

# BERICHT

der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen-  
und Patienten-anwaltschaft eingerichteten

# WIENER HEIMKOMMISSION 2016



**WHK**

Die Wiener Heimkommission

Stad**t** **+** *Wien*

*Wien ist anders.*



## Liebe Leserin, lieber Leser!



Als neue Stadträtin für die Wiener Gesundheitspolitik ist es mir besonders wichtig, gesellschaftliche Entwicklungen zu erkennen, rasch auf diese reagieren und Lösungen anzubieten.

Insbesondere zwei Entwicklungen sind dabei auch für die Wiener Gesundheitspolitik und für den Bereich der Pflege relevant: Wien wird zwar in den nächsten Jahren das demografisch jüngste Bundesland, jedoch bei einer gleichzeitig steigenden Anzahl hochbetagter Menschen, die eine optimale Versorgung brauchen.

Mit dem Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ wurden die Pläne und Ziele der nächsten fünfzehn Jahre im Bereich der Pflege und Betreuung in Wien präsentiert, um die Pflege zukunftsfit zu machen und bedarfsorientierte Angebote zu schaffen.

Die Menschen sollen in der Stadt ein Netz an Leistungen vorfinden, das den Bedarf individuell abdeckt und so die Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben mit hoher Lebensqualität bis zuletzt schafft. Mit flexiblen, durchlässigeren und individuelleren Modellen garantiert die Stadt Wien eine moderne Pflege- und Betreuungslandschaft.

Für mich geht es vor allem darum, den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen in unserer Stadt gerecht zu werden und den Wunsch, solange es geht zu Hause wohnend zu bleiben, zu unterstützen. Ein wichtiges Element dabei ist es auch Lücken im Angebot zu schließen. Mit der Verlängerung der Öffnungszeiten in unseren Tageszentren gehen wir hier voran.

Ich möchte mich bei allen Mitgliedern der Heimkommission sowie bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle für ihr Engagement für pflegebedürftige Wienerinnen und Wiener herzlich bedanken. Gerade wenn es um die Kommunikation von Anregungen, Wünschen und Beschwerden geht, erfüllt die Wiener Heimkommission eine wichtige Funktion. Mit Ihrer Arbeit leisten Sie einen wesentlichen Beitrag in der Umsetzung des Wiener Geriatriekonzepts.

Danke für Ihren Einsatz für die pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen in unserer Stadt, der sich in dem vorliegenden Tätigkeitsbericht widerspiegelt.

**Sandra Frauenberger**  
Stadträtin für Soziales, Gesundheit und Frauen

## Einleitung



Im Jahr 2016 konnte die Wiener Heimkommission ihr 10-jähriges Bestehen feiern.

Blicken wir zurück:

Im Jahre 2006 konnte die Wiener Heimkommission ihre Arbeit aufnehmen, weil man erkannt hatte, dass eine niedrighschwellige Möglichkeit, sich zu beschweren oder ein Anliegen zu äußern, für Bewohnerinnen und Bewohner unverzichtbar ist. Die Interessen der hochbetagten Menschen in Einrichtungen sollten aktiv unterstützt und gehört werden.

Die gesetzliche Errichtung der Wiener Heimkommission erfolgte im Oktober 2005. Diese neue Institution war eine der positiven Konsequenzen aus einer mehrjährigen kontroversiellen gesellschaftspolitischen Debatte rund um die alten überkommenen Geriatriezentren der Stadt zu Beginn des Jahrtausends. Auftrag der Heimkommission ist es, das Magistrat in Angelegenheiten der Wohn- und Pflegeheime zu unterstützen. Dazu finden regelmäßig Sprechstage in den Häusern statt, bei denen die Bewohnerinnen und Bewohner Gelegenheit haben, ausführlich mit den Mitgliedern der Heimkommission zu sprechen. Über diese Gespräche und über die Beobachtungen vor Ort wird in den Sitzungen der Heimkommission berichtet und daraus abgeleitet, Empfehlungen an die Heimträger oder das Magistrat ausgesprochen.

Aus Anlass des zehnjährigen Jubiläums wurde im November 2016 auf Einladung des amtierenden Bürgermeisters der Bundeshauptstadt Wien, Dr. Michael Häupl und der amtsführenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Mag.<sup>a</sup> Sonja Wehsely, eine Feierstunde in den Räumlichkeiten des Wiener Rathauses abgehalten.

Neben den Mitgliedern der Wiener Heimkommission, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle und der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwtschaft waren Gäste aus Politik, dem Gesundheits- und Pflegewesen, sowie Vertreterinnen und Vertreter aller vernetzter Stellen und Organisationen geladen. Auch der ehemalige Vorsitzende der Wiener Heimkommission, Herr hon. Prof. Dr. Konrad Brustbauer, befand sich unter den Festgästen.



Sigrid Pilz, Richard Gauss



Youth Dance-Gruppe





Marianne Klicka



Konrad Brustbauer, Susanne Drapalik



Sabine Pleschberger

In ihrer Festrede lobte die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwältin die professionelle Expertise und engagierte Tätigkeit der ehrenamtlichen Mitglieder und Ersatzmitglieder. In ihrer Funktion als Vorsitzende der Wiener Heimkommission bedankte sie sich bei allen Institutionen und Einrichtungen für die ausgezeichnete und wertschätzende Zusammenarbeit. Ganz ausdrücklich würdigte sie das Engagement der Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission.

Herrn Senatsrat Mag. Richard Gauss, Bereichsleiter für Finanzmanagement in der Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales der Stadt Wien, wies in seiner Festrede auf die Bedeutung der Wiener Heimkommission im Interesse der Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitpflegeeinrichtungen in Wien hin. Einen umfassenden Rückblick auf die Tätigkeit der vergangenen zehn Jahre gab Frau Landtagspräsidentin a.D. Marianne Klicka, welche über viele Jahre als Vorsitzende der Wiener gemeinderätlichen Geriatriekommission tätig war. Der Fachvortrag von Frau Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Sabine Pleschberger, MPH, mit dem Thema „Perspektiven auf das Leben im Alter – Bedeutung der Heime in Zukunft“ bereicherte die Feststunde durch wissenschaftliche Erkenntnisse. Eine Tanzperformance der Youth Dance – Gruppe (Projekt „Tanz die Toleranz“ der Caritas) stellte den künstlerischen Höhepunkt dar.

Im Jahr 2016 gab es eine Reihe von Themen, die in der Heimkommission ausführlich erörtert wurden. In einer gemeinsamen Sitzung mit der Volksanwaltschaft wurden Bewohnerrechte und freiheitseinschränkende Maßnahmen besprochen; eingeladen in den Arbeitskreis zur Reform des Sachwalterrechts im Justizministerium brachte die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission ihre Expertise auf Bundesebene ein; die Probleme der Schnittstelle zwischen Langzeitpflegeeinrichtung und Akutversorgung wurden in den Sitzungen der Wiener Heimkommission mehrfach diskutiert und an Lösungsvorschlägen gearbeitet.

Es liegt Ihnen nunmehr der Bericht über das Jahr 2016 vor. Er gibt mir die Gelegenheit, im Namen der Bewohnerinnen und Bewohnern allen Mitgliedern der Wiener Heimkommission, allen Partnerinnen und Partnern in unserer Stadt, der Gesundheitspolitik und insbesondere meinem Team in der Geschäftsstelle ganz herzlich für die engagierte Arbeit zu danken.

Ich wünsche eine spannende Lektüre!

**Dr.<sup>in</sup> Sigrid Pilz**

Vorsitzende der Wiener Heimkommission

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Über die Wiener Heimkommission</b>	
1.1	Die Errichtung der Wiener Heimkommission .....	8
1.2	Die Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission .....	8
1.3	Die Aufgaben der Wiener Heimkommission .....	12
1.4	Die Tätigkeit der Wiener Heimkommission .....	13
1.5	Die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission .....	14
1.6	Arbeitsablauf in der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission .....	15
1.7	Kontaktaufnahme mit der Wiener Heimkommission .....	16
1.8	Plattform der Leiterinnen und Leiter bzw. stellvertretenden Leiterinnen und Leiter der Bewohnerservicestellen in Wiener Wohn- und Pflegeheimen .....	17
1.9	Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen .....	20
<b>2</b>	<b>Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten</b>	
2.1	Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow-up eines Wiener Pilotprojekts (im Bericht 2015 unter Punkt 2.1) .....	21
2.2	Freiheitsbeschränkungen durch Medikamente in Wohn- und Pflegeheimen (im Bericht 2015 unter Punkt 2.2) .....	22
2.3	Sachwalterschaft – „Entmündigung“ oder Unterstützung (im Bericht 2015 unter Punkt 2.3).....	23
2.4	Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und Wiener Krankenanstaltenverbund (im Bericht 2015 und Punkt 2.4) .....	24
2.5	ELGA – Start auch in den Wiener Pflegewohnhäusern und Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes (im Bericht 2015 unter Punkt 3.5) .....	25
2.6	Psychosoziale Rehabilitation bzw. forcierte Entlassungsvorbereitung und deren Schnittstellen (im Bericht 2015 unter Punkt 3.6) .....	25
2.7	Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ (im Bericht 2015 unter Punkt 3.1).....	26
2.8	Tageszentrum PLUS geht in die Verlängerung (im Bericht 2015 unter Punkt 3.8).....	26
<b>3</b>	<b>Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge</b>	
3.1	20 Jahre SeniorInnenbeauftragteR der Stadt Wien .....	28
3.2	Stadtrechnungshof Wien – Prüfung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in der WPPA und der Wiener Heimkommission.....	30
3.3	ELGA – Auch in den Wiener Pflegewohnhäusern und Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes .....	31
3.4	Die aktuelle GuKG-Novelle und deren Auswirkung auf den Personalschlüssel Professionelle Pflege - heutige und zukünftige Anforderungen.....	35
3.5	Gangbetten in den städtischen Spitälern – ältere Menschen sind besonders betroffen .....	37
3.6	Geriatrie als medizinisches Sonderfach .....	39
3.7	Die Finanzierung von Hospiz- und Palliativ Care .....	43
3.8	Der Vorsorgedialog im Rahmen von Hospiz- und Palliativarbeit in und für Wohn- und Pflegeheime .....	44
3.9	Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen und Arzneimittelinteraktionen .....	47
3.10	Delir im Wohn- und Pflegeheim .....	50
3.11	Betreuung von Personen mit Symptomen von herausforderndem Verhalten, Demenz, Delir (SHVDD) am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Aktionen und Projekte.....	54
3.12	Einige Aspekte der Demenz.....	55
3.13	DEMENZDIALOG – Achtsamkeit für Menschen mit und ohne Demenz .....	57

3.14	Integrative Betreuung von Menschen im Wachkoma im Geriatriezentrum Favoriten.....	60
3.15	Der psychisch kranke Mensch in der Langzeitpflege.....	64
3.16	Psychosoziale Rehabilitation und forcierte Entlassungsvorbereitung im Sozialtherapeutischen Zentrum Ybbs/Donau – Zwischenbericht im Beobachtungszeitraum des 1. Betriebsjahres .....	66
3.17	Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ .....	67
3.18	Fehlerkultur und Fehlermanagement.....	70
3.19	Weiterarbeit an den Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung.....	72
3.20	Leistungsqualität für Lebensqualität – das Fachaudit für Pflege und Betreuung im Kuratorium Fortuna .....	75
3.21	Entlastungsangebot im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser für pflegende Angehörige .....	78
3.22	Operative Pflegeberatung – Implementierung des Beratungsprozesses in der stationären Langzeitpflege im Haus der Barmherzigkeit.....	81
3.23	Kontinenzförderung im Haus der Barmherzigkeit.....	82
3.24	Gesundheitsförderndes Seniorinnen- und Seniorenwohnhaus – Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch Angehörige in Wiener Seniorinnen- und Seniorenwohnhäusern des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser – Entwicklungen im Jahr 2016 .....	83
3.25	Kundinnen- bzw. Kundennähe im Fonds Soziales Wien – mehr als ein Slogan .....	85
3.26	Case- und Caremanagement bei den Betreuungsorganisationen.....	87
3.27	Betreutes Wohnen für Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund.....	89
3.28	Diät – muss das wirklich sein? .....	92
3.29	Speisenversorgung in den Pflegewohnhäusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes.....	94
3.30	Hausgemeinschaften Casa Kagrán – Individualität steht auch beim Essen im Vordergrund .....	96
3.31	Empowerment auf allen Ebenen – Der spannende Weg von der Mit- zur Selbstbestimmung von Bewohnerinnen und Bewohnern im Betreuten Wohnen Kabelwerk .....	98
3.32	Das TOPIC-Projekt im Rahmen von Ambient Assisted Living Joint Programmen .....	104
3.33	Das Rikscha-Projekt .....	108
3.34	(Menschen)-Rechtsschutz in den Wohn- und Pflegeheimen .....	110
<b>4</b>	<b>Statistischer Überblick</b>	
4.1	Erläuterungen zum Organisationsablauf und zur Statistik der Wiener Heimkommission.....	114
4.2	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2016 inklusive Vergleich mit den Vorjahren.....	116
4.3	Anzahl der Kontaktaufnahmen mit der Wiener Heimkommission bei Sprechtagen nach Rechtsträgern .....	117
4.4	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei den Sprechtagen in den Wohn- und Pflegeheimen .....	118
4.5	Erledigung der bei Sprechtagen erfolgten Kontaktaufnahmen in den Wohn- und Pflegeheimen.....	126
<b>5</b>	<b>Anhänge</b>	

# 1 Über die Wiener Heimkommission

## 1.1 Die Errichtung der Wiener Heimkommission

Das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG, LGBL. für Wien Nr. 15/2005, trat mit 30.6.2005 in Kraft (siehe Punkt 5). Gemäß § 29 WWPG ist bei der Wiener Pflege, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft eine Heimkommission einzurichten.

Die Mitglieder der Wiener Heimkommission sind ehrenamtlich tätig, unabhängig und weisungsfrei.

Seit dem Berichtsjahr 2009 beträgt die Dauer der Mitgliedschaft drei Jahre.

Die erste Funktionsperiode dauerte vom 28. Oktober 2005 bis 28. Oktober 2007.

Die zweite Funktionsperiode dauerte vom 19. November 2007 bis 19. November 2010.

Die dritte Funktionsperiode dauerte vom 19. November 2010 bis 19. November 2013.

Die vierte Funktionsperiode dauerte vom 19. November 2013 bis 18. November 2016.

Die Mitglieder und Ersatzmitglieder für die fünfte Funktionsperiode (Beginn mit 19. November 2016) der Wiener Heimkommission finden sich unter Punkt 1.2. Zur Vorsitzenden wurde Frau Dr.<sup>in</sup> Sigrid Pilz gewählt.

Im Berichtsjahr wurden vier Sitzungen mit den Mitgliedern und Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission in den Räumlichkeiten der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft und eine Sitzung in den Räumlichkeiten der Volksanwaltschaft abgehalten.

## 1.2 Die Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission

### Fachleute aus dem Pflegebereich

Mitglied



**Gabriele Thür, MBA, Oberin (stv. Vorsitzende)**

Wiener Krankenanstaltenverbund  
Teilunternehmung Geriatriezentren und  
Pflegewohnhäuser mit sozialmedizinischer Betreuung  
Leiterin Bereich für Gesundheits- und Krankenpflege



**Eva Mutz-Amon,  
akad. gepr. Krankenhausmanagerin**

Geschäftsführerin  
Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse und Tokiostraße





**Mag.ª Doris Stelzhammer**  
Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen



**PhDr.ª Elisabeth Tuma, MAS**  
Leitende Direktorin und Pflegedienstleiterin  
Sozialmedizinisches Zentrum Süd - Geriatriezentrum Favoriten

### Vertreter der Heimträger



**Norbert Koblinger, DSA**  
Leiter der Stabsstelle Bewohnerservice  
Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser



**Mag. Robert Oberndorfer**  
Geschäftsführer CS Caritas Socialis GmbH



**Mag. Alexander Bodmann**  
Generalsekretär der Caritas der Erzdiözese Wien



**Mag.ª Judith Hackl (ab 19.11.2016)**  
Geschäftsführerin  
Kuratorium FORTUNA  
zur Einrichtung von Senioren-Wohnanlagen



**Ing. Karl Svoboda, MBA (bis 18.11.2016)**  
Kuratorium FORTUNA  
zur Errichtung von Senioren-Wohnanlagen

## Vertreter der Heimträger

Ersatzmitglied



**Dr. in Susanne Drapalik (ab 19.11.2016)**  
Direktorin, Wiener Krankenanstaltenverbund  
Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser  
mit sozialmedizinischer Betreuung



**Reg. Rat. Dipl. KH-BW Kurt Toifl, OAR (bis 18.11.2016)**  
Verwaltungsdirektor SMZ-Sophienspital  
und Orthopädisches Krankenhaus Gersthof

## Ärzte

Mitglied



**Prim. Dr. Georg Psota**  
Chefarzt des Psychosozialen Dienstes Wien

Ersatzmitglied



**Prof. Dr. Thomas Frühwald**  
Allgemeinmediziner,  
Facharzt für innere Medizin und Additivfach für Geriatrie

## Auf Beschwerdemanagement in der Pflege spezialisierte Personen

Mitglied



**Petra Nicol Gottwald**

Leiterin Beratungszentrum Pflege und Betreuung  
Schwerpunkt Wohn- und Pflegehäuser  
Fonds Soziales Wien

Ersatzmitglied



**Natascha Khom, DSA**

Leiterin der Ombudsstelle  
Fonds Soziales Wien

## Weitere

Mitglied



**Dr. in Sigrid Pilz, Vorsitzende**

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft

Ersatzmitglied



**Gabriele Allmer, MBA, Oberin**

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft

Frau Dr. in Pilz verabschiedete Herrn Reg. Rat. Dipl. KH-BW Kurt Toifl, OAR und Herrn Ing. Karl Svoboda, MBA mit großem Dank für deren Interesse und Engagement.

Als Nachfolgerinnen wurden Frau Dr. in Susanne Drapalik und Frau Mag. a Judith Hackl begrüßt.

## 1.3 Die Aufgaben der Wiener Heimkommission

Die Aufgaben der Wiener Heimkommission sind in den §§ 5 und 29 des WWPG (siehe Punkt 5) und der Geschäftsordnung der Wiener Heimkommission (siehe Punkt 5) normiert.

Die Wiener Heimkommission sieht ihre Hauptaufgabe in der Unterstützung des Magistrats in Wohn- und Pflegeheimangelegenheiten.

Sowohl die Wiener Heimkommission als auch die Aufsichtsbehörde (MA 40 – Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht) sowie die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft (WPPA) haben sich mit den Pflege- und Betreuungskonzepten zu befassen.

Um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden, wird eine zweckmäßige und die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigende Arbeitsteilung zwischen der MA 40 und der Wiener Heimkommission vorgenommen:

- Die MA 40 beurteilt die Pflege- und Betreuungskonzepte auf ihre Übereinstimmung mit dem WWPG und dem Stand der Pflegewissenschaft.
- Die Wiener Heimkommission beurteilt sowohl anhand ihrer Erfahrungen aus den zahlreichen Sprechtagen in den Wohn- und Pflegeheimen als auch auf Grund der Zusammenarbeit mit der WPPA, ob diese Pflege- und Betreuungskonzepte im Interesse der Bewohnerinnen und Bewohner gelebt werden.

Die Wiener Heimkommission kann in grundsätzlichen Fragen der Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner Empfehlungen abgeben und bei allen wichtigen, die Rechte und Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner betreffenden Angelegenheiten, Vorschläge zur Förderung derselben erstatten.

Die Wiener Heimkommission hat zur Ausübung ihrer Aufgaben das Recht zur Einsichtnahme in die Dokumentationen.

Die Mitglieder der Wiener Heimkommission bzw. ihre Vertreterinnen und Vertreter haben regelmäßig Sprechtage in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen abzuhalten.

Weitere Aufgaben der Mitglieder der Wiener Heimkommission im Rahmen der Sprechtage:

- Beratung und Auskünfte über Rechte von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern
- Entgegennahme von Beschwerden und Anliegen
- Entgegennahme von Anregungen und Lob

## 1.4 Die Tätigkeit der Wiener Heimkommission

Die Wiener Heimkommission nimmt sich bei ihren regelmäßigen Sprechtagen in den Wohn- und Pflegeheimen der Anliegen der Bewohnerinnen und Bewohner an und sammelt zudem auch Eindrücke, die die gesamte Einrichtung betreffen.

Auch im Berichtsjahr 2016 wurde auf möglichst rasche und niederschwellige Bearbeitung der Anliegen und die Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner geachtet.

Zudem informierte die Wiener Heimkommission vor Ort über die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner und weitere gesetzliche Bestimmungen.

Im Jahre 2016 wurden 176 Sprechtage von den Vertreterinnen und Vertretern der Wiener Heimkommission in 79 Wiener Wohn- und Pflegeheimen, in 10 Pflegeanstalten für chronisch Kranke\*) und in 1 Sonderkrankenanstalt\*\*) abgehalten.

Die Mitglieder und Ersatzmitglieder bieten im Einvernehmen mit den Rechtsträgern als Serviceleistung auch Sprechstunden in der erwähnten Sonderkrankenanstalt und den Pflegeanstalten für chronisch Kranke in Wien an.

Der Wiener Krankenanstaltenverbund betreibt als Rechtsträger das „Sozialtherapeutische Zentrum“ des „Therapiezentrum Ybbs“ (ein rehabilitativ orientiertes Wohnheim für Menschen mit psychiatrischem, geistigem und/oder körperlichem Pflege- und Betreuungsbedarf und Geriatrie). Da sich die Einrichtung in Niederösterreich befindet, wurde es nicht von der Wiener Heimkommission besucht.

Auf das „Sozialtherapeutische Zentrum“ des „Therapiezentrum Ybbs“, auf die genannten Pflegeanstalten für chronisch Kranke, sowie auf die genannte Sonderkrankenanstalt findet das WWPG keine Anwendung.

Im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Sitzungen berichteten die einzelnen Mitglieder und Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission über ihre bei den Sprechtagen gewonnenen Erkenntnisse. Es fand ein Erfahrungsaustausch statt, der unter anderem von der Profession und dem jeweiligen Verantwortungsbereich der einzelnen Mitglieder und Ersatzmitglieder geprägt war.

**\*) Pflegeanstalten für chronisch Kranke:**

- Pflegewohnhaus Leopoldstadt  
mit sozialmedizinischer Betreuung
- Pflegewohnhaus Meidling  
mit sozialmedizinischer Betreuung
- Pflegewohnhaus Simmering  
mit sozialmedizinischer Betreuung
- Pflegewohnhaus Liesing  
mit sozialmedizinischer Betreuung
- Pflegewohnhaus Baumgarten  
mit sozialmedizinischer Betreuung

- Pflegewohnhaus Innerfavoriten  
mit sozialmedizinischer Betreuung
- Pflegewohnhaus Donaustadt  
mit sozialmedizinischer Betreuung
- Pflegewohnhaus Rudolfsheim-Fünfhaus  
mit sozialmedizinischer Betreuung
- Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse
- Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße

**\*\*) Sonderkrankenanstalt:**

- Sanatorium Liebhartstal

Die statistische Auswertung der Sprechtage findet sich unter Punkt 4 in diesem Bericht.



### 1.5 Die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission

Die Geschäftsstelle ist in der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft eingerichtet. Mit der Leitung ist Frau Oberin Gabriele Allmer, MBA (dipl. Social Health Managerin | dipl. Case & Care Managerin, auch Referentin der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft) betraut.

Das Team besteht weiters aus Frau Gabriele Sulek-Frank, diplomierte Sozialarbeiterin (auch Referentin der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft) und Frau Selcan Kabasakal, welche als Kanzleibedienstete für das Sekretariat der Geschäftsstelle tätig ist.



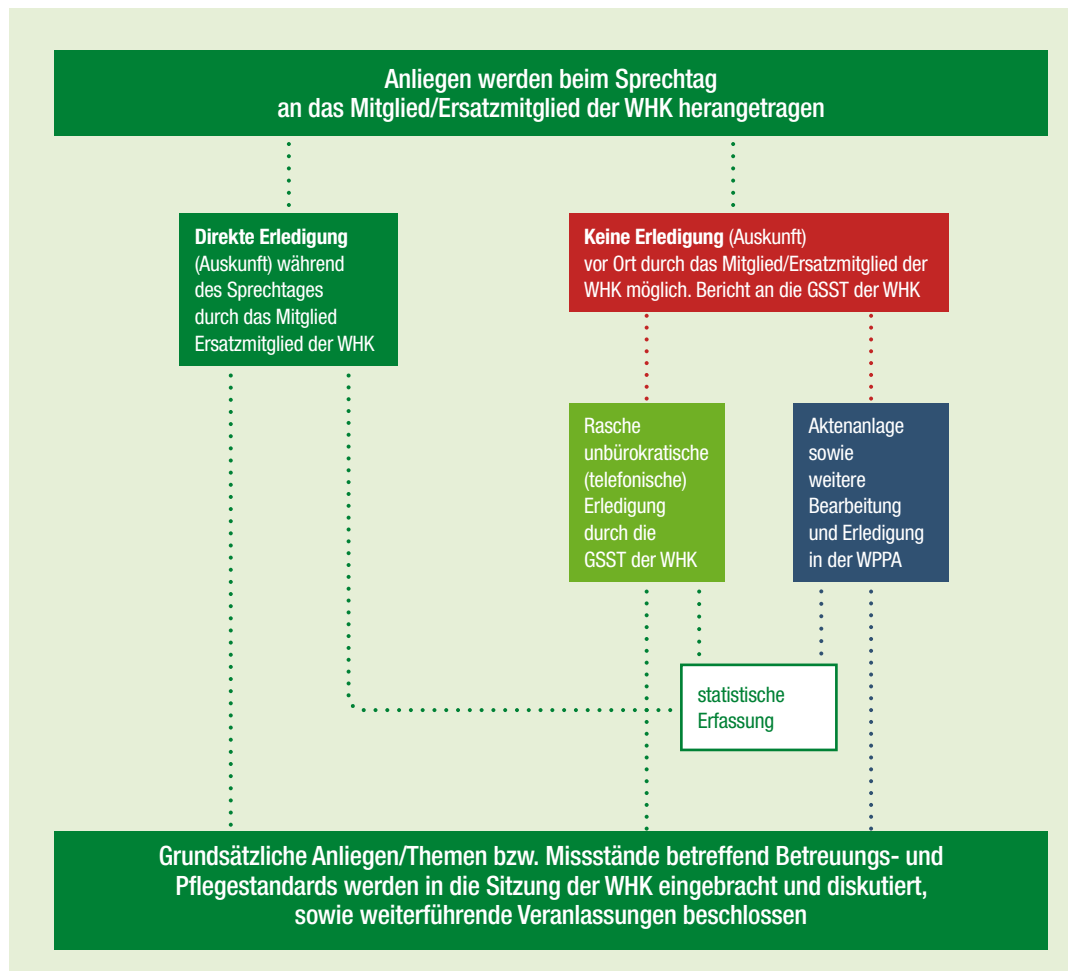
Gabriele Sulek-Frank, Selcan Kabasakal, Gabriele Allmer

Die Vorsitzende der Wiener Heimkommission Frau Dr.<sup>in</sup> Sigrid Pilz bedankt sich bei den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle für die ausgezeichnete Zusammenarbeit und das hohe Engagement.

## 1.6 Arbeitsablauf in der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission

Unter anderem haben sich folgende Personengruppen im Rahmen der Sprechtage in Wohn- und Pflegeheimen an die Mitglieder/Ersatzmitglieder gewandt:

- Bewohnerinnen und Bewohner
- Bewohnerinnen- und Bewohnervertreter
- Angehörige und Vertrauenspersonen
- Leiterinnen und Leiter von Bewohnerservicestellen
- Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Heim- und Pflegedienstleiterinnen und -leiter



### Legende:

**WHK** = Wiener Heimkommission

**GSST** = Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission

**WPPA** = Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtschaft

## 1.7 Kontaktaufnahme mit der Wiener Heimkommission

### **persönlich:**

- bei einem Sprechtag
- in der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission
- bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft
- Schönbrunner Straße 108/Eingang Sterkgasse, 4. Stock
- 1050 Wien



- ☎ **per Telefon:** 0800 / 20 31 31 (kostenlose Pflegehotline)
- 📠 **per Fax:** 4000 / 82 510
- ✉ **per E-Mail:** heimkommission@wpa.wien.gv.at
- 🌐 **Internet:** www.patientenanwaltschaft.wien.at

### **öffentliche Verkehrsmittel:**

U4 Station Margaretengürtel / Ausgang Morizgasse  
Straßenbahn Linie 6, 18, Station Margaretengürtel  
Autobus Linie 12A, Station Am Hundsturm

Ein Behindertenparkplatz steht von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr vor dem Haus Schönbrunner Straße 108 zur Verfügung. Der Zugang ist barrierefrei.

### **Wer kann sich an die Wiener Heimkommission wenden?**

- Bewohnerinnen und Bewohner der Wiener Wohn- und Pflegeheime
- Angehörige
- Vertrauenspersonen
- gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter

### **Wofür ist die Wiener Heimkommission zuständig?**

- Beratung und Auskünfte über Rechte von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern
- Beschwerden und Anliegen
- Anregungen und Lob

*Die Anliegen werden auf Wunsch anonym behandelt.*

## 1.8 Plattform der Leiterinnen und Leiter bzw. stellvertretenden Leiterinnen und Leiter der Bewohnerservicestellen in Wiener Wohn- und Pflegeheimen

Die Wiener Heimkommission beauftragte die GSST (Geschäftsstelle) am 22.05.2006 eine Plattform der Leiterinnen und Leiter bzw. stellvertretenden Leiterinnen und Leiter der BSST (Bewohnerservicestellen) aller Wohn- und Pflegeheime einzurichten, um einen institutionalisierten Meinungs-, Erfahrungs- und Informationsaustausch zu ermöglichen.

Frau Oberin Gabriele Allmer, MBA ist mit der Leitung der Plattform betraut und fungiert zudem als Organisatorin und Moderatorin. Wie auch in den vergangenen Jahren wurden im Berichtsjahr 2016 von der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission zwei Treffen der Leiterinnen und Leiter bzw. stellvertretenden Leiterinnen und Leiter der BSST organisiert und gestaltet.

Von den 90 Wohn- und Pflegeeinrichtungen (inkl. der Pflegeanstalten für chronisch Kranke und einer Sonderkrankenanstalt) verfügt das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser über ein zentrales Bewohnerservice für 30 Wohnhäuser. Ebenso steht den 8 Wohn- und Pflegeheimen der Caritas der Erzdiözese Wien eine zentrale Bewohnerservicestelle zur Verfügung.

Der Wiener Heimkommission wurden insgesamt 47 Bewohnerservicestellen genannt, da auch Wohn- und Pflegeheime mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Häuser, die nicht dem WWPG (s. Punkt 5. Anhänge) unterstehen, eine solche eingerichtet haben.



Gabriele Allmer, Barbara Schwarzmann



Christian Metz



## 1 Über die Wiener Heimkommission

Das erste Treffen im Jahr 2016 fand am Dienstag, den 31. Mai auf Einladung des Pflege- und Sozialzentrums Rennweg statt. Es konnten 36 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 30 Wohn- und Pflegeheimen begrüßt werden. Finanzierung war keine erforderlich, Räumlichkeiten und Bewirtung wurden von der Hausleitung zur Verfügung gestellt. Für diese Veranstaltung konnte **Frau Mag.<sup>a</sup> Tamara Palkovich** und **Frau Petra Welz, MSc, MBA**, mit dem Impulsreferat „Bewohnerrinnen- und Bewohnerrechte konkret! – Der spannende Weg von der Mit- zu Selbstbestimmung!“ gewonnen werden. Im Anschluss daran wurde rege diskutiert und berufliche Erfahrungen ausgetauscht.

Im zweiten Teil der Veranstaltung fand ein Impulsreferat und Workshop zum Thema „Kleine Alltagsethik – oder was macht den entscheidenden Unterschied“ von **Herrn Dr. Christian Metz** (Leiter Hospiz und Palliative Care im Kardinal König Haus) statt. Auch dieses Thema erfreute sich reger Diskussion.





Das zweite Plattformtreffen in diesem Jahr fand am 21. September in der Residenz Josefstadt statt. Es konnten 35 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 26 Wohn- und Pflegeheimen begrüßt werden. Auch hier war keine Finanzierung erforderlich, Räumlichkeiten und Bewirtung wurden von der Hausleitung zur Verfügung gestellt.

Zu Beginn der Veranstaltung wurde von **Frau Petra Welz, MSc**, „Hunger auf Kunst und Kultur“ und „Der Wurlitzer – Kunst und Kultur-Programm“ vorgestellt. Diese Vorstellung weckte ein großes Interesse.

Als Referent stand **Herr Dr. Harald Retschitzegger, MSc**, (Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft) mit einem Vortrag und anschließender Diskussion zum Thema „Was macht Sinn? – Das hohe Alter zwischen literarischer Darstellung und ärztlichem Alltag“ zur Verfügung.

Im dritten Teil der Veranstaltung fand ein Impulsreferat von **Herrn Roman Breuer, MSc**, (Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege des AKH Wien) zusammen mit **Frau Sabine Eder** (Pflegerberaterin des AKH Wien) und **Frau Renate Hadi** (Pflegerberaterin des AKH Wien) zum Thema „Sand im Getriebe – Delir im Pflegealltag“ statt. Auf diesen Vortrag folgte ebenso eine angeregte Diskussion.



Andrea Klein-Dezlhöfer, Norbert Koblinger, Gabriele Sulek-Frank



Gabriele Allmer, Birgit Meinhard-Schiebel, Roman Breuer



Sabine Eder, Roman Breuer, Renate Hadi



Harald Retschitzegger



Szilvia Tömböly, Elke Tomazic, Birgit Klausz, Dagmar Ludwig-Penall

Das Feedback der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die zahlreichen Besucherinnen und Besucher dieser Plattformtreffen wird aus Sicht der Wiener Heimkommission als Aufforderung gesehen, diese Treffen auch weiterhin anzubieten.

### 1.9 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

- Büro der geschäftsführenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales
- Magistratsabteilung 40 – Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht, Fachbereich Sozialrecht, Referat Heimaufsicht
- Fonds Soziales Wien
- Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
- Soziale Dienste  
(u. a.: Heimhilfe, Besuchsdienste, Reinigungsdienste, mobile Krankenpflege)
- Wiener Krankenanstaltenverbund
- Heimträger, Heimleiterinnen und Heimleiter der Wiener Wohn- und Pflegeheime
- Bewohnerservicestellen
- Sozialversicherungsträger
- Bundesbehindertenanwaltschaft
- Seniorenbeauftragte der Stadt Wien
- VertretungsNetz – Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung, vormals Verein für Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft & Bewohnervertretung
- Volksanwaltschaft

### 2.1 Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow-up eines Wiener Pilotprojekts (im Bericht 2015 unter Punkt 2.1)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2010: Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung – Vorbereitung eines Pilotprojekts**

Die Wiener Heimkommission begrüßt dieses Pilotprojekt, welches eine erste Antwort auf den großen Handlungs-, aber auch Forschungsbedarf von Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung darstellt. Dies insbesondere deshalb, da durch das bisher vorhandene Wissen von Expertinnen und Experten als wenig abgesichert, lückenhaft und noch zu wenig spezifisch empfunden und aufgrund des zu erwartenden demographischen Wandels stark ausgebaut, verankert und wissenschaftlich gestützt wird.

- **2011: Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung – Vorbereitung eines Pilotprojekts**

Die Wiener Heimkommission beobachtet die Weiterführung des Projektes mit großer Aufmerksamkeit und Interesse.

- **2012: Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung – Ergebnisse eines Wiener Pilotprojekts**

Die Wiener Heimkommission sieht der Weiterführung dieses Pilotprojektes mit höchstem Interesse entgegen, da die Ergebnisse zeigen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner hinsichtlich des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustandes durch eine Teilnahme an der Intervention profitiert haben, und es zu einer signifikanten Verbesserung des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustandes kam. Auch bei der Einschätzung zur Bewältigung von Alltagsaktivitäten zeigte sich eine signifikante Verbesserung. Weitere Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich der Aktionsradius von Bewohnerinnen und Bewohnern durch eine Teilnahme an der Intervention verbessert hat.

- **2013: Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow-up eines Wiener Pilotprojekts**

Träger und Einrichtungen der Altenbetreuung und -pflege reagieren auf den Druck durch epidemiologische Trends, gesellschaftliche Erwartungen und finanzielle Rahmenbedingungen mit einer verstärkten Nutzung verschiedener Formen von Qualitätsmanagement. Im Pilotprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ wurde der Einbau von Gesundheitsförderung in diesem Setting als Unterstützung eines umfassenden Qualitätsentwicklungsprozesses eingesetzt und hat sich bewährt. Der Träger KWP (Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser) hat die begonnenen Prozesse im Rahmen einer organisationsinternen „Gesundheitspolitik“ fortgesetzt und weitere konkrete Maßnahmen gesetzt, die auch 2013 wissenschaftlich begleitet werden konnten. Eine Fortsetzung ist auch für 2014 vorgesehen. Ein Transfer von Wissen und Erfahrungen in andere Bundesländer wurde 2013 in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorbereitet. Die Wiener Heimkommission erachtet die bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse sowohl für das KWP als größten Träger als auch für die gesamte Altenbetreuung und -pflege in Wien und darüber hinaus als besonders wertvoll.



- **2014: Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung – Vorbereitung eines Pilotprojekts**

Die Wiener Heimkommission erachtet die bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse sowohl für den KWP als größten Träger als auch für die gesamte Altenbetreuung und -pflege in Wien und darüber hinaus als besonders wertvoll. Zudem begrüßt die Wiener Heimkommission insbesondere auch die geplante Weiterentwicklung der Schnittstelle zu den Angehörigen.

- **2015: Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow-up eines Wiener Pilotprojekts**

Die derzeit laufende Abschlussevaluation der Follow-Up-Phase 2015 sollte noch einige wichtige Erfahrungen und Ergebnisse verdeutlichen, die für die Planung einer allfälligen Fortsetzung im KWP, eine weitere Verbreitung in Wien bzw. den Transfer in andere Bundesländer nützlich gemacht werden können. Die internationalen Publikationen sollten über wissenschaftliche Kanäle auch zu einer weiteren Verbreitung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung in der Altenbetreuung und -pflege führen.

**2016:** Die Wiener Heimkommission verweist auf den Beitrag 3.24 (Gesundheitsförderndes Seniorinnen- und Seniorenwohnhaus- Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch Angehörige in Wiener Seniorinnen- und Seniorenwohnhäusern des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser Entwicklungen im Jahr 2016) im Bericht 2016.

### 2.2 Freiheitsbeschränkungen durch Medikamente in Wohn- und Pflegeheimen (im Bericht 2015 unter Punkt 2.2)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2011:** Die Wiener Heimkommission regt an, dass die Diskussion in diesem Bereich weiter geführt wird und dadurch die fachliche Standards zum HeimAufG im fachlichen Konsens weiterentwickelt werden. Dieser konsensuale Weg soll auch im Bereich der Pflege aufgenommen werden.
- **2012:** Eine Evaluation des Manuals „Heimaufenthaltsgesetz – Erläuterung zur medikamentösen Freiheitsbeschränkung“, durch alle mit der Materie befassten Berufsgruppen, in Hinblick auf die Aktualität der darin formulierten Ziele, der Entwicklung der Judikatur und der Lehre, wird empfohlen.
- **2013:** Am 10.12.2013 fand in den Räumlichkeiten des Bundesministeriums für Justiz ein fachlicher Austausch zum Thema Freiheitsbeschränkung durch Medikation bzw. zum „Manual – Freiheitsbeschränkung durch Medikation“ statt. Konsens war, dass derzeit von einer Überarbeitung des „Manual-Freiheitsbeschränkung durch Medikation“ Abstand genommen wird, zumal es seit der Veröffentlichung erst eine relevante oberstgerichtliche Entscheidung zu Freiheitsbeschränkung durch Medikation gibt.

Die Wiener Heimkommission begrüßt, dass diesbezüglich wieder ein Zusammentreffen der Expertinnen und Experten geplant ist.



- **2014:** Die Wiener Heimkommission wird die Entwicklung auch 2015 mit großem Interesse beobachten.
- **2015:** Die Wiener Heimkommission empfiehlt: Die Verantwortlichen sollen weiter auf den sensiblen Bereich „medikamentöse Freiheitsbeschränkungen“ achten. Ebenso wird empfohlen, das Manual aus 2011 „Heimaufenthalts gesetz – Erläuterung zur medikamentösen Freiheitsbeschränkung“, durch die Expertinnen und Experten aus dem Bundesministerium für Justiz, der Ärztekammer, der Wohn- und Pflegeheime und der Sachwaltervereine zu evaluieren.

**2016:** Die Wiener Heimkommission verweist auf den Beitrag 3.9 (Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen und Arzneimittelinteraktionen) im Bericht 2016.

### 2.3 Sachwalterschaft – „Entmündigung“ oder Unterstützung (im Bericht 2015 unter Punkt 2.3)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2013:** Den im parlamentarischen Menschenrechtsausschuss beschlossenen Antrag zur Novellierung des Sachwalterrechts und damit die UN Konvention für Menschen mit Behinderungen umzusetzen, sieht die Wiener Heimkommission als einen wesentlichen Schritt in die richtige Richtung.
- Die Wiener Heimkommission wünscht sich ein vermehrtes Angebot an fachspezifischer Beratung und Schulung für alle Personengruppen, die Sachwalterschaften führen und hofft darauf, dass vermehrt von der Möglichkeit Gebrauch gemacht wird eine Vorsorgevollmacht zu errichten.
- **2014:** Das Modellprojekt "Unterstützte Entscheidungsfindung" läuft im BM für Justiz seit September 2013 ganzheitlich, intensiv und mit großem Einsatz des Projektleiters, Herrn Mag. Barth bzw. seinen Kolleginnen und Kollegen unter Einbindung der Selbstvertreterinnen und Selbstvertreter, der Sachwaltervereine und aller in diesem Bereich beteiligten und interessierten Institutionen. Die Wiener Heimkommission unterstützt dieses wichtige Projekt, u.a. auch durch die Teilnahme der Vorsitzenden, Frau Dr.<sup>in</sup> Sigrid Pilz.
- **2015:** Die Wiener Heimkommission begrüßt die Bemühungen zur Änderung des Sachwalterrechts, um damit zu ermöglichen, dass jede Person, ungeachtet jeglicher kognitiver Einschränkungen, am Rechtsverkehr teilnehmen kann und eine Vertretung nur dann, wenn nötig und solange wie wirklich nötig, eingesetzt wird.

**2016:** Am 7.7.2016 wurde das (neue) Erwachsenenschutzgesetz von Justizminister Dr. Wolfgang Brandstetter in die Begutachtung geschickt. Damit wurde ein Entwurf vorgelegt, welcher die Autonomie, Selbstbestimmung und Entscheidungshilfe für die Betroffenen ins Zentrum stellt. Deren Entscheidungsfähigkeit soll auf diesem Wege wesentlich gestärkt und die Familie intensiver eingebunden werden, damit Besachwalterungen künftig weitgehend vermieden werden können. Durch die



Reform soll das bereits seit 30 Jahren bestehende System abgelöst werden. Die Sachwalterin bzw. der Sachwalter wird zur Erwachsenenvertreterin bzw. zum Erwachsenenvertreter. Nach dem dann (neuen) Erwachsenenschutzgesetz soll selbstbestimmtes Handeln so lange wie möglich erhalten bleiben. Die Einschränkung der Autonomie der jeweiligen Person soll auf das - auch zeitlich - absolute Mindestmaß begrenzt sein. Die Sachwalter- bzw. Erwachsenenschutzvereine sollen zur Plattform der Rechtsfürsorge ausgebaut werden.

Die Wiener Heimkommission begrüßt, dass zur Neugestaltung des Erwachsenenschutzes betroffene Personen und auch Personengruppen, wie Behinderteneinrichtungen, Seniorenvertreterinnen bzw. -vertreter, Sachwaltervereine, Volksanwaltschaft, Richterschaft, Angehörige etc. intensiv eingebunden waren und somit auch die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention erfüllt werden können.

### 2.4 Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und Wiener Krankenanstaltenverbund (im Bericht 2015 und Punkt 2.4)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2013: Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und KAV (Zwischenbericht zur Projekthalbzeit 2013)**  
Die Wiener Heimkommission begrüßt das Projekt Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH), das einen wesentlichen Beitrag zur Integration einer palliativen Kultur in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen leistet. Die ersten Erfahrungen sind sehr vielversprechend.
- **2014: Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim – Caritas, CaSa und Wiener Krankenanstaltenverbund**  
Die Heimkommission begrüßt die weitere Verstärkung des Themas Hospiz- und Palliativkultur in den Alten- und Pflegeheimen (HPCPH). Ein besonderes Anliegen ist vor allem die Nachhaltigkeitssicherung der, während des Projektes erarbeiteten, Inhalte und die Fortführung der starken Auseinandersetzung mit dem Thema in den Häusern. Eine weiterhin intensive Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Palliativkultur soll auch nach der Projektphase stattfinden.
- **2015: Palliative Care im Kuratorium Fortuna am Standort Haus Gartensiedlung**  
Die Wiener Heimkommission begrüßt das Vorhaben, „Palliative Care“ auch nach dem Projektende nachhaltig in das Alltagsleben der Gartensiedlung FORTUNA zu implementieren. Ebenso die Absicht, „Palliativ Care“ auch in den anderen Standorten vom Kuratorium Fortuna einzuführen.
- **2015: Der Vorsorgedialog – Advance Care Planning im Wohn- und Pflegeheim**  
Die Wiener Heimkommission empfiehlt die nachhaltige Einführung des Vorsorge-



dialogs in allen Wiener Wohn- und Pflegeheimen. Dafür braucht es die Finanzierung der notwendigen palliativmedizinischen und geriatrischen Kompetenz sowie entsprechende Ressourcen in Form von Zeit und Knowhow für die Pflegenden in den Wohn- und Pflegeheimen.

**2016:** Die Wiener Heimkommission verweist auf die Beiträge 3.7 (Die Finanzierung von Hospiz- und Palliativ Care) und 3.8 (Der Vorsorgedialog im Rahmen von Hospiz- und Palliativarbeit in und für Wohn- und Pflegeheime) im Bericht 2016.

## **2.5 ELGA – Start auch in den Wiener Pflegewohnhäusern und Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes (im Bericht 2015 unter Punkt 3.5)**

### **Empfehlung aus dem Vorbericht:**

- **2015:** Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Teilnahme an ELGA für alle Bürgerinnen und Bürger. Insbesondere aber ältere Menschen und multimorbide Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen können von ELGA profitieren. Der rasche Zugang für die Behandlerin bzw. den Behandler zur systematischen Dokumentation der Krankengeschichte fördert die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität. Die geplante E-Medikation ist ein besonderer Vorteil für diese Zielgruppe, weil die Gefahr der Doppelverschreibung und der unerwünschten Wechselwirkungen hintangehalten werden kann. Die Pflegeeinrichtungen der Stadt Wien sind daher aufgefordert, Gesundheitspersonal, Bewohnerinnen bzw. Bewohner und Angehörige sachlich über ELGA zu informieren und zur Teilnahme zu ermutigen.

**2016:** Die Wiener Heimkommission verweist auf den Beitrag 3.3 (ELGA – Auch in den Wiener Pflegewohnhäusern und Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes) im Bericht 2016.

## **2.6 Psychosoziale Rehabilitation bzw. forcierte Entlassungsvorbereitung und deren Schnittstellen (im Bericht 2015 unter Punkt 3.6)**

### **Empfehlung aus dem Vorbericht:**

- **2015:** Die Wiener Heimkommission appelliert an die Verantwortlichen, den Bereich der psychosozialen Rehabilitation zu forcieren, sowie eine stärkere Kooperation und Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Strukturen herzustellen. Ebenso wäre die Einbindung dieses Bereiches in das Strategiekonzept 2030 wünschenswert.

**2016:** Die Wiener Heimkommission verweist auf den Beitrag 3.16 (Psychosoziale Rehabilitation und forcierte Entlassungsvorbereitung im Sozialtherapeutischen Zentrum Ybbs/Donau – Zwischenbericht im Beobachtungszeitraum des 1. Betriebsjahres) im Bericht 2016.

### 2.7 Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ (im Bericht 2015 unter Punkt 3.1)

#### Empfehlung aus dem Vorbericht:

- **2015:** Die Wiener Heimkommission begrüßt die neue Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ und die damit einhergehende kontinuierliche und aufeinander abgestimmte Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungsangebote. Die Kommission empfiehlt einen baldigen Start der Umsetzung der geplanten Maßnahmen.

**2016:** Die Wiener Heimkommission verweist auf den Beitrag 3.17 (Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“) im Bericht 2016.

### 2.8 Tageszentrum PLUS geht in die Verlängerung (im Bericht 2015 unter Punkt 3.8)

#### Empfehlung aus dem Vorbericht:

- **2015: Tageszentrum PLUS – neu ab Jänner 2016**  
Die Wiener Heimkommission begrüßt die Erweiterung der Öffnungs- und Flexibilisierung der Besuchszeiten des Tageszentrums Favoriten und die damit verbundene Verbesserung der Bedarfsdeckung für die Kundinnen und Kunden sowie die daraus folgende Entlastung pflegender Angehörigen.

**2016:** Das Pilotprojekt Tageszentrum PLUS wird um ein weiteres Jahr (bis zum 31. 12. 2017) verlängert. Das Tageszentrum PLUS für Seniorinnen und Senioren ist eine teilstationäre Einrichtung der Fonds Soziales Wien – Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH zur Begleitung und Betreuung von Kundinnen und Kunden und zur Entlastung ihrer Angehörigen. Die Schwerpunktsetzung liegt auf dem strukturierten Tagesablauf und aktivierenden, therapeutischen sowie pflegerischen Angeboten, wobei zwei Betreuungsziele besonders zu erwähnen sind – die Erhaltung der Mobilität sowie der kognitiven Fähigkeiten.

#### Was unterscheidet das Tageszentrum PLUS von den anderen Tageszentren für Seniorinnen und Senioren?

- Die Öffnungszeiten sind erweitert.  
Das Tageszentrum PLUS hat wochentags von 08:00 bis 22:00 Uhr sowie an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen von 09:00 bis 18:00 Uhr geöffnet.
- Die Besuchszeiten sind flexibel gestaltbar.  
Diese können in Form von Zeitblöcken individuell gewählt werden.

#### Montag–Freitag:

Vormittagsblock:	08:00 bis 13.00 Uhr
Nachmittagsblock:	12:00 bis 17:00 Uhr
Abendblock:	16:00 bis 22:00 Uhr
Ganztagsblock:	08:00 bis 17:00 Uhr



**Kombinationsmöglichkeiten von Montag–Freitag:**

Nachmittag/Abend:	12:00 bis 22:00 Uhr
Vormittag/Abend:	08:00 bis 13:00 und 16:00 bis 22:00 Uhr
Ganztags + Abend:	08:00 bis 22:00 Uhr

**Samstag, Sonntag, Feiertag:**

Vormittagsblock:	09:00 bis 13:00 Uhr
Nachmittagsblock:	12:00 bis 18:00 Uhr
Ganztagsblock:	09:00 bis 18:00 Uhr

**Standort:**

Das Angebot besteht im Tageszentrum Favoriten, Kundratstraße 3 (im SMZ Süd). Von Montag bis Freitag steht das Tageszentrum wie bisher Seniorinnen und Senioren des 10. und 23. Bezirks zur Verfügung, am Wochenende und an Feiertagen ist das Einzugsgebiet auf ganz Wien ausgeweitet.

**Mobile Dienste – Fahrtendienst (MODI FD)  
wird zu Betreuung mit Fahrtendienst (BFD):**

In Kombination mit der Leistung Tageszentrum PLUS wird die sogenannte „Betreuung mit Fahrtendienst“ angeboten. Die Kundinnen und Kunden des Tageszentrums PLUS werden vom Projektpartner Samariterbund Wien abgeholt bzw. nach Hause gebracht. Sicherheit wird durch präventive Maßnahmen, wie Begleitung, Unterstützung und Hilfestellung beim Transport gewährleistet.

Die Leistung „Mobile Dienste-Fahrtendienst“ wurde per 31.12.2016 eingestellt, da die Kundinnen und Kunden die kombinierten Heimhilfeleistungen des Trägers nicht in Anspruch genommen haben.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Verlängerung des Projekts.  
Die Inanspruchnahme der erweiterten Öffnungszeiten - vor allem am Wochenende - zeigt einen eindeutigen Bedarf.

### 3.1 20 Jahre SeniorInnenbeauftragteR der Stadt Wien

Im April 1996 wurde das Wiener SeniorInnenbüro im Auftrag von Herrn Bürgermeister Dr. Michael Häupl eingerichtet. Der erste SeniorInnenbeauftragte, Friedrich Grundei, übte sein Amt bis Ende 2009 aus. Bereits 2004 war die Zuordnung des SeniorInnenbüros zum Fonds Soziales Wien (FSW) erfolgt und mit 1. Jänner 2010 übernahm die Chefärztin des FSW, Frau Drin Angelika Rosenberger-Spitzzy, die Funktion der SeniorInnenbeauftragten. Sie setzte gemeinsam mit ihrem Team im SeniorInnenbüro den bisherigen erfolgreichen Kurs fort.

Mit Ende November 2016 verabschiedet sich Frau Drin Angelika Rosenberger-Spitzzy in den Ruhestand und so bietet sich dieser Zeitpunkt an, einen kurzen Blick auf die Arbeit für die Seniorinnen und Senioren der letzten sieben Jahre zu werfen, funktionale Gemeinsamkeiten mit der Wiener Heimkommission – die mittlerweile auch bereits seit zehn Jahren existiert – zu beschreiben und einen kurzen Ausblick auf die Zukunft zu gewähren.

Zentrale Aufgabe der SeniorInnenbeauftragten ist es, die Anliegen der Wiener Seniorinnen und Senioren engagiert und kompetent über alle Einrichtungen der Stadt hinweg mit dem Ziel zu vertreten, dass Wien eine für Seniorinnen und Senioren freundliche Stadt bleibt. Die SeniorInnenbeauftragte ist Bindeglied zwischen den Wiener Seniorinnen und Senioren, der Politik und Verwaltung und hält Kontakt mit Gremien, Vereinen und anderen Organisationen, die sich mit wichtigen Themen für Seniorinnen und Senioren befassen. Die letzten sieben Jahre waren von der Neu-positionierung der Funktion der Wiener SeniorInnenbeauftragten als Expertin beiden Interessenvertretungen der Seniorinnen und Senioren, in der Gesundheits- und Sozillandschaft Wiens, innerhalb des Wiener Magistrats, insbesondere auf Bezirksebene, sowie auf nationaler und internationaler Ebene geprägt.

Das SeniorInnenbüro der Stadt Wien festigte seine Position als Kommunikationsdreh-scheibe und direkte Anlaufstelle für Wiener Seniorinnen und Senioren, Angehörige, sowie für Vertreterinnen und Vertreter zielgruppenspezifischer Organisationen. Professionelle Information und Beratung bei allen für die Zielgruppe relevanten Fragestellungen am SeniorInnenservice-Telefon, schriftlich und durch persönliche Beratung im Rahmen zahlreicher Veranstaltungen und die Website [www.senior-in-wien.at](http://www.senior-in-wien.at) sind integraler Bestandteil der Wiener Arbeit für Seniorinnen und Senioren. Informationsmaterialien wurden aktualisiert und erweitert, Broschüren erstellt und weiter entwickelt, nur einige Beispiele seien hier angeführt:

- „Ihr gutes Recht“ (Sachwalterschaft, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht etc.),
- „So bleibt mehr für Sie“ (Förderungen, Beihilfen und Ermäßigungen für Seniorinnen und Senioren)
- Fit und gesund, Lebenslanges Lernen, Freiwilligentätigkeit, Sorgenfrei Wohnen, Sicherheit, Kunst & Kultur, Pflege & Betreuung,...

Da die wachsende Zielgruppe der Wiener Seniorinnen und Senioren nicht homogen ist und Hochbetagte, die möglicherweise Hilfe brauchen, genauso wie die 60- jährigen sportlichen Reisenden umfasst, wurden die Zeichen der Zeit berücksichtigt und es ist gelungen, in vielen Bezirken und bei einigen sozialen Organisationen zu erwirken, dass mittlerweile kostenlose Computer-Kurse und Smartphone – Schulungen angeboten werden. Hunderte Seniorinnen und Senioren haben diese



Angebote in der Zwischenzeit angenommen und sind begeisterte Nutzerinnen und Nutzer der neuen Technologien geworden.

Der „Monat der SeniorInnen“, der seit dem Jahr 2010 jährlich unter Miteinbeziehung dutzender Kooperationspartnerinnen und -partner aus unterschiedlichen Geschäftsgruppen, aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, Kunst & Kultur, etc. stattfindet, ist aus dem Kalendarium der Stadt Wien nicht mehr wegzudenken. Der Aktionsmonat stellt mit seinen rund 1.000 Veranstaltungen die größte Leistungsschau Wiens für Seniorinnen und Senioren dar und hat sich im Laufe der Jahre bestens etabliert.

Vielen Wienerinnen und Wienern über 65 ist der Kontaktbesuchsdienst der Stadt Wien gut bekannt. Seit 1977 dienen die Beratung zu Hause und die damit auch einhergehende Präventionsarbeit der umfassenden Information von Seniorinnen und Senioren und dem rechtzeitigen Erkennen von Unterstützungsbedarf. Unter der Ägide der Wiener SeniorInnenbeauftragten wurde der Kontaktbesuchsdienst einer erfolgreichen Neuausrichtung und Professionalisierung unterzogen und garantiert weiterhin flächendeckend die direkte Kommunikation mit Seniorinnen und Senioren – nunmehr für Wienerinnen und Wiener ab 75.

Als Aktivität auf internationaler Ebene sei beispielhaft das Jahr 2011 als EU-Jahr der Freiwilligentätigkeit genannt. Eine Reihe öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen wurde organisiert, vor allem aber wurde die Webplattform „Freiwillig für Wien“ ins Leben gerufen. Dieses Tool bietet die Möglichkeit, auf einfachem Wege Angebote von Organisationen mit an Freiwilligentätigkeit Interessierten zusammen zu bringen. Das Thema Freiwilligentätigkeit ist seither ein fixer Themenschwerpunkt in der Arbeit der SeniorInnenbeauftragten, die als Vertreterin der Stadt Wien ständiges Mitglied des Freiwilligenrates des Bundes ist.

Der gemeinsame Fokus von SeniorInnenbeauftragter bzw. dem SeniorInnenbüro der Stadt Wien und der Wiener Heimkommission ist das Wohl der Seniorinnen und Senioren in Wien. Deckt das SeniorInnenbüro der Stadt Wien vor allem das Spektrum für Menschen, die in den eigenen vier Wänden leben, ab, nimmt sich die Wiener Heimkommission um die Rechte und Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner in städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen an. Lobbyarbeit für Menschen, die in manchen Fällen auch niemanden anderen mehr haben, die/der sich um sie kümmern kann oder will.

Themenkongruenzen zwischen der Wiener Heimkommission und dem SeniorInnenbüro der Stadt Wien (wie zum Beispiel der Themenkreis der gesetzlichen Vertretung) forcieren zielgruppenorientierte inhaltliche Positionierungen und gemeinsames Auftreten für die Interessen der Seniorinnen und Senioren – im Sinne einer inklusiven Gesellschaft. Perspektivisch wird Bestehendes und Erfolgreiches auch in den nächsten Jahren fortgesetzt werden und das SeniorInnenbüro sich auch den künftigen Herausforderungen stellen.

Die nachhaltige Verschiebung der Altersstruktur, der Wandel der Haushaltsformen hin zum Einpersonenhaushalt, die Zunahme hochbetagter Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, „Junge Alte“ (im Alter von 50 bis 70 Jahren) fordern die Entwicklung und Schaffung adäquater Angebote, die dieser Zielgruppe mit all ihren unterschiedlichen Ressourcen gerecht werden. Die Schaffung eines umfassenden Services und zeitgemäßer Treffs für Seniorinnen und Senioren ist

bereits im Maßnahmenkatalog der „Pflege und Betreuung 2030“ festgeschrieben und stellt einen Ausschnitt der zukünftigen Arbeit dar.

So bleibt auch für die aktuelle SeniorInnenbeauftragte, Frau Dr.<sup>in</sup> Susanne Herbek, ab Jänner 2017 weiterhin genug zu tun. Frau Dr.<sup>in</sup> Susanne Herbek wird die Arbeit ihrer Vorgängerin bzw. ihres Vorgängers im Sinne der Wiener Seniorinnen und Senioren tatkräftig und zielorientiert fortsetzen.

Die Wiener Heimkommission bedankt sich für die konstruktive Zusammenarbeit mit dem SeniorInnenbüro der Stadt Wien und begrüßt die neue SeniorInnenbeauftragte. Das Wohl aller Seniorinnen und Senioren ist auch weiterhin der gemeinsame Fokus der zielgruppenspezifischen Serviceeinrichtungen.

#### 3.2 Stadtrechnungshof Wien – Prüfung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in der WPPA und der Wiener Heimkommission

Im zweiten Quartal 2016 hielt der Stadtrechnungshof Einschau in die diesbezügliche Gebarung der WPPA (Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzweltschaft) und der Wiener Heimkommission.

Es wurde eine Stichprobe aus den Akten der Jahre 2013 bis 2015 gezogen. 80 Akten, verteilt über alle Aufgabenbereiche und von allen Referentinnen und Referenten, sowie 15 Akten zum Thema Datenschutz wurden einer eingehenden Überprüfung unterzogen.

Zur Initiative der WPPA – Umstellung auf elektronische Aktenführung im Jahr 2013 – die mit Erlass der Magistratsdirektion genehmigt worden war, hielt der Stadtrechnungshof fest: *„Zusammenfassend stellte der Stadtrechnungshof im Zuge seiner Einschau fest, dass durch die Einführung des Standard – ELAK in der WPPA und der damit verbundenen Datensicherung im Weg der Magistratsabteilung 14 ein weitreichender Schutz vor Zerstörung und Verlust von Daten gegeben war.“*

Die für Behandlungsbeschwerden vorgesehenen Vollmachten seitens der betroffenen Patientinnen und Patienten lagen ordnungsgemäß und lückenlos vor. Der Rechnungshof bemängelte allerdings, dass in wenigen Fällen nicht alle involvierten Gesundheitsdiensteanbieter aufgeführt waren.

Außerdem regte der Stadtrechnungshof an, die Verpflichtungserklärungen der Vertrauensärztinnen und –ärzte durch Datenschutzerklärung zu ersetzen.

Hinsichtlich der Heimkommission wurden Akten über Anliegen, die über Sprechstage der Wiener Heimkommission von Bewohnerinnen und Bewohnern der Wohn- und Pflegeheime vorgebracht wurden, der Prüfung unterzogen. Inhaltlich waren Organisationsfragen und Qualität des Essens Gegenstand der Anliegen.

Die Heimkommission trat dabei insbesondere als Vermittlungsinstanz mit der Heimleitung auf und bemühte sich, niedrigschwellig eine Lösung zu finden.

Der Stadtrechnungshof hob lobend hervor, dass seitens der Heimkommission genau unterschieden wurde, ob die Betroffenen anonym bleiben wollten oder nicht.

Es wurde allerdings bemängelt, dass nicht in jedem Fall des Tätigwerdens (z.B. unzureichende Verordnung von Heilbehelfen, unzureichende Physiotherapie) eine Vollmacht schriftlich erteilt worden war. Der Stadtrechnungshof anerkannte jedoch die Notwendigkeit eines niedrigschwelligen Angebots an die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, empfahl aber im Bedarfsfall entsprechende Einverständniserklärungen einzuholen.

In der Kurzfassung des Berichts hält der Stadtrechnungshof zur WPPA/Wiener Heimkommission fest:

*„Insgesamt zeigte die Einschau, dass diese Einrichtung in hohem Maß auf die Einhaltung technischer, baulicher, organisatorischer und personeller Datensicherheitsbestimmungen achtete. Auch bei der Prüfung von Akten in Form einer Stichprobe war in der WPPA und der Wiener Heimkommission eine hohe Sensibilität für den Bereich Datenschutz erkennbar.“* Empfehlungen betrafen insbesondere Aktualisierungen und Ergänzungen des dienststellenspezifischen Teils des Datenschutzhandbuchs, den Abschluss von Datenschutzverträgen und die Verwendung von Vollmachten.

### **3.3 ELGA – Auch in den Wiener Pflegewohnhäusern und Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes**

ELGA (Elektronische Gesundheitsakte) ist die elektronische Vernetzung der ELGA-Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten. Ziel von ELGA ist die Unterstützung der medizinischen Behandlung und Betreuung durch einen besseren Informationsfluss, vor allem wenn mehrere Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten.

ELGA ist zudem ein Informationssystem, welches allen berechtigten ELGA-GDA (Gesundheitsdiensteanbietern), z.B. Ärztinnen bzw. Ärzten, Apotheken, Spitälern und ELGA-Teilnehmern (den Patientinnen und Patienten) den orts- und zeitunabhängigen Zugang zu ELGA-Gesundheitsdaten erleichtert. Durch ELGA erhält die behandelnde bzw. der behandelnde oder die bzw. der betreuende ELGA-GDA wichtige Vorbefunde und Entlassungsberichte seiner Patientinnen und Patienten als unterstützende Entscheidungsgrundlage für die weitere Diagnostik und Therapie.

Zu den ELGA-Gesundheitsdaten zählen ärztliche und pflegerische Entlassungsbriefe aus Krankenhäusern, Labor- und Radiologiebefunde, welche ab dem Start von ELGA entstanden sind. Ziel ist die Unterstützung der medizinischen Behandlung und Betreuung durch rasche Verfügbarkeit von ELGA Gesundheitsdaten, vor allem dann, wenn mehrere ELGA-GDA eingebunden sind. ELGA dient somit der Verbesserung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens.

Entsprechend dem ELGA-Gesetz kann jede Bürgerin und jeder Bürger bestimmen, ob bzw. in welchem Umfang sie bzw. er an ELGA teilnehmen möchte. Mit ELGA

ersparen sich Patientinnen und Patienten u.a. vermeidbare Mehrfachuntersuchungen und die damit verbundenen Belastungen, Wartezeiten und Wege. Ein weiterer Vorteil für Patientinnen und Patienten ist, dass sie sich besser über den eigenen Gesundheitszustand informieren können und somit in der Lage sind, informierte Entscheidungen zu treffen. Mit ELGA werden die Patientenautonomie und die Patientenrechte durch die Möglichkeit, jederzeit in ELGA Einsicht nehmen zu können, gestärkt, vor allem das Recht auf Information. Patientinnen und Patienten selbst können jedoch keine Befunde oder Medikationsdaten in ELGA speichern.

Zur Einschränkung der Teilnahme oder der Nicht-Teilnahme müssen die diesbezüglichen Willenserklärungen der Bürgerinnen und Bürger („Opt-Out“ bzw. Widerspruch) technisch für ELGA prüfbar hinterlegt werden. Ein Widerspruch kann entweder schriftlich bei der ELGA-Widerspruchsstelle abgegeben werden oder in elektronischer Form über das ELGA-Portal erfolgen.

Der Einstieg in das ELGA-Portal ist aus Sicherheitsgründen nur mittels Bürgerkarte oder Handy-Signatur möglich. Das ELGA-Portal ermöglicht Bürgerinnen und Bürgern die Einsicht in ihre ELGA-Gesundheitsdaten und in ihr ELGA-Protokoll, welches ihnen Auskunft über die Zugriffe auf ihre persönliche ELGA gibt. Des Weiteren können sie nicht nur ihren ELGA-Teilnahmestatus verwalten, sondern individuelle Zugriffsregeln festlegen (z.B. Zugriffszeiten für ELGA-GDAs verkürzen oder verlängern, einzelne Befunde sperren).

#### **Rechte der Bürgerinnen und Bürger in Bezug auf ELGA**

##### **Entscheidung über die Teilnahme**

Alle Bürgerinnen und Bürger nehmen an ELGA teil, wenn sie einer Teilnahme nicht widersprechen. Sie werden vom Gesetz als ELGA-Teilnehmerinnen bzw. ELGA-Teilnehmer bezeichnet. Ein Widerspruch („Opt Out“) ist jederzeit möglich und kann sich auf alle oder bestimmte ELGA-Gesundheitsdaten (z.B. Medikationsdaten) beziehen.

##### **Widerruf des Widerspruchs**

Der Widerspruch kann jederzeit rückgängig gemacht werden, was einer erneuten Teilnahme entspricht. In diesem Fall erfolgt jedoch keine Rückerfassung zwischenzeitlich entstandener Gesundheitsdaten.

##### **Recht auf Aufnahme von Gesundheitsdaten in ELGA**

ELGA-Teilnehmerinnen bzw. ELGA-Teilnehmer haben das Recht, von der bzw. dem behandelnden oder der bzw. dem betreuenden ELGA-GDA die Aufnahme von Verweisen auf ELGA-Gesundheitsdaten zu verlangen. Die ELGA-GDA haben diesem Verlangen im Umfang ihrer gesetzlichen Verpflichtung zu entsprechen.

##### **Widerspruch gegen die Aufnahme von Gesundheitsdaten in ELGA im Einzelfall („situatives Opt-Out“)**

Ein solcher Widerspruch verhindert die Aufnahme von Verweisen auf e-Befunde und damit die Auffindbarkeit in ELGA. Er kann für alle ELGA-Gesundheitsdaten abgegeben werden, die im Rahmen eines einzelnen Behandlungs- oder Betreuungsfalls entstehen. Insbesondere gilt dies bei der Behandlung von HIV-Infektionen, psychischen Erkrankungen, bei Schwangerschaftsabbrüchen sowie bezüglich bestimmter genetischer Daten.

### **Festlegung von individuellen Zugriffsberechtigungen**

Damit können die allgemeinen (gesetzlichen) Zugriffsrechte der ELGA-GDA auf ELGA-Gesundheitsdaten von den Bürgerinnen und Bürgern selbst verändert werden. Die Änderungen können alle oder bestimmte Arten von ELGA-Gesundheitsdaten umfassen. Patientinnen und Patienten können darüber hinaus auch – vor allem für ELGA-GDA ihres Vertrauens (z.B. Hausärztinnen und Hausärzte) – die standardmäßige Frist von 28 Tagen ab einem Behandlungskontakt für die Einsichtnahme in ihre ELGA-Gesundheitsdaten auf bis zu einem Jahr verlängern. Sie können die Frist aber auch verkürzen. Von einer Patientin oder einem Patienten individuell festgelegte Zugriffsrechte gehen somit immer den allgemeinen Festlegungen vor.

### **Einsichtnahme in Dokumente**

Patientinnen und Patienten haben das Recht, in alle ihre über ELGA zugänglich gemachten Dokumente und Daten uneingeschränkt Einsicht nehmen zu können. Sie haben auch das Recht, diese Dokumente und Daten auszudrucken oder auf ihrem eigenen Computer zu speichern (zu kopieren). Sie können die ELGA-Gesundheitsdaten uneingeschränkt verwenden. Die bereits bestehenden Rechte auf Einsichtnahme in die eigene Krankengeschichte direkt beim betreffenden ELGA-GDA und die Herstellung von Abschriften daraus bleiben von ELGA unberührt.

### **Einsichtnahme in die Protokolldaten**

Jede Verwendung wird von einem Protokollierungssystem aufgezeichnet. Erstmals in Österreich gibt es eine lückenlose Nachvollziehbarkeit der Zugriffe auf Gesundheitsdaten. Patientinnen und Patienten haben das Recht, jederzeit in die Protokolldaten Einsicht zu nehmen oder das Protokoll abzuspeichern und auszudrucken. Die Protokolldaten geben in übersichtlicher und einfacher Darstellung an, wer und wann die jeweiligen ELGA-Gesundheitsdaten aufgerufen hat.

Um eine für die Bürgerinnen und Bürger genau strukturierte Verwaltung der ELGA sicherzustellen, sind drei Stellen geschaffen worden, an die sich die Bürgerinnen und Bürger wenden können. Die ELGA-Widerspruchsstelle nimmt die schriftlichen Widersprüche und die schriftlichen Widerrufe entgegen und bearbeitet diese. Die Widerspruchsstelle versendet zudem eine Bestätigung, dass der entsprechende Widerspruch bzw. Widerruf des Opt-Out rechtswirksam eingetragen worden sind. Die ELGA-Serviceline nimmt allgemeine und technische Fragen zur ELGA entgegen und beantwortet diese telefonisch und schriftlich, insbesondere zu den Teilnehmerrechten. Die ELGA-Teilnehmerinnen und ELGA-Teilnehmer werden bei der Abgabe von Widersprüchen und Widerrufen beraten, die Zusendung des persönlichen Formulars zur Erklärung eines Widerspruchs bzw. Widerrufs des Widerspruchs erfolgt auch über die Serviceline.

### **ELGA-Ombudsstelle Standort Wien bei der WPPA (Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft)**

Das ELGA-Portal richtet sich an Bürgerinnen und Bürger, welche über eine Bürgerkarte bzw. Handysignatur verfügen. Die ELGA-Ombudsstelle wurde im Gesetz vorgesehen, um Bürgerinnen und Bürgern einen niedrighschwelligigen Zugang zur Wahrnehmung ihrer ELGA-Teilnehmerrechte zu ermöglichen. D.h. Bürgerinnen und Bürger, die das ELGA-Portal nicht nutzen können oder wollen, erhalten bei der ELGA-Ombudsstelle die notwendige Unterstützung für die Wahrnehmung ihrer Teilnehmerrechte. Ein weiterer



Grund für die Einrichtung der ELGA-Ombudsstelle ist, dass dadurch eine Überprüfung bei behaupteten Datenschutzverletzungen ermöglicht werden soll. Bürgerinnen und Bürger können sich zur Unterstützung im Anlassfall an die ELGA-Ombudsstelle wenden.

Das Bundesministerium für Gesundheit betreibt die ELGA-Ombudsstelle an dezentralen Standorten. Diese werden bei den Patiententinnen- und Patientenanwaltschaften in den Bundesländern eingerichtet, so auch die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien bei der WPPA. Im Bundesministerium für Gesundheit ist eine Ombudsstelle-Koordinierungsstelle eingerichtet. Die ELGA-Ombudsstelle erstellt eine Dokumentation aller im Zuge der Bearbeitung von Anfragen durchgeführten Aktivitäten und erstellt Berichte über die Tätigkeiten der Ombudsstelle.

Dementsprechend wurden im ELGA-G (ELGA-Gesetz) und in der ELGA-VO (ELGA-Verordnung) die rechtlichen Grundlagen für die Errichtung der ELGA-Ombudsstelle geschaffen.

#### **Im ELGA-Gesetz werden folgende wesentliche Eckpunkte der ELGA-Ombudsstelle festgelegt:**

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die ELGA-Ombudsstelle zu betreiben. Aufgabe der ELGA-Ombudsstelle sind die Information, Beratung und Unterstützung Betroffener in Angelegenheiten im Zusammenhang mit der ELGA, insbesondere bei der Durchsetzung von Teilnehmerrechten und in Angelegenheiten des Datenschutzes, Unterstützung der ELGA-Systempartnerinnen bzw. ELGA-Systempartner bei der Weiterentwicklung der Teilnehmerrechte und des Datenschutzes, ELGA-Teilnehmerinnen bzw. ELGA-Teilnehmer den für die Verarbeitung seiner Daten in ELGA verantwortlichen Auftraggeberinnen bzw. Auftraggebern namhaft zu machen.

Die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter der ELGA-Ombudsstelle sind in Ausübung ihrer Tätigkeit gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit im Zusammenhang mit der Information, Beratung und Unterstützung weisungsfrei.

Die ELGA-Ombudsstelle vertritt sowohl die Bürgerin bzw. den Bürger, die bzw. der bei der Durchsetzung ihrer bzw. seiner eigenen Rechte Unterstützung benötigt, aber auch Bürgerinnen und Bürger, welche in Vertretung agieren. Die ELGA-Ombudsstelle ist bei der Patientinnen- und Patientenanwaltschaft im jeweiligen Bundesland eingerichtet, leistet aber genau abgegrenzt von dieser die gesetzlich festgehaltenen Aufgaben. Die ELGA-Ombudsstelle versucht, wie die WPPA, Konflikte außergerichtlich beizulegen. Die Dienstleistungen der ELGA-Ombudsstelle sind für die ELGA-Teilnehmerinnen und ELGA-Teilnehmer mit keinen Kosten verbunden.

Die wesentliche Abgrenzung zwischen ELGA-Ombudsstelle und der WPPA besteht in der thematischen Ausrichtung. Die ELGA-Ombudsstelle kümmert sich ausschließlich um Anliegen, welche im Zusammenhang mit der Verknüpfung von Gesundheitsdaten über ELGA stehen. Da ELGA nur für die technische Verknüpfung von ELGA-Gesundheitsdaten verantwortlich ist, nicht aber für den Inhalt der Gesundheitsdaten, beschränkt sich die Zuständigkeit der ELGA-Ombudsstelle auf (mögliche) Datenschutzverletzungen im Zusammenhang mit ELGA, auf ELGA-Teilnehmerrechte und deren Wahrnehmung sowie auf sonstige Mängel und Missstände betreffend ELGA. Darüber hinausgehende Anliegen sind nicht im Verantwortungsbereich der ELGA-Ombudsstelle, aber je nach Anliegen möglicherweise im Verantwortungsbereich der WPPA.

Um Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit zu geben, sich über die ELGA-Ombudsstelle zu informieren, sind auf den Homepages der Patientinnen- und Patientenvereinigungen bzw. Patientinnen- und Patientenvertretungen, auf [gesundheit.gv.at](http://gesundheit.gv.at), der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit sowie auf der Homepage der ELGA GmbH Informationstexte angebracht. Diese Informationstexte sollen die Bürgerinnen und Bürger über die Aufgaben der ELGA-Ombudsstelle aufklären und über die Möglichkeiten informieren, mit der ELGA-Ombudsstelle in Verbindung treten zu können.

Die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien ist für die Bürgerinnen und Bürger in der Zeit von Montag bis Freitag jeweils von 8:00 bis 16:00 Uhr erreichbar.

Die ELGA wird schrittweise auf alle GDAs ausgedehnt. Derzeit verwenden in Wien die KAV-Spitäler, KAV-Geriatriezentren und KAV-Pflegewohnhäuser Daten für die ELGA. Es folgten u.a. die AUVA Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren, sowie Ordensspitäler und Gesundheitszentren der WGKK. Die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien ist seit Beginn der ELGA in Wien, d.h. seit 9.12.2015 bei der WPPA eingerichtet.

### **Was bedeutet ELGA für die Pflegewohnhäuser bzw. die Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes?**

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im medizinischen Bereich wurden besonders informiert. Folder und die Unterlagen des KAV wurden verteilt.

Für die Pflegewohnhäuser wird jeder ELGA-Entlassungsbrief, also auch jener, der anlässlich einer temporären Aufnahme in einem Spital geschrieben wird, unmittelbar nach der elektronischen Vidierung in ELGA bereitgestellt.

Für Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegewohnhauses bzw. Geriatriezentrums, welche nach dem ELGA-Start aufgenommen wurden, werden nur jene ELGA-Befunde sichtbar sein, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes oder eines Besuchs in einer Konziliarambulanz in einem an ELGA teilnehmenden Krankenhaus erhoben wurden.

In den Pflegewohnhäusern und Geriatriezentren wurde eine ELGA-konforme Patientenbriefvorlage bereitgestellt. Sie wird bei der Entlassung und bei einem Transfer ins Krankenhaus verwendet.

Die Empfehlung der Wiener Heimkommission aus dem Vorjahr (Bericht 2015 unter 3.5) bleibt weiterhin aufrecht.

### **3.4 Die aktuelle GuKG-Novelle und deren Auswirkung auf den Personalschlüssel Professionelle Pflege - heutige und zukünftige Anforderungen**

Die Novelle zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) wurde nach einem sehr langen Diskussionsprozess beschlossen und trat mit September 2016 in Kraft.

Die mit dieser Novelle einhergehende Aufwertung der Pflegeberufe geht mit erweiterten Kompetenz- und Tätigkeitsbereichen der Berufsangehörigen einher.

Die Berufsbezeichnung wurde auf „Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger/ Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin“ umgestellt.

Das neue Berufsbild des gehobenen Dienstes wurde von den Tätigkeitsbereichen auf neugestaltete Kompetenzbereiche geändert. Der Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes umfasst die

- Pflegerischen Kernkompetenz
- Kompetenz bei Notfällen
- Kompetenz bei medizinischer Diagnostik und Therapie
- Weiterverordnung von Medizinprodukten
- Kompetenz im multiprofessionellen Versorgungsteam
- Spezialisierungen

In den Spezialisierungen finden sich neu die Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Psychogeriatrische Pflege.

Zukünftig soll es nicht zwei, sondern drei Gesundheits- und Krankenpflegeberufe geben. Die Pflegehilfe wird in Pflegeassistent umbenannt. Mit der Pflegefachassistent wird ein neuer Beruf mit einer zweijährigen Ausbildung geschaffen, der mit einer aufbauenden, vertiefenden und erweiterten Qualifikation eine weitergehende Delegationsmöglichkeit ohne verpflichtende Aufsicht eröffnet.

In der Österreichischen Zeitschrift für Pflegerecht wird von Frau Dir.in Meinild Hausreither auf die Herausforderung hingewiesen, dass die Umsetzung dieser Novelle zahlreiche Begleitmaßnahmen erfordert, insbesondere bezugnehmend auf das Übergangsrecht. Weitere erforderliche Reformschritte sind die Anpassung des GuKG an die Zielsteuerung Gesundheit, bzw. die in Erarbeitung befindliche Konkretisierung der Evaluierungsergebnisse für die Spezialisierungen.

Der Gesundheits- und Krankenpflege stehen laufend steigende Anforderungen im Gesundheitssystem gegenüber.

Mit der Novelle des GuKG sind auch Diskussionen um die Personalausstattung in Langzeitpflegeeinrichtungen bzw. mobilen Diensten österreichweit aufgenommen worden.

Für Wien haben sich die Pflegedienstleitungen in mehreren Gesprächsrunden zusammengesetzt und über die zukünftigen Herausforderungen im Hinblick auf die GuKG Novelle bzw. die geforderte Pflege und Betreuungsqualität gesprochen.

Genannte Themenfelder in diesen Gesprächen sind unter anderem:

- Einsatz der Pflegefachassistent
- Qualität/Quantität im Landesvergleich
- Zunahme von Menschen mit Demenz
- Hoher bürokratischer Aufwand
- Vermehrte Fremdkontrollen

- Krankheitsbild versus Pflegegeldeinstufung
- Definition „Hilfspersonal“ in der bestehenden Verordnung zum WWPG

Die neuen Berufsbilder und Kompetenzen müssen für den Langzeitbereich reflektiert werden und Auswirkungen des GuKG auf den Personalschlüssel in geordneten Gesprächen mit den Verantwortlichen aus dem Pflegebereich stattfinden.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt weiterführende politische Gespräche über zu erbringende Pflege und Betreuungsqualität in den Einrichtungen. Die Quantität und die Qualität der Personalausstattung sind entscheidend für die Güte der Pflege und Betreuung.

### 3.5 Gangbetten in den städtischen Spitälern – ältere Menschen sind besonders betroffen

Zum Jahreswechsel 2016/2017 verschärfte sich ein Problem, das seit längerem bekannt und notorisch ist: durch Grippewelle und Weihnachtsurlaube des Personals wurde über einen Anstieg an Gangbetten, insbesondere in Internen Abteilungen und der Unfallchirurgie berichtet.

Der KAV (Wiener Krankenanstaltenverband) teilte auf Anfrage der WPPA mit, dass statt täglich 600 rund 800 Rettungsanfahrten bewältigt werden mussten. Die städtischen Spitäler sind verpflichtet, die Fahrten anzunehmen, während privat gemeinnützige Spitäler, das Hanusch-Krankenhaus bzw. die AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) - Krankenhäuser die Zufahrten beschränken können. Die Wiener Rettung bestätigte, dass nur ein bis drei Prozent aller Rettungspatientinnen bzw. -patienten in Krankenhäuser außerhalb des KAV gebracht werden.

Die Wiener Patientenanwältin nahm Anfang Jänner 2017 die Krisensituation zum Anlass, ein Schreiben an die Ordensspitäler, die WGKK (Wiener Gebietskrankenkasse) und die AUVA -Krankenhäuser mit der dringenden Bitte zu richten, eine Ausweitung der Aufnahmekapazitäten durch Managementmaßnahmen zu ermöglichen.

Das KH Barmherzige Brüder reagierte rasch und sagte schriftlich zu, die eigenen Rettungsbetten für den Zeitraum der Grippewelle um 50% aufzustocken und informierte die Wiener Rettung zeitgleich von dieser Zusage.

Auch die Vinzenz Gruppe sagte schriftlich zu, den KAV in der angespannten Lage besser zu unterstützen. So erhöhte das KH Barmherzige Schwestern sein Rettungskontingent um vier Betten, das KH Göttlicher Heiland bot zwei weitere Rettungsbetten an. Außerdem wurde in Aussicht gestellt, dass eine generelle Ausweitung der Rettungskontingente der Vinzenz Gruppe mit der MA 24 im Rahmen der Subventionsvereinbarung verhandelt würde.

Die WGKK berichtete für das Hanusch-Krankenhaus, dass alle Kapazitätsgrenzen erreicht wären. Der geringe Anteil an Rettungszufahrten sei durch die zahlreichen stationären Aufnahmen aus den Ambulanzbereichen mehr als ausgeglichen.



Der KAV wurde seitens der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwältin aufgefordert, durch geeignete Maßnahmen zu einer optimaleren Auslastung der Bettenressourcen zu sorgen. Eine Zimmersperre, bei gleichzeitiger Gangbelegung, wie aus einem städtischen Spital während der Grippewelle berichtet wurde, wäre inakzeptabel. Interdisziplinäre Belegung und gutes Entlassungsmanagement wären unabdingbar.

Bei mehreren Besuchen vor Ort in Notfall- und Unfallambulanzen, sowie Abteilungen für Innere Medizin und Unfallchirurgie im KAV, führte die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwältin zahlreiche Gespräche über die Situation, mögliche Ursachen und Lösungen.

Übereinstimmend wurde berichtet, dass in den Notfallambulanzen sehr viele Patientinnen und Patienten erscheinen würden, welche mit einer optimierten Primärversorgung extramural sehr gut zu versorgen wären. Die Rahmenbedingungen im niedergelassenen Bereich hinsichtlich Öffnungszeiten, Angebot und Urlaubsvertretung würden die Lasten in den Spitalsambulanzen über die Kapazitätsgrenzen hinaus steigern. Die potentiell vermeidbaren Ambulanzbesuche wurden seitens der Ärztinnen und Ärzte mit 40 bis 60 Prozent geschätzt. Auch nicht notwendige stationäre Aufnahmen würden aus dieser Fehlversorgung resultieren.

Ärztliche Direktorinnen und Direktoren aus KAV Spitälern berichteten außerdem, dass während der Weihnachtszeit die Zahl der Patientinnen und Patienten, welche aus nicht medikalisierten Wohn- und Pflegeheimen eingeliefert wurden, signifikant angestiegen war. Sie führten dies auf die nicht ausreichende medizinische Versorgung vor Ort zurück.

Ein besonders drastisches Beispiel: eine betagte Dame wurde am 23. Dezember aus einem privat-gemeinnützigen Wohn- und Pflegeheim mit der Rettung in die Spitalsambulanz gebracht, weil sie 38 Grad Fieber hatte. Nach der Behandlung wollte das Spital einen Heimtransport veranlassen, weil keine Indikation zur stationären Aufnahme gegeben war. Das Pflegeeinrichtung verweigerte aus administrativen Gründen eine Rücknahme, was zur Folge hatte, dass die betagte Dame bis zum 27. Dezember – ohne medizinischen Grund – in Spitalsbehandlung verblieb.

Die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwältin nahm diese Berichte zum Anlass, schriftlich an die Heimträger mit dem Appell heranzutreten, nicht notwendige Spitalsbesuche tunlichst hintan zu halten und eine angemessene Versorgung vor Ort sicherzustellen.

In der Folge wurde das Thema zu Jahresbeginn 2017 in der Wiener Heimkommission behandelt: Übereinstimmend war man der Ansicht, dass jeder Krankenhausaufenthalt für hochbetagte Menschen eine große physische und psychische Belastung bedeutet. Nicht selten werden Infektionen erworben, Routinen im Alltag verlernt und Verwirrtheit begünstigt. Alle Vertreterinnen und Vertreter der Heimträger betonten, dass man daher im eigenen Wirkungsbereich auf sorgfältige Abwägung des Nutzens von Spitalsaufenthalten Wert legen würde.

Es wurde festgehalten, dass ein Rezeptionsrecht angestellter Heimärztinnen bzw. Heimärzte eine wesentliche Verbesserung der medizinischen Versorgung bewirken würde. Ein Heimträger regte an, angestellten Heimärztinnen und -ärzten Kassenverträge anzubieten, damit die Versorgung finanziell sichergestellt werden kann. Man war sich einig, dass es zunehmend schwieriger würde, niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner für die Betreuung in den Pflegeheimen zu gewinnen.

In diesem Zusammenhang ist es sehr bedauerlich, dass das Projekt des KWP (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser) mit dem Ärztekundendienst zur Versorgung außerhalb der Ordinationsöffnungszeiten nicht weitergeführt wurde. Es wurde beschlossen, alle offenen Fragen auch mit der WGKK zu besprechen.

Die Wiener Heimkommission regt an:

- Wiederaufnahme und Ausbau des Projekts Versorgung durch Ärztekundendienst in den Häusern des KWP.
- Rezeptionsrecht für angestellte Heimgärtinnen und Heimgärzte.
- Attraktivierung der Tätigkeit für niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner durch die Entwicklung von Anreizen.

### 3.6 Geriatrie als medizinisches Sonderfach

Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der älteren Generation nimmt einen hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft ein und wird dies in Zukunft in Anbetracht der demografischen Entwicklung wohl noch mehr tun müssen. So war es eine signifikante, positive Entwicklung als 2011 im Rahmen einer Novellierung der Ärztinnen- und Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 (2. Novelle der ÄAO 2006) in Österreich das Additivfach Geriatrie als Zusatzqualifikation zur bereits vorhandenen fachärztlichen Anerkennung in Innerer Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Physikalischer Medizin und Rehabilitation sowie auch in Allgemeinmedizin eingeführt wurde. Diese positive Entwicklung war leider nur von sehr kurzer Dauer. Im Rahmen einer neuerlichen Novelle der Ärztinnen- und Ärzteausbildung wird in Österreich die Geriatrie seit 1. Juli 2015 nicht mehr als Additivfach anerkannt. Dies soll einer EU- Vorgabe folgen, die Zahl der Additivfächer zu reduzieren. Damit wird der 2011 erfolgte Fortschritt wieder rückgängig gemacht.

Die Geriatrie als Spezialfach der Medizin umfasst die präventive, kurative, rehabilitative und palliative Betreuung von Patientinnen und Patienten, die ein hohes biologisches Alter haben und wie folgt charakterisiert werden:

- Multiple Pathologien in verschiedenen Gesundheitsdimensionen
- Multimorbidität – das gleichzeitige Auftreten mehrerer behandlungsbedürftige, meist chronischer Krankheiten.
- Atypische Präsentation von Krankheiten, oft im Sinne von Fähigkeitsstörungen, unbehandelt oft rasche Verschlechterung
- Hohe Inzidenz von Krankheits- und Therapiekomplikationen
- Limitierte Reservekapazität vieler Funktionen, geringere Widerstandsfähigkeit, hohes Risiko für Komplikationen und Kaskaden irreversibler Probleme, sowie für Gefahren der Polypharmazie und iatrogenen Schäden
- Funktionsdefizite mit hohem Risiko für Selbständigkeits- und Autonomieverlust und dem sich daraus ergebendem hohen Rehabilitationsbedarf
- Hohe Bedeutung von Umweltfaktoren für die Genesung und Rückkehr in das gewohnte soziale Umfeld

- Höher werdendes Risiko für kognitive Störungen - Demenz
- Frailty – Gebrechlichkeit (als prägendes geriatrisches Syndrom, eine der Kerndomänen der Geriatrie & Gerontologie mit großem interdisziplinären Forschungsbedarf)
- Mit dem Alter höher werdendes Risiko für weiteren komplexe, multifaktoriell bedingte geriatrische Syndrome wie Delir, Malnutrition, Sarkopenie, Instabilität und Stürze, Inkontinenz

Im Rahmen der Geriatrie werden Patientinnen und Patienten unter besonderer Berücksichtigung somatischer, psychischer und sozialer Aspekte auf Basis des multidimensionalen geriatrischen Assessments im multiprofessionellen und interdisziplinären Kontext betreut. Dabei ist die psychosoziale Dimension ihrer Situation wahrzunehmen und ins Betreuungskonzept zu integrieren, so z.B. der Umgang mit einem dünner werdenden sozialen Netz und einem zunehmenden Betreuungs- und Pflegebedarf in einem komplexen intra- und extramuralen Versorgungskontext. Dazu gehört auch die Integration palliativer Behandlungs- und Betreuungskonzepte, denn das hohe Lebensalter bedingt eine natürliche Nähe zum Lebensende. Dieses ganzheitliche Konzept sowie das individualisierte Management der Multimorbidität zeichnen das Fach Geriatrie aus und werden von keiner anderen medizinischen Fachdisziplin in dieser Tiefe abgedeckt.

Die Charakteristika geriatrischer Patientinnen und Patienten (s.o.) machen ihre besonderen Bedürfnisse und somit die speziellen Anforderungen an- das sie betreuende - System klar. Geriatrisch qualifizierte Betreuung durch ein multiprofessionelles Team in dafür konzipierten und ausgestatteten Strukturen bringt nachweislich signifikant bessere Ergebnisse als Behandlung in üblichen Strukturen – dafür gibt es ausreichend wissenschaftliche Evidenz. Daraus sollte sich ein einzuforderndes Recht auf eine solche Betreuung ergeben. Das Vorenthalten geriatrisch qualifizierter Strukturen und Betreuungsprozesse, inklusive geriatrische Pflege und Rehabilitation kann als eine Form der strukturellen Gewalt an alten Menschen interpretiert werden. *(Rolf D.Hirsch 2001)*

Die Geriatrie ist auf Grund des Kompetenzumfangs und der medizinischen Komplexität als Spezialfach (Sonderfach) der Medizin zu sehen, zu fordern und zu fördern. Es geht nicht lediglich um eine diffuse „Meta-Kompetenz“, diese ist wohl wichtig, es braucht jedoch das Fach, wo das spezifische geriatrische Wissen und Können generiert und gelehrt wird.

Die höchste geriatrische Kompetenz kann nur im Rahmen einer Ausbildung im eigenständigen Fach Geriatrie vermittelt werden. Lediglich eine „Spezialisierung“, wie sie im Rahmen der neuerlich novellierten Ärztinnen- und Ärzteausbildungsordnung statt dem Additivfach Geriatrie etabliert wurde, reicht nicht. Sie macht wohl Sinn, wenn es darum geht, durch Vermittlung geriatrischen Wissens und Könnens im Sinne einer Querschnittskompetenz zu berücksichtigen, dass geriatrische Patientinnen und Patienten auch in den anderen Fächern der Medizin bedarfsgerecht betreut werden, wenn sie deren spezielle Kompetenz benötigen. Jedoch das spezielle geriatrische Wissen und die notwendigen geriatrischen Fertigkeiten, und nicht zu vergessen auch die entsprechende Haltung, müssen zunächst kompetent erarbeitet werden, um sie weitergeben zu können. Dafür braucht es die Geriatrie als eigenständiges Sonderfach und Geriaterinnen und Geriater als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren des geriatrischen Wissens und Könnens.

Geriatrie braucht Forschung und Lehre. In Österreich waren bis Herbst 2016 schon vier universitäre Professuren für Geriatrie etabliert (PMU Salzburg, MedUni Graz, MedUni Wien, Donauniversität Krems). Leider wird seit Wintersemester 2016/2017 die Professur an der Medizinischen Universität Wien nicht mehr fortgeführt. Es sei zwar beabsichtigt, eine Geriatrie-Professur an der MedUni Wien wieder zu etablieren, eine zeitliche Perspektive ist dafür aber genauso wenig bekannt, wie die Anforderungskriterien und die vorgesehenen Rahmbedingungen. Die Geriatrie-Lehrstühle sollten Motoren für geriatrische Forschungsprojekte sein, die gemeinsam mit den geriatrischen Facheinrichtungen in Österreich das Wissen in und um die Geriatrie weiterentwickeln können. Es sollte die präpromotionelle geriatrische Ausbildung entwickelt und den zukünftigen Ärztinnen und Ärzten angeboten werden. Ein adäquater klinische Betrieb sollte integraler Bestandteil eines solchen universitären geriatrischen Zentrums sein – so wie es sie international immer mehr gibt.

Die geriatrische Fachkompetenz entwickelt sich in diesem Sinne auch im internationalen Bereich, hier gilt es den Anschluss nicht zu verpassen, dieser ist nur durch eine auch über den Tellerrand schauende akademische und wissenschaftliche Vernetzung möglich.

Es gibt ausreichend Evidenz, dass spezifisch geriatrisch qualifizierte Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten in adäquaten, spezialisierten Strukturen im Vergleich zu geriatrisch nicht qualifizierten Strukturen ("usual care") signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich Morbidität, Mortalität, Funktionalität - Selbsthilfefähigkeit (ATL's), Rehospitalisierungsrate und Bedarf an Langzeitpflegebetreuung erbringt und das jedenfalls zu nicht höheren Kosten. (*Baztán J et al. BMJ 2009; Bachmann S et al. BMJ 2010; Ellis G et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; Prestmo A et al. Lancet 2015*)

In der überwiegenden Mehrzahl der Staaten Europas ist die Geriatrie bereits seit Jahren als eigenständiges Sonderfach anerkannt, sie gilt als Zukunftsfach der Medizin, wie es auch der rezente „World report on ageing and health“ (*WHO, 2015*) sieht und fordert. Lediglich in Zypern, Griechenland, Portugal, Slowenien und seit 1. Juli 2015 wieder auch in Österreich wird die Geriatrie nicht als eigenständiger Fachbereich der Medizin anerkannt und entwickelt. Somit gehört Österreich, was den Stellenwert der Geriatrie anlangt, leider wieder zum europäischen Schlusslicht.

Die Entwicklung einer optimalen geriatrischen Fachkompetenz bei jungen Medizinerinnen und Medizinern, die zukünftig die Betreuung der älteren Patientinnen und Patienten mit ihren komplexen, mehrdimensionalen gesundheitlichen Problemen übernehmen sollten, wird in Österreich somit nicht optimal gewährleistet sein.

Die Gesellschaft braucht die Geriatrie. Die alten, kranken, auch pflegebedürftigen Menschen haben ein Recht auf moderne Geriatrie – in allen Bereichen der Versorgung: ambulant, teilstationär, stationär – sowohl in der Akut-, als auch in der Langzeitbetreuung. Leslie S. Libow, ein bedeutender amerikanischer Geriater, hat es radikaler formuliert: „Für unsere Gesellschaft wäre es selbstzerstörerisch, würde sie die Entwicklung der Geriatrie nicht fördern... Wenn wir für die älteren Menschen ein Gesundheitssystem schaffen wollen, das sowohl ökonomisch („cost-effective“)



als auch menschlich („human-effective“) sein soll, dann müssen wir zunächst auf die gesunde Entwicklung der Geriatrie achten.“ (*Libow LS. NEJM 2005*)

Die moderne Geriatrie ist Teil einer optimistischen Antwort auf den demografischen Trend, Antwort auf das negative Altersstereotyp, welches Altern nur mit negativen Vorzeichen versteht, Antwort auf das mit zunehmendem Alter höher werdende Risiko für somatische, psychische und soziale Defizite. Deren Konsequenz darf nicht nur passive Pflege und Betreuung bis zur Langzeitinstitutionalisierung sein, sondern: Geriatriches Assessment, Diagnostik, „State of the art“ Therapie, Rehabilitation und Pflege mit dem Ziel eines möglichst autonomen, selbständigen Lebens im gewohnten sozialen Umfeld.

Aus Sicht der Wiener Heimkommission besteht auf Grund der eingangs geschilderten aktuellen Entwicklungen das Risiko erheblicher Qualitätseinbußen in der Betreuung von alten und gebrechlichen, besonders vulnerablen Menschen in allen Situationen, in denen diese versorgt werden, in der Betreuung zu Hause und in stationären Strukturen – vom Akutkrankenhaus bis zum Wohn- und Pflegeheim.

Die Devise sollte sein: das Gesundheitssystem für die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft fit zu machen, so wie es in rezenten internationalen Stellungnahmen festgehalten wird. In allen wird die Notwendigkeit einer geriatrischen Fachkompetenz in der Medizin, wie in allen Gesundheitsberufen betont, dazu auch der dringende Bedarf an interdisziplinären wissenschaftlichen Anstrengungen, um den komplexen Herausforderungen des Alterns gerecht zu werden. Genannt seien:

- World Report on Ageing and Health. *WHO 2015*
- Erst agil dann fragil. *Pro Senectute Schweiz 2015*
- Medizinische Versorgung im Alter – Welche Evidenz brauchen wir? *Deutsche Nationale Akademie der Wissenschaften. Leopoldina 2015*
- Making health care systems fit for an ageing population. *King's Fund UK 2014*
- The Silver Book: Quality Care for older people with urgent & emergency care needs. *British Geriatric Society 2012*

Die Wiener Heimkommission hält fest, dass die Tatsache, dass nach der rezenten Reform der Ärztinnen- und Ärzteausbildung die Geriatrie nicht mehr als eigenständiges Fach berücksichtigt wird, einen deutlichen Rückschritt darstellt. Es wird darauf hingewiesen, dass dies negative, u.a. auch kostspielige Folgen für die Betreuungsqualität älterer Menschen in allen Bereichen der österreichischen Versorgungsstrukturen haben wird.

Wie schon in mehreren Stellungnahmen der vergangenen Jahre empfiehlt die Wiener Heimkommission dringend, der oben angeführten Argumentation und auch dem internationalen Beispiel folgend, die Geriatrie auch in Österreich wieder als Teil des Fächerkanons der Medizin aufzunehmen.

### 3.7 Die Finanzierung von Hospiz- und Palliativ Care

Vertreterinnen und Vertreter aller Parlamentsparteien sind sich einig. Die Hospizversorgung in Österreich ist nicht ausreichend. Noch immer ist es zwar klar, dass die Versorgung eines Beinbruchs im Krankenhaus über die Krankenversicherung übernommen wird, genauso wie medizinische Hauskrankenpflege und Nachsorge. Auch ist klar, dass ein Platz im Wohn- und Pflegeheim in aller Regel zur Verfügung steht. Nicht klar ist dahingegen, dass es ausreichend Palliativ- und Hospizbetten in Österreich gibt und noch weniger ist klar, dass eine mobile Versorgung, sei es in Tageszentren oder durch mobile Hospiz- und Palliativteams, gesichert und finanziert ist.

Dieser Zustand hat sich seit dem Aufkommen des Hospizgedankens in Österreich schrittweise verbessert. In vielen Bundesländern gibt es Versorgungsangebote, die teil- oder vollfinanziert sind, aber noch immer sind größere Teile nicht finanziert.

Die Zuständigkeiten und Finanzierungen der Hospiz- und Palliativangebote sind derzeit stark segmentiert, in den Bundesländern ganz unterschiedlich und in keiner Weise abgesichert. Die Hospiz- und Palliativversorgung ist weder im österreichischen Sozialsystem noch in der Gesundheitsversorgung sicher gelandet. Sie schwebt noch in der Luft und wartet sozusagen auf Landeerlaubnis. Gesundheit und Soziales gehören hier untrennbar zusammen, eine Herausforderung für die österreichische Realverfassung.

#### Es sind drei Anliegen, die auf Bundes- wie auf Landesebene zu schaffen sind:

1. Es muss das Recht auf multiprofessionelle palliative Intensivbetreuung sowohl stationär als auch mobil für versicherte Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden bzw. weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung im ASVG verankert werden. Heute handeln Sozialversicherungsträger nach dem Florianiprinzip und kürzen z.T. sogar bestehende Leistungen im Palliativbereich. Das ASVG hat als Zielgerade die Heilung – hier muss nachgezogen werden und unheilbare Erkrankungen bzw. palliative Versorgung als Standbein aufgenommen werden.
2. Der zweite Fokuspunkt betrifft die Leistungen der mobilen Hospizteams und der stationären Hospizversorgung, die insbesondere die psychosoziale Begleitung von schwer kranken und sterbenden Menschen sowie ihrer Angehörigen gewährleisten. Nach der gängigen Interpretation des österreichischen Gesundheits- und Sozialwesens sind die nicht medizinischen Anteile der Hospizdienste dem Sozialsystem zuzuordnen und sollten so, gesichert über die Sozialsysteme und ggf. über den Pflegefonds, finanziert werden.
3. Das Ziel ist erst dann erreicht, wenn Hospiz- und Palliative Care in die gesamte medizinische, pflegerische, psychosoziale und therapeutische Grundversorgung sowie auch in die entsprechenden Ausbildungssysteme integriert werden. Auch sind entsprechende Projekte für Fort-, Weiter- und Ausbildungen des Personals in Wohn- und Pflegeheimen und im mobilen Bereich sicherzustellen bzw. zu finanzieren. Hospiz- und Palliative Care bedeuten weit mehr als Schmerzbekämpfung. Es darf einfach keine finanziellen Hürden und Unklarheiten hinsichtlich der tatsächlichen Finanzierung geben.

