



CS Rennweg

VADEMECUM

Heimordnung

Konzept Geriatrische Kurz- und Langzeitpflege & Betreuung

Medizinisches und therapeutisches Konzept

Leistungsbeschreibung

Stand: April 2022

© Alle Konzepte sind urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung, Verbreitung, Verleih, Vermietung, elektronische Weitergabe und sonstige Nutzung, auch nur auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung der CS Caritas Socialis



Heimordnung: CS Rennweg

gemäß FSW Förderrichtlinien und Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz

Stand: April 2022

Liebe Bewohner*innen!

Liebe Angehörige!

Wir begrüßen Sie recht herzlich in der CS Rennweg! Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen! Bewohner*innen, Angehörige und Mitarbeiter*innen bilden eine Gemeinschaft. Voraussetzung für ein gutes Miteinander aller Menschen, die in der CS Rennweg wohnen und arbeiten, ist, seine Rechte zu kennen und bestimmte Regeln und Pflichten einzuhalten. Daher möchten wir Ihnen mit dieser Heimordnung¹ neben allgemeinen Informationen auch einige wichtige Bestimmungen zur Kenntnis bringen.

¹ © Die Heimordnung ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung, Verbreitung, Verleih, Vermietung, elektronische Weitergabe und sonstige Nutzung, auch nur auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung der CS Caritas Socialis.

Inhaltsverzeichnis

1. Aufnahme CS Rennweg.....	5
2. Heimkosten	5
3. Umgang miteinander	5
4. Befugnisse der in der CS Rennweg tätigen Personen	6
5. Vertrauensperson.....	7
6. Mahlzeiten.....	7
7. Wäschereinigung und -versorgung	8
8. Zimmer, Reinigung und Einrichtungsgegenstände.....	8
9. Privatsphäre/Schlüssel.....	9
10. Freiheitsbeschränkungen	9
11. Religionsausübung.....	10
12. Besuchszeiten	11
13. Umzug innerhalb des Heimes	11
14. Persönliches Eigentum.....	11
15. Tiere im Heim	11
16. Eigentum des Heimes	11
17. Brandschutz	12
18. Sammlungen	12
19. Geschenke	12
20. Verstöße gegen die Heimordnung	12
21. Hausverbot.....	12
22. Ihre Rechte zitiert aus dem Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz	13

1. Aufnahme CS Rennweg

In unserem Pflegeheim können nur Heimbewohner*innen aufgenommen werden, deren Erkrankung keine dauernde ärztliche Anwesenheit oder besondere medizinische Voraussetzungen (z.B. Beatmung) erfordert. Die Aufnahme in den neurologischen Wohnbereich ist an die Diagnose gebunden und kann nur auf Grund einer ausdrücklichen Vereinbarung erfolgen. Die Aufnahme entsprechend dem vorliegenden Vertrag geht davon aus, dass keine speziellen neurologischen oder psychiatrischen Krankheitsbilder vorliegen.

Die Heimbewohner*innen wissen, dass für die Erlangung eines Zuschusses seitens der Gemeinde Wien oder einer Förderung durch den Fonds Soziales Wien besondere Bedingungen gelten und dafür ein eigener Antrag notwendig ist. Der Heimträger haftet nicht dafür, dass derartige Zuschüsse gewährt werden.

Vor Einzug ist ein Heimvertrag zwischen dem/der Bewohner*in und der CS Caritas Socialis GmbH abzuschließen. Dieser Heimvertrag regelt die Unterbringung und Betreuung in unserem Haus.

2. Heimkosten

Die aktuellen Heimkosten entnehmen Sie bitte der aktuellen Preisliste.

Die Heimkosten inkludieren Unterkunft, Verpflegung und Basis-Grundbetreuung. Bei Abwesenheit von mindestens 3 Tagen (Krankenhaus, Kur, Urlaub) wird eine Gutschrift für das Essen abgerechnet. (Details s. Heimvertrag!) Wenn Sie einen Urlaub planen, bitten wir um Ihre Abmeldung bis spätestens 12.00 Uhr des Vortages.

Die Anpassung der Heimkosten erfolgt jährlich zum 1.1. gemäß den Bestimmungen des Heimvertrages.

3. Umgang miteinander

Gemeinsam gestalten wir die Atmosphäre des Hauses und trachten danach, dass wir einander mit Freundlichkeit, Höflichkeit und Toleranz begegnen.

4. Befugnisse der in der CS Rennweg tätigen Personen

Pflegerische Betreuung, Pflegedienstleitung/Heimleitung

Rund um die Uhr stehen Ihnen qualifizierte Mitarbeiter*innen der Pflege zur Verfügung. Mit der Leitung des stationären Bereichs der CS Rennweg ist Frau Sabine Koranda BSc (Pflegedienstleitung, Heimleitung) betraut. Wenn Sie Fragen, Wünsche oder Beschwerden haben, so richten Sie diese bitte an Ihre Wohnbereichsleitung oder an Frau Koranda (Tel: 01 / 717 53 - 3500, Büro: 1. Stock Südtrakt). Mit der Direktion des stationären Bereichs der CS Rennweg ist Frau Christina Hallwirth-Spörk MSc betraut (Tel: 01 / 717 53 - 3501). Die Geschäftsführung vertritt die Direktion in deren Abwesenheit.

Detailinformationen zu Pflege und Betreuung lesen Sie bitte im Pflegekonzept nach, das Sie auch in der Wohnbereichsmappe und auf unserer Homepage www.cs.at finden.

Ärztliche Betreuung

Sehr herzlich ist Ihre vertraute Ärzt*in für Allgemeinmedizin bei uns willkommen. Für alle Bewohner*innen der CS Rennweg besteht freie Arztwahl. Wenn Sie dies wünschen, nennen wir Ihnen gerne eine/n Ärzt*in für Allgemeinmedizin, der/die mit uns zusammenarbeitet.

Die Liste der niedergelassenen Hausärzt*innen der Umgebung und der Konsiliar-Fachärzt*innen, mit denen wir zusammenarbeiten, entnehmen Sie bitte der Wohnbereichsmappe bzw. dem medizinischen Konzept.

Bewohner*innenservice

Als Bewohner*innenservice der CS Rennweg steht Ihnen Frau Cornelia Perrotta zur Verfügung (Büro: Südtrakt, 1. Stock; Tel: 01 / 717 53 - 3210). Die Bewohner*innenservicestelle kennen Sie von Ihrer Aufnahme und der Vertragsunterzeichnung. Sie ist auch weiterhin für die Verwaltung sämtlicher Bewohner*innen-agenden zuständig. Darüber hinaus können Sie sich vertrauensvoll mit Anregungen, Wünschen und/oder Beschwerden an sie wenden. Sie wird Sie gerne beraten und Ihre Anliegen weiterleiten. Wir freuen uns über Ihre Vorschläge und Ihr Mitwirken!

Regelmäßig hält die Heimkommission – eine Einrichtung der Wiener Patienten-anwaltschaft – eine Sprechstunde in unserem Zentrum ab. Sie können sich mit Ihren Anliegen auch gerne an sie wenden. Die Termine werden angeschlagen!

5. Vertrauensperson

Die Heimbewohner*innen können eine oder mehrere Vertrauenspersonen benennen, die sich in allen Angelegenheiten an die Pflegedienstleitung / Wohnbereichsleitung wenden können, in wichtigen Belangen zu verständigen und denen Auskünfte zu erteilen sind bzw. auf Verlangen Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren ist. Den/die Heimbewohner*in entbindet die Pflegedienstleitung/Wohnbereichsleitung und andere Mitarbeiter*innen des Heimträgers gegenüber den Vertrauenspersonen von der Verschwiegenheitspflicht insbesondere gem. § 6 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz.

Gemäß § 8 Heimaufenthaltsgesetz erteilt der/die Heimbewohner*in den namhaft gemachten Vertrauenspersonen auch die schriftliche Vollmacht zur Wahrnehmung ihres Rechtes auf persönliche Freiheit. Der Heimträger verpflichtet sich, die Vertrauenspersonen unverzüglich über eventuell angeordnete Freiheitsbeschränkungen bzw. deren Aufhebung zu informieren.

Der/die Heimbewohner*in ist damit einverstanden, dass sich der Heimträger in wichtigen zivilrechtlichen Angelegenheiten auch an die Vertrauensperson wendet. Es steht dem/der Heimbewohner*in frei, nachträglich jederzeit eine andere Vertrauensperson an Stelle der ursprünglichen zu benennen.

Im Todesfall dürfen die Vertrauenspersonen das Zimmer des/der Verstorbenen räumen und sind verantwortlich für die Erstellung und Übergabe des Inventars.

6. Mahlzeiten

Die Essenszeiten sind dem Tagesablauf angepasst. Sollten Sie bezüglich des Essens oder der Essenszeiten Wünsche haben, so wenden Sie sich bitte an das Pflegepersonal. Wir werden versuchen, Ihren Wünschen zu entsprechen.

Wir bieten Ihnen unentgeltlich folgende Getränke rund um die Uhr an: Tee, Kaffee, Mineralwasser, Sirup.

7. Wäschereinigung und -versorgung

Bettwäsche, Handtücher und Waschlappen werden vom Heimträger zur Verfügung gestellt. Ihre persönliche Wäsche und Kleidung bringen Sie bitte mit.

Die Pflege der persönlichen Wäsche wird vom Heimträger unter der Einhaltung folgender Vorschriften übernommen:

- Die Wäscherei des Heimträgers ist nur für die Reinigung maschinenwaschbarer Wäsche und Kleidung (30° - 90°) eingerichtet, sodass nur solche Wäschestücke gereinigt werden können. Trotz sorgfältiger Behandlung der Wäsche können Schäden nicht ausgeschlossen werden, für die der Heimbetreiber keine Haftung übernehmen kann. Es sei denn ein/e Mitarbeiter*in handelt vorsätzlich oder grob fahrlässig.
- Die Wäscherei kann nur dauerhaft markierte Wäsche des Heimbewohners/der Heimbewohner*in zurückgeben. Der Heimträger kann keine Haftung für ungemerkte Wäsche übernehmen. Das Markieren der Wäsche erfolgt innerhalb einer Woche nach Einzug des Heimbewohners/der Heimbewohner*in durch das Haus.
- Für die Reinigung und Pflege anderer Kleidungsstücke (Strickkostüme, Seidenkleider, Anzüge, nicht markierte Wäsche und dgl.) müssen die Heimbewohner*innen selbst Sorge tragen.

8. Zimmer, Reinigung und Einrichtungsgegenstände

Von der CS Rennweg werden folgende Einrichtungsgegenstände zur Verfügung gestellt:

- Pflegebett und Nachtkasterl
- Einbaukasten (versperrbar)
- Tisch, 2 Sessel und 1 Hocker
- Notrufklingel zum Stützpunkt der Pflegepersonen

Der/die Heimbewohner*in kann gerne eigene kleine Einrichtungsgegenstände, unter Berücksichtigung feuerpolizeilicher Bestimmungen und hygienischer und pflegerischer Anforderungen, mitbringen. Selbst mitgebrachte Radios, Fernsehgeräte, Lampen und andere elektrische Geräte müssen vor Inbetriebnahme durch unsere

Haustechnik überprüft werden. Bitte wenden Sie sich an Ihre Wohnbereichsleitung! Der Anschluss von Verlängerungskabeln ist aufgrund der Sturzgefahr grundsätzlich verboten, Ausnahmen können mit der Wohnbereichsleitung vereinbart werden. Die Reinigung der Zimmer erfolgt durch den Heimträger.

9. Privatsphäre/Schlüssel

Die Mitarbeiter*innen achten darauf, dass die Privatsphäre der Heimbewohner*innen in ihren Zimmern gewahrt wird. Der/die Bewohner*in hat bei Bedarf den Mitarbeiter*innen Zugang zu gewähren.

Auf Wunsch des Bewohners/der Bewohnerin wird ein Zimmerschlüssel zur Verfügung gestellt. Der/die Bewohner*in haftet für den Schlüssel. Bei Verlust des Schlüssels werden die Kosten für den Austausch des Türschlosses in Rechnung gestellt.

10. Freiheitsbeschränkungen

Die Wahrung der Privatsphäre und größtmögliche persönliche Freiheit sind zentrale Elemente des Pflege- und Betreuungsverständnisses in der CS Caritas Socialis.

Dem gegenüber steht oft der Wunsch nach maximalem Schutz für Bewohner*innen (z. B. vor Sturz, vor „Weglaufen“ und ähnliches).

