

Von Mensch
zu Mensch.

Wohnen & Pflege
Kaisermühlen



heime.wien

Wohn- und Pflegehaus KAISERMÜHLEN

Betriebs- und Leistungsbeschreibung

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

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

Konzeption und Maßnahmen zur Durchführung
von Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung
Stand November 2019, aktualisiert von PDL Tatjana Jankovic

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	5
1.1	Lage	6
1.2	Aufbau	6
1.3	Ausstattung	7
1.3.1	Waschplätze	7
1.3.2	Abfallentsorgung	7
1.4	Hausordnung	8
1.5	Leistungsangebot	13
1.5.1	Langzeitpflege	13
1.5.2	Kurzzeitpflege/Urlaubspflege/Befristete Pflege	13
1.5.3	Betreuungsangebot	13
1.6	Angebote	15
2	PFLEGE- und ORGANISATIONSKONZEPT	16
2.1	Verantwortliche Personen	16
2.2	Pflegeleitbild	16
2.3	Organigramm	16
2.4	Pflegeverständnis	17
2.4.1	Mitarbeiterbezogen	18
2.4.2	Bewohnerbezogen	18
2.5	Konzept für die Betreuung dementielle Menschen	19
2.6	Pflegemodell nach Monika Krowinkel	21
2.7	Bezugspflege als Pflegeorganisationssystem	21
2.8	Kongruente Beziehungsarbeit nach Bauer	22
2.9	Pflegepersonal	22
2.10	Tagespräsenz	22
2.11	Organigramm für die Pflegebereiche	23
2.12	Dienstpläne	24
2.13	Aufgabenbereiche der Berufsgruppen	24
2.13.1	Pflegebereichsmanager/-innen	24
2.13.2	DGKP/Pflegebereichskoordinatoren/-innen	25
2.13.3	Pflegeassistenz/Pflegefachassistenz	26
2.13.4	Heimhilfe	27
2.13.5	Seniorenbetreuung	27

2.13.6	Psychologie	27
2.13.7	Wäscherei-Personal	28
2.13.8	Küchen-Personal	28
2.13.9	Reinigungspersonal	28
2.13.10	Haustechnik	28
2.14	Psychologisches Personal	28
2.14.1	Tätigkeiten	28
2.14.2	Memory Ambulanz	29
2.14.3	Sonstige Aufgaben	30
2.15	Medizinisches Personal	31
2.16	Stellenbeschreibungen	31
2.17	Personalentwicklung und Fortbildungen	31
2.18	Qualitätsmanagement	32
2.18.1	Pflegevisite	32
2.18.2	Hygiene- und Reinigungsvisite	33
2.18.3	Psychologische Visiten	33
2.18.4	Pflegestandards	33
2.19	Qualitätssicherung	34
2.19.1	Evaluation	35
2.19.2	Aufnahmemanagement	35
2.19.3	Kommunikationsstruktur	36
2.19.4	Bewohnerfallbesprechung/Qualitätszirkel	37
2.19.5	Ethische Bewohnerbesprechungen/Vorsorgedialog	38
2.20	Hygiene	38
2.20.1	Hygienestandards	38
2.20.2	Infektionskrankheiten	38
2.20.3	Persönliche Hygiene	38
2.20.4	Allgemeine Hygiene	39
2.20.5	Hygienemaßnahmen im Umgang mit Wäsche	39
2.20.6	Desinfektionsplan	39
2.20.7	Hygieneplan	39
2.20.8	Reinigungs- und Desinfektionsplan	41
2.20.9	Messgeräte	41
2.20.10	Warmwasseruntersuchung	41
3	THERAPEUTISCHES KONZEPT	42
3.1	Physiotherapie	42
3.2	Ergotherapie	43
3.3	Logopädie	43

3.4	Therapiehund	43
3.5	Musikrunde	44
3.6	Entspannungsrunde	44
3.7	Kogn. Training	44
3.8	Integrative Biographierunde	44
3.9	Feste und Feiern	44
4	MEDIZINISCHES KONZEPT	46
4.1	Medizinisch Verantwortliche	46
4.2	Notfallmanagement	47
4.2.1	Maßnahmen in lebensbedrohlichen Situationen	47
4.2.2	Maßnahmen in nicht lebensbedrohenden Situationen	48
4.2.3	Vorgehensweise bei med. Notfällen/Todesfällen	49
4.3	Suchtmittelgebarung	51
4.4	Sauerstoffgebarung	52
4.5	Arzneimittel	52
5	BRANDSCHUTZ	53
5.1	Brandschutzordnung	53
5.2	Evakuierungsplan	60

1 EINLEITUNG

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

FOQUS ist ein innovatives Unternehmen am österreichischen Gesundheitsmarkt, das seine Kompetenz auf das Management von Alten- und Pflegeheimen konzentriert.

Die Firma FOQUS ist in den Bereichen Wirtschaft, Psychologie und Soziales tätig, betreibt Pflege- und Wohneinrichtungen und stellt ihr Know-How in Form von Beratung sowie Seminaren und Workshops zur Verfügung. Darüber hinaus übernimmt sie die Planung und Entwicklung sowie das Management und Controlling von Sozialeinrichtungen, berät ihre Kunden bei Unternehmensplanung im Gesundheitswesen, Geschäftsentwicklung, Leistungs- und Prozessoptimierung Changemanagement sowie bei Zustands- und Entwicklungsanalyse, Organisations- und Humanvermögen.

FOQUS wird von geschäftsführenden Gesellschaftern geleitet. Die Firmenleitung obliegt der Geschäftsführung für Finanzen und Geschäftsführung für Organisation. Mit im Team der Leitung ist eine Leitende Klinische und Gesundheitspsychologin und die Pflegedienstleitung.

FOQUS betreibt Pflegezentren in Wien und Niederösterreich. Die FOQUS Pflegezentren stehen nicht nur für hohe Qualität, Komfort und moderne Einrichtung, sondern auch für eine einzigartige Form der Betreuung. Ihr Ziel ist die Betreuung auf Basis des Langenloiser Modells – entwickelt von DDr. Binder-Krieglstein, Gesellschafter der Firma FOQUS .

In Aufgabenbereichen, wie Arbeitspsychologie, Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik, ganzheitliches Controlling, klinisch-psychologische Diagnostik, Beratung und Behandlung steht FOQUS beratend zur Seite. Auf Grund der fachlichen Qualifikationen und Erfahrung kann ein breites Spektrum an Seminaren und Workshops zur Verfügung gestellt werden – Verbesserung des Arbeitsumfeldes, Stärkung der Motivation, Steuerung von gruppenspezifischen Prozessen, aber auch psychologische Erste Hilfe zählen zum Angebot - Psychologische Grundlagen von Test- und Auswahlverfahren, Psychologie der Gruppe und Teams, Gruppen- dynamische Selbsterfahrung und Spezialseminare für Berater und Psychologen.

Speziell für Human Ressource-Abteilungen, PersonalentwicklerInnen, Führungskräfte und Betriebsräte wurden eine Reihe von Seminaren zusammengestellt, wie z.B.: Umgang mit psychosozialen Krisen von MitarbeiterInnen, Krisenintervention für Mitarbeiter und Betriebe, Psychische Erkrankungen & Arbeitswelt und Sucht im Betrieb.

Die FOQUS Gruppe agiert unkonventionell und klar und legt besonderen Wert auf eine nachhaltige Unternehmensentwicklung mit hohem Qualitätsanspruch!

Eines ist all ihren Leistungen gemeinsam – ihr Grundsatz: „Der Mensch steht immer im Mittelpunkt“.

1.1 Lage

Das Haus liegt in einer ruhigen Umgebung, Spaziergehen oder Radfahren an der alten Donau ist möglich. Die Verkehrsverbindung ist gut, es ist mit der U1 möglich innerhalb von ca. 15 Minuten mitten in der Stadt am Stephansplatz zu sein. Einkaufsmöglichkeiten befinden sich in unmittelbarer Nähe.

Der ruhige und bunt bepflanzte Garten lädt zum Verweilen ein.

Vor allem der herrliche, unverbaute Ausblick zur alten Donau bezaubert zu jeder Jahreszeit.

1.2 Aufbau

Derzeit stehen 40 Zimmer mit insgesamt 76 möglichen Betten zur Verfügung.

Die Bettenstruktur ist wie folgt:

Einzelzimmer: 11

Doppelzimmer: 24

Dreibettzimmer: 5

Diese Zimmer sind in 5 Pflegebereiche unterteilt.

Pflegebereich 1: Ebene Erdgeschoß und Mezzanin

15 Betten mit:

6 Einzelzimmer
3 Doppelzimmer
1 Dreibettzimmer

Pflegebereich 2: 2. Stock

18 Betten mit:

3 Einzelzimmer
6 Doppelzimmer
1 Dreibettzimmer

Pflegebereich 3: 3. Stock

17 Betten mit:

8 Doppelzimmer
1 Dreibettzimmer

Pflegebereich 4: 4. Stock

19 Betten mit:

6 Doppelzimmer
3 Dreibettzimmer

Pflegebereich 5: 5. Stock

7 Betten mit:

2 Doppelzimmer
1 Dreibettzimmer

1.3 Ausstattung

Das Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen verfügt über 40 Zimmer und 76 Betten. Viele der Zimmer sind mit Balkonen, alle mit Dusche und WC ausgestattet.

Die Zimmer sind in Einzel-, Doppel- und Dreibettzimmerstruktur. Die Bewohner können hier mit eigenen Möbeln ihren individuellen Wohnraum gestalten.

Die Aufenthaltsräume laden täglich zum gemeinsamen Einnehmen der Mahlzeiten ein. Wir bieten Normalkost und Diätkost, die auch für Diabetiker geeignet ist. Es kann täglich zwischen zwei Menüs gewählt werden.

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

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

1.3.1 Waschplätze

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

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

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

1.3.2 Abfallentsorgung

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

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

Bei der Trennung wird in folgende Kategorien aufgeteilt:

1. Abfallkategorie I - infektiöser und verletzungsgefährdender Abfall
2. Abfallkategorie II - sonstiger Abfall aus dem medizinischen Bereich

3. Sonstige gefährliche Abfälle gem. Abfallwirtschaftsgesetz
4. Hausmüllartige Abfälle
5. Wiederverwertbare Altstoffe

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

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

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

1.4 Hausordnung

Folgende Hausordnung wird an die Bewohner/-innen ausgegeben:

HAUSORDNUNG im WOHN- UND PFLEGEHAUS KAISERMÜHLEN

Sehr geehrte Bewohnerin! Sehr geehrter Bewohner!

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

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

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

Aufnahme in das Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen

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

Betriebsführung

Die Geschäftsführung obliegt Mag. Roland Schemel und die Heimleitung PhDr. Dr. Cornel Binder-Krieglstein. Das Büro befindet sich im Eingangsbereich. Die Anmeldung erfolgt über das Sekretariat der Verwaltung. Wenn Sie Fragen, Wünsche oder Beschwerden haben, so richten Sie diese bitte an das Sekretariat oder (falls die Pflege betreffend) an die

Pflegebereichsmanager/-in oder an die PDL Tatjana Jankovic. Beachten Sie bitte die Öffnungszeiten Mo-Fr 9-13 Uhr. Bei dringenden Angelegenheiten außerhalb dieser Zeiten, wenden Sie sich bitte an die Pflegebereiche.

Ärztliche Betreuung

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

Pflege

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

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

Vertrauensperson / Erwachsenenvertreter

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

Mahlzeiten

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

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

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

Wäschereinigung

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

Fernsehen und Kühlschrank

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

Reinigung

Die Reinigung des Hauses erfolgt täglich durch hauseigenes Personal.

Religionsausübung

Jedem Bewohner steht das Recht auf freie Religionsausübung zu. Wenn Sie den Besuch eines Priesters oder Seelsorgers wünschen, melden Sie dies bitte der Pflegebereichsmanager bzw. dem Sekretariat. Es findet ein Gottesdienst im Haus statt (siehe Aushang).

Besuchszeiten

Besuche sind prinzipiell jederzeit möglich.

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

Nachtruhe

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

Persönliches Eigentum

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

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

Eigentum des Pflegeheimes

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

Besondere Vorkommnisse

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

Brandschutz

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

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

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

Feuerwehr Tel: 122

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

Geschenke

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

Verstöße gegen die Hausordnung

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

Hausverbot

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

1.5 Leistungsangebot

Zielgruppe:

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

Ausschlusskriterien:

Notwendigkeit einer ärztlichen Betreuung 24 Std./Tag

1.5.1 Langzeitpflege

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

1.5.2 Urlaubspflege/Kurzzeitpflege/Übergangspflege

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

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

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

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

1.5.3 Betreuungsangebot

Das Betreuungsangebot umfasst:

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

- Ergotherapie
- Logopädie
- Hilfsmittelversorgung
- Angehörigenintegration
- Qualifizierte, individuelle Pflege unter Anwendung anerkannter Konzepte (Validation, Kinästhetik, Basale Stimulation, ...)
- Ärztliche Betreuung durch AllgemeinmedizinerInnen, PalliativmedizinerInnen, und FachärztInnen (Neurologie/Psychiatrie, Chirurgie, HNO)
- Pallitivpflege
- Aromapflege (Ziel 2020)
- psychologische Begleitung, kognitives Training
- Demenz- und Depressionsdiagnostik und Behandlung
- Pastorale Dienste mit Unterstützung der Pfarre
- Ausgewogene Ernährung unter Berücksichtigung altersbedingter Bedürfnisse (Geriaplus, Experte Fa. Novartis)
- Kreative Beschäftigung (Feste, Spiele, Singen...)

1.6 Angebote

- Ärzte: Heimgärtin, diverse Fachärzte
- Apothekendienst: Die Apotheke liefert ins Haus; Rezepte werden in dringenden Fällen unmittelbar besorgt
- Aufenthaltsraum: befindet sich in jedem Stockwerk
- Banken: Unterstützung bei Bankgeschäften ist möglich
- Besuche: Bei Voranmeldung kann der Besuch mittagessen
- Briefmarkenservice im Büro
- Büro: die Verwaltungsmitarbeiter helfen bei allen Anliegen rasch und kompetent
- Eingang: verschlossen, bitte läuten
- Einkäufe: einmal mal pro Woche werden die Bestellungen der Bewohner vom Zivildienstler geholt. Alternative sind nahegelegene Supermärkte.
- Fax: steht im Büro auch für Bewohner zur Verfügung
- Fernsehen/Radio: die Gebühren werden vom Haus übernommen
- Finanzamt: das Büro unterstützt beim Jahresausgleich
- Fotokopien: das Büro unterstützt die Bewohner gerne
- Friseur und Fußpflege: ist im Haus vorhanden
- Frühstück: wird im Aufenthaltsraum angeboten.
- Garten: ist mit über einen Lift erreichbar
- Aktivitäten: finden täglich laut Aktivitätenplan statt
- Handalarm: die Installation eines Handalarms ist kostenlos von Anbietern möglich. Die monatlichen Gebühren sind vom Bewohner zu entrichten
- Hl. Messe: findet regelmäßig im Andachtsraum statt (röm. kath., evang.)
- Kirche: sind in der Nähe verfügbar
- Lifte: Es gibt einen Hauptlift
- Meldezettel: sind im Büro erhältlich
- Mittagessen: Hauptmenü, Diätmenü, Spezialkost (z.B. lactosefrei)
- Post: im Haus befindet sich ein Postkasten
- Speiseplan: wird für die ganze Woche angeschlagen.
- Taxiruf: das Büro unterstützt Bewohner gerne
- Wannenbad: ist möglich

2 Pflege und Organisationskonzept

2.1 Verantwortliche Personen

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

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

Die Pflegedienstleitung wird von Fr. PDL Jankovic Tatjana besetzt.

