

# BERICHT

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

# WIENER HEIMKOMMISSION 2017



**WH**

ie iener H imkom is ion

StaDt  Wien

*Wien ist anders.*

**Liebe Leserin, lieber Leser!**



Seit Jahren ist Wien die Stadt mit der höchsten Lebensqualität. Damit das auch für die ältere Bevölkerung so ist, bietet die Stadt nicht nur eine Vielzahl an Freizeitaktivitäten, sondern vor allem ein gut ausgebautes Gesundheitssystem und vielfältige Angebote im Bereich Betreuung und Pflege an. Dabei stehen die individuellen Bedürfnisse der Menschen im Mittelpunkt, denn unser Ziel ist es genau jene Hilfe und Unterstützung zu bieten, die auch tatsächlich gebraucht wird. Vor allem wenn es um den Wunsch geht, solange wie möglich zu Hause wohnend zu bleiben, braucht es abgestimmte Angebote, die die Selbstständigkeit im Alter unterstützen und fördern. Ein wichtiges Element dabei ist es auch Lücken im Angebot zu schließen. 2017 konnten wir nicht nur die Öffnungszeiten der Tageszentren ausweiten, sondern auch das „befristete Wohnen“ in den Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäusern präsentieren. Dabei steht nicht nur die Versorgung mit entsprechenden Angeboten im Zentrum, sondern auch die Entlastung von Angehörigen.

Die Menschen sollen in unserer Stadt ein Netz an Leistungen vorfinden, welches den Bedarf individuell abdeckt und so die Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben mit hoher Lebensqualität bis zuletzt schafft. Die Wiener Heimkommission stellt in diesem Zusammenhang einen wichtigen Knotenpunkt im Bereich der Wohn- und Pflegeheime dar. Sie bietet nicht nur eine niedrighschwellige Möglichkeit, Kritik oder ein Anliegen zu äußern, sondern verhilft auch dazu, dass die Interessen der hochbetagten Menschen in Einrichtungen aktiv unterstützt und gehört werden.

Ich möchte mich bei allen Mitgliedern der Wiener Heimkommission und bei den Mitarbeiterinnen 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. Danke für Ihren engagierten Einsatz für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen in unserer Stadt, der sich in dem vorliegenden Tätigkeitsbericht widerspiegelt.

**Sandra Frauenberger**

Stadträtin für Soziales, Gesundheit und Frauen

### Einleitung



Im Jahr 2017 erlebten die Themen „Pflege im Alter“ und „stationäre Pflege“ eine politische und öffentliche Aufwertung.

Mit der Abschaffung des Pflegeregresses, der Ende Juni 2017 im Nationalrat beschlossen wurde, ist es den Bundesländern untersagt, ab 1. Jänner 2018 Ersatzansprüche gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen bzw. deren Angehörigen geltend zu machen. Laufende Verfahren sind einzustellen. Es bedarf jedoch dringlich einer Nachschärfung durch den Bundesgesetzgeber, um Rechtssicherheit für Betroffene, aber auch für Länder und Sozialhilfeträger zu schaffen.

Der Wunsch vieler älterer Wienerinnen und Wiener, ihren Lebensabend in den „eigenen vier Wänden“ zu verbringen, sollte auch nach wie vor im Tun aller Beteiligten im Vordergrund stehen. Denn unverändert bleibt die Strategie „mobil vor stationär“ prioritär hinsichtlich Selbstbestimmung und Ermöglichung individueller Lebensqualität. Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz (2. ErwSchG) wird die Autonomie und die maximale Unterstützung zur Entscheidungsfindung für betroffene Personen verstärkt in den Fokus setzen.

Die Mitglieder der Wiener Heimkommission standen auch in diesem Berichtsjahr Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen nicht nur bei Sprechtagen zur Verfügung, sondern setzten sich auch grundsätzlich mit verschiedensten pflegerelevanten Themen, wie den Änderungen im Erbrecht, GEMED-Geriatriisches Medikationsmanagement, dem 2. Erwachsenenschutz-Gesetz u.a. auseinander. Namhafte Expertinnen und Experten wurden zu den Sitzungen eingeladen.

Einzelne Kritikpunkte und auch Vorfälle in anderen Bundesländern haben die Wiener Heimkommission dazu veranlasst, sich mit den Situationen in den Wiener Einrichtungen besonders eingehend auseinanderzusetzen, diese zu hinterfragen und auch entsprechende Empfehlungen, wie beispielsweise Prävention gegen Gewalt und Aggression durch die Angebote, wie z.B. Elder Mediation und Deeskalationsmanagement, auszusprechen. Dabei ist auch das rasche und unbürokratische „Hinschauen“ eine Stärke der Wiener Heimkommission.

Die laufende Qualitätsarbeit des Fonds Soziales Wien und der damit verbundene Beitrag zur Betreuungsqualität sowie zur Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner sollen an dieser Stelle ebenfalls nicht unerwähnt bleiben.

Es liegt Ihnen nunmehr der Bericht über das Jahr 2017 vor. Er gibt mir die Gelegenheit, im Namen der Bewohnerinnen und Bewohner allen Mitgliedern der Wiener Heimkommission, allen Partnerinnen und Partnern in unserer Stadt, der Gesundheitspolitik und insbesondere meinem Team 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 .....	21
<b>2</b>	<b>Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten</b>	
2.1	Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ (im Bericht 2016 unter Punkt 2.1).....	22
2.2	Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG (im Bericht 2016 unter Punkt 2.3) .....	24
2.3	Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und Wiener Krankenanstaltenverbund (im Bericht 2016 unter Punkt 2.4).....	25
2.4	ELGA – Ombudsstelle: Standort Wien bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwaltschaft (im Bericht 2016 unter Punkt 2.5).....	26
2.5	Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ (im Bericht 2016 unter Punkt 2.7).....	27
2.6	Stadtrechnungshof Wien – Prüfung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwaltschaft und der Wiener Heimkommission (im Bericht 2016 unter 3.2) .....	29
<b>3</b>	<b>Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge</b>	
3.1	„1450 telefonische Gesundheitsberatung“ – Ein Wegweiser durch das Gesundheitssystem bei akut auftretenden gesundheitlichen Problemen.....	30
3.2	Entfall des Pflegeregresses .....	32
3.3	Umsetzung des novellierten Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in der stationären Langzeitpflege .....	34
3.4	Herausforderungen nachhaltiger Fort- und Weiterbildung in der geriatrischen Pflege.....	36
3.5	Argumentation für einen angemessenen Pflegepersonalschlüssel .....	38
3.6	Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz (2. ErwSchG) – Neuerungen, Chancen, Möglichkeiten .....	43
3.7	ErwSchG – Implikationen für das Casemanagement des Fonds Soziales Wien .....	46
3.8	Implementierung des VSD Vorsorgedialog® in den Wiener Pflegeeinrichtungen.....	47
3.9	HPCPH im Wiener Krankenanstaltenverbund .....	49
3.10	Bewohnerinnen- und Bewohnerservicestelle – Unterstützung der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner von Wohn- und Pflegeheimen .....	50
3.11	Freiheitsbeschränkung von Bewohnerinnen und Bewohnern durch Versperren der Eingangstüre mittels Nummerncode .....	53
3.12	Gewaltvorwürfe gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines niederösterreichischen Wohn- und Pflegeheimes – Weiterbeschäftigung in Wien .....	55
3.13	Die Erweiterung der Pflegeanzwaltschaft in NÖ – Fokus Systemsensibilität in der Langzeitpflege.....	57

3.14	Diagnose Gewalt – Gewalt aus der Sicht der Geriatrie.....	61
3.15	Die Sicherheitsanalyse: ein Management-Tool zur Gewaltprävention.....	70
3.16	Elder Mediation – Mediation in Altersfragen.....	73
3.17	Deeskalationsmanagement in Wohn- und Pflegeheimen – professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt .....	75
3.18	Einbindung von Angehörigen .....	80
3.19	Klinisch-psychologische Arbeit mit Angehörigen in der geriatrischen Langzeitpflege .....	83
3.20	Herausforderung „Demenz“.....	87
3.21	Projekt „Stärkung der Kompetenzen für einen professionellen Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern“ .....	90
3.22	„Dementia Care Mapping“ im Rahmen der „personenzentrierten Pflege“ – die praktische Umsetzung eines wissenschaftlichen Messinstruments.....	92
3.23	Psychosoziale Angehörigenberatung der Caritas der Erzdiözese Wien – Schwerpunkt Demenz .....	93
3.24	Demenz-Wohngemeinschaften und Motogeragogik.....	97
3.25	Versorgung von Menschen mit Demenz und Delir im Krankenhaus .....	99
3.26	Zum Konzept zukünftiger geronto- und sozialpsychiatrischer Versorgungsangebote .....	100
3.27	Projekt – Einrichtung eines medizinisch-pflegerisch psychiatrischen Liaisondienstes – „mppL“.....	102
3.28	Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ .....	103
3.29	Prävention von Bettlägerigkeit in der Langzeitpflege .....	106
3.30	Diabetes – von der Prävention bis zur Therapieoptimierung in der Pflege.....	107
3.31	20 Jahre BewohnerInnenservice im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser .....	109
3.32	„Strategie greifbar gemacht“ – Abteilung Strategische Projekte.....	112
3.33	Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit im Bereich Pflege und Betreuung durch den Fonds Soziales Wien .....	114
3.34	Strukturierte Sozialarbeit im Kuratorium Fortuna – ein wichtiger Qualitätsindikator für soziale Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner .....	116
3.35	Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in der Praxis des Kuratorium Fortuna – Wissenstransfer in der Pflege und Betreuung .....	119
<b>4</b>	<b>Statistischer Überblick</b>	
4.1	Erläuterungen zum Organisationsablauf und zur Statistik der Wiener Heimkommission .....	122
4.2	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2017 inklusive Vergleich mit den Vorjahren.....	126
4.3	Anzahl der Kontaktaufnahmen mit der Wiener Heimkommission bei Sprechtagen nach Rechtsträgern .....	127
4.4	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei den Sprechtagen in den Wohn- und Pflegeheimen .....	128
4.5	Erledigung der bei Sprechtagen erfolgten Kontaktaufnahmen in den Wohn- und Pflegeheimen.....	136
<b>5</b>	<b>Anhänge</b>	

## 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., Frau Dr.<sup>in</sup> Sigrid Pilz wurde zur Vorsitzenden gewählt.

Im Berichtsjahr wurden fünf Sitzungen mit den Mitgliedern und Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission in den Räumlichkeiten der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft 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  
Pflegehäuser mit sozialmedizinischer Betreuung  
Leiterin Bereich für Gesundheits- und Krankenpflege



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

Geschäftsführerin  
Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse und Tokiostraße

Ersatzmitglied



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



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

## Vertreter der Heimträger

Mitglied



**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

Ersatzmitglied



**Mag.ª Judith Hackl**  
Geschäftsführerin  
Kuratorium FORTUNA  
zur Einrichtung von Senioren-Wohnanlagen



## Vertreter der Heimträger

Ersatzmitglied



**Dr. in Susanne Drapalik**

Direktorin, Wiener Krankenanstaltenverbund  
Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser  
mit sozialmedizinischer Betreuung

## 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 der Beratungszentren Pflege und Betreuung  
Fonds Soziales Wien

Ersatzmitglied



**DSA Mag.ª Melanie Widder, MA (ab 22.06.2017)**

Leiterin der Ombudsstelle  
Fonds Soziales Wien



**DSA Natascha Khom (bis 21.06.2017)**

Ehemalige Leiterin der Ombudsstelle  
Fonds Soziales Wien

## Weitere

Mitglied



**Dr.ª Sigrid Pilz, Vorsitzende**

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft

Ersatzmitglied



**Gabriele Allmer, MBA, Oberin**

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft

Frau Dr.ª Pilz verabschiedete Frau Natascha Khom, DSA, am 21.06.2017 mit großem Dank für Ihr Engagement.

Als ihre Nachfolgerin wurde Frau DSA Mag.ª Melanie Widder, MA, 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 2017 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 2017 wurden 179 Sprechtage von den Vertreterinnen und Vertretern der Wiener Heimkommission in 80 (Ausnahme: Wie daham Generationendorf Töllergarten. Diese Einrichtung wurde mit September 2017 neu eröffnet. Daher konnte im Berichtsjahr kein Sprechtag abgehalten werden.) 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 sie 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 Patientenadvokatur 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 Patientenadvokatur) betraut.

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



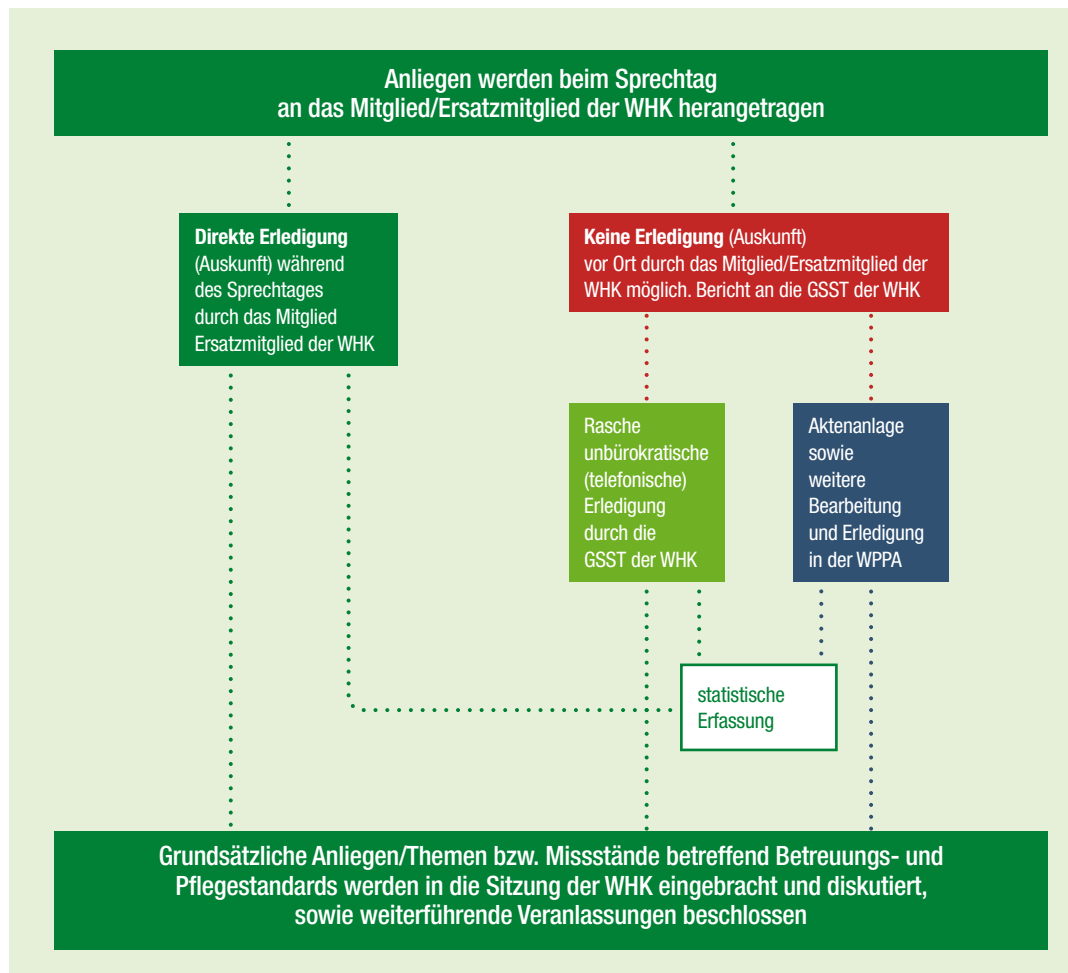
Gabriele Sulek-Frank, Selcan Kabasakal, Gabriele Allmer

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 2017 von der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission zwei Treffen der Leiterinnen und Leiter bzw. stellvertretenden Leiterinnen und Leiter der BSST organisiert und gestaltet.

Von den 91 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 48 Bewohnerservicestellen und 10 Ombudsstellen 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.

Das erste Treffen im Jahr 2017 fand am Dienstag, den 30. Mai auf Einladung des Haus St. Barbara statt. Es konnten 34 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 21 Wohn- und Pflegeheimen begrüßt werden. Finanzierung war keine erforderlich, Räumlichkeiten und Bewirtung wurden von der Hausleitung zur Verfügung gestellt. Für diese Veranstaltung konnte **Herr Claudiu Sudit, BSc**, (Landesvorsitzender im Wiener Gesundheits- und Krankenpflegeverband) mit dem Impulsreferat „Neues Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – Auswirkungen auf den Langzeitpflegebereich“ gewonnen werden. Im Anschluss daran wurde rege diskutiert und berufliche Erfahrungen ausgetauscht.

Im zweiten Teil der Veranstaltung fand ein Workshop zum Thema „Einführung ins Deeskalationsmanagement“ von **Frau DGKS Ursula Fiala, MPH**, (Stabstelle Qualitätsmanagement und Ombudsstelle des Kaiser-Franz-Josef-Spitals) statt. Auch dieses Thema erfreute sich reger Diskussion.



# 1 Über die Wiener Heimkommission



Gabriele Allmer, Claudiu Suditu



Monika Friedreich, Ursula Katzler



Norbert Koblinger



Ursula Fiala



Pavle Markovic, Valentina Jegic



Daniela Digruber, Sabine Kröll

Das zweite Plattformtreffen in diesem Jahr fand am Dienstag, den 17. Oktober im Johann-Wilhelm-Klein-Haus statt. Es konnten 33 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 27 Wohn- und Pflegeheimen begrüßt werden. Auch hier war keine Finanzierung erforderlich, Räumlichkeiten und Bewirtung wurden von der Hausleitung zur Verfügung gestellt.

Als Referent stand **Herr Dr. Ed Watzke** (Mediation, Coaching, Supervision und Psychotherapie) mit einem Workshop und anschließender Diskussion zum Thema „Wie du mir so ich Tier – Provokative und konfrontative Kommunikation“ zur Verfügung.

Im letzten Teil der Veranstaltung fand ein Vortrag von **Frau Dr.<sup>in</sup> Susanne Jungwirth** (Klinische- und Gesundheitspsychologin im Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße) zum Thema „Klinisch-psychologische Angehörigenarbeit in der geriatrischen Langzeitpflege“ statt. Auf diesen Vortrag folgte ebenso eine angeregte Diskussion.



Eva Oder



Gabriele Allmer, Ed Watzke

# 1 Über die Wiener Heimkommission



Susanne Jungwirth



Gabriele Sulek-Frank, Ingrid English, Susanne Jungwirth



Gabriela Hanna, Marlies Skrdla



Karin Albrecht, Andrea Klein-Dezhofer, Paulina Cebula

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 Soziales, Gesundheit und Frauen
- 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, Patienten-anwaltschaft, Bewohnervertretung, vormals Verein für Sachwalterschaft, Patienten-anwaltschaft & Bewohnervertretung
- Volksanwaltschaft

### 2.1 Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ (im Bericht 2016 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: Gesundheitsförderndes Seniorinnen- und Seniorenwohnhaus – Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch Angehörige in Wiener Seniorinnen- und Seniorenwohnhäusern des (KWP) Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser Entwicklungen im Jahr 2016**

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. Ein 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 der Wiener Sozialeinrichtungen und auch der Fonds Soziales Wien könnten wichtige Partner für diese Ausweitung sein bzw. auch der Kontext der „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen“ genutzt werden.

**2017:** Die Wiener Heimkommission verweist auf den Beitrag 3.28 Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ im Bericht 2017.

### 2.2 Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG (im Bericht 2016 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 zweite Erwachsenenschutz-Gesetz 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 seit bereits seit 30 Jahren bestehende System abgelöst werden. Die Sachwalterin bzw. der Sachwalter wird zur Erwachsenenvertreterin bzw. zum Erwachsenenvertreter. Nach dem dann (neuen) Erwachsenenschutz-Gesetz 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 zu einer Plattform der Rechtsfürsorge ausgebaut werden.
- 2017:** Die Wiener Heimkommission verweist auf die Beiträge 3.6 Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz (2. ErwSchG) – Neuerungen, Chancen, Möglichkeiten und 3.7 ErwSchG – Implikationen für das Casemanagement des Fonds Soziales Wien im Bericht 2017.



## 2.3 Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und Wiener Krankenanstaltenverbund (im Bericht 2016 unter 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 Vorsorgedialogs 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 Finanzierung von Hospiz- und Palliativ Care**  
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 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.
- **2016: Der Vorsorgedialog im Rahmen von Hospiz- und Palliativarbeit in und für Wohn- und Pflegeheime**  
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 Sozial-



versicherungsträger 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 Hausarztsystem zu einer mobilen medizinischen Versorgung) um spezialisierter und zeitnäher mit den schwierigen Situationen rund um das Lebensende umgehen zu können.

**2017:** Die Wiener Heimkommission verweist auf die Beiträge 3.8 Implementierung des VSD Vorsorgedialog® in den Wiener Pflegeeinrichtungen und 3.9 HPCPH im Wiener Krankenanstaltenverbund im Bericht 2017.

### 2.4 ELGA – Ombudsstelle: Standort Wien bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft (im Bericht 2016 unter Punkt 2.5)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2015: ELGA – Start auch in den Wiener Pflegeeinrichtungen und Geriatriezentren des KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund)**  
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: ELGA – Auch in den Wiener Pflegeeinrichtungen und Geriatriezentren des KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund)**  
Die Empfehlung der Wiener Heimkommission aus dem Vorjahr (Bericht 2015 unter 3.5) bleibt weiterhin aufrecht.

**2017:** Auch im Berichtszeitraum 2017 wurden zahlreiche Beratungs- und Informationsgespräche bei der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien geführt. Zu Beginn der Aufnahme der Tätigkeit der ELGA – Ombudsstelle erfolgten die Kontaktaufnahmen der Bürgerinnen und Bürger in erster Linie im Zusammenhang mit allgemeinen Anfragen zu ELGA, wie etwa Inhalt der elektronischen Gesundheitsakte, Zugriffsberechtigungen, Vor- und Nachteile von ELGA oder dem Widerspruch bzw. „OptOut“ zu ELGA. Im Jahr 2017 waren verstärkt Einsichtnahmen in die jeweiligen elektronischen Gesundheitsakten im Wege der ELGA – Ombudsstelle festzustellen. Die ELGA – Ombudsstelle bietet ELGA Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern, die nicht mit einer Handy-Signatur oder Bürgerkarte über das Gesundheitsportal in ihre eigene ELGA einsteigen können, auch die Möglichkeit an, im Wege dieser Serviceeinrichtung Einsicht zu nehmen. So können die persönlichen ELGA-Befunde aber auch das Zugriffsprotokoll eingesehen oder Zugriffsberechtigungen individuell geändert werden. Für die jederzeit mögliche Abmeldung von ELGA („Opt-Out“) wurde eine eigene Widerspruchsstelle



eingrichtet. Auch dazu wird seitens der ELGA-Ombudsstelle Information gegeben. Gemäß § 11 ELGA – Verordnung 2015 ist durch die Koordinierungsstelle im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz ein jährlicher Tätigkeitsbericht zu erstellen. Zu den Zahlen und Details der Tätigkeiten insbesondere der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien darf auf diesen Bericht verwiesen werden: [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E-Health\\_Elga/ELGA\\_-\\_Die\\_Elektronische\\_Gesundheitsakte/ELGA\\_-\\_Taetigkeitsberichte\\_der\\_Ombudsstelle](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E-Health_Elga/ELGA_-_Die_Elektronische_Gesundheitsakte/ELGA_-_Taetigkeitsberichte_der_Ombudsstelle)

Die Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus dem Jahr Bericht 2015 unter 3.5 bzw. Bericht 2016 unter 3.3 bleiben weiterhin aufrecht.

## 2.5 Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ (im Bericht 2016 unter Punkt 2.7)

### Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2015: Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“**  
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: Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“**  
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.

**2017:** Nach intensiver Vorbereitung wurde im Dezember 2016 das Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ im Rahmen einer Pressekonferenz im Wiener Rathaus der Öffentlichkeit präsentiert. Als Kernstück fungieren die bereits vorgestellten neun Leitlinien. Im Rahmen des fertigen Strategiekonzepts wurden diese noch weiter konkretisiert.

Das Strategiekonzept kann unter folgendem Link heruntergeladen werden:  
<https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/soziales/pflege2030.html>

Auf Basis der Leitlinien wurden spezifische Maßnahmen abgeleitet bzw. ausgearbeitet. Mit der Umsetzung einzelner Maßnahmen wurde nun im Jahr 2017 begonnen. Der Beginn der Umsetzung war der Startschuss für einen Prozess, welcher sich über die nächsten Jahre erstrecken wird, und als Ergebnis die kontinuierliche Weiterentwicklung des Pflege und Betreuungssystems in Wien zum Ziel hat.

Um den Prozess der Maßnahmenumsetzung zielgerichtet durchführen zu können, wurde eine Steuergruppe eingerichtet, welche in periodischen Abständen ihre Treffen

## 2 Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten

abhält. Teil dieser Steuergruppe sind Expertinnen und Experten aus dem Bereich Pflege und Betreuung aus dem FSW (Fonds Soziales Wien), dem KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund), dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, dem KWP (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser) sowie als koordinierende Stelle die Magistratsabteilung 24 (Gesundheits- und Sozialplanung – Gruppe Sozialplanung).

Im Rahmen dieser Steuergruppe wurde darüber hinaus ein Monitoringsystem etabliert, welches den Gesamtprozess der Umsetzung der Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ und im Detail die jeweiligen Maßnahmen übersichtsmäßig aufbereitet und steuert. Dieses Steuerungsinstrument dient darüber hinaus als Koordinationswerkzeug zwischen den Abteilungen und Einrichtungen, um im Sinne des Gesamtkonzepts die Prozesse aufeinander abzustimmen. Das Monitoringsystem ist auch wirkungsorientiert ausgerichtet. Ein entsprechendes Instrumentarium wird derzeit entwickelt.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ und die bereits in Umsetzung befindlichen Maßnahmen. Sie empfiehlt, speziell im Hinblick auf die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf die Pflege und Betreuung, den Fokus weiterhin auf Rehabilitations- und Remobilisationsangebote zu legen, als auch die Entlastung der Angehörigen durch entsprechende Maßnahmen weiterzuentwickeln.

Ein weiterer stationärer Ausbau traditioneller Großeinrichtungen sollte – trotz Wegfall des Pflegeregresses – wenn möglich unterbleiben und die Ressourcen verstärkt für eine Attraktivierung der mobilen Angebote (Alltagsbetreuung als Lückenschluss zwischen mobilen Diensten und 24-Stunden-Betreuung, flexiblere Einsätze, Nachtbetreuung) und die Schaffung neuer innovativer Wohnformen (siehe Beitrag 3.24 „Demenz-Wohngemeinschaften und Motogeragogik) eingesetzt werden.



## 2.6 Stadtrechnungshof Wien – Prüfung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwaltschaft und der Wiener Heimkommission (im Bericht 2016 unter 3.2)

**2017:** Die Prüfung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in der WPPA (Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwaltschaft) durch den Wiener Stadtrechnungshof erfolgte im zweiten Quartal des Jahres 2016. Die vom Wiener Stadtrechnungshof ausgesprochenen Empfehlungen betrafen auch die Wiener Heimkommission.

Um sicher zu stellen, dass die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für Tätigkeit der Wiener Heimkommission und der WPPA in jedem Fall vorliegen, wurden die Vollmachts- und Zustimmungserklärung der WPPA überarbeitet. Um das niederschwellige Angebot für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, sich bei Sprechtagen in den Einrichtungen an die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission zu wenden, in datenschutzrechtlicher Hinsicht weiterhin so erfolgreich anbieten zu können, ist eine entsprechende schriftliche Einverständniserklärung erstellt worden. Um die Empfehlung des Wiener Stadtrechnungshofes umzusetzen, werden zudem ein eigenes Datenverarbeitungsverzeichnis sowie neue Datenschutzverträge für die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission erstellt.

Im Zuge der Vorbereitungen für das Inkrafttreten der EU-Datenschutz-Grundverordnung, die eine Überprüfung aller datenschutzrechtlicher Bestimmungen notwendig macht, werden die Einwilligungserklärung für die Tätigkeit der Wiener Heimkommission überarbeitet. In diesem Zusammenhang wird auch das für die Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung vorgesehene Verzeichnis der Datenverarbeitungstätigkeit der Wiener Heimkommission erstellt.

Der Wiener Stadtrechnungshof hat im Prüfergebnis festgehalten, dass die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwaltschaft in hohem Maß auf die Einhaltung technischer, baulicher, organisatorischer und personeller Datensicherheitsbestimmungen achte. In diesem Zusammenhang bringt die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung auch für die WPPA und die Wiener Heimkommission neue Herausforderungen, die erfolgreiche Tätigkeit für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner bzw. Patientinnen und Patienten fortzusetzen und zugleich alle datenschutzrechtlichen Bestimmungen – im Interesse der Betroffenen – umzusetzen.

### 3.1 „1450 telefonische Gesundheitsberatung“ – Ein Wegweiser durch das Gesundheitssystem bei akut auftretenden gesundheitlichen Problemen

Wenn plötzlich ein gesundheitliches Problem auftritt, man beunruhigt ist und nicht weiß, ob es sich dabei gerade um einen Notfall handelt oder man unbesorgt am darauffolgenden Tag den Hausarzt aufsuchen kann, dafür gibt es seit 7.4.2017 das neue Service „1450 telefonische Gesundheitsberatung“, das schnell und unkompliziert weiterhilft.

Gesundheitliche Beschwerden verunsichern und halten sich nicht an Öffnungszeiten. Vor allem auch bei älteren Menschen beunruhigen blitzartig auftretende Symptome. Oft ist man sich in solchen Situationen nicht sicher, ob überhaupt eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht werden muss und welche Anlaufstelle die Richtige wäre. Um hier rasch Abhilfe zu schaffen gibt es seit 2017 in Wien, Niederösterreich und Vorarlberg „1450 die telefonische Gesundheitsberatung“, welche die Betroffenen je nach Symptomen und Dringlichkeit zum „Best Point of Service“ navigiert – sei dies die Empfehlung zur Selbstbehandlung zu Hause, eine umgehende ärztliche Versorgung oder die Konsultation einer Ärztin bzw. eines Arztes in den nächsten vier Stunden, zwölf Stunden oder drei Tagen.

#### 1450 rund um die Uhr erreichbar

In den teilnehmenden Pilot-Bundesländern kann die Nummer 1450 ohne Vorwahl rund um die Uhr über das Handy oder Festnetz gewählt werden. Die Anrufe werden von besonders geschulten diplomierten Krankenpflegepersonen und Telefonberaterinnen und -beratern entgegengenommen. Zu Beginn eines Anrufs wird die Anruferin bzw. der Anrufer nach dem derzeitigen Aufenthaltsort gefragt und das Vorliegen eines akuten medizinischen Notfalls ausgeschlossen. Anderenfalls wird das Telefonat sofort an die Rettung weitergegeben.

Mit Hilfe eines protokollgestützten medizinisch-wissenschaftlichen Expertensystems werden im weiteren Gespräch gezielt Krankheitsbilder identifiziert bzw. ausgeschlossen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stehen hierfür mehr als 200 Fragebäume zur Verfügung – Faktoren wie Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen werden selbstverständlich berücksichtigt. Nach dem Feststellen der Dringlichkeit gibt das speziell geschulte diplomierte Krankenpflegepersonal abhängig von Tageszeit und Aufenthaltsort der Patientin oder des Patienten eine Empfehlung zur benötigten Versorgung. Dies können sowohl niedergelassene Allgemein- oder Fachärztinnen und -ärzte, Apotheken oder die Notfallambulanz eines Krankenhauses sein. Die Kombination aus professionellem Know-How und wissenschaftlicher Expertise gilt als derzeit sicherstes System für die Dringlichkeitseinschätzung und wird daher bereits in vielen Ländern Europas und der Welt erfolgreich eingesetzt, wie z.B. Schweden, Schweiz oder Großbritannien.

#### Vorteile der telefonischen Beratung

Ein Gespräch mit diplomierten Krankenpflegepersonen kann beruhigen und wichtige Informationen über regional verfügbare Gesundheitsdienste liefern. Diese Beauskunftung zum jeweiligen „Best Point of Service“ garantiert nicht nur schnelle und kompetente Hilfe für die Betroffenen, sondern garantiert auch den Ärztinnen und Ärzten und medizinischen Institutionen mehr Effizienz. Für die Anruferinnen und Anrufer ist das Service kostenlos, man bezahlt lediglich die üblichen Telefonkosten gemäß dem Tarif. Bisher zeigt sich, dass von den in Wien einlangenden Anrufen rund 30 %

von Wienerinnen und Wienern im Alter von über 60 Jahren kamen, davon entfielen zwei Drittel der Anrufe auf Frauen und ein Drittel auf Männer.

Die Patientinnen und Patienten sparen sich in vielen Fällen die Fahrt in die Notaufnahme bzw. Ambulanz und in weiterer Folge kann so der hohe Aufwand minimiert werden, der entsteht, wenn jemand das Krankenhaus aufsucht, obwohl ein Ratschlag wie „legen Sie einen Eisbeutel auf“ oder eine hausärztliche, allenfalls fachärztliche Versorgung gereicht hätte, um die Symptome zu lindern. Besonders für Personen mit eingeschränkter Mobilität ist das Service der telefonischen Gesundheitsberatung ein wesentlicher Vorteil.

### **Eine Lücke im Gesundheitssystem schließen**

Das Projekt hat seinen Ursprung in der Gesundheitsreform, bei dem sich die Projektpartner Bund, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Pilot-Bundesländer Wien, Niederösterreich und Vorarlberg dazu entschieden haben 1450 als einen „Gesundheitswegweiser“ einzuführen, der medizinischen Laien das ganze Jahr über zu jeder Tages- und Nachtzeit Auskunft darüber gibt, welche medizinische Versorgung für die jeweilige Person im Moment die Richtige ist. Das Projekt befindet sich bis Ende 2018 in der Pilotphase. Pro Pilot-Bundesland gibt es einen Partner, der die professionelle Umsetzung des Gesundheitservices gewährleistet. In Wien ist dies der Fonds Soziales Wien, in Niederösterreich die Notruf Niederösterreich GmbH und in Vorarlberg der Landesverband des Roten Kreuzes. In Wien gibt es zusätzlich eine Kooperation mit der Berufsrettung Wien und dem Ärztekundendienst 141 der Ärztekammer für Wien.

### **Herausforderungen und Zukunftsperspektiven**

Bei der telefonischen Gesundheitsberatung ging es nicht darum eine neue Einrichtung zu schaffen, welche Patientinnen und Patienten beim Auftreten von Beschwerden aufsuchen können, sondern um die Etablierung eines telefonischen Services, der zuerst die Dringlichkeit der Behandlung einschätzt und anschließend – falls nötig – auf bestehende Säulen im Gesundheitssystem verweist.

Ein qualitätsvoller und effizienter Wegweiser in Wien zu sein heißt auch tagesaktuelle Daten zu den einzelnen Gesundheitsdienstleitern in der Stadt einsetzen zu können, welche die Grundlage für die Beauskunftung der Wienerinnen und Wiener sind. Es bedarf daher einer intensiven Zusammenarbeit zwischen der telefonischen Gesundheitsberatung und den Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitssystems in Wien, um die optimale Beauskunftung der Wienerinnen und Wiener bei akut auftretenden gesundheitlichen Beschwerden zu gewährleisten.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Einführung der „telefonischen Gesundheitsberatung 1450“ und freut sich, dass dadurch in Wien rund um die Uhr ein „Gesundheitswegweiser“ für die Wienerinnen und Wiener zur Verfügung steht, bei dem die Anruferin bzw. der Anrufer zum jeweiligen „Best Point of Service“ gelenkt wird.

Die Wiener Heimkommission begrüßt zudem die enge Kooperation der „1450 telefonische Gesundheitsberatung“ in Wien mit den etablierten Sozial- und Gesundheitseinrichtungen der Stadt.

#### 3.2 Entfall des Pflegeregresses

Mit 01.01.2018 trat ein bundesverfassungsgesetzlich verfügbares Verbot des Pflegeregresses in Kraft. Gemäß § 330a ASVG idGF ist ein Zugriff auf das Vermögen von in stationären Pflegeeinrichtungen aufgenommenen Personen, deren Angehörigen, Erben/Erbinnen und Geschenknehmer/innen im Rahmen der Sozialhilfe zur Abdeckung der Pflegekosten unzulässig.

Dies bedeutet, dass der FSW (Fonds Soziales Wien) als Sozialhilfeträger nicht mehr auf das Vermögen von Personen, die aufgrund ihrer sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Lage auf die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung angewiesen sind und diese Kosten nicht aus ihrem Einkommen bestreiten können, zugreifen darf.

An die Wiener Heimkommission (und an die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwaltschaft) wurden in diesem Zusammenhang vorrangig zwei Fragestellungen herangetragen. Was ist nach dem 31.12.2017 unter „laufende Verfahren“, die einzustellen sind, zu verstehen? Ab welchem Zeitpunkt erwächst das Einkommen zum Vermögen, sodass der Zugriff des Sozialhilfeträgers ab 1.1.2018 nicht mehr gestattet ist? Der Gesetzgeber hat diese Fragen nicht explizit geregelt, obwohl in der Verfassungsbestimmung des Bundes eine gesetzliche Regelung von Übergangsbestimmungen vorgesehen ist.

Da von Seiten des Bundes noch keinerlei Veranlassungen zur Klärung dieser Fragen getroffen wurden, herrscht sowohl bei den Ländern als auch bei den Betroffenen massive Rechtsunsicherheit.

##### **GZ: 49816/18**

Die Erben nach einer (im Jahr 2015) in einem Wohn- und Pflegeheim verstorbenen Bewohnerin vereinbarten im Herbst 2017 mit dem Sozialhilfeträger bzgl. der im Nachlass eingebrachten Forderung eine Ratenzahlung. Die Erben verwiesen im Jänner 2018 auf die Formulierung des Gesetzes „laufende Verfahren sind einzustellen“ und waren der Meinung, dass alle Verfahren die vor dem 31.12.2017 begonnen haben als „laufende Verfahren“ gelten. Der Passus wäre aus ihrer Sicht nämlich sinnlos, wenn alle Verfahren vor dem 31.12.2017 nicht als „laufende Verfahren“ gelten würden.

Die Erben fanden die von der Wiener Heimkommission und Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwaltschaft eingeholte Stellungnahme des FSW „...Da der FSW mit Steuergeldern arbeitet, kann auf offene Forderungen, die bis 31.12.2017, also vor Änderung der gesetzlichen Bestimmungen aufgelaufen sind, und mit Außenwirkung gegenüber der ersatzpflichtigen Person geltend gemacht wurden, nicht verzichtet werden. Der Erbe ist daher weiterhin zur Zahlung verpflichtet. Eine mögliche Ungleichbehandlung der Rechtsunterworfenen hat der Verfassungsgesetzgeber bei Erlassung der Bestimmungen in Kauf genommen...“ nicht zufriedenstellend, weshalb sie sich für die Einholung eines Bescheides der MA 40 entschlossen. Sollte dieser nicht das gewünschte Ergebnis enthalten, würden sie gegen den Bescheid Beschwerde an das Verwaltungsgericht erheben.

Seitens des FSW hält man dem entgegen, dass die verstorbene Kundin im Zeitraum vom 8.1.2014 – 22.2.2015 Leistungen für Wohnen und Pflege bezogen hat. Die Forderung des FSW ist somit vor Inkrafttreten der gesetzlichen Bestimmung

der §§ 330 a und 707a Abs. 2 ASVG entstanden und durch Abschluss einer Ratenvereinbarung anerkannt worden. Das „Abzahlen“ einer Ratenvereinbarung kann nur schwer als „laufendes Verfahren“ bezeichnet werden.

Mangels gesetzlicher Klarstellung des Bundesgesetzgebers, hat der FSW daher davon auszugehen, dass auch eine Verfassungsbestimmung – wie die Übergangsregelung des § 707a ASVG – im Sinne des Gleichheitssatzes verfassungskonform interpretiert werden muss, sodass die vor dem 1.1.2018 geltend gemachten und nicht dem Grunde nach bestrittenen Forderungen zu zahlen sind.

Bis zur Entscheidung der Höchstgerichte werden daher – auch nach 1.1.2018 – sowohl die eingebrachten Klagen, die Forderungsanmeldungen im Verlassenschaftsverfahren, Ratenvereinbarungen aufrecht gehalten und Löschungserklärungen hinsichtlich grundbücherlich einverleibter Pfandrechte nur bei vollständiger Zahlung ausgestellt. Außerdem werden die Ersatzpflichten im Sinne von §§ 26,27 WSHG bis 31.12.2017 weiterhin im Verlassenschaftsverfahren angemeldet.

Weitere Probleme ergeben sich auch, da manche Bewohnerinnen bzw. Bewohner privater Wohn- und Pflegeeinrichtungen Selbstzahlerinnen bzw. Selbstzahler sind. Das heißt, dass nicht alle Plätze in den Wohn- und Pflegeheimen seitens des FSW gefördert werden. Diese Betroffenen, die also keine Förderung in Anspruch nehmen wollten, sind – bis sich ihr Vermögen erschöpft hat – selbstzahlend in Pflege- und Betreuung. Nach Ende des Pflegeregresses sind die Wenigsten bereit, weiterhin ihr Vermögen einzubringen und stellen daher einen Antrag auf Förderung. In vielen Fällen wird ihnen dann seitens des FSW mitgeteilt, dass ihr vertrauter Heimplatz nicht weiter beansprucht werden kann, weil er nicht in das geförderte Kontingent des Heimträgers fallen würde. Um die Förderung dennoch in Anspruch nehmen zu können, wäre ein Umzug auf einen Kontingentplatz in einer anderen Einrichtung die einzige Lösung. Es ist für die Wiener Heimkommission nicht nachvollziehbar, warum dies den Anspruchsberechtigten zugemutet wird.

In der Folge befürchten die privat gemeinnützigen Träger Leerstände bei den privat zu bezahlenden Heimplätzen, während gleichzeitig Wartelisten für Kontingentplätze entstehen. Als unerwünschter Effekt könnte aus dieser Fehlsteuerung einerseits der Bedarf nach Neubauten erwachsen, während andererseits bei privat-gemeinnützigen Trägern Plätze nicht belegt werden können.

Grundsätzlich ist vom FSW anzumerken, dass die Gesamtanzahl der Kontingentplätze, die mit Trägerorganisationen vereinbart wurde, mehr als ausreicht, um den Bedarf in Wien abzudecken. Einige Trägerorganisationen haben immer darauf Wert gelegt, zusätzlich private Plätze auf eigenes Risiko betreiben zu wollen – manchmal sogar gegen den expliziten Rat des FSW.

