



Kolpinghaus für betreutes Wohnen GmbH
Maria –Rekker- Gasse 9
1100 Wien
e-mail: office@gemeinsam-leben.at
Homepage: www.gemeinsam-leben.at

Pflegerisches / Medizinisches / Therapeutisches Betreuungskonzept

Inhalt

1	Das Pflege- und Betreuungskonzept	3
1.1	Einführung.....	3
1.2	Das Pflegeleitbild	3
1.3	Pflegeverständnis.....	5
1.4	Pflegesystem	6
1.5	Verantwortliche (leitende) Mitarbeiter/innen	6
1.6	Aufbauorganisation	7
1.6.1	Arbeitseinheiten in der Pflege	7
1.6.2	Pflegedirektor.....	7
1.6.3	Betreuungsschlüssel.....	7
1.6.4	Einführung neuer Mitarbeiter/innen	7
1.6.5	Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten.....	7
1.7	Ablauforganisation	8
1.7.1	Pflegesysteme	8
1.7.2	Kontrollsysteme	8
1.7.3	Fortbildung.....	8
1.8	Pflegemodell	9
1.8.1	Das primäre pflegerische Interesse.....	9
1.8.2	Die primäre pflegerische Zielsetzung	9
1.8.3	Die primären pflegerischen Hilfestellungen (Pflegemethodik).....	9
1.9	Pflegeprozess	10
1.9.1	Prozessphasen	10
1.9.2	Pflegebedarfserhebung und Zielsetzung	10
1.9.3	Planung der Maßnahmen und Durchführung.....	11
1.9.4	Evaluation der Pflege und Feedback.....	11
1.9.5	Die Pflegeprozessdokumentation.....	11
1.10	Allgemeines Wohnen mit Pflege- und Betreuungsleistungen	11
1.10.1	Kriterien	12
1.10.2	Organisationskonzept	12
1.11	Wohnbereiche	13
1.11.1	Leistungen der Wohnbereiche	13
2	Medizinisches Konzept.....	15
2.1	Präambel	15
2.2	Medizinische Verantwortliche	15
2.3	Ärztliche Versorgung.....	15
2.3.1	Allgemeinmedizinische Versorgung im Detail.....	16
2.3.2	Dokumentation.....	17
2.3.3	Labor, Vitalparameter, Befunderhebungen im Haus.....	17
2.3.4	Neuaufnahme	Fehler! Textmarke nicht definiert.
2.3.5	Übernahme einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners vom Spital.....	18
2.3.6	Letzte Lebensphase, Sterben	18
2.4	Prophylaxen	19
2.5	Hygiene.....	20
2.6	Medizinisches Notfallprogramm	20
2.7	Listen der Ärztinnen und Ärzte	21
2.7.1	Hausärztinnen, Anwesenheiten lt. ausgehängtem Dienstplan:	21
2.7.2	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin	21
2.7.3	Fachärztinnen und -ärzte mit Hausbesuch	21
3	Therapeutisches Konzept.....	23
3.1	Bereich Lebensqualität.....	23
3.2	Klinische Psychologie	24
3.3	Diätberatung	24
3.4	Physiotherapie	24
3.5	Ergotherapie	25
3.6	Logopädie	25
3.7	Tiergestützte Therapie	26

1 Das Pflege- und Betreuungskonzept

1.1 Einführung

Der Verein Kolping Österreich ist ein anerkannter erfolgreicher katholischer Sozialverband mit mehr als 150 Jahren Erfahrung im Bereich des Wohnens in Gemeinschaft und hat mit dem Kolpinghaus für betreutes Wohnen GmbH in Wien Favoriten als erstes von mehreren geplanten Projekten dieser Art das Generationsübergreifende Wohnhaus Gemeinsam Leben verwirklicht. Im September 2011 wurde in Wien-Leopoldstadt das zweite Kolpinghaus ‚Gemeinsam leben‘ eröffnet. Dies ist in Österreich ein einzigartiges Projekt, das die Synergien, die sich aus dem Zusammenleben unterschiedlicher Generationen ergeben, nutzt.

Im Kolpinghaus ‚Gemeinsam leben‘ Wien-Favoriten wird Lebensraum für folgende Zielgruppen angeboten:

- 197 Plätze in der Stationären Pflege, jeweils in Ein- und Zweipersonenzimmern. Das zu Grunde liegende Pflegekonzept ist das der aktivierenden Gruppenpflege mit Bezugspflegeaspekt.
- 20 Plätze für Betreutes Wohnen; Die notwendigen Pflegeleistungen in diesem Bereich von eigens angestellten Pflegepersonen gewährleistet.
- 18 Wohnplätze für Mütter mit Kindern; dieser Bereich wird von professionellen Sozialarbeiter*innen betreut.

Die „Lebensqualität“ ist ein unterstützender Bereich der Pflege. Sie sorgt durch Aktivitäten und Veranstaltungen für Abwechslung im Alltag der Bewohner*innen.

Religion ist für uns ein hohes Gut der menschlichen Lebensgestaltung. Dementsprechend fördern wir alles, was die Bewohner*innen für die Ausübung ihrer Religion benötigen.

Das Konzept des Generationsverbindenden Wohnens ist schon in der Architektur erkennbar. Großzügig angelegte und entsprechend einladend ausgestattete Gemeinschaftsräume, die sich an den Schnittstellen der Trakte für Jung und Alt befinden, bieten Platz für das Miteinander. Die sehr gut ausgestatteten Ein- und Zweipersonenzimmer sowie die Einzelappartements bieten Raum für den persönlichen Bereich der Bewohner*innen.

Das Haus ist als offenes Haus konzipiert. Das öffentlich zugängliche Restaurant und das Kaffeehaus sorgen für pulsierendes Leben. Der großzügige Veranstaltungsraum wird auch für Veranstaltungen des Bezirkes sowie für Seminare etc. extern genutzt.

1.2 Das Pflegeleitbild

Das Pflegeleitbild ist ein integrierter Bestandteil des Leitbildes von Kolping Österreich. Es ermöglicht hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen, aber auch

anderen an unserer Pflegeeinrichtung interessierten Menschen, das gemeinsame Ziel unserer Arbeit mit gesunden und kranken Menschen zu erkennen.

Im Sinne unserer Corporate Identity soll sich jede/jeder dem Unternehmen zugehörige Mitarbeiter*in bewußt werden, dass sie/er mit ihrer/seiner Unverzichtbarkeit für das Unternehmen eine wichtige und verantwortungsvolle Position innehat.

Unser Pflege- und Betreuungskonzept ist allen hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen bewusst und wird so zu einem unverzichtbaren nützlichen Begleiter. Es dient als Richtlinie bei der täglichen Arbeit mit den Bewohner*innen.

Das christliche Menschenbild ist ein Maßstab für unseren Umgang mit Menschen. Unser Denken und Handeln basiert auf dem Bewusstsein, dass die Würde des Menschen unter allen Umständen zu respektieren und zu erhalten ist. Bewohner*innen werden bei uns in einer lebenswerten Atmosphäre versorgt.

In gewohnten Lebensbedürfnissen eingeschränkt zu sein, zwingt zu Verzicht und fordert Entbehrungen sowohl auf Seiten der Bewohnerin bzw. des Bewohners als auch auf Seiten des Zu- und Angehörigen. Das Wissen um diesen Lebensumstand muss im Umgang mit Bewohner/*innen, Zu- und Angehörigen respektvoll berücksichtigt werden.

Die Bedeutung unserer Betreuung und Pflege beginnt dort, wo die Einschränkungen in einem oder mehreren Abläufen der alltäglichen Lebensaktivitäten wirksam werden. Die Betreuung und Pflege älterer / chronisch kranker Menschen lässt sich nicht auf das einfache Ziel reduzieren deren Gesundheit zu erhalten oder wiederherstellen, sondern vielmehr haben wir, neben der Förderung von Gesundheit, die Förderung des individuellen Wohlbefindens sowie die pflegerische Begleitung bis hin zum Tod als wichtigen Inhalt unserer Arbeit etabliert.

Unser Handeln für die Betreuungs- und Pflegebedürftigen zielt in erster Linie auf die individuelle und persönliche Bedarfs- und Bedürfnislage der Bewohnerin bzw. des Bewohners und Zu- und Angehörigen hin. Soweit wie möglich erfährt die Bewohnerin oder der Bewohner eine aktivierende Pflege.