2.2 Organigramm



2.3 Pflegeleitbild

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

Unser Ziel ist es, zusammen mit den Bewohnern ihren neuen Lebensmittelpunkt in unserem Haus zu gestalten. Besonderes Anliegen ist es, die vor dem Hintergrund der Herkunft, den Fähigkeiten, Bedürfnissen und Fähigkeiten des Betroffenen zu planen und umzusetzen. Das bedeutet, dass wir von der Philosophie des sogenannten

Ressourcenmodells ausgehen. In dieser Haltung wird also von den bestehenden Fähigkeiten ausgegangen, die vor allem auf die Erhaltung und Förderung dieser abzielt.

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Pflegeverständnis

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

- Ein regelmäßiger Tagesablauf, der sich soweit wie möglich an der Normalität orientiert

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

2.4.1 Mitarbeiterbezogen

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

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

Soziale Kompetenz von Bezugspflegepersonen:

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

2.4.2 Bewohnerbezogen

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

2.5 Konzept für die Betreuung von Menschen mit Demenz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- wie man mit Mitmenschen in Beziehung tritt
- wie und womit man sich beschäftigt

- wie und was man isst
- wie man sich kleidet
- worin man den Sinn des Lebens sieht

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

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

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

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

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

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

Aus nationalen und internationalen Zahlen ist bekannt, dass der **Bedarf an Einrichtungen für Demenzkranke** in den nächsten Jahren bedeutend **steigen** wird. Um dem wachsenden Bedarf gerecht zu werden, sind Überlegungen hinsichtlich der Versorgung von Demenzkranken in Pflegeheimen notwendig. Einen wichtigen Faktor dabei werden Demenzstationen, also Stationen speziell für Demenz erkrankte Personen spielen.

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

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

3 Kernelemente sollen hierbei nochmals herausgehoben werden:

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

2.6 Pflegemodell nach Monika Krowinkel

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

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

2.7 Bezugspflege als Pflegeorganisationssystem

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

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

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

Wie schon erwähnt, basiert unser gesamtes individuelles Planen und zielgerichtetes Handeln einer ausführlichen Pflegeanamnese, bei der die individuelle Lebensgeschichte

und Lebenssituation sowie die Förderung von Fähigkeiten des Menschen im Zentrum stehen. Die Biografiearbeit bewirkt eine personenzentrierte Betreuung.

2.8 Kongruente Beziehungsarbeit nach Bauer

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

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

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

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

2.9 Pflegepersonal

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

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

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

2.10 Tagespräsenz

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

Der Personaleinsatzplan wird lt. WWPG erstellt. Die Durchführungsverordnung wird eingehalten.

Es ist gewährleistet, dass 24 Stunden täglich mindestens eine DGKP/PBK anwesend ist.

Geplante Mindesttagespräsenz:

1 x Pflegebereichsmanager (PBM)

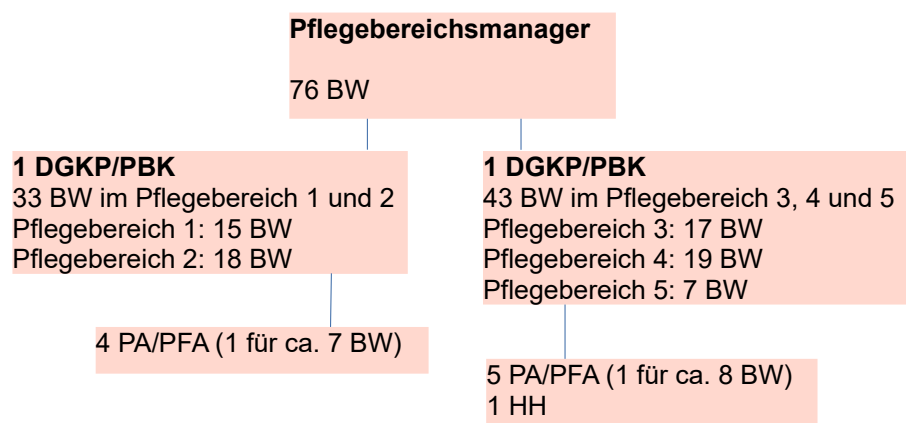
2 x Hauptdienst DGKP (= Pflegebereichsmanagerin/PBK) / Vertretung der PBM

9 lange Dienste PA

1 langer Dienst Heimhilfe

4 x Nachtdienste von 19:00 bis 21:00 Uhr; ab 21:00 Uhr 2 Nachtdienste bis 7:00 Uhr (1x DGKP)

2.11 Organigramm für die Pflegebereiche



Ein Pflegebereich umfasst maximal 28 Bewohner/-innen.

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

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

Im Rahmen dieser Struktur ist eine DGKP/PBK für ca. 43 Bewohner/-innen zuständig. Dies ist möglich, da im Rahmen unseres Strukturmodells (wird seit Herbst 2017 umgesetzt) jede Berufsgruppe für eigenverantwortliche Arbeit zuständig ist. Im Zuge der bisherigen Evaluierung des Konzepts hat sich durch unser Fehler-, Risiko- und Beschwerdemangement gezeigt, dass eine DGKP/PBK für bis zu 50 Bewohner/-innen zuständig sein kann und die Pflege und Betreuung angemessen umgesetzt wird. Durch die Vertretungen (DGKP/PBK) kann eine Pflegebereichsmanager/-in optimal für bis zu ca. 50 Bewohner/-innen (eine Vertretung) oder 80 Bewohner/-innen (2 Vertretungen) eingesetzt werden.

2.12 Dienstpläne

Für die Pflegebereiche wird ein Dienstplan erstellt und die einzelnen Pflegebereiche werden farblich unterschiedlich markiert.