In vielen Situationen ist es möglich, durch unser Pflege- und Betreuungsverständnis oder auch durch Hilfsmittel gute Lösungen zu finden, die einerseits den/die Bewohner*in nicht unangemessenen Risiken aussetzen und andererseits die persönliche Freiheit nicht einschränken. Grundsätzlich versuchen wir, freiheitsbeschränkende Maßnahmen in einem möglichst geringen Umfang zu setzen. Allerdings ist die Frage, wo die persönliche Freiheit wegen einer notwendigen Gefahrenabwehr endet, nicht immer leicht zu beantworten.

Als Hilfsmittel in besonderen Situationen (z. B. Sturzrisiko, etc.) verwenden wir Hilfsmittel, die ein Signal abgeben, sobald ein/e sturzgefährdete/r Bewohner*in versucht aus dem Bett aufzustehen; Weglaufsicherungen: Niedrigbetten, um die Folgen eines Sturzes aus dem Bett zu mindern und viele andere. Für freiheitsbeschränkende Maßnahmen gibt es ein gesetzlich vorgeschriebenes Verfahren (siehe Heimaufenthaltsgesetz).

Durch die Bewohner*innenvertretung des Vereins Vertretungsnetz wird überprüft, ob die gewählte Lösung das gelindeste Mittel darstellt oder ob es andere Möglichkeiten gibt. Eine ausführliche Broschüre zum Thema Freiheitsbeschränkungen finden Sie auf der Homepage des Vereins Vertretungsnetz: <http://www.vertretungsnetz.at> -> Bewohner*innenvertretung -> Broschüre

„Desorientiertensystem“: Das Desorientiertensystem hilft desorientierten Personen, nicht verloren zu gehen, indem es beim Verlassen gesicherter Türen alarmiert. So können wir in vielen Fällen verhindern, dass ein/e Bewohner*in, die sich nicht mehr orientieren kann und dem Straßenverkehr nicht mehr gewachsen ist, ohne Begleitung das Haus verlässt.

Besonders hervorheben möchten wir, dass wir im Rahmen unserer Pflege und Betreuung keine permanente 24h-Aufsicht über Bewohner*innen garantieren können – und dies auch nicht für angemessen halten. Das Wohlbefinden und die Bedürfnisse der Bewohner*innen und ihr Wunsch nach Freiheit stehen hier an oberster Stelle.

„Rauchen im Zimmer“: Grundsätzlich ist Rauchen im Zimmer unerwünscht, weil die Brandgefahr beim Rauchen im Zimmer erheblich ist. Alle Zimmer sind mit einem Brandmelder ausgestattet, der einen Brand rasch melden soll, das bietet einen gewissen Schutz. Wir versuchen individuell zu vereinbaren, ob ein/e Bewohner*in alleine rauchen kann oder nicht und klären über Brandrisiken auf.

Ein/e Bewohner*in wird im eigenen Zimmer selbstverständlich nicht ständig beobachtet oder überwacht. Daher können wir nicht garantieren, dass ein/e Bewohner*in nicht raucht und dementsprechend für eventuelle Folgen auch keine Haftung übernehmen.

11. Religionsausübung

Jedem/Jeder Heimbewohner*in steht das Recht auf freie Religionsausübung zu. Die Heimbewohner*innen werden durch unsere Sozial Pastoralen Dienste begleitet.

Wenn Sie den Besuch eines Priesters oder Seelsorgers wünschen, melden Sie dies bitte einem/einer Mitarbeiter*in unseres Hauses. Wir werden versuchen, einen Seelsorger Ihres Religionsbekenntnisses zu verständigen. Für Andachten und Gottesdienste, zu denen Sie herzlich eingeladen sind, steht unsere Kapelle zur Verfügung. Die Zeiten entnehmen Sie bitte gesonderten Anschlägen.

12. Besuchszeiten

Siehe aktuelle Besuchsregelungen, die sich aufgrund von z.B. Corona laufend verändern können!

Wir bitten Sie Ihren Besuch, wenn möglich über www.etermin.net/cs-besuche anzumelden. Wenn Sie einen Besuch mit mehr als fünf Besucher*innen planen, ersuchen wir Sie um Abstimmung mit Ihrer Wohnbereichsleitung.

13. Umzug innerhalb des Heimes

Für die Dauer Ihres Aufenthaltes bei uns ist Ihnen ein Platz gesichert. Wenn Sie sich in Ihrem Zimmer nicht wohlfühlen oder mit einem/einer anderen Mitbewohner*in das Zimmer teilen möchten, wenden Sie sich bitte an das Bewohner*innenservice. Dieses wird versuchen, Ihren Wünschen zu entsprechen. Ebenso kann es seitens der CS Rennweg erforderlich sein, Sie in ein anderes Zimmer zu verlegen. Dies wird jedoch nur nach Rücksprache mit Ihnen bzw. Ihrer Vertrauensperson geschehen.

14. Persönliches Eigentum

Zu Ihrer Sicherheit empfehlen wir, Bargeld und Wertgegenstände außerhalb des Heimes zu deponieren. Wir ersuchen Sie weiters, in Ihrem Zimmer nur so viel Bargeld zu verwahren, als Sie zur Bestreitung der täglichen Bedürfnisse benötigen.

Sie werden darauf aufmerksam gemacht, dass das Einbringen und Verwahren von gefährlichen Stoffen und Waffen aller Art verboten ist.

15. Tiere im Heim

Wir ersuchen um Verständnis, dass die Haltung von Haustieren nicht gestattet ist. Ausnahmen können gemacht werden, wenn die Pflege eines Kleintieres durch Sie gewährleistet werden kann. Aus hygienischen Gründen ist das Füttern von Vögeln vom Fenster aus strengstens verboten.

16. Eigentum des Heimes

Wir bitten Sie, mit allen Gegenständen und Räumlichkeiten sorgsam umzugehen. Wenn Sie oder Ihre Besucher*innen Heimeigentum durch grob fahrlässigen Umgang oder Vorsatz beschädigen, ist Schadenersatz zu leisten.

17. Brandschutz

Das Rauchen ist nur in den dafür vorgesehenen Bereichen gestattet.

Im Brandfalle ist das Heim entsprechend den grünen Fluchtwegschildern zu verlassen. Den Anweisungen von Heimpersonal und Rettungsmannschaften ist unbedingt Folge zu leisten. Die Fahrstühle dürfen nicht benutzt werden.

18. Sammlungen

Geld- und Sachsammlungen unter den Bewohner*innen sind nur nach erteilter Zustimmung der Heimleitung zulässig.

19. Geschenke

Die Geschenkkannahme ist den Mitarbeiter*innen unseres Hauses nicht erlaubt. Betrachten Sie eine Zurückweisung bitte nicht als Missachtung Ihrer gut gemeinten Geste. Wenn Sie jemanden besonders auszeichnen möchten, so freut er sich über Ihre anerkennenden Äußerungen.

20. Verstöße gegen die Heimordnung

Wenn der/die Heimbewohner*in den Heimbetrieb trotz einer Ermahnung des Heimträgers und trotz der von diesem dagegen ergriffenen zumutbaren Maßnahmen (wie z.B. die Vermittlung adäquater medizinischer, psychotherapeutischer oder psychologischer Behandlungen) fortgesetzt derart schwer stört, dass dem Heimträger oder den anderen Heimbewohner*innen ein weiterer Aufenthalt im Heim nicht mehr zugemutet werden kann, kann gemäß Heimvertrag der Vertrag vom Träger gekündigt werden.

21. Hausverbot

Hausfremden Personen, die die Ruhe und Ordnung in unserem Haus stören, kann von der Heimleitung das Betreten des Hauses verboten werden.

22. Ihre Rechte zitiert aus dem Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz sind:

1. Recht auf respektvolle, fachgerechte und an aktuellen Standards ausgerichtete Betreuung und Pflege;
2. Recht auf ärztliche Versorgung durch jederzeitige Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe sowie auf freie Arztwahl, auf freie Therapiewahl und auf adäquate Schmerzbehandlung;
3. Recht auf funktionserhaltende, funktionsfördernde und reintegrierende Maßnahmen;
4. Recht auf bedarfsgerechte Ernährung oder Diät sowie erforderlichenfalls auf Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme;
5. Recht auf ausreichende und kostenlose Flüssigkeitszufuhr;
6. Recht auf Mahl- und Ruhezeiten, die den allgemein üblichen Lebensverhältnissen entsprechen;
7. Recht auf Namhaftmachung einer Vertrauensperson, die in wesentlichen, den/die Heimbewohner*in betreffenden Belangen, zu verständigen ist;
8. Recht auf Einsichtnahme in die Dokumentation nach § 19 und auf Ausfertigung von Kopien;
9. Recht auf Organisation der Tagesabläufe entsprechend den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Heimbewohner*innen;
10. Recht auf höflichen Umgang, auf Anerkennung der Würde und Persönlichkeit;
11. Recht auf Berücksichtigung kultureller Bedürfnisse;
12. Recht auf religiöse Betreuung und psychische Unterstützung;
13. Recht auf Wahrung der Privat- und Intimsphäre, auch in Mehrbettzimmern;
14. Recht auf Tragen von privater Kleidung, sofern die Erbringung von Pflegeleistungen dem Tragen von privater Kleidung nicht entgegensteht;
15. Recht auf Verwendung von im persönlichen Gebrauch stehenden Gegenständen, sofern es die Heimstruktur ermöglicht;
16. Recht auf jederzeitige Kontaktaufnahme mit der Heimbewohner*innenservicestelle und der Wiener Patientenadvokatur;

17. Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden bei der Heimbewohner*innenservicestelle;
18. Recht auf Abhaltung von Heimbewohner*innenversammlungen und Wahlen von Heimbewohnervertretern;
19. Recht auf angemessenen Kontakt zur Außenwelt, insbesondere:
 - a. Recht auf jederzeitigen Empfang von Besuchen unter Rücksichtnahme auf die anderen Heimbewohner*innen und den Heimbetrieb,
 - b. Recht auf Zugang zu einem Telefon,
 - c. Recht auf Verteilung und Abfertigung der Postsendungen der Heimbewohner*innen, wenn die Heimbewohner*innen die Verteilung und Abfertigung der Postsendungen nicht selbst vornehmen können,
 - d. Recht auf jederzeitigen Ausgang;
20. Recht auf Sterben in Würde



Konzept: Geriatrische Kurz- und Langzeitpflege & Betreuung

in der CS Rennweg

gemäß FSW Förderrichtlinien und Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz

Stand: April 2022

© Das Konzept ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung, Verbreitung, Verleih, Vermietung, elektronische Weitergabe und sonstige Nutzung, auch nur auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des CS.

Inhaltsverzeichnis

1. Zielgruppe	17
2. Ziele und Grundsätze	18
2.1 Pflegeverständnis.....	18
2.2 Beschreibung des Pflegemodells der Mäeutik	19
2.3 Palliativpflege	21
3. Pflegeorganisation, Pflegeprozess	24
3.1 Bezugspflege	24
3.2 Pflegedokumentation.....	24
4. Gestaltung des Alltags	25
5. Zusammenarbeit mit Angehörigen	26
6. Team und Mitarbeiter*innen	26
7. Qualitätssicherung.....	27
8. Ausstattung	27
8.1 Plätze	28
9. Aufbauorganisation	29
9.1 Schnittstellen der Organisation	29
10. Konzept: Demenz-Wohngruppe	30
10.1 Definition	30
10.2 Ziel.....	30
10.3 Aufnahmekriterien	31
10.4 Ausschlusskriterien.....	31
10.5 Verlegungskriterien.....	31
10.6 Leistungsangebot	31
10.7 Räumliche Gestaltung	33
10.8 Personal/Qualifikation.....	33

Im Pflegekonzept werden vor allem die Zielgruppe, das Pflegeverständnis, das Pflegemodell Mäeutik, die Pflegeorganisation, die Bezugspflege, die Alltagsgestaltung und die Zusammenarbeit mit Angehörigen beschrieben. Weitere Informationen gibt es in der Wohnbereichsmappe, im Heimvertrag und in der Heimordnung, auf die auch im Pflegekonzept verwiesen wird.

1. Zielgruppe

Langzeitpflege

Alte und hochbetagte, pflegebedürftige Menschen, die zu Hause nicht mehr alleine zurechtkommen und bei denen eine Unterstützung durch die CS Betreuung zu Hause/ CS Tageszentren nicht mehr ausreicht, sind in der Langzeitpflege gut aufgehoben. Für Menschen, die um Förderung beim Fonds Soziales Wien ansuchen ist für eine Aufnahme mindestens Pflegegeldstufe 3 erforderlich.

Kurzzeitpflege

Wenn pflegende Angehörige Urlaub machen wollen, zur Rehabilitation und Erholung nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. als Wiedereinstiegshilfe für eine selbständige Lebensführung zu Hause, gibt es für alte Menschen, die Unterstützung brauchen, – nach Maßgabe freier Plätze - die Möglichkeit der Kurzzeitpflege (mit einer Aufenthaltsdauer von ca. 6 Wochen). Auch ein Probewohnen, um die Entscheidung eines Einzuges in ein Pflegeheim zu erleichtern, ist möglich.

Ausschlusskriterien

- Neurologische und psychiatrische Krankheitsbilder mit schwerer Selbst- und/oder Fremdgefährdung
- Krankheitsbilder, die andauernde und/oder kurzfristige ärztliche Anwesenheit erfordern

2. Ziele und Grundsätze

2.1 Pflegeverständnis

Wir pflegen und betreuen nach dem mäeutischen Pflegemodell. Das Wort Mäeutik kommt aus dem Griechischen und bedeutet (nach Sokrates) „Hebammenkunst“².

In der Praxis werden Fähigkeiten und Fertigkeiten von Bewohner*innen und Betreuungspersonen bewusst gemacht und gefördert. Mäeutik heißt auch „erlebensorientierte Pflege“ und wurde für die Geriatrie und die Betreuung Demenzerkrankter von Dr. Cora van der Kooij (Niederlande)³ entwickelt. Pflegepersonen lernen, sich mit ihrer Erfahrung und mit Hilfe der Instrumente der Mäeutik immer besser in die Lebenswelt der Bewohner*innen einzufühlen, ihre wesentlichen Bedürfnisse wahrzunehmen und sie in die individuelle Pflege einzubeziehen. Bezugspflege und Biografiearbeit sind ein unerlässlicher Bestandteil des mäeutischen Pflegemodells.

Genauso rückt aber auch das Erleben der Mitarbeiter*innen in den Blickpunkt. Zwischen beiden Welten besteht eine Wechselwirkung, die für die Gestaltung positiver Beziehungen zwischen Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen genutzt wird. So gestalten wir – Bewohner*innen, Angehörige und Mitarbeiter*innen – gemeinsam ein familiäres Umfeld, in dem Leben und Arbeiten in Geborgenheit und Zufriedenheit möglich ist.

Eine Atmosphäre von Sicherheit und Geborgenheit steigert das Wohlbefinden von alten bzw. pflegebedürftigen Menschen. Wohlbefinden entsteht durch aufmerksames Begleiten, situatives Unterstützen und professionelle Pflege. Der betreute Mensch mit seiner Lebensgeschichte und seinen Wünschen steht im Mittelpunkt allen Handelns. Sein Bedarf ist der Maßstab für professionelle Pflege und Betreuung auf dem neuesten Stand der Entwicklung. Individuelle Unterstützung, die ein selbstständiges Leben so lange wie möglich erlaubt, das ist unser Ziel.

Unsere Sozial Pastoralen Dienste verstehen sich als Ergänzung zur ganzheitlichen Pflege und Betreuung. Sie bieten ihre Dienste allen an, die dies wünschen. Seelsorgliche Begleitung ist ein Beziehungsangebot.

² Hallwirth-Spörk, C., (2005), Merkmale der sokratischen Methode im mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell von Cora van der Kooij. Niederlande: Zorgetalent Producties.

³ Van der Kooij, C., (2003), Einfach nett sein. Das mäeutische Pflegemodell und die Implementierung integrierter erlebensorientierter Pflege auf psychogeriatrischen Stationen in Pflegeheimen. Deutsche Zusammenfassung der Doktorarbeit. Utrecht: Lemma.

Wir wollen den Menschen in seinen vielfältigen – auch spirituellen – Bedürfnissen wahrnehmen und in der jeweiligen Lebenswirklichkeit – in Freud und Leid – nahe sein.

2.2 Beschreibung des Pflegemodells der Mäeutik

Das mäeutische Modell basiert auf der Ich-Du-Beziehung (nach Buber) zwischen Pflegeperson und gepflegtem Menschen. Beide sind nach der Theorie Kitwoods verletzbare Menschen mit Möglichkeiten, Gefühlen, Gedanken und Grenzen. In der professionellen Pflege ist sich die Pflegeperson der Beziehung und der Wechselwirkung von Gefühlen, der Grenzen und Möglichkeiten bewusst.

Pflegepersonen lernen sich selbst und den/die Bewohner*in⁴ als Menschen wahrzunehmen und so gelingt guter Kontakt. Kontakt, der oft erst körperliche Pflege zulässt, den sich beide Seiten wünschen und der zufrieden macht. In der integrierten erlebensorientierten Pflege steht nicht der Betreuungsansatz im Mittelpunkt, sondern der Kontaktmoment zum/zur Bewohner*in bzw. die Wechselwirkung der Gefühle zwischen ihm/ihr und der Pflegekraft. Die Mäeutik setzt immer beim Positiven an: Wenn ein/e Bewohner*in besprochen wird, stehen nicht die Probleme und Defizite im Mittelpunkt, sondern wir erzählen über positive Kontaktmomente.

Das mäeutische Modell hat einen hohen Anspruch an eine individuelle Pflege. Pflegepersonen haben durch Aus- und Fortbildung, aber auch durch Erfahrungswissen und Intuition ein Methodenset zur Verfügung, das abgestimmt auf die Bedürfnisse des Bewohners/der Bewohnerin und auf die täglich neue Situation zur Anwendung kommt. So gelingt es manchen Pflegepersonen leichter, gute Kontaktmomente herzustellen, oft ist es auch sehr situationsabhängig. Die Mäeutik will das Verständnis für das Entstehen von Kontakt fördern.

Um die jeweils beste Herangehensweise und Kontaktmöglichkeit zu finden, wird die Intuition der Pflegepersonen als Leitfaden genutzt. Pflegepersonen lernen, diese Intuition auch im Team zu nutzen, um die Lebenswelt der Heimbewohner*innen besser zu verstehen, sich in diese hineinversetzen zu können und dadurch bessere Beziehungen zu knüpfen.

Schindler, U., (2003) Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag. Hannover: Vincentz Verlag.

Das mäeutische Modell beruht auf **Adaptations- und Copingtheorien**. Pflegepersonen versuchen in professioneller Einfühlsamkeit zu begreifen, wie der/die Bewohner*in den Einzug in ein Pflegeheim erlebt, welche Verlusterfahrungen er/sie durchmacht und welche (existentiellen) Ängste ausgelöst werden können. Dadurch können sie Verhaltensweisen verstehen und beispielsweise die Eingewöhnungsphase so gestalten, dass der/die Bewohner*in die Adaptation leichter bewältigen kann.

Die **Validation** nach Naomi Feil bildet eine weitere Grundlage der Mäeutik in der Pflege. Eine Kernfrage für den Umgang mit Menschen mit Demenz ist die Frage nach dem Erleben seiner eigenen Person, dem sogenannten „Ich-Erleben“. Van der Kooij unterscheidet zwischen dem „bedrohten Ich“ (mangelhafte Orientierung), dem „verirrten Ich“ (Zeitverwirrtheit), dem „verborgenen Ich“ (sich wiederholende Bewegungen) und dem „versunkenen Ich“ (in sich selbst völlig versunken). Dabei geht es darum, im Team auszutauschen, wie der/die Bewohner*in wahrgenommen wird, wo er/sie steht und wie wir daher Zugang zu ihm/ihr finden.

Ein weiterer wichtiger Ausgangspunkt des mäeutischen Modells ist die Lebenswelt der Pflegepersonen. Wenn Pflegepersonen bereit sind, sich auf echte Beziehungen einzulassen, müssen sie sich einerseits ihrer **eigenen Gefühle** bewusst werden und sind durch viele schöne und traurige Momente auch verletzlicher. Dies muss eng mit Kommunikation und Reflexion untereinander verknüpft sein. Pflegepersonen müssen Bescheid wissen über die Wechselwirkung zwischen privatem und beruflichem Bereich, den Unterschied zwischen privater und professioneller Beziehung und die notwendige Sorgfalt der nötigen professionellen Distanz. Das mäeutische Pflegemodell wird auch die „**Türöffnungstheorie**“ genannt.

Als Instrumente stehen der Mäeutik der Beobachtungsbogen, die Pflegekarte (=Pflegeübersicht) und die bewohner*innenbezogene Besprechung zur Verfügung.

Der **Beobachtungsbogen** besteht aus einer umfangreichen Fragensammlung zur Biografie und den Gewohnheiten des alten Menschen, zu seiner Persönlichkeit und Charakteristik, zur Phase der Demenz, in der er sich befindet und zu den Kontaktmöglichkeiten mit ihm. Der Beobachtungsbogen soll Pflegepersonen helfen, sich in die Erlebenswelt des Individuums einzufühlen. Der Beobachtungsbogen hilft der Bezugspflegeperson in den ersten Wochen der Eingewöhnung eine/n neue/n Heimbewohner*in gut kennenzulernen.

Er wird von der Bezugspflegeperson und dem Team in den ersten 6 Wochen ausgefüllt und dient als Vorbereitung für die erste Bewohner*innenbesprechung.

Die **Pflegekarte** fasst die pflegerelevanten Bereiche wie Persönlichkeitsbeschreibung, Umgangsempfehlung, Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Rolle der Familie und Berichtspunkte in übersichtlicher Form zusammen. Sie liefert systematische Informationen über die tägliche Versorgung, die der zu betreuende Mensch braucht.

Auch die Pflegekarte ist stark ressourcen- und erlebensorientiert und hilft Pflegepersonen von ausschließlich problemorientiertem Denken und Arbeiten wegzukommen. Die Pflegekarte wird von der Bezugspflegenden ausgefüllt und wenn möglich mit dem/der Bewohner*in, der Familie oder sonstigen Angehörigen abgestimmt. Angehörige wissen es oft sehr zu schätzen, weil es ihnen vor allem zeigt, wie auf individuelle Bedürfnisse des Bewohners/der Bewohnerin eingegangen wird. Die Bezugspflegende ist für die Evaluierung verantwortlich.

Die **Bewohner*innenbesprechung** ist eine systematische, interdisziplinäre Besprechung des betreuenden Teams mit dem/der Bewohner*in und dessen/deren Angehörigen, die in vereinbarten Zeitabständen einberufen wird. Das erste Mal findet sie nach zirka 6 Wochen nach der Aufnahme statt, danach zirka halbjährlich. Wenn sich gravierende Veränderungen ergeben oder sich z.B. der Kontakt zum/zur Bewohner*in schwierig gestaltet, wird sie nach Maßgabe der Bezugspflegeperson oder der Wohnbereichsleitung jederzeit einberufen. Sie wird von der Bezugspflegenden geleitet und dient der Reflexion und Evaluation der Pflege und Betreuung **eines** Bewohners/**einer** Bewohnerin. In der Bewohner*innenbesprechung wird über die Persönlichkeit und die Bedürfnisse des Bewohners/der Bewohnerin, die Kontaktmomente mit ihm/ihr und seine/ihre Alltagsgestaltung gesprochen. Auf dieser Basis werden die Umgangsempfehlungen vereinbart, an die sich das gesamte Team in der vereinbarten Zeit hält.

2.3 Palliativpflege

Wir stehen für ein Sterben in Würde und Geborgenheit, für professionelle Begleitung der Bewohner*innen und deren Angehörige beim Abschiednehmen.

Eine umfassende Pflege und Betreuung beinhalten die Sorge um den ganzen Menschen in all seinen Dimensionen, körperlich, sozial, psychisch und seelisch.

Die Betreuung beginnt mit der Aufnahme und Eingewöhnung im Pflegeheim, der Kontakt zum/zur Bewohner*in und seinen Angehörigen wird geknüpft und eine Beziehung wird – oft über Jahre – gestaltet. Am Ende dieser Beziehung steht das Abschiednehmen, die Sterbebegleitung und die Trauerarbeit nach dem Tod des Bewohners/der Bewohnerin.

Die Phase zwischen Einzug ins Pflegeheim und Abschied vom Leben ist ein wertvolles Stück Leben, in dem die Bewohner*innen Unterstützung in ihrer oft großen Abhängigkeit, Begleitung und Nähe brauchen, damit sie ihre Lebensaufgaben bestmöglich bewältigen können. Bei zirka 80 % unserer Bewohner*innen tritt in dieser Phase eine leichte bis schwerwiegende Demenz auf, die den jeweils individuell richtigen Umgang und vor allem sehr viel Kommunikation erfordert. Bei – oft multimorbiden und chronisch kranken Menschen – gibt es eine hohe Rate an unterschätzten oder falsch diagnostizierten Schmerzzuständen verschiedenster Genese. Dafür gibt es mannigfaltige Gründe wie z.B.: das Vorurteil, dass alte Menschen weniger Schmerz empfinden hätten; die Bescheidenheit mancher Heimbewohner*innen, die Schmerz als zum Alter gehörig empfinden und kein Aufhebens darum machen wollen; die Schwierigkeit der Schmerzerkennung bei Menschen, die sich kaum mehr ausdrücken können.

Wesentlich für die palliative Betreuung ist die Thematisierung des Sterbens von Beginn an. So beobachtet die Bezugsperson eines/einer neu eingezogenen Bewohners/Bewohnerin in den ersten Wochen die Einstellung des Bewohners/der Bewohnerin zum Thema Sterben. Wenn sie die Lebensgeschichte erfragt, geht sie zum Beispiel den Fragen nach, wie in dieser Familie mit dem Sterben umgegangen wurde; was der Tod dem/der Lebenspartner*in (oder sonstiger nahestehender Menschen) für den/die Bewohner*in bedeutet hat; ob er Vorstellungen bezüglich seines eigenen Sterbens hat und vieles mehr.

In professioneller Einfühlsamkeit tastet sie nach der Bereitschaft des Bewohners/der Bewohnerin oder der Angehörigen über das Thema zu sprechen und signalisiert ihre eigene Offenheit, die auch gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt hilfreich sein kann.

Allen Bewohner*innen wird der sogenannte Vorsorgedialog angeboten: Der Vorsorgedialog ist ein Instrument, das hilft Willensäußerungen zum Leben und zum Sterben mit den Bewohner*innen zu besprechen, solange sie sich noch selber dazu äußern kann. Wird das Gesprächsprotokoll vom einsichtsfähigen Bewohner/von der einsichtsfähigen Bewohnerin unterschrieben, gilt es als andere Patientenverfügung. Sind Bewohner*innen dazu nicht mehr in der Lage, wird mit Angehörigen der mutmaßliche Wille, auf den man oft aus der Lebensgeschichte bzw. aus Äußerungen rückschließen kann, ermittelt. Im Krisenblatt werden die Wünsche in einer für Notärzt*innen schnell überschaubaren Form festgehalten, damit bei Interventionen auf die Wünsche Rücksicht genommen werden kann. Auch bei Krankenhauseinweisungen wird das Krisenblatt mitgegeben.

Von Beginn an soll auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hingewiesen werden.

Dieses Vorgehen bedeutet auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und Leben von Pflege- und Betreuungspersonen. Die Mäeutik stellt nicht nur dem/die Bewohner*in sondern in gleicher Weise den/die Mitarbeiter*in in den Mittelpunkt.

Daher bieten wir Mitarbeiter*innen durch interne Seminare und externe Fortbildung wie z.B. Palliativkurse und Supervision Unterstützung in dieser herausfordernden Thematik an.

Zur Unterstützung der niedergelassenen Hausärzt*innen und der Pflegepersonen in der bestmöglichen Schmerzbehandlung und Symptomenkontrolle werden die Palliativmediziner*innen des mobilen Palliativteams der CS Caritas Socialis beigezogen. Bei ethischen Fragen wie z.B. Soll eine PEG-Sonde gesetzt werden, legen wir großen Wert auf interdisziplinäre Gespräche unter hoher Einbeziehung der Bewohner*innen und deren Angehörigen. Ziel ist eine gemeinsame Entscheidung, die die Autonomie des Bewohners/der Bewohner*in respektiert

Seit Jahren haben wir eine hohe Kultur des Abschiednehmens. In enger Zusammenarbeit mit den Sozial Pastoralen Diensten werden Angehörige, Mitbewohner*innen und Mitarbeiter*innen oft durch Rituale beim Abschiednehmen und in der Trauer unterstützt.

3. Pflegeorganisation, Pflegeprozess

3.1 Bezugspflege

Die Beziehung und der Kontakt zu den Bewohner*innen bildet die Grundlage der Pflege und Betreuung. Alle Mitarbeiter*innen mit Gesundheits- und Krankenpflege-diplom oder Pflege(fach)assistenz-Ausbildung, die mindestens 25 Wochenstunden arbeiten, werden Bewohner*innen zugeteilt. Für vollangestellte Mitarbeiter*innen können 5 – 6 Bewohner*innen zugeteilt werden, für Teilzeitkräfte dementsprechend weniger. Nach Maßgabe der Möglichkeiten werden Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen in die Auswahl der Bezugspflegeperson mit einbezogen.

Wenn notwendig kann ein Tausch innerhalb des Teams vorgenommen werden. Die Bezugspflegeperson wird der/dem Bewohner*in und den Angehörigen als Ansprechperson genannt und in der Dokumentation klar ausgewiesen.

Die Verantwortung der Bezugspflegeperson besteht in:

- Den Kontakt zum/r Bewohner*in knüpfen, die Eingewöhnungsphase sorgsam begleiten, die Beziehung zum/r Bewohner*in und seinen Angehörigen im Alltag pflegen.
- Die Lebensgeschichte –in Zusammenarbeit mit den Angehörigen – erheben.
- In Zusammenarbeit mit der Wohnbereichsleitung Bewohner*innenbesprechung planen.
- Unterstützung der Bewohner*innen und ihrer Angehörigen in der Wohnraumgestaltung und Wäschegebarung geben.

3.2 Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation spiegelt die professionelle und auf den pflegebedürftigen Menschen bezogene individuelle Pflege wider. Sie dient der Sicherung der Kontinuität und Organisation der Pflege durch übersichtliche, konkrete und vollständige Verlaufsdarstellung, dient als Kommunikationsmittel und zur Darstellung des Leistungsgeschehens. Sie ist der rechtssichere Nachweis der pflegerischen Leistungen.

Pflegeprozessschritte in der Pflegedokumentation (4-Phasen-Modell-WHO)

1. Informationssammlung, Einschätzung, Beurteilung (*Assessing*)
2. Planung (*Planning*)
3. Durchführung (*Implementing*)
4. Evaluierung, Bewerten (*Evaluating*)

Die Schritte des Pflegeprozesses sind in unserer Care Management Software und in einem Handbuch „Carecenter“ festgehalten, das allen Beteiligten zur Orientierung dient und in der Anleitung und Einführung neuer Mitarbeiter*innen und Praktikant*innen sehr hilfreich ist.

4. Gestaltung des Alltags

Wesentlich ist die **Gestaltung des Alltags** durch eine Reihe von Beschäftigungsangeboten im Tagesablauf. Von den interdisziplinären Teams werden Validation, einzeln und in Gruppen, therapeutische Aktivitäten, Realitätsorientierung, Erinnerungsarbeit, Gedächtnistraining und erlebensorientierte Aktivitäten, die auf die Bewohner*innen individuell abgestimmt werden, angeboten. Von größter Wichtigkeit ist die Initiierung und Aufrechterhaltung von Gruppenprozessen, um durch die Teilnahme am sozialen Leben die psychische Lebendigkeit zu erhalten und damit vorhandene Ressourcen zu stärken bzw. zu erweitern.

Wir respektieren die Individualität und die Würde der einzelnen Bewohner*innen im Rahmen der gemeinschaftlichen Bedürfnisse. Persönliche Anliegen haben im Alltag ihren Platz. Es ist uns ein Bedürfnis, dass jede Person ihre Fähigkeiten und Ressourcen im Tagesablauf einbringen kann. Die Feste des Jahreskreises wie z. B. kirchliche und traditionelle Feiertage und die persönlichen Feste (Geburtstage, ...) werden auch in Zusammenarbeit mit dem Kindergarten gefeiert. Darüberhinaus fördert die CS kontinuierlich den Kontakt zwischen den Generationen.

Ehrenamtliche unterstützen das hauptamtliche Pflege- und Betreuungsteam. Sie betreuen einzelne Bewohner*innen oder leiten Gruppenaktivitäten wie kreative und Beschäftigungsangebote, machen Besuchsdienste und organisieren diese. Aktivitäten und Ausflüge werden individuell mit den Wohnbereichsleitungen geplant und es stehen ausschließlich die Bewohner*inneninteressen im Vordergrund.

Ehrenamtliche verstärken auch das Team bei diversen Festen und kulturellen Veranstaltungen wie z.B. Geburtstagsfeiern, Feste im Jahreskreislauf, Konzerte – klassische Musik, Opern-Arien, Wienerlieder ...

<<Siehe auch Aushänge

Ehrenamtliche, die in Lebens-, Trauer- und Sterbebegleitung besonders geschult sind, stehen bei Bedarf und auf Wunsch sterbenden Bewohner*innen zur Verfügung. Oft ist die Anwesenheit eines/einer Ehrenamtlichen Unterstützung und Beruhigung für die Bewohner*innen und deren Angehörige.

5. Zusammenarbeit mit Angehörigen

Für die Bewohner*innen sind ihre Angehörigen ganz wichtige Bezugspersonen und stellen eine wesentliche Verbindung zur Außenwelt dar. Wir unterstützen die Bewohner*innen im Kontakt zu ihren Angehörigen und im Aufrechterhalten ihrer Beziehungen. Beachten Sie bitte die aktuellen Besuchsregelungen! Die Bezugspflegepersonen und die Wohnbereichsleitungen suchen das Gespräch mit Angehörigen und Vertrauenspersonen (*<<siehe Heimvertrag und Heimordnung*), um sie zu informieren und zu beraten, um zu hören, wie es ihnen geht und um zum Wohle der Bewohner*innen gut zusammenzuarbeiten. Wir sind offen für Anregungen und Kritik, um die hohe Zufriedenheit zu fördern.

Wir freuen uns auch über schriftliche Anregungen, die in die Verbesserungsboxen im Eingangsbereich gegeben werden können und durch das Qualitätsmanagement bearbeitet werden. Regelmäßig wird zu Angehörigentreffen eingeladen, um zu aktuellen Themen ins Gespräch zu kommen. Gemeinsame Feste stärken die Gemeinschaft der Bewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeiter*innen.

<< siehe auch Wohnbereichsmappe

6. Team und Mitarbeiter*innen

Unser Pflege- und Betreuungsteam, das rund um die Uhr zur Verfügung steht, besteht aus Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen,

Pflege(fach)assistent*innen, Seniorenbetreuer*innen, Heimhilfen, Zivildienstleistenden, Praktikant*innen verschiedenster Ausbildungen,

Mitarbeiter*innen der Sozial Pastoralen Dienste, ehrenamtliche Mitarbeiter*innen, die klinische und Gesundheitspsychologin, Therapeut*innen. Fort- und Weiterbildung hat im Rahmen der Personalentwicklung in der CS Rennweg einen sehr hohen Stellenwert.

Mit der Leitung des stationären Bereichs der CS Rennweg ist Frau DGKS Koranda BSc (Pflegedienstleitung, Heimleitung) betraut. Für Fragen, Wünsche oder Beschwerden ist Frau Koranda unter der Telefonnummer: 01 / 717 53 / 3500 (Büro: 1. Stock Südtrakt) erreichbar.

Mit der Direktion des stationären Bereichs der CS Rennweg ist Frau Christina Hallwirth-Spörk MSc betraut (Telefonnummer: 01 / 717 53 / 3501).

Die Wohnbereichsleitungen sind üblicherweise von Montag bis Donnerstag von 7.00 bis 15.30 Uhr und Freitag von 7.00 bis 13.00 Uhr in den Wohnbereichen erreichbar.

7. Qualitätssicherung

Qualität ist uns ein großes Anliegen. Unsere Dienstleistungen und deren Qualität werden durch die Persönlichkeit jedes Einzelnen und das Zusammenwirken aller bestimmt. Daher ist uns die Förderung der Mitarbeiter*innen sehr wichtig! Zahlreiche Aspekte der Qualitätsarbeit finden sich auch in den Pflegekonzepten und im medizinischen Konzept.