Im Jänner 2018 kam es durch die bundesgesetzliche Regelung zu einer steigenden Anzahl an Anträgen zur Aufnahme in eine anerkannte Wohn- und Pflegeeinrichtung im FSW. Dass diese zunächst auf bestehende freie Plätze vermittelt wurden ist nur logisch, da auch diese Plätze bei Trägern im Rahmen der Kontingentvereinbarungen bestehen.

Da von Seite des Bundes nach wie vor keine konkreten Schritte zur erforderlichen Gegenfinanzierung angestellt wurden, können österreichweit die Sozialhilfeträger nur unter vorsichtiger budgetärer Prämisse handeln. Im März dieses Jahres haben



die Stadt Wien und der FSW eine finanzielle Überbrückung vereinbart, deren Operationalisierung zurzeit im Laufen ist. In Kürze werden daher Personen, die sich bereits vor dem 1.1.2018 als Kundinnen und Kunden ohne Förderbewilligung durch den FSW (Selbstzahlerin/Selbstzahler) in anerkannten Wohn- und Pflegeeinrichtungen befanden, mit entsprechender Kontingenterweiterung am Standort ihrer Betreuung – unter Berücksichtigung der bestehenden Fördervoraussetzungen – gefördert werden können.

Die Öffnung weiterer Kontingenzplätze ist von der noch offenen Finanzierung des Bundes abhängig. Auf den Resolutionsantrag des Wiener Landtags vom 23.11.2017 wird besonders verwiesen.

Die Träger der Wohn- und Pflegeheime werden seitens Bewohnerinnen und Bewohner auch mit folgender Frage befasst: Wer in der Vergangenheit als Privatzahler höhere Hotelqualität (z.B. Nutzung ihrer Apartments) in Anspruch genommen hat, wird als Förderbezieher diesen Standard nicht halten können, da Zuzahlungen durch geförderte Personen nicht möglich sind. Damit die Wahlfreiheit für Bewohnerinnen und Bewohner gestärkt wird, sollte diese Bedingung überdacht werden.

Es ist anerkannten Einrichtungen untersagt, für Leistungen, die im vollkostendeckenden Tarif enthalten sind, Zuzahlungen von ihren Bewohnerinnen und Bewohnern zu verlangen. Dies galt und gilt selbstverständlich nicht für darüber hinausgehende Leistungen. Die „Übernahme“ von bisherigen Privatkundinnen und Privatkunden der Organisationen erfolgt selbstverständlich ausschließlich im Rahmen der vereinbarten Leistungsbeschreibungen und Tarife. Denn die Abschaffung des Pflegeregress ändert zweifelsohne bestehende Grundsätze zu den Kostenbeiträgen der Kundinnen und Kunden, liefert aber keinerlei Veranlassung, die sozialpolitischen Grundsätze, die der Leistungs- und Tarifgestaltung des FSW zugrunde liegen, aufzuheben.

Die Wiener Heimkommission fordert den Bundes-Gesetzgeber, auf Rechtssicherheit für Betroffene, aber auch für die Länder und Sozialhilfeträger, zu schaffen. Es kann nicht sein, dass die Klärung erst im Gerichtswege hergestellt wird. Hochbetagten Menschen ist dieses Prozedere nicht zuzumuten.

### 3.3 Umsetzung des novellierten Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in der stationären Langzeitpflege

Nach einem langen Prozess der Diskussion und Verhandlung kam es im Jahr 2016 zur Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes.

Das novellierte Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wird in der Langzeitpflege bereits breit thematisiert und unterschiedliche Umsetzungsoptionen werden überlegt. Die konkrete Umsetzung ist allerdings eng verbunden mit der Novellierung des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes.

Aufgrund der ständig wachsenden Anforderungen an die Langzeitpflege wäre es unbedingt erforderlich, dass sowohl der Gehobenen Dienst für Gesundheit und

Krankenpflege als auch die Gruppe der Pflegefachassistentinnen und Pflegefachassistenten im stationären Langzeitsektor ausreichend vertreten sind. Ein Berufsgruppenmix auf hohem Niveau garantiert nicht nur eine qualitätsvolle Pflege und Betreuung der alten Menschen, sondern gewährleistet auch eine höhere Attraktivität des Langzeitbereichs als Arbeitsplatz mit Zukunft.

Das breite Feld der gerontologischen Gesundheits- und Krankenpflege bietet ideale Einsatzmöglichkeiten für alle drei Berufsgruppen der Gesundheit und Krankenpflege. Die kontinuierliche Abdeckung der Präsenz von drei statt bisher zwei Berufsgruppen wird mit Sicherheit in der Personaleinsatzplanung eine Herausforderung darstellen. Gerade für kleinere Pflgeteams wird die Erstellung eines Einsatzplanes noch schwieriger als bisher werden.

Die Umsetzung des neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes erfolgt gleichzeitig mit der Aufhebung der Regressansprüche gegenüber Angehörige, der Einführung des neuen Erwachsenenschutzgesetzes sowie zahlreicher Strukturveränderungen im Sozialbereich. Es wäre wünschenswert, dass sich diese komplexe Situation und vor allem die damit verbundenen finanziellen Aufwendungen nicht spürbar auf die Umsetzung eines Berufsgesetzes das für viele Jahre angelegt ist auswirken. Eine gesellschaftliche Herausforderung besteht auch in der Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes im Allgemeinen und der Pflegearbeit im Langzeitsektor im Speziellen. Trotz einer umfangreichen Ausbildungsreform im Pflegesektor hat sich das Interesse an Pflegeberufe nicht wesentlich verbessert. Gleichzeitig haben die Nostrifikationen zum gehobenen Dienst stark abgenommen. Daher müssen weiterhin enorme Bemühungen stattfinden um einem Pflegenotstand in Wien rechtzeitig entgegenzuwirken.

Im Alltag der Langzeitpflege kann seit geraumer Zeit beobachtet werden, dass der Bedarf an Pflegepersonen mit einer psychiatrischen Spezialisierung ständig zunimmt. Aus diesem Grund muss in den nächsten Jahren ganz speziell darauf geachtet werden, dass die Anzahl dieser Pflegepersonen am Arbeitsmarkt deutlich zunimmt in dem die neuen Ausbildungen auf Master-Ebene rechtzeitig gestartet werden und in einem Umfang geplant werden die den Anforderungen des Arbeitsmarktes entspricht. Derzeit sind in den Langzeiteinrichtungen nur einzelne psychiatrisch ausgebildete Pflegepersonen beschäftigt, obwohl einerseits viele der betreuten Menschen an einer demenziellen Erkrankung leiden und andererseits immer häufiger Bewohnerinnen und Bewohner mit unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen betreut werden.

Die Wiener Heimkommission ist der Meinung, dass vermehrte Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten sowie eine angemessene Bezahlung auch weiterhin wichtige Grundbausteine für einen längeren Verbleib von Pflegepersonen im Beruf darstellen. Es sollte genügend gut qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen, das auch entsprechend seiner Ausbildung eingesetzt wird.

#### 3.4 Herausforderungen nachhaltiger Fort- und Weiterbildung in der geriatrischen Pflege

Durch die Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wurde eine Neugestaltung der Pflegeberufe vorgenommen. Viele Arbeitsvorgänge werden in den folgenden Jahren von einer anderen Berufsgruppe übernommen. Dazu ist es erforderlich, Fort- und Weiterbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu implementieren. Auch die wissenschaftliche Expertise muss in die Pflege eingebaut werden. Dazu sind pflegewissenschaftliche Schulungen von großer Bedeutung.

Zusätzlich nimmt die Klientel der betagten und dementen Patientinnen bzw. Patienten laut demografischer Entwicklung immer mehr zu. 1986 waren in Österreich 233.993 Personen über 65, 2017 sind es schon 1.625.517. Eine statistische Auswertung vom 1.1.2017 ergab, dass von 1.867.582 Wienerinnen und Wienern 296.575 Personen 65 Jahre und älter sind. Viele zusätzliche Erkrankungen, wie z.B. Diabetes, Demenz, Parkinson, Schlaganfall, etc., führen häufig zu Aufnahmen in geriatrische Pflegeeinrichtungen und zeigen deutlich auf, dass die geriatrische Pflege für die Gesellschaft auch in Zukunft von großer Bedeutung sein wird. Durch diese Entwicklung ist mit einem erhöhten Bedarf an geriatrischem Fachpflegepersonal zu rechnen. Um ausreichend fachlich gut geschulte, qualifizierte, motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereitstellen zu können, müssen die Anforderungen an die Pflegepersonen auch gezielt erhöht und das Wissen in manchen Bereichen (z.B. Umgang mit dementen Personen) vertieft werden.

Die für die professionelle Pflege notwendigen zusätzlichen Fortbildungen müssen geplant, durchgeführt und evaluiert werden, um die Nachhaltigkeit der Fortbildungen gewährleisten zu können.


Anhand eines Beispiels einer Fortbildung zum Thema „Basale Stimulation“ in der Pflege soll das Thema an dieser Stelle genauer beleuchtet werden.

Basale Stimulation ist ein pädagogisch/therapeutisches und pflegerisches Konzept und wird bei wahrnehmungseingeschränkten Patientinnen und Patienten angewendet. Es unterstützt schwer beeinträchtigte Personen in ihren Kommunikations-, Wahrnehmungs- und Bewegungsfähigkeiten.

Um die Wahrnehmung der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern, setzt dieses Konzept auf einfache Mittel, wie beispielsweise auf bewusste Berührungen (Berührungsqualitäten), beachten der Haarwuchsrichtung bei der Körperpflege, begrenzende Positionierungen („Nester“) und biografische Anamnese (Verwendung persönlicher Utensilien in der Pflege, wie z.B. das eigene Rasierwasser, etc.) - immer mit dem Ziel den eigenen Körper wahrnehmen zu können, das eigene Leben zu spüren.

Durch Bettlägerigkeit wird die Wahrnehmung reduziert, da es keine Abwechslung gibt. Zusätzlich können Körpergrenzen durch Antidekubitussysteme (motorbetriebene Matratze), undeutlich bis gar nicht mehr wahrgenommen werden. Der Mensch braucht aber die eigene Körperwahrnehmung, um zu anderen Personen und der Umwelt Kontakt aufnehmen zu können.

Wenn ein Mensch nicht mehr verbal kommunizieren kann, dann ist der somatische Dialog von größter Bedeutung. Die Kommunikation ist bei manchen Bewohnerinnen



und Bewohnern nur noch über die Atemveränderung (Angst, Hektik, Ruhe, etc.), die Anspannung der Muskulatur (Abwehr, Erregung, etc.), die Bewegungen (Öffnen der Hände, Lidzucken, etc.) oder auch durch viel diskretere Zeichen, wie Speichelfluss oder Transpiration möglich. Das bedeutet, dass das Pflegepersonal in nonverbaler Kommunikation zusätzliche Erkenntnisse erwerben muss.

Da eine Person individuell betreut werden soll, bietet das Konzept systematisierte Erfahrungen und Anregungen, die sich vielfach in der Praxis schon bewährt haben. Diese Maßnahmen können allerdings nur dann (weiterhin) durchgeführt werden, wenn die Angebote der basalen Stimulation stets individuell angepasst und – soweit nötig – modifiziert werden. Das bedeutet, dass jeweils die Bedürfnisse, Lebenserfahrungen und Ziele der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt werden müssen.

Basale Stimulation kann kein festgelegtes Trainings- oder Vorgehensprogramm sein, da die Maßnahmen sich immer nach dem Menschen richten. Es beinhaltet Angebote für die Wahrnehmung und integriert alle Sinne (sehen, hören, schmecken, riechen und tasten). Die Fortbildung „Basale Stimulation“ in der Pflege ist als Seminar aufgebaut. Es muss auf praxisnahe Beispiele großer Wert gelegt werden, um die Umsetzbarkeit des Konzepts gleich deutlich hervorzuheben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Aufgabe, bei jeder Selbsterfahrungsübung (Pflegehandlungen) darauf zu achten, wie sich die erlebte Situation auf sie auswirkt, welches Gefühl ausgelöst wird und welche Wahrnehmungen gemacht werden. Deshalb ist es notwendig, das Pflegepersonal kontinuierlich und flächendeckend in allen geriatrischen Einrichtungen weiter zu schulen.

Um Nachhaltigkeit auch erreichen zu können, müssen Praxisbegleitungen durch die Trainerinnen und Trainer auf den Pflegewohnbereichen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer („learning by doing“) durchgeführt und die Dokumentation angepasst werden. Dies führt dann zu einem adäquaten Werkzeug, um die professionelle geriatrische Pflege individuell gestalten zu können.

Die Wiener Heimkommission begrüßt den Einsatz von Praxisbegleitungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der geriatrischen Pflege, um erlernte Pflegemodelle bzw. Pflegehandlungen flächendeckend zu festigen und dadurch eine professionelle geriatrische Pflege individuell gestalten zu können.

#### 3.5 Argumentation für einen angemessenen Pflegepersonalschlüssel

Volksanwaltschaft-Bericht 2016: Vernachlässigung und Hygiene-Mängel – Gesundheitsbetriebe gegen "pauschale Verunglimpfung" – Gewerkschaft bemängelt Personal-Mangel (vgl. [derstandard.at/2000056982699/Missstaende-in-Pflegeheimen-Ruf-nach-stroengere-Kontrollen](http://derstandard.at/2000056982699/Missstaende-in-Pflegeheimen-Ruf-nach-stroengere-Kontrollen))

In der Forschung (vgl. Sichere Personalausstattung sichert Leben - ICN Handbuch zum Internationalen Tag der Pflege 2006) besteht noch kein Konsens darüber, was mit einer sicheren Personalausstattung im Pflegebereich gemeint ist. Dennoch sind sich die Autorinnen und Autoren aus den Studien, die angeführt werden, darüber einig, dass die Personalausstattung in Verbindung mit der Versorgungssituation zu sehen ist, und dass eine angemessene Anzahl von Pflegepersonal vorhanden sein muss, um die vielfältigen Bedürfnisse in den unterschiedlichsten Settings befriedigen zu können.

Wie in einer ganzen Reihe von Studien inzwischen nachgewiesen wurde, besteht eine unmittelbare Relation zwischen dem Personaleinsatz und den Ergebnissen für die Gesundheitsversorgung der Patientinnen bzw. Patienten, d.h. bezüglich der Mortalitäts- und Morbiditätsraten.

Bereits im Jahr 1998 haben Belge, Goode und Reed die Auswirkungen der Personalausstattung im Pflegebereich auf Mortalität und Morbidität bei Patientinnen und Patienten untersucht und fanden heraus, dass eine starke Mischung unterschiedlich qualifizierter Pflegekräfte einer geringeren Inzidenz von medizinischen Fehlern und Stressgeschwüren korrespondiert, während sie gleichzeitig die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten erhöht. Kovner und Gergen (1998) konnten den Zusammenhang zwischen der Anzahl von qualifizierten Pflegekräften (in Vollzeitäquivalenten) je Pfl egetag im Krankenhaus mit dem Auftreten von Infektionen des Harntraktes, von Lungenentzündungen, Thrombosen und Beeinträchtigungen der Atemwege nach größeren Eingriffen nachweisen. Schultz, van Servellen, Chang, McNeese-Smith und Waxenberg (1998) zeigten mit ihrer Studie, bei der 68.000 Menschen mit Herzinfarkt untersucht wurden, dass bei steigender Anwesenheit von Pflegenden die Mortalitätsraten sinken.

Lankshear, Sheldon und Maynard (2005) erarbeiteten eine Zusammenfassung von 22 Untersuchungen, die bestätigten, dass eine angemessene Besetzung von Pflegestellen und eine entsprechende Mischung unterschiedlich qualifizierter Pflegenden positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der zu Pflegenden hatten.

Die Forschung sieht einen Zusammenhang zwischen angemessener Personalausstattung und dem Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten. Auch das Auftreten nosokomialer Infektionen kann verhindert werden. Diese verursachen geschätzt 99.000 Todesfälle pro Jahr in den USA und kosteten ca. US\$ 6,5 Billionen allein in den USA 2014 (vgl. WHO 2011 Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2011-2015. Vgl. Geneva: WHO. ICN: Auftrag an die Politik Quantität, Qualität und Relevanz des Pflege-Fachkräftepotenzials für Patienten-Outcomes).

Wir können auch davon ausgehen, dass eine angemessene Personalausstattung allein deshalb wichtig ist, weil sie die Gesundheit des Pflegepersonals erhält.

Laut Baumann u.a. (2001) gehört eine sichere Personalausstattung zu den grundlegenden Erfordernissen an eine angemessene Ausstattung von Arbeitsplätzen.

Gegenwärtig findet pflegerische Arbeit in einem Umfeld statt, das von steigender Arbeitsintensität, unzureichender Personalausstattung und dem Stress bestimmt ist, welcher sich aus der Sorge um die Sicherheit des Arbeitsplatzes und den beruflichen Gesundheitsschutz ergibt. Darüber hinaus erleben Pflegende Unterstützung vom Management und den Kolleginnen bzw. Kollegen, aber auch Auseinandersetzungen über die Kontrolle über den Beruf, über die Zeiteinteilung und die Übernahme von Führungsrollen. Der Pflegeberuf wird immer häufiger mit anderen Berufen (z.B. Polizei, Feuerwehr) verglichen, mit denen Unsicherheit, große Risiken und ein potenziell gefährliches Umfeld assoziiert werden. Tatsächlich lassen sich in diesen Berufen genauso wie in der Pflege Phänomene wie Stress, Burnout und Probleme bei der Neugewinnung von Arbeitskräften bzw. bei den Verbleibzeiten im Beruf verzeichnen.

In Hinblick auf die Anwerbung neuer Arbeitskräfte und die Möglichkeit, vorhandenes Personal zu halten, lassen sich verschiedene Studien zitieren, wo nachgewiesen wurde, dass es durchaus einen Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Arbeitszufriedenheit gibt (vgl. Aiken; Clarke; Sloane 2002; Aiken; Clarke; Sloane Sochalski; Silber 2000). So konnte eine englische Studie (vgl. Sheward; Hunt; Hagen; Macleod; Ball 2005) zeigen, dass ein ungünstiges zahlenmäßiges Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegenden in Verbindung zu emotionaler Erschöpfung und Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz gesetzt werden. Pflegende, die regelmäßig Überstunden machen oder ohne angemessene personelle Unterstützung arbeiten müssen, neigen häufiger zum Fernbleiben vom Arbeitsplatz und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Die Strukturqualität wird wesentlich durch eine adäquate Personalausstattung beeinflusst. Daher muss ein angemessener Personalschlüssel im Hinblick auf Veränderungen in der Aufgabenpalette und der Altersstruktur der Beschäftigten, im Pflege- und Betreuungsbedarf der Nutzerinnen und Nutzer sowie in der Mischung von Kompetenzen und Qualifikation des (multi-kulturellen) Personals berücksichtigt werden.

Als konkretes Ergebnis der Studie „Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten (vgl. Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege 2015) entstand somit im Anschluss an einen Literaturüberblick ein Katalog jener Faktoren, Themen und Schlüsselaspekte, welche aus Sicht der Beschäftigten „gute Pflege“ beeinflussen, ermöglichen oder behindern. Daher bedarf es entsprechender politischer und/oder organisatorischer Aufmerksamkeit bzw. notwendiger Interventionen.

Die Arbeitsbedingungen spielen somit allgemein in den Gesundheits- und Sozialberufen eine zentrale Rolle, worauf auch entsprechende Studien in Österreich hingewiesen haben (vgl. Dressler et al., 2014; Bobens et al., 2011; Schmid & Troy, 2011). Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, der seit mehr als zehn Jahren eine Herausforderung im Kontext alternder Gesellschaften darstellt und auch in Österreich in der stationären, teilstationären und mobilen Altenpflege immer stärker wahrgenommen wird (vgl. AMS, 2014; Krajic et al., 2004), gewinnt vor allem dieser Aspekt besondere Bedeutung. Neue Pflegekräfte zu rekrutieren und ausgebildete Fachkräfte an den Beruf zu binden, sind entscheidende Faktoren für die zukünftige Entwicklung der Langzeitpflege, welche zudem in starker Konkurrenz um die besten Fachkräfte zur Akut-Krankenpflege steht. Denn tendenziell bevorzugen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Krankenpfleger eine Anstellung im Krankenhaus gegenüber der Arbeit in Langzeit-Pflegeeinrichtungen bzw. in der mobilen (Hauskranken-) Pflege.

Die – als vergleichsweise attraktiver wahrgenommenen – Rahmenbedingungen im Krankenhaus, wie z.B. bessere Bezahlung, abwechslungsreichere und verantwortungsvollere Tätigkeiten, Spezialisierungsmöglichkeiten sowie Karrierechancen stehen dabei im Vordergrund (vgl. AMS, 2014).

Allgemein sind Langzeitpflegekräfte sehr hohen körperlichen und psychischen Belastungen im Umgang mit Patientinnen und Patienten ausgesetzt. In den meisten OECD-Ländern arbeitet die Mehrheit des Pflegepersonals in der Langzeitpflege in Teilzeit und verdient nur unerheblich mehr als das Durchschnittseinkommen gering qualifizierter Beschäftigter (vgl. Colombo et al., 2011). Aufgrund des hohen Stresslevels, des erhöhten Burn-out-Risikos und des arbeitsbedingten Gesundheitszustandes treten viele Pflegekräfte ihre Pension vor dem regulären gesetzlichen Pensionseintrittsalter an (vgl. European Foundation, 2006). Umfragen der internationalen Studie „European Nurses Early Exit Study (NEXT)“ ergaben, dass 22% des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals mindestens einmal im Monat Gewalt durch pflegebedürftige Personen oder deren Angehörigen erfahren, bei Pflegehelferinnen bzw. -helfern tritt die Gewalterfahrung sogar noch häufiger auf (vgl. Estry-Behar et al., 2008).

Die Selbstansprüche der Pflegenden, kombiniert mit den stetig wachsenden Anforderungen und einer zunehmenden Arbeitsverdichtung, belasten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in hohem Maße. Der Österreichische Arbeitsklima Index zeigt, dass 34 Prozent der Pflegekräfte ihre Arbeit als sehr stark bzw. stark seelisch belastend empfinden - über alle Branchen betrachtet sind es 26 Prozent (vgl. Der OÖ Mindestpflegepersonalschlüssel für alten und Pflegeheime auf dem Prüfstand; Forschungsbericht AK OÖ 2016).

Wenig überraschend ist die Erkenntnis, dass schlechte Arbeitsbedingungen in der Regel zu Problemen bei der Rekrutierung von Pflegepersonal, hoher Fluktuation und Abwanderung von Personal in andere Berufe führen (vgl. Colombo et al., 2011). Umgekehrt trägt die Übertragung von autonomen Entscheidungsbereichen bei der Planung und Durchführung von Pflege und Betreuung, wie etwa im Rahmen von Konzepten der Bezugs- oder Gruppenpflege, wesentlich zur Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit bei (vgl. Galatsch et al., 2010).

In Österreich liegen vereinzelte Studien zu Teilaspekten der Arbeitszufriedenheit in der Pflege (vgl. Simsa, 2004), zur Anpassung von Ausbildung und Praxis (vgl. Buchegger Traxler & Danninger, 2012) und zu Erwerbs- und Qualifikationsprofilen von Pflegepersonal (vgl. Jelenko et al., 2007) vor. Darüber hinaus wurden in ausgewählten Bundesländern ausführliche Studien zu den Arbeitsbedingungen und -belastungen in den Gesundheitsberufen durchgeführt (vgl. Bobens et al., 2014; Schmid, 2011). In diesem Kontext stehen auch einige regional und auf einzelne Berufsgruppen der Langzeitpflege eingegrenzte Studien (vgl. Rottenhofer et al., 2013), z.B. mit Bezug auf Berufsverläufe von Altenfachbetreuerinnen bzw. Altenfachbetreuer im Innviertel (vgl. Kranewitter & Stelzer-Orthofer, 2009).

Nach Abschluss des Projekts „Pflege - Ein Arbeitsmarkt der Zukunft“ (vgl. [www.zukunft-pflegen.info](http://www.zukunft-pflegen.info)), welches von der AK Oberösterreich koordiniert wurde, ist zudem eine Fülle von Dokumenten zum Wissensmanagement und zur Kompetenzerweiterung in der Langzeitpflege verfügbar, die auf spezifische Herausforderungen, wie etwa transkulturelle Pflege, Coaching, ethische Fragen, Palliativpflege und Imagefragen fokussieren (vgl. Staflinger & Hexelschneider, 2014; Staflinger et al., 2013).

Aus Sicht der Beschäftigten weisen eine Reihe von Studien darauf hin, dass die Ganzheitlichkeit ein wesentlicher Faktor in der Langzeitpflege ist (vgl. Murphy, 2007; Benedix & Medjedovic, 2014; Kinnear et al., 2014), wobei im stationären Bereich neben der selbstständigen Planung von Pflegeprozessen und der persönlichen Verantwortlichkeit in der Beziehung zu Angehörigen v. a. die umfassende Beziehung zu den Nutzerinnen bzw. Nutzern als jener „Kern der Pflegearbeit“ gesehen wird, der zur Zufriedenheit im Beruf beiträgt (vgl. Benedix & Medjedovic, 2014; Bowers et al., 2000).

Die gegenwärtigen strukturellen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Langzeitpflege stehen oft in Widerspruch zur Umsetzung von Konzepten der ganzheitlichen, aktivierenden und integrierten Pflege und Betreuung.

Die Geschichte der Langzeitpflege ist in Österreich eng mit der föderalistisch organisierten Sozialhilfe-Gesetzgebung verbunden. Trotz einiger Versuche, sie aus der Logik der Sozialhilfe herauszulösen (z.B. BPGG, Pflegefonds, Abschaffung von Regressregelungen, Vereinheitlichung von Ausbildungsrichtlinien), bleibt die Langzeitpflege wesentlich durch länderspezifische bzw. Planungs-, Finanzierungs- und Kontrollprozesse geprägt.

Eines der momentan brennendsten Themen aus Sicht der Beschäftigten in der Langzeitpflege ist in vielen Bundesländern die Frage nach der adäquaten Personalausstattung, welche von den Landesregierungen durch Mindeststandards in Form von mehr oder weniger willkürlich festgelegten Personalschlüsseln (stationärer Bereich) geprägt ist.

Eine knappe Erfüllung des Mindestpflegepersonalschlüssels geht nicht selten zulasten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So ist bei einer Erfüllung des gesetzlichen Mindestpflegepersonalschlüssels der Arbeitsgeber nicht von weiteren Sorgfaltspflichten entbunden. Es ist laut §3Abs.1 des Arbeitnehmerschutzgesetzes ein umfangreicher Schutz für die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter zu gewährleisten (vgl. Der OÖ Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten und Pflegeheime auf dem Prüfstand; Forschungsbericht AK OÖ 2016).

„Die Mindestbetreuung kann ich erfüllen, das heißt die Leute werden in der Früh gewaschen, sie werden mobilisiert und sie bekommen Essen. Auch das Zimmer ist sauber und warm. Das geht relativ locker, also die Grundversorgung ist sicher abgedeckt mit dem Mindestpersonalschlüssel“

„...denn die psychischen Belastungen sind schon sehr hoch, weil die Erwartungen dementsprechend sind“ - Aussagen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem oben genannten Forschungsbericht.

Eine Studie, die im Auftrag des Fiskalrates 2017 erstellt wurde, zeigt auf, dass durch die landesgesetzlich, unterschiedlich geregelten Personal- und Qualifikationsschlüssel in der stationären Langzeitpflege differenzierte Budgeteffekte für die Länder und Gemeinden auftreten. Als Maßnahme dazu ist eine arbeitswissenschaftliche Bewertung der Tätigkeiten und Anforderungen an die Arbeit der Pflege- und Betreuungsberufe als Grundlage für die Festlegung des Personalschlüssels notwendig (vgl. Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung Fiskalrat 2017).

Im aktuellen Regierungsprogramm 2017 - 2022 steht, dass eine bestmögliche Qualität nachhaltig sicherzustellen ist. Dies erfordert, eine Diskussion über einen angemessenen Pflegepersonalschlüssel zu führen.



Die veränderte Pflegelandschaft, vor allem im Bereich hochaltriger Menschen mit chronischen und bösartigen Erkrankungen oder einer Multimorbidität, bringt einen veränderten und erhöhten Pflegebedarf mit sich. Durch diese veränderten Bedingungen hat sich auch die professionelle Pflege auf der Basis von Wissenschaft und Forschung laufend verändert. Gleichzeitig haben sich auch die Erwartungen der Pflegebedürftigen und deren Angehörige verändert (vgl. Der OÖ Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten und Pflegeheime auf dem Prüfstand; Forschungsbericht AK OÖ 2016).

Bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz sind nicht die Höhe des Pflegegeldes, sondern das jeweilige Stadium der Demenzerkrankung und die individuelle Pflegesituation, in der sich die Menschen befinden, heranzuziehen. So bedürfen verhaltensauffällige Personen mit Demenzerkrankungen einer intensiven Betreuung, welche in den Pflegestufen derzeit nicht ausreichend abgebildet wird (vgl. Österreichischer Demenzbericht 2014).

Dennoch sind weitere Studien auf internationaler Ebene unbedingt erforderlich, um ausreichende Argumente für eine angemessene Personalausstattung zu definieren. Eine solche Forschung wird zum Beispiel vom International Council of Nurses (ICN) durch seine internationalen und regionalen Foren gefordert.

#### **Die Wiener Heimkommission empfiehlt:**

- weitere Studien und wissenschaftliche Untersuchungen zu Personalbedarf in Wohn- und Pflegeheimen, um angemessene Pflege und Betreuung sicherstellen zu können.
- Sicherstellung und Weiterentwicklung von bedarfsgerechten Rahmenbedingungen für eine adäquate quantitative und qualitative Personalausstattung als Beispiel für ganz Österreich.
- fachgerechte Einschätzung durch das Pflegemanagement als Gegenprobe zu herkömmlichen Personalberechnungen. Pflegemanagement ist nicht im Pflegepersonalschlüssel integriert.
- neben der Sicherung der erforderlichen Personalressourcen ist der Fokus auch auf ein gezieltes Recruiting zu richten.

### 3.6 Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz (2. ErwSchG) – Neuerungen, Chancen, Möglichkeiten

Ab dem 1. Juli 2018 wird das bestehende Sachwalterrecht durch das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz (2. ErwSchG) abgelöst werden. Dies wird große Änderungen für die Betroffenen selbst, aber auch für deren Angehörige mit sich bringen.

Autonomie, Selbstbestimmung und maximale Unterstützung zur Entscheidungsfindung für betroffene Personen werden verstärkt ins Zentrum gestellt, An- und Zugehörige intensiver eingebunden, damit „Besachwalterungen“ künftig in beträchtlichem Maße vermieden werden können. 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 jeweilig anstehende Belange und das – auch zeitlich absolute – Mindestmaß begrenzt sein.

Ab 1.7.2018 wird es vier Möglichkeiten/Säulen der Vertretung einer unterstützungsbedürftigen, volljährigen Person geben, welche durch unterschiedlich ausgeprägte Befugnisse den Betroffenen mehr Selbstbestimmung möglich machen.

1. Säule - Vorsorgevollmacht
2. Säule – Gewählte Erwachsenenvertretung (gewEV)
3. Säule – Gesetzliche Erwachsenenvertretung (gesEV)
4. Säule – Gerichtliche Erwachsenenvertretung (gerEV)

#### **Vorsorgevollmacht**

Eine Errichtung wird bei den Erwachsenenschutzvereinen kostengünstig möglich sein. Die gerichtliche Kontrolle ist sehr eingeschränkt. Sie ist zeitlich unbefristet.

#### **Gewählte Erwachsenenvertretung (wird neu eingeführt)**

Konträr zur Vorsorgevollmacht kann eine Person auch dann eine gewählte Erwachsenenvertreterin bzw. einen gewählten Erwachsenenvertreter bestimmen, wenn sie nicht mehr voll handlungsfähig ist. Bedingung ist allerdings, dass diese die Tragweite einer Bevollmächtigung zumindest in Grundzügen verstehen und sich entsprechend verhalten kann. Auch diese Vertretungsbefugnis setzt die Eintragung im ÖZVV (Österreichischen Zentralen Vertretungsregister) voraus und unterliegt der gerichtlichen Kontrolle. Sie ist zeitlich unbefristet.

#### **Gesetzliche Erwachsenenvertretung (früher Vertretung durch nächste Angehörige/Angehörigenvertretung)**

Es gelten ab 1.7.2018 mehr Befugnisse als bei der bisherigen Angehörigenvertretung bzw. ein größerer Personenkreis, z.B. durch Geschwister, Nichten und Neffen. Mehrere Angehörige können gleichzeitig Vertreterinnen bzw. Vertreter sein, aber nur für verschiedene Angelegenheiten. Es besteht ein Widerspruchsrecht der betroffenen Person und eine zeitliche Befristung auf drei Jahre. Diese Vertretungsbefugnis besteht nur dann, wenn sie im ÖZVV eingetragen wird. Auch sie unterliegt der gerichtlichen Kontrolle.

Angehörige, die derzeit als „vertretungsbefugte nächste Angehörige“ fungieren, bleiben dies auch nach dem 30.6.2018 mit den gleichen Rechten und Pflichten wie im derzeitigen Sachwalterrecht und bis maximal 1.7.2021 befristet. Dies gilt allerdings

nur, sofern sie im ÖZVV registriert wurden. Ohne Registrierung endet die Vertretungsbefugnis automatisch per 30.6.2018. Eine Vertretung muss entweder vom Betroffenen rechtzeitig neu beantragt oder von einem Angehörigen neu angeregt werden.

#### **Gerichtliche Erwachsenenvertretung (früher Sachwalterschaft)**

Diese wird nach dem neuen Erwachsenenschutzrecht nur für bestimmte Wirkungskreise bestimmt werden. Es wird keine Bestellung für alle Angelegenheiten mehr ausgesprochen werden. Die Wirkungsdauer endet mit Erledigung der jeweiligen Aufgabe bzw. besteht grundsätzlich eine zeitliche Befristung auf drei Jahre. Die Handlungsfähigkeit der einzelnen Person bleibt erhalten.

Keine dieser Vertretungsformen soll zu einem automatischen Verlust der Handlungsfähigkeit der betroffenen Person führen. Soweit dies aber zur Abwendung einer ernstlichen und erheblichen Gefahr erforderlich ist, soll das Gericht bei einer gerichtlichen Erwachsenenvertretung aber die Möglichkeit haben, anzuordnen, dass die Wirksamkeit von bestimmten rechtsgeschäftlichen Handlungen die Genehmigung der gerichtlichen Erwachsenenvertreterin bzw. des gerichtlichen Erwachsenenvertreters voraussetzt (Genehmigungsvorbehalt).

Bisherige Sachwalterinnen bzw. Sachwalter bekommen ab 1.7.2018 auch automatisch das Recht auf einen Genehmigungsvorbehalt erteilt (d.h. Rechtsgeschäfte und Handlungen gegenüber Verwaltungen und Behörden werden nur wirksam, wenn die Erwachsenenvertreterin oder der Erwachsenenvertreter zustimmt). Allerdings gilt dieses Recht auf Vorbehalt nur maximal bis zum 30.6.2019 und darüber hinaus nur, wenn das Gericht den Genehmigungsvorbehalt für erforderlich hält und ihn nach Prüfung ausdrücklich angeordnet hat.

Angehörige und andere Personengruppen, die derzeit zur Sachwalterinnen bzw. zum Sachwalter bestellt sind, werden ab 1.7.2018 automatisch und ohne eigenen gerichtlichen Bescheid zu "gerichtlichen Erwachsenenvertreterinnen bzw. -vertretern" für die gleichen Angelegenheiten und Wirkungskreise wie bisher, aber mit den Rechten und Pflichten nach dem neuen Gesetz. Bis spätestens 1.1.2024 müssen allerdings alle bestehenden Sachwalterschaften gerichtlich neu geprüft und – falls nicht mehr für nötig erachtet – vom Gericht beendet bzw. durch eine selbstbestimmtere Vertretungsform oder Unterstützung ersetzt werden.

Die Sachwalter- bzw. Erwachsenenschutzvereine sollen zur Plattform der Rechtsfürsorge ausgebaut werden. Alle Anträge bzw. Anregungen bezüglich einer Vertretungslösung müssen verpflichtend einem sogenannten „Clearing“-Prozess zugeführt werden. Dabei soll präzise erhoben werden, welche finanziell-rechtlichen, medizinischen und/oder andere persönlichen Angelegenheiten zu regeln sind, welcher Unterstützungsbedarf dafür benötigt wird und welche Unterstützungsmittel bzw. -personen im Umfeld dafür zur Verfügung stehen könnten. Dieser Clearing-Prozess wird über die Erwachsenenschutzvereine (dzt. Sachwaltervereine, wie z.B. VertretungsNetz Sachwalterschaft) abgewickelt werden. Oberstes Ziel ist stets die Vermeidung einer Vertretungslösung. Bestehende soziale Netzwerke und Dienstleistungen für unterstützte Entscheidungsfindung sollen genutzt werden. Dem Gesetzgeber liegt es daran, das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit und ohne Vertretung – wo und so weit es geht – zu stärken. Dies zeigt sich in einem vollkommen neuen Ansatz. Denn jede Person gilt ab dem 1.7.2018 prinzipiell als entscheidungsfähig.

Abhängig von der jeweiligen Situation und dem jeweiligen Zeitpunkt muss diese Entscheidungsfähigkeit auch jedes Mal aufs Neue vermutet, überprüft und gegebenenfalls auch begünstigt werden. Sei es durch Ärztinnen bzw. Ärzte, Pflegepersonen, durch Bankmitarbeiterinnen bzw. -mitarbeiter oder durch andere Geschäftspartnerinnen und -partner. So müssen sich z.B. Ärztinnen und Ärzte nachweislich um eine aufgeklärte Zustimmung der Patientin oder des Patienten mit intellektueller Beeinträchtigung bemühen, im Zweifel der Entscheidungsfähigkeit unter Hinzuziehung geeigneter Unterstützungs- und Vertrauenspersonen. Wenn sich nach eingehender Prüfung und allen Bemühungen herausstellt, dass eine Person im jeweiligen Zusammenhang nicht entscheidungsfähig ist, greifen die weiteren Vertretungsbestimmungen des neuen Gesetzes.

Auch selbst eingeschränkt entscheidungsfähige Personen werden außerdem ab 1.7.2018 Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens wirksam abschließen können, welche ihre Lebensverhältnisse nicht übersteigen und die durch vollständige Bezahlung erfüllt werden.

Besonders bei der Frage einer Übersiedlung in eine Langzeitpflegeeinrichtung wird es zukünftig einen effizienten Rechtsschutz geben. Solange die betroffene Person entscheidungsfähig ist, entscheidet ausschließlich sie selbst. Ein fremdbestimmter Umzug bedarf bei allen Formen der (neuen) Erwachsenenvertretung einer Genehmigung durch das Pflegschaftsgericht und zwar bevor der bisherige Hauptwohnsitz aufgelöst wird (bei der Vorsorgevollmacht nur bei Übersiedelung ins Ausland). Das Gericht muss die betroffene Person anhören. Wenn sie die Übersiedelung ablehnt, muss eine diesbezügliche Abklärung durch den Erwachsenenschutzverein vorgenommen werden, um etwaige Alternativen abzuwägen.

Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz wird sich auch in den Langzeitpflegeeinrichtungen Wiens längerfristig sichtbar auswirken.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Neuerungen, die sich durch das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz ergeben werden. Vorrangig gilt es nun, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schulen und für die Aufgaben zur unterstützenden Entscheidungsfindung zu sensibilisieren. Gespräche mit bereits eingeschränkt entscheidungsfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern bedürfen ausreichend Zeit, Einfühlungsvermögen und entsprechende Fertigkeiten der Gesprächsführung.

#### 3.7 ErwSchG – Implikationen für das Casemanagement des Fonds Soziales Wien

Mit 1.7.2018 tritt das 2. ErwSchG (2. Erwachsenenschutz-Gesetz) in Kraft. Erklärtes Ziel ist es, die Selbstbestimmung jeder Person solange wie möglich aufrechtzuerhalten und anzuerkennen.

Die Sachwalterin bzw. der Sachwalter wird somit zur gerichtlichen Erwachsenenvertretung. Das Erwachsenenschutzgesetz wird auf insgesamt vier Säulen der Vertretung aufgebaut: Vorsorgevollmacht, die gewählte, die gesetzliche und die gerichtliche Erwachsenenvertretung. Durch die vier Säulen der Vertretung kann künftig individuell auf die jeweiligen Bedürfnisse der betroffenen Person eingegangen werden und Hilfe zur Entscheidungsfindung gegeben werden.

Der FSW (Fonds Soziales Wien) als Träger der gesetzlichen Sozial- und Behindertenhilfe nimmt bei der Umsetzung der neuen Gesetzeslage eine unterstützende Rolle ein. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im FSW Casemanagement sind darauf geschult, Kundinnen und Kunden bei Bedarf in der Beratung zu den Möglichkeiten in der Erwachsenenvertretung hinzuweisen.

Diese Vorgehensweise stellt sicher, dass die betroffene Person bestmöglich zur Entscheidungsfindung bei der aktuell zu besorgenden Angelegenheit unterstützt wird. Tragend wird die Entscheidungsfähigkeit im FSW vor allem bei Abschluss der Förderverträge zur mobilen oder stationären Pflege, Leistungen der Behindertenhilfe oder Wohnungslosenhilfe. Erst wenn alle Möglichkeiten zu Unterstützung der Entscheidungsfindung ausgeschöpft sind oder das Wohl der Kundin oder des Kunden ernstlich gefährdet ist, wird von den FSW-Casemanagerinnen und Casemanagern eine gerichtliche Erwachsenenvertretung angeregt.

Der FSW bereitet die Umsetzung des ErwSchG in Zusammenarbeit mit dem Erwachsenenschutzverein „VertretungsNetz“ vor. Das VertretungsNetz nimmt, neben Anwältinnen bzw. Anwälten und Notarinnen bzw. Notaren, Eintragungen sowie Wiederrufe in das österreichische Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) für die ersten drei Vertretungsformen vor. Außerdem obliegt den Erwachsenenschutzvereinen die Abklärung (vorher „Clearing“) sowie die Beratungsfunktion zu den Möglichkeiten der Erwachsenenvertretung.

Die Wiener Heimkommission begrüßt, dass die Selbstbestimmung der Wienerinnen und Wiener durch diese Vorgehensweise des Casemanagement des FSW bis ins hohe Alter gefördert und unterstützt wird.

### 3.8 Implementierung des VSD Vorsorgedialog® in den Wiener Pflegeeinrichtungen

Mit Bereits im Vorjahr wurde ausführlich über die Hintergründe und die Entstehungsgeschichte des Vorsorgedialogs® (in der Folge VSD®) berichtet. Man ist sich der Notwendigkeit einer vorausschauenden Planung für das Lebensende auch für Menschen, die in Wohn- und Pflegeheimen leben und keine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht erstellt haben, bewusst. Die Wiener Heimkommission hat bereits vor einem Jahr nahegelegt, die Empfehlungen der Enquete-Kommission aufzunehmen und schrittweise umzusetzen.

