



Kolping Altenpflege Wien-Leopoldstadt GmbH
Engerthstraße 214
1020 Wien

Email: office2@gemeinsam-leben.at

Homepage: www.gemeinsam-leben.at

Pflegerisches / Medizinisches / Therapeutisches Betreuungskonzept

Inhaltsverzeichnis

1	Das Pflege- und Betreuungskonzept	4
1 1	Einführung	4
1 2	Pflegeleitbild	4
1 3	Pflegeverständnis	6
1 4	Pflegesystem	6
1 5	Verantwortliche (leitende) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	7
1 6	Aufbauorganisation	7
1 6 1	Arbeitseinheiten in der Pflege	7
1 6 2	Pflegedienstleitung	7
1 6 3	Betreuungsschlüssel	8
1 6 4	Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	8
1 6 5	Studierende und Praktikant*innen	8
1 7	Ablauforganisation	8
1 7 1	Pflegesysteme	8
1 7 2	Kontrollsysteme	8
1 7 3	Fortbildung	9
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	10
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
1.10.3	Kommunikation mit Bewohner*innen	12
1 11	Wohnbereiche	13
1 11.1	Leistungen der Pflegeeinrichtungen	13
2	Medizinisches Konzept	14
2 1	Praambel	14
2 2	Medizinischer Verantwortlicher	14
2 3	Ärztliche Versorgung	14
2 3 1	Allgemeinmedizinische Versorgung im Detail	15
2 3 2	Dokumentation	15
2 3 3	Labor, Vitalparameter, Befunderhebungen im Haus	16
2 3 4	Neueinzug	16
2 3 5	Übernahme einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners vom Spital	17
2 3 6	Letzte Lebensphase, Sterben	17

2.4	Prophylaxen	17
2.5	Hygiene	18
2.6	Medizinisches Notfallprogramm	18
2.7	Arztelsten	19
2.7.1	Ärztlich Verantwortliche	19
2.7.2	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin	19
2.7.3	Fachärztinnen und -ärzte mit Hausbesuch	20
3	Therapeutisches Konzept	21
3.1	Bereich Lebensqualität	21
3.2	Bereich Psychologie	22
3.3	Diatologie	22
3.4	Physiotherapie	22
3.5	Ergotherapie	23

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-Leopoldstadt wird Lebensraum für folgende Zielgruppen angeboten:

- 194 Plätze in der Stationären Pflege, jeweils in Einzel- und Doppelzimmern. Das zu Grunde liegende Pflegekonzept ist das der aktivierenden Gruppenpflege mit Bezugspflegeaspekt.
- 16 Plätze für Betreutes Wohnen; Die notwendigen Pflegeleistungen in diesem Bereich werden von diesem Bereich zugeordneten Pflegepersonen gewährleistet.
- 45 Wohnplätze für Mütter mit Kindern; dieser Bereich wird von professionellen Sozialarbeiterinnen und -sozialarbeitern betreut.

Die Abteilung „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 Lebensbereiche für Jung und Alt befinden, bieten Platz für das Miteinander. Die sehr gut ausgestatteten Einzel- und Doppelzimmer 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 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*r dem Unternehmen zugehörige Mitarbeiter*in bewusst werden, dass sie mit ihrer bzw. er mit 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. Dem Menschenbild entsprechend bieten wir allen Bewohner*innen an, einen Vorsorgedialog zu führen.

In gewohnten Lebensbedürfnissen eingeschränkt zu sein, zwingt zu Verzicht und fordert Entbehrungen sowohl auf Seiten der Bewohner*innen als auch auf Seiten der Zu- und Angehörigen. Das Wissen um diesen Lebensumstand muss im Umgang mit den Bewohner*innen und 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 Bewohner*innen und Zu- Angehörigen hin. Soweit wie möglich erfährt der/die Bewohner*in 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, den Zu- und Angehörigen und Ärztinnen bzw. Ärzten 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 zielgerichtet sein, denn die Bewohner*innen stehen 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 dem Dienstleister auf der anderen Seite, sein.

1.3 Pflegeverständnis

Im Kolpinghaus ‚Gemeinsam leben‘ Wien-Leopoldstadt wird Pflege als wichtige 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 Bewohner*innen als Verknüpfung ihrer bzw. 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 sowie 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) dieser fördern und erhalten und – wo immer dies möglich ist – neue Ressourcen schaffen.

Bezugspflegeaspekt: Alle Bewohner*innen werden einer bestimmten Pflegeperson zugeordnet, die von der Aufnahme bis zur Entlassung der Bewohnerin bzw. des Bewohners für diese*n zuständig ist. Die Bezugsperson baut somit ein

Vertrauensverhältnis auf, weiß über sämtliche pflegerelevanten 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 Pflegeassistentinnen bzw. –assistenten sein können und planungsverantwortliche 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) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

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

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

Pflegedienstleitung (PDL): Andrea Götthans, MAS

Ausbildung: Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, Speziallehrgänge „Teams leiten“ und „Stationsleitungslehrgang“, Weiterbildung für basales und mittleres Management, Master-Lehrgang Interkulturelles Pflegemanagement

1.6 Aufbauorganisation

1.6.1 Arbeitseinheiten in der Pflege

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

- 1. OG Wohnbereich 1.1 = 31 Pflegeplätze
- 1. OG Wohnbereich 1.2 = 20 Pflegeplätze
- 2. OG Wohnbereich 2 = 36 Pflegeplätze
- 3. OG Wohnbereich 3 = 35 Pflegeplätze
- 4. OG Wohnbereich 4 = 36 Pflegeplätze
- 5. OG Wohnbereich 5 = 36 Pflegeplätze
- Betreutes Wohnen = 16 Plätze

1.6.2 Pflegedienstleitung

Die Pflegedienstleitung besteht aus dem Pflegedirektor für die Kolpinghäuser ‚Gemeinsam Leben‘ Wien und einer Pflegedienstleiterin. Jeder Wohnbereich verfügt über eine, der Pflegedienstleitung unterstellten, Wohnbereichsleitung. Das betreute Wohnen wird von einer Teamleitung geführt. Die Aufgaben des Pflegedirektors, der Pflegedienstleiterin und der Wohnbereichsleiter*innen sind in Stellenbeschreibungen definiert.

1.6.3 Betreuungsschlüssel

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

1.6.4 Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Einführung neuer Mitarbeiter*innen im Pflegebereich erfolgt anhand einer hauseigenen Richtlinie. Maßgeblich dabei sind die ersten drei Dienste, die als Kurz-Dienste zusätzlich zum diensthabenden Team des Tages in Form eines einführenden Mentoring stattfinden. Die innerhalb des Probemonats abzuarbeitende Einführungs-Checkliste stellt sicher, dass jede*r neue Mitarbeiter*in sämtliche nötigen Informationen und Einschulungen erhält.

1.6.5 Studierende und Praktikant*innen

Nachdem ein großer Bedarf an Praktikumsplätzen für Krankenpflegeschulen/Fachhochschulen, Pflegefachassistenten- bzw. Pflegeassistentenlehrgängen und Heimhilfeausbildungen herrscht, hat sich das Kolpinghaus ‚Gemeinsam leben‘ Wien-Leopoldstadt bereit erklärt, hier als Praktikumsstelle zu dienen. Die Praxisanleitung erfolgt durch erfahrene diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in einem Mentorensystem.

1.7 Ablauforganisation

1.7.1 Pflegesysteme

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

Durch den Aspekt der Bezugspersonenpflege wird dieses System noch weitergeführt, indem jede*r Bewohner*in bei seinem Einzug bereits einer Pflegeperson zugeordnet wird, die bis zu seinem Ableben oder dem Auszug seine Bezugsperson ist. Auf besonders gute Beziehungen zwischen den einzelnen Bewohner*innen und Pflegepersonen wird natürlich weiterhin Rücksicht genommen.

1.7.2 Kontrollsysteme

Zur laufenden Qualitätskontrolle der Pflegeleistungen dienen folgende Instrumente:

- Anlassbezogene Kontrollen durch div. Behörden
- Regelmäßig dokumentierte Besuche der Wohnbereichsleitungen bei den Bewohner*innen
- Regelmäßige Pflegedokumentationsvisiten durch die Wohnbereichsleitungen
- monatliche Pflegestatistik durch die Pflegedienstleitung mit Kennzahlen u. a. zu Dekubitus, Stürzen, Ernährungssituation, etc.
- Regelmäßige und anlassbezogene Hygienevisiten durch die externen Hygienefachkräfte (mind. einmal jährlich pro Wohnbereich)

1.7.3 Fortbildung

Unser Haus hat ein umfangreiches internes Fortbildungsangebot, welches von der Stabstelle Qualitätsmanagement geplant und koordiniert wird. Wesentlicher Teil dieser internen Fortbildungen sind sogenannte Pflicht-Fortbildungen zu pflegerelevanten Themen, wie Demenz, Palliative Care, Erste Hilfe, Hygiene etc., die in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.

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

1.8 Pflegemodell

Den pflegerischen Leistungen im Kolpinghaus ‚Gemeinsam leben‘ Wien-Leopoldstadt 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.