8. Ausstattung

Die CS Rennweg bietet in 3 geriatrischen Wohnbereichen, „Erdberg“, „Heumarkt“ und „Belvedere“ und in einem neurologischen Wohnbereich, „Stadtspark“ insgesamt 132 Pflegeplätze an. Alle Wohnbereiche sind in Wohngruppen mit 15 Bewohner*innen gegliedert, wodurch sich eine familiäre Wohnsituation für die Bewohner*innen ergibt. Für je eine Bewohner*innengruppe von 15 Bewohner*innen gibt es einen gemeinsamen Essbereich und ein gemütliches Wohnzimmer. Insgesamt gibt es 9 Doppelzimmer, alle anderen Zimmer sind Einbettzimmer.

Jede Wohngruppe hat einen großzügigen Gemeinschaftsbalkon, der gemeinsam bepflanzt wird und Platz für z.B. gemeinsame Kaffeerunden bietet. bzw. Einzelterrassen.

8.1 Plätze

Die CS Rennweg bietet daher 90 geriatrische Plätze, 15 Plätze für Menschen mit herausfordernder Demenz und 27 Plätze für MS Erkrankte. Alle Zimmer sind mit einem modernen höhenverstellbaren Pflegebett, behindertengerechten Bad und WC ausgestattet. Bewohner*innen werden von den Mitarbeiter*innen in Zusammenarbeit mit den Angehörigen bei der persönlichen Gestaltung ihres Privatbereiches unterstützt. Das Mitbringen von kleinen Möbelstücken, Bildern und vertrauten Gegenständen ist erwünscht und dient dem Wohlbefinden der Bewohner*innen. Die CS Rennweg ist mit für Rollstuhlfahrer geeigneten Geh- und Fahrwegen ausgestattet.

Für den geriatrischen und den Bereich der Langzeitneurologie stehen gemeinsam nutzbare Räumlichkeiten zur Verfügung:

- einladender, begrünter Innenhof
- Cafeteria, deren Betreiber SV (Österreich) GmbH ist
- Friseursalon
- Festsaal für größere Feste
- Kapelle
- zwei Seminarräume, in denen neben Seminaren für Mitarbeiter*innen auch Gruppenaktivitäten wie z.B. Musiktherapie, Gedächtnistraining u.v.m. mehr stattfinden
- Therapieraum
- zwei begrünte Dachterrassen

Für kleinere Ausflüge in Begleitung der Angehörigen oder ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen dient der Wohnpark Rennweg, in den die CS Rennweg eingebettet ist. Auch Einkäufe in den zahlreichen Geschäften am Rennweg und der Landstrasser Hauptstraße sind hier gut möglich.

9. Aufbauorganisation

Die CS Rennweg gehört zur CS Caritas Socialis GmbH. Unternehmensgegenstand und Ziel ist der Betrieb der CS Rennweg nach den Grundsätzen christlicher Nächstenliebe und des christlichen Menschenbildes. Die Führung des Unternehmens erfolgt ohne Gewinnerzielungsabsicht, die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke.

Die Geschäftsordnung für die Geschäftsführungen regelt grundsätzlich die Aufgaben, Aufgabenteilung, zustimmungspflichtige Geschäfte, Zustimmung in dringenden Fällen und die Verschwiegenheitspflicht.

Die Ressourcenplanung erfolgt durch die jährliche Budgetierung. Im Rahmen des Budgets werden der voraussichtliche Personalbedarf, die erforderlichen Aufwendungen für die Heimbewohner*innen, Investitionen, Instandhaltungen und Fortbildungen und sonstige Aufwendungen geplant.

Die Freigabe des Budgets erfolgt durch die Gesellschafterversammlung. Im Rahmen des genehmigten Budgets kann die Heimleitung/Pflegedienstleitung selbstständig entscheiden.

9.1 Schnittstellen der Organisation

Über die Schnittstellen unserer drei CS Standorte hinaus sind unsere wesentlichen Schnittstellen:

- Fonds Soziales Wien
- MA 15, MA 40
- Sämtliche Krankenhäuser, aus denen Bewohner*innen zu uns kommen und an die wir Bewohner*innen zur Untersuchung oder Behandlung überweisen
- Praktische Ärzt*innen und Fachärzt*innen (*<< siehe medizinisches Konzept*)
- Freiberufliche Therapeut*innen
- Ausbildungseinrichtungen
- Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste
- Interessens- und Fachverbände

- Krankenkassen
- Apotheken

10. Konzept: Demenz-Wohngruppe

10.1 Definition

Unser Leistungsangebot in der Demenzwohngruppe ist abgestimmt auf betagte, Menschen mit Demenz. In unserer Demenzwohngruppe wird der Mensch in seiner jetzigen Sicht und seinem Erleben optimal individuell begleitet, gepflegt und gefördert.

10.2 Ziel

Wir bieten den Bewohner*innen größtmögliche Lebensqualität, indem wir

- für sie eine Atmosphäre von Geborgenheit, Angenommensein und Wohlfühlen schaffen und persönliche Wirklichkeiten anerkennen.
- Das Selbstwertgefühl jeder/s einzelnen stärken und fördern und sie/ihn in ihrer/seiner Welt begleiten.
- Ihre Sinne, Wahrnehmung, Ausdrucksfähigkeit und Kreativität positiv anregen und vorhandene Gedächtnisinhalte ansprechen.
- Ihnen in einem geschützten Rahmen größtmögliche Freiheit unter Berücksichtigung der nötigen Sicherheit ermöglichen.
- Den Tagesablauf für Menschen, die sich in der realen Welt nicht mehr zurechtfinden, individuell strukturieren.
- sie in den Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen.
- Veränderungen (z.B. Schmerzen, Angst...), die sie selbst nicht mehr ausdrücken können, frühzeitig wahrnehmen und lindern.
- die Angehörigen als wesentliche Bezugspersonen einbeziehen und auch diese durch vielfältige Angebote unterstützen.

10.3 Aufnahmekriterien

- Für die Aufnahme in der Demenzwohngruppe ist eine Diagnose „Demenz“ unerlässlich.
- Verändertes Verhalten wie z.B. Weglaufgefährdung, hoher Bewegungsdrang, veränderter Tag-/Nachtrhythmus, Intoleranz von Inkontinenzprodukten, auffälliges soziales Verhalten, eingeschränktes Mein-Dein-Gefühl führen zu Problemen im Umfeld. In der geschützten Atmosphäre der Demenzwohngruppe kann vieles zugelassen werden, „Unordnung“ gehört zur Normalität.
- Nach ausführlichen Gesprächen mit den Angehörigen wird zwischen Pflegedienstleitung, Bewohner*innenservice und Wohnbereichsleitung über die Aufnahme in der Demenzwohngruppe entschieden.
- Vorzugsweise ist eine gewisse Mobilität und soziale Teilhabe noch möglich.

10.4 Ausschlusskriterien

- Neurologische und psychiatrische Krankheitsbilder mit schwerer Fremdgefährdung, die Anhaltungsmaßnahmen erfordern.
- Psychiatrische Krankheitsbilder, die andauernde und/oder kurzfristige ärztliche Anwesenheit erfordern.

10.5 Verlegungskriterien

Bewohner*innen, die sich im „versunkenen Ich“ befinden, d.h. dass sie sich weitgehend in sich selbst zurückgezogen haben, bzw. bei denen die Weglaufgefährdung nicht mehr gegeben ist, können in Absprache mit den Angehörigen verlegt werden. Wir versuchen für jede/n Bewohner/in die passende Umgebung zu finden. Daher finden regelmäßige Besprechungen der Pflegedienstleitung mit den Wohnbereichsleitungen statt, in denen Verlegungen innerhalb des Hauses besprochen werden.

10.6 Leistungsangebot

Pflege wird als geplanter **Beziehungs-Prozess** verstanden. Im Mittelpunkt steht der/die Bewohner/in mit ihrer/seiner Persönlichkeit und Betreuungs- und Pflegebedarf. Die „Unordnung“ – siehe Anhang – hilft allen Beteiligten, verändertes Verhalten

zu akzeptieren, ein Gemeinschaftsleben aufzubauen und die Bewohner*innen nicht zu überfordern.

Bewohner*innen fühlen sich in ihrem Dasein angenommen.

Von jeder/m Bewohner/in wird – sehr oft in Zusammenarbeit mit den Angehörigen – eine ausführliche **Biographie** erhoben, die das Verständnis persönlicher Vorlieben und die Kommunikation für alle erleichtert.

Wesentlich ist die **Gestaltung des Alltags** durch eine Reihe von Beschäftigungsangeboten. Im Vordergrund stehen erlebensorientierte Aktivitäten, die alle Sinne und das gefühlsmäßige Erleben ansprechen und die Alltagsnormalität unterstützen. Die Tagesstruktur bietet den Bewohner*innen Orientierung und richtet sich nach den Bedürfnissen der Gruppe. Die Ressourcen der Bewohner*innen werden durch Bewegungsübungen, Spaziergänge, Sitzgymnastik, gemeinsames Singen und Sitztanzen gefördert.

Kommunikation und soziales Leben werden gestaltet, damit die Bewohner*innen sich als Teil einer Gemeinschaft empfinden können. In dieser Gemeinschaft spielen die Angehörigen eine wichtige Rolle als Bezugspersonen.

Die Mitarbeiter*innen sind dankbar für eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen, weil diese die Bewohner*innen sehr gut kennen. Auf intensive Kommunikation zwischen Angehörigen und Mitarbeiter*innen wird großer Wert gelegt, jede Beobachtung und jeder Hinweis ist wertvoll. Angehörige sind im Alltag und bei Festen und Ausflügen herzlich willkommen. Wir freuen uns, wenn sich Angehörige in die Gemeinschaft einbringen und beispielsweise mithelfen, die Wohnküche gemütlich zu gestalten, eine Kaffeepause zu verschönern oder einen Ausflug mit einer kleinen Gruppe zu begleiten.

Wir unterstützen Angehörige im Umgang mit der Krankheit Demenz und tragen so zu deren Entlastung bei. Angehörige, die oft über Jahre für Betreuung und Pflege zuständig waren, sollen sich aber auch von einer sehr anstrengenden Zeit erholen können und durch die Unterstützung und Beratung der Mitarbeiter*innen entlastet fühlen.

Wir versuchen durch eine ausgeprägte Feiernkultur Freude in den Alltag zu bringen. Regelmäßig werden Sonn- und Feiertagsgottesdienste angeboten. Die Feste des Jahreskreises wie z. B. kirchliche und traditionelle Feiertage und die persönlichen

Feste (Geburtstage, ...) werden zusammen gefeiert, generationenübergreifende Projekte werden durchgeführt.

Die Bewohner*innen werden durch niedergelassene **Ärzt*innen** für Allgemeinmedizin und bei Bedarf durch Konsiliarärzt*innen betreut, die auch das Betreuungsteam durch Beratung unterstützen. Psycholog*innen unterstützen durch Testungen, Einzelgespräche mit Bewohner*innen, Entlastungsgespräche mit Angehörigen und im Team.

10.7 Räumliche Gestaltung

Die räumliche Gestaltung ist demenzgerecht und trägt dem Bewegungsdrang Rechnung. Die gemeinschaftlichen Räume sind gemütlich eingerichtet und animieren zum Mittun beim Tisch decken, Kuchen backen oder Kaffeetrinken. Eine hohe Lichtqualität wird durch indirekte, schattenarme Beleuchtung erreicht. Diese gute Ausleuchtung nimmt Unsicherheit und Angst und steigert das Wohlfühlgefühl.

Die Badezimmer stehen für Wohlfühlbäder zur Verfügung.

Um dem hohen Bewegungsdrang der an Demenz erkrankten Menschen Rechnung zu tragen, lädt ein weglaufgesicherter und gepflegter Innenhof zu jeder Jahreszeit zum Spazieren und Verweilen ein. An warmen Tagen finden fast täglich Beschäftigungsangebote im Grünen statt.

Bei Selbstgefährdung werden zusammen mit der Bewohner*innenvertretung freiheitseinschränkende Maßnahmen zum Schutz des/r Bewohner/s/in diskutiert und das jeweils gelindeste Mittel, das also maximalen Schutz und minimale Einschränkung der persönlichen Freiheit bedeutet, gewählt.

10.8 Personal/Qualifikation

Das interdisziplinäre Betreuungsteam ist speziell geschult in Validation und im Umgang mit Menschen mit Demenz. Auf Teambesprechungen wird großer Wert gelegt, Supervision wird angeboten. Unter Wahrung der Bezugspflege gibt es Möglichkeiten der Rotation zwischen Demenzgruppe und integrativ geriatrischer Gruppe, die die Belastung der Mitarbeiter*innen erleichtert.