Am 21.02.2017 wurde der VSD Vorsorgedialog® im Markenregister des Österreichischen Patentamtes als Marke registriert. Man will damit erreichen, dass unter dem Begriff „Vorsorgedialog“ wirklich nur jenes Instrument angeboten wird, welches von Hospiz Österreich in jahrelanger Arbeit und nach Herstellung eines Konsens mit vielen Organisationen, Bundesländern und Ministerien entwickelt wurde.

Der VSD® erfüllt alle Kriterien, die ein Advance Care Planning-Instrument zu erfüllen hat:

1. Es handelt sich um ein aufsuchendes Gesprächsangebot. Bereits beim Einzug bzw. in der Eingewöhnungsphase wird der Bewohnerin bzw. dem Bewohner und den Angehörigen der VSD® als eine Möglichkeit zur Vorausplanung und Vorausbesprechung für die letzte Lebensphase angeboten. Dieses Angebot richtet sich auch an Menschen, die eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht haben, denn Wünsche können sich verändern – und es gilt immer der zuletzt geäußerte Wunsch.
2. Der VSD® bietet qualifizierte Unterstützung und Begleitung an. Die Moderation eines Vorsorgegespräches obliegt ausschließlich Personen, die von Hospiz Österreich dafür speziell geschult wurden.
3. Die Dokumentation erfolgt entsprechend einem von Hospiz Österreich entwickelten und dem Copyright unterliegenden Dokument. Ein Krisenblatt (Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse in Kurzform; dient der Vorlage bei Notarzteinsätzen) darf nur verfasst werden, wenn es auch ein Gesprächsprotokoll gibt. Auch das Krisenblatt unterliegt dem Copyright, da es von (Not-)Ärztinnen und Ärzten als solches eindeutig erkannt und schnell interpretiert werden muss.
4. Bei Krankenhauseinweisungen werden die Unterlagen mitgegeben, damit auch im Krankenhaus auf bereits formulierte Wünsche Rücksicht genommen werden kann.
5. Die Wünsche der Bewohnerin oder des Bewohners werden regelmäßig (im Idealfall halbjährlich) evaluiert und dokumentiert.
6. Sofern die Bewohnerin oder der Bewohner bei der Erstellung des VSD® urteils- und einsichtsfähig ist, entspricht der VSD® einer beachtlichen Patientenverfügung. Viele Bewohnerinnen und Bewohner sind beim Heimeinzug nicht mehr in allen Bereichen urteils- und einsichtsfähig. Zu Wünschen am Lebensende haben sie aber sehr oft noch sehr klare Vorstellungen und können diese auch gut äußern. Der VSD® wird auch im neuen Erwachsenenschutzgesetz erwähnt – er entspricht in seiner Grundidee genau dem, was das Erwachsenenschutzgesetz will, nämlich die Entscheidungsfähigkeit nur dort an andere Personen abzutreten, wo einen Einsichts- und Urteilsfähigkeit gar nicht mehr gegeben ist.
7. Der VSD® ist ein Instrument zur Qualitätssicherung. Die Implementierung erfolgt im Rahmen eines strukturierten Prozesses, begleitet von Hospiz Österreich.

Der VSD® wurde für alle Wohn- und Pflegeheime Österreichs entwickelt. Die Bundesländer sind bei der Implementierung unterschiedlich weit.

Die ersten Einrichtungen in Wien, die mit der Implementierung im Sommer 2017 begonnen haben, waren die Einrichtungen der CS Caritas Socialis (Pflegeheime und Wohngemeinschaften) und das Haus St. Barbara der Caritas der Erzdiözese Wien. In den aktuellen HPCPH (Hospiz- und Palliative Care im Pflegeheim) Durchgang 4 wurde der VSD® bereits integriert. Den Einrichtungen, die die Durchgänge 1 – 3 absolviert haben, wird er nachträglich angeboten.

Aber auch Einrichtungen, die kein HPCPH-Projekt durchlaufen haben, sollen die Möglichkeit der Implementierung des VSD® bekommen. In diesem Fall ist die Absolvierung eines längeren Workshops für die Moderatorinnen und Moderatoren erforderlich.

Geplant ist nun eine bis 2020 dauernde Pilotphase, die von Hospiz Österreich (bzw. in den Bundesländern von den Landesverbänden) begleitet wird. Bei Bedarf soll dann der gesamte Prozess evaluiert werden. Die Finanzierung dieser Evaluierung muss noch geklärt werden.

Die Vorarbeit für die Vorsorgegespräche wird in der Regel von den Pflegenden geleistet. Sie informieren Bewohnerinnen bzw. Bewohner und deren Angehörige über den Sinn so eines Gespräches und über die Inhalte. Manchmal wird nur über Lebenswünsche gesprochen und nicht über Wünsche, die Krankheit und Sterben betreffen. Manchmal bleibt es beim Angebot, die Bewohnerin oder der Bewohner wollen das Angebot nicht annehmen. Es wird ihnen aber weiterhin regelmäßig unterbreitet.

Sobald es um medizinische Fragen und Fragen zum Lebensende (Reanimationsversuch, künstliche Ernährung, Krankenhauseinweisung) geht, wird auch ein Krisenblatt erstellt. Bei diesen Gesprächen ist die Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes zwingend notwendig.

Die Gespräche finden immer in Anwesenheit der Bewohnerin bzw. des Bewohners statt, auch wenn diese sich selber nicht mehr am Gespräch beteiligen können. Die Gespräche können sehr kurz sein, wenn schon ausreichend Vorarbeit geleistet wurde und die Bewohnerin bzw. der Bewohner genau weiß, was sie bzw. er will. Sie können aber auch bis zu einer Stunde dauern.

Im Anschluss an das Gespräch ist eine ausführliche und durchaus zeitaufwändige Dokumentation erforderlich. Dieser Zeitaufwand wirkt vielleicht primär abschreckend, aber in der Folge können Entscheidungen leichter getroffen werden und viele Krankenhausaufenthalte gerade in der letzten Lebensphase können vermieden werden.

Dieser Zeitaufwand ist von den Hausärztinnen und -ärzten im Rahmen der aktuellen Honorierung nicht zu gewährleisten. Einrichtungen, die angestellte Palliativmedizinerinnen und -mediziner haben, können allen Bewohnerinnen und Bewohnern solche Gespräche anbieten. Aber es darf in Wien keine Unterschiede geben. Es darf nicht dem Zufall überlassen bleiben, in welchem Wohn- und Pflegeheim man lebt und ob es dieses Angebot gibt oder nicht. Es ist daher dringend erforderlich, dass von Seiten der Sozialversicherungsträger ein Honorar für VSD®-Gespräche eingeführt wird. Denn man weiß, dass Krankenhaustransfers und -aufenthalte nicht nur sehr belastend für die Bewohnerin oder den Bewohner, sondern viel teurer als ein VSD®-Gespräch sind.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt allen Einrichtungen, auch jenen die das HPCPH-Projekt noch nicht durchgeführt haben, den VSD Vorsorgedialog® zu implementieren und den Bewohnerinnen und Bewohnern anzubieten.

Dringend notwendig ist die Klärung einer Honorierung für Hausärztinnen und -ärzte, da nur so eine breitflächige Umsetzung gewährleistet werden kann.

### 3.9 HPCPH im Wiener Krankenanstaltenverbund

#### Fortschrittsbericht des Projektes

Die Sicherstellung der Integration von „Hospiz und Palliative Care“ in das gesamte medizinische, pflegerische, psychosoziale und therapeutische Versorgungskonzept gehört zu den zentralen Anliegen der TU PWH (Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung).

In die Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren des KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund) kommen pflegebedürftige Menschen in schlechtem Gesundheitszustand, multimorbid und oftmals an Demenz erkrankt. Sensibilität, innere Haltung und ein entsprechendes Wissen ist gefragt, um diesen Menschen eine, ihren individuellen Bedürfnissen entsprechende, Lebensqualität zu ermöglichen. Dies stellt eine große Herausforderung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsqualifikationen und Hierarchieebenen dar. Umso mehr sieht es die TU PWH als ihre Aufgabe an, mit einer entsprechenden Personalentwicklung die fachliche und persönliche Qualifikation in Hinblick auf eine in der Grundversorgung den Ansprüchen gerechte Palliativversorgung zu stärken bzw. diese zu erweitern.

Von Anfang an war klar, dass die TU PWH an dem vom Dachverband Hospiz Österreich initiierten österreichweiten Projekt teilnehmen wird. In dieser komplexen Projektstruktur ist das höchst anspruchsvolle Ziel verankert, eine flächendeckende, systematisierte und strukturierte Palliativkultur zu erreichen. Seit 2013 ist das Projekt im Laufen, welches sich in zwei Hauptbereiche – eine entsprechende Personalentwicklung als auch eine fokussierte Organisationsentwicklung – gliedert. Besonderen Wert wird in der Projektstruktur auf die Ausarbeitung von Maßnahmen zur Nachhaltigkeit gelegt, um den neu erarbeiteten Standard auch zukünftig halten und weitertragen zu können.

Die Ausrollung innerhalb der Einrichtungen der TU PWH verläuft nach festgelegtem Zeitplan. Bis jetzt haben zwei Häuser das Projekt erfolgreich beendet, zwei weitere Häuser haben bereits den zweijährigen Organisationsentwicklungsprozess hinter sich gebracht und stecken derzeit in den Workshops „Palliativer Geriatrie“. Ebenfalls haben zwei Häuser im Herbst 2017 mit dem Projekt gestartet. Die restlichen sechs Einrichtungen werden etappenweise in den Jahren 2019, 2021 und 2023 mit diesem Programm beginnen. Mit 2025 ist der endgültige Projektabschluss fixiert.

Pro Haus läuft das Projekt über drei Jahre – ein nur auf dem ersten Blick langer Zeitrahmen. Denn die klar strukturierten und inhaltlich festgelegten Zielsetzungen der Workshops verlangen die Erreichung einer 80% Schulungsquote der Mitarbeiterinnen



und Mitarbeiter in jeder einzelnen Berufsgruppe. In dem grundsätzlich integrativen Palliative Care Ansatz werden als wichtige inhaltliche Ziele vorgegeben:

- reflektiertes, professionelles Handeln in multiprofessionellen Teams mit Vermittlung unbedingt erforderlicher Kenntnisse in Palliativer Geriatrie
- Schärfung des Bewusstseins für die im Umgang mit hilf- und wehrlosen, vor allem aber mit demenzkranken (betagten) Menschen erforderliche Achtsamkeit im Alltag
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten und demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Angehörigen
- Vermittlung der Grundlagen eines professionellen Schmerzmanagements für geriatrische Patientinnen und Patienten

Darüber hinaus erfordert der Organisationsentwicklungsprozess die Verankerung institutioneller Strukturen und Abläufe unter Einbeziehung aller Beteiligten in der Einrichtung.


Die TU PWH hat sich bewusst entschieden, keine eigenen Hospiz- und Palliativbetten zu führen, sondern versteht Palliative Care als integrativen und ganzheitlichen Betreuungs- und Begleitungsauftrag in der Grundversorgung, welcher für alle Bewohnerinnen und Bewohner mit Eintritt und Aufnahme in eines der Häuser zu gelten hat. Das durchgängig positive Feedback der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bis jetzt an diesem Projekt teilgenommen haben, bestätigen die Richtigkeit des eingeschlagenen Weges.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Integration von „Hospiz und Palliative Care“ in das gesamte medizinische, pflegerische, psychosoziale und therapeutische Versorgungskonzept der Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung des Wiener Krankenanstaltenverbundes.

#### **3.10 Bewohnerinnen- und Bewohnerservicestelle – Unterstützung der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner von Wohn- und Pflegeheimen**

Selbstbestimmung ist das erklärte Ziel aller Menschen, aber umso bedeutungsvoller ist es für jene, die aufgrund altersbedingter und gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind Selbstbestimmung autark zu leben. Dazu gehören vor allem auch die Bewohnerinnen und Bewohner in Wohn- und Pflegeheimen. Selbstbestimmt zu entscheiden und seine Rechte einfordern zu können, ist unverzichtbar für ein gutes Leben oder - wie gerne formuliert - für eine angemessene Lebensqualität.

Menschen dürfen ihre Selbstbestimmung nicht verlieren, aber Realität ist, dass viele Bewohnerinnen und Bewohner in Wohn- und Pflegeheimen Unterstützung benötigen, um ihre Bedürfnisse zu artikulieren und ihre Rechte nachhaltig einzufordern. Sie benötigen eine Stimme, die mit ihnen und in ihrem Interesse spricht, wenn sie selbst die Kraft dafür nicht mehr haben.



Im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WWPG) sind nicht nur die Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte sondern auch die Etablierung einer Bewohnerinnen- und Bewohnerservicestelle für Einrichtungen mit mehr als 50 Plätzen verankert. Die Einrichtung der Bewohnerinnen- und Bewohnerservicestelle ist eine absolut unerlässliche Forderung für alle Menschen, die aufgrund ihrer Handicaps ihre Rechte zum Teil nicht kennen oder sie nicht mehr kommunizieren können. Diese Situationen würden die Einschränkung oder sogar den Verlust der Selbstbestimmung bedeuten. Die o.g. Rechtsgrundlage gewährleistet allerdings noch nicht, dass das beabsichtigte Ziel der Selbstbestimmung und Realisierung der Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte auch erreicht wird. Vor diesem Hintergrund hat man sich in der Caritas der Erzdiözese Wien von Oktober 2016 bis Dezember 2017 projektbasiert intensiv mit der Rolle, den Aufgaben und Kompetenzen der Bewohnerservicestelle gewidmet.

### Zielsetzung

In den zwölf Wohn- und Pflegeheimen der Caritas der Erzdiözese Wien und Niederösterreich Ost werden als Mindeststandard der Bewohnerinnen- und Bewohnerorientierung die im WWPG verankerten Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte nachhaltig sichergestellt. Als Voraussetzung dafür wird das Bewohnerinnen- und Bewohnerservice als zentrale und weisungsunabhängige Funktion verankert, ein Leistungsprofil erstellt, in dem insbesondere die Prozesse und Kernaufgaben des Bewohnerinnen- und Bewohnerservice unter Berücksichtigung europäischer Guidelines definiert sind, das Berichtswesen und das Kommunikationssystem verbindlich vereinbart und ein Monitoringsystem der Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte zur Steuerung von Maßnahmen entwickelt und eingeführt.

Die Ergebnisse der Einschätzung und Bewertung der Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte dienen dem Pflegemanagement zur Sicherstellung und Planung von strukturellen, sozialen und pflegerischen Maßnahmen und Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen die Bedeutung der Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte für ein gutes Leben und eine angemessene Lebensqualität verstehen und ihr Handeln achtsam im Kontext der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner ausrichten.

### Vorgehensweise und Methodik

**Literaturrecherche:** Als praxisrelevant identifiziert und für die Entwicklungsarbeit herangezogen wurden folgende Dokumente: WWPG, Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte – Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (EUSTaCEA Projekt Daphne III Programm), Europäischer Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege/ Grundsätze und Leitlinien für Würde und Wohlbefinden älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Publikation im Rahmen des von der europäischen Kommission geförderten Projektes „WeDO“), Europäische Charta und Verhaltenskodex der europäischen Vereinigung von Leiterinnen/Leitern und Trägern von Einrichtungen der Langzeitpflege (E.D.E.), Lebensqualitätskonzept der Caritas Pflege.

**Kernaufgaben:** aus den o. g. Grundlagen wurden die für die Bewohnerinnen- und Bewohnerorientierung relevanten gemeinsamen Kriterien verifiziert, priorisiert und daraus die Kernaufgaben für das Bewohnerinnen- und Bewohnerservice, wie auch die Erhebungsmethoden für die Erfassung der Bedürfnisse und Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte abgeleitet.

**Prozessbeschreibungen, Berichtswesen, Monitoring:** Zur nachhaltigen und evaluierbaren Umsetzung der Kernaufgaben des Bewohnerinnen- und Bewohnerservice wurden Prozesse entwickelt und beschrieben. Dazu gehören insbesondere der Routinebesuch des Bewohnerinnen- und Bewohnerservice - von der Ankündigung eines Besuches für die Bewohnerinnen und Bewohner bis hin zur Kommunikation mit dem (Pflege-)Management auf allen hierarchischen Ebenen.

Ferner wurde ein Portfolio zur systematischen Erfassung und Dokumentation der Bewohnerinnen- und Bewohnerorientierung auf der Basis der Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte lt. WWPG erstellt.

Dieses Portfolio wurde in eine Berichtsform den „Besuchsbericht“ konvertiert, aus dem durch ein EDV gestütztes Monitoringtool Kennzahlen generiert werden.

Für alle Prozessbeschreibungen und standardisierten Dokumentationsgrundlagen gibt es umfassende Erläuterungen und Vertretungspersonen im Bewohnerservice, wie auch im (Pflege-)Management, um zeitnahe Information und Orientierung zu geben und dadurch die Betreuungskontinuität zu sichern.

**Pre-Test, Pilotierung, Regelbetrieb:** Nach einem Pre-Test in drei Wohn- und Pflegeheimen wurden Prozesse, Berichtswesen und Kommunikationsabläufe als Pilotprojekt inklusive begleitender Reflexion aller Beteiligten und der kontinuierlichen Dokumentationskontrolle in allen zwölf Wohn- und Pflegeheimen eingeführt.

Im Herbst 2017 wurde das Projekt abgeschlossen und in den Regelbetrieb geführt.

**Sensibilisierung und Kommunikation:** Zur Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird konsequent in allen Foren, Veranstaltungen, Seminaren, Workshops und Meetings die Bedeutung von Bewohnerinnen- und Bewohnerrechten im Kontext der Selbstbestimmung für ein gutes Leben thematisiert und diskutiert.

**Nachhaltigkeit und Evaluation:** Die Verankerung des Bewohnerinnen- und Bewohnerservice mit den damit verbundenen Aufgaben und Zielsetzungen wird im Zwei-Jahres-Intervall evaluiert.

**Ergebnisse und Nutzen:** Die ersten Ergebnisse zeigen, dass die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner durch die gezielte Unterstützung des Bewohnerinnen- und Bewohnerservice gestärkt und gewährleistet werden kann. Anliegen, Bedürfnisse und Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern reaktionsschneller aufgegriffen. Ferner zeigt sich, dass sich durch den Fokus auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch autark weiterentwickelt. Der Benefit für die Bewohnerinnen und Bewohner liegt vor allem auch in der erhöhten Aufmerksamkeit und Achtsamkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die individuellen und kollektiven Anliegen, Sorgen und Nöte der pflegebedürftigen Menschen. Tatsächlich steigt durch die Sensibilisierung auch die Arbeitszufriedenheit.

Im Bewohnerinnen- und Bewohnerservice finden die pflegebedürftigen Menschen nicht nur eine Stimme um ihre Selbstbestimmung zu stärken, sondern eine unabhängige Interessensvertretung und Vertrauensperson, die frei von wirtschaftlichen, personellen oder organisatorischen Zwängen handeln kann.

Mit Hilfe der retrospektiven Auswertung der Kennzahlen sind kollektive Stärken und Schwächen in der Bewohnerinnen- und Bewohnerorientierung sichtbar und das (Pflege-) Management hat die Möglichkeit, gezielte Handlungsprogramme zu entwickeln. Dem (Pflege-)Management bietet das Bewohnerinnen- und Bewohnerservice einen wertvollen Support durch die Informationen, Daten, Fakten und letztlich Empfehlungen im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner. Dies sind Grundlagen für die treffsichere Schaffung von würdevollen Rahmenbedingungen. Die Verantwortung für ein gutes Leben der Bewohnerinnen und Bewohner zu sorgen, ist mit Partnerinnen und Partnern wie dem Bewohnerservice und sensibilisierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gut zu tragen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Stärkung der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohn- und Pflegeheimen durch den Support des Bewohnerinnen- und Bewohnerservice. Im Bewohnerinnen- und Bewohnerservice sollen pflegebedürftige Menschen in den Wohn- und Pflegeheimen eine unabhängige Interessensvertretung und Vertrauensperson finden, die frei von wirtschaftlichen, personellen oder organisatorischen Zwängen handeln kann.

### **3.11 Freiheitsbeschränkung von Bewohnerinnen und Bewohnern durch Versperren der Eingangstüre mittels Nummerncode**

Grundsätzlich haben alle Bewohnerinnen und Bewohner ein Anrecht darauf, ihren Wohnbereich, welcher ihr zu Hause darstellt, als offenen Bereich entsprechend des Normalitätsprinzips zu erleben. Es gibt keine gesetzliche Grundlage, bestimmte Bereiche einer Pflege- und Betreuungseinrichtung oder eine Pflege- und Betreuungseinrichtung grundsätzlich geschlossen zu halten.

Die Häuser sind den - ihnen zur Betreuung überantworteten - Personen verpflichtet und verfügen über die - dazu nötigen fachlichen, sachlichen und personellen - Ressourcen, die ein Privathaushalt in der Regel nicht bieten kann. Eine Pflege- und Betreuungseinrichtung gewährleistet, beruhend auf den Betreuungsvertrag, dass Personen, die nicht mehr alleine zu Hause leben können, in der Institution von ausreichend Fachpersonal nach aktuellem Standard gepflegt und betreut werden. Dies durch ein Versperren der Türe bzw. durch einen Türcodemechanismus sicherzustellen, wird diesem Anspruch nicht gerecht, denn dazu müsste ein betagter Mensch nicht in eine Pflege- und Betreuungseinrichtung übersiedeln. Die Auseinandersetzung mit besorgten Angehörigen ist eine Herausforderung für jede Einrichtung, sollte aber professionell gehandhabt werden und nicht, um sich dieser Auseinandersetzung zu entziehen, zu gesetzwidrigen Freiheitsbeschränkungen führen.

Es entspricht weder dem Normalitätsprinzip noch den Standards einer zeitgemäßen, adäquaten Pflege und Betreuung, dass betagte und hochbetagte Menschen in einem geschlossenen Bereich leben. Personen, welche sich aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung im Straßenverkehr oder außerhalb des Heimgeländes ernstlich und erheblich gefährden würden, sind individuell nach dem Heimaufenthaltsgesetz zu schützen.

Ein Türcodemechanismus kann nicht nur für ältere Menschen eine unüberwindbare Hürde darstellen, zumal diese Form von Schließmechanismus weder für alte noch

junge Menschen im Alltagsleben ein integraler Bestandteil ist. Durch die Codierung an einer Haupteingangstür bzw. Stationstür ist davon auszugehen, dass durch die Schaffung eines geschlossenen Bereiches auch andere Menschen, die infolge ausschließlich körperlicher Einschränkungen nicht in der Lage sind den Code einzugeben, in ihrer Freiheit beschränkt werden und die Einrichtung gegebenenfalls nicht verlassen können, und somit ein nicht zu akzeptierender Grundrechtseingriff erfolgt.

Sind Bewohnerinnen und Bewohner mit fehlender Einsichts- und Urteilsfähigkeit mit der Handhabung des Sperrmechanismus nicht vertraut, liegt auch dann eine Freiheitsbeschränkung nach Heimaufenthaltsgesetz vor, wenn sich diese der Beschränkungssituation nicht bewusst sind oder sie den Bereich gar nicht verlassen möchten. Nach gängiger Judikatur kann eine Hilfestellung durch Dritte diesen Eingriff in ein Grundrecht nicht heilen.

Auch im Sinne von barrierefreier Gestaltung von Pflege- und Wohneinrichtungen ist ein Türkodemechanismus nicht geeignet und abzulehnen. Dem Argument, dass Angehörige Türkodemechanismen oder verschlossene Türen begrüßen, ist entgegen zu halten, dass eine Anordnung einer Freiheitsbeschränkung, auf oder mit dem Wunsch der Angehörigen im Heimaufenthaltsgesetz, nicht vorgesehen ist.

In Hinblick auf nicht einsichts- und urteilsfähige Personen, die sich durch das Verlassen der Einrichtung oder das Verlassen der Station ernstlich und erheblich gefährden, gibt es eine Reihe von Alternativen, die personenbezogen anwendbar sind und auf individuelle Bewohnerinnen- und Bewohnerbedürfnisse eingehen – einerseits der gezielte personelle Einsatz durch Beobachtung des Tagesverhaltens und Einschätzung der aktuellen Gefährdung, ein den Bewohnerbedürfnissen abgestimmter Tagesablauf bzw. darüber hinaus das Achten auf Unterforderung bzw. Langeweile von Bewohnerinnen und Bewohnern. Andererseits gibt es auch viele technische Möglichkeiten, die einen individuellen personenbezogenen Schutz gewährleisten, wie z.B. Desorientiertenfürsorge- oder Ortungssysteme, je nach Ausführung mit unterschiedlichen und vielfältigen Möglichkeiten. Der Einsatz dieser Systeme stellt natürlich einen Eingriff in Persönlichkeitsrechte dar. Es sind jedenfalls Aufklärungsgespräche mit den betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern erforderlich, ggf. sind Gespräche mit der Sachwalterin bzw. dem Sachwalter zu führen und deren bzw. dessen Zustimmung einzuholen.

Bei der Konzeptionierung von neuen Wohn- und Pflegeeinrichtungen empfiehlt es sich, daran zu denken, diese Einrichtungen in verkehrsberuhigten „Grätzeln“ zu errichten.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, dass auf individuelle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, die sich durch das Verlassen der Einrichtung oder das Verlassen der Station ernstlich und erheblich gefährden würden, eingegangen wird. Es gilt, sich um optimale Lösungen und Maßnahmen bemühen. Dies bedeutet beispielsweise, anstelle des Versperrens der Eingangstüre ein Desorientiertensystem als gelindestes Mittel einzusetzen.

Bei der Konzeptionierung von neuen Wohn- und Pflegeeinrichtungen ist es ratsam, dass diese Einrichtungen in verkehrsberuhigten „Grätzeln“ errichtet werden.

### 3.12 Gewaltvorwürfe gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines niederösterreichischen Wohn- und Pflegeheimes – Weiterbeschäftigung in Wien

Im Oktober 2016 wurde bekannt, dass fünf Pflegekräfte in einem privaten gemeinnützigen Pflegeheim in NÖ verdächtig seien, hilflose Bewohnerinnen und Bewohner grausam gequält und erniedrigt zu haben. In einer Chat - Gruppe hätten sich die fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeblich auf sadistische Weise über die Bewohnerinnen und Bewohner unterhalten und sich mit ihren Taten gerühmt. Die betroffenen Pflegebedürftigen seien, so der Geschäftsführer der Einrichtung, nicht mehr äusserungsfähig gewesen und hätten daher nicht um Hilfe bitten können.

Die verdächtigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden fristlos entlassen. Seit Herbst 2016 ermittelt die Staatsanwaltschaft St. Pölten.

Aufgrund eines Medienberichtes vom September 2017 (Quelle: Falter 39/17) wurde bekannt, dass zwei der Tatverdächtigen in einem privat gemeinnützigen Wiener Wohn- und Pflegeheim arbeiten würden. Die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwältin beraumte daher für den 29.09.2017 einen außerordentlichen Sprechtag (in Begleitung von Mitgliedern der Wiener Heimkommission) im betroffenen Wohn- und Pflegeheim an. Es stellte sich heraus, dass die beiden Pflegekräfte mehrere Monate lang dort tätig gewesen waren. Während eines laufenden Strafverfahrens gibt es keinen Eintrag im Strafregister, daher arbeiteten die beiden Personen unbehelligt im Wohn- und Pflegeheim.

Die Geschäftsführerin des Hauses bestätigte auf die Frage der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwältin, dass man im Juli 2017 von den Vorwürfen erfahren hätte. Es seien Gespräche mit beiden Personen geführt worden und es hätte auch eine Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterversammlung stattgefunden. Auf Nachfrage wurde eingeräumt, dass die beiden Verdächtigen sowohl vor Bekanntwerden der Vorwürfe, als auch in weiterer Folge gemeinsam mit Anderen und zu zweit auch Nachtdienste übernommen hatten. Über die Vorwürfe war zwar die Kolleginnen- und Kollegenschaft, nicht jedoch die Bewohnerinnen und Bewohner oder deren Angehörigen informiert worden. Dass die Umstände durch ungesteuerten Informationsfluss oder die Medienberichte bekannt werden könnten und damit Angst unter den Betroffenen geschürt werden könnte, war weder von der Geschäftsführung noch von der Pflegedienstleitung ins Kalkül gezogen worden.

Erst am 20.9.2017 wurde seitens des Rechtsträgers, offenkundig in Reaktion auf Medienberichte, eine Kündigung beider Tatverdächtigen mit sofortiger Freistellung ausgesprochen.

Eine zentrale Frage bleibt jedoch weiter unbeantwortet: Falls sich die Vorwürfe gegen das Pflegeheim in NÖ bewahrheiten, ist es schwer nachzuvollziehen, warum es so lange Zeit gebraucht hatte, bis jemand aus dem Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter-team aufmerksam machte, dass derartig Schlimmes vor sich geht. Einrichtungen sind daher angehalten, über Formen der vertraulichen Informationsweitergabe nachzudenken, die es Personal erlaubt, sich vertrauensvoll und, wenn gewünscht, strikt anonym zu äußern.

Im betroffenen Wiener Wohn- und Pflegeheim förderte die Befragung der Führungskräfte eine nicht akzeptable Ignoranz gegenüber den möglichen Folgen des eigenen Wegschauens und Herunterspielens zu Tage. Es entstand der Eindruck, dass sich die Führung, die Verdächtigen und offenkundig auch das übrige Personal im Sinne einer „Wagenburgmentalität“ gegen die kritische Infragestellung des eigenen Handelns abgedichtet hatten. Seitens der Geschäftsführung wurde das Gespräch mit der Wiener Heimkommission abrupt und großlos abgebrochen, als man offenkundig auf den Vorhalt, bewusst ein Risiko für die Pflegebefohlenen eingegangen zu sein, keine Antwort mehr wusste.

Das betroffene Wohn- und Pflegeheim wurde mittlerweile von einem anderen Rechtsträger übernommen und soll strukturell völlig neu aufgestellt werden.

Nicht behoben sind allerdings die chronischen Probleme des Pflegesektors: Knappe personelle und zeitliche Ressourcen, ständiger Personalwechsel, gesellschaftliche Geringschätzung der Tätigkeit, schlechte Bezahlung und daraus folgend zu wenig qualifiziertes Personal. Es ist also notwendig, die Rahmenbedingungen grundsätzlich zu hinterfragen, wie etwa schlechte Arbeitsbedingungen, ungünstiges Arbeitsklima, ungenaue Dienstvorschriften, die Angst vor Sanktionen, das Nichteinbeziehen bei wichtigen Entscheidungen oder unzumutbare bauliche Gegebenheiten.

Präventive Maßnahmen können dann greifen, wenn die Bereitschaft besteht das Problem zu erkennen und man bestrebt ist, interdisziplinär an Lösungen zu arbeiten. In diesen Prozess sollten Angehörige sowie Heimbewohnerinnen und Heimbewohner einbezogen werden.

Wohn- und Pflegeheime, die ihren Betrieb möglichst offen gegenüber der sozialen Umgebung gestalten (Einbindung in die Nachbarschaft, Kommunikation mit den anderen Generationen, Kulturveranstaltungen, etc.) sind weniger gefährdet, dass sich abwertende oder zynische Kommunikationskulturen etablieren können. Heimträger sind besonders gefordert, darauf zu achten, dass hermetische Beziehungssysteme innerhalb des Personals verhindert werden.

Die Häufigkeit, die Art und der Kontext von Aggressionsvorfällen muss systematisch erfasst und kritisch analysiert werden. Auf Basis dieser Information sollte eine integrierte Sicherheitspolitik entwickelt werden, die beispielsweise eine Weitergabe von besorgniserregenden Beobachtungen niedrigschwellig und durch gesicherte Vertraulichkeit ermöglicht.

Die Bekämpfung von Aggression muss ebenso als Aufgabe der Gesamtorganisation unter Einbindung von Angehörigen, Bewohnerinnen und Bewohnern definiert werden, wie Konfliktbeilegung (auch durch den rechtzeitigen Einsatz von „Elder Mediation“, siehe hierzu den Beitrag unter TOP 3) und Prävention nur gemeinsam gelingen kann.

Wichtige Instrumente dazu sind Supervision, Intervision, Fort- und Weiterbildungen im Umgang mit Aggression, Gewalt-Assessments und Deeskalationstrainings.

Zentral für die Gewaltprävention sind die Führungskultur sowie die Qualitätssicherung durch Führungspersonen. Lediglich einmal im Jahr Pflegevisiten pro Bewohnerin bzw. pro Bewohner anzuberaumen, wie das in einigen Wiener Wohn- und Pflegeheimen beobachtet wird, kann keinesfalls ausreichend sein.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den führungsverantwortlichen Personen von Wohn- und Pflegeheimen, sich dringend des Themas „Gewaltprävention“ als Teil der Organisationsentwicklung in ihren Wohn- und Pflegeheimen anzunehmen.

Um einerseits Täterinnen bzw. Täter rasch zu identifizieren und gerichtlich zu belangen und andererseits aber Personal bei ungerechtfertigt erhobenen Vorwürfen rasch zu entlasten, ist ein zügiges Verfahren seitens der Staatsanwaltschaft und der Gerichte dringend geboten. Erhebungen sollten überdies durch fachlich geschultes Personal erfolgen.

### 3.13 Die Erweiterung der Pflegeanwaltschaft in NÖ – Fokus Systemsensibilität in der Langzeitpflege

Die niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft ist eine unabhängige und weisungsfreie Institution des Landes Niederösterreich zur Umsetzung der Patientinnen-, Patienten-, Bewohnerinnen- und Bewohnerrechte. Installiert wurde diese Serviceeinrichtung im Jahre 1994 durch das NÖ Krankenanstaltengesetz und das NÖ Sozialhilfegesetz.

Ergänzend zu den über die Jahre ausgedehnten Aufgabengebieten („Säulen“)

- Beschwerdemanagement / Interessenvertretung
- Patientenentschädigungsfonds und
- ELGA-Ombudsstelle

nahm das erweiterte Team der niederösterreichischen Patienten- und Pflegeanwaltschaft – unter der Leitung von Frau Mag.<sup>a</sup> (FH) Lisa Haderer – mit April 2017 seine Tätigkeit auf.

Als zentrale Anlaufstelle für Anliegen von Menschen, die in Langzeitpflegeeinrichtungen leben, arbeiten oder damit in Kontakt stehen (bspw. als Angehörige oder Vertrauenspersonen), wurde ein Frühwarnsystem entwickelt, welches dazu beitragen soll, Fehlentwicklungen aufzuzeigen.

Novum des Ansatzes und gleichzeitig ergänzende Aufgabe ist, bei Besuchen vor Ort mit allen Sinnen wahrzunehmen, wie viel Systemsensibilität vorherrscht, um zu vermitteln, dass Wohn- und Pflegeheime Orte sind, an denen Menschen Qualität erleben dürfen und ob Handlungen letztlich zum Vorteil der dort lebenden Menschen gesetzt werden. Im Zentrum stehen daher sogenannte „weiche Faktoren“, wie die Atmosphäre im Haus, die wahrgenommene Kommunikationskultur, die Haltung und Wertschätzung gegenüber den in Einrichtungen lebenden Personen, die Begegnungsqualität und vorherrschende Führungskultur.

#### Ziele sind

- die frühzeitige Erkennung von Verbesserungsbedarf, Defiziten und
- Gefährdungen in Organisationen der Langzeitpflege
- das Aufzeigen von Beispielen mit Vorbildcharakter sowie das konstruktive
- Aufzeigen von Handlungsbedarf und -empfehlungen
- das Vermitteln zwischen Personen, die sich an die Pflegeanwaltschaft wenden, und der jeweiligen Institution



So wird einerseits anlassbezogen Kontakt mit Einrichtungen aufgenommen, wenn es um das Abklären von Beschwerden geht, andererseits werden Häuser besucht, um Wahrnehmungen zur vorhandenen Systemsensibilität zu sammeln.

Die Pflegeanwaltschaft ist nicht Teil der jeweils besuchten Organisation und damit Partnerin mit einem unabhängigen Blick von außen. Diesen Außenblick nutzend soll mit dem jeweiligen Haus in einen fachlichen, interdisziplinären und konstruktiven Dialog eingetreten, Lösungs- oder Entwicklungswege aufgezeigt, positive Ansätze gestärkt und negative Trends eingedämmt werden.

Anspruch ist, niederschwellig, serviceorientiert, transparent und unterstützend zu agieren. So steht für jedes der derzeit 112 Häuser der Langzeitpflege in Niederösterreich eine konkrete Ansprechpartnerin zur Verfügung. Gespräche können auf Wunsch auch in den Räumlichkeiten der niederösterreichischen Patienten- und Pflegeanwaltschaft stattfinden.

Um größtmögliche Transparenz zu gewähren, steht auf der Homepage der niederösterreichische Patienten- und Pflegeanwaltschaft jener Kriterienkatalog zur Verfügung, anhand dessen die Besuche vor Ort strukturiert werden. Dieser Katalog wird als nicht statisch verstanden, sondern es werden Expertinnen und Experten in den Häusern herzlich eingeladen, ihre Ideen dazu einzubringen. Es ist dabei von Interesse, zu erfahren, wodurch sie sich unterstützt fühlen würden; soll doch die neu geschaffene Institution einen praktischen Nutzen für die Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen darstellen.

Folgende Übersicht stellt einen Auszug des beschriebenen – nicht als Defizit-Auflistung gedachten – Katalogs dar (demonstrative Aufzählung):

#### **Sprache / Sprachsensibilität wie bspw.**

- Verrohung der Sprache?
- Stellenwert der Kommunikation innerhalb des Hauses - welche Kanäle werden benutzt? (Verhältnis direkt / indirekt)
- Welche „Werkzeuge“, Kenntnisse und Haltung sind vorhanden, um herausfordernde Situationen zu bewältigen bzw. diese erst gar nicht entstehen zu lassen?
- Besteht für Mitarbeitende die Möglichkeit eines multiprofessionellen fachlichen Austauschs?

#### **Würde in den einzelnen Lebensbereichen, wie bspw.**

- Lebensqualität, Freude und Anerkennung durch Achtung der in der Institution sowohl lebenden als auch arbeitenden Menschen und Erhaltung der Würde; Mitsprache der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Gestaltung des täglichen Lebens; woran macht sich die Wahrung der Würde bemerkbar? (z.B. lässt es eine Mitarbeitende zu, dass ein im Haus lebender Mann ihr die Türe aufhalten möchte? Existiert ein Bewohnerinnen- und Bewohnerbeirat? Möglichkeit der individuellen Kleiderwahl?

#### **Anzeichen von Gewalt, wie bspw.**

- personelle (direkte) Gewalt
- strukturelle (indirekte) Gewalt → durch Strukturen verursacht und auf den ersten Blick nicht erkennbar (z.B. „Badelisten“, „Stuhltage“ etc., welche die individuellen Wünsche von in den Institutionen lebenden Menschen womöglich unterminieren – Individualität muss sich Praktikabilität unterordnen)

- belastende Arbeitsbedingungen für Pflegepersonen
- Anerkennung im Team als Voraussetzung für respektvollen, wertschätzenden Umgang mit pflegebedürftigen Menschen
- kulturelle Gewalt (Gewalt der Vorurteile)

#### **Anzeichen von Machtmissbrauch, wie bspw.**

- Aktionsmacht (z.B. bewusstes Verhindern der Nutzung eines Rollators, mit dem eine Bewohnerin oder ein Bewohner selbständig WC aufsuchen könnte)
- instrumentelle Macht (Drohung = Erpressung → Angst, Versprechen = Bestechung → Hoffnung)
- autoritative Macht (z.B. haben alle Bewohnerinnen und Bewohner um 17 Uhr im Bett zu sein, weil „das immer schon so war“?)
- datensetzende Macht (z.B. wird von Mitarbeitenden permanente Rufbereitschaft erwartet, um spontan einen vakanten Dienst abzudecken?; kritische Rückmeldungen in Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterzufriedenheitsumfragen werden als Druckmittel eingesetzt, die Autorinnen und Autoren ausforschen zu können).

#### **Wahrnehmungen hinsichtlich Systemsensibilität, wie bspw.**

##### **Themenfeld Ernährung**

Sind Menschen fernab von Essenszeiten mit „Essenslätzchen“ ausgestattet? Wie ist das Speisenangebot gestaltet? Ist es abwechslungsreich und auf die Bedürfnisse betagter Menschen abgestimmt? Wie wird mit besonderen Vorlieben umgegangen? Wie ist Breikost optisch gestaltet? Haben die Bewohnerinnen und Bewohner Mitspracherecht betreffend ihrer Mahlzeiten? Wie wird reagiert auf kurzfristige Änderungswünsche? Besteht die Möglichkeit für Besucherinnen und Besucher bzw. Bewohnerinnen und Bewohner, gemeinsam zu essen? Läuft bspw. Pop-Musik während der Speiseneinnahme im Wohnbereich?

##### **Themenfeld Medikation**

Wie ist die Medikamentenvergabe organisiert bzw. angepasst an Bedürfnisse? Bekommen Menschen bspw. Tropfenbecher oder wird ihnen ein Löffel mit Medizin in den Mund gesteckt?

##### **Themenfeld Beschäftigung**

Wie ist das Beschäftigungsangebot kommuniziert? Orientiert es sich an den Bedürfnissen und Wünschen der dort lebenden Menschen? Lässt es Flexibilität zu und orientiert es sich auch an den Stärken der jeweils diensthabenden Mitarbeitenden? Wie wird seitens Mitarbeitender vorgegangen, wenn ein Angebot nicht angenommen wird? Gibt es Piktogramme oder sonstige optisch ansprechende Hinweise auch für dementiell veränderte Menschen, sehbehinderte Personen oder Analphabeten? Läuft das TV-Gerät als Dauerberieselung, obwohl in der erhobenen Biographie nichts dazu steht, dass bspw. eine immobile Dame bzw. ein mobiler Herr zu dieser Zeit dieses Programm sehen möchte?

##### **Themenfeld Umfeldgestaltung**

Wie wohnlich (orientiert am Normalitätsprinzip) gestaltet sich die Atmosphäre im Wohnbereich? (z.B. Pflegewagen permanent im Blickfeld, Notfallrucksäcke im direkten Wohnbereich, Lagerraumoptik durch umherstehende Hilfsmittel etc.) Wie viel Individualität wird zugelassen und wie findet Biographie Berücksichtigung hinsichtlich der Zimmergestaltung? Sind Räume entsprechend der Jahreszeit dekoriert?

Wer gestaltet diese nach welchen Kriterien? Stehen adäquate Sitzgelegenheiten und/oder Fortbewegungsmittel zur Verfügung? Wie ist der Verabschiedungsraum gestaltet und ausgestattet? Welche Rituale gibt es, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner verstirbt?