1.8.1 Das primäre pflegerische Interesse

Das zentrale Interesse ganzheitlich rehabilitierender Prozesspflege ist die pflegebedürftige Person, ihre pflegerischen Bedürfnisse/Probleme/Defizite und ihre Fähigkeiten bezogen auf die Aktivitäten des Lebens und auf ihren Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens. 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*innen) gezielt systematisch zu erfassen, zu stützen und zu fördern.

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 (Pflegemethodik)

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 beim Einzug der bzw. des Pflegebedürftigen und endet beim Auszug (Versterben). Wesentliche Informationen für den Pflegeprozess sind darüber hinaus sowohl die pflegerische Lebenssituation der Bewohner*in und seiner persönlichen Bezugsperson vor dem Einzug wie auch die zu erwartende Pflegesituation bei einem evtl. Auszug.

1.9.1 Prozessphasen

Der Pflegeprozess besteht aus vier gegenseitigen beeinflussenden Phasen:

1. Erhebung = Pflegeanamnese und Pflegediagnose
2. Planung = Pflegeziele und Maßnahmenplanung
3. Durchführung = Umsetzung der Pflegeplanung
4. Auswertung = Evaluation 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 pflegerelevanter Probleme und Fähigkeiten der bzw. des Pflegebedürftigen im Hinblick auf Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens in ihren Auswirkungen auf den Gesundheits- und Lebensprozess sowie die Abschätzung der zugrunde liegenden 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.

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 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 die Pflegebedürftigen abgestimmte Kommunikation und das Treffen von Entscheidungen. Das Verhalten und die Reaktion der Pflegebedürftigen sind der beste Beweis für die Veränderung seiner Fähigkeiten zur Selbstpflege (zur Wahrnehmung seiner Aktivitäten des Lebens und zum Umgang mit existentiellen Erfahrungen).

1.9.5 Die Pflegeprozessdokumentation

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

Die EDV-Dokumentation ist für jede*n Mitarbeiter*in des interdisziplinären Betreuungsteams einsehbar. Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzte, Psycholog*innen, hauptberufliche Mitarbeiter*innen der Lebensqualität, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und Diätolog*innen dokumentieren in diesem System. So wird es neben einem Dokumentations- zu einem wichtigen Informations- und Kommunikationssystem aller 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 Appartements untergebracht sind. Diese Appartements verfügen über Loggia bzw. Balkon, sowie alten- und behindertengerechte 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 Bewohner*innen so lange es möglich ist zu erhalten. Die Bewohnerin bzw. der Bewohner erhält seine/ihre Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistung entsprechend seiner/ihrer individuellen Bedürftigkeit, d.h. bei ansteigendem Pflegebedarf wird die Pflegeleistung an seine/ihre individuellen Erfordernisse angepasst. Dabei ist es das Ziel, dass die Bewohnerin oder der Bewohner in seinem eigenen ihm/ihr vertrauten Wohnbereich (Appartement) bleiben

kann. Nur in Einzelfällen kann es aufgrund eines speziellen Betreuungs- und Pflegebedarfes zum Umzug in einen stationären Wohnbereich kommen.

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

1.10.1 Kriterien

Regelmäßig wiederkehrende Pflege- und Betreuungsmaßnahmen werden auf den individuellen Tagesablauf der Bewohner*innen 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 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 Teamleitung verantwortlich, welche wiederum der Pflegedienstleitung untersteht.

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen kommen nur für Tätigkeiten, die lt. GuKG dem gehobenen Dienst für Gesundheits- u. Krankenpflege vorbehalten sind, zum Einsatz. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte des Wohnbereichs 5 sind 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 ein Notrufsystem bzw. Notrufarmband jederzeit Kontakt mit der diensthabenden Pflegeperson des jeweiligen Stockwerks hergestellt werden kann.

Die Fachaufsicht für das allgemeine Wohnen mit Betreuungs- und Pflegeleistung unterliegt dem stationären Wohnbereich und wird durch das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal des jeweiligen Stockwerks wahrgenommen. Die Zuständigkeiten sind in einer Richtlinie eigens geregelt.

1.10.3 Kommunikation mit Bewohner*innen

Grundsätzlich berücksichtigen wir bei der Kommunikation mit den Bewohner*innen den kognitiven Zustand, aber natürlich auch die Biographie der Bewohner*innen.

Wir können hier auf unsere interkulturellen Mitarbeiter*innen mit entsprechend großen Sprachkenntnissen zurückgreifen.