HausUNordnung

Es kann alles angefasst und hin und her getragen werden.
Unsere Bewohner*innen sollen immer etwas zu tun haben.

Es hängen einige Bilder schief.
Manche Bewohner*innen fassen die Bilder eben gerne an.

„Mein“ und „Dein“ ist nicht so wichtig
Gekennzeichnetes Eigentum können wir jederzeit unseren Bewohner*innen wieder zu ordnen.

„Das Wandern ist des Müllers Lust.“
Unsere Bewohner*innen brauchen viel Bewegung und können daher Tag und Nacht spazieren gehen.

Die Schränke sind nicht aufgeräumt.
Unsere Bewohner*innen räumen gerne. Viele haben das schließlich ihr ganzes Leben lang getan.

Die Kleidungsstücke passen nicht zusammen, aber ich habe mich alleine angezogen.
Wir unterstützen die Bewohner*innen in ihrer noch vorhandenen Selbständigkeit und Entscheidungsfreiheit.

In Handtaschen kann man „Gefundenes“ gut transportieren.
Unsere Bewohner*innen fühlen sich mit einer Tasche sehr wohl.

Mein Bett ist besetzt.
Das macht nichts. Für unsere Bewohner*innen ist jedes Bett ein Platz zum Ausruhen.

In Gemeinschaft schläft es sich auch im Sitzen gut.
Ein Nickerchen unserer Bewohner*innen ist ein Ausdruck von Wohlbefinden.

Es wird viel geplaudert.
Auch wenn nicht jede/r alles versteht, wir verstehen uns gut.

Wir beschäftigen uns gerne.
Nicht das Ergebnis, sondern das Machen ist das Ziel.



Medizinisches und therapeutisches Konzept

in der CS Rennweg

Stand: April 2022

© Das Konzept ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung, Verbreitung, Verleih, Vermietung, elektronische Weitergabe und sonstige Nutzung, auch nur auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung der CS Caritas Socialis.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	37
2. Betreuungsziel.....	37
3. Funktionsbeschreibungen der in der CS Rennweg handelnden Personen.....	37
3.1 Pflege(fach)assistent*innen, Alltagsbetreuer*innen, Seniorenbetreuer*innen und Zivildienstleistende	37
3.2 Wohnbereichsleiter*innen und weitere Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	38
3.3 Therapien	38
3.3.1 Physiotherapeut*innen	38
3.3.2 Logopädinnen	39
3.3.3 Ergotherapeut*innen	39
3.3.4 Diätologin	39
3.3.5 Klinische- und Gesundheitspsycholog*innen	40
3.4 Die Ärzt*innen für Allgemeinmedizin	40
3.5 Palliativmediziner*innen	41
3.6 Die Fachärzt*innen.....	42
3.7 Mitarbeiter*innen von Spezialambulanzen	43
4. Beschreibung der Kommunikation zwischen den handelnden Personen	43
5. Spezialeinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der medizinischen Betreuung	44
5.1 Geriatrische Wohnbereiche	44
5.2 Wohnbereich für Menschen mit Multipler Sklerose	45
Organisation des Notfallprogrammes	46

1. Einleitung

Das vorliegende medizinische Konzept der CS Rennweg soll einerseits den gesetzlichen Auflagen des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes gerecht werden. Andererseits sollen sich darin der Stellenwert und vor allem die Vernetzung der medizinischen mit der pflegerischen und psychosozialen Betreuung erkennen lassen.

2. Betreuungsziel

Das Ziel jeglicher betreuender, pflegerischer und medizinischer Maßnahmen ist auf das Wohlbefinden der Bewohner*innen der CS Rennweg ausgerichtet. Damit dieses Betreuungsziel erreicht wird, bedarf es verschiedener Berufsgruppen, die entsprechend ihren Kompetenzen handeln, um so auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Bewohner*innen bestmöglich eingehen zu können. Viele Bewohner*innen der CS Rennweg weisen eine Multimorbidität auf, die ein gut vernetztes und interdisziplinär wirkendes Team erfordert.

Die medizinische Versorgung der Bewohner*innen soll dabei ständig gewährleistet sein, allerdings nicht wie im Akutkrankenhaus im Vordergrund stehen, sondern vielmehr die pflegerische und psychosoziale Betreuung der Bewohner*innen. Trotzdem soll die medizinische Versorgung – den individuellen Bedürfnissen der Bewohner*innen entsprechend – ständig präsent und einsatzbereit sein, um auf Veränderungen des Gesundheitszustandes der Bewohner*innen sofort reagieren zu können bzw. die bei chronischen Erkrankungen erforderlichen Verlaufsbeobachtungen, Diagnostik und Therapie leisten zu können.

3. Funktionsbeschreibungen der in der CS Rennweg handelnden Personen

unter besonderer Berücksichtigung der Nahtstellen zur medizinischen Versorgung

3.1 Pflege(fach)assistent*innen, Alltagsbetreuer*innen, Seniorenbetreuer*innen und Zivildienstler

Im Zuge ihrer Betreuungsaufgaben können Wahrnehmungen über das aktuelle Befinden der Bewohner*innen gemacht und diese an die verantwortlichen diplomierten Pflegekräfte gemeldet werden.

3.2 Wohnbereichsleiter*innen und weitere Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen

Diese haben regelmäßigen Kontakt zu den Ärzt*innen, die in der medizinischen Betreuung tätig sind. Die WohnbereichsleiterInnen und in deren Abwesenheit die Pflegeaufsichtsdienste informieren die betreuenden Ärzt*innen über Änderungen des Gesundheitszustandes, auffällige Symptome, den Therapieverlauf und beobachtbare Wirkungen oder Nebenwirkungen von Medikamenten.

3.3 Therapien

Aufgabe der behandelnden Ärzt*innen ist es, den Bedarf an verschiedenen Therapien festzustellen und Verordnungen zu schreiben. Wichtige Hinweise erhalten die Ärzt*innen durch die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die ihre diesbezüglichen Beobachtungen auch dokumentieren. Diese sind nach Arztanordnung dafür verantwortlich, die Therapeut*innen zu vermitteln und diese dazu anzuhalten, ihre Tätigkeiten zu dokumentieren. Die Wünsche der Bewohner*innen werden jedenfalls berücksichtigt und an den/die Arzt/Ärztin weitergeleitet, oder eine Ablehnung der vorgeschlagenen Therapien dokumentiert. Die einzelnen Therapien werden mit Verordnungsschein verschrieben und mit den zuständigen Kassen abgerechnet, Selbstbehalte werden verrechnet.

Die in der CS Rennweg tätigen freiberuflichen Therapeut*innen (Physio-, Ergotherapeut*innen, Logopädie) stehen in laufendem Kontakt mit den Wohnbereichsleitungen, um etwaige Beobachtungen den Gesundheitszustand der Bewohner*innen betreffend melden zu können.

Anbei unsere Therapeut*innen, die teils angestellt, teils auf Krankenkasse bei uns tätig sind:

*3.3.1 Physiotherapeut*innen*

- Konrad Hejmann

Angestellt (20 Wochenstunden)

- Nicole Kanter
Angestellt (20 Wochenstunden)
- Susanne Zehetner
Tel. 0650 / 34 34 543
- Silvia Parnigoni-Kellner
Tel. 01 / 503 75 55 oder 0699 / 81 36 81 64
- Monika Schalk
angestellt (22 Wochenstunden)

3.3.2 Logopädinnen

- Marianne Illedits
Tel. 01 / 946 08 48 oder 0699 / 19 46 08 48
- Mag. Angela Slateff
Tel. 0655 / 19 58 33 70

*3.3.3 Ergotherapeut*innen*

- Nortburga Leeb
Tel. 01 / 503 75 55 oder 0699 / 19 25 86 75
- Matthias Sommer
Tel. 0699 / 12 67 72 61

3.3.4 Diätologin

- Iris Kogler SV (Österreich) GmbH
Tel. 01 / 367 76 03 – 12

3.3.5 Klinische- und Gesundheitspsychologinnen

Der Schwerpunkt der psychologischen Tätigkeit liegt in der Begleitung und Betreuung der Bewohner*innen und deren Angehörigen mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens. Die Aufgaben der klinisch-psychologischen Tätigkeit umfassen im Wesentlichen die klinisch-psychologische Beratung (z.B.: Lebensrückblicksintervention, Krisenintervention), klinisch-psychologische Behandlung (z.B.: Kognitives Training), klinisch-psychologische Diagnostik (z.B.: Demenzdiagnostik) und Gespräche mit Angehörigen. Von Seiten der Psychologie besteht regelmäßiger Kontakt zu Wohnbereichsleitungen und Wohnbereichsmitarbeiter*innen sowie psychosozialen und medizinischen Berufsgruppen.

- Mag. Janine Catherine Jäger, 1030 Wien, Oberzellergasse 1, Tel.: 01 / 717 53 / 3506 angestellt
- Mag. Karin Gruber (Neurologie), 1030 Wien, Oberzellergasse 1,
Tel.: 01 / 717 53 / 3630 angestellt

3.4 Die Ärzt*innen für Allgemeinmedizin

Unter Berücksichtigung der freien Arztwahl haben die Bewohner*innen die Möglichkeit, die Ärzt*in ihrer Wahl zu kontaktieren.

Diese führen regelmäßig Visiten bei den von ihnen betreuten Bewohner*innen durch und werden bei akuten Erkrankungen gerufen, wenn diese während der erreichbaren Zeit auftreten und allgemeinmedizinisch beherrschbar sind.

Für medizinische Notfälle gilt ein eigener Notfallplan.

Folgende Ärzt*innen für Allgemeinmedizin sind in der CS Rennweg derzeit tätig:

- Dr. Eva Allazawi: 1030, Barichgasse 20/2
Tel: 01 / 713 03 66, 0664 / 48 79 677
- Dr. Walter Harrant: 1030, Klimschgasse 14
Tel: 01 / 713 24 14, 0664 / 98 99 819
- Dr. Marton Miklos: 1030 Wien, Barmherzigengasse 17/5/3
Tel. 01 / 907 32 22

3.5 Palliativmediziner*innen

Die Palliativmediziner*innen des mobilen Palliativteams der CS Caritas Socialis arbeiten eng mit den niedergelassenen Hausärzt*innen zusammen, um bestmögliche Schmerztherapie und optimale Symptomkontrolle unserer Bewohner*innen zu ermöglichen. Diese fachliche Kooperation schafft für die Bewohner*innen höchstmögliches Wohlbefinden. Durch die fachliche Kompetenz der Palliativmediziner*innen können selbst in der Terminalphase Notarzteinsätze und Krankenhauseinlieferungen vermieden werden. Damit ist dem Wunsch vieler Menschen entsprochen, sich in Würde und Geborgenheit in der vertrauten Wohnumgebung, unterstützt durch Palliativmedizin zu verabschieden.

Die Palliativmediziner*innen beraten auch in herausfordernden medizin-ethischen Fragestellungen, wie z.B. dem Legen einer PEG-Ernährungssonde Bewohner*innen und deren Angehörige. Ziel ist eine gemeinsame Entscheidung, die die Autonomie des Bewohners/der Bewohnerin respektiert.

Alle Palliativmediziner*innen haben die Spezialisierung Palliativmedizin oder sind in Ausbildung dazu.

- Dr. Veronika Mosich, ärztliche Leitung CS Hospiz Rennweg
- Dr. Iris Dietl, Fachärztin für Innere Medizin
- Dr. Magdalena Kirchhoff, Ärztin für Allgemeinmedizin
- Dr. Gerda Lichtnecker, Ärztin für Allgemeinmedizin
- Dr. Runa Rahman-Oshiga
- Dr. Laura Rolin, Ärztin für Allgemeinmedizin
- Dr. Günther Schadlbauer
- Dr. Margit Schier, Fachärztin für Innere Medizin
- Dr. Theresa Sellner-Pogány
- Dr. Magdalena Wiesinger, Ärztin für Allgemeinmedizin

Alle: CS Rennweg, Oberzellergasse 1, 1030 Wien; Tel.: 01 / 717 53 – 3431,

palliativmedizin@cs.at

3.6 Die Fachärzt*innen

Durch die bereits erwähnte Multimorbidität der Bewohner*innen und die dadurch häufig vorliegenden komplexen Krankheitsbilder werden bei Bedarf zusätzlich zu den Allgemeinmediziner*innen Spezialist*innen verschiedener Fachdisziplinen herangezogen. Die am häufigsten zu Rate gezogenen Fachärzt*innen kommen aus dem Fach der Psychiatrie, der Neurologie, Urologie, interne Medizin, Hals-, Nasen-, Ohren, Zahnheilkunde, Augenheilkunde und Dermatologie.