#### **Themenfeld Stärkenorientierung**

Welcher Stellenwert wird ihr bzw. ihm hinsichtlich

- der in den Häusern lebenden Menschen (Berücksichtigung der Ressourcen)
- der in den Häusern arbeitenden Menschen (Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterentwicklung) &
- der Menschen, die Zeit im Haus verbringen (Angehörige, Vertrauensperson) eingeräumt?

Wie sehr finden ihre bzw. seine Vorschläge, Erfahrungen Gehör und stoßen auf Interesse, Involviertheit durch Integration?

#### **Themenfeld Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterorientierung**

Besteht im Bedarfsfall die Möglichkeit zu Fallsupervision? Welche Fortbildungen werden besucht? Welche Absichten gehen damit einher? Was davon kommt bei den Bewohnerinnen und Bewohnern an?

Nach einem Besuch in einem Haus stehen die Mitarbeiterinnen der niederösterreichischen Patienten- und Pflegeanwaltschaft für Feedbackgespräche mit allen Interessierten zur Verfügung – im Wissen, dass es den Austausch mit den Führungskräften vor Ort braucht, um ein stimmiges Gesamtbild zu erhalten. Sie sind es, die die Entwicklung ihres Hauses kennen, begleiten und Gründe für gewisse Umstände nennen können, die sich in Momentaufnahmen vielfach nicht widerspiegeln können.

Es ist dabei selbstverständlich, neben wahrgenommenen ausbaufähigen Fragmenten, die immer mit Empfehlungen einhergehen werden, auch alle positiven Eindrücke zeitnahe zu verschriftlichen. Schreiben werden direkt an das jeweilige Haus gerichtet, nicht an den zuständigen Träger. Auf Wunsch kann die betreffende Einrichtung zu einer Nachbesprechung wieder besucht werden. Die Rückmeldungen des Hauses sollen anschließend darauf eingehen,

- welche Maßnahmen gesetzt bzw. nicht gesetzt wurden,
- was mit den Maßnahmen erreicht wurde bzw. angedacht ist, erreicht zu werden und
- woran zum Wohle der dort lebenden Menschen erkennbar ist, dass sich etwas verändert hat.

Empfehlungen werden evaluiert oder vom Haus initiierte Alternativen auf ihre Umsetzung und in weiterer Folge auf deren Wirksamkeit und Nutzen für im Haus lebende Menschen überprüft. Dafür werden beispielsweise Gespräche mit betroffenen Personen vor Ort durchgeführt. Es wird in jedem Fall der Evaluierungsmaßstab so festgelegt, dass dort angesetzt wird, wo die Thematik ihren Beginn nahm.

Neben Expertinnen und Experten aus den Häusern vernetzen sich die Mitarbeiterinnen der niederösterreichischen Patienten- und Pflegeanwaltschaft auch mit Ausbildungseinrichtungen, Interessensgemeinschaften, dem Landesverein für Bewohnervertretung und Sachwalterschaft, dem Pflegeservicezentrum, der Volksanwaltschaft etc., um regelmäßigen konstruktiven Austausch zu gewährleisten und Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Die so generierten Informationen werden einer

internen Strukturierung im Rahmen eines Ampel-Monitoring-Systems unterzogen und mit den Eindrücken der Besuche vor Ort abgeglichen.

Abgestimmt auf die Praxis wird die Entwicklung weiterer Instrumente erfolgen. Diese spezifischen Angebote orientieren sich am Bedarf der Häuser und damit in Verbindung stehenden Menschen. Auch durch das Einholen von Feedback der Häuser werden Maßnahmen kontinuierlich Evaluierungen unterzogen (welche Angebote werden häufig kaum genutzt, wie praktikabel sind sie, welchen Nutzen bringen sie?), eine dementsprechende Adaptierung des Angebotes vorgenommen.

### 3.14 Diagnose Gewalt – Gewalt aus der Sicht der Geriatrie

In Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens werden betagte Menschen – Bewohnerinnen und Bewohner bzw. geriatrische Patientinnen und Patienten mit hoher menschlicher und fachlicher Kompetenz - begleitet, betreut, behandelt und gepflegt. Sie sind in diesem Rahmen trotzdem besonders vulnerabel, einerseits aufgrund ihrer altersbedingt zunehmenden Multimorbidität inklusive kognitiver Defizite und Frailty, andererseits, da sie große Gefahr laufen, die Achtung vor ihrer Persönlichkeit im System Wohn- und Pflegeheim oder Akutkrankenhaus zu verlieren. Grund dafür ist unter anderem, dass die Betreuung oft unter großem Zeitdruck, in inadäquaten Rahmenbedingungen – gekennzeichnet durch Ressourcenknappheit und Strukturmängel – stattfindet. Es ist schwer vorstellbar, dass gerade dort, wo hilfe- und betreuungsbedürftige betagte Personen Unterstützung erwarten, Gewalt stattfinden kann.

#### Definition

Gewalt an betagten Menschen wird als „eine einzelne oder wiederholte Handlung, oder das Fehlen einer angemessenen Handlung, die im Rahmen einer Beziehung geschieht, in der Vertrauen erwartet wird und die einer älteren Person Schaden oder Leid zufügt“ definiert. Sie ist „eine Menschenrechtsverletzung und eine signifikante Ursache von Verletzungen, Krankheit und Verzweiflung“.

Es sind ganz allgemein Handlungen oder Unterlassungen und Versäumnisse einer Betreuungsperson, die in einem Vertrauensverhältnis zur betroffenen, vulnerablen älteren Person steht, welche eine negative Auswirkung auf die Gesundheit oder auf die Befindlichkeit einer älteren Person haben, die ihr einen körperlichen, psychischen oder aber auch materiellen Schaden verursachen. Es geht auch um das Versäumnis von Strukturen des Gesundheits- und Sozialsystems, Bedürfnisse vulnerabler älterer Menschen zu befriedigen, wodurch sie gesundheitlichen körperlichen und psychischen Schaden erleiden.

#### Formen der Gewalt

Es ist zu berücksichtigen, dass Gewalthandlungen meist mehrdimensional sind und dass es zu Überschneidungen diverser Gewaltformen kommen kann.

#### Direkte Gewalt

Die offensichtlichste Gewaltform bedeutet bestimmtes bewusstes Handeln, aber auch Nicht-Handeln. Täter und Opfer stehen in einer direkten Beziehung zu einander, es geht meist um eine Misshandlung, d.h. ein aktives Tun.

### 3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge

#### Formen der direkten Gewalt

Physische Gewalt seltener als die anderen Formen	bewusstes Zufügen v. Schmerz, körperlicher Zwang	Schlagen, mechanische Fixierung (Gurte etc.), sexueller Missbrauch, unnötige Setzen eines Harnkatheters, unnötige Inkontinenzversorgung, unnötige Sonden, Zwangsernährung, Zwangsmedikation; Vorenthalten von Wohnung, Wärme und Behaglichkeit. Aussetzen („Abandonement“, „Granny Dumping“)
Psychische Gewalt	bezieht sich auf verbalen u. emotionalen Bereich	Anschreien, Beschimpfen, Beleidigen, Drohungen, Erniedrigung, Verspotten, Verletzung des Schamgefühls,
Finanzielle Ausbeutung	Kontrolle über Eigentum, Übergriff auf Besitz	Überreden, Geschenke zu machen, Zwang zur Abgabe der Kontrolle über Finanzen, Änderungen im Testament
Freiheitseinschränkung	Behinderung der Wahrnehmung von Grundrechten	Strukturelle Vorgaben brechen den Willen, Isolation von sozialen Kontakten, Einsperren, keine freie Wahl des Wohnortes
Vernachlässigung	Passiv: unterlassene Handlung bei falscher Einschätzung  Aktiv: bewusstes Vorenthalten von nötigen Maßnahmen	Exsikkose, Mangelernährung, Dekubitus, keine Hilfe bei ADLs, keine Inkontinenz-Betreuung, inadäquate Grundpflege; nicht durchgeführte bzw. vorenthaltene Diagnostik, Therapie, Reha; „eingesparte“ Medikamente
Gewalt am Pflegepersonal „Carer Abuse“	physische und/oder psychische Gewalt	am ehesten betroffen: überfordertes, unter Zeitdruck arbeitendes, schlecht qualifiziertes PP: Kratzen, Schlagen, verbale Aggression, Burnout der Pflegepersonen
Gewalt an pflegenden Angehörigen „Carer Abuse“	physische und/oder psychische Gewalt	wie oben und Vorwürfe, psychischer Druck, Beschimpfungen, „Erpressung“, Ausnützen von Schuldgefühlen
„Resident-to-resident aggression“ (Rosen 2008)	aggressives Verhalten unter Bewohnerinnen und Bewohnern (Patientinnen und Patienten)), negative physische, psychische, verbale Interaktion	verschiedene Formen aggressiven Verhaltens: Anschreien, Schubsen, Schlagen, sexuelle Übergriffe... Triggersituationen, z.B. Unruhe od. Lärm durch andere, Eifersucht, „Territorialkonflikte“, TV-Präferenzen

#### Strukturelle Gewalt:

Diese ist im Unterschied zur direkten Gewalt nicht gleich sichtbar, sie ist „geräuschlos“, das „stille Wasser“ und sie weist eine große Stabilität auf, denn Sozialstrukturen sind meist sehr träge. Die strukturelle Gewalt ermöglicht viele Formen direkter Gewalt, ihrerseits wird sie durch kulturelle Gewalt gefördert.

#### Beispiele für strukturelle Gewalt an betagten Menschen

- unzureichende, den Bedürfnissen der älteren, kranken Menschen nicht entsprechende Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens
- erzwungenes Leben in institutionellen Rahmenbedingungen wegen nicht ausreichend vorhandener alternativer Wohn- und Betreuungsformen

- zu kurze Aufenthaltsdauer in nicht „geriatrisierten“ KH-Strukturen
- unangepasstes Milieu, welches Therapie, Pflege und Rehabilitation geriatrischer Patientinnen bzw. Patienten be- und verhindert: z.B. Delir, Inkontinenz, Immobilität, Sturz, Mangelernährung, Depression fördernd – mit weitere Funktionsverschlechterung als Folge
- nicht ausreichende Rehabilitationskapazitäten für geriatrische Patientinnen bzw. Patienten
- nicht vorhandenes, Entlassungs- bzw. Case-Management
- Mangel an Privatsphäre
- starre Tagesstruktur im Krankenhaus und im Wohn- und Pflegeheim
- Qualifikationsmangel des betreuenden Personals - mangelnde geriatrisch-gerontologische Aus- u. Weiterbildung
- (versteckte) Rationierung, schlechte Personalressourcen
- mangelhafte Qualitätsstandards, unzureichende Kontrolle von Institutionen

#### **Kulturelle Gewalt:**

Bei dieser geht es um Ageismus (Butler 1969), d.h. um Altersdiskriminierung, um das Präsentieren und Befolgen negativer Altersstereotype, welche auf dem Defizitmodell des Alterns basieren, dieses mit nur negativen Vorzeichen sehen, mit Verlusten von körperlichen, kognitiven und sozialen Funktionen und Kompetenzen. Dies fördert auch eine Gewaltbereitschaft gegenüber betagten Menschen.

Es geht auch um das traditionelle, stereotypische Verständnis der Altenpflege als weibliche Rolle und damit die Übertragung von Gender diskriminierenden, benachteiligenden Haltungen auf die alten, betreuungsbedürftigen Menschen, dazu gehört auch die Übertragung der Mutter-Kind-Beziehung auf die Altenpflege mit dem Resultat einer unangebrachten, entwürdigenden Infantilisierung.

#### **Inzidenz und Prävalenz von Gewalt an betagten Menschen**

Daten über die Häufigkeit von Gewalt an alten Menschen sind recht spärlich. Es gibt wahrscheinlich eine hohe Dunkelziffer, nicht nur in Institutionen der Akut- und Langzeitbetreuung, aber auch bei Personen, welche im häuslichen Umfeld betreut werden, da viele Maßnahmen und Vorkommnisse nicht als Gewalt betrachtet und als solche auch nicht erfasst werden. Das darf jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass es ein breites Spektrum an Handlungen gibt, durch die ältere Menschen gekränkt, verletzt und geschädigt werden, und dass viele Normen und Regelungen Prozesse und Verhaltensweisen auslösen, die zu Gewalt führen oder als Gewalt empfunden werden.

Eine Metanalyse von 49 Untersuchungen zur Gewalt an betagten Menschen fand, dass eine signifikante Gewalterfahrung im vergangenen Monat von 6,3% der mehr als 65-Jährigen erlebt werden musste. In den sieben Studien mit angewandten validierten Instrumenten wird von einer signifikanten psychische Gewaltanwendung bei 25% der vulnerablen Personen berichtet. 5% der betreuenden Angehörigen gaben eine körperliche Gewaltanwendung an alten Menschen mit Demenz im vergangenen Jahr zu, 30% der Angehörigen andere Gewaltformen. Studien aus Wohn- und Pflegeheimen ergaben, dass 16% des Pflegeheimpersonals die Anwendung psychischer Gewalt zugaben. 80% des Personals in Langzeitpflegeeinrichtungen gaben an, Gewalt durch andere beobachtet zu haben, jedoch seien nur 2% der Gewaltanwendungen dokumentiert und der Leitung gemeldet worden und nur ca. 1% hatten eine behördliche Meldung zur Folge. (Cooper 2008) Dies illustriert die Dimension des Themas, wobei sicher diskutiert werden kann, ob diese Daten auch auf österreichische

Verhältnisse übertragbar sind - aber sind sie diese in ähnlicher Dimension nicht in Österreich auch denkbar? Jedenfalls wären diesbezügliche Untersuchungen hierzu enorm wichtig. Die Folgen der Gewalt an betagten Menschen sind nämlich schwerwiegend.

#### **Konsequenzen der Gewalt an betagten Menschen**

- unmittelbare Verletzungsfolgen bei physischer Gewalt
- Vernachlässigungsfolgen:  
Exsikkose, Malnutrition, Dekubitus, Kontrakturen, Inkontinenz
- Depression, Angst
- Regression, soziale Isolation
- beschleunigter kognitiver Abbau
- mechanische Fixierung: Immobilisierung, Dekonditionierung, höhere Sturz- und Verletzungsgefahr
- „chemische“ Fixierung: Nebenwirkungen von Psychopharmaka, kognitiver Abbau, Delir, Stürze, Malnutrition
- erhöhter Pflege- und Betreuungsbedarf, dadurch mehr Kosten
- signifikant zunehmende Hospitalisierungen
- höhere Mortalität: Drei-Jahres Mortalität bei Gewaltopfern: 91% vs. 58%
- erhöhter Betreuerstress, Abstumpfung, Potenzierung des Burnouts

#### **Ursächliche Faktoren der Gewalt an betagten Menschen**

Wie bei vielen geriatrischen Problemen und Syndromen ist auch die Ausübung von Gewalt ursächlich meist ein multifaktorieller Prozess.

Es gibt begünstigende strukturelle Faktoren, wie unzureichende Gesetzeslage, Armut, inadäquate Betreuungssysteme, Ressourcenmangel und Mangel an Wissen und Problembewusstsein. Dazu kommen kulturelle Faktoren, welche von Ideologie, Weltanschauung und Haltung abhängen und zur Altersdiskriminierung, zu Ageismus führen.

Persönliche Faktoren sowohl bei der Täterin oder beim Täter als auch beim Opfer spielen auf diesem Hintergrund eine auslösende Rolle. Familiäre Belastungssituationen, soziale Isolation begünstigen die Entstehung von Gewalt.

#### **Individuelle, persönliche Faktoren welche die Entstehung von Gewalt begünstigen:**

- Biografie - Beziehungsgeschichten - Anamnese der Gewalt, auch frühere Gewalterlebnisse, z.B. von familiärer Gewalt
- unentrinnbare Abhängigkeiten, auch finanzieller Art
- Familiengeschichte - Konflikte
- Psychopathologie bei der Täterin oder beim Täter und/oder Opfer: Alkoholismus, psychiatrische Erkrankungen, kognitives Defizit
- kognitive Beeinträchtigung (Demenz) – sowohl der betreuten, als auch der betreuenden Person
- Gewalt durch die familiäre Betreuungsperson („carer abuse“) als s.g. „reverse abuse“ insb. bei Anamnese häuslicher Gewalt – Umkehrung der „Rollen“, Opfer werden zu (meist) Täterinnen bzw. Tätern.

#### **Das Erkennen von Gewalt an betagten Menschen – die Diagnose**

Das Bewusstsein um die Gewalt begünstigende, allgemeine strukturelle Lebens- und

Betreuungssituationen der für dieses Problem besonders vulnerablen Menschen sollte der erste Schritt nicht nur zur Erkennung aber auch zur Prophylaxe der Gewalt sein. Es sind oft geriatrische Patientinnen und Patienten mit einem altersassoziierten höheren Risiko für chronische Multimorbidität, fortschreitende somatische und kognitive funktionelle Defizite, für Frailty, die sie zunehmend pflege- und betreuungsabhängig machen

### **Risikofaktoren für Gewalt an betagten Menschen**

- kognitive Beeinträchtigung (Demenz) der betreuten und/oder der betreuenden Person
- hoher Abhängigkeitsgrad des älteren Menschen von der betreuenden Person aber auch vice versa – emotionale, materielle Abhängigkeit
- als Opfer: Frauen, >80J
- Vorhandensein von Abhängigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) – Selbstfürsorgedefizit
- schlechter Gesundheitsstatus
- Frailty
- aktuelle und frühere familiäre Konflikte und Probleme, z.B.:
  - » innerfamiliäre Gewalt
  - » Alkohol- oder Drogenabusus
  - » psychiatrische Erkrankung
  - » intellektuelle Behinderung
- finanzielle Schwierigkeiten, niedriges Einkommen auf beiden Seiten
- familiäre Belastungssituationen, z.B. Arbeitslosigkeit, Trennungen, Todesfälle
- soziale Isolation
- beengte, inadäquate Wohnsituation
- zu hohe Betreuungslast („caregiver burden“), Überforderung der Betreuerinnen bzw. Betreuern

### **Gewalt-Screening:**

Um Gewalt – egal welcher Form – zu erkennen, bedarf es eines hohen Problembewusstseins und eines guten (klinischen) Urteilsvermögens, insbesondere wenn die geschilderten Risikokonstellationen zutreffen. Erhöhte Aufmerksamkeit sollte z.B. ein spärliches, schlecht funktionierendes soziales Netz und Hinweise auf frühere Konflikte zwischen der betreuten Person und Betreuer bzw. Betreuerin wecken.

Als Pflegeperson, Ärztin oder Arzt sollte man dem klinischen Urteil vertrauen, den Betroffenen ungestört befragen, die kognitiven Funktionen besonders beachten und eine komplette körperliche Untersuchung durchführen. Ein sensibler, empathischer Umgang ist auch mit der Betreuungsperson wichtig.

Als Angehöriger darf man auch seinem dem Gefühl, gar Instinkt vertrauen. In der Betreuungsstruktur (z.B. Wohn- und Pflegeheim) soll man den Umgangston beachten, ebenso äußere Zeichen wie Reinlichkeit, die Ernährungssituation, den Pflegezustand, unerklärte Verletzungszeichen oder eine Mobilitätsverschlechterung, auch im Rahmen unerwarteter Besuche.

### **Warnzeichen für Gewalt an älteren Menschen**

Im Kontakt mit älteren Menschen, besonders wenn sie der Risikogruppe angehören, sollte man hellhörig werden und gezielter nach konkreteren Hinweisen auf Gewalt suchen, wenn z.B.:



für festgestellte (auch minimale) Verletzungen inkohärente, widersprüchliche Erklärungen gegeben werden

- die Betreuungsperson Überforderungs- bzw. Erschöpfungszeichen zeigt
- ein lauter, verbal aggressiver Ton zwischen Betreuern oder Betreuer und betreuter Person
- die betroffene ältere Person depressiv, geängstigt, verschreckt erscheint
- er oder sie ungepflegt ist, bzw. die Wohnung ebenfalls verwahrlost erscheint
- Habseligkeiten und Geld der betroffenen Person fehlen
- die ältere Person daran behindert wird, mit Ärztin oder Arzt, Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter, Pflegeperson alleine zu sprechen
- Arztvisiten, oder Besuche der Sozialdienste gemieden werden
- viele unbezahlte Rechnungen aufliegen
- ein leerer Kühlschrank auffällt

#### **Anamneseerhebung bei Verdacht auf Gewalt**

Diese soll im Rahmen eines ungestörten Gesprächs mit der Patientin oder dem Patienten, der Bewohnerin oder dem Bewohner, der Klientin oder dem Klienten geschehen. Durch einfühlsame, aber durchaus direkte Fragen erfolgt die Beurteilung im Hinblick auf physische Gewaltanwendung, auf aktive oder passive Vernachlässigung und auf psychische Gewalt.

Eine erhöhte Aufmerksamkeit sollte insb. durch ein spärliches, schlecht funktionierendes soziales Netz und durch Hinweise auf Konflikte zwischen Patientin oder Patient und Betreuerin oder Betreuer geweckt werden.

Es sollen Anzeichen von Betreuerstress, Burnout erfasst werden. Differentialdiagnostisch ist die Möglichkeit der Selbstvernachlässigung („self-neglect“) und/oder eines Messie-Syndroms zu berücksichtigen. Ebenso sollen ethnische und kulturelle Unterschiede berücksichtigt werden. Im Rahmen des Anamnesegesprächs kann auch eine Beurteilung der kognitiven Fähigkeit bzw. der Möglichkeit der Betroffenen selbst über die Situation zu urteilen und zu entscheiden erfolgen.

Die Fragen sind auch kognitiv beeinträchtigten Personen „zumutbar“, wenn sie einfühlsam, empathisch, validierend gestellt werden.

#### **Fragenbeispiele:**

- „Möchten Sie mir etwas über schwierige, sie belastende Situationen, unangenehme Zwischenfälle erzählen?“
- „Hat jemand versucht, Sie zu verletzen?“
- „Wurden Sie angebrüllt, beschimpft?“
- „Wurden Sie gezwungen, Dinge zu machen, die Sie nicht wollten?“
- „Kommen Sie mit Ihrem Geld aus?“
- „Haben Sie etwas unterschreiben müssen, ohne zu wissen was es ist?“
- „Fürchten Sie sich vor jemanden?“
- „Werden Sie oft alleine, ohne Hilfe, gelassen?“
- „Sind Ihnen Sachen abhanden gekommen?“

Die Autonomie der älteren Person muss respektiert werden, er bzw. sie darf ihr aber nicht hilflos ausgeliefert sein.

Bei der körperlichen Untersuchung muss sorgfältig auf mögliche Symptome von Gewaltfolgen geachtet werden:

#### **Symptome physischer Gewalt an betagten Menschen:**

- verwahrloste Kleidung, mangelhafte körperliche Hygiene
- unterschiedlich alte Prellmarken, Hämatome, Abschürfungen, Wunden - insb. Wenn sie bilateral und auf Innenseite der Extremitäten bestehen
- Kopfverletzungen
- perigenitale Verletzungen
- häufige, widersprüchlich erklärte Stürze
- Angst, Nervosität .der Patientin bzw. des Patienten in Anwesenheit der Betreuungsperson
- Unterwürfigkeit der Patientin oder des Patienten gegenüber der Betreuungsperson
- verzögerte Behandlung von Verletzungen, Nicht-Einhalten von Kontrollterminen, häufiger Arztwechsel
- Berichte der Patientin oder des Patienten über Gewaltanwendung (auch wenn kognitiv beeinträchtigt!)

#### **Symptome psychischer Gewalt an betagten Menschen:**

- ungeduldiges, irritiertes Verhalten, abschätzige Bemerkungen seitens der Betreuungsperson
- Ambivalenz, Angst, Ärger der Patientin bzw. des Patienten gegenüber der Betreuungsperson
- unerwartete Depression
- plötzliche Zurückgezogenheit
- schlechte Compliance, häufig versäumte, abgesagte Kontrolltermine
- häufiges Verlangen sedierender Medikation

#### **Symptome von Vernachlässigung: einige Beispiele**

- Kontrakturen
- Dehydratation, nicht krankheitsassoziierte Malnutrition
- unbeachtete Antriebslosigkeit, Depressivität
- inadäquate Inkontinenz-Betreuung
- mangelhafte Intervention bei häufigen Stürzen
- Dekubitus
- inadäquate Reaktion auf offensichtliche medizinische Probleme
- unangemessene, unkontrollierte Medikation (Psychopharmaka)
- insgesamt unzureichende medizinische Betreuung

Das Erkennen von Gewalt verlangt ein hohes Maß an Problembewusstsein und ein gutes pflegerisches und klinisches Urteilsvermögen. Als betreuende Pflegeperson bzw. als Ärztin oder Arzt soll man gerade in dieser Frage neben dem fachlichen, dem klinischen Urteil auch auf sein Gefühl, seinen Instinkt vertrauen. Eine genaue Anamnese, eine komplette körperliche Untersuchung ein kompetent durchgeführtes geriatrisches Assessment inklusive einer besonderen Beachtung der kognitiven Funktion sind Grundlage der Diagnostik der Gewalt an älteren Menschen.

#### **Was ist dann zu tun?**

#### **Welche Interventionsmöglichkeiten sind zu empfehlen, welche helfen:**

##### **Intervention bei Gewalt an betagten Menschen**

Allgemeine Prävention: Ansätze dafür könnten in der Schaffung einer größeren öffentlichen Aufmerksamkeit zu diesem Thema sein, ebenso in der Förderung einer generationsübergreifenden, dem Ageismus entgegenwirkenden Solidarität. Eine intensivere professionelle Aus- und Fortbildung der involvierten Berufsgruppen könnte auch präventiv wirken, wie die Schaffung gesetzlicher und struktureller Rahmenbedingungen um eine adäquatere, qualitätsgesicherte extra- und intramurale Betreuung der vulnerablen Risikopopulation zu ermöglichen.

Im Sinne einer selektiven Prävention bei potentiellen Opfern von Gewaltanwendung, bei Risikogruppen könnten die zuvor geschilderten Screeningmaßnahmen effektiv sein, doch gibt es dazu bis dato keine sichere Evidenz. Diese gibt es wohl für Maßnahmen der selektiven Prävention bei Personen mit Risiko der Täterschaft wie Burnout-Prävention, Stressmanagement, Deeskalationstraining, allgemeine und gezielte unterstützende Maßnahmen.

Die Geriatrie kennt einige Optionen für Maßnahmen, die beim Erkennen der Gewaltausübung an einem alten Menschen – an einer geriatrischen Patientin bzw. geriatrische Patienten – stattzufinden hätten, sowohl im Sinne einer indizierten Prävention, als auch einer gezielten Intervention nach der erkannten (diagnostizierten) Gewaltanwendung:

Als Krisenintervention wird eine akute Krankenhaus-Aufnahme (z.B. an eine akutgeriatrische Abteilung) empfohlen. Alternativ – insb. wenn keine gleichzeitig e akute medizinische Behandlungsindikation besteht - wäre an eine „Notaufnahme“ in ein Wohn- und Pflegeheim, eventuell nur vorübergehend im Sinne einer „Respite Care“, oder in betreute Wohnstrukturen zu denken. Eine Trennung des Opfers von der Betreuungsperson wird meist anzustreben sein. Auf jeden Fall soll im häuslichen Bereich ein entlastendes Angebot ambulanter Dienste, wie mobile Krankenpflege, Heimhilfen, Haushaltshilfen durch hinzu geholte Sozialdienste organisiert werden.

Zu den entlastenden Maßnahmen, insb. bei Vernachlässigung der häuslichen Betreuung durch überforderte familiäre Betreuerinnen oder Betreuer gehören Tageszentren, das Angebot eines alternativen Wohn- u. Betreuungsumfelds, wenn nötig ein Wohn- und Pflegeheim.

Es soll schon im prophylaktischen Sinn ein Beratungsangebot für die Betreuerinnen und Betreuer geben: ev. die Möglichkeit einer Familientherapie, jedenfalls ein strukturiertes Fortbildungs-, Coaching-, Supervisionsangebot - dieses auch für die professionellen Betreuerinnen bzw. Betreuer.

Behördliche Interventionen, z.B. polizeiliche Maßnahmen und Wegweisrecht sind Extremmaßnahmen, die zum Schutze des Opfers notwendig sein können – dies muss aber mit besonderer Sorgfalt und Behutsamkeit getroffen werden.

Eine Sachwalterschaft sollte spätestens nach der Feststellung der Problematik veranlasst werden, vielfach kann sie auch einen prophylaktischen Sinn haben.

Schon bei Anzeichen von Gewalt in Institutionen, in denen alte Menschen behandelt, betreut und gepflegt werden, sind die Krankenhaus- bzw. Heimleitung, der jeweilige Träger sowie die Aufsichtsbehörden und die Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft zuständige Ansprechstellen.

Gewaltanwendung geschieht meist nicht in böser Absicht, die Täterinnen bzw. Täter selbst sind oft Opfer unerträglicher Situationen. „Caregivers who abuse elders aren't necessarily bad people: some are people caught in bad situations“. Mangelnde Unterstützung der oft überforderten Betreuenden ist ein kausaler Faktor in vielen Situationen der Gewalt. Zu den notwendigen Maßnahmen gehörten z.B. materielle Unterstützung der betreuenden Angehörigen wie bessere soziale Absicherung, Abgeltung von Verdienstentgang... Dazu ein intensives Beratungsangebot zur besseren Befähigung für die Betreuungsleistung sowie ein flächendeckendes Angebot von Anlaufstellen bei Problemen – Beratung, Selbsthilfegruppen, „Respite Care“, unkomplizierter, prompter Zugang zu professioneller Hilfe.

Leider mangelt es in Österreich noch an unterstützenden, beratenden, intervenierenden, spezialisierten Strukturen, wie z.B. die „Reporting Centers for Elder Abuse“ wie sie in 94% aller Gemeinden in den Niederlanden bestehen, oder die s.g. „Adult Protection Services“ in den USA.

### **Das Schweigen brechen**

Jedenfalls gilt es das Schweigen zu diesem Thema zu brechen. Denn die Gewalt an alten Menschen ist noch immer ein Tabu.

Die Opfer schweigen aus Angst vor Repressalien, oder davor, einen Familienkonflikt auszulösen. Sie fürchten ignoriert und weiter isoliert zu werden und in eine Institution „abgeschoben“ zu werden. Sie empfinden vielleicht eine übertriebene Loyalität gegenüber ihren Betreuungspersonen oder sie haben Schuldgefühle wegen ihrer Pflegeabhängigkeit, sie meinen, der Gesellschaft zur Last zu fallen – wie es ihnen durch altersdiskriminierende („ageistische“) Haltungen in der Gesellschaft ja oft suggeriert wird.

Die Zeuginnen und Zeugen schweigen auch: Probleme werden beschönigt, verharmlost, das Leiden der alten Menschen unterschätzt. Die Opfer selbst werden für die Situation verantwortlich gemacht. Man hat Angst vor Konflikten mit der Betreuungsstruktur, Angst um den Job. Eine sensible, gute Organisationskultur ermuntert aber Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dazu, Gewaltsituationen nicht aus Angst vor Folgen hinzunehmen. Ein noch zu schaffendes „Whistleblowing“ Recht sollte gerade in Strukturen des Gesundheits- u. Sozialsystems einen Sinn machen.

Dies gilt auch für Hinweise auf Situationen, die man als strukturelle Gewalt betrachten müsste – es wird noch viel zu viel geschwiegen... Aber: „Strukturelle Gewalt, z.B. in Form institutioneller Missstände schweigend hinzunehmen bedeutet, diese aufrecht zu erhalten und zu eskalieren“.

Das rechtzeitige Erkennen von Zeichen der Gewaltanwendung ist wichtig – denn üblicherweise klagt die betroffene ältere Person nicht direkt – eine Sensibilisierung dafür wäre insbesondere von Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern als auch von geriatrischen Teams zu erwarten.

Ähnlich wie die Pädiatrie beim Thema Kindesmisshandlung könnte die Geriatrie einen wichtigen Beitrag zu mehr Problembewusstsein über die Gewalt an alten Menschen leisten, auch zu mehr Wissen um deren Ursachen und Folgen sowie um Interventionsmöglichkeiten.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt dem Thema Gewalt in der Pflege und Betreuung betagter Menschen besondere Aufmerksamkeit zu widmen und Gewaltprävention in den Wohn- und Pflegeheimen verpflichtend zu etablieren.

Dazu gehört ein professionelles Beschwerdemanagement ebenso wie umfassende interne Qualitätskontrollen. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Strukturen des Gesundheits- und Sozialsystems, die sich der Betreuung der für dieses Problem besonders vulnerablen gebrechlichen, funktionell – vor allem kognitiv – beeinträchtigten Menschen widmen, sollen verpflichtend im Rahmen von qualifizierten interprofessionellen Fortbildungen im Umgang mit dem Thema „Gewalt und Aggression“ geschult werden.

Es wird weiter empfohlen, das Supervisionsangebot für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Betreuung und Pflege auch aus diesem Grund aktiv zu fördern, sowie Teambildungsprozesse zu etablieren.

#### 3.15 Die Sicherheitsanalyse: ein Management-Tool zur Gewaltprävention

Aggressives Verhalten ist eine Form von sozialer Interaktion, denn es spielt sich in Beziehungen zwischen Menschen ab. Wie sich Situationen entwickeln, in denen aggressiv agiert wird, hängt damit stark vom persönlichen Verhalten der Beteiligten ab. Im Zusammenhang mit Leistungen der Betreuung und Pflege ist bekannt, dass eine personenorientierte, wertschätzende Grundhaltung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aber auch von Leitungspersonen zentral ausschlaggebend für die Gewaltprävention ist. Die Grundhaltung eines Menschen beeinflusst die Art und Weise, wie mit Kolleginnen und Kollegen oder mit Bewohnerinnen und Bewohnern eines Seniorenpflegehauses umgegangen wird.

Wird in einer Organisation Handlungsbedarf im Umgang mit Aggression und in der Gewaltprävention erkannt, wird zumeist eine Maßnahme in Betracht gezogen: Schulungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Mittels Schulungen sollen sowohl die individuellen Kompetenzen als auch die Motivationen positiv entwickelt werden. Die Annahme ist, dass gut informierte und geübte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser im Umgang mit Aggression und damit effektiver in der Prävention von Gewalt sind. Dementsprechend behandeln Fortbildungen Themen wie Kommunikation, Deeskalation und fachliche Vertiefung zu Demenz oder psychische Erkrankungen. Derartige Schulungen sind tatsächlich sinnvoll, aber um die Wirksamkeit in der Praxis sicherzustellen, dürfen Schulungsmaßnahmen nicht als isolierte Intervention stehen bleiben (vgl. Walter/Nau/Oud, 2012, s. 520ff).

Damit die individuellen Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern tatsächlich zum Tragen kommen können, bedarf es entsprechender Rahmenbedingungen in der Organisation. Dabei geht es einerseits um räumliche, technische und organisatorische Möglichkeiten vor Ort. Beispiele dafür sind etwa die räumliche Gestaltung, Notrufmöglichkeiten aber auch Dokumentationssysteme, Datenauswertung, Personaleinsatz oder externe Unterstützungsmöglichkeiten.

Ein zweiter großer Aspekt betrifft formelle und informelle Regeln, die allen Handelnden sagen, was in einer Organisation wichtig und gewünscht ist bzw. was nicht. Da geht es um die Organisationskultur mit ihren Standards, Usancen und Prioritätensetzungen. Für eine effektive Implementierung von Konzepten, Arbeitsweisen und Strategien müssen sowohl die individuellen Voraussetzungen als auch die Bedingungen der Organisation berücksichtigt werden.

Formen der direkten Gewalt	Möglichkeit	Selektionskultur/Präferenzen
Person	Persönliches Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten – KÖNNEN	Persönliche Ziele und Präferenzen – WOLLEN
Situation/Organisation	Infrastruktur und Ressourcen - MÖGLICHKEITEN	Formelle und informelle Werte, Regeln und Normen – SOLLEN

Pelikan/Halbmayer (1999) haben eine Systematik der Einflussfaktoren für menschliches Handeln entwickelt, in der die beiden Ebenen deutlich sichtbar werden. Um die Ebene der Situation, also der Rahmenbedingungen für das individuelle Handeln zu beleuchten sind, ist eine systematische Betrachtung und Analyse hilfreich. Im Zusammenhang mit Aggression und Gewaltprävention bezeichnet man die Aufarbeitung der bestehenden Rahmenbedingungen als Sicherheitsanalyse.

Eine Sicherheitsanalyse zeigt die Stärken und Entwicklungspotenziale einer Organisation im Umgang mit Aggression und in der Gewaltprävention auf. Sie ist damit ein Instrument des betrieblichen Risiko- und Sicherheitsmanagements. Der Schutz von Bewohnerinnen und Bewohnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als auch von externen Besucherinnen und Besuchern vor Aggression und Gewalt ist damit auch dort zu verorten, wo etwa Fragen der Hygiene und des Brandschutzes angesiedelt sind.

Walter/Nau/Oud (2012) empfehlen zwei mögliche Methoden für die Analyse der Organisationsebene:

Eine Variante ist ein Modell nach McKenna, welches Fortbildungsmaßnahmen zu Aggressionsmanagement und Gewaltprävention in den Kontext verschiedener Organisationsstrukturen und -prozesse stellt. Ziel des Vorgehens ist es, die Gestaltung der Schulungen so auf die tatsächlichen Gegebenheiten abzustimmen, dass die bestmögliche Anwendbarkeit in der Praxis gegeben ist. In diesem Modell wird die Sicherheitsanalyse zu einem Schritt, der vor Fortbildungsmaßnahmen durchgeführt wird.

Als zweite Möglichkeit für eine Sicherheitsanalyse wird die Colton-Checkliste vorgestellt. Die Colton-Checkliste ist ein wissenschaftlich validiertes Instrument zur Selbsteinschätzung aus der Psychiatrie, das ursprünglich für die Reduktion von Fixierungen und anderen Zwangsmaßnahmen entwickelt worden ist. Die enthaltenen

Fragestellungen können jedoch mit kleinen Anpassungen auch sehr gut für die Langzeitpflege genutzt werden (vgl. Walter/Nau/Oud 2012, S. 524ff).

Mit der Colton-Checkliste werden neun Themenbereiche beleuchtet:

1. Führung
2. Einarbeitung und Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Schulungen und Weiterbildungen)
3. Personalbesetzung (Personal)
4. Umgebungsfaktoren
5. Behandlungsstruktur (Betreuungskonzept)
6. Frühzeitige und wiederholte Bewertung und Behandlungsplanung (Planung und Dokumentation)
7. Nachbearbeitung von Zwischenfällen (Nachbearbeitung von Aggressions- und Gewaltereignissen)
8. Kommunikation und Einbindung von Betroffenen (Beteiligung von Bewohnerinnen und Bewohnern, als auch Angehörigen)
9. Systembewertung und Qualitätsverbesserung

Die Colton-Checkliste kann entweder als Selbstausfüller-Fragebogen oder als Leitfaden für die Bearbeitung in einer Arbeits- bzw. Fokusgruppe genutzt werden. Vorteil einer extern moderierten Fokusgruppe ist, dass man neben der reinen Selbsteinschätzung auch eine ganze Reihe von konkreten Ansatzpunkten für sinnvolle Maßnahmen des Aggressionsmanagements und der Gewaltprävention erhält.

Eine Sicherheitsanalyse ist ein wichtiges Managementinstrument, um die individuelle Ebene der Beschäftigten mit den Rahmenbedingungen in einer Organisation in Zusammenhang zu bringen. Auf dieser Basis sind sinnvoll koordinierte Interventionen auf allen Ebenen möglich, um eine effektive Gewaltprävention in einer Organisation zu erreichen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt Wohn- und Pflegeheimen der Langzeitpflege eine Sicherheitsanalyse zur Identifikation der einrichtungsspezifischen Stärken bzw. Entwicklungspotenziale im Aggressionsmanagement und der Gewaltprävention durchzuführen. Auf dieser Basis können sinnvolle weitere Schritte gesetzt werden.

### 3.16 Elder Mediation – Mediation in Altersfragen

#### Was ist Mediation überhaupt?

Der Begriff der Mediation ist lateinischen Ursprungs – mediatio – und bedeutet Vermittlung. Mediation ist ein spezielles Modell der Konfliktlösung.

Das Ziel einer Mediation ist die Erarbeitung einer von allen Parteien anerkannten Problemlösung, in der die Interessen aller berücksichtigt und möglichst befriedigt werden. Dadurch kommt es zu einer Win-Win-Situation. Eine Mediation bietet zahlreiche Vorteile, wie beispielsweise:

- Suche nach Konsens (keine „faulen Kompromisse“) statt Streit
- Zufriedenheit durch selbstbestimmte Lösungen
- Kontrollmöglichkeit über die Lösung
- Win-Win Situationen
- zukunftsorientierte Lösungen
- Vereinbarungen werden von allen getragen
- wechselseitiges Verständnis
- Rücksichtnahme auf Sichtweisen der Parteien
- Zeit- und Kostenersparnis
- Aufrechterhaltung der Beziehungen

#### Was ist Elder Mediation oder Mediation in Altersfragen?

Elder Mediation fokussiert auf spezifische Situationen, die mit älteren Menschen, deren Umfeld, Fragen des höheren Alters und/oder Generationenbeziehungen in Zusammenhang stehen. Es handelt sich um Mediation, in der das Alter oder auch die Folgen des Älterwerdens als Thema eines (privaten oder auch beruflichen Konfliktes) beobachtet werden können.

Begleitung mit mediativem Knowhow bewirkt und ermöglicht, dass gemeinsam gute Lösungen für die Zukunft gefunden werden können.

#### Die auf dem Gebiet der Elder Mediation ausgebildeten und qualifizierten Mediatorinnen und Mediatoren

- wissen um die Themen des Alterns
- sind besonders wertschätzend, bedienen sich einer angemessenen Sprache und Gesprächsführung sowie Kommunikation (Deutlichkeit, Verlangsamung, große Schrift)
- berücksichtigen besondere Bedürfnisse (Wohnen, Betreuung, medizinische und allgemeine Pflege)
- kennen zahlreiche Angebote zur Unterstützung älterer Menschen, wie Wohn- und Pflegemöglichkeiten (z.B. häusliche Pflege, ambulante Pflegedienste, betreutes Wohnen, Pflege im Seniorinnen- und Seniorenheim, Seniorinnen- und Seniorenwohngemeinschaften, Wohnprojekte etc.) und die damit verbundenen Konsequenzen (Finanzierung, psychische Belastung der Angehörigen, rechtliche Aspekte...)
- wissen Bescheid um soziale Generationenbeziehungen in Familien-, Arbeits- und sonstigem Kontext
- können mit Defiziten des Alterns und Alterskrankheiten umgehen
- erkennen Diskriminierungen aufgrund des Alters und sprechen dies auch an
- orten Gewalt gegen ältere Menschen und thematisieren sie auch
- gehen mit Verlust, Tod und Trauer äußerst sensibel um



- achten besonders auf Situationen im Leben älterer und betagter Menschen
- verfügen über spezifische Kenntnisse der Psychologie des Alters
- weisen Berufserfahrungen über Altersprozesse, typische Krankheiten und deren Verläufe auf
- haben Kenntnisse der Palliativbegleitung
- beherrschen Validation als Gesprächstechnik

#### **Themen in der Elder Mediation können beispielsweise sein**

- in Organisationen, am Arbeitsplatz beim Bestehen von generationenübergreifenden Teams
- Altersdiskriminierung am Arbeitsplatz, im Dienstleistungsbereich (Kredite, Mietwagen...)
- Krisensituationen durch Krankheit, Todesfall und Trauer
- Erbschaft, Regelung von Nachlässen
- Unternehmensnachfolge
- familiäre Konflikte zwischen Generationen
- Pensionierung und die damit verbundenen Thematiken (weitere Lebensgestaltung, Paarbeziehung, Finanzen)
- Sorge und Angst über die Fähigkeit, am Straßenverkehr teilzunehmen oder im Hinblick auf mögliche Unfälle im Haushalt
- Gesundheit und Krankheit, Spitalsaufenthalte
- Demenzerkrankung eines Elternteils und mögliche Hilfe, Betreuung und Pflege zu Hause
- Notwendigkeit einer Betreuung in einem Wohn- und Pflegeheim
- Konflikte bei der Betreuung im Seniorinnen- und Seniorenheim (Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, Personal, Angehörige)
- Konflikte in der ambulanten und stationären Pflege
- Wohnprojekte, z.B. Seniorinnen- und Senioren-WG, Zusammenleben mit mehreren Generationen

Bereits von jeher sind Themen wie innerfamiliäre Konflikte, Diskriminierung und Unternehmensnachfolge, Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit Erbschaften Kernanwendungsgebiete im Rahmen von Familien-, Arbeits- oder Wirtschaftsmediation gewesen. Deshalb gibt es Überschneidungen von Elder Mediation mit anderen Mediationsbereichen. Elder Mediation ist jedoch ein eigenes Fachgebiet im Rahmen der Mediation, da besondere Anforderungen an Mediatorinnen und Mediatoren gestellt werden.

Die Mediatorin bzw. der Mediator achtet darauf, dass alle Beteiligten die Gelegenheit haben, in der Mediation gleichen Raum zu erhalten und dass ihre Befähigung zur Beteiligung an der Mediation gegeben ist.

Zudem müssen alle Mediandinnen und Medianden in der Lage sein, dem Verfahren zu folgen, unter Umständen muss dieses entsprechend angepasst werden, wie zum Beispiel die Einhaltung häufigerer Pausen, deutliche, langsamere Sprache oder Flipcharts mit besonders großer Schrift.

Personen mit durch z.B. Demenz oder Schlaganfall eingeschränkten Möglichkeiten, müssen ausreichend Raum erhalten, um ihre Interessen vorzubringen.

Häufig nehmen mehr als zwei Mediandinnen oder Medianten an der Mediation teil, Bewohnerinnen und/oder Bewohner einer Seniorinnen- und Seniorenwohngemeinschaft, Familienangehörige oder mehrere Generationen, deshalb sind auch Kenntnisse in Gruppenarbeit von Vorteil.

#### **HINWEISE:**

Das Österreichische Netzwerk Mediation und deren Mitglieder unterstützen gerne beim Finden einer geeigneten Mediatorin oder eines Mediators  
<http://www.netzwerk-mediation.at/mitglieder/>

Die Liste der eingetragenen Mediatorinnen und Mediatoren beim Bundesministerium für Justiz ist unter folgender Adresse zu finden:  
<http://mediatoren.justiz.gv.at/mediatoren/mediatorenliste.nsf/docs/home>

Geeignete Mediatorinnen und Mediatoren sind:  
<https://mediation-austria.at/#>

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Beziehung von Mediatorinnen und Mediatoren bei Konflikten in Wohn- und Pflegeheimen.

### **3.17 Deeskalationsmanagement in Wohn- und Pflegeheimen – professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt**

#### **Einleitung**

In Krankenhäusern und Wohn- und Pflegeheimen wird vermehrt der Vorwurf laut, dass Aggression und Gewalt nicht mehr Einzelphänomene und besondere Vorfälle sind, sondern dass sie zunehmend zum pflegerischen und medizinischen Alltag gehören. Das fängt bei Ungeduld, Lautwerden, Schreien, Beschimpfungen und verbalen Angriffen an und kann bis zu körperlichen Attacken, wilder Zerstörungswut und Randalen führen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlen sich solchen Attacken meist hilflos ausgesetzt und empfinden sich in der Situation alleine gelassen.

Solche belastenden, stressigen Situationen können dazu führen, dass gute und engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Arbeitsplatz verlassen oder sogar den Beruf wechseln, weil sie nicht länger schutzlos Attacken ausgesetzt sein wollen. Im Rahmen des „ArbeitnehmerInnenschutzes“ ist die Arbeitsgeberin bzw. der Arbeitgeber gefordert, Maßnahmen in die Wege zu leiten, um für die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter einen sicheren Arbeitsplatz zu gewährleisten. Eine von mehreren Maßnahmen kann das Deeskalationsmanagement sein.

Es bietet die Möglichkeit, sich mit der eigenen, aber auch der Situation der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen auseinanderzusetzen, neue theoretische und praktische Inputs zu erhalten, Szenarien durchzudenken, Lösungen zu überlegen und im Austausch mit der Gruppe Ereignisse zu reflektieren und neu zu bewerten.

#### **Historischer Überblick des Deeskalationsmanagements**

Deeskalationsmanagement war ursprünglich nur für psychiatrische Abteilungen gedacht. In den Jahren vor 2004 waren Aggression und Gewalt Tabuthemen im Gesundheitswesen. Es war eindeutig geregelt, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine aggressiven oder gar gewalttätigen Handlungen gegen Patientinnen und Patienten setzen dürfen. Wie sie sich gegen Angriffe schützen können, wurde nicht kommuniziert. Gerade auf psychiatrischen Akutstationen sind körperliche Interventionen manchmal notwendig, da Patientinnen und Patienten im Zuge einer Unterbringung auch gegen ihren Willen auf der Station gehalten werden müssen.

Ende 2003 und 2004 war es der Initiative der Direktion des Otto Wagner Spitals Baumgartner Höhe, allen voran Dr. Harald Stefan zu verdanken, dass eine „Trainerinnen- und Trainerausbildung“ für alle Abteilungen des Krankenhauses angeboten und finanziert wurde. Darin wurde der Umgang mit Aggression und Gewalt thematisiert und eine neue Haltung initiiert. Die Ausbildung mit einem Trainer aus den Niederlanden, Nico Oud, dauerte damals ein Jahr, heute 18 Monate und endete mit einer schriftlichen Arbeit, einer Prüfung und einer supervidierten Basiskurs-Woche, in der bereits Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschult wurden. Danach waren die neu ausgebildeten Trainerinnen und Trainer berechtigt, selbst Kurse zu halten. 2005 erhielt dieses Projekt den Gesundheitspreis der Stadt Wien. Es dauerte nicht lange, bis andere medizinischen Fachabteilungen diese Fortbildung auch für sich beanspruchten. Allen voran waren dies Unfall- und Notfallstationen, Aufwachstationen, geriatrische Abteilungen und Kinder- und Jugendabteilungen, aber auch extramurale Einrichtungen wie die Caritas, die Volkshilfe, das Rote Kreuz in der mobilen Krankenpflege, Obdachloseneinrichtungen, Mutter- Kind-Einrichtungen, Frauenhäuser und viele mehr.

Inzwischen gibt es „Trainerinne- und Trainerkurse“ im gesamtösterreichischen Raum in den unterschiedlichsten Institutionen. In gesundheitlichen Einrichtungen gehören Deeskalationsschulungen zum selbstverständlichen Angebot.

#### **Deeskalation in Wohn- und Pflegeheimen**

In dem „Pflegehahnhaus“, in dem letztes Jahr die Schulungen für das gesamte Personal begonnen haben, herrscht generell ein sehr freundliches, wertschätzendes Betriebsklima und es kommt erfreulicherweise kaum zu Übergriffen oder aggressiven Attacken.

Trotzdem – oder vielmehr gerade deswegen – ist die Fortbildung eine Chance. Deeskalationsmanagement ist im Idealfall eine Präventivmaßnahme und sollte nicht erst eingesetzt werden, wenn schon etwas passiert ist und die Menschen bereits Angst oder zu mindestens ein mulmiges Gefühl haben, wenn sie zur Arbeit kommen.

In Wohn- und Pflegeheimen zeigen sich aggressive Tendenzen speziell in zwei Situationen: Einerseits, wenn die älteren Menschen gerade erst in der Eingewöhnungsphase sind, besonders dann, wenn der Plan zum Umzug in das Pflegehahnhaus aus einer krankheitsbedingten oder unterversorgten Lebenssituation entstanden ist und nicht ihrem eigentlichen Wunsch und freien Willen entspricht.

Diese Phase dauert einige Wochen, bis sich die Bewohnerinnen und Bewohner an die neue Situation gewöhnt und sich damit abgefunden haben, nicht mehr zu Hause zu leben. Unterstützend ist, wenn die Betreuerinnen und Betreuer die Bedürfnisse

und Wünsche der Klientinnen und Klienten kennen und besser darauf eingehen können. Natürlich ist die Versorgung in einem „Heim“ nicht immer die gewünschte Wohnform, mit ein wenig Aufeinandereingehen und ein bisschen Miteinander lässt sich ein gewisses Maß an Wohlbefinden und Geborgenheit dennoch gut erreichen.

Andererseits wird es problematisch, wenn es bei den Angehörigen innerliche große Vorbehalte bzw. Ansprüche gibt, denen das Personal trotz ständigem Bemühen kaum gerecht werden kann. Betreuung in Wohn- und Pflegeheimen vollzieht sich in einer größeren Gemeinschaft, die allen zu Gute kommen sollte. Viele Zusatzwünsche oder Ausnahmeregeln überfordern das System und machen ein Zusammenleben schwierig.

Dann ist es sehr hilfreich, im Deeskalationsmanagement eine gemeinsame Haltung und Teamphilosophie erarbeitet und ein einheitliches Ziel besprochen zu haben. In der Situation selbst können Fallbesprechungen oder Unterstützung durch Mediation hilfreich sein. Um damit erfolgreich sein zu können, sollte es schon eine prinzipiell festgelegte Teamkultur geben.

Durch die demografische Entwicklung werden Wohn- und Pflegeheime trotz vieler Gegenbewegungen weiterhin einen starken Zulauf erleben. Auch zeichnet sich ab, dass in Österreich lebende Menschen mit anderer Kultur, Sprache und Religion das Angebot einer staatlich geförderten Pflege mehr nutzen werden, Noch verlangt der Familien- und Ehrenkodex von jungen Menschen, ältere Menschen im Familienverband zu pflegen. Es zeigt sich aber bereits, dass sich Altenpflege mit den in Europa üblichen Arbeits- und Wohnbedingungen nicht optimal vereinbaren lässt und es steigt die Tendenz, die Angebote von Wohn- und Pflegeheimen anzunehmen. Darauf sollte die Gesundheitspolitik vorbereitet sein.

### **Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner**

Ein wertschätzender und respektvoller Umgang mit älteren Patientinnen und Patienten soll stets gepflegt werden und es soll versucht werden, bedürfnisorientiert zu arbeiten. Dazu müssen bestehende Bedürfnisse bekannt sein. In der Hektik des Alltags werden diese manchmal als unbedeutend betrachtet oder gar vergessen. Deeskalationsmanagement hilft, sich Schwierigkeiten auch von Bewohnerinnen und Bewohnern, die oft auf körperliche Unzulänglichkeiten zurückzuführen sind, erneut bewusst zu machen.

Wie ist das gemeint? Ein wichtiger Fokus zielt darauf ab, das Nachlassen der Sinnesfähigkeiten der Menschen in die Betreuung zu integrieren. Häufig sehen und hören die Bewohnerinnen und Bewohner schlechter, auch wenn sie Brille oder Hörgerät tragen. Aus Gründen der Eitelkeit wird beides oft nicht verwendet, manchmal passen auch die Einstellungen der Hilfsobjekte nicht oder sie sind den Notwendigkeiten nicht angepasst  
Ein Beispiel dafür

wäre Verdunkelungsglas der Brille bei Sonnenlicht oder plötzlichem Schatten, das einige Zehntelsekunden braucht, um zu reagieren. Ebenso ist es für Menschen trotz Hörgerät schwierig, mehrere Stimmen gleichzeitig zu verstehen oder es machen ihnen Hintergrundgeräusche aus Radio, Fernsehen oder sonstigen Lautsprechern das Hören schwer.

Meist sind auch die Betreuenden (das können auch die eigenen Angehörigen sein) mit ihren Anforderungen zu schnell. Sie wissen bereits, welche Schritte die nächsten sein werden und was sie vom anderen wollen. Das Gegenüber muss diese Ziele erst kognitiv verarbeiten

und nachvollziehen können, dann dauert es immer noch ein paar Sekunden, bis die Wünsche, die an sie gerichtet werden, adäquat umgesetzt werden können. In solchen verstreichenden Zehntelsekunden entstehen häufig Missverständnisse und Kommunikationsprobleme, die dann vielleicht den ganzen Tag begleiten. Entschleunigung des Tuns ist das hilfreiche Konzept, das Missverständnisse und Kommunikationsschwierigkeiten im täglichen Miteinander verhindert oder vermindert.

Schwächen betreffen nicht nur die Sinnesfähigkeiten, sondern auch die Fähigkeiten der selbständigen Bewegung, eigener Mobilität, Fingerfertigkeit und Feinmotorik. Solche Einschränkungen erklären das häufig fehlende Distanzgefühl, das dem Gegenüber Probleme machen und zu aggressiven Vorkommnissen führen kann. Damit und mit einigen anderen Defiziten setzen sich Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deeskalationsmanagements auseinander.

#### Angehörige

Das Thema Angehörige ist das am häufigsten genannte Problem von Menschen, die mit alten Leuten arbeiten. Das Einstellen auf die zu Betreuenden ist meist nicht das Problem. Für die Bewohnerinnen und Bewohner gibt es viel Verständnis und eine durchaus professionelle Haltung bei medizinischem – und pflegerischem Personal und den anderen Berufsgruppen. Aus Überzeugung werden auch die Angehörigen mit in die Betreuung eingebunden. Biografie- und Beziehungsarbeit und Validation sind wesentliche Eckpfeiler für die Kommunikation und das Personal bemüht sich um viele Informationen, die sie dann im Falle von Konflikten nutzen können, um den alten Menschen besser zu verstehen und beruhigen zu können. Wenn die Familienmitglieder mit dem Team zusammenarbeiten, sich abstimmen und sich bei Wünschen und individuellen Anfragen im Vorfeld austauschen, gibt es kaum Probleme, auch wenn es einmal Unstimmigkeiten gibt.

Erfahrungsgemäß schwierig für die Teams sind Angehörige, die entweder selten kommen und dann nur kritisieren, statt den Dialog zu suchen oder solche, die ständig da sind, aber für die nie reicht, was für den eigenen Angehörigen getan wird. Es wird als nicht wichtig erachtet, dass es noch dreißig andere zu Betreuende gibt, deren Bedürfnisse auch gesehen werden müssen. Widerstand gibt es auch gegen Menschen, die das Personal als Handlanger betrachten und es auch so behandeln.

Mit Angehörigen, deren Unmut daraus resultiert, dass sie selbst den Eltern, dem Lebenspartner, der Lebenspartnerin versprochen hatten, sie nie in eine stationäre Betreuung zu geben, gibt es allgemein Verständnis. In solchen Fällen wird versucht, das Gespräch zu suchen und psychologische Hilfe beizuziehen. Wenn die Angehörigen dann merken, dass die Familienmitglieder gut versorgt sind, legt sich das Misstrauen häufig und weicht im besten Fall einer positiven, unterstützenden Grundhaltung.

Dabei kann der Austausch im Deeskalationsmanagement helfen, Schwierigkeiten auszusprechen, sie von der unmittelbaren Handlungsebene herauszuheben und aus der Metaebene zu beleuchten. Oft sind die anderen Kursteilnehmerinnen und –teilnehmer hilfreich, weil sie auch die Funktion von Beraterinnen und Beratern übernehmen und Vorschläge anbieten, die man in die eigenen Überlegungen integrieren kann. Manchmal kommen dann alle gemeinsam zu guten Lösungen.

## Seminarinhalte

### Theoretische Inhalte

Die Seminarthemen beinhalten die Definitionsfindung von Aggression und Gewalt, Aggressionstheorien und Auslöser, non-verbale und verbale Kommunikation, Konfliktmanagement, unterschiedliche Arbeitsstile, Traumatisierung, Nachbetreuung bei traumatischen Ereignissen und Sicherheitsmanagement – auf das Thema Aggression, Gewalt und Deeskalation bezogen.

Wichtig ist es, den Fokus auf Haltung und Weltbild der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer zu lenken und einen wertschätzenden, respektvollen Umgang einzufordern. Auch die ethisch-moralische Haltung bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wird angesprochen und vertieft.

Erfahrungsgemäß ergeben sich häufig Diskussionen in Bezug auf die eigene Aggression, die Aggressionen unter Kolleginnen und Kollegen innerhalb der eigenen und anderer Berufsgruppen sowie das Thema der Angehörigenbetreuung.

### Praktischer Inhalt

Fast 50 % der Inhalte sind praktischer Natur. Dabei werde Befreiungsgriffe, Festhaltegriffe und Teamtechnik trainiert, die die Sicherheit der Kolleginnen und Kollegen im Falle von tätlichen Übergriffen erhöhen sollen. Trotz allem ist es wichtig, im Spital oder im Wohn- und Pflegeheim mit dem Aggressor in Kontakt zu bleiben, schmerzarm und kontrolliert vorzugehen und 1:1-Lösungen zu vermeiden.

Bei Angriffen wird den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vermittelt, sich zu befreien, aus der Situation zu gehen und dann mit Verstärkung durch andere Kolleginnen und Kollegen, Ärztinnen oder Ärzte, wenn vorhanden Security oder gar der dazu gerufenen Polizei – je nach Gefährlichkeitseinstufung – zurückzukehren und die Situation zu entschärfen. Wichtig ist die Sicherheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

### Refresher

Um die Griffe, die im Kurs trainiert wurden, erneut zu üben und sie dadurch besser zu automatisieren, wurde einige Wochen nach Kursende ein Refresher mitgeplant. Für diese Trainingseinheit sind drei Stunden veranschlagt, um die Befreiungs- und Haltegriffe noch einmal zu wiederholen und Unsicherheiten auszumerzen. Dieses Angebot wird sehr gut angenommen und als hilfreich bewertet.

### Zusammenfassung und Fazit

Nachdem der subjektive Eindruck einer ständig wachsenden Problematik mit Aggression und Gewalt entstanden ist und Deeskalationsmanagement im Gesundheitswesen auf jeden Fall als Präventionsmaßnahme gesehen werden kann, wurde in einem Wohn- und Pflegeheim der Stadt Wien durch die Führungsebene entschieden, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesen Inhalten zu schulen. Obwohl vorerst der Eindruck entstehen könnte, es gehe nur um praktische Übungen und Befreiungsgriffe, sind im Konzept der Kontaktaufbau und der Kontakterhalt mit der aggressiven Person das wichtigste Anliegen.

Das Erlernen der Griffe gibt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Sicherheit, sich im Ernstfall helfen zu können. Damit erhöht sich die Bereitschaft, die Kommunikation zu suchen und in Kontakt zu bleiben, womit häufig das Anwenden der Griffe nicht mehr nötig ist.

Ein wesentlicher vermittelter Inhalt ist die Entschleunigung, die gerade bei älteren Menschen notwendig ist, weil sie häufig durch geschwächte Sinneswahrnehmungen in ihrer Kontaktaufnahme verlangsamt sind oder das Personal oft zu schnell und zu überfordernd ist.

Auch dieser Aspekt ist für eine verbesserte Kommunikation wesentlich.

Viele der gebotenen Inhalte kennen und wissen die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer

aus der langen Berufserfahrung, die sie mitbringen. Das Ziel ist es, dieses Wissen in den Mittelpunkt zu stellen, das Gefühl für die eigene Intuition zu schärfen und zu stärken und vor allem den Erfahrungsaustausch mit anderen Kolleginnen und Kollegen zu fördern.

Geplant ist eine Überprüfung in Form einer Befragung am Ende der Schulung, um den Kursgewinn evaluieren und fehlende Inhalte ergänzen zu können.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt zur Gewaltprävention und zwecks Kompetenzerweiterung im professionellem Umgang mit Aggression und Gewalt in Wohn- und Pflegeheimen multiprofessionelle Schulungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Deeskalationsmanagement.

#### 3.18 Einbindung von Angehörigen

Angehörige stellen im Rahmen der Betreuung von Menschen mit Demenz eine wesentliche Bezugs- und Ansprechperson dar. Dabei können jedoch infolge unterschiedlicher Sichtweisen, Werten und Normen, aber auch unklaren Betreuungsstrukturen leicht Krisen und Konflikte entstehen. Oft eskalieren solche Situationen und führen zu einem Machtkampf zwischen der Institution bzw. deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den Angehörigen.

Diese Krisen können oft als Resultat von biologischen, psychologischen, sozialen und kontextuellen Variablen in der Betreuung gesehen werden.

##### Ursachen von Konflikten

Häufige Ursachen sind hierbei

- nicht klar definierte Betreuungsstrukturen und Angebote
- die unterschiedliche Sichtweisen von Betreuerinnen bzw. Betreuern und den Angehörigen hinsichtlich Betreuung und Behandlung (professionelle Sicht der Organisation vs. persönliche Sicht der Angehörigen)
- die unterschiedlichen Sichtweisen hinsichtlich der Krankheitswertigkeit der Erkrankungen
- die unterschiedlichen Rollen in denen die erkrankte Person gesehen wird (Patientin/Patient vs. Vater und Mutter)
- die unterschiedlichen emotionalen Beteiligungen (Ängste, Wünsche, Bedürfnisse, ...)
- die unterschiedlichen Sichtweisen hinsichtlich möglicher Ziele

- die Bearbeitung eigener Probleme und Überforderung durch Kontrolle und Kritik durch die Angehörigen
- unterschiedliche Informationen hinsichtlich der aktuellen Situation
- unterschiedliche Informationen durch die erkrankten Personen
- Überforderung beim Personal
- und Kommunikationsprobleme

### **An Kontextvariablen können folgende Probleme zur Eskalation einer Situation beitragen:**

- **Gesetze:** Diese schaffen zwar Rahmenbedingungen, können aber leicht zu überschießenden Maßnahmen und Handlungen infolge Angst vor Fehlern und Haftungsklagen bei den Betreuungspersonen oder hinsichtlich der Erwartungen der Angehörigen hinsichtlich der Betreuung führen.
- **Rahmenbedingungen:** Die in einer Institution oder Betreuungsstruktur geltenden Rahmenbedingungen haben Einfluss auf die gesetzten Handlungen. Insofern sollten diese im Hinblick auf die Bedürfnisse der betreuten Menschen und deren Angehörigen aber auch des Betreuungspersonals reflektiert werden.
- **Organisationsstrukturen:** Organisationsstrukturen können Stress verursachen oder optimale Rahmenbedingen schaffen. Insofern erscheint es wesentlich diese hinsichtlich Praktikabilität, Auswirkungen auf die Betreuung, auf die Lebens- und Betreuungsqualität der anvertrauten Menschen aber auch deren Angehörigen sowie als Auslöser für Krisen und Missverständnisse zu überprüfen.
- **Personal:** Die Ausbildung, Qualifikation, persönliche Einstellung und Menge des Personals hat Auswirkungen auf die Betreuungsqualität und den damit verbundenen Stress. Hier spielt gerade eine gute Kommunikation eine wesentliche Rolle.
- **Bauliche Voraussetzungen:** Inwieweit deckt die Institution baulich die Bedürfnisse der Bewohnerinnen bzw. Bewohner und deren Angehörigen, aber auch des Personals hinsichtlich einer möglichst stressfreien Betreuung ab.

### **Lösungsansätze zur Reduktion von Konflikten mit Angehörigen im Rahmen der Demenzbetreuung**

Im Rahmen der Deeskalation von Krisen müssen die vorher angeführten Faktoren reflektiert und hinsichtlich ihrer Funktion als Auslöser diskutiert werden. Folgende Überlegungen können hilfreich sein, Betreuungs- und Behandlungsprobleme sowie damit verbundene Krisen zu lösen:

#### **a) Prävention**

Präventive Ansätze sollten, wenn möglich, als erste gewählt werden und basieren auf folgenden Überlegungen:

- Eine klare Definition der Betreuungsstruktur mit deren Möglichkeiten aber auch Grenzen bereits bei der Aufnahme
- einer Analyse möglicher Auslöser aus der Literatur oder bisherigen Erfahrungen
- der Bearbeitung eigener Konflikte
- der Schaffung einer entspannten Betreuungsatmosphäre
- dem Verständnis für Bedürfnisse, Persönlichkeit und Verhalten der Betreuten und deren Angehörigen



- der Reflexion der Rollen (Betreuerinnen bzw. Betreuer, Bewohnerinnen bzw. Bewohner, Angehörige)
- der Verminderung von Stress bei den Betreuerinnen bzw. Betreuern
- durch Information und Schulung beim Betreuungsteam
- einer begleitenden Supervision
- der Vermittlung von Entspannungstechniken und Copingstrategien
- baulichen Veränderungen

#### **b) Bei Krisen empfiehlt sich folgendes Vorgehen zur Vermeidung von Eskalation:**

- Sachliche Kommunikation über das Problem
- Reflexion von möglichen Auslösern und Beseitigung derselben aufgrund der bisherigen Erfahrungen
- eine Analyse der aktuellen Situation und der eigenen Anteile
- eine Betrachtung biografischer und bedürfnisorientierter Aspekte sowohl beim erkrankten Menschen, deren Angehörigen als auch den Betreuerinnen bzw. Betreuern
- die Analyse der subjektiven Verarbeitung, da daraus die emotionale Aufladung eines Problems erfolgt, die zur Eskalation der Situation führt
- die Betrachtung kontextueller Umgebungsfaktoren
- die Motivation der Betroffenen zur Lösung und Akzeptanz der Lösung eines Problems
- gegenseitige „Einsicht“ in die Probleme des Menschen mit Demenz, deren Angehörigen aber auch den Betreuerinnen bzw. Betreuern
- die Erarbeitung von „praktischen“ Lösungsstrategien

#### **Konkretes Vorgehen bei Lösungssuchen**

- Grundvoraussetzung für die Lösung von Krisen und Deeskalation ist eine wertschätzende problemorientierte Grundhaltung und eine gute Kommunikation. Darauf baut die Problemanalyse auf.
- Diese beinhaltet eine objektive und sachliche Definition des Auslösers des Problems: Was genau ist passiert oder löste den Konflikt aus? Wann genau ist es aufgetreten? Welche Faktoren und Personen waren daran beteiligt (organische Faktoren der bzw. des Betreuten und anderer Personen sowie deren Werte, Normen, Einstellungen, Bedürfnisse, Rollen bzw. auch relevante Umgebungsfaktoren)?
- Definition des Problems bzw. der Störung: Warum ist es ein Problem oder eine Störung und für wen? Wer hat es, seit wann, wie sieht es genau aus? Welcher Normalitätsbegriff wird verwendet und wer hat diesen so definiert? Ist er passend? Welche Emotionen sind wo beteiligt?
- Bewertung der Krankheitswertigkeit: Ist es gefährlich? Liegt akute Selbst- und oder Fremdgefährdung vor? Welche Personen sind betroffen? Wie wäre es zu bewerten, wenn die betroffene Person keine Demenz hätte? Wer leidet? In welchen Rollen agieren die beteiligten Personen?
- Diskussion der Ziele: Wer definiert diese und wer soll behandelt werden? Welche Grundlage haben die Ziele (gesundheitliche Aspekte, pflegerische Aspekte, statistische Norm muss erfüllt sein, gesellschaftliche Normen, eigene Normen, Organisationsnormen)? Für wen ergeben sich Verbesserungen? Wäre diese Zieldefinition auch für eine Gesunde bzw. einen Gesunden oder eine selbst Erkrankte bzw. einen selbst Erkrankten, die verändert werden soll, gut?

- Diskussion der Maßnahmen: Welche stehen zur Verfügung? Sind sie erlaubt und angemessen? Sind sie ethisch moralisch vertretbar? Was sagt der Gesetzgeber?
- Diskussion der Konsequenzen. Welche Konsequenzen haben die Maßnahmen für wen? Wessen Krise und Problem ist gelöst? Wer ist glücklich? Ist das Problem dann gelöst oder nur kurzfristig beseitigt?

Natürlich können aufgrund dieser Faktoren nicht alle Krisen zwischen Institutionen und Angehörigen gelöst werden, sie bieten jedoch Lösungsansätze. Ein wesentlicher Faktor ist aber das gegenseitige Verständnis für die Probleme und Bedürfnisse der anderen Seite, da nur dadurch eine Reflexion und Lösungsmotivation gegeben ist. Beide Seiten haben das gleiche Ziel - nämlich eine möglichst optimale Behandlung und Betreuung des erkrankten Menschen.

Aus psychologischer Sicht erscheint es wichtig, ein gutes Kommunikationsklima zwischen der in einer Betreuungsorganisation arbeitenden Menschen, den dort betreuten Menschen und deren Angehörigen zu schaffen. Das beinhaltet gute bauliche und klare organisatorische Betreuungsstrukturen, eine Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aber auch eine Integration der Angehörigen in den Betreuungsprozess um Missverständnissen und Konflikten vorzubeugen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den Einrichtungen, sich vermehrt bzgl. Umgang mit Angehörigen in Krisen und mit Konfliktprävention auseinanderzusetzen.

### 3.19 Klinisch-psychologische Arbeit mit Angehörigen in der geriatrischen Langzeitpflege

Die Begleitung, Betreuung und Pflege von nahestehenden Menschen, die an einer dementiellen Erkrankung leiden, stellt eine enorme Herausforderung für deren Angehörigen dar.

Mit welchen spezifischen Belastungen und Umständen müssen Angehörige von Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, zurechtkommen?

- Es sind vor allem die Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen der Erkrankten, also die nicht-kognitiven Symptome, die stark belasten. Dazu zählen Veränderung des Tag-Nacht-Rhythmus, aggressives Verhalten, enthemmtes Verhalten etc.
- Angehörige erleben bereits während des Krankheitsprozesses Trauer und Verlusterlebnisse. Diese sind jedoch häufig schwierig zu benennen, da der Betroffene physisch am Leben ist. Man spricht von der sogenannten „antizipatorischen Trauer“. Die „Uneindeutigkeit des Verlustes“ kann auch dazu führen, dass sich Angehörige zu Lebzeiten des Erkrankten noch nicht als Trauernde positionieren können. Als Folge davon wird externe Unterstützung nicht gewünscht bzw. nicht

wahrgenommen. Auch die fehlende Anerkennung der Trauer durch die Umwelt spielt im erschwerten Trauerprozess eine tragende Rolle.

- Das Wahrnehmen des Leidens hat einen deutlichen Einfluss auf das Belastungserleben der Angehörigen. Die Belastung wird dann als besonders hoch erlebt, wenn keine Möglichkeit gesehen wird, das Befinden der oder des Kranken positiv zu beeinflussen. Das hohe menschliche Gut des Mitfühlens und Miterlebens wird gleichzeitig zur enormen Belastung.
- Durch Autonomieverlust und Persönlichkeitsveränderungen der oder des Erkrankten kommt es in der Regel zu Veränderungen der ehelichen Beziehung bzw. der Eltern-Kind-Beziehung - die bestehende Rollenverteilung wird gestört, die Angehörigen übernehmen neue Rollen. Die Folge ist häufig Überlastung. Erschwerend kommt hinzu, dass die Übernahme einer neuen Rolle auf Grund der schwankenden bzw. fortschreitenden dementiellen Symptomatik oft nur erschwert festgelegt werden kann.
- Geringe zeitliche und/oder organisatorische Möglichkeiten für Freiräume der Angehörigen resultieren oft in sozialer Isolation. Zusätzlich ziehen sich Freundinnen, Freunde und Verwandte häufig von der „erkrankten Familie“ zurück. Die Gründe liegen in der Regel in Unwissenheit über die Erkrankung. Dazu kommt häufig Unsicherheit, wie mit der oder dem Erkrankten umgegangen werden soll.

Es gilt zu bedenken, dass Angehörige von Menschen mit dementieller Erkrankung über große Zeiträume mit ihrer Aufgabe betraut sind. Oft sind sie jedoch selbst schon alt oder hochbetagt und würden selbst dringend Unterstützung und Entlastung benötigen.

Der Anteil jener, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, ist trotz Bedarf relativ gering. Mögliche Barrieren für eine Inanspruchnahme sind mangelnde verfügbare Information, fehlende zeitliche und/oder finanzielle Ressourcen oder geringe Akzeptanz von Hilfsangeboten. Da sich Angehörige häufig selbst als Unterstützerinnen bzw. Unterstützer und nicht als zu unterstützende Personen sehen, stehen auch Schuld- bzw. Verpflichtungsgefühle einer Inanspruchnahme von Hilfe entgegen.

#### **Wie kann die Klinische Psychologie Angehörige in ihrer langfristig belasteten Lebenssituation unterstützen?**

Die therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung ist für einen erfolgreichen Arbeitsprozess essentiell:

- Anerkennung, Wertschätzung sowie Empathie für die Pflegesituation stellen die Grundlage für den Aufbau und das Aufrechterhalten des Arbeitsbündnisses mit hochbelasteten Angehörigen dar. Angehörige leisten sehr viel und opfern sich oft für das Wohlergehen der Demenzkranken auf. Es fehlen jedoch häufig Anerkennung und Verständnis für die erbrachte Leistung. Im Verlauf des Arbeitsprozesses ist es daher hilfreich, authentische und persönliche Anerkennung und Hochachtung dafür auszudrücken. Selbstvertrauen und Selbstwert werden dadurch gefördert.

- Angehörige werden prinzipiell als Expertinnen und Experten ihrer Situation betrachtet. Die individuellen Erfahrungen der Angehörigen mit der oder dem Demenzkranken werden in den Mittelpunkt gerückt und reflektiert.
- Das therapeutische Setting stellt für viele Angehörige oft den einzigen Rahmen dar, in dem sie von ihren Problemen und Herausforderungen mit der oder dem Demenzkranken berichten können. Sie haben oft niemand mit dem sie die Belastungen des Alltags teilen können. Dies erfordert geduldiges Vorgehen. Es bewährt sich, Veränderungen oder aktuellen Geschehnissen am Anfang einer Sitzung Raum zu geben, um zunächst eine rasche Entlastungsmöglichkeit zu schaffen.
- Angehörige sind mit viel unveränderlichem Leid sowie wechselnden Stressoren (ständige Veränderungen und Verluste) konfrontiert. Die Ursachen sind nur bedingt oder gar nicht veränderbar. Ziel der psychologischen Arbeit kann aus diesem Grund die Akzeptanz negativer Gefühle und Gedanken sein. Das Annehmen und Zulassen von z.B. Traurigkeit steht im Vordergrund. Eine allzu problem-lösende Sichtweise kann konstruktive psychologische Verarbeitung verhindern.

Erfolgt die Entscheidung zu einer institutionellen Betreuung, so kann die Psychologie im Umgang mit der Entscheidung unterstützen und in der ersten Trauerphase begleiten. Der Umbruch von häuslicher zu stationärer Pflege ist für die meisten Angehörigen eine einschneidende Erfahrung. Der Verlust wird real und schmerzlich, es kommt zu einer Parallelität von Entlastung und Verlust. In dieser Situation gilt es die Angehörigen in ihrer Entscheidung zu unterstützen. Mit der Abgabe der Pflege und Betreuung entsteht für viele Angehörige eine Leere, die bearbeitet werden kann.

Ein weiterer Schwerpunkt der klinisch-psychologischen Arbeit ist die Veränderung dysfunktionaler Einstellungen und Bewertungen. Dysfunktionale Gedanken können zum Beispiel sehr belastende Schuldgefühle verursachen: „Ich bin schuld, wenn er nicht mehr essen will, wahrscheinlich habe ich mich nicht gut genug gekümmert.“

Im therapeutischen Vorgehen wird davon ausgegangen, dass die Bewertung eines Ereignisses die Gefühlslage bestimmt. Es erfolgt daher im ersten Schritt eine Identifikation solcher Denkmuster und Annahmen. Im nächsten Schritt werden diese Annahmen geprüft, um in weiterer Folge alternative, hilfreiche Gedanken zu entwickeln.

Als Methoden können hierbei z.B. die sogenannte „Temporale Relativierung“ (wie werden Sie später, in einem Monat oder Jahre darüber denken, stehen aus dieser Perspektive dann andere Aspekte im Mittelpunkt?), „Distanzierung durch Rollentausch“ (Was würden Sie einer guten Freundin oder einem guten Freund sagen, wenn sie bzw. er diesen Gedanken hätte?) oder das „Fokussieren auf Ressourcen und Kompetenzen“ (Worauf können Sie vertrauen? Haben sie schon einmal eine ähnlich schwierige Situation geschafft?) eingesetzt werden.

Angehörige wissen viel über krankheitsbedingte Veränderungen hinsichtlich Persönlichkeit und Verhalten. Gleichzeitig besteht phasenweise Verständnis- und Hilflosigkeit gegenüber diesen Veränderungen.

Im Umgang mit „schwierigem“ Verhalten kann es hilfreich sein, die Veränderungen als zur Krankheit zugehörig anzunehmen. Ziel ist es, das Wissen über die Krankheit mit

den Verhaltensweisen in Einklang zu bringen, diese zu verstehen, anzunehmen und zu akzeptieren. Es gilt auch zu überlegen, welche Bedürfnisse das jeweilige Verhalten des demontierten Menschen möglicherweise ausdrücken könnte. Gemeinsam werden angemessene Interaktionsstrategien erarbeitet, um die oder den Kranken besser zu verstehen und um Ärger und Schamgefühle bei den Angehörigen zu reduzieren. Die Stärkung der Selbstwirksamkeit der Angehörigen spielt in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle!

Ein weiteres Aufgabengebiet sieht die Psychologie in der Unterstützung bei Stressmanagement und Emotionsregulation. Angehörige erleben im Zuge ihrer Pflege und Betreuung häufig belastende emotionale Zustände wie Wut, Ärger, Aggressivität, Kontrollverlust, Angst und Unsicherheit. Im therapeutischen Vorgehen wird Unterstützung gegeben diese Gefühle auszudrücken. Es wird versucht Emotionen zu entkatastrophisieren, sie also als normale Reaktionen auf die hohe Belastung zu erkennen. Zu erfahren, dass es normal und menschlich ist, in solch herausfordernden Stresssituationen mit negativen Gefühlen zu reagieren und das Wissen, dass andere Angehörige ähnliche Gefühle erleben, kann unmittelbar einen sehr erleichternden Effekt haben. Möglichkeiten zur kurzfristigen Distanzierung werden erarbeitet (z.B. Abkühlung, Ablenkung, Aktion setzen). Die Akzeptanz der eigenen unerwünschten Gefühle ist bedeutsam, da herausfordernde Verhaltensweisen wiederkehrend und schwer veränderbar sein können. Die Arbeit am Spannungsniveau mit Hilfe von Entspannungstechniken, Phantasie Reisen etc. kann insgesamt unterstützend wirken. Ein erfolgreiches Stressmanagement dient auch als Prävention für mögliche gesundheitliche Auswirkungen bei dieser langfristigen Belastung.

Der Blick auf ausreichende Selbstfürsorge zählt zu einem wichtigen Punkt in der klinisch-psychologischen Arbeit mit Angehörigen. Ein chronischer Mangel an selbstfürsorglichen und ausgleichenden Tätigkeiten führt langfristig zum Verlust von Lebensqualität. Ein wesentliches Hindernis selbstfürsorgliche Tätigkeiten auszuführen, ist das schlechte Gewissen der oder dem Erkrankten gegenüber. Sobald eigene Interessen verfolgt werden, wird dies als Rücksichtslosigkeit der oder dem Kranken gegenüber bewertet und Schuldgefühle werden erlebt. Als Folge wird die Realisierung häufig vernachlässigt.

Die Vermittlung der Notwendigkeit von Selbstfürsorge kann der Start des therapeutischen Vorgehens sein. Es folgt die Sammlung, Planung und im besten Fall die Umsetzung angenehmer Tätigkeiten. Bei der Reflexion der Umsetzung bzw. Nichtumsetzung gilt es zu prüfen, welche inneren und äußeren Hemmnisse die Umsetzung erschweren oder komplett verhindern.

Angehörige erleben einen sehr langen Prozess des Abschiednehmens. Die fortschreitende Erkrankung bewirkt fortlaufende Veränderungen. Neuorientierung und Neupositionierung gehören zu den täglichen Aufgaben der Betroffenen. Die erlebten Verluste betreffen unterschiedliche Bereiche:

Verlust

- der bestehenden Beziehung
- des gegenseitigen Rollenverständnisses und der praktischen Hilfe im Alltag
- der Persönlichkeit des geliebten Menschen
- von Intimität und Sexualität
- durch den Tod

Die allermeisten Menschen lernen im Laufe ihres Lebens mit der eigenen Trauer und der ihres Umfelds umzugehen. Trauer könnte somit als ein integraler Bestandteil des Lebens gesehen werden. Dennoch kann beim Verlust eines geliebten Menschen durch einen fortschreitenden Krankheitsprozess oder durch den Tod eine Begleitung oder Unterstützung im Trauerprozess hilfreich sein.

Es ist nicht selten, dass eine Überforderung in der Begleitung und Betreuung sich im Todeswunsch (die oder den Erkrankten betreffend) ausdrücken kann: der sogenannte „Tod als Befreiung“. Manche Angehörige erleben das Phänomen der „Überlebensschuld“. Da die Partnerin oder der Partner erkrankt ist, darf man sich selbst nicht gut fühlen. Diese Wahrnehmung kann sich wiederum negativ auf die Ausübung von Selbstfürsorge auswirken. Beim Auftreten dieser Phänomene ist das primäre Ziel, Unterstützung zu geben um belastende Gefühle wahrzunehmen, auszudrücken und akzeptieren zu können.

Es ist von Bedeutung, die „unsichtbare (antizipatorische) Trauerarbeit“ wertzuschätzen und den Blick auf die zu Grunde liegende Resilienz, Ressourcen und Bewältigungsmechanismen zu richten. Hierbei kann der Blick in die Vergangenheit hilfreich sein, um zu überlegen, wie früher mit Schwierigkeiten umgegangen wurde und umin Folge das Vertrauen in die eigenen Kräfte - im Sinne von Selbstwirksamkeit - zu stärken.