Auch bei auditiv oder visuell eingeschränkten Bewohner*innen werden entsprechende Hilfsmittel angewandt z.B. Audio-Verstärker, Lupe, Schreibtafel etc.

1.11 Wohnbereiche

Auf allen 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 Pflegeeinrichtungen

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 Bewohner*innen abgestimmt
- Körperpflege nach Absprache bzw. früheren Gewohnheiten
- Behandlungspflege im Rahmen der pflegerischen Kernkompetenzen und Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie lt. GuKG
- Ermöglichen der Teilnahme an Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie im Haus oder extern gerufene Therapeut*innen).
- Fördern der Teilnahme an sämtlichen Aktivitäten im Haus (Abteilung 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 den Bewohner*innen, Erwachsenenvertretung oder Zu- und Angehörigen.

Auch in den 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 oder 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 symptomkontrollierende Behandlung bei Verschlechterung von Grunderkrankungen nach entsprechender Abklärung wird dies von ärztlicher Seite gefördert.

In der letzten Lebensphase schließlich stehen zunehmend die lindernde (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 und Ärztinnen bzw. Ärzte unter Einbeziehung der Zu- und Angehörigen eng zusammen. Ein interdisziplinär zusammengesetztes Palliativ Care Team sorgt dafür, dass die Bewohner*innen ihre letzte Phase des Lebens mit bestmöglicher Versorgung, mit Schmerzmitteln, ihren Wünschen und Gewohnheiten entsprechend, im Haus verbringen können.

2.2 Medizinischer Verantwortlicher

Drⁱⁿ. Monika SARINGER, Allgemeinmedizinerin

2.3 Ärztliche Versorgung

Die ärztliche Verantwortliche (im Haus tätige Ärztin für Allgemeinmedizin) sowie die Kassenärztinnen und -ärzte (niedergelassene Ärzt*innen für Allgemeinmedizin mit Kassenzulassung) sorgen für eine engmaschige medizinische Versorgung unserer Bewohner*innen. Von Dienstag bis Freitag ist jeweils eine Ärztin bzw. ein Arzt anwesend. Zusätzlich visitieren die Kassenärztinnen und -ärzte jeden Wohnbereich inkl. des Bereichs „Allgemeines Wohnen“ zumindest einmal wöchentlich. Bei Notfällen, bzw. für den Fall, dass ein*e Bewohner*in unvorhergesehen und rasch ärztliche Hilfe benötigt, wird zuerst die/der im Haus anwesende Kassenärztin/Kassenarzt verständigt. Wenn keine Ärztin bzw. kein Arzt im Haus anwesend ist, werden Rettung

und/oder Notarzt (144) hinzugezogen. Zwischen 19:00 und 07:00 Uhr 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 Kassengebahren durch die Kassenärztin bzw. den Kassenarzt, Rezeptgebühren und Selbstbehalte werden verrechnet. Im Notfall können Medikamente auch von der Hausärztin bzw. vom Hausarzt angeordnet oder abgesetzt werden.

Fachärztinnen bzw. -ärzte auf Kassenbasis werden nach jeweiligem Bedarf konsultiert bzw. kommen auf Konsiliarbasis regelmäßig ins Haus. Zusätzliche Facharzt-Konsultationen sowie radiologische Untersuchungen werden über Zuweisungen zu niedergelassenen Fachärztinnen bzw. -ärzten oder Spitalsambulanzen sowie zu sonstigen beratenden Stellen durchgeführt. Bei speziellen Fragestellungen werden weitere Institutionen wie z.B. mobiles Hospiz oder psychosozialer Dienst hinzugezogen, ggf. wird auch eine stationäre Abklärung veranlasst.

Die freie Arztwahl bleibt aufrecht, hat ein*e Bewohner*in den Wunsch, eine andere Ärztin bzw. einen anderen Arzt zu konsultieren, kann dies über Zu- und Angehörige oder die Wohnbereichsleitung veranlasst werden.

2.3.1 Allgemeinmedizinische Versorgung im Detail

Die vom Haus vermittelten Kassenärztinnen bzw. -ärzte führen in den von ihnen betreuten Wohnbereichen an von ihnen festgesetzten Tagen einmal / Woche Hausbesuche (Visiten) durch. Ärztliche Visiten werden bewohner*innen-bezogen bedarfsorientiert nach Vorbesprechung von Ärztin bzw. Arzt und DGKP bzw. 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.