Die Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ hat 51 Empfehlungen zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich verabschiedet. Die 51 Empfehlungen beinhalten sowohl eine Regelfinanzierung des bestehenden Angebots als auch den schrittweisen Ausbau der Versorgung bis 2020, orientiert an den ÖBIG-Qualitätskriterien. Ein erster Schritt ist gemacht worden, als im Herbst 2016 die Bundesregierung jährlich 18 Mio. Euro (von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern) für den Ausbau von Hospiz- und Palliativangeboten beschlossen hat.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Finanzierung für den Ausbau der mobilen und stationären Hospiz- und Palliativversorgung sicherzustellen und den Ausbauplan entsprechend der Empfehlungen der Enquete-Kommission in Österreich und in Wien vorzunehmen. Der Ausbau entspricht zudem der „Strategie 2030 Pflege und Betreuung“ der Stadt Wien. Eine Vollfinanzierung der Hospiz- und Palliativangebote muss so rasch wie möglich gewährleistet werden.

#### 3.8 Der Vorsorgedialog im Rahmen von Hospiz- und Palliativarbeit in und für Wohn- und Pflegeheime

Viele jener Organisationen, die in Wien Wohn- und Pflegeheime betreiben, setzen sich seit einigen Jahren noch intensiver dafür ein, dem Sterben als Teil des Lebens jedes Menschen seinen natürlichen Platz einzuräumen. Dazu gehört auch, dafür Sorge zu tragen, dass die eigenen Wünsche am Lebensende berücksichtigt werden.

Für den Fall, dass man in die Lage kommt, seinen eigenen Willen nicht mehr rechtskräftig äußern zu können, kann man den eigenen Willen vorausschauend in Form einer qualifizierten Vorsorgevollmacht, die Entscheidungen bei schweren medizinischen Angelegenheiten ermöglicht, am besten kombiniert mit einer Patientenverfügung, festhalten.

Aus palliativmedizinischer Sicht sind alle Formen gesetzlicher Instrumente zur Selbstbestimmung wie Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung usw. wichtig und begrüßenswert. Das Problem ist, dass nur ca. 4 Prozent der Menschen in Österreich eine Patientenverfügung gemacht haben.

Ein Großteil der Menschen stirbt heute im höheren und hohen Alter. Bewohnerinnen und Bewohner der Wohn- und Pflegeheime kommen meist erst hochbetagt, sehr pflegebedürftig, multimorbid und an fortgeschrittener Demenz erkrankt in die Einrichtungen. Die Verweildauer in den Langzeitpflegeeinrichtungen wird kürzer, die Zahl der Personen, die in diesen Einrichtungen versterben, steigt. Die Anzahl der in Wohn- und Pflegeheimen Verstorbenen hat sich seit Ende der 80-er Jahre verdreifacht (1988 = 5,2 % und 2014 = 17,4 % der Bewohnerinnen bzw. Bewohner pro Jahr). Wohn- und Pflegeheime werden zunehmend zu Sterbeorten, sind aber für diese vulnerable Zielgruppe z.T. noch nicht genügend vorbereitet. Insbesondere bei hoch

betagten, multimorbiden und an Demenz erkrankten Menschen besteht ein großer Handlungsbedarf, vor allem im Hinblick auf eine Vernetzung der Bereiche der Hospiz- und Palliativbetreuung, der Geriatrie und der Langzeitpflege.

Die Mehrheit der alten Menschen in den Heimen hat sich vorab wenig oder gar nicht mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen rund um das Thema lebensbedrohliche Erkrankung, Sterben und Tod befasst und Vorsorge getroffen.

Im Rahmen des Projekts „Hospiz und Palliative Care in den Alten- und Pflegeheimen“ des Dachverbandes Hospiz Österreich, das in den letzten Jahren in vielen Bundesländern und von unterschiedlichsten Trägern, auch in Wien, erprobt wurde, zeigte sich, dass zu viele Transferierungen von Bewohnerinnen und Bewohnern der Wohn- und Pflegeheime in Krankenhäuser, auch am Lebensende, stattfinden.

Die medizinische Versorgung im Großteil der österreichischen Langzeitpflegeeinrichtungen erfolgt über die Hausärztinnen und -ärzte, die in der Nacht und am Wochenende bzw. an Feiertagen meist nicht vor Ort sein können. Tritt eine lebensbedrohliche Situation ein und die Umstände wurden vorher nicht zwischen den Beteiligten besprochen bzw. es liegen keine schriftlichen Willensäußerungen vor, ist das Pflegepersonal gesetzlich angehalten, zu reanimieren und den Notarzt zu rufen, der meist eine Verlegung ins Krankenhaus mit der Rettung veranlassen muss. Ein Umstand, der für alle Beteiligten sehr belastend ist, vor allem für die betroffenen betagten Menschen.

Studien in Österreich zeigen, dass viele Verlegungen ins Krankenhaus, die für die Bewohnerinnen und Bewohner strapaziös und gesundheitlich häufig kontraproduktiv sind, vermeidbar wären, dies betrifft natürlich ebenso die Kosten der Transporte und Krankenhausaufenthalte.

Dieser Problematik soll der sog. Vorsorgedialog Abhilfe verschaffen, der aufgrund der hier kurz geschilderten Erfahrungen unter der Leitung von Hospiz Österreich mit dem Beirat HPC (Hospiz und Palliative Care) in der Grundversorgung sowie zahlreicher Expertinnen und Experten speziell für die Alten- und Pflegeheime Österreichs entwickelt wurde. Durch die Implementierung eines Vorsorgedialoges soll ein neuer für alle Beteiligten gangbarer Weg eingeschlagen werden.

Bei allen Instrumenten zur Willenserhebung von Menschen, ob Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder dem Vorsorgedialog sind Gespräche bzw. der Gesprächsprozess das Wesentliche. Kontinuierliche Gespräche ermöglichen eine konkrete Auseinandersetzung zu Fragen des Lebensendes, die im gesamten Gesundheitssystem im Sinne einer gelebten und inkludierten Hospizkultur und Palliative Care dringend gebraucht wird.

Der nun in der Praxis zu erprobende Vorsorgedialog stellt ein Angebot des Wohn- und Pflegeheims an die Bewohnerinnen und Bewohner dar und ist nur mit deren Einverständnis möglich.

Ziel ist eine vorausschauende Einschätzung konkreter medizinischer und pflegerischer Behandlungen und ihrer möglichen Konsequenzen bezüglich eines würdigen Lebens und Sterbens in einer lebensbedrohlichen Situation. Im Fokus steht dabei der Wille der Bewohnerinnen und Bewohner, ihnen soll ermöglicht werden, ihr Selbstbestimmungsrecht noch frühzeitig wahrzunehmen und entsprechende



Handlungsanweisungen für einen späteren Zeitpunkt – bei Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit – festzulegen.

Erfragt und dokumentiert werden im Gesprächsprozess Wünsche und Ziele für die individuelle Lebensqualität im Hinblick auf das Lebensende, aber auch für vorhersehbare oder nicht vorhersehbare lebensbedrohliche Krisensituationen. Gezielt wird danach gefragt, welche medizinischen Maßnahmen sich die Bewohnerin oder der Bewohner bei lebensbedrohlichen Erkrankungen wünschen würde. Besprochen werden Themenfelder, wie künstliche Ernährung, Krankenseinweisungen am Lebensende, Wiederbelebung in prognostisch aussichtslosen Situationen, Bedingungen für Therapiezieländerungen sowie psychosoziale, soziale und spirituelle Bedürfnisse der Betroffenen.

Sehr oft ist es auch an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern möglich, ihren erklärten Willen zu äußern. Sind sie nur noch eingeschränkt bzw. gar nicht mehr urteils- und einsichtsfähig, gilt es, den mutmaßlichen Willen mit allen Beteiligten zu eruieren.

Vor allem ist der Vorsorgedialog eine Orientierungshilfe. Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzten werden bei ethisch schwierigen Entscheidungen am Lebensende, z.B. in Krisensituationen oder wenn das Sterben absehbar ist, unterstützt. So können möglichst frühzeitig die entsprechenden Vorbereitungen getroffen werden, wie beispielsweise Unterstützung durch Hospiz- und Palliativteams, palliativmedizinisch geschulten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonen, um in der eintretenden lebensbedrohlichen Krisensituation eine - den Wünschen und der vorliegenden Indikation entsprechende - Entscheidung treffen zu können.

Im Hinblick auf den Vorsorgedialog besteht Konsens bei den Ärztinnen und Ärzten, dies nicht nur im Hospiz- und Palliativbereich, sondern auch im Verbund mit der Österreichischen Ärztekammer und diversen Fachgesellschaften, wie beispielsweise der Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin sowie der Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin.

Betont werden soll, dass ein Vorsorgedialog keine Patientenverfügung ersetzt, aber juristisch wie eine beachtliche Patientenverfügung gewertet werden kann, sofern die betreffenden Bewohnerinnen und Bewohner beim Vorsorgedialoggespräch einsichts-, urteils- und äußerungsfähig waren. Grundsätzlich gilt natürlich in jeder Situation immer der aktuelle Wille.

Die geringe Anzahl von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten findet ihre Ursache nicht nur bei Wissensdefiziten und mangelnder Unterstützung einzelner Ärztinnen und Ärzte. Die Hauptprobleme liegen bei den Kosten und dem hohen administrativen Aufwand bei deren Errichtung. Nicht umsonst nahm dieses Thema einen breiten Raum bei der Parlamentarischen Enquete „Würde am Ende des Lebens“ ein. Der Vorsorgedialog wird in den 51 Empfehlungen der Enquete-Kommission erwähnt.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Empfehlungen der Enquete-Kommission aufzunehmen und schrittweise umzusetzen. Insbesondere soll die Erprobung des Vorsorgedialoges seitens der öffentlichen Hand in den Langzeitpflegeeinrichtungen aktiv und finanziell zu unterstützen. Über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit des Vorsorgedialogs besteht Konsens. Daher ist darüber hinaus die Aufnahme des Vorsorgedialogs in den Leistungskatalog der Sozialversicherungsträger notwendig, um eine breite Umsetzung im Sinne aller Beteiligten rasch zu ermöglichen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt weiter, die ärztliche Versorgung der Wohn- und Pflegeheime auf neue Beine zu stellen (vom Hausarztssystem zu einer mobilen medizinischen Versorgung) um spezialisierter und zeitnäher mit den schwierigen Situationen rund um das Lebensende umgehen zu können.

### 3.9 Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen und Arzneimittelinteraktionen

Der vorliegende Artikel soll dazu dienen, die Anwendung oder Nichtanwendung von Arzneimitteln (Medikamenten) im psychosozialen Kontext von Personen, welche in Wohn- und Pflegeheimen leben, möglichst vorurteilsfrei zu betrachten.

Es ist daher vorab notwendig, einige grundsätzliche Überlegungen zu jener Gruppe von Menschen anzustellen, welche jene Subgruppe darstellen, die in die Situation kommt, längere Zeit ihres Lebens in einem Wohn- und Pflegeheim zu verbringen:

Vorwiegend handelt es sich um ältere Personen, überwiegend und bis auf eine relativ geringe Zahl von Ausnahmen, die das 80. Lebensjahr überschritten haben und einen derart hohen Betreuungs- und Pflegebedarf aufweisen oder keine entsprechenden anderen sozialen Möglichkeiten haben, sodass sie auf Langzeitpflegestrukturen angewiesen sind. Zu den seltenen Ausnahmen von Menschen jüngeren Alters, teilweise sogar unter 65 Jahre alt, zählen insbesondere diejenigen mit – zumeist fortgeschrittenen – präsenilen Demenzerkrankungen bzw. mit einer Kombination schwerer psychiatrischer, neurologischer und somatischer Erkrankungen.

Die weit überwiegende Mehrzahl von Bewohnerinnen und Bewohner jedoch ergibt sich aus Menschen jenseits des 80. Lebensjahres, und zwar ganz besonders auch hier wieder durch die Gruppe der Demenzkranken. Demenz ist auch der Hauptgrund für die Aufnahme in einer Langzeitpflegeeinrichtung, laut verschiedenen Studien zu fast 50 %. Dahinter reihen sich als zweithäufigster Grund Schlaganfallfolgen mit etwa 15 %, und erst dann eine Reihe anderer psychischer und somatischer Gründe (z.B. auch Status nach Schenkelhalsfraktur). Die häufigsten Syndrome allgemeinmedizinischer Art von Personen mit einem Bedarf nach stationärer Pflege und Betreuung sind beispielsweise Inkontinenz (häufig Harn- und Stuhlinkontinenz), gravierende Mobilitätseinschränkungen und Sturzgefahr, oft auch Depression, Delir und schwere Schmerzsyndrome. Zu allermeist sind Pflegeheimbewohnerinnen bzw. –bewohner multimorbid, haben also eine ganze Reihe verschiedener Erkrankungen, und das nicht nur im körperlichen Sinn, sondern auch eine bis mehrere psychische Erkrankungen.

Demenzkrankungen sind in der Indikationsstellung für eine Aufnahme in einer Langzeitpflegeeinrichtung allerdings der entscheidende Faktor. Es gibt eine Reihe von epidemiologischen Untersuchungen, die das eindeutig belegen, wie z.B. die Leipziger Langzeitstudie mit über 1000 Untersuchten. Aus dieser Studie ist bekannt, dass gerade jene Demenzkranken, die besondere Verhaltens- und andere psychische Symptome aufweisen, ein erhöhtes Risiko bzw. die Indikation für eine Aufnahme haben. Es geht auch hervor, dass dysfunktionale prämorbid Beziehungsmuster und andere primäre Stressoren bei Demenzkranken ein zusätzlicher Indikator für Aufnahmen sind.

Diese Vorbemerkungen sind wichtig, denn sie verdeutlichen, dass Personen, die einen diesbezüglichen Bedarf haben (auch wenn dieser nicht immer gegeben ist, es auch durchaus andere Dynamiken zu Aufnahmen gibt) im Allgemeinen eine besondere Subgruppe älterer Menschen darstellen und nicht mit der Gesamtgruppe der über 80- Jährigen in Österreich (derzeit etwa 420.000 Menschen) gleichzusetzen sind. Es handelt sich vielmehr um Menschen (in der überwiegenden Zahl Frauen), die häufig das Schicksal besonders ungünstiger chronischer Krankheitsverläufe aufweisen, auch schwierige bis schwierigste soziale Lebensverläufe mit Verlust einer Reihe von Bezugspersonen, sozialer Kontakte und Sicherheiten. Es finden sich Traumatisierungen psychischer und körperlicher Art, oft schon in sehr jungen und dann auch in späteren Jahren fortgesetzt, beträchtliche familiäre Konflikte und Beziehungsabbrüche und häufig auch sehr begrenzte finanzielle Absicherung und Mittel.

In Anbetracht dieser Faktoren, von denen zumindest einer, wenn nicht mehrere Faktoren regelhaft für Menschen mit einem Bedarf nach stationärer Pflege und Betreuung zutreffen, ist es nicht so verwunderlich, dass auch andere Formen des spezifischen Bedarfs Bewohnerinnen und Bewohner speziell gelagert sind.

Beispielsweise ist aus zahlreichen der genannten Aspekte ableitbar, dass diese Personengruppe in ihrer medizinischen Behandlungsindikation einen höheren Bedarf an Schmerzmittel haben muss als die Durchschnittsbevölkerung, auch als die Durchschnittsbevölkerung in dieser Altersgruppe. Praktisch genau die gleiche Annahme darf man aus medizinischer Sicht völlig zu Recht gegenüber Psychopharmaka machen. Mit anderen Worten: Es ist von den genannten Bedingungen und Gründen ausgehend anzunehmen, dass Bewohnerinnen und Bewohner nicht nur einen höheren Schmerzmittelbedarf, sondern auch einen höheren Psychopharmakabedarf als die Durchschnittsbevölkerung haben.

Entgegen der landläufigen Meinung sind Psychopharmaka nicht speziell „böse“ Medikamente, im Gegensatz zu all den „guten“ Medikamenten, die es sonst gibt, sondern sie sind – und hier stehen Schmerzmittel durchaus in manchen Bereichen passabel vergleichbar – Medikamente, wie andere Medikamente auch. Insofern ist bereits der Begriff freiheitsbeschränkende Medikamente oder freiheitsbeschränkte Medikation ein an sich irreführender.

Keine österreichische Ärztin, kein österreichischer Arzt hat während ihrem bzw. seinem Studium jemals eine Vorlesung zum Thema Medikamente zur Freiheitsbeschränkung gehört. Freiheitsbeschränkung als Begriff ist ein medizinisches Nicht-Ziel. Medizinische Ziele sind Gesundheitserhaltung, -verbesserung bzw. -wiedererlangung, oder auch die Abwehr von massiven Verschlechterungen, die Bremsung, die Verlangsamung einer Verschlechterung oder die Reduktion von Schmerz, somatischem wie psychischem.

Freiheitsbeschränkung ist im Grunde ein Terminus technicus, mit dem die Medizin wenig anfangen kann, welcher aus einem anderen Denksystem kommt. Generell haben verschiedene Berufsgruppen verschiedene Denksysteme. Das ist weder den Berufsgruppen noch den Denksystemen vorzuwerfen. Das juristische Verständnis des Begriffes „Freiheit“ ist wahrscheinlich auch ein Stück weit ein anderes, als das der Medizin, auch Philosophinnen und Philosophen werden sehr unterschiedliche Standpunkte dazu haben. Generell gehen Medizinerinnen und Mediziner davon aus, dass Erkrankungen, vor allem schwererer Natur, nicht gerade einen Beitrag zu mehr Freiheit des Individuums liefern. Im Gegenteil: Je schwerer eine Erkrankung von der Kategorie oder Dimension oder beidem her ist, desto mehr schränkt es die Möglichkeiten von Menschen üblicherweise ein, damit auch die Freiheitsgrade.

Das heutige Verständnis von Freiheit ist mehr oder weniger mit sehr unmittelbaren, körperlichen Aspekten verbunden, die sehr plakativ und leicht nachvollziehbar sind. Konkret zum Beispiel die Freiheit, wo immer auch hin zu gehen, wenn man in der Lage ist zu gehen. Die Frage, ob die Wahl des Zieles (sofern ein Ziel besteht, denn das „Wandering“ Demenzkranker ist meist ohne Ziel, zumindest ohne konkretes Ziel), ob die Psyche so intakt ist, dass überhaupt frei gewählt werden kann, diese Frage ist ungleich schwieriger und komplexer zu beantworten. Ebenso ist die Frage, ob es Ausdruck von Freiheit ist, wenn sich ein Mensch in schwerster Depression, die damit verbunden ist, dass sich sein Blick auf sich selbst und die Welt massiv verändert, suizidieren möchte, Maßnahmen dazu trifft, die Frage, ob dieses Geschehen Ausdruck von Freiheit, oder nicht doch infolge Krankheit bedingter höchster Unfreiheit darstellt, wird teilweise durchaus kontroversiell diskutiert.

Aus medizinischer Sicht machen Ängste, Depressionen, Wahnerkrankungen, Halluzinationen und auch manische Zustandsbilder nicht freier. Alle diese genannten Syndrome sind aus psychiatrischer Sicht eindeutige Behandlungsindikationen, je nach Kategorie und Schweregrad mit verschiedenen Therapieformen behandelbar, ganz häufig auch mit Medikamenten. Es wird aber nicht die Freiheit dieses Menschen behandelt, sondern ein - ihn unfrei machendes - Syndrom, letztlich der Mensch selbst. Das Ziel eine psychopharmakologischen Behandlung kann nur ein Mehr an Freiheit für die Betroffenen sein, nicht ein Mehr an Unfreiheit. Dem gegenüber steht freilich, dass falsch angewandte Psychopharmaka, darunter auch solche, die für eine bestimmte Problematik gar keine Indikation haben, tatsächlich Freiheitsgrade eines Menschen im Wohn- und Pflegeheim auch beeinträchtigen können. Wie bereits erwähnt, kann eine Reduktion der Freiheitsgrade nie das Ziel einer medizinisch angewandten psychopharmakologischen Medikation sein. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass auch verschiedene, nicht die Psyche primär betreffende Medikamente, sowohl psychische als auch körperliche Auswirkungen haben können, die Freiheitsgrade von Bewohnerinnen und Bewohner einschränken. Auch hier gibt es - beispielsweise beim Thema Antikoagulation oder beim Thema antidiabetische Medikation- eine Reihe von komplexen Situationen und Problematiken, die nur in einem vorurteilsfreien Dialog lösbar sind.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt dieses heikle Gebiet der Medizinethik in einer speziellen Arbeitsgruppe und mit entsprechender Umsicht zu beleuchten.



### 3.10 Delir im Wohn- und Pflegeheim

Das Delir ist die häufigste psychische Störung bei älteren Menschen, ein hochrelevantes, klinisches Syndrom, bei welchem es zu einer akuten organischen Beeinträchtigung von Gehirnfunktionen kommt. Dies führt dazu, dass die betroffene Person auf Umweltreize unangemessen reagiert bzw. „durcheinander“ wirkt. Zu den Hauptsymptomen zählen kognitive Beeinträchtigung mit Störungen der Aufmerksamkeit, des geordneten Denkens bzw. der Orientierung. Für die Symptomatologie sind deren rasche Entwicklung innerhalb von Stunden, Tagen und eine zeitliche Fluktuation der Symptomatik charakteristisch. Fast jede somatische Erkrankung, aber auch der Einfluss vieler Medikamente, können beim alten Menschen zu diesem Syndrom führen.

Das Delir zählt zu den häufigsten Komplikationen bei älteren Patientinnen und Patienten nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in den Strukturen der geriatrischen Langzeitbetreuung – den Wohn- und Pflegeheimen. Diese können „per se“, schon „delirogen“ sein, das bedeutet, ihr ungewohntes, verwirrendes, unruhiges, Stress produzierendes Ambiente macht die Risikopopulation der hochaltrigen, gebrechlichen, multimorbiden, dazu eventuell schon kognitiv beeinträchtigten Menschen für Delir besonders anfällig. Dazu kommen als Auslöser akute Erkrankungen, Medikamentennebenwirkungen, gepaart mit unzureichender Kenntnis beim betreuenden Personal um dieses Problem, dadurch bedingt mangelnde Diagnostik und prophylaktische bzw. therapeutische Intervention.

Im Wohn- und Pflegeheim werden Prävalenzen von 15 – 20% und Inzidenzraten von bis zu 60% angegeben. Auch hier ist das Delir die Folge eines typisch geriatrischen multifaktoriellen Ursachengefüges: von auslösenden, gerade bei geriatrischen Patientinnen bzw. Patienten oft sich atypisch präsentierenden Erkrankungen, wie Infektionen oder kardiovaskuläre Ereignisse, über die Gabe von Medikamenten mit einem delirogenen Potential, bis zu psychosozialen und Umgebungsfaktoren.

Die hohe Inzidenz und Prävalenz von Delir lassen sich durch Charakteristika der Bewohnerinnen und Bewohner von Wohn- und Pflegeheimen erklären. In Wohn- und Pflegeheimen haben je nach Durchschnittsalter und je nach Aufnahme Selektion zwischen 50 bis 80% der Bewohnerinnen und Bewohner eine kognitive Störung, eine Demenz - somit neben dem ohnehin höheren Alter einen zusätzlichen hochsignifikanten Risikofaktor für das Auftreten eines Delirs. Dazu kommen deliogene Faktoren, wie Immobilität, sensorische Defizite und Polypharmazie. Da genügt dann oft eine nur geringe zusätzliche Störung (exogene Noxe), um zu einem Delir zu führen.

Exogene Noxen, die in der geriatrischen Langzeitbetreuungssituation oft vorkommen, sind z.B. Immobilisierung, Dehydratation, Malnutrition, Schlafdeprivation, Reizdeprivation bzw. Reizüberflutung, sensorische Defizite, die nicht kompensiert werden (mangelhafte Seh- od. Hörbehilfe), Gabe oder Dosiserhöhung von Medikamenten, die ein hohes deliogenes Potential haben. Ein häufiger Auslöser von Delir sind un- oder verkannte Infekte, weil sie sich bei älteren Menschen oft atypisch präsentieren. So ist bekannt, dass ein Harnwegsinfekt oder eine Pneumonie bei hochaltrigen Patientinnen und Patienten häufig eine Verhaltensstörung im Sinne eines Delirs als Erstsymptom zeigen und nicht die - sonst bei jüngeren Personen - erwarteten „klassischen“ Symptome wie Fieber und /oder Husten.

Das Delir produziert eine Reihe von Verhaltensstörungen. Es ist mit zahlreichen weiteren negativen Folgen assoziiert, nämlich einer deutlich erhöhten zusätzlichen Morbidität, erhöhter Mortalität, aber vor allem mit einer Verschlechterung des funktionellen Status, sowohl im Bereich der Selbsthilfefähigkeit bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens als auch im Bereich der Kognition. So kommt es zu einer Initiierung bzw. einer Beschleunigung der Demenzentwicklung. Im Rahmen des Delirs kommt es zu häufigeren Transferierungen aus dem Wohn- und Pflegeheim ins Krankenhaus, wodurch die Situation oft noch schlechter wird, da das Krankenhaussystem mit diesem Problem meist noch nicht adäquat umzugehen weiß. Der sich durch die Folgen des Delirs resultierende zusätzliche Betreuungs- und Pflegeaufwand ergibt auch zusätzliche, zu einem beträchtlichen Teil vermeidbare, Kosten.

Das Delir bedeutet also für ältere Menschen eine zusätzliche Belastung und Gefahr. Es kann und soll deshalb rechtzeitig erkannt werden. Eine fehlende Diagnose und deshalb nicht erfolgte Behandlung kann zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen. Der Erkennungsgrad des Delirs ist in den Strukturen der geriatrischen Langzeitbetreuung aber leider mindestens genauso schlecht wie im Krankenhaus. Bis zu 60% der Fälle werden von Ärztinnen und Ärzten, bis zu 40% der Fälle von Pflegepersonen nicht erkannt. Dieses Erkennungsproblem ist sicher zum Teil auch dadurch erschwert, dass je nach Ausprägung der psychomotorischen Manifestationen zwei Formen des Delirs unterschieden werden und insbesondere bei älteren Patientinnen bzw. Patienten auch Mischformen der beiden Ausprägungsvarianten vorkommen:

- das hyperaktive Delir, welches eher bemerkt wird, da es mit einem unangepassten Verhalten einhergeht und dadurch für das Umfeld eher zum deutlichen Problem wird. Es ist charakterisiert durch psychomotorische Unruhe, Agitiertheit, erhöhte Irritabilität, Halluzinationen, Ängste und vegetative Zeichen.
- das hypoaktive Delir ist gerade bei älteren Patientinnen und Patienten die häufigere Form. Es wird aber oft nicht erkannt und nicht behandelt, wodurch es besonders gefährlich ist. Es ist gekennzeichnet durch Bewegungsarmut, Lethargie, Somnolenz und wenig spontane Kontaktaufnahme. Halluzinationen und Desorientierung werden erst durch Befragen deutlich.

Das Delir verlangt die besondere Aufmerksamkeit aller Gesundheitsprofessionen. Es wäre in bis zu 40% der Fälle tatsächlich vermeidbar, und wenn es schon auftritt, bei rechtzeitiger Diagnose häufig auch gut behandelbar. Eine bessere, wissensbasierte Sensibilisierung auf dieses Problem stellt den ersten Schritt zu einer wirksamen Delir-Prophylaxe dar. Am besten wäre ein prophylaktisches Handeln, um das Problem Delir zu minimieren.

Jede akute Veränderung des gewohnten Verhaltens und des üblichen Wachheitszustands von Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Patientinnen und Patienten sollte das betreuende Team an die Möglichkeit eines Delirs denken lassen. Nicht nur ein unruhiges, agitiertes – hyperaktives - Verhalten sollte beachtet werden, auch ein plötzlich zurückgezogenes, lethargisches – eben hypoaktives.

Eine genaue Anamnese (auch mit den An- und Zugehörigen), klinischer Status und gezielte Laboruntersuchungen helfen die auslösenden Ursachen – z.B. neu aufgetretene Erkrankungen (insb. Infektionen) oder Delir auslösende Medikamente aufzudecken. Es sind gute, validierte Screening- und Beobachtungsinstrumente vorhanden –

z.B. die DOS Skala - um Veränderungen des Verhaltens zu erfassen und zu beurteilen. So können rechtzeitig prophylaktische und therapeutische Maßnahmen veranlasst werden. Die CAM Skala ist ein zuverlässiges diagnostisches Instrument.

Die effizienteste präventive und therapeutische Antwort liegt in der geriatrisch bzw. alterspsychiatrisch qualifizierten Interdisziplinarität, wobei vor allem der Pflege eine wesentliche Rolle zukommt. Delir - Therapie heißt, die verursachende Erkrankung behandeln, das Vermeiden von Komplikationen, primär eine nicht-medikamentöse Kontrolle von Verhaltensstörungen, gleichzeitige Aktivierung, Re-Orientierung und Remobilisation.

Das Delir ist die häufigste psychische Störung auch in der allerletzten Lebensphase. Bis zu 90% der an onkologischen Grunderkrankungen Sterbenden erleben so einen Zustand. Die Delirprävalenz in nicht onkologischen Terminalsituationen ist noch nicht genau erforscht, dürfte aber ähnlich hoch sein. Es herrscht Unklarheit, ob die Ursachen des Delirs in der terminalen Lebensphase überwiegend im psychosozialen und spirituellen Distress des Sterbeerlebens oder in medizinischen, somatischen Faktoren liegen. Es dürfte sich wie beim Delir in anderen Situationen um ein multifaktorielles Geschehen handeln. Dieses gilt es wahrzunehmen, es zu erkennen und danach entsprechend auch zu intervenieren.

Milieutherapeutische und psychosoziale Maßnahmen, die im Akutsetting des Krankenhauses nachweislich präventiv bzw. auf den Verlauf des Delirs mildernd wirken, gelten auch im Wohn- und Pflegeheim und müssen in einem personenorientierten, wertschätzenden Pflegekonzept eingebettet werden.

Alle aktuellen Guidelines und Empfehlungen betonen die gute Wirksamkeit nicht-medikamentöser, vor allem pflegerischer Interventionen zur Vorbeugung und zur Linderung der Delirsymptomatik. Sie gelten deshalb als „first-line“ Interventionen. Erst bei deren dokumentierter Unwirksamkeit, können zur Kontrolle belastender Delir-Symptome Medikamente eingesetzt werden. Dazu bedarf es aber guter geriatrischer, bzw. alterspsychiatrischer Kenntnisse bei den verordnenden Ärztinnen und Ärzten und einer strengen Abwägung des Verhältnisses zwischen dem potentiellen Risiko und dem erwarteten Nutzen dieser Medikation. Generell gilt besondere Vorsicht beim Einsatz sedierender Medikamente. Neben ihrem meist kardiovaskulären Nebenwirkungspotential und erhöhtem Sturzrisiko können diese das Delir prolongieren bzw. ein hyperaktives Delir in ein hypoaktives umwandeln, auch wenn kurzfristig eine Symptomkontrolle erreicht wird.

**Beispiele für nicht-medikamentöse Maßnahmen sind:**

- möglichst frühe Mobilisierung
- Aktivierung, Re-Orientierung
- regelmäßiges Schmerzscreening und Schmerztherapie
- frühzeitige Erkennung von Zahn- und Mundproblemen, Schluckstörungen, Mangelernährung und Dehydratation und entsprechende Intervention
- Vermeidung von Spitalaufnahmen besonders während einer Delirepisode
- Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen, dazu gehören auch Einmal- und Dauerkatheter
- Schlafhygiene, nichtpharmakologische Schlafförderung
- regelmäßige Kontrolle von der Seh- und Hörbehelfe auf deren Funktion

Obwohl es ein häufiges und viel untersuchtes Syndrom beim betagten Menschen ist, findet der Transfer des evidenzbasierten Erkenntnisstandes in die Praxis noch nicht ausreichend statt.

Die Prävention, die richtige Diagnose und adäquates Management dieser häufigsten psychischen Störung älterer Menschen sind für deren weitere Gesundheit und Selbstständigkeit entscheidend. Die effizienteste, präventive und therapeutische Antwort liegt in der geriatrisch bzw. gerontopsychiatrisch qualifizierten Interdisziplinarität, wobei vor allem der Pflege eine wesentliche Rolle zukommt.

Ein höheres Bewusstseinsniveau, um dieses - die betroffenen Menschen und deren Umgebung - so belastendes Problem, kann nachweislich zu dessen Minimierung beitragen. Dazu bedarf es systematischer interdisziplinärer Qualifizierungsmaßnahmen. Diesem Zweck dienen zwei empfehlenswerte Mittel:

- Der 2016 veröffentlichte, am AKH Wien produzierte Lehrfilm „Sand im Getriebe“. Darin wird der aktuelle Wissensstand zum Thema Delir vermittelt. Es werden zwei Fallbeispiele präsentiert – eine Patientin mit einem hyperaktiven bzw. ein Patient mit einem hypoaktiven Delir. In dem 50-minütigen Film werden die Entwicklung des Delirs - auch aus der Sicht der Betroffenen – und der Umgang damit im multiprofessionellen Team dargestellt. Wesentliche Elemente der multifaktoriellen Entstehung des Screenings und der Diagnostik sowie der pflegerischen und milieutherapeutischen Intervention, auch der kausalen und auch symptomatischen Therapie, werden zusätzlich in sechs kurzen didaktischen Filmsequenzen erarbeitet.
- Die 2017 in einer Neuauflage von der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie herausgegebene Broschüre „Delir – ein häufiges Syndrom im Alter, eine interdisziplinäre Herausforderung“ – nähere Informationen dazu über: [www.geriatrie-online.at](http://www.geriatrie-online.at)

Das Delir zu erkennen und richtig – am besten schon prophylaktisch – zu intervenieren, ist eine wichtige Aufgabe bei der Betreuung der dafür besonders vulnerablen älteren, gebrechlichen Menschen in der stationären Betreuung nicht nur im Krankenhaus, aber auch im Wohn- und Pflegeheim.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den Institutionen der geriatrischen Langzeitbetreuung ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern regelmäßig interdisziplinäre Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Delir anzubieten. Diese sollten als Standard bei der Beurteilung der Betreuungsqualität gelten.



### 3.11 Betreuung von Personen mit Symptomen von herausforderndem Verhalten, Demenz, Delir (SHVDD) am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien - Aktionen und Projekte

Die demographische Entwicklung und die damit verbundene steigende Zahl betagter, multimorbider und dementiell erkrankter Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus stellen die Dienstleisterinnen bzw. Dienstleister vor zunehmende Herausforderungen in der Versorgung und Pflege. Die Wiener Heimkommission stellte in ihrem Bericht 2014 fest, dass Heimbewohnerinnen und -bewohner in den Spitalsambulanzen oft unbegleitet wären. Um diesen Herausforderungen adäquat zu begegnen und organisationale Lösungsstrategien zu unterstützen, wurde eine Prävalenzerhebung zum Thema herausforderndes Verhalten, Demenz, Delir im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien) durchgeführt.

Demenz ist unter anderem ein Risikofaktor dafür, eine akute Verwirrtheit im Rahmen eines Spitalsaufenthaltes zu erleiden. Zur Detektion Delir-assoziierter Symptome kam die Nursing Delirium Screening Scale (Nu-Desc) zum Einsatz. Dieses valide Instrument erfasst den Symptomkomplex des Delirs.

Von 1475 Patientinnen und Patienten wiesen 19% Anzeichen für ein mögliches Delir auf. Sehr hoch ist die Delir-Rate im Intensivpflegebereich. Die erhobenen Daten nähern sich jenen der Guideline des National Institute for Health and Care Excellence aus 2010, wonach die Delir-Prävalenz in Akutkrankenhäusern zwischen 20% und 30% liegt, an. Auch die unzureichende Dokumentation des Delirs wird im Rahmen dieser Guideline thematisiert.

#### **Aktuelle Entwicklungen (Pilotphase) im AKH Wien**

Auf Basis dieser Erkenntnisse wurden der Wiener Heimkommission im Jahre 2016 Lösungsansätze aus der Praxis des AKH Wien präsentiert. Die Projekte reichen von verkürzten Wartezeiten in Ambulanzen in Kooperation mit Transportdienstleistern, Bettenstationen mit Validationsschwerpunkt bzw. Stationen mit Delirprophylaxe, bis hin zu umfassenden Delir-Vorsorge-Konzepten in der perioperativen Versorgung. Grundlegend werden gezielte Schulungsmaßnahmen zur Thematik „Beeinträchtigte kognitive Kompetenz“ angeboten, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kompetent in der Pflege und Betreuung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und deren Angehörigen machen sollen. Beauftragte dieser Bereiche stellen die Umsetzung der Betreuung und Pflege sicher.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Aktionen und Projekte des Wiener Allgemeinen Krankenhauses zur Thematik „Beeinträchtigte kognitive Kompetenz“ von Patientinnen und Patienten und hofft auf eine Weiterführung.

### 3.12 Einige Aspekte der Demenz

Das 20. Jahrhundert ist durch eine ständige Zunahme der Lebenserwartung charakterisiert, die vor allem auf eine bessere Ernährung sowie auf die Fortschritte in Hygiene und Medizin zurückzuführen ist. Damit verbunden ist jedoch auch eine Zunahme von „Alterserkrankungen“, wobei hier Demenzerkrankungen eine wesentliche Rolle spielen.

Störungen der Kognition und des Intellekts - auf der Grundlage eines neurobiologischen Abbaus des Gehirns - dürften schon immer vorhanden gewesen sein. In ganz verschiedenen Quellen finden sich ab dem Vorhandensein von Texten Hinweise, welche ein Nachlassen intellektueller Fähigkeiten beschreiben, kommentieren und sogar Vermutungen zu möglichen Ursachen und Hinweisen auf geeignete therapeutische Maßnahmen angeben. Allerdings erreichten Menschen früher nie so ein hohes Lebensalter, dass es auch ein relevanter Faktor wurde. Vor 1800 gab es eine Vielzahl ganz unterschiedlicher Begriffe, um einen Zustand des geistigen Verfalls zu kennzeichnen, wie z.B. *amathía* oder *stupiditas*. Auch der Terminus Demenz – „ohne Geist“ - trat bereits manchmal auf. (Berrios, 1987).

Die Einordnung der damit verbundene Auffälligkeiten von Erleben und Verhalten als Krankheit entwickelte sich durch gesellschaftliche und wissenschaftliche Aspekte. Der griechische Philosoph und Naturforscher Aristoteles (384-322 v.Chr.) sah den letzten Lebensabschnitt insgesamt als eine Art „natürliche Krankheit“ an. Die „Demenz“ gehörte sozusagen dazu.

Das derzeit gültige Konzept demenzieller Erkrankungen entwickelte sich seit etwa 1850 und betrachtet die Demenz aus der Sicht medizinischer/ biologischer, statistischer und gesellschaftlicher Verhaltensnormen. Besonders Alois Alzheimer hat mit seinem Bericht der Auguste D. (1901) eine neue Form des „senilum praecox“ definiert, wobei es sich aber nach Kraepelin auch möglicherweise um einen Krankheitsprozess des Gehirns handeln könnte. Dadurch wurde auch ein Behandlungskonzept definiert und die Rolle des Menschen mit Demenz als die Rolle eines Kranken definiert, der behandelt werden sollte.

Nach heutiger Sicht ist eine Demenz von den im Rahmen des normalen Alterungsprozesses auftretenden Veränderungen der geistigen Leistungen (Verminderung der fluiden Intelligenzleistungen bei erhaltenen kristallinen Leistungen) dadurch zu unterscheiden, dass die Symptome stärker ausgeprägt sind, diese auch die Alltagsfähigkeiten betreffen und auch oft fortschreiten. Unter einer Demenz versteht man nach dem Diagnosesystem ICD-10 einen Zustand, bei dem es durch eine hirnorganische Ursache zu so starken Veränderungen des Gedächtnisses und anderer geistiger Funktionen kommt, dass eine selbstständige Lebensführung beeinträchtigt ist. Das Syndrom muss weiter über sechs Monate bestehen. Oft ist auch die Persönlichkeit mitbetroffen. In Österreich sind derzeit geschätzt etwa 130.000 Personen (Österreichischer Demenzbericht) betroffen.

Im neuen Diagnosesystem DSM-5 der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) spricht man anstelle einer „Demenz“ von einer „neurokognitiven Störung“. Diese wird als leicht bezeichnet, wenn die kognitiven Defizite einer Person in der Aufmerksamkeit, der Sprache, dem Lernen, dem Gedächtnis, den Exekutivfunktionen und den visuokonstruktiven bzw. sozialen Funktionen keine Beeinträchtigung der

Alltagsfunktionen zur Folge haben. Von einer schweren Störung spricht man, wenn Unterstützungsmaßnahmen notwendig sind, um den Alltag zu bewältigen. Die Erfassung der Defizite soll durch standardisierte neuropsychologische Tests erfolgen. Die Ursachen, wie z.B. Alzheimersche Krankheit, frontotemporal, vaskulär, aufgrund eines Schädel-Hirn-Traumas oder substanz-/medikationsinduziert werden einzeln aufgezählt und vermerkt. Weiter wird das Vorhandensein von Verhaltensstörungen, wie Wahn oder Halluzinationen als weitere Spezifizierung vermerkt. Die "neurokognitive Störung" wird vom Delir als kurzfristige Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit unterschieden.

Die neue Ausdifferenzierung kognitiver Funktionen im DSM-5 entspricht dem wissenschaftlichen Fortschritt. So werden aufgrund der gewachsenen Bedeutung frontotemporaler neurokognitiver Defizite (Demenzen) die Domänen Sprache und soziale Kognition (v.a. Empathie) hervorgehoben, weiter werden zur Erfassung vaskulärer Ursachenformen komplexe Aufmerksamkeitsfunktionen und ihre Teilfunktionen als neue, diagnostisch relevante Domänen eingeführt.

Die Ursachen der Demenz sind vielfältig, wobei die Alzheimersche Krankheit mit etwa 60-70% und vaskuläre (gefäßbedingte) Erkrankungen mit etwa 20% als Hauptfaktoren dargestellt werden. Auch übermäßiger Alkoholkonsum, andere Erkrankungen des Gehirns oder Kopfverletzungen können das Zustandsbild einer Demenz bewirken. Eine Demenz ist nach diesem Konzept also Folge einer Erkrankung. Diese sollte möglichst frühzeitig behandelt werden.

Daraus ergeben sich aber manche Fragen und Konsequenzen. Ab wann ist eine Störung der kognitiven Leistungsfähigkeit und des Verhaltens krankheitsrelevant, behandlungsbedürftig oder muss infolge Selbst- und/oder Fremdgefährdung behandelt werden? Damit verbunden ist die Frage der Frühdiagnostik (Genetik). Welche Behandlungsmodelle (medizinisch, psychosozial) sind ab welchen Zeitpunkt einzusetzen? Was ist das Ziel der Interventionen? Inwieweit ist „Wiederherstellung von Normalität“ das Ziel oder sollte das Konzept der Lebensqualität und Freiheit vorgezogen werden? Wann beginnt Selbst-bzw. Fremdgefährdung und welche Maßnahmen sind adäquat? Wie lange bleiben Menschen mit Demenz selbstbestimmte Personen und ab wann bestimmen andere über ihr Schicksal?

Diese Fragen ergeben sich immer mehr und werden auch von Demenz Betroffenen vermehrt selbst gestellt. So beschreibt etwa Richard Taylor in seinem Buch „Richard Taylor: Alzheimer und Ich“ seine Krankheit und seine Bedürfnisse im Hinblick auf seine Betreuung. Er hat dazu auch Vorträge gehalten. Diese Sichtweise im Hinblick auf die Betreuung von Menschen mit Demenz gewinnt immer mehr Bedeutung im Sinne einer „humanizing dementia care“, also einer Pflege, die nicht in erster Linie die Bedürfnisse der Institution erfüllt und den Kranken als „unmündig“ erachtet, sondern die Person mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt stellt. Sie ermutigt das Individuum, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Sie bildet Partnerschaften, keine Abhängigkeiten. Sie orientiert sich nicht am „Abschiednehmen“ und an den Defiziten, sondern sagt „Hallo und Guten Tag“ und orientiert sich an den Ressourcen.

Auch Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz wollen glücklich in ihrer subjektiven Gegenwart leben, auch wenn sie diese nicht immer verstehen und andere sie auch oft nicht verstehen. Taylor fasst dies mit folgenden Worten zusammen:

«Ich werde nie nur noch die Hülle meiner selbst sein, sondern immer noch ein ganzer Mensch. Ich bin Richard, und ich werde bis zum Moment meines Todes Richard sein. Wenn ich die Fähigkeit zu sprechen verliere, werde ich immer noch Richard sein. Wenn Sie an meine Tür klopfen und ich nicht aufmache, wenn ich mich nicht an Ihren Namen erinnern kann oder daran, ob Sie gestern schon da waren – ich bin immer noch Richard.»

Die Wiener Heimkommission appelliert an die Verantwortlichen, diese Aspekte in allen Settings vermehrt in die ambulanten und stationären Strukturen zu integrieren und den bedürfnisorientierten Betreuungsansatz zu forcieren.

### 3.13 DEMENZDIALOG – Achtsamkeit für Menschen mit und ohne Demenz

Demenz.weiter.denken ist das Demenzprojekt der CS Caritas Socialis, das im Zeitraum 2013 bis 2015 durchgeführt wurde. Ziel des Projektes ist, Menschen mit Demenz am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen bzw. Angehörige mit ihren Bedürfnissen wahrzunehmen und sie zu unterstützen.

Gemeinsam an einem Strang ziehen – gemeinsam ein Ziel erreichen. In fünf Teilprojekten wurden die Angebote für Angehörige vernetzt, Kinder und Jugendliche zum Thema sensibilisiert, Ehrenamtliche als Demenzwegbegleiterinnen und -begleiter geschult, die Netzwerke 3. und 23. demenzfreundlicher Bezirk gegründet und die Demenzkompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiterentwickelt.

#### **Highlights demenz.weiter.denken:**

Entwicklung Minibuch „Demenz kindgerecht erklärt“ und animierte Hörbuch-App

„Anna und die beste Oma der Welt“ – so heißt das Minibuch und die animierte Hörbuch-App, die von der CS Caritas Socialis entwickelt wurde. Büchlein und App haben das Ziel, Kindern das Thema Demenz altersgerecht – auf spielerische Art und Weise – näher zu bringen. Das Credo „Die Oma bleibt die Oma, obwohl sie immer öfters Sachen vergisst“ wird kindgerecht aufbereitet und hilft Eltern, Angehörigen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Pädagoginnen und Pädagogen so wie auch Pflegekräften, das Thema Demenz für Kinder verständlicher zu machen. Mit liebevollen Zeichnungen und Animationen werden Kinder miteinbezogen. Denn einmal verstanden, worum es geht, sind Kinder die besten „Therapeutinnen und Therapeuten“.

#### **Begleitung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen**

Demenzwegbegleiterinnen und -begleiter sind Ehrenamtliche mit einer speziellen Ausbildung und praktischer Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Demenz. Demenzwegbegleiterinnen und Demenzwegbegleiter orientieren sich an den



Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen, sind da für ein Gespräch, begleiten bei Spaziergängen und Aktivitäten, entlasten Angehörige in der Betreuung von Menschen mit Demenz und sind vor allem in der Begleitung zu Hause da, wenn Angehörige für einige Stunden anderes vorhaben.

#### **Demenzfreundlicher 3. Bezirk**

Im Jänner 2014 wurde im 3. Wiener Gemeindebezirk das Netzwerk „Demenzfreundlicher 3. Bezirk“ gegründet. Angestoßen durch die CS Caritas Socialis lud Bezirksvorsteher Erich Hohenberger ins Bezirksamt zum ersten Treffen ein. Es entstand ein Netzwerk hochinteressierter und engagierter Netzwerkpartnerinnen und -partner, die sich ca. alle zwei Monate treffen. Die vielfältige Zusammensetzung der Gruppe – aus Krankenhäusern, Wohn- und Pflegeheimen, Vereinen der Betreuung zu Hause, der demenzfreundlichen Apotheke, dem FSW, Alzheimer Austria, den Johannitern, einer Bücherei, der Volkshochschule, den Pfarren und vielen anderen – macht es aus, dass so viele Vorhaben in den ersten eineinhalb Jahren umgesetzt werden konnten.

#### **Demenzdialog**

Als Quintessenz entwickelte die CS Caritas Socialis mit Führungskräften und Expertinnen und Experten den „Demenzdialog“. Gespräche mit und Rückmeldungen von Betroffenen flossen in die zehn – aus der Perspektive von Betroffenen formulierten – Sätze ein. Zehn verständliche, nachvollziehbare Sätze bieten Orientierung und unterstreichen die Achtsamkeit mit der man im Alltag – besonders Menschen mit Demenz – aber auch jenen, die nicht an einer Demenz erkrankt sind, und einander begegnet. Der Demenzdialog dient auch als Gesprächsgrundlage für Teams und Angehörige.

#### **DEMENZDIALOG – Achtsamkeit für Menschen mit und ohne Demenz**

##### **Ich habe eine Wahl und kann Entscheidungen über mich treffen und beeinflussen.**

... Sprich mit mir und nicht über mich.

##### **Ich verändere mich und bleibe ICH.**

... Veränderungen gehören zum Leben.

... Wie du, brauche auch ich Zeit, um mich auf Veränderungen einzustellen.

##### **Ich bin angewiesen auf Menschen, die soziale Beziehung mit mir leben und sich selbst als Person einbringen.**

... Mir tun Menschen gut, mit denen ich mich verstehe,  
auch wenn nicht immer alles verständlich ist.

... Ich kann mein Verhalten nicht immer erklären und steuern.

... Mir kann auch ein NEIN zugemutet werden.

##### **Ich nehme am gesellschaftlichen Leben teil, ich muss mich nicht verstecken.**

... Die passende Umgebung unterstützt mich, mein Leben zu leben.

##### **Mein Leben besteht nicht nur aus gepflegt werden. Ich war nicht immer krank.**

... Schau auf das, was ich kann und unterstütze mich, es selbst zu tun.

##### **Wenn ich ruhig bin, heißt das nicht, dass ich mich langweile.**

... Ich suche Balance zwischen Ruhe und Aktivität, Ich will nicht immer etwas tun.

... Manchmal ist ein Nickerchen das Beste.

### **Ich bin mehr als meine Vergangenheit.**

- ... Ich will nicht alles aus meinem Leben erzählen. Es ist meine Lebensgeschichte.
- ... Ich will geachtet werden, egal wie ich mich verhalte.

### **Meine Ordnung ist vielleicht nicht deine Ordnung.**

- ... das gilt für mein Zimmer und für mein Leben.

### **Meine Gefühle sind real, ich brauche keine Scheinwelten.**

- ... Ich möchte, dass ehrlich mit mir umgegangen wird.
- ... Hol mich in meinen Gefühlen ab und korrigiere mich nicht.

### **„Das Wandern ist des Müllers Lust“**

- ... Ich möchte mich frei bewegen, auch wenn es mit Risiko verbunden ist.
- ... Ich brauche den Schutz meiner Privatsphäre.
- ... Ich möchte Türen öffnen und schließen können.

Die vielschichtige Bearbeitung des Themas Demenz in allen Bereichen der CS Caritas Socialis hat eine Fokussierung auf die Bedürfnisse von Menschen mit Vergesslichkeit bewirkt. Im Laufe des Projekts – vor allem durch die Formulierung des Demenzdialogs – wurde die Haltung der CS Caritas Socialis geschärft, z.B. den Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, die Raumgestaltung oder die Kommunikation mit Angehörigen betreffend. Bewusstseinsbildung in und im Umfeld der CS Caritas Socialis und Kompetenzsteigerung bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern führt in einem laufenden gemeinsamen Lernprozess zu mehr Lebensqualität bei Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, sich intensiv mit dem Themenfeld Demenz auseinanderzusetzen, um Lebensqualität trotz Vergesslichkeit zu erhalten. Sie regt an, die eigene Organisation, Strukturen und die Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besonders auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz auszurichten. Heimträger mögen sich in den diversen regionalen Initiativen rund um das Thema Demenz engagieren, damit in den Wiener Gemeindebezirken Inklusion besser gelebt werden kann. Die Wiener Heimkommission empfiehlt der Stadt Wien diese Vernetzungsinitiativen zu unterstützen bzw. zu fördern und weiter auszubauen.

#### 3.14 Integrative Betreuung von Menschen im Wachkoma im Geriatriezentrum Favoriten

Im Geriatriezentrum Favoriten werden seit 2009 Menschen im Wachkoma betreut. Im Sinne eines integrativen Konzeptes – Menschen mit einer schweren cerebralen Schädigung an einer bestehenden Gemeinschaft teilnehmen zu lassen – wurde bewusst keine spezielle Station für Menschen im Wachkoma geschaffen.

Wachkoma ist kein wissenschaftlich einheitlich definierter Begriff. Man versteht darunter eine eingeschränkte Fähigkeit der Selbstwahrnehmung und der bewussten Wahrnehmung der Umgebung, Bewegungen des Körpers können nicht bewusst koordiniert werden. Daraus folgend ergibt sich ein massives Kommunikationsproblem und zusätzlich sind schwerste körperliche Handicaps vorhanden. So hat zum Beispiel fast jede betroffene Person aufgrund Schluckbeschwerden eine Ernährungssonde und oftmals auch eine geblockte Trachealkanüle. Bemerkenswerterweise können sich die körperlichen und auch die Bewusstseinsdefizite zurückbilden. Diese zweidimensionale Rückbildung wird Remission genannt. Die Remission kann pflegerisch und therapeutisch durch das Anbieten von positiven bekannten Reizen unterstützt werden.

Aufgrund der schweren Beeinträchtigungen von Menschen im Wachkoma ist die Gefahr der sozialen Isolation groß. Eine zentrale Dimension des integrativen Konzeptes ist es daher, eine Vereinsamung der Betroffenen zu verhindern. Dies geschieht durch das Erlebbarmachen des Stationsalltags, wie Alltagsgeräusche, Essenszeiten, Spielnachmittage und die Teilnahme an Festen.

Ziel ist das Erreichen eines Tagesrhythmus, der einem gewohnten Lebensalltag entspricht und bei dem beispielsweise auch Sonn- und Feiertage von Wochentagen unterschieden werden können. Bewohnerinnen und Bewohner im Wachkoma, die vor ihrer Erkrankung Kraft aus Spiritualität und Religion gewonnen haben, können an Gottesdienste teilnehmen und durch Seelsorge unterstützt werden.

Resultierend aus den unterschiedlichen Remissionsstadien und körperlichen Handicaps ergeben sich vielfältige medizinische, pflegerische, therapeutische und psychologische Aufgaben, die von einem multiprofessionellen Team, bestehend aus Medizin, Pflege, Psychologie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und Diätologie wahrgenommen werden.

Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen wird durch multiprofessionelle Visiten gewährleistet sowie durch regelmäßige Fallbesprechungen, bei denen ein Therapieplan erarbeitet und laufend evaluiert wird. Dieser dient der Übersicht, zu welchem Zeitpunkt pflegerische und therapeutische Handlungen angesetzt sind, um den betroffenen Personen zwischenzeitliche Ruhephasen zu ermöglichen. Darüber hinaus gewinnen Angehörige einen Überblick über alle gesetzten förderlichen Maßnahmen, denn auch diese werden in das integrative Konzept miteinbezogen. Schließlich sind sie die wichtigsten Bezugspersonen, die den betroffenen Menschen am besten kennen.

Für die Angehörigen gibt es das Angebot des „Angehörigencafes“, das von einer Psychologin und einer Psychiatrischen Krankenpflegeperson geleitet wird. Hier können sich die Angehörigen nicht nur über ihre persönliche Situation, ihre Sorgen und Nöte austauschen, sondern auch über die Erfahrungen in der Institution.

Die Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern im Wachkoma bedarf besonderer Kompetenzen, die die Entwicklung, Erfahrung und Förderung von Fähigkeiten ermöglichen. Daher wurde begonnen, durch vielfältige hausinterne und externe Fortbildungsangebote alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema „Menschen im Wachkoma“ zu sensibilisieren und eine konstruktive berufsübergreifende Auseinandersetzung in Gang zu setzen.

### **Medizin**

Die Anwesenheit von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und regelmäßige neurologische Kontrollen durch eine Fachärztin stellen eine optimale individuell angepasste Therapie sicher.

Es hat sich herausgestellt, dass es für alle Beteiligten – professionelle Mitarbeitende und Angehörige - sehr wichtig ist, ständig im Gespräch zu bleiben, um Erwartungshaltungen und reale medizinische Möglichkeiten immer mehr anzugleichen. Die Medizin ist vor allem darin gefordert, den Angehörigen nahe zu bringen, dass es um kleine Fortschritte und Ziele geht und dass das Akzeptieren der Erkrankung unumgänglich ist.

### **Pflege**

Pflegende Personen wurden umfangreich in Kinästhetik und Basaler Stimulation geschult. Diese Konzepte tragen dazu bei, dass Fähigkeiten wie Bewegung erfahren, Körperhaltung kontrollieren, sich orientieren, hohen und geringen Muskeltonus erleben und deren Unterschiede erkennen, entwickelt und gefördert werden.

Regelmäßige Mobilisierung in Multifunktionsrollstühle und eine fachgerechte Positionierung tragen dazu bei, eine bewusste Wahrnehmung zu fördern, das vertraute Körperbild wieder herzustellen und den Körper als Ganzes fühlen zu können. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Erfahren-lassen positiv besetzter Reize, die durch Biografiearbeit erhoben und durch das Anbieten von körpernaher Kommunikation vermittelt werden.

Zusätzlich absolvierten Pflegende die Weiterbildung zur Expertin und zum Experten in der Pflege von Menschen im Wachkoma.

### **Psychologie**

Aus psychologischer Sicht haben Menschen im Wachkoma nicht nur ein körperliches, sondern auch ein psychisches Trauma erlitten. Diese Menschen wurden durch das lebensbedrohliche Ereignis mitten aus dem Leben gerissen. Das Akzeptieren einer Schwerstbehinderung bleibt in der Regel unausweichlich. Vielen Bewohnerinnen und Bewohnern im Wachkoma wurde jedoch nie mitgeteilt, was mit ihnen passiert ist, warum sie sich in diesem Zustand befinden. Das Ziel der psychologischen Arbeit ist es, den Betroffenen durch das Anbieten von körpernaher Kommunikation einen Ausdruck der erlittenen Traumatisierung zu ermöglichen, um die Beeinträchtigung in den Lebenslauf integrieren zu können.

### **Therapie**

Im Rahmen der intensiven therapeutischen Zusammenarbeit, bestehend aus Ergotherapie mit Schwerpunkt Wahrnehmung und ADL's (Aktivitäten des täglichen Lebens), Physiotherapie mit Schwerpunkt Mobilisation sowie Logopädie mit Schwerpunkt Trachealkanülenmanagement und Kommunikation erhalten die Bewohnerinnen



und Bewohner im Wachkoma regelmäßige Einzeltherapien sowie Co-Therapien, bei der zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten aus verschiedenen Berufsgruppen mit den Betroffenen arbeiten, z.B. Physiotherapie und Ergotherapie.

Ausgehend vom aktuellen Zustandsbild der Bewohnerin bzw. des Bewohners wird individuell ein therapeutischer Schwerpunkt festgelegt und ein gemeinsames Ziel formuliert.

#### **Diätologie**

Das Ziel aller Maßnahmen ist es, die optimale diätologische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner im Wachkoma zu gewährleisten. Dies erfolgt einerseits in Hinblick auf Prophylaxe und Therapie möglicher Komplikationen (z.B. Stimulierung des Immunsystems, Prophylaxe von Dekubitus und Muskelabbau, Therapie von gastrointestinalen Komplikationen), andererseits immer in Hinblick auf den Erhalt bzw. die Steigerung von Zufriedenheit und Wohlbefinden. In den meisten Fällen findet die Nahrungszufuhr über eine Ernährungssonde (PEG-Sonde) statt, wenn möglich (ergänzend) oral. Bevorzugt soll die Sondennahrung per Bolusgabe 4-6x täglich verabreicht werden, da dies die physiologischste Zufuhrform ist und ein „natürlicher“ Mahlzeitenrhythmus nachgeahmt werden kann. Dies ist auch im Zusammenhang mit der Physio- und Ergotherapie von Bedeutung, da bestimmte Therapieschritte (z.B. Mobilisierung) nur möglich sind, wenn auch Nahrungspausen eingehalten werden. Ein monatliches Monitoring des Gewichtsverlaufs in Kooperation mit der Pflege sichert die optimale Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitszufuhr.

#### **Die konkrete therapeutische Zusammenarbeit anhand einer Falldarstellung dargestellt:**

Fr. S. erlitt im 86. Lebensjahr nach einem Sturz ein Schädel-Hirn Trauma. Nach dem Spitalaufenthalt kam sie mit der Diagnose ‚Wachkoma‘ in die Langzeitpflegeeinrichtung.

Therapien finden bei Frau S. 5x die Woche statt: 1x pro Woche Co-Therapie Ergotherapie/Physiotherapie sowie 1x pro Woche Co-Therapie Logopädie/Physiotherapie. Darüber hinaus erhält die Bewohnerin drei weitere Einzeltherapien (Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie). Im Rahmen der Ergotherapie bekommt sie zusätzlich noch Craniosacrale Osteopathie.

In der psychologischen Behandlung konnte eine gute Vertrauensbeziehung aufgebaut werden, sodass bei stressbehafteten Therapien (u.a. der Trachealkanülenentwöhnung) auch immer wieder die Psychologin anwesend ist.

Im Aufnahmestatus von Fr. S. war die Vigilanz herabgesetzt und durch vermehrte Schlafphasen bemerkbar. Deutliche vegetative Reaktionen wie zum Beispiel Erhöhung des Tonus, hochfrequenter, paradoxer Atemrhythmus, vermehrtes Husten, Schwitzen sowie Pupillenerweiterungen zeigten sich vor allem beim Lagerungswechsel, Absaugen oder anderen pflegerischen bzw. therapeutischen Tätigkeiten. Zudem zeigte Frau S. Spontanaktivität der rechten oberen Extremität, eine linksbetonte Tetraparese, keine Spontanaktivität der unteren Extremitäten sowie einen erhöhten Tonus im Nacken-Schultergürtel. Aufgrund der nicht ausreichenden Kopf- und Rumpfkontrolle war freies Sitzen nicht möglich, die Bewohnerin benötigte beim Sitzen maximale Unterstützung. Frau S. hatte bei der Aufnahme eine gecuffte (geblockte) Trachealkanüle, es bestand eine starke Sekretproduktion, welche eine hohe Absaugfrequenz mit sich zog.

Der Schluckreflex war stark verzögert, die Bewohnerin konnte nicht zum Schlucken stimuliert werden. Weaning (Entwöhnung von der Trachealkanüle) war zum Aufnahmezeitpunkt nicht möglich.

Es erfolgte eine Non-verbale Kommunikation mittels Blickkontakt und minimalem Händedruck, fassbares Sprachverständnis war nicht vorhanden. Die Bewohnerin war mit einer PEG- Ernährungssonde mit Nahrungspumpe versorgt.

Nach mittlerweile zwei Jahren und intensiver Zusammenarbeit aller Berufsgruppen zeigt sich nunmehr, dass Frau S. untertags wach ist und auf Ansprache mittels Blickkontakt, Mimik und Gestik reagiert. Im Rahmen der logopädischen Therapie ist Phonation (Stimmgebung) möglich. Die Bewohnerin kann einfache Fragen mit Ja und Nein beantworten bzw. in Ein-Wort-Sätzen sprechen. Komplexe Äußerungen sind stimmhaft, jedoch artikulatorisch nicht verständlich. Frau S. kann auf Aufforderung orofaziale Bewegungen (Lippen und Zunge) durchführen, auch das Schlucken ist auf Aufforderung möglich. Die Nahrungszufuhr erfolgt weiterhin über die Ernährungssonde, konnte jedoch auf Bolusgabe umgestellt werden.

Die vegetativen Stressreaktionen haben sich deutlich reduziert, ein Handlungsplan ist vorhanden. Frau S. kann ihre rechte Hand aktiv einsetzen und mit mäßiger Unterstützung selbst ihre Brille aufsetzen bzw. ihre Haare frisieren. Die Bewohnerin kann selbständig durch gezielte Bewegungen der rechten Hand zu verstehen geben, dass Therapieinhalte unangenehm sind, sie eine Pause braucht oder bereits genug hat. Durch die Erarbeitung der Kopf- und Rumpfkontrolle kann Frau S. im Querbett mit minimaler Unterstützung für 20-25 Minuten sitzen und Geschehnissen aktiv mittels Kopfbewegungen folgen. Mittlerweile kann sie sowohl in den Stehtisch als auch in den Multifunktionsrollstuhl mobilisiert werden. Dies ermöglicht ihr die Teilnahme an hausinternen Veranstaltungen sowie Ausflüge in den Garten. Die positive Entwicklung der Bewohnerin motiviert das gesamte therapeutische Team zur weiteren intensiven multiprofessionellen Zusammenarbeit.

Als Resümee wird übereinstimmend mit der einschlägigen Literatur festgestellt, dass es für die Qualität der Betreuung entscheidend ist, welche Einstellungen Menschen im Wachkoma gegenüber bestehen und wie ihnen und ihren Angehörigen begegnet wird: Bewohnerinnen und Bewohner im Wachkoma sind Persönlichkeiten mit Vorlieben, Gewohnheiten und Eigenheiten, eingebettet in ein soziales Umfeld.

Leben im Wachkoma ist kein statischer Zustand, sondern ein ständiger Prozess, in dem stattfindende Veränderungen wahrgenommen, wertgeschätzt und unterstützend begleitet werden sollen. Das Ziel der Behandlung und Therapie ist dabei nicht in erster Linie das „Erwachen“ und die „Heilung“, sondern das Erreichen von Normalität, Zufriedenheit und Wohlbefinden.

Die Wiener Heimkommission begrüßt Betreuungskonzepte, die Bewohnerinnen und Bewohnern auch in schwierigsten Situationen eine möglichst „normale“ – den Lebensumständen entsprechende – Alltagssituation bietet.

### 3.15 Der psychisch kranke Mensch in der Langzeitpflege

Die demografische Entwicklung zeigt, dass die Lebenserwartung der Menschen stetig steigt. Mit dem höheren Lebensalter geht allerdings auch ein gesteigertes Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, einher. Gleichzeitig wird eine Person mit einer psychiatrischen Diagnose aufgrund der besseren medizinischen Versorgung wesentlich älter als in früheren Generationen und in der Folge häufiger pflegebedürftig.

Bei Aufnahme in einer Langzeitpflegeeinrichtung resultieren nun nicht zuletzt aufgrund der Komplexität und Heterogenität von psychiatrischen Zustandsbildern häufig Dynamiken im Gefüge zwischen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und Betreuerinnen und Betreuern, welche das gesamte betreuende Team auf die Probe stellen können.

#### **Worin liegen nun aber aus psychologischer Sicht die speziellen Herausforderungen in der Pflege und Betreuung eines (chronisch) psychisch kranken Menschen?**

Dabei gilt es zunächst kurz die Hintergründe zu beleuchten. So bestehen psychiatrische Erkrankungen, wie etwa Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, zumeist seit der Adoleszenz bzw. dem früheren Erwachsenenalter und gehen häufig mit einer gestörten Sozialisierung sowie einer beeinträchtigten sozialen Rollenfindung und Identitätsbildung (Beruf, Partnerschaft, soziale Beziehungen) einher. Einer psychisch kranken Person fehlen oftmals stabile, tragfähige Beziehungen. Sie leidet oftmals unter massiven Beeinträchtigungen seiner Bindungsfähigkeit. Viele Enttäuschungen säumen den Lebensweg, was zu einem tiefen Misstrauen gegenüber den Menschen im persönlichen Umfeld geführt hat. Dazu gesellen sich zumeist eine mangelnde Krankheitseinsicht, eine geringe Medikamenten-Compliance, ein oftmals unzureichendes Ansprechen auf Psychopharmaka sowie bestehende Komorbidität/Multimorbidität. (Chronischer) Wahn sowie erhöhte Selbst- und Fremdgefährdung runden das Profil in vielen Fällen ab.

Auch das geringere Alter, höhere (körperliche) Mobilität und damit verbunden andere Bedürfnisse (z.B. Sexualität) als der „klassische“ geriatrische Mensch führen im Pflegealltag immer wieder zu Dissonanz und einem manchmal unpassenden Angebot an Tagesstruktur.

Institutionell gesehen erschweren der immer höher werdende Grad an Bürokratisierung (Dokumentation) sowie der Grad an Interdisziplinarität und die damit oftmals fehlende Integration unterschiedlicher Sichtweisen, Herangehensweisen und Ziele die adäquate Betreuung.

Räumlich-architektonische Rahmenbedingungen, wie etwa zu wenig Rückzugsmöglichkeiten und damit kaum Schutz vor Reizüberflutung, steigern den Stress für einen psychisch kranken Menschen als auch für das Team und führen zu einer Erhöhung des Konfliktpotenzials.

Nicht zuletzt sind der Zusammenhalt innerhalb des Teams, die Definition von Pflege (körperliche Pflege vs. „Pflege“ von emotionalen Grundbedürfnissen), der Grad der Mitarbeiterinnen- bzw. Mitarbeiterfluktuation und vor allem die Kommunikation innerhalb des (interdisziplinären) Teams sowie die persönliche Haltung der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter in Bezug auf psychische Erkrankungen maßgebliche Indikatoren für eine gelungene Betreuung.

### **Was braucht eine psychisch kranke Person nun aber um trotz ihrer Einschränkungen und Besonderheiten ein Leben mit möglichst viel Lebensqualität zu führen?**

Die Person braucht zunächst einmal – genauso wie der „gesunde“ Mensch auch – die Erfüllung seiner vier psychologischen Grundbedürfnisse: Bindung und Zugehörigkeit, Orientierung und Kontrolle, Lustgewinnung und Unlustvermeidung sowie Selbstwerterhöhung und -schutz.

Dies kann das Team direkt oder indirekt unter anderem durch folgende Maßnahmen bzw. Herangehensweisen erreichen:

- fortwährende Beziehungsarbeit (Aufbau einer tragfähigen Beziehung durch permanentes „In-Beziehung-bleiben“ auch bei unerwünschtem, herausforderndem Verhalten, Einbeziehen der Bewohnerin bzw. des Bewohner in Entscheidungen)
- Motivationsarbeit (Aufzeigen von positiven aber auch negativen Konsequenzen, Anbieten von Verhaltensalternativen ohne Druck oder –latenten Drohungen)
- gemeinsames Erarbeiten einer individuellen Tagesstruktur (flexibel an Krankheitsphasen angepasst)
- klare, widerspruchsfreie Kommunikation (auch innerhalb des Teams)
- Bieten eines stabilen, vorhersehbaren Umfelds durch klare, einheitliche Strukturen (Verlässlichkeit, Geradlinigkeit, Transparenz, Kongruenz/Konsistenz)
- Einsetzen von positiven Verstärkern zur Förderung der Motivation
- Erkennen und Fördern von gesunden Anteilen
- gezielte Verhaltensbeobachtung durch das gesamte Team
- engmaschige psychiatrische Verlaufskontrollen
- professioneller Umgang mit psychiatrischen Notfällen (Krisenpläne, Entwicklung von „Frühwarnsystemen“)
- ausgewogenes Nähe-Distanz-Verhältnis zwischen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern und dem psychisch kranken Menschen

Damit diese Maßnahmen aber auch längerfristig greifen, bedarf es bestimmter struktureller und institutioneller Rahmenbedingungen.

#### **Es ergeben sich folgende Empfehlungen der Wiener Heimkommission:**

- offene, transparente Kommunikationskultur innerhalb der Einrichtung
- optimierte räumliche Bedingungen (Einzelzimmer, Rückzugsnischen)
- gelebte Interdisziplinarität
- Haltung: Offenheit, Flexibilität sowie eine Bereitschaft für unkonventionelle Lösungen
- gezielte, strukturierte Selbstreflexion (kritisches Beleuchten des eigenen professionellen Tuns auf allen Ebenen, z.B. Interventionsangebote)
- Mitarbeiterinnen – bzw. Mitarbeiterselektion:  
klare Richtlinien/Kriterien für die fachliche und persönliche Kompetenz
- praxisnahe Mitarbeiterinnen- bzw. Mitarbeiterschulungen  
(v.a. Angebote zur Selbstfürsorge, Psychohygiene)
- Wahrnehmung und Anerkennung von Gesprächen und menschlicher Zuwendung als (pflegerische) Arbeit nach dem Motto „Die menschliche Begegnung ist das Medikament“



#### 3.16 Psychosoziale Rehabilitation und forcierte Entlassungsvorbereitung im Sozialtherapeutischen Zentrum Ybbs/Donau – Zwischenbericht im Beobachtungszeitraum des 1. Betriebsjahres

Psychosoziale Rehabilitation und forcierte Entlassungsvorbereitung sind ein Konzept zur Wiedereingliederung einer sowohl geriatrischen, als auch einer sozial bedürftigen Klientel mit psychischen Problemen in gewohnte oder neugeschaffene Wohnformen außerhalb eines geschlossenen Versorgungssystems unter Miteinbeziehung extramuraler Betreuungsformen (Angehörige, div. soziale Dienste, Tageszentren, usw.). Die Entlassung betroffener Personen aus einer vollstationären Betreuung führt oft zu einer physischen, psychischen und sozialen Stresssituation, deren Bewältigung nur mit ausreichender Vorbereitung und gezielter Hilfeleistung eines multiprofessionellen Teams (Medizin, Pflege, Therapie, Psychologie, Pädagogik) mit der entsprechenden Philosophie und Therapieeinstellung möglich wird. Zahlreiche psychosoziale Ursachen verhindern oft eine baldige Entlassung aus einem Langzeitpflegebereich oder einer sonstigen vollstationären Betreuungsform, obwohl dies aus medizinischer und pflegerischer Sicht durchaus möglich wäre. Entweder ist überhaupt keine Wohnung vorhanden (bestehende Obdachlosigkeit) oder die Wohnsituation ganz einfach nicht oder nicht mehr geeignet. Auch aufgrund von fehlender Betreuung zu Hause und damit oft verbundener Verwahrlosung, von familiären Problemen, langen vorhergehenden Krankenhausaufenthalten, Vereinsamung und von psychischen Faktoren (Ängste, Depressionen – oft ausgelöst durch chronischen Alkoholismus und andere Suchtverhalten) ist eine Entlassung nur mit einer zielgerechten individuellen Therapieplanung eines interdisziplinären Teams vorzubereiten.

Durch die Auflassung des Geriatriezentrums am Wienerwald im Oktober 2015 wurde dieses Konzept in das Sozialtherapeutische Zentrum Ybbs/Donau verlagert und wurde dort fortgesetzt und weiterentwickelt. Insgesamt werden nunmehr zwei Wohngruppen innerhalb des Sozialtherapeutischen Zentrums mit jeweils zehn Betten sowie eine Außenwohngruppe und eine Trainingswohnung im Vollbetrieb geführt. Einige Personen wurden auch infolge spezifischer therapeutischer Bedürfnisse in andere Wohngruppen reaktivierend integriert und werden dort psychosozial rehabilitiert. Eine weitere Trainingswohnung ist im Entstehen und weitere Einheiten für langfristig psychosozial pflegebedürftigere Bewohnerinnen und Bewohner befinden sich im Status der Projektierung.

Insgesamt wurden seit der Übersiedelung 51 Personen extern vorbegutachtet und 38 ebenso zur Rehabilitation aufgenommen. Zehn Personen konnten in diesem Zeitraum auch wieder aus dem stationären Betreuungssetting in verschiedene extramurale Strukturen (Wohnung, Wohngemeinschaft etc.) entlassen werden und werden dort eine gewisse Zeit nachbetreut. Besonders hervorzuheben ist die Kooperation zwischen den einzelnen Fachdisziplinen und den extramuralen Bereichen.

Als weitere Entwicklungen sind eine Ausweitung des Angebotes im Wohnbereich und die Anpassung der Strukturen an spezifische Bedürfnisse der Klientel (z.B. Pflegebedürftigkeit, Sucht etc.) geplant.

Die Wiener Heimkommission appelliert an die Verantwortlichen, den Bereich der psychosozialen Rehabilitation zu forcieren und auszubauen, sowie eine stärkere Kooperation und Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Strukturen herzustellen. Ebenso wäre die Einbindung dieses Bereiches in das Strategiekonzept 2030 wünschenswert.

### 3.17 Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“

Die Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ hat im Jahr 2016 das Geriatriekonzept, welches 2015 erfolgreich abgeschlossen wurde, abgelöst. Mit der neuen Strategie soll auch in Zukunft ein qualitativvolles und leistbares Angebot für alle Wienerinnen und Wiener mit Pflegebedarf sichergestellt werden.

Bereits 2014 wurden neun Leitlinien als Grundlage einer neuen, strategischen Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungsangebote erarbeitet, präsentiert und mit zahlreichen Expertinnen und Experten diskutiert. Diese Leitlinien wurden nun ausgearbeitet und das Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ veröffentlicht (<https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/soziales/pflege2030.html>).

Neben den ausformulierten Leitlinien findet sich im Strategiekonzept ein Kapitel, welches aktuelle und künftige Herausforderungen zusammenfasst. Um eine möglichst umfassende Expertise einfließen zu lassen, hatten auch die Anbieterorganisationen, welche Mitglied im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen sind, die Möglichkeit, ihre Ideen und Anregungen zur Strategie einzubringen. Die Ergebnisse sind ebenfalls im Strategiekonzept dokumentiert. Zudem hat eine Arbeitsgruppe Maßnahmen zur Umsetzung der Strategie ausgearbeitet.

Eine der zentralen Herausforderungen für den Bereich Pflege und Betreuung wird in den kommenden Jahren die demografische Entwicklung sein. Wien wird zugleich jünger und älter. Nach Daten der Statistik Austria ist davon auszugehen, dass es im Jahr 2030 um 47% mehr Personen (+20.000), die älter als 85 Jahre sind, geben wird als 2015. Statistische Prognosen zeigen aber auch, dass sich die Zahl der über 85-Jährigen – die den Hauptteil der gepflegten und betreuten Personen stellen – in den kommenden acht bis neun Jahren relativ konstant entwickeln wird. Erst ab 2025 steigen die absoluten Zahlen dieser Altersgruppe an.

Ein Ziel der neuen Strategie lautet, in Wien trotz der demografischen Entwicklungen keine neuen stationären Einrichtungen mehr zu errichten. Denn mit der Umsetzung des Geriatriekonzepts steht den Wienerinnen und Wienern ein qualitativ hochwertiges, modernes und vielfältiges Angebot an stationären Einrichtungen zur Verfügung.

Zudem liegt ein Schlüssel des neuen Strategiekonzepts auf der längeren Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Selbstständigkeit älterer Menschen. Im Fokus der geplanten Maßnahmen steht eine Verstärkung von Rehabilitations- und Remobilisationsangeboten. Diese sollen die Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen möglichst lange hinauszögern bzw. eine Ausweitung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs verhindern. Der Ansatz trägt auch dem Wunsch der Menschen, möglichst lange und selbständig zu Hause leben zu bleiben, Rechnung. Konkret wird in den nächsten Jahren etwa geplant:

- Ein neues Angebot der mobilen und teilstationären Rehabilitation bzw. Remobilisation zu etablieren
- Auch eine kurzfristige Aufnahme zur gesundheitlichen Stabilisierung in eines der Pflegewohnhäuser des KAV zu ermöglichen
- Das Aufnahmeverfahren für stationäre Einrichtungen so zu verändern, dass Aufnahmen grundsätzlich nur mehr vorläufig erfolgen

- Den Remobilisationsansatz auch in der stationären Pflege und Betreuung verstärkt einzusetzen.

Aufgrund der steigenden Anzahl älterer Menschen wird auch der Bedarf an mobilen und teilstationären Angeboten steigen. Daher wird das entsprechende Angebot ausgebaut und es werden neue, flexiblere Angebote entwickelt. Zentral sind dabei eine höhere Durchlässigkeit zwischen den Angeboten und eine perspektivische Auflösung der Grenzen zwischen mobiler und stationärer Betreuung. Im Vordergrund steht die individuell beste Lösung für eine Person mit Unterstützungsbedarf. Konkret wird geplant:


- Ein Gesamtkonzept, das die verschiedenen Ebenen der Leistungsangebote flexibler und durchlässiger machen wird, zu erstellen
- Durch eine andere Lagerung der Betreuungsstunden die Lücke zwischen den derzeitigen mobilen Angeboten und der 24-Stunden-Betreuung zu schließen
- Ein neues Angebot für mobile Nachteinsätze und eine Nachtrufbereitschaft zu schaffen
- Eine direkte Hilfestellung seitens der Wohn- und Pflegeeinrichtungen bei möglichen Entlassungen aus den stationären Einrichtungen in den privaten Wohnbereich zu bieten.

Beim Ausbau und der Neuentwicklung von Angeboten wird auf deren inklusiven Ansatz geachtet. Alle Angebote in Wien werden auf die künftigen Herausforderungen wie den Anstieg von psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen sowie die Pflege und Betreuung von Sterbenden vorbereitet. Zudem werden Diversitätsaspekte überall stärker berücksichtigt. Maßnahmen im Bereich der inklusiven Angebote sehen im Wesentlichen Organisationsentwicklungskonzepte für diese Querschnittsbereiche vor.

Im Fokus der Strategie stehen auch die Bedürfnisse der pflegenden und betreuenden Angehörigen. Die Wienerinnen und Wiener und auch ihre Angehörigen sollen bei Eintritt oder Veränderung eines Pflege- und Betreuungsbedarfs noch individueller unterstützt und entlastet werden. Konkret sind beispielsweise folgende Maßnahmen geplant:

- Ein neues, kurzfristig anforderbares mobiles Pflege- und Betreuungsangebot bei vor allem krankheits- oder beruflich bedingter Verhinderung von Angehörigen zu ermöglichen
- Ein Angebot, das den Angehörigen und Betroffenen eine individuelle und intensive Unterstützung beim Übergang in eine neue Lebenssituation bzw. in Krisensituationen bietet, zu etablieren
- Die Ausweitung der Öffnungszeiten der Tageszentren
- Eine stärkere, gezielte Bewerbung der Urlaubsbetreuung
- Ein Angehörigenpaket des KWPs mit wohnortnahen Schulungen
- Die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle für betreuende und pflegende Angehörige
- Eine Informationsoffensive zu bestehenden und neuen Angeboten
- Die künftige Erfassung der Bedarfe der Angehörigen

Oberstes Ziel bleibt auch in Zukunft die Leistbarkeit der Pflege- und Betreuungsangebote für alle Wienerinnen und Wiener bei gleichzeitiger Finanzierbarkeit des Systems.



Im Rahmen der Strategie werden auch Maßnahmen mit langfristigen politischen Zielen angegangen. Hierzu zählen der Ausstieg aus der Sozialhilfefinanzierung und ein Finanzierungsausgleich zwischen Gesundheits- und Sozialbereich. Ein neues Wiener Pflegevorsorgesetz soll mehr Rechtssicherheit für alle Beteiligten schaffen.

Eine zentrale Rolle spielt zudem auch das Personal. Angesichts des Anstiegs der älteren Bevölkerung sind Maßnahmen zur Sicherstellung des künftigen Personalbedarfs in der Betreuung und Pflege von entscheidender Bedeutung. Ein Personalstrategiekonzept wird gemeinsam mit allen relevanten Stellen und Partnerinnen und Partnern der Stadt entwickelt.

Die Strategie ist für 15 Jahre geplant, die genannten Maßnahmen werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten umgesetzt werden. Das Strategiekonzept ermöglicht eine gemeinsame, koordinierte Umsetzung.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ und empfiehlt, die kommenden Jahre, in denen sich die Zahl der älteren Wienerinnen und Wiener relativ konstant entwickelt, für die Umsetzung der ersten Maßnahmen zu nutzen. Dies betrifft insbesondere die geplanten Maßnahmen zur Verstärkung von Rehabilitations- und Remobilisationsangeboten.



#### 3.18 Fehlerkultur und Fehlermanagement

*„...„Schuld war die/der ...“, „Bei uns darf kein Fehler passieren – Fehler kann man ja auch vertuschen“, „Es muss einfach einen Verantwortlichen/eine Verantwortliche geben“, „Angst, etwas falsch zu machen“, „Wir haben ausreichende Kontrollmaßnahmen eingeführt“, „Niemand ist davor gefeit ...“*

Diese kurzen Statements zeigen, wie umgangssprachlich ganz häufig auf die Frage zum Thema „Wie halten Sie es mit der Fehlerkultur in der Organisation“ geantwortet wird.

Viele dieser Aussprüche sind nicht unbekannt und spiegeln oftmals eine Haltung wider, die sich jahrzehntelang in Arbeitsweisen und Verhalten von Systemen sowie auf Führungs- und Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitererebene verfestigt hat. Egal, welche „Vorfälle“ oder kritische Ereignisse sich ereignet haben oder welche „Fehlentscheidungen“ getroffen wurden, eine Schuldige bzw. einen Schuldigen muss es doch geben.

##### **Was hat es mit den Fehlern auf sich?**

Unterschiedliche Wissenschaften beschäftigen sich mit Fehlern, ihrer Entstehung, ihrer Bedeutung und ihrer Vermeidung. Die (Arbeits-)Psychologie, die Pädagogik, die Managementtheorie beschäftigen sich bis heute mit der Erklärung und Vermeidung von Fehlern (in einer Organisation) und deren Bedeutung für das Lernen.

Die Ursachen wesentlicher Fehler oder Unfälle liegen in der Regel auf mehreren Ebenen und in mehreren Bereichen (Organisation – Dokumentation – individuelle Fehlerquellen). Häufig sind es komplexe und unübersichtliche Systeme, die von Unsicherheit geprägt sind und nicht erlauben, zu jedem Zeitpunkt zum Beispiel auf alle erforderlichen Unterlagen/Informationen bzw. Unterstützungsangebote (z.B. Ansprechpersonen) zugreifen zu können.

Bei der Fehlerentstehung ist zu unterscheiden, ob die Person sich geirrt hat bzw. das Ergebnis einer Vorgehensweise anders eingeschätzt wurde, da sie bzw. er vielleicht nicht alle notwendigen Informationen hatte oder ihr bzw. ihm die Komplexität der Situation nicht bewusst war. Ein solches Missgeschick ist jedem unangenehm, aber daraus kann man lernen.

Ist der Fehler jedoch aufgrund eines Fehlverhaltens passiert, wie zum Beispiel des Nichteinhaltens von Arbeitsvorgaben oder -vorschriften, die eben zur Fehlervermeidung dienen sollen, besteht die Aufgabe darin, verständlich zu machen, dass eine offene Fehlerkultur nicht als Einladung zum Fehlermachen verstanden werden darf.

Seit einigen Jahren gibt es von unterschiedlichen Seiten Bemühungen, positive Akzente zu setzen, um sich diesem oftmals schwierigen, heiklen Thema anzunähern. Wer will denn schon gerne über Fehler sprechen, geschweige denn an den Pranger gestellt werden?

Um diesen unmodernen, angstbehafteten Zustand nun in eine Richtung zu lenken, indem offen darüber gesprochen werden kann, braucht es meist einen langen Atem, viel Vertrauen, ein Bewusstsein und eine Reihe an Maßnahmen, um Systeme, eine Organisation und deren verschiedene Ebenen, bis hin zu den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, zu motivieren, um das Thema ins positive Licht zu stellen. Dabei sollten der Nutzen und das Lernen im Vordergrund stehen und nicht die Angst.

### **Warum neigen Menschen dazu, Fehler nicht anzusprechen?**

Die meisten Menschen sind damit aufgewachsen, dass Fehler sanktioniert werden und Schuldeingeständnisse nicht belohnt werden. In Elternhaus, Schule, Berufsleben, aber auch in der Öffentlichkeit wird der Umgang mit Fehlern, die Schuldzuweisung und das Abweisen von Verantwortung vorgelebt, dies ist nicht unbedingt förderlich für die Entwicklung einer positiven Fehlerkultur.

### **Was zeichnet eine Fehlerkultur / Fehlermanagement aus?**

Fehlerkultur und Fehlermanagement werden häufig synonym verwendet. In Wirklichkeit muss jedoch unterschieden werden. Unter Fehlerkultur wird die Art und Weise, wie die bzw. der Einzelne bis hin zur Organisation mit Fehlern, ihren Risiken und Folgen umgeht, verstanden, während das Fehlermanagement die gezielte Steuerung von Aktivitäten im Umgang mit Fehlern versteht und dafür auch bestimmte Methoden einsetzt. Dies sorgt für eine fortlaufende Optimierung von Prozessen und Strukturen im Hinblick auf Fehlervermeidung und hat nicht nur die Schadensabwehr als Ziel.

Ein offener Umgang mit (Beinahe-)Fehlern ist dafür ein unverzichtbarer Baustein. Lernen aus Fehlern heißt: „*negatives*“ Wissen erwerben. Gezieltes Fehlermanagement ist die Grundlage für eine positive Fehlerkultur.

### **Welche Aspekte stehen im Mittelpunkt:**

- Konstruktive Fehlerkultur fördert das Verantwortungsbewusstsein jeder und jedes Einzelnen
- Fehler sind Lernchancen und dürfen nicht wiederholt werden
- Förderung fehlerbewusster Aufmerksamkeit im Team (Reflexion, was hat bei der Unterstützung geholfen, welche Ressourcen gibt es im Team, wo zeichnen sich Risiken und Probleme ab, was können wir beim nächsten Mal besser machen ...)
- Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter sollen nicht für den Fehler, sondern wenn, für fehlerträchtiges Verhalten (Versäumnisse/Verstöße) kritisiert werden
- Problemlösung statt Ursachenforschung (Ursachenforschung hemmt Kreativität – häufig hat die Fehlerverursacherin bzw. der Fehlerverursacher die besten Ideen)

Durch die Etablierung und Praxis einer konstruktiven Fehlerkultur sollen Personen lernen, dass ein Fehler dann sehr unangenehm ist, wenn er vertuscht wird. Dann kann es zu einem massiven Problem werden. Durch einen offenen und reflektierten Umgang mit Fehlern übernehmen zum Beispiel Teammitglieder die Verantwortung für ihr Handeln, und Fehler werden zum Lernpotenzial für das Unternehmen. Dies wirkt innovations- und leistungsfördernd.

Die Lösungswege hin zum fehlerfreien Zustand schaffen Erfahrung und Kompetenz unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und werden zu einer wertvollen Ressource für das gesamte Unternehmen.

### **Dazu bedarf es auch einer Betrachtung:**

- der Teamkultur
- der Führungsebene
- des Personals bzw. der Personalfuktuation
- Umgang mit Kundinnen und Kunden und deren An- und Zugehörigen

Nicht nur für die Pflege und Betreuung bedeutet dies, dass neben den gesetzten Maßnahmen zum Beispiel in einem Unternehmen eine wertschätzende personenzentrierte Grundhaltung dem anderen gegenüber an den Tag gelegt wird.

So könnten in Zukunft die Antworten auf die Frage nach den Umgang mit Fehlern lauten: *„... ich weiß, welche Ereignisse wo gemeldet werden sollen“, „Ich erhalte Rückmeldung von der Stelle, bei der ein Fehler gemeldet wird“, „Die Person, die den Fehler gemacht hat, verliert nicht ihr Ansehen und wird nicht unfair behandelt“, „Es gibt bei uns eine Fehlerkultur und ein Fehlermanagement ...“*

#### **Fehlermeldesysteme**

Da die Definition eines (Beinahe-)Fehlers immer im Auge der Betrachterin bzw. des Betrachters liegt, müssen die Kriterien der Einführung und Verwendung, egal bei welchem System (intern/extern, anonym/vertraulich, freiwillig/verpflichtend), klar sein.

Ein häufig wesentlicher Faktor für die Annahme eines Systems ist die zugesicherte Anonymität. Diese ist vielleicht nicht immer im gleichen Maß möglich, da sich manche Prozesse eben leicht auf Personen zurückführen lassen. Es gilt, diese Bedenken durch unterschiedliche Maßnahmen auszuräumen.

So haben die meisten Organisationen bereits ein internes Qualitätsmanagement (Risikomanagement) bzw. Beschwerdemanagement (unter anderem auch für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige) installiert, welches je nach Ausprägung unterschiedliche Werkzeuge beinhalten kann.

Fehlermanagement-Werkzeuge wie zum Beispiel nutzbare Rückmelde- oder Fehlermeldebögen und Qualitätszirkel eignen sich, um gemeldete Fehlerereignisse zu bearbeiten, Ursachen zu eruieren und Prozesse so umzustellen, dass Fehler künftig vermieden werden.

Für interne Fehlermanagementsysteme wird auch der Begriff „safetyline“ als die Sicherheitsleine im Unternehmen verstanden. Es können aber auch übergeordnete Systeme eine Hilfestellung bieten, um Fehler oder Beinahe-Fehler öffentlich zu dokumentieren.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Auseinandersetzung mit dem Thema Fehlerkultur/Fehlermanagement in den Organisationen, um Fehler als Weiterentwicklungsmöglichkeit und Lernchance zu sehen.

#### **3.19 Weiterarbeit an den Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung**

2010/11 publizierte der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen evidenzbasierte Handlungsleitlinien für den mobilen Pflege- und Betreuungsbereich sowie die Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Dabei wurden Qualitätskriterien, die schon in

früheren Publikationen (Qualitätshandbuch ambulant, Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime) definiert wurden, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen der Pflegewissenschaft unter Einbindung von Expertinnen und Experten aus der Praxis weiter bearbeitet.

Vor allem stand der Theorie-Praxis-Transfer mit dem Ziel der Wissenserweiterung auf unterschiedlichen Ebenen im Zentrum. Die Ergebnisse neuer wissenschaftlicher Forschung zu kennen und in die tägliche Pflegepraxis zu integrieren bedeutet auch, die Qualität in der Pflege sicherzustellen. Damit soll auch eine fundierte Basis geschaffen werden, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusätzliche Unterstützung im professionellen Handeln vermittelt.

2013/14 wurden die Handlungsleitlinien einer Evaluation durch die Fachhochschule Krets unterzogen, bei der der Stand der Implementierung in den Organisationen, die Praktikabilität, Effektivität und Effizienz der Handlungsleitlinien im Mittelpunkt standen.

Vorrangiges Ziel der Weiterarbeit, die im Februar 2016 gestartet wurde, ist es, die Inhalte der Handlungsleitlinien anhand der Evaluierungsergebnisse auf ihre Aktualität aus pflegewissenschaftlicher Sicht zu überprüfen und sie ggf. entsprechend zu adaptieren. Des Weiteren wurde entschieden, der zunehmenden Durchlässigkeit der Systeme dadurch Rechnung zu tragen, dass diese Inhalte für alle Settings Gültigkeit haben sollten und nur mehr eine einzige Version allen Mitgliedsorganisationen des Dachverbands zur Verfügung stehen soll.

Die durchaus unterschiedlichen Rahmenbedingungen der verschiedenen Settings werden in jeder Handlungsleitlinie berücksichtigt – wo nötig, wird bei einzelnen Maßnahmen explizit auf konkrete Erfordernisse eines Bereichs hingewiesen. Grundsätzlich jedoch sind die Handlungsleitlinien von der Haltung getragen, dass den pflegerischen Themen und Fragestellungen, die hier behandelt werden, adäquat und professionell begegnet werden muss, egal ob sie sich im mobilen, teilstationären oder stationären Setting ereignen.

Themen, die überarbeitet werden, sind Hautintegrität, Kontinenz-, Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement, Mobilität und Sturzmanagement, Schmerzmanagement, Demenzielle Erkrankungen, Freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Medikamenten-Compliance. Außerdem werden Handlungsleitlinien zu den neuen Themen Deeskalationsmanagement und Dimensionen von Lebensqualität entwickelt. Des Weiteren wird auch der Musterablauf „Pflege und Betreuung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen“ überarbeitet und um einen Ablauf zur „Mobilen Pflege und Betreuung von Kundinnen und Kunden“ ergänzt. Diese beiden Ablaufmodelle beschreiben kundinnen- und kundenzentriert den gesamten Prozess der Pflege und Betreuung vom Eintritt bis zum Austritt aus einer Organisation und stellen relevante Aspekte, Bausteine und Schnittstellen der laufenden Pflege und Betreuung in den Fokus.

Die Überarbeitung der Handlungsleitlinien im Rahmen des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen erfolgt in einem umfassenden Prozess, wobei die erstmalige Zusammenführung der Themenbereiche für alle Settings eine adaptierte Herangehensweise bei der Erarbeitung erforderte.

Von Anfang an bestand Konsens, dass die bereits bewährte Methode mit der Recherche und Zusammenfassung aktueller pflegewissenschaftlicher Literatur beibehalten



werden sollte. Frau Dr.<sup>in</sup> Evelin Burns wurde wie bei den Versionen 2010/11 damit beauftragt, zu jedem Thema eine evidenzbasierte Guideline zu erstellen.

Bei der Zusammensetzung der Arbeitsgruppe war wichtig, dass die Bereiche mobile Pflege und Betreuung sowie Wohnen und Pflege gleichberechtigt vertreten waren. Die Expertinnen und Experten aus der Praxis werden von den Mitgliedsorganisationen des Dachverbands in die Arbeitsgruppe entsandt, wobei darauf geachtet wurde, unterschiedliche Organisations- und Unternehmensgrößen zu berücksichtigen, um ein möglichst breites Spektrum der Wiener Pflege- und Betreuungslandschaft abbilden zu können – letztendlich umfasst die Arbeitsgruppe 15 Vertreterinnen und Vertreter der Organisationen sowie des Fachbereichs Pflege und Betreuung des Fonds Soziales Wien und zwei Mitarbeiterinnen des Dachverbands. Die Moderation und wissenschaftliche Begleitung übernahm Frau Drin Elisabeth Haslinger-Baumann von der Fachhochschule Campus Wien.

Neben der Arbeitsgruppe wurde auch eine Steuergruppe installiert, die die Projektbegleitung sowie die Freigabe von (Teil-)Ergebnissen verantwortet und sich aus Vertreterinnen und Vertretern von Mitgliedsorganisationen beider Bereiche, der Magistratsabteilungen 15 und 40 der Stadt Wien sowie des Fonds Soziales Wien zusammensetzt.

Eine gemeinsame Kick-off-Veranstaltung im Februar 2016 startete den Prozess. Bis Jahresende konnten die ersten Handlungsleitlinien fertig gestellt werden. Die Publikation des 1. Teils mit vier Themen im Jänner 2017 wird vorbereitet.

Bis Ende 2017 soll das Projekt abgeschlossen werden, wobei bei den beiden neuen Themen Deeskalationsmanagement und Dimensionen von Lebensqualität ein multiprofessioneller, interdisziplinärer Ansatz gewählt wird, um das Thema über die Pflegewissenschaft hinaus weiter zu fassen.

Grundsätzlich wird versucht, bei der Erarbeitung der Handlungsleitlinien möglichst umfassende Erkenntnisse für eine möglichst breite Zielgruppe an betreuten Kundinnen und Kunden zu berücksichtigen. Da die Pflege und Betreuung eine Vielfalt an individuellen Situationen bietet, ist es möglich, dass spezielle Bedarfe von Kundinnen und Kunden nicht durch die Handlungsleitlinien abgedeckt werden bzw. dass sie eine andere Vorgehensweise erfordern als in der Handlungsleitlinie empfohlen. Diese Individualität ist jedenfalls immer über die in den Handlungsleitlinien dargestellten Interventionen zu stellen und entsprechend zu berücksichtigen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt und anerkennt die Entwicklung und die Umsetzung der Inhalte der Handlungsleitlinien als wichtiges Element der Qualitätsarbeit in den verschiedenen Settings von Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Im Fokus aller Handlungsleitlinien steht die Förderung des individuellen Wohlbefindens der Kundinnen und Kunden, die durch diesen Beitrag zur Qualitätssicherung und -weiterentwicklung unter Bedachtnahme auf organisations-spezifische Konzepte und ökonomische Rahmenbedingungen weiter unterstützt wird.

### 3.20 Leistungsqualität für Lebensqualität – das Fachaudit für Pflege und Betreuung im Kuratorium Fortuna

Der Wunsch nach Lebensqualität ist ein Anspruch, der sich in zunehmendem Ausmaß durch alle Altersgruppen unserer Gesellschaft zieht. Insbesondere für ältere und hochbetagte Menschen, welche sich mit drohenden oder bestehenden Einschränkungen ihres Alltagslebens konfrontiert sehen, ist die Aufrechterhaltung ihrer Lebensqualität von zentraler Bedeutung. Die Schaffung der notwendigen Voraussetzungen dafür ist daher Kernaufgabe für Einrichtungen, welche Wohn-, Betreuungs- und Pflegeleistungen für Seniorinnen und Senioren anbieten. Diese Aufgabenstellung ist hochkomplex, da eine Menge an unterschiedlichen (oftmals auch individuell gewichteten) Kriterien berücksichtigt werden müssen, welche für persönliches Wohlergehen relevant sind.

Für Menschen die Pflege und/oder Betreuung benötigen, besteht ein enger Zusammenhang zwischen Lebensqualität und der Leistungsqualität einer Seniorenwohneinrichtung. Die Sicherung der Qualität direkter Pflege- oder Betreuungsleistungen ist daher ein wesentliches Erfolgskriterium für einen Lebensabend in Würde und mit Freude.

Um den hohen Anforderungen rund um die Pflege und Betreuung von Seniorinnen und Senioren begegnen zu können, haben die Leistungsträger in den letzten Jahren intensiv daran gearbeitet, geeignete Maßnahmen zur Verbesserung und Kontrolle der Qualität zu entwickeln bzw. einzusetzen. Bekannt sind beispielsweise Pflege- und Hygienestandards oder der Einsatz von Richtlinien, anhand derer sowohl die genaue Vorgehensweise festgelegt, wie auch eine konkrete Überprüfung der jeweiligen Leistungen möglich wird. Auch die Pflegevisite hat sich in der Praxis zu einem bewährten Instrument für gezielte Qualitätsüberprüfung erwiesen.

#### 1. Qualitätsüberprüfungen - Belastung oder Unterstützung?

Trotz des steigenden Qualitätsbewusstseins rund um die Betreuung und Pflege alter Menschen werden immer wieder auch Vorbehalte gegenüber der Häufigkeit, dem Ausmaß und den unterschiedlichen Prüfstellen für Qualitätsüberprüfungen laut.

Insbesondere im Bereich der Pflege wird gerne damit argumentiert, dass die jeweiligen Fachkräfte schon auf Grund ihrer Ausbildung „wissen müssen“, wie professionelle Pflege zu geschehen habe. Übersehen wird in Zusammenhang damit aber, dass diese Pflegekräfte unter hohen Belastungen (oftmals mit Zeitdruck) arbeiten müssen, über unterschiedliche kulturelle Prägungen verfügen und die Ausbildung häufig viele Jahre zurückliegt. Hinzu kommt, dass in den Bereichen Medizin und Pflegewissenschaften laufend neue Entwicklungen dafür sorgen, dass sich die Anforderungen an die Berufsgruppen ändern und erhöhen. Neue Kompetenzen und Methoden müssen nicht nur erlernt, sondern auch in die Praxis umgesetzt werden.

Die strukturierte Qualitätsüberprüfung ist daher unabdingbare Voraussetzung für Standortbestimmung und Maßnahmenplanung, um den hohen Anforderungen an eine professionelle Pflege und Betreuung gerecht werden zu können.

Es wird letztendlich von der jeweiligen Führung sowie der Kultur einer Einrichtung abhängen, welche dieser Instrumente im jeweils eigenen Unternehmen die „richtigen“ sind, um den Bewohnerinnen und Bewohnern bestmögliche Unterstützung, Betreuung und Pflege bieten zu können.

## 2. Fachaudit für Pflege und Betreuung

In den Einrichtungen des Kuratorium Fortuna wird u.a. das Fachaudit für Pflege und Betreuung als bedeutendes Instrument zur Qualitätskontrolle und -sicherung eingesetzt.

Das Fachaudit erfolgt immer durch Expertinnen und Experten, die von außerhalb in die jeweilige Einrichtung kommen – bei Fortuna sind das die Pflegedirektorin sowie Fachbereichsleiterinnen und Fachbereichsleiter der Pflege. Damit wird gewährleistet, dass die Überprüfungen unter objektiven Kriterien weitgehend einheitlich durchgeführt und die Selbstkontrollen der jeweils unmittelbar verantwortlichen Führungskräfte durch einen „gezielten Blick von außen“ ergänzt werden.

### 2.1. Prozess zur Durchführung eines Fachaudits

Die Methoden und Inhalte zur Durchführung eines Fachaudits sind standardisiert und folgen einem vorgegebenen Algorithmus mit klar definierten Einzelschritten:

- strukturierte Beobachtung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Betreuungs- und Pflegealltag
- Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern
- Prüfung der vorhandenen Infrastruktur auf Erfüllung der Mindestanforderungen
- Überprüfung der Bewohnerdokumentation
- Herstellung eines Vergleiches zwischen geplanten Zielwerten (z.B. Referenzwerte oder durch das Unternehmen definierte Ergebnisse) und tatsächlichen Qualitätsergebnissen
- unmittelbares, mündliches Feedback über die wesentlichsten Ergebnisse an die Führungskräfte sowie die diensthabenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Erstellung einer Ursachenanalyse im Falle von Abweichungen
- Festlegung geeigneter Maßnahmen, auf Basis der Ergebnisse der Ursachenanalyse
- Erstellung und Kommunikation eines Qualitätsberichtes (inkl. Vereinbarung allfällig notwendiger Maßnahmen und Festlegung eines Evaluierungszeitraumes)
- ggf. Überprüfung vereinbarter Maßnahmen auf Umsetzung, Eignung und Wirksamkeit

### 2.2. Kategorien des Fachaudits

Durch die Pflegedirektion des Unternehmens wurden sechs Kategorien mit definierten Qualitätsindikatoren (nachfolgend nur vereinzelt und beispielhaft angeführt) festgelegt, die im Rahmen des Audits geprüft werden:

#### a) Struktur und Organisation:

Begutachtung und Analyse von Rahmenbedingungen der Einrichtung wie z.B. Personaleinsatzplanung (ausgewogener Einsatz der Berufsgruppen, Einhaltung von Mindestpräsenzen und Arbeitszeitgesetz); Organisation und Durchführung von Teambesprechungen (regelmäßige Umsetzung, Protokollführung, Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter); Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Anwendung der Einschulungskonzepte, Umsetzung von Standortgesprächen) usw.

#### b) Pflege- und Betreuungsdokumentation

Stichprobenartige Analyse der Pflege- und Betreuungsdokumentation wie z.B. Einhaltung und Abbildung des Pflegeprozesses, Umsetzung der Biographiearbeit, Durchführung von Risikoerhebungen, Dokumentation über Wundverlauf usw.

### **c) Bewohnerrechte**

Erhebung zur Einhaltung der Bewohnerrechte durch direkte Beobachtung des Pflege- und Betreuungsalltages, wie z.B. Einhaltung der Intimsphäre im Rahmen der Körper- und Intimpflege, Anklopfen vor Betreten eines Zimmers, Gestaltung des Tagesablaufes entsprechend individueller Wünsche, Respekt im Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern usw.

### **d) direkte Pflege**

Prüfung von direkten Pflegehandlungen und von diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen auf fachlich korrekte Umsetzung (z.B. Beobachtung der Durchführung einer Mundpflege oder eines Verbandwechsels, Fragen zur Kenntnis über gültige Pflegestandards) usw.

### **e) Hygiene und Medikamentenmanagement**

- Kontrolle über die Einhaltung von Hygienerichtlinien (wie z.B. Händehygiene) und strukturellen Hygienestandards (wie z.B. Ausstattung des Bereichs mit Desinfektionsmittelspendern)
- Analyse des Medikamentenmanagements (wie z.B. Umsetzung ärztlicher Notfallmedikationen, Suchtmittelmanagement) usw.

### **f) Kennzahlen**

Erhebung definierter Kennzahlen und Vergleich mit Referenzzahlen mit der Literatur bzw. mit dem Benchmark aus dem Unternehmen. Bei Abweichungen erfolgt eine Analyse und Interpretation auf Erklärbarkeit (bzw. Anzahl von Stürzen innerhalb eines definierten Zeitraumes, Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern, welche eine Mangelernährung aufweisen, sowie die daraus abgeleiteten Strategien und ihre Wirksamkeit, Anzahl der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Einsatz von gelinderen Mitteln) usw.

## **2.3. Kritische Erfolgsfaktoren**

Die Praxis zeigt, dass Einheitlichkeit in Vorgehen und Bewertung der Ergebnisse mit zu den größten Herausforderungen in der Umsetzung von Fachaudits zählt. Ziel ist der Einsatz eines soweit standardisierten Verfahrens, dass Durchführung und Bewertung weitgehend objektiv (unabhängig von der Person, die das Audit durchführt, resultieren gleiche Bewertungsergebnisse) erfolgen. Um dies zu erreichen, wurden im Vorfeld Ziele (insbesondere auch für qualitative Themenbereiche) beschrieben, um eine Messbarkeit der Zielerreichung zu gewährleisten.

Die Annahme, dass die Akzeptanz von Führungskräften, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für eine „zusätzliche, übergeordnete Kontrolle“ ein weiterer kritischer Erfolgsfaktor ist, hat sich in der Praxis bestätigt. Laufende Information und Kommunikation haben sich daher als wichtig und notwendig erwiesen, um Ängste zu reduzieren und den Nutzen einer laufenden Qualitätsentwicklung in den Vordergrund zu stellen. Als hilfreich hat sich in Zusammenhang damit das direkt an ein Audit anschließende Feedback erwiesen, welches die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerne annehmen und in der Regel immer auch mit positiven Ergebnissen verbunden ist.

## **2.4. Chancen des Fachaudits**

Die Etablierung von Fachaudits in den Einrichtungen des Kuratoriums Fortuna hat neben Ängsten und Unsicherheiten auch eine Reihe von positiven Erfahrungen gebracht. Die Definition und Beschreibung von Zielen trägt wesentlich dazu bei,



dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser einschätzen können, welche Ziele überhaupt im Vordergrund stehen und was im Unternehmen von ihnen erwartet wird. Da ein Fachaudit immer auch mit gemeinsamer Reflexion verbunden ist, entstehen neue Diskussionen – ein Umstand, der im Unternehmen grundsätzlich begrüßt wird, geht es doch dabei um Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit. Auch die oben bereits angesprochene Chance, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für konkrete Leistungen zu loben, trägt zur persönlichen Sicherheit und das Selbstbewusstsein bei.

Da im sozialen Dienstleistungssektor oftmals schlecht geregelte Arbeitsabläufe die Auslöser von Fehlern und Doppelarbeiten sind, kommt den Prozessen in der Betreuung und Pflege alter Menschen eine hohe Bedeutung zu. Die strukturierte Durchführung von Fachaudits bietet daher bei richtigem Vorgehen einen hohen internen Nutzen: Die systematische und kontinuierlichen Verbesserung von Abläufen und sowie eine gezielte Weiterentwicklung von Kompetenzen.

Strukturelle Verbesserungen, die auf Basis von Audits durch das Unternehmen in Angriff genommen wurden (wie z.B. die Beschaffung notwendiger Arbeitsmittel), haben wesentlich dazu beigetragen, dieses Instrument auch als Chance zu sehen.

Das wesentliche Anliegen von Fortuna in Zusammenhang mit der Umsetzung von Fachaudits besteht in der Erarbeitung gezielter, struktureller Maßnahmen zur laufenden Verbesserung. Im Vordergrund stehen nicht Fehler, sondern Weiterentwicklung in der Einstellung zu unserer Arbeit und zu unserer Leistungsqualität und damit in der laufenden Verbesserung des Unternehmens.

Der nächste Schritt wird darin bestehen, auch in anderen Berufsgruppen und Bereichen ein standardisiertes Fachaudit zu entwickeln und im Rahmen einer laufenden und übergeordneten Qualitätssicherung zu etablieren.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Methode des Fachaudits für Pflege und Betreuung und begrüßt die damit verbundenen Zielsetzungen:

- Schaffung von Voraussetzungen, welche für die Lebensqualität von betagten Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf wichtig sind
- Aufbau eines einheitlichen Pflegeverständnisses
- Gestaltung eines Prozesses zur permanenten Korrektur und Verbesserung in der direkten Pflege und Betreuung von Seniorinnen und Senioren

#### 3.21 Entlastungsangebot im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser für pflegende Angehörige

Die Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ knüpft direkt an das Geriatriekonzept der Gemeinde Wien an. Diese besteht aus insgesamt neun Leitlinien. Eine dieser Leitlinien hat zum Ziel, frühzeitig und zielgerichtet pflegende und betreuende Angehörige zu entlasten. Anfang 2016 wurde im Pilot-Haus

„Haus Am Mühlengrund“ ein entsprechendes Konzept entwickelt. Dieses wurde folgend auf alle 30 Häuser umgelegt.

Das Konzept stützt sich auf die Erkenntnis, dass pflegende Angehörige – meist Ehepartnerinnen oder Ehepartner – oftmals mit dem Zusammenleben und dem daraus resultierenden Pflegen und Betreuen überfordert sind. Die KWP-Teams in den Häusern mussten immer wieder feststellen, dass pflegende und betreuende Angehörige große Hemmungen haben, die angebotenen Pflege- und Betreuungsleistungen durch hauseigene Fachkräfte anzunehmen.

### **Hintergründe**

Die Gründe dafür können vielfältig sein:

- Die eigene Hilfsbedürftigkeit soll nicht sichtbar werden. Man schämt sich für die Angehörige oder den Angehörigen und versucht daher möglichst viel selbst zu machen, damit man nicht weiter in der Hausgemeinschaft als bedürftig auffällt.
- In Ehen, die oft seit Jahrzehnten bestehen, fühlt man sich für den anderen verantwortlich und geht auch immer wieder über die eigenen Grenzen der Belastbarkeit hinaus. Paare sind oft sehr aufeinander bezogen und neigen auch zur Isolation und Abschottung von der Hausgemeinschaft. Das verschärft die belastende Situation noch weiter.
- Der pflegende Teil vernachlässigt oftmals die Selbstfürsorge, wenn es um die eigene Gesundheit geht. Belastend wirkt sich beispielsweise auch Schlafmangel aus, wenn bei einer Partnerin oder einem Partner der Schlaf-Wachrhythmus verändert ist. Auch gestaltet sich das Zusammenleben mit einer dementen Partnerin oder einem dementen Partner als große Herausforderung an die eigene Geduld, wenn man ständig mit immer wiederkehrenden Fragen oder Geschichten – (scheinbar) oft bar jeder Logik – konfrontiert ist.

### **Entlastung durch Austausch**

All diese Beobachtungen griff das Team im Haus Am Mühlengrund gemeinsam mit den betroffenen Menschen auf. Im Rahmen von „Stammtischen“ wurden sie zum Thema gemacht.

Alle Betroffenen erhalten persönliche Einladungen zu den „Stammtischen“, die in gemütlicher Atmosphäre stattfinden. Die Angehörigen haben im Rahmen dieser „Stammtische“ – die ungefähr alle drei Wochen stattfinden – Raum, um über ihre Sorgen, Ängste und Nöte zu sprechen. Im Gegenzug erfahren sie emotionale Unterstützung vom Personal des Hauses. Sich untereinander auszutauschen und zu erleben, dass man nicht alleine gelassen wird, wirkt sich auch positiv auf die Kooperation mit den professionellen Fachkräften im Haus aus. Vertrauen wird aufgebaut und eine partnerschaftliche Begegnung gefördert.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erleben, dass es auch andere Betroffene gibt. Weiter wird signalisiert, dass dem Personal bewusst ist, wie schwierig der Alltag für pflegende Angehörige sein kann. Jeder hat seinen eigenen Blickwinkel und geht anders mit belastenden Situationen um. Es gibt immer wieder Lösungen für Situationen, die schon als hoffnungslos empfunden wurden. Pflegende Angehörige erfahren Entlastung durch den Austausch und die Begegnung mit anderen Betroffenen bzw. mit geschultem Personal.

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wird vermittelt, dass sie professionelle Hilfen in Anspruch nehmen können und sollen, und zwar bevor es zu krisenhaften Situationen kommt. Dabei geht es auch darum, die individuellen Grenzen wahrnehmen zu lernen und zu erfahren, dass man ganz selbstverständlich Hilfe annehmen kann und soll. Dabei sollen die eigenen sozialen Kontakte weiterhin aufrechterhalten bzw. aufgebaut werden.

#### **Vielfältiges Angebot**

Neben dem entlastenden Erfahrungsaustausch untereinander ist jeder „Stammtisch“ auch einem pflege- bzw. betreuungsrelevantem Thema gewidmet. Allgemeine Themen wie „Demenz“, „Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung“, „Hilfsmittel und Sturzvermeidung“ etc. werden von den entsprechenden Fachexpertinnen und -experten eingebracht.

Es gibt aber auch ganz praktische Anregungen und Impulse, wie beispielsweise Entspannungsübungen, die den Angehörigen helfen sollen, besser durch den Alltag zu kommen. Fachexpertinnen und -experten aus anderen Abteilungen des Hauses werden zu den „Stammtischen“ eingeladen und geben Einblick in die Leistungsangebote der jeweiligen Abteilungen und in betreuungs- und pflegerelevante Abläufe.

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Möglichkeit, das pflege- und betreuungsbedürftige Familienmitglied mitzubringen. Die Hausbetreuung sorgt für diesen Zeitraum für eine entsprechende Beschäftigung, damit sich alle möglichst entspannt auf den Austausch einlassen können.

#### **Positive Resonanz**

Dass dieses interne Stammtischangebot von pflegenden Angehörigen des Hauses so positiv angenommen und als große Unterstützung erlebt wurde, hat das Team bestärkt, dieses Angebot auch externen pflegenden Angehörigen zu machen. Seit September 2016 bieten das Haus Am Mühlengrund und sukzessive alle anderen KWP-Häuser daher Workshops zu den oben genannten Themen an, die intensiv im ganzen Bezirk bekannt gemacht wurden. Die Nachfrage ist groß. So trafen sich bisher bis zu 20 externe pflegende Angehörige pro Termin, um sich auszutauschen und von den Expertinnen und Experten im Haus Fachinformationen zu erhalten und ihre eigenen Erfahrungen weiterzugeben.

#### **Fazit**

Pflegende und betreuende Angehörige sind mit immer neuen, ihnen zuvor oft unbekanntem Problemstellungen konfrontiert und müssen erst lernen, wie sie mit diesen schwierigen Herausforderungen umgehen sollen. Dieser Prozess ist oft schmerzvoll und anstrengend, daher ist es wichtig, dass sie in diesen Belastungssituationen möglichst frühzeitig, rasch und unbürokratisch Unterstützung bekommen und sich nicht alleine gelassen fühlen. Das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser ist hier in allen 30 *Häusern zum Leben* behilflich.

Daher begrüßt die Wiener Heimkommission dieses modellhafte Entlastungsangebot für pflegende und betreuende Angehörige im Haus Am Mühlengrund und für Angehörige im „Grätzl“, die zu Hause pflegen, und empfiehlt dieses Angebot auf alle „Häuser zum Leben“ und darüber hinaus auszuweiten.

### 3.22 Operative Pflegeberatung – Implementierung des Beratungsprozesses in der stationären Langzeitpflege im Haus der Barmherzigkeit

#### Hintergrund

Die Anzahl der zu betreuenden Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen gewinnt immer mehr an Komplexität. Diese Komplexität ergibt sich aus der Multimorbidität, sowohl auf der somatischen als auch auf der psychischen Ebene. Das Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner wird in der Pflegepraxis deutlicher spürbar. Langzeitpflegeeinrichtungen sind, um eine bedürfnisgerechte Versorgung zu gewährleisten, gefordert, innovative Rahmenbedingungen und Strukturen zu schaffen.

#### Zielsetzung

- Implementierung des Beratungsprozesses für den allgemeinen und gerontopsychiatrischen Bereich
- Fachliche Unterstützung und Begleitung in komplexen und herausfordernden Pflegesituationen
- Erhöhung der Handlungs- und Reflexionskompetenz der Pflegepersonen
- Integration der Pflegekonzepte in den Pflegealltag

#### Methodik

Eine Arbeitsgruppe bestehend aus der Pflegedirektorin und den beiden Pflegeberaterinnen führten eine IST-Analyse auf Basis der bisherigen Erfahrungen der Pflegeberaterinnen und Stationsleitungen durch. Anschließend fand eine systematische Literaturrecherche und die Gegenüberstellung der Schweizer Rollenprofile APN und der Pflegeexpertin statt. Auf Grundlage der Ergebnisse wurde ein Konzept für den Beratungsprozess entwickelt.

#### Ergebnisse

- Integration des Beratungsprozesses im stationären Setting
- Definition der Aufgaben und Einsatzfelder der operativen Pflegeberatung:
  - » *Fallbesprechung*: Die Pflegeberatung unterstützt die Pflegepersonen in der Auswahl eines Falles, in der Vorbereitung, Durchführung, Dokumentation sowie bei der Evaluierung.
  - » *Praxisbegleitung*: Die Pflegeberatung begleitet zu den Pflegekonzepten Aromapflege, Basale Stimulation, Kinästhetik und Validation sowie Demenzbetreuung und psychiatrische Pflege in der Praxis. Die Pflegepersonen werden bei der reflektierten Umsetzung dieser Konzepte unterstützt.
  - » *Pflegeprozess*: Die Pflegeberatung berät und begleitet die herausfordernde Pflegesituation, führt eine Fallbesprechung durch, entwickelt mit dem Pflegeteam Hypothesen und leitet davon eine individuelle Pflegeplanung ab. Sie unterstützt die Bezugspflegeperson in der Umsetzung der geplanten Maßnahmen und initiiert den Reflexionsprozess innerhalb des Pflegeteams.

Die Wiener Heimkommission begrüßt den Einsatz von Pflegeberatung als eine Unterstützung für Pflegepersonen bei ihrer täglichen Arbeit zur bedürfnisgerechten Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen.

#### 3.23 Kontinenzförderung im Haus der Barmherzigkeit

Harn- und Stuhlinkontinenz sind im Alter sehr häufige Gesundheitsprobleme, besonders in Langzeitpflegeeinrichtungen ist die Zahl der Betroffenen sehr hoch. Ergebnisse einer Erhebung in den Pflegekrankenhäusern von 2015 zeigen, dass die jeweilige Prävalenz von Harninkontinenz bei 82,7 Prozent, der Stuhlinkontinenz bei 62,0 Prozent und einer Doppelinkontinenz bei 61,1 Prozent liegt. Die hohe Prävalenzrate zeigt, wie wichtig individuell eingesetzte Maßnahmen zur Kompensation der Inkontinenz und im Besonderen zur Kontinenzförderung sind.

Seit 2013 ist ein eigenes interdisziplinäres Expertinnen und -expertenteam zur Kontinenzförderung tätig. Ein anschaulicher Leitfaden zum Kontinenzmanagement wurde entwickelt sowie unterschiedliche interdisziplinäre Maßnahmen umgesetzt. Der Schwerpunkt liegt zum einen in einer objektiven Wahrnehmung und Einschätzung der individuellen Situation bzw. der Harn- und Stuhlinkontinenz und zum anderen im Erhalt sowie der Förderung der Kontinenz.

Für eine objektive Einschätzung wird in der Pflegeanamnese und Pflegediagnostik eine genaue Beschreibung des Ausscheidungsverhaltens sowie Risikofaktoren erhoben. Ein Miktionsprotokoll kann zur Unterstützung angewendet werden, zudem steht auf einer Station ein Bladderscan für Restharmessungen zur Verfügung.

Eine „kontinenzfreundliche Umgebung“ zu schaffen ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Kontinenzförderung. Dazu wurden vermehrt Hilfsmittel, wie höhenverstellbare Toilettenstühle, unterschiedliche Modelle von Bettschüsseln und Harnflaschen angeschafft. Zum Beispiel besitzt jede Station eine spezielle Harnflasche für Frauen. Zusätzliche Haltestangen sowie Toilettensitzerhöhungen und individuelle Beschilderungen – gerade für kognitiv beeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner – wurden angebracht. Von großer Bedeutung ist die Schaffung der nötigen Intimsphäre und einer möglichst angenehmen Atmosphäre für den Toilettengang. Abhängigkeit oder Kontrollverlust betreffend Ausscheidung von Harn und Stuhl sind für Betroffene oft sehr beschämend und benötigen von Pflegepersonen sehr viel Einfühlungsvermögen sowie einen respektvollen Umgang.

Das Toilettentraining ist eine der wichtigsten Maßnahmen zum Erhalt oder zur Förderung der Kontinenz, besonders bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern mit körperlichen bzw. kognitiven Einschränkungen. Gleichzeitig wird am Weg zur Toilette die Mobilität gefördert sowie Kraft und Balance trainiert. Die Anzahl der Toilettengänge bzw. der Unterstützungsgrad beim Toilettentraining ist abhängig von den Ressourcen und Bedürfnissen der Bewohnerin bzw. des Bewohners und wird entsprechend in der Pflegeplanung vermerkt. Um eine Stuhlinkontinenz und/oder Obstipation zu vermeiden, wird zum Beispiel bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit ständigem Harnverlust ein stuhlbezogenes Toilettentraining (meist am Morgen), durchgeführt.

Für Bewohnerinnen und Bewohner sind praktische Tipps zur Prävention und Kompensation von Harninkontinenz in einem Informationsfolder zusammengefasst.

Conclusio ist, dass nur durch ein individuell orientiertes und konsequent angewendetes Kontinenzmanagement sowie eine achtsame Haltung aller betreuenden Personen ein Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner geleistet werden kann.



Die Wiener Heimkommission begrüßt den Einsatz eines interdisziplinären Expertinnen- und Expertenteams zur Kontinenzförderung, da dadurch die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner verbessert werden kann.

### **3.24 Gesundheitsförderndes Seniorinnen- und Seniorenwohnhaus – Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch Angehörige in Wiener Seniorinnen- und Seniorenwohnhäusern des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser – Entwicklungen im Jahr 2016**

Das Pilotprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ (2011-2013) war ein auch international wahrgenommener Meilenstein in der Anwendung von umfassender Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung. Die entwickelten Maßnahmen wurde 2013 – 2016 mit einem Fortsetzungsprojekt „Gesundes Seniorinnen- und Seniorenwohnhaus“ ausgebaut und vertieft. Die Hauptakteure des Fortsetzungsprojekts waren das KWP (Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser) als durchführende Organisation und die Wiener Gesundheitsförderung als Beratung und Financier von bestimmten Unterstützungsleistungen, unter anderem der wissenschaftlichen Begleitforschung. Diese wurde seit Februar 2015 von der FORBA (Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt) (davor LBIHPR) durchgeführt. Damit konnte eine Unterstützung in Diagnose, Maßnahmenplanung, Implementierung und Dokumentation, und vor allem auch eine systematische Evaluation ermöglicht werden.

Ziel des Follow-Up-Projekts war die Weiterentwicklung und Vertiefung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen bzw. Bewohner und für Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter. Von drei Pilotheusern auf große Teile Unternehmen ausgerollt wurden die Mobilitätsförderung „Bewegung ins Leben“ für die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. eine Gesundheitszirkel- und ein Ergonomielotsinnen- und Ergonomielotsen-Programm für die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter im Rahmen eines unternehmensweiten Gesundheitsmanagements.

Schwerpunkt und Abschluss der Maßnahmenentwicklung im Projekt Gesundes Seniorinnen- und Seniorenwohnhaus im Jahr 2016 war eine systematische Erhebung von Erfahrungen und Erwartungen von Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner, exemplarisch als Pilot durchgeführt in zwei KWP-Häusern. Insgesamt konnte die Beteiligung von 170 Angehörigen erreicht werden (25% der Grundgesamtheit). Das nach dem letzten Stand der einschlägigen wissenschaftlichen Forschung gestaltete Selbstausfüller-Instrument ermöglicht eine differenzierte Diagnose, wie die Angehörigen ihre Kooperation mit dem KWP erleben, was dabei für sie positiv, aber auch kritisch ist und in welcher Richtung in Zukunft Maßnahmen zur Verbesserung entwickelt werden könnten.

Evaluiert wurde im Jahr 2016 auch das Roll-Out von den ursprünglichen drei Pilotheinrichtungen (2011-13) auf andere Häuser bzw. das Gesamtunternehmen. Der Evaluationsbericht beschreibt das Roll-Out als insgesamt gut gelungen,

jedenfalls in Bezug auf die Maßnahmen zur Mobilitätsförderung für Bewohnerinnen bzw. Bewohner und im Mitarbeiterinnen- bzw. Mitarbeiterbereich in Bezug auf die Gesundheitszirkel. Etwas langsamer ist die Entwicklung bei den Ergonomielotsinnen bzw. -lotsen verlaufen, dort zeigen sich nach mehreren Adaptierungen 2014 immer noch Schwierigkeiten für eine wirkungsvolle, breite Implementierung. Einige im Jahr 2016 laufende Veränderungen im Schulungsprogramm und in der praktischen Unterstützung versprechen hier Fortschritte.

Das Programm zur Vertiefung der Angehörigen-Einbindung hat mit der Entwicklung und Testung des Instruments zur Angehörigenbefragung einen möglicherweise wichtigen Schritt vorwärts gemacht, hier befindet man sich aber doch noch in einer Pilotphase.

Die Etablierung von Gesundheitsförderung als Prinzip für alle Bereiche des KWP, unterstützt durch das Konzept „Gesundheitspolitik im KWP“ und die Etablierung von Beauftragten im Bereich Human Resource Management scheint prinzipiell geglückt. Wie nachhaltig sich die Strukturen, Programme und Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach Auslaufen der Förderung durch die WiG erweisen, wäre wichtig zu dokumentieren bzw. zu evaluieren, eventuell mit einem Follow-Up der Evaluation im Jahre 2018.

Die Relevanz von Gesundheitsförderung für den gesamten Sektor (stationäre) Altenbetreuung und -pflege wird auch durch die Erfahrungen im derzeit laufenden Transfer-Projekt von Wissen und Erfahrungen von „Gesundheit hat kein Alter“ in die Steiermark unterstrichen. Die dort seit Anfang 2015 laufende Entwicklung in fünf Pilotenrichtungen (Durchführung Styria Vitalis, Förderung Fonds Gesundes Österreich, Steirische Gebietskrankenkasse) verlief – nach den Zwischenberichten der mit der Evaluation beauftragten FORBA – sehr ermutigend. Besonders erfolgreich verläuft insbesondere auch die parallel zu den Pilothäusern initiierte Ausrollung des Mobilitätsförderungsprogramms „Bewegung ins Leben“ in der ganzen Steiermark. Dieses Weiter- und Fortbildungsprogramm ist auch auf eine sehr positive Resonanz bei Unternehmen, Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, Expertinnen bzw. Experten und Ausbildungsanbietern gestoßen. Hier könnte auch in Wien größeres Potential für Ausrollung im ganzen Sektor bestehen. Ein Evaluationsbericht wird Ende 2017 vorliegen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Verbreitung der diesbezüglichen Projekterfahrungen und Ergebnisse bzw. die weitere Beobachtung und Berichterstattung über die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung im KWP, z.B. in Form eines an die weitere Fachöffentlichkeit gerichteten Berichts. Einen weiteren lobenswerten Effekt, vor allem für die Erhaltung von möglichst viel Autonomie, funktionaler Gesundheit und Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner sieht die Wiener Heimkommission in einer unternehmensübergreifenden Nutzung der Konzepte und Erfahrungen des Mobilitätsförderungsprogramms „Bewegung ins Leben“.

Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen und auch der Fonds Soziales Wien könnten wichtige Partner für die Förderung solcher Initiativen sein bzw. auch der Kontext der „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen“ genutzt werden.

### 3.25 Kundinnen- bzw. Kundennähe im Fonds Soziales Wien – mehr als ein Slogan

„Wir sind da, um für Sie da zu sein“. Dieses Motto begleitet die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fonds Soziales Wien (FSW) in ihrer alltäglichen Arbeit. Was steckt dahinter? Wie sind diese für die rund 120.000 Kundinnen und Kunden des FSW da? Welche Aufgaben werden im Bereich Pflege und Betreuung erfüllt?

Bis Ende November 2016 wurden im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung 26.274 Kundinnen und Kunden vom FSW betreut, davon wurden 9.643 Personen als Neukundinnen oder Neukunden erfasst. Diese Zahl ist gegenüber dem Vorjahr gleichbleibend stabil. Die Case Managerinnen und Case Manager des FSW haben die betroffenen Personen und deren Angehörige über Leistungen im Bereich der Pflege und Betreuung informiert, den Pflegebedarf gemeinsam mit den Betroffenen erhoben (z. B. „Wie viele Stunden Heimhilfe sind notwendig, erwünscht und sinnvoll?“) und die Kosten dafür auf Basis der zur Verfügung stehenden Informationen errechnet. Auch wird sozialarbeiterische Erstabklärung geboten und im Zusammenhang mit Hilfsmitteln (z. B. Gehhilfen oder Krankenbetten) beraten. Hauptaufgabe ist die Organisation der erforderlichen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, in einigen Fällen war eine ambulante Krisenintervention erforderlich.

Im selben Zeitraum langten im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung 9.458 Förderanträge im FSW ein und wurden in der Zeit zwischen Jänner und Ende November 2016 8.321 Kundinnen und Kunden gezählt, die mobile Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch genommen haben. Hinter diesen Zahlen stehen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des FSW, die am Telefon für Fragen zur Verfügung stehen, Briefe und E-Mails beantworten, die Förderanträge entgegennehmen und die erforderlichen Daten in die Systeme eintragen, die z.B. aus den Krankenhäusern übermittelte Situationsberichte bearbeiten und für einen nahtlosen Wiedereinsatz von mobilen Diensten sorgen, wenn eine Kundin oder ein Kunde aus dem Krankenhaus wieder nach Hause entlassen werden kann.

Dahinter stehen Menschen unterschiedlichster beruflicher Qualifikationen, die im Rahmen des Case Managements etwa die erforderlichen Vertretungsbefugnisse mit den Angehörigen klären oder die Handlungsfähigkeit von Kundinnen und Kunden zu prüfen haben oder beispielsweise auch im Zusammenhang mit mobiler Pflege und Betreuung beim Antrag auf Pflegegeld oder Pflegegelderhöhung unterstützen.

Im Bereich „Wohnen und Pflege“ sind im Jahr 2016 bis Ende November 8.798 Förderanträge im FSW eingelangt. 5.677 davon waren sogenannte Neuanträge. In weiteren 700 Fällen erfolgte eine Antragsstellung im Zusammenhang mit einem gewünschten Einrichtungswechsel, bezüglich Leistungswechsel langten im genannten Zeitraum 988 Anträge im FSW ein. Die Case Managerinnen und Case Manager des FSW haben die betroffenen Personen über die unterschiedlichen Wohn- und Pflegeleistungen beraten und entsprechend des Pflegebedarfs die erforderliche Förderbewilligung ausgestellt. Im genannten Zeitraum wurden vom FSW 7.451 Anträge bewilligt.

Seit Sommer 2016 können Kundinnen und Kunden des FSW – unabhängig von ihrer Wohnadresse und ihrem Bedarf – ihre Förderanträge und Unterlagen in jedem Beratungszentrum des FSW abgeben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des jeweiligen Beratungszentrums nehmen die Unterlagen entgegen und leiten diese bei Bedarf weiter.

### 3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge

Die durchschnittliche Dauer vom Einlangen eines Antrags (mit allen erforderlichen Unterlagen) bis zur Ausstellung einer Förderbewilligung liegt im Bereich „Wohnen und Pflege“ bei 14 Tagen. Die Wartezeit bis zu einer Aufnahme in eine Wohn- und Pflegeeinrichtung ist variabel und orientiert sich an der verfügbaren Zahl der im Platzmanagement des FSW frei gemeldeten Plätze. Selbstverständlich sind bei Bedarf auch Sofortaufnahmen möglich, grundsätzlich erfolgt die Platzvergabe im FSW stets nach Bedarf und nach der Reihenfolge auf der Warteliste der „Wunscheinrichtung(en)“ – wenn nur eine „Wunscheinrichtung“ genannt wird, ist unter Umständen mit einer längeren Wartezeit zu rechnen, als wenn mehrere Einrichtungen im Antrag genannt sind.

Hinter all diesen Abläufen stehen Expertinnen und Experten im FSW, die sorgsam kontrollieren, ob alle erforderlichen Unterlagen bei der Antragsstellung vorliegen, die den Pflege- und Betreuungsbedarf individuell prüfen und die sich auch ausführlich Zeit für die Gespräche mit Kundinnen und Kunden sowie mit deren Angehörigen nehmen, welche oft unsicher sind, ob eine Aufnahme in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Antragsstellung sinnvoll und notwendig ist.

Viele dieser Gespräche finden in den fünf Beratungszentren Pflege und Betreuung des FSW statt, weitaus häufiger machen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des FSW aber auf den Weg und führen Hausbesuche bei den Kundinnen und Kunden (oder in Wohn- und Pflegeeinrichtungen) durch. Die durchschnittliche Dauer eines Hausbesuchs beträgt 60 Minuten. Von Jänner bis Ende November 2016 fanden im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung sowie im Bereich „Wohnen und Pflege“ insgesamt 36.550 Hausbesuche durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des FSW statt. Langen etwaige Beschwerden im FSW ein, erfolgt in der Regel ein Hausbesuch. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungszentren Pflege und Betreuung nehmen sich ausführlich Zeit für eine zufriedenstellende Klärung des Anliegens.

Beschwerden werden im FSW zentral und im Rahmen eines klar strukturierten und transparenten Systems nach vorgegebenen Abläufen, Standards, Qualitätskriterien, Zeitabläufen, Fristen und mit definierten Ansprechpartnerinnen bzw. -partnern bearbeitet. Diesbezügliche Rückmeldungen von Kundinnen und Kunden, von Angehörigen und/oder Institutionen werden im FSW jedenfalls ernst- und als wichtige konstruktive Kritik aufgenommen. Beschwerden sind kompetent, sowie freundlich, verbindlich und verständlich zu beantworten, mehr als 85% aller Beschwerden werden innerhalb von 15 Werktagen im FSW beantwortet. Die erarbeiteten und zur Verfügung gestellten Auswertungen und Empfehlungen werden von den angesprochenen Führungskräften und Organisationseinheiten ernsthaft geprüft und als Instrument zur Steuerung und Optimierung von Leistungen und Angeboten im FSW eingesetzt.

Die Wiener Heimkommission begrüßt, dass (zukünftige) Kundinnen und Kunden des FSW ihre Anträge in allen Beratungszentren des FSW abgeben können und empfiehlt, dieses Angebot für eine kompetente Erstinformation im Sinne einer bedarfsorientierten Vermittlung von Leistungen zu nutzen und auszubauen.



### 3.26 Case- und Caremanagement bei den Betreuungsorganisationen

Aus Sicht der Österreichischen Gesellschaft für Care- und Casemanagement (ÖGCC) ist Case Management ein Handlungsansatz, welcher sich vor allem dadurch auszeichnet, dass möglichst entlang eines gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufes einer Patientin bzw. eines Patienten oder einer Klientin bzw. eines Klienten („over time“) und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen („across services“) ein maßgeschneidertes Versorgungspaket („package of care“) erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll.

#### **Ein Beispiel:**

Frau W. wird aus dem Krankenhaus entlassen, bisher kam sie gut allein zurecht, jetzt empfiehlt ihr die Entlassungsmanagerin im Krankenhaus mobile Pflege und Betreuung in Anspruch zu nehmen und leitet die Anfrage an den Fonds Soziales Wien weiter.

Die Case-Managerin des Beratungszentrums des Fonds Soziales Wien vereinbart einen Erstbesuch mit Frau W. nach deren Entlassung. Beim Erstbesuch klärt die Case-Managerin des FSW mit Frau W. deren Betreuungsbedarf, informiert sie zur Förderung der Betreuungsleistung und die Höhe der geförderten Betreuungsstunden. Im Zuge des Besuches klärt die Case-Managerin des FSW, ob ein Antrag auf Pflegegeld bzw. -Pflegelderhöhung notwendig ist.

Abschließend fragt die Case-Managerin bei der CS Caritas Socialis Betreuung zu Hause nach, ob sie die Betreuung von Frau W. in diesem Ausmaß übernehmen kann. Die Case-Managerin des FSW übermittelt der CS Caritas Socialis Betreuung zu Hause die wichtigsten Daten am Telefon und vereinbart den ersten Tag des Betreuungseinsatzes für Frau W. noch beim Hausbesuch.

Eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin der CS Caritas Socialis Betreuung zu Hause führt den Erstbesuch bei Frau W. durch, erhebt deren Wünsche, Erwartungen, Ressourcen und Defizite und erstellt in Absprache mit Frau W. die Betreuungs- bzw. Pflegeplanung. Im Gespräch informiert die DGKP Frau W. zu ihren Ansprechpersonen und zur Handhabung der Dokumentationsmappe.

Bisher konnte Frau W. ihren Alltag selbst bewältigen – jetzt ist vieles davon nicht mehr möglich. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CS Caritas Socialis Betreuung zu Hause organisieren Friseur und Fußpflege, die in die Wohnung kommen, sprechen mit dem Praktischen Arzt Hausbesuche ab, besorgen Pflegehilfsmittel, Medikamente, den Wohnungszugang per Schlüsselsafe und eine Notrufeinrichtung. Die DGKP organisiert die Bankwege neu, sorgt für ein für die Pflege geeignetes Bett und Wohnungsadaptierungen. Der Kontakt zu An- und Zugehörigen wird aufgenommen, so dass auch diese in die Betreuung mit eingebunden werden können.

Die DGKP vereinbart für Frau W. einen Schnuppertag in einem Tageszentrum, weil sie den Wunsch nach mehr sozialen Kontakten äußert. Am Schnuppertag werden Frau W. und ihre Angehörigen über die Angebote des Tageszentrums informiert. Die Kundin nimmt an den Aktivitäten des Tages teil und der Betreuungsbedarf wird ermittelt. Frau W. entscheidet sich für zwei Besuchstage pro Woche. Die CS Caritas Socialis berät und unterstützt Frau W. und deren Angehörige über die weiteren Schritte in der Bewilligung und Bedarfsmeldung beim FSW. Das Tageszentrum



### 3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge

organisiert den Fahrtendienst und stimmt die Einsatzzeiten mit der CS Caritas Socialis Betreuung zu Hause ab.

Bei der Begutachtung zur Pflegeeinstufung werden Klientinnen und Klienten bzw. Tagesgäste von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der CS Caritas Socialis unterstützt.

Für Frau W. bedeutet dies, dass sie im Betreuungsverlauf ihr bekannte und fixe Ansprechpartnerinnen und -partner hat, welche sie in allen Belangen beraten bzw. begleiten können und für die Vernetzung der unterschiedlichen Betreuungsangebote und Dienstleistungen sorgen. Gemeinsames Ziel ist der möglichst lange Verbleib in der eigenen Wohnung. Von Nachbarinnen bzw. Nachbarn, Angehörigen und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern der CS Caritas Socialis beobachtete Auffälligkeiten und Herausforderungen unterstützen bei der Optimierung der Betreuung. Frau W. kann noch zwei Jahre in ihrer Wohnung bleiben.

Auf Grund von zunehmender Selbst- und Fremdgefährdung zieht Frau W. nun in ein Wohn- und Pflegeheim der CS Caritas Socialis ein. Das Case Management wird lückenlos übernommen, in dem das Bewohnerservice Frau W. und die Angehörigen über die umfangreichen Aufnahmemodalitäten und die Zusammenarbeit mit dem FSW berät bzw. unterstützt. Seitens des FSW wird geprüft und bewilligt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CS Caritas Socialis unterstützen bzw. beraten fortlaufend in Angelegenheiten wie Pflegegelderhöhungen, Sachwalterschaftsangelegenheiten und Behördengängen. Bei Auszug (Entlassung, Tod) wird das Case Management mit einer Vielzahl von administrativen Tätigkeiten rund um Zimmerräumung und Begleitung der An- und Zugehörigen abgeschlossen.

Am konkreten Beispiel von Frau W. zeigt sich der Bedarf an Abstimmung der verschiedenen Netzwerkpartner und das Zusammenwirken mit dem Fonds Soziales Wien, der die Funktion der System- und Versorgungssteuerung übernimmt.

Qualitätsvolles Case Management erfordert von allen Beteiligten eine hohe Kompetenz in der Beratung, Moderation und Steuerung.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt daher, die Zusammenarbeit aller Netzwerkpartner zu optimieren, die Leistung Case Management bei den Betreuungsorganisationen transparent zu machen und den Aufwand für das Case Management als eigenständige Leistung abrechenbar zu machen.

### 3.27 Betreutes Wohnen für Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund

Das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser bereitet sich auf neue Zielgruppen vor.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind zahlenmäßig noch eine relativ kleine Gruppe in Österreich und auch in Wien. Lange Zeit waren Menschen mit einem Geburtsort in der damaligen Tschechoslowakei in der Gruppe der über 60-Jährigen vorherrschend. Mit 30,06 % stellen sie derzeit auch im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) die größte Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner mit ausländischer Herkunft dar.

#### Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund im KWP

Herkunft	In % (gerundet)
Ausland gesamt	100
davon:	
Ehem. Tschechoslowakei	30
Ehem. Jugoslawien	19
Deutschland	19
Polen	6
Gesamt	74
Andere Herkunftsländer	26

Quelle:  
Bewohnerinnen- und Bewohnerstatistik  
des KWP, Stichtag 15.12.2016

Seit der Jahrtausendwende kommen jedoch die in den 60er-Jahren nach Österreich eingewanderten „Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter“ vermehrt in die Altersgruppe der über 60-Jährigen. In Wien sind 21,53 % der Bevölkerung 60 Jahre oder älter. Von diesen haben 27,43 % – also ein gutes Viertel – einen Migrationshintergrund.

Die größte Gruppe bilden dabei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Gemeinsam mit den Menschen aus dem Herkunftsland Polen stellen sie fast 1/3 aller über 60-Jährigen mit Migrationshintergrund.

#### Wiener Bevölkerung nach Herkunft und Alter:

	Gesamt	In %	Alter			
			Bis 59	In %	60+	In %
<b>Wien gesamt</b>	<b>1.840.226</b>	100	<b>1.443.961</b>	78,47	<b>396.265</b>	21,53
<b>Herkunft aus</b>						
<b>Österreich</b>	1.135.324	61,70	847.747	74,67	287.577	25,33
<b>Ausland</b>	704.902	38,30	596.214	84,58	108.688	15,42
<b>davon:</b>						
<b>Bosnien</b>	40.387	5,73	33.118	82,00	7.269	18,00
<b>Kroatien</b>	26.125	3,71	21.192	81,12	4.933	18,88
<b>Polen</b>	51.639	7,33	42.970	83,21	8.669	16,79
<b>Serbien</b>	99.082	14,06	76.619	77,33	22.463	22,67
<b>Gesamt</b>	<b>217.233</b>	<b>30,83</b>	<b>173.899</b>	<b>80,05</b>	<b>43.334</b>	<b>19,95</b>
<b>Andere Herkunftsländer</b>	487.669	69,17	422.315	86,60	65.354	13,40

Quelle: Statistik Austria, Stichtag 01.01.2016, Berechnung MA 23

Auffällig ist, dass diese Menschen noch kaum zu den Bewohnerinnen und Bewohnern des KWP zählen, obwohl deren größter Teil in der Pension nicht auf Dauer in ihre Ursprungsländer zurückkehrt.

Gründe dafür sind:

- Zugangsbarrieren zu Informationen
- Ängste vor Diskriminierung aufgrund schlechter Erfahrungen mit Behörden
- Vorherrschende Tradition, dass die ältere Generation von den Jüngeren versorgt wird
- Auf Grund schlechten Erfahrungen im eigenen Heimatland sind ältere Migrantinnen und Migranten eher abgeneigt in Österreich ein Pensionisten-Wohnhaus zu wählen

Ziel des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser ist es, diese Bevölkerungsgruppe aktiv zu bewerben und in der Folge gut zu betreuen und zu pflegen. Daher wurde zu Beginn des Jahres 2016 eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Arbeitsgruppen kamen aus unterschiedlichen Häusern, unterschiedlichen Aufgabenbereichen und unterschiedlichen Hierarchieebenen des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser.

Drei Schwerpunktthemen wurden bearbeitet:

1. Umgang mit den neuen Zielgruppen aus den Herkunftsländern Bosnien, Kroatien, Serbien und Polen.
2. Umgang mit den jetzigen Bewohnerinnen und Bewohnern in Bezug auf das Thema.
3. Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

## Ergebnisse

Prinzipiell gilt für die Gewinnung der neuen Zielgruppen das Prinzip „stufenweise und leise“. Das bedeutet, dass davon ausgegangen wird, dass neue Bewohnerinnen und Bewohner aus Bosnien, Kroatien, Serbien und Polen nicht von heute auf morgen in großer Anzahl in die 30 Häuser zum Leben einziehen werden. Daher werden alle geplanten Maßnahmen Schritt für Schritt durchgeführt. Ziel ist es, sowohl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch Bewohnerinnen und Bewohner für die neuen Zielgruppen zu gewinnen und sie nicht zu verunsichern. Das Wissen und die Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf Kulturen, Traditionen und Sprachen der neuen Zielgruppen sind daher besonders wichtig.

## Maßnahmen

- **Festlegung von vier Pilothäusern:** Haus Margareten, Haus Rudolfsheim, Haus Schmelz und Haus Wieden. Diese Häuser befinden sich in Bezirken mit hohem Migrationsanteil.
- **Gute Information über das Angebot und die Leistungen der 30 Häuser zum Leben** für die neuen Zielgruppen, auch in den jeweiligen Muttersprachen:
  - » Mehrsprachiger Auftritt auf der Homepage des KWP
  - » Mehrsprachige Folder
  - » Zusammenarbeit mit Medien und Vereinen der jeweiligen Herkunftsländer
  - » Gezielte Bewerbung der Pilothäuser im Rahmen der offenen Tür des KWP
  - » Grätzlarbeit
  - » Informationsnachmittage für die neuen Kundinnen und Kunden, auch in den jeweiligen Muttersprachen
  - » Zusammenarbeit mit NGO's
- **Auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:**
  - » Ernennung von Expertinnen und Experten aus den jeweiligen Zielgruppen für jedes Pilothaus: Diese werden aus den bestehenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beauftragt und gezielt fortgebildet. Sie dienen den Führungskräften bzw. den Kolleginnen und Kollegen des jeweiligen Pilothauses als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für die neuen Zielgruppen.
  - » Gezielte Fortbildung aller anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pilothäuser mit Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern.
  - » Überprüfung der Herkunft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf die neuen Zielgruppen und bei Bedarf im Wege von Neuanstellungen.
  - » Gezielte Anwerbung von Ehrenamtlichen mit den Muttersprachen Bosnisch, Kroatisch, Serbisch und Polnisch.
  - » Gutes Briefing aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sodass sie bei Nachfrage Auskunft erteilen können und sich gut informiert fühlen.
- **Auf Seiten des Unternehmens**
  - » Berücksichtigung der neuen Zielgruppen in der Veranstaltungsplanung und bei der Erstellung des Speisenangebotes.
  - » Anpassung der Einzugsbegleitung an den Bedarf der neuen Zielgruppen.
- **Auf Seiten der derzeitigen Bewohnerinnen und Bewohner**
  - » Information der Bewohnerbeiräte mit der Bitte, positiv auf andere Bewohnerinnen und Bewohner einzuwirken.

Die Umsetzung hat im Sommer 2016 begonnen. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KWP dem Vorhaben sehr positiv gegenüber stehen. Die Bewerbung der neuen Zielgruppen ist im Gange. Diese braucht jedoch Zeit, um in den Zielgruppen wahrgenommen zu werden.

#### **Fazit**

Dem KWP geht es darum, allen Seniorinnen und Senioren bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern auf Augenhöhe zu begegnen und mit ihnen in ihrer Muttersprache zu kommunizieren, wenn dies gewünscht wird. Oft ist es für Menschen im hohen Alter bzw. für Menschen, die an Demenz erkrankt sind, leichter in ihrer Muttersprache zu kommunizieren, als in ihrer Zweitsprache. Es ist dem Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser wichtig, Menschen in ihrem „So-Sein“ zu schätzen und zu respektieren.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die aktive Bewerbung von Menschen mit Migrationshintergrund als zukünftige Bewohnerinnen und Bewohner von Wohn- und Pflegehäusern. Sie empfiehlt allen Mitgliedsorganisationen, aktiv auf diese Zielgruppen zuzugehen. Damit signalisieren sie, dass Menschen mit Migrationshintergrund ein Teil dieser Stadt sind und als Bürgerinnen und Bürger Wiens ein gleichberechtigtes Anrecht auf die Angebote der Stadt haben.

#### **3.28 Diät – muss das wirklich sein?**

Wenn im deutschen Sprachgebrauch von „Diät“ gesprochen wird, ist meist eine kurz- oder auch längerfristige Einschränkung in der Lebensmittelauswahl gemeint, vor allem aus gesundheitlichen, aber auch weltanschaulichen (biologisch / vegetarisch/ vegan) oder gesellschaftlichen Gründen, z.B. um einem bestimmten Schönheitsideal zu entsprechen. Das Wort „Diät“ ist daher in der Regel mit negativen Emotionen, sowie Gedanken an Verzicht und verminderter Lebensqualität verbunden.

Wenn es nun darum geht, wieviel Diät in der Geriatrie noch sein muss bzw. erforderlich ist, stellt sich als allererstes die Frage nach den Zielen. Was soll mit einer bestimmten Lebensmittelauswahl oder Zubereitungsart der Speisen erreicht werden? Ist es reine Gewichtsoptimierung, ist es die Prävention von Herz-Kreislauf-erkrankungen, Krebs oder anderen durch Ernährung beeinflussbaren Erkrankungen wie Osteoporose oder Gicht?

Oder sollen durch die gezielte Auswahl der Speisen Beschwerden des Verdauungstraktes gelindert, die Wundheilung gefördert, die Mobilität und damit die Selbstständigkeit im Alltag durch Erhalt der Muskelmasse unterstützt werden?

In der Geriatrie verschieben sich die Therapieziele in allen Bereichen von der Prävention hin zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität. Auch die professionelle Ernährungstherapie und -beratung kann hier ihren Teil dazu beitragen. Lebensqualität bedeutet nicht in erster Linie die Verhütung von Krankheit oder gar die Optimierung von bestimmten Labor- und Messwerten, sondern vor allem Genuss und nicht zuletzt auch das Recht auf freie Wahlmöglichkeit.



Welche Kostformen sollen nun in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege täglich angeboten werden? Neben einer Vollkost, die auf einer den regionalen und kulturellen Gewohnheiten entsprechenden Hausmannskost basieren soll, ist hier als erstes die sogenannte Leichte Vollkost (früher: „Schonkost“) zu nennen. Diese entlastet den Verdauungstrakt und wird z.B. bei Gastritis, Sodbrennen und Reizdarmsyndrom, aber auch bei chronischer Entzündung der Bauchspeicheldrüse, sowie nach Operationen im Magen-Darmbereich eingesetzt. Eine weiche Kost bei Kaubeschwerden, sowie eine speziell angepasste (konsistenzdefinierte) Kost für Menschen mit Schluckbeschwerden, die im Idealfall in Zusammenarbeit mit einer Logopädin oder einem Logopäden erstellt wurde, rundet das Angebot ab.

Alle anderen Diäten, wie z.B. salz-, zucker- oder fettreduzierte Kostformen oder auch das Weglassen von bestimmten Nahrungsbestandteilen aufgrund von vermuteten Unverträglichkeiten, sollten nur nach ärztlicher Abklärung, strenger Indikationsstellung und unter diätologischer Anleitung durchgeführt werden. Noch bevor jedoch irgendwelche Maßnahmen eingeleitet werden, ist in einem persönlichen Gespräch abzuklären, welche Wünsche und Ziele die oder der Betroffene selbst hat und womit sie oder er einverstanden wäre. Dieser Satz, der so selbstverständlich klingt, und natürlich auch in allen anderen Beratungssituationen zu beachten ist, wird immer wichtiger, je mehr die oder der Einzelne durch Krankheiten oder Behinderungen in seinem alltäglichen Handeln eingeschränkt und auf Unterstützung durch Dritte angewiesen ist, vor allem bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Wohn- und Pflegeheimen. Die Aufgabe der Verantwortlichen ist es, erforderlichen Speisen zur Verfügung zu stellen, um eine freie Wahlmöglichkeit nach den jeweiligen Bedürfnissen des Einzelnen zu ermöglichen, aber nicht ihre Bewohnerinnen und Bewohner zu bevormunden.

Auch in der Therapie von Stoffwechselerkrankungen, wie Diabetes mellitus, verschiebt sich der Fokus von der Prävention hin zu einer Einstellung der Stoffwechsellage, die eine höchstmögliche Lebensqualität im Hier und Jetzt gewährleistet. Mangelernährung hat einen starken und unmittelbaren Einfluss auf die Lebensqualität des älteren Menschen. Das Erfassen des Risikos und das Planen von entsprechenden Maßnahmen hat daher oberste Priorität. Da die Mangelernährung auch für ältere Diabetikerinnen und Diabetiker ein Risiko darstellt, wird eine spezielle „Diabeteskost“ gerade in Einrichtungen, in denen hochbetagte pflegebedürftige Menschen leben, nicht empfohlen. In den Leitlinien der Österreichischen Diabetesgesellschaft wird daher gefordert, die Stoffwechselziele gerade bei älteren Diabetikerinnen und Diabetikern individuell festzulegen und im Einzelfall auch höhere Langzeitblutzuckerwerte (HbA1C) zu tolerieren. Eine zu strikte Einstellung der Blutzuckerwerte kann vermehrt zu Unterzuckerung (Hypoglykämie) führen. Diese erhöht nicht nur die Gefahr von Stürzen und Ereignissen, wie Schlaganfällen, sondern ist auch mit einem erhöhten Risiko für eine Demenzentwicklung assoziiert. Dagegen sind stark erhöhte Blutzuckerwerte (> 300 mg/dl) mit Dehydrierung, Infektionsanfälligkeit, verschlechterter Wundheilung, sowie ebenfalls verschlechterter Kognition verbunden. Es gilt also, die Stoffwechseleinstellung möglichst in einem Bereich zu halten, in dem keine akuten, sowie mittelfristigen Komplikationen auftreten und vor allem Krankenhauseinweisungen vermieden werden können. Dies kann mit einer ausgewogenen Ernährung, die neben komplexen Kohlenhydraten aus Kartoffeln und Getreide, ausreichend Ballaststoffe aus Obst und Gemüse, sowie möglichst wenig freie Einfach- und Zweifachzucker (vor allem aus Säften) enthält, erreicht werden. Das bedeutet jedoch nicht, dass generell auf Süßes verzichtet werden muss –

bei geeigneter Zubereitung und dem gezielten Einsatz von kalorienfreien Süßungsmitteln (künstlichen Süßstoffen) steht auch dem Genuss von Desserts und Süßspeisen in einem bestimmten Ausmaß nichts im Weg.

Die Diätologinnen des Bereichs Caritas Pflege besuchen regelmäßig die Pflegewohnhäuser der Caritas der Erzdiözese Wien, um die Küchenleiterinnen und Küchenleiter, Verpflegskoordinatorinnen und -koordinatoren bei der Erstellung der Speisepläne, sowie die Pflegemitarbeiterinnen und Pflegemitarbeiter bei der Erhebung des Mangelernährungsrisikos und der Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen zu unterstützen. Außerdem gehört es zu ihren Aufgaben, bei Bedarf individuelle Ernährungstherapien zu erstellen und die Bewohnerinnen und Bewohner zu beraten.

Den Angehörigen ist es wichtig, ihre Eltern, Großeltern, Ehegattinnen oder Ehegatten oder Freundinnen bzw. Freunde gut versorgt zu wissen – dazu gehört auch ein bedürfnisgerechtes Speisenangebot. Ein Beratungsgespräch mit der Diätologin oder dem Diätologen kann dazu beitragen, in diesem Punkt Sicherheit zu geben und die Zufriedenheit mit der Betreuung zu erhöhen.

Im Fokus stehen dabei, wie oben beschrieben, vor allem die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, sowie die Erhaltung der Lebensqualität durch Verhinderung von zusätzlichen Komplikationen. Selbst Palliative Care und Ernährungstherapie sind kein Widerspruch – auch in der letzten Lebensphase kann die gezielte und kreative Auswahl von Speisen und Lebensmitteln Genuss ermöglichen und Leiden lindern.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt eine regelmäßige Überprüfung des Speisenangebotes nach aktuellen ernährungsmedizinischen Kriterien, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Ernährung laut den Bewohnerrechten des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes sicherzustellen. Eine individuelle Ernährungstherapie und -beratung durch Diätologinnen bzw. Diätologen trägt dazu bei, Diäten zu vermeiden, welche nicht erforderlich sind oder nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechen.

#### **3.29 Speisenversorgung in den Pflegewohnhäusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes**

Unterschiedliche Ernährungsangebote unterstützen das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern. Wird das Essen durch einen externen Zulieferer bereitgestellt, sind gut definierte Standards unumgänglich. Für sieben Pflegewohnhäuser (PWH) wurde von den Diätologinnen und Diätologen dieser Häuser ein gültiger Kostformenkatalog erstellt. Hier sind jene Kostformen definiert, die für die Verpflegung der Bewohnerinnen und Bewohner eines PWH benötigt werden. Dieser Katalog ist auch eine Hilfestellung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegebereich die richtige Menüauswahl zu treffen.

Auf Basis dieses Kostformenkatalogs wird von der externen Lieferfirma der Speiseplan, berechnet und nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, (DGE), erstellt. Täglich werden ca. 2100 Bewohnerinnen und Bewohner und ca. 400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter so mit Essen versorgt.

Eine spezielle Kostform ist da herauszuheben, die „Weiche Kost“, eine konsistenzdefinierte Kostform für Bewohnerinnen und Bewohner mit Schluckstörungen im weiteren Sinne (Kauprobleme, Presbyphagie, Dysphagie). Die Kriterien dieser Kostform wurden in Zusammenarbeit mit Logopädinnen und Logopäden bzw. Diätologinnen und Diätologen erarbeitet.

Bis zu 60 % der Bewohnerinnen und Bewohner leiden unter einer Störungen des Schluckens. Der Schluckakt dieser Personengruppen ist durch eine bestehende Dysphagie (z.B. im Rahmen von neurologischen Erkrankungen) oder durch eine altersbedingte Presbyphagie beeinträchtigt. Aufgrund einer nicht adäquaten oralen Ernährung besteht neben einer Aspirationsgefahr auch die Gefahr einer Malnutrition und der daraus resultierenden Sekundärschäden wie z.B. ein erhöhtes Risiko für Exsikkose, Kontrakturen, Druckulzera und Infektionen, gestörte Immundefunktion, Verlust der Muskelkraft mit höherem Sturzrisiko, höheres Frakturrisiko, verzögerte Wundheilung sowie erhöhtes Mortalitätsrisiko.

Nach erfolgter Diagnostik und falls orale Ernährung indiziert ist, besteht häufig der Bedarf an individuell angepasster konsistenzmodifizierter Kost. Damit soll die Nahrungsaufnahme für die Betroffenen erleichtert und der Schutz vor dem Eindringen von Nahrung in die Luftwege verbessert werden.

Durch das gemeinsame Bestreben aller Beteiligten konnte nun mit September 2016 diese Kostform für die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegewohnhäuser des KAV in der Praxis Anwendung finden. Mit der Einführung dieser neuen Kostform ist ein weiterer Schritt in der Qualitätsverbesserung der Speiserversorgung getan.

Dieses innovative Projekt, in dem mehrere Berufsgruppen und PWH einen Standard erarbeitet haben und nach deren Vorgaben die externe Zulieferfirma die Produktion durchführt, wurde von mtd-austria mit dem Innovationspreis 2016 für Best-Practice-Modelle ausgezeichnet. Der MTD-Innovationspreis prämiert seit drei Jahren Projekte, die sich in wissenschaftlicher und/oder berufspraktischer Hinsicht in herausragender Weise als für die Berufe der gehobenen medizinisch-technischen Dienste besonders innovativ erweisen.

Zur weiteren Qualitätssicherung und Evaluierung wurde eine teilunternehmensweite Share Point Lösung installiert, um aussagekräftige Rückmeldungen zum Thema Speisen zu bekommen. Mit dieser EDV-Lösung können alle Häuser die Eintragungen einsehen und Vergleiche anstellen.

Hier werden die Ergebnisse der kommissionellen Verkostungen, die ca. zweimal pro Monat pro Haus durchgeführt werden, eingetragen. Folgende Mitglieder sind in der Kommission vertreten: Pflegedirektion, Ärztliche Direktion, Betriebswirtschaftliche Direktion, Küchenmanagement, Diätologie, Logopädie, Stationsleitung (Pflege und eMedizin). Die erzielten Erkenntnisse sind nicht mehr Einzelmeinungen, sondern spiegeln ein gemeinschaftliches Ergebnis wieder.

Das Thema der Speiserversorgung ist für alle damit betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter täglich ein wichtiger Bereich, um den Bewohnerinnen und Bewohnern eine gute Versorgung und Qualität zu bieten. Ernährung hat einen hohen Stellenwert in der Pflege und Betreuung. Innovative Projekte sind hier besonders zu fördern. Die Wiener Heimkommission empfiehlt weiterhin die Ernährung als Schwerpunkt in der Qualitätsarbeit zu sehen.

### 3.30 Hausgemeinschaften Casa Kagran – Individualität steht auch beim Essen im Vordergrund

#### **Konzept der Hausgemeinschaften**

Die Hausgemeinschaften der Casa Kagran bieten eine überschaubare Wohnstruktur, vergleichbar der einer (Groß-) Familie. In jeder Hausgemeinschaft leben durchschnittlich 13 Bewohnerinnen und Bewohner mit mittlerem bis hohem Pflegebedarf. Die Wohnküche, das Zentrum jeder Hausgemeinschaft, stellt einen gemeinsamen Treffpunkt dar, der eine entsprechende „heimische“ Atmosphäre schafft. Das Wohnzimmer mit integrierter Küche soll so auf natürliche Weise Möglichkeiten zum informellen Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bieten. Die Ausstattung und Sitzmöglichkeiten im Wohnzimmer sind so gewählt, dass dieser Raum zum Verweilen und Kommunizieren einlädt. Täglich finden Aktivitäten statt, wie etwa Spielenachmittage, gemeinsames Musizieren, Geburtstagsfeiern der Bewohnerinnen und Bewohner bis hin zum Keksebacken in der Adventzeit und Besuchen von Therapiehunden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegewohnhäuser erstellen je nach Vorlieben und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner wöchentliche Pläne bezüglich verschiedener Aktivitäten. Das Alltagsgeschehen findet also im direkten Wohnumfeld statt.

Während des ganzen Tages kann nach Lust und Laune und je nach Befindlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner bei den täglichen Aktivitäten mitgemacht werden. Die angebotenen Beschäftigungsmöglichkeiten helfen die Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern. Diese können immer selbst entscheiden, ob sie aktiv teilnehmen möchten oder sich einfach nur „wie zu Hause fühlen“ und zusehen wollen.

#### **Vorteile einer Hausgemeinschaft für die Bewohnerinnen und Bewohner:**

- Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit
- Unterstützung bei der Orientierung: zeitlich, örtlich, durch die überschaubare Größe der Hausgemeinschaften
- Förderung von individuellen Fähigkeiten und Ressourcen mittels entsprechender Beschäftigungsangebote und Gestaltung des individuellen Tagesablaufes
- Stärkung der individuellen Lebensqualität und der Selbstbestimmung
- Ermöglichen von Privatsphäre und sozialen Interaktionsmöglichkeiten

Das Essen ist auch im Alter ein wesentliches Thema. In den zentral positionierten Küchen, erleben die Bewohnerinnen und Bewohner, wie täglich gekocht und gebacken wird. Sie werden durch wahrgenommene, ihnen langjährig bekannte Gerüche, Geräusche animiert, am Alltagsgeschehen teilzuhaben.

### **Täglich frisch gekocht- Individuelle Küche in den Hausgemeinschaften**

Schon in der architektonischen Planungsphase der Casa Pflegewohnhäuser wurde das Konzept der Hausgemeinschaften miteinbezogen. Jede Hausgemeinschaft besteht aus einem Zentrum, das aus einem gemeinsamen Bereich mit Wohnküche, Ess- und Couchecke mit TV Gerät besteht. Hier können sich jederzeit alle aufhalten, für- und miteinander Kaffee oder Tee zubereiten oder bei den täglichen Vorbereitungen des Frühstücks, Mittag- und Abendessens mitwirken, als auch nur einfach als Beobachterin oder Beobachter teilhaben. Ein über acht Wochen wechselnder Menüplan wird in Gruppenaktivitäten und Einzelgesprächen besprochen und an die individuellen Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner sowie an saisonale Angebote angepasst. Durch Diätologinnen und Diätologen werden die Menüpläne regelmäßig geprüft, um eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung sicherzustellen.

Jede Hausgemeinschaft bietet in diesen acht Wochen unterschiedliche Menüs an und somit hat die einzelne Bewohnerin bzw. der einzelne Bewohner auch die Möglichkeit, in einer anderen Hausgemeinschaft zu speisen, falls ihr oder ihm das Angebot dieser mehr zusagt. Falls jemand vorzieht, alleine zu essen, kann man sich zum Essen auch ins Zimmer zurückziehen.

#### **Vorteile**

Durch dieses Konzept werden die Bewohnerinnen und Bewohner stets in den täglichen Ablauf miteingebunden, von der Menüplanung bis zur gemeinsamen Zubereitung der Speisen. Sie können sich überall einbringen und sinnvolle Beschäftigung finden.

Der Tagesablauf ist vertraut und findet in familiärem Rahmen statt. Durch die überschaubare Bewohnerinnen- und Bewohnerzahl von max. 14 Personen kann flexibel auf die Wünsche, Bedürfnisse und die Fähigkeiten eingegangen werden. Dieses Konzept und die daraus resultierende natürliche Tagesstruktur ermöglicht es, Alltagskompetenzen zu erhalten, zu stärken und zu reaktivieren.

Begleitet werden die Bewohnerinnen und Bewohner der Hausgemeinschaften von entsprechend ausgebildeten Alltagsbetreuerinnen und Betreuern, die überall dort helfen und unterstützen, wo es notwendig ist.

Dies ist, neben den architektonischen Gegebenheiten, eine weitere wichtige Voraussetzung für den optimalen Ablauf des Kochens in den Hausgemeinschaften.

#### **Herausforderungen**

Gerade in der Personalakquise stellt sich die Schwierigkeit die „richtigen“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die abwechslungsreiche und herausfordernde Tätigkeit als Alltagsbegleiterin bzw. -begleiter zu finden.

Diese sollten folgende Kriterien erfüllen:

- Ausbildung als Heimhelferin bzw. Heimhelfer und Erfahrung in der Pflege und Betreuung
- Erfahrung oder Ausbildung in der Gastronomie – Küche, Köchin bzw. Koch, Kellnerin bzw. Kellner, oder Erfahrung beim Kochen in/für Großfamilien
- Hohe empathische und kommunikative Fähigkeiten

Weitere wichtige Aspekte der individuellen Küche in den Hausgemeinschaften bilden die Logistik und das Warenmanagement. Diese erfordern eine engmaschige Abstimmung zwischen den einzelnen Küchen und der für die Beschaffung und



Logistik verantwortlichen, übergeordneten Verpflegskoordination. Für ein effizientes Bestellwesen wird ein auf die Notwendigkeiten der Hausgemeinschaftsküchen angepasstes Warenwirtschaftssystem eingesetzt. Die Verpflegskoordination ist für die Bereitstellung abwechslungsreicher, gesunder und saisonaler Lebensmittel zuständig. Gleichzeitig sollen die Bewohnerinnen und Bewohner motiviert werden, ihre Wünsche und Bedürfnisse in Bezug auf Ernährung zu erweitern, da diese oft gewohnheits- bzw. demenzbedingt eintönig sind. Dies erfordert Empathie in der Kommunikation, um einen problemlosen Ablauf und das Nutzen der Möglichkeiten des flexiblen Essenskonzeptes zu garantieren.

#### **Fazit**

Durch dieses einzigartige Konzept erhält man schon beim Betreten eines Casa Pflegewohnhauses den Eindruck einer familiären Atmosphäre. Durch die sinnvolle Integration in derartige alltägliche und notwendige Tätigkeiten wird die Lebensqualität gesteigert, die Bewohnerin bzw. der Bewohner erhält eine Struktur und Routine in ihrem bzw. seinem Tagesablauf, was wiederum Sicherheit und Wohlfühl bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern hervorbringt.

Die Wiener Heimkommission begrüßt Angebote, die in den Betreuungsinstitutionen familiäre Atmosphäre bieten und die Bewohnerinnen und Bewohner motivieren, sich an alltäglichen Tätigkeiten aktiv oder passiv zu beteiligen.

#### **3.31 Empowerment auf allen Ebenen – Der spannende Weg von der Mit- zur Selbstbestimmung von Bewohnerinnen und Bewohnern im Betreuten Wohnen Kabelwerk**

Im vergangenen Jahr wurden im Betreuten Wohnen Kabelwerk Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte in Form von Workshops bei „Kaffee & Kuchen“ mit Bewohnerinnen und Bewohnern diskutiert. Die spannenden Ergebnisse haben gezeigt, dass Bewohnerinnen und Bewohner mannigfaltige Bilder mit diesen Rechten verbinden – auch wurden Hindernisse benannt, die diesen Rechten entgegenstehen. Eine Evaluierung der Workshops hat gezeigt, dass es noch Verbesserungspotential gibt, z.B. was die Gruppenzusammensetzung oder auch die Workshop-Methode in Bezug auf kognitive Einschränkungen betrifft. In einem nächsten Schritt sollen nun weitere Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte hinterfragt und diskutiert werden.

Ausgehend von dem Projekt „BewohnerInnenRechte\_konkret“ wurden viele weitere Maßnahmen und Neuerungen initiiert, die Grundlagen dafür sind, dass Bewohnerinnen und Bewohner ihr Leben aktiv und selbstbestimmt steuern und in die Hand nehmen. Die Methode und Grundhaltung des Empowerments sind hierfür wegweisend:

- Menschen begegnen sich gleichwertig.
- Ressourcen, Fähigkeiten und Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern sind handlungsleitend.
- Die Expertinnen- bzw. Expertenmacht liegt ausschließlich in der Zielgruppe: „Nichts über mich, ohne mich!“. Die Bedeutung und auch die Herausforderungen der Leitprinzipien des Empowerments – Selbstbestimmung, Selbstorganisation und Aufbau von sozialen Netzen - werden in der Praxis sichtbar:
- Was ist zu tun, wenn sich eine Bewohnerin oder ein Bewohner in ihrer/seiner Autonomie und Selbstbestimmung laufend überfordert und dies auch negative Auswirkungen auf ihre/seine Gesundheit hat?
- Was hat zu geschehen, wenn die Selbstbestimmung einer Bewohnerin oder eines Bewohners dem pflegerischen Selbstverständnis widerspricht?
- Was ist zu tun, wenn das Selbstbestimmungsrecht an strukturelle Grenzen stößt?

Um sich diesen Prinzipien und Fragestellungen Schritt für Schritt zu nähern, bedarf es intensiver Grundlagenarbeit, die einerseits die Auseinandersetzung und Reflexion von unterschiedlichen Bildern ermöglicht und andererseits Techniken und Handwerkszeug vermittelt. Hierfür wurden zahlreiche Prozesse implementiert:

### **Was versteht man eigentlich unter "Selbstbestimmung"?**

*Eine kritische Auseinandersetzung im Zuge der Leitbildentwicklung*

Anhand von Erfahrungen aus der Praxis und den Ergebnissen des Projekts "BewohnerInnenRechte konkret" wurde das Spannungsfeld "Selbstbestimmung versus institutionelle Praxis" beleuchtet. Allen Beteiligten wurde bewusst, dass die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts von Bewohnerinnen und Bewohnern einen Prozess/einen Weg darstellt, der täglich aufs Neue hinterfragt, diskutiert und erarbeitet werden muss. Dafür braucht es tragende Säulen: Offenheit, Verlässlichkeit, Vertrauen und Individualität. "Beziehung" kann daraus erwachsen. Diese ist grundlegend im täglichen Ringen um "gute Lösungen".

### **Wie kann "Beziehung" professionell gestaltet werden?**

*"Begegnung auf Augenhöhe" durch die Kongruente Beziehungspflege*

Mit der kongruenten Beziehungspflege begibt man sich gemeinsam auf die Suche nach Ressourcen, Fähigkeiten und Bedürfnissen von Bewohnerinnen und Bewohnern. Das "Sich selbst in Frage stellen" von professionellen Begleiterinnen und Begleitern ist ein wesentlicher Teil, damit eine gleichwertige Begegnung möglich ist. Im Rahmen der Bezugsbetreuung und Zieleplanung werden gemeinsam mit Bewohnerinnen und Bewohnern individuelle Betreuungspläne erstellt.

### **Wie wird Zusammenarbeit gestaltet?**

*Das etwas andere Organisationsbild im Betreuten Wohnen Kabelwerk*

Richtet man das Augenmerk auf die wesentlichen Dimensionen des Empowerments – die Selbstbestimmung und Selbstorganisation – so stößt man am Weg dorthin mit traditionellen Strukturen und Hierarchien im Gesundheitswesen schnell an Grenzen. Im Vordergrund stehen die Bewohnerin bzw. der Bewohner und Fragen zur Teilhabe und Integration in der Wohngemeinschaft, im Grätzl Kabelwerk und auch an gesellschaftlichen Prozessen. Es gilt demnach Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kommunikationsstrukturen abseits der Pflegehierarchie zu klären, um so auch Aspekte des Empowerments in die tägliche Praxis zu integrieren.

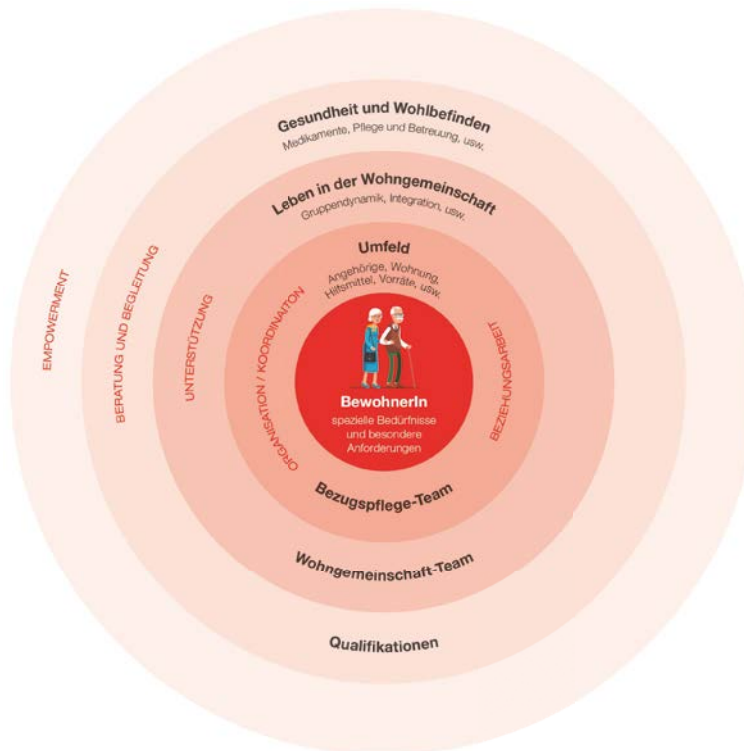


Abbildung: Modell Betreutes-Wohnen Kabelwerk, Marijana Mrnjavac 2015

#### Ein erstes Resümee

Teamarbeit, persönliche Entwicklung, stabile Kommunikationsstrukturen und Vertrauensbeziehungen sind das Ergebnis dieser Arbeit. Spannende und herausfordernde Betreuungsfragen können so – durchaus auch kontroversiell – diskutiert werden, um daraus zu lernen. Fehler, vermeintliche Rückschritte oder auch unkonventionelles Vorgehen sind erwünscht, solange eine transparente Kommunikation darüber stattfindet.

#### Einige Blüten und Früchte dieser Arbeit – Umgang mit Sucht im Betreuten Wohnen Kabelwerk

Das Recht auf Selbstbestimmung und Selbstorganisation darf und kann nicht dort enden, wo es im institutionellen Rahmen schwierig wird – das war die Ausgangslage für das Konzept „Umgang mit Sucht“. Gängige Handhabungen, z.B. in Bezug auf Alkoholkonsum, widersprechen dem Menschenbild im Betreuten Wohnen Kabelwerk. Darüber hinaus führen z.B. Trinkverbote lediglich dazu, dass betroffene Bewohnerinnen bzw. Bewohner ihre Energie darauf richten, kreative Umgehungsmaßnahmen (z.B. das „Einschmuggeln“ von Alkohol) zu entwickeln, anstatt sich mit der Suchtthematik auseinanderzusetzen. Als Einrichtung ist man dann wiederum laufend gefordert, die Konsequenzen dieser Umgehungsmaßnahmen zu sanktionieren – ein Kreislauf, der niemals endet und Probleme nicht löst, sondern ständig neue produziert.

Aus diesem Grund war und ist eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema „Umgang mit Sucht“ notwendig: „Wie wollen/können wir dieser Erkrankung begegnen?“, „Was darf/kann sein und wo müssen wir Grenzen ziehen?“. Folgende Ausgangsbedingungen bildeten die Grundlagen des Konzepts:

- Betroffene Bewohnerinnen und Bewohner, die in eine stationäre Einrichtung ziehen, werden ihr Suchtverhalten nicht nur aufgrund des neuen Lebensabschnitts ändern
- Betroffene Bewohnerinnen und Bewohner haben - trotz Suchterkrankung - das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung
- Regelungen bzw. institutionelle Rahmenbedingungen müssen transparente, ehrliche und handhabbare Lösungen ermöglichen, die den betroffenen Menschen in den Mittelpunkt stellen, nicht dessen Erkrankung

Netzwerke, Expertinnen und Experten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auch Bewohnerinnen und Bewohner wurden zu Rate gezogen, um klären zu können, wie ein kompetenter Umgang mit einer Suchterkrankung aussehen könnte. Die Eckpunkte des Konzepts sind Haltungen und konkrete Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen. Ziel ist, dass der Umgang mit Sucht für alle Beteiligten (die/den Betroffene(n) selbst, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) kontrollierbar bleibt. Den Betroffenen wird es ermöglicht, einen selbstbestimmten, sich selbst vertrauenden und kompetenten Umgang mit der Erkrankung zu finden.

#### 1. Offener Umgang mit der Suchtproblematiken

- » Ansprechen von Beobachtungen
- » Anwendung von Screeninginstrumenten als Basis für ehrliche Kommunikation (z.B. Alcohol Use Disorders Identification Test)
- » Beurteilung des Suchtpotentials im Rahmen eines persönlichen, leitfadengestützten Gesprächs

#### 2. Aufbau einer positiven, tragfähigen Beziehung im Rahmen der kongruenten Beziehungspflege

- » Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse abseits von Negativismen können sichtbar werden
- » Vertrauen und Zutrauen kann wachsen und eine Begegnung auf Augenhöhe wird möglich
- » Bezugsbetreuung als wesentliche Stütze in der Arbeit mit Betroffenen

#### 3. Unterstützende Maßnahmen gemeinsam mit Betroffenen erarbeiten

- » Anregung eines "ehrlichen Umgangs mit sich selbst" durch z.B. Führen eines Konsumtagebuches
- » Auslöser für problematisches Konsumverhalten anhand des Klaviermodells gemeinsam analysieren
- » "Packen eines Notfallkoffers", damit Betroffene rechtzeitig ihre Wahrnehmung auf psychische Vorgänge richten und einen kompetenten Umgang mit der Sucht erleben können
- » Betroffene selbst legen bei „Entgleisungen“ des Suchtverhaltens Konsequenzen fest (z.B. „Kein Alkohol in den nächsten drei Tagen“).

#### 4. Veränderungsprozesse begleiten

- » Im Rahmen der „Motivierenden Gesprächsführung“ erarbeiten die Betroffenen Ziele und Maßnahmen, um eine Änderung des problematischen Konsumverhaltens zu erzielen.
- » Aufgabe im Rahmen der professionellen Begleitung ist hierbei Stärkung der Selbstwirksamkeit und der Aufbau von positiven Zukunftsperspektiven, damit die Betroffenen auch Phasen des Scheiterns gut bewältigen können.

Die Umsetzung des Konzepts beinhaltet intensive Fortbildungen, persönliche Reflexion von Suchterfahrungen auf Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie die Diskussion und Reflexion von Strukturen, die suchtfördernd wirken können (z.B. inadäquate Tagesstruktur).

Die Erfolge des Konzepts liegen nicht in der Anzahl an Menschen, die sich einer Therapie unterziehen. Auch führt dieser Zugang nicht zu Heilung oder Spontanerholung. Ziel dieser Maßnahmen ist vielmehr eine gemeinsame Basis zu schaffen, die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner das Erleben von Vertrauen, positiven Erlebnissen, Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung ermöglicht. Mit diesem Zugang zählt es als Erfolgsgeschichte, wenn eine Betroffene oder ein Betroffener den Kontakt zu einer Betreuerin oder einem Betreuer sucht, wenn sie/er knapp davorsteht, übermäßig viel Alkohol zu trinken. Oder aber auch, wenn sich eine Bewohnerin oder ein Bewohner Gedanken darüber macht, dass zum Beispiel ein Haustier eine wirksame Maßnahme wäre, um der Alkoholerkrankung zu begegnen.

Natürlich sind auch Rückschläge, Erfahrungen zu scheitern oder Betroffene, die sich nicht auf das Angebot einlassen können oder wollen, Teil der Erfahrungen im Betreuten Wohnen Kabelwerk. Wichtig in diesem Zusammenhang ist eine kräftigende und funktionierende Teamarbeit, die auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Rückhalt, Reflexion und Stärkung anbietet. Rückschläge, z.B. in Form von exzessiven Rauschzuständen von Betroffenen und den bekannten negativen gesundheitlichen Konsequenzen, werden auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst als „Schiffbruch“ in der Begleitung erlebt. Fortbildungen, Fallarbeit und -supervision sind zudem wesentliche Bausteine, um konkretes Handwerkszeug zu erlernen und – wie auch die Betroffenen selbst – trotz negativer Erfahrungen handlungsfähig und zuversichtlich zu bleiben.

Die Äußerungen „nichts mehr trinken“, „Therapie“ und „Entzug“ stehen im Betreuten Wohnen Kabelwerk nicht an erster Stelle. Vielmehr ist es ein ehrlicher und offener Umgang der Betroffenen und auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, der viel Freiraum im Umgang mit Sucht ermöglicht. Abseits von Regeln, Verboten und Ratschlägen kann so ein Klima des Vertrauens wachsen, das trotz aller Dramatik, die eine Suchterkrankung mit sich bringen kann, viele positive und stärkende Entwicklungen ermöglicht.

#### **Hunger auf Kunst & Kultur**

<http://www.hungeraufkunstundkultur.at/wien.html>

Als Einrichtung für Menschen mit Betreuungsbedarf hat man sich immer auch die Frage zu stellen, wie und wodurch „Normalität“ gelebt werden kann. Doch was ist „Normalität“ eigentlich? Was kann darunter verstanden werden? Unterliegt das nicht vielmehr einer ganz individuellen Bewertung, die weder in Regeln und Abläufe noch in ein Einrichtungskonzept zu pressen ist? Es stellt sich auch die Frage, ob ein künstlich geschaffenes Konstrukt mit qualitätssichernden Auflagen und einem gesellschaftlichen Auftrag - wie es eine Einrichtung ist - überhaupt „Normalität“ anbieten kann?

Im Betreuten Wohnen Kabelwerk hat man sich dem „Normalitätsbegriff“ auf andere Art und Weise genähert: Normalität meint die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Aufgabe einer Einrichtung ist es demnach nicht Normalität zu kreieren, sondern Normalität und somit Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.



Zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehört zum Beispiel auch der Genuss von Kultur und Veranstaltungen, sowie Theater- oder Museumsbesuche. Oftmals sind es jedoch finanzielle Hindernisse, die Bewohnerinnen und Bewohnern im Weg stehen. Doch auch Menschen mit finanziellen Engpässen haben ein Recht auf Kunst & Kultur – im Sinne des Zugangs zum Empowerment ist es somit Aufgabe des Betreuten Wohnens, Hindernisse zu beseitigen, die dieser Teilhabe im Weg stehen. Mit der Aktion „Hunger auf Kunst & Kultur“ ist dies möglich.

Die vom Schauspielhaus in Kooperation mit der Armutskonferenz initiierte Aktion „Hunger auf Kunst & Kultur“ versteht sich als ein Projekt, das die Bedeutsamkeit und Zugänglichkeit von Kunst und Kultur für alle Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Mit dem Kulturpass erhalten sozial benachteiligte Menschen freien Eintritt in zahlreiche kulturelle Events. Einrichtungen – so auch das Betreute Wohnen Kabelwerk – können Partner der Aktion „Hunger auf Kunst und Kultur“ werden und geben sodann Kulturpässe an berechnigte Bewohnerinnen und Bewohner aus.

Zielgruppe dieser Aktion sind alle Menschen, die gerne am kulturellen Leben teilnehmen möchten, es sich aber nicht leisten können: Menschen, die unter der Armutgefährdungsgrenze leben, die die Bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS) oder Mindestpension beziehen, Menschen mit Notstandshilfe oder in der Grundversorgung.

Darüber hinaus hat dieses Projekt noch zahlreiche weitere Services initiiert, die eventuelle Hemmschwellen oder Hindernisse abbauen. So gibt es die Möglichkeit am „Kulturbuddy-Projekt“ teilzunehmen. Hand in Hand wird dadurch ein leichter Zugang zu Kulturveranstaltungen arrangiert – sogenannte „Kulturbuddies“ überbrücken Hürden oder Ängste, die vor allem sozial benachteiligte Menschen betreffen. Mit dem Kulturprogrammheft „Der Wurlitzer“ wird auch sprachlichen Barrieren entgegengewirkt. Beschreibungen von Theater-Aufführungen, Konzerten und Ausstellungen, Anleitung zur Kartenreservierung sowie Informationen zu Preisen und Öffnungszeiten werden entsprechend den Richtlinien von "Leichter Lesen" verfasst. Ein besonderes Augenmerk wird hierbei auf einen verständlichen Inhalt, einen klaren Aufbau sowie eine größere Schrift gelegt.

Durch dieses Projekt ist Bewohnerinnen und Bewohnern die Teilhabe am kulturellen Leben möglich. Die Aufgabe des Betreuten Wohnens Kabelwerk besteht darin, die Möglichkeiten des Projekts zu kommunizieren und Wege zu finden, die zur Teilnahme ermutigen.

Zum Beispiel:

- Einzelne Bewohnerinnen bzw. Bewohnerinnen die als Multiplikatoren fungieren
- Gemeinsame Aktionen regen zum Mitmachen an
- Wetterbedingungen und Tageszeit mit einbeziehen

Der schönste Erfolg in diesem Zusammenhang ist, wenn Bewohnerinnen und Bewohner – ohne Wissen und Zutun von Betreuerinnen und Betreuern – ihr Heft in die Hand nehmen und Kulturveranstaltungen autonom und ganz selbstverständlich organisieren und besuchen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt Bewohnerinnen und Bewohner zu stärken ihre Selbstbestimmung wahrzunehmen um so ihr Leben aktiv und selbstbewusst in die Hand zu nehmen. Ressourcen, Fähigkeiten und Bedürfnisse werden so handlungsleitend eingesetzt um einander so gleichwertig zu begegnen.

Die Wiener Heimkommission befürwortet mit dem Thema Sucht in Pflegeeinrichtungen offen umzugehen und aktiv Beobachtungen anzusprechen. Screening Instrumente und die Beurteilung des Suchtpotentials bilden die Basis dafür gemeinsam mit den Betroffenen unterstützende Maßnahmen zu erarbeiten um in weiterer Folge den Veränderungsprozess erfolgreich begleiten zu können.

Im Betreuten Wohnen Kabelwerk gehört die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zur gelebten Alltagsnormalität. Auch Menschen mit finanziellen Engpässen haben ein Recht auf Kunst & Kultur. Die Wiener Heimkommission unterstützt die Initiative im Sinne des Empowerments auf allen Ebenen unter anderem mit der Aktion „Hunger auf Kunst und Kultur“.

#### 3.32 Das TOPIC-Projekt im Rahmen von Ambient Assisted Living Joint Programmen

TOPIC (The Online Platform for Informal Caregivers) ist ein europäisches Forschungsprojekt im Rahmen des Ambient Assisted Living Joint Programme, das von einem Konsortium bestehend aus 9 Partnern aus dem akademischen und unternehmerischen Bereich in Österreich, Frankreich und Deutschland durchgeführt wird.

##### **Ein wichtiges TOPIC: Welche Unterstützung brauchen pflegende Angehörige?**

80% der Pflegearbeit wird in der EU von pflegenden Angehörigen übernommen. Diese schwere körperliche und emotional belastende Arbeit führt zu einem erhöhten Risiko der physischen und psychischen Morbidität sowie Mortalität im Vergleich zu Nicht-Pflegenden. Sie werden daher als die „versteckten Patientinnen bzw. Patienten“ unserer Gesellschaft bezeichnet. Neben dieser Belastung werden pflegende Angehörige darüber hinaus von der Pflegearbeit bzw. den zu Pflegenden größtenteils eingenommen, sodass sie kaum bis keine Zeit haben, um Informationen zu relevanten Fragestellungen zu recherchieren, diese zu beurteilen und bei Bedarf in die tägliche Pflegearbeit zu integrieren. Soziale Interaktionen oder Zeit für sich selbst, um Hobbies oder eigenen Interessen nachzugehen, bleiben ebenso auf der Strecke.

Die Ebene der Belastung wird noch erhöht, wenn pflegende Angehörige berufstätig sind. Die neben einer Erwerbstätigkeit zur Verfügung stehende freie Zeit wird durch die Pflegearbeit überwiegend bis vollständig in Anspruch genommen. Aber auch ältere pflegende Angehörige müssen sich weiteren Herausforderungen stellen: Bestimmte (Pflege-)Aufgaben können sie oftmals aufgrund ihres eigenen gesundheitlichen Zustandes nicht mehr bewältigen.

Durch die Angebote des internationalen AAL Projekt TOPIC wurde der Stress pflegender Angehöriger reduziert als auch deren Unabhängigkeit und Effizienz im täglichen

(Pflege-)Alltag erhöht. Dabei wurde auf das Konzept des „Social Support“ fokussiert, welches als multidimensionales Phänomen definiert wird, das durch mehrere verschiedene Prozesse, wie der Bereitstellung von Information und Beratung, Hilfe bei der Pflege oder Vermittlung von Anteilnahme und Mitgefühl zum Ausdruck kommt. In der Literatur werden dazu verschiedene Dimensionen diskutiert: Medical Outcome Study (MOS) definiert Social Support in folgenden drei Dimensionen: informatorisch, emotional und haptisch. Informatorische Unterstützung bedeutet im Sinne des Social Supports das Angebot von (benötigter) Information, Beratung, Anleitung und/oder Feedback. Unterstützung auf emotionaler Ebene ist verbunden mit Sympathie, Empathie und Freundschaft: Es gilt der Betroffenen bzw. dem Betroffenen gegenüber positive Emotionen auszudrücken, ein empathisches Verständnis entgegenzubringen und die Person zum Ausdruck von Gefühlen zu ermutigen. Die haptische Dimension des Social Supports ist gekennzeichnet durch die Bereitstellung von materieller und persönlicher Unterstützung. Das bedeutet, dass verschiedenste Waren als auch Formen von Dienstleistungen untereinander getauscht, gekauft und verkauft werden.

Social Support, der durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) unterstützt wird, wird als „Online Social Support“ bezeichnet und hat im Bereich der familiären Pflege großes Potential: Es wird im Bezug auf pflegende Angehörige mit einer signifikanten Reduktion von Belastungen, einer sinkenden Inanspruchnahme von Ressourcen des Gesundheitswesens und einer verbesserten Lebensqualität in Verbindung gebracht. Darüber hinaus kann ein signifikanter Rückgang beim Gefühl der Einsamkeit verzeichnet werden.

Die im Rahmen von TOPIC entwickelte Plattform „TOPIC CarePortfolio“ bietet eine Sammlung an Services für pflegende Angehörige, welche jederzeit online über das Internet via PC, Laptop, Tablet und Smartphone zugänglich sind. Dabei sind die drei Dimensionen des Social Supports wie folgt unterstützt:

- Informatorischer Support: Multimediale Gesundheitsinformationen als Teil der europäischen Wissensdatenbank (ENP), Pflegeanleitungen als Text und Videos, individuelle Fragen an professionelle Pflegende, Fachbegriffe aus dem Pflegealltag, weitere Hilfen für Pflegende, Erfahrungen von Peers durch Austausch in Gruppen und Foren
- Emotionaler Support: Audio- und Videokommunikation, Chat-Freundesliste mit On-/Offline-Status, online Selbsthilfegruppen, Austausch in Gruppen und Foren, Organisation und Teilnahme an Veranstaltungen
- Haptischer Support: Marktplatz zum Tausch von Waren bzw. Dienstleistungen, Zugang zu Tracking- und Sturzerkennungssystemen, Video und Alarmsysteme

Nach einer ausführlichen Anforderungsanalyse wurde die TOPIC Plattform im Rahmen des Projektes in enger Zusammenarbeit mit den Nutzerinnen bzw. Nutzern schrittweise entwickelt. Der Fokus war von Anfang an, die Nutzerinnen bzw. Nutzer in ihrem Lebenskontext zu verstehen und sie in allen pflegerelevanten Phasen mit IKT zu unterstützen. Alles, was als Technik entwickelt wurde, wurde dann von Nutzerinnen bzw. Nutzern evaluiert und ihr Feedback wurde in weiterer Folge in der Entwicklung des Systems mitberücksichtigt. Hierbei ging es sowohl um funktionelle (Was soll das System machen?) als auch um nicht-funktionelle (Wie wird es sich verhalten? Wie wird es aussehen?) Anforderungen an die Plattform. Die entstandenen Mock-Ups und Prototypen wurden detailliert, angepasst und ergänzt, bevor sie für ein Jahr in den Haushalten der pflegenden Angehörigen eingesetzt wurden.

Dabei wurden die Nutzerinnen und Nutzer gebeten, ein Medientagebuch darüber zu führen, welche Daten und Situationen sie den Forscherinnen und Forschern zeigen bzw. mit diesen diskutieren möchten. Neben den teilnehmenden Beobachtungen in den Haushalten der Angehörigen wurden die Diskussionen in Form von Fokusgruppen geführt. Die Langzeitstudie (in allen drei Partnerländern) lieferte sehr interessante Ergebnisse, die hier kurz zusammengefasst werden:

- Pflegende Angehörige sind in vielen Faktoren divers: Erwerbstätigkeit, finanzielle Situation, soziales Umfeld, gesundheitlicher Zustand, Beziehung zum pflegebedürftigen Angehörigen. Von den Ausprägungen dieser Eigenschaften hängt viel ab, das Ausmaß der psychischen und physischen Belastung, die Möglichkeit sich Auszeiten zu nehmen und wirklich abschalten zu können, nach Hilfe zu fragen und diese anzunehmen.
- Was jedoch der Großteil der pflegenden Angehörigen gemeinsam hat, ist das Gefühl, dass sie keine gesellschaftliche Gruppe sind – jeder glaubt, dass er alleine ist. Pflegende Angehörige gehen daher selten in die Öffentlichkeit, weil die Wertschätzung ihrer Tätigkeit in der Gesellschaft nicht gegeben ist. Die Pflegearbeit im Kreise der Familie wird als eine Selbstverständlichkeit angesehen, über die aber nicht gesprochen wird. Pflegende Angehörige führen in Österreich momentan ein „Schattendasein“.
- Aktuell gibt es kaum Technologien, die explizit die Tätigkeit von pflegenden Angehörigen unterstützen. Jedoch ist der Bedarf dafür groß. Gerade die Kommunikation als Grundbedürfnis des Menschen kann durch den Einsatz von IKT erleichtert werden: der Wegfall der Hürde des „Außer-Haus-gehens“, die Möglichkeit der Anonymität und die zeitliche Flexibilität der Kommunikationspartner.
- Autonomie pflegender Angehöriger ist nur eingeschränkt gegeben. Sie sind in vieler Hinsicht von den Pflegenden abhängig – insbesondere in ihren Handlungsräumen, Entscheidungen sowie aus finanzieller und emotionaler Sicht. IKT können ihnen in der Erstellung und Gewährleistung ihrer Teilautonomie helfen, wenn in der Funktionalität die Bedürfnisse und Lebenssituation pflegender Angehöriger berücksichtigt werden. Nur angemessene Technologien können eine Hilfe sein, und diese auch nur dann, wenn sie auf richtige professionelle Unterstützung im Hintergrund zugreifen können.
- Nutzungszentrierte Ansätze im Design von Technologien berücksichtigen Kenntnisse und Fähigkeiten der Nutzerinnen bzw. Nutzern. Je älter die Nutzerinnen oder Nutzer sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese schlecht sehen, schlecht hören bzw. wenig Erfahrung mit IKT, aber dafür Ressentiment gegenüber deren Nutzung haben. Systeme, die für ältere Nutzerinnen und Nutzer entwickelt werden, müssen ihren Zugang und ihre Kenntnisse berücksichtigen.
- Die Pflegearbeit durch Angehörige dauert im Durchschnitt zwei Jahre, wie die Untersuchung im Projekt ebenfalls bestätigte. In dieser Zeit ändern sich die Anforderungen pflegender Angehöriger. Am Anfang ist es wichtig, sich über die Möglichkeiten finanzieller Unterstützungen zu informieren. Aber später wird die emotionale Unterstützung wichtiger, weil das Ausmaß der sozialen Isolation immer größer und teilweise unerträglich wird.
- Mobilität pflegender Angehöriger hängt sehr stark von der Mobilität des Gepflegten ab. IKT sollen mit entsprechenden Technologien eine gewisse Flexibilität zur Ermöglichung der Mobilität pflegender Angehöriger anbieten, wie z. B. mittels Sensorentechiken oder Videokameras, die mit Videokommunikation auf mobilen Geräten integriert sind.
- In einem gemeinsamen Haushalt Wohnen hat eine wichtige Auswirkung auf das



Sicherheitsgefühl pflegender Angehöriger im Bezug auf Pflege. Jene, die nicht im selben Haushalt leben, sind ständig unsicher und dadurch um einiges mehr emotional belastet als jene, die im selben Haushalt mit den Gepflegten leben. Neben der erhöhten sozialen Isolation, der verringerten Präventivpflege, der erhöhten Einschränkung der Aktivitäten und dem geringeren Beziehungsverhältnis hat das getrennte Wohnen eine Auswirkung auf die Art und Konfiguration der unterstützenden IKT.

- Das soziale Umfeld pflegender Angehöriger wird durch die Pflegesituation kleiner bzw. beschränkt sich nur mehr auf Pflegekontext, das bedeutet, nur auf die Heimhilfe, das Pflegepersonal oder die Physiotherapeutin oder den Physiotherapeuten, die bzw. der nach Hause kommen. Andere Familienangehörige, Freundinnen oder Freunde, Nachbarinnen oder Nachbarn, frühere Arbeitskolleginnen oder -kollegen sind selten vor Ort anwesend. Wenn andere Familienangehörige existieren, sind sie meistens auch eine große Hilfe in der Pflegearbeit. Das Schrumpfen des sozialen Umfeldes hat totale Isolation pflegender Angehöriger zur Folge, die in dem Projekt leider bei einigen Nutzerinnen bzw. Nutzern beobachtet werden konnte.
- Die Mehrheit der gegenwärtigen Generation pflegender Angehöriger, die über 60 Jahre alt sind, ist nicht technisch affin bzw. braucht bestimmte, einfach zu bedienende, verständliche Systeme als Unterstützung. Allerdings sinkt tendenziell das Alter pflegender Angehöriger und steigt damit auch ihre technische Affinität. Die eingesetzten IKT sollen diese Änderung in zukünftigen Systemen und Applikationen berücksichtigen. Ganz wichtig ist dabei der Zugang zum Internet für alle, da sonst eine Vernetzung mit anderen nicht möglich und damit die Grundlage aller unterstützenden Technologien nicht gegeben ist.
- Es ist sehr wesentlich, dass alle Systeme, die zur Unterstützung pflegender Angehöriger entwickelt und eingesetzt werden, konfigurierbar, personalisierbar und wartbar sind. Neben den einfachen Benutzerschnittstellen soll es möglich sein, die Privatsphäre der Nutzerinnen und Nutzern zu schützen. Datenschutz und -sicherheit muss in allen Bereichen gewährleistet sein. Vor allem sollen die Nutzerinnen und Nutzer Bescheid wissen, worauf sie sich einlassen und dann aktiv ihre Einwilligung zur Nutzung dieser Plattformen bzw. Systemen kundtun. Es ist die Aufgabe der Technikanbieter, diese Zielgruppe gut zu informieren.

Eine sinnvolle und nutzerinnen- bzw. nutzerfreundliche Unterstützung für pflegende Angehörige ist nicht teuer, aber auch nicht kostenlos. Neben Anschaffungskosten mobiler Geräte, wie Smartphone oder Tablet gibt es Betriebskosten, die für die Internetverbindung und Wartung notwendig sind. Die Qualität und Aktualität der Gesundheits- und Pflegeinformationen, die pflegenden Angehörigen angeboten werden, müssen nachhaltig gewährleistet werden. Datensicherheit und Robustheit des zugrunde liegenden Systems sind weitere wichtige Faktoren. Einige Arbeitgeber, die ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Zukunft insbesondere in einer Rolle pflegender Angehöriger vorbereiten möchten, sind interessiert, diese Kosten zu übernehmen. Die Betroffenen selbst sind auch bereit, Teilkosten solcher Systeme zu übernehmen. Durch ein ganzheitliches Finanzierungsmodell kann es gelingen, dauerhaft eine auf neueste Technologien basierte Unterstützung für pflegende Angehörige anzubieten und sie auch dabei zu begleiten. Ethische Aspekte dürfen aber nicht zu kurz kommen, welche durch eine kritische Auseinandersetzung mit den heute alltäglichen und als selbstverständlich angesehenen Kommunikationstechnologien immer überprüft und ggf. korrigiert werden sollten.



Die Wiener Heimkommission begrüßt das Bestreben, eine Plattform anzubieten, die die Kooperation zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräften durch eine verbesserte, integrierte, mobile und multimodale Kommunikation einfacher und zugänglicher macht. Dabei ist jedoch darauf zu achten, ob das Angebot für die Betroffenen und deren Angehörigen eine Hilfestellung darstellt und dass Unterstützung hinsichtlich der Finanzierung ermöglicht wird.

#### 3.33 Das Rikscha-Projekt

Eine Brise Fahrtwind in den Haaren der Bewohnerinnen und Bewohner – ein Trend aus Dänemark erreichte im Frühjahr 2016 erstmals auch Wien: Rikscha-Fahrten für Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegewohnhauses Casa Kagan.

Casa Leben im Alter hat im Frühjahr 2016 im Pflegewohnhaus Kagan einen innovativen Trend nach Österreich gebracht. Auf Fahrrad- Rikschas können seither Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegewohnhauses kostenlos als Passagiere mit freiwilligen Pilotinnen bzw. Piloten die Gegend erkunden.

Es stehen zwei eigens dafür angefertigte Rikschas zur Verfügung, eine für Bewohnerinnen und Bewohner, die auf die Benützung eines Rollstuhl angewiesen sind und eine weitere für mobile Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Rikschas sind dank zuschaltbarem Elektromotor auch für weniger sportlich ambitionierte Rikscha-Fahrerinnen und Rikscha-Fahrer nach einer kurzen Einweisung und Übungsfahrt leicht zu bedienen.

##### **Organisation und Einführung der Rikscha in der Casa Kagan**

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Bewohnerinnen und Bewohner als auch Freiwillige wurden von Beginn an in die Planung und Entwicklung des Projekts miteinbezogen. Die ersten Fahrten wurden von Zivildienern übernommen, um den Bewohnerinnen und Bewohnern die Scheu zu nehmen und mit ihnen vertrauten Fahrerinnen oder Fahrern das nötige Sicherheitsgefühl für das neue Gefährt zu entwickeln.

In einer später veranstalteten Pressekonferenz zu dem Projekt, konnten viele weitere freiwillige Fahrerinnen bzw. Fahrer generiert werden, die nach einer entsprechenden Einschulung die Bewohnerinnen und Bewohner auf den Rikschas begleiteten. In der Einschulung erhalten die Pilotinnen bzw. Piloten alle wichtigen Informationen zum richtigen Umgang mit der Rikscha, sowie alle notwendigen Verhaltensregeln und rechtlichen Aspekte.

Das Pflegepersonal der Casa Kagan unterstützt die freiwilligen Pilotinnen bzw. Piloten beim Abholen, Ein- und Aussteigen sowie beim Zurückbringen der Bewohnerinnen oder Bewohner. Inspirierende Geschichten und ein reger Austausch zwischen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und freiwilligen Fahrerinnen bzw. Fahrern waren, neben der innovativen, sportlichen Abwechslung für alle Beteiligten, eine besondere Bereicherung und schlugen so eine Brücke zwischen den Generationen.

Das Projekt rief intern und extern große Begeisterung hervor und so war es möglich im letzten Jahr rund 1000 km bei über 70 Ausflügen mit den Rikschas zurückzulegen.

### **Herausforderung**

Die Auswahl und nicht zuletzt die seniorentaugliche Adaptierung der Fahrzeuge, war eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Umsetzung des Projektes. Die Rikschas mussten zuerst auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen bzw. Bewohner umgebaut werden, sodass die nötige Sicherheit geboten werden konnte und sie sich für alle, mobile oder rollstuhlbedürftige Bewohnerinnen bzw. Bewohner, eignen.

Die laufende Einbindung der Bewohnerinnen bzw. Bewohner und deren Motivation durch anfängliche, kurze Probefahrten in der Gruppe und mit ihnen vertrauten Pilotinnen bzw. Piloten aus den Betreuungsteams, waren grundlegend für die Interessens- und Vertrauensschaffung der Bewohnerinnen bzw. Bewohner.

In weiterer Folge war ein internes, optimales Freiwilligenmanagement gefragt, um die Ausflugszeiten mit externen Pilotinnen bzw. Piloten zu koordinieren, welches mit einem geeigneten Kalendersystem organisiert wurde.

Vor allem kurzfristige Änderungen in Bezug auf die Tagesverfassung der interessierten Bewohnerinnen bzw. Bewohner, erforderten stetige Flexibilität in der Planung.

Die Verbindung zwischen den Generationen wurde durch den Einsatz freiwilliger Pilotinnen bzw. Piloten hergestellt. Durch die Bewegung an der frischen Luft und die vielen, interessanten Gespräche mit freiwilligen Pilotinnen bzw. Piloten, gewannen die Bewohnerinnen bzw. Bewohner Abwechslung in ihrem Alltag. Durch die Rundfahrten im ehemaligen Wohnviertel konnten schöne Erinnerungen erweckt werden.

Die Wiener Heimkommission begrüßt Angebote in den Langzeitpflegeeinrichtungen, welche Lebensqualität und Wohlbefinden der Bewohnerinnen bzw. Bewohner durch die Zurückgewinnung verlorengegangener Mobilität steigern.

#### 3.34 (Menschen)-Rechtsschutz in den Wohn- und Pflegeheimen

Der Staat als Garant der Menschenrechte älterer und hochbetagter Personen hat die Verpflichtung, deren Menschenrechte zu achten, zu schützen und zu gewährleisten (the duty to respect, protect and fulfill) sowie Strukturen für die Verwirklichung dieser einzurichten. Dazu gehört auch ein wirksamer gerichtlicher und außergerichtlicher Rechtsschutz. Der Menschenrechtsansatz verlangt, dass Personen auch in verletzlichen Lebenslagen nicht diskriminiert, sondern bis zum Tod Bedingungen zur Führung eines - nach deren Vorstellungen - selbstbestimmten Lebens vorfinden. Eine Politik, welche Menschenrechte zur Messlatte guter Pflege macht, kann deshalb auch die Menschenrechte der Pflegenden, etwa deren Recht auf gerechte, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen mit Möglichkeit zur Supervision, nicht ausblenden. Gem. Art 15 Abs. 1 B-VG obliegt es den „für die Errichtung, Erhaltung und Betrieb von Pflegeeinrichtungen“ zuständigen Ländern, in den von ihnen geschaffenen Gesetzen sicherzustellen, dass Menschenrechte von Betreuungsbedürftigen geachtet und sie gegen mögliche Bedrohungen und Verletzungen durch Dritte geschützt werden. Die Länder müssen zudem Rahmenbedingungen schaffen, die es Betreuungsbedürftigen ermöglichen, ihre Rechte tatsächlich wirksam in Anspruch zu nehmen.

Das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WWPG), LGBl 15/2005 idGF, nimmt in § 3 leg. cit. auf einige menschenrechtliche Garantien in den Zielsetzungen Bezug und normiert in § 4 Abs.2 leg. cit einen Katalog an Rechten der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, zu deren Einhaltung die Heimträger „*unter Berücksichtigung pflegerischer und medizinischer Notwendigkeiten*“ durch „*geeignete Maßnahmen und Angebote*“ verpflichtet werden. Gleichzeitig bilden das Gesetz und die dazu erlassene Durchführungsverordnung den Rahmen für zu beachtende Infrastrukturkriterien und Prozessqualitäten. Die - nach § 28 leg. cit wahrzunehmende behördliche - Aufsicht muss zwar auf Beschwerden reagieren, hat aber nicht die Einhaltung von Menschenrechten bzw. die Kontrolle der Verwirklichung der im WWPG verankerten Rechte von Bewohnerinnen und Bewohnern im Fokus. Die behördliche Aufsicht konzentriert sich laut gesetzlichem Auftrag nämlich primär darauf, „*dass die Heime nach Führung und Ausstattung den gesundheitlichen, organisatorischen, personellen, technischen und sicherheitstechnischen Erfordernissen einer fachgerechten pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Betreuung*“ entsprechen. Ein ausdrückliches verfassungsrechtliches Mandat zum „Schutz und der Förderung der Menschenrechte“ als Nationaler Präventionsmechanismus nach OPCAT kommt der Volksanwaltschaft und den von ihr eingesetzten Kommissionen zu. Diese wurden im Lichte des Art. 16 Abs. 3 UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) vom Verfassungsgesetzgeber ergänzend auch dazu ermächtigt, Menschen mit Behinderung präventiv vor Gewalt, Missbrauch und Ausbeutung zu schützen und die innerstaatliche Umsetzung der Konventionsrechte u.a. auch in Wohn- und Pflegeheimen voranzutreiben. Spezifischere Aufgaben – insbesondere im Bereich des individuellen gerichtlichen Rechtsschutzes - kommt der Bewohnervertretung im Rahmen des HeimAufG zum Schutz der persönlichen Freiheit zu. Der zur Unterstützung des Magistrates gem. § 29 WWPG eingerichteten Wiener Heimkommission obliegt es u.a. ausdrücklich, „*bei allen wichtigen, die Rechte und Interessen der Bewohner betreffenden Angelegenheiten, Vorschläge zur Förderung der Rechte und Interessen der Bewohner zu erstatten*“.

Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte im WWPG vorrangig der Definitionsmacht der jeweiligen Heimträger zu überlassen, greift gerade vor dem Hintergrund völkerrechtlicher Verpflichtungen aus menschenrechtlicher Perspektive zu kurz,

weil die staatliche Verantwortung für menschenrechtskonformes Agieren nicht an Private delegierbar ist. Ob jemand in stationären Einrichtungen als Ergebnis des Zusammenwirkens von Rahmenbedingungen, ärztlicher und pflegerischer Versorgung bzw. psychosozialer Betreuung ausreichend unterstützt und gefördert wird, ob und wie man struktureller Gewalt begegnet, hängt nicht zuletzt davon ab, ob bereits bei der Normierung von Bewohnerinnen- und Bewohnerrechten in Pflegeeinrichtungen ein menschenrechtlicher Ansatz verfolgt wird.

### **Menschenwürde – Autonomie – Selbstbestimmung**

Zum menschlichen Leben gehören die Hilflosigkeit am Lebensanfang sowie die Schwäche am Lebensende ebenso wie unterschiedliche Formen von Krankheit und Behinderung im Laufe des Daseins. Die im WWPG festgeschriebenen Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte sind nur auf den ersten Blick verheißungsvoll. Sie helfen jedoch wenig, das bestehende Machtgefälle zwischen Heimträgern und Konsumentinnen bzw. Konsumenten zu regulieren.

Gerade in der Pflege zentrale Bedeutung hat die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, mit ihrem Postulat *„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen“*. Es handelt sich bei der auch in Art 3 EMRK normativ geregelten Menschenwürde um eine „angeborene“ Würde, die an keinerlei weitere Bedingungen geknüpft ist. Man braucht sie nicht erst zu erringen, man muss sie sich in keiner Lebensphase verdienen und kann sie selbst im Sterben nicht verlieren. Jedem menschlichen Leben – unabhängig von Krankheiten, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen und unabhängig von Eigenschaften, Fähigkeiten und Qualitäten, im Positiven wie im Negativen, kommt Würde, Autonomie und Selbstbestimmung per definitionem zu. Insofern befindet sich Menschenwürde immer in der Spannung zwischen Indikativ und Imperativ, zwischen der Feststellung, dass sie menschlichem Tun vorausgeht und sich menschlicher Verfügung entzieht, sowie dem *Auftrag an Dritte*, diese zu respektieren und zu schützen.

Missverständlich ist daher das - in § 4 Abs. 2 Z. 10 WWPG enthaltene- *„Recht auf höflichen Umgang, Anerkennung der Würde und der Persönlichkeit“*. Stärker begrifflich zu differenzieren wäre hier zwischen der Menschenwürde, die ohne spezifische Akte der Anerkennung allen Menschen gegeben ist, und dem daraus resultierenden Achtungsanspruch. Nicht das Angewiesensein auf fremde Hilfe und Unterstützung in Pflegeeinrichtungen entwürdigt Menschen- mögen es diese auch schambesetzt teils sogar selber so empfinden. Verletzt wird die Menschenwürde aber dadurch, dass Rahmenbedingungen keine Hilfe zur Selbsthilfe gewährleisten und ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Handeln losgelöst von den Wünschen und Bedürfnissen derjenigen ausgeübt werden, denen die Pflege und Betreuung gilt.

Verletzungen der Menschenwürde entstehen gerade aus der Situation heraus, anderen ausgeliefert zu sein oder nur mehr zwischen nicht-akzeptablen Handlungsoptionen wählen zu können. Die Achtung der Autonomie beginnt mit der Anerkennung des legitimen Rechts einer jeden Person, ohne Zwang - auf Basis verständlich erteilter Informationen - eine freie Wahl zu treffen. Wem am Wohl anderer liegt, der muss deren Willen beachten. Wer die Autonomie Anderer achten will, dem kann auch deren Wohl nicht gleichgültig sein. Sind Autonomie und Entscheidungsfreiheit einer Person eingeschränkt, ist deshalb auch in Einrichtungen dafür zu sorgen, dass dennoch in ihrem Sinne gehandelt wird und psychologisches wie auch seelisches Wohlbefinden

im Sinne von Lebensqualität erhalten bleibt. Auch Menschen mit fortgeschrittener Demenzerkrankung sind fühlende Individuen und in der Lage, sich zumindest nonverbal zu verständigen, wenn man alle Möglichkeiten des Kontaktes und des Austausches ausschöpft und den Fokus darauf richtet, was ihnen trotz allem immer noch möglich und wichtig ist. Mit dieser Perspektive sind auch hochgradige Hilfsbedürftigkeit und Autonomie nicht als einander nachgeordnete oder sich gar gegenseitig ausschließende, sondern als einander bedingende Konzepte begreiflich.

Der in § 4 Abs. 2 WWPG definierte Rechtekatalog ist defizitär, weil er primär Abwehrrechte formuliert, während Bezugnahmen auf konkreten Schutz, Unterstützungsbedarfe und Hilfestellungen fast gänzlich fehlen. Haben vulnerablere und kognitiv- und kommunikationsbeeinträchtigte Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in Wien ein Recht auf geriatrisch und gerontopsychiatrisch qualifizierte multiprofessionelle Versorgung, die sie z.B. vor unangemessener Polypharmakotherapie bewahrt? Wie stellt sich der Gesetzgeber vor, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner oder deren Vertreterinnen und Vertreter explizit auf das in § 4 Abs. 2 Z.1 WWPG verbrieftete *„Recht auf fachgerechte und an aktuellen Standards ausgerichtete Betreuung und Pflege“* beziehen/berufen? Abgesehen davon, dass psychosoziale Aspekte des Pflegeverhältnisses in solchen Standards nur zum Teil abgebildet werden, besteht de facto auch im Kreis derer, die derartige Leistungen finanzieren, erbringen und kontrollieren, kein durchgehendes Einvernehmen, wie man Ergebnisqualitäten in der Pflege misst. Es gibt das Recht auf höchstmögliche Gesundheit als Menschenrecht. Was bedeutet und wem nützt aber das *„Recht auf funktionserhaltende, funktionsfördernde und reintegrierende Maßnahmen entweder durch zur Verfügung stellen oder durch Vermittlung von Therapeuten“*? Welchen Schutz vermittelt ein im WWPG verankertes *„Recht auf Tragen privater Kleidung, sofern die Erbringung von Pflegeleistungen dem Tragen privater Kleidung nicht entgegensteht“*?

Pflege ist ganz wesentlich ein Beziehungskonstrukt, welches auf Vertrauen und Verantwortung beruht. Personelle Kontinuität wäre ein elementarer Bestandteil von Pflegequalität. Einen Rechtsanspruch auf Bezugspflege vermittelt das WWPG allerdings nicht. Auch ein expliziter Rechtsanspruch auf gendersensible Pflege wäre nicht nur im Lichte der Gewaltprävention geboten, sondern vom Bedeutungsgehalt konkreter und differenzierter als das - derzeit im WWPG enthaltene - *„Recht auf Berücksichtigung der speziellen Anforderungen älterer Frauen und älterer Männer“*. Das in § 4 Abs. 2 WWPG explizit eingeräumte *„Recht auf Sterben in Würde“* vermittelt wohl noch keinen Anspruch auf einen Vorsorgedialog und Palliativ Care.

#### **Nichtbeachtung der UN-Behindertenrechtskonvention**

Sowohl von den Trägern im Alten- und Pflegeheimbereich als auch von den politischen Akteurinnen bzw. Akteuren wird die Relevanz der UN-Behindertenkonvention (UN-BRK) für demenzerkrankte Personen bislang nicht wahrgenommen, obwohl zunehmend mehr Heimaufnahmen wegen Demenzerkrankungen stattfinden und die Gruppe der Hochaltrigen (85+) auch in den nächsten Jahrzehnten die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe sein wird. Zwar wurden durch diese Konvention keine „neuen“ Menschenrechte geschaffen, sondern die im UN-Pakt über bürgerliche und politische Rechte sowie dem UN-Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte schon seit 40 Jahren bereits enthaltenen Menschenrechte bloß präzisiert, doch zeigt sich deutlich, dass deren Beachtung mit einem grundlegenden Paradigmenwechsel verbunden wäre. Nur beispielhaft sei herausgegriffen, dass etwa Artikel



26 UN-BRK ein umfassendes Recht auf Habilitation und Rehabilitation einräumt und dazu verpflichtet, *"wirksame und geeignete Maßnahmen [zu treffen], [...] um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren"*. Teilhabeansprüche dieser Art garantiert § 4 Abs. 2 WWPG bislang nicht einmal im Ansatz.

Am Beispiel von Menschen mit Demenz wird auch offensichtlich, dass die derzeitige Trennung der öffentlichen Unterstützungsangebote in parallele Systeme der Alten- und Behindertenhilfe mit unterschiedlichen Teilhabeansprüchen, Leistungsspektren und Qualitätsmaßstäben grundsätzlich überdacht werden muss. Beide Hilfesysteme könnten voneinander lernen und müssten sich aber umorientieren: von der Angebots- hin zur Nutzerorientierung, von teilweise sehr paternalistischer Betreuung zur individuellen Assistenzerbringung. Der innerhalb der UN-BRK eigenständige Artikel 9 verdeutlicht ferner, dass die Verwirklichung von Menschenrechten entscheidend von einer diskriminierungsfrei zugänglichen Umwelt abhängt. Die erforderlichen Maßnahmen schließen deshalb die Feststellung und Beseitigung aller Zugangshindernisse und Zugangsbarrieren ein. Das sind neben baulichen Barrieren auch solche kommunikativer Art. Ein Recht auf „unterstützte Kommunikation“ kennt aber das WWPG nicht. In Artikel 21 UN-BRK verankert ist das *„Recht auf Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen“*, das auch für Pflegeheimträger Bedeutung hat, weil an sich die Verpflichtung bestünde, alle Informationen und Dienstleistungen in alternativen Formaten und Kommunikationsformen zur Verfügung zu stellen, damit diese auch für Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt zugänglich und nutzbar sind. Mit dem *„Recht auf Zugang zu einem Telefon“*, welches das WWPG derzeit vorsieht, ist es daher sicher nicht getan.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, dass alle im sozialen Feld tätigen Akteurinnen bzw. Akteure den Mut und den Willen haben, die Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention konsequent und zielstrebig umzusetzen und die im WWPG verankerten Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner dementsprechend einer grundlegenden Novellierung zu unterziehen und zu stärken.

Inklusion muss im 21. Jahrhundert mehr als ein Lippenbekenntnis sein. Die in Entsprechung des Art 12 UN-BRK vom BMJ erarbeitete und derzeit in parlamentarischer Behandlung befindliche Regierungsvorlage zum 2. Erwachsenenschutzgesetz, ist mit der darin enthaltenen Zurückdrängung von Mechanismen stellvertretender Entscheidungsfindung und gerichtlicher Sachwalterschaften ein essentieller Schritt dazu. Dem müssten auf Ebene der Länder aber gerade auch in der Langzeitpflege weitere folgen.

### 4.1 Erläuterungen zum Organisationsablauf und zur Statistik der Wiener Heimkommission

Die optimierten und bewährten Abläufe sowohl bei den Sprechtagen als auch in der Geschäftsstelle wurden im Berichtsjahr weitergeführt. Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, etc. konnten - wie auch in den Vorjahren - persönlich, telefonisch oder schriftlich an die Wiener Heimkommission herantreten. Zunehmend wandten sich Heimleiterinnen bzw. Heimleiter sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Wohn- und Pflegeheimen an die Wiener Heimkommission, um deren Wissen und Erfahrung zu nutzen.

Die telefonischen Kontakte wurden auch im Berichtsjahr 2016 nicht differenziert registriert, denn Personen mit Anliegen werden nicht gefragt, ob sie die Wiener Heimkommission oder die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft kontaktieren wollten, und finden sich diese somit im Bericht der WPPA (Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft) 2016 wieder.

Im Berichtsjahr 2016 wurden bei den Sprechtagen die meisten Beschwerden – wie auch im Vorjahr – zum Thema „Heimorganisation“ vorgebracht. Bewohnerinnen und Bewohner bekrittelten beispielsweise das Fehlen von Ansprechpartnerinnen und -partnern für Anfragen bzw. Beschwerden, insbesondere auch das Fehlen von Entscheidungsträgern als Gesprächspartnerinnen und -partner und in diesem Zusammenhang auch die unzureichende Anwesenheit der Heimleiterinnen bzw. Heimleiter in den Häusern. Ebenso wurde das Fehlen von Klimaanlage in den Appartements und den Aufenthaltsbereichen, wie auch der Wunsch nach einer Besetzung der Rezeption auch am Abend und am Wochenende geäußert.

Die zweithäufigsten Beschwerden bezogen sich auf das Thema „Essen“. Dabei wurde Kritik vorwiegend bezüglich zu wenig abwechslungsreicher Speisen, sowie zu wenig frischem Obst und Gemüse geübt. Des Weiteren wurde das Fehlen von „österreichischer Küche“ bemängelt bzw. von erforderlichen Diätessen. Auch über zu kleine Portionen wurde geklagt. BewohnerInnen und Bewohner bekrittelten zudem, dass Speisen nicht in das Appartement mitgenommen werden dürfen, obwohl das Bedürfnis oftmals nach kleineren Portionen bestehe.

Wie in den vergangenen Jahren gab es auch im Berichtsjahr Beschwerden zum Thema „Kommunikation“. So wurde beispielsweise Kritik zur Diskrepanz zwischen den informativen Gesprächen vor der Aufnahme und dem tatsächlichen Heimleben vorgebracht. In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch nach - besonders für den älteren und alten Menschen - klareren, verständlicheren und sichtbarer Informationen und entgegen kaum lesbarem Kleingedruckten geäußert. Zu diesem Thema wurde auch vorgebracht, dass Rezeptionsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter unhöflich seien und immer sagen würden, dass sie keine Zeit hätten und so viel arbeiten müssten. Die Hausleitungen hätten keine Zeit für Gespräche, Termine würden nicht immer eingehalten werden. Angehörige bemängelten das Fehlen von Informationen und äußerten in diesem Zusammenhang auch den Wunsch nach Installierung von Angehörigengruppen. Vorgebracht wurde auch Kritik hinsichtlich an unzureichendem Respekt gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern.

Zum Thema „Kosten“ wurden im Rahmen der Sprechstage oftmals Anfragen gestellt, vereinzelt wurde jedoch auch Kritik geübt. Diese betraf hauptsächlich den Mangel an Transparenz bei den Verrechnungs- bzw. Abrechnungsmodalitäten (z.B. die Unterfertigung eines Blanko-Einziehungsauftrages beim Aufnahmegespräch, die Verrechnung von Abwesenheitstagen ohne ausgewiesene Details). Kritisiert wurde in diesem Zusammenhang auch der Passus in den Aufnahmepapieren, wonach sich die Bewohnerin bzw. der Bewohner einverstanden

erklären sollte, keine detaillierten Abrechnungen anzufordern. Immer wiederkehrend waren im Berichtsjahr Beschwerden bezüglich der Essensrückvergütung.

Einige wenige Beschwerden betrafen das Thema „Hygiene und Sauberkeit“, z.B. eine mangelhafte Reinigung der Appartements.

Dass das Pflegepersonal in der Nacht oftmals Überforderung mit der Bewohnerinnen – bzw. Bewohnergruppe zeige, welche an Alzheimer erkrankt sind, wurde zum Thema „Pflege“ kritisiert. Fehlende Körperhygiene einer Pflegeperson wurde auch vorgebracht.

Bei den vereinzelt Beschwerden betreffend „Verwaltung“ ging es hauptsächlich um den Mangel an Pflege der Gärten.

Lobend erwähnt wurden einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie in einer Einrichtung das professionelle Pflegepersonal, die freundliche Stimmung und die Küche, ebenso des Öfteren das Freizeitangebot inklusive der Veranstaltungen (Ausflüge und dgl.), sowie wurde auch geäußert, zufrieden zu sein und sich in der Einrichtung sehr wohl zu fühlen.

Spezielle Anfragen kamen zur Verlängerung einer verbindlichen Patientenverfügung, zur Antragstellung für Pflegegeldhöhung und der Erklärung zu den Buchstaben aus der Allergenverordnung, zudem auch, wohin man sich bezüglich der Regelung finanzieller Angelegenheiten wenden könne und bzgl. der Verrechnung von Laborleistungen durch einen Sozialversicherungsträger.

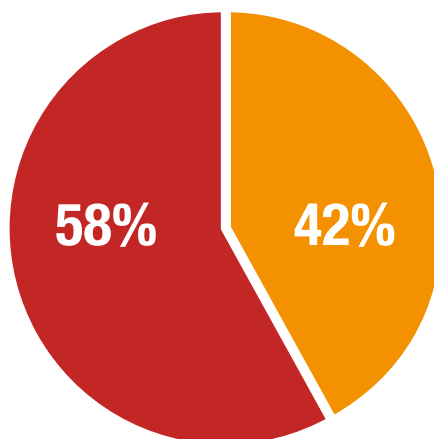
Auch im Berichtsjahr 2016 wurde auf rasche und niederschwellige Bearbeitung der Anliegen und Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner geachtet. Dabei stand ein lösungsorientiertes Vorgehen im Vordergrund. Angelegenheiten, welche einer näheren Überprüfung bedurften, wurden der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft zugewiesen, dort bearbeitet und statistisch erfasst.

Anhand der Statistik Schlüsse auf die Qualität eines Wiener Wohn- und Pflegeheimes zu ziehen ist nicht angeraten, da die Summe der vorgebrachten Anliegen nicht repräsentativ zur Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner steht. Die Kontaktaufnahmen der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner erfolgen aus den unterschiedlichsten Beweggründen.

Für die Wiener Heimkommission gilt, aus den Informationen ihrer Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder sowie den Hinweisen der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft Erkenntnisse zu gewinnen, welche eine Basis für konstruktive Vorschläge zur Verbesserung der Lebenssituation der - auf Betreuung und Pflege angewiesenen - Menschen bilden. Dabei werden vorgegebene Qualitätskriterien, bestehende Standards, veröffentlichte Studien, Erfahrungsberichte, vorliegende Evaluierungsergebnisse, sowie betreuungs- und pflege-relevante Projekte berücksichtigt.

Die Wiener Heimkommission vereint die gewonnenen Erfahrungen, Erkenntnisse und das fachliche Wissen und Können ihrer Mitglieder und wird dies auch weiterhin für die Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung stellen, um eine Weiterentwicklung des Lebensraumes „Wohn- und Pflegeheim“ im Sinne einer hohen Lebensqualität zu ermöglichen.

### 4.2 Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2016 inklusive Vergleich mit den Vorjahren



<span style="color: orange;">■</span> Städtische Wohn- und Pflegeheime	682
<span style="color: red;">■</span> Private Wohn- und Pflegeheime	938
<span style="color: orange;">■</span> <b>Gesamt</b>	<b>1620</b>

Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Städtische Wohn- und Pflegeheime	*)	28	38	71	97	138	640 **
Private Wohn- und Pflegeheime	*)	284	477	611	868	1004	577
<b>Gesamt</b>	*)	<b>312</b>	<b>515</b>	<b>682</b>	<b>965</b>	<b>1142</b>	<b>1217</b>

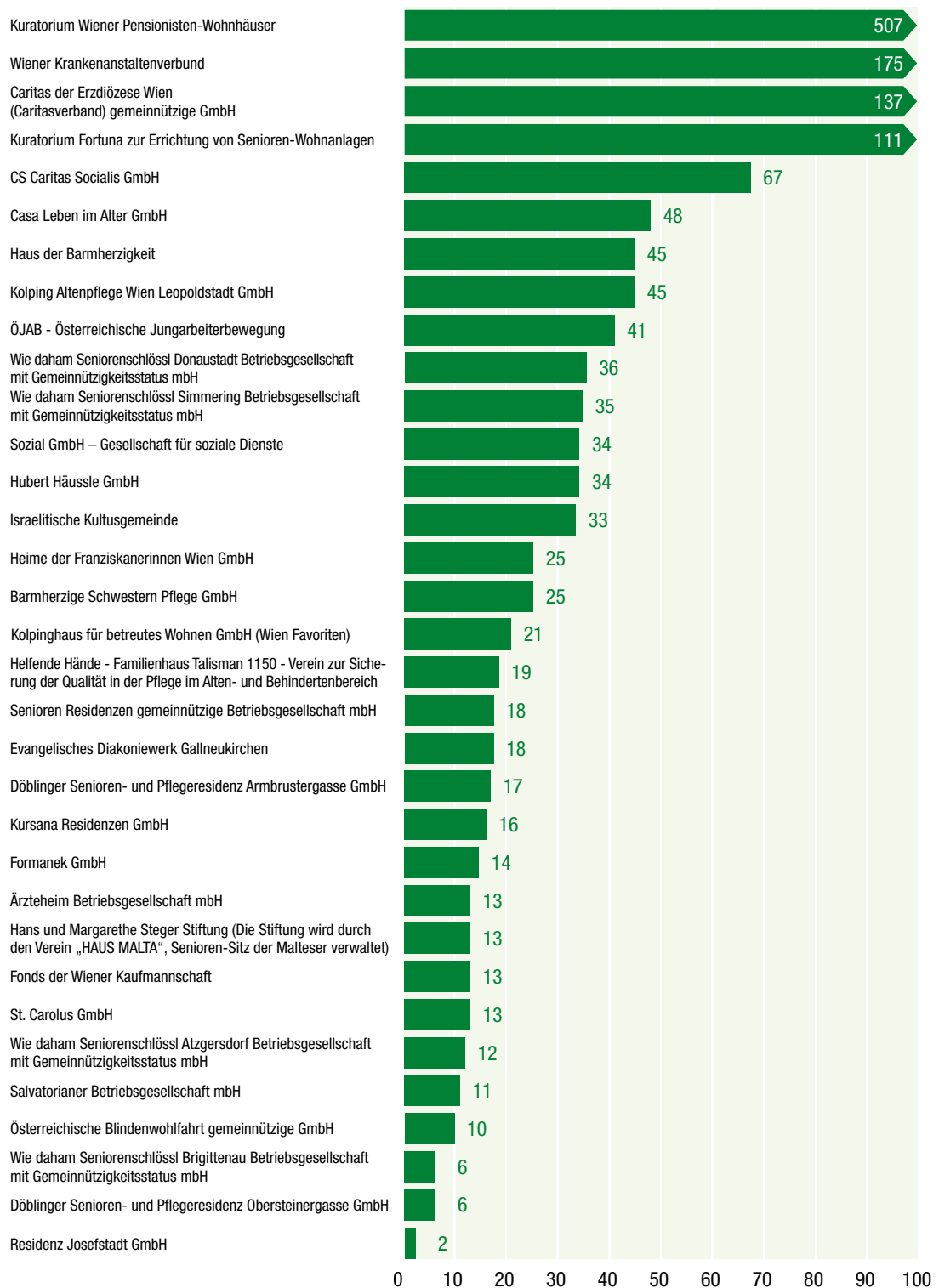
Jahr	2013	2014	2015	2016
Städtische Wohn- und Pflegeheime	668 **	731 **	866 **	682 **
Private Wohn- und Pflegeheime	662	894	929	938
<b>Gesamt</b>	<b>1330</b>	<b>1625</b>	<b>1795</b>	<b>1620</b>

\*) Daten aus dem Jahr 2006 sind nicht vergleichbar

\*\* inklusive der Häuser zum Leben des Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Die Anzahl der Kontaktaufnahmen ergibt sich ausschließlich aus den Sprechtagen. Die persönlichen, telefonischen und schriftlichen Kontaktaufnahmen finden sich im Bericht der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft wieder.

### 4.3 Anzahl der Kontaktaufnahmen mit der Wiener Heimkommission bei Sprechtagen nach Rechtsträgern





### 4.4 Anzahl der Kontaktaufnahmen bei den Sprechtagen in den Wohn- und Pflegeheimen

In 90 Wohn- und Pflegeheimen wurden von Mitgliedern bzw. Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission im Jahr 2016 grundsätzlich zwei Sprechtage abgehalten. Ausnahmen sind in Folge beschrieben.

#### \* Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv:

Kontaktaufnahme mit dem Mitglied/Ersatzmitglied der Wiener Heimkommission z.B. durch Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige bzw. Besucher im Sprechtagsraum.

#### \*\* Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv:

Kontaktaufnahmen durch Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission mit Bewohnerinnen und Bewohnern z.B. in Gemeinschaftsräumen bzw. auf der Bettenstation.

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Alsezeile	1	20
Haus Am Mühlengrund	1	25
Haus An der Türkenschanze	6 <sup>e)</sup>	8
Haus Atzgersdorf	2	15
Haus Augarten	0	8
Haus Brigittenau	2	8
Haus Döbling	0	14
Haus Föhrenhof	1	20
Haus Gustav Klimt	7 <sup>c)</sup>	4
Haus Haidehof	10 <sup>a)</sup>	0
Haus Hetzendorf	5 <sup>g)</sup>	6
Haus Hohe Warte	0	13
Haus Jedlersdorf	6 <sup>d)</sup>	4
Haus Laaerberg	0	64
Haus Leopoldau	3	5
Haus Liebhartstal	3	1
Haus Margareten	0	32
Haus Mariahilf	2	5
Haus Maria Jacobi	4	15

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neubau	0	17
Haus Penzing	1	12
Haus Prater	0	16
Haus Rosenberg	8 <sup>b)</sup>	0
Haus Rossau	0	22
Haus Rudolfshheim	3	0
Haus Schmelz	0	23
Haus Tamariske-Sonnenhof	5 <sup>b)</sup>	25
Haus Am Trazerberg	0	14
Haus Wieden	1	24
Haus Wienerberg	4	0
<b>30 Häuser</b>	<b>75</b>	<b>420</b>

Rechtsträger: Wiener Krankenanstaltenverbund (PWH: Pflegeanstalt für chronisch Kranke)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
PWH Baumgarten mit sozialmedizinischer Betreuung	0	33
PWH Liesing mit sozialmedizinischer Betreuung	1	10
SMZ Floridsdorf Geriatriezentrum	0	18
SMZ Baumgartner Höhe/Otto Wagner Pflegezentrum	0	10
PWH Donaustadt mit sozialmedizinischer Betreuung	0	35
SMZ/Süd Geriatriezentrum Favoriten	0	12
PWH Leopoldstadt mit sozialmedizinischer Betreuung	0	12
PWH Meidling mit sozialmedizinischer Betreuung	3	6
PWH Simmering mit sozialmedizinischer Betreuung	2	0
PWH Innerfavoriten mit sozialmedizinischer Betreuung	0	32
PWH Rudolfshheim-Fünfhaus mit sozialmedizinischer Betreuung	1	10
<b>11 Häuser</b>	<b>7</b>	<b>178</b>

Rechtsträger: Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Franz Borgia	0	18
Haus St. Teresa	0	10
Haus Schönbrunn	1	37
Haus St. Antonius	2	7
Haus St. Barbara	2	8
Haus St. Elisabeth	0	11
Haus St. Klemens	1	6
Haus St. Martin	1	24
<b>8 Häuser</b>	<b>7</b>	<b>121</b>

Rechtsträger: CS Caritas Socialis GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflege- und Sozialzentrum Rennweg	1	10
Pflege- und Sozialzentrum Pramergasse	0	18
Pflege- und Sozialzentrum Kalksburg	0	12
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Floridsdorf	0	16
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Liesing	0	22
<b>5 Häuser</b>	<b>1</b>	<b>78</b>

Rechtsträger: Kuratorium Fortuna zur Errichtung von Senioren-Wohnanlagen	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Appartementhaus Fortuna	0	0
Baumgasse Fortuna	0	28
Gartensiedlung Fortuna	3	52
Schlosspark Fortuna	2	18
Wohnpark Fortuna	1	3
<b>5 Häuser</b>	<b>6</b>	<b>101</b>

Rechtsträger: CaSa Leben im Alter GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenhaus Waldkloster	1	7
Seniorenhaus Kagran	4	36
<b>2 Häuser</b>	<b>5</b>	<b>43</b>

Rechtsträger: Haus der Barmherzigkeit (Pflegeanstalten für chronisch Kranke)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse	0	20
Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße	3	22
<b>2 Häuser</b>	<b>3</b>	<b>42</b>

Rechtsträger: Heime der Franziskanerinnen Wien GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Elisabethheim	0	9
Franziskusheim	1	15
<b>2 Häuser</b>	<b>1</b>	<b>24</b>

Rechtsträger: Ärzteheim Betriebsgesellschaft mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflegezentrum Ärzteheim	1	12
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>12</b>

Rechtsträger: Kursana Residenzen GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenresidenz Wien-Tivoli	2	14
<b>1 Haus</b>	<b>2</b>	<b>14</b>

Rechtsträger: Israelitische Kultusgemeinde	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Maimonides-Zentrum GmbH	1	32
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>32</b>

Rechtsträger: Hans und Margarethe Steger-Stiftung (Die Stiftung wird durch den Verein „HAUS MALTA“, Senioren-Sitz der Malteser verwaltet)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Malta	1	12
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>12</b>

Rechtsträger: Döblinger Senioren- und Pflegeresidenz Obersteingasse GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Döblinger Senioren- und Pflegeresidenz Obersteingasse	6 <sup>0)</sup>	0
<b>1 Haus</b>	<b>6</b>	<b>0</b>

Rechtsträger: Döblinger Senioren- und Pflegeresidenz Armbrustergasse GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Döblinger Senioren- und Pflegeresidenz Armbrustergasse	0	17
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>17</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Atzgersdorf Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Atzgersdorf	0	15
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>15</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Brigittenau Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Brigittenau	0	6
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>6</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Donaustadt Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Donaustadt	1	35
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>35</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Simmering Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Simmering	0	35
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>35</b>

Rechtsträger: Fonds der Wiener Kaufmannschaft	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Park Residenz Döbling, Seniorenwohnen der Wiener Kaufmannschaft	1	12
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>12</b>

Rechtsträger: Senioren Residenzen gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenresidenz am Kurpark Wien Oberlaa	0	18
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>18</b>



Rechtsträger: Kolpinghaus für betreutes Wohnen GmbH (Wien Favoriten)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben	1	20
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>20</b>

Rechtsträger: Kolping Altenpflege Wien Leopoldstadt GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben Leopoldstadt	0	45
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>45</b>

Rechtsträger: St. Carolus GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
St. Carolus-Altersheim	1	12
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>12</b>

Rechtsträger: Österreichische Blindenwohlfahrt gem GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Johann-Wilhelm-Klein-Haus der Österreichischen Blindenwohlfahrt	0	10
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>10</b>

Rechtsträger: ÖJAB – Österreichische Jungarbeiterbewegung	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neumargareten	1	40
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>40</b>

Rechtsträger: Hubert Häussle GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Privatpflegeheim Rodaun	1	33
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>33</b>

Rechtsträger: Salvatorianer Betriebsgesellschaft mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Pater Jordan	1	10
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Rechtsträger: <b>"Helfende Hände" Familienhaus Talisman 1150 - Verein zur Sicherung der Qualität in der Pflege im Alten- und Behindertenbereich</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Familienhaus „Der Talisman – 1150“	0	19
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>19</b>
Rechtsträger: <b>Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Hausgemeinschaften Erdbergstraße	1	17
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>17</b>
Rechtsträger: <b>Formanek GmbH (Sonderkrankenanstalt)</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Sanatorium Liebhartstal	0	14
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
Rechtsträger: <b>Barmherzige Schwestern Pflege GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Heim St. Katharina	0	25
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>25</b>
Rechtsträger: <b>Sozial GmbH – Gesellschaft für soziale Dienste</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Betreutes Wohnen im Kabelwerk	0	34
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>34</b>
Rechtsträger: <b>Residenz Josefstadt GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Residenz Josefstadt *)	0	2
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Summe:</b>	<b>Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*</b>	<b>Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**</b>
<b>Insgesamt 90 Häuser</b>	<b>124</b>	<b>1496</b>

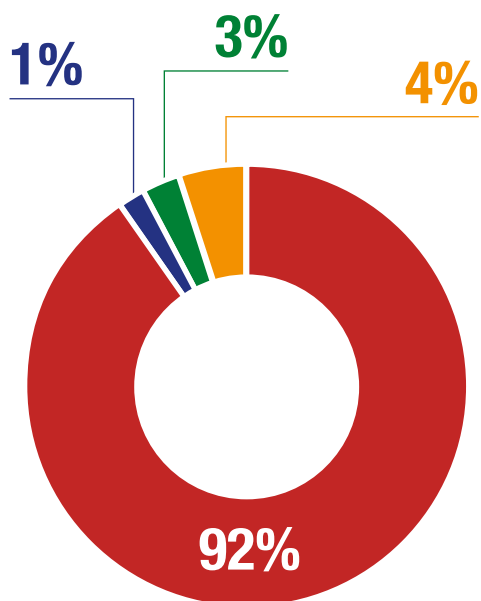
\*) **Residenz Josefstadt:** Die Einrichtung wurde mit November 2015 neu eröffnet.  
Es wurde nur ein Sprechtag abgehalten.

- a) **Haus Haidehof:** Die vorgebrachten Anliegen betreffen die mangelnde Information über den Beginn von Handwerkerarbeiten, eine Taubenplage an Fensterbrettern und Stiegenaufgängen und den Wunsch nach mehr Kommunikation, ebenso die Unzufriedenheit mit dem Essen und Probleme bei der Essensbestellung mittels EDV.
- b) **Haus Rosenberg:** Die Beschwerden betreffen die Koordination im Speisesaal, die mangelnde Qualität bzw. die Größe der Portionen des Essens, sowie die Kommunikation im Haus.
- c) **Haus Gustav Klimt:** Es wird über Probleme mit der Heizung berichtet und bedauert, dass in der Nacht keine Hausarbeiter für Reparaturen zur Verfügung stehen.
- d) **Haus Jedlersdorf:** Es besteht der Wunsch nach einer Liste für die Waschküche, wie auch Kritik an der Kommunikation und den Speisen. Die Portionsgröße sei zu klein und die Qualität nicht entsprechend.
- e) **Haus An der Türkenschanze:** Die Anliegen betreffen die Kommunikation, die Qualität des Essens sowie die Portionsgröße und den Umgang mit Diäten.
- f) **Döblinger Senioren- und Pflegeresidenz Obersteingasse:** Es wird das Fehlen von Ansprechpartnerinnen bzw. -partnern beklagt, sowie die Qualität und der Mangel an Abwechslung des Essens.
- g) **Haus Hetzendorf:** In dieser Einrichtung wird der Wunsch nach mehr Transparenz bei der Verrechnung, sowie Probleme im Speisesaal vorgebracht.
- h) **Haus Tamariske-Sonnenhof:** Bemängelt werden die Qualität des Essens und zu wenig Platz im Speisesaal.

**Anmerkung:**

Zu allen an die Wiener Heimkommission herangetragenen Anliegen wurden Stellungnahmen von den betroffenen Häusern eingeholt und im Falle von Mängeln auf eine Behebung hingewirkt. Einzelne Vorwürfe konnten seitens der Wiener Heimkommission weder bestätigt noch widerlegt werden.

#### 4.5 Erledigung der bei Sprechtagen erfolgten Kontaktaufnahmen in den Wohn- und Pflegeheimen



<span style="color: red;">■</span> keine weitere Erledigung erforderlich*	1481
<span style="color: darkblue;">■</span> vor Ort erledigt	17
<span style="color: green;">■</span> teilweise vor Ort erledigt**	55
<span style="color: orange;">■</span> nicht vor Ort erledigt**	67
<span style="color: red;">■</span> <span style="color: darkblue;">■</span> <span style="color: green;">■</span> <span style="color: orange;">■</span> Gesamt	<b>1620</b>

\* Keine weitere Erledigung erforderlich besagt, dass von den Mitgliedern/Ersatzmitgliedern Gespräche, zum Teil auch professionelle Entlastungsgespräche, mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geführt wurde. Aus diesen Gesprächen waren keine spezifischen Anliegen ableitbar.

\*\* Anliegen, die nur teilweise oder nicht vor Ort erledigt werden konnten, wurden von den Mitgliedern/Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission an die Geschäftsstelle weitergeleitet. Diese Anliegen wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle rasch und niederschwellig bearbeitet und erledigt. In 90 Fällen war eine aktenmäßige Bearbeitung durch die WPPA erforderlich.

**Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG**

<b>Fundstellen der Rechtsvorschrift</b>		
<b>Datum</b>	<b>Publ.Blatt</b>	<b>Fundstelle</b>
29.03.2005	LGBI	<a href="#">2005/15</a>
01.12.2006	LGBI	<a href="#">2006/59</a>
22.10.2010	LGBI	<a href="#">2010/56</a>
31.12.2012	LGBI	<a href="#">2012/87</a>
31.07.2013	LGBI	<a href="#">2013/29</a>

Der Wiener Landtag hat beschlossen:

**Inhaltsverzeichnis**

**1. Abschnitt**

**Allgemeine Bestimmungen**

- § 1      Begriffsbestimmung
- § 2      Anwendungsbereich
- § 3      Ziele des Gesetzes

**2. Abschnitt**

**Stellung der Bewohner**

- § 4      Rechte der Bewohner
- § 5      Sicherstellung der Rechte der Bewohner
- § 6      Beendigung des Heimaufenthalts

**3. Abschnitt**

**Pflichten der Heimträger**

- § 7      Betriebs- und Leistungsbeschreibung
- § 8      Heimordnung
- § 9      Personalausstattung
- § 10     Direktion
- § 11     Pflegedienstleiter
- § 12     Medizinische Betreuung
- § 13     Medizinischer Verantwortlicher
- § 14     Hygienefachkraft
- § 15     Sicherheitsbeauftragter
- § 16     Baulich – technische Ausstattung
- § 17     Dokumentation
- § 18     Qualitätsarbeit
- § 19     Statistikbericht
- § 20     Fortbildungen, Weiterbildungen und Supervision des Personals
- § 21     Arzneimittelvorrat
- § 22     Aufnahme, Änderung oder Einstellung des Betriebes
- § 23     Änderung des Heimträgers
- § 24     Bewilligung innovativer Modelle und Projekte



#### 4. Abschnitt

##### Betriebspflichten

- § 25 Verschwiegenheitspflicht
- § 26 Datenschutz
- § 27 Verbot der Annahme von Vermögen

#### 5. Abschnitt

##### Kontrollbestimmungen

- § 28 Aufsicht
- § 29 Heimkommission
- § 30 Verordnungsermächtigung

#### 6. Abschnitt

##### Strafbestimmungen

- § 31 Strafbestimmungen

#### 7. Abschnitt

##### Schlussbestimmungen

- § 32 Übergangsbestimmungen
- § 33 In- und Außer-Kraft-Treten

### 1. ABSCHNITT

#### Allgemeine Bestimmungen

##### Begriffsbestimmung

§ 1. Heime sind Einrichtungen, in denen mindestens drei Personen dauerhaft oder auf bestimmte Zeit aufgenommen, betreut und bei Bedarf gepflegt und auch fallweise ärztlich betreut werden.

##### Anwendungsbereich

§ 2. (1) Dieses Gesetz findet Anwendung auf:

1. Wohnheime für alte Menschen mit Betreuungsbedarf;
2. Pflegeheime für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf;
3. Pflegestationen.

(2) Pflegestationen sind Wohnheimen angeschlossen und bieten Pflege an. Sie sind den Pflegeheimen nach diesem Gesetz gleichgestellt.

(3) Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf:

1. die Pflege von Angehörigen im Familienkreis (einschließlich dem Kreis einer eingetragenen Partnerschaft);
2. Einrichtungen, die keine Wohnmöglichkeiten anbieten;
3. Einrichtungen, die nur Wohnmöglichkeiten anbieten;
4. Einrichtungen, deren Betrieb durch
  - a) das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 23,
  - b) das Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz 1990 – WrJWG 1990, LGBl. für Wien Nr. 36,
  - c) das Wiener Behindertengesetz – WBHG, LGBl. für Wien Nr. 16/1986, jeweils in der geltenden Fassung geregelt wird;
5. Einrichtungen nach dem Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG, LGBl. für Wien Nr. 11/1973, in der geltenden Fassung.

## **Ziele des Gesetzes**

§ 3. Ziele des Gesetzes sind:

1. Gewährleistung der angemessenen Betreuung und im Bedarfsfall der angemessenen Pflege der in Wohn- und Pflegeheimen aufgenommenen Personen (Bewohner);
2. Wahrung der Menschenwürde, Privatsphäre, Individualität, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohner;
3. Schutz vor Beeinträchtigung der persönlichen, physischen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen und Bedürfnisse der Bewohner;
4. Sicherstellung der personellen und ausstattungsmäßigen Strukturen der Heime
5. Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen älterer Frauen und älterer Männer.

## **2. ABSCHNITT**

### **Stellung der Bewohner**

#### **Rechte der Bewohner**

§ 4. (1) Der Heimträger hat unter Berücksichtigung pflegerischer und medizinischer Notwendigkeiten zum Schutz der Bewohner vorzusorgen, dass die Rechte der Bewohner beachtet und gewahrt werden und durch geeignete Maßnahmen und Angebote sicherzustellen, dass den Bewohnern die Wahrnehmung ihrer Rechte ermöglicht wird.

(2) Die Bewohner haben insbesondere folgende Rechte:

1. Recht auf respektvolle, fachgerechte und an aktuellen Standards ausgerichtete Betreuung und Pflege einschließlich Organisation von Hilfsmitteln (wie etwa Rollstühle, Gehbehelfe) bei physischer Beeinträchtigung;
2. im Sinne freier Arztwahl, freier Therapiewahl und adäquater Schmerzbehandlung Recht auf ärztliche Versorgung durch jederzeitige Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe entweder durch zur Verfügung stellen von Ärzten des Heimes oder durch Vermittlung von Ärzten;
3. Recht auf funktionserhaltende, funktionsfördernde und reintegrierende Maßnahmen entweder durch zur Verfügung stellen von Therapeuten oder durch Vermittlung von Therapeuten;
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, die Bewohnerin oder den Bewohner betreffenden Belangen zu verständigen ist;
8. Recht auf Einsichtnahme in die Dokumentation nach § 17 und auf Ausfertigung von Kopien;
9. Recht auf Organisation der Tagesabläufe entsprechend den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Bewohner;
10. Recht auf höflichen Umgang, auf Anerkennung der Würde und Persönlichkeit;
11. Recht auf Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen älterer Frauen und älterer Männer;
12. Recht auf Berücksichtigung kultureller Bedürfnisse und religiöse Betreuung;
13. Recht auf psychische Unterstützung;
14. Recht auf Wahrung der Privat- und Intimsphäre, auch in Mehrbettzimmern;
15. Recht auf Tragen privater Kleidung, sofern die Erbringung von Pflegeleistungen dem Tragen privater Kleidung nicht entgegensteht;
16. Recht auf Verwendung von im persönlichen Gebrauch stehenden Gegenständen, sofern es die Heimstruktur ermöglicht;
17. Recht auf jederzeitige Kontaktaufnahme mit der Bewohnerservicestelle (bei Heimen für mehr als 50 Bewohner) und der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwtschaft;
18. Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden bei der Bewohnerservicestelle (bei Heimen für mehr als 50 Bewohner);
19. Recht auf Abhaltung von Bewohnerversammlungen und Wahlen von Bewohnervertretern (bei Heimen ab 50 Personen);
20. Recht auf angemessenen Kontakt zur Außenwelt, insbesondere:
  - a) Recht auf jederzeitigen Empfang von Besuchen unter Rücksichtnahme auf die anderen Bewohner und den Heimbetrieb,
  - b) Recht auf Zugang zu einem Telefon,
  - c) Recht auf Verteilung und Abfertigung der Postsendungen der Bewohner, wenn die Bewohner die Verteilung

- c) Recht auf Verteilung und Abfertigung der Postsendungen der Bewohner, wenn die Bewohner die Verteilung und Abfertigung der Postsendungen nicht selbst vornehmen können,
  - d) Recht auf jederzeitigen Ausgang unter Rücksichtnahme auf die anderen Bewohner und den Heimbetrieb;
21. Recht auf Sterben in Würde.

(3) Der Heimträger hat die Bewohner und deren Vertrauenspersonen über die in Abs. 2 angeführten Rechte und deren Durchsetzung im Heim nachweislich schriftlich zu informieren.

(4) Der Heimträger hat die Bewohner und deren Vertrauenspersonen über die Möglichkeit des Vorbringens ihrer Anliegen, Beschwerden oder Wünsche bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft nachweislich schriftlich zu informieren.

### **Sicherstellung der Rechte der Bewohner**

§ 5. (1) Träger von Heimen für mehr als 50 Bewohner haben zur Sicherstellung der Rechte der Bewohner eine Bewohnerservicestelle einzurichten. Mit der Führung der Bewohnerservicestelle ist eine mit dem Heimbetrieb vertraute Person zu beauftragen. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung sicherzustellen. Die mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Direktion betraute Person und deren Stellvertreter dürfen der Bewohnerservicestelle nicht angehören. Ein Heimträger, der mehrere Heime betreibt, kann eine Person mit der Führung mehrerer Bewohnerservicestellen beauftragen.

(2) Die Bewohner und deren Vertrauenspersonen sind vom Heimträger über die Einrichtung der Bewohnerservicestelle und deren Aufgaben nachweislich schriftlich in Kenntnis zu setzen.

(3) Die Bewohnerservicestelle hat die Anregungen und Beschwerden der Bewohner oder deren Vertrauenspersonen entgegenzunehmen, die Bewohner oder deren Vertrauenspersonen zu beraten und gegebenenfalls an die zuständige Stelle weiterzuleiten. Die mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Direktion betraute Person hat sich zumindest monatlich bei der Bewohnerservicestelle über die Anliegen der Bewohner zu informieren. Der Heimträger hat der mit der Führung der Bewohnerservicestelle beauftragten Person und ihrem Vertreter die dafür erforderliche Zeit einzuräumen.

(4) Bei Verstößen gegen die Rechte der Bewohner hat die Bewohnerservicestelle den Heimträger und die Direktion unverzüglich in Kenntnis zu setzen und auf die Beseitigung der festgestellten Unzulänglichkeiten hinzuwirken. Wird dem in angemessener Frist nicht entsprochen, kann sich die Bewohnerservicestelle an die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft wenden.

(5) Um die Mitwirkung der Bewohner bei allen Angelegenheiten, welche die Rechte der Bewohner betreffen, zu gewährleisten, hat der Heimträger zu ermöglichen, dass in geheimer Wahl in einem Heim für jeweils 50 Bewohner eine Bewohnervertreterin oder ein Bewohnervertreter aus dem Kreis der Bewohner für zwei Jahre gewählt wird. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner ist zur Wahl der Bewohnervertreterin oder des Bewohnervertreters berechtigt und darf als Bewohnervertreterin oder Bewohnervertreter gewählt werden. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner kann die Wahl zur Bewohnervertreterin oder zum Bewohnervertreter ablehnen.

(6) Der Heimträger hat die Bewohnervertreter über alle Angelegenheiten zu informieren, welche die Rechte der Bewohner betreffen. Der Heimträger hat die Bewohnervertreter in Angelegenheiten, welche die Rechte der Bewohner betreffen, anzuhören.

(7) In jedem Heim hat ein Vertreter der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft eingerichteten Heimkommission regelmäßig Sprechtage abzuhalten, bei denen die Bewohner oder deren Vertrauenspersonen die Gelegenheit haben, Anliegen, Beschwerden oder Wünsche vorzubringen.

### **Beendigung des Heimaufenthalts**

§ 6. Kann sich eine Bewohnerin oder ein Bewohner bei Beendigung des Heimaufenthalts nicht selbst versorgen und ist auch keine andere Betreuung und Pflege sichergestellt, hat sich der Heimträger, nachdem er von der beabsichtigten Beendigung des Heimaufenthalts Kenntnis erlangt hat, umgehend an den nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger zu wenden, der die Bewohnerin oder den Bewohner über die Angebote der weiteren Betreuung und Pflege zu informieren und im Bedarfsfall geeignete Maßnahmen zu setzen hat.

### 3. ABSCHNITT

#### Pflichten der Heimträger

##### Betriebs- und Leistungsbeschreibung

§ 7. (1) Der Heimträger hat die Struktur und den Aufgabenbereich des Heimes in einer Betriebs- und Leistungsbeschreibung schriftlich festzulegen.

(2) In der Betriebs- und Leistungsbeschreibung ist jedenfalls anzugeben:

1. Heimträger;
2. Art und Zweckwidmung des Heimes;
3. Grad der Pflegebedürftigkeit der für die Aufnahme in Betracht kommenden Personen;
4. Voraussetzungen für die Aufnahme von Personen, die eine physische oder psychische Beeinträchtigung aufweisen;
5. Standards der Betreuung und Pflege sowie der medizinischen Betreuung;
6. pflegerisches, medizinisches, therapeutisches, psychologisches und psychotherapeutisches Leistungsangebot;
7. Ausstattung des Heimes, insbesondere der Wohn- und Pflegeeinheiten;
8. Bettenanzahl und deren Aufteilung auf die einzelnen Wohn- und Pflegeeinheiten;
9. Maßnahmen der Qualitätsarbeit.

(3) Die Betriebs- und Leistungsbeschreibung ist den Bewohnern im Zuge ihrer Aufnahme zur Kenntnis zu bringen und im Heim gut sichtbar und lesbar anzuschlagen oder als Broschüre aufzulegen.

(4) Bei wesentlichen Änderungen ist die Betriebs- und Leistungsbeschreibung anzupassen. Die Betriebs- und Leistungsbeschreibung ist im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten.