Eine Auseinandersetzung mit der Zukunft nach dem Tod der oder des Erkrankten wird meist vermieden, weil dies als zu belastend empfunden wird. Eine gelegentliche Auseinandersetzung auf Wunsch der Angehörigen kann jedoch das Kontrollerleben und das Vertrauen in die eigenen Stärken fördern.

Nach dem Tod der oder des Erkrankten entfällt für viele Angehörige eine bedeutende und häufig den Selbstwert stabilisierende Aufgabe. Supportive Gespräche, die Angehörige bei diesem Anpassungsprozess und der Gestaltung neuer Lebensziele unterstützen, können in dieser Phase hilfreich sein.

Die Wiener Heimkommission weist auf die enorme Herausforderung für Angehörige in der Begleitung von nahestehenden Menschen, die an einer dementiellen Erkrankung leiden, hin. Diese spezifischen Belastungen und Umstände stellen eine große Herausforderung dar und können mit klinisch-psychologischer Arbeit Erleichterung für die Angehörigen, die Bewohnerinnen und Bewohner und alle die im professionellen Setting mit den Bewohnerinnen und Bewohnern in der geriatrischen Langzeitpflege befasst sind, bringen.

### 3.20 Herausforderung „Demenz“

Im ersten Jahr ihrer Tätigkeit als SeniorInnenbeauftragte der Stadt Wien legte Frau Dr.<sup>in</sup> Susanne Herbek ihren Fokus neben der Fortführung der erfolgreichen Arbeit ihrer Vorgängerin, Frau Dr.<sup>in</sup> Angelika Rosenberger-Spitzky, vor allem auf das Erschließen neuer Netzwerke und Kooperationspartnerinnen und -partner sowie die Erarbeitung von Grundlagen für kommende Schwerpunktsetzungen und neue thematische Herausforderungen.

Insbesondere zum Thema „Demenz“ zeigte sich auf vielen Seiten großer Vernetzungs-, Informations- und Handlungsbedarf.

„Demenz“ stellt eine klassische Querschnittsmaterie dar: „Betroffen“ sind die Erkrankten selbst, aber auch ihre Bezugspersonen und die Gesellschaft als Ganzes. Denn jede bzw. jeder ist gefordert – und vielfach überfordert –, wenn Menschen mit Demenz im öffentlichen Raum Unterstützung bedürfen oder eine Person im eigenen Umfeld an Demenz erkrankt.

Aktuellen Schätzungen zufolge leben in Österreich zwischen 115.000 und 130.000 Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist in den nächsten Jahrzehnten von einer deutlichen Steigerung dieser Zahl auszugehen – und damit auch die damit verbundenen auf die Gesellschaft zukommenden Herausforderungen.

Aufgrund dieses hohen Vernetzungs-, Informations- und Handlungsbedarfs hat die SeniorInnenbeauftragte der Stadt Wien den Monat der SeniorInnen 2017 unter den Schwerpunkt der „Demenz“ gestellt.

Gemeinsam mit zahlreichen Kooperations- und Vernetzungspartnerinnen und -partnern der Stadt Wien wurde den Wiener Seniorinnen und Senioren im Jahr 2017 das Thema „Demenz“ aus verschiedenen Blickwinkeln näher gebracht.


Besonders hervorzuheben sind dabei die Demenzwoche des Kardinal König Hauses mit mehr als 30 Veranstaltungen sowie der Aktionstag der demenzfreundlichen Landstraße im Einkaufszentrum „The Mall“, bei dem unterschiedlichste Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich interessierte Passantinnen und Passanten zum Thema „Demenz“ informiert und beraten haben. Im Rahmen zahlreicher Veranstaltungen speziell für Seniorinnen und Senioren in den Bezirksvorstehungen war das SeniorInnenbüro der Stadt Wien vor Ort und stand mit Information und Beratung zu diesem und weiteren Themen zur Verfügung.

Auch das 12. FSW-ExpertInnenforum am 10.10.2017, dem internationalen Tag der Seelischen Gesundheit, stand unter dem Motto „Herausforderung Demenz“. Hier diskutierten die Teilnehmenden aus dem Gesundheits- und Sozialbereich das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln und befassten sich mit strategischen Überlegungen und Versorgungsfragen bis hin zu den ökonomischen Aspekten der Erkrankung.

Im Rahmen der Veranstaltung wurden von den über 160 Besucherinnen und Besuchern auch die Ideen für ein demenzfreundliches Wien erhoben.

Die häufigsten Nennungen waren:

- Schaffung eines breiten Schulungsangebots für Fahrerinnen und Fahrer der Wiener Linien, Taxifahrerinnen und -fahrer, Feuerwehrfrauen und -männer, Apothekerinnen und Apotheker, Lehrpersonal, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Magistratischen Bezirksämter und Magistratsabteilungen, Angehörige der Exekutive
- Verstärkte Ausbildung des Betreuungspersonals im Bereich Demenz, v.a. für Pflegeassistenten und Heimhilfen
- Vermehrte Öffentlichkeitsarbeit und Mediennutzung, insbesondere TV, zur Information über die Krankheit
- Sensibilisierung der Pflegegeldbegutachtenden



Die gesammelten Ideen werden in die weiteren Überlegungen der Wiener SeniorInnenbeauftragten und ihres Teams im Umgang mit diesem Thema einfließen und wurden bereits den Stakeholdern im Gesundheits- und Sozialbereich übermittelt.

Abseits des Monats der SeniorInnen steht auch ein Wiener Gesundheitsreformprojekt ganz im Zeichen der Herausforderung „Demenz“: Das Gerontopsychiatrische Zentrum des PSD (Psychosoziale Dienste) Wien betreibt von April 2016 bis Ende 2018 gemeinsam mit dem FSW (Fonds Soziales Wien) und der WGKK (Wiener Gebietskrankenkasse) das Pilotprojekt „Integrierte Versorgung Demenz“.

Dieses Projekt ermöglicht ohne die Erschaffung neuer Strukturen erstmals ein rasches und effizientes Ineinandergreifen verschiedener Organisationen vom Zeitpunkt der möglichst frühzeitigen Diagnose bis hin zur Behandlung. Dadurch erhalten Patientinnen und Patienten möglichst schnell und unbürokratisch die Hilfe, die sie benötigen. Das garantiert eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung und rückt gleichzeitig den Erhalt der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten in den Vordergrund.

Im Sinne der Betroffenen wird auch ein möglichst langer Verbleib in der eigenen Wohnung angestrebt. Die Entwicklung einer flächendeckenden Struktur für die integrierte Versorgung von Demenzerkrankten stellt bereits jetzt die Weichen für die zukünftigen Herausforderungen. Das Projekt setzt durch eine vernetzte Struktur sozialer und medizinischer Angebote sowie pflegerischer Betreuung eine wesentliche Initiative, um den Betroffenen adäquate Hilfe und Unterstützung zu bieten.

2017 ist im Rahmen dieses Projektes die Attraktivierung der angebotenen Multiplikatorenschulungen für Expertinnen und Experten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich besonders gut gelungen, sodass die monatlichen Schulungstermine für 2018 trotz Erhöhung der Kapazitäten nur mehr wenige Plätze frei sind.

Abschließend sei besonders das Netzwerk der demenzfreundlichen Bezirke erwähnt. Hier fand 2017 ein sehr begrüßenswerter Verbreitungsschub statt. Daher gibt es jetzt bereits in mehreren Bezirken aktive Initiativen bzw. Bestrebungen, solche zu gründen. Seitens der SeniorInnenbeauftragten der Stadt Wien besteht großes Interesse, die Zusammenarbeit mit dem Netzwerk zu intensivieren und gemeinsam mit der Wiener Gesundheitsförderung GmbH zur besseren Vernetzung zwischen Bezirken und unterschiedlichen Organisationen sowie zu diversen Aktivitäten und damit der stärkeren Koordination und Etablierung des Themas in dieser Stadt beizutragen.

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.



#### 3.21 Projekt „Stärkung der Kompetenzen für einen professionellen Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern“

Aufgrund der prognostizierten Zunahme von an Demenz erkrankten Personen beschloss man in der Kolping Altenpflege Wien-Leopoldstadt GmbH, sich dieser Herausforderung zu stellen und sowohl das Wissen als auch die Kompetenz des Pflegepersonals, aber auch anderer Berufsgruppen, die in direktem Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern arbeiten, zu stärken.

Seit dem Jahr 2015 wird am Projekt „Professioneller Umgang mit an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern“ gearbeitet.

Der wichtigste Teil des Projektes ist neben der bereits bestehenden „Bunten Gruppe“ (Kleingruppe zur Betreuung von an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern) und der Umsetzung von Kurzaktivierung bzw. basaler Alltagsbegleitung die Durchführung von Inhouse-Schulungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Ziele des Projektes (geplantes Ende 2018):

- Schaffung von inhaltlich und methodisch adäquaten Handlungskompetenzen bei Pflege- und Betreuungskräften
- bedarfs- und bedürfnisgerechte professionelle Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit demenziellen Syndromen
- Implementierung eines Farbkonzeptes in den Kolpinghäusern Gemeinsam-leben, wodurch Bewohnerinnen und Bewohnern mit und ohne demenzielle Erkrankung die Orientierung im Haus erleichtert wird
- Schaffung eines „Demenzteams“, in dem speziell ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beider Kolpinghäuser involviert sind

Die Schulungen sind als Inhouse-Schulungen konzipiert und bestehen aus einem Basis- und Intensivtag, welche unmittelbar hintereinander stattfinden, und einem Reflexionstag, der in einem Abstand von ca. einem Monat durchgeführt wird. Das Gesamtausmaß der Wissensvermittlung hinsichtlich Theorie und Praxis beträgt 24 Stunden. Insgesamt nehmen 16 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Bereichen Pflege, Bewohnerinnen- und Bewohnerservice, Empfang und Lebensqualität (= Beschäftigung und Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern) pro Schulung teil.

Die Inhalte setzen sich wie folgt zusammen:

- medizinischer Teil:** Krankheitsbilder Demenz, Ursache, Verläufe, Verhaltensstörungen, Psychopathologie des Alters (Depression, Delir und Demenz, Differenzierungen)
- pflegerischer Teil:** Biografiearbeit, allgemeine pflegerische Problemstellung im Rahmen der Pflege von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, u.a. auch anhand von Fallbeispielen, Reflexion von Erlerntem bei der Umsetzung in die Praxis
- Kommunikation:** Wie kommuniziere ich mit demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern? Umgang mit An- und Zugehörigen von demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern
- spiritueller Teil:** Ethik und Demenz

Mittlerweile haben ca. 50 % aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zielgruppen die Schulung absolviert.

Um die erlernten Schulungsinhalte auch in die Praxis umsetzen zu können, ist in Folge die Bildung eines „Demenzteams“ geplant. Geschulte und interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus beiden Kolpinghäusern sollen sich in regelmäßigen Abständen zum Erfahrungsaustausch treffen. Die Leitung des Teams soll eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter übernehmen, die oder der den Lehrgang Dementia Care (zur Erlangung von Spezialwissen im Bereich dementieller Erkrankungen, Dauer 11 Monate) absolviert hat. Diese Person soll bei Bedarf den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beider Häuser mit Rat und Tat bei Bewohnerinnen und Bewohnern in herausfordernden Situationen zur Verfügung stehen, etwaige Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen und bei Bedarf unterstützen.

In der bereits bestehenden „Bunten Gruppe“ werden rund sechs Bewohnerinnen und Bewohner täglich von 10 bis 14 Uhr betreut, die ein Demenzstadium mittleren Grades aufweisen – „bunt“ im Sinne der Vielfalt an Lebenserfahrung, Ressourcen und Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner. Aus der Biografie bekannte Aktivitäten und Interessen werden den Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern je nach individuellen Fertigkeiten und Fähigkeiten angeboten. Durch wiederkehrende Rituale wird den betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern Sicherheit und Wohlbefinden vermittelt.

Zur Unterstützung bei der Beschäftigung von demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern kommen drei „Demenz-Tablets“ zum Einsatz. Diese sind angemietet und bieten die Möglichkeit der Einzelbetreuung, können jedoch auch in einer kleinen Gruppe eingesetzt werden. Verschiedene Beschäftigungsmöglichkeiten wie Lieder, Gedichte, Rätsel, Geschichten, etc. kommen dabei zum Einsatz.

Das Angebot der „Bunten Gruppe“ führt neben einer Reduktion von demenziell bedingten Verhaltensauffälligkeiten und einer Steigerung der Zufriedenheit von Bewohnerinnen und Bewohnern zu einer deutlichen Entlastung der Pflegepersonen in der „Alltagsarbeit“.

Die Wiener Heimkommission begrüßt Projekte zur Unterstützung von Bewohnerinnen und Bewohnern, wie auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Umgang mit an Demenz erkrankten Personen. Gerade für diese vulnerable Zielgruppe soll die Förderung des individuellen Wohlbefindens im Vordergrund stehen.

#### 3.22 „Dementia Care Mapping“ im Rahmen der „personenzentrierten Pflege“ – die praktische Umsetzung eines wissenschaftlichen Messinstruments

Das Pflegewohnhaus Casa Kagraan ist eines von sieben Pflegewohnhäusern der Casa Leben im Alter gGmbH und mit seinen 135 Wohnplätzen das größte Haus dieser Organisation. Maximal 14 Bewohnerinnen und Bewohner leben in der Casa Kagraan auf fünf Wohnebenen in zehn Hausgemeinschaften zusammen. Raumarchitektur, Personalentwicklung, Betreuungskonzeption und Organisation sind wesentliche Faktoren für die Schaffung eines optimalen Umfelds der Bewohnerinnen und Bewohner. Hausgemeinschaften sind kleindimensionierte Wohnformen mit einer Wohnküche, wo täglich frisch gekocht wird. Im Mittelpunkt steht die Überzeugung, dass ein älterer Mensch seine Individualität in seinem Wohnumfeld leben möchte. Erforderliche Betreuung und Pflege stehen nicht im Vordergrund, sondern sind diskrete Begleitung. Das gleichwertige „Nebeneinander“ von Alltag und Pflege im Tagesablauf werden ermöglicht.

Ein Schwerpunkt ist die Betreuung von Menschen mit Demenz. Der durchschnittliche Anteil der davon betroffenen Personen beträgt im Pflegewohnhaus 55%. Unterschiedliche Demenzformen und Ausprägungen zeigen sich im täglichen Zusammenleben auf herausfordernde Weise. Die individuellen Wünsche und Anliegen der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner zu erkennen, stellt eine dieser Herausforderungen dar. Es ist im Interesse der Teams, der Leitung und des Unternehmens, ein valides Instrument zur Darstellung der Lebensqualität in der Praxis einzusetzen, um diese laufend zu verbessern bzw. erhalten zu können. Mittels des Messverfahrens DCM (Dementia Care Mapping) wurden das Wohlbefinden, die Abwechslung im Alltag und das Verbesserungspotenzial für die personenzentrierte Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern erhoben.

In der personenzentrierten Pflege stehen die Person im Vordergrund, die Erkrankung und die jeweiligen kognitiven Beeinträchtigungen im Hintergrund. Die Welt wird aus dem Blickwinkel der Einzigartigkeit der Person betrachtet. Das soziale Umfeld und die Umgebung kommen den psychischen Bedürfnissen nach. Es wird großer Wert auf Individualität, Bindung, sinnvolle Beschäftigung und Schaffung eines Geborgenheitsgefühls gelegt.

In der personenzentrierten Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterorganisation bzw. -führung besteht die Wahrnehmung der Skills und Grades gleichermaßen, nämlich den entsprechenden kompetenzbezogenen Einsatz und die Identität zu würdigen. Die Einbeziehung wird durch Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbeteiligung bzw. -befragungen gewährleistet. Die aktive Einbindung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Organisationsprozess führt zu selbstorganisierten Teams und einer Hierarchie auf Augenhöhe.

DCM ist eine strukturierte, starr regelgeleitete, nicht teilnehmende Beobachtung – eine Methode aus der qualitativen Sozialforschung. 23 unterschiedliche Verhaltenskategorien zu sechs verschiedenen starken Ausprägungsformen werden über einen Zeitraum von mehreren Stunden erfasst. In der Casa Kagraan wurden in knapp 62 Stunden insgesamt 65 Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz erfasst und deren Bedürfnisse bezüglich Identität, Einbeziehung, Bindung, Betätigung und Geborgenheit analysiert. Die Erhebung fand im Aufenthaltsraum, Essbereich und Wohnzimmer statt. Zusätzlich zum Verhalten wurden die Umgebung, Wohnraumgestaltung (Beleuchtung, Geräuschkulisse, Gerüche usw.) bzw. Reaktionen auf Medien,

Sitzposition sowie Kontaktnähe zu anderen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und Kommunikationsverhalten aufgezeichnet. Die gewonnenen Werte liefern ein genaues Bild des persönlichen Blickwinkels der Person und ihrer Umgebung.

Am häufigsten wurden Verhaltenskategorien wie „engagiertes Beobachten der Umgebung“, „Kommen/Fortbewegen“, „Artikulation/Kommunikation“, „Essen oder Trinken“ und „Lesen/Blättern/Freizeit“ erfasst. Als positiv wurde wahrgenommen, dass „Unbeteiligt-sein“ nicht unter den häufigsten fünf Kategorien ist.

Daraus lassen sich verschiedene Handlungsmaßnahmen, wie z.B. die weitere Förderung der Betätigung im Küchen-Wohn-Bereich ableiten, da „Institutionelles Abarbeiten“ den häuslichen, personenzentrierten Charakter in einer Hausgemeinschaft schmälert. Pflegeferne Berufsgruppen werden verstärkt auf den Umgang und die Begleitung von Menschen mit Demenz hingewiesen.

Ausblick: Im Rahmen der regelmäßigen Fallbesprechungen findet ein Miteinander- und Voneinander-Lernen statt, wodurch das Alltagsgeschehen der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner kontinuierlich optimiert und eine enorme Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens erreicht werden kann.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Instrumenten und eine fachgerechte Umsetzung von Maßnahmen, um das Wohlbefinden von Bewohnerinnen und Bewohnern zu fördern.

### 3.23 Psychosoziale Angehörigenberatung der Caritas der Erzdiözese Wien – Schwerpunkt Demenz

Seit Ende 2003 bietet die Caritas der Erzdiözese Wien eine über Spenden finanzierte kostenlose psychosoziale Angehörigenberatung für betreuende, pflegende und Sorge tragende Angehörige an. Der Anteil der Angehörigen von Menschen mit Demenz, die zur Beratung kommen, steigt stetig und liegt derzeit bei ca. 75 %. Das Angebot umfasst persönliche Beratung - falls notwendig in Wien auch in Form von Hausbesuchen – sowie vereinbarte Telefonberatungen (ggf. anonym). Hierfür sind zwei Beraterinnen mit jeweils 30 Wochenstunden tätig. Zusätzliche Angebote sind drei unterschiedliche Gesprächsgruppen für Angehörige von Menschen mit Demenz und ein Angehörigenkurs „EduKation Demenz“® (Prof. Dr. Sabine Engel).

Psychosoziale Beratung ist primär Prozessberatung. Bei diesem kontinuierlichen Hilfeprozess liegt der Schwerpunkt in der gemeinsamen Erarbeitung von Problemlösungen durch Beraterin und Klientin oder Klient. Wenige Beratungsstunden reichen nicht immer aus, so dass ein kontinuierlicher Beratungsprozess in definierten Abständen für einige Angehörige erforderlich wird, der eineinhalb Jahre bis drei Jahre dauern kann. Diese Prozessberatung wird von keinem anderen Träger angeboten.

Psychosoziale Beratungen empfehlen sich bei emotionalen und psychischen Problemen und Beziehungskonflikten, bei Schuldgefühlen, Ängsten, Erschöpfung neben

diversen psychischen Belastungen. Je nach Problemlage können andere Familienmitglieder mit in die Beratung eingebunden werden.

In der Regel kommen psychisch gesunde Angehörige, die außergewöhnlichen Belastungen ausgesetzt sind, die sie aktuell nicht mehr alleine bewältigen können. Entscheidend für die Beratung sind immer die subjektiv empfundenen und geschilderten Belastungen der Angehörigen, die zudem nicht selten an Erschöpfungszuständen und depressiven Verstimmungen leiden. Vorliegende klinisch relevante Depressionen kommen ebenfalls vor, wenn auch seltener. Hier empfehlen und vermitteln die Beraterinnen nach Möglichkeit - falls nicht schon vorhanden - eine ärztliche und psychotherapeutische Behandlung. Über die Jahre haben die Beraterinnen die Erfahrung gemacht, dass sich eine ergänzende psychosoziale Beratung (meist längere Einzelberatungen) sehr positiv auf eine Depression auswirken kann.

Um diesem anspruchsvollen Spektrum Rechnung zu tragen, sind eine Klinische- und Gesundheitspsychologin sowie eine Psychotherapeutin in der Beratung tätig.

Beratung, die auf die Gefühls- und Gedankenwelt der Angehörigen eingeht, Anerkennung für ihre Leistungen zeigt, sie aktiv am Problemlösungsprozess beteiligt, bewirkt, dass die Angehörigen sich ernst- und wahrgenommen fühlen. Wichtig hierbei ist, die Sorge um sich selbst mit der Sorge um den kranken Menschen zu verknüpfen. Das eine ist ohne das andere langfristig nicht möglich. Dann können Angehörige eine neue Erfahrung machen: Es darf und soll auch um ihre Bedürfnisse und ihr Befinden gehen.

Sozial abgelehnte Emotionen wie Wut und Aggressionen sowie verbale und körperliche Gewalt werden in der Beratung erst geäußert, wenn eine tragfähige Vertrauensbasis zur Beraterin entstanden ist. Als sehr entlastend wird erlebt, eigenes Fehlverhalten offen ansprechen zu können, ohne eine Verurteilung befürchten zu müssen. Dies eröffnet den Beraterinnen die Möglichkeit, gegenzusteuern und (weitere) Gewalt zu verhindern.

In der Praxis lassen sich Prozess- und Fachberatung nicht strikt trennen. Entscheidende Aspekte der Beratung von Angehörigen eines nahestehenden Menschen mit Demenz sind Vermittlung von Wissen über die jeweilige Demenzerkrankung neben Hilfestellungen beim Umgang, vor allem hinsichtlich der Kommunikation. Störungen der Kommunikation spielen bei den Belastungen der Angehörigen eine wesentliche Rolle. Hier verwenden wir Beispiele der Kommunikationsmethode Validation® und verweisen an Kurse oder Einzeltrainerinnen über die Selbsthilfegruppe „Alzheimer Austria“.

Wenn Angehörige lernen, sich den erkrankten Menschen gegenüber anders zu verhalten und mit ihnen angemessen zu kommunizieren, führt dies zu einer deutlichen Stressreduktion für beide Seiten und gibt den Angehörigen wieder mehr Kontrolle über ihren Alltag zurück.

Das Fortschreiten einer Demenzerkrankung bringt für Angehörige immer neue Herausforderungen und Verluste mit sich. Keine noch so gute Beratung kann die Hauptbetreuungsperson vor Trauerreaktionen und emotionalem Stress bewahren, die ein „langer Abschied auf Raten“ mit sich bringt. Diese Reaktionen sind unvermeidlich, wenn über Jahre oder sogar über ein ganzes Jahrzehnt hinweg zuhause betreut und gepflegt wird. Es treten zyklisch wiederkehrende Gefühle von Traurigkeit, Wut,

Furcht und Hilflosigkeit auf. Diese Reaktionen lassen sich am ehesten mit dem Begriff des „chronischen Kummers“ („chronic sorrow“) beschreiben (Susan Roos, 2002). Auftretender Kummer und Traurigkeit sind normale Reaktionen auf eine unnormale Lebenssituation, die durch fortwährende Verluste geprägt ist, die nicht abgeschlossen werden können. Diese Reaktionen dürfen nicht mit chronischer Trauer verwechselt werden. Chronische Trauer ist eine langfristige Reaktion auf ein Verlusterlebnis, chronischer Kummer im Sinne von „chronic sorrow“ dagegen eine Reaktion auf fortwährende Verluste über einen langen Zeitraum hinweg.

Hilfestellung besteht darin, die Trauer als normale Reaktion auf eine unnormale Lebenssituation zu bestätigen, anzuerkennen und zu begleiten. Dies reduziert und verbessert den emotionalen Stress meist erheblich, zumindest eine Stabilisierung wird fast immer erreicht.

Andauernde Verluste bedrohen immer das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle. Vor-dringliche Aufgabe im Beratungssetting ist daher, auf mehreren Ebenen Sicherheit, Kontinuität und Stabilität (wieder)herzustellen:

- Sicherheit für die Persönlichkeit der Angehörigen (Akzeptanz ihrer Individualität, Autonomie und Einzigartigkeit)
- Sicherheit in der Beziehung und Interaktion (Aufbau von Vertrauen, „Aushalten“, Stabilisierung, „Halt geben“)
- Sicherheit auf Organisationsebene (verlässliches Setting, Flexibilität bei Beratungsorten und Beratungszeiten usw.)

### **Spannungsfeld Aufnahme in ein Wohn- und Pflegeheim**

Oftmals stellt die Aufnahme in eine Langzeitpflegeeinrichtung sowohl für die Hauptbetreuungsperson als auch für den an Demenz erkrankten Menschen die einzige Möglichkeit dar, wieder ein erträgliches Leben zu führen und die eigene Lebensqualität zu verbessern.

Einen solchen Schritt in Erwägung zu ziehen, belastet die meisten Angehörigen extrem und wird fast immer als persönliches Versagen erlebt. Zudem verschärft das in der Gesellschaft weit verbreitete Vorurteil des „Abschiebens ins Heim“ den inneren Konflikt.

Dieses Spannungsfeld ehrlich anzusprechen, wirkt bereits entlastend. In einer ergebnisoffenen Beratung erhalten Angehörige die Möglichkeit, sich in einer Atmosphäre der Wertschätzung und ohne Entscheidungsdruck ihrer eigenen Situation bewusst zu werden. Gemeinsam wird erarbeitet, wie die beste Lösung für die individuelle Situation aussehen könnte. Es ist hilfreich, von der Beraterin zu hören, dass man „kein schlechter Mensch“ ist, wenn die häusliche Betreuung nicht mehr weitergeführt werden kann und eine Aufnahme in stationäre Pflege und Betreuung durchaus im Interesse sowie der Lebensqualität des pflegebedürftigen Menschen liegen kann. Sowohl in der Einzelberatung als auch in den Gesprächsgruppen kommt daher dem gemeinsamen Prozess des „Erlaubnis-Erteilens“ (zwei Angehörige sprachen gar von „Absolution erteilen“) nicht selten eine große Bedeutung zu.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Wohn- und Pflegeheimen wiederum sollte bewusst sein, dass die Identifikation der betreuenden und pflegenden Angehörigen mit ihrer Rolle nicht an der Tür der Einrichtung nach der Aufnahme endet. Ein Großteil bleibt dieser Rolle psychisch und emotional bis zum Tod des aufgenommenen Menschen treu. Internationale Studien bestätigen seit langem, wie stark zurückblei-

bende Partnerinnen und Partner unter schlechtem Gewissen, Depressionen, schweren Trauerreaktionen und einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes leiden.

Wohn- und Pflegeheime können gegensteuern, indem sie stark belastete Angehörige identifizieren und ihnen Unterstützung anbieten. Nicht selten haben diese Angehörige bereits den Ruf als „schwierig“ oder extrem kritisch erworben. Gespräche mit angestellten Psychologinnen oder Psychologen, alternativ Beratungsangebote in Kooperation mit Externen, wären hilfreich, ebenso geleitete Gesprächsgruppen. Für Gruppen ist zu beachten, die Kindergeneration von den Partnerinnen oder Partnern zu trennen, da es nachweislich große Unterschiede in den Trauerreaktionen gibt (z.B. Rollenumkehr vs. Verlust der eigenen Lebenspläne).

Betreuende und pflegende Angehörige sind generell eine schwer erreichbare Zielgruppe, dies gilt insbesondere für Angehörige von Menschen mit Demenz. Bekanntermaßen gestaltet sich die Inanspruchnahme von Angeboten unterschiedlichster Art eher bescheiden.

Was Entlastung für Angehörige bedeutet, kann nur individuell definiert werden. Daher können sie nur in ihrer höchstpersönlichen individuellen Lebens- und Beziehungssituation von professionell Tätigen erreicht werden. Gelingt dies, kann eine Beratung begleiten, einen neutralen Blick von außen auf das Familien- bzw. Paarsystem bieten, anregen, ermutigen und den Horizont für neue Wege und Lösungen öffnen.

Jedoch - unabhängig davon, welche Entlastung und Unterstützung angeboten wird - sollte professionell Tätigen bewusst sein, dass in hochkomplexen Systemen häuslicher Betreuung und Pflege der Einfluss externer Dienstleister immer begrenzt bleiben wird. Dies soll nicht entmutigen, im Gegenteil, sondern dazu beitragen, manche Vorhaben in der Planung gelassener, flexibler und realistischer anzugehen. Die Praxis zeigt, dass man sich nicht selten damit zufrieden geben muss, wenigstens „einen Fuß in der Tür“ zu haben, um Schlimmeres zu verhindern.

#### **Fazit:**

Ein vielseitiges, flächendeckendes und kostengünstiges Spektrum an Beratung, Unterstützung und Entlastung erhöht die Chancen, Angehörige zu erreichen. Psychosoziale Angehörigenberatung sollte dabei ein wichtiger Baustein sein. Nach 14-jähriger Erfahrung lässt sich festhalten, dass psychosoziale Beratung eine effektive Intervention bei betreuenden und pflegenden Angehörigen, vor allem bei Angehörigen von Menschen mit Demenz, darstellt. Die Nachfrage nach Beratungen nimmt jährlich zu. Im ersten Halbjahr 2017 wurden 331 Angehörige beraten, 30 % mehr als im ersten Halbjahr 2016.

Psychosoziale Beratung hilft Angehörigen, ihren Lebensalltag besser zu meistern. Zudem sind deutliche präventive Effekte, sowohl im Hinblick auf die gefährdete psychische und physische Gesundheit der Angehörigen als auch in der Vermeidung von häuslicher Gewalt festzustellen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, psychosoziale Angehörigenberatung seitens der Geldgeber als förderwürdig einzustufen und ein flächendeckendes Netz aus- und aufzubauen. Eine entsprechende Unterstützung wäre im Sinne der Demenzstrategie in Österreich, exemplarisch seien hier die Wirkungsziele 4 und 6 genannt.

### 3.24 Demenz-Wohngemeinschaften und Motogeragogik

Der vorliegende Artikel soll dazu dienen, die Bedeutung von Demenz- Wohngemeinschaften gegenüber Demenz-Wohn- und Pflegeheimen sowie die Bedeutung des Konzepts der Motogeragogik in der Gesundheits- und Sozialversorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen, und auch ihrer (meist pflegenden) Angehörigen, hervorzuheben.

Die Anzahl der Betroffenen, und damit auch die Anzahl der mitbetroffenen (pflegenden) Angehörigen, wird deutlich zunehmen. Aufgrund immer höherer Lebenserwartung ergeben sich sogar noch höhere Zahlen von Demenzerkrankten als früher berechnet (Wancata J et al (2015). Dies stellt die zukünftige Gesundheits- und Sozialversorgung vor große Herausforderungen. Die sich daraus ergebenden Fragen der spezifischen Versorgungserfordernisse von Menschen mit Demenz und ihren (pflegenden) Angehörigen werden immer wichtiger. Traditionelle Versorgungsformen müssen überdacht werden und neue Wege der Versorgung, vor allem auch im Sinne von Wohn- und Betreuungsformen, gefunden werden. Nicht zuletzt auch deshalb, weil die individuelle und gesellschaftliche Forderung bzw. der Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben, nach Selbstbestimmung im Alter, stetig zunimmt (Fischer T et al (2011).

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (Demenz-WGs) erfüllen wie keine andere Wohn- und Betreuungsform die folgenden wichtigen Versorgungsgrundsätze (Pawletko K.-W. (2004) Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend):

- „Normalität“ im Sinne eines Lebens und Wohnens „wie alle andere auch“
- Integration im Gemeinwesen
- Partizipation der Betroffenen, einschließlich ihrer Angehörigen
- Individualität und Kontinuität der Lebensführung
- Ambulant (Demenz-WGs) vor Stationär (Demenz-Wohn- und Pflegeheime)

Diesen Grundsätzen entsprechen auch die Zielsetzungen von Demenz-WGs (Wolf-Ostermann K et al (2011).

DeWeGE – Berliner Studie zur outcomebezogenen Evaluation der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (Berlin; Fischer et al 2011):

- Schaffung familienähnlicher, alltagsnaher Strukturen
- Herstellung des Bezugs zu Stadtteil bzw. Umfeld
- Gewährleistung von Versorgungssicherheit und Wohlbefinden
- Erhalt von Selbstbestimmung und Selbständigkeit
- Einbezug der Angehörigen

Den genannten Versorgungsgrundsätzen und Zielsetzungen entsprechend haben sich vor allem seit den 1990ern in verschiedenen Ländern ambulant betreute WGs für Menschen mit Demenz etabliert: insbesondere in Deutschland (Haus-/Wohngemeinschaften), Belgien & Niederlande (Small-Scale Living), Frankreich (Cantou), Schweden (Group Living); Australien (CADE Units), Japan (Group Homes), Kanada & USA (Woodside Place, Green House). Trotz Ähnlichkeiten gibt es weiterhin große regionale



Unterschiede (Verbeek H et al (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia. *International Psychogeriatrics* 21:252-64).

Was die Versorgungsergebnisse der Demenz-WGs anbelangt, werden aus Sicht der aktuell laufenden Versorgungsforschung dazu u.a. die folgenden Outcomes erwartet (bis dato nur teilweise gesicherte Erkenntnisse, was den Vergleich zwischen betroffenen WG- und Wohn- und Pflegeheimbewohnerinnen bzw. -bewohnern anbelangt; siehe Wolf-Ostermann K. (2014). *Ambulant betreute Wohngemeinschaften: Entwicklungen und Perspektiven*. Fachvortrag 19.11.2014, Nürnberg):

- Vermeidung von Unterbringung in stationärer Pflege und Betreuung
- Höhere Lebensqualität der Betroffenen
- Prävention im Sinne von Erhalt der kognitiven und motorischen Leistungsfähigkeit sowie der Alltagsfähigkeiten, Vermeidung von Rückzug, Apathie und Depression
- Vermeidung von Überforderung der pflegenden Angehörigen sowie des professionellen Pflegepersonals

Zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung die Einbettung der Demenz-WGs in ein wohnortnahes und multiprofessionelles Gesamtkonzept der Gesundheits- und Sozialversorgung unabdingbar (Wolf-Ostermann et al 2011).

Genauso wie das Konzept der Demenz-WGs will das Konzept der Motogeragogik „Brücken bauen zu Menschen mit Demenz“ (Eisenburger M (2011). *Bewegung baut Brücken zu Menschen mit Demenz* (Motorik 34, Heft 4:158-70) – und das mitten in unserer Gesellschaft, wo auch „die Demenz passiert“. Denn „für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen (ist es) immer noch schwierig, in der Mitte der Gesellschaft weiterzuleben“. (Zentrum für Qualität in der Pflege (2017). *ZQP-Bevölkerungsbefragung „Demenz 2017“*. Berlin).

Das Konzept der Motogeragogik basiert auf dem dazu passenden Leitsatz der Psychomotorik: „Der Mensch muss mit sich selbst und seinem Körper – in seiner sozialen Gemeinschaft – in seiner Umwelt zurechtkommen“ (Eisenburger 2011). Unter Motogeragogik versteht man psychomotorische Entwicklungsbegleitung im Alter. Es ist ein Konzept der Persönlichkeitsentwicklung, -förderung und -stärkung mit und durch Bewegung (Eisenburger M (1990). *Bewegungsarbeit mit älteren und alten Menschen. Theorie und Praxis der Motogeragogik*. Schorndorf: Hofmann; Zak T (2011). „Mir fehlen die Worte...“ *Erfahrungsbericht aus der Praxis*. Motorik: 34, Heft 4:188-9; siehe auch die Homepage der Motopädagogin und Motogeragogin Thesi Zak: [www.motogeragogik.org](http://www.motogeragogik.org), [www.demenz-bewegen.org](http://www.demenz-bewegen.org)).

Das übergeordnete Ziel der Motogeragogik ist die Förderung einer stabilen und harmonischen Entwicklung der Persönlichkeit im Alter. Es geht um den Erhalt und Wiederaufbau der Handlungs- bzw. Alltagskompetenz durch die Förderung der folgenden vier wichtigen Kompetenzbereiche. (Eisenburger 2011; Wehner L & Schwinghammer Y (2017). *Sensorische Aktivierung: Ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte und demenziell beeinträchtigte Menschen* (2. Auflage). Berlin: Springer):

- Ich-Kompetenz: Selbstvertrauen, -bewusstsein, -bestimmung, -einschätzung
- Sach-Kompetenz: Umgang und Handhabung von Alltagsgegenständen
- Sozial-Kompetenz: Erleben des Wir-Bewusstseins, Kontakt zu anderen, soziale Fähigkeiten inklusive Kommunikation

- Handlungs- und Alltagskompetenz: insb. Selbstpflege, -fürsorge, Fürsorge für andere, Ausführung von Tätigkeiten und Abläufen, Krisenbewältigung, Handhaben von Alltagsmaterialien und -geräten, Partizipieren

Die Wiener Heimkommission empfiehlt das Konzept der Motogeragogik ebenso wie das Konzept der Demenz-WGs. Diese bieten Unterstützung bzw. abgestimmte Versorgung darauf, was der Einzelne gerade braucht. Beide Konzepte ermöglichen, das „Personsein“ ganzheitlich (Eisenburger 2011) und mitten in der Gesellschaft zu stützen – für ein Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen „wie alle anderen auch“.

### 3.25 Versorgung von Menschen mit Demenz und Delir im Krankenhaus

2017 wurde im AKH Wien eine hausweite Implementierung von Projekten zur pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz und Delir initiiert.

Im Rahmen des Pflegeentwicklungsprojektes wird angestrebt, dass alle bettenführenden Stationen über Beauftragte im Themenschwerpunkt „beeinträchtigte kognitive Kompetenz“ verfügen. Diese Beauftragten besuchen eine einwöchige Fortbildung zum Thema Delir-Management. Sie informieren das Pflegeteam über aktuelle Erkenntnisse zu den Themen Demenz und Delir und wissen über wesentliche Versorgungsangebote durch andere Berufsgruppen Bescheid (z.B. Beratungsangebote der klinischen Pharmazie). Außerdem gewährleisten die Projektstationen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes eine Kurzschulung besuchen. Über 600 Pflegepersonen haben bereits daran teilgenommen. Darin werden Maßnahmen gegen die akute Verwirrtheit, das Delir vermittelt. Durch das Erarbeiten von Fallbeispielen wird der Praxisbezug sichergestellt. Im Rahmen eines Qualitätssicherungskonzeptes ist die lückenlose Erfassung von Delir-Symptomen vorgesehen. So soll durch gezielte Maßnahmen für delirgefährdete Personen das Delir verhindert beziehungsweise der Verlauf abgemildert oder verkürzt werden.

Im Rahmen einer öffentlichen Fortbildungsveranstaltung, gefördert durch das Sozialministerium, wurde das Thema „Gewalt gegen ältere Menschen“ aufgegriffen und Lösungsvorschläge für die Praxis erarbeitet.

Um den Herausforderungen, denen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Krankenhaus ausgesetzt sind, zu begegnen, wurde von Seiten der Direktion des Pflegedienstes an einem Konzept zur Einbindung Ehrenamtlicher gearbeitet. Dazu wurden die Erfahrungen der Seelsorge aller Glaubensgemeinschaften und auch externer Expertinnen und Experten des Wiener Hilfswerks in die Überlegungen miteinbezogen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt das „Delir-Projekt der Pflege im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien“ und hofft darauf, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Zukunft durch die verstärkte multiprofessionelle Zusammenarbeit und den Einsatz von Sitzwachen und ehrenamtlichen Personen zielgerichtet versorgt werden können. Auch die Betreuungssituation in den Ambulanzen könnte sich dadurch verbessern.

#### 3.26 Zum Konzept zukünftiger geronto- und sozialpsychiatrischer Versorgungsangebote

Das Leistungsangebot in den Pflegewohnhäusern und Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes richtet sich an hochgradig pflegebedürftige und multimorbide Menschen in instabilen Gesundheitszuständen. Für die verschiedenen Betreuungserfordernisse stehen in den Einrichtungen der TU PWH (Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung) entsprechende Angebote zur Verfügung. Die Bewohnerstruktur der letzten Jahre hat sich feststellbar verändert, an Hand der demographischen Entwicklung wird eine zukünftige Steigerung in der Versorgung von Schwerstpflegebedürftigen erwartet.

In diesem Zusammenhang besteht eine besondere Herausforderung, sich mit dem prognostizierten Anstieg der Anzahl Abhängigkeitserkrankter, wie auch älterer Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen auseinanderzusetzen. Es gilt, entsprechende Versorgungsangebote zu entwickeln und neben den medizinischen Fragestellungen auch die dafür notwendigen sozialen und organisatorischen Faktoren abzuklären. Expertinnen und Experten haben sich im Rahmen eines Projektes der TU PWH mit dem Thema Demenz und geronto- und sozialpsychiatrische Betreuung befasst. In enger inhaltlichen Abstimmung mit den Zielsetzungen des Strategiekonzeptes „Pflege und Betreuung 2030“ sind grundsätzliche Aussagen getroffen worden, die nicht nur für die Ausrichtung des zukünftigen Leistungsspektrums der TU PWH von Relevanz sind, sondern generell die Wien weiten Anforderungen an eine adäquate Versorgung und Betreuung betreffen. Der zeitliche Focus ist auf den Zeitrahmen bis 2030 ausgerichtet.

##### **Leistungsbündel Demenz:**

Bei Personen mit Demenz kommt es im Laufe der Erkrankung oft zu Störungen des Verhaltens und der Psyche. Hier kommt die Arbeitsgruppe zu den Kernaussagen, dass dementiell Erkrankte mit mittelschweren bis schweren Ausprägungen (Komorbiditäten) spezielle Settings in der Betreuung benötigen. Um hier dem ganzheitlichen integrativen Ansatz in der Betreuung bestmöglich nachkommen zu können, bedarf es

- der zusätzlichen Schaffung von Wohngruppenbereichen im direkten Zugang bzw. Anschluss psychiatrischer Versorgungsangebote, dies würde eine direkte Anbindung an bestehende psychiatrische Strukturen implizieren;
- der Schaffung einer neuen Organisationseinheit zur Abklärung des Grades der dementiellen Erkrankung, um individuelle, bedarfsgerechte und integrierte Unterstützungs- und Betreuungsangebote zu ermöglichen.