2.3.2 Dokumentation

Die ärztlichen Tätigkeiten und Diagnosestellungen/Symptombeschreibungen sowie Überlegungen zum weiteren Vorgehen und Anordnungen an die Pflegekräfte werden im computergestützten Dokumentationssystem CareCenter® dokumentiert, Formulare für Konsiliaruntersuchungen werden für Fachärztinnen bzw. -ärzte bereitgestellt und von der Wohnbereichsleitung wieder den Haus- und Kassenärztinnen und -ärzten vorgelegt, diese zeichnen sie mit ihrer Paraphe, ebenso wie Spitalsbriefe nach Rückkehr einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners.

Nach Facharzt-, Ambulanz- und Spitalsbesuch werden wichtige Diagnosen von der Hausärztin bzw. dem Hausarzt im CareCenter® dokumentiert, Verläufe werden im Ärztedekurs festgehalten, ggf. werden Medikationsänderungen durchgeführt.

Freiheitsbeschränkungen lt. §6 Heimaufenthaltsgesetz HeimAufG, werden über CareCenter® der Bewohner*innen-vertretung gemeldet. Der Ausdruck wird unterschrieben zur Bewohner*innen-dokumentation hinterlegt.

2.3.3 Labor, Vitalparameter, Befunderhebungen im Haus

Blutabnahmen werden vom Labor *labors.at* bei Bedarf als Routine- und Nüchternblute jeden Mittwoch abgenommen. In Ausnahmefällen kann auch die Ärztin bzw. der Arzt des Wohnbereiches akut Notfallblute abnehmen. Über ein Online-Portal können die Laborbefunde jederzeit abgerufen werden. 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.

Bakteriologisches Probematerial (Abstriche, Harnkulturen) wird von Pflegekräften abgenommen, kann zwei Tage bei Raumtemperatur gelagert werden und wird an den Labortagen vom Labor *labors.at* abgeholt. Vitalparameterkontrollen (Blutdruck, Puls, Temperatur, Bilanz, Blutzucker) werden vom Pflegepersonal nach ärztlicher Anordnung regelmäßig durchgeführt sowie bei auffälligen Symptomen sowie beim Einzug einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners eigenständig. An „technischen“ Befunderhebungen vor Ort sind des Weiteren EKG, Otoskopie, periphere Pulsoxymetrie und Harnstreifen möglich.

Blutzuckermessgeräte befinden sich in jedem Wohnbereich.

2.3.4 Neueinzug

Medizinische Unterlagen der neuen Bewohnerin bzw. des neuen Bewohners sollten schon vor deren bzw. dessen Einzug in den Wohnbereichen aufliegend sein und der Kassenärztin bzw. dem Kassenarzt zur Kenntnis gebracht werden. Beim Einzug von zu Hause ist eine aktuelle Medikationsliste/Verordnungsplan und Diagnoseliste, nach Möglichkeit von der betreuenden Hausärztin bzw. dem betreuenden Hausarzt ausgestellt, erforderlich. Die Medikamente sollten zumindest für den ersten Tag mitgebracht werden. In den Wohnbereichen erfolgt am Tag des Einzugs zumindest eine Kurzbegutachtung durch die bzw. dem im Haus anwesenden Kassenärztin bzw. -arzt.

Bei Neueinzug einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners erfolgt die Statuierung (= Erstuntersuchung) und Anamneseerhebung durch die zuständige Kassenärztin oder den zuständigen Kassenarzt innerhalb der ersten beiden Wochen, beim betreuten Wohnen innerhalb der ersten vier Wochen.

Liegt kein hinreichend aktueller Laborbefund vor, wird dieser nach Verordnung durch die Kassenärztin bzw. den Kassenarzt nacherhoben. Ein EKG wird bei jedem Einzug von Pflegekräften angefertigt 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 Spital

Nach dem Spitalsbesuch einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners erfolgt eine Kurzbegutachtung der/des im Haus anwesenden Kassenärztin bzw. Kassenarztes 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 Ärztin bzw. dem betreuenden Arzt.

Am Tag vor der geplanten Spitalsentlassung (auch bei einem Neueinzug) sollte die Wohnbereichsleitung sicherstellen, ggf. nach Rücksprache mit der bzw. dem zuständigen Kassenärztin bzw. -arzt, dass eine Übernahme möglich/der Zustand der Bewohnerin bzw. des Bewohners genügend stabilisiert ist, es sei denn, ein rein palliatives Vorgehen wurde mit der Bewohnerin oder dem Bewohner oder dessen Erwachsenenvertretung vereinbart oder im Gespräch mit Zu- und Angehörigen oder Vertrauenspersonen als mutmaßlicher Wille der bzw. des Betroffenen erhoben. Auch sollten noch bestehende Symptome ohne 24h ärztliche Betreuung beherrschbar sein.