Alle Mitarbeiter*innen sind gemäß ihren Aufgaben qualifiziert. Ihre Fachkompetenz und ihr menschliches Einfühlungsvermögen sind die tragenden Säulen unseres Unternehmens.

Im ständigen Dialog mit den Bewohner*innen, deren Zu- und Angehörigen, Ärzt*innen sind wir stets bemüht, unser Ziel, die ganzheitliche Betreuung der bei uns lebenden Bewohner*innen, zu verwirklichen.

Wir möchten mit den hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen eine bestmögliche Betreuungs- und Pflegequalität erzielen. Diese muss menschlich und zielgerecht sein, denn die Bewohnerin bzw. der Bewohner steht bei uns immer im Mittelpunkt unserer Arbeit.

Wir vertreten aber auch die Ansicht, dass die geleistete Arbeit der Langzeitpflegeeinrichtungen nicht als reiner Akt erbrachter Mildtätigkeit zu verstehen ist. Langzeitpflegeeinrichtungen stehen in einem Wettbewerb. Ihre Arbeit soll eine Dienstleistung gleichberechtigter Partner*innen, mit den Betreuungs- und Pflegebedürfnissen auf der einen und der Dienstleisterin bzw. dem Dienstleister auf der anderen Seite, sein.

1.3 Pflegeverständnis

Im Kolpinghaus ‚Gemeinsam leben‘ Wien-Favoriten wird Pflege als eine eigene Profession angesehen. Aus dieser Profession heraus wird die Bewohnerin bzw. der Bewohner als ein Individuum gesehen, welcher durch sein soziales und kulturelles Umfeld geprägt ist.

Wir sehen die Pflege und Betreuung der Bewohnerin bzw. des Bewohners als Verknüpfung ihrer/seiner spezifischen Lebensgewohnheiten mit der optimalen möglichen Versorgung.

Pflegerisches Handeln ist geprägt durch die Umsetzung von beruflichem Wissen und Können in der Praxis und dem Einhalten der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Wir sind bestrebt, Zu- und Angehörige und Bezugspersonen sinnvoll in unser Planen und Handeln mit einzubeziehen.

In der Auseinandersetzung mit Gesundheit, Krankheit und Sterben fördern wir die Selbstständigkeit, Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfindung der Bewohner*innen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und Bedürfnisse.

Pflege bedeutet für uns auch Hilfe bei der mentalen Verarbeitung von Abhängigkeit und eine würdevolle individuelle Begleitung bis zum Tod, stets unter der Achtung der Grundrechte sowie des Schutzes der Persönlichkeit.

Das Pflegeverständnis unserer Mitarbeiter*innen beinhaltet im gleichen Maße die Beachtung der Unternehmensvorgaben, Qualität, Produktivität und Wirtschaftlichkeit. Alle pflegerischen Maßnahmen sollen qualitativ hochwertig und mit den gegebenen Mitteln so effizient wie möglich erfolgen.

Alle Bewohner*innen werden trotz ihrer Grunderkrankungen nicht als Krankheitsfall gesehen, sondern in ihren Möglichkeiten ein normales Leben zu leben von uns unterstützt. So wird auch die tägliche Mobilisation, die Teilnahme an Aktivitätsgruppen und die Aufrechterhaltung der sozialen Interaktionen soweit es der Gesundheitszustand und der Wunsch der Bewohner*innen zulassen, als sehr wichtig erachtet.

1.4 Pflegesystem

Als Pflegesystem dient uns eine effiziente Mischung aus aktivierender Bezugs- und Gruppenpflege

Aktivierende Pflege: Darunter verstehen wir die pflegerische Unterstützung in sämtlichen Aktivitäten des täglichen Lebens der Bewohner*innen, um einen gewohnten Tagesablauf in einem vertrauten sozialen Milieu zu ermöglichen. Dies bedeutet, dass wir auf die Gewohnheiten der Bewohner*innen bestmöglich eingehen und berücksichtigen, bestehende Ressourcen (i. S. von Fähigkeiten) der Bewohnerin bzw. des Bewohners fördern und erhalten und – wo immer dies möglich ist – neue Ressourcen schaffen.

Bezugspflegeaspekt: Alle Bewohner*innen werden einer bestimmten Pflegeperson zugeordnet, die vom Einzug bis zum Auszug der Bewohner*innen für diese zuständig ist. Die Bezugsperson baut somit ein Vertrauensverhältnis auf, weiß über sämtliche pflegerlevanten Ressourcen und Ziele Bescheid und ist darüber hinaus als Ansprechperson für Zu- und Angehörige zuständig. Eine individuellere Pflege im Einverständnis mit Bewohner*in und Zu- und Angehörigen ist somit gewährleistet. Im Sinne des GuKG wird dabei allerdings zwischen Bezugspflegekräften, welche auch Pflegeassistent*innen sein können und der planungsverantwortlichen DGKP unterschieden.

Gruppenpflege: Um die anstehenden und vielfältigen Arbeiten im Tagesablauf effizient bewältigen zu können, werden die Bewohner*innen im Tagesgeschäft in Gruppen zusammengefasst, welche sich nach unterschiedlichen Kriterien (z. B. Krankheitsbild, Pflegebedarf, etc.) identifizieren lassen.

1.5 Verantwortliche (leitende) Mitarbeiter/innen

Pflegedirektor (PDir): Mag. (FH) Thomas Höllering-Pederiva

Ausbildung: Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, Lehrgang Sozialmanagement; Weiterbildung für basales und mittleres Management, Zusatzausbildung Pflege bei Demenz, Studium Gesundheitsmanagement an der FH IMC Krems

Pflegedienstleiterin (PDL): Karin Hötzl, MSc

Ausbildung: Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, Studium Höheres Pflegemanagement an der Donau Universität Krems

PDL-STV. und Oberpfleger für alle stationären Wohnbereiche und Betreutes Wohnen: DGKP Norbert Weiß

Ausbildung: Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, Weiterbildung für basales und mittleres Management, Weiterbildung zum Praxisanleiter sowie Care-Management

1.6 Aufbauorganisation

1.6.1 Arbeitseinheiten in der Pflege

Die stationäre Pflege im Kolpinghaus ‚Gemeinsam leben‘ Wien-Favoriten ist in sieben stationäre Wohnbereiche unterschiedlicher Anzahl der Plätze gegliedert.

Wohnbereich 1	28 Pflegeplätze
Wohnbereich 2	31 Pflegeplätze
Wohnbereich 3	36 Pflegeplätze
Wohnbereich 4	36 Pflegeplätze
Wohnbereich 5	36 Pflegeplätze
Wohnbereich 6	30 Pflegeplätze
Betreutes Wohnen	20 Wohnplätze

1.6.2 Pflegedirektor

Dem Pflegedirektor Thomas Höllering-Pederiva untersteht die Pflegedienstleitung, der Oberpfleger sowie alle Wohnbereichsleitungen und die Teamleitung des Bereiches Betreutes Wohnen. Oberpfleger Norbert Weiß vertritt die Pflegedienstleitung. Innerhalb dieses Gefüges sind die Aufgaben in hauseigenen Stellenbeschreibungen definiert.

1.6.3 Betreuungsschlüssel

Der Betreuungsschlüssel richtet sich nach den Vorgaben des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes.

1.6.4 Einführung neuer Mitarbeiter*innen

Die Einführung neuer Mitarbeiter*innen im Pflegebereich erfolgt anhand der hauseigenen Richtlinie. Maßgeblich dabei sind die ersten drei Dienste. Diese Dienste werden zusätzlich zum diensthabenden Team des Tages geplant und mit einem einführenden Mentoring begleitet. Die innerhalb des Probemonats abzuarbeitende Einführungs-Checkliste stellt sicher, dass jede/r neue/r Mitarbeiter/in sämtliche nötigen Informationen und Einschulungen erhält.

1.6.5 Auszubildende, Praktikant*innen

Nachdem ein großer Bedarf an Praktikumsplätzen für die Krankenpflegeausbildung, Pflegeassistentenlehrgängen und Heimhilfeausbildungen herrscht, hat sich das Kolpinghaus ‚Gemeinsam leben‘ Wien-Favoriten bereit erklärt, hier als Praktikumsstelle zu dienen. Die Praxisanleitung erfolgt durch erfahrene diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in einem Mentoren System.