In der Dokumentationsmappe/Carecenter der Bewohner*innen werden neben der Anamnese und den Befunden, die laufenden Therapien und aktuelle diagnostische und therapeutische Schritte eingetragen und – falls erforderlich – neue Konsultationstermine vereinbart.

Folgende Fachärzt*innen sind in der CS Rennweg konsiliarmäßig tätig:

- Dr. Florence Eidler FA. f. Gerontopsychiatrie, Psychiatrische Konsiliarärztin GPZ, 1090 Wien, Sechsschimmelgasse 21, Tel. 0676 / 96 07 505
- Dr. Rainer Grass, FA. f. Neurologie , 1060 Wien, Rahlgasse 1/12
Tel. 01 / 581 24 22
- Dr. Heinz Lahrmann, FA. f. Neurologie , 1030 Wien, Hegergasse 21/16
Tel. 01 / 798 44 44
- Dr. Astrid Polak FA. f. Augenheilkunde 1150 Wien, Johnstrasse 31
Tel. 01 / 983 52 83/12
- Dr. Walter Praschek FA. f. Zahnheilkunde 1030 Wien, Landstr. Hauptstr. 127
Tel: 01 / 712 31 72
- Dr. Susanne Geyerhofer FA. f. Zahnheilkunde, 1210 Wien, Gerichtsg. 1e/Stg.4
Tel. 01 / 278 36 75
- Dr. Andrea Lukas FA. f. Zahnheilkunde 1030 Wien, Landstrasser Hauptstr. 68-71/4/1
Tel. 01 / 713 23 72
- Dr. Pave Zanic FA. f. innere Medizin 1030 Wien, Landstr. Hauptstr. 147
Tel. 01 / 713 49 20

- Dr. Marija Kamidzorac–Grbovic FA. f. Urologie 1030 Wien, Rennweg 58/1+2
Tel. 01 / 715 63 16
- Dr. Parissa Mastan FA. f. Dermatologie 1030 Wien, Landstr. Hauptstr. 127/2/2
Tel: 01 / 712 31 72
- Dr. Clemens Kauer FA. f. Dermatologie 1110 Wien, Brehmstraße 12/2/7
Tel: 01 / 767 44 11
- Dr. Erich Mossig, FA. f. HNO, 1030 Wien, Rochusgasse 2/7
Tel: 01 / 713 23 17

3.7 Mitarbeiter*innen von Spezialambulanzen

Bisweilen sind diagnostische und invasive Eingriffe erforderlich, die an speziellen Ambulanzen durchgeführt werden müssen. Die Bewohner*innen werden mit einem Krankentransport in die jeweilige Ambulanz gebracht. Falls erforderlich nimmt die Bezugspflegerin oder Wohnbereichsleitung Kontakt mit der Ambulanz auf, um Informationen über weitere therapeutische Maßnahmen zu erhalten. Die Ergebnisse der ambulanten Untersuchungen werden in der Dokumentation festgehalten, bzw. wird der Ambulanzbrief in die Mappe eingeordnet, um diesen bei weiteren Konsultationen griffbereit zu haben.

4. Beschreibung der Kommunikation zwischen den handelnden Personen

Die Wohnbereichsleitungen und ihre Vertretungen haben zu den in der CS Rennweg betreuenden Allgemeinmediziner*innen und Fachärzt*innen direkten Kontakt im Rahmen der Visiten.

Der Kontakt zwischen den Allgemeinmediziner*innen und den Fachärzt*innen erfolgt entweder direkt von „Arzt zu Arzt“ – „Ärztin zu Ärztin“ oder über die Wohnbereichsleitung oder deren Vertretung bzw. ergeben sich wichtige Informationen auch aus der Dokumentation der Bewohner*innen. Änderungen im Therapieplan oder die Festlegung von weiteren diagnostischen oder therapeutischen Interventionen erfolgten in der Dokumentation.

Vor der Krankenhausentlassung eines Bewohners/einer Bewohnerin nimmt die Wohnbereichsleitung oder deren Vertretung mit dem Krankenhaus Kontakt auf, um abzuklären, ob in der CS Rennweg weitere, spezielle medizinische, pflegerische oder hygienische Maßnahmen getroffen werden müssen. Das kann z.B bei Vorliegen einer Infektion der Fall sein.

Die Angehörigen werden über wichtige Änderungen des Gesundheitszustandes der Bewohner*innen durch die verantwortliche diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson informiert. Bei Bedarf werden Gespräche zwischen Angehörigen und behandelnden Ärzt*innen vermittelt.

5. Spezialeinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der medizinischen Betreuung

In der Folge wird auf die speziellen Settings der CS Rennweg unter besonderer Berücksichtigung der medizinischen Betreuung eingegangen:

5.1 Geriatrische Wohnbereiche

Die hier betreuten Bewohner*innen sind häufig von Hirnleistungsstörungen betroffen, in Form einer Erkrankung durch M. Alzheimer oder durch vaskulär bedingte Ursachen. Dadurch ergibt sich besonders hier die Bedeutung des Ineinandergreifens von pflegerischer und medizinischer Betreuung. Menschen mit Hirnleistungsstörungen weisen eine labile Situation in Bezug auf die Gehirnfunktion auf.

Jegliche Begleiterkrankungen, wie ein Infekt der Lunge oder der Harnwege, Veränderungen der Herz- und Kreislaufsituation, des Flüssigkeitshaushaltes, der Niere oder Stoffwechselstörungen, können die ohnehin bereits kritische Schwelle der Gehirnfunktion herabsetzen, zu einer akuten Dekompensation führen und z.B. ein akutes Delir hervorrufen.

Deshalb werden präventive Maßnahmen zur Verhinderung oder zumindest raschen Erkennung von Begleitkrankheiten getroffen.

Dazu zählen die Inspektion der Haut und Schleimhäute (Mundpflege) im Rahmen von pflegerischen Tätigkeiten und sämtliche prophylaktische Handlungen, um einen Dekubitus, eine Pneumonie, einen Harnwegsinfekt oder eine Thrombose zu verhindern.

Bei Bedarf erfolgt die Messung des Blutdrucks, der Herzfrequenz und gegebenenfalls der Körpertemperatur, des Blutzuckers, der Flüssigkeitsbilanz und anderer wesentlicher Parameter. Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr wird besonders geachtet. Die wichtigsten Blutparameter werden bei den Bewohner*innen nach Arztanordnung und entsprechend aktuellen Bedürfnissen, z.B. im Zuge von Erkrankungen, erhoben.

5.2 Wohnbereich für Menschen mit Multipler Sklerose

In diesem Wohnbereich werden Menschen mit MS und MS-äquivalenten Erkrankungen entsprechend den Ressourcen und dem individuellen Betreuungsbedarf gepflegt und betreut. Das dafür speziell geschulte interdisziplinäre Team ist für die Umsetzung der Betreuungsziele verantwortlich.

Den medizinischen Part im Team übernimmt ein Facharzt/Fachärztin für Neurologie, dessen Aufgaben im Folgenden beschrieben sind:

- Neurologische und falls erforderlich psychiatrische Begutachtung inkl. „Zettelvisite“ (= Medikation / Indikationsstellung betreffend. Hilfsbefunde etc.) Diese erfolgt pro Patient 1x pro Woche.
- Eine komplette neurologische und bei Bedarf psychiatrische Exploration inkl. Status erfolgt bei jeder Neuanschuldung bzw. Neuaufnahme. Diese Exploration dient zur Verifizierung der Diagnose und Klärung des Bedarfs an medizinischer Betreuung zusätzlich zur neurologischen Pflege. Es werden dabei die Ausschlusskriterien wie eine ständig erforderliche ärztliche Betreuung, schwere Selbst- und Fremdgefährdung oder eine unterstützende Beatmung erforderliche Atemstörung beachtet.
- Fachärztliche Befundberichte werden zumindest 1x pro Jahr pro Patient*in durchgeführt.
- Der/die Facharzt/Fachärztin führt die Baclofen-Pumpen Befüllung sowie die Botulinum-Toxin Infiltration durch.
- Der/die Facharzt/Fachärztin unterstützt die Pflegepersonen in ihrem täglichen Umgang mit den betroffenen Menschen, die aufgrund von Persönlichkeitsveränderungen und daraus resultierenden, krankheitsspezifischen Verhaltensauffälligkeiten und Denkstörungen speziell geschulter Interaktionsmuster bedürfen.

- Die Zusammenarbeit mit den Therapeut*innen verschiedener Disziplinen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Logopädie und Psychologie erfolgt in laufender und intensiver Zusammenarbeit.

Medizinisch Verantwortlicher der Einrichtung:

- Dr. Hubert Schuster

Arzt für Allgemeinmedizin und Arzt für Arbeitsmedizin

Erreichbarkeit: 1050 Wien, Margaretengürtel 126–134/5/1

Ordination: 01 / 548 88 08

Mobil-Tel.: 0664/ 96 13 305

Email: hubert.schuster@a1.net

Organisation des Notfallprogrammes

In der CS Rennweg ist eine ständige Anwesenheit von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen gegeben. Die Mitarbeiter*innen werden in regelmäßigen Schulungen zu Maßnahmen der Ersten Hilfe und erweiterter Erste Hilfe geschult. Neben den praktischen Übungen, unter anderem zur Reanimation, werden die Mitarbeiter*innen angeleitet, wie der an der Rezeption einsatzbereite Defibrillator zu handhaben ist.

Im Rahmen der Notfallsmaßnahmen können folgende Parameter erhoben werden:

- Messung von Blutdruck und der Herzfrequenz
- Blutzuckertestung
- Harn-Teststreifen
- Temperaturmessung

Bei kardiorespiratorischen Problemen mit akuter Dyspnoe und Zyanose stehen Sauerstoffgeräte auf allen Wohnbereichen griffbereit zur Verfügung.

Die Mitarbeiter*innen werden über den notfallmäßigen Einsatz der Sauerstoffgeräte laufend geschult.

Bei lebensbedrohlichen Situationen wird neben der Einleitung lebensrettender Maßnahmen der Rettungsnotruf veranlasst. Ein Notfallkoffer mit den entsprechenden

Utensilien zur Reanimation (unter anderem Beatmungsmasken und Absaugkatheter) und erweiterten Notfallmaßnahmen steht zur Verfügung.

Der Defibrillator ist für alle gut sichtbar – und erreichbar im Bereich der Rezeption deponiert. Geräte zur Absaugung und Sauerstoffverabreichung befinden sich in jedem Wohnbereich. Die Diplompflegekraft verständigt die medizinische Hilfe entsprechend der Symptomatik und Dringlichkeit.

- Symptome, die auf eine akute vitale Bedrohung des Bewohners/der Bewohnerin hinweisen:

Hier erfolgt der sofortige Rettungsnotruf 144.

- Symptome, die eine medizinische Intervention innerhalb der nächsten Stunden erfordern:
 - Verständigung der oder des zuständigen und in der Bewohner*innen-dokumentation angeführten Hausärztin/Hausarztes oder Fachärztin/Facharztes in deren erreichbaren Zeit.
 - Verständigung des Ärztenotdienstes von Montag bis Donnerstag jeweils 19:00 bis 7:00 Uhr und Freitag ab 19:00 Uhr bis Montag 7:00 Uhr unter 141.
 - Psychiatrischer Notfall mit Eigen- oder Fremdgefährdung, Suizid Polizeinotruf 133 bzw. Verständigung des sozialpsychiatrischen Notdienstes unter 01 / 31 330
 - Vergiftung: Rettungsnotruf 144 bzw. Vergiftungsinformation unter 01 / 406 43 43

Dr. Hubert Schuster

Medizinisch Verantwortlicher



Leistungsbeschreibung

CS Rennweg

gemäß FSW Förderrichtlinien und Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz

Stand: April 2022

© Die Leistungsbeschreibung ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung, Verbreitung, Verleih, Vermietung, elektronische Weitergabe und sonstige Nutzung, auch nur auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung der CS Caritas Socialis.