Weiter wird sichergestellt, dass die Medikamente für den Entlassungstag mitgegeben werden und Einschulungen auf besondere medizinische Geräte (z.B. Schmerzpumpen) durchgeführt 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 Ärztinnen und Ärzten erforderlich.

2.3.6 Letzte Lebensphase, Sterben

Die wenigsten Bewohner*innen haben eine bindende oder umfangreiche beachtliche Patientenverfügung, aber alle das Recht auf würdevolles Sterben. Hier ist jeder im Team gefragt, bei der Bewohnerin bzw. beim Bewohner und seinen Zu- und Angehörigen möglichst früh mitzuhören und aktiv zu erheben, was Lebensqualität und Sterben für speziell diese*n Bewohner*in bedeutet und entsprechende Aussagen zu dokumentieren, besonders, wenn keine intensivmedizinischen Aufenthalte oder Reanimationen gewünscht sind. Ärztlicherseits geschieht dies im Ärztebericht. Alle anderen Berufsgruppen dokumentieren diese Wünsche im Bereich Biographie des Dokumentationssystems CareCenter®.

Zusätzlich bieten wir den Bewohner*innen den Vorsorgedialog an, wo in einem strukturiert geführten Gespräch festgelegt wird, welche Wünsche die Bewohnerin bzw. der Bewohner diesbezüglich hat.

2.4 Prophylaxen

Zur Vorbeugung von – sowohl durch Alter und Erkrankungen sowie den damit verbundenen Beeinträchtigungen – 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 (= Decubitus und Intertrigo)
- Mobilität und Sturzmanagement
- Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement
- Schmerzmanagement
- Kontinenzmanagement
- Demenz

Sowohl die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt als auch die Pflegepersonen achten hier bereits von Anfang auf beginnende mögliche Probleme, bedienen sich zur Problemidentifikation konkreter Screeningverfahren und valider Einschätzungen sowie bei Bedarf der Expertise von externen Spezialist*innen 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 Therapeut*innen 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 Christian HASLINGER** zuständig, dessen Aufgabenbereich folgende Punkte umfasst:

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

In jedem Wohnbereich befindet sich, auf den Stützpunkten, eine spezielle „Hygienemappe“, mit den aktuellen Hygienerichtlinien und -standards zur jederzeitigen Einsichtnahme durch die Mitarbeiter*innen. Zusätzlich ist eine Hygienekontaktperson nominiert, 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 Zustandsverschlechterung und sonstigen akuten medizinischen Problemen muss vom Pflegepersonal sofort die/den im Haus anwesende Kassenärztin bzw. -arzt verständigt werden, gleichzeitig werden Akutmaßnahmen im Rahmen des Berufsbildes eingeleitet und die Vitalparameter erhoben.

Aktuelle Anwesenheiten inklusive der Telefonnummern der Kassenärztinnen und Kassenärzte sind in jedem Wohnbereich deutlich sichtbar am Stützpunkt angebracht, das Pflegepersonal muss sich bei Dienstbeginn über die ärztliche Besetzung des Tages informieren.

Die im Haus anwesende Kassenärztin bzw. der Kassenarzt untersucht die Bewohnerin oder den Bewohner und zieht ggf. den Notarzt hinzu oder leitet, falls notwendig, weitere diagnostische oder therapeutische oder palliative Handlungen ein, oder veranlasst eine Spitalseinweisung.

Tritt ein Notfall auf, wenn keine Ärztin bzw. kein Arzt im Haus ist, muss bei vitaler Gefährdung sowie Verletzungen die Rettung und/oder der Notarzt (144) verständigt werden. In der Zeit zwischen 19.00-7.00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen wird der Ärztefunkdienst (141) als Vertretung der Hausärztin bzw. des Hausarztes hinzugezogen.

Wird eine Ärztin bzw. ein Arzt des Ärztefunkdienstes oder ein Notarzt konsultiert, so muss ihm das diensthabende Pflegepersonal den Verlegungsbericht übergeben, bei Einweisung in ein Krankenhaus auch den Leistungsplan in Kurzform. Des Weiteren wird der Ärztin bzw. dem Arzt des Ärztefunkdienstes ein Konsiliarzettel zur Dokumentation gegeben, bei einem Notarzteinsatz der Durchschlag des Einsatzprotokolls als Befund behalten.

Wird ein Medikament von der Ärztin bzw. dem Arzt des Ärztefunkdienstes rezeptiert, das nicht vorrätig, aber dringlich ist, wird es per Medikamentenzustelldienst über die nächste Notapotheke geliefert. Diese ist unter Tel. 1550 zu erfragen und zu kontaktieren.

Das Notfall-Equipment, bestehend aus Notfallmedikation, Laryngoskop, EKG-Gerät, Sauerstoffflasche und O₂-Konzentrator und Defibrillator, befindet sich im Wohnbereich 1-1. Zusätzlich gibt es in jedem Wohnbereich beim Stützpunkt bzw. im Lager ein Absauggerät, eine Sauerstoffflasche, ein Blutdruckmessgerät, ein Blutzuckermessgerät, ein Pulsoxymeter, Verbandsmaterial sowie Venenverweilkanülen.

Alle Wohnbereichsleitungen sind ausgebildete Ersthelfer, die im Notfall zur Verfügung stehen, zu dem finden regelmässig Erste-Hilfe-Schulungen für alle Mitarbeiter*innen verschiedener Berufsgruppen statt.

2.7 Ärztelisten

2.7.1 Ärztlich Verantwortliche

- **Drⁱⁿ. Monika Saringer**
Ordination: 1020 Wien, Handelskai 214/15/5
Tel.: 01/720 53 42

2.7.2 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin

- **Dr. Emil Krall**
Ordination: 1100 Wien, Wendtstattgasse 1/3/4

Tel: 01/689 77 66

- **Dr. Roman Haas**

Ordination: 1200 Wien, Klosterneuburgerstraße 99-105

Tel.: 01/332 90 41

- **Drⁱⁿ. Monika Saringer**

Ordination: 1020 Wien, Handelskai 214/15/5

Tel.: 01/720 53 42

- **Drⁱⁿ. Milena Copanovic**

Ordination: 1100 Wien, Collmanngasse 5/6/1

Tel.: 01/688 04 37

2.7.3 Fachärztinnen und -ärzte mit Hausbesuch

- **Dr. Florian Frenzel**, FA für Neurologie und Psychiatrie

Ordination: 1010 Wien, Goethegasse 3/3D

Tel: 0699 109 819 50

- **OA Drⁱⁿ. Jasmin Azem**, FA für Augenheilkunde und Optometrie

Ordination: 1020 Wien, Engerthstraße 193/3

Tel: 01/726 88 66

- **Drⁱⁿ. Gabriele Grabner**, FA für Haut und Geschlechtskrankheiten

Ordination: 1220 Wien, Arnikaweg 117/2/6

Tel: 01/28 28 722

- **Dr. Thomas Frühwirth**, FA für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Ordination: 1190 Wien, Billrothstraße 31/11

Tel: 01/369 56 79

- **Dr. Elisabeth Zehetner**, FA für Pulmologie

Ordination: 1190 Wien, Döblinger Hauptstraße 1

Tel: 0664 534 7940

- **Dr. Elias Tenner**, FA für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Ordination: 1040 Wien, Medizin am Markt, Schönbrunnerstraße 9

Tel: 01/9974375

- **Prim. Univ. Doz. Dr. Hans Paul Kutschera**, Facharzt für Orthopädie

Ordination: 1220 Wien, Stadlauer Straße 32/OG. 3

Tel.: 01/282 35 55

Die Anmeldungen werden von den jeweiligen Wohnbereichsleiter*innen organisiert.

Betriebsarzt

MR Dr. Friedrich Ring, Arzt für Arbeitsmedizin

Tel.: 01/288 99 66 0;

Tel. im Haus: 01/34 770 1003

3 Therapeutisches Konzept

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

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

Das Therapeut*innenteam stellt sich auf die physiologischen Altersveränderungen der Bewohner*innen sowie deren 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 Bewohner*innen einzugehen. Es gilt zu fördern, was möglich ist, sowie zu lindern und zu begleiten, d.h., Selbstwert und Lebensqualität der Bewohner*innen zu heben. Kommunikation und gegenseitige Beratung der Teammitglieder finden 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 dabei ein wesentlicher Bestandteil. Durch die Begrüßung am Einzugsstag, die Begleitung in den Wohnbereich und auf die individuelle Situation abgestimmte Besuche wird der Bewohnerin bzw. dem Bewohner der Umzug in die Pflegeeinrichtung erleichtert, Ängste genommen und Sicherheit gegeben.

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

- Gruppenaktivitäten: Bastel-, Musik-, Bewegungs-, Quiz-, Aktivgruppe, Yoga, Malwerkstatt etc. sowie in Zusammenarbeit mit dem Mutter-Kind-Bereich
- Einzelbetreuung: Beschäftigung und Aktivierung jener Bewohner*innen, welche das Zimmer bzw. den Wohnbereich nicht verlassen können

Daneben organisiert das Team der Lebensqualität wöchentliche Veranstaltungen, Ausflüge, Spaziergänge, Einkäufe, Geburtstagsfeiern für Bewohner*innen sowie Feste und Feiern rund um den Jahreskreislauf. Im „Haus-TV“ wird die sonntägliche Hl. Messe

auf die TV-Geräte in den Bewohner*innen-zimmern übertragen, aber auch bekannte Filme gezeigt.

Die hauptamtlichen Mitarbeiter*innen werden von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen, Einsatzkräften für ein Freiwilliges Soziales Jahr sowie Praktikant*innen unterstützt. Zusätzlich ist ein ausgebildeter Seelsorger für das Haus tätig, welcher für Gespräche in Lebens- und Glaubensfragen zur Verfügung steht.

3.2 Bereich Psychologie

Leitung: Mag^a. Kerstin Rojko-Vetter, Mag^a. Bettina Schiller

Das Team der Psychologie unterstützt Bewohner*innen sowie deren Zu- und Angehörige in oft herausfordernden Situationen wie beispielsweise die neu entstandene Wohnsituation, belastende Lebensereignissen oder Krankheitsbewältigung und -umgang. Die Aufgabenbereiche der Psychologie umfassen klinisch-psychologische Diagnostik und Befunderstellung, kognitive Trainings, Einzelgespräche, sowie diverse Gruppenangebote (z.B. Gedächtnisgruppe). Als Mitglied des Palliativteams bietet die Psychologie des Weiteren die Begleitung und Entlastung trauernder Zu- und Angehöriger und/oder Bewohner*innen an.

3.3 Diätologie

Sabine Balog, BBSch. (freiberuflich)

Beratungstätigkeit der Küche und Pflege sowie Einzelberatungen und Erstellung der geeigneten Kostform bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten und ernährungsrelevanten Problemen nach pflegerischer Beobachtung und ärztlicher Diagnosestellung (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 Zusatzjause angeboten, bei Schluckstörungen Verdickungsmittel.

3.4 Physiotherapie

Leitung: Dipl. PT Franz Baumgartner (freiberuflich)

Im Haus sind mehrere freiberufliche Physiotherapeut*innen unter der Leitung von DPT Franz Baumgartner tätig. Die Therapien werden von der Ärztin bzw. vom Arzt bei medizinischer Notwendigkeit unter Berücksichtigung der Wünsche der Bewohner*innen verordnet und bei Bewilligung der Krankenkasse durchgeführt.

Die Behandlungspalette ist vielfältig: Verbesserung der Beweglichkeit, Muskelkräftigung, Wiedererlangen der Gehfähigkeit und Gangschulung,

Sturzprävention und Gleichgewicht, Üben von Aufsetzen/Hinlegen und Lagewechsel, Schmerzlinderung, Stiegen steigen, Atemübungen und Ausdauer, abschwellende Maßnahmen, Beckenbodenübungen, Entspannungsmethoden etc. Die Therapien finden im Zimmer, im Wohnbereich oder im Physiotherapie-Raum im 1. Untergeschoß statt.

Das Physiotherapie-Team legt viel Wert auf die Zusammenarbeit mit den Bewohner*innen, Zu- und Angehörigen und Wohnbereichen, um das Bewegungspotential und somit das Wohlbefinden der Bewohner*innen gut zu fördern.

3.5 Ergotherapie

Das Team der Ergotherapeut*innen, bestehend aus Frau Bettina Klingler und Frau Veronika Lehner, betreut von Montag bis Freitag, je nach Bedarf, unsere Bewohner*innen.

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

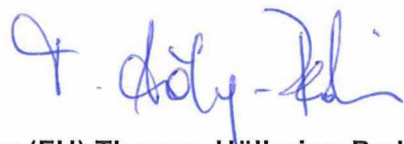
Das Ziel dieser Interventionen besteht im Erhalt oder im Wiedererlangen einer größtmöglichen Selbstständigkeit im Alltag. Eingesetzte therapeutische Maßnahmen sind z.B. das feinmotorische Training, die Beratung bei Hilfsmittelbedarf oder bei Handschienen, das Anzieh- und Esstraining, das Erlernen von 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 stehen den Bewohner*innen die vom Haus gestellten Räumlichkeiten mit den vorhandenen therapeutischen Materialien zur Verfügung.

Wien-Leopoldstadt, Juni 2024



Drⁱⁿ. Monika Saringer
Medizinische Verantwortliche



Mag.(FH) Thomas Höllering-Pederiva
Pflegedirektor



Mag. Johannes Mandl
Geschäftsführer/Direktor