##### **Leistungsbündel Gerontopsychiatrie:**

Da psychisch Kranke immer älter und multimorbider werden, wird sich der zukünftige Betreuungsbedarf signifikant erhöhen. Aktuell gibt es in der TU PWH zwei stationäre gerontopsychiatrische Einheiten mit 25 Betten im PWH Simmering. Die benötigten Bettenkapazitäten müssen nach Expertinnen- und Expertenschätzung in Zukunft massiv aufgestockt werden. Damit verbunden ist auch die Forderung, dass eine solche Kapazitätserweiterung generell in Standortnähe zu einem „psychiatrischen Standort“ (Versorgungsstruktur durch Fachpersonal) erfolgen sollte. Dies wird als unverzichtbares Qualitätsmerkmal dieser Spezialleistung angesehen. Folgende Säulen werden vorgeschlagen:

- Einheiten sollten zukünftig gebündelt werden, um die entsprechende Fachkompetenz auf bestimmte Standorte fokussieren zu können.
- Bei einer vermehrten Spezialisierung und Bündelung von Spezialleistungen ist ein optimales Funktionieren einer entsprechenden Triagierung/Leistungszuweisung Grundvoraussetzung.
- Ein weiterer Fokus sollte auf die Begleitung durch ein Konsiliar- und Liaisonsteam ausgerichtet sein.
- Es wird der Aufbau eines umfassenden, übergreifenden und wienweit zu geltenden Netzwerkes empfohlen, das über den stationären Versorgungsbereich hinauszureichen hat.

### **Leistungsbündel Sozialpsychiatrie:**

Das stationäre Betreuungsangebot wird in die Bereiche Rehabilitation und der Langzeitbetreuung differenziert. Die Rehabilitation umfasst Personen mit psychiatrischen Erkrankungen und konsekutiven psychosozialen Problemen mit dem Ziel einer Reintegration in eine extramurale Wohnform. Hier weist die TU PWH aktuell 30 Rehaplätze im SZ Ybbs (Sozialtherapeutisches Zentrum Ybbs) auf. Auch hier wird in der Perspektive 2030 der Bedarf höher eingeschätzt und mindesten eine Verdoppelung der Rehaplätze empfohlen. Die Langzeitbetreuung betrifft Personen mit psychiatrischen Erkrankungen, die aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten nicht mehr alleine wohnfähig sind und eine engmaschige multiprofessionelle Rund-um-die-Uhr-Betreuung benötigen.

In den Bereich Sozialpsychiatrie fallen auch jüngere Bewohnerinnen und Bewohner unter 60 Jahren, die aufgrund ihrer meist erworbenen reduzierten körperlichen und/oder geistigen Möglichkeiten, aber auch aufgrund entsprechender (progressiver) Erkrankungen einerseits das dichte medizinisch-pflegerische Feld der institutionellen Betreuung brauchen, aber andererseits in ihren psychosozialen Bedürfnissen durch die derzeitige Angebotspalette nicht befriedigt werden können. Es ist zu erwarten, dass ebenso der Bedarf nach Pflegeplätzen für jüngere Menschen mit schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen zunehmen wird.

### **Zusammenfassend ist festzuhalten:**

- In einer ganzheitlichen, integrierten Betrachtungs- und Herangehensweise hat das Prinzip ambulante vor stationärer Hilfe oberste Priorität. Die Betroffenen sollen möglichst selbstständig bleiben und nur wenn es wirklich notwendig ist, und nur solange es nötig ist, aus ihrem Umfeld heraus betreut werden.
- Die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen ist zu gewährleisten, um unter anderem die „Übergänge von einer Einrichtung zur anderen“ zu erleichtern und einen ganzheitlicheren Blick auf die Probleme der Betroffenen zu ermöglichen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, das Angebot der gerontologisch-psychiatrischen Versorgung in Wohn- und Pflegeheimen im Fokus zu halten.

### 3.27 Projekt – Einrichtung eines medizinisch-pflegerisch psychiatrischen Liaisondienstes – „mppL“

Die Zunahme von Betreuung und Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit Störungen und Krankheitsbildern, die in der bisherigen Form hauptsächlich an psychiatrischen Fachabteilungen behandelt wurden (chronisch schizophrene Residualzustände, bipolare Störungen, Wahnerkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtproblematiken, HIV-Infektionen, etc.), stellt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen der Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren der TU-PWH (Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung) vor eine Vielzahl neuer Herausforderungen.

Die Aufgabe, den multiprofessionellen Teams praxisnahes und fachlich kompetentes Rüstzeug zur Verfügung zu stellen, hat auf Auftrag der Direktion der TU-PWH mit Ende März 2016 der aufsuchende medizinisch-pflegerisch psychiatrische Liaisondienst - bestehend aus einer DGKP (diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger) und einem Facharzt für Psychiatrie - übernommen. Beide bringen langjährige Erfahrung aus den Bereichen Psychiatrie, Geriatrie und Angehörigenbetreuung durch ihre Tätigkeiten an psychiatrischen Abteilungen, der Gedächtnisambulanz und Akutgeriatrien und in Geriatriezentren mit.

Nach intensiver Planung und Organisation wurde das Projekt in allen Pflegewohnhäusern und Geriatriezentren präsentiert - Vorstellung bei allen Direktorinnen und Direktoren sowie den Leitungen aus den Bereichen Pflege, Therapie, Psychologie, Medizin.

Seit September 2016 besucht das „**mppL**-Team“ jeden Monat an einem Fixtag die einzelnen Häuser. Zusätzliche Interventionen werden nach Bedarf und Dringlichkeit zeitnah und abgestimmt auf die Bedürfnisse vor Ort durchgeführt.

Das **mppL**-Team initiiert, leitet an und moderiert bei

- Fallbesprechungen im Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychiatrischen Krankheitsbildern
- Fallbesprechungen im Umgang mit vorwurfsvollen, fordernden Angehörigen
- Entlastungsgesprächen um aktuelle Themen zu besprechen, die keiner weiteren Intervention bedürfen
- Klärungsgesprächen um für die einzelnen Anliegen die richtigen Interventionsmöglichkeit zu finden, z.B.:
  - » Fallbesprechung oder direktes Gespräch mit Bewohnerinnen und Bewohnern oder Angehörigen
  - » Fortbildungen
  - » Anregung zu Supervision bzw. Coaching bei länger dauernden Prozessen
- Angehörigengesprächen und Gesprächen mit Bewohnerinnen und Bewohnern. Dadurch kommt es zu deutlicher Verminderung von Krisensituationen und Belastungen durch herausforderndes Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen und auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Stärkung der Multiprofessionalität und Optimierung der Teamarbeit
- Stärkung der Eigenressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Kommunikationsfähigkeit, Krisenbewältigung, Arbeitszufriedenheit)
- rascherer Bewältigung neuer Aufgaben und Veränderungsprozesse
- vertiefter Reflexion der eigenen Arbeitsweise und des eigenen Rollenbewusstseins

Als Mitarbeiterin und Mitarbeiter der allen Häuser übergeordneten Struktur des KAV (Krankenanstaltenverbund) teilen der DGKP (diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger) und der Facharzt für Psychiatrie mit den jeweils beteiligten Personen die Arbeitsbedingungen, gleichzeitig kommen sie in die einzelnen Häuser als Außenstehende. Diese zwei Merkmale gewährleisteten beste Voraussetzungen für rasche und effiziente Hilfestellungen und Beratungen in herausfordernden Situationen. Wichtig ist, dass diese Situationen schon zu Beginn wahrgenommen und geklärt werden, bevor es zur Eskalation und zu unüberblickbaren Zeit- und Kostenfaktoren kommt.

Das gemeinsame Auftreten von Personen aus den Bereichen Medizin und Pflege, sowie der gezielte Einsatz von Fachkompetenz, abhängig vom aktuellen Anliegen, vermitteln die Sinnhaftigkeit und Effizienz multiprofessioneller Zusammenarbeit besser als jeder theoretische Vortrag.

Die Rückmeldungen aus den Häusern fallen sehr positiv aus, was sich anhand der Zahlen der Inanspruchnahme gut veranschaulichen lässt. Die Aufbereitung der statistischen Daten erfolgt durch die Projektmitarbeit von einer Psychologin, sodass zu erwartende Nachhaltigkeit sowie Zeit- und Kostenersparnis auch durch Zahlen belegt werden.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt bei herausforderndem Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychiatrischen Krankheitsbildern, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dahingehend zu stärken und zu schulen, um den diesbezüglichen Anforderungen gerecht werden zu können.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Einrichtung eines medizinisch-pflegerisch psychiatrischen Liaisondienstes in den Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung.

### **3.28 Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“**

Priv.Doiz.Dr. Karl Krajic, FORBA Wien und Universität Wien, Institut für Soziologie führt aus:

Das Pilotprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ (2011-2013) war ein auch international hochrangig publizierter und auch wahrgenommener Meilenstein in der Anwendung von umfassender Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung. Die entwickelten Maßnahmen wurde 2013 – 2016 mit einem Fortsetzungsprojekt „Gesundes SeniorInnenwohnhaus“ ausgebaut und vertieft. Die Hauptakteurinnen und -akteure des Fortsetzungsprojekts waren das KWP (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser) 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) durchgeführt (davor LBIHPR). Damit konnte eine Unterstützung in Diagnose, Maßnahmenplanung,

Implementierung und Dokumentation, und vor allem auch eine systematische Evaluation ermöglicht werden. Über die ermutigenden Erfahrungen bzw. Ergebnisse war der Wiener Heimkommission in den letzten Jahren regelmäßig berichtet worden und hat in weiterer Folge auch zu entsprechenden Empfehlungen geführt.

Die Erfahrungsbasis mit umfassender, settingorientierter Gesundheitsförderung konnte im Jahr 2017 noch einmal wesentlich verbreitert bzw. vertieft werden. Aufbauend auf die Erfahrungen des Pilotprojekts hat der Fonds Gesundes Österreich gemeinsam mit der Steirischen GKK und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger seit dem Jahr 2015 ein Transferprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ in der Steiermark gefördert. Die Implementierung wurde von der Styria Vitalis begleitet und unterstützt. Die FORBA Wien sorgte in der Rolle als Evaluation für weitere Kontinuität.

„Gesundheit hat kein Alter“ Transfer Steiermark setzte in vier PWH (Pflegewohnhäuser) in einem umfassenden Modell integrierte Gesundheitsförderung sowie ein Mobilitätsförderungsprogramm für Bewohnerinnen und Bewohner (MOF) in einer 30-monatigen Laufzeit um. In einem weiteren, fünften PWH wurde nur das Mobilitätsförderungsprogramm implementiert. Auf der Landesebene wurden Maßnahmen gesetzt, um Projektergebnisse bzw. -erfahrungen strukturell durch geeignete Maßnahmen zu transferieren (vgl. dazu und im Folgenden den Projektendbericht (Neuhold 2017) bzw. den Evaluationsbericht (Krajic & Dötig 2017).

Zielgruppen der steirischen Pilotprojekte waren – wie im Wiener Pilotprojekt und dessen Follow-up – MA (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) und BW (Bewohnerinnen und Bewohner) in Wohn- und Pflegeheimen, AG (Angehörige) und EA (Freiwillige Ehrenamtliche) und natürlich auch das Management der Organisationen. In den Transfervorhaben wurden steirische Akteurinnen bzw. Akteure und Strukturen rund um Wohn- und Pflegeheime, bspw. Politik und Verwaltung des Landes, die Trägerorganisationen, Bewohnervertretungen und Ausbildungsstätten von MA in PWH angesprochen.

Die ersten Phasen wie Strukturaufbau, Diagnose, Formulierung von Zielsetzungen und Planung von Maßnahmen wurden in den fünf PWH 2015 fristgerecht und erfolgreich abgeschlossen. Ab Ende 2015 wurden Maßnahmen umgesetzt, um die Lebens- und Arbeitswelt in PWH gesundheitsförderlicher zu gestalten. Das umfasste strukturelle Maßnahmen, wie bspw. die Neuorganisation des Frühstücksdienstes, das Einführen eines Beschwerdemanagements, ein runder Tisch zur Verpflegung mit Haus- und Küchenleitung und Bewohnerinnen und Bewohnern, Speiseplancheck und Verkostung, Aufbau eines Ehrenamts pools für Besuchsdienste oder Raumgestaltung für mehr Privatsphäre in Zweibettzimmern, aber auch Infoveranstaltungen zum Thema Demenz für MA, AG und Gemeindegewerkschaften und –bürger, sowie Ernährungsworkshops der Steirischen GKK für MA als Angebot auf der Verhaltensebene.

Das Programm der „Mobilitätsförderung“ (MOF) – wurde - aufbauend auf das Konzept und die Erfahrungen der Programme „Bewegung ins Leben“ bzw. „Bewegtes Leben“ im Wiener Pilotprojekt – adaptiert und beraten von T. Stamm und E. Mosor (MUW). Das Programm MOF wurde in allen 5 Häusern in 2 Zyklen zu je zwei Kleingruppen umgesetzt. Das Programm konnte in 4 der 5 Häuser starke Resonanz sowohl bei Bewohnerinnen und Bewohnern als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erzielen

(im 5. Haus vorwiegend bei den Bewohnerinnen und Bewohnern) und wurde – aufgrund des großen Erfolgs – nachhaltig implementiert. Eines der auffälligsten und relevantesten Ergebnisse von MOF war, dass das Programm nicht nur bei den Bewohnerinnen und Bewohnern auf positive Resonanz gestoßen war, sondern auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen der Abschlussevaluation MOF als eine deutlich spürbare, teils ganz massive Entlastung beschrieben haben. Positive Effekte bei den Bewohnerinnen und Bewohnern wurden dabei sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer und sozialer Ebene berichtet.

Auf der Ebene Transfer wurde eine Kooperation mit der FH JOANNEUM Physio- und Ergotherapie erfolgreich forciert, um MOF in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der - in Altenbetreuungseinrichtungen tätigen - Berufsgruppen zu verankern. Weiters wurde ein Organisationskonzept für die qualitätsgesicherte Ausrollung und Implementierung der MOF in der Steiermark entwickelt, sowie der Transfer des erworbenen Know-hows in die BGF-Expertinnen- und Expertenszene forciert. So konnte – schon parallel zur Laufzeit des Projekts in den 5 Pileteinrichtungen – eine Verbreitung von Gesundheitsförderung in der Altenbetreuung in der ganzen Steiermark forciert werden – jedenfalls auf der Ebene Information, aber auch mit Implementierung von Teilaspekten.

Als Erfolge am Weg zu einer breiten und nachhaltigen Implementierung von Gesundheitsförderung in der Steiermark ist neben der Etablierung eines Gütesiegel-Programms für die Mobilitätsförderung durch das Land Steiermark (betreut von der Styria Vitalis) auch die Entscheidung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse festzuhalten, in Zukunft bei betrieblicher Gesundheitsförderung in Altenbetreuungs- und Pflegeeinrichtungen auch Maßnahmen für die Bewohnerinnen und Bewohner (z.B. MOF) als Voraussetzung für Förderungen zu verlangen.

#### **Referenzen:**

Neuhold, C. et al. (2017) Gesundheit hat kein Alter – Transfer in die Steiermark; Endbericht Styria Vitalis, Graz.

Krajic, K., Dötig, C. (2017): Gesundheit hat kein Alter – Transfer Steiermark: Ergebnisse der Abschlussevaluation. Forschungsbericht FORBA, Wien Juni 2017

Die Wiener Heimkommission ist der Meinung, dass die positiven Erfahrungen dieses Transfer-Projekts die Verantwortlichen bzw. relevanten Akteurinnen und Akteure in der Wiener Altenbetreuung ermutigen sollten, auch eine Ausrollung in die Einrichtungen anderer Träger in Angriff zu nehmen. Erfahrungen und Expertise in Bezug auf die dafür notwendigen Schritte scheinen in Wien nunmehr ausreichend vorhanden zu sein.



#### 3.29 Prävention von Bettlägerigkeit in der Langzeitpflege

Im Jahr 2012 wurde die Studie „Prävalenzerhebung zur Bettlägerigkeit und Ortsfixierung“ in den Häusern der Teilunternehmung Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren mit sozialmedizinischer Betreuung (KAV/Wiener Krankenanstaltenverbund) im Bericht der Wiener Heimkommission vorgestellt. Eine Empfehlung damals war, pflegewissenschaftliche Forschungen im Langzeitbereich zu forcieren.

Nun kann im Bericht für 2017 über die weiterführende Studie zu diesem Qualitätsindikator berichtet werden.

„Gehen zu können“ stellt ein zentrales Grundbedürfnis des Menschen dar, wobei der Verlust der Mobilität unweigerlich viele Probleme nach sich zieht. Auch wenn das „Dauerliegen“ aufgrund von Immobilität nicht direkt zu einer Lebensverkürzung führt, so ist es jedenfalls von einer umfangreichen Liegepathologie gekennzeichnet (vgl. Rousseau, 1993; Zegelin, 2008).

Die bereits vorliegenden Daten zur Prävalenz von Immobilität aus den österreichischen Langzeitpflegeeinrichtungen zeigen, dass das Phänomen Bettlägerigkeit und v. a. das der weniger beachteten Ortsfixierung sich in einem sehr beachtlichen Ausmaß manifestiert. Nach Zegelin (2013) handelt es sich bei Ortsfixiertheit um die „Initialphase“, welche man im Auge behalten muss, um Bettlägerigkeit zu vermeiden. Ebenso wurde in dieser Studie deutlich, dass es oftmals nicht die personenbezogenen Einflussfaktoren der Betroffenen (wie Alter, Größe, Körperstatur, etc.) sind, die darauf einen nachweisbaren Einfluss haben.

Durch erste vorliegende Daten aus einem an der Universität Wien laufenden Dissertationsprojekt konnte zudem gezeigt werden, dass Ortsfixierung kein stabiler Zustand ist, sondern ein Prozess, welcher sehr schnell in Pflegeeinrichtungen einsetzt und der in hohem Maße durch komplexe institutionelle Faktoren beeinflusst wird.

Ein wegweisender Schritt zur Prävention von Bettlägerigkeit ist daher die Konzentration auf das Phänomen der Ortsfixiertheit im Sinne präventiver Maßnahmensetzung (Verhinderung bzw. möglichst lange Hinauszögerung von mittlerer bis schwerer Ortsfixierung), um den Prozess bis hin zur kompletten Bettlägerigkeit an dieser Stelle zu durchbrechen.

Ziel der derzeit laufenden Studie ist demnach die Entwicklung und Testung eines komplexen (d.h. an multiplen Faktoren ansetzenden) Interventionsprogrammes für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Ortsfixiertheit, um ihre Situation zu verbessern bzw. zu stabilisieren und somit präventiv schwerer Ortsfixiertheit und letztendlich Bettlägerigkeit entgegenzuwirken.

Zu Beginn zeigte sich, dass die Interventionsentwicklung zur Prävention von Bettlägerigkeit eine hohe Komplexität aufweist, da eine Vielzahl an Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind. Des Weiteren weist die Überarbeitung dieses Themas einen neuen Aspekt in der Pflege auf, sodass die beteiligten Akteurinnen und Akteure Zeit brauchten, um sich effektiv an der Interventionsentwicklung zu beteiligen. Aufgrund dessen stellte die Komplexität ein Hindernis für die ursprünglich geplante Vorgehensweise dar und bereits nach dem ersten Workshop wurde deutlich, dass das geplante Vorgehen in dieser Form nicht umsetzbar ist.

Somit fokussierte sich die weitere Arbeit auf die „fallbasierte Weiterentwicklung“ des Interventionsprogramms für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Ortsfixiertheit zur Verbesserung bzw. Stabilisierung und somit zur Prävention von schwerer Ortsfixiertheit und Bettlägerigkeit.

Im Zeitraum von Oktober 2017 bis März 2018 wurde die Intervention auf einem Wohnbereich in einem Haus der Teilunternehmung Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren mit sozialmedizinischer Betreuung (KAV/Wiener Krankenanstaltenverbund) durchgeführt und in dieser Phase prozessbegleitend evaluiert, d.h. auf Machbarkeit und Outcomes geprüft. Die Evaluation erfolgte qualitativ, indem die wissenschaftliche Projektmitarbeiterin an den Fallbesprechungen teilnahm und deren Durchführung beobachtete. Des Weiteren wurden zwischen den Fallbesprechungen jeweils einzelne Interviews mit den teilnehmenden Personen geführt. Abschließend fand eine Fokusgruppe (März/April 2018) mit den an der Intervention teilnehmenden Personen statt. Im Anschluss werden die Evaluationsergebnisse erarbeitet und verschriftlicht.

Die Wiener Heimkommission schließt sich der Meinung an, dass der Verlust der Mobilität unweigerlich viele Probleme nach sich zieht. Daher begrüßt die Wiener Heimkommission die weitere pflegewissenschaftliche Arbeit zu diesem Qualitätsindikator.

### 3.30 Diabetes – von der Prävention bis zur Therapieoptimierung in der Pflege

Mehr als eine halbe Million Menschen in Österreich sind von Diabetes Mellitus betroffen. Die Anzahl der Erkrankungen nimmt sowohl in Österreich als auch weltweit zu.

In den letzten Jahren ist die Anzahl der Diabetikerinnen und Diabetiker, die mobile Pflege und Betreuung brauchen, angestiegen. Diese Tatsache hat die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CS Caritas Socialis GmbH, Betreuung zu Hause dazu bewogen, sich mit dieser Erkrankung und mit allen Themen rund um die Erkrankung auseinanderzusetzen. Gleichzeitig haben die Verantwortlichen festgestellt, dass es zu diesem Thema Lücken in der Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gibt.

Die Klientinnen und Klienten mit Diabetes Typ 2 zeigen häufig Blutzuckerschwankungen, die sie in ihrer Lebensqualität beeinträchtigen (häufige Arzt- bzw. Ambulanzbesuche, Krankenhausaufenthalte).

Das Wissen, dass man mit präventiven Maßnahmen, wie z.B. Lebensstilanpassung, sowie richtiger Therapie, der Erkrankung vorbeugen bzw. die Folgen der Erkrankung minimieren kann, hat die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der mobilen Pflege und Betreuung dazu bewogen, das Projekt „Diabetes von der Prävention bis zur Therapieoptimierung“ zu starten.

Zielsetzungen sind die Verbesserung der Lebenssituation der Klientinnen und Klienten durch mehr Sicherheit und Steigerung der Selbständigkeit, Reduzierung

bzw. Vermeidung von Hypoglykämie, Kompetenzerweiterung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Maßnahmen zur Diabetesprävention und Vertiefung der Zusammenarbeit der Pflegekräfte mit Hausärztinnen und Hausärzten.

Seit 2015 finden nun regelmäßig Schulungen der Diplombierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Pflegeassistentinnen und -assistenten, sowie Heimhelferinnen und -helfer zu Diabetes mit dem Schwerpunkt Prävention statt. Insgesamt wurden 90% der mobilen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht. In den Folgejahren haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Workshops praktische Kenntnisse erworben.

Im Rahmen des Projektes ergab sich die Möglichkeit an einer Studie mit dem Verband Österreichischer Diabetesberater (Frau Sarah Cvach) und Prof. Dr. Rudolf Prager teilzunehmen. Ziel ist betreute Personen in ihrer Selbständigkeit durch ein geeignetes Titrationsschema zu unterstützen. Mit den Hausärztinnen und Hausärzten vereinbaren die Pflegekräfte und die betroffenen Klientinnen und Klienten ein Insulinschema, welches eine individuellere und raschere Anpassung der Insulingabe abhängig von den gemessenen Blutzuckerwerten ohne Zusatzanordnung der Hausärztin bzw. des Hausarztes ermöglicht.

2017 konnten die Pflegekräfte der Betreuung zu Hause feststellen, dass die Personen, die an der Studie teilnehmen, eine geringere Anzahl an Hypoglykämien aufweisen und es zu einer Verbesserung des Wertes HbA1c kam.

Die Erfolge des Projektes zeigen sich in weniger Krankenhaus- und Ambulanzaufenthalten, in der Verbesserung der Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und -ärzten, vor allem durch den Kompetenzerwerb bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Thema Diabetes. Hinsichtlich Prävention zeigt sich ein stärkeres Bewusstsein zu den Themen Ernährung, Einkauf und der Notwendigkeit von regelmäßigen Bewegungsaktivitäten.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt Projekte, die die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte zum Thema Diabetes stärken und die Nutzung des Titrationsschemas auch in Wohn- und Pflegeheimen fördern.

### 3.31 20 Jahre BewohnerInnenservice im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

#### Geschichte und Rahmenbedingungen

*„Die Wahrheiten, die man besonders ungern hört, hat man besonders nötig“*  
(Jean de La Bruyère)

Dieser weise Spruch ist seit 1997 wegweisend für den konstruktiven Umgang mit kritischen Rückmeldungen von Kundinnen und Kunden im KWP (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser). Vor 20 Jahren wurde die zentrale Abteilung BWS (BewohnerInnenservice) geschaffen, um als interne Ombudsstelle hilfreich zur Seite zu stehen.

Das BWS als Kommunikations-„Drehscheibe“ ist bemüht einerseits präventive Maßnahmen zu setzen, in dem Kundinnen und Kunden hinsichtlich ihrer Bedürfnisse zu Wort kommen bzw. auch in Entwicklungsprozesse miteinbezogen werden. Andererseits werden in erster Linie Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch die Angehörigen motiviert, ihre kritischen Wahrnehmungen rückzumelden.

Die Abteilung ist in der KWP-Zentrale etabliert und ist u. a. mittels kostenfreier Hotline von Montag bis Freitag erreichbar. Der Leiter der Abteilung und vier Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter (Assistentin, Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin, Mediator) sind hauptsächlich bemüht, nachgehende und aufsuchende Hilfe anzubieten. Das heißt, Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund ihrer Anliegen, aber auch aufgrund ihrer meist eingeschränkten Mobilität in den Häusern zu besuchen. Auf Wunsch werden nach Terminvereinbarung aber auch Gespräche in den zentralen Räumlichkeiten geführt, v. a. mit Angehörigen.

#### Entgegennahme und Bearbeitung von (kritischen) Kundinnen- und Kundenrückmeldungen

Die Kontaktaufnahmen mit dem BWS erfolgen meist durch Angehörige aber auch durch Bewohnerinnen und Bewohner. Ein geringer Prozentsatz davon will anonym bleiben. Darüber hinaus treten Personen, die den Bewohnerinnen und Bewohnern nahestehen, Seniorinnen und Senioren, die demnächst in eines der Häuser des KWP einziehen werden, sowie Besucherinnen und Besucher der Klubangebote für Pensionistinnen und Pensionisten mit dem BWS in Kontakt.

In Einbeziehung aller relevanten Fachkräfte in den 30 Häusern zum Leben und in der Zentrale werden Lösungen hinsichtlich Erhaltung und Wiederherstellung von Kundinnen- und Kundenzufriedenheit erarbeitet, die interaktiv durch Information, Beratung und Vermittlung (Mediation), d. h. in Einbindung der betroffenen Kundinnen und Kunden, in der Mehrzahl zu tragfähigen, guten Ergebnissen führen.

#### Konfliktfelder und Interventionsformen

Konflikte mit den Rahmenbedingungen bzw. strukturelle Konflikte: Die Spannungen ergeben sich durch Unklarheiten hinsichtlich des Leistungsangebots oder bei Einführung neuer Maßnahmen. Auch divergente Auffassungen bezüglich Inhalte des Betreuungsvertrages oder der Hausordnung sind als Sachprobleme sehr häufig. Die Intervention in diesem Spannungsfeld ist hauptsächlich die rasche, durch Expertinnen und Experten abgesicherte Information und Beratung.

Konflikte mit sich selbst bzw. intrapersonale oder chronifizierte Konflikte: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BWS stehen Bewohnerinnen und Bewohnern auch längerfristig zur Verfügung, vorwiegend nach plötzlichen Krisensituationen, ausgelöst durch Trauer und Einsamkeit bzw. durch das subjektive Erleben des eigenen Älterwerdens mit allen damit verbundenen Einschränkungen. Oft sind jedoch krankheitsbedingte Lebensveränderungen, psychosoziale Auffälligkeiten oder andauernde Unverträglichkeit mit der Hausgemeinschaft Gründe für eine mittelfristige psychosoziale Betreuung durch das BWS, weil besagte Bewohnerinnen und Bewohner das Hilfsangebot in den Häusern meist krankheitsbedingt nicht annehmen wollen. In Absprache und Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Häuser (Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) gelingt es dem BWS immer wieder im Rückzug oder Widerstand befindliche Bewohnerinnen und Bewohner in die Gemeinschaft zu integrieren.

Konflikte mit anderen bzw. interpersonelle Konflikte: In der Hauptsache beschäftigt sich das BWS mit zwischenmenschlichen, oft massiv eskalierten Konflikten. Die Beispiele interpersoneller Konflikte sind vielfältig. Häufig sind es die Nachbarschaftskonflikte zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern, jedoch auch Probleme, die Bewohnerinnen und Bewohner mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder ihren Angehörigen haben. Diese werden durch Mediation oder mittels Konfliktberatung und -coaching bearbeitet.

#### **Prävention und Partizipation**

Die Bewohnerinnen und Bewohner werden vielfach motiviert und animiert, aktiv am Gemeinwesen des Hauses teilzuhaben und mitzuwirken, sofern sie das wollen. Ein gutes Beispiel dafür sind die aus dem Kreis der Bewohnerinnen- und Bewohnerschaft gewählten Bewohnerbeirätinnen und Bewohnerbeiräte, die in jedem Haus eine wichtige ehrenamtliche Funktion einnehmen. Sie helfen Neueingezogenen beim Akklimatisieren, propagieren Nachbarschaftshilfe und beraten sich mindestens viermal jährlich mit der Direktorin bzw. dem Direktor des Hauses.

Im KWP wurden im Laufe der Jahre einige Instrumentarien entwickelt, Rückmeldungen (Lob, Wünsche und Kritik) einerseits mittels einer Kundinnen- und Kundenfeedback-Software zu erfassen, andererseits nach Bearbeitung auch auszuwerten. So werden z. B. auch die Eindrücke und Wahrnehmungen aller Bewohnerinnen und Bewohner drei Monate nach ihrem Einzug systematisch erhoben und statistisch zusammengeführt. Dadurch entsteht ein Gesamtbild. Es kann individuell und rasch auf Anregungen und Kritik reagiert werden. Durch die regelmäßigen Evaluierungen wird erkannt, wo man sich sachlich und emotional hinsichtlich Kundinnen- und Kundenzufriedenheit befindet und wo Bedarf an Veränderung und Weiterentwicklung besteht. Ständige Rückkoppelungen an die Kundinnen und Kunden (z. B. wie wurde mit Wünschen und Kritik umgegangen?) und gezielte Beschwerdestimulierung (klar definierte Ansprechpersonen und Feedbackkarten bzw. Postkasten) sollen die Bewohnerinnen und Bewohner ermutigen, mit ihren Fragen, Ideen und Konflikten nicht allein zu bleiben und sich aktiv in die Gemeinschaft einzubringen.

#### **Netzwerkpartnerschaften**

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BWS stehen in enger Kooperation mit der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatur, dem Seniorenbüro der Stadt Wien und nehmen halbjährlich an dem von der Wiener Heimkommission

koordinierten Plattformtreffen der Leiterinnen und Leiter aller Bewohnerservicestellen teil. Ein intensiver Kontakt ergibt sich durch die anlassbezogene Zusammenarbeit mit der Ombudsstelle des Fonds Soziales Wien.

Unternehmensintern erfolgt eine fallbezogene Vernetzung zwischen BWS und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Häuser und der Zentrale. Darüber hinaus nehmen die BWS-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter regelmäßig an den in den KWP-Häusern stattfindenden Sitzungen der Bewohnerbeirätinnen und -beiräte teil. Einmal jährlich findet ein Treffen aller Bewohnerbeirätinnen und -beiräte (ca. 200) statt, bei dem die Geschäftsführung sich den Fragen stellt und eine Vorschau auf das kommende Jahr bietet.

### **Perspektiven**

Es wird zukünftig im KWP mehr Zielgruppen und ein erweitertes Leistungsangebot geben. Das bedeutet, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner in gleicher Weise am Leben im Pensionisten-Wohnhaus teilnehmen und dass eine Durchmischung von Personen mit unterschiedlichen Graden an Selbständigkeit und unterschiedlicher Gesundheit möglich gemacht wird. Dazu soll jedes Pensionisten-Wohnhaus mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine kommunikationsfördernde Funktion im sozialen Umfeld („Grätzl“) einnehmen und gemeinwesenorientierte und generationsübergreifende Angebote setzen. Für dieses Mehr an Lebendigkeit wird die vermittelnde und beratende Instanz des BWS weiterhin sehr von Nutzen sein.

Die Wiener Heimkommission gratuliert zum zwanzigjährigen Bestehen dieser wichtigen Einrichtung und begrüßt die Initiative, weiterhin auch präventive Maßnahmen zu setzen, die zur Förderung der Zufriedenheit und Lebensqualität der Kundinnen und Kunden im KWP beitragen.

#### 3.32 „Strategie greifbar gemacht“ – Abteilung Strategische Projekte

Die Vorgaben des Programms Pflege & Betreuung in Wien 2030 sind Grundlage für die Strategische Planung des KWP (Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser). Die strategischen Ziele der Marktführerschaft und das KWP als attraktiver Arbeitgeber sind weiterhin abzusichern; ebenso das Ziel der Themenführerschaft in den Bereichen Bau und Gastronomischer Dienst (Frischeküchen).

Der Markt verändert sich allerdings laufend und dem Kuratorium ist es ganz wichtig am Puls der Zeit zu sein, d.h. stetige Adaptierung von Leistungen und Angeboten, wie:

- Verbesserung der Kernkompetenz des Unternehmens: Versorgung der Wienerinnen und Wiener im Bereich Pflege, Betreuung, Therapie und Medizin
- Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige
- Weiterentwicklung des Angebotes für neue Zielgruppen, die bislang in Wien nicht ausreichend oder gar nicht betreut wurden. Vor allem Integration von Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund, vorwiegend aus den Ländern Bosnien, Kroatien, Serbien, Polen und Türkei
- SeniorInnenservice Wien (platziert in den Seniorinnen- und Seniorentreffs), dient als wichtige Informationsquelle und konzentriert sich auf den sozialen Austausch im Alltag und auf Gesundheitsprävention für Seniorinnen und Senioren
- Weiterentwicklung des gastronomischen Angebots (z.B.: Spezialkost für palliative Bewohnerinnen und Bewohner, adaptiertes Speiseangebot für Menschen aus oben genannten Herkunftsländern, etc.)

Zur Umsetzung dieser und weiterer strategischer Ziele ist es notwendig, die Häuser des KWP nach und nach zu sanieren, um aktuellen Ansprüchen bzw. Vorgaben gerecht zu bleiben.

Die oben angeführten Punkte bilden nur einen kleinen Auszug aus der strategischen Planung des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser ab.

Die Vielfalt der Themen verlangt eine gute Steuerung im Unternehmen.

Aus diesem Grund hat die Geschäftsführerin Mag.<sup>a</sup> Gabriele Graumann mit März 2017 eine eigene Abteilung im Unternehmen ins Leben gerufen.

Die Abteilung ist seit dem 1. Dezember 2017 in den Bereich Interdisziplinäres Leistungsmanagement eingegliedert. Der Bereich selbst beschäftigt sich mit den Kernthemen des Unternehmens – Weiterentwicklung der Angebote in den Bereichen Pflege, Betreuung, Therapie und Medizin.

Die Abteilung Strategische Projekte bündelt die Vielzahl an Themen und konzipiert, begleitet und unterstützt strategische Projekte im Unternehmen.

#### **Nachstehend kurze Einblicke in derzeitige Themenschwerpunkte:**

##### **Gesundheitsförderung & Prävention**

Das KWP bietet bereits sehr viele Programme an, welche die Gesundheit unterstützen und positiv beeinflussen können.

Dennoch startet ein Pilotprojekt im Haus Rudolfsheim unter dem Titel „Gesundheitsförderung und Prävention“. 2018 wird ein Programm ins Leben gerufen, mit dem Ziel ein Maßnahmenpaket zu generieren, welches anhand messbarer Kriterien nachhaltig positive Auswirkungen auf Gesundheit, Mobilität und Eigenständigkeit hat.

### **StudentInnenwohnen im KWP**

Der Wandel der Zeit hat die Zielgruppe des KWP verändert. Menschen möchten länger in den „eigenen vier Wänden“ verbleiben, d. h., das Einzugsalter ist im Schnitt höher als früher und der Betreuungs- oder Pflegebedarf höher.

Doppelwohnungen, die in der heutigen Zeit weniger Anklang bei Ehepaaren finden als es früher der Fall war, bleiben daher oft unbewohnt.

Das KWP hat auch hier einen Nutzen gefunden und bietet seit 1.3.2017 jungen Studentinnen und Studenten günstigen Wohnraum an. Eine Wohnung wird in der Regel an zwei Studierende vergeben, welche sich gerne ehrenamtlich im jeweiligen Haus engagieren möchten. Dadurch entsteht ein wertvoller Dialog zwischen Jung und Alt, der von den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Studentinnen und Studenten als sehr positiv aufgenommen wird.

### **Angebote für Angehörige**

Die Bewohnerinnen und Bewohner stehen ganz klar im Fokus und damit auch ihre Angehörigen. Es braucht mehr Beratung und Unterstützung.

Dieses Vorhaben wird ebenso von der Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ unterstützt und zielt speziell auch auf Leitlinie 5 ab, die sich mit der Entlastung der Angehörigen beschäftigt.

Neben den bestehenden Angehörigenabenden und weiteren Unterstützungsangeboten hat das KWP neue Formen geschaffen. In jedem KWP-Haus steht eine möblierte Wohnung für Angehörige zur Verfügung. Das bestehende Angebot gliedert sich in zwei Teile:

- In den letzten Lebensstagen der Bewohnerinnen und Bewohner besteht oft das Bedürfnis, diese Zeit mit vertrauten Personen zu verbringen. Das KWP kommt diesem Wunsch nach und bietet Angehörigen während dieser schweren Tage eine kostenlose Rückzugsmöglichkeit bis zu fünf Tagen an, ohne das Haus verlassen zu müssen.
- Der zweite Teil des Angebots richtet sich an Familienmitglieder, die ihren Wohnsitz außerhalb von Wien oder sogar Österreich haben und ihre Angehörigen, die im KWP wohnen, um Besuche zu ermöglichen. Für max. drei Wochen im Jahr können Angehörige gegen Entgelt die möblierten Wohnungen nutzen und gleichzeitig bei Bedarf Leistungen des KWP in Anspruch nehmen.

### **Projekt bosnische, kroatische, serbische und polnische Zielgruppen**

Einen besonderen Fokus auf die Vernetzung mit Menschen mit Migrationshintergrund aus Bosnien, Kroatien, Serbien und Polen legen die Häuser Margareten, Rudolfsheim, Schmelz und Wieden bereits seit einiger Zeit. Sie setzen gezielt Aktivitäten, wie zum Beispiel Informationsveranstaltungen in Vereinen entsprechender Communities.



Aktuell arbeitet ein Projektteam daran, die bisherigen Erfahrungen aus diesen Veranstaltungen zusammenzuführen und Handlungsempfehlungen für eine bestmögliche Umsetzung der Betreuung dieser Zielgruppe unternehmensweit zu formulieren. Diese beinhalten soziokulturelle Betreuung, pflegerische und gastronomische Aspekte. Auch werden erhobene Erwartungen und Wünsche der Zielgruppe bestmöglich integriert.

#### **Projekt türkischsprachige Wienerinnen und Wiener**

In diesem Projekt befasst sich ein Team intensiv mit der Betreuung und Pflege von Menschen mit türkischsprachigem Hintergrund, um das Leistungsangebot im Unternehmen für diese neue Zielgruppe entsprechend weiterzuentwickeln. Zu Beginn wurden die Anforderungen und Erwartungen von türkischsprachigen Wienerinnen und Wienern im Bezug auf Betreuung, Pflege und gastronomische Verpflegung erhoben. Die Projektgruppe vernetzte sich dazu auch mit Teilen der türkischen Community in Wien und besuchte im Oktober 2017 Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland, welche ein entsprechendes Angebot bereits implementiert haben.

Aktuell werden im KWP die weiteren Umsetzungsschritte geplant. Im Fokus stehen im Jahr 2018 folgende Punkte:

- Vertrauensaufbau
- Weiterentwicklung und Umsetzung kultursensibler Betreuungs- und Klubangebote
- Information über Betreuungs- und Pflegeangebote durch weitere Vernetzung mit türkischsprachigen Wienerinnen und Wienern
- Umsetzung der erforderlichen Speisenproduktion (Trennung von Schweinefleisch in Lagerung und Produktion)

Nicht-Ziel dieses Projekts ist die ausschließliche Besiedelung eines einzigen KWP-Hauses mit türkischsprachigen Menschen.

Im Mittelpunkt der Projektarbeit steht stets die Verbesserung von Lebens- und Arbeitsqualität der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die gezielte strategische Planung und Umsetzung von Projekten bzw. Initiativen im Sinne des Programms Pflege & Betreuung in Wien 2030, welche in erster Linie die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch der zukünftigen Kundinnen und Kunden erhalten bzw. steigern sollen.

### 3.33 Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit im Bereich Pflege und Betreuung durch den Fonds Soziales Wien

Die Pflegeforschung liefert laufend neue Erkenntnisse. Der FSW (Fonds Soziales Wien) sorgt gemeinsam mit dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen dafür, dass der aktuelle wissenschaftliche Stand in der täglichen Pflegepraxis Anwendung findet.

Möglich macht das ein aktualisiertes Nachschlagewerk mit dem Titel „Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung“, welches die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zusammenfasst und um Erfahrungswissen aus der Praxis für die tägliche Arbeit ergänzt. Seit Mitte 2017 stehen damit erstmals Handlungsleitlinien für alle Settings im Bereich Pflege und Betreuung in einem gemeinsamen Kompendium zur Verfügung.

Durch eine Aktualisierung der spezifischen Förderrichtlinien hat der FSW bereits 2016 erreicht, dass sich alle Partnerorganisationen im Pflege- und Betreuungsbereich dazu verpflichten, die gemeinschaftlich erarbeiteten Handlungsleitlinien im Rahmen der Leistungserbringung umzusetzen. Damit ist für die Zukunft ein einheitliches Qualitätsverständnis in der Pflege und Betreuung in Wien fest verankert.

Die umfassende Qualitätsarbeit des FSW, die auf einer Zusammenschau von Ergebnissen der Kundinnen-, Kunden- und Angehörigenbefragungen, der Prüfung im Anerkennungsverfahren sowie der systematisch durchgeführten Qualitätsaudits und Monitorings basiert, wurde 2017 weitergeführt. Die Ergebnisse der Begehungen der Aufsichtsbehörde und ggf. Beschwerden finden ebenfalls Berücksichtigung.