Inhaltsverzeichnis

1. Heimträger	51
2. Art und Zweckwidmung des Heimes	51
3. Grad der Pflegebedürftigkeit der für die Aufnahme in Betracht kommenden Personen	51
4. Voraussetzungen für die Aufnahme von Personen, die eine physische oder psychische Beeinträchtigung aufweisen.....	51
5. Standards der Betreuung und Pflege sowie der medizinischen Betreuung	51
6. Pflegerisches, medizinisch/therapeutisches, psychologisches und psychotherapeutisches Leistungsangebot inkl. Grundversorgung	51
6.1 Grundversorgung	52
6.2 Pflege und Betreuung.....	53
7. Ausstattung des Heimes, insbesondere der Wohn- und Pflegeeinheiten.....	54
8. Bettenanzahl und Aufteilung auf die einzelnen Wohn- und Pflegeeinheiten	56
9. Qualitätsmaßnahmen	56

1. Heimträger

CS Caritas Socialis GmbH

2. Art und Zweckwidmung des Heimes

Unternehmensgegenstand und Ziel ist der Betrieb der CS Rennweg nach den Grundsätzen christlicher Nächstenliebe und des christlichen Menschenbildes. Die Führung des Unternehmens erfolgt ohne Gewinnerzielungsabsicht, die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke.

3. Grad der Pflegebedürftigkeit der für die Aufnahme in Betracht kommenden Personen

In unserem Pflegeheim können nur Heimbewohner*innen aufgenommen werden, deren Erkrankung keine dauernde ärztliche Anwesenheit oder besondere medizinische Voraussetzungen (z.B. Beatmung) erfordert. Die Aufnahme im neurologischen Wohnbereich ist an die Diagnose gebunden und kann nur auf Grund einer ausdrücklichen Vereinbarung erfolgen.

4. Voraussetzungen für die Aufnahme von Personen, die eine physische oder psychische Beeinträchtigung aufweisen

Außer den oben genannten Voraussetzungen keine, das gesamte Haus ist barrierefrei.

5. Standards der Betreuung und Pflege sowie der medizinischen Betreuung

Siehe pflegerisches und medizinisch/therapeutisches Konzept und Qualitätskonzept!

6. Pflegerisches, medizinisch/therapeutisches, psychologisches und psychotherapeutisches Leistungsangebot inkl. Grundversorgung

Grundsätzlich gehen wir von einer angemessenen Versorgung, Pflege und Betreuung aus. Wo nicht näher spezifiziert, ergibt sich die Angemessenheit aus den für diesen Bereich gültigen Gesetzen, Richtlinien und Auflagen der MA 15.

6.1 Grundversorgung

Wohnen

Die Heimbewohner*innen sind in Ein- und Zweibettzimmern, mit eigenem Nassbereich (Dusche, WC, Waschbecken) und Vorraum untergebracht. Nach Maßgabe der Pflegebedürftigkeit können persönliche Gegenstände und Kleinmöbel mitgebracht werden.

Verpflegung

Es werden Frühstück, Mittagessen, Abendessen, Jause, Diätkost nach ärztlicher Anordnung angeboten. Mittags und abends werden mind. 2 Menüs zur Auswahl angeboten, das Abendessen ist an mindestens 2 Tagen pro Woche warm. Für Bewohner*innen, die dies benötigen stehen geformte Breikost und Fingerfood zur Verfügung. Getränke (Tee, Kaffee, Mineralwasser, Dicksäfte) stehen jederzeit zur Verfügung.

Wäscheversorgung

Bereitstellung und Reinigung der Bettwäsche, der Handtücher und Waschlappen. Waschen und Bügeln der persönlichen Wäsche, soweit sie maschinenwaschbar und gekennzeichnet ist.

Reinigung

Die Zimmer und Badezimmer werden regelmäßig und bei Bedarf gereinigt. Die Aufenthaltsbereiche werden täglich gereinigt.

Instandhaltungsarbeiten im Zimmer, die auf eine normale Abnutzung zurückzuführen sind, werden durchgeführt.

Management

Siehe Organigramm, Personalstellenplan und Beschreibung der zentralen Services!

Diverses

- Information und Unterstützung zur Erlangung von Sozialhilfe und Pflegegeld
- Verteilung der Post
- Entgegennahme von eingeschriebenen und Rückscheinsendungen, sowie Geldleistungen bei Abwesenheit der Heimbewohner*in
- Beratung und Unterstützung, wenn Erwachsenenvertretung notwendig wird.
- Beratung und Unterstützung, eine Vertrauensperson gemäß Heimaufenthalts-gesetz und Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz zu benennen

6.2 Pflege und Betreuung

Die Pflege- und Betreuungsleistungen umfassen je nach Gesundheitszustand und Hilfsbedürftigkeit gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen zur Aufrechterhaltung der Aktivitäten des täglichen Lebens unter Berücksichtigung des Grundsatzes der größtmöglichen Selbständigkeit der Heimbewohner*in. Pflege ist ein geplanter Prozess, der mit Informationssammlung, Einschätzung und Beurteilung beginnt, woraufhin Maßnahmen geplant und durchgeführt werden, die evaluiert und bewertet werden. Der Pflegeprozess wird in all seinen Schritten bei jedem/jeder Bewohner*in dokumentiert. Pflege ist ein Beziehungsprozess, näher ausgeführt im Pflegekonzept!

Beispielhaft seien wichtige Bereiche der Pflege und Betreuung angeführt:

- Hilfe beim Essen und Trinken
- Hilfe bei der Körperpflege
- Hilfe im Bereich der Mobilität in den Wohnbereichen
- Hilfe im Bereich der Ausscheidung
- Prophylaktische Maßnahmen wie Dekubitus-, Pneumonie-, Kontrakturenprophylaxe, ...
- Spezielle Pflege wie Wundmanagement, Umgang mit Sonden und Stomata
- Beratung in allen pflegerelevanten Themen

- Unterstützung bei demenzbedingter Hilfsbedürftigkeit
- Besorgung, Herrichten und Eingabe von Medikamenten
- Vermittlung ärztlicher Behandlungen, Information über Zeiten der Behandlung und Erreichbarkeit des Arztes/der Ärztin
- Vermittlung ärztlich angeordneter Therapien (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)
- Dokumentation von Patientenverfügungen, Vorsorgedialog und Vorsorgevollmachten
- Organisation geselliger, pastoraler und kultureller Veranstaltungen
- Aktivierungsangebote nach individueller Planung (z.B. Gedächtnistraining, Singgruppen, ...)
- Seelsorgerische Betreuung
- Vermittlung von Fußpflege / Friseur / Maniküre

Sachleistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, werden nicht vom Heimträger erbracht. Im Entgelt nicht enthalten ist die Bereitstellung von Gehhilfen oder Rollstühlen bzw. auch von Pflegehilfsmitteln, wie z.B.: Verbandsmaterial, Inkontinenzeinlagen, Medikamente durch den Heimträger.

7. Ausstattung des Heimes, insbesondere der Wohn- und Pflegeeinheiten

Eigentumsverhältnis: Mietobjekt von Arwag Gebäudeverwaltungs Ges.m.b.H.

Baujahr: 1994 / 1995

Eröffnung: März 1995

Rezeption: Mo – Fr von 07:00 bis 19:15 Uhr
Sa, So und FT von 08:00 bis 16:00 Uhr

Heizung und Warmwasseraufbereitung: Fernwärme

Liftnanlagen: 5 Lifte

Brandmeldeanlage: vorhanden inkl. Tus Anschluss

Klimaanlage: vorhanden

Küche: SV (Österreich) GmbH

Das Haus Rennweg besteht aus einem Südtrakt, einem Nordtrakt und einem Verbindungstrakt, die durch den Erdgeschossbereich miteinander verbunden sind.

Der Süd- und Nordtrakt besteht jeweils aus einem Untergeschoss, einem Erdgeschoss und fünf Stockwerken. Der Verbindungstrakt besteht aus einem Untergeschoss, einem Erdgeschoss und zwei Stockwerken. Im ersten Untergeschoss befinden sich Depoträume, die Werkstatt der Haustechnik, eine Garage mit 32 Stellplätzen und die Maschinenräume für die technischen Anlagen des Hauses.

Im Erdgeschoss befindet sich im Hallenbereich eine Rezeption, einige Büros, ein Seminarraum, eine Kapelle, die Küche mit Speisesaal, eine Cafeteria und ein Dienstleistungszimmer, das für den Friseur der Bewohner*innen und Tagesgäste zur Verfügung steht. Von der Halle gelangt man auch in den begrünten Innenhof mit Biotop. Im Erdgeschoss des Südtraktes befinden sich die Räumlichkeiten des geriatrischen und Alzheimer Tageszentrums, die auch über einen Zugang zum begrünten Innenhof verfügen. Im Erdgeschoss des Nordtraktes befinden sich die Wäscherei und die Garderoben inkl. der Sanitärräume für die Mitarbeiter*innen.

Im 1. Stock des Südtraktes befinden sich ein MS Tageszentrum, Büros, ein Kopierraum und eine Teeküche.

Im zweiten bis zum fünften Obergeschoss des Südtraktes befindet sich die stationäre Pflege mit den Bewohner*innenzimmern, pro Stockwerk einem Ess- und einem Aufenthaltsbereich, einer Teeküche, dem Wohnbereichsbad, Wohnbereichsleitungsbüro, Besprechungszimmer, Unreinraum und diversen Depoträumen.

Im 1. Stock, wo sich auch ein Seminarraum befindet, und im zweiten bis fünften Obergeschoss des Nordtraktes ist die stationäre Pflege untergebracht mit den Bewohner*innenzimmern, pro Stockwerk einem Ess- und einem Aufenthaltsbereich, einer Teeküche, dem Wohnbereichsbad, Wohnbereichsleitungsbüro, Besprechungszimmer, Unreinraum und diversen Depoträumen.

Die Bewohner*innenzimmer bestehen aus einem Zimmer mit Vorraum und Badezimmer, teilweise mit Balkon oder Sitzkerker mit folgenden Maßen:

Einbettzimmer		Zweibettzimmer	
Zimmer	14,66 - 15,81 m ²	Zimmer	16,38 - 22,42 m ²
Vorraum	4,14 - 4,30 m ²	Vorraum	4,57 - 7,70 m ²
Bad	3,91 m ² - 4,14 m ²	Bad	3,91 m ²

Im 1. und 2. Stock des Verbindungstraktes befindet sich das CS Hospiz Rennweg. Über drei Terrassen gelangt man auf einen Dachgarten, der ausschließlich dem Hospiz zur Verfügung steht. Das CS Hospiz Rennweg wird seit 1.1.2002 in Kooperation mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien geführt.

8. Bettenanzahl und deren Aufteilung auf die einzelnen Wohn- und Pflegeeinheiten

Siehe pflegerisches Konzept Kapitel 8!

9. Qualitätsmaßnahmen

Regelmäßig und anlassbezogen finden interne Qualitätskontrollen statt. Diese werden je nach Thema von der Bereichsleitung, der Pflegedienst-/Heimleitung, der Wohnbereichsleitung oder der Hygienefachkraft durchgeführt und dokumentiert.

Nach der Organisationsrichtlinie „Qualitätsmanagement“ werden Anerkennungen, Anregungen, Arbeitsunfälle, Beschwerden und sonstige Vorfälle bearbeitet und erfasst. Dadurch soll die Kunden- und Mitarbeiter*innenzufriedenheit gestärkt und Schwachstellen aufgezeigt und beseitigt werden. Dies führt zu einer systematischen Verbesserung der Dienstleistungsqualität.

Wohnbereichsleitungen und die Pflegedienst-/Heimleitung führen regelmäßig und systematisch Pflegevisiten durch und dokumentieren diese. Die Pflegevisite ist ein wichtiges Führungsinstrument für die Pflegedienstleitung und die Wohnbereichsleitungen, mit dem die Ergebnisqualität der Pflege und Betreuung beurteilt wird.

Seit April 2012 tragen unsere drei Pflegeeinrichtungen das Zertifikat: „E-Qalin Qualitätshaus nach Selbstbewertung“. Ganz bewusst haben wir uns für E-Qalin als Qualitätsmanagementsystem entschieden, da es ein sehr praxisorientierter Ansatz ist, der speziell für den Pflegebereich entwickelt wurde.

Mitarbeiter*innen aus allen Bereichen und Berufsgruppen sind aktiv bei der Selbstbewertung dabei und tragen so als Expert*innen ihres Alltags dazu bei, dass Strukturen und Prozesse verbessert werden. Dieser Prozess des gemeinsamen Nachdenkens, Hinhörens und des Austausches wird nun auch als kontinuierlicher Verbesserungsprozess in den Häusern und Wohnbereichen weitergeführt und gelebt.