



Heimaufsicht - Themenkatalog Stand 1. Juli 2012



Für den Inhalt verantwortlich:

Mag. Michael Wall

Mag. Karl Heuberger
DGKP Lukas Wenzl, MBA
Dr. Margarete Schwaiger

Impressum:

Amt der Oö. Landesregierung
Direktion Soziales und Gesundheit
Abteilung Soziales
Bahnhofplatz 1
4021 Linz

Tel.: (+43 732) 7720 15211
Fax.: (+43 732) 7720 21 56 19
Mail: so.post@ooe.gv.at
Internet: www.land-oberoesterreich.gv.at

Bildnachweis:

Landespresse, Bilderbox

April 2012
DVR: 0069264

Inhaltsverzeichnis:

1	Vorwort	5
2	Einleitung	6
	2.1 Lebenswelten	6
	2.2 Betreuungs- und Pflegequalitätsstufen	6
3	Organisatorische Rahmenbedingungen	8
	3.1 Themenfeld „Heimstruktur und Größe“	9
	3.1.1 Gliederung in Wohnbereiche und Wohngruppen	9
	3.2 Themenfeld „Aufgabenbereiche und Personal“	10
	3.2.1 Organigramme und Stellenbeschreibungen	10
	3.2.2 Mindestpflegepersonalschlüssel	10
	3.2.3 Dienstplangestaltung	11
	3.3 Themenfeld „Bewohnerrechte“	12
	3.3.1 Angehörigenversammlung	12
	3.3.2 Nichtraucherschutz	12
	3.4 Themenfeld „Ärztliche und therapeutische Betreuung“	13
	3.4.1 Strukturierte Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten	13
	3.4.2 Visiten durch Fachärzte	13
4	Konzeptionelle Grundlagen	14
	4.1 Themenfeld „Betreuung und Pflege“	15
	4.1.1 Betreuungs- und Pflegekonzept	15
	4.1.2 Umgang mit Demenz	15
	4.1.3 Palliativ- und Hospizbetreuung (Palliative Care)	16
	4.1.4 Freiwilligenarbeit	17
	4.2 Themenfeld „Qualitätsmanagement, Standards, Aus- und Fortbildung“	18
	4.2.1 Leitlinien für besondere Betreuungs- und Pflegebedarfe und Prophylaxen und deren Aktualität und Umsetzung	18
	4.2.2 Vorgangsweisen bei medizinischen Notfällen/ Krisen allgemein	19
	4.2.3 Konzept für Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	19
	4.2.4 Betreuungs- und Pflegevisiten	20
	4.2.5 Beschwerdemanagement	21
	4.3 Themenfeld „Hygiene und Umgang mit Geräten und Hilfsmitteln“	22
	4.3.1 Ansprechperson für Hygiene (Hygienebeauftragte Pflegefachkraft für Alten- und Pflegeheime)	22
	4.3.2 Hygienepläne, Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen	22
	4.3.3 Steckbeckenspüler	23
	4.3.4 Umgang mit Sterilgut – Synergienutzung	23
	4.3.5 Schutzkleidung	24
	4.3.6 Trinkwasser – Legionellen	24
	4.3.7 Handwaschbecken - Ausstattung	24
	4.3.8 Wäsche-, Pflegewägen und Pflegehilfsmittel	24
	4.3.9 Wäsche	25
5	Prozess- und Ergebnisqualität	26
	5.1 Themenfeld „Betreuungs- und Pflegedokumentation“	27
	5.1.1 Allgemeines - Datenschutz	27
	5.1.2 Aufbewahrungspflicht	28
	5.1.3 Aufbau und Umfang der Dokumentation	28
	5.1.4 Wunddokumentation	29

5.2	Themenfeld „Medikamentengebarung und Umgang mit ärztlichen Anordnungen“	30
5.2.1	Die ärztliche Anordnung allgemein.....	30
5.2.2	Inhalt und Umfang ärztlicher Anordnungen	30
5.2.3	Medikamentengebarung - Aufbewahrung und Lagerung von Arzneimitteln.....	31
5.2.4	Suchtmittel.....	34
5.3	Themenfeld „Umfeldgestaltungen („Milieu“), Orientierungsmöglichkeiten in der Gruppe, im Eingangsbereich und in den Bewohnerzimmern“	35
5.3.1	Gestaltung der Aufenthaltsbereiche und Gänge (Milieugestaltung) und Bewohnerzimmer	35
5.3.2	Abstellflächen	35
5.4	Themenfeld „Lebensqualität und Betreuung“	36
5.4.1	Betreuung in der stationären Altenarbeit.....	36
5.5	Themenfeld „Verpflegung im Alten- und Pflegeheim“	37
5.5.1	Menügestaltung, Ernährung allgemein.....	37
5.5.2	Essenszeiten	38
6	Rechtsquellen	39
6.1.1	Gesetzliche Grundlagen	39
6.1.2	Erlässe	40
6.1.3	Sonstige Normen	41
6.2	Literatur und Quellennachweis	42
6.2.1	Literatur	42
6.2.2	Quellennachweis	43
6.3	Abkürzungsverzeichnis.....	44

1 Vorwort

In diesem Themenkatalog wurde versucht, die den Maßnahmen der Heimaufsichtsbesuche der letzten Jahre zu Grunde liegenden Themenstellungen zu verallgemeinern und um allgemein gültige Maßnahmen zu ergänzen.

Damit soll nicht nur den von einem Aufsichtsbesuch unmittelbar betroffenen Einrichtungen und deren Trägern die Möglichkeit gegeben werden, die festgestellten Mängel durch geeignete Maßnahmen zu beseitigen, sondern darüber hinaus wird allen Einrichtungen und Trägern eine allgemein gültige Übersicht zur Verfügung gestellt, in der die geltenden (Rechts-)Vorschriften sowie fachlichen Themen dargestellt sind.

Dabei ist freilich darauf hinzuweisen, dass dieser Katalog kein vollständiger oder abschließender sein kann, sondern selbst auch einem Wandel unterworfen ist.

Wir hoffen, Ihnen mit diesem Themenkatalog ein praktikables Werkzeug bzw. einen Ratgeber für die Steuerung und Führung von Alten- und Pflegeheimen, aber auch für die tägliche Arbeit in den Einrichtungen in die Hand geben zu können.

Dieser Themenkatalog soll mit Ihrer Mithilfe laufend aktualisiert und erweitert werden. Wir sind daher für Ihr Feedback und Ihre Anregungen dankbar, um gemeinsam mit Ihnen das Qualitätsniveau in den öö. Alten- und Pflegeheimen weiterzuentwickeln.

Das Team der Heimaufsicht



(v.l.n.r):

Mag. Karl Heuberger, Abteilung Soziales, Referatsleiter, Jurist

Dr.ⁱⁿ Margarete Schwaiger, Abteilung Gesundheit, Ärztin für Allgemeinmedizin

DGKP Lukas Wenzl, MBA, Abteilung Soziales, pflegfachlicher Sachverständiger

2 Einleitung

2.1 Lebenswelten

In Alten- und Pflegeheimen werden Leistungen von Menschen für Menschen erbracht. Werte wie Menschlichkeit, Würde, Fürsorge und Individualität sind in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung – aber gleichzeitig schwer messbar. Dennoch ist von diesen Werthaltungen das Gelingen der Institution Alten- und Pflegeheim in hohem Maße abhängig.

In allen derzeit (Stand 1.1.2012) 123 oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen gelten dieselben Rechtsgrundlagen, dennoch ist jede Einrichtung eine Lebenswelt für sich und muss als solche auch individuell gesehen und beurteilt werden. Faktoren wie Größe und Alter der Einrichtung, bestehende Kultur etc. nehmen Einfluss auf die Entwicklung individueller Lebenswelten. Dies ist einerseits als Chance für die Einrichtung zu verstehen, gleichzeitig ist allerdings die Heimaufsichtsbehörde gefordert, die Individualität der Alten- und Pflegeheime auch entsprechend wahrzunehmen.

2.2 Betreuungs- und Pflegequalitätsstufen

Ältere Menschen entscheiden sich meist aufgrund gesundheitlicher Probleme für den Umzug in ein Alten- und Pflegeheim. Betreuung und Pflege - und damit auch die Qualität - sind daher von großer Bedeutung für Bewohnerinnen und Bewohner.

Betreuung und Pflege ist ein komplexes Geschehen, das aus vielen Komponenten besteht. Die untenstehende Tabelle stellt einen Versuch dar, die vielfach diskutierte Pflegequalität einer Einrichtung in ein Schema einordnen zu können.

Gefährliche Pflege	Die Bewohnerin bzw. der Bewohner erleidet Schaden in physischer, psychischer, und/oder seelischer Hinsicht. Ihre/seine Grundbedürfnisse werden nicht ausreichend beachtet bzw. befriedigt. Diese Art der Betreuungs- und Pflege darf auf keinen Fall weiterbestehen.
Sichere Pflege	Die Bewohnerin bzw. der Bewohner wird routinemäßig versorgt; auf individuelle Bedürfnisse wird keine Rücksicht genommen ("Fließbandarbeit"). Die Selbständigkeit der Bewohnerin bzw. des Bewohners wird nicht respektiert oder gefördert.
Angemessene Pflege	Die Bewohnerin bzw. der Bewohner wird ihren/seinen persönlichen, religiösen, familiären, sozialen Bedürfnissen angemessen betreut und gepflegt, ihre/seine Gewohnheiten und Besonderheiten werden erkannt, respektiert und berücksichtigt. Selbständigkeit, Selbstbestimmung und individuelle Fähigkeiten werden bewusst und planmäßig gefördert, nicht behebbare Beeinträchtigungen werden ausgeglichen.
Optimale Pflege	Die Bewohnerin bzw. der Bewohner wird in jeder Hinsicht optimal versorgt und hat die Möglichkeit, den Betreuungs- und Pflegeprozess aktiv mit zu gestalten. Die Meinungen und Wünsche der Bewohnerin bzw. des Bewohners werden gehört und ihnen wird in weitem Ausmaß Rechnung getragen.

Das Oö. SHG 1998 legt in § 17 Abs. 3 die angemessene Pflege als Standard für die Betreuung und Pflege fest.

3 Organisatorische Rahmenbedingungen

Der Bereich der organisatorischen Rahmenbedingungen umfasst die Themenfelder

- „Heimstruktur und Größe“
- „Aufgabenbereiche und Personal“
- „Bewohnerrechte“
- „Ärztliche und therapeutische Betreuung“

3.1 Themenfeld „Heimstruktur und Größe“

3.1.1 Gliederung in Wohnbereiche und Wohngruppen

Gemäß § 6 Abs. 1 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung hat die Betreuung und Pflege auf Grundlage der Gruppenpflege zu erfolgen. Aus fachlicher Sicht soll eine Wohngruppe aus max. 15 Bewohnerinnen und Bewohnern bestehen, wobei sich in der Praxis eine Untergrenze von 10 bis 12 Bewohnerinnen und Bewohnern aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten als zweckmäßig erwiesen hat.

Mehrere Wohngruppen können in Wohnbereiche zusammengefasst werden, wobei ein Wohnbereich aus nicht mehr als drei Wohngruppen bestehen soll.

Rechtsquellen:

- § 6 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung

Literatur:

- Kämmer, Karla; *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen*

3.2 Themenfeld „Aufgabenbereiche und Personal“

3.2.1 Organigramme und Stellenbeschreibungen

Die Organisation einer Einrichtung soll den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sein.

Zur Erleichterung sollen Hierarchien und Zuständigkeiten leicht und übersichtlich ablesbar sein. Dazu eignet sich die Darstellung mittels Organigrammen. Aus einem Organigramm sollen daher ausgehend vom Träger die unterschiedlichen Hierarchien und Disziplinen ersichtlich sein. Somit sind Instanzenwege und Verantwortlichkeiten für alle Beteiligten klar und übersichtlich erkennbar.

Im Anschluss daran sind die einzelnen Funktionen durch Stellenbeschreibungen (HL, PDL, WGL, DGKP, DSB "A", FSB "A", HH, etc.) zu ergänzen, wobei auch entsprechende Vertretungsregelungen bei den Führungskräften zu definieren sind.

Rechtsquellen:

- §§ 10ff Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung

Literatur:

- Kämmer, Karla; *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen*

3.2.2 Mindestpflegepersonalschlüssel

3.2.2.1 Pflegedienstleitung - Einrechnung

In der Praxis zeigt sich, dass sich die Aufgaben der Pflegedienstleitung in den letzten Jahren zunehmend verändert haben. Vermehrt Führungs- und Koordinationsaufgaben überlagern die operative Mitarbeit im Pflegedienst.

Bereits mit Erlass vom 25. Juni 2011, SO-090028/114-2011-Wa, hat die Oö. Landesregierung diesen Veränderungsprozess im Zusammenhang mit der Erfüllung des Mindestpflegepersonalschlüssels aufgegriffen. Demnach ist die Pflegedienstleitung bei größeren Einrichtungen nicht zur Gänze in den Mindestpflegepersonalschlüssel (MPPS) einzurechnen. Eine – von der Praxis geforderte – nähere Definition dieser Bestimmung konnte bislang nicht verwirklicht werden.

Wenn die Pflegedienstleitung in einem hohen Maß in der operativen Pflege tätig ist, sind häufig Defizite bei der Führungsverantwortung wahrzunehmen. So werden planerische und andere Führungsaufgaben hintangestellt.

Es wird daher – ungeachtet einer konkreteren Regelung – empfohlen, die Pflegedienstleitung zumindestens in größeren Einrichtungen wenigstens zu 50% aus dem MPPS heraus zu nehmen.

Rechtsquellen:

- § 16 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung
- Erlass SO-090028/114-2011-Wa vom 25. Juni 2011

3.2.2.2 Berechnung des Mindestpflegepersonalbedarfs - Allgemeines

Der Berechnung des Mindestpflegepersonalbedarfs ist die durchschnittliche Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner je Pflegestufe des jeweils letzten Kalenderhalbjahres zu Grunde zu legen. Bei der Berechnung ist von einem aktuellen und realistischen Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner auszugehen. Dabei sind

- alle Bewohnerinnen und Bewohner, inkl. Kurzzeitpflegegäste, ohne Abzug von Abwesenheiten (idR. Krankenhausaufenthalte) zu berücksichtigen,
- über die bescheidmäßigen PflegegeldEinstufungen hinaus auch offene Verfahren (sowohl bei Verwaltungsstellen als auch bei Gerichten) zu berücksichtigen. Damit ist die Notwendig-

keit verbunden, rechtzeitig Pflegegeld(erhöhungs)anträge zu stellen und diese konsequent zu verfolgen. Diesbezüglich ist eine zumindest quartalsweise Selbsteinstufung als geeignetes Mittel zur realistischen Einschätzung der Pflegebedarfe heranzuziehen sowie

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich in Langzeitkrankenstand (das sind jedenfalls solche ab 6 Wochen) oder Karenz befinden, nicht zu berücksichtigen.

Zu beachten ist, dass es sich beim Mindestpflegepersonalschlüssel (MPPS) um eine Mindestanforderung handelt. Bei einer Unterschreitung bzw. bei zu erwartenden Langzeitkrankenständen sind rechtzeitig geeignete Maßnahmen durch den Rechtsträger (Aufnahmestopp, Personalrekrutierung, Einsatz von Leasingpersonal,...) zu setzen.

Rechtsquellen:

- § 16 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung
- Erlass SO-090028/114-2001-Wa vom 25. Juni 2001

3.2.3 Dienstplangestaltung

3.2.3.1 Lange Dienste (länger als 10 Stunden)

Lange Dienste (z.B. 11-Stunden-Dienste) werden zwar durchaus von einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gewünscht, bringen jedoch im Allgemeinen deutliche Nachteile für die Bewohnerinnen und Bewohner (z.B. nachlassende Konzentration und Toleranz beim Pflegepersonal), aber auch für das Pflegepersonal (z.B. übermäßige körperliche Belastungen) mit sich.

Darüber hinaus besteht bei derart langen Diensten die Gefahr von regelmäßigen Spitzenbelastungen (z.B. Grundpflege am Morgen bzw. Bad- oder Essenszeiten). Aus diesem Grund werden höchstens 10 Stunden-Dienste empfohlen.

3.2.3.2 Spätdienst

Die Betreuung und Pflege älterer Menschen hat sich am Normalitätsprinzip (vgl. Erwin Böhm) zu orientieren. Dadurch ist es notwendig für die Betreuung und Pflege während der Abendstunden den Bewohnerinnen und Bewohnern eine ausreichende personelle Unterstützung anzubieten. Somit wird empfohlen, zumindest bis 21.00 Uhr einen Spätdienst einzurichten.

Literatur:

- Böhm, Erwin; *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm*

3.2.3.3 Überstunden und Resturlaube

Hohe Überstunden sowie Resturlaube treten vielfach bei einer Nichterfüllung des MPPS bzw. in Folge von Langzeitkrankenständen sowie sonstigen Personalengpässen auf.

Ein generell hoher Überstunden- bzw. Resturlaubsstand in einer Einrichtung kann insofern als Parameter für eine hohe Belastungssituation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Arbeitsplatz herangezogen werden.

Somit wird empfohlen, rechtzeitig mit dem Rechtsträger entsprechende Maßnahmen in die Wege zu leiten (z.B. Aufnahmestopp, Personalrekrutierungsmaßnahmen). Weiters besteht bei einer permanenten (Halbjahresdurchschnitt) personellen Unterbesetzung eine Meldepflicht gegenüber der Aufsichtsbehörde.

Rechtsquellen:

- Erlass SO-090028/196-2005-Wm vom 14. Juli 2005
- Erlass SO-090028/114-2001-Wa vom 25. Juni 2001

3.3 Themenfeld „Bewohnerrechte“

3.3.1 Angehörigenversammlung

Gemäß § 22 Abs. 7 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung hat der Heimträger zumindest einmal im Jahr eine Angehörigenversammlung abzuhalten. Zu dieser sind, neben den Bewohnerinnen und Bewohnern, deren namhaft gemachten Angehörigen einzuladen. Neben der Heimleitung und der Pflegedienstleitung hat daran ein Vertreter des Heimträgers teilzunehmen.

Es wird empfohlen, diese Angehörigenversammlung mit fachlichen Inhalten (Vorträgen) zu befüllen, da seitens der Angehörigen nicht zuletzt Informationsveranstaltungen (z.B. über Demenz) nachgefragt werden.

Darüber hinaus bieten diese Veranstaltungen auch die Möglichkeit, das Verständnis der Einrichtung zur Zusammenarbeit mit Angehörigen zu kommunizieren.

Rechtsquellen:

- § 22 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung

3.3.2 Nichtraucherchutz

Gemäß § 8a Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung gilt in Heimen ein Rauchverbot.

Nach Maßgabe der individuellen Bedürfnisse ist den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in ihren Wohneinheiten oder speziell gewidmeten Räumlichkeiten das Rauchen zu ermöglichen, wobei die Erfordernisse des Brandschutzes und des Nichtraucherschutzes zu beachten sind.

Für rauchende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann bei Bedarf eine geeignete Räumlichkeit gewidmet werden, wobei selbstverständlich auch hier die Erfordernisse des Brandschutzes und des Nichtraucherschutzes zu beachten sind.

Sofern speziell dem Rauchen gewidmete Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden, ist im Sinne des Nichtraucherschutzes darauf zu achten, dass Rauch nicht in die übrigen vom Rauchverbot belegten Bereiche dringt.

Rechtsquellen:

- § 8a Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung

3.4 Themenfeld „Ärztliche und therapeutische Betreuung“

3.4.1 Strukturierte Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Ziel ist es, dass den Bewohnerinnen und Bewohnern eine kontinuierliche individuelle ärztliche Betreuung vor Ort angeboten wird.

Da im Regelfall mehrere Ärztinnen und Ärzte die Bewohnerinnen und Bewohner betreuen, wird überdies empfohlen - im Sinne der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der gemeinsamen Betreuung - regelmäßige (zumindest einmal jährlich) gemeinsame Besprechungen durchzuführen.

Im Rahmen dieser Besprechungen können generelle Themen wie z.B. das Visitenmanagement, der Umgang mit ärztlichen Anordnungen etc. behandelt und einheitliche Vorgangsweisen vereinbart werden.

Rechtsquellen:

- 18 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung

3.4.2 Visiten durch Fachärzte

Bei Bedarf sind regelmäßige Visiten durch Fachärzte (z.B. Psychiatrie bzw. Neurologie, Dermatologie, Zahnheilkunde, Augenheilkunde) in den Einrichtungen anzustreben, um eine Versorgung vor Ort im gewohnten Milieu sicherstellen zu können. Dies soll belastende Situationen (z.B. Hin- und Rücktransport zu Ordinationen oder Ambulanzen) für die Bewohnerinnen und Bewohner möglichst vermeiden helfen sowie soll damit u.a. eine Verringerung von Transportkosten erreicht werden.

Rechtsquellen:

- 18 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung

4 Konzeptionelle Grundlagen

Der Bereich der konzeptionellen Grundlagen umfasst die Themenfelder

- „Pflege- und Betreuung“
- „Qualitätsmanagement, Standards, Aus- und Fortbildung“
- „Hygiene und Umgang mit Geräten und Hilfsmitteln“

4.1 Themenfeld „Betreuung und Pflege“

4.1.1 Betreuungs- und Pflegekonzept

Im Sinne einer konsequenten Anpassung der Einrichtung an die Vorgaben der Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung bzw. an die gesetzlichen Vorgaben im Oö. Sozialhilfegesetz 1998 ist ein schriftliches Betreuungs- und Pflegekonzept auf Basis eines theoretischen Modells zu erarbeiten.

Als Betreuungs- und Pflegemodell werden innerhalb der professionellen Betreuung und Pflege abstrakte und theoretische Ansätze verstanden, die professionelle Betreuung und Pflege umfassend zu beschreiben, zu erklären und als Disziplin abzugrenzen suchen. Die Modelle enthalten in der Regel die Aussagen zu den als wesentlich betrachteten Punkten, den sogenannten Metaparadigmen der Betreuung und Pflege, die sowohl Person, Gesundheit, Umgebung sowie Pflege umfassen.

Als Aufgabe eines Pflegemodells sind allgemein folgende Bereiche anzusehen:

- Definition der Aufgaben und Tätigkeiten des Betreuungs- und Pflegepersonals;
- Struktur für die individuelle Planung der Betreuung und Pflege schaffen;
- die in den Modellen enthaltenen Vorstellungen sind nicht an bestimmte Organisationsstrukturen gebunden;
- das ausgewählte Betreuungs- und Pflegemodell muss der Struktur des jeweiligen Landes entsprechen.

Ein Konzept ist Voraussetzung für eine systematische, fundierte und effektive Betreuung und Pflege. Häufig werden unter diesem Begriff die verschiedenen Merkmale der professionellen Betreuung und Pflege konkret zusammengefasst und inhaltlich an das Modell angepasst, das die jeweilige Einrichtung für sich gewählt hat. Im Idealfall wird ein Konzept von den Mitarbeitern selbst erstellt, so dass die vereinbarten Ziele und Methoden auf einer gemeinsamen Basis beruhen und so von allen mitgetragen werden.

Dazu ist es notwendig auf folgende Bereiche näher einzugehen:

Grundlagen wie Ziele des Rechträgers sowie allgemeine Leitsätze und Leistungen sollen ablesbar sein. Weiters sind die Ziele der Einrichtung konkret in die Darstellung des Modells einzuarbeiten und die Umsetzung im Haus zu beschreiben. Die Darstellung der Ablauforganisation soll dieses Bild ergänzen.

Rechtsquellen:

- § 63 Abs. 5 Oö. Sozialhilfegesetz 1998
- § 6 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung

Literatur:

- Kämmer, Karla; *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen*

4.1.2 Umgang mit Demenz

Demenz ist in der Betreuung und Pflege ein Schwerpunkt geworden.

In den Einrichtungen muss das Verständnis zur Thematik vorhanden sein. Dabei sind

- konzeptionelle Vorkehrungen,
- die Schulung des Personal sowie

- eine dementengerechte Milieugestaltung

unumgänglich. Eine fachärztliche Begleitung ist anzustreben.

Eine fachliche Begleitung durch externe Partner (z.B. MAS) kann sich als sinnvoll erweisen.

Bei Neu- und Umbau ist eine dementengerechte Architektur Voraussetzung.

Rechtsquellen:

- § 63 Abs. 5 Oö. SHG 1998
- § 6 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung

Literatur:

- Kämmer, Karla; *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen*
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.); *Demenzhandbuch. Betreuungsangebote für dementiell erkrankte Menschen*
- Dürrmann, Peter; *Besondere stationäre Dementenbetreuung*
- Grond, Erich; *Pflege Demenzkranker*
- Gutjahr, Uwe; *Barrierefreie Bau- und Wohnkonzepte*
- Heeg, Sibylle.; *Pflegeheimarchitektur und Milieugestaltung in Dürrmann, Peter (Hrsg.); Besondere stationäre Dementenbetreuung*
- Heeg, Sibylle; *Heimat für Menschen mit Demenz*
- Böhm, Erwin; *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm*
- Feil, Naomi, *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*
- Klie, Thomas (Hrsg.); *Wohngruppen für Menschen mit Demenz*
- Maudrey, S.; *Pflegende Angehörige zwischen Last und Belastbarkeit in Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit (Hrsg.); Demenz – Pflegende Angehörige. Alternative Betreuungsmodelle aus nationaler und internationaler Sicht*
- Marquardt G./Schmiege P. (Hrsg.); *Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten der Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen*

4.1.3 Palliativ- und Hospizbetreuung (Palliative Care)

Palliative Care bezeichnet die umfassende und angemessene Versorgung alter, chronischkranker, schwerkranker und sterbender Menschen in ihrer aktuellen Lebensphase. Nicht mehr Kuratives steht im Vordergrund, sondern eine bestmögliche Einflussnahme auf die Lebensqualität bis zuletzt. Dies kann auch rehabilitative Aspekte beinhalten.

Es geht darum Lebensqualität zu verbessern, Schmerzen und belastende Symptome zu lindern, Leben zu unterstützen und Sterben als einen natürlichen Vorgang zu betrachten.

Der Tod wird thematisiert, nicht beschleunigt, die Angehörigen werden unterstützt - auch über den Tod der Bezugsperson hinaus. Diese Bemühungen werden in Zusammenarbeit im und mit dem interdisziplinären Team geleistet. Der Angehörigenarbeit kommt eine wachsende Bedeutung zu.

In Abstimmung mit den behandelnden Ärzten (inkl. Krankenhaus) sind allgemeine Arbeitsabläufe sowie inhaltliche Standards zu entwickeln.

Die Schaffung ausreichender eigener Kompetenz ist mittelfristig sicherzustellen.

Rechtsquelle:

- § 17 Abs. 3 Oö. SHG 1998

Literatur:

- Dachverband HOSPIZ Österreich (<http://www.hospiz.at>)
- Hatt, Janine; Strukturen für Palliativ Care in der Langzeitpflege
- Kränzle, Schmid, Seeger; Handbuch für Pflege und Begleitung

4.1.4 Freiwilligenarbeit

Die Einbindung der Freiwilligenarbeit stellt ein Element im Rahmen der Betreuung dar und ist ein Zeichen der integrativen Einbindung der Einrichtung in das Gemeinwesen. Hierfür ist es notwendig, dass ein Konzept vorliegt, in dem die Aufgaben, Rechte, Pflichten und Versicherungsschutz sowie die Ansprechpersonen vor Ort dargestellt werden.

Ziel ist, dass zur Koordination der Tätigkeit von Freiwilligen ausgebildete Freiwilligen-Koordinatorinnen und Freiwilligen-Koordinatoren in jeder Einrichtung eingesetzt werden.

Literatur:

- *Freiwilligen-Mappe für die Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich* http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/internetpub/Start.jsp?SessionID=SID-012AEA33-886CFF97&xmlid=139_DEU_HTML.htm&pbNr=1614
- *Unabhängiges LandesFreiwilligenzentrum* (<http://www.ulf-ooe.at/>)

4.2 Themenfeld „Qualitätsmanagement, Standards, Aus- und Fortbildung“

4.2.1 Leitlinien für besondere Betreuungs- und Pflegebedarfe und Prophylaxen und deren Aktualität und Umsetzung

Für nachstehende Bereiche sind schriftliche Leitlinien zu erstellen:

- *Pflege (betreuerische/pflegerische Maßnahmen):*
 - Verbandswechsel (Allgemeine Kriterien und Kompetenzen)
 - Ernährung (Umgang mit Mangelernährung z.B. BMI, PEG)
 - Inkontinenz (Dauerkatheter, Einmalkatheter)
 - Orientierung

- bei Bedarf beispielsweise für
 - Tracheostoma

- *Prophylaxen (prophylaktische Pflegemaßnahmen):*
 - Dekubitus
 - Sturz
 - Kontraktur
 - Parodontitis
 - Pneumonie

- *Umgang mit Infektionskrankheiten:*
 - Allgemeine Besiedelung von resistenten Keimen (z.B. MRSA, ESBL,...)
 - Durchfallserkrankungen / Salmonellose
 - Noroviren
 - Scabies
 - Hepatitis

Bei Bedarf beispielsweise für

- HIV

Bei Bedarf (besondere Pflegesituationen in der Einrichtung) sind die Leitlinien zu ergänzen.

Sämtliche Leitlinien sind mit Angaben über die Verfasserin bzw. den Verfasser sowie Erstellungs-, Änderungs- und Freigabedatum zu versehen. Auf Aktualität ist zu achten. Es wird darauf hingewiesen, dass bei diesen Standards auch auf die zusätzlichen hygienischen Aspekte (z.B. Händedesinfektion, Umgang mit sterilen Hilfsmittel, Reinigung und Desinfektion von Hilfsmittel) Bedacht zu nehmen ist.

Es wird empfohlen, bei Erstellung dieser Leitlinien eine Koordination mit den Heimen innerhalb der Trägerschaft herzustellen.

Rechtsquellen:

- *Erlass So-140000/414-2006-WI (San 212000/51 2006 Scm/Kie) vom 27. Februar 2007*

Literatur:

- *Expertenstandards, Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP);*
www.dnqp.de
- www.ages.at/ages/gesundheit/mensch
- **Fehler! Hyperlink-Referenz ungültig.** (Mangelernährung)
- www.lebenswelt.heim.at

4.2.2 Vorgangsweisen bei medizinischen Notfällen/ Krisen allgemein

Bei medizinischen Notfällen ist zu beachten, dass neben der Nominierung von „Ersthelferinnen“ bzw. "Ersthelfern" sowie der Sicherstellung der Verfügbarkeit der vorgeschriebenen Notfallverbandskästen für Betriebsstätten auch organisatorische Vorkehrungen getroffen werden müssen. Diese haben in schriftlicher Form vorzuliegen.

Aus diesen Arbeitsanweisungen muss Folgendes abgeleitet werden können:

- Allgemeine Vorgangsweise im Notfall
 - Ruhe bewahren
 - Einschätzen der Situation
 - Erste Hilfe Maßnahmen
 - Informationskette (Wer muss informiert werden: In jeder Gruppe muss klar ersichtlich sein wer [DGKP, betreuende Ärztin bzw. betreuender Arzt, Notärztin bzw. Notarzt, Rettungsdienst] und wie [z.B. mittels Kurzwahl] erreichbar ist.)
- Organisatorische Vorkehrungen
 - Es ist darauf zu achten, dass wesentliche Hilfsmittel für die Vitalzeichenkontrolle an einem für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekannten Ort aufbewahrt werden und eine nachweisliche Schulung für die Bedienung der Geräte (Blutzuckermessgerät, Blutdruckmessgerät,...) stattgefunden hat bzw. regelmäßig stattfindet.
 - Erforderliche Rufnummern (siehe dazu bereits oben) müssen griffbereit (Notfallliste bzw. Kurzwahlziele) und aktuell aufliegen.

Für mögliche Notfälle außer Haus (z.B. bei Ausflugsfahrten) sind entsprechende Vorsorgemaßnahmen zu treffen.

- Spezielle Vorkehrungen
Bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit besonderen medizinischen Problemfeldern (z.B. Epilepsie, Diabetes, Hypertonie, Asthma,...) sind mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Notfallszenarien bzw. mögliche Komplikationen zu beschreiben und Erste Hilfe Maßnahmen zu formulieren.

Abschließend wird empfohlen, dass Krisen- und medizinische Notfallsituationen aus der Vergangenheit regelmäßig analysiert werden, um bei Bedarf daraus entsprechende Maßnahmen für die Zukunft ableiten zu können.

Rechtsquellen:

- *Erlass SO-090028/196-2005-Wm vom 14. Juli 2005*
- *ÖNORM Z1020*

Literatur:

- http://www.pflegeheim.de/DE/Themen/article_2477.html (Notfälle in der Geriatrie)

4.2.3 Konzept für Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Im Sinne einer kontinuierlichen Personalentwicklung ist es notwendig, dass neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Einstellung Ansprechpersonen genannt werden.

Weiters ist es wesentlich, dass schriftliche Unterlagen betreffend der Betriebsorganisation sowie Arbeitsabläufe („Einführungsmappe“) zur Verfügung gestellt werden.

Im Sinne einer erfolgreichen Mitarbeiterrekrutierung sind auch für Praktikantinnen und Praktikanten entsprechende Informationsunterlagen bereitzustellen. Eine Einbindung von Praktikantinnen und Praktikanten in die Arbeitsabläufe (Dienstbesprechungen,...) sowie in betriebliche Aktivitäten (z.B. Veranstaltungen) und Leistungen (Dienstkleidung,..) wird als notwendig erachtet.

Für die fachgerechte Begleitung von Praktikantinnen und Praktikanten ist es unerlässlich ausreichend Praxisanleiterinnen bzw. Praxisanleiter mit einschlägiger Fort- und Weiterbildung einzusetzen. Diese müssen zumindest über die gleiche oder eine höhere Qualifikation verfügen.

4.2.4 Betreuungs- und Pflegevisiten

Eine Betreuungs- und Pflegevisite stellt ein Führungsinstrument zur internen Qualitätssicherung dar, das die Qualitätsstufen (Struktur, Prozess, Ergebnis) der Betreuung und Pflege darstellt (vgl. Ehmann, Marlies; Pflegevisite in der ambulanten und stationären Altenpflege, Checklisten und Formulare für die Praxis).

Um dies in einem Alten- und Pflegeheim umsetzen zu können, ist auf eine ressourcenschonende Vorgangsweise zu achten. So wird hinsichtlich der Intervalle u.a. auf die Pflegegeldeinstufung sowie die Stabilität von Pflegesituationen Bedacht zu nehmen sein.

Als Basis soll die theoretische Auseinandersetzung aus der Literatur Unterstützung geben. Für die stationäre Altenarbeit wird folgender Mindeststandard erwartet:

- Die Führungskraft (PDL, WBL) überprüft im Gespräch mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner den Betreuungs- und Pflegeprozess.

Es erfolgt dabei an Hand des Einzelfalles die Evaluierung von Art, Menge und Häufigkeit der nötigen Pflegemaßnahmen und schließlich die Überprüfung der Angemessenheit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflege. Damit wird die regelmäßige Evaluierung der Betreuungs- und Pflegeplanung sowie deren Durchführung stichprobenhaft verifiziert.

Dabei ist besondere Aufmerksamkeit auf die folgenden Punkte zu richten:

- Potentiale für Verbesserungen erkennen
 - Förderung des Beziehungsprozesses zwischen Bewohnerin bzw. Bewohner und Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter
 - Wohlbefinden und Wertschätzung der Bewohnerin bzw. des Bewohners
 - Motivation, Hilfestellung und Sicherheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Grundlage für die Ermittlung des Fortbildungsbedarfes
 - Optimierung der Arbeitsablauforganisation
 - Einhaltung der Hygienerichtlinien
 - Beratung und Transparenz der Pflege (pflegerische Fallbesprechung)
- Zu unterscheiden gilt, dass sowohl eine anlassbezogene (bei Beschwerden,...) als auch eine routinemäßige Pflegevisite durchgeführt werden soll.
 - Bei Abweichungen soll im Rahmen von Dienstbesprechungen bzw. im direkten Kontakt mit den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Gespräch gesucht werden. Allgemeine Belange sind im Rahmen einer Dienstbesprechung zu thematisieren.
 - Zur Administration ist festzuhalten, dass entweder die Führungskraft sich eines eigenen Formularwesens bedient oder ein Handlungsablauf formuliert wird und die Durchführung der Betreuungs- und Pflegevisite in der jeweiligen Dokumentation abgezeichnet wird.
 - Zum Ablauf selbst soll die Beobachtung der Bewohnerin bzw. des Bewohners an sich ganzheitlich nach den ATLS erfolgen.

Literatur:

- *Ehmann, Marlies; Pflegevisite in der ambulanten und stationären Altenpflege, Checklisten und Formulare für die Praxis*
- *Heering, Christian (Hrsg.); Das Pflegevisiten-Buch*

4.2.5 Beschwerdemanagement

Die Einführung eines Beschwerdemanagementsystems stellt einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung dar.

Die Abläufe und Ansprechpersonen sind schriftlich festzuhalten und durch Aushang in der Einrichtung (zusätzlich zu Bewohner- und Angehörigeninformationen) ersichtlich zu machen.

Rechtsquellen:

- § 22 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung

4.3 Themenfeld „Hygiene und Umgang mit Geräten und Hilfsmitteln“

Im Bereich der Hygiene sind insbesondere folgende Punkte zu beachten:

4.3.1 Ansprechperson für Hygiene (Hygienebeauftragte Pflegefachkraft für Alten- und Pflegeheime)

Für jede Einrichtung soll eine Angehörige oder ein Angehöriger des gehobenen Dienstes als Ansprechperson für Hygieneangelegenheiten benannt werden. Diese Person soll vorzugsweise bereits über Weiterbildungen im Bereich Hygiene wie, z.B. die Weiterbildung zur "Hygienebeauftragten Pflegefachkraft in Alten- und Pflegeheimen" verfügen. Für die Ausübung dieser Tätigkeit ist ein Stundenkontingent zur Verfügung zu stellen.

Für spezielle Fragestellungen sind durch die hygienebeauftragte Pflegefachkraft für Alten- und Pflegeheime ergänzend Hygienefachkräfte (Sonderausbildung nach § 70 GuKG) zu kontaktieren.

Diese Agenden sind losgelöst von der Führungsaufgabe der Pflegedienstleitung durch eine andere Mitarbeiterin bzw. einen anderen Mitarbeiter wahrzunehmen. Dies empfiehlt sich deshalb, da damit in der Einrichtung in diesem wichtigen Bereich neben der zusätzlichen Know-how-Einbringung ein Vier-Augen-Prinzip entsteht, welches sich nach unseren Erfahrungen in der Praxis bewährt hat.

Rechtsquellen:

- *Erlass So-140000/414-2006-WI (San 212000/51 2006 Scm/Kie) vom 27. Februar 2007*

4.3.2 Hygienepläne, Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen

In den Hygieneplänen sind neben den Vorgangsweisen für Händedesinfektion sowie Reinigungsplänen (Flächendesinfektion) auch entsprechende Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen für Hilfsmittel wie Medikamentenschränke, Kühlschränke, Dispenser, verschiedenste Pflegeutensilien etc. klar darzustellen.

Es wird darauf hingewiesen, dass auch die hygienischen Aspekte (z.B. Händedesinfektion, Umgang mit Sterilgut, Reinigung und Desinfektion von Hilfsmittel) bei pflegerischen Standards (Vorgangsweisen, Prophylaxen) mit zu berücksichtigen sind.

Dabei ist darauf zu achten, dass geeignete Reinigungs- und Desinfektionsmittel (Desinfektionsmittel gemäß den Listen der ÖGHMP oder des VAH [Verband für angewandte Hygiene]) die Dosis sowie die konkrete Form der Anwendung beschrieben werden.

Die Durchführung der Hygienemaßnahmen ist nachweislich zu bestätigen.

Auf die Durchführung regelmäßiger (jährlicher) Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl im Bereich der Pflege als auch der Funktionsbereiche (Reinigung, Wäscherei, Küche,...) im Zusammenhang mit Hygiene ist zu achten. Regelmäßige wiederholte Schulungen an medizintechnischen Geräten sind jährlich nachweislich durchzuführen.

Weiters ist darauf zu achten, dass bei den verwendeten Gerätschaften und Hilfsmitteln eine sachgerechte Wartung und Instandhaltung durchgeführt wird.

Rechtsquellen:

- Erlass So-140000/414-2006-WI (San 212000/51 2006 Scm/Kie) vom 27. Februar 2007

Literatur:

- Peter Bergen; *Hygiene in Altenpflegeeinrichtungen*
- www.oeghmp.at (Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin)
- www.vah-online.de (Verbund für angewandte Hygiene E. V.)

4.3.3 Steckbeckenspüler

Steckbeckenspüler sind einmal jährlich auf ihre Reinigungs- und Desinfektionswirkung zu überprüfen sind.

Die Reinigungswirkung ist dabei durch eine Testanschmutzung (z.B. Rezeptur nach Koller), die Desinfektionswirkung durch eine thermoelektrische Messung (Prüfung der thermischen Desinfektion durch nachweisliche Messung von Temperatur und Zeit [80° 3min oder 85° 1min]) vorzunehmen. Dies ist zu dokumentieren.

Rechtsquellen:

- Erlass So-140000/414-2006-WI (San 212000/51 2006 Scm/Kie) vom 27. Februar 2007

Literatur:

- Österreichische Gesellschaft für Sterilgutversorgung - Leitlinie für die Prüfung von Reinigungs-Desinfektionsgeräten mit thermischer Desinfektion für Steckbecken und Harnflaschen (www.oegsv.com bzw. [http://www.oegsv.com/dl/Leitlinien/10%20OEGSV%20LL%20Pruefung%20v.%20RDG-S%202010-10 aktualisiert.pdf](http://www.oegsv.com/dl/Leitlinien/10%20OEGSV%20LL%20Pruefung%20v.%20RDG-S%202010-10%20aktualisiert.pdf))

4.3.4 Umgang mit Sterilgut – Synergienutzung

Das Medizinproduktegesetz (MPG) regelt die Sicherheit, Funktionstüchtigkeit, Wirksamkeit und Qualität von Medizinprodukten über ihren gesamten medizinisch relevanten Lebenszyklus nach einem integrierten, umfassenden Schutzkonzept.

Der Erfolg eines Sterilisationsverfahrens kann bei diesen hohen Sicherheitsanforderungen nicht am Endprodukt bestätigt werden. Es muss vielmehr sichergestellt sein, dass der gesamte Prozessablauf und seine wesentlichen Parameter, beginnend mit der Aufbereitung und Verpackung des Sterilisiergutes, über jeden erforderlichen Zwischenschritt bis zur Sterilisation, Freigabe, Lagerung, Verteilung, Dokumentation einschließlich der erforderlichen Geräte, Ausstattung und der Qualifikation des Personals etc. qualitätsgesichert nach einem validierten Verfahren abläuft. Die Validierung des Dampfsterilisationsprozesses ist der Nachweis dafür, dass der Sterilisationsprozess unter den Betriebsbedingungen am Aufstellungsort und für jeweils definierte Güter, Verpackungsarten und Beladungsanordnungen reproduzierbar die beabsichtigte Wirkung erzielt. Beim Validieren werden prozessrelevante Daten ermittelt und dokumentiert, deren Vorhandensein die Sterilisationswirkung absichert.

So haben Sterilisatoren (Dampfsterilisatoren) einmal jährlich hinsichtlich ihrer Funktionstüchtigkeit entsprechend dem obigen Verfahren (thermoelektrische Messung, validiertes Verfahren,...) überprüft zu werden. Dies ist auch zu dokumentieren.

Es wird empfohlen, die Aufbereitung der Instrumente extern zu vergeben bzw. Einmalprodukte zu verwenden. Auch auf die Möglichkeit der Synergienutzung mit Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen wird hingewiesen.

Dies wird damit begründet, dass die Aufbereitung vor Ort einen hohen Zeitaufwand sowie hohe Anschaffungs- und laufende Wartungskosten mit sich bringt.

Rechtsquellen:

- §§ 93, 94 MPG
- Erlass So-140000/414-2006-WI (San 212000/51 2006 Scm/Kie) vom 27. Februar 2007

Literatur:

- www.oegsv.com (Österreichischen Gesellschaft für Sterilgutversorgung) bzw.
- www.oegsv.com/guidelines/validierung.htm

4.3.5 Schutzkleidung

Um im Falle einer Infektion (z.B. Norovirusinfektion,...) adäquat reagieren zu können, ist die Verfügbarkeit einer eigenen Schutzkleidung (Schutzhandschuhe, Schürze, Infektionsschutzkittel [nicht steriler "OP-Mantel"], Mundschutz, Haube) für das Personal zur Verwendung bei diesen Bewohnerinnen und Bewohnern sicher zu stellen.

Unabhängig davon sind sterile Handschuhe vorrätig zu halten.

4.3.6 Trinkwasser – Legionellen

Temperaturkontrollen und Untersuchungen des Trinkwassers auf Legionellen sind nach der ÖNORM B 5019 regelmäßig durchzuführen.

Die Frequenzen der Untersuchungen ergeben sich aus der in der ÖNORM beschriebenen Risikogruppe 3 (Alten- und Pflegeheime). Aus fachlicher Sicht wird eine zumindest jährliche Untersuchung erforderlich sein. Auch für die Bewertung der Untersuchungsergebnisse enthält die ÖNORM Vorgaben.

Die Probenentnahmestellen müssen im Untersuchungskonzept dargestellt sein, wobei einige Probenentnahmestellen fixiert sein müssen (zentral [Boiler], Rücklauf), andere jedoch variieren sollen (periphere Auslässe z.B. in Bewohnerzimmern oder Wohnbereichsbädern, tief gelegene Auslässe). Neben peripheren Auslässen hat das Untersuchungskonzept auch zentrale Entnahmestellen zu enthalten.

Rechtsquellen:

- Erlass So-140000/414-2006-WI (San 212000/51 2006 Scm/Kie) vom 27. Februar 2007
- ÖNORM B 5019

4.3.7 Handwaschbecken - Ausstattung

Sämtliche Handwaschbecken in Dienstzimmern, reinen und unreinen Arbeitsräumen sind mit beschrifteten Seifen- und Desinfektionsmittelspendern mit kontaminationsfreier Handhabung (z.B. Ellbogenbedienung) sowie Einmalhandtüchern auszustatten.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind regelmäßig hinsichtlich Händehygiene zu unterweisen.

Rechtsquellen:

- Erlass So-140000/414-2006-WI (San 212000/51 2006 Scm/Kie) vom 27. Februar 2007

4.3.8 Wäsche-, Pflegewägen und Pflegehilfsmittel

Bei der Ausstattung von Wäsche- und Pflegewägen ist auf folgende Mindestausstattung zu achten:

- geschlossene Bereiche für reine Wäsche, Pflegeartikel und Verbandsmaterial,
- getrennte Bereiche für unreine Artikel; nach Möglichkeit entkoppelbar,

- Möglichkeit der kontaminationsfreien Händedesinfektion (Ellbogenbedienung),
- Kontaminationsfrei bedienbare Abwurfbehälter sowie
- leicht reinig- und desinfizierbare Oberflächen

Beim Abstellen der Wägen in den dafür vorgesehenen Funktionsräumlichkeiten (nicht: Gänge) ist auf eine Trennung von reinen und unreinen Bereichen (Artikel/Hilfsmittel) zu achten. Bei nicht entkoppelbaren Wägen ist vor dem Abstellen der kontaminierte Teil (Schmutzwäschesäcke, Abwurf- bzw. Abfallsäcke,...) zu entsorgen bzw. im unreinen Bereich zu lagern.

4.3.9 Wäsche

Bei der Ver- und Entsorgung von Wäsche ist sowohl bei der Sammlung und dem Transport als auch bei der Lagerung bzw. Zwischenlagerung auf eine exakte Trennung von reinen und unreinen Bereichen zu achten.

Die Lagerung der sauberen Wäsche hat in geschlossenen Kästen bzw. begehbaren Schränken zu erfolgen. Beim Transport der sauberen Wäsche in die Wohnbereiche ist auf Staubschutz (z.B. durch einen Überwurf am Transportwagen) zu achten.

Auf die detaillierten Regelungen des Schreibens SO-140265/10-2008-Heu vom 5. Juni 2008 betreffend Anforderungen an Wäschereien, das auch auf Lagerung und Transport von Wäsche Bezug nimmt, wird hingewiesen.

Rechtsquellen:

- *Erlass* SO-140265/10-2008-Heu vom 5. Juni 2008

5 Prozess- und Ergebnisqualität

Der Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität umfasst die Themenfelder:

- „Betreuungs- und Pflegedokumentation“
- „Medikamentengebarung und Umgang mit ärztlichen Anordnungen“
- „Umfeldgestaltungen („Milieu“), Orientierungsmöglichkeiten in der Gruppe, im Eingangsbereich und in den Bewohnerzimmern“
- „Betreuung in der stationären Altenarbeit“
- „Verpflegung im Alten- und Pflegeheim“

5.1 Themenfeld „Betreuungs- und Pflegedokumentation“

Im Bereich der Dokumentation sind insbesondere folgende Punkte zu beachten:

5.1.1 Allgemeines - Datenschutz

Die Betreuungs- und Pflegedokumentation ist eine Urkunde und damit der rechtsgültige Beweis für die geleistete Pflege. Sie wird in außerstreitigen, zivil- oder strafrechtlichen Verfahren u.a. von Sachverständigen, Patientenanwaltschaften, Versicherungen und Gerichten zur Klärung von z.B. PflegegeldEinstufungen, Beurteilung von gelinderen Maßnahmen im Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, Beurteilung der Voraussetzung einer Sachwalterbestellung, etc. herangezogen. Aus diesem Grund muss der Pflegedokumentation in Schulung sowie in Aus- und Durchführung – neben einer qualitätsvollen Pflegearbeit – der nötige Stellenwert eingeräumt werden.

Der Inhalt der Dokumentation unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes. Insofern sind nur befugte Personen berechtigt, Einsicht in die Pflegedokumentation zu nehmen. Dazu zählen die Bewohnerin bzw. der Bewohner, deren gesetzliche Vertreter und von ihnen ermächtigte Personen sowie Vertreter der pflegenden bzw. behandelnden Personengruppen; weiters die Bewohnervertretung sowie die Heimaufsicht jeweils im Rahmen ihres gesetzlichen Wirkungsbereiches. Unberechtigten Dritten gegenüber gilt die Verschwiegenheitspflicht. Das bedeutet auch, dass die Dokumentation so aufbewahrt werden muss, dass die Bestimmungen des Datenschutzes erfüllt sind. Dies gilt für die Dokumentation auf Papier ebenso wie für die elektronische Dokumentation.

Die Einführung einer EDV-unterstützten Dokumentation wird empfohlen, dies auch im Hinblick auf die Synergienutzung mit dem Gesundheitsbereich (z.B. digitales Pflegebegleitschreiben,...).

Rechtsquellen:

- § 5 GuKG; § 7 Oö. SBG

Literatur:

- Sladeczek/Marzi/Schmiedbauer; *Recht für Gesundheitsberufe*, S. 61

5.1.2 Aufbewahrungspflicht

Bzgl. Aufbewahrungspflicht der Pflegedokumentation wird auf das Schreiben vom 2. März 2004, SO-140000/265-2004-Wm, hingewiesen, wonach diese in Anlehnung an § 5 Abs. 4 GuKG, zehn Jahre aufzubewahren ist.

Auf die gleichartige Bestimmung in § 7 Abs. 3 Oö. SBG hinsichtlich der Betreuungsdokumentation wird hingewiesen.

Rechtsquellen:

- § 7 Abs. 3 Oö. SBG
- Erlass SO-140000/265-2004-Wm vom 2. März 2004

5.1.3 Aufbau und Umfang der Dokumentation

Die Betreuungs- und Pflegedokumentation ist nachvollziehbar individuell zu führen und soll Aufschluss über den Verlauf in der Pflege und Betreuung sowie den Behandlungsverlauf bei notwendiger medizinischer Behandlung geben.

Dabei sind insbesondere folgende Bereiche abzubilden:

- Stammdaten,
- Pflegeanamnese,
- Pflegediagnose,
- Biographie,
- Betreuungs- und Pflegeplanung,
- Pflegeevaluierung,
- Pflegebericht,
- medizinische Diagnosen, Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten,
- ärztliche Anordnungen (Medikamente und Therapien) und Visiten,
- Vitalzeichen sowie
- Durchführungsnachweise.

Medizinische Diagnosen, Allergien und Medikamentenunverträglichkeit müssen aus der Pflegedokumentation (z.B. am Stammdatenblatt) rasch und klar ersichtlich sein, um neben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch Ärztinnen und Ärzten, die nicht ständig die Behandlung wahrnehmen, eine umgehende Orientierung zu ermöglichen. Bei Allergien bzw. Unverträglichkeiten ist jedenfalls auch anzugeben, wenn keine bekannt sind.

Auf ein kontinuierliches und zeitnahes Führen des Pflegeberichtes (keine Dokumentationslücken) sowie eine aktuelle Planung ist zu achten. Dabei ist auch die Wirkung von gesetzten Maßnahmen in der Betreuung und Pflege (z.B. Medikationen, Therapien,...) festzuhalten.

Rechtsquellen:

- § 5 GuKG; § 7 Oö. SBG; §§ 49 und 51 ÄrzteG

Literatur:

- ÖBIG; Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation
- ÖNORM K 1160 1,2,3,4,5

5.1.4 Wunddokumentation

Bei Wunden, deren Versorgung in die Pflegeplanung aufgenommen werden müssen, ist eine Fotodokumentation zu führen.

Dabei ist darauf zu achten, dass

- Name der Bewohnerin bzw. des Bewohners,
- Größe (z.B. durch Mitfotografieren eines Maßstabes) und Ort der Wunde (rechts/links, Körperregion) sowie
- Datum der Aufnahme

auf dem Foto ersichtlich sind.

Rechtsquellen:

- §§ 5, 14, 15 GuKG; §§ 49 und 51 ÄrzteG

Literatur:

- ÖBIG; Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation

5.2 Themenfeld „Medikamentengebarung und Umgang mit ärztlichen Anordnungen“

5.2.1 Die ärztliche Anordnung allgemein

Gemäß § 49 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 kann die Ärztin bzw. der Arzt im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen ärztliche Tätigkeiten übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Die Ärztin bzw. der Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung. Nach § 51 Ärztegesetz besteht die Verpflichtung der Ärztin bzw. des Arztes Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten zu dokumentieren.

Nach § 15 GuKG hat jede ärztliche Anordnung schriftlich - vor Durchführung der entsprechenden Maßnahme durch die Pflegeperson - zu erfolgen. Ein Absehen vom Erfordernis der Schriftlichkeit ist nach dem Willen des Gesetzgebers nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen nach § 15 Abs. 4 GuKG und nach den allgemeinen Rechtsgrundsätzen über Notstand möglich, wobei der Begriff „medizinisch begründete Ausnahmefälle“ restriktiv zu interpretieren ist. In diesen Fällen hat die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung unverzüglich, längstens aber innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.

Dies dient auch dazu, allfällige Haftungsprobleme zu vermeiden. So muss z.B. bei der Verordnung von Arzneimitteln sowohl Menge, Dosis, Verabreichungsart als auch Zeitpunkt der Verabreichung (bei Einzelmedikation insbesondere die genaue Symptombeschreibung) von der anordnungsberechtigten Ärztin bzw. vom anordnungsberechtigten Arzt schriftlich in der Dokumentation festgehalten werden.

Rechtsquellen:

- § 15 GuKG; §§ 49 und 51 ÄrzteG

Literatur:

- Emberger, Herbert; Wallner, Felix (Hrsg.); *Ärztegesetz 1998 mit Kommentar*
- Schwamberger/Biechl, *GuKG: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz [§ 15]*
- Weiß-Faßbinder/Lust, *GuKG⁶ (2010) [§ 15]*

5.2.2 Inhalt und Umfang ärztlicher Anordnungen

Die Anordnung der **Dauermedikation** muss nachweislich nachvollziehbar

- den genauen Namen,
- die Dosis,
- die Art der Applikation und
- den Zeitpunkt der Verabreichung des Medikamentes

umfassen.

Einzelmedikationen sind nur bewohnerinnen- oder bewohnerbezogen zu verwenden. Es müssen über die Anforderungen an die Dauermedikation hinaus klare ärztliche Vorgaben hinsichtlich

- der die Verabreichung im Einzelfall indizierenden Symptome,
- der exakten Einzeldosis und allfälliger wiederkehrender Anwendungen (Intervalle) sowie
- der maximal zulässigen 24-Stunden-Dosis

vorhanden sein.

Diese Anordnung der Dauer- bzw. Einzelmedikation ist vom Arzt vorzunehmen und abzuzeichnen. Darauf ist im Rahmen des Mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs besonders zu achten.

Hinsichtlich ärztlicher Anordnungen muss die **Nachvollziehbarkeit** in Bezug auf

- Grund der Anordnung,
- Art der Anordnung,
- Durchführung/Verabreichung und
- Wirkung der Maßnahme

gegeben sein (Strukturkonzept der Arbeitsabläufe).

Wesentlich ist dabei, dass die im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich getroffenen Maßnahmen (Wundbehandlung, medikamentöse Therapien,...) laufend auf Wirkung, Neben- und Wechselwirkungen evaluiert und angepasst werden.

Rechtsgrundlagen:

- § 15 GuKG, §§ 49 und 51 ÄrzteG

Literatur:

- Emberger, Herbert; Wallner, Felix (Hrsg.); *Ärztegesetz 1998 mit Kommentar*
- Kelly-Heidenthal, *Pflege delegieren (allerdings ist die öst. Rechtslage zu berücksichtigen)*

5.2.3 Medikamentengebarung - Aufbewahrung und Lagerung von Arzneimitteln

5.2.3.1 Allgemein

Allgemein ist festzuhalten, dass die gesamte Medikamentengebarung wie

- Bestellvorgang,
- Lagerung,
- Vorbereitung („Herrichten“) sowie
- die Abgabe (Verabreichung)

nachvollziehbar und bewohnerbezogen durchgeführt werden muss.

5.2.3.2 Lagerung

Die Lagerung der Medikamente muss in verschließbaren und lichtgeschützten Schränken erfolgen; die Raumtemperatur soll 25°C nicht überschreiten. Es muss sichergestellt werden, dass Unbefugte keinen Zugriff zu Medikamenten haben können.

Die Kühlschranktemperatur für die Medikamenteneinlagerung muss täglich nachvollziehbar kontrolliert werden. Es ist darauf zu achten, dass sich die Temperatur des Medikamentenkühlschranks im Bereich zwischen +2 °C und +8 °C befindet. Um Temperaturschwankungen leichter erkennen zu können, wird ein digitales externes Messgerät empfohlen.

5.2.3.2.1 Ablaufdaten von Medikamenten

Die Kontrolle des Ablaufdatums hat regelmäßig, mindestens halbjährlich, zu erfolgen und ist zu dokumentieren.

Ein Bestand an nicht verwendeten Medikamenten ("Fundus") ist auf das notwendige Maß zu reduzieren.

5.2.3.2 Anbruchsdaten und Haltbarkeit von Tropfen, Salben und Cremes

Anbruchs- und daraus resultierende Haltbarkeitsdaten sind auf Tropfen, Salben und Cremes ersichtlich zu machen.

Die Haltbarkeit kann alternativ auch durch Auflage einer deutlich sichtbaren Liste (z.B. jene des Österreichischen Apotheker-Verlags) mit den Haltbarkeitszeiten nach Anbruch der einzelnen Medikamente überwacht werden.

Analog ist bei Arzneimittelspezialitäten vorzugehen. Darunter sind Arzneimittel zu verstehen, welche immer in gleicher Zusammensetzung und unter der gleichen Bezeichnung in einer bestimmten Form in den Handel gebracht werden, wie z.B. Nahrungsergänzungsmittel. Soweit auf diesen Produkten die Haltbarkeit nicht ausgewiesen ist, ist diese vor dem Anbrechen von befugten Personen oder Einrichtungen (z.B. Hersteller) zu erfragen.

Zur leichteren Lesbarkeit wird die Verwendung von Klebeetiketten (mit Anbruchs- und Haltbarkeitsdatum) empfohlen.

Literatur:

- <http://www3.apoverlag.at/dynasite.cfm?dsmid=101991>

5.2.3.3 Vorbereitung („Herrichten“)

Die Verordnung von Arzneimitteln ist eine auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit.

Gemäß § 49 Abs. 3 ÄrzteG kann die Ärztin bzw. der Arzt im Einzelfall ärztliche Tätigkeiten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind.

Dieser Bestimmung entsprechend ermöglicht das GuKG in seinen §§ 15 und 84 die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, u.a. auch die Verabreichung von Arzneimitteln.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass es der Ärztin bzw. dem Arzt im Rahmen seiner Verantwortung obliegt, festzustellen, ob die Anwendung von Arzneimitteln zu erfolgen hat:

1. durch Selbstanwendung im Sinn von „selbstbestimmt“,
2. durch eine Ärztin bzw. einen Arzt unter allfälliger Mithilfe einer Hilfsperson gemäß § 49 Abs. 2 ÄrzteG oder
3. gemäß § 49 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 im Einzelfall durch einen Angehörigen eines anderen Gesundheitsberufes, sofern diese Tätigkeit vom Tätigkeitsbereich des jeweiligen Gesundheitsberufes umfasst sind; insbes. Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Bei diesen ist im Rahmen der ärztlichen Anordnung klarzustellen, ob die Tätigkeit durch Angehörige des gehobenen Dienstes oder durch Pflegehelferinnen bzw. Pflegehelfer zu erfolgen hat, bzw. Angehörige beider Berufsgruppen diese Tätigkeit durchführen dürfen, sofern durch geeignete organisatorische Maßnahmen die Zuständigkeit zur Durchführung der Tätigkeit sichergestellt ist.

Pflegehelfer sind gemäß § 84 Abs. 4 Z. 1 GuKG zur Verabreichung von Arzneimitteln – allerdings im Einzelfall – nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder von Ärzten berechtigt. Zur Tätigkeit „Verabreichung“ von Arzneimitteln“ zählt – gemäß Schreiben des BMGFJ vom 10.4.2007, BMFGJ-92250/008-I/B/6/2007 und ÖZPR 3/2010 (2010/70) – auch die vorbereitende Handlung der Dispensierung; die Letztverantwortung verbleibt jedoch beim gehobenen Dienst bzw. bei der Ärztin oder beim Arzt.

Aus formaler Sicht ist angesichts der oben beschriebenen Rechtslage zu empfehlen, mit den handelnden Ärzten zu vereinbaren, wie die Anordnung ärztlicher Tätigkeiten an das Betreuungs- und Pflegepersonal

- einerseits für die Einrichtung und insbesondere die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Einrichtung nachvollziehbar dokumentiert wird und
- andererseits die Betrauung einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Durchführung der ärztlichen Anordnung – sofern nicht im Einzelfall von der anordnenden Ärztin bzw. dem anordnenden Arzt anderes bestimmt wird - wahrzunehmen ist.

Rechtsgrundlagen:

- § 49 Ärztegesetz 1998; §§ 15, 84 und 85 GuKG
- ÖZPR 3/2010 (2010/70)
- Erlass BMSG 21_251_5-VIIID_13_00 vom 14.2.2001; Durchführungserlass des BMSG zu §15 GuKG
- Erlass BMFGJ-92250/008-I/B/6/2007 vom 10.4.2007; Erlass BMG-92251_0013-II_A_2_2011 vom 1.3.2011; Information betreffend die Abgrenzung von Laientätigkeit und Vorbehaltstätigkeit

Literatur:

- *Emberger, Herbert; Wallner, Felix (Hrsg.); Ärztegesetz 1998 mit Kommentar*
- *Kelly-Heidenthal, Pflege delegieren (allerdings ist die öst. Rechtslage zu berücksichtigen)*

5.2.3.4 Verabreichung und Evaluierung

Hinsichtlich der Verabreichung von Medikamenten ist festzuhalten, dass das Verabreichen - wie das Herrichten - eine auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit darstellt.

Je nach Art der Verabreichung kann diese im Rahmen der berufsrechtlichen Vorschriften des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (vgl. dazu insbesondere die §§ 15, 84 und 85 GuKG) an Mitglieder der Gesundheitsberufe (DGKP, Pflegehelfer [FSB „A“ und DSB „A“] und eingeschränkt Heimhilfe) delegiert werden.

Zu beachten ist dabei, dass Suchtmittel ausschließlich vom diplomierten Gesundheits- und Pflegepersonal hergerichtet und verabreicht werden dürfen.

Es wird im Sinne einer erfolgreichen multiprofessionellen Zusammenarbeit empfohlen, die verordneten Medikamente laufend, zumindest halbjährlich, auf ihre Aktualität mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt zu evaluieren.

5.2.3.5 Neuverblisterung von Medikamenten

Mit 27. Dezember 2010 trat die Neuverblisterungsbetriebsordnung in Kraft. Diese betrifft Betriebe (Apotheken), die Arzneimittel neuverblistern und in Umlauf bringen.

Damit wurden einige Fragen im Zusammenhang mit der Neuverblisterung einer Klärung zugeführt. Bereits in einigen öö. Alten- und Pflegeheimen wird diese Form der Medikamentenbelieferung eingesetzt bzw. erprobt.

Auf die diesbezügliche Information der Abteilung Soziales vom 7. Dezember 2011, SO-140000/750-2011, wird hingewiesen.

Rechtsgrundlagen:

- *Erlass SO-140000/750-2011 vom 7. Dezember 2011*

5.2.4 Suchtmittel

Suchtmittel (suchtgifthaltige Arzneimittel) sind gemäß § 9 Abs. 1 SMG von allen Einrichtungen, die über ein Arzneimitteldepot verfügen, durch geeignete, den jeweiligen Umständen entsprechende Maßnahmen gegen unbefugte Entnahme zu sichern. Suchtgifte sind gesondert aufzubewahren. Die Suchtmittelgebarung ist nachvollziehbar, übersichtlich (Eingänge, Entnahmen,...) und ebenfalls bewohnerbezogen zu dokumentieren.

Unter bewohnerbezogener Dokumentation ist zu verstehen, dass die einzelnen Suchtmittel direkt der jeweiligen Bewohnerin bzw. dem jeweiligen Bewohner zugeordnet werden können. Eine rein summarische Zuordnung (Bsp.: Bestand eines Suchtmittels, das mehrere Bewohnerinnen und Bewohner erhalten) erfüllt diese Vorgabe nicht.

Die Aufbewahrung aller Medikamente, welche unter das Suchtmittelgesetz fallen, hat in einem versperrten Suchtmittelschrank zu erfolgen. Falls das benötigte Suchtmittel bereits für den gesamten Tag in den Dispensern vorbereitet wird, müssen die Dispenser mit den vorbereiteten Medikamenten im versperrten Medikamentenschrank aufbewahrt werden. Eine wöchentliche Dispensierung von Suchtmitteln ist nicht zulässig. Das Herrichten und die Verabreichung von Suchtmittel hat ausschließlich durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zu erfolgen.

Rechtsgrundlagen:

- *§ 9 SMG*
- *Erlass SO-140000/414-2006 vom 27. Februar 2007*

5.3 Themenfeld „Umfeldgestaltungen („Milieu“), Orientierungsmöglichkeiten in der Gruppe, im Eingangsbereich und in den Bewohnerzimmern“

5.3.1 Gestaltung der Aufenthaltsbereiche und Gänge (Milieugestaltung) und Bewohnerzimmer

Eine jahreszeitliche Umfeldgestaltung (z.B. durch Dekoration) der Aufenthaltsbereiche und Gänge bietet den Bewohnerinnen und Bewohnern Orientierung. Durch Verwendung von biografischen Elementen wird es erleichtert, die Bewohnerinnen und Bewohner in unterschiedlichen Lebensphasen „abzuholen“.

Ergänzt soll dies z.B. mit Uhren, Kalendern und Speiseplänen sowie dem Aushang von Beschäftigungsmöglichkeiten werden. Durch die namentliche fotografische Darstellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie deren Verantwortlichkeiten können sich die Bewohnerinnen und Bewohner ebenso wie Besucherinnen und Besucher besser orientieren. Gleiches wird durch individuelle Gestaltung der Eingangstüren der Bewohnerzimmer wie z.B. mittels Bewohnerfotos aus früherer Zeit oder biografische Stilelemente (als biografische Anker) erreicht.

Diesbezüglich soll unter Heranziehung der Diplom- und Fach-Sozialbetreuerinnen „A“ und Diplom- und Fach-Sozialbetreuer „A“, die in ihrer Ausbildung auch einen Schwerpunkt in Milieugestaltung haben, ein Konzept zur Aufwertung dieser Bereiche (Wohnbereich, Gänge, Bewohnerzimmer, Nischen,...) entwickelt und umgesetzt werden. Es sind klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für das Themenfeld „Milieugestaltung“ festzulegen.

Literatur:

- Heeg, Sibylle; *Pflegeheimarchitektur und Milieugestaltung*, in Dürrmann, Peter (Hrsg.); *Besondere stationäre Dementenbetreuung*

5.3.2 Abstellflächen

Für Wäschewagen, Reinigungswagen, Pflege(Verbands)wagen sowie diverse Pflegehilfsmittel (Rollstühle, Rollatoren,...) sind geeignete Abstellräume zu definieren.

Gänge und Aufenthaltsbereiche dürfen dafür nicht herangezogen werden.

5.4 Themenfeld „Lebensqualität und Betreuung“

5.4.1 Betreuung in der stationären Altenarbeit

Der Pflegebedarf der Heimbewohnerinnen und Bewohner wird zunehmend höher. Nichts desto trotz reduziert sich der Aufenthalt in einem Alten- und Pflegeheim nicht nur auf Pfl egetätigkeiten.

Ganz allgemein ist die Betreuung (vgl. dazu § 5 Z. 11 Oö. SBG in dem „Soziale Betreuung“ als Maßnahmen zur Begleitung bzw. Förderung des eigenständigen und selbstbestimmten sozialen Umgangs sowie der individuellen Fähigkeiten mit dem Ziel der Befriedigung von Bedürfnissen beschrieben wird) bereits im Rahmen des Betreuungs- und Pflegekonzeptes grundsätzlich als ein die Durchführung der Pflege begleitender bzw. integrativer Bestandteil darzustellen.

Je nach Gesundheitszustand, Pflegesituation und Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner werden sich daher Betreuungs- und Beschäftigungsbedürfnisse sowie Betreuungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten individuell unterscheiden.

Ungeachtet dieser Individualität wird empfohlen, dass aus organisatorischer Sicht definierte Ansprechpersonen für allgemeine und individuelle Beschäftigungsmaßnahmen nominiert werden, sodass neben einer strukturierten Jahresgestaltung (Feste im Jahreskreis) eine individuelle Tagesgestaltung möglich ist.

Eine Darstellung von Betreuungsaktivitäten im Rahmen der Dienstplangestaltung wird empfohlen.

Rechtsgrundlagen:

- Oö. SBG

5.5 Themenfeld „Verpflegung im Alten- und Pflegeheim“

5.5.1 Menügestaltung, Ernährung allgemein

Die Verpflegung ist ein wesentliches Element im Rahmen der Betreuung und Pflege älterer Menschen. Gemäß § 13 Abs. 3 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung sind folgende Verpflegungsvarianten im Rahmen der Grundversorgung anzubieten:

- Normalkost mit mindestens 2 Menüs zur Auswahl,
- Schonkost (geeignet für Leber, Galle, Magen und Darm Erkrankungen),
- Zuckerdiät,
- Reduktionskost und
- Breikost.

Bei älteren Menschen steht neben einer gesunden und ausgewogenen Ernährungsgestaltung (Energie, Nährstoffe, Vitamine, etc.) gerade auch die Animation zum Essen im Vordergrund. Dabei ist auf eine altersgerechte Speisengestaltung und vor allem auch auf die Milieugestaltung (Tischdekoration, Gerüche, Geräusche,...) zu achten.

Neben der geschmacklichen und optischen Ausrichtung ist dabei auch die Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner in die Speiseplangestaltung sowie die Wertschätzung durch die Küchenleitung von Bedeutung. Es wird daher empfohlen, dass die Küchenleitung sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Küche aus diesem Grund vermehrt in den Wohnbereichen präsent sind.

Auf eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ist zu achten. Individuelle Maßnahmen sind in der Pflegeplanung darzustellen.

Ganz allgemein ist festzuhalten, dass die Ernährung nicht nur eine die Lebensqualität beeinflussende, sondern insbesondere auch eine die Gesundheit (Mangelernährung und deren Folgen) wesentlich beeinflussende Komponente darstellt. Das Thema „Ernährung“ ist daher im Rahmen einer zeitgemäßen Betreuung und Pflege eine von Küche und Pflege gemeinsam sicherzustellen- de Leistung. Es empfiehlt sich daher, dies auch organisatorisch durch Einrichtung von „Ernährungs- teams“ in der Einrichtung zu verankern.

Im Rahmen des „Ernährungsteams“ können insbesondere folgende Themenstellungen bearbeitet werden:

- Erkennen von Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner,
- Prozess der altersgerechten Speisenzusammenstellung (Mangelernährung, Sonderkostformen, etc.)
- Speiseplangestaltung, zeitnahe Menuwahl,
- Tisch- und Milieugestaltung,
- Anbieten und Servieren der Speisen,
- Einhaltung der Hygienevorschriften sowie
- Qualitätssicherung durch Statistiken über Ernährungszustand der Bewohnerinnen und Bewohner (Gewicht, Mangelernährung,...) und Schulungen.

In einem „Ernährungsteam“ sollen folgende Personen vertreten sein:

- Pflegedienstleitung/Heimleitung,
- Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter aus den Teams (WBL, DGKP, FSB „A“, HH),
- Küchenleitung,
- Diätologin bzw. Diätologe (als externen Partner),

- Hausärztin bzw. Hausarzt (bei Bedarf) sowie
- Vertretung aus dem Kreis der Bewohnerinnen bzw. Bewohner.

Sofern aus dem Kreis der Bewohnerinnen und Bewohner keine Vertretung gefunden werden kann, ist auf geeignete Weise sicherzustellen, dass den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner dennoch Rechnung getragen wird.

Rechtsgrundlagen:

- § 13 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung

Literatur:

- www.ake-nutrition.at (Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung)

5.5.2 Essenszeiten

Bei der Gestaltung der Essenszeiten ist einerseits

- auf die Erfordernisse einer ausgewogenen über den Tag verteilten Ernährung (zu kurze Intervalle der Hauptmahlzeiten führen zu geringerer Nahrungsaufnahme,...) sowie
- auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner

Rücksicht zu nehmen.

Die Frühstückszeiten sind flexibel zu gestalten. Das Mittagessen darf frühestens ab 11:30 Uhr und das Abendessen ab 17:00 Uhr serviert werden.

Zwischen- und Spätmahlzeiten sind in den Wohngruppen vorrätig zu halten.

6 Rechtsquellen

6.1.1 Gesetzliche Grundlagen

Rechtsnorm	Fundstelle	Link
Ärztegesetz	BGBl. I Nr. 169/1998 idF. BGBl. I Nr. 61/2010	§
Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG	BGBl. I Nr. 108/1997 idF. BGBl. I Nr. 74/2011	§
Medizinproduktegesetz - MPG	BGBl. Nr. 657/1996 idF. BGBl. I Nr. 143/2009	§
Neuverblisterungsbetriebsordnung	BGBl. II Nr. 474/2010	§
Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung	LGBl. Nr. 29/1996 idF. LGBl. Nr. 49/2010	§
Oö. Sozialberufegesetz	LGBl. Nr. 63/2008 idF. LGBl. Nr. 92/2009	§
Oö. Sozialhilfegesetz	LGBl.Nr. 82/1998 idF. LGBl.Nr. 74/2011	§
Suchtmittelgesetz - SMG	BGBl. I Nr. 112/1997 idF. BGBl. I Nr. 21/2011	§

6.1.2 Erlässe

6.1.2.1 Erlässe der Abteilung Soziales

Geschäftszahl	Datum	Betreff
SO-090028/114-2001-Wa	25.6.2001	Erfüllung des Pflegepersonalbedarfes in Alten- und Pflegeheimen
SO-140000/265-2004-Wm	2.3.2004	Aufbewahrungspflicht von Pflegedokumentationen in Alten- und Pflegeheimen
SO-090028/196-2005-Wm	14.7.2005	Mitteilung besonderer Vorkommnisse
SO-140000/414-2006-WI	27.2.2007	Hygienische Anforderungen an Alten- und Pflegeheime
SO-140142/83-2007-Wm	28.3.2007	Rechtsanspruch auf Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen; Objektivierungsverfahren
SO-140265/10-2008-Heu	5.6.2008	Anforderungen an Wäschereien
SO-140000/618-2009	09.11.2009	Zusatznahrung Kostentragung
SO-140000/642-2010	12.09.2010	Einsatz von Heimhelfern und Heimhelferinnen in Alten- und Pflegeheimen
SO-140000/765-2011-WI	21.11.2011	Informationsschreiben zur Haltung von Tieren in Alten- und Pflegeheimen
SO-140000/750-2011-WI	7.12.2011	Verwendung von neuverblisterten Medikamenten in Alten- und Pflegeheimen

6.1.2.2 Erlässe des Bundes

BMSG 21_251_5-VIIID_13_00	14.2.2001	Durchführungserlass des BMSG zu §15 GuKG
BMFGJ-92250/008-I/B/6/2007	10.4.2007	Medikamenten-Verblisterung durch Apotheken
BMG-92251_0013-II_A_2_2011	1.3.2011	Information betreffend die Abgrenzung von Laientätigkeit und Vorbehaltstätigkeit

6.1.3 Sonstige Normen

Geschäftszahl	Datum	Betreff
ÖNORM B 5019	1.5.2011	Hygienerelevante Planung, Ausführung, Betrieb, Überwachung und Sanierung von zentralen Trinkwasser-Erwärmungsanlagen
ÖNORM K 1160-1	1.4.2010	Pflegeprozess Teil 1: Pflegerisches Assessment
ÖNORM K 1160-2	1.4.2010	Pflegeprozess Teil 2: Pflegediagnostik
ÖNORM K 1160-3	1.4.2010	Pflegeprozess Teil 3: Pflegeplanung, Zielfestlegung und Pflegeinterventionen
ÖNORM K 1160-4	1.4.2010	Pflegeprozess Teil 4: Durchführung der Pflege
ÖNORM K 1160-5	1.4.2010	Pflegeprozess Teil 5: Evaluierung der Pflege
ÖNORM Z 1020	1.12.2006	Verbandkästen für Arbeitsstätten und Baustellen – Anforderungen, Inhalt, Prüfung

6.2 Literatur und Quellennachweis

6.2.1 Literatur

Autor	Titel
Bergen, Peter	Peter Bergen; Hygiene in Altenpflegeeinrichtungen, Elsevier, München; Urban & Fischer, 2004
Ehmann Marlies	Pflegevisite in der ambulanten und stationären Altenpflege, Checklisten und Formulare für die Praxis, Ehmann, Marlies, ISBN: 978-3-437-27260-8)
Gutjahr, Uwe;	Barrierefreie Bau- und Wohnkonzepte; Forum Verlag
Huhn Sigfried	In Kämmer, Karla; Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen; 5. überarbeitete und erweiterte Auflage; Schlütersche Verlagsgemeinschaft
Emberger, Herbert; Wallner, Felix (Hrsg.)	Ärztegesetz 1998 mit Kommentar
Hatt, Janine	Strukturen für Palliativ Care in der Langzeitpflege
Kämmer Karla (Hrsg.)	Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen, 5. überarbeitete und erweiterte Auflage; Schlütersche Verlagsgemeinschaft
Kelly-Heidenthal	Pflege delegieren...
Kränzle, Schmid, Seeger	Handbuch für Pflege und Begleitung; Springer Verlag, Berlin, ISBN 978-3-642-20933-8
Sladeczek/Marzi/Schmiedbauer	Recht für Gesundheitsberufe ³ , LexisNexis ARD Orac
Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.)	Demenzhandbuch. Betreuungsangebote für demenziell erkrankte Menschen, Wien 2008
Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales (Hrsg.)	Freiwilligen-Mappe für die Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich
Dürmann, Peter	Besondere stationäre Dementenbetreuung, Hannover 2001
Grond, Erich	Pflege Demenzkranker, Hannover 2009
Heeg, Sibylle	Pflegeheimarchitektur und Milieugestaltung, In: Dürmann, Peter (Hrsg.); Besondere stationäre Dementenbetreuung, Hannover 2001
Heeg, Sibylle	Heimat für Menschen mit Demenz, Frankfurt/Main 2008
Heering, Christian (Hrsg.)	Das Pflegevisiten-Buch; Verlag Hans Huber, Bern 2006; ISBN 3-456-84301-1
ÖBIG	Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation, 2009 (http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/GesPW/Berichte/0032.pdf)
Schwamberger/Biechl,	GuKG: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Stand: August 2011
Weiß-Faßbinder/Lust	,Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG ⁶ (2010)

6.2.2 Quellenachweis

Themenbereich	Quellen
Allgemeines	www.land-oberoesterreich.gv.at www.bmg.gv.at www.oegkv.at www.kda.de www.mdk.de
Alten- und Pflegeheime	www.lebensweltheim.at www.altenheime.org www.seniorenheim.at
Demenz	www.alzheimer-hilfe.at
Freiwilligenarbeit	www.ulf-ooe.at
Gesundheit	www.ages.at/ages/gesundheit/mensch www.bmg.bund.de www.evidence.de www3.apoverlag.at/dynasite.cfm?dsmid=101991
Hospiz und Palliative Care	www.hospiz.at
Hygiene	www.oeghmp.at www.rki.de www.vah-online.de www.ages.at www.bmg.at (PROHYG – Krankenhaushygiene) www.krankenhaushygiene-ooe.at/aktuell/index_home.html
Leitlinien / Standards	www.as-search.at (Normungsinstitut) www.dnqp.de (Hochschule Osnabrück) www.pflegeheim.de/DE/Themen/article_2477.html (Notfälle)
Mangelernährung	www.ake-nutrition.at (Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung)
Pflege	www.pflegenetz.at www.aedl.de www.pflegen-online.de www.kaemmer-beratung.de www.vincentz.net www.ebn.at www.leitlinien.de www.curaviva.ch www.apupa.at (Dekubitus) www.enpp-boehm.com
Recht	www.ris.bka.gv.at (Rechtsinformationssystem) www.help.gv.at

6.3 Abkürzungsverzeichnis

Verzeichnis über die in diesem Themenkatalog verwendeten Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
AEDL	Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens
ÄrzteG	Ärztegesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
DGKP	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
DSB „A“	Diplom-Sozialbetreuer/in mit Schwerpunkt Altenarbeit
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
FSB „A“	Fach-Sozialbetreuer/in mit Schwerpunkt Altenarbeit
HH	Heimhilfen
HL	Heimleitung
idF.	In der Fassung
LGBl.	Landesgesetzblatt
MPPS	Mindestpflegepersonalschlüssel
MPG	Medizinproduktegesetz
Oö. SBG	Oberösterreichisches Sozialberufegesetz
Oö. SHG	Oberösterreichisches Sozialhilfegesetz
ÖZPR	Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht
PDL	Pflegedienstleitung
PH	Pflegehilfe
RHB	Routineheimbesuch
WBL	Wohnbereichsleitung
WHB	Wiederholungsbesuch