Die gute Kooperation zwischen der Aufsichtsbehörde und der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft mit dem FSW trägt dazu bei, gemeinsam mit den Partnerorganisationen an der Qualitätssicherung und einer stetigen Qualitätsweiterentwicklung zu arbeiten.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die laufende Qualitätsarbeit des Fonds Soziales Wien und den damit verbundenen Beitrag zur Betreuungsqualität sowie zur Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner.

#### 3.34 Strukturierte Sozialarbeit im Kuratorium Fortuna – ein wichtiger Qualitätsindikator für soziale Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner

##### 1. Einleitung

Sozialarbeit steht zunehmend in einem Spannungsverhältnis zwischen sozialem Engagement, beziehungsorientierter Förderung von zu betreuenden Menschen, sowie den Anforderungen der Wirtschaftlichkeit. Eine weitere Herausforderung liegt im Generationenwandel. Bisläng scheint der Fokus der Sozialhilfeträger in besonderem Maße auf der Bedarfslage von Erwerbstätigen zu liegen. Dies führt oftmals dazu, dass der Bedarf von Seniorinnen und Senioren - zu Unrecht, wie Erfahrungen aus der Praxis zeigen - nachrangig berücksichtigt wird.

In Einrichtungen wie Fortuna, welche unterschiedliche Wohn- und Betreuungsformen und Pflege von älteren und betagten Menschen anbietet, ist jedoch ein steigender Bedarf einer gezielten, sozialen Unterstützung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu beobachten. Die Erhöhung von Autonomie zur persönlichen Lebensgestaltung, sowie die Gewährleistung materieller und immaterieller Sicherheit stellen die zentralen Ansprüche an ein modernes Sozialmanagement für Seniorinnen und Senioren dar.

##### 2. Gewährleistung sozialer Sicherheit

Sozialarbeit beinhaltet bei Fortuna die Unterstützung, Beratung und Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Fragen der materiellen und immateriellen Sicherheit. Diese wird insbesondere auch durch den Einsatz fundiert ausgebildeter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialarbeit mit langjähriger Berufserfahrung, individueller Beratung und Begleitung, vielseitiger Angebote, sowie interdisziplinärer Zusammenarbeit gewährleistet.

Im zentralen Mittelpunkt der Zielsetzungen steht die Förderung von Bewohnerinnen und Bewohnern in sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Angelegenheiten. Ungeachtet der sozialen, physischen, psychischen oder kognitiven Möglichkeiten der Betreuten liegt der Fokus darin, nach dem Prinzip der Solidarität Bedingungen zu schaffen, welche die größtmögliche Ausschöpfung der jeweiligen Potentiale ermöglichen.

Die erwünschte Ergebnisqualität ist durch entsprechende Regelwerke definiert. Laufende Qualitätssicherungs- und gezielte Personalentwicklungsmaßnahmen ermöglichen eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungsangebote.

##### 3. Strukturen und Inhalte der Sozialarbeit bei Fortuna

Bereits vor dem Einzug, während des gesamten Aufnahmeprozesses und fortlaufend während des Aufenthalts stehen den Bewohnerinnen und Bewohnern kontinuierlich unterstützende Leistungen zur Verfügung.

Im Sinne einer transparenten Gestaltung des Leistungsangebotes sowie der größtmöglichen Aufrechterhaltung der Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner wurden die Leistungen evaluiert und ein Leistungskatalog erstellt, welcher Inhalte und Beschreibung der angebotenen (im Tarif enthaltenen) Leistungen abbildet.

Die Kernaufgaben der Sozialarbeit bei Fortuna umfassen:

##### 3.1. Einzugsbegleitung

Der Aufnahmeprozess beginnt bei der ersten Kontaktaufnahme mit der Interessentin oder dem Interessenten und dient hauptsächlich der Bedarfserhebung bzw. der

Auswahl der geeigneten Wohnform. Im Falle einer Entscheidung für einen Einzug in eine Fortuna-Einrichtung steht die Sozialarbeit auch beratend für den Umzug zur Verfügung und hilft bei der Eingewöhnung in das Haus.

Im Anschluss daran werden folgende Aufgaben von der Sozialarbeit koordiniert und organisiert:

- Vorliegen aller notwendigen Befunde zur ärztlichen und pflegerischen Begutachtung
- Abklärung der Finanzierung
- Einladung zur Besichtigung des verfügbaren Pflege- und Betreuungsplatzes
- Koordination des Aufnahmetermins
- Information über alle notwendigen Dokumente und Kontaktdaten zur Vertragsrichtung

### **3.2. Erhebung der Sozialanamnese**

Die Erhebung einer Sozialanamnese erfolgt nach dem Einzug in eine Fortuna-Einrichtung und wird im Betreuten Wohnen durchgeführt. Durch die Sozialanamnese wird sichergestellt, dass alle relevanten Informationen zur psychosozialen, soziokulturellen und materiellen Situation der Bewohnerin oder des Bewohners vorliegen, um rechtzeitig professionelle Interventionen anbieten oder in die Wege leiten zu können.

### **3.3. Interdisziplinäres Informationsgespräch**

Das interdisziplinäre Informationsgespräch wird im Stationären Wohnen unter Einbindung von Angehörigen und/oder vertretungsbefugten Personen durchgeführt. Dieses Gespräch dient der abschließenden Sicherstellung, dass alle für Fortuna relevanten Informationen eingeholt wurden, bzw. die Bewohnerinnen und Bewohner über alle notwendigen Informationen zu ihrem Aufenthalt verfügen. In weiterer Folge werden gezielte Maßnahmen, wie bspw. die Organisation von Besuchsdiensten, abgeleitet.

### **3.4. Sicherstellung der materiellen Grundbedürfnisse**

Die Sicherstellung der materiellen Grundversorgung ist Kernaufgabe sozialarbeiterischen Handelns. Bei Fortuna bedeutet dies konkret eine gezielte und individuelle Beratung bzw. Unterstützung bei der Einkommenssicherung, wie bspw. die Geltendmachung von Pensionsansprüchen, Antrag auf Witwen- bzw. Witwerpension oder Ausgleichszulage usw.

### **3.5. Sicherstellung der immateriellen Grundbedürfnisse durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fallbesprechungen**

Im Sinne multiperspektiven Handelns liegt ein weiterer Schwerpunkt der Sozialen Arbeit (in Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen des Unternehmens) in der Sicherstellung der immateriellen Grundbedürfnisse, wie bspw.

- Sicherheit
- Autonomie und Selbstbestimmung
- Individualität
- Zugehörigkeit und Partizipation
- Abwechslung
- Geborgenheit
- Sinnhaftigkeit

Interdisziplinäre Fallbesprechungen finden regelmäßig und strukturiert statt und dienen der Erarbeitung individueller Lösungsstrategien und Interventionen für einzelne Bewohnerinnen oder Bewohner.

Neben der Sozialarbeit sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Betreuung, der Medizin, der Seniorinnen- und Seniorenanimation und Verwaltung in interdisziplinäre Fallbesprechungen eingebunden.

### **3.6. Sprechstunde für Bewohnerinnen und Bewohner sowie für Vertrauenspersonen**

Die monatliche Sprechstunde in allen Fortuna- Einrichtungen bietet Bewohnerinnen und Bewohnern die Möglichkeit, in einem persönlichen Gespräch Rat und Hilfe zu individuellen Themen und Fragestellungen zu erhalten – unabhängig von deren Wohnform.

### **3.7. Anträge und Behördenkontakte**

Bei notwendigen Anträgen und Behördenkontakten stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialarbeit mit Beratung und Unterstützung in nachfolgend angeführten Belangen zur Seite:

- Antrag auf Förderung für Wohnen und Pflege durch den Fonds Soziales Wien
- Antragstellung auf Zuerkennung von Pflegegeld, Pflegegeldhöhung
- Antragstellung auf Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr
- Antrag auf Freizeitfahrtendienst oder Behindertenpass
- Vorsorgevollmacht und Erwachsenenvertretung entsprechend der aktuellen rechtlichen Grundlagen

### **3.8. Krisenintervention**

Im Falle von psychosozialen Krisen, ausgelöst durch Ereignisse oder Lebensumstände, die nicht oder nur schwer bewältigt werden können, wird – je nach individueller Sachlage - professionelle Hilfe angeboten, umgesetzt oder organisiert.

### **3.9. Vorbereitung, Unterstützung und Begleitung bei der Entlassung nach Hause oder in eine andere Wohnform**

Bewohnerinnen und Bewohner, die nur temporäre Betreuungs- oder Pflegeleistungen benötigen, werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sozialarbeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit für eine Rückkehr in eine andere Wohnform oder nach Hause unterstützt und begleitet.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den strukturierten Aufbau und Einsatz von Sozialarbeit zur Sicherstellung materieller und immaterieller Grundbedürfnisse von Seniorinnen und Senioren.

Die - dem Handeln zugrundeliegenden - Prinzipien von Solidarität, Autonomie, Individualität und größtmöglicher Ausschöpfung der jeweiligen Potentiale, werden von der Heimkommission begrüßt.

### 3.35 Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in der Praxis des Kuratorium Fortuna – Wissenstransfer in der Pflege und Betreuung

Der Begriff der „lernenden Organisation“ - verbunden mit einem demokratischen und partizipativen Führungsstil, welcher Ideen und Innovationen fordert und fördert - hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und stellt mittlerweile mehr als nur eine Floskel zur plakativen Beschreibung eines Ideals dar.

Eine Organisation, die lernt, braucht Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche zu lernen bereit sind. „Lebenslanges“ bzw. „lebensbegleitendes“ Lernen endet nicht mit einer Ausbildung, sondern – im Gegenteil – es beginnt mit einer. Der Anspruch muss also auch sein, lernen zu wollen - können tut das nämlich jeder.

Angehörige der Pflege- und Betreuungsberufe sind sowohl gesetzlich als auch aus ethisch-moralischen Gründen zum Lernen verpflichtet. Laufende Informationen über neueste Entwicklungen und wissenschaftliche Erkenntnisse, sowie die daraus resultierende Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung sind unabdingbar, um eine angemessene Qualität der Leistungen sicherstellen zu können.

#### 1. Wissen – ein Wettbewerbsfaktor

In der derzeitigen Arbeitsmarktsituation stellen Wissen und Erfahrung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen wesentlichen Wettbewerbsfaktor für ein Unternehmen dar. Mit jeder Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter, die das Unternehmen verlassen, geht Wissen verloren. Mit jeder neuen Mitarbeiterin und jedem neuen Mitarbeiter kann wertvolles Wissen gewonnen werden.

#### 2. Wissen abrufbar machen

Leider bedeutet das Vorhandensein von Wissen nicht automatisch auch einen uneingeschränkten Zugriff darauf. Die Herausforderung besteht darin, das über viele Jahre an Arbeitserfahrung erworbene, verinnerlichte Können (implizites Wissen) für neue Kolleginnen und Kollegen sowie für die Weiterentwicklung des eigenen Bereichs und des Unternehmens, zugänglich zu machen – es zu explizieren:

		Ontologische Dimensionen	
		individuelles Wissen	kollektives Wissen
Epistemologische Dimensionen	explizites Wissen	"embrained knowlegde" bewusste, verbalisierbare Fähigkeiten und Kompetenzen	"encoded knowledge" in Regeln, "Verfahrensrichtlinien" kristalisiertes Wissen
	implizites Wissen	"embodied knowledge" verinnerlichtes Können	"embedded knowledge" in organisationalen Routinen und "mentalen Modellen" verankertes Wissen

Abbildung 1: individuelle und kollektive, organisatorische Wissensarten

Es bedarf daher komplexer Voraussetzungen, um Wissen abrufbar zu machen:

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit wertvollem Wissen
- das Bewusstsein über vorhandenes Wissen
- den Wissenstransfer von implizit zu explizit, also das „in-Worte-fassen“ oder „begreifbar“ machen
- praxisnahe und zeiteffiziente didaktische Methoden, die den Wissenstransfer möglich machen
- Mut

Auch wenn Wissensmanagement mehr als den Wissenstransfer von implizitem zu explizitem Wissen beinhaltet - exakt dieser Teilprozess (Externalisierung), kann mit einfachen Methoden und Techniken in der Praxis zugänglich gemacht werden.

#### **3. Von der Pflicht zur Chance**

„Qualitätsbewusstsein“ und „lösungsorientierte Organisationsentwicklung“ stellen Kerninhalte jener Ansprüche dar, die Fortuna an sich selber stellt. Beide Themenbereiche weisen einen engen Zusammenhang mit dem Generieren von Wissen, mit Lehren und Lernen auf. Es wird laufend recherchiert, gesammelt, kritisch reflektiert, aufbereitet und zur Verfügung gestellt.

Augenscheinlich geschieht diese Entwicklung über Schulungen, Leit- und Richtlinien, die Gestaltung von Abläufen und Prozessen oder die Erarbeitung von Standards. Weniger augenscheinlich geschieht Qualitätsentwicklung bspw. jedes Mal, wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter einen neuen oder überarbeiteten Standard – in welcher Form und Weise auch immer – diskutiert.

Diese Erkenntnis löst zwar nicht das Problem der Lern-Pflicht, aber - in diesem Bewusstsein (und Wissen hat sehr viel mit Bewusstsein zu tun) kann lösungsorientiert versucht werden, die Pflicht zur Chance zu machen.

#### **4. Methoden handlungsorientierten Wissenstransfers bei Fortuna**

Fortuna befindet sich – wie andere Organisationen auch – in einem laufenden Prozess zur Weiterentwicklung. Nachfolgende exemplarische Aufzählung zur Unterstützung des Wissenstransfers bei Fortuna erhebt daher selbstverständlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zeigt allerdings handlungs- und lösungsorientierte Ansätze:

##### **4.1. Einsatz von Expertinnen- und Expertenwissen**

Bekannterweise sorgen „gleiche“ oder „gleichwertig geltende“ Ausbildungen nicht automatisch für einen gleichwertigen Wissensstand. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen aus unterschiedlichen Kulturkreisen, verfügen über unterschiedliches Erfahrungswissen und waren im Laufe ihres jeweiligen Berufsweges mit unterschiedlichen Anforderungen konfrontiert.

Fortuna hat daher im Rahmen der Entwicklung des Personalentwicklungskonzeptes die Zielsetzung formuliert, dass in den Kernbereichen der Pflege und Betreuung (über gesetzliche Vorgaben hinaus) alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gezielt geschult und auf den gleichen Wissensstand gebracht werden.

Für ausgewählte Konzepte findet eine fortlaufende Suche bzw. Entwicklung von Expertinnen und Experten statt, welche die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei komplexen Fragestellungen sowohl inhaltlich wie auch methodisch unterstützen.

Das Personalentwicklungskonzept von Fortuna erstreckt sich auf Grund der gegebenen Komplexität über mehrere Jahre und wird fortlaufend auf dessen Wirksamkeit überprüft, evaluiert und angepasst.

#### **4.2. Aus Diskussionen lernen**

Eine Diskussion kann als Befindlichkeit oder als Widerstand motiviert sein oder erlebt werden. Sie kann aber auch Ausdruck proaktiver Mitarbeit sein. Zu Recht wird in der Literatur kritisiert, wenn Standards oder Regelwerke ausschließlich schriftlich ausgehändigt und deren Kenntnisnahme lediglich per Unterschrift eingefordert werden. Der Effekt ist so nahezu gleich null, da das Lehren wie auch das Lernen fehlt - aktive Vermittlung und Wissenstransfer.

Für Fortuna ist die Diskussion zu einer der wohl wichtigsten Methoden für Wissenstransfer geworden, denn ohne Diskussion kein Austausch, ohne Austausch kein Verständnis; ohne Verständnis keine Veränderung, ohne Veränderung keine Entwicklung. Und letztlich geht es bei Wissenstransfer immer um Entwicklung, Entwicklung der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Entwicklung der einzelnen Bereiche und Entwicklung des Unternehmens.

So ansprechend Diskussionsbereitschaft als Unternehmenskultur auch wirken mag, für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellt sie in der Praxis eine große Herausforderung dar, zumal die dafür notwendige Argumentationsbereitschaft oftmals nicht hinreichend gegeben ist. Die Ursachen dafür liegen vermutlich in der (leider immer noch) hierarchisch orientierten Berufskultur sowie in einer Art „Argumentations-Hemmschwelle“, zumal Argumente entweder auf Wissen aufbauen, gegebenenfalls aber auch Wissensdefizite sichtbar machen.

Für Fortuna besteht die Herausforderung daher nicht in der Diskussion selbst, sondern in der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Kultur, in welcher das Bewusstsein besteht, dass Diskussion und Konsensfindung notwendig sind, um ein einheitliches Verständnis entwickeln zu können.

##### **4.2.1. Wissen mit anderen Berufsgruppen teilen - interdisziplinäre Fallbesprechungen**

Interdisziplinäre Fallbesprechungen werden für die inhaltliche Aufarbeitung aktueller Herausforderungen, präventive Überlegungen und ressourcenorientierte Potentialerhebungen genutzt. Die Besprechungen finden mehrmals wöchentlich und anlassbezogen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den unterschiedlichen Berufsgruppen wie bspw. Medizin, Pflege, Seniorenanimation oder Sozialarbeit statt. Ziel ist dabei, dass alle Teilnehmenden sich und ihr Wissen einbringen, ihre Überlegungen erklären und konstruktiv mitarbeiten. In weiterer Folge werden Maßnahmen und Ziele vereinbart sowie ein Evaluierungsdatum für eine Folgefallbesprechung terminiert.

#### **4.3. Die Pflegevisite als Instrument zum Lehren und Lernen**

Die Führungskräfte der Pflege begleiten ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig in der direkten Pflege. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Bewohnerinnen und Bewohner sind informiert und kennen den Ablauf. Anschließend meldet die Führungskraft ihre Beobachtungen direkt zurück. Das entscheidende ist, dass es sich hierbei nicht um eine bloße Beurteilungs- oder Bewertungssituation handelt.



Idealerweise entsteht auch hier eine Diskussion und beide Seiten setzen Impulse zur Reflexion vorhandenen Wissens.

#### **4.4. Lehren durch Mentoring**

Die Methode des Mentoring wird bei Fortuna insbesondere im Rahmen der Entwicklung von neuen bzw. potentiellen Führungskräften eingesetzt. Der Nachwuchsführungskraft wird eine erfahrene Fachkraft zur Seite gestellt, welche die Nachwuchskraft in der persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung unterstützt. Basis ist ein strukturierter Einschulungsplan, welcher mit gezielten Inhalten zur Berücksichtigung von individuellem Entwicklungsbedarf- und potential der jeweiligen Nachwuchskraft ergänzt wird. Die Nähe zur Praxis wird bei dieser Methode sowohl von den lehrenden wie von den lernenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als sehr wertvoll und Ziel führend beschrieben.

Erfahrungen aus der Praxis haben aber auch gezeigt, dass diese Methode nur dann funktioniert, wenn zwischen der Mentorin bzw. dem Mentor und der Nachwuchsführungskraft keinerlei Konkurrenzverhältnis besteht oder interpretiert wird.

#### **4.5. Aus Fehlern lernen**

Da Fehler in Gesundheitsberufen auch folgenschwere Auswirkungen nach sich ziehen können, sind diese fast ausschließlich negativ behaftet. Übersehen wird dabei oftmals, dass jeder Fehler auch als Chance für Lernen, Wissen und Weiterentwicklung genutzt werden kann.

Mit der Implementierung eines Critical Incident Reporting System (CIRS, Berichtssystem zur Meldung kritischer Ereignisse) hat Fortuna einen wichtigen Grundstein für den Wissenstransfer im Unternehmen gelegt. Potentielle, systemimmanente Fehlerquellen sollen mit Hilfe des Systems nicht nur erkannt, sondern das Wissen um bestehende Risiken auch weitergegeben werden. Durch das Prinzip der anonymen Fehlermeldung ist gewährleistet, dass nicht die „Schuldfrage“ relevant ist, sondern wie aus den (Beinahe-) Fehlern von anderen gelernt werden kann.

### **5. Ein mutiger Ausblick**

Methoden zum Wissenstransfer könnten derlei noch viele angeführt werden - vieles ist auch bei Fortuna noch im Entstehen. Was es beim Wissenstransfer aber jedenfalls immer braucht, ist Mut. Mut ist so simpel wie schwierig und an offene, konstruktive Diskussionen wie auch an einen fairen Umgang mit Fehlern geknüpft. Denn jeder kennt sie, „die Kluft“ zwischen Theorie und Praxis. Sie bedeutet nichts anderes, als eine erlebte Differenz zwischen dem „was die Schule sagt“, später dann auch dem „was der Chef erwartet“ und wie es dann tatsächlich passiert bzw. was als überhaupt möglich erachtet wird.

Hier braucht es Mut, eine jahrzehntelange Kluft zu überbrücken, Wissenstransfer braucht diese Brücke. Auf der einen Seite steht das theoretische Wissen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das praktische Wissen steht auf der anderen.

Es wird Aufgabe der Führungskräfte sein, die Rahmenbedingungen für diesen Brückenbau zu schaffen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu ermutigen, den Transfer zwischen Theorie und Praxis zu ermöglichen. Denn Wissen darf niemals stehen, egal auf welcher Seite der Brücke.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den strukturierten Einsatz von Methoden für handlungsorientiertes Lehren und Lernen.

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung begrüßt die Wiener Heimkommission insbesondere:

- die Wertschätzung für vorhandenes Wissen sowie das Bewusstsein darüber, dass dieses bewahrt, erweitert und weitergegeben werden muss
- den gezielten Einsatz von praxisorientierten und praxistauglichen Methoden für den Wissenstransfer
- eine partizipative Unternehmenshaltung sowie die Ermutigung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Diskussion und Konsensfindung



### 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 2017 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. Diese finden sich somit im Bericht der WPPA (Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft) 2017 wieder.

Im Berichtsjahr 2017 wurden bei den Sprechtagen die meisten Beschwerden – wie auch in den beiden Vorjahren – zum Thema „Heimorganisation“ vorgebracht. Bewohnerinnen und Bewohner bekräfteln 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 Präsenz der Heimleiterinnen bzw. Heimleiter in den Häusern. Ebenso wird der Wunsch nach einer Besetzung der Rezeption auch am Abend und am Wochenende geäußert. Diese Punkte wiederholen sich zum Vorjahr. Neu eingebracht wird, dass das Aufnahme-prozedere für neue Bewohnerinnen und Bewohner unzureichend ist, es wird zu wenig erklärt, informiert und gezeigt. Des Weiteren kam es zu Streitigkeiten aufgrund der mangelnden Kapazität bei Waschmaschinen. Bewohnerinnen und Bewohner, die tagsüber bis 17:00 Uhr in der „Tag.Familie“ betreut werden, irren teilweise im Haus herum. Sie finden nicht mehr in ihre Wohnungen zurück und läuten an falschen Türen. In einem Haus gibt es zu wenig attraktive Rückzugsorte und keine Möglichkeit, nachmittags gemütlich in Polstermöbeln zu sitzen. Im Rahmen der Übernahme einer Einrichtung wird die Personalfuktuation als steigend und die Qualität sowie die Verfügbarkeit von Verbrauchsmaterial als sinkend empfunden.

Die zweithäufigsten Beschwerden bezogen sich auf das Thema „Essen“. Das Angebot und die Menge sei unzureichend und die Zusammensetzung des Essens passe nicht. Es gäbe keine regionale Küche und abends nie warmes Essen. Zwei Wochen im Vorhinein müsse eine Menüauswahl getroffen werden, der individuelle Wochenmenüplan kann jedoch nicht mehr ausgedruckt werden, daher fehlt oftmals der Überblick, ob man das richtige Essen bekomme, was zu unnötigen Diskussionen führe. Das Abendessen wird foliiert ausgehändigt – das sei optisch unappetitlich und bedeute Unmengen von Plastikmüll. Speisen seien zu wenig durchgekocht und andererseits z.B. Gemüse zu stark gekocht. Zu wenig Berücksichtigung beim Angebot gäbe es für Bewohnerinnen und Bewohner mit Diabetes.

Die nächsthäufigen Beschwerden betreffen den Bereich „Pflege“. Dies reicht vom Vorwurf der mangelnden Versorgung von Beinen mit Lymphproblemen über die unzureichende Unterstützung einer Bewohnerin, um ihr das Nötigste für einen Spitalsaufenthalt mitzugeben, bis zum Vorwurf des falsch angepassten Inkontinenzproduktes (Bewohnerin fühlt sich aufgrund der zu großen Inkontinenzvorlage wie „Obelix der Gallier“). Kritisiert wurde zudem, dass seitens der Pflegepersonen für Duschen, Haare Waschen und Eincremen im Apartmentbereich nur 30 Minuten zur Verfügung stehen. Herangetragen wurde auch, dass der Wunsch bestehe, öfter als einmal pro Woche geduscht zu werden.

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

Bei den vereinzelt Beschwerden betreffend „Kommunikation“ ging es hauptsächlich um die Informationsweitergabe an berechnigte Angehörige und den Mangel an Kundenorientierung (keine oder unzureichende Beantwortung von Fragen, man höre öfters „nicht zuständig zu sein“, keine aktive Hilfestellung sondern nur „wenden Sie sich an“, etc.) Wenn man Kritik äußere, bekomme man als Antwort, „Sie können ja ausziehen“.

Ebenso wurde einige wenige Male bekriftelt, dass Animationsangebote (z.B. Turnen, Gedächtnistraining) in den Sommermonaten nicht regelmäßig stattfinden, oder zu unpassenden Zeiten, wie z.B. Turnen gleich nach dem Frühstück.

Lobend erwähnt wurden einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie die Führung eines Hauses. Einige Bewohnerinnen und Bewohner teilten mit, mit der Betreuung und den Angeboten im Haus sehr zufrieden zu sein. Eine mobilitätseingeschränkte Bewohnerin eines Appartements äußert sich ebenfalls sehr zufrieden und gab an, man habe ihr im Haus schon das Leben gerettet.

Spezielle Anfragen kamen zu Rechten und Pflichten als Bewohnerin bzw. Bewohner und den Bewohnerbeirätinnen und Bewohnerbeiräten, sowie zum Ablauf bei Wunsch hinsichtlich eines Einrichtungswechsels.

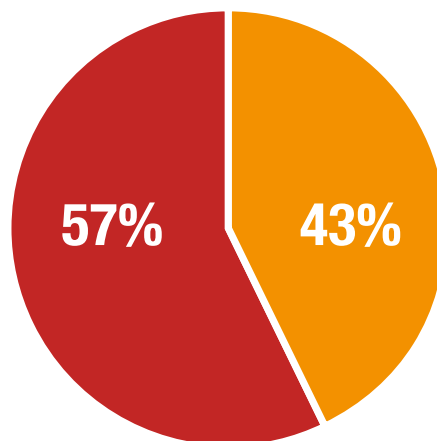
Auch im Berichtsjahr 2017 wurde auf rasche und niederschwellige Bearbeitung der Anliegen und Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner geachtet. Dabei stand ein lösungsorientiertes Vorgehen im Vordergrund. Angelegenheiten, welche einer näheren Überprüfung bedurften, wurden der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatur 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 Patientenadvokatur 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 pflegerelevante 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 2017 inklusive Vergleich mit den Vorjahren



<span style="color: orange;">■</span> Städtische Wohn- und Pflegeheime	957
<span style="color: red;">■</span> Private Wohn- und Pflegeheime	1268
<span style="color: orange;">■</span> <b>Gesamt</b>	<b>2225</b>

Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Städtische Wohn- und Pflegeheime (ab 2012 inkl. KWP)	*)	28	38	71	97	138	640
Private Wohn- und Pflegeheime (bis 2011 inkl. KWP)	*)	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	2017
Städtische Wohn- und Pflegeheime (ab 2012 inkl. KWP)	668	731	866	682	957
Private Wohn- und Pflegeheime (bis 2011 inkl. KWP)	662	894	929	938	1268
<b>Gesamt</b>	<b>1330</b>	<b>1625</b>	<b>1795</b>	<b>1620</b>	<b>2225</b>

\*) Die Daten aus dem Jahr 2006 sind nicht vergleichbar

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 91 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. Besucherinnen und 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	0	15
Haus Am Mühlengrund	2	3
Haus An der Türkenschanze	40 <sup>a)</sup>	0
Haus Atzgersdorf	3	27
Haus Augarten	0	46
Haus Brigittenau	0	25
Haus Döbling	0	11
Haus Föhrenhof	1	10
Haus Gustav Klimt	2	0
Haus Haidehof	1	38
Haus Hetzendorf	5	60
Haus Hohe Warte	1	17
Haus Jedlersdorf	0	13
Haus Laaerberg	1	40
Haus Leopoldau	5	25
Haus Liebhartstal	5	23
Haus Margareten	1	16
Haus Mariahilf	0	28
Haus Maria Jacobi	4	22

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neubau *****)	23 <sup>b)</sup>	17
Haus Penzing	0	0
Haus Prater	4	12
Haus Rosenberg	19 <sup>c)</sup>	10
Haus Rossau	3	27
Haus Rudolfsheim	3	47
Haus Schmelz	0	16
Haus Tamariske-Sonnenhof	5	6
Haus Am Trazerberg	8	20
Haus Wieden	3	10
Haus Wienerberg	13 <sup>d)</sup>	0
<b>30 Häuser</b>	<b>152</b>	<b>584</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	95
PWH Liesing mit sozialmedizinischer Betreuung	2	0
SMZ Floridsdorf Geriatriezentrum	1	15
SMZ Baumgartner Höhe/Otto Wagner Pflegezentrum	0	16
PWH Donaustadt mit sozialmedizinischer Betreuung	0	23
SMZ/Süd Geriatriezentrum Favoriten	0	6
PWH Leopoldstadt mit sozialmedizinischer Betreuung	0	11
PWH Meidling mit sozialmedizinischer Betreuung	0	14
PWH Simmering mit sozialmedizinischer Betreuung	1	16
PWH Innerfavoriten mit sozialmedizinischer Betreuung	0	11
PWH Rudolfshheim-Fünfhaus mit sozialmedizinischer Betreuung	0	10
<b>11 Häuser</b>	<b>4</b>	<b>217</b>



Rechtsträger: Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Franz Borgia	1	25
Haus St. Teresa	0	83
Haus Schönbrunn	2	20
Haus St. Antonius	0	24
Haus St. Barbara	1	60
Haus St. Elisabeth	1	18
Haus St. Klemens	8	40
Haus St. Martin	0	9
<b>8 Häuser</b>	<b>13</b>	<b>279</b>

Rechtsträger: CS Caritas Socialis GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflege- und Sozialzentrum Rennweg	0	28
Pflege- und Sozialzentrum Pramergasse	0	48
Pflege- und Sozialzentrum Kalksburg	1	10
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Floridsdorf	0	18
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Liesing	0	22
<b>5 Häuser</b>	<b>1</b>	<b>126</b>

Rechtsträger: Kuratorium Fortuna zur Errichtung von Senioren-Wohnanlagen	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Appartementhaus Fortuna	0	20
Baumgasse Fortuna	0	9
Gartensiedlung Fortuna	1	23
Schlosspark Fortuna	1	10
Wohnpark Fortuna	0	21
<b>5 Häuser</b>	<b>2</b>	<b>83</b>

Rechtsträger: CaSa Leben im Alter GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflegewohnhaus Casa Sonnwendviertel <sup>1)</sup>	0	20
Seniorenhaus Kagran	2	31
<b>2 Häuser</b>	<b>2</b>	<b>51</b>

Rechtsträger: <b>Haus der Barmherzigkeit (Pflegeanstalten für chronisch Kranke)</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse	0	4
Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße	2	23
<b>2 Häuser</b>	<b>2</b>	<b>27</b>

Rechtsträger: <b>Heime der Franziskanerinnen Wien GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Elisabethheim	1	5
Franziskusheim	0	42
<b>2 Häuser</b>	<b>1</b>	<b>47</b>

Rechtsträger: <b>Ärzteheim Betriebsgesellschaft mbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflegezentrum Ärzteheim	1	27
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>27</b>

Rechtsträger: <b>Kursana Residenzen GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenresidenz Wien-Tivoli	1	11
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

Rechtsträger: <b>Israelitische Kultusgemeinde</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Maimonides-Zentrum GmbH	1	13
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>13</b>

Rechtsträger: <b>Hans und Margarethe Steger-Stiftung (Die Stiftung wird durch den Verein „HAUS MALTA“, Senioren-Sitz der Malteser verwaltet)</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Malta	2	1
<b>1 Haus</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Rechtsträger: <b>SeneCura Residenz Oberdöbling gemeinnützige GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
SeneCura Residenz Oberdöbling **)	1	16
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>16</b>

Rechtsträger: SeneCura Residenz Grinzing gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
SeneCura Residenz Grinzing <sup>****)</sup>	4	10
<b>1 Haus</b>	<b>4</b>	<b>10</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Atzgersdorf Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Atzgersdorf	0	55
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>55</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Brigittenau Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Brigittenau	0	9
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>9</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Donaustadt Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Donaustadt	0	44
Wie daham Generationendorf Töllergarten <sup>****)</sup>	0	0
<b>2 Häuser</b>	<b>0</b>	<b>44</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Simmering Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Simmering	0	40
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>40</b>

Rechtsträger: Fonds der Wiener Kaufmannschaft	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Park Residenz Döbling, Seniorenwohnen der Wiener Kaufmannschaft	4	13
<b>1 Haus</b>	<b>4</b>	<b>13</b>

Rechtsträger: Senioren Residenzen gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenresidenz am Kurpark Wien Oberlaa	0	43
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>43</b>

Rechtsträger: Kolpinghaus für betreutes Wohnen GmbH (Wien Favoriten)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben	1	15
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>15</b>

Rechtsträger: Kolping Altenpflege Wien Leopoldstadt GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben Leopoldstadt	0	21
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>21</b>

Rechtsträger: St. Carolus GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
St. Carolus-Altersheim	11 <sup>e)</sup>	0
<b>1 Haus</b>	<b>11</b>	<b>0</b>

Rechtsträger: Österreichische Blindenwohlfahrt gem GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Johann-Wilhelm-Klein-Haus der Österreichischen Blindenwohlfahrt	3	40
<b>1 Haus</b>	<b>3</b>	<b>40</b>

Rechtsträger: ÖJAB – Österreichische Jungarbeiterbewegung	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neumargareten	0	61
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>61</b>

Rechtsträger: Hubert Häussle GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Privatpflegeheim Rodaun	11 <sup>e)</sup>	3
<b>1 Haus</b>	<b>11</b>	<b>3</b>

Rechtsträger: Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen BKS GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen <sup>*****)</sup>	1	37
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>37</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“	1	8
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
Rechtsträger: <b>Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Hausgemeinschaften Erdbergstraße	1	38
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>38</b>
Rechtsträger: <b>Formanek GmbH (Sonderkrankenanstalt)</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Sanatorium Liebhartstal	0	12
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
Rechtsträger: <b>Barmherzige Schwestern Pflege GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Heim St. Katharina	1	32
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>32</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	4	3
<b>1 Haus</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>Summe:</b>	<b>Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*</b>	<b>Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**</b>
<b>Insgesamt 91 Häuser</b>	<b>225</b>	<b>2000</b>

**\*) Pflegewohnhaus Casa Sonnwendviertel:**

Das Pflegewohnhaus wurde neu errichtet, die Bewohnerinnen und Bewohner des Seniorenhaus Waldkloster mit September 2017 übersiedelt.

**\*\*\*) SeneCura Residenz Oberdöbling:**

Die Einrichtung wurde mit Anfang des Jahres 2017 von einem neuen Rechtsträger übernommen und umbenannt.

**\*\*\*\*) SeneCura Residenz Grinzing:**

Die Einrichtung wurde ebenso mit Anfang des Jahres 2017 von einem neuen Rechtsträger übernommen und umbenannt.

**\*\*\*\*\*) Wie daham Generationendorf Töllergarten:**

Die Einrichtung wurde mit September 2017 neu eröffnet. Daher konnte im Berichtsjahr kein Sprechtag abgehalten werden.

**\*\*\*\*\*) Haus Neubau:**

Es wurden insgesamt drei Sprechtag abgehalten. Der letzte Sprechtag erfolgte im Sinne einer Nachbesprechung der vorgebrachten Kritikpunkte von mehreren Bewohnerinnen und Bewohnern im Rahmen des vorhergehenden Sprechtag (siehe Punkt b).

**\*\*\*\*\*) Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen:**

Aufgrund der Vorfälle in einem niederösterreichischen Pflegeheim und des Verdachtes der gleichen Situation in diesem Wohn- und Pflegeheim wurde ein dritter außerordentlicher Sprechtag abgehalten. Diese Einrichtung wurde mit Oktober 2017 von einem neuen Rechtsträger übernommen und umbenannt (vormals Haus Pater Jordan).

**a) Haus An der Türkenschanze:**

Die vorgebrachten Anliegen im Rahmen des ersten Sprechtag betreffen größtenteils die Heimorganisation, wie zum Beispiel die Nichtbesetzung der Rezeption an Wochenenden, das Anstellen in einer „Schlange“ um das Essen an Samstagen und die fehlende Kommunikation bzw. Information über sämtliche Veränderungen im Haus. Das Hauptanliegen im Zuge des zweiten Sprechtag ist die Auflösung eines Lebensmittelgeschäftes (externer Leistungsanbieter) im Haus. Weitere Beschwerden umfassen die Verpflegung, die Personalfuktuation und die Pflege und Betreuung im Haus.

**b) Haus Neubau:**

Die Beschwerde betrifft im Großen und Ganzen die mangelnde Qualität des Essens (z.B. zu wenig Gemüse, versalzene Suppe, zu wenig Hausmannskost, abends kaltes Essen, etc.). Es besteht auch der Wunsch nach attraktiven Rückzugsorten.

**c) Haus Rosenberg:**

Bemängelt werden die unregelmäßigen Animationsangebote, zu wenig Pflegekräfte, das Fehlen der Zivildienstler an Wochenenden, unzureichende Unterstützung durch den Ambulanten Bereich und die Sicherheit im Haus im Sinne von Diebstählen.

**d) Haus Wienerberg:**

Es wird über die Abwesenheit der Führung, die Heimorganisation und die Qualität des Essens berichtet und diese bedauert.

**e) St. Carolus-Altersheim:**

Vorgebracht wird Kritik bzgl. des Essens, sowie die Organisation und die Hygiene in dieser Einrichtung.

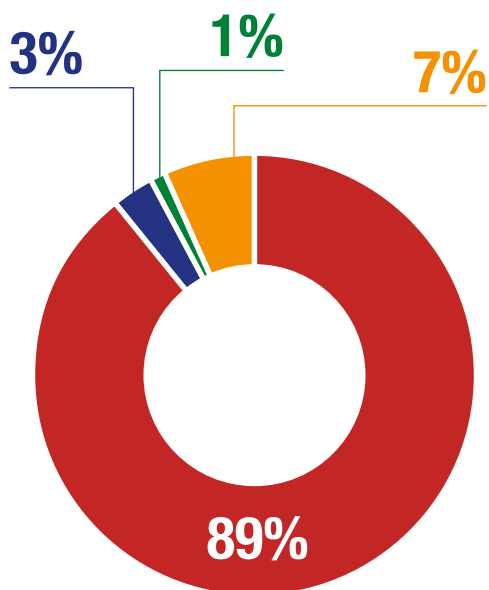
**f) Privatpflegeheim Rodaun:**

Das Hauptanliegen bezieht sich auf das Essen, beispielweise wird das Mittagessen zu wenig heiß serviert, die Suppe ist nur mehr lauwarm und auch die Hauptspeise ist schon ausgekühlt. Aufgewärmtes Mittagessen ist am Tisch vorbereitet, obwohl sich die Bewohnerinnen und Bewohner noch gar nicht im Speisesaal aufhalten.

**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*	1988
<span style="color: darkblue;">■</span> vor Ort erledigt	69
<span style="color: green;">■</span> teilweise vor Ort erledigt**	22
<span style="color: orange;">■</span> nicht vor Ort erledigt**	146
<span style="color: blue;">■</span> <b>Gesamt</b>	<b>2225</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 148 Fällen war eine aktenmäßige Bearbeitung durch die WPPA erforderlich.

Auszug aus dem Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS)

### Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG

StF: 15/2005

#### Änderung

LGBL. Nr. 59/2006

LGBL. Nr. 56/2010

LGBL. Nr. 87/2012

LGBL. Nr. 29/2013

LGBL. Nr. 30/2015

#### Präambel/Promulgationsklausel

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



Auszug aus dem Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS)

#### **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

**Text**

### **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 Patientenanwaltschaft;
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:

Auszug aus dem Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS)

- 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 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 Sprechtag 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 befähigten Personen in

Auszug aus dem Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS)

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.

(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 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

Auszug aus dem Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS)

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**

**§ 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.

#### **Arzneimittelvorräte**

**§ 21.** (1) Der Heimträger hat die für die Hilfeleistung notwendigen Arzneimittel vorrätig zu halten. Der erforderliche Arzneimittelvorrat kann vom Heimträger unter Bedacht auf die üblicherweise und voraussichtlich von den Bewohnerinnen und Bewohnern dauerhaft oder einmalig benötigten Arzneimittel festgelegt werden, wobei sicherzustellen ist, dass eine dauerhafte adäquate Versorgung mit Arzneimitteln gegeben ist und die für die Erste Hilfe notwendigen Arzneimittel jedenfalls im entsprechenden Ausmaß zur Verfügung stehen.

(2) Der Heimträger kann darüber hinaus die für einzelne Bewohnerinnen und Bewohner verordneten Arzneimittel vorrätig halten.

(3) Alle Arzneimittelvorräte sind fachgerecht zu verwahren.

(4) Die Landesregierung ist ermächtigt durch Verordnung nähere Bestimmungen zur Zusammensetzung des Arzneimittelvorrates gemäß Abs. 1 zu treffen.

#### **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



Auszug aus dem Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS)

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. Prüffertifikate von hiezu nach den Berufsvorschriften befugten Personen hinsichtlich der 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 Beschwerdevereinscheidungen 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.

(5) Bescheide nach Abs. 1 bis 3 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.

(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 Patientenanzwaltschaft 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

Auszug aus dem Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS)

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 Auftrags 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 Beschwerdevorentscheidungen 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 erstatten. 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 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 Patienten-anwaltschaft.

Auszug aus dem Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS)

### **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;
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 Wien erhoben werden.

Auszug aus dem Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS)

(11) Bescheide nach Abs. 3, 6, 8 und 9 sowie Beschwerdevorentscheidungen 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. 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.

### **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 Patienten-anwaltschaft  
1050 Wien, Schönbrunner Straße 108  
Telefon: (+43 1) 587 12 04  
Fax: (+43 1) 4000/82510  
E-Mail: heimkommission@wpa.wien.gv.at  
www.patientenanwaltschaft.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“