1.7 Ablauforganisation

1.7.1 Pflegesysteme

Die professionelle Pflege im Kolpinghaus ‚Gemeinsam leben‘ Wien-Favoriten ist auf dem System der Bereichspflege aufgebaut. Dies bedeutet, dass zumeist zwei Gruppen an Pflegepersonen pro Wohnbereich die Bewohner/innen pflegerisch unterstützen. (siehe dazu auch Punkt 1.4 Pflegesystem)

Durch den Aspekt der Bezugspersonenpflege wird dieses System noch weitergeführt, indem jede Bewohnerin und jeder Bewohner bei ihrem bzw. seinem Eintritt bereits einer Pflegeperson zugeordnet wird, die bis zu ihrem/seinem Ableben oder ihres/seinen Auszuges ihre/seine Bezugsperson ist. Auf besonders gute Beziehungen zwischen den einzelnen Bewohner*innen und Pflegepersonen wird natürlich weiterhin Rücksicht genommen.

Mit diesem System wollen wir einen weiteren Schritt in Richtung bewohner*innenzentrierter Pflege gehen und uns zusätzlich mit dem Angebot der Abteilung Lebensqualität von in anderen Einrichtungen angebotener „Warm-Satt-Sauber-Pflege“ unterscheiden.

1.7.2 Kontrollsysteme

Zur laufenden Qualitätskontrolle der Pflegeleistungen dienen folgende Instrumente:

- Anlassbezogene Kontrollen
- Regelmäßige Gespräche der Wohnbereichsleitungen mit den Bewohner*innen
- Pflegevisiten durch die Wohnbereichsleitungen (inkl. quartalsmäßiger statistischer Auswertung durch die Pflegedienstleitung)
- monatliche Pflegestatistik durch die Pflegedienstleitung mit Kennzahlen u. a. zu den Themen Dekubitus, Sturz, Ernährung, etc.
- Regelmäßige und anlassbezogene Hygienevisiten durch die externe Hygienefachkraft (mind. einmal jährlich)

1.7.3 Fortbildung

Unser Haus hat einen Jahresplan für innerbetriebliche Fortbildungen; verantwortlich für die Erstellung und Planung ist die Stabstelle HR Management. Wesentlicher Teil dieser internen Fortbildungen sind sogenannte Pflichtfortbildungen zu pflegerelevanten Themen, wie Pflegedokumentation, Pflegeplanung, Grundlagen Heimaufenthaltsgesetz etc., die auch teilweise in regelmäßigen Abständen wiederholt werden (z. B. Erste Hilfe, Brandschutz, Medizinprodukte, Hygiene).

Neben diesen Pflichtfortbildungen werden außerdem Soll- und Wunschfortbildungen unterschieden, die Entscheidung welche Pflegepersonen an welchen (internen wie externen) Fortbildungen teilnehmen, sowie die Art, des Wissenstransfers in die Praxis ist in einer eigenen hausinternen Richtlinie geklärt.

1.8 Pflegemodell

Den pflegerischen Leistungen im Kolpinghaus ‚Gemeinsam leben‘ Wien-Favoriten liegt das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel zugrunde.

Auf der Grundlage dieser theoretischen Konzeption wurde zu den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens ein entsprechendes Strukturmodell entwickelt und konkretisiert. Zu den 13 von Monika Krohwinkel definierten Kriterien wurde zusätzlich ein 14. Kriterium – „Medizinische Versorgung sicherstellen“ definiert.

1.8.1 Das primäre pflegerische Interesse

Das zentrale Interesse ganzheitlich rehabilitierender Prozesspflege ist die pflegebedürftige Person, ihre Fähigkeiten (Ressourcen) bezogen auf die Aktivitäten des Lebens und auf ihren Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens sowie ihre daraus resultierenden pflegerischen Bedürfnisse/Probleme/Defizite. Von wesentlicher Bedeutung sind für die Pflege außerdem primäre Einflussfaktoren wie:

- Umgebung und Lebensverhältnisse
- Gesundheits- und Krankheitsprozesse
- Diagnostik und Therapie

1.8.2 Die primäre pflegerische Zielsetzung

Das Erhalten, Fördern und Wiedererlangen von Unabhängigkeiten und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Personen in ihren Aktivitäten des Lebens und ihrem Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens ist unsere primäre pflegerische Zielsetzung. Um dies zu erreichen, sind insbesondere auch die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen und/oder ihrer persönlichen Bezugsperson (Zu- und Angehörige, Lebenspartner*in) gezielt systematisch zu erfassen, zu stützen und zu fordern.

Diese Ziele bleiben bestehen, unabhängig davon, ob der pflegebedürftige Mensch gesund, krank oder behindert ist oder ob er stirbt.

1.8.3 Die primären pflegerischen Hilfestellungen (Pflegethethodik)

Der professionellen Pflege stehen fünf grundlegende Methoden zur Hilfestellung zur Verfügung, die bedürfnis- und zielorientiert Anwendung finden:

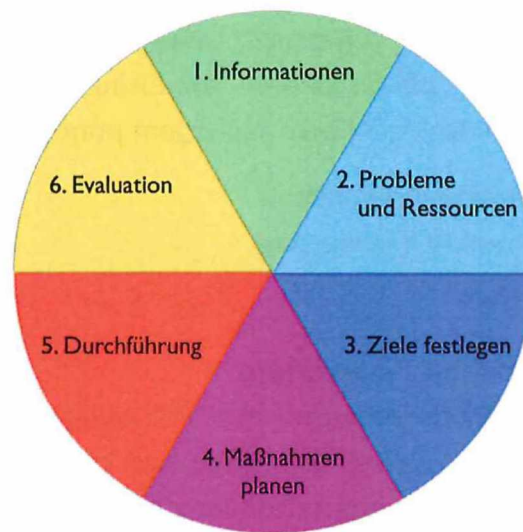
1. für den pflegebedürftigen Menschen handeln
2. ihn führen und leiten
3. für eine Umgebung sorgen, die einer positiven Entwicklung förderlich ist
4. ihn unterstützen
5. den Pflegebedürftigen und / oder seine persönlichen Bezugspersonen anleiten, beraten, unterrichten und fördern.

Für das Handeln im Pflegeprozess sind die Stützung der Fähigkeiten des Menschen und die unabhängigkeitsfördernden Elemente von besonderer Bedeutung.

1.9 Pflegeprozess

Nach der im theoretischen Rahmenkonzept dargestellten Auffassung von Pflege wird der Pflegeprozess als individueller Problemlösungs- und Beziehungsprozess definiert. Der Pflegeprozess beginnt bei der Aufnahme der bzw. des Pflegebedürftigen und endet bei ihrem/seinem Auszug. Wesentliche Informationen für den Pflegeprozess sind darüber hinaus sowohl die pflegerische Lebenssituation der Bewohnerin bzw. des Bewohners und ihrer/seiner persönlichen Bezugsperson vor der Aufnahme wie auch die zu erwartende Pflegesituation nach einer eventuellen Entlassung.

1.9.1 Prozessphasen



Der Pflegeprozess besteht aus sechs sich gegenseitigen beeinflussenden Phasen:

1. Informationssammlung (Pflegeanamnese)
2. Probleme und Ressourcen beschreiben
3. Pflegeziele festlegen
4. Maßnahmenplanung
5. Durchführung = Umsetzung der Pflegeplanung
6. Evaluation der Pflege auf dem Hintergrund einer IST- SOLL Analyse

Der Pflegeprozess ist zyklischer Natur. Auch wenn die Sequenzen als eine logische Reihenfolge nacheinander dargestellt werden, so zeigt die Erfahrung, dass diese Schritte in der Praxis oft parallel laufen.

1.9.2 Pflegebedarfserhebung und Zielsetzung

Die Pflegebedarfserhebung umfasst das Erkennen und Beschreiben pflegerrelevanter Probleme und Fähigkeiten der/des Pflegebedürftigen im Hinblick auf Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL) in ihren Auswirkungen auf den Gesundungs- und Lebensprozess sowie die Abschätzung der zugrundeliegenden Ursachen. Wenn die pflegerischen Grundprobleme und Fähigkeiten im AEDL – Bereich von der Pflegeperson festgestellt sind, ist es erforderlich, diese in ihren Auswirkungen auf Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten auf andere Aktivitäten und

auf existentielle Erfahrungen zu überprüfen und entsprechende pflegerische Maßnahmen zu planen und umzusetzen.

1.9.3 Planung der Maßnahmen und Durchführung

Hier wird der besonderen Bedeutung der Entwicklung von Verantwortungs- und Entscheidungskompetenz in den Hauptaufgabengebieten der Pflege, nämlich der direkten Pflege, Pflegediagnostik, Pflegeplanung und Pflegeevaluation Rechnung getragen. Die Auswahl entsprechender Methoden erfordert von der verantwortlichen Pflegeperson ein hohes Maß an Wissen über neue ganzheitliche-rehabilitierende Pflegemethoden. Dazu gehören empirisch und wissenschaftlich überprüfende Methoden zur Förderung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden sowie Methoden zur Anleitung von persönlichen Bezugspersonen zur Unterstützung der bzw. des Pflegebedürftigen bei ihren/seinen Selbstpflegeaktivitäten. Es wird davon ausgegangen, dass die Auswahl sowie die gezielte, individuelle und flexible Anwendung der Methoden einen entscheidenden Einfluss auf den rehabilitierenden Prozess haben.

1.9.4 Evaluation der Pflege und Feedback

Die Auswertung der Pflege gibt die Rückmeldung über die Effektivität des Pflegeprozesses. Der Evaluationsprozess stellt an die Pflegenden ähnlich hohe Anforderungen wie die Erhebungsphase. Diese sind, neben möglichst umfassenden Kenntnissen und Erfahrungen, systematisch – ganzheitliche Beobachtung, eine auf den Pflegebedürftigen abgestimmte Kommunikation und das Treffen von Entscheidungen. Das Verhalten und die Reaktion der bzw. des Pflegebedürftigen sind der beste Beweis für die Veränderung ihrer/seiner Fähigkeiten zur Selbstpflege (zur Wahrnehmung ihrer bzw. seiner Aktivitäten des Lebens und zum Umgang mit existentiellen Erfahrungen).

1.9.5 Die Pflegeprozessdokumentation

Die Dokumentation wird in unsere Einrichtung mittels EDV erstellt, welches auf das Pflegemodell von Monika Krohwinkel abgestimmt ist. Der gesamte Pflegeprozess wird im Dokumentationssystem vollständig und strukturiert umgesetzt.

Die EDV-Dokumentation ist für jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter des interdisziplinären Betreuungsteams einsehbar. Pflegepersonen, Ärzt*innen, Psycholog*innen, hauptberufliche Mitarbeiter*innen der Lebensqualität, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Diätolog*innen dokumentieren in diesem System. So wird es neben einem Dokumentations- zu einem wichtigen Informations- und Kommunikationssystem der Berufsgruppen.

1.10 Allgemeines Wohnen mit Pflege- und Betreuungsleistungen

Das Konzept für „Allgemeines Wohnen mit Betreuungs- und Pflegeleistung“ bezieht sich auf alle Bewohner*innen, die in barrierefreien Apartments untergebracht sind.

Diese Appartements verfügen über Loggia bzw. Balkon, sowie alten- und behindertengereichten Sanitärräume, wobei Notrufeinrichtungen sowohl im Sanitär- als auch im Wohnbereich vorhanden sind.

Die Räumlichkeiten ebenso wie die dazugehörigen Balkone sind weitgehend durch die Bewohner*innen bzw. nach deren Wünschen und Vorstellungen gestaltbar (Möbel, private Gegenstände wie z.B. Computer bis hin zu Balkonblumenkisten).

Dieses Konzept für allgemeines Wohnen mit Betreuungs- und Pflegeleistung beruht darauf, den Bewohner*innen Hilfestellung anzubieten wo ein Bedarf besteht, aber die Selbstentscheidung und die Selbstständigkeit der Bewohnerin bzw. des Bewohners so lange es möglich ist zu erhalten. Die Bewohnerin bzw. der Bewohner erhält ihre/seine Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistung entsprechend ihrer/seiner individuellen Bedürftigkeit, d.h. bei ansteigendem Pflegebedarf wird die Pflegeleistung an ihre/seine individuellen Erfordernisse angepasst. Dabei ist es das Ziel, dass die Bewohnerin oder der Bewohner in ihrem/seinem eigenen ihr/ihm vertrauten Wohnbereich (Appartement) bleiben kann. Entsteht im Lauf der Zeit ein spezieller Betreuungs- und Pflegebedarf kann es zum Umzug in einen der stationären Wohnbereiche kommen.

Auch im Krankheitsfall, bei dem ein vermehrter Pflegebedarf entsteht wird die Bewohnerin bzw. der Bewohner in ihrer/seiner vertrauten Wohnumgebung bis zu ihrer/seiner Genesung gepflegt.

1.10.1 Kriterien

Regelmäßig wiederkehrende Pflege- und Betreuungsmaßnahmen werden auf den individuellen Tagesablauf der Bewohnerin oder des Bewohners abgestimmt, koordiniert und geplant.

Der Personal- und Ressourceneinsatz ist so geplant, dass die adäquate Bewältigung von Akutsituationen sichergestellt ist.

Prinzipiell werden die Leistungen planmäßig untertags erbracht. Bei außergewöhnlichem Bedarf werden Leistungen auch planmäßig in der Nacht durch die Mitarbeit der stationären Wohnbereiche erbracht. Darüber hinaus steht in der Nacht bei Akutbedarf ein Notrufsystem zur Verfügung.

Die Bewohner*innen des Allgemeinen Wohnens müssen über ihre Betreuungs- und Pflegesituation eigenverantwortlich entscheiden können, ebenso müssen diese in der Lage sein, selbstständig den Notruf zu betätigen.

1.10.2 Organisationskonzept

Für den Bereich „Allgemeines Wohnen mit Betreuungs- und Pflegeleistung“ ist die Teamleiterin Vorgesetzte der Pflegepersonen und der Unterstützungskräfte und untersteht dem Oberpfleger und der Pflegedienstleiterin.

Tätigkeiten, die lt. GuKG dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten sind, werden ausschließlich von solchen durchgeführt, in deren

Abwesenheit sind Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte des Wohnbereiches 5 als Fachaufsichten für das allgemeine Wohnen mit Betreuungs- und Pflegeleistung zuständig. Die Zuständigkeiten sind in einer Richtlinie eigens geregelt.

Während der Nacht wird die Betreuung dadurch gewährleistet, dass durch den Schwesternnotruf bzw. ein Notrufarmband jederzeit Kontakt mit der diensthabenden Pflegeperson des Wohnbereiches 5 hergestellt werden kann.

1.11 Wohnbereiche

In allen stationären Wohnbereichen werden Bewohner*innen aller Pflegestufen versorgt. Grundsätzlich werden Bewohner*innen mit jeder Erkrankung gepflegt. Aufgrund baulicher und medizinischer Gegebenheiten ist es uns aber nicht möglich Bewohner*innen zu betreuen, die

- intensiver Gerätemedizin bedürfen
- an schweren psychiatrischen Erkrankungen leiden
- massive Verhaltensstörungen im Rahmen dementieller Erkrankung zeigen

1.11.1 Leistungen der Wohnbereiche

Alle pflegerischen Handlungen werden nach dem aktuell geltenden Gesundheits- und Krankenpflegegesetz durchgeführt.

Beispielhafte Angabe:

- 24 Stunden Betreuung in hauswirtschaftlicher und pflegerischer Hinsicht
- Pflegeleistungen werden individuell auf die Bewohnerin oder den Bewohner abgestimmt
- Körperpflege nach Absprache bzw. früheren Gewohnheiten
- Behandlungspflege im Rahmen der pflegerischen Kernkompetenzen lt. GuKG
- Ermöglichen der Teilnahme an Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie im Haus oder extern gerufene Therapeuten).
- Fördern der Teilnahme an sämtlichen Aktivitäten im Haus (Lebensqualität)
- Versorgung sämtlicher medizinischer Behelfe (Rollstühle, Gehhilfen, ...)

Das Pflegekonzept beruht jedenfalls darauf, den Bewohner*innen Hilfestellung anzubieten wo immer ein Bedarf besteht, sie aber soweit als möglich in ihrer Selbstständigkeit zu fördern. Bei schweren Erkrankungen und einer durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt festgestellten Notwendigkeit wird die Transferierung in ein Krankenhaus vorgenommen. Dies geschieht im Einverständnis mit der Bewohnerin oder dem Bewohner bzw. Erwachsenenvertreter*in oder Zu- und Angehörigen.

Auch auf stationären Wohnbereichen soll eine Vernetzung zwischen Jung und Alt stattfinden und so ein lebenswertes Dasein bis ins hohe Alter gewährleistet werden. Viele Aktivitäten die nahezu täglich stattfinden, helfen den Pflegepersonen

Bewohner*innen eine zusätzliche Motivation zu geben, die eigenen vier Wände zu verlassen und den Kontakt zu Mitbewohner*innen zu suchen.

2 Medizinisches Konzept

2.1 Präambel

Geriatrische Medizin, als Medizin für ältere Menschen, die meist mehrere chronische Krankheiten haben, bedeutet eine große Herausforderung. Symptome sind oft atypisch, Beschwerden können besonders bei dementen Bewohner*innen weniger oder gar nicht verbalisiert werden. Genaue Beobachtung durch die Pflegepersonen und Weitergabe der Information an die Ärztin bzw. den Arzt sind wichtig sowie ein validierender Zugang.

In der geriatrischen Medizin und Pflege stehen soweit wie möglich der Erhalt und die Rehabilitation von noch vorhandener Funktionen und Fähigkeiten im Vordergrund, parallel dazu Begleitung und Linderung zur Gewinnung bestmöglicher Lebensqualität unter Berücksichtigung körperlicher, emotionaler und spiritueller Bedürfnisse. Ziel ist eine ganzheitliche Betreuung im Rahmen eines multiprofessionellen Teams. Durch adäquate Schmerz- und antidepressive Therapie, Behandlung akuter Krankheitszustände, sowie symptomlindernde Behandlung bei Verschlechterung von Grunderkrankungen nach entsprechender ärztlicher Verordnung wird dies gefördert. Palliative und kurative Maßnahmen werden je nach Bedarf oder auch gleichzeitig angewandt.

In der letzten Lebensphase schließlich steht die palliative Pflege und Medizin sowie therapeutische Begleitung im Vordergrund – es geht nicht mehr um Heilung, sondern um das größtmögliche individuelle Wohlbefinden. Im Mittelpunkt steht der, dem Tod nahe seiende Mensch, der aber oft nicht mehr verbal äusserungsfähig ist. Hier arbeiten Pflege team, Psycholog*innen, Seelsorger*innen, Ärzt*innen unter Einbeziehung von Zu- und Angehörigen und ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter*innen eng zusammen. Im erstellten Palliativkonzept wird die palliative Versorgung unserer Bewohner*innen im Detail erläutert.

2.2 Medizinische Verantwortliche

Drⁱⁿ. Ariane SAMI, Ärztin für Allgemeinmedizin

2.3 Ärztliche Versorgung

Die Hausärztin (im Haus tätigen Ärztin für Allgemeinmedizin) sowie die Kassenärzt*innen (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin mit Kassenzulassung) sorgen für eine engmaschige medizinische Versorgung unserer Bewohner*innen. An Werktagen ist jeweils die Hausärztin bzw. ein/e Kassenarzt/ärztin anwesend. Zusätzlich visitieren die Kassenärzt*innen jeden Wohnbereich inkl. des Bereichs „Allgemeines Wohnen“ zumindest einmal wöchentlich. Bei Notfällen, bzw. für den Fall, dass eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner unvorhergesehen und rasch ärztliche Hilfe benötigt wird zuerst die anwesende Hausärztin verständigt, in deren

Abwesenheit sollte, sofern es der Zustand der Bewohnerin bzw. des Bewohners erlaubt, telefonisch Kontakt zu der Kassenärztin bzw. dem Kassenarzt aufgenommen werden. Ansonsten werden Rettung/Notarzt (144) hinzugezogen. Zwischen 19:00 – 07:00 sowie an Wochenenden und Feiertagen, ist der Ärztefunkdienst (141) Ansprechpartner.

Die Verschreibung der notwendigen Medikamente sowie das Ausstellen von Überweisungen und Verordnungen erfolgt entsprechend dem Kassengebühren durch die Kassenärztin bzw. den Kassenarzt, Rezeptgebühren und Selbstbehalte werden verrechnet. Im Notfall können Medikamente auch von der Hausärztin angeordnet oder abgesetzt werden.

Fachärzt*innen mit Kassenvertrag kommen auf Konsiliarbasis regelmäßig ins Haus. Zusätzliche Fachärzt*innen-Konsultationen sowie radiologische Untersuchungen werden niedergelassenen Fachärzt*innen oder Spitalsambulanzen zugewiesen. Bei speziellen Fragestellungen werden weitere Institutionen wie z.B. mobiles Hospiz oder psychosozialer Dienst hinzugezogen, ggf. wird auch eine stationäre Abklärung veranlasst.

Die freie Ärztinnen/Arztwahl bleibt aufrecht, hat eine Bewohnerin oder ein Bewohner den Wunsch, eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt zu konsultieren, kann dies über Zu- und Angehörige oder Wohnbereichsleitung veranlasst werden.

2.3.1 Allgemeinmedizinische Versorgung im Detail

Der hausärztliche Dienstplan wird von der medizinischen Verantwortlichen und dem Geschäftsführer gemeinsam erstellt, die Wohnbereiche werden rechtzeitig informiert und der Dienstplan deutlich sichtbar am Stützpunkt aufgehängt. Es gibt eine Hausärztin.

Die vom Haus vermittelten Kassenärzt*innen führen auf den von ihnen betreuten Wohnbereichen an von ihnen festgesetzten Tagen 1-2 x/Woche Hausbesuche (Visiten) durch. Ärztliche Visiten werden bewohner*innenbezogen bedarfsorientiert nach Vorbesprechung von Ärztin bzw. Arzt und Wohnbereichsleitung durchgeführt. Der Bedarf ergibt sich aus den bestehenden Beschwerden, sei es selbst geäußert oder vom Pflegepersonal beobachtet unter besonderer Berücksichtigung von auffälligen Symptomen, geändertem Gesundheitszustand sowie funktionellen Einschränkungen, des Weiteren aus den medizinisch notwendigen Kontrollen sowie dem Wunsch der Bewohnerin bzw. des Bewohners.

In den stationären Wohnbereichen führt die Hausärztin ergänzende Visiten durch. Der Schwerpunkt liegt bei Akutvisiten, Wundkontrollen, Schmerztherapie in Absprache mit der Kassenärztin bzw. dem Kassenarzt, Zu- und Angehörigengesprächen, Definitionen von gemeinsamen pflegerisch-medizinischen-therapeutischen Zielen nach pflegerischer Erhebung von Warnsignalen wie z.B. Gewichtsabnahme oder erhöhtem Dekubitusrisiko.

2.3.2 Dokumentation

Die ärztlichen Tätigkeiten und Diagnosestellungen/Symptombeschreibungen sowie Überlegungen zum weiteren Vorgehen und Anordnungen an die Pflegekräfte werden dokumentiert, wobei die Hausärztin und nach Möglichkeit auch die Wahlärzt*innen im eigenen computergestützten Dokumentationssystem CareCenter Dekurs führen.

Ansonsten werden Dekursblätter bereitgestellt und in der Bewohner*innendokumentation aufbewahrt. Konsiliarblätter werden für Fach- und Ambulanzärzt*innen bereitgestellt und von der Wohnbereichsleitung wieder den Haus- und Kassenärzt*innen vorgelegt, diese zeichnen sie mit ihrer Paraphe, ebenso wie Spitalsbriefe nach Rückkehr einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners, ab.

Nach Fachärzt*in-, Ambulanzbesuch und Spitalsbesuch werden wichtige Diagnosen von der Hausärztin im Diagnoseblatt im CareCenter dokumentiert, Verläufe werden im Ärztedekurs festgehalten, ggf. werden Medikationsänderungen durchgeführt. Freiheitsbeschränkungen lt. §6 HeimAufG, werden dem Bewohner*innenvertreter gemeldet, der Ausdruck wird unterschrieben zur Dokumentation hinterlegt.

2.3.3 Labor, Vitalparameter, Befunderhebungen im Haus

Blutabnahmen werden vom Labor (*Synlab*) am Donnerstag, sowie bei Bedarf (nach vorheriger Anmeldung) als Routine- und Nüchternblute abgenommen. In Ausnahmefällen kann auch die Ärzt*in des Wohnbereiches akut Notfallblute abnehmen. In einem solchen Fall muss sich dann auch die Ärztin bzw. der Arzt des Wohnbereiches zur rechtzeitigen Befundermittlung mit dem Labor in Verbindung setzen.

Bei einer sonstigen sich aus den Laborwerten ergebenden akuten oder subakuten Lebensgefährdung setzt sich das Labor *labors.at* mit der zuweisenden Ärztin bzw. dem zuweisenden Arzt persönlich in Verbindung, bei dessen Nichterreichbarkeit mit der Pflegedienstleitung. Blutzuckermessgeräte befinden sich in jedem Wohnbereich. Bakteriologisches Probematerial (Abstriche, Harnkulturen) wird von Pflegekräften abgenommen und an den Labortagen vom Labor abgeholt.

Vitalparameterkontrollen (Blutdruck, Puls, Temperatur, Bilanz, Blutzucker) werden vom Pflegepersonal nach ärztlicher Anordnung regelmäßig durchgeführt sowie bei auffälligen Symptomen sowie beim Einzug einer Bewohnerin oder eines Bewohners eigenständig. An „technischen“ Befunderhebungen vor Ort sind des Weiteren EKG, Otoskopie, periphere Pulsoxymetrie und Harnstreifen möglich.

2.3.4 Einzug

Medizinische Unterlagen der neuen Bewohnerin bzw. des neuen Bewohners sollten schon vor deren/dessen Aufnahme auf den Wohnbereichen aufliegend sein und der diensthabenden Hausärztin zur Kenntnis gebracht werden. Bei einem Einzug von zu Hause ist eine aktuelle Medikationsliste/ Verordnungsplan und Diagnoseliste, nach Möglichkeit von der betreuenden Hausärztin oder vom betreuenden Hausarzt

ausgestellt, erforderlich. Die Medikamente sollten zumindest für den ersten Tag mitgebracht werden. Auf den stationären Wohnbereichen erfolgt am Einzugsstag zumindest eine Kurzbegutachtung durch die diensthabende Hausärztin bzw. Kassenärztin/arzt. Bei Einzug einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners erfolgt die Statuierung (= Erstuntersuchung) und Anamneseerhebung durch die zuständige Hausärztin innerhalb der ersten beiden Wochen, beim betreuten Wohnen innerhalb der ersten vier Wochen.

Liegt kein hinreichend aktueller Laborbefund vor, wird dieser i. S. eines Aufnahme-labors nach Verordnung durch die Hausärztin nacherhoben. Ein EKG wird bei jedem Einzug von Pflegekräften geschrieben und von der Ärztin bzw. dem Arzt des Wohnbereiches befundet. Weitere Untersuchungen werden nach medizinischer Notwendigkeit durchgeführt.

2.3.5 Übernahme einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners vom Krankenhaus

Nach dem Spitalsbesuch einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners erfolgt eine Kurzbegutachtung der diensthabenden Hausärztin am selben oder am Folgetag nach Vorbegutachtung durch das Pflegepersonal in Hinblick auf geänderten Gesundheitszustand sowie Haut- und Wundzustände der Bewohnerin bzw. des Bewohners. Des Weiteren erfolgt eine Aktualisierung des Medikamentenblattes unter Berücksichtigung des Kassengebarens, bei Änderungen der Dauertherapie ggf. in Absprache mit der betreuenden Kassenärztin/arzt.

Vor der geplanten Spitalsentlassung (auch bei einem Neueinzug) sollte die Wohnbereichsleitung durch eine Begutachtung (Einzug) oder telefonische Rücksprache (Rückübernahme), ggf. nach Rücksprache mit unserem diensthabenden Hausärztin, feststellen, dass eine Übernahme möglich ist. Dabei wird ein bereits vereinbartes (mit der Bewohnerin, dem Bewohner, deren Erwachsenenvertretung oder im Gespräch mit Zu- und Angehörigen/ Vertrauenspersonen) palliatives Vorgehen berücksichtigt. Auch sollten noch bestehende Symptome ohne 24h ärztliche Betreuung augenscheinlich beherrschbar sein.

Weiter wird das Krankenhaus ersucht, dass die Medikamente für den Entlassungstag mitgegeben werden. Eine umfangreiche Gerätemedizinische Versorgung (z.B. Beatmung) ist nicht möglich, auch keine täglichen Laborkontrollen. Intravenöse Infusionstherapien sind in begrenztem Maße möglich, sollte eine Fortsetzung geplant sein, ist eine Rücksprache mit den betreuenden Ärzt*innen erforderlich.

2.3.6 Letzte Lebensphase, Sterben

Die wenigsten Bewohner*innen haben eine bindende oder umfangreiche beachtliche Patient*innenverfügung oder Vorsorgevollmacht, aber alle das Recht auf würdevolles Sterben. Hier ist jeder im Team gefragt, bei der Bewohnerin bzw. beim Bewohner und ihren bzw. seinen Zu- und Angehörigen möglichst früh zu erheben, was Lebensqualität und Sterben für speziell diese Bewohnerin bzw. diesen Bewohner bedeutet und

entsprechende Aussagen zu dokumentieren, besonders, wenn keine intensivmedizinischen Aufenthalte oder Reanimationen gewünscht sind.

Ärztlicherseits geschieht dies im Ärztebericht. Wird eine weitere palliative Versorgung mit Bewohner*in und Zu- und Angehörigen besprochen, so wird dies im EDV Dokumentationssystem unter der Rubrik Palliativgespräch vermerkt. Gleichzeitig wird im Stammdatenblatt der Eintrag Palliative Care mit dem jeweiligen Datum eingetragen.

Optimalerweise wird ein solcher Ausdruck des Ärzteberichtes von der Bewohnerin bzw. vom Bewohner oder deren/dessen Erwachsenenvertreter/in sowie der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt unterschrieben. Im Fall akut auftretender belastender Symptome können diese Berichte als dokumentierte Empfehlung für hinzugezogene Ärzt*innen verwendet werden.

Des Weiteren wurde ein interdisziplinäres Palliativ-Team implementiert, das sich speziell den Agenden der Pflege und Betreuung von moribunden Menschen, der fundierten Schmerztherapie sowie der professionellen Sterbe- und Trauerbegleitung widmet. Neben der ärztlichen Leitung des Hauses gehören diesem Team diplomierte Pflegekräfte, die klinische Psychologin sowie ein Seelsorger des Hauses an. Das Palliativ-Team trifft sich regelmäßig.

2.4 Prophylaxen

Zur Vorbeugung von – sowohl durch Alter und Erkrankungen sowie den damit verbundenen Beeinträchtigungen verbundenen – weiteren sekundären Erkrankungen liegt eine Reihe von medizinisch und pflegewissenschaftlich validen standardisierten Pflegestandards auf, die im wesentlichen den Empfehlungen des Dachverbandes der Wiener Sozialdienste folgen. Dies betrifft insbesondere die Problembereiche

- Hautintegrität (= Dekubitus und Intertrigo)
- Sturz (Gefährdung und Folgen)
- Malnutrition und Dehydration
- Immobilität und Kontrakturen
- Inkontinenz und Infektion
- Selbst- und Fremdgefährdung (inkl. Suizidalität)

Sowohl die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt wie auch die Pflegepersonen achten hier bereits von Anfang auf beginnende möglich Probleme, bedienen sich zur Problemidentifikation konkreter Screeningverfahren und valider Einschätzungen sowie bei Bedarf der Expertise von externen Spezialisten und treffen risikominimierende Maßnahmen nach dem jeweils geltenden state of the art.

In der Minimierung von Risiken und Verhütung von Folgekrankheiten arbeiten Ärztin bzw. Arzt, Pflege und sämtliche Therapeuten aufs engste zusammen, das Case-management obliegt dabei im Wesentlichen der Ärztin bzw. dem Arzt.

2.5 Hygiene

Für das gesamte Management der Hygiene ist die externe Hygiene-Fachkraft DGKP Christan Haslinger zuständig, dessen Aufgabenbereich folgende Punkte umfasst:

- Erstellung eines Hygieneplans für das gesamte Haus
- Inhaltlich Erstellung der Hygienestandards und Richtlinien
- Schulung der aller Mitarbeiter*innen (Pflege und Reinigung) zu Themen der Hygiene
- Beratung von PDir/PDL, Geschäftsführung, Wohnbereichsleitungen sowie die Bereichsleitungen Haustechnik und Küche zu hygienischen Fragestellungen
- Durchführung von regelmäßigen Hygienevisiten in den Wohnbereichen (mind. 1x pro Jahr und Wohnbereich) mit dem Focus auf Einhaltung von Hygieneplänen und Hygienerichtlinien

In jedem Wohnbereich befindet sich, in den Stützpunkten, eine spezielle „Hygienemappe“, mit den aktuellen Hygienerichtlinien und -standards zur jederzeitigen Einsichtnahme durch die Mitarbeiter*innen. Zusätzlich ist eine Hygienekontaktperson nominiert (DGKP Varghese Shyni), welche die externe Hygienefachkraft unterstützt und auch in deren Abwesenheit den Wohnbereichen entsprechende Beratung leistet.

2.6 Medizinisches Notfallprogramm

Falls ein/e Bewohner/in unvorhergesehen und rasch ärztliche Hilfe benötigt, d.h. bei akuter Zustandsverschlechterung und sonstigen plötzlichen medizinischen Problemen, muss von den diensthabenden Pflegekräften sofort die diensthabende Hausärztin verständigt werden; gleichzeitig werden Erste-Hilfe- bzw. Akutmaßnahmen im Rahmen der Kompetenzen des jeweiligen Berufsbildes eingeleitet und die Vitalparameter erhoben.

Die diensthabende Hausärztin untersucht die Bewohnerin bzw. den Bewohner und zieht gegebenenfalls die Notärztin bzw. den Notarzt hinzu oder leitet, falls notwendig, weitere diagnostische, therapeutische oder palliative Handlungen ein, bzw. veranlasst eine Spitalseinweisung.

Aktuelle Dienstpläne inklusive der Telefonnummern der Hausärztin sind in jedem Wohnbereich deutlich sichtbar am Stützpunkt angebracht, die Pflegekräfte müssen sich bei Dienstbeginn über die ärztliche Besetzung des Tages informieren.

Tritt ein medizinischer Notfall ein, wenn kein/e Arzt/Ärztin im Haus ist, muss Rettung bzw. Notarzt (144) verständigt werden. In der Zeit zwischen 19:00 – 7:00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen wird der Ärztefunkdienst (141) als Vertreter hinzugezogen.

Wird eine Ärztin bzw. ein Arzt des Ärztefunkdienstes oder eine Notärztin bzw. ein Notarzt konsultiert, sind ihr/ihm durch die Pflegekräfte folgende Unterlagen zu übergeben: Stammdaten, Notfallblatt mit aktueller Diagnoseliste, aktuelles

Medikamentenblatt, Blutzuckerkurve und bei Einweisung in ein Krankenhaus auch den Leistungsplan in Kurzform. Der Funkdienstärztin bzw. dem Funkdienstarzt wird zudem ein „Konsiliarblatt“ zur Dokumentation gegeben; bei einem Notarzteinsatz wird der Durchschlag des Einsatzprotokolls als Befund behalten.

Wird ein Medikament von der ÄrztEFunkdienstärztin bzw. dem ÄrztEFunkdienstarzt rezeptiert, welches nicht vorrätig, aber dringlich ist, wird es per Medikamentenzustelldienst über die nächste Notapothke geliefert. Diese ist unter Tel. Nr. 1455 zu erfragen und zu kontaktieren.

Notfall-Sauerstoffflaschen befinden sich in den Lagerräumen der Wohnbereiche 3, 4 und 5.

Absauggeräte, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte, Verbandsmaterial und Materialien zur Infusionsverabreichung befinden sich in jedem Wohnbereich am Stützpunkt.

Ein Notfallrucksack, welcher auch für Ausflüge und hauserne Aktivitäten verwendet werden kann, befindet sich im Stützpunkt des Wohnbereiches 6.

Ein großer Notfallkoffer mit u.a. Notfallmedikation und Laryngoskop im Wohnbereich 4 am Stützpunkt. In jedem Wohnbereich befindet sich ein Pulsoxymeter.

Das EKG-Gerät befindet sich im Stützpunkt des Wohnbereiches 4.

Halbautomatische Defibrillatoren befinden sich jeweils im Erdgeschoss beim Portier, sowie im Wohnbereich 4 am Stützpunkt.

Alle Wohnbereichsleitungen sind unter anderen ausgebildete betriebliche Ersthelfer*innen, die im Notfall zur Verfügung stehen, zu dem ist eine Erste-Hilfe-Fortbildung für alle Mitarbeiter*innen verpflichtend alle zwei Jahre zu besuchen.

2.7 Listen der Ärztinnen und Ärzte

2.7.1 Hausärztin, Anwesenheit lt. ausgehängtem Dienstplan:

- **Dr.ⁱⁿ Sigrid Neustädter, Allgemeinmedizinerin mit Zusatzfach Geriatrie und Palliativmedizin**

2.7.2 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin

- **Dr.ⁱⁿ Haitham Fakhouri,**
Ordination: Laxenburgerstrasse 217/41 A-1100 Wien
- **Dr. Naser Movahedi-Pour**
Ordination: Krongasse 18/1, A-1050 Wien
- **Dr.ⁱⁿ Ariane Sami**
Ordination: Gentzgasse 40-42/1/2/2a, 1180 Wien

2.7.3 Fachärztinnen und -ärzte mit Hausbesuch

- **Dr.ⁱⁿ Doris Doppelbauer, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie**

Ordination: Gablenzgasse 91/1/7 9 A-1150 Wien

- **Dr.ⁱⁿ Gabriele Grabner, Fachärztin für Haut und Geschlechtskrankheiten**

Ordination: Arnikaweg 117/2/6 A-1220 Wien

- **Dr. Peter Bitzan und Dr. Franz Mittermayer, Fachärzte für Orthopädie**

Ordination: Laxenburgerstrasse 1-5 A-1100 Wien

- **Dr.ⁱⁿ Martina Andersson, Fachärztin für Zahn- Mund und Kieferheilkunde**

Ordination: Othelloasse 1, 1230 Wien

- **Dr.ⁱⁿ Jacqueline Bauer, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

Ordination: Leopold Rister Gasse 5/2/7, 1050 Wien

- **Dr.ⁱⁿ Kunigunde Sperlich, Allgemeinmedizinerin mit Zusatzfach Geriatrie und Palliativmedizin**

Ordination: Hochstr. 34/9, 2640 Bad Vöslau

Die urologische und chirurgische Versorgung ist durch die Inanspruchnahme von Fachordinationen und Ambulanzen gewährleistet.

In weiterer Folge wird das Haus ca. alle 4 Wochen von einer **Optikerin** bzw. einem **Optiker** der Firma Fielmann besucht.

3 Therapeutisches Konzept

Die Betreuung pflegebedürftiger multimorbider Menschen erfordert ein multiprofessionelles Team von Pflege, Therapeut*innen, Ärzt*innen und weiteren Berufsgruppen.

Die Abteilung Lebensqualität gestaltet regelmäßige Einzel- und Gruppenaktivitäten sowie Veranstaltungen und stellt eine individuelle Betreuung der Bewohner*innen sicher. Psychologie sowie Diätologie werden vom Haus gestellt, freiberufliche Physio- und Ergotherapeut*innen sind in hohem Ausmaß integriert. Logopädie sowie Hilfsmittelversorgung erfolgen auf kassenärztliche Verordnung, Selbstbehalte werden über die Verwaltung bzw. direkt mit den freiberuflichen Therapeut*innen verrechnet.

Das Team der Therapeut*innen stellt sich auf die physiologischen Altersveränderungen der Bewohnerin bzw. des Bewohners sowie deren/dessen chronische Erkrankungen mit multiplen Einschränkungen ein. Es achtet auf atypische Symptome, respektiert eine verringerte Anpassungsfähigkeit sowie individuelle Vorlieben, Abneigungen und Wertvorstellungen.

Ziel ist, neben der ressourcenorientierten Rehabilitation auch auf psychische, soziale, kulturelle und spirituelle Bedürfnisse der Bewohnerin bzw. des Bewohners einzugehen. Es gilt zu fördern, was möglich ist, sowie zu lindern und zu begleiten, d.h., Selbstwert und Lebensqualität der Bewohnerin bzw. des Bewohners zu heben. Kommunikation und gegenseitige Beratung der Teammitglieder findet in einer wöchentlichen interdisziplinären Teamsitzung statt.

3.1 Bereich Lebensqualität

Leitung: Tina Mittelmeier

Die Abteilung Lebensqualität begleitet und betreut neue Bewohner*innen von ihrem ersten Tag im Kolpinghaus an. Die Einzugsbegleitung ist ein dabei wesentlicher Bestandteil. Durch die Begrüßung am Einzugstag, die Begleitung in den Wohnbereich und auf die individuelle Situation abgestimmte Besuche wird der Bewohnerin bzw. dem Bewohner der Umzug in das Haus erleichtert, Ängste genommen und Sicherheit gegeben.

Das Team der Lebensqualität betreut die Bewohner*innen auf Basis zweier Säulen:

- Gruppenaktivitäten: Bastel-, Sing-, Bewegungs-, Quiz-, Aktivgruppe, Theater- und Malwerkstatt etc. sowie in Zusammenarbeit mit dem Mutter-Kind-Bereich
- Einzelbetreuung: Beschäftigung und Aktivierung von Bewohner*innen, die ihr Zimmer bzw. den Wohnbereich nicht mehr verlassen können.

Daneben organisiert das Team der Lebensqualität wöchentliche Veranstaltungen, Ausflüge und Spaziergänge. Im „Haus-TV“ wird der wöchentliche Gottesdienst auf die TV-Geräte der Bewohner*innenzimmer übertragen, aber auch bekannte Filme gezeigt.

Die hauptamtlichen Mitarbeiter*innen werden von einer Vielzahl von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen verstärkt. Zusätzlich sind zwei ausgebildete Seelsorger für das Haus tätig, die für Gespräche in Lebens- und Glaubensfragen zur Verfügung stehen.

3.2 Klinische Psychologie

Leitung: Mag.^a Alma Wilflinger

Bei jeder Bewohnerin bzw. jedem Bewohner findet nach Bedarf ein psychologisches Erstgespräch, sowie eine Bedarfsabklärung statt. Darauf aufbauend kommen umfassende klinisch-psychologisch diagnostische Verfahren zum Einsatz. Auf deren Grundlage werden Maßnahmen für die Bewohnerin und den Bewohner geplant.

Das psychologische Team bietet Entlastungsgespräche, klinisch-psychologische Beratung, sowie klinisch-psychologische Behandlung an. Hierzu zählen kognitive Trainings im Einzelsetting, welche entweder mit Papier-Bleistift Übungen oder am Computer umgesetzt werden. Des Weiteren werden von dem psychologischen Team kognitive Trainings in der Gruppe angeboten, welche zweimal die Woche unter dem Namen „Gedächtnisgruppe“ stattfinden. Neben dem genannten Angebot steht das psychologische Team den Bewohner/inne/n bei Krisen stützend zur Seite.

Darüber hinaus kann von den Zu- und Angehörigen der Bewohner*innen Begleitung und Unterstützung durch das psychologische Team in Anspruch genommen werden. Im Zuge dessen werden häufig Verhaltensempfehlungen gegeben.

3.3 Diätologische Betreuung

Die freiberufliche Diätologin bietet Beratungstätigkeit der Küche und Pflege sowie Einzelberatungen und Erstellung der geeigneten Kostform bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten und ernährungs-relevanten Problemen nach pflegerischer Beobachtung und ärztlicher Diagnose-stellung (am häufigsten Diabetes mellitus, Kauschwäche, Obstipation, am schwerwiegendsten Schluckstörung, drohender/eingetretener Marasmus und Dekubitus).

Erstellen von Ernährungsplänen gefährdeter Bewohner*innen betreffend Kachexie und Marasmus in Zusammenarbeit mit Pflege und nach ärztlicher Verordnung Auswahl geeigneter Produkte von Zusatznahrungen (hochkalorisch, eiweißreich, vitamin- und mineralstoffangereichert). Von der eigenen Küche werden ebenfalls hochkalorische und eiweißreiche Zusatzjausen angeboten, bei Schluckstörungen Verdickungsmittel.

3.4 Physiotherapie

Leitung: Dipl. PT Michael Nestraschil (freiberuflich)

Im Haus sind mehrere freiberufliche Physiotherapeut*innen unter der Leitung von DPT Michael Nestraschil tätig. Therapien werden von der betreuenden Ärztin bzw. vom

betreuenden Arzt bei medizinischer Notwendigkeit unter Berücksichtigung der Wünsche der Bewohnerin bzw. des Bewohners verordnet und müssen bei der Krankenkasse bewilligt werden. Die Einholung dieser Bewilligung übernimmt das Physiotherapeutische Team. Eine Dauertherapie bei neurologischen Erkrankungen ist im Rahmen der Kassenversorgung 1x/Woche möglich.

Die Behandlungspalette ist vielfältig: Verbesserung der Beweglichkeit, Muskelkräftigung, Wiedererlangen der Gehfähigkeit und Gangschulung, Sturzprävention und Gleichgewicht, Üben von Aufsetzen/Hinlegen und Lagewechsel, Schmerz-linderung, Stiegen steigen, Atemübungen und Ausdauer, abschwellende Maßnahmen, Beckenbodenübungen, Entspannungsmethoden etc. Die Therapien finden im Zimmer, in den Wohnbereichen oder im Physiotherapie-Raum im 6. Obergeschoß statt.

3.5 Ergotherapie

Das freiberufliche Ergotherapeutinnen-Team besteht aus Mag. Dr. Petra Marksteiner-Fuchs und Sabine Marktl, die von Montag – Samstag, je nach Bedarf, unsere Bewohner*innen betreuen.

Indikationen für ergotherapeutische Interventionen besteht exemplarisch bei neurologischen Erkrankungen, bei dementiellen und gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern, bei degenerativen Prozessen des Skeletts und beteiligten Strukturen wie Bändern oder Gelenken und nach Traumata.

Das Ziel dieser Interventionen besteht im Erhalt oder im Wiedererlangen einer größtmöglichen Selbstständigkeit im Alltag. Eingesetzte therapeutische Maßnahmen sind z.B. das feinmotorische Training, die Beratung bei Hilfsmittelbedarf oder bei Handschienen, das Anzieh- und Esstraining, das Erlernen von schonenden, schmerzarmen Bewegungsmustern oder das Trainieren von Aktivitäten des täglichen Lebens bzw. des Gebrauchs von Alltagsgegenständen.

Die Förderung neuropsychologischer Fähigkeiten wie dem Gedächtnis oder der Orientierung sind ebenfalls fixe Bestandteile der ergotherapeutischen Intervention. Für die Therapie steht ein Therapieraum inklusive einer Küche im Dachgeschoss zur Verfügung. Vernetzungsmöglichkeiten insbesondere bei kreativen Aktivitäten bestehen mit der Abteilung Lebensqualität.

3.6 Logopädie

Die logopädische Betreuung findet nach Bedarf statt und wird von der freiberuflichen Logopädin Susanne Kosche angeboten. Die Therapie wird von der Ärztin bzw. vom Arzt verordnet und nach Bewilligung der Krankenkassa durchgeführt. Die Bewilligung wird von der Logopädin eingeholt.

Die häufigste Indikation für eine logopädische Betreuung in der Geriatrie sind Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Demenz

und Multiple Sklerose. Die Störungsbilder in der geriatrischen Logopädie sind Schluckstörungen, Gesichtslähmungen, Aphasie (Wortfindungsstörung) und Dysarthrie (Störung der Steuerung und Ausführung der Sprechbewegungen).

Ziel der Therapie ist die Wiederherstellung oder Erhaltung der Lebensqualität, da Sprache und die Nahrungsaufnahme bei hochbetagten Menschen eine essentielle Rolle spielt.

Die logopädische Therapie findet im geschützten und ruhigen Rahmen im Zimmer der Bewohner*innen statt.

3.7 Tiergestützte Therapie

In Kooperation mit T.A.T. (Tier als Therapie) finden durch Fachkräfte mit einer Fachausbildung für tiergestützte Therapie in sogenannten Teams (Therapeut*in & Tier/e) regelmäßig Angebote für die Bewohner*innen in Gruppen- und/oder Einzelsettings statt.

Die häufigsten Indikationen in der Geriatrie bilden Menschen mit kognitiven Störungen, Angststörungen, depressiven Zustandsbildern, Beeinträchtigungen der Motorik, sowie die Betreuung in der letzten Lebensphase inklusive Sterbebegleitung.

Wien – Favoriten, Oktober 2024



Dr.ⁱⁿ Ariane Sami
Ärztliche Leitung



Mag. (FH) Thomas Höllering-Pederiva
Pflegedirektor



Dr. Clemens Klingan
Geschäftsführer