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

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

2.13 Aufgabenbereiche der Berufsgruppen

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

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

2.13.1 Pflegebereichsmanager/-innen

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

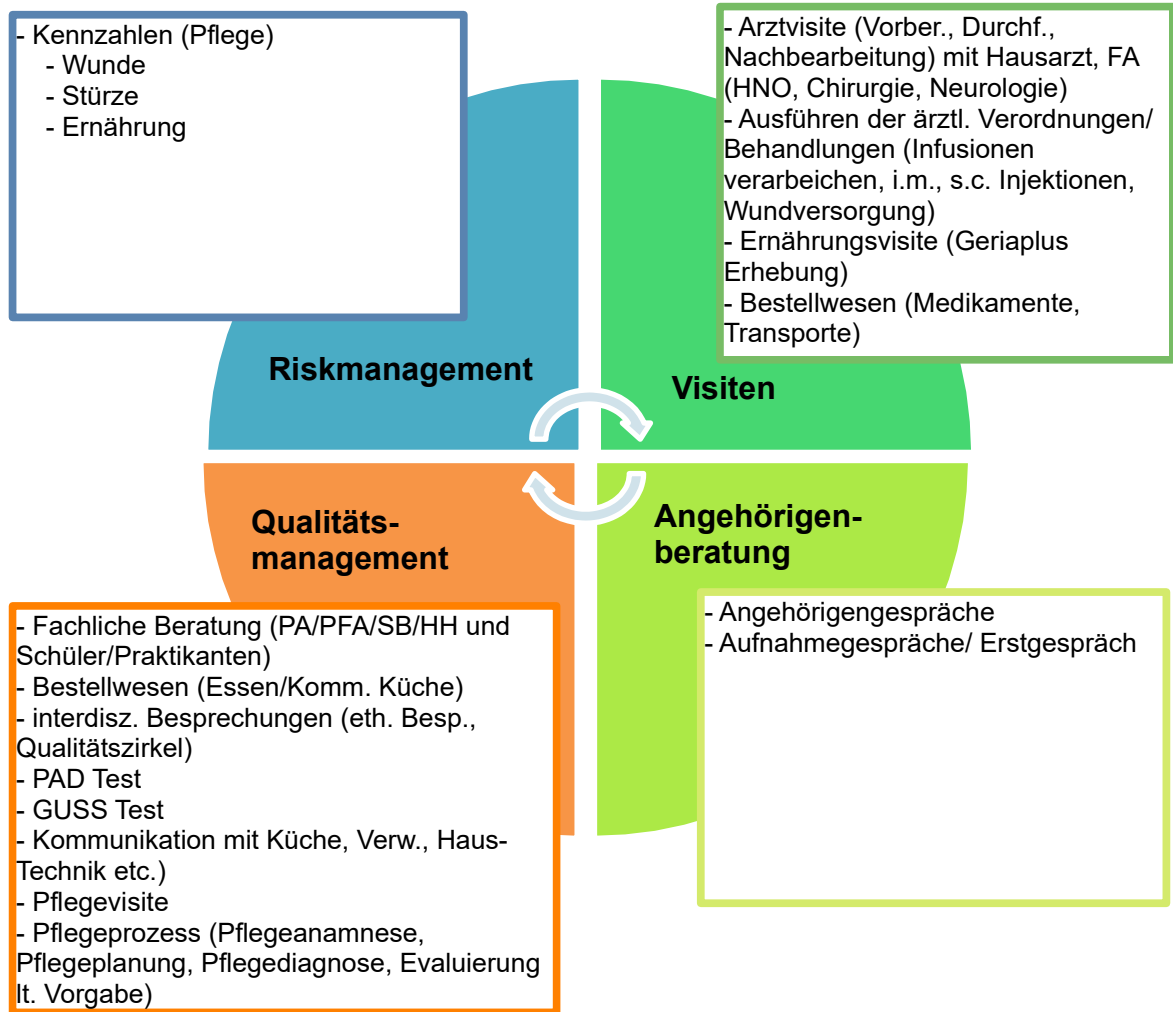
Aufgabenbereiche:



2.13.2 DGKP/Pflegebereichskordinatoren/-innen

Ziel ist die bestmögliche pflegerische Versorgung, Behandlung und Betreuung von Bewohnern unter Beachtung der von den übergeordneten Stellen definierten Vorgaben im Rahmen des gesetzlichen Berufsbildes nach den Bestimmungen des GuKG, BGBL / Nr. 8 / 2016 , Kompetenzbereiche § 13, 14, 14a, 15, 15a, 16, 17 und den Vorgaben der Einrichtung.

Aufgabenbereiche:



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

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

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

2.13.3 Pflegeassistentz/Pflegefachassistentz

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

2.13.4 Heimhilfe

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

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

2.13.5 Seniorenbetreuung

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

2.13.6 Psychologie

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

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

2.13.7 Wäscherei

Die Wäsche wird über eine externe Firma gereinigt (Salesianer). Die Wäsche kann auf eigenen Wunsch privat gewaschen werden.

2.13.8 Küchen-Personal/Abteilungshilfe

Die Mitarbeiter/-innen tragen Sorgen für das Bereitstellen der Verpflegung und sind für die Hygiene im Haus verantwortlich (lt. Plan).

2.13.9 Reinigungspersonal

Es ist eine tägliche Reinigungsfrequenz vorgesehen.

2.13.10 Haustechnik

Die Hausarbeiter decken die technische Versorgung täglich bis zu 10 Stunden ab. Für Störungen, die dringliche Maßnahmen erfordern ist ein Notdienst organisiert.

2.14 Psychologisches Personal

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

2.14.1 Tätigkeiten

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

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

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

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

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

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

Biographische Gespräche

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

Trauerarbeit: für BewohnerInnen und Angehörige während oder nach Verlusten

kognitive Einzeltrainings: zur Erhaltung und Förderung der vorhandenen kognitiven Ressourcen

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

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

Die geplanten Maßnahmen werden auch in der Pflegedokumentation festgehalten.

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

2.14.2 Memory Ambulanz

Ein weiteres zentrales Angebot unserer Einrichtung ist die angeschlossene Memory-Ambulanz. Die Memory-Ambulanz bietet eine spezielle, klinisch-psychologische und gerontopsychologische Leistung, die in Kooperation mit praktischen und Fachärzten eine interdisziplinäre, ganzheitliche Diagnostik und Behandlung für dementiell erkrankte

Patienten darstellt. Dieses Angebot richtet sich an die Bewohner des Hauses in Weiterem auch an die Bevölkerung.

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

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

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

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

2.14.3 Sonstige Aufgaben

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

- Dokumentation im elektronischen Pflegedokumentationssystem sowie interne psychologische Dokumentation auf Grund der psychologischen Verschwiegenheitspflicht.

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

2.15 Medizinisches Personal

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

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

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

2.16 Stellenbeschreibungen

siehe Anhang

2.17 Personalentwicklung und Fortbildungen

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

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

Alle Mitarbeiter im Haus werden 1x jährlich bzgl. der Themen Medizinproduktgesetze, ArbeitnehmerInnenschutz, Nadelstichverletzung, Mutterschutz, Brandschutz, Notfallmanagement, Pflegestandards, Hygienestandards, Fehler-/Beschwerdemanagement, Gewaltprävention, Aufnahmemanagement, Sicherheitsdatenblätter etc. unterwiesen. Einmal jährlich findet zudem die Evaluation der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz statt.

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

2.18 Qualitätsmanagement

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

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

Die Qualitätsziele orientieren sich an

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

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

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

2.18.1 Pflegevisite

Pflegevisite erfolgt durch:

- diplomiertes Pflegepersonal (PBK) innerhalb der Bezugspflegegruppe 2 mal jährlich

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

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

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

2.18.2 Hygiene- und Reinigungsvisite

Wird 1x Quartal durch Hygienekontaktperson durchgeführt

2.18.3 Psychologische Visiten

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

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

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

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

2.18.4 Pflegestandards

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

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

2.19 Qualitätssicherung

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

2.19.1 Evaluation

- Risikodiagnosen, Psychosoziale Diagnosen und Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden einmal Monatlich evaluiert.
- Bestehende Hautdefekt werden einmal wöchentlich inkl. Foto- und Wunddokumentation evaluiert lt. Uhrsystem. Bei Verschlechterung erfolgt die Evaluierung und die Mitteilung an den Arzt sofort.
- Ist-Zustand der Bewohnern wird mindestens einmal wöchentlich beschrieben (bei Verschlechterung sofort).
- Braden und Morseskala werden einmal monatlich bei allen Bewohnern erhoben. Mit Bewohnern (die gefährdet sind) und deren Angehörigen werden immer wieder Gespräche über Risikofaktoren durchgeführt und dokumentiert.
- Gespräche über Risikofaktoren/Aufklärungsgespräche werden durchgeführt

2.19.2 Aufnahmemanagement

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

- **AKE Ernährung zustand Monitoring:**
Erhobene Werte (Flüssigkeitszufuhr/24Std und Energiezufuhr/24Std) und BMI werden berechnet. Die Hausärztin wird während der Visite durch Pflegebereichskoordinatoren/-innen über die Werte informiert. Bei gefährdeten Bewohnern werden angemessene Pflegediagnosen mit Prophylaxen erstellt und täglich laut der Standard durchgeführt.
- **Tellerprotokoll und Einfuhrmenge:**
Werden bei allen Bewohnern ca. zwei Wochen lang erhoben um festzustellen wie viel ein Bewohner Flüssigkeit innerhalb von 24 Stunden zu sich nimmt. Über den Durchschnitt der Werte wird die Hausärztin durch die Teamkoordinatorin während der Visite informiert. Der Arzt ordnet dann individuell, die passende Energiezufuhr und Flüssigkeitsmenge innerhalb von 24 Std. an (nach Geriaplus Erhebung).
Bei allen Bewohnern im Haus wird einmal monatlich die AKE Ernährungzustand Monitoring Werte erhoben und der Arzt darüber informiert (das wiederum wird mit Stempel und Handzeichen bestätigt).
- **Bradenskala und Morse Skala** wird am Tag der Aufnahme erhoben. Bei erhöhtem Risiko werden angemessene Pflegediagnosen (Risiko: Sturz und Hautdefekt hohes Risiko) erstellt und täglich die Prophylaxe laut Standard durchgeführt. Bei Bewohnern bei denen die Bradenskala oder Morseskala kein Risiko zeigt, aber nach der Einschätzung des Pflegepersonals/DGKP/PBK (nach Internationalen

Kriterien) trotzdem ein Risiko festgestellt wird, werden Pflegediagnosen mit Prophylaxe erstellt, die entsprechende Begründung wird dokumentiert.

- Nach der Aufnahme werden **Vitalwerte** (RR, Puls) und **Blutzucker** bei stabilen Bewohnern 1xtäglich eine Woche lang kontrolliert. Bei instabilen Personen öfters (laut ärztlicher Anordnung). Die Körpergewicht Kontrolle wird einmal wöchentlich durchgeführt.
- Psychologisches Aufnahmeassessment (Diagnostik und Biographieerhebung nach dem Langenloiser Modell)

2.19.3 Kommunikationsstruktur

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

- **2 x monatlich Visite durch FA für Neurologie und Psychiatrie**
- **Ethische Fallbesprechung bei Bedarf** (beachtliche Patientenverfügung bzw. Vorsorgedialog)
- einmal monatliche Visite durch FA für Chirurgie (Dr. Duft)

2.19.4 Bewohnerfallbesprechung/Qualitätszirkel

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

Anwesenheit:

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

Frequenz:

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

Ergebnisse:

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

Schnittstellen:

Die Inhalte der Bewohnerfallbesprechung werden aus allen Bereichen zusammengefasst behandelt.

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

der BewohnerInnen oder Angehörigen behandelt – die Ergebnisse gehen in das Beschwerdemanagement ein.

2.19.5 Ethische Bewohnerbesprechungen/Vorsorgedialog

Die ethische Fallbesprechung ist eine strukturierte, interdisziplinäre Besprechung (siehe Leitfaden) innerhalb eines Teams von Hausarzt, Pflegebereichsmanager/-innen, DGKP/PBK, Psychologie, Physiotherapie, betroffene Bewohner, Angehörige, Facharzt für Neurologie etc. und findet anlassbezogen bei Verschlechterung des Allgemeinzustands eines/-r Bewohners/-in statt. Dieses Instrument dient auch als Vorsorgedialog und kann ggf. mit dem Bewohner selbst, mit den Angehörigen, mit Sachwaltern und div. Personen aus dem medizinischen/pflegerischen Bereich durchgeführt werden (Pflegebereichsmanager/-innen, DGKP/PBK, Hausarzt, Neurologin etc.). Die Besetzung der Besprechung wird anlassbezogen definiert.

Folgende Themen werden besprochen:

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

2.20 Hygiene

2.20.1 Hygienestandards

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

Die Hygienevisite wird 1x Quartal durch die Hygienebeauftragten durchgeführt.

2.20.2 Infektionskrankheiten

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

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

2.20.3 Persönliche Hygiene

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

2.20.4 Allgemeine Hygiene

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

2.20.5 Hygienemaßnahmen im Umgang mit Wäsche

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

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

2.20.6 Desinfektionsplan

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

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

2.20.7 Hygieneplan

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

- **Organigramm:** Grafische Darstellung der für die Hygiene zuständigen Personen sowie angaben zur Erreichbarkeit
- **Ist-Analyse:** Erste Erhebung des Hygienesstatus in einer medizinischen Einrichtung
- **Hygiene – Audit:** Jährliche Überprüfung der hygienerelevanten Abläufen
- **Überprüfungsroutinen technische Hygiene:** Dokumentation zu: Wasserhygiene (Legionellen, Pseudomonas aeruginosa), Steckbeckenspüler, Geschirrspüler, Waschmaschinen)

- **Maßnahmenplan/TO DO`s:** ergeben sich aus dem Audit ergeben
- **Standards:** Arbeitsanweisungen
- **Desinfektionsplan:** Übersicht über die im Haus verwendeten Desinfektionsmittel
- **Desinfektions-Reinigungsfrequenzen:** Festlegung der Desinfektions- und Reinigungsfrequenzen
- **Schulungen:** Regelmäßige Mitarbeiter Schulung, Dokumentation

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

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

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

Hier das Organigramm:

Geschäftsführung/Heimleitung Name: Dr. Binder-Kriegelstein	Pflegedienstleitung Name: Jankovic Tatjana	Hygienefachkraft unlimited Fr. Edith Demirhan 0699/19454161
----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Hygienekontaktperson Name: DGKP/PBM Zuzana Stancikova

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

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

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

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

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

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

Die Hygienefachkraft wird von der Firma Hygienefachkraft-unlimited beigezogen.

2.20.8 Reinigung- und Desinfektionsplan

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

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

Die Aktualisierung der Pläne erfolgt durch die Firma Hygienefachkraft-unlimited

2.20.9 Messgeräte

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

2.20.10 Warmwasseruntersuchung

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

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

3 THERAPEUTISCHES KONZEPT

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

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

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

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

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

3.1 Physiotherapie

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

Organismus (z. B. Muskelaufbau und Stoffwechsellanregung), andererseits auf ein verbessertes Verständnis der Funktionsweise des Organismus (Dysfunktionen/Ressourcen) und auf eigenverantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper ab.

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

Es sind mehrere Physiotherapeuten von der Fa. Physiotion mehrmals wöchentlich im Haus. Diese sind über einen externen Dienstleister für das Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen tätig.

3.2 Ergotherapie

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

3.3 Logopädie

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

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

3.4 Therapiehund

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

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

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

3.5 Musikrunde

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

3.6 Entspannungsrunde

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

3.7 Kognitives Training

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

3.8 Integrative Biographierunde

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

3.9 Feste und Feiern

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

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

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

Zudem finden folgende Veranstaltungen statt:

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

4 MEDIZINISCHES KONZEPT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1 Medizinisch Verantwortliche

Dr. Maja Darwish ist die medizinisch Verantwortliche für das Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen. Viele Jahre Erfahrung und die gute Kenntnis der Bewohner stellen einen

wesentlichen Bestandteil der persönlichen und individuellen, medizinischen Versorgung dar. Unterstützt wird Dr. Maja Darwish von Dr. Kurt Kolomaznik.

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

Die Erreichbarkeit des medizinischen Verantwortlichen:

Ort:

Die Visiten sind Mittwoch Vormittag

Ordination Karl-Heinz Straße 67; 1230 Wien

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

Telefon und e-mail:

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

4.2 Notfallmanagement

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

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

4.2.1 Maßnahmen in lebensbedrohlichen Situationen

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

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

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

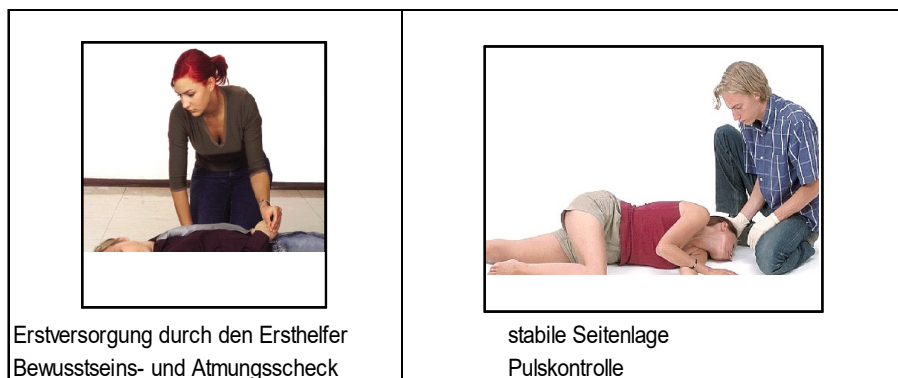
Je nach Art und Ausprägung der Situation sind unverzüglich Hilfeleistungen einzuleiten wie z.B.: fachgerechte Lagerung; mentale Beruhigung; Verband, Herz-Lungen-Wiederbelebung, Defibrillation mit halbautomatischem Defibrillator etc.

STANDORT NOTFALLKOFFER + MOBILER O₂: 4. STOCK IM SCHWESTERNSTÜTZPUNKT

STANDORT EKG-APPARAT+DEFIBRILLATOR: 4. STOCK IM SCHWESTERNSTÜTZPUNKT

Bewusstlosigkeit (bei intaktem Herzkreislaufsystem und Atemnot)

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



Herzkreislaufstillstand - zuerst Herzdruckmassage, dann beatmen



4.2.2 Maßnahmen in nicht lebensbedrohlichen Situationen

Ruhe bewahren: die Situation einschätzen und danach handeln

- Verständigung von KollegInnen durch Rufen oder Telefon und Mithilfe anfordern

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

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

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

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

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

4.2.3 Vorgehensweise bei med. Notfällen/Todesfällen

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

Häufige Ursachen für Notfälle sind:

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

Zielsetzungen

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

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

Die Mitarbeiterinnen kennen die Abläufe und das Vorgehen im Todesfall.

Die Notfallsituation soll körperliche Schäden und psychische Trauma zur folgen vermeiden
Medizinischer Notfall

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

Ruhe bewahren: die Situation einschätzen und danach handeln

Verständigung von Kolleginnen durch Rufen oder Telefon und Mithilfe anfordern

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

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

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

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

Ausdrucken des Notfallblattes

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

Unerwartete Todesfall

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

Suizid oder Verdacht auf Fremdverschulden

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Suchtmittelgebarung

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

4.4 Sauerstoffgebarung

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

4.5 Arzneimittel

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

5 BRANDSCHUTZ

5.1 BRANDSCHUTZORDNUNG

1) Die im Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen beschäftigten oder sonst anwesenden Personen haben das Verhalten im Brandfall und die nachstehend angeführten Vorkehrungen zur Verhinderung eines Brandes genauestens zu beachten bzw. im Falle eines Brandes nach diesen Vorschriften zu handeln. Die Nichtbefolgung dieser Vorschriften kann rechtliche sowie für Bedienstete auch disziplinarische Folgen nach sich ziehen.

2) Für die Brandsicherheit des gesamten Betriebes ist als

Brandschutzbeauftragter: Herr. PhDr. Dr. Cornel Binder-Kriegelstein
Mag. Roland Schemel

zuständig. Alle Dienstnehmer haben den Brandschutz betreffende Weisungen dieser Personen unverzüglich zu befolgen und ihnen alle Wahrnehmungen von Mängeln auf dem Gebiet der Brandsicherheit bekannt zu geben.

3) In nachstehend angeführten Räumen des Betriebes ist der Umgang mit offenem Feuer und Licht, das Rauchen sowie die Durchführung von Schweiß- und sonstigen Feuerarbeiten verboten: Im Fernwärmeumformerraum, in den Werkstätten, im Computerraum, in den Depots, in der Wäscherei und in Wäschedepots, in den Haustechnikräumen.

4) Ordnung und Sauberkeit halten.

5) Brennbare Abfälle, sind spätestens bei Arbeitsende aus den Arbeitsräumen zu entfernen und brandsicher zu lagern. Öl- und lack getränkte Putzlappen, Leichtmetallspäne sind in nicht brennbaren mit selbst schließenden Deckeln versehenen Behältern aufzubewahren.

7) Flucht- und sonstige Verkehrswege sind von Lagerungen aller Art in der Breite so frei zu halten, das eine Evakuierung jederzeit möglich ist. Im 4.Stock/Aufenthaltsraum ist die frei zu haltende Fläche am Boden markiert.

8) Brennbare Gegenstände dürfen **nicht** in Dachböden und **nicht** in der Nähe von Feuerstätten gelagert werden.

9) Errichtung, Änderung und Reparaturen aller Art (z.B. Installationen, Feuerungsanlagen) dürfen nur durch die Heimverwaltung bzw. über deren Veranlassung vorgenommen werden.

10) Ohne vorherige Genehmigung durch die Heimleitung oder den Brandschutzbeauftragten dürfen Feuerarbeiten (Heißarbeiten) nicht durchgeführt werden.

11) Löschgeräte und Löschmittel müssen gut sichtbar und leicht zugänglich sein, sie dürfen nicht zweckwidrig verwendet werden.

- 12) Hinweisschilder und Hinweiszeichen sind zu beachten, dürfen nicht der Sicht entzogen und nicht beschädigt oder entfernt werden.
- 13) Sowohl volle als auch leere Gasflaschen, Sauerstoffflaschen sind so aufzustellen, dass sie gegen Umfallen geschützt sind.
- 14) Die Türen zu den Technikräumen sind stets verschlossen zu halten.
- 15) Kerzen müssen brandsicher befestigt und dürfen nur unter Aufsicht des Personals entzündet werden.
- 16) Pflanzen und Gebinde dürfen im Zusammenhang mit brennenden Kerzen nur in frischem Zustand verwendet werden. Die Verwendung mit Wachs getränkter Blätter, Girlanden, Blumen und dgl. ist verboten.
- 17) Brennbare Flüssigkeiten (z.B. Aceton, Äther, Methanol, Äthanol, Propanole, Benzol, Toluol, Xylol, Benzin, Dioxan, Tetrahydrofuran, Schwefelkohlenstoff und dgl.) dürfen in Laboratorien nur bis zu einer Gesamtmenge von höchstens 10 l in dicht verschlossenen Behältern, abseits von Wärme- und Zündquellen und leicht brennbaren Lagerungen verwahrt und verwendet werden. In diese Menge ist der Alkohol in dicht verschlossenen Analysegeräten nicht einzurechnen.
- 18) Koch- und Wärmegeräte sowie Bügeleisen (z.B. in Teeküchen und Personaldienststräumen) dürfen nur unter ständiger Aufsicht betrieben werden.
- 19) Die Haustechnik hat sich durch Kontrollgänge davon zu überzeugen, dass in Räumen, in denen sich vorübergehend keine Personen aufhalten, keine Maschinen und Geräte in Betrieb sind und kein Licht brennt.
- 20) Keine Zigarettenstummel in die Papierkörbe werfen.

VERHALTEN IM BRANDFALL

MO – FR 7.00 – 16.30 Uhr

Einsatzzentrale: **Geschäftsführung/Heimleitung**

Bei jedem Brand zuerst Brandschutzwart 0676/845 174 201 anrufen!

IMMER RUHE BEWAHREN ! HELFEN ! LÖSCHEN !

A) **Zuständigkeit**

Einsatzleiterin: PhDr. Dr. Cornel Binder-Krieglstein

B) **Maßnahmen**

1. Heimleitung: Brandmeldung ist eingelangt

- 1.1) Die Feuerwehr 122, Rettung 144, Polizei 133 sind zu verständigen.
- 1.2) Einsatzleiter dirigiert die Helfer auf den Brandplatz.
- 1.3) Der Einsatzleiter hat eine Person zu bestimmen, die die Telefonvermittlung übernimmt und Weisungen des Einsatzleiters abzuwarten hat.
- 1.4) Bei Bedarf (Anforderung durch Einsatzleiter, Vertreter oder Feuerwehr) Brandalarmmeldung über Lautsprecher:
**"ACHTUNG, ACHTUNG !
Einsatzpersonal auf die jeweilige Abteilung, das andere Personal verlässt das Haus."**
- 1.5) Die Verwaltung ist, wenn nicht im Haus telefonisch erreichbar, über Handy 0676/845 174 201 zu verständigen.
- 1.6) Das Licht muss eingeschaltet werden.
- 1.7) Die Feuerwehr wird ins Haus gelotst.
- 1.8) Der Feuerwehr werden die Brandschutzpläne mit Hinweis auf elektrische Betriebsräume, Gasflaschen, Med. Depot übergeben.

2. Einsatzpersonal:

2.1) Verwaltungspersonal:

Alle Vorbereitungen treffen damit die Bewohner, im Falle einer Ausbreitung des Brandes, auf die Straße gebracht werden können.

2.2) Pflegepersonal:

Ist für die Räumung der Pflegebereich verantwortlich.

2.3) Haustechnik:

2.3.1) Nach Rücksprache mit dem Einsatzleiter im Brandbereich die Evakuierung der Bewohner unterstützen.

2.3.2) Wieder zur Einsatzzentrale zurückkommen.

2.4) Übriges Personal:



Zur Einsatzzentrale kommen oder Haus verlassen.

Allgemeines:

Das im Brandschutz ausgebildete Personal hat in der Zeit bis zum Eintreffen der Feuerwehr nach Möglichkeit:

- 1) Gefährdete Personen aus der Brandzone zu schaffen.
- 2) Mit den zur Verfügung stehenden Löschgeräten zu löschen.
- 3) Für rasches Verlassen des Hauses von Besuchern, Bewohnern und übrigem Personal zu sorgen und den Zutritt zum Heim nur der Feuerwehr, Polizei, Rettung sowie den Bediensteten des Heimes zu gestatten.
- 4) Fenster und Türen sind zu schließen, da durch Luftzufuhr das Feuer erst richtig entfacht werden kann.

In den Räumen und Abteilungen, die vom Brand noch nicht erfasst sind, ist zu beachten:

-  Die Bewohner vorerst in den Räumen belassen, wenn diese nicht unmittelbar gefährdet sind.
-  Türen und Fenster in Richtung zur Brandstelle schließen.

Hinweis:

AUFZÜGE IM BRANDFALL NICHT BENÜTZEN !!!

**VERHALTEN IM BRANDFALL
AB 16.30 Uhr, SOWIE SA, SO UND FEIERTAGS**

Einsatzzentrale: Stützpunkt 4.Stock

IMMER RUHE BEWAHREN ! HELFEN ! LÖSCHEN !

A) Zuständigkeit

Einsatzleiter: Diensthabende/r DGKP

B) Maßnahmen

1. Stützpunkt: Brandmeldung ist eingelangt

- 1.1) Die Feuerwehr 122, Rettung 144, Polizei 133 sind zu verständigen.
- 1.2) Einsatzleiter dirigiert die Helfer auf den Brandplatz.
- 1.3) Der Einsatzleiter hat eine Person zu bestimmen, die die Telefonvermittlung übernimmt und Weisungen des Einsatzleiters abzuwarten hat.
- 1.4) Bei Bedarf (Anforderung durch Einsatzleiter oder Feuerwehr) Brandalarmmeldung über Lautsprecher:
**"ACHTUNG, ACHTUNG !
Einsatzpersonal auf die jeweilige Abteilung, das andere Personal verlässt das Haus."**
- 1.5) Das Licht muss eingeschaltet werden.
- 1.6) Die Feuerwehr wird ins Haus gelotst.
- 1.7) Der Feuerwehr werden die Brandschutzpläne mit Hinweis elektrische Betriebsräume, Gasflaschen, Med. Depot übergeben.
- 1.8) Nach Rücksprache mit der Einsatzleitung die Aufzüge im Brandbereich sperren.
- 1.9) Die leitenden Mitarbeiter des Hauses sind zu verständigen (Telefon, Handy: 0676/845 174 201).


2. Einsatzpersonal:

2.1) Pflegepersonal:

2.1.1) Fenster und Türen sind zu schließen, da durch Luftzufuhr das Feuer erst richtig entfacht werden kann.

2.1.2) Auf die Brandstelle zur Evakuierung der gefährdeten Bewohner.

In den Räumen und Abteilungen, die noch nicht vom Brand erfasst sind, ist zu beachten:

 Die Bewohner vorerst in den Räumen belassen, wenn diese nicht unmittelbar gefährdet sind.

 Türen und Fenster in Richtung zur Brandstelle schließen.

2.2 Übriges Personal:

Das übrige Personal des Heimes hat bis zum Eintreffen der Feuerwehr:

2.2.1) Gefährdete Personen aus der Brandzone zu schaffen.

2.2.2) Mit den zur Verfügung stehenden Löschgeräten zu löschen.

2.2.3) Bei der Räumung der gefährdeten Gebiete mitzuwirken.

2.2.4) Für rasches Verlassen des Hauses von Besuchern, Bewohnern und übrigem Personal zu sorgen und den Zutritt zum Heim nur der Feuerwehr, Polizei, Rettung sowie den Bediensteten des Heimes zu gestatten.

2.2.5) Im Zweifelsfall sich vor dem Stützpunkt in Bereitschaft zu halten.

REGELN ZUM FEUERLÖSCHEN

- 1) Stets mit dem Wind von vorne nach hinten löschen.
- 2) Von unten nach oben löschen.
- 3) Mit einem durchgehenden Strahl löschen und dabei Feuerlöscher komplett entleeren und danach auf den Boden legen - nicht hinstellen!
- 4) Gemeinsam mit mehreren Feuerlöschern gleichzeitig löschen.

Bei Pulverlöschern:

- 1) Pulverwolke sanft über das Objekt legen.

5.2 Evakuierungsplan

Die im Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen beschäftigten oder sonst anwesenden Personen haben diesen Evakuierungsplan genauestens zu beachten bzw. im Falle einer notwendigen Evakuierung nach diesen Vorschriften zu handeln. Die Nichtbefolgung dieser Vorschriften kann rechtliche sowie für Bedienstete auch disziplinarische Folgen nach sich ziehen.

Grundsätzliches:

- 1) Jeder/jede MitarbeiterIn ist verpflichtet, unter Bedachtnahme keine Panik durch Fehlverhalten hervorzurufen, mit den Bewohnern oder sonstigen Personen den betroffenen Gebäudeabschnitt bzw. das Gebäude schnellstens zu räumen, d.h. den nächstgelegenen ungefährdeten Notausgang zu benutzen.
- 2) Bei der Evakuierung dürfen keine Lifte benutzt werden.
- 3) Jeder/jede MitarbeiterIn hat darauf zu achten, dass die Einsatzkräfte weder im Gebäude, noch im Freigelände behindert werden.
- 4) Unbeteiligten Personen (Schaulustige) ist der Zutritt zum Evakuierungsbereich durch die Mitarbeiter zu verwehren,
- 5) Die Türen sollen geschlossen aber niemals versperrt werden (es könnten noch Personen nachkommen, bzw. dürfen die Einsatzkräfte durch versperrte Türen nicht behindert werden).
- 6) Den Sicherheitskräften ist unbedingt Folge zu leisten.

- 7) Alle MitarbeiterInnen haben sich am Sammelplatz bei der Einsatzleitung /Heimleitung zu melden um sicherzustellen, dass sich niemand mehr im Gebäude befindet.
Das Ergebnis wird den Einsatzkräften mitgeteilt.
- 8) Wahrnehmungen, die darauf hinweisen, dass sich noch Personen im Gebäude befinden, sind sofort den Einsatzkräften zu melden.

Bei der Evakuierung sind die Fluchtwegpläne zu beachten bzw. zu verwenden.

Evakuierung des Wohn- und Pflegehauses Kaisermühlen

Eine Evakuierung erfolgt in der Regel als geplanter Vorgang, wobei nicht mit einer schnellen Rückkehr in das Heim gerechnet wird, d.h. das Gebäude steht für längere Zeit für die Bewohner nicht zur Verfügung.

Der Transport der nicht gehfähigen Bewohner steht im Vordergrund.

Eine Evakuierung des Heimes kann aus verschiedenen Gründen erforderlich sein:

- ▶ Technisches Gebrechen (z.B. Totalausfall der elektrischen Versorgung)
- ▶ Elementarereignis (Erdbeben, Hochwasser)
- ▶ Bombenalarm
- ▶ Feueralarm (Notfallevakuierung)
- ▶ Probealarm

Sollte in Notfällen eine Evakuierung des Heimes notwendig werden, gilt Folgendes:

. Alarmmeldungen

Meldungen über Notfälle, die eine Gebäudeevakuierung erfordern könnten, sind vom Empfänger sofort an die

**Feuerwehr (122) bzw.
Polizei (133) zu leiten.**

. Entscheidung über die Heimevakuierung

- 2.1) Die Entscheidung ob eine Gebäudeevakuierung veranlasst wird, trifft in enger Abstimmung mit Polizei bzw. Feuerwehr
 - der Krisenstab – bestehend aus der Heimleitung mit dem zuständigen Hausarzt
 - in deren Vertretung PhDr. Dr. Cornel Binder-Krieglstein

2.2.) Es sind alle Maßnahmen zu treffen, um bei Abwesenheit der Heimleitung diese so schnell wie möglich zu verständigen.

. Ablauf der Evakuierung

Eine Evakuierung sollte wenn möglich nur Teilbereiche des Heimes betreffen, der Krisenstab muss sich der Tragweite einer Gesamtevakuierung bewusst sein, diese bedingt hohes Risiko und großen Personalaufwand.

Es wird daher versucht, bei einer Evakuierung des Wohn- und Pflegehauses Kaisermühlen nach einem mehrstufigen Rettungskonzept (Aufenthalts- u. Verzögerungskonzept) vorzugehen.

Generell gilt - Personensicherheit geht vor Sachsicherheit.

3.1) Sicherstellung der pflegerischen (ärztlichen) Versorgung

Der Krisenstab stellt sicher, dass während der Evakuierung die pflegerische Versorgung, ev. wenn erforderlich auch die ärztliche Versorgung, gewährleistet ist.

Dies betrifft auch die weitere Versorgung am Sammelplatz.

3.2) Der für die Evakuierung verantwortliche Krisenstab bzw. die von ihm beauftragten Personen bestimmen sofort mehrere ortskundige MitarbeiterInnen, die bei der Evakuierung Hilfe leisten und legen fest, wer in welchem Bereich die BewohnerInnen zur Evakuierung auffordert, bzw. bei der Evakuierung unterstützt.

3.3) Dieser Bestimmung zum Helfer ist in jedem Fall widerspruchsfrei und ohne zu zögern Folge zu leisten.

Als Helfer in Frage kommende MitarbeiterInnen sollten die HeimbewohnerInnen kennen.

3.4) Auslösesignal zur Durchführung einer Evakuierung durch den Krisenstab (Heimleitung).

- langer durchgehender Hupton.

3.4) Der Krisenstab informiert den Stützpunkt, der die weitere interne Alarmierung der im Dienst befindlichen Personen übernimmt, die für die Durchführung der Evakuierung herangezogen werden können.

3.6) Aktuelle Listen des dienstfreien Personals zur Verständigung im Evakuierungsfall liegen am Stützpunkt auf und werden laufend aktualisiert.

3.7) Aktuelle Listen mit den Namen der BewohnerInnen liegen ebenfalls am Stützpunkt auf.

3.8) Mehrstufiges Rettungskonzept

Stufe 1 – Aufenthalt in den Zimmern

Falls es die Rahmenbedingungen zulassen, versucht man so lange wie möglich die Bewohner in den Zimmern zu belassen.

Hier muss die pflegerische Versorgung (ev. auch die ärztliche Versorgung) sichergestellt sein.

Stufe 2 – Evakuierung in der Horizontalen

Ebene 3 für die Zimmer 31 u. 32

Die Bewohner dieser Zimmer werden in die gegenüberliegenden Pflegebereiche - nächster Brandabschnitt – evakuiert.

Eine horizontale Evakuierung der Bewohner der Zimmer 33 – 39 in den gegenüberliegenden Bereich – Zimmer 31 u. 32 - ist auf Grund der Anzahl der zu evakuierenden Bewohner nicht möglich.

Stufe 3 – Evakuierung in der Vertikalen

Ebene 4 im Evakuierungsfall werden die Bewohner in Ebene 3 verlegt.

Stufe 4 – Evakuierung ins Freie

Ebene 3 - im Evakuierungsfall werden die Bewohner ins Freie evakuiert.

Der Krisenstab entscheidet sodann ob auch eine Evakuierung der Ebene 4 notwendig ist.

Bzw. sind nach dem Stufenkonzept – Stufe 3 die Bewohner der Ebene 4 bereits auf Ebene 3.

3.9) Der Aufforderung das Gebäude zu verlassen, ist sofort und ohne Diskussion Folge zu leisten.

3.10) Die Verantwortung für die Folgen der Missachtung einer solchen Aufforderung liegt allein bei der die Aufforderung missachtenden Person.

Ab Stufe 2 muss sichergestellt werden, dass die Krankengeschichte der evakuierten Bewohner mitgegeben wird – wichtig bei weiteren Transferierungen der Heimbewohner.

3.11) Die gefähigen BewohnerInnen, die sich im Heim aufgehalten haben, haben sich unverzüglich zum Sammelplatz zu begeben.

3.12) Die nicht gefähigen BewohnerInnen werden durch MitarbeiterInnen des Heimes zum Sammelplatz begleitet.

3.13) Dort ist festzustellen, ob alle Bewohner evakuiert sind, bzw. ob auch alle an der Evakuierung beteiligten Kräfte vollzählig anwesend sind.

Als Sammelplatz ist festgelegt:

Park Schüttauplatz

3.14) Bei Eintreffen der Einsatzkräfte der Feuerwehr sind diese über den Umfang der bereits erfolgten Räumungs-/Evakuierungsmaßnahmen zu informieren – durch den Krisenstab oder durch an der Evakuierung beteiligte Personen.

3.15) Zur besseren Erkennbarkeit gegenüber den Einsatzkräften sind diese Personen deutlich zu kennzeichnen (Tragen von Westen mit entsprechender Aufschrift).

- . Haben Feuerwehr bzw. Polizei die Zuständigkeit der Gefahrenabwehr an sich gezogen, ist von allen Beteiligten nur noch nach deren Anweisungen vorzugehen.

3.17) im Brandfall sind die besonderen Vorschriften der Brandschutzordnung zu beachten

Verhalten im Brandfall - siehe Anhang.

4. Besondere Regelungen

Die für die Evakuierung verantwortlichen Personen können für den Notfall nach Abstimmung mit den Sicherheitsbehörden zur Vermeidung besonderer Gefahren für Leib und Leben in besonders sicherheitsgefährdeten Bereichen besondere Regelungen treffen.

5. Gebäudefreigabe

Das evakuierte Heim darf erst nach Gebäudefreigabe durch die Feuerwehr oder die Polizei wieder betreten werden.

6. Weitere vorbereitende Maßnahmen

Alarm – Verständigungs- und Evakuierungsplan

Von der Heimleitung des Wohn- und Pflegehauses Kaisermühlen wird - in übersichtlicher grafischer Form - ein Alarm-, Verständigungs- u. Evakuierungsplan erstellt, der auf den Pflegebereichen deutlich sichtbar angebracht wird.

Dieser beinhaltet:

- Allgemeine Notrufnummern
- Verhalten im Brandfall
- Evakuierungssignal
- Evakuierungsplan (Alarm, Räumung, Evakuierung)
- Evakuierungsziele (horizontal, vertikal)
- Angabe des Sammelplatzes
- Transportart (gehfähige u. liegende Bewohner)
- Angewandte Rettungstechnik