

BERICHT

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

WIENER HEIMKOMMISSION 2020



Liebe Leserin, lieber Leser!



© David Bohmann/PIB

Liebe Leserin, lieber Leser,

die COVID-Pandemie hat deutlich aufgezeigt, wie wichtig gut funktionierende Versorgungssysteme wie jenes der Wiener Pflege- und Betreuungseinrichtungen sind. Diese Pandemie hat uns allen viel abverlangt. Mit vereinten Kräften ist es uns aber gelungen, die besonders vulnerablen Gruppe der Seniorinnen und Senioren soweit es möglich war gut zu schützen und zu unterstützen. Schlüssel dazu war und ist die unermüdete Leistung der tausenden engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, denen ich an dieser Stelle nochmals meinen persönlichen Dank aussprechen möchte. Wir meistern diese Krise, weil wir vorausschauend geplant haben und weil wir gut zusammenarbeiten.

Wenn man etwas Positives über die Pandemie sagen kann, gehört die gestiegene gesellschaftliche Anerkennung für bestimmte Berufsgruppen ganz sicher dazu. Die Pflegeberufe standen hier besonders im Fokus des öffentlichen Interesses. Eine Aufmerksamkeit, die wir nutzen sollten, um Menschen vom beruflichen Wechsel in den Pflegebereich zu überzeugen. Das ist auch dringend notwendig, denn wir werden diese Fachkräfte brauchen. Unsere Gesellschaft wird immer älter, dementsprechend wird sich auch der Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen erhöhen. Eines unserer zentralen Zukunftsthemen ist es daher, ausreichend gut ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für diese anspruchsvollen Tätigkeiten zu finden.

Die Stadt Wien hat im vergangenen Jahr zahlreiche zusätzliche neue Ausbildungsplätze und Weiterbildungsmöglichkeiten geschaffen – quer durch alle Bereiche von der Pflegeassistenz bis zu den diplomierten Kräften. Es gibt neue Ausbildungsschienen wie die Pflege mit Matura und mit dem Wiener Ausbildungsgeld schaffen wir Lösungen zur Finanzierung des Lebensunterhalts während der Aus- bzw. Weiterbildung. So stellen wir die Weichen dafür, dass die Wienerinnen und Wiener auch in Zukunft alle Leistungen erhalten, die sie benötigen.

Wo viele Menschen arbeiten, können naturgemäß auch Fehler passieren. Das gilt für den Normalbetrieb genauso wie für ein Jahrhundertereignis wie die Corona-Pandemie. Deshalb sind die Instanzen der Qualitätskontrolle wie die Heimkommission von zentraler Bedeutung für unser System – und das nicht nur in Krisenzeiten. Nur dank genauer Nachschau und konstruktiver Kritik können wir Abläufe optimieren und uns stetig verbessern. Dafür möchte ich der Wiener Heimkommission und den Bewohnervertreterinnen und Bewohnervertreter in den Häusern herzlich danken.

Der vorliegende Rückblick auf das Jahr 2020 zeigt: Wir haben mit vereinten Kräften viel erreicht, aber es gibt noch einiges zu tun. Besonders wichtig ist dabei für mich, den Pflegebereich weiterzuentwickeln, um für die Herausforderungen der Zukunft gerüstet zu sein. Die Heimkommission wird weiterhin ein offenes Ohr für die Bedürfnisse der Wienerinnen und Wiener in den Pflegeeinrichtungen und Pensionistenwohnhäusern haben – und sie wird diesen Bedürfnissen eine Stimme verleihen. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Peter Hacker
Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport

Einleitung



© Foto Wilke

Die Corona-Pandemie bescherte den Pflegeeinrichtungen unserer Stadt vermutlich das schwierigste Jahr seit ihrer Gründung. Alle sahen sich von heute auf morgen mit völlig unerwarteten Herausforderungen konfrontiert, die Träger, weil sie für Schutz und vertretbare Arbeitsbedingungen in ihren Häusern zu sorgen hatten, die Teams, weil die ohnehin anstrengenden Alltagstätigkeiten von in ihren Auswirkungen schwer zu bewältigenden Aufgaben dominiert wurden. Da galt und gilt es, Hygienekonzepte zu leben, auch wenn die Maske störend und belastend ist und Abstand halten eigentlich allen eigenen Ansprüchen nach empathischer Pflege und Betreuung zuwiderläuft. Da sind Bewohnerinnen und Bewohner verwirrt und verunsichert, ob der neuen verstörenden Regeln. Da nehmen Angehörige ihre Rolle völlig neu wahr, manche fordernd, manche verzweifelt, andere unterstützend, oder Dritte abwehrend, anklagend.

Fragen der Freiheitsrechte und –einschränkungen wurden auf konkretem Niveau verhandelt, unter der Beobachtung von einer aufgeregten Öffentlichkeit und sensationsheischenden Medien.

Unter diesen verschärften Bedingungen wurden die chronischen Probleme unseres Pflegewesens sichtbar. Wir stehen vor einem wachsenden Personalmangel im stationären Bereich, aber auch die ungelösten Probleme in der Pflege und Versorgung zu Hause verschärfen sich. Es ist unvermeidbar, langfristig auf das System der 24 Stunden-Betreuung mit osteuropäischen Kräften zu setzen. Als im Frühjahr 2020 die ersten Berichte die Öffentlichkeit erreichten, dass das Personal im intra- und extramuralen Bereich am Limit ihrer Kräfte arbeitet, war der Schrecken groß. Dessen ungeachtet, blieben personelle, finanzielle und strukturelle Verbesserungen aus. „Klatschen und Schokolade“ ersetzen keine konkreten Maßnahmen und erhöhen auch nicht die gesellschaftliche Wertschätzung der Leistungen des Personals in der Altenbetreuung.

Unter diesem Ausnahmezustand war es sehr schwer, die so notwendige Sicherheit und positive Alltagsgestaltung mit den Bewohnerinnen und Bewohnern aufrecht zu halten. Unser Dank gilt daher in diesem Jahr ganz besonders den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Wohn- und Pflegeheimen der Stadt und in der extramuralen Versorgung. Sie haben alles getan, um in dieser absoluten Ausnahmesituation die zu Betreuenden und Pflegenden weiterhin gut zu versorgen. Sie mussten sich mit der Angst vor Ansteckung konfrontieren und gleichzeitig Nähe zulassen. Während andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen ganz ausdrücklich und vorrangig ihren persönlichen Schutz eingefordert hatten, war die Pflege einmal mehr in erster Linie um die Menschen besorgt, denen sie sich verpflichtet hatten. Unser besonderer Dank gilt aber auch den Trägern der Einrichtungen, die bei Cluster-Bildungen in den Häusern

umsichtig die weitere Verbreitung zu verhindern und alle Anwesenden gleichermaßen zu schützen wussten.

Die Pandemie ist nicht vorbei und wir müssen weiterhin alles tun, damit die Einrichtungen die notwendigen Ressourcen haben. Durch die vorrangige Impfung in den Wohn- und Pflegeheimen zu Jahresbeginn 2021 ist der wichtigste Schritt bereits getan. Damit die Betroffenen aber auch konkret erleben, dass die Impfung zur Rücknahmen von Einschränkungen führt, sollten jetzt möglichst rasch Besuche erleichtert und die Häuser nach außen schrittweise geöffnet werden.

In diesem Zusammenhang muss leider kritisch angemerkt werden, dass der extra-murale Bereich der Pflege und Betreuung in der Impfstrategie nicht im gleichen Ausmaß berücksichtigt wurde.

Vor dem Hintergrund des ersten Jahres der Pandemie ist es besonders wichtig, die weiteren Schritte rasch zu setzen. Es muss verhindert werden, dass die Pflegekräfte aus dem Beruf abwandern, weil die Rahmenbedingungen, die Arbeitszeit, das Einkommen und die Anerkennung nicht zufriedenstellend sind. Wir werden auch Nachwuchs brauchen in diesem wichtigen Beruf. Es kann nicht sein, dass wir darauf bauen, vor allem durch Umschulung von Menschen, die durch die Krise ihre Arbeit verloren haben, die anstehenden Personalengpässe zu kompensieren. Was ist das auch für ein Signal? Sind Menschen aus der Tourismusbranche, dem Baugewerbe oder der Flugindustrie umstandslos auch gute Pflegekräfte? Es darf nicht sein, dass mit dieser Strategie die wichtige und verantwortungsvolle Tätigkeit der Pflege und Altenbetreuung ein weiteres Mal relativiert wird.

Ich bedanke mich ganz herzlich bei allen Partnerinnen und Partnern im Wiener Gesundheitswesen, bei den Heimträgerinnen und Heimträgern, den Teams in den Häusern, den Angehörigen und Bewohnerinnen und Bewohnern für das geschenkte Vertrauen im vergangenen Jahr. Ganz ausdrücklich sei der Gesundheitspolitik für die Unterstützung unserer Tätigkeit, meinen Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle und den Mitgliedern der Heimkommission gedankt. Sie alle machen es möglich, dass die Anliegen der Menschen in den Pflegeeinrichtungen gehört und berücksichtigt werden.



Dr.ⁱⁿ Sigrid Pilz

Vorsitzende der Wiener Heimkommission

Inhaltsverzeichnis

1	Über die Wiener Heimkommission	
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	Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen	17
2	Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten	
2.1	Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts "Gesundheit hat kein Alter"	18
2.2	Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG	21
2.3	Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und "Wiener Krankenanstaltenverbund"	23
2.4	ELGA – Ombudsstelle: Standort Wien bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatur	27
2.5	Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030"	31
3	Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge	
3.1	Krisenstab Pflege der Stadt Wien	34
3.2	COVID-19 bedingte Besuchsregelungen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen	35
3.3	Langzeitpflege in der Covid-Krise – Sicherheit geht vor?	37
3.4	Die Herausforderungen für die Erwachsenenvertretung in einem außergewöhnlichen Jahr	41
3.5	Die Chance in der Krise oder was vom Jahr 2020 bleibt	44
3.6	Die COVID-19-Pandemie und ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen	46
3.7	Ethikberatung in Pflegeheimen	48
3.8	Regelmäßige Newsletter für An- und Zugehörige, Bewohnerinnen und Bewohner als Weg der Krisenkommunikation	51
3.9	Partizipative Therapieentscheidungen – Gemeinsam gut entscheiden	53
3.10	Optimierung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen	55
3.11	Emotionsarbeit in der Pflege – Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse	58
3.12	Klinische Psychologie im geriatrischen und sozialpsychiatrischen Kontext	61
3.13	Sozialpsychiatrischer Schwerpunkt im Therapiezentrum Ybbs – Sozialtherapie	64

3.14	#demenzRAUM – Red´ ma drüber!.....	67
3.15	Lebensraum Bett.....	70
3.16	Leben bis am Ende – Eine Geschichte aus der Hospizstation im KWP Haus Döbling.....	72
3.17	Nach einem Rückschlag zurück zur Beweglichkeit.....	74
3.18	Sicherheitsboards für Gewaltprävention und Aggressionsmanagement	77
3.19	Alter gehört gehört	79
3.20	Wissensmanagement im Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse	82
3.21	Ehrenamtliche Tätigkeit als aktive Integrationsunterstützung für Menschen mit Migrationshintergrund	85
3.22	Projekt Leuchtturm der CS Caritas Socialis	86
3.23	Versorgungssicherheit durch Vernetzung und Transparenz	89
3.24	Plattform Demenzfreundliches Wien	91
3.25	Ergebnisse der Kundinnen- und Kundenzufriedenheitsbefragung des FSW 2019	93
3.26	Erfahrungsberichte und Learnings im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen zur Corona-Krise	94
3.27	Feedbackmanagement: Ein Konzept zur Qualitätsverbesserung in der stationären Langzeitpflege.....	97
3.28	Neuer Markenname und Markenauftritt "Wiener Gesundheitsverbund"	99
3.29	"Welche Zukunft hat die stationäre Pflege, für den Fall, dass sich die Pandemie chronifiziert?"	100
4	Statistischer Überblick	
4.1	Erläuterungen zum Organisationsablauf und zur Statistik der Wiener Heimkommission	103
4.2	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2020 inklusive Vergleich mit den Vorjahren.....	106
4.3	Anzahl der Kontaktaufnahmen mit der Wiener Heimkommission bei Sprechtagen nach Rechtsträgern	107
4.4	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei den Sprechtagen in den Wohn- und Pflegeheimen	108
4.5	Erledigung der bei Sprechtagen erfolgten Kontaktaufnahmen in den Wohn- und Pflegeheimen.....	116
5	Anhänge	

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 fünfte Funktionsperiode dauerte vom 19. November 2016 bis 18. November 2019.

Die Mitglieder und Ersatzmitglieder für die sechste Funktionsperiode (Beginn mit 19. November 2019) der Wiener Heimkommission finden sich unter Punkt 1.2., Frau Dr.ⁱⁿ Sigrid Pilz wurde zur Vorsitzenden gewählt.

Im Berichtsjahr wurden vier Sitzungen mit den Mitgliedern und Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission auf Einladung in den Räumlichkeiten der Bezirksvorstehung Margareten sowie aufgrund der Covid-19 Pandemie online über <https://meet.wien.gv.at> abgehalten.

1.2 Die Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission

Fachleute aus dem Pflegebereich

Mitglied



Gabriele Thür, MBA, Oberin (stv. Vorsitzende)

"Wiener Gesundheitsverbund" (ab Juni 2020)
Teilunternehmung Geriatriezentren und
Pflegewohnhäuser mit sozialmedizinischer Betreuung
Leiterin Bereich für Gesundheits- und Krankenpflege



Andrea Kapounek, MSc

Geschäftsführerin
Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse bzw. Tokiostraße und
Pflegedienstleiterin im Haus Am Maurer Berg – St. Josef

Ersatzmitglied



Mag.ª Doris Stelzhammer
Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
Pflegeexpertin



PhDr.ª Elisabeth Tuma, MAS
"Wiener Gesundheitsverbund" (ab Juni 2020)
Pflege Baumgarten
Leitende Direktorin und Pflegedienstleiterin

Vertreter der Heimträger

Mitglied



Mag. Simon Bluma, MSc, MBA
Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser
Bereichsleiter Innovation, Technologie und Entwicklung
Interim. Geschäftsführer Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser



Dr.ª Susanne Drapalik
Bis Juni 2020: Direktorin "Wiener Krankenanstaltenverbund"
Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser
mit sozialmedizinischer Betreuung
Ab Oktober 2020: Präsidentin des Samariterbund Wien



Mag. Robert Oberndorfer
Geschäftsführer CS Caritas Socialis GmbH



Matthias Steinklammer, M.A.
Geschäftsführer Casa Leben im Alter gemeinnützige GmbH

Ersatzmitglied



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

Vertreter der Heimträger

Ersatzmitglieder



Robert Guschelbauer

Bereichsleiter Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser
Bereich Gastronomisches Management



Mag. Christian Klein

Leiter Bereich Pflege
Caritas der Erzdiözese Wien

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, MSc

Leiterin der Beratungszentren Pflege und Betreuung
Fonds Soziales Wien

Ersatzmitglied



Mag. Narek Petrosyan

Leiter der Ombudsstelle
Fonds Soziales Wien

Weitere

Mitglied



Dr. in Sigrid Pilz, Vorsitzende

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft

Ersatzmitglied



Gabriele Allmer, MBA, Oberin

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft

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 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 Patientenanwaltschaft (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 2020 wurde auf möglichst rasche und niederschwellige Bearbeitung der Anliegen und die Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner geachtet.

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

Im Jahre 2020 wurden 88 Sprechtage von den Vertreterinnen und Vertretern der Wiener Heimkommission in 77 Wiener Wohn- und Pflegeheimen, in 10 Pflegeanstalten für chronisch Kranke*) und in 1 Sonderkrankenanstalt**) abgehalten.

Nicht besucht wurden das KWP Haus Schmelz, welches generalsaniert wird, sowie das Franziskusheim (Heime der Franziskanerinnen Wien GmbH), aufgrund der Übersiedlung in das Haus San Damiano.

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 Gesundheitsverbund" (ehemals "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 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:**

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|
| - Pflege Leopoldstadt | - Pflege Innerfavoriten | - Haus der Barmherzigkeit |
| - Pflege Meidling | - Pflege Donaustadt | Tokiostraße |
| - Pflege Simmering | - Pflege Rudolfsheim-Fünfhaus | |
| - Pflege Liesing | - Haus der Barmherzigkeit | |
| - Pflege Baumgarten | Seeböckgasse | |

****) 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 bestand im Berichtsjahr (bis November 2020) weiters aus Frau Gabriele Sulek-Frank, diplomierte Sozialarbeiterin (auch Referentin der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatur) und Frau Elisabeth Springer, welche als Kanzleibedienstete für das Sekretariat der Geschäftsstelle tätig war.



Gabriele Sulek-Frank, Anabel Mahdalicek, Gabriele Allmer

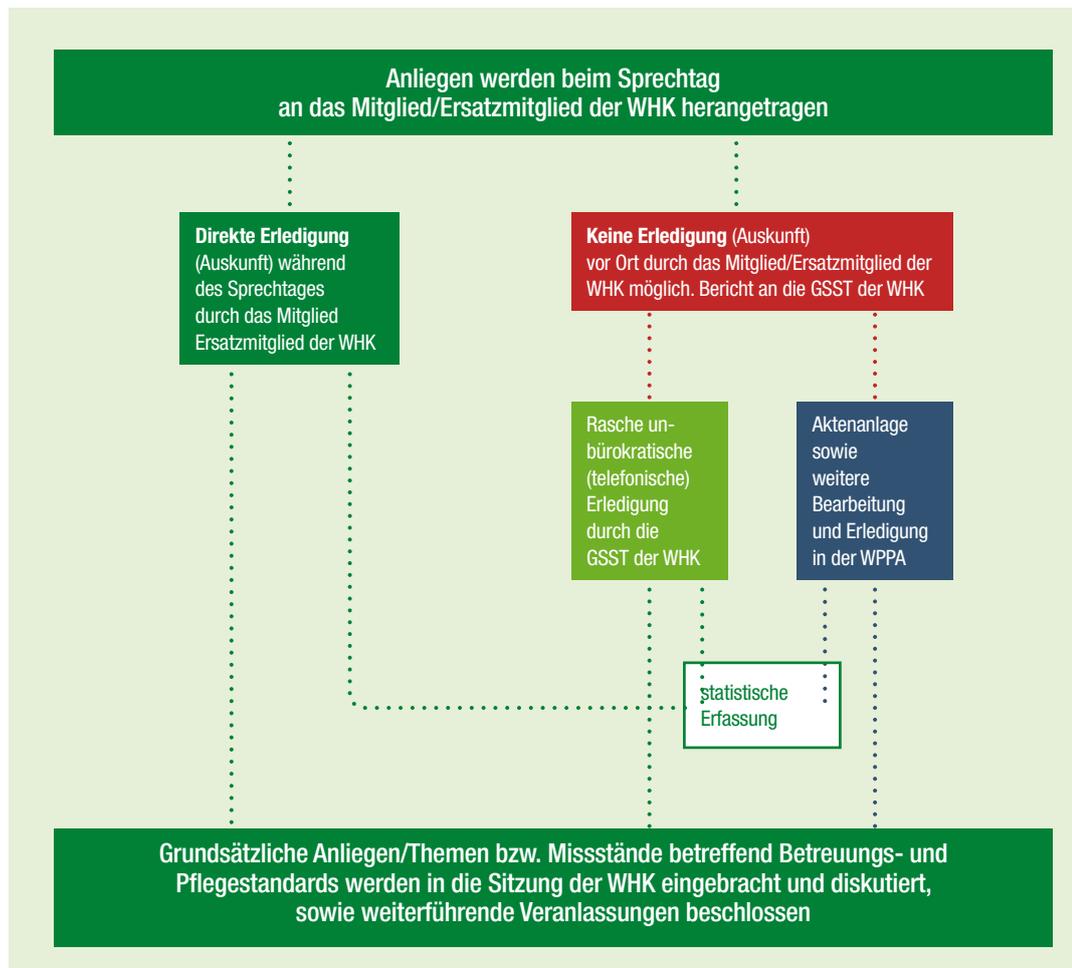
Mit November 2020 wurde Frau Elisabeth Springer in den Ruhestand versetzt. Als Nachfolgerin ist Frau Anabel Mahdalicek als Kanzleibedienstete in der Geschäftsstelle tätig.

Die Vorsitzende der Wiener Heimkommission, Frau Dr.ⁱⁿ 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 Sprechstage 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
Ramperstorffergasse 67, 1050 Wien



- ☎ **per Telefon:** 0800 / 20 31 31 (kostenlose Pflegehotline)
- 📠 **per Fax:** 01 586 36 99
- ✉ **per E-Mail:** heimkommission@wpa.wien.gv.at
- 🌐 **Internet:** www.patientenanwaltschaft.wien.at

öffentliche Verkehrsmittel:

U4 Station Pilgramgasse/ Ausgang Ramperstorffergasse
Autobus Linie 12A, 14A, 59A, 13A

Ein Behindertenparkplatz steht von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr 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 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

- Büro des geschäftsführenden Stadtrats für Soziales, Gesundheit und Sport
- 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 Gesundheitsverbund" (ehemals "Wiener Krankenanstaltenverbund")
- Heimträger, Heimleiterinnen und Heimleiter der Wiener Wohn- und Pflegeheime
- Bewohnerservicestellen
- Sozialversicherungsträger
- Bundesbehindertenanwaltschaft
- Seniorinnen- und Seniorenbeauftragte der Stadt Wien
- VertretungsNetz – Erwachsenenvertretung, Patienten-anwaltschaft, Bewohnervertretung
- Volksanwaltschaft

2.1 Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts "Gesundheit hat kein Alter" (im Bericht 2019 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 Pensionisten-Wohnhäuser) 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) Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser 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: Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow des Pilotprojekts "Gesundheit hat kein Alter".**
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.
- **2018: Gesundheitsförderung als Unterstützung von Qualitätsentwicklung in der stationären Altenbetreuung – Erfahrungen aus der Forschung 2008 – 2018**
Die Heimkommission empfiehlt die Ausrollung von systematischer Bewegungsförderung nach dem Beispiel von "Bewegtes Leben" in möglichst viele Einrichtungen in Wien. Genutzt werden sollte die vorhandene Expertise, z.B. zur Entwicklung von Träger-übergreifende anzubietenden Fortbildungsprogrammen jedenfalls für

alle jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Rahmen von Bewegungstrainings oder ähnlichen Programmen tätig sind. Die Heimkommission empfiehlt jedenfalls Maßnahmen, die eine verstärkte Aufmerksamkeit für Möglichkeiten der Gesundheitsförderung durch das Management möglichst vieler Träger in Wien unterstützen.

- **2019: Die Heimkommission empfiehlt weiterhin die Ausrollung von systematischer Bewegungsförderung nach dem Beispiel von "Bewegtes Leben" in möglichst vielen Einrichtungen in Wien.**

Insbesondere das dort entwickelte Weiterbildungsprogramm hat sich, wo es verbindlich vorgeschrieben ist (in der Ausbildung von Betreuerinnen und Betreuern bei einem großen Wiener Träger), sehr bewährt und wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als sehr hilfreich wahrgenommen. Die Heimkommission empfiehlt darüber hinaus die Entwicklung von träger-übergreifenden anzubietenden Fortbildungsprogrammen jedenfalls für alle jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Rahmen von Bewegungstrainings oder ähnlichen Programmen tätig sind. Die Träger sollten aber auch im Rahmen der Grundausbildung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit Bewohnerinnen und Bewohnern arbeiten, entsprechende verpflichtenden Basismodule integrieren. Die Heimkommission empfiehlt jedenfalls Maßnahmen, die eine verstärkte Aufmerksamkeit für Möglichkeiten der Gesundheitsförderung durch das Management möglichst vieler Träger in Wien unterstützen.

2020: Die Wiener Heimkommission empfiehlt vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den Projekten "Gesundheit hat kein Alter" (2011-13) und "Gesundes Seniorinnen- und Seniorenwohnhaus" (2013 – 16) in Wien sowie "Gesundheit hat kein Alter – Transfer in die Steiermark" weiterhin die Ausrollung von systematischer Bewegungsförderung nach dem Beispiel des erprobten Programms "Bewegtes Leben" in möglichst vielen Einrichtungen in Wien. Gerade die massive Beeinträchtigung der Lebensqualität von vielen Bewohnerinnen und Bewohnern durch die Einschränkungen im Rahmen der COVID-19 Pandemie macht ein pro-aktives Gegensteuern notwendig, sobald die epidemiologische Situation bzw. die Durchimpfung in den Wohn- und Pflegeheimen das wieder erlauben.

Die Heimkommission verweist in diesem Zusammenhang auch auf ein großes, 2020 angelaufenes, mehrjähriges Entwicklungsprojekt in Deutschland, im Rahmen dessen Mobilitätsförderung zu einem zentralen Instrument für Qualitätsentwicklung und Verbesserung von Lebensqualität in Altenheimen verwendet werden soll (<https://pflbeo.de>). Die in Österreich und gerade auch in Wien in diese Richtung schon entwickelten Ressourcen an Knowhow und Qualifikation sollten von einer möglichst großen Zahl von Wiener Trägern genutzt werden. Eine trägerübergreifende Fortbildung (in Kooperation z.B. mit Expertinnen und Experten der MUW und von Fachhochschulen, mit Unterstützung durch die Wiener Gesundheitsförderung gem.nütz. GmbH und den Fonds Gesundes Österreich) bieten sich als wichtiges Instrument an. Die Anwendung dieser Kompetenzen könnte von einer verstärkten Integration von Mobilitätsförderungsprogrammen in die Qualitätskriterien für Altenbetreuungseinrichtungen in Wien profitieren.



2.2 Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG (im Bericht 2019 unter Punkt 2.2)

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.ⁱⁿ Sigrid Pilz.
- **2015:** Die Wiener Heimkommission begrüßt die Bemühungen zur Änderung des Sachwalterrechts, um damit zu ermöglichen, dass jede Person, ungeachtet jeglicher kognitiver Einschränkungen, am Rechtsverkehr teilnehmen kann und eine Vertretung nur dann, wenn nötig und solange wie wirklich nötig, eingesetzt wird.
- **2016:** Am 7.7.2016 wurde das (neue) Erwachsenenschutzgesetz von Justizminister Dr. Wolfgang Brandstetter in die Begutachtung geschickt. Damit wurde ein Entwurf vorgelegt, welcher die Autonomie, Selbstbestimmung und Entscheidungshilfe für die Betroffenen ins Zentrum stellt. Deren Entscheidungsfähigkeit soll auf diesem Wege wesentlich gestärkt und die Familie intensiver eingebunden werden, damit Besachwalterungen künftig weitgehend vermieden werden können.
Durch die Reform soll das seit bereits seit 30 Jahren bestehende System abgelöst werden. Die Sachwalterin bzw. der Sachwalter wird zur Erwachsenenvertreterin bzw. zum Erwachsenenvertreter. Nach dem dann (neuen) Erwachsenenschutzgesetz soll selbstbestimmtes Handeln so lange wie möglich erhalten bleiben.
Die Einschränkung der Autonomie der jeweiligen Person soll auf das - auch zeitlich - absolute Mindestmaß begrenzt sein. Die Sachwalter- bzw. Erwachsenen-schutzvereine sollen zur Plattform der Rechtsfürsorge ausgebaut werden.
Die Wiener Heimkommission begrüßt, dass zur Neugestaltung des Erwachsenenschutzes betroffene Personen und auch Personengruppen, wie Behinderteneinrichtungen, Seniorenvertreterinnen bzw. -vertreter, Sachwaltervereine, Volksanwaltschaft, Richterschaft, Angehörige etc. intensiv eingebunden waren und somit auch die Vorgaben der UN-Behindertenrechtekonvention erfüllt werden können.
- **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.

- **2018:** Am 1. Juli 2018 wurde das bestehende Sachwalterrecht durch das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz (2. ErwSchG) abgelöst. Siehe hierzu im Bericht 2017 die Beiträge 3.6 "Das 2. Erwachsenenschutz- Gesetz (2. ErwSchG) – Neuerungen, Chancen und Möglichkeiten" und 3.7 "ErwSchG- Implikationen für das Casemanagement des Fonds Soziales Wien".

Siehe auch im vorliegenden Bericht 2018 unter 3.13 "Umsetzung des 2. Erwachsenenschutzgesetzes (ErwSchG) im Fonds Soziales Wien- Kundinnen- und Kundenservice".

In der konkreten Umsetzung der großen Reform in den Alltag sind nun alle gefordert, die Wünsche von betroffenen Personen immer wieder neu zu ermitteln bzw. Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die jeweils eigene Entscheidungsfindung maximal begünstigt wird. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der stationären Pflege und Betreuung sind diesbezüglich zu sensibilisieren und zu schulen, denn es gilt dabei Einfühlungsvermögen und Fähigkeiten in der Gesprächsführung zu beweisen und ausreichend Zeit zu haben.

- **2019: Im Berichtsjahr 2019 stellten sich für die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission Probleme in der praktischen Umsetzung des 2. ErwSchG dar.**

So mussten viele Patientinnen und Patienten, für die keine geeigneten Angehörigen zur Verfügung standen, eine gesetzliche Erwachsenenvertretung zu übernehmen, um die Formalitäten zur Aufnahme in stationäre Pflege und Betreuung zu erledigen, über viele Wochen, wenn nicht sogar Monate, in einem Akutspital verbleiben, um auf die Bestellung einer gerichtlichen Erwachsenenvertretung zu warten. Denn das Pflegeplatzmanagement des Fonds Soziales Wien vergibt - ohne Ausnahme - keine Langzeitpflegeplätze, so keine rechtsgültige Vertretung besteht. Der Ablauf zur definitiven Bestellung sieht vor, dass zuerst ein verpflichtendes Clearing durch das VertretungsNetz Erwachsenenvertretung zu erfolgen hat.

Für die Erstellung des Clearingberichtes besteht eine Frist von fünf Wochen. Danach erfolgt die Erstanhörung durch das jeweilige Bezirksgericht.

Eine einstweilige Erwachsenenvertretung mit sofortiger Wirksamkeit kann erst in weiterer Folge zur Besorgung dringender Angelegenheiten, längstens für die Dauer des Verfahrens, bestellt werden, sollte anderenfalls ein erheblicher und unwiederbringlicher Nachteil für die betroffene Person zu befürchten sein. Der Verbleib im Akutspital scheint, trotz aller evidenter, medizinischer Risiken für multimorbide und (hoch-)betagte Personen (z.B. erhöhtes Infektionsrisiko, fehlende Orientierungshilfen für dementiell erkrankte Patientinnen und Patienten,...), für die Gerichte in der Praxis nicht ausreichend ins Kalkül zu fallen.

Eine zusätzliche Problematik hat sich nach Inkrafttreten des 2. ErwSchG auch dadurch gezeigt, dass das VertretungsNetz Erwachsenenvertretung (bis auf weiteres) keine personellen Ressourcen zu haben scheint, mit finanzschwachen Personen Vorsorgevollmachten zu errichten bzw. auch die Wartezeiten zur Errichtung einer kostengünstigen gesetzlichen Erwachsenenvertretung zu lang sind. Während man in Rechtsanwalts- und Notariatskanzleien innerhalb weniger Werkstage Termine für diese Anliegen erhält, bestehen beim VertretungsNetz z.T. wochenlange Wartezeiten. Die Wiener Heimkommission empfiehlt für die erforderlichen Rahmenbedingungen beim VertretungsNetz, wie ausreichend rechtskundig geschultes Personal, zu sorgen, damit auch Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen die Möglichkeit zur kostengünstigen und zeitnahen Errichtung einer Vorsorgevollmacht bzw. gesetzlichen Erwachsenenvertretung erhalten. Der Gesetzgeber möge die Abläufe zur Bestellung insbesondere einer einstweiligen



Erwachsenenvertretung, wie in den geschilderten Situationen, überdenken, um ein effektives Entlassungsmanagement aus dem Akutspital in die stationäre Langzeitpflege oder die Versorgung durch 24-Stundenbetreuungsvereine zu gewährleisten.

2020: Die Wiener Heimkommission verweist auf den weiterführenden Beitrag Punkt 3.4 "Die Herausforderungen für die Erwachsenenvertretung in einem außergewöhnlichen Jahr".

2.3 Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und "Wiener Krankenanstaltenverbund" (im Bericht 2019 unter Punkt 2.3)

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.

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.

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 Sozialversicherungsträger notwendig, um eine breite Umsetzung im Sinne aller Beteiligten rasch zu ermöglichen. Die Wiener Heimkommission empfiehlt weiter, die ärztliche Versorgung der Wohn- und Pflegeheime auf neue Beine zu stellen (vom Hausarztssystem zu einer mobilen medizinischen Versorgung) um spezialisierter und zeitnäher mit den schwierigen Situationen rund um das Lebensende umgehen zu können.

- **2017: Implementierung des VSD Vorsorgedialog® in den Wiener Pflegeeinrichtungen**

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.

HPCPH im "Wiener Krankenanstaltenverbund"

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.

- **2018: In der spezialisierten Hospiz – und Palliativversorgung** wurden in den letzten Jahren die Mobilen Palliativteams in Wien auf die durch das ÖBIG (Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen) Qualitätskriterien empfohlenen Werte aufgestockt.

Die Wiener Heimkommission erkennt die Bemühungen um den Ausbau der mobilen und stationären Hospiz- und Palliativversorgung an und empfiehlt den Ausbauplan rasch umzusetzen sowie die Finanzierung insbes. der Angebote für Kinder- und Jugendliche zu etablieren und sicherzustellen.

- **2019: Der Vorsorgedialog wurde in Häusern der Träger Caritas, Caritas Socialis, Barmherzige Schwestern, Diakonie und dem Wiener Krankenanstaltenverbund im Pilotbetrieb eingeführt.**

Der vierte Durchgang des Projekts Hospizkultur in Pflegewohnhäusern des KAV, der Barmherzigen Schwestern und der Diakonie geht seinem Ende zu und ein fünfter Durchgang befindet sich in Vorbereitung. Für stationäre Hospize in bestehenden Pflegeeinrichtungen gibt es eine Förderzusage des FSW. Wegen fehlender Finanzierung der ärztlichen und therapeutischen Leistungen durch die Gesundheitskassen konnte bisher aber nur ein Pilotbetrieb in einem Haus des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnheime aufgenommen werden. MOMO-Wiens mobiles Kinderhospiz erhält erstmals eine Förderung des FSW. Die Hospizteams und das Tageshospiz für Erwachsene werden weiterhin nicht öffentlich gefördert und müssen ausschließlich über Spenden finanziert werden. Das Hospiz Forum Österreich tagt laufend. Der Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen ist mit



seiner Geschäftsführerin, Frau Sandra Frauenberger als Ländervertretung für Wien aktiv eingebunden. Das Ziel ist weiterhin bis 2021 eine österreichweit einheitliche Regelfinanzierung für alle Hospiz und Palliative Care-Einrichtungen der spezialisierten Versorgung und der Regelversorgung zu schaffen. Die Gesundheit Österreich GmbH ist mit der Evaluierung der Ausgangssituation und Entwicklung von Modellvorschlägen beauftragt. Die Wiener Heimkommission erkennt die Bemühungen um den Ausbau der mobilen und stationären Hospiz- und Palliativversorgung an und empfiehlt den Ausbauplan rasch umzusetzen sowie die Finanzierung sicherzustellen.

2020: Wichtiges Ziel bleibt weiterhin eine österreichweit einheitliche Regelfinanzierung für alle Hospiz- und Palliative Care-Einrichtungen der spezialisierten Versorgung und der Regelversorgung zu schaffen. In der Task Force Pflege, eingesetzt im Herbst 2020 von Gesundheitsminister Rudolf Anschober, wurde die Notwendigkeit einer soliden Finanzierungsgrundlage für diese Leistungen erneut von Seiten der Träger, Hospiz Österreich sowie den Bundesländern bekräftigt. Die Gesundheit Österreich GmbH hat dem Hospizforum seine nun abgeschlossene Studie zur Evaluierung der Ausgangssituation zur österreichweit einheitlichen Regelfinanzierung aller Hospiz- und Palliativeinrichtungen präsentiert. Die Gespräche dazu mit den Ländervertreterinnen und -vertretern folgen. Unterstützt werden diese Ziele durch die Aufnahme dieser Forderungen in der Task Force Pflege und den Entschließungsantrag der Bundesregierung zur Sicherstellung der Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung vom 17.11.2020. Der Ausbaugrad in Wien ist unverändert zum Jahr 2019.

In Wien haben mittlerweile 20 Wohn- und Pflegeheime HPCPH umgesetzt, den Vorsorgedialog acht Einrichtungen. Der HPCPH Durchgang 5 wurde mit drei Wohn- und Pflegeheimen in Wien gestartet. Die Workshops konnten aber coronabedingt nicht fortgeführt werden, sondern wurden auf Herbst 2021/ Jänner 2022 verlegt. Der VSD Vorsorgedialog® als Dokument für die Kontexte Wohn- und Pflegeheime, Hauskrankenpflege, Allgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner wurde am 9. Juli 2020 vom Beirat HPC in der Grundversorgung verabschiedet. Es liegt eine Kostenberechnung zum VSD für den Kontext Alten- und Pflegeheime vor: Es wurden einige Unterlagen für die Pandemiesituation entwickelt und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt, wie z. B.: "VSD Vorsorgedialog im Pflegeheim in Zeiten mit COVID-19".

Der Pilot-Betrieb für ein stationäres Hospiz in einem Haus des Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser wurde umgesetzt und folgende Erkenntnisse und Empfehlungen daraus gewonnen:

- Alle Patientinnen und Patienten, die während des Piloten betreut wurden, litten an einer Krebserkrankung. Umfassende Leistungen medizinischer und pflegerischer Art (z.B. Sauerstoffverabreichung, Sucht- und Schmerzmittel, Einzelgespräche, interdisziplinäre Besprechungen, Seelsorge, palliativmedizinische Versorgung, etc.) waren erforderlich. Die Leistungen sind hoch individualisiert und können schwer getaktet werden.
- Ein stationäres Hospiz sollte idealerweise ein infrastrukturell eigenständiger Bereich sein. Das Inklusionsmodell (also diese Leistung integriert in einem Pflegewohnheim) hat sich als nicht erfolgreich erwiesen.
- Um die Leistung in einem stationären Hospiz fachlich einwandfrei anbieten zu können, wird ein Tarif von ca. 460 Euro (2020) als erforderlich errechnet. Dies

2 Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten

inklusive der ärztlichen und therapeutischen Leistungen. Dies natürlich exklusive Medikamentenkosten, die von der Kassa übernommen werden.

- Dauerhafte ärztliche Versorgung, z.B. in der Nacht, ist nicht notwendig, allerdings muss die Erreichbarkeit einer Ärztin bzw. eines Arztes sichergestellt werden.
- Die Möglichkeit, auch ins Freie gehen zu können, wird als besonders wertvoll für die Patientinnen und Patienten erachtet.

In Wien wurden die Mobilen Palliativteams 2020 erstmalig seitens des FSW nicht nur durch eine pauschale Objektförderung, sondern ergänzend durch eine am Betreuungstag orientierte gedeckelte Subjektförderung unterstützt. Tageshospize und Hospizteams finden in dieser Förderung noch keine Berücksichtigung.

Die Wiener Heimkommission erkennt die Bemühungen um den Ausbau der mobilen und stationären Hospiz- und Palliativversorgung an und empfiehlt den Ausbauplan rasch umzusetzen sowie die Finanzierung sicherzustellen.



2.4 ELGA – Ombudsstelle: Standort Wien bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft (im Bericht 2019 unter Punkt 2.4)

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 Behandler 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 eingerichtet. 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
Die Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus dem Jahr Bericht 2015 unter 3.5 bzw. Bericht 2016 unter 3.3 bleiben weiterhin aufrecht.**
- **2018: Es zeigt sich auch im Berichtsjahr 2018, dass die Serviceeinrichtung der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien für Bürgerinnen und Bürger von großer**

Wichtigkeit ist und auch in Zukunft noch an Bedeutung zunehmen wird. Seit Dezember 2015 erfolgte die schrittweise Umsetzung der elektronischen Gesundheitsakte, zunächst in einigen Spitälern und Pflegeeinrichtungen der Stadt Wien, der Steiermark und anschließend in weiteren stationären Einrichtungen der anderen Bundesländer. Im Rahmen von ELGA werden künftig die Anwendungen e-Medikation und e-Befunde auch im niedergelassenen Bereich bei Kassenärztinnen und Kassenärzten und in Apotheken zur Verfügung stehen. ELGA wird mit ihrer laufenden Erweiterung eine wesentliche Säule des Gesundheitssystems und der Patientenversorgung darstellen. Das Land Wien nimmt mit der Einrichtung der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien für Bürgerinnen und Bürger eine wichtige Rolle im Bereich der E-Health ein.

- **2019: ELGA – Ombudsstelle Standort Wien bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtschutz**

Die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien informiert, betreut und unterstützt die ELGA-Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Wien. In jedem Bundesland steht eine ELGA-Ombudsstelle den Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung.

Es zeigt sich auch im Berichtsjahr 2019, dass diese Serviceeinrichtung von großer Bedeutung für die Wahrnehmung der ELGA-Teilnehmerinnen- und Teilnehmerrechte ist. Um selbst die eigene Elektronische Gesundheitsakte einzusehen und zu verwalten, wird ein Internet-Zugang und die Bürgerkarte bzw. Handy-Signatur benötigt.

Alle ELGA-Teilnehmerinnen und ELGA-Teilnehmer können zusätzlich über die ELGA-Ombudsstelle ihre Teilnehmerinnen- und Teilnehmerrechte ausüben. Die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien ist bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtschutz eingerichtet.

Seit Dezember 2015 erfolgt die schrittweise Einführung von ELGA in den öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten sowie in den Geriatriezentren der Stadt Wien. Seit September 2019 arbeiten auch alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (mit wenigen Ausnahmen) und alle Apotheken in Wien mit ELGA. Derzeit stellen die Krankenanstalten, Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren der Stadt folgende Befunde in ELGA zur Verfügung: pflegerische und ärztliche Entlassungsbriefe, Labor- und Radiologiebefunde.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte speichern die Angaben zu den verordneten Medikamenten in ELGA und die Apotheken bestätigen die Abgabe der Medikamente an die Patientinnen und Patienten. ELGA stellt damit bereits jetzt eine wichtige Säule des Gesundheitssystems dar.

Umfassende Information über ELGA und die ELGA-Teilnehmerinnen- und Teilnehmerrechte finden sich auf den Internet-Seiten des Öffentlichen Gesundheitsportals unter der Adresse: www.gesundheit.gv.at/elga/inhalt sowie unter der Adresse: www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/ELGA.html (Berichte).

2020: ELGA ist ein Informationssystem, das Patientinnen und Patienten sowie berechtigten Gesundheitsdiensteanbietern, also Spitälern, Ärztinnen und Ärzten, Pflegeeinrichtungen etc. den zeit- und ortsunabhängigen Zugang zu bestimmten Gesundheitsdaten ermöglicht. Mit ELGA werden Daten, die verteilt im Gesundheitssystem entstehen, durch eine Verlinkung vernetzt. Ziel von ELGA ist die Unterstützung der medizinischen Behandlung und Betreuung durch einen besseren Informationsfluss, vor allem wenn mehrere Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten.



Patientinnen und Patienten können über einen sicheren Internetzugang auch selbständig ihre medizinischen Befunde und auch die eigene Medikationsliste abrufen und verwalten. Für die behandelnden Gesundheitseinrichtungen sind diese Informationen ebenfalls als unterstützende Entscheidungsgrundlage für die weitere Diagnostik und Therapie verfügbar. Zu den ELGA-Gesundheitsdaten zählen ärztliche und pflegerische Entlassungsbriefe aus Krankenhäusern, Labor- und Radiologiebefunde sowie die e-Medikationsliste, in der die von Ärztinnen und Ärzten verordnete und in der Apotheke abgegebene Medikamente für ein Jahr in ELGA verfügbar gemacht werden. Über das ELGA Portal können ELGA-Teilnehmerinnen und ELGA-Teilnehmer ihre Befunde, Entlassungsbriefe und die e-Medikationsliste einsehen.

Im Berichtsjahr erfolgte auch die Umsetzung der Pilotierung des elektronischen Impfpasses in Wien. Der e-Impfpass steht als neue e-Health Anwendung auf der Basis der ELGA –Infrastruktur zur Verfügung. Die Impfdaten werden künftig in einem zentralen österreichischen Impfreister gespeichert. Bürgerinnen und Bürger haben das Recht, elektronisch im Wege des Zugangsportals oder schriftlich gegenüber der ELGA Ombudsstelle Auskunft über die sie betreffenden Impfdaten und Protokoll Daten bzw. einen Ausdruck zu erhalten.

Detaillierte Ausführungen dazu und zur ELGA allgemein stehen unter www.gesundheit.gv.at und www.elga.gv.at zur Verfügung.

Gemäß § 17 Gesundheitstelematikgesetz 2012 wurde von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen (BMGF) durch Verordnung eine ELGA-Ombudsstelle eingerichtet, deren Aufgabe die Information, Beratung, Unterstützung und Wahrung der Rechte der Teilnehmerinnen bzw. der Teilnehmer der elektronischen Gesundheitsakte und des Datenschutzes ist.

Entsprechend der ELGA-Verordnung 2015 wurden seitens des BMGF zur Wahrnehmung dieser Aufgabe die Patientinnen- und Patientenanzwtschaften in den einzelnen Bundesländern herangezogen. Es wurde dazu eine Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bund und dem Land Wien getroffen.

Die WPPA hat diese Aufgabe übernommen. Mit dem Start von ELGA im Dezember 2015 hat die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien ihren Betrieb aufgenommen und steht den Bürgerinnen und Bürgern seither zur Beratung und Hilfestellung zur Verfügung.

Seit der Einrichtung der ELGA - Ombudsstelle Standort Wien wurden zahlreiche Beratungs- und Informationsgespräche 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 Widerspruch bzw. "Opt-Out" zu ELGA. In weiterer Folge 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, auch die Möglichkeit an, im Wege dieser Serviceeinrichtung Einsicht zu nehmen. So können die persönlichen ELGA-Befunde und auch das Zugriffsprotokoll eingesehen oder Zugriffsberechtigungen individuell geändert werden. Für die jederzeit mögliche Abmeldung von ELGA ("Opt-Out") wurde eine eigene Widerspruchsstelle eingerichtet.

2 Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten

Auch dazu wird seitens der ELGA-Ombudsstelle Information gegeben.

Es besteht eine Zusammenarbeit und Koordination mit der im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eingerichteten Koordinierungsstelle und den einzelnen dezentralen Standorten in den Bundesländern sowie eine Zusammenarbeit mit den ELGA-Systempartnerinnen und -partnern zur Weiterentwicklung der ELGA. Die Fall- und Anfragezahlen der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien werden statistisch erfasst und in regelmäßigen Berichten der Koordinierungsstelle mitgeteilt.

Gemäß § 11 ELGA – Verordnung 2015 ist durch die Koordinierungsstelle im Bundesministerium 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.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/ELGA.html>

Es zeigt sich, dass die Serviceeinrichtung der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien für Bürgerinnen und Bürger von großer Wichtigkeit ist und auch in Zukunft noch an Bedeutung zunehmen wird. Seit Dezember 2015 erfolgte die schrittweise Umsetzung der elektronischen Gesundheitsakte, zunächst in einigen Spitälern und Pflegeeinrichtungen der Stadt Wien, der Steiermark und anschließend in weiteren stationären Einrichtungen der anderen Bundesländer. Die Anwendungen e-Medikation steht auch im niedergelassenen Bereich bei Kassenärztinnen und -ärzten und in Apotheken zur Verfügung. Im e-Impfpass werden zukünftig alle Impfungen aufgezeichnet, die eine Person erhalten hat. Die Impfungen werden nicht mehr in einem Impfpass aus Papier dokumentiert, sondern in einem elektronischen nationalen Impfregeister abgespeichert.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die laufenden Erweiterung der ELGA, welche eine wesentliche Säule des Gesundheitssystems und der Patientinnen- und Patientenversorgung darstellen. Das Land Wien nimmt mit der Einrichtung der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien für Bürgerinnen und Bürger eine wichtige Rolle im Bereich der e-Health ein.



2.5 Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030" (im Bericht 2019 unter Punkt 2.5)

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: Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030"**
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 Remobilisationsangeboten 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 eingesetzt werden.
- **2018: Im Rahmen des Strategiekonzeptes Pflege und Betreuung 2030** konnten im Projektjahr 2018 bereits einige konkrete Leistungsangebote für Wienerinnen und Wiener mit Pflege- und Betreuungsbedarf sowie deren pflegende An- und Zugehörige entwickelt, bzw. in ein Pilotprojekt oder den Regelbetrieb gebracht werden.
So wird beispielsweise seit Ende 2018 mit der Projektförderung der mehrstündigen Alltagsbegleitung durch den FSW (Fonds Soziales Wien) der Lückenschluss zur 24-Stunden-Betreuung unternommen.
Darüber hinaus wurden die Vorbereitungsarbeiten zur Subjektförderung von mobilen Palliativteams abgeschlossen.
Die Ausweitung der Öffnungszeiten der Tageszentren startete im Jänner mit dem Tageszentrum Plus in Favoriten. Ziel ist ein weiterer bedarfsgerechter Aufbau. Die neu ausgerollte Leistung "Betreuung mit Fahrt – Tageszentrum" ermöglicht es Kundinnen und Kunden mit physischen, kognitiven oder psychischen Einschränkungen, die im Rahmen der Fahrt Unterstützung von Sanitäterinnen und Sanitätern benötigen, ein Tageszentrum zu besuchen.
Des Weiteren wurden und werden Schulungsangebote für pflegende Angehörige in den Tageszentren laufend erweitert.
Die Resonanz auf diese geförderten Leistungen ist sehr positiv.

Zur Stärkung pflegender Angehöriger wurde 2018 zum zweiten Mal der "Tag der pflegenden Angehörigen" durch die Arbeiterkammer Wien mit Unterstützung des FSW und anderer Organisationen ausgerichtet. Die Veranstaltung dient dem direkten Austausch zwischen Leistungserbringern und pflegenden Angehörigen und bietet darüber hinaus ein erstes Forum um die gesamtgesellschaftliche Leistung der informell Pflegenden zu betonen.

Schließlich wurde die GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) durch den FSW und den Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen mit einer Studie zur Personalbedarfsprognose im Sozialbereich in Wien beauftragt. Ziel des Projektes ist die gesamthafte Darstellung der personellen Ist-Situation sowie eine Prognose auf Basis einer Modellrechnung für den gesamten Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege-, sowie Sozialbetreuungsberufe mit Pflegekompetenz und der Heimhilfe im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung, des Bereiches Wohnen und Pflege und der teilstationären Einrichtungen (inkl. medizinische HKP) sowie dem Behindertenbereich.

Die Wiener Heimkommission begrüßt ausdrücklich die weitere Bearbeitung der Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030". Die Ausrichtung des Gesamtprojektes u.a. mit dem Fokus auf Rehabilitation und Remobilisation, einer gesteigerten Durchlässigkeit zwischen einzelnen Versorgungseinheiten sowie der Entlastung pflegender Angehöriger nicht zuletzt aufgrund demographischer Entwicklungen ist dabei sinnvoll und nachhaltig. Selbiges gilt für die geplante Verbesserung der Personalsituation in der Pflege.

- **2019:** Der 2016 mit einem Konzeptentwurf im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen begonnene Wiener Weg der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung mündete im Jahr 2019 in der erfolgreichen Überführung der Leistung "Mobiles Palliativteam" in die Subjektförderlogik des Fonds Soziales Wien, startend mit 1. Jänner 2020. Erfreulicherweise konnte 2019 auch ein weiteres Mobiles Palliativteam seine Arbeit aufnehmen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt ausdrücklich die weitere Bearbeitung der Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030", um auf die Herausforderungen der kommenden Jahre gut vorbereitet zu sein.

2020: Wie können Pflege und Betreuung für die Zukunft gesichert werden?

Antworten auf diese Frage gibt das Strategiekonzept "Pflege und Betreuung in Wien 2030" (MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung, 2016) aus dem Jahr 2016, an dessen Erstellung der Fonds Soziales Wien (FSW) wesentlich mitgearbeitet hat.

Die daraus abgeleiteten und bereits umgesetzten Maßnahmen haben die Wiener Pflegelandschaft verändert. Aber auch andere Rahmenbedingungen (z.B. die Abschaffung des Pflegeregresses) haben zwischenzeitlich Einfluss auf die Entwicklungen im Bereich der Pflege und Betreuung genommen.

Aus diesem Grund wurde der auf dem Strategiekonzept basierende Maßnahmenkatalog (MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung; unveröffentlichte Ausgabe) im ersten Halbjahr 2020 einer Evaluierung unterzogen.



Im nun vorliegenden Evaluierungsbericht ist einerseits den Umsetzungsstand der Einzelmaßnahmen übersichtlich dargestellt und er gibt andererseits einen Ausblick auf noch kommende Einzelmaßnahmen. Der Evaluierungsbericht ist auf der Homepage des Fonds Soziales Wien abrufbar (<https://www.fsw.at/downloads/ueber-den-FSW/infos-fuer-organisationen/evaluierungsbericht-pflege-und-betreuung-2030-standortbestimmung.pdf>).

Unabhängig vom Evaluierungsprozess wurden 2020 diverse inhaltliche Maßnahmen vorangetrieben. Dazu zählt beispielsweise die Umsetzung der neuen Leistung "Seniorinnen- und Senioren- Wohngemeinschaft – Basispaket", die Weiterentwicklung der "Mehrständigen Alltagsbegleitung" oder Ausbildungsinitiativen im Bereich der Pflegeberufe.

Die Wiener Heimkommission begrüßt ausdrücklich die weitere Umsetzung der Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030" sowie die vorgenommene Evaluierung der zugehörigen Maßnahmenplanung.

3.1 Krisenstab Pflege der Stadt Wien

Die Wohn- und Pflegeeinrichtungen sehen sich seit Beginn der COVID-19-Pandemie mit der Herausforderung konfrontiert, die am höchsten vulnerable Bevölkerungsgruppe der Seniorinnen und Senioren mit Pflege- und Betreuungsbedarf nicht nur vor einer Infektion mit COVID-19 zu schützen, sondern diese im Erkrankungsfall bestmöglich zu pflegen und zu betreuen und die Weiterverbreitung dieser Erkrankung zu verhindern (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2020: Empfehlung zu COVID-19 Schutzmaßnahmen für Pflege und Betreuung: Teil-/Stationäre Einrichtungen und Mobile Dienste).

Um die Organisationen hierbei bestmöglich zu unterstützen, wurde mit Beschluss im Medizinischen Krisenstab der Stadt Wien ein wöchentlich tagender "Krisenstab Pflege" unter Federführung des Fonds Soziales Wien eingerichtet. Der Krisenstab Pflege ist in Ergänzung des Medizinischen Krisenstabs der Stadt Wien damit beauftragt, Schwerpunkte mit Fokus auf Wohn- und Pflegeeinrichtungen auf Ebene der Expertinnen und Experten festzulegen, diese im Rahmen von Arbeitspaketen zu erarbeiten und daraus folgend entsprechende Abstimmungen bzw. Beschlussfassungen für den Medizinischen Krisenstab der Stadt Wien aufzubereiten. Ziel hierbei ist stets, den Wohn- und Pflegeeinrichtungen in Wien Instrumente in die Hand zu geben, die sie bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie bestmöglich unterstützen.

Zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der wöchentlichen Sitzungen gehören neben den Organisationen der stationären Pflege und Betreuung unter anderem auch Vertreterinnen und Vertreter der mit der Bewältigung der COVID-19-Pandemie befassten Magistratsabteilungen (Magistratsabteilung 15, Magistratsabteilung 24, Magistratsabteilung 40), der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen sowie der Einsatzstab der Stadt Wien (Magistratsabteilung 70). Um den gerade in dieser Zeit essenziellen Kommunikationsfluss zwischen Wohn- und Pflegeeinrichtungen sowie dem akutstationären Bereich sicherzustellen, ist im Krisenstab Pflege der "Wiener Gesundheitsverbund" ebenfalls vertreten.

In den letzten Wochen und Monaten konnten so, in enger Zusammenarbeit zwischen den genannten Mitgliedern des Krisenstabs Pflege, ein sehr weites Spektrum an offenen Fragestellungen – diese reichten von anfangs allgemeinen Fragestellungen zu Hygiene-regelungen und Schutzmaßnahmen bei Erkrankungsfällen bis hin zur aktuelleren Fragestellung, wie die Wohn- und Pflegeeinrichtungen, deren Bewohnerinnen und Bewohner sowie das dort beschäftigte Personal mit einer Impfung gegen COVID-19 vor einer Infektion geschützt werden können – diskutiert und beantwortet werden.

Im Rahmen der Arbeitspakete wurden unter anderem Themen wie die Medikamentenbevorratung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen im Pandemiefall, das Vorgehen bei Neuaufnahmen von Bewohnerinnen und Bewohnern aus Krankenanstalten bzw. bei deren Verlegung ebenso bearbeitet, wie Fragen zur Besucherregelung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen oder Maßnahmen zur Unterstützung der Einrichtungen, wie z.B. die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, vor allem an Tagesrandzeiten, nachts und an Wochenend-/Feiertagen.

Der Krisenstab Pflege hat bis heute die wichtige Aufgabe erfüllt, den Wohn- und Pflegeeinrichtungen eine Plattform zu bieten, in deren Rahmen sich die Organisationen untereinander austauschen, ihre Expertise und Erfahrungen in der

Bewältigung der COVID-19-Pandemie einbringen und offene Fragestellungen mit der Gesundheitsbehörde, dem Einsatzstab und nicht zuletzt dem Fonds Soziales Wien offen, niederschwellig und auf Augenhöhe erörtern zu können. Er hat sich damit als ein in dieser Gesundheitskrise enorm wichtiges Instrument erwiesen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, dass sich der Krisenstab Pflege weiterhin mit jenen Themen und Fragestellungen befasst, die für die Bewältigung der COVID-19-Pandemie in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen essenziell sind und die Organisationen hiermit dabei unterstützt, die hochvulnerable Bevölkerungsgruppe der Seniorinnen und Senioren mit Pflege- und Betreuungsbedarf bestmöglich vor einer Ansteckung mit COVID-19 zu schützen.

3.2 COVID-19 bedingte Besuchsregelungen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen

Für Bewohnerinnen und Bewohner von Wohn- und Pflegeeinrichtungen besteht aufgrund ihres Alters und vielfach vorliegender Begleiterkrankungen ein erhöhtes Risiko bei einer COVID-19 Erkrankung einen schweren Krankheitsverlauf zu erleiden (BMSGPK (Hg.): COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen, 2020). Aus diesem Grund wurden unterschiedliche Schutzmaßnahmen getroffen, um die Eintragung der Erkrankung von außen und deren Verbreitung in den Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen bestmöglich hintanzuhalten. Zu diesen Schutzmaßnahmen gehören u.a. gezielte Handhygiene und das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes. Abstandhalten und die Reduktion von physischen Kontakten zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern aber auch zu deren Angehörigen trägt zusätzlich dazu bei, das Infektionsrisiko zu verringern (GÖG: 2020 file:///C:/Users/ifswbdx/Downloads/EbM_Grundprinzipien_Final_nach_Review_261120.pdf).

Die gesetzliche Basis für die Maßnahmen bildete ab April 2020 die Wiener Verordnung über ein Betretungsverbot für Besucherinnen und Besucher von Krankenanstalten, Wohn- und Pflegeheimen sowie Pflegestationen. Auf Bundesebene wurden Besuche in Wohn- und Pflegeeinrichtungen in der COVID-19-Maßnahmenverordnung und in der COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung geregelt bzw. eine schrittweise Lockerung der Besuchsbeschränkungen ab dem 4. Mai 2020 in der COVID 19 – Lockerungsverordnung ermöglicht. Alle Bundesverordnungen wurden im Verlauf der Pandemie mehrmals novelliert.

In diesem Zusammenhang spielt die Gratwanderung zwischen Gesundheitsschutz und Einschränkung der Bewegungsfreiheit von Heimbewohnenden und deren Angehörigen bei Besuchen eine besondere Rolle. Es ist den Verantwortlichen selbstverständlich bewusst, dass Besuchseinschränkungen und das damit verbundene fehlende Zusammensein bzw. die mangelnde psychosoziale Unterstützung Auswirkungen auf alle Betroffenen haben. Angehörige und Bewohnende zeigten sich durch die Beschränkungen bzw. die angekündigten Lockerungen und deren teils uneinheitliche Umsetzung in den unterschiedlichen Wohn- und Pflegeeinrichtungen verunsichert. Ein zentraler Punkt bei den Sorgen von Angehörigen ist nach wie vor das Bedürfnis nach körperlicher Nähe zu den Bewohnenden in den Pflegeeinrichtungen. Die Betroffenen berichten dementsprechend häufig über die

3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge

Befürchtung der isolationsbedingten Verschlechterung des psychischen und physischen Zustandes der Bewohnerinnen und Bewohner. Auch wenn Verständnis für die aktuellen Gefahren der Risikogruppe besteht, so erwarten sich viele Angehörige eine Intensivierung der Betreuung, beispielsweise in Form von vermehrter körperlicher Mobilisation oder dem verstärkten Einsatz von Seelsorge in den Einrichtungen.

Die Herausforderung für die Verantwortlichen besteht also darin, zwischen Risikominimierung und Kontaktmöglichkeit abzuwägen. Wobei eine so einschneidende Maßnahme, wie die Beschränkung von Besuchen, vor dem Hintergrund der dynamischen pandemischen Entwicklung laufend überprüft und wenn nötig adaptiert werden muss. Zuletzt wurde beispielsweise – u.a. durch die Anregung aus Wien – eine Lockerung der Besuchsbeschränkungen während der Weihnachtsfeiertage gesetzlich ermöglicht.

Abschließend kann erfreulicherweise festgehalten werden, dass sowohl Bewohnerinnen und Bewohner als auch Angehörige in der Regel großes Verständnis für die situationsbedingte Mehrbelastung des Pflegepersonals aufbringen und die Gefahren und die damit verbundenen Einschränkungen mittlerweile besser einordnen können. Die Intensivierung der Sicherheitsvorkehrungen, beispielsweise in der Optimierung der Teststrategie in den Wiener Pflegeeinrichtungen, wirkt den Sorgen zusätzlich entgegen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt ausdrücklich die COVID-19-Schutzmaßnahmen für Wohn- und Pflegeeinrichtungen, fordert aber gleichzeitig alle Bemühungen fortzusetzen, die den sicheren Kontakt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen ermöglichen.

3.3 Langzeitpflege in der Covid-Krise – Sicherheit geht vor?

Die Corona-Pandemie hat die Pflegeeinrichtungen vor ungeahnte Herausforderungen gestellt: schnelle und unkonventionelle Beschaffung von Schutzmaterialien, ständige Erreichbarkeit, rasche Umstellung auf digitale Kommunikation auch mit den Angehörigen sowie promptes Management von Personalausfällen. Ein Krisenmanagement, das allen Beteiligten eine hohe Einsatzbereitschaft, fixe Reaktionsfähigkeit und Durchhaltevermögen sowie hohe Belastbarkeit abverlangt und dabei nie auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vergisst.

Speziell in Langzeitpflegeeinrichtungen mit den als besonders gefährdet geltenden Bewohnerinnen und Bewohnern stellt die Abwägung zwischen Risikominimierung und Freiheitseinschränkung eine permanente Gratwanderung dar (Weilguni, Volker. Im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Sicherheit. ProCare 25, 44–45; 2020) Freilich gilt, dass die persönliche Freiheit von Menschen, die aufgrund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit der Pflege oder Betreuung bedürfen, gemäß § 1 Abs 1 HeimAufG besonders zu schützen ist. Nach § 1 Abs 2 HeimAufG sind Freiheitsbeschränkungen nur dann zulässig, wenn sie im Verfassungsrecht, in einem Bundesgesetz oder in anderen gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich vorgesehen sind.

Dem gegenüber steht, dass ein Drittel aller bisher im Zusammenhang mit dem Corona-Virus in Österreich verstorbenen Personen Bewohnerinnen und Bewohner aus Pflegeeinrichtungen sind (BMSGPK (Hg.): COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen, 2020). Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Verantwortliche klagten zu Beginn der Pandemie über unzureichende Schutzausrüstung; eine fehlende Rechtssicherheit wird bis heute moniert. Blickt man auf das Jahr 2020 zurück, so kam es seitens der Bewohnerinnen, Bewohner und deren Angehörigen zu Beschwerden wegen als übertrieben empfundener freiheitseinschränkender Maßnahmen, die angeordnet wurden, um eine besonders vulnerable Risikogruppe zu schützen. Es bestand die Schwierigkeit, für ein soziales System ein Umfeld zu schaffen, das für alle passend ist, denn bekanntlich endet die Freiheit des einen dort, wo die des anderen beginnt. Die Summe der Vorsichtsmaßnahmen im Corona-Jahr 2020 hat auf jeden Fall den Alltag der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege, der Bewohnerinnen und Bewohner aber auch der Angehörigen völlig auf den Kopf gestellt:

Angehörige können nicht wie gewohnt zu jeder Zeit in die sonst offenen Pflegeeinrichtungen auf Besuch kommen, soziale Kontakte der Bewohnerinnen und Bewohner wurden behördlich bis auf ein Minimum eingeschränkt. Für Bewohnerinnen und Bewohner bedeutet das konkret eine völlige Reduzierung der wohnbereichsübergreifenden Aktivitäten, die Schließung von Kaffeehäusern und Gemeinschaftsräumen, die Reduktion der Körperkontakte, eine Minimierung von Besuchen in anderen Zimmern, von Ausflügen, Veranstaltungen, Konzerten bis hin zu Ausgangsbeschränkungen. Die erlebte Quarantäne-Dauerschleife bei positiv getesteten Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in den einzelnen Einrichtungen, die gefühlte Einsamkeit sowie angeordnete Isolierungen (OGH 23.09.2020 7 Ob 151/20m; Freiheitsbeschränkung im Heim wegen der Gefahr einer COVID-19-Infektion) führen zu weiteren enormen psychischen aber auch physischen Belastungen. Besonders herausfordernd war und ist die Betreuung von demenziell erkrankten Menschen. Demenziell erkrankte Menschen erkennen aufgrund der Maske oft ihre Bezugspersonen nicht, tun sich schwer mit dem Einhalten der Abstandsregeln oder anderer hygienischer Maßnahmen

und können sich kaum an Bewegungseinschränkungen oder gar Isolierungsnotwendigkeiten halten. Durch das eingeschränkte Besuchsrecht in den Pflegewohnhäusern hat sich auch der Lebensrhythmus vor allem der älteren Angehörigen stark verändert. Vielen fehlt die Dichte der geselligen Momente in der Pflegeeinrichtung, die dadurch entstehende Tagesstruktur und Sicherheit sowie die sinnstiftende Mithilfe auf den Wohnbereichen. Die Ängste und die Ungewissheit über die Dauer der Pandemie im Allgemeinen und den Verlauf der Krankheit im Speziellen sind gerade für Angehörige, die derzeit auf Distanz sind, eine nicht zu unterschätzende Belastung.

Während im letzten Jahr viele Betriebe heruntergefahren wurden oder nur eingeschränkt tätig sein konnten, sah die Arbeit in einer Pflegeeinrichtung völlig anders aus. Zu Beginn der Pandemie wurden Krisenstäbe gegründet, Einrichtungen innerhalb kürzester Zeit technisch so ausgestattet, dass Telemedizin auf der einen Seite sowie Videotelefonie mit Angehörigen und dezentralisiertes Arbeiten auf der anderen Seite möglich wurden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen erleben eine deutliche Mehrbelastung aufgrund der erhöhten Personalausfälle, häufiges Einspringen, kurze Erholungsphasen sowie eine reduzierte Entlastung durch den Wegfall der Angehörigen- und Freiwilligenbesuche einen erhöhten Zeitdruck in der eigentlichen pflegerischen Tätigkeit. Neue digitale Settings, wie die komplette Umstellung auf digitale Teammeetings, digitale Schulungen sowie Unterweisungen bringen weitere Herausforderungen mit sich. Rechtsunsicherheit, fehlende Absonderungsbescheide, erschwerte Kommunikation mit Spitälern und anderen Schnittstellen, das korrekte An- und Ablegen der Schutzkleidung, das anfangs lange Warten auf Testergebnisse sowie der erhöhte Kommunikationsbedarf mit Angehörigen verkürzen die ohnehin schon knappe Zeit für zu pflegende Menschen und bedeuten eine unglaubliche Belastung im Arbeitsalltag. Dazu kommt die diffuse Angst bzw. Unsicherheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vielleicht selbst Trägerin bzw. Träger des Virus zu sein und somit eine Gefahr für die zu pflegenden Menschen darzustellen. Und wer schon mit FFP2-Maske, Gesichtsschild und Schutzanzügen gearbeitet hat, der weiß, wie anstrengend das ist – körperlich und psychisch (Rebekka Stetzenbach, Anja Trojan, Sabine Brase. Zwischen Angst und Pflichtbewusstsein. Die Schwester/Der Pfleger. Ausgabe 12/2020).

In den Pflegeeinrichtungen der Caritas der Erzdiözese Wien ist man der Corona-Krise auf unterschiedlichen Ebenen mit den verschiedensten Maßnahmen begegnet:

Innerhalb der Caritas wurde bereits Anfang März 2020 ein interdisziplinär zusammengesetzter Krisenstab eingesetzt, der sich schnellst möglich mit allen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen rund um COVID-19 vertraut gemacht hat, Notfallpläne, Handlungsleitlinien und Hygieneunterlagen erstellt hat, Schutzmaterial beschaffen und die jeweils geltenden Verordnungen und rechtlichen Rahmenbedingungen in verständlicher Sprache allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich gemacht hat. Der Wunsch nach Klarheit und Sicherheit wurde vor allem seitens der leitenden Mitarbeitenden immer wieder geäußert. Im Intranet wurde eine Corona-Plattform eingerichtet, die alle aktuellen Informationen und Hintergrundwissen jederzeit abrufbar macht. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Caritas Wien können über eine interne Email-Adresse alle Fragen und Bedenken, aber auch wichtige Mitteilungen aus allen Einrichtungen direkt mit dem Krisenstab teilen. Eine große Herausforderung war zu Beginn der Pandemie sicherlich der kontinuierliche Informationsfluss. Es war wichtig schnell klarzustellen, welche Ansprechpersonen in welchen Abteilungen über die aktuellen und validen

Informationen verfügten. Schulungen und praktische Unterweisungen, z.B. im Umgang mit der persönlichen Schutzausrüstung, wurden schnellstmöglich als Beratung vor Ort angeboten sowie mit Schulungsvideos digital unterstützt.

Da die von Bund und Land zugesicherten Schutzmaterialien nur verzögert eintrafen, wurde gleich am Anfang der Covid-Krise in Eigenregie die notwendige Ausrüstung in der Höhe von mehreren Millionen Euro erworben (Erleichterung brachte hier die Zusicherung der Stadt Wien bzw. des Bundes diese angefallenen Kosten abzudecken). Um die schnelle Versorgung mit Schutzmaterialien in allen Einrichtungen sicherzustellen, bevorrateten Lagerhallen im "Carla Nord" aber auch in den einzelnen Pflegewohnhäusern Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzbrillen, Schutzmäntel und alle möglichen Arten an zugelassenen und empfohlenen Masken. Intern ist ein ganzes Team damit beschäftigt, diese Logistik aufrechtzuerhalten und die Materialien dorthin zu bringen wo sie – bei allgemeiner Knappheit von Schutzausrüstungen am Weltmarkt – am notwendigsten gebraucht wurden.

Durch die Krisenstab-Struktur innerhalb der Caritas Wien war es auch leicht möglich, sich mit dem Krisenstab der Stadt Wien, dem Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen und anderen Trägern schnell und professionell zu vernetzen. Informationsaustausch und das gemeinsame Lernen rund um Covid-19 konnten zwar Infektionen und Todesfälle in den Einrichtungen nicht verhindern, aber doch deutlich eindämmen und auf einzelne Infektionsketten beschränken. Dennoch sind die allgemeine Vernetzung und der gemeinsame Austausch ausbaufähig. So sollten Pflegeorganisationen vor Veröffentlichung von Verordnungen für stationäre Einrichtungen in deren Erstellung eingebunden werden, um diese auf Plausibilität und Praktikabilität prüfen zu können. Mit der bereits erwähnten Struktur des Dachverbandes der Wiener Sozialeinrichtungen wäre dies leicht möglich und umsetzbar. Denn das stetige Hin und Her zwischen Bund und Ländern, die verschiedensten geltenden Ampeln und die voneinander abweichenden Informationen bzw. Interpretationen unterschiedlicher Bezirksbehörden bzw. Amtsärztinnen und Amtsärzte haben gerade zu Beginn der Pandemie nicht für die notwendige Rechtssicherheit der Trägerinnen und Träger von Pflegewohnhäusern gesorgt. Klare Vorgaben und verbindliche Richtlinien seitens der vom Rechtsstaat dazu ermächtigten Institutionen sind in so einer Krise dringend notwendig. Weiters ist es wichtig, alle verantwortlichen Akteurinnen und Akteure in einer Krisensituation einzubinden um miteinander an einem Strang zu ziehen. Einrichtungen, wie z.B. VertretungsNetz oder die Volksanwaltschaft, gehören daher frühzeitig in Krisenstabsstrukturen aufgenommen, damit Informationen geteilt werden und Entscheidungen im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner gemeinsam getroffen werden. Denn wer nicht beteiligt wird, kann die gemeinsam zu verantwortenden Maßnahmen nicht mittragen. Hier ist eine gelungene Kooperation in der Krise sicherlich ausbaufähig.

Für die soziale Teilhabe und das Stückchen Freiheit der Bewohnerinnen und Bewohner wurden innerhalb kürzester Zeit in den Einrichtungen kreative Kontakt- und Besuchskonzepte entwickelt. Mit Tablets wurde und wird den Bewohnerinnen und Bewohnern das Zusammentreffen mit ihren Angehörigen über Videotelefonie ermöglicht, wöchentliche Angehörigen-Newsletter sind eingerichtet und der telefonische Austausch mit den Angehörigen ist intensiviert. Gartenkonzerte und Gottesdienste unter freiem Himmel werden veranstaltet und in alle Häuser übertragen, Begegnungszonen eingerichtet und mittels sogenannter Zaungespräche auch während des Lockdowns unter Einhaltung aller Schutzmaßnahmen ein

persönlicher Kurzbesuch ermöglicht. Natürlich bedeutet diese aufwendige Besucherinnen- und Besucherorganisation für die ohnehin schon unter Druck stehenden Pflegeeinrichtungen einen weiteren erhöhten, nicht abzudeckenden Personalaufwand. Damit Pflorgeteams bei schwierigen Entscheidungen optimal unterstützt werden können, werden regelmäßig Ethik-Teams eingesetzt und Online-Ethik-Cafés abgehalten. So werden die mit der Krise einhergehenden ethischen Dilemmata aufgezeigt und für die Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter, Bewohnerinnen und Bewohner besprechbar gemacht. Es wird in den Teams deutlicher sichtbar, welche anderen Lösungswege zur Verfügung stehen. Dies ermutigt, nicht automatisch aus Angst, der Sicherheit immer den Vorzug zu geben und ermöglicht so für alle Beteiligten ein Mehr an Freiheit (Dr. Thomas Mäule, Anne-Christin Linde. Brücken bauen. Die Schwester/Der Pfleger. Ausgabe 1/2021).

Trotz der enormen Belastungen vor Ort erleben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen der Caritas Wien eine neue Qualität in der Zusammenarbeit. Die Pflorgeteams sind stärker zusammengerückt, die häuserübergreifende Zusammenarbeit wurde intensiviert, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus grenznahen Gebieten waren bereit, vorübergehend in die Pflegeeinrichtungen einzuziehen, um jedenfalls die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner zu jedem Zeitpunkt gewährleisten zu können. Es ist beeindruckend, wieviel Professionalität im Umgang mit dem Virus, Teamgeist und Solidarität sowie gegenseitige Unterstützung auf allen Ebenen vorhanden war. Dennoch muss auf die Pflegenden in dieser Krise besonders geachtet werden. Der Arbeitsalltag wurde durch die Pandemie insgesamt anstrengender erlebt als zuvor. Die neuen Abläufe sind zwar innerhalb kürzester Zeit wieder zur Routine geworden, die andauernde Arbeit mit der Schutzausrüstung, der fehlende gewohnte – auch körperliche – Austausch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, die Abwesenheit von Bezugspersonen sowie die anhaltende Alarmbereitschaft führt die Mitarbeitenden dennoch an die Grenzen der Belastbarkeit.

Zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner aber auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde innerhalb der Caritas-Pflegeeinrichtungen eine passgenaue Teststrategie gemeinsam mit dem Institut für Wissenschaft Komplexer Systeme der "Meduni Wien" entwickelt. Durch regelmäßige gepoolte PCR-Gurgeltests (gemeinsame Testung mehrerer Proben) verfolgte die Caritas in Zusammenarbeit mit Novid20 und dem VCDI eine Covid- Testvariante, die eine schmerzfreie, unkomplizierte und niederschwellige Screeningmöglichkeit darstellt. So konnten frühzeitig bereits angesteckte Personen identifiziert werden und eine flächendeckende Ausbreitung des Virus in den Pflegeeinrichtungen der Caritas Wien – trotz ansteigender Fallzahlen im Umfeld seit September 2020 – weitgehend verhindert werden. Auch gelang es auf Basis dieser Testmethode aufkommende Mutationen rasch zu erkennen und diese somit möglichst auf den jeweils betroffenen Standort einzugrenzen. Daher war dieses Testkonzept ein wirksamer Beitrag dazu, frühzeitig ins Infektionsgeschehen eingzugreifen und es gab auch die notwendige Sicherheit, wieder ein wenig Alltag in den Pflegeeinrichtungen leben zu können.

Da die weiteren Lockdowns die Infektionslage in Österreich nicht erheblich entschärfen konnten und auch vermehrt wieder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aber auch Bewohnerinnen und Bewohner betroffen waren, ist auf lange Sicht ein positiver, langanhaltender Effekt nur durch die vielversprechenden Impfstoffe zu erwarten. Klar ist, dass es damit möglich werden kann, dass für pflegebedürftige Menschen in den Einrichtungen wieder ein Mehr an Lebensqualität und gewohnter Freiheit einkehrt.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Jeweils angemessene Teststrategien für Risikogruppen zu forcieren, um große Ausbreitungen eines Virus schnellstmöglich eindämmen zu können.
- Einheitliche vorausschauende Kommunikation in Krisensituationen um Verwirrungen und Unsicherheiten minimal zu halten.
- Frühe Einbindung aller betroffenen Akteurinnen und Akteure in Gesetzgebungsprozesse, vor allem auf Verordnungsniveau. Kommunikationsstrukturen hierfür sind bereits vorhanden, z.B. Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen
- Ausbau und öffentliche Finanzierung (Abrechenbarkeit) von Telemedizin um potenzielle Ausfälle von Ärztinnen und Ärzten, v.a. im niedergelassenen Bereich für Wohn- und Pflegeheime abzufangen.
- Ausbau und öffentliche Finanzierung (Abrechenbarkeit) für Telepflegemodelle im mobilen Bereich, um auch hier die Dienste in Krisensituationen aufrecht zu erhalten und Pflegeeinrichtungen zu entlasten.
- Vorausschauende Lagerung und Sicherstellung der notwendigen Schutzmaterialien für Wohn- und Pflegeheime seitens der Stadt Wien.

3.4 Die Herausforderungen für die Erwachsenenvertretung in einem außergewöhnlichen Jahr

Gastbeitrag von VertretungsNetz Erwachsenenvertretung

Für alle pflegenden und betreuenden Berufe in Alten- und Pflegeheimen sowie im Bereich der mobilen Betreuung war 2020 aufgrund der COVID-19 Krise eine extreme Herausforderung. Ähnliches gilt auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Erwachsenenschutzvereinen. Dazu ist zu sagen, dass die Schwierigkeiten im Umgang mit COVID-19 in der Erwachsenenvertretung zu unterschiedlichen Zeitpunkten in unterschiedlichen Bereichen (Vertretungsarbeit, Clearing, Registrierung) unterschiedlich stark ausgeprägt waren.

Zu Beginn der COVID-19 Krise gab es für alle Erwachsenenvertreterinnen und Erwachsenenvertreter wohl eine Überforderung aufgrund der simplen Tatsache, dass niemand je mit einer Pandemie in Österreich zu tun hatte. Zudem wurde sehr bald klar, wer die vulnerabelsten Personen in dieser Gesundheitskrise sein würden, nämlich eine große Gruppe jener Menschen, die Erwachsenenvertreterinnen und Erwachsenenvertreter in ihrer täglichen Arbeit begleiten – ältere Menschen mit Demenzerkrankungen, Menschen, die aufgrund psychischer Erkrankungen oder kognitiver Beeinträchtigungen in den diversesten Einrichtungen betreut werden müssen. Und - oft genug zählen diese Klientinnen und Klienten wegen unterschiedlichen Vorerkrankungen zu der Gruppe der mehrfach Risikobehafteten.

Als im März 2020 das gesamte Land in den ersten "Lockdown" geschickt wurde, traf das auch die Erwachsenenvertretung unvorbereitet. Niemand konnte den Erwachsenenvertreterinnen und Erwachsenenvertretern sagen wie hoch das Risiko einer Ansteckung oder einer Übertragung ist. Es war für alle unklar, wie gefährlich das Virus tatsächlich ist und genauso wenig klar waren die Vorgaben den Eigen- und Fremdschutz betreffend.

Was aber für die größte Verunsicherung unter den Erwachsenenvertreterinnen und Erwachsenenvertretern sorgte, war die Frage, wie die Klientinnen und Klienten überhaupt noch vertreten werden können, wenn jeglicher persönliche Kontakt – so wie es zu Beginn der Krise formuliert wurde – ausgeschlossen wurde. Dabei ging es natürlich zum einen um die Frage, wie können rechtliche und finanzielle Ansprüche von Klientinnen und Klienten weiterhin ausreichend geltend gemacht werden. In viel größerem Ausmaß war den Erwachsenenvertreterinnen und Erwachsenenvertretern aber bewusst, dass sie in sehr vielen Fällen zu den wenigen regelmäßigen Kontaktpersonen gehören, die Klientinnen und Klienten in betreuten Einrichtungen besuchen oder wo überhaupt ein Kontakt von den Betroffenen zugelassen wird. Somit standen die Erwachsenenvertretung und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor einem zutiefst professionellen, aber auch sozialen und oftmals persönlichen Dilemma.

Nachdem die Arbeit der Erwachsenenvertreterinnen und Erwachsenenvertreter durch auferlegte Einschränkungen, wie z.B. Home-Office und den Notbetrieb an allen Erwachsenenvertretungs-Standorten auf telefonischen Kontakt – wenn überhaupt möglich – reduzierte wurde, kamen die Zugangsbeschränkungen durch Einrichtungsbetreiber ihrerseits als besondere Herausforderung für die klassische Vertretungsarbeit hinzu. Auch hier kam es zu einem Wechselbad von Gefühlen. Zum einen verstehen Erwachsenenvertreterinnen und Erwachsenenvertreter die besonderen und notwendigen Maßnahmen zum Schutz von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen, zum anderen erleben sie die Beschränkungen und deren negative, psychische Auswirkungen auf die Klientinnen und Klienten.

Nach der ersten Phase des "Lockdown-Schockes" begaben sich sowohl die Erwachsenenvertretung als auch Einrichtungsbetreiber auf die schwierige Suche nach alternativen Lösungen, um Vertretungstätigkeit unter diesen Bedingungen möglich zu machen. Nebst verstärkten telefonischen Kontakten kam es zum erstmaligen Einsatz neuer technischer Hilfsmittel, wie z.B. Videokommunikation. Einrichtungsbetreiber stellten die unterschiedlichsten Varianten von plexiglas-geschützten Begegnungszonen zur Verfügung und in manchen sehr speziellen und dringenden Vertretungssituationen konnten Erwachsenenvertreterinnen und Erwachsenenvertreter auch in Zeiten strenger Quarantänebestimmungen unter Anwendung von strikten Schutzmaßnahmen ihre Klientinnen und Klienten persönlich treffen.

Zugegebenermaßen stellen dies nur imperfekte Lösungen in einer sehr schwierigen Situation dar.

Das Bild im zweiten großen Aufgabenbereich der Erwachsenenvertretung, nämlich im Clearing, war kein viel Besseres, da auch Gerichte im ersten Lockdown ihre Tätigkeiten weitestgehend eingestellt hatten. So erhielten die Erwachsenenschutzvereine im Zeitraum von April bis Juni 2020 kaum Aufträge um Bestellungen-Clearings für gerichtliche Erwachsenenvertretungen durchzuführen. Dieser Umstand hatte natürlich zur Konsequenz, dass es bis zum Sommer 2020 zu einem beträchtlichen Rückstau an Clearingaufträgen kam.

Dabei ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass die gesetzliche Bestimmung im Clearing vorsieht, dass ein gerichtlicher Auftrag nur durchgeführt werden kann, wenn die betroffene Person persönlich getroffen werden und die Clearing-Mitarbeiterin

oder der Clearing-Mitarbeiter sich einen persönlichen und unmittelbaren Eindruck über die Situation der betroffenen Person machen kann. Auch nach dem Auslaufen der strengen Bestimmungen im Frühjahr 2020 und während der allgemeinen Lockerungen bis zum Herbst stellten Bestellungen-Clearings für die Erwachsenenvertretung - aufgrund der gesetzlichen Vorgaben zur Durchführung von Clearings einerseits und den unterschiedlich strikt ausgelegten und gelebten Zugangsbeschränkungen in den Einrichtungen andererseits - wohl eine der größten Herausforderungen dar. Selbstredend, dass sich dies bis zum heutigen Tag nicht sehr geändert hat.

Trotz der für alle Seiten sehr schwierigen Situation schafften es die Erwachsenenvertreterinnen und -vertreter auch 2020 ihre Aufgaben laut Erwachsenenschutzgesetz wahrzunehmen. So wurden alleine in Wien über 1.200 Personen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Erwachsenenschutzvereins vertreten. Es wurden über 2.700 Clearings durchgeführt und fast 800 gesetzliche Erwachsenenvertretungen registriert.

Der Wunsch und die Empfehlung seitens der Erwachsenenvertretung für 2021 bestehen darin, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen bestmöglichen Schutz erhalten ohne die Lebensqualität all zu sehr zu beeinträchtigen. Dazu war im Jahr 2020 – wenn möglich – das weitestgehende Tragen von Mund- Nasenschutz bzw. FFP2-Masken und das konsequente Einhalten von Abstandsregeln notwendig. Im Jahr 2021 wird es vermehrt die Möglichkeit geben, Personen, die in Einrichtungen leben und arbeiten, mit diversen COVID-19 Impfstoffen zu versorgen. Aus Sicht der Erwachsenenvertretung ist im Falle einer Impfung ein ausführliches Abklärungsgespräch mit den Betroffenen zu führen bzw., wenn eine Erwachsenenvertretung in medizinischen Angelegenheiten existiert, ist dieses Gespräch zeitgerecht mit der Erwachsenenvertreterin oder dem Erwachsenenvertreter zu führen. Nebst diesen Schutzmaßnahmen soll im Jahr 2021 den Bewohnerinnen und Bewohnern von Wohn- und Pflegeheimen und Einrichtungen des Betreuten Wohnens vermehrt die Möglichkeit gegeben werden, Angehörige, Freundinnen und Freunde als auch natürlich ihre Erwachsenenvertreterinnen und Erwachsenenvertreter treffen zu können. Dies ist ein wichtiger erster Schritt zurück in die Normalität. Somit besteht auch die Möglichkeit einer qualitativ und quantitativ besseren Arbeit in der Erwachsenenvertretung.

Die Wiener Heimkommission schließt sich den Empfehlungen vom VertretungsNetz vollinhaltlich an.

3.5 Die Chance in der Krise oder was vom Jahr 2020 bleibt

Ein Stimmungsbild aus der Praxis

2020 war ein Schicksalsjahr. Eines, von dem nicht nur seine einprägsame Jahreszahl, sondern wohl auch zahlreiche schmerzliche Erinnerungen bleiben werden. Viele Menschen – auch jene, die das Seniorinnen- und Seniorenalter noch lange nicht erreicht haben – waren plötzlich dazu gezwungen, Lebensrhythmus und persönliche Tagesstrukturen neu zu ordnen, auf liebgewonnene Gepflogenheiten und geselliges Beisammensein zu verzichten, oder aber auch einseitige und ungewohnte Nähe im Zusammenleben auszuhalten.

Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Führungskräfte von Langzeitpflegeeinrichtungen sind im Allgemeinen an große Herausforderungen und sich stetig bzw. rasch ändernde Parameter gewöhnt. Flexibilität, Belastbarkeit, Teamfähigkeit, Geduld und Empathie sind Charaktereigenschaften, welche schon in "normalen" Zeiten unabdingbar sind. Aber 2020 war nicht "normal". Es hat die Weltordnung gewaltig durchgerüttelt und gnadenlos Stärken und Schwächen unserer (modernen) Gesellschaft aufgezeigt.

Was also bleibt von 2020? Es sollten nicht nur schlechte Erinnerungen sein. Ein altes Sprichwort sagt: "Man merkt oft erst, dass einem etwas fehlt, wenn es nicht mehr da ist." Eine Aussage, die seit dem vergangenen Jahr wohl viele Menschen verstärkt nachvollziehen können. So wurden die Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den sogenannten "systemrelevanten" Berufen sehr viel mehr wahrgenommen und geschätzt als in der Zeit davor. Offener Beifall auf Balkonen und Anerkennung wurden jenen Berufsgruppen zuteil, die die wesentlichen Bereiche der Infrastruktur aufrechterhalten haben – zurecht daher auch jenen Kolleginnen und Kollegen, welche in der Langzeitpflege und allen anderen Gesundheitseinrichtungen unter teilweise schwierigsten Bedingungen Krisenbewältigung betrieben haben. Darin steckt eine große Chance - die Hoffnung darauf, dass die Gesellschaft endlich den wahren Wert jener Leistungen erkannt hat, die das Fundament bilden, auf dem sie aufbaut.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kuratorium Fortuna waren teilweise bereits sehr früh, während der sogenannten "ersten Welle", mit einem Ausbruchsgeschehen am eigenen Dienort konfrontiert. Im Umgang mit der Pandemie hat sich seit diesem Zeitpunkt vieles geändert: Es gibt bessere Testmöglichkeiten und ausreichend Kapazitäten dafür, bessere Schutzkleidung, klarere Strukturen und Konzepte sowie sehr viel mehr medizinisches Wissen über die Pandemie und Möglichkeiten zu deren Bewältigung.

Außerhalb jeglicher Möglichkeiten lag jedoch eine Verbesserung der - bereits vor COVID-19 bestehenden und schwierigen - Rahmenbedingungen für jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit der direkten Pflege und Betreuung von hochbetagten und/oder kranken Personen betraut sind.

Vor allem der Mangel an ausgebildeten Fachkräften hat durch die Pandemie und deren Auswirkungen noch einmal neue Dimensionen erreicht, deren Bewältigung nur mit dem Mut, der Entschlossenheit und beachtenswertem Fleiß der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglich ist - nämlich eine weitere Reduktion der verfügbaren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche dazu noch mehr Leistungen mit einem deutlich höheren Risiko zu bewältigen haben

In Österreich durften sich die Menschen in über sieben Jahrzehnten – seit dem Ende des 2. Weltkrieges – an Frieden und wachsenden sozialen Wohlstand beinahe so etwas wie "gewöhnen". Niemand hätte bis Anfang 2020 je daran gezweifelt, dass sie oder er im Bedarfsfall ein "Intensivbett" im Krankenhaus erhält und zwar mehr oder minder ohne weitere Kosten für die einzelne Person.

Heute, nach knapp einem Jahr der Corona-Krise, ist eines deutlicher denn je klargeworden: Betten – auch wenn sie vorhanden sind – pflegen keine Menschen und Computer haben keine Empathie. Sie spenden keinen Zuspruch, trösten nicht und werden niemals die liebevolle, aufopfernde und fürsorgliche Pflege und Betreuung leisten können, wie jene, die ihre Liebe zum Umgang mit Menschen zum Beruf gemacht haben.

Aber Beifall und Anerkennung zahlen keine Miete, kein Essen und sichern keine Existenz. In Zukunft wird der Bedarf an Menschen, die bereit sind, den sehr herausfordernden Beruf der Pflege und Betreuung zu ergreifen, sehr deutlich steigen. Ihnen die Wertschätzung und Anerkennung entgegenzubringen, die sie verdienen, ist ein sehr guter Anfang. Aber eben nur ein Anfang. Um die Pflegeberufe wirklich attraktiv zu machen, wird es in naher Zukunft viel mehr als nur Applaus brauchen: neue Ideen, gut durchdachte und vorausschauende Konzepte, eine moderne, praxisorientierte Ausbildung junger Menschen und auch eine leistungsgerechte Entlohnung.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt

- die Evaluierung der aktuellen Rahmenbedingungen von Gesundheitsberufen in der Langzeitpflege und -betreuung
- die Evaluierung der Leistungsbewertung in der Langzeitpflege und -betreuung
- die Entwicklung von Konzepten, welche die Erfüllung der gesellschaftlichen und politischen Erwartungshaltung an die Gesundheitsberufe in der Langzeitpflege ermöglichen.

3.6 Die COVID-19-Pandemie und ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen

Im Verlauf der COVID-19-Pandemie ist von vielfältigen psychosozialen Belastungen bei älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen auszugehen (siehe auch die Empfehlungen des Psychosozialen Krisenstabs Wien: PSKS-Empfehlung 4: Ältere Menschen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen: Problemanalyse und Maßnahmen; PSKS-Empfehlung 12: PSKS-Empfehlung 12: "Auch Helferinnen und Helfer können Hilfe brauchen": Psychosoziale Maßnahmen).

Ältere Menschen gehören zur "Risikogruppe" was die COVID-19-Ansteckungsgefahr sowie schwere Verläufe anbelangt und ebenso gehören diese zur besonderen "Risikogruppe" was die psychosozialen Begleiterscheinungen und Folgen der Pandemie betrifft. Sei es durch die Pandemie selbst, oder die Maßnahmen zu deren Eindämmung.

Ein Teil der älteren Menschen hat eine besonders große Angst, sich mit dem Coronavirus anzustecken und zu sterben — zusätzlich zu den Sorgen um die häufig vorbestehenden körperlichen und psychischen Erkrankungen sowie um die Grund- und medizinische Versorgung. Ein anderer Teil geht auch ein hohes Risiko ein, um ihnen wichtigen Menschen nahe sein zu können.

Außerdem gehören ältere Menschen zu der am häufigsten von Einsamkeit und sozialer Isolation betroffenen Bevölkerungsgruppe. Die Sorge bzw. Angst vor den Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie verschlimmern diese vorbestehende Einsamkeit und soziale Isolation. Zudem fehlt es oft an digitalen Möglichkeiten und/oder technischem Know-How sowie an kognitiven Voraussetzungen (insb. bei Demenzerkrankungen) oder auch an visuellen/auditiven bzw. motorischen Voraussetzungen für Online-Kommunikation. Diejenigen, die Angehörige haben, vermissen diese (und umgekehrt) und das gegenseitige Bedürfnis nach persönlichem, physisch nahem, Kontakt wird immer stärker — vor allem bei hochbetagten Menschen bzw. Personen mit schweren Erkrankungen, wo unsicher ist, wieviel Lebenszeit dafür noch bleibt.

Auch die Angehörigen von betagten Menschen sowie die professionellen Helferinnen und Helfer in den Einrichtungen sind von ähnlichen psychosozialen Belastungen betroffen: Angst, angesteckt zu werden, aber auch Angst, dass sie selbst oder andere die Bewohnerinnen und Bewohner anstecken und diese sterben könnten, sowie Angst, die eigene Familie anzustecken; außerdem: Einsamkeit und soziale Isolation; höhere berufliche Belastungen; erhöhter Stress und reduzierte Selbstfürsorge infolge Zeit-/Energienmangel beim Personal.

Die Folgen können Belastungen, psychische Erkrankungen (insb. akute Belastungsreaktionen, Nervosität, Irritabilität; Anpassungsstörungen, Erschöpfungssyndrome, Schlaf- und/oder Angststörungen, Depressionen, posttraumatische Belastungssyndrome) und auch körperliche Erkrankungen sowie eine Verschlechterung bestehender psychischer und körperlicher Erkrankungen sein.

Und genau diese psychosozialen Belastungen und ihre Folgen sind auch die Hauptrisikofaktoren für Suizid bei älteren Menschen (psychische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen und Schmerz, Angst vor/zu Beginn einer schweren Erkrankung, Einsamkeit und soziale Isolation, Verlust geliebter Menschen, der gewohnten Umgebung, Erleben steigender Abhängigkeit). Deshalb ist von einem

Anstieg des ohnehin erhöhten Suizidrisikos bei älteren Personen im Verlauf der COVID-19-Pandemie auszugehen.

Die im Rahmen der Pandemie-Eindämmung notwendigen psychosozialen Maßnahmen für Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch für ihre Angehörigen und das Personal in Pflegeeinrichtungen sind daher besonders wichtig. Psychosoziale Maßnahmen werden u.a. von der WHO (2020) als wesentliche Grundpfeiler der Bewältigung einer Pandemie beschrieben ("Mental Health and Psychosocial Considerations during COVID-19 Outbreak").

Zusammenfassend geht es um:

Sicherheit und Entlastung für Bewohnerinnen und Bewohner, ihre Angehörigen und das Personal zu schaffen durch

- richtiges Informieren und Aufklären über das Coronavirus (v.a. wie man das Infektionsrisiko reduziert, und das in klaren und einfachen Worten, die auch Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung verstehen können)
- Ausstattung mit ausreichend Schutzbekleidung und regelmäßige Testungen (von zu Betreuende, Pflegenden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern)
- Förderung der Impfbereitschaft (von zu Betreuenden, Pflegenden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern)
- Sicherstellen der Grund- und medizinischen Versorgung

Gegen Einsamkeit und soziale Isolation: Kommunikation, auf welchem Weg auch immer, sowie Schaffen einer Tagesstruktur mit Inhalt:

- Unterstützung bei Kommunikation (Telefonate, Videoanrufe), wo das Know-How oder die kognitiven, visuellen, auditiven, motorischen Voraussetzungen nicht gegeben sind
- technische Voraussetzungen für analoge und online-Kommunikation schaffen (insb. Verfügbarkeit von Geräten sowie WLAN)
- Angehörige, Freundinnen und Freunde anregen, regelmäßig und zu bestimmten Zeiten anzurufen (dies schafft auch Tagesstruktur); Briefe zu schreiben oder Audio-/Videobotschaften zu schicken
- "Fenster-/Balkonbesuche"
- (unterstützte) Nutzung von Radio & TV durch zielgruppengerechte Programme; Musik & Hörspiele; Lesen; Spiele/Rätsel; Bewegungseinheiten

Geeignete Maßnahmen für Suizidprävention, aber auch für Konflikt-/Gewaltprävention sowie für das frühzeitige Erkennen und Behandeln von psychischen Erkrankungen in die Betreuung, Pflege und Behandlung von Bewohnerinnen und Bewohner zu integrieren

Zugang zu psychosozialen Hilfen aufzeigen und bei Nutzung unterstützen (z.B. Anruf bei der Corona Sorgen Hotline Wien)

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Umsetzung der im Rahmen der Pandemie-Eindämmung genannten notwendigen psychosozialen Maßnahmen für ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen.

3.7 Ethikberatung in Pflegeheimen

Bedarf und Zielsetzungen

Gastbeitrag von Ulrich H.J. Körtner

Menschen, die wochenlang in ihrem Zimmer bleiben mussten, mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern nicht essen, den hauseigenen Garten nicht betreten, die eigene Familie nicht sehen durften – das war auch in österreichischen Pflege- und Seniorenwohnheimen wochenlang Alltag. Mittlerweile hat sich die Lage deutlich gebessert.

Grundsätzlich gilt, dass Mängel in einer Krise besonders deutlich zu Tage treten. Es ist ein strukturelles Problem, wenn Pflegeheime hinsichtlich des Krisenmanagements zu wenig vorbereitet sind. Dass man in der ersten Phase vor allem auf Prävention gesetzt hat, ist verständlich, genügt aber auf die Dauer nicht. Eine der Lehren aus dem zurückliegenden Jahr lautet, dass es in Pflegeeinrichtungen eine Ethikberatung geben sollte.

Ethikberatung beschränkt sich nicht auf Einzelfallbesprechungen, sondern zielt auch auf die Entwicklung von Leitlinien, wie man mit Freiheit, Selbstbestimmung und allfälligen Freiheitsbeschränkungen in Pflegeeinrichtungen umgehen soll. Die Wiener Patientenanwältin Sigrid Pilz hat im Bericht der Wiener Heimkommission 2019 zu Recht darauf hingewiesen, dass es sich bei Einrichtungen wie Pflegeheimen, psychiatrischen Anstalten, Kasernen oder Gefängnissen, sozialwissenschaftlich betrachtet um "totale Institutionen" (Erving Goffman) handelt. Nicht erst in der Corona-Pandemie wird das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner von der zentralen Autorität bestimmt, welche die Regeln hinsichtlich Tagesgestaltung, sozialen Kontakten, Ein- und Ausgang festlegt, die unter Androhung von Sanktionen einzuhalten sind. In der Pandemie haben sich diese Grundgegebenheiten aber nochmals verschärft.

Beispielsweise ist es für Pflegeeinrichtungen über die Covid-19-Krise hinaus wichtig, sich über Freiräume und Grenzen der Selbstbestimmung zu verständigen, die bis hin zu selbstgefährdendem Verhalten reichen können. Man kennt die Problematik schon aus dem Umgang mit Menschen mit Demenz: Wie gehe ich mit einem starken Bewegungsdrang um? Wie bevormundend darf eine Pflegerin, ein Pfleger sein, wenn ein Mensch zu wenig auf seine Körperpflege achtet, sich zu wenig warm anzieht?

Betagten Menschen mag ihre Freiheit und die mit ihr verbundene Lebensqualität wichtiger sein als das bloße Überleben in Isolation. Besuche von Familienangehörigen und Freunden haben vielleicht einen höheren persönlichen Stellenwert als der Schutz vor einer möglichen Ansteckung. Wie kann der mögliche Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge gelöst werden? Wie sind die Schutzbedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner oder ihr Freiheitsverlangen gegen die Schutzbedürfnisse der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, aber auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abzuwägen, die nicht nur Sorge für sich selbst, sondern auch für ihre Familienangehörigen tragen, unter denen manche vielleicht ebenfalls ein besonders hohes Krankheitsrisiko haben.

Generell fungiert die Covid-19-Pandemie als Brennglas und zugleich als Trigger gesellschaftlicher Verhältnisse. Das gilt auch für die Ethikberatung in Pflegeheimen.

Wo es sie noch nicht gibt, hat die Krise einen weiteren triftigen Grund geliefert, sie zu etablieren.

Ethikberatung befasst sich nicht allein mit dem Status quo, sondern auch mit den Zukunftsfragen der Pflege und des Heimwesens. Die Analyse dessen, was in der bisherigen Pandemie gut oder auch weniger gut gelaufen ist, soll helfen, aus Fehlern zu lernen und künftige Strategien zur Deckung des Bedarfs an Pflege und Betreuung zu entwickeln. Das ist nicht allein eine pflegewissenschaftliche und sozialpolitische, sondern auch eine ethische Aufgabe, bei der medizinische, pflegerische und politische Fragen ineinandergreifen. Zu klären ist beispielsweise, wie weit sich Pflege und Betreuung ambulantisieren lassen. Da aber auch in der Zukunft stationäre Pflegeeinrichtungen benötigt werden, ist deren zweckmäßige Größe zu diskutieren. In kleineren Einrichtungen mit wenigen Bewohnerinnen und Bewohnern kann auf individuelle Bedürfnisse vielleicht mehr Rücksicht als in großen Häusern genommen werden. Das muss wiederum nicht unbedingt bedeuten, dass für ein wirkungsvolles Pandemie-Konzept immer die Regel gilt: "Small is beautiful".

Ethikberatung und Ethikkomitees gibt es schon seit längerem in Krankenhäusern, wenngleich in Österreich nicht flächendeckend. Anzustreben ist ihre standardmäßige Implementierung in klinischen Einrichtungen, zu denen auch Mischformen wie Altenpflegeheime, ambulante Altenpflegeeinrichtungen und Tagesheime zählen. In den USA begann die Entwicklung von Ethikberatung in Nursing Homes for Elderly bereits Ende der 1970er/Anfang der 1980er Jahre parallel zur Etablierung Klinischer-Ethikkomitees in den Krankenhäusern. In Österreich besteht hingegen noch Nachholbedarf. Neben hausinternen Beratungsinstrumenten gibt es Modelle ambulanter Ethikberatung. Die Aufgabenstellung beschränkt sich nicht auf die Besprechung und Begutachtung von Einzelsituationen bzw. von allgemeinen, aber exemplarischen Situationen sowie die Entwicklung von Leitlinien oder Richtlinien. Es geht vielmehr grundlegend um die Förderung der ethischen Kultur in der Einrichtung oder auch in einer Trägerorganisation. Die Arbeitsweise ist multidisziplinär, multiprofessionell und prozessorientiert.

Anders als ein Akutkrankenhaus ist eine Pflegeeinrichtung ein auf Dauer angelegter Aufenthaltsort: ein Ort zum Leben, aber auch zum Sterben. Ethikberatung soll die Kontextsensitivität fördern: Das Privatleben der Bewohnerinnen und Bewohner ist eingeschränkt. Ihr Privatleben findet teilweise im öffentlichen Raum statt und ist erheblich durch die Tagesabläufe und Routinen der Einrichtungen mitbestimmt. Die Bedürfnisse des Einzelnen stehen denen der Gemeinschaft, aber auch den Interessen des Trägers gegenüber.

Ethikberatung beschränkt sich nicht auf die individuellen Lebenslagen und mögliche Konflikte, sondern schließt Fragen der Organisationsethik ein. Schließlich beeinflussen die organisatorischen Rahmenbedingungen nicht nur das Handeln der pflegenden Personen oder sonstiger Professionen, die in Einrichtungen der Pflege und der Altenhilfe tätig sind. Sie bestimmen auch die Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung oder von Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus. Neben den Pflegepersonen, den Bewohnerinnen und Bewohnern, fallweise auch den Ärztinnen und Ärzten, sind aber auch noch andere Akteure in die ethische Reflexion einzubeziehen:

- Angehörige
- gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer

Weitere Berufsgruppen, die in Einrichtungen der Pflege und Altenhilfe tätig sind:

- Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Physio- und Ergotherapeutinnen/
Ergotherapeuten, Seelsorgerinnen/Seelsorger
- ehrenamtliche Kräfte, die Besuchsdienste leisten

Neben der Kontextsensitivität ist – mit Stefan Dinges, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Ethik und Recht in der Medizin (Universität Wien), gesprochen – auch die moralische Sensitivität ein Aufgabenfeld der Ethikberatung. Moralische Sensitivität bezieht sich auf Wohlergehen der Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch auf das Wohlergehen und die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (mit Blick und Bezug auf Organisationszweck und -ziele), auf die gerechte Verteilung von Lasten und Belastungen zwischen den Personen, Teams und Berufen im Gesundheitswesen sowie auf die Förderung eines gesellschaftlichen Klimas, in dem grundsätzliche Bereitschaft besteht, Menschen zu helfen und in Krisen Halt zu geben.

Einige der pflegeethischen Aspekte der Corona-Pandemie wurden bereits angesprochen. Weitere kommen hinzu. So haben die Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie nicht nur Menschenleben gerettet, sondern sind auch mit gesundheitlichen Nachteilen und sogar Schäden erkaufte worden. Man denke beispielsweise an Patientinnen und Patienten, die bei Herzinfarktverdacht nicht zur Ärztin bzw. zum Arzt oder in eine Spitalsambulanz gegangen sind, oder an verschobene (elektive) Operationen. Zu den psychischen Folgen der wochenlangen Isolation in Pflegeeinrichtungen gehört, dass sich die Verwirrtheit bei Menschen mit Demenz verschlimmern konnte. Oftmals ließ sich während des ersten Lockdowns beobachten, dass sich der Allgemeinzustand von Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der Altenhilfe infolge der Infektionsschutzmaßnahmen verschlechterte. Das physische Überleben konnte mit dem sozialen Tod erkaufte werden. Es bestand und besteht die Gefahr, Menschen zu Tode zu retten (Johann Hinrich Claussen).

Zusammenfassend seien nochmals die Ziele von Ethik und Ethikberatung in Pflegeeinrichtungen genannt: Grundlegendes Ziel ist die Förderung moralischer Sensitivität zum Wohl aller (!) in einer Pflegeeinrichtung Beteiligten. Konkret geht es um den Abbau von moralischem Stress und seinen destruktiven Folgen. Ethikberatung ist moralische Stressprophylaxe. Sie fördert außerdem Handlungssicherheit in schwierigen Situationen und stärkt zugleich die Fähigkeit, mit ethischen Ambivalenzen umzugehen und mit ihnen zu leben lernen. Man kann es auch so sagen: Ethik hinterfragt die Reduktion komplexer Lebenslagen und Handlungsalternativen auf das einfache Schema von Gut und Böse oder Richtig und Falsch. Ohne einem moralischen Relativismus das Wort zu reden, besteht die Aufgabe der Ethik in der Förderung von Ambiguitätstoleranz (Else Frenkel-Brunswik, Thomas Bauer) auf dem Feld der Moral. Dazu gehört schließlich auch ein sensibler Umgang mit Schuld und Schuldgefühlen sowie die Förderung einer humanen Fehlerkultur. Letztlich ist Ethikberatung ein Instrument der Qualitätssicherung.

Zum Schluss sei aber auch dies gesagt: Professionelle Ethikberatung ist nicht zum Nulltarif zu haben. Sie erfordert nicht nur Zeit, sondern auch Geld. In Anbetracht der schädlichen Folgen, die mangelnde moralische Sensitivität für Bewohnerinnen und Bewohner wie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – bis hin zum Burnout – haben kann, ist die Aufwendung finanzieller und zeitlicher Mittel alles andere als

ein Luxus, den man sich nun auch noch leisten soll, sondern eine überaus sinnvolle Investition in die Zukunft der Pflege.

Autor:

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner,
Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, 1090 Wien;
Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät,
Universität Wien, Schenkenstr. 8–10, A-1010 Wien;
E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at
Homepage: <http://efst.univie.ac.at/ueber-uns/team/ulrich-koertner/>

Die Wiener Heimkommission weiß um die Vielfalt der ethischen Fragestellungen in Wiener Wohn- und Pflegeheimen. Aus diesem Grund wäre die Implementierung einer externen, für die Langzeitpflegeeinrichtungen kostenfreien, Ethikkommission sehr ratsam. Diese soll von allen Akteurinnen und Akteuren der Wohn- und Pflegeheime kontaktiert und in Anspruch genommen werden können.

3.8 Regelmäßige Newsletter für An- und Zugehörige, Bewohnerinnen und Bewohner als Weg der Krisenkommunikation

Schon seit mehr als einem Jahr bietet die SeneCura Residenz Grinzing in Wien Döbling das Angebot eines Newsletters über die Aktivitäten und Neuerungen im Haus an. Um die Toleranz an regelmäßigen Informationen nicht über die Maßen zu strapazieren, wurde dieser anfänglich einmal im Monat versendet. Meist wurde auch eine Thematik mit dem Ersuchen um Rückmeldung inkludiert, um die Hemmschwelle über dieses Medium zu kommunizieren, zu reduzieren. Man erreichte eine Registrierung von ca. 75% der An- und Zugehörigen und einige Bewohnerinnen und Bewohnern. Mit dem ersten Shutdown im Frühjahr 2020 stieg das Interesse, über Geschehnisse im Haus informiert zu werden. Anlassbezogen wurden nun Newsletter versendet und man erreichte eine nahezu wöchentliche Frequenz. Die Registrierung für den Newsletter wurde weiterhin aktiv angeboten und man erreichte bald eine ca. 90% Reichweite bei Angehörigen. Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern blieb die Erreichbarkeit auf diesem elektronischen Weg auf Grund der individuell eingeschränkten Nutzung dieses Mediums allerdings bescheiden. Man beobachtete, dass jedoch jene Bewohnerinnen und Bewohner die diese neuesten Informationen per E-Mail erhielten zu beliebten Informanten wurden. So führte der Newsletter zu internen Bewohnerinnen & Bewohner- Informationstreffs, bei denen über das Neueste gesprochen wurde. Dies veranlasste die Gestalterinnen und Gestalter des Newsletters diesen auch in gedruckter Form aufzulegen. Wichtig war auch, die ausgedruckten Informationen möglichst zeitnah zu dem elektronischen Newsletter bereitzustellen, um nicht einen Informationsvorteil bei den Angehörigen zu erzielen.

In der Adventzeit wurde ein täglicher Newsletter mit täglichem Adventfensterl gestaltet. Ziel war es gerade in der Adventzeit, die Aktivitäten im Haus und die vorweihnachtliche Stimmung für die Angehörigen sichtbar zu machen.

Aber auch die konsequente Umsetzung des hauseigenen Präventionskonzeptes sollte transparent gemacht werden. Die lachenden Gesichter der Bewohnerinnen und Bewohner ohne Maske und das versteckte Lächeln des Personals hinter den Schutzmasken sollten in Bildern hinter den Fensterln festgehalten werden. Die Summe aller Adventfensterln sollten einen Gesamtüberblick über diese Zeit im Hause dokumentieren. Als dieser tägliche Adventkalender angekündigt wurde, war man über die Resonanz sehr erstaunt. Es gab eine spontane Abmeldung vom Newsletter "aus Zeitgründen". Es gab aber auch spontane zusätzliche Registrierungen von weiteren Empfängerinnen und Empfängern innerhalb der Familien, sodass damit auch mehrere Generationen innerhalb der An- und Zugehörigen erreicht werden konnten.

Einerseits konnten so auch tagesaktuell Informationen weitergegeben werden, zum Beispiel über durchgeführte Testungen, aufgetretene Verdachtsfälle und die Auswirkungen auf das hauseigene Präventionskonzept. Es kamen aber auch sehr viele positive Rückmeldungen und aufmunternde Worte, die gerne an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergegeben wurden. Es gab auch viele einzelne Fragen, die individuell beantwortet wurden, aber auch um im nächsten Newsletter prinzipiell darüber zu informieren. Natürlich wurden auch tägliche News übermittelt, die auf Grund der Tagesaktualität sehr hilfreich erlebt wurden. Auffällig war auch die sinkende Hemmschwelle, in direkten Kontakt zu treten. So konnten konkrete Informationsbedürfnisse und Ängste erkannt und auf kurzem Wege darauf reagiert werden.

Ein Newsletter an alle Angehörigen, der in der Coronazeit an Häufigkeit zunahm und in der Akutphase auch täglich versendet wurde, schuf eine große Vertrauensbasis zwischen dem Haus und den An- und Zugehörigen. Es schien wichtig zu sein, zu kursierenden Medienberichten Stellung zu nehmen. Wenn es auch inhaltlich, oft wegen noch fehlender ausständiger gesetzlicher Regelungen, meist keine weiterführenden Erläuterungen geben konnte, so konnte doch darauf hingewiesen werden, dass man sofort informiert, sobald sich Informationen konkretisieren.

Die Wiener Heimkommission begrüßt, dass in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen Kommunikation zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen auf verschiedensten Wegen über mannigfaltige Medien gelebt wird.

3.9 Partizipative Therapieentscheidungen – Gemeinsam gut entscheiden

Gegenwärtig gibt es in Österreich, Europa und der gesamten industrialisierten Welt mit ca. 20% den größten Anteil der Gesamtbevölkerung bei den mehr als 60-Jährigen. Die Gruppe der "Hochaltrigen", also der Menschen mit mehr als 80 Lebensjahren, wird sich von weltweit derzeit ca. 140 Millionen bis 2050 auf 425 Millionen mehr als verdreifachen.

Gesundheitssysteme fokussieren sich noch immer auf das Management von unidimensionalen, "monodiagnostischen" Problemen der zu Betreuenden – sie werden somit nicht den sich gewandelten Bedürfnissen der alternden Menschen mit ihrem Risiko einer Gebrechlichkeit (Frailty) mit zunehmenden Pflege- und Betreuungsbedarf, mit der charakteristischen Multimorbidität und der sich daraus ergebenden Polypharmazie, gerecht. Mangelnde Koordination zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten verschiedener medizinischer Fachdisziplinen kann in einer inadäquaten, unangebrachten medikamentösen Behandlung dieser geriatrischen Patientinnen und Patienten führen.

2009 wurde in den USA unter der Federführung des American Board of Internal Medicine die Choosing Wisely Initiative (CWI) mit dem Ziel der Reduktion von nicht angebrachten, nicht notwendigen oder schädlichen medizinischen Leistungen gegründet (www.choosingwisely.org). Dabei erstellen medizinische Fachgesellschaften Listen von fünf präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Verfahren, die zu häufig bzw. inadäquat eingesetzt werden. Da diese Empfehlungen von Ärztinnen und Ärzten an Ärztinnen und Ärzte ergehen, schuf dies eine Grundlage für eine intensiviertere Diskussion über die Sinnhaftigkeit dieser Leistungen. Mittlerweile hat die Initiative weltweite Verbreitung gefunden. Auch in Europa wurden in vielen Ländern (z.B. Deutschland, Großbritannien, Italien, Schweiz) Kampagnen mit ähnlichen Zielen gestartet.

In einem Zusammenschluss österreichischer medizinischer Fachgesellschaften und Einrichtungen zur evidenzbasierten Medizin wurde im Jahr 2018 diese Qualitätsinitiative unter dem Titel "Gemeinsam Gut Entscheiden" nun auch in Österreich etabliert.

Die Ziele von "Gemeinsam Gut Entscheiden" sind:

- Steigerung der Qualität und Effizienz (Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung) der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten durch rationalere Entscheidungsfindung
- Intensivierung und Systematisierung des Dialogs zwischen Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten zu verschiedenen medizinischen Serviceleistungen zur Stärkung einer partizipativen Entscheidungsfindung
- Einbindung multidisziplinärer, berufsgruppenübergreifender Expertinnen und Experten sowie Patientinnen und Patienten in die Erstellung der Empfehlungslisten (Top-5-Listen)
- Vermeidung regionaler Sonderwege durch Koordination durch österreichische Fachgesellschaften

Das erste Pilotprojekt wurde mit der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) und der österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) erarbeitet, es ging um die "Erstellung, Dissemination und Evaluierung einer Top 5 Liste zur Versorgung geriatrischer Patienten im österreichischen Gesundheitssystem".

Primäres Ziel war die Erstellung einer Liste mit fünf Empfehlungen zu medizinischen Maßnahmen (diagnostische Tests, Interventionen u.a.) in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in Österreich, die hinterfragt werden sollten, da sie wenig bis gar keinen nachweisbaren Nutzen haben bzw. zum Teil sogar ein erhöhtes Schadenspotenzial aufweisen und durchaus auch hohe, vermeidbare Kosten verursachen.

Weitere Projektziele waren die patientinnen- und patienteninformationsgerechte Aufbereitung der Evidenz zu diesen Top-5-Empfehlungen, die Entwicklung von Strategien zur Dissemination und Implementierung der Empfehlungen sowie die Evaluierung des Projekts.

Verlässliche, evidenzbasierte Empfehlungen mehrerer internationaler Leitlinien, Metaanalysen und Health Technology Assessment Verfahren (HTA) zur Diagnostik und Behandlung häufiger medizinischer Probleme geriatrischer Patientinnen und Patienten wurden von einem 15-köpfigen Gremium österreichischer Geriatrieexpertinnen und -experten anonym in einem s.g. Delphi-Verfahren auf deren Bedeutung und Relevanz für den klinischen Alltag beurteilt. Die Reihung der Empfehlungen erfolgte nach dem Ausmaß der Übereinstimmung zu diesen. Die fünf Empfehlungen mit dem höchsten erreichten Konsens ergaben die Top-5-Liste. Diese wurde sodann in einer Broschüre publiziert, die in großer Auflage veröffentlicht und zur Verteilung in Ordinationen und Gesundheitseinrichtungen gelangt ist. Sie ist über www.gemeinsam-gut-entscheiden.at herunterladbar und präsentiert sich wie folgt:

1. Harnkatheter:

Harnkatheter begünstigen Harnwegsinfektionen. Nutzen und Risiko sollten sorgfältig abgewogen und Katheter so kurz wie möglich verwendet werden.

2. Bakterien im Harn:

Bakterien im Harn erfordern nicht zwangsläufig Antibiotika.
Nur wer Beschwerden hat, braucht auch eine Behandlung.

3. Psychopharmaka bei Demenz:

Antipsychotika sind kein geeignetes Mittel gegen Verwirrtheit und Unruhe bei Demenz. Die Ursache des auffälligen Verhaltens sollte gesucht und behandelt werden.

4. Künstliche Ernährung:

Im Vergleich zur Unterstützung beim Essen haben Magensonden keinen Vorteil bei Menschen mit Demenz, bedeuten aber teils schwere Gesundheitsrisiken.

5. Früherkennungsuntersuchungen:

Früherkennungsuntersuchungen haben Risiken.
Immer Vor- und Nachteile abwägen – besonders in der Geriatrie.

Die Wiener Heimkommission begrüßt Initiativen zum rationalen, adäquaten, die individuellen Bedürfnisse geriatrischer Patientinnen und Patienten berücksichtigenden Einsatz diagnostischer und therapeutischer, medikamentöser Maßnahmen wie die "Gemeinsam Gut Entscheiden"- Initiative. Hervorzuheben ist auch das Bemühen um einen partizipativen Prozess der Einbeziehung der Betroffenen in den Entscheidungsprozess.

3.10 Optimierung der medizinischen Versorgung in Pflegewohnhäusern

Ausgangssituation

Der Anstieg der älteren und hochaltrigen Bevölkerung und der damit verbundene Anstieg an pflegebedürftigen Personen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen bringen besondere Herausforderungen hinsichtlich der medizinischen Versorgung mit sich. Viele Einrichtungen werden aktuell durch niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner versorgt, die für ihre Leistungen durch die Österreichische Gesundheitskasse abgegolten werden. Dies stellt für viele Ärztinnen und Ärzte keinen großen ökonomischen Anreiz dar. Es ist somit sehr schwierig, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner für die Versorgung der Pflegeeinrichtungen zu gewinnen. Da Bewohnerinnen und Bewohner erst mit einer hohen Pflegestufe in die Einrichtung kommen, wird die durchschnittliche Verweildauer in der Einrichtung immer kürzer. Damit steigen jedoch die Anforderungen an die Medizin. Bewohnerinnen und Bewohner sind sehr häufig geriatrische Patientinnen und Patienten, bei denen gleichzeitig mehrere behandlungsbedürftige Erkrankungen bestehen. Die dadurch nötige Weiterentwicklung in Richtung Hospiz und Palliativ Care bedeutet auch mehr medizinischen Aufwand in den Einrichtungen. Rahmenbedingungen, die das Erwachsenenschutzgesetz vorgibt, erfordern zusätzlich auch mehr Zeit für Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern und An- und Zugehörigen. Die Anforderungen an die medizinische Versorgung werden demnach größer. Gleichzeitig kommt eine Pensionierungswelle von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner auf uns zu.

Wenn eine medizinische Versorgung in Einrichtungen nicht zeitnahe erfolgen kann, werden Menschen mit einem entsprechenden Bedarf derzeit vermehrt stationär in Akutspitälern aufgenommen. Dies bedeutet nicht nur einen wesentlichen Kostenmehraufwand für das System, sondern vor allem für Bewohnerinnen und Bewohner eine Belastung, welche sich auf deren Wohlbefinden auswirkt. Mit einer optimierten medizinischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung könnten Krankenhaus- oder Ambulanzkontakte reduziert werden.

Hinzu kommt die Problematik der Polypharmazie. Die in der Fachliteratur am häufigsten verwendete Definition von Polypharmazie ist die gleichzeitige Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln. In Österreich erfüllt etwa ein Viertel der über 60-jährigen (das heißt derzeit rund 500.000 Personen) diese Definition für Polypharmazie. Polypharmazie ist mit negativen Auswirkungen für Patientinnen und Patienten (Bewohnerinnen und Bewohner) und für Gesundheitsdienstleister assoziiert und verursacht dem Gesundheitssystem erhebliche Kosten. Polypharmazie erhöht das Risiko für Medikationsfehler und unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) deutlich und ist assoziiert mit einer erhöhten Hospitalisierungsrate. 57% der Hospitalisierungen der über 71-Jährigen ist auf Medikamentennebenwirkungen zurückzuführen (Schuler et al., Wien Kleine Wochenschr. 2008; 120 (23-24):733-41). Dies ist durch eine optimale Arzneimitteltherapie unter einer qualitativen Behandlung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in der Einrichtung vermeidbar. Dabei geht es vor allem auch um eine Verbesserung der Schnittstelle zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bzw. Fachärztinnen und Fachärzten.

Auswirkungen durch COVID-19

Aus aktuellem Anlass rückt noch ein weiterer Gesichtspunkt in den Vordergrund. In der derzeitigen Krisensituation im Rahmen der COVID-19-Pandemie wird deutlich sichtbar, wie essentiell die medizinische Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in den Einrichtungen ist. Denn ist eine Versorgung innerhalb der Einrichtungen sichergestellt, können die Kapazitäten der kritischen Infrastrukturen freigehalten werden. Zudem würde eine unnötige Überstellung in ein Krankenhaus einen Risikofaktor für eine Erkrankung an COVID-19 für Bewohnerinnen und Bewohner darstellen.

Handlungsbedarf

Um die notwendige Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner nicht zu gefährden, müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden, unter denen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bereit wären weiterhin bzw. überhaupt die Versorgung zu übernehmen. Dazu gehören klare Prozesse und abgestimmte Abläufe und ein fachlicher Austausch in den Einrichtungen, um die Zeit vor Ort gut nutzen zu können und behandlungsrelevante Themen besprechen zu können. Um langfristig eine gute Zusammenarbeit zwischen sowohl Einrichtung als auch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern gewährleisten zu können, braucht es vor allem Vertrauen auf beiden Seiten.

Aus all diesen Gründen wurde die Optimierung der medizinischen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen durch die Landes-Zielsteuerungskommission (L-ZSK) im Jahr 2014 als wesentlicher Punkt identifiziert. Die Caritas Wien wurde gemeinsam mit dem Haus der Barmherzigkeit (HB) im September 2018 damit beauftragt, ein Umsetzungskonzept für eine quantitativ ausreichende und qualitativ entsprechende medizinische Versorgung für alle Bewohnerinnen und Bewohner in Wohn- und Pflegeeinrichtungen des 21. und 22. Bezirks zu entwickeln.

Umsetzungskonzept zur Optimierung der medizinischen Versorgung für die Modellregion 21. und 22. Bezirk

Im Rahmen dieses Projekts sollen Kommunikationslücken weitestgehend vermieden werden, um Kontinuität und Verlässlichkeit gewährleisten zu können. Die dem Projekt zugrundeliegende Konzeption geht von der Annahme aus, dass es für eine qualitativ hochwertige, effiziente medizinische Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeeinrichtungen, eine intensive Beziehung zwischen den unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten als auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung braucht. Das Projekt soll dazu dienen, diese Netzwerke gemeinsam aufzubauen. Dies sichert eine effiziente Organisation der Abläufe für alle an der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner beteiligten Berufsgruppen. Vereinbartes muss von beiden Seiten verlässlich erbracht werden, denn nur so kann die Qualität der medizinischen Versorgung aufrecht erhalten bleiben bzw. verbessert werden.

Ziele des Projekts

Ziel dieses trägerübergreifenden Projekts ist es, Wohn- und Pflegeeinrichtungen dahingehend zu unterstützen, dass sie zukünftig eine nachhaltig qualitätsgesicherte, effektive und effiziente medizinische Versorgung für ihre Bewohnerinnen und Bewohner anbieten können. Durch die optimierte medizinische Versorgung soll eine höhere Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner erreicht werden. Zudem sollen auch die Prozesse in der Ablauforganisation der Pflegeeinrichtung

durch die Reduzierung von Notfallsituationen eine Stabilisierung erfahren. Mittels Kooperationen und abgestimmter Prozesse wird eine höhere Leistungsfähigkeit sowie eine höhere Kosteneffizienz, durch den "Best Point of Service" im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner, angestrebt. Insgesamt wäre damit auch die Erhöhung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen verbunden.

Im Rahmen dieses Projekts wurden deshalb in einem kooperativen Verfahren mit allen relevanten Stakeholdern ein entsprechender Leistungskatalog (z.B. über regelmäßige Visiten und Ad-hoc Konsultationen, sowie deren Dokumentation, Angehörigengespräche usw.) und Verhaltensgrundsätze definiert, sowie gemeinsame Standards (z.B. Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzte) entwickelt, nach denen die medizinische Versorgung in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen, zunächst in der Modellregion (21. und 22. Bezirk), zukünftig ablaufen wird. Darüber hinaus wurden mögliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den Allgemeinmedizinerinnen, Allgemeinmedizinern und Einrichtungen entwickelt. Im Rahmen des Projekts wird eine Gesamtpauschale ausverhandelt, die einen adäquaten Ausgleich für die erbrachten Leistungen darstellt. Diese wird den teilnehmenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern als Ergänzung zu den bestehenden Vergütungssystemen quartalsweise ausbezahlt.

Rahmenbedingungen zur Optimierung der Medizinischen Versorgung von Wiener Wohn- und Pflegeheimen

- Ein Ärztinnen- und Ärztenetzwerk ist für eine kontinuierliche allgemeinmedizinische Versorgung in den Pflegewohnhäusern der Projektregion zuständig. Versorgung am "Best Point of Service".
- Das Netzwerk wird über eine Netzwerkkoordinatorin bzw. einen Netzwerkkoordinator organisiert.
- Jede Bewohnerin bzw. jeder Bewohner hat eine Bezugsärztin bzw. einen Bezugsarzt aus dem Netzwerk. Vertretungen und deren Organisation finden grundsätzlich durch die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner aus dem Netzwerk statt. Sollte sich keine ärztliche Vertretung finden, übernimmt eine Netzwerkkoordinatorin bzw. ein Netzwerkkoordinator die Organisation.
- Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner arbeiten entlang des vereinbarten Leistungskatalogs und nach einheitlichen Standards.
- Jede Allgemeinmedizinerin und jeder Allgemeinmediziner aus dem Netzwerk ist über eine eigene Kooperationsvereinbarung vertraglich der einzelnen Einrichtung verpflichtet.
- Für die Schnittstellen wurden strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen, die den Austauschprozess zwischen Pflegepersonen und Ärztinnen- Ärzteteam unterstützen.
- Eine Erreichbarkeit der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in einem definierten Zeitraum zwischen 8.00 und 19.00 Uhr ist gewährleistet. In der Zeit davor/danach ist eine ärztliche Versorgung, durch den Ärztfunkdienst oder eine Notfallversorgung durch den Rettungsdienst, ggf. auch über eine Dringlichkeitseinschätzung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, gegeben.
- Das Projekt wird begleitend evaluiert und sollte, wie zu Beginn geplant, auf ganz Wien ausgerollt werden.

Die Umsetzung des Projektes in den Modellregionen soll zudem dazu dienen, daraus Erfahrungen zu gewinnen und etwaige Verbesserungen in die weitere Ausrollung einfließen zu lassen.

Aktueller Projektstand

Die Grundlagen und Rahmenbedingungen des Projekts (samt Kooperationsvereinbarungen) sind ausverhandelt und festgelegt. Hinsichtlich der Höhe des Pauschalhonorars finden derzeit Verhandlungen zwischen ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse) und Ärztekammer (und auch der Stadt Wien) statt.

Das Umsetzungskonzept für die Modellregion ist fertiggestellt und liegt nun bei der ÖGK. Ziel war es das Projekt mit 01.04.2020 in der Modellregion zu starten. Bisher ist jedoch keine Entscheidung gefallen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

Es ist ein wichtiger nächster Schritt, das Projekt rasch in der Modellregion für die nächsten zwei Jahre in Umsetzungsphase zu bringen. Mit einer begleitenden Evaluierung dieser Pilotphase kann das Projekt so weiterentwickelt und adaptiert werden, dass eine Ausrollung auf ganz Wien nach dieser Pilotierungsphase gut möglich ist.

Das Thema sollte jedenfalls trägerübergreifend umgesetzt werden, nur so kann eine qualitätsvolle und langfristige Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern gewährleistet werden.

3.11 Emotionsarbeit in der Pflege – Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse

Pflege ist ein hochemotionales Arbeitsfeld. Pflege lässt sich nicht auf rein manuell-fachliche Tätigkeiten reduzieren. Für das Gelingen professioneller Pflege ist immer auch eine emotional-fachliche Komponente erforderlich. Emotionsarbeit ist daher bewusst oder unbewusst ein integraler Bestandteil professioneller Pflege. (Pfabigan, 2019).

Definition Emotionsarbeit

Emotionsarbeit wird als die berufliche Regulierung der eigenen Emotionen anhand von Gefühls- und Darstellungsregeln beschrieben (Hochschild, 2006). Pflegepersonen regulieren ihre eigenen Emotionen und ermöglichen somit Bewohnerinnen und Bewohnern vertrauensvolle sowie angenehme Beziehungen (Pfabigan, 2019).

In verschiedenen Konzepten zur Emotionsarbeit werden dabei die beiden zentralen Emotionsregulierungsstrategien Surface Acting (Oberflächenhandeln) und Deep Acting (Tiefenhandeln) identifiziert.

Wenngleich die Regulierung der eigenen Emotionen in den letzten Jahren vielfach erforscht wurde und Evidenzen zur Emotionsregulierung vorliegen (Hülshager & Schewe, 2011; Schmidt & Diestel, 2014), finden sich die Erkenntnisse daraus unzureichend in der Pflegepraxis wieder (Krey, 2015). Vielmehr werden Emotionen als Störfaktor gesehen, unterdrückt und nicht beachtet, was die Entwicklung von angemessenen Handlungsoptionen erschwert und mit erheblichen negativen Auswirkungen einhergeht (Cecil & Glass, 2015).

Wissenschaftlicher Konsens besteht darüber, dass Stressbelastungen, die aus der Vernachlässigung der eigenen Emotionen resultieren, langfristig zu Frustration,

Verzweiflung, Resignation und zu körperlicher wie emotionaler Erschöpfung und Krankheit führen und mit schlechteren Bewohnerinnen- bzw. Bewohner-Outcomes sowie einer reduzierten Pflegequalität einhergehen (Holman, Martinez-Inigo & Totterdell, 2008; Pernlochner-Kügler, 2010; Hülshager & Schewe, 2011; Schmidt & Distel, 2014; Gillman et al., 2015).

Aus Studien geht weiter hervor, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen Jobzufriedenheit und dem Verbleib im Beruf mit psychologischem Empowerment gibt. (Gao et al, 2016; Dahinter et al., 2016). Dieser Verbleib von Pflegepersonen in der Praxis ist ein Schlüsselement, um dem bestehenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken (Wang et al., 2012; Zhao, 2013; Sabanciogullari & Dogan, 2015; Masum et al., 2016; Chen et al, 2016; Zhang et al., 2016)

Da sich Pflegepersonen emotional belastenden Situationen nicht entziehen können (Pfabisan, 2019), benötigen sie Unterstützung und Begleitung, damit sie langfristig emotional und psychisch gesund bleiben können. Im Haus der Barmherzigkeit/ Seeböckgasse nimmt die Förderung der Gesundheit von Pflegepersonen einen hohen Stellenwert ein.

Die Pflegedirektion gibt besonders dem Thema Emotionsarbeit viel Raum, um Pflegepersonen unter anderem im adäquaten Umgang mit belastenden Situation zu schulen. Pflegepersonen sollen befähigt werden, flexibel auf ein möglichst großes Repertoire an Emotionsregulierungsstrategien zurückgreifen zu können. Daneben gilt es die organisationalen Rahmenbedingungen sowie persönlichen Ressourcen zu fördern.

Um diesen Zielen nachzukommen wurden/werden im Haus der Barmherzigkeit folgende Maßnahmen durchgeführt:

1. Sensibilisierung und Thematisierung

Durch Beiträge in Social-Media Kanälen und internen Kommunikationsplattformen wurden/werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem Thema konfrontiert. Ziel ist es ein Bewusstsein für das so wichtige Thema zu schaffen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neugierig zu machen.

2. Wissensvermittlung zur Erweiterung der Handlungskompetenz

Damit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter flexibel auf ein möglichst breites Repertoire an adäquaten Emotionsregulierungsstrategien zurückgreifen können, benötigen sie entsprechende Kompetenzen. Diese Kompetenzen werden im Rahmen von Workshops vermittelt. Die Workshops orientieren sich am TEK-Konzept (Training emotionaler Kompetenz), welches von Prof. Berking an der Universität Erlangen entwickelt und dessen Wirksamkeit nachgewiesen wurde. Die Workshopleitung hat eine diesbezügliche Ausbildung absolviert und ist damit berechtigt die Workshops durchzuführen.

Neben den neuropathologischen Grundlagen wird in den Workshops vor allem die Handlungskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in emotional belastenden Situationen gefördert. Das Zeitausmaß der Workshops beträgt 24 Stunden, wobei die Workshops auf drei Termine aufgeteilt sind. Zwischen den Terminen wird bewusst Zeit zum Umsetzen der erworbenen Fähigkeiten eingeplant. Damit die vermittelten Kompetenzen bestmöglich in der Pflegepraxis umgesetzt werden können, wird von Seiten der Workshopleiterin eine begleitende Praxisreflexion angeboten.

Hierfür können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Leitungen mit der Workshopleiterin Termine vereinbaren und es finden Praxisbegleitungen statt.

Fallbesprechungen zur gemeinsamen Reflexion von belastenden Situationen im (multiprofessionellen) Team bieten sich als hilfreiche Methode an. Diese werden im Haus der Barmherzigkeit schon lange praktiziert und durch das Team der Pflegeberaterinnen und -berater begleitet. Gemeinsames Ziel ist es den Gestaltungs- und Handlungsrahmen zu erweitern und eine (psychische) Entlastung zu erreichen.

3. Förderung einer authentischen Teamkultur

Soziale Unterstützung im Team wirkt sich nachweislich positiv auf die emotionale und psychische Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus (Freud et al., 2012). Eine Kultur in der über (negative) Gefühle offen gesprochen werden kann und in der sich Pflegepersonen gegenseitig unterstützen, ist daher anzustreben.

Der Stellenwert einer positiv gelebten Teamkultur wurde im überarbeiteten Pflegeleitbild abgebildet und bietet daher allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine diesbezügliche Orientierung.

Den Führungskräften kommt bei der Umsetzung des Pflegeleitbildes eine wesentliche Rolle zu. Dafür werden sie durch die kontinuierliche Weiterentwicklung von Leadership -Kompetenzen im Rahmen von Fortbildungen gestärkt.

4. Supervision

Supervision ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein betriebliches Gesundheitsförderungsangebot. Zirka sechs Mal im Jahr haben alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse die Möglichkeit, sich unter der Moderation eines externen Supervisors zu belastenden Themen auszutauschen. Die Supervisionen finden innerhalb derselben Hierarchiestufe statt. Das heißt Kolleginnen und Kollegen der gleichen hierarchischen Ebene nehmen an der Supervision teil.

5. Gesundheitsförderungsangebote (Klangschale, Yoga...)

Um die Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stärken, zu fördern und sie widerstandsfähiger gegenüber (emotionalen) Belastungen zu machen, bietet das Haus der Barmherzigkeit eine Palette an Gesundheitsförderungsmaßnahmen an. Als Beispiel werden hier die Teilnahmemöglichkeit an Klangmassagen sowie persönliche Therapeutic Touch-Angebote erwähnt. Darüber hinaus werden Bewegungsangebote etwa in Form von Yoga oder Rückenfit-Kursen angeboten.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich in emotionalen Ausnahmesituationen/ Krisen befinden, haben darüber hinaus die Möglichkeit, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des hausinternen psychologischen Teams zu kontaktieren.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Auseinandersetzung mit dem Thema "Emotionsarbeit". Durch Training im Umgang mit den eigenen Emotionen und Belastungen kann die Resilienz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestärkt werden. Der Alltag im Langzeitpflegebereich wird immer anspruchsvoller. Die emotionalen Kompetenzen und die psychische Stabilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ein wesentlicher Faktor für das Gelingen professioneller Pflege. Die erforderlichen Kompetenzen können trainiert werden.

3.12 Klinische Psychologie im geriatrischen und sozialpsychiatrischen Kontext

Am Beispiel Betreutes Wohnen Kabelwerk

Mit dem Erhalt der FSW (Fonds Soziales Wien) Leistung Sozialpsychiatrie musste im Betreuten Wohnen Kabelwerk gleichzeitig sichergestellt sein, dass die dafür vorgesehenen zusätzlichen Berufsgruppen vertreten sind. Hierzu gehört neben der Psychotherapie unter anderem auch die Klinische (und Gesundheits-) Psychologie.

Die Ausübung der Klinischen Psychologie umfasst die durch den Erwerb fachlicher Kompetenz erlernte Anwendung von gesundheitspsychologischen und klinisch-psychologischen Erkenntnissen und Methoden bei der Untersuchung, Behandlung, Auslegung, Änderung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens von Menschen und ihrer Lebensbedingungen einschließlich der Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Evaluation.

Was konkret bedeutet das nun für das Betreute Wohnen Kabelwerk?

Der geriatrische Bereich – Betreuung und Pflege

Das Alter des zu betreuenden Klientel liegt aktuell zwischen 47 und (fast) 98 Jahren. Die Hintergründe, die ein betreutes Wohnen notwendig machen, sind zahlreich.

Der Bereich Betreuung und Pflege umfasst einerseits geriatrische Bewohnerinnen und Bewohner, die mehr oder weniger selbständig leben, ihre täglichen Angelegenheiten in unterschiedlichem Ausmaß erledigen, sich eigenständig um Körperpflege und Medikation kümmern und mitunter nur in kleinen Belangen, wie z.B. dem Öffnen und Schließen der Waschmaschine Hilfe benötigen, aber trotzdem auf das durchgehend vorhandene Betreuungsangebot im Sinne von "es ist jemand da" nicht verzichten möchten, andererseits jene Personen, die bereits in stärkerem Ausmaß von Gebrechlichkeit und zum Teil auch von Multimorbidität betroffen sind.

Die psychologische Betreuung gestaltet sich hier vielfältig. Bereits beim Einzug wird Kontakt geknüpft, insbesondere die Eingewöhnungsphase ist für viele Betroffene eine große Herausforderung. Die neuen Bewohnerinnen und Bewohner fühlen sich oft aus ihrem früheren Dasein herausgerissen. Das alte Leben endet, vieles ist anders als gewohnt, Abläufe, Regelungen und das Leben als Teil einer Wohngemeinschaft (WG). Der Verlust der eigenen Wohnung, des bekannten Zuhauses trifft die Menschen besonders hart. Eine Phase der Trauer ist oft Teil des Eingewöhnungsprozesses, der mit viel Einfühlungsvermögen und Geduld begleitet werden muss. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses ist hier die beste Medizin.

Nach der (auch gefühlten) Ankunft der Bewohnerin bzw. des Bewohners gilt es, das nun neue Leben auch dementsprechend umzugestalten, um zu verhindern, dass die Bewohnerin bzw. der Bewohner in ein Loch aus Lethargie, Langeweile, (empfundener) Sinnlosigkeit und Depression fällt. Hier ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit ganz besonders hervorzuheben. Nur mit Hilfe der Gesamtheit aller zur Verfügung stehenden Berufsgruppen ist es möglich, die Bewohnerin bzw. den Bewohner auch langfristig bestmöglich zu betreuen. Ziel ist es, eine Tagesstruktur zu etablieren, die es ermöglicht, ein erfüllendes Leben im Betreuten Wohnen zu haben.

Natürlich bleiben auch Schicksalsschläge nicht aus. Sei es die Verschlechterung des eigenen Gesundheitszustandes, der Verlust zuvor selbstverständlich vorhandener Fähigkeiten, Todesfälle im Familien- und Freundeskreis, aber auch das Miterleben von

Sterbefällen unter den Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Aufgabe der klinischen Psychologie liegt hier vor allem im Führen von Krisen- und Entlastungsgesprächen, aus denen sich mitunter auch längere Begleitungsphasen entwickeln, die mitunter dazu dienen, das eigene Leben und Erleben ein Stück weit zu betrachten und zu reflektieren.

Zu guter Letzt findet, wo Bedarf vorhanden, ein reger Austausch mit den Angehörigen statt, teils psychoedukativ, teils supportiv; manchmal aber einfach auch ausschließlich teilnehmend.

Der sozialpsychiatrische Bereich

Der Bereich der Sozialpsychiatrie stellt das Betreute Wohnen mitunter vor andere Herausforderungen. Die im Pflegebereich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben oft keine, oder eine nur sehr kurz gehaltene, überblicksartige Ausbildung den psychiatrischen Bereich betreffend. Unsicherheit und Angst können die Folge sein, die Sorge darüber, etwas "falsch zu machen" hemmt und verlangsamt die Eingewöhnung. Die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner kommen oft direkt aus diversen Kliniken in eine Betreuungsinstitution, haben lange Krankenhausaufenthalte hinter sich, sind an einen Klinikalltag gewohnt und ziehen mit unterschiedlichsten Krankheitsbildern ein. Informationen zu biografischen Daten oder der Entstehungsgeschichte der Erkrankung sind oft lückenhaft oder schwer zu eruieren. In vielen Fällen sind Angehörige entweder nicht mehr vorhanden, oder der Kontakt ist bereits vor langer Zeit abgerissen. Dann bleiben oft nur Entlassungsbriefe und Pflegeberichte, um sich einen einigermaßen zutreffenden Überblick zu verschaffen. Aber auch hier gilt das Schaffen eines Vertrauensverhältnisses als Basis der weiteren Arbeit mit der Bewohnerin oder dem Bewohner. Die klinische Psychologie sieht sich hier in der Vermittlerrolle. Die Übermittlung von Störungswissen stellt eine Säule dar, deren Zweck es ist, Verhaltensweisen und Reaktionen verständlicher, nachvollziehbarer und damit besser annehmbar zu machen. Gleichzeitig soll ein engmaschiger, regelmäