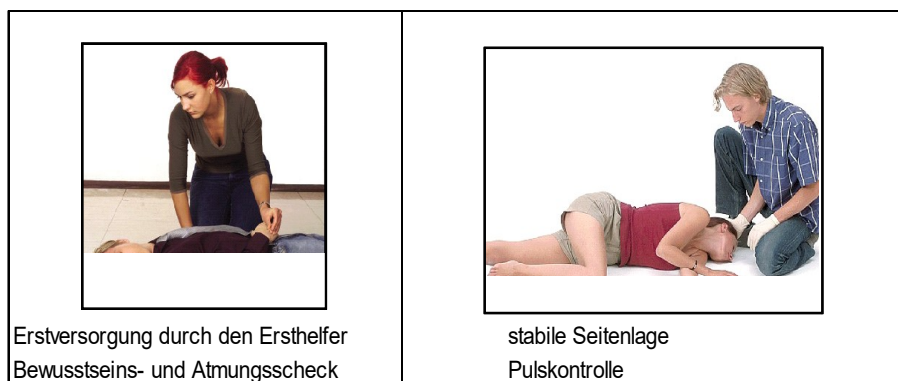
- Was ist passiert, Angaben über den Zustand (Vitalwerte, Verdachtsdiagnose)
- Wer ist betroffen (Name, Vorname, Pflegebereichen, Zimmernummer)
- Straße, Hausnummer angeben

Je nach Art und Ausprägung der Situation sind unverzüglich Hilfeleistungen einzuleiten wie z.B.: fachgerechte Lagerung; mentale Beruhigung; Verband, Herz-Lungen-Wiederbelebung, Defibrillation mit halbautomatischem Defibrillator etc.

STANDORT NOTFALLKOFFER + MOBILER O<sub>2</sub>: ERDGESCHOSS- ARZTZIMMER  
STANDORT EKG-APPARAT+DEFIBRILLATOR: ERDGESCHOSS- ARZTZIMMER

Bewusstlosigkeit (bei intaktem Herzkreislaufsystem und Atemnot)

Reagiert die Person nicht auf Ansprache, Berührung, Schmerzreiz: Hilferuf!



Herzkreislaufstillstand - zuerst Herzdruckmassage, dann beatmen



## 4.2.2 Maßnahmen in nicht lebensbedrohlichen Situationen

Ruhe bewahren: die Situation einschätzen und danach handeln

- Verständigung von KollegInnen durch Rufen oder Telefon und Mithilfe anfordern

1. Bei nicht lebensbedrohlichen Situationen die keine Notarzt brauchen, Hausärzte verständigen ( Fieber, Husten, HWI, Schmerzen)

Dr. Maja Darwish Handy 0676/9360937 (von Montag bis Sonntag 08:00 – 19:00) oder  
Dr. Kurt Kolomaznik Handy 0676/84155411 (von Montag bis Sonntag 08:00 – 19:00)

Im Fall, dass die Ärzte nicht erreichbar sind und ab 19:00 ist Ärztebereitschaftsdienst (141 – MO-FR 19:00-07:00, SA SO 00:00-24:00) zu verständigen.

2. Rotes Kreuz (52-144) ist zu verständigen in Fall eines Sturzes mit oder ohne sichtbare Verletzung, Verdacht auf Thrombose, entstehende Wunden mit Verdacht auf Infektion, bei denen ein Krankentransport erforderlich ist → NICHT VERGESSEN DIE „0“ vorzuwählen für das Auswärtsgespräch!!!

- Was ist passiert, Angaben über den Zustand
- Wer ist betroffen ( Name, Vorname, Pflegebereichen, Zimmernummer)
- Straße, Hausnummer angeben
  - . Je nach Art und Ausprägung der Situation sind unverzüglich Hilfeleistungen einzuleiten wie z.B.: fachgerechte Lagerung; mentale Beruhigung; Verband, etc.

### **4.2.3 Vorgehensweise bei med. Notfällen/Todesfällen**

Durch das gezielte Vorgehen bei unerwarteten und vorhersehbaren (Palliatives Setting) medizinischen Notfällen oder Todesfällen wird den Bewohnerinnen die selbstbestimmte Erfüllung ihre Wünsche in der letzten Lebensphase ermöglicht.

Häufige Ursachen für Notfälle sind:

- Unfälle aller Art
- Herz- und Kreislaufkollaps
- Zerebrale Krampfanfälle
- Akute Luftnot
- Akute Schmerzzustände
- Akute psychotische Phänomene

#### Zielsetzungen

Das vorgehen bei unerwarteten medizinischen Notfällen und Todesfällen entspricht den Wünschen des Bewohners/der Bewohnerin.

Das Vorgehen bei medizinischen Notfällen und Todesfällen von Bewohnerinnen im palliativen Setting entspricht ihren Wünschen.

Die Mitarbeiterinnen kennen die Abläufe und das Vorgehen im Todesfall.

Die Notfallsituation soll körperliche Schäden und psychische Trauma zur folgen vermeiden

### Medizinischer Notfall

Wird ein/e Bewohnerin bewusstlos vorgefunden oder handelt es sich um einen lebensbedrohlichen medizinischen Notfall, werden von der zuständigen DGKP die Vitalzeichen kontrolliert und ggf. Erste Hilfe Maßnahmen eingeleitet.

Ruhe bewahren: die Situation einschätzen und danach handeln

Verständigung von Kolleginnen durch Rufen oder Telefon und Mithilfe anfordern

Befindet sich ein/e Arzt/Ärztin im Pflegewohnhaus, wird diese/r sofort zu Hilfe gerufen.

Bei Abwesenheit von Ärztinnen wird auf jeden Fall die Rettung (Tel. Nr. 144) gerufen – nicht vergessen die „0“ vorzuwählen für das Auswärtsgespräch!!!

Was ist passiert, Angaben über den Zustand (Vitalwerte, Verdachtsdiagnose)

Wer ist betroffen (Name, Vorname, Pflegebereich, Zimmernummer), Straße, Hausnummer angeben

Ausdrucken des Notfallblattes

Unvorhergesehene medizinische Notfälle können auch bei Bewohnerinnen eintreten, die sich im palliativen Setting befinden. In diesem Fall ist w.o. vorzugehen.

### Unerwartete Todesfall

1. Sollte ein Bewohner/eine Bewohnerin regungslos aufgefunden werden und ist der Tod nicht zweifelsfrei feststellbar, ist wie bei einem medizinischen Notfall vorzugehen.
2. Sollten allerdings bereits sichere Zeichen des Todes durch die DGKP festgestellt werden, ist die Verständigung des/der Beschauärztin grundsätzlich ausreichend. Als solche Zeichen gelten:
  - Totenflecken (Auftreten nach ca. 20-30 Minuten, normal typisch blau-violett, an Auflageflächen – meist im Nackenbereich)
  - Totenstarre (nach 24 Stunden total ausgebildet – beginnend Augenlider, Kaumuskulatur und an kleinen Gelenken)
  - Zersetzung des Körpers (Verwesung)
  - Nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen oder Zerstörung des Körpers

### Suizid oder Verdacht auf Fremdverschulden

- Ist bei Verdacht auf Fremdverschulden oder Suizid(versuch) der Tod nicht zweifelsfrei festzustellen, müssen Erste Hilfe Maßnahmen durchgeführt werden. Sofort zu verständigen sind:
  - Rettung und Polizei
  - Hausleitung/Pflegedienstleitung
  - Psychologin
  - Angehörige
  - Ärztliche Leitung
  - Für Kommunikation nach außen verantwortliche Person (vgl. Manual Krisenkommunikation)
- Sollten bereits sichere Zeichen des Todes durch die DGKP festgestellt werden, sind auf jeden Fall sofort zu verständigen:

- Polizei und nach deren Freigabe Beschauärztin
- Hausleitung/Pflegedienstleitung
- Psychologin
- Angehörige
- Ärztliche Leitung
- Ggf. für Kommunikation nach außen verantwortliche Person (vgl. Manual Krisenkommunikation)
- Der/die Verstorbene darf bis zum Eintreffen der Polizei nicht in seiner Lage verändert werden – ggf. Sichtschutz anbringen.
- Beteiligte Mitbewohnerinnen oder Personen müssen betreut werden.

#### Vorgehen bei erwarteten medizinischen Krisen oder Todesfällen (Bewohnerinnen im palliativen Setting)

Hat der/die Bewohner/-in selbst im Rahmen eines Vorsorgedialogs oder Palliativgesprächs – oder wurde im Rahmen einer interdisziplinären Bewohnerinnenbesprechung (unter Miteinbeziehen von An- und Zugehörigen sowie auf jeden Fall des/der zuständigen Hausärztin) – entschieden, dass die Indikation für eine Wiederbelebung nicht mehr gegeben ist, wird die Reanimation unterlassen.

- Der Wille des/der Bewohnerin hat ausführlich und standardisiert im Rahmen des Vorsorgedialogs oder Palliativgesprächs dokumentiert zu sein.
- Sollte der/die Bewohnerin ihren Willen nicht ausdrücklich klar gemacht haben, müssen die Ergebnisse der interdisziplinären Bewohnerinnenbesprechung ebenso ausführlich dokumentiert – und auf jeden Fall vom anwesenden zuständigen Arzt unterzeichnet werden.
- Die Wünsche und Entscheidungen des/der Bewohnerin sind an alle relevanten Personen zu kommunizieren!

Sollten im Rahmen der palliativen Betreuung unvorhersehbare Notfälle auftreten und die Rettung wird gerufen, so ist dem/der Bewohnerin – unter Beachtung seines/ihrer Willens – bis zum Eintreffen der Rettung Erste Hilfe zu leisten.

Verstirbt ein/e Bewohnerin im palliativen setting, so ist die Verständigung des Beschauarztes zur Feststellung des Todes grundsätzlich ausreichend.

### **4.3 Suchtmittelgebarung**

Die Suchtgiftgebarung erfolgt nach den Richtlinien des Suchtmittelgesetzes (und Pflegestandards) und obliegt der diensthabenden DGKP/PBK. Es liegt ein Suchtgiftbuch vor, in dem jede Entnahme durch die Unterschrift des entnehmenden Personals dokumentiert wird und die Ein- und Ausgänge mit dem tatsächlichen Suchtgiftbestand übereinstimmt.

#### **4.4 Sauerstoffgebarung**

Die entsprechenden Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen im Umgang mit der Sauerstoffgebarung werden ebenso wie die Trennung von reinem und unreinem Arbeitsräumen und –abläufen berücksichtigt.

#### **4.5 Arzneimittel**

Die Bestellung und Aufbewahrung der ad personam verordneten und von dem Apothekendienst gelieferten Medikamente ist lt. Standards (z.B.: HLL Medikamentencompliance) in versperrten Vorrichtungen organisiert und vor dem Zugriff von Unbefugten gesichert.

## **5 BRANDSCHUTZ**

BRANDSCHUTZ GRUNDSATZ: „Jeder verlässt das Haus selbstständig – wenn nötig wird dabei unterstützt“

ABLAUF:

- Alarmierung
- Evaluierung
- Evakuierung
- Helfen
- Löschen

### **Alarmierung**

Im Brandfall wird von der Brandmeldeanlage eine akustische Alarmierung abgesetzt. Die Alarmierung der höchstrangigen diensthabenden DGKP erfolgt entweder direkt durch die Brandmeldeanlage oder durch die Person, die den Brand feststellt.

Die Alarmierung der Bewohner/-innen erfolgt einerseits direkt durch die Brandmeldeanlage.

Die Feuerwehr (122) wird durch das Bestehen eines TUS-Anschlusses direkt verständigt.

- Genaue Adresse: Dr. Eberlegasse 3
- Stockwerk und Zimmernummer des Brandherdes (diese Information ist auf der Brandmeldeanlage abzulesen)
- Gibt es verletzte oder eingeschlossene Personen
- Fragen des Beamten abwarten und beantworten
- Erst auflegen, wenn alle Daten übermittelt und bestätigt wurden

Die dritte diensthabende Schwester erwartet die Feuerwehr beim Haupteingang und führt diese zum Brandherd. In der Nacht sind die automatischen Eingangstüren zu öffnen und offen zu blockieren. Die Brandschutzpläne für die Feuerwehr befinden sich im Brandschutzkasten neben dem Büro im EG.

### **Evaluierung des bestmöglichen Räumungsszenarios**

Die Pflegebereichsmanager/-in bzw. die diensthabende DGKP entscheiden welche Bereich des Hauses evakuiert werden und ggf. über welches Stiegenhaus evakuiert wird.

## **Evakuierung**

Prinzipiell findet keine Evakuierung von Bewohnern/-innen statt, mit Ausnahme der direkten Evakuierung aus dem Zimmer in dem sich der Brandherd befindet.

Ablauf der Evakuierung aus dem (Doppel)Zimmer mit dem Brandherd:

Erste Person wird vor die Zimmertüre gebracht. Die zweite Person wird in den nächsten Brandabschnitt gebracht, anschließend wird die erste Person in den nächsten Brandabschnitt gebracht.

Sämtliche Bewohnerzimmer sind eigene Brandabschnitte. Eine Evakuierung angrenzender Bewohner/-innen ist demnach nicht erforderlich. Die Ausnahme ist, wenn die Evakuierung weiterer Gebäudeteile in Absprache mit der Feuerwehr beschlossen wird.

Im Falle einer weiträumigen Evakuierung:

Alle verfügbaren Mitarbeiter/-innen verteilen sich auf Anleitung der Pflegebereichsmanager/-in (d.h. abhängig vom Brandort) auf die beiden Stiegenhäuser und leiten die aus den Zimmern kommenden Personen in die Richtung jenes Stiegenhauses, das von der Pflegebereichsmanager/-in als Evakuierungsweg festgelegt wurde. Aus dem Nordstiegenhaus wird über das Erdgeschoß ins Freie evakuiert und aus dem Südstiegenhaus über das Kellergeschoß.

Je ein/e Mitarbeiter/-in leitet die Bewohner/-innen an diesen Ausgängen aus den Stiegenhäusern ins Freie.

Um ein Ausbreiten von Feuer und Rauch zu verhindern, ist nach Möglichkeit die Türe jenes Raumes in dem sich der Brandherd befindet nach erfolgter Evakuierung zu schließen. Besonders ist auf die Gefahr durch Rauchentwicklung zu achten.

## **Helfen**

EG und 1. Stock: Personen, die selbst gehen können werden angeleitet das Haus rasch durch die nächstgelegenen Ausgänge zu verlassen. Den immobilen Bewohner/-innen wird mit geeigneten Mitteln beim Verlassen des Hauses (z.B.: Rollstuhl) geholfen.

## **Löschen**

Das anwesende Personal versucht nach Maßgabe und je nach Vorgabe der Einschulung mit dem Einsatz der Feuerlöscher den Brandherd zu bekämpfen.

## **Brandschutzbeauftragte:**

PHDr.Dr. Cornel Binder-Krieglstein

Mag. Roland Schemel