(5) Der Heimträger hat die Betriebs- und Leistungsbeschreibung und jede wesentliche Änderung derselben zum Zweck der öffentlichen Einsichtnahme auf seiner Homepage zu veröffentlichen, sofern er über eine solche verfügt. Die Betriebs- und Leistungsbeschreibung und jede wesentliche Änderung derselben ist jedenfalls vom Heimträger in einer für die Allgemeinheit zugänglichen Weise zur Einsicht bereit zu halten.

##### Heimordnung

§ 8. (1) Der Heimträger hat die Regelungen über den inneren Betrieb des Heimes in einer Heimordnung schriftlich festzulegen.

(2) Die Heimordnung hat jedenfalls zu enthalten:

1. Bestimmungen über den Vorgang bei der Aufnahme und Beendigung des Heimaufenthalts der Bewohner;
2. Bestimmungen über die internen Organisationsabläufe, die nach den Bedürfnissen der Bewohnergemeinschaft auszurichten sind;
3. Bestimmungen über die Befugnisse der im Heim tätigen Personen;
4. Bestimmungen über die Mitwirkung der Bewohner;
5. Bestimmungen über die Erreichbarkeit der Direktion und der Pflegedienstleitung;
6. weitere für den zweckentsprechenden Betrieb des Heimes erforderliche Bestimmungen.

(3) Die Heimordnung ist den Bewohnern bei ihrer Aufnahme zur Kenntnis zu bringen und im Heim gut sichtbar und lesbar anzuschlagen oder als Broschüre aufzulegen.

(4) Bei wesentlichen Änderungen ist die Heimordnung anzupassen. Die Heimordnung ist im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten.

(5) Der Heimträger hat die Heimordnung und jede wesentliche Änderung derselben zum Zweck der öffentlichen Einsichtnahme auf seiner Homepage zu veröffentlichen, sofern er über eine solche verfügt. Die Heimordnung und jede wesentliche Änderung derselben ist jedenfalls vom Heimträger in einer für die Allgemeinheit zugänglichen Weise zur Einsicht bereit zu halten.

##### Personalausstattung

§ 9. (1) Der Heimträger hat unabhängig von sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu sorgen, dass die Dienstleistungen des Heimes von fachlich qualifizierten und befugten Personen in ausreichender Anzahl erbracht werden, damit der Heimbetrieb entsprechend der Struktur und dem Aufgabenbereich des Heimes erfolgt. Die fachlichen Anforderungen an die im Heim tätigen Personen haben sich dabei an der Struktur und am Aufgabenbereich des Heimes, an den Bedürfnissen der Bewohner und am Erkenntnisstand der Wissenschaft zu orientieren. Die notwendige Anzahl an Pflegepersonal hat sich an der Anzahl der Bewohner unter Einbeziehung des Grades ihrer Pflegebedürftigkeit zu bemessen.

Grades ihrer Pflegebedürftigkeit zu bemessen.

(2) Der Heimträger hat ein Personalkonzept zu erstellen. Das Personalkonzept hat sich an der Struktur und am Aufgabenbereich des Heimes zu orientieren.

(3) Im Personalkonzept ist jedenfalls anzugeben:

1. Organisation der Direktion;
2. Organisation des Pflegedienstes;
3. Personalplan, der die Zahl, das zeitliche Ausmaß der Voll- und Teilzeitbeschäftigung sowie die Funktionen und Qualifikationen aller im Heim im Rahmen von Betreuung, Pflege und Therapie tätigen Personen festlegt;
4. Stellenbeschreibungen für alle wesentlichen Funktionen im Heim;
5. Personalentwicklungsmaßnahmen, die Art und Ausmaß der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen regeln;
6. Angaben über Art und Ausmaß der berufsbegleitenden Supervision.

(4) Bei wesentlichen Änderungen ist das Personalkonzept anzupassen. Das Personalkonzept ist im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten.

### **Direktion**

§ 10. Der Heimträger hat eine fachlich und zur Leitung geeignete Person zu bestellen, die für den gesamten Heimbetrieb verantwortlich ist. Eine Person ist für die Wahrnehmung der Aufgaben der Direktion fachlich geeignet, wenn sie durch entsprechende Schulung über hinreichende betriebswirtschaftliche Kenntnisse verfügt, und zur Leitung eines Heimes geeignet, wenn sie durch entsprechende Schulung über hinreichende Kenntnisse in der Organisation und Personalführung verfügt. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch eine qualifizierte Person sicherzustellen.

### **Pflegedienstleitung**

§ 11. (1) Der Träger eines Pflegeheimes hat eine fachlich und zur Leitung geeignete Person zu bestellen, die für den gesamten Pflegebereich verantwortlich ist. Eine Person ist für die Pflegedienstleitung fachlich geeignet, wenn sie eine Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist, und zur Leitung geeignet, wenn sie durch entsprechende Weiterbildung über hinreichende Kenntnisse in der Organisation und Personalführung verfügt. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch eine qualifizierte Person sicherzustellen.

(2) Die Pflegedienstleitung hat ein pflegerisches Konzept über die Gestaltung der Pflege zu erstellen, das folgende Angaben zu enthalten hat:

1. Beschreibung der pflegerischen Versorgung in Bezug auf die Betriebs- und Leistungsbeschreibung;
2. Pflegeverständnis (Pflegeleitbild);
3. zugrunde gelegte Pflegemodelle und -konzepte;
4. Umsetzung der zugrunde gelegten Pflegemodelle und -konzepte;
5. Aufbau- und Ablauforganisation der Pflege.

(3) Bei wesentlichen Änderungen ist das pflegerische Konzept anzupassen. Das pflegerische Konzept ist im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten. Das pflegerische Konzept ist den Bewohnern bei der Aufnahme zur Kenntnis zu bringen und im Heim gut sichtbar und lesbar anzuschlagen oder als Broschüre aufzulegen.

### **Medizinische Betreuung**

§ 12. (1) Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner die medizinische Betreuung durch Ärzte sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Ärzte oder durch rasche Erreichbarkeit von Ärzten erfolgen.

(2) Für den Fall, dass eine Bewohnerin oder ein Bewohner unvorhergesehen und rasch ärztliche Hilfe benötigt, ist ein Notfallprogramm zu erstellen. Das Notfallprogramm ist schriftlich festzulegen und dem Personal nachweislich schriftlich zur Kenntnis zu bringen. Das Personal ist in Bezug auf das Notfallprogramm zu schulen.

(3) Bei jeder Änderung der Erreichbarkeit rascher ärztlicher Hilfe ist unverzüglich das Notfallprogramm zu ändern und dem Personal nachweislich schriftlich zur Kenntnis zu bringen.

### **Medizinischer Verantwortlicher**

§ 13. (1) Der Heimträger hat einen zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Arzt als medizinischen Verantwortlichen zu bestellen. Der medizinische Verantwortliche hat ein medizinisches und therapeutisches Konzept zu erstellen sowie regelmäßig durch geeignete Maßnahmen dafür zu sorgen, dass das medizinische und therapeutische Konzept eingehalten wird.

(2) Im medizinischen Konzept ist anzugeben, wie die medizinische Betreuung erfolgt. Das medizinische



therapeutische Konzept eingehalten wird.

(2) Im medizinischen Konzept ist anzugeben, wie die medizinische Betreuung erfolgt. Das medizinische Konzept hat jedenfalls zu enthalten:

1. Name des Arztes, der das Konzept erstellt hat, und dessen Erreichbarkeit;
2. Beschreibung der medizinischen Versorgung in Bezug auf die Betriebs- und Leistungsbeschreibung;
3. Liste der niedergelassenen Ärzte in der Umgebung des Heimes und deren Erreichbarkeit;
4. Liste der im Heim tätigen Ärzte, deren fachliche Ausbildung und Erreichbarkeit, sofern im Heim Ärzte tätig sind;
5. Notfallprogramm nach § 12.

(3) Im therapeutischen Konzept ist anzugeben, wie die therapeutische Versorgung durch Angehörige des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes erfolgt. Das therapeutische Konzept hat jedenfalls zu enthalten:

1. Name des Arztes, der das Konzept erstellt hat, und dessen Erreichbarkeit;
2. Beschreibung der therapeutischen Versorgung in Bezug auf die Betriebs- und Leistungsbeschreibung;
3. Liste der niedergelassenen Therapeuten in der Umgebung des Heimes und deren Erreichbarkeit;
4. Liste der im Heim tätigen Therapeuten, deren fachliche Ausbildung und Erreichbarkeit, sofern im Heim Therapeuten tätig sind.

(4) Bei wesentlichen Änderungen ist das medizinische und therapeutische Konzept anzupassen. Das medizinische und therapeutische Konzept ist im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten. Das medizinische und therapeutische Konzept ist den Bewohnern bei der Aufnahme zur Kenntnis zu bringen und im Heim gut sichtbar und lesbar anzuschlagen oder als Broschüre aufzulegen.

#### **Hygienefachkraft**

§ 14. (1) Der Heimträger hat zur Wahrung der Belange der Hygiene eine fachlich geeignete Person als Hygienefachkraft zu bestellen. Eine Person ist als Hygienefachkraft fachlich geeignet, wenn sie eine Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist. Das zeitliche Ausmaß der Tätigkeit hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot des Heimes zu richten.

(2) Die Hygienefachkraft hat Maßnahmen zu setzen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Maßnahmen hat die Hygienefachkraft gemeinsam mit dem medizinischen Verantwortlichen einen Hygieneplan zu erstellen, der Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen vorsieht.

(3) Der Hygieneplan ist im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten.

#### **Sicherheitsbeauftragter**

§ 15. (1) Der Heimträger hat zur Wahrung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der im Heim verwendeten medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen sowie zur Wahrung des Brandschutzes eine fachlich geeignete Person zum Sicherheitsbeauftragten zu bestellen. Eine Person ist als Sicherheitsbeauftragter fachlich geeignet, wenn sie durch entsprechende Schulung über hinreichende Kenntnisse auf dem Gebiet der technischen Sicherheit und des Brandschutzes verfügt. Das zeitliche Ausmaß der Tätigkeit hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot des Heimes zu richten.

(2) Der Sicherheitsbeauftragte hat die medizinisch-technischen Geräte und die technischen Einrichtungen des Heimes regelmäßig zu überprüfen oder für Überprüfungen zu sorgen und festgestellte Mängel zu beheben oder für deren Behebung zu sorgen. Das zeitliche Intervall der Überprüfungen hat sich nach den technischen und sicherheitstechnischen Vorschriften zu richten.

(3) Der Sicherheitsbeauftragte hat alle Vorkehrungen zu treffen, damit das Heim bei Brandgefahr unverzüglich geräumt werden kann und, sofern erforderlich, für die Setzung von Maßnahmen zu sorgen, die der Brandabschnittsbildung und der Sicherung der Fluchtwege dienen. Er hat weiters eine Brandschutzordnung mit einem zweckmäßigen Räumungsplan zu erstellen.

(4) Die Dokumentationen über die Überprüfungen nach Abs. 2 und die Brandschutzordnung einschließlich Räumungsplan nach Abs. 3 sind zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten.

### **Baulich – technische Ausstattung**

§ 16. (1) Der Heimträger hat unabhängig von sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu sorgen, dass bei der Errichtung und Ausstattung von Heimen auf die Sicherstellung der gesundheitlichen und sozialen Interessen sowie der individuellen Bedürfnisse der Bewohner Bedacht genommen wird.

(2) Bei der Errichtung und Ausstattung von Heimen ist insbesondere zu beachten, dass:

1. der Standort des Heimes unter möglicher Berücksichtigung der Integration in die städtische Umwelt gewählt wird;
2. die Aufteilung der Räume in familiäre Strukturen erfolgt;
3. die erforderliche Infrastruktur wie insbesondere Therapieräume, Räume für Rehabilitationsangebote, Sozialräume, Aufenthaltsräume und Räume für Dienstleistungen geschaffen werden;
4. die für Größe und Ausstattung der Zimmer jeweils geltenden Standards berücksichtigt werden;
5. grundsätzlich Einbettzimmer errichtet werden, wobei auch Zweibettzimmer vorzusehen sind und für Personen, die entsprechende soziale Kontakte wünschen, bis zu Vierbettzimmer vorgesehen werden können; insgesamt ist auf eine ausgewogene Mischung zu achten.

### **Dokumentation**

§ 17. (1) Der Heimträger hat über jede Bewohnerin und jeden Bewohner eine Dokumentation zu führen. In die Dokumentation sind die pflegerischen, medizinischen, therapeutischen und die zum Wohl der Bewohnerin oder des Bewohners erforderlichen Maßnahmen einzutragen. Überdies sind auch die weiteren für die Bewohnerin oder den Bewohner wichtigen Tatsachen vom Heimträger oder vom pflegenden, medizinischen und therapeutischen Personal festzuhalten.

(2) In der Dokumentation ist vom Heimträger oder vom pflegenden, medizinischen und therapeutischen Personal jedenfalls anzugeben:

1. Name des Heimes;
2. Vor- und Zuname, Titel, Geschlecht und Geburtsdatum der Bewohnerin oder des Bewohners;
3. Tag und Anlass der Aufnahme;
4. Name der Vertrauensperson oder eines allfälligen gesetzlichen Vertreters und erforderliche Daten für eine Kontaktaufnahme;
5. Tag der Beendigung des Heimaufenthalts.

(3) In der Dokumentation über eine Bewohnerin oder einen Bewohner, der betreut und gepflegt wird, ist vom Heimträger oder vom pflegenden, medizinischen und therapeutischen Personal darüber hinaus jedenfalls anzugeben:

1. hauptverantwortliche Pflegepersonen;
2. Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand;
3. Angaben zu den Aktivitäten des täglichen Lebens wie insbesondere Angaben über Ernährung und Mobilität unter Berücksichtigung der Biographie der Bewohnerin oder des Bewohners;
4. Angaben über die Anamnese, die Diagnose und die Therapie;
5. Angaben über die Ziele bei der Aufnahme und im weiteren Verlauf;
6. Pflegemaßnahmen zur Erreichung dieser Ziele;
7. Angaben über allfällige Freiheitsbeschränkungen nach § 6 Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG, BGBl. I Nr. 11/2004;
8. Angaben über die Einstufung nach einem Pflegegeldgesetz.

(4) Der Heimträger hat die Dokumentationen vertraulich zu führen und derart zu verwahren, dass eine missbräuchliche Kenntnisnahme ihrer Inhalte ausgeschlossen ist.

(5) Zur Sicherung der Zwecke nach Abs. 4 hat der Heimträger organisatorische Vorkehrungen zu treffen, die den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen im Sinne des § 1 Abs. 2 Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000, BGBl. I Nr. 165/1999 in der Fassung BGBl. I Nr. 136/2001, sicherstellen. Als organisatorische Vorkehrungen sind insbesondere vorzusehen:

1. Schutz der Daten vor unbefugtem Zugriff;
2. Protokollierung der Zugriffe auf die Daten;
3. Verschlüsselung der Daten bei deren Übermittlung in offene Netze.

(6) Der Heimträger hat die Dokumentation über eine Bewohnerin oder einen Bewohner zehn Jahre nach Beendigung des Heimaufenthalts aufzubewahren.

### **Qualitätsarbeit**

### **Qualitätsarbeit**

§ 18. (1) Der Heimträger hat im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätsarbeit vorzusehen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätsarbeit entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Leistungsqualität ermöglichen.

(2) Der Heimträger hat die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätsarbeit zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen. Die Unterlagen über die gesetzten Maßnahmen in der Qualitätsarbeit sind im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten.

### **Statistikbericht**

§ 19. (1) Der Heimträger hat dem Magistrat jährlich bis spätestens Ende Februar des Folgejahres einen Statistikbericht über das vorangegangene Betriebsjahr vorzulegen.

(2) Im Statistikbericht ist jedenfalls anzugeben:

1. Anzahl der Betreuungs- und Pflegeplätze zum Stichtag 31. Dezember des vorangegangenen Betriebsjahres;
2. Anzahl der Bewohner mit Angaben von Alter und Geschlecht sowie deren Kostenträger zum Stichtag 31. Dezember des vorangegangenen Betriebsjahres;
3. Änderung der Anzahl der Bewohner zum Stichtag 31. Dezember des vorangegangenen Betriebsjahres;
4. Personalplan nach § 9 Abs. 3 Z 3 zum Stichtag 31. Dezember des vorangegangenen Betriebsjahres;
5. Bericht über die gesetzten Maßnahmen in der Qualitätsarbeit.

### **Fortbildung, Weiterbildung und Supervision des Personals**

§ 20. (1) Der Heimträger hat sicherzustellen, dass die notwendige Fort- und Weiterbildung des Personals gewährleistet ist.

(2) Der Heimträger hat sicherzustellen, dass eine berufsbegleitende Supervision des zur Betreuung und Pflege eingesetzten Personals gewährleistet ist.

### **Arzneimittelvorrat**

§ 21. Der Heimträger hat die für die erste Hilfeleistung in dringenden Fällen notwendigen Arzneimittel vorrätig zu halten. Darüber hinaus kann der Heimträger die für einzelne Bewohner notwendigen Arzneimittel vorrätig halten. Der gesamte Arzneimittelvorrat ist fachgerecht zu verwahren.

### **Aufnahme, Änderung oder Einstellung des Betriebes**

§ 22. (1) Der Heimträger hat die Aufnahme, die Erweiterung, die wesentliche Einschränkung des Betriebes, sonstige wesentliche Änderungen wie insbesondere Änderung des Leistungsangebotes und die Einstellung des Betriebes spätestens drei Monate vor der beabsichtigten Maßnahme dem Magistrat unter Anschluss der erforderlichen Unterlagen schriftlich anzuzeigen.

(2) Im Fall der Anzeige der Aufnahme des Betriebes sind vom Heimträger folgende Unterlagen vorzulegen:

1. Angaben über den Heimträger und der für ihn handelnden Person;
2. Nachweis der Verlässlichkeit des Heimträgers und der für ihn handelnden Person, sofern es sich dabei um natürliche Personen handelt;
3. Nachweis über das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung des Heimes;
4. maßstabgerechte Baupläne eines Bausachverständigen;
5. Baubeschreibung;
6. Betriebs- und Leistungsbeschreibung;
7. Heimordnung;
8. Personalkonzept;
9. pflegerisches Konzept;
10. medizinisches und therapeutisches Konzept;
11. Prüfzertifikate von hiezu nach den Berufsvorschriften befugten Personen hinsichtlich der medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen;
12. Nachweis über die Erstattung der baubehördlichen Fertigstellungsanzeige.

medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen;

12. Nachweis über die Erstattung der baubehördlichen Fertigstellungsanzeige.

(3) Im Fall der Anzeige der Erweiterung oder der wesentlichen Einschränkung des Betriebes sowie sonstiger wesentlicher Änderungen sind vom Heimträger in Verbindung mit der Anzeige jene Unterlagen gemäß Abs. 2 vorzulegen, die für die Beurteilung der beabsichtigten Maßnahme erforderlich sind.

(4) Im Fall der Einstellung oder der wesentlichen Einschränkung des Betriebes hat der Heimträger dem Magistrat spätestens drei Monate vor der beabsichtigten Einstellung oder Einschränkung des Betriebes schriftlich anzuzeigen, wie die weitere Betreuung und Pflege der Bewohner erfolgt.

(5) Legt der Heimträger in Verbindung mit der Anzeige der Aufnahme oder der Erweiterung des Betriebes oder der sonstigen wesentlichen Änderung die erforderlichen Unterlagen nicht vor, kann der Magistrat die angezeigte Maßnahme nach fruchtlosem Ablauf einer vom Magistrat gesetzten angemessenen Frist untersagen.

(6) Im Fall der Anzeige der Aufnahme, der Erweiterung, der wesentlichen Einschränkung des Betriebes oder der sonstigen wesentlichen Änderung hat der Magistrat binnen drei Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen die Aufnahme, die Erweiterung, die wesentliche Einschränkung des Betriebes oder die sonstige wesentliche Änderung zu untersagen, wenn durch den Betrieb oder Weiterbetrieb des Heimes die Bestimmungen dieses Gesetzes oder die Bestimmungen der Verordnung gemäß § 30 nicht eingehalten werden.

(7) Untersagt der Magistrat nicht binnen drei Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen die Aufnahme, die Erweiterung, die wesentliche Einschränkung des Betriebes oder die sonstige wesentliche Änderung oder erklärt der Magistrat schriftlich schon vor Ablauf der Frist, dass die Aufnahme, die Erweiterung, die wesentliche Einschränkung des Betriebes oder die sonstige wesentliche Änderung nicht untersagt wird, darf der Betrieb aufgenommen oder weitergeführt werden.

(8) Der Magistrat kann die angezeigte Maßnahme binnen drei Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen unter Vorschreibung von Aufträgen im erforderlichen Ausmaß, die nach gesundheitlichen, organisatorischen, personellen, technischen oder sicherheitstechnischen Anforderungen unbedingt notwendig sind, zulassen.

(9) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 5, 6 und 8 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien erhoben werden.

(10) Bescheide nach Abs. 5, 6 und 8, Erklärungen nach Abs. 7 sowie Beschwerdeentscheidungen und Entscheidungen des Verwaltungsgerichtes Wien sind von der Aufsichtsbehörde dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger in Abschrift zur Kenntnis zu bringen.

### **Änderung des Heimträgers**

**§ 23.** (1) Jede beabsichtigte Änderung des Heimträgers ist dem Magistrat spätestens drei Monate vor der Änderung schriftlich durch den bisherigen und den neuen Heimträger anzuzeigen. Der Anzeige über die beabsichtigte Änderung des Heimträgers sind entsprechende Nachweise des neuen Heimträgers gemäß § 22 Abs. 2 Z 1 bis 3 beizulegen.

(2) Im Fall der Anzeige der Änderung des Heimträgers hat der Magistrat binnen drei Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen die Änderung des Heimträgers zu untersagen, wenn:

1. der neue Heimträger oder die für ihn handelnde Person nicht verlässlich ist,
2. der neue Heimträger kein Eigentumsrecht oder sonstiges Recht zur Benützung des Heimes hat.

(3) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 2 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien erhoben werden.

(4) Bescheide nach Abs. 2 sowie Beschwerdeentscheidungen und Entscheidungen des Verwaltungsgerichtes Wien sind von der Aufsichtsbehörde dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger in Abschrift zur Kenntnis zu bringen.

### **Bewilligung innovativer Modelle und Projekte**

**§ 24.** (1) Modelle innovativer Betriebskonzepte und Projekte organisatorischer Neuentwicklungen in und unabhängig von bestehenden Heimen, die eine Abweichung von den Bestimmungen dieses Gesetzes bzw. der darauf beruhenden Verordnung darstellen, können vom Magistrat auf Antrag mit Bescheid unter Vorschreibung erforderlicher Auflagen und zeitlicher Befristungen zugelassen werden, wenn durch Vorlage geeigneter und fundierter Unterlagen glaubhaft gemacht wird, dass die Ziele dieses Gesetzes trotz gegebener Abweichungen von einzelnen seiner Vorgaben gleichermaßen erreicht werden.

(2) Sollte sich nach Erteilung einer Bewilligung nach Abs. 1 herausstellen, dass die Vorschreibung weiterer Auflagen zur Erreichung der Ziele dieses Gesetzes notwendig und geeignet ist, sind weitere Auflagen vorzuschreiben.

(3) Sollte sich nach Erteilung einer Bewilligung nach Abs. 1 herausstellen, dass die Ziele dieses Gesetzes trotz erteilter Auflagen nicht erreicht werden und eine Erreichung dieser Ziele auch bei Vorschreibung weiterer Auflagen nicht zu erwarten ist, ist die Bewilligung zurückzunehmen.

(4) Gegen Bescheide nach Abs. 1 bis 3 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien erhoben werden.

nicht zu erwarten ist, ist die Bewilligung zurückzunehmen.

(4) Gegen Bescheide nach Abs. 1 bis 3 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien erhoben werden.

(5) Bescheide nach Abs. 1 bis 3 sowie Beschwerdeentscheidungen und Entscheidungen des Verwaltungsgerichtes Wien sind von der Aufsichtsbehörde dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger in Abschrift zur Kenntnis zu bringen.

(6) Die Bestimmungen über die Aufsicht gelten sinngemäß.

#### **4. ABSCHNITT**

##### **Betriebspflichten**

##### **Verschwiegenheitspflicht**

§ 25. (1) Der Heimträger und die in einem Heim tätigen Personen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen anvertrauten oder bekannt gewordenen Tatsachen verpflichtet.

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn:

1. nach gesetzlichen Vorschriften eine Auskunftspflicht vorgesehen ist;
2. Mitteilungen an Bundes-, Landes- oder Gemeindebehörden sowie an die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft zur Wahrnehmung der diesen Stellen übertragenen Aufgaben erforderlich sind;
3. der durch die Offenbarung der Tatsache Betroffene von der Geheimhaltung entbunden hat;
4. die Offenbarung der Tatsache nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege, der Rechtspflege, der Entscheidung über Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen unbedingt erforderlich ist.

(3) Der Heimträger hat das Personal auf diese Verschwiegenheitspflicht nachweislich schriftlich hinzuweisen.

##### **Datenschutz**

§ 26. (1) Im Fall der Aufnahme einer Person in ein Heim nach einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt hat der Rechtsträger der Krankenanstalt eine Ausfertigung des Patientenbriefes nach § 38 Abs. 2 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG zum Zweck der Führung der Dokumentation sowie der weiteren Betreuung und Pflege der Bewohnerin oder des Bewohners kostenlos an den Heimträger auf dessen Anfrage weiterzugeben, sofern der Heimträger diese Daten benötigt, um seinen Verpflichtungen nach diesem Gesetz nachzukommen und die Bewohnerin oder der Bewohner nicht in der Lage ist, den Patientenbrief an den Heimträger zu übergeben.

(2) Zum Schutz der Geheimhaltungsinteressen der nach Abs. 1 Betroffenen hat der Heimträger organisatorische Vorkehrungen unter sinngemäßer Anwendung des § 17 Abs. 5 zu treffen.

##### **Verbot der Annahme von Vermögen**

§ 27. (1) Dem Heimträger und den im Heim tätigen Personen ist es untersagt, von einer Bewohnerin oder einem Bewohner über das im Heimvertrag vereinbarte Entgelt hinaus Vermögen für sich oder für Dritte anzunehmen.

(2) Dies gilt nicht für Zuwendungen, die mittels gerichtlich oder notariell beglaubigter Dokumente für wohltätige oder gemeinnützige Zwecke gewährt werden und für Zuwendungen von geringem materiellen Wert.

#### **5. ABSCHNITT**

##### **Kontrollbestimmungen**

##### **Aufsicht**

§ 28. (1) Die Heime unterliegen der behördlichen Aufsicht. Aufsichtsbehörde ist der Magistrat. Die Aufsicht ist dahingehend auszuüben, dass die Heime nach Führung und Ausstattung den gesundheitlichen, organisatorischen, personellen, technischen und sicherheitstechnischen Erfordernissen einer fachgerechten pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Betreuung zu entsprechen haben. Unabhängig von sonstigen rechtlichen Regelungen muss der Betrieb eines Heimes den Bestimmungen dieses Gesetzes und den Bestimmungen der Verordnung gemäß § 30 entsprechen.

(2) Der Magistrat hat den Betrieb eines Heimes im Fall einer Beschwerde unverzüglich und darüber hinaus längstens in Abständen von einem Jahr von Amts wegen zu überprüfen. In Ausübung seiner Aufsicht ist der Magistrat jederzeit berechtigt mündliche Verhandlungen in Verbindung mit einem Augenschein durchzuführen, um insbesondere zu prüfen, ob den in diesem Gesetz und in einer Verordnung nach § 30 festgelegten Vorschriften entsprochen wird.



(3) Der Heimträger hat den Organen des Magistrats die Wahrnehmung der Aufsicht zu ermöglichen. Er hat ihnen jederzeit Zutritt zu den Räumlichkeiten des Heimes zu gewähren, Kontrollen durchführen zu lassen und erforderliche Auskünfte zu erteilen. Der Heimträger hat den Organen des Magistrats vorzulegen:

1. Aufzeichnungen, aus denen hervorgeht, dass er seine Informationspflichten gegenüber den Bewohnern und deren Vertrauenspersonen erfüllt;
2. Unterlagen, aus denen ersichtlich ist, dass er seine Pflichten nach diesem Gesetz und nach der Verordnung gemäß § 30 einhält;
3. Personaldaten, aus denen die berufliche Qualifikation der im Heim tätigen Personen ersichtlich ist.

Die Dokumentationen nach § 17 sind vom Heimträger den Organen des Magistrats ebenfalls vorzulegen, damit von ihnen geprüft werden kann, ob die Dokumentationen die erforderlichen Angaben enthalten und ob die Bewohner, die betreut und gepflegt werden, eine fachgerechte Betreuung erhalten. Der Heimträger hat einen ungehinderten Kontakt zwischen den Bewohnern und den Organen des Magistrats zuzulassen.

(4) Werden bei der Überprüfung eines Heimes Mängel festgestellt, hat der Magistrat dem Heimträger die Behebung der Mängel unter Setzung einer angemessenen Frist aufzutragen.

(5) Der Magistrat kann jederzeit Auflagen im erforderlichen Ausmaß vorschreiben, die nach gesundheitlichen, organisatorischen, personellen, technischen oder sicherheitstechnischen Anforderungen unbedingt notwendig sind.

(6) Der Magistrat hat den Betrieb eines Heimes ganz oder teilweise zu untersagen, wenn:

1. schwerwiegende Mängel vorliegen, die nicht behebbar sind oder zu deren Behebung der Heimträger nicht bereit ist;
2. schwerwiegende Mängel trotz Erteilung eines Auftrages nach Abs. 4 nicht behoben wurden;
3. eine für das Leben oder die Gesundheit der Bewohner derart unmittelbar drohende Gefahr besteht, dass die Erteilung eines Auftrages nach Abs. 4 oder die Vorschreibung von Auflagen nach Abs. 5 nicht abgewartet werden kann.

(7) Ein nach Abs. 6 erlassener Bescheid ist wieder aufzuheben, wenn auf Grund einer neuerlichen Überprüfung oder durch Vorlage von Unterlagen, aus denen die Mängelbehebung hervorgeht, feststeht, dass der Grund für die Untersagung weggefallen ist.

(8) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 4 bis 7 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien erhoben werden.

(9) Die Aufsichtsbehörde hat dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger zum Zweck der Gewährung von sozialen Diensten sowie von Pflege in Heimen, die dem Anwendungsbereich dieses Gesetzes unterliegen, über das Vorliegen, die Art und das Ausmaß von im Rahmen der Aufsichtsführung festgestellten Mängeln Auskunft zu erteilen.

(10) Bescheide nach Abs. 4 bis 7 sowie Beschwerdevereinscheidungen und Entscheidungen des Verwaltungsgerichtes Wien sind von der Aufsichtsbehörde dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger in Abschrift zur Kenntnis zu bringen.

### **Heimkommission**

§ 29. (1) Zur Unterstützung des Magistrats bei seiner Aufsicht und zu dessen Beratung in Heimangelegenheiten ist bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft eine Heimkommission einzurichten. Die Heimkommission hat regelmäßig den Betreuungs- und Pflegestandard der Heime zu beurteilen und dem Magistrat jährlich darüber zu berichten. In grundsätzlichen Fragen der Betreuung und Pflege der Bewohner kann die Heimkommission Empfehlungen abgeben und bei allen wichtigen, die Rechte und Interessen der Bewohner betreffenden Angelegenheiten, Vorschläge zur Förderung der Rechte und Interessen der Bewohner erlassen. Zur Ausübung ihrer Aufgaben hat die Heimkommission das Recht zur Einsichtnahme in die Dokumentationen nach § 17.

(2) Der Heimkommission haben jedenfalls anzugehören:

1. zwei Fachleute aus dem Pflegebereich,
2. zwei Vertreter der Heimträger,
3. ein Arzt sowie
4. eine auf Beschwerdemanagement in der Pflege spezialisierte Person.

Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied vorzusehen. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder gemäß Z 1 bis 3 sind vom Magistrat im Einvernehmen mit der Wiener Patienten-anwaltschaft zu bestellen. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder gemäß Z 1 bis 3 sind vom Magistrat im Einvernehmen mit der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft zu bestellen. Die Tätigkeit der Mitglieder und Ersatzmitglieder ist ehrenamtlich.

(3) Die Heimkommission wählt aus ihrer Mitte die Vorsitzende oder den Vorsitzenden. Die Wahl der Stellvertreterin oder des Stellvertreters hat in gleicher Weise zu erfolgen.

(4) Die Heimkommission ist von der Vorsitzenden oder vom Vorsitzenden regelmäßig, mindestens zweimal pro Jahr, einzuberufen. Überdies ist die Heimkommission von der Vorsitzenden oder vom Vorsitzenden auf Verlangen von mindestens der Hälfte der Mitglieder einzuberufen. Die Sitzungen der Heimkommission sind nicht öffentlich.

(5) Die Heimkommission hat eine Geschäftsordnung zu beschließen, die insbesondere folgende Bestimmungen

von mindestens der Hälfte der Mitglieder einzuberufen. Die Sitzungen der Heimkommission sind nicht öffentlich.

(5) Die Heimkommission hat eine Geschäftsordnung zu beschließen, die insbesondere folgende Bestimmungen zu enthalten hat:

1. Aufgaben der Heimkommission;
2. Bestellung der Mitglieder und Ersatzmitglieder;
3. Dauer der Mitgliedschaft und Ersatzmitgliedschaft;
4. Wahl der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden sowie der Stellvertretung;
5. Funktionsperiode und vorzeitige Beendigung der Funktionsperiode der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden;
6. Einberufung, Teilnahme und Leitung der Sitzungen;
7. Beschlussfassung;
8. Verschwiegenheitspflicht;
9. Protokoll;
10. Geschäftsführung.

(6) Die Führung der laufenden Geschäfte, die Besorgung der Kanzleigeschäfte und die Vorbereitung der Sitzungen obliegt der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft.

### **Verordnungsermächtigung**

**§ 30.** (1) Die Landesregierung hat durch Verordnung personelle und baulich-technische Mindeststandards für Einrichtungen nach § 2 Abs. 1 Z 2 und 3 festzulegen.

(2) Bei Festlegung der personellen Mindeststandards sind folgende Grundsätze sicherzustellen:

1. Die Anzahl des einzusetzenden fachlich qualifizierten Personals richtet sich nach der Anzahl der Bewohner und deren Betreuungs- und Pflegebedarf.
2. Das Ausmaß des Pflegebedarfs ist nach der PflegegeldEinstufung zu beurteilen.
3. Für das Pflegepersonal ist ein Personalschlüssel festzulegen, wobei aus berücksichtigungswürdigen Gründen eine Bandbreite vorgesehen werden kann. Die Höhe der Abweichung und die Gründe für ihre Zulässigkeit sind in der Verordnung festzulegen.

(3) Die baulich-technischen Mindeststandards haben sich zu beziehen auf:

1. Größe und Ausstattung der Heime;
2. Größe und Ausstattung der Wohneinheiten;
3. Infrastruktur und Verkehrswege.

## **6. ABSCHNITT**

### **Strafbestimmungen**

**§ 31.** (1) Eine Verwaltungsübertretung begeht und ist vom Magistrat mit einer Geldstrafe bis zu 20 000 Euro, im Fall der Uneinbringlichkeit mit einer Ersatzfreiheitsstrafe bis zu sechs Wochen, zu bestrafen, wer:

1. entgegen der Bestimmung des § 28 Abs. 3 den Organen des Magistrats die Wahrnehmung der Aufsicht nicht ermöglicht;
2. entgegen der Bestimmung des § 28 Abs. 3 den Organen des Magistrats den ungehinderten Kontakt mit den Bewohnern verwehrt;
3. einen Mangel nicht innerhalb der gemäß § 28 Abs. 4 gesetzten Frist behebt;
4. ein Heim trotz rechtskräftiger Untersagung gemäß § 22 Abs. 5 oder 6, § 28 Abs. 6 oder § 32 Abs. 3 oder 6 betreibt;
5. eine gemäß § 22 Abs. 1 oder § 23 Abs. 1 anzeigepflichtige Maßnahme trotz rechtskräftiger Untersagung gemäß § 22 Abs. 5 oder 6 oder § 23 Abs. 2 vornimmt;
6. ein von den Bestimmungen dieses Gesetzes abweichendes Modell oder Projekt nach § 24 ohne Bewilligung des Magistrats gemäß § 24 Abs. 1 oder trotz rechtskräftiger Zurücknahme dieser Bewilligung gemäß § 24 Abs. 3 betreibt.

(2) Eine Verwaltungsübertretung begeht und ist vom Magistrat mit einer Geldstrafe bis zu 10 000 Euro, im Fall der Uneinbringlichkeit mit einer Ersatzfreiheitsstrafe bis zu drei Wochen, zu bestrafen, wer:

1. der Verpflichtung zur Erstellung oder Änderung einer Betriebs- und Leistungsbeschreibung gemäß § 7 Abs. 1 und 2 oder 4 zuwiderhandelt;
2. der Verpflichtung zur Erstellung oder Änderung einer Heimordnung gemäß § 8 Abs. 1 und 2 oder 4 zuwiderhandelt;
3. der Verpflichtung zur Erstellung oder Änderung eines Personalkonzepts gemäß § 9 Abs. 2 und 3 oder 4 zuwiderhandelt;
4. die Anzeigepflichten nach § 22 Abs. 1 bis 3, § 23 Abs. 1 oder § 32 Abs. 2 oder 5 verletzt;
5. die in § 4 Abs. 1, 3 und 4, § 5 Abs. 1, 2, 5 und 6, § 6, § 7 Abs. 3 bis 5, § 8 Abs. 3 bis 5, § 9 Abs. 1 und 4, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16 Abs. 1, § 17, § 18, § 19, § 20, § 21, § 22 Abs. 4 oder § 24 Abs. 3 enthaltenen Pflichten verletzt;
6. die Verschwiegenheitspflicht gemäß § 25 Abs. 1 verletzt;

6. die Verschwiegenheitspflicht gemäß § 25 Abs. 1 verletzt;
7. für sich oder für Dritte einen Vermögensvorteil entgegen der Bestimmung des § 27 annimmt;
8. den Bestimmungen der Verordnung nach § 30 zuwiderhandelt.

(3) Eine Verwaltungsübertretung nach den vorstehenden Bestimmungen liegt nicht vor, wenn die Tat den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet.

(4) Entgegen § 27 angenommene Vermögensvorteile sind für verfallen zu erklären. Ist ein Verfall nicht möglich, so ist über den Täter eine Verfallsersatzstrafe zu verhängen, deren Höhe dem Wert des gewährten Vermögensvorteiles entspricht.

(5) Der Erlös für die nach Abs. 4 verfallenen Vermögensvorteile bzw. der Wertersatz fließt dem Land Wien zu und ist für Belange des Gesundheitswesens zu verwenden.

### 7. ABSCHNITT

#### Schlussbestimmungen

#### Übergangsbestimmungen

§ 32. (1) Der Heimträger eines bestehenden Heimes hat spätestens ein Jahr nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes die Bestimmungen dieses Gesetzes einzuhalten.

(2) Der Heimträger, der zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes ein Heim betreibt und weiter zu betreiben beabsichtigt, hat den Weiterbetrieb des Heimes spätestens ein Jahr nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes dem Magistrat schriftlich anzuzeigen. Der Anzeige sind anzuschließen:

1. Betriebs- und Leistungsbeschreibung;
2. Heimordnung;
3. Personalkonzept;
4. pflegerisches Konzept;
5. medizinisch-therapeutisches Konzept;
6. Raumplan;
7. maßstabgerechter Lageplan des Heimes;
8. allgemeine Beschreibung der baulichen Anlagen.

(3) Der Magistrat hat auf Grund einer Anzeige nach Abs. 2 binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen den Weiterbetrieb eines bestehenden Heimes, das der Personalausstattung oder der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entspricht, zu untersagen, wenn auf Grund von Überprüfungen durch den Magistrat feststeht, dass durch den Weiterbetrieb des Heimes eine Lebensgefahr oder schwerwiegende Gesundheitsgefahr der Bewohner besteht.

(4) Untersagt der Magistrat nicht binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen nach Abs. 2 den Weiterbetrieb von bestehenden Heimen, die der Personalausstattung oder der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entsprechen, ist der Weiterbetrieb der Heime für fünf Jahre ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes zulässig.

(5) Der Heimträger, der ein Heim fünf Jahre ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes nach Abs. 4 weiter betreibt und weiter zu betreiben beabsichtigt, hat den Weiterbetrieb des Heimes dem Magistrat spätestens sechs Monate vor Ablauf der fünfjährigen Frist schriftlich anzuzeigen. Der Anzeige sind die Unterlagen nach Abs. 2 anzuschließen.

(6) Der Magistrat hat auf Grund einer Anzeige nach Abs. 5 binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen den Weiterbetrieb eines bestehenden Heimes, das der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entspricht, zu untersagen, wenn nicht auf Grund von Überprüfungen durch den Magistrat und auf Grund der allgemeinen Versorgungslage feststeht, dass der Weiterbetrieb des Heimes zur Sicherstellung der ausreichenden Versorgung für die Allgemeinheit unbedingt erforderlich ist.

(7) Untersagt der Magistrat nicht binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen nach Abs. 5 den Weiterbetrieb von bestehenden Heimen, die der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entsprechen, ist der Weiterbetrieb bis 31. Dezember 2019 zulässig.

(8) Der Magistrat kann den Weiterbetrieb gemäß Abs. 4 oder 7 binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen unter Vorschreibung von Aufträgen im erforderlichen Ausmaß, die nach gesundheitlichen, organisatorischen, personellen, technischen oder sicherheitstechnischen Anforderungen unbedingt notwendig sind, zulassen.

(9) Kommt der Heimträger der Verpflichtung zur Anzeige des Weiterbetriebes nach Abs. 2 und 5 innerhalb der dafür vorgesehenen Frist nicht nach, kann der Magistrat den Weiterbetrieb des Heimes jederzeit auch ohne Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 3 und 6 untersagen.

(10) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 3, 6, 8 und 9 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht

der Voraussetzungen nach Abs. 3 und 6 untersagen.

(10) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 3, 6, 8 und 9 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien erhoben werden.

(11) Bescheide nach Abs. 3, 6, 8 und 9 sowie Beschwerdeentscheidungen und Entscheidungen des Verwaltungsgerichtes Wien sind von der Aufsichtsbehörde dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger in Abschrift zur Kenntnis zu bringen.

#### **In- und Außer-Kraft-Treten**

§ 33. (1) Dieses Gesetz tritt drei Monate nach dem Tag der Kundmachung in Kraft.

(2) Die Verordnung auf Grund dieses Gesetzes kann bereits vor In-Kraft-Treten dieses Gesetzes erlassen und kundgemacht werden. Sie darf aber frühestens zugleich mit diesem Gesetz in Kraft gesetzt werden.

(3) Mit In-Kraft-Treten dieses Gesetzes treten die §§ 15 Abs. 2 und 3, 22a und 36 Abs. 3 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG außer Kraft.

#### **Verordnung der Wiener Landesregierung betreffend Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen (Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG)**

Fundstellen der Rechtsvorschrift		
Datum	Publ.Blatt	Fundstelle
29.06.2005	LGBI	<a href="#">2005/31</a>
30.01.2009	LGBI	<a href="#">2009/12</a>
21.12.2012	LGBI	<a href="#">2012/74</a>

Gemäß § 30 Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG, LGBI. für Wien Nr. 15/2005, wird verordnet:

#### **1. ABSCHNITT**

##### **Inhalt und Anwendungsbereich**

§ 1. Mit dieser Verordnung werden personelle und baulich-technische Mindeststandards für folgende Einrichtungen nach dem Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG, LGBI. für Wien Nr. 15/2005, festgelegt:

1. Pflegeheime für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf,
2. Wohnheimen angeschlossene Pflegestationen.

#### **2. ABSCHNITT**

##### **Personelle Mindeststandards**

##### **Betreuungs- und Pflegepersonal**

§ 2. (1) Grundlage des Angebotes an Betreuungs- und Pflegeleistungen bildet die Pflegegeldeinstufung der Bewohner.

(2) Im Rahmen der Betreuungs- und Pflegeleistungen sind jedenfalls zu berücksichtigen:

1. somatische Bedürfnisse,
2. psychosoziale Bedürfnisse,
3. die Möglichkeit der Erhaltung von sozialen Kontakten,
4. Leistungen, die nach ärztlicher Anordnung durchzuführen sind.

§ 3. (1) Der Heimträger hat die Betreuung und Pflege der Bewohner durch Betreuungs- und Pflegepersonal sicherzustellen.

(2) Zur Pflege der Bewohner dürfen nur Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegehelfer eingesetzt werden.

(3) Zur Betreuung der Bewohner dürfen Betreuungspersonen (wie Heimhelfer) und Angehörige von Hilfsdiensten (wie Abteilungshelfer) eingesetzt werden.

(4) Angehörige anderer als der in Abs. 2 und 3 genannten Berufsgruppen dürfen für Tätigkeiten nach Abs. 2 und 3 herangezogen werden, soweit diese von ihrem jeweiligen Berufsbild umfasst sind.

§ 4. (1) Das Verhältnis der Bewohnerinnen und Bewohner nach deren Betreuungs- und Pflegebedarf zur Anzahl des Betreuungs- und Pflegepersonals darf folgenden Stand nicht unterschreiten:

Pflegegeldstufe	Vollzeitbeschäftigte Betreuungs- und Pflegeperson	Bewohner
0	1	20
1	1	20
2	1	7
3	1	2
4	1	1,75
5	1	1,5
6	1	1,25
7	1	1

## S 710-010 – Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen

(2) Der in Abs.1 festgelegte Personalschlüssel kann aus Gründen der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation oder aus besonders berücksichtigungswürdigen Gründen im Zusammenhang mit dem Personalkonzept eines Heimes bis zu 10 Prozent unterschritten werden, sofern der Schutzzweck dieser Verordnung dadurch nicht beeinträchtigt wird.

§ 5. Für Leistungen bei Bewohnern mit besonderem Betreuungs- bzw. Pflegebedarf ist über die in § 4 festgelegte Mindestpersonalausstattung hinaus eine diesen besonderen Betreuungs- und Pflegebedarf abdeckende Personalausstattung sicherzustellen.

§ 6. (1) Der Anteil der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege darf 30% der Mindestpersonalausstattung (§ 4) nicht unterschreiten.

(2) Der Anteil der Betreuungs- und Hilfspersonen darf 20% der Mindestpersonalausstattung (§ 4) nicht übersteigen.

### Medizinisches Personal

§ 7. Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner die medizinische Betreuung durch Ärzte (und allenfalls erforderliches Hilfspersonal) sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Ärzte oder durch rasche Erreichbarkeit von niedergelassenen Ärzten erfolgen.

### Therapeutisches Personal

§ 8. Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner die therapeutische Betreuung durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Therapeuten oder durch Vermittlung von niedergelassenen Therapeuten erfolgen.

### Psychologische und psychotherapeutische Betreuung

§ 9. Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner die psychologische und psychotherapeutische Betreuung sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Psychologen und Psychotherapeuten oder durch Vermittlung von niedergelassenen Psychologen und Psychotherapeuten erfolgen.

## 3. ABSCHNITT

### Baulich-technische Mindeststandards

#### Größe und Infrastruktur der Pflegeheime und Pflegestationen

§ 10. (1) Neu zu errichtende Pflegeheime dürfen nicht mehr als 350 Heimplätze aufweisen.

(2) Pflegeheime sind in baulich überschaubare Einheiten mit nicht mehr als 28 Heimplätzen zu gliedern.



(2) Pflegeheime sind in baulich überschaubare Einheiten mit nicht mehr als 28 Heimplätzen zu gliedern. Eine Gliederung kann, sofern dies den in § 3 WWPG genannten Zielen entspricht, unter besonderen Voraussetzungen auch durch organisatorische Maßnahmen erfolgen. Auf Grund des pflegerischen Konzepts und der räumlichen Gegebenheiten kann die Anzahl der Heimplätze pro Einheit bis auf 36 erhöht werden.

(3) Pflegestationen dürfen nicht mehr als 28 Heimplätze aufweisen. Auf Grund des pflegerischen Konzepts und der räumlichen Gegebenheiten kann die Anzahl der Heimplätze pro Pflegestation bis auf 36 erhöht werden.

**§ 11.** (1) Neben den Räumen für die Bewohner (Wohneinheiten) sowie Funktions- und Nebenräumen müssen in ausreichender Anzahl und Eignung zumindest folgende Räume vorhanden sein:

1. Therapieraum,
2. Raum für Rehabilitationsangebote,
3. Sozialraum,
4. Aufenthaltsraum,
5. Raum für Dienstleistungen.

In Einrichtungen, die bereits am 29. Juni 2005 bestanden haben, können Therapien, Rehabilitationsangebote und Dienstleistungen auch in dafür geeigneten Wohneinheiten erfolgen.

(2) Eine geeignete Notrufanlage oder ein geeignetes Notfallsystem muss vorhanden sein.

---

## S 710-010 – Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen

### Größe und Ausstattung der Wohneinheiten

**§ 12.** Die Mindestgröße der Wohneinheiten ohne Nasseinheit (Waschbecken, Dusche, WC) hat zu betragen:

1. bei Wohneinheiten für eine Person 14 m<sup>2</sup>,
2. bei Wohneinheiten für zwei Personen 20 m<sup>2</sup>,
3. bei Wohneinheiten für drei Personen 26 m<sup>2</sup>,
4. bei Wohneinheiten für vier Personen 32 m<sup>2</sup>.

**§ 13.** (1) Die Ausstattung der Wohneinheiten muss den angemessenen hygienischen, pflegerischen, technischen und sicherheitstechnischen Anforderungen entsprechen.

(2) Die Wohneinheiten müssen barrierefrei beschaffen sein.

(3) In den Wohneinheiten müssen vorhanden sein:

1. Wohn- und Schlafbereich,
2. Platz für persönliche Gegenstände,
3. in Wohneinheiten für mobile und orientierte Personen eine Nasseinheit mit Waschbecken, Dusche und Toilette,
4. in Wohneinheiten für Personen, die auf Grund ihrer körperlichen oder psychischen Verfassung weder Dusche noch Toilette benutzen können, jedenfalls ein Waschbecken.

(4) Die Wohneinheiten müssen über eine ausreichende Belichtung verfügen und gut entlüftbar sein. Die Türen müssen so breit sein, dass ein sicheres und gefahrloses Befahren mit Rollstühlen und Betten möglich ist.

### Verkehrswege

**§ 14.** (1) Ein- und Ausgänge sowie Verkehrswege müssen barrierefrei beschaffen sein und ein sicheres und gefahrloses Begehen und Befahren mit Rollstühlen und Betten ermöglichen. Verkehrswege müssen so ausgestattet sein, dass eine leichte Orientierung möglich ist.

(2) Fluchtwege müssen derart beschaffen und gekennzeichnet sein, dass im Brandfall oder in einem sonstigen Notfall ein rasches Verlassen des Heimes durch die Bewohner und sonstige im Heim befindliche Personen möglich ist.

(3) Pflegestationen in Wohnheimen, die nach dem 29. Juni 2005 errichtet werden, müssen über einen barrierefrei zugänglichen Personenaufzug erreichbar sein, der eine sichere und gefahrlose Beförderung von Betten ermöglicht. In Pflegeheimen, die nach dem 29. Juni 2005 errichtet werden, muss mindestens ein Personenaufzug diesen Anforderungen entsprechen.

### Brandschutz

§ 15. (1) Der Heimträger hat sicherzustellen, dass alle Vorkehrungen getroffen werden, dass das Heim bei Brandgefahr in kürzester Zeit geräumt werden kann. Es ist eine Brandschutzordnung mit einem zweckmäßigen Räumungsplan aufzustellen. Das in einem Pflegeheim oder einer Pflegestation beschäftigte Personal sowie die Heimbewohner sind mit der Brandschutzordnung und insbesondere mit dem Räumungsplan vertraut zu machen. Die Räumung ist jährlich mehrmals probeweise durchzuführen.

(2) In jedem Gebäudegeschoß ist eine entsprechende Anzahl von geeigneten Feuerlöschgeräten anzubringen und in stets gebrauchsfähigem Zustand zu erhalten.

(3) Elektrische Anlagen und Betriebsmittel müssen so beschaffen sein, dass sie weder das Leben oder die Gesundheit von Menschen gefährden noch eine Brandgefahr darstellen.

### 4. ABSCHNITT

#### In-Kraft-Treten

§ 16. Diese Verordnung tritt mit dem der Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft.



---

#### Herausgeber:

Wiener Heimkommission bei der  
Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft  
1050 Wien, Schönbrunner Straße 108  
Telefon: (+43 1) 587 12 04  
Fax: (+43 1) 4000/82510  
E-Mail: heimkommission@wpa.wien.gv.at  
www.patientenrechtsanwaltschaft.wien.at

#### Grafische Gestaltung:

Pinkhouse Design GmbH  
www.pinkhouse.at  
Fotos: Wiener Heimkommission, Shutterstock

#### Druck:

AV+Astoria Druckzentrum GmbH, 1030 Wien, Faradaygasse 6

Gedruckt auf ökologischem Druckpapier aus der Mustermappe von „ÖkoKauf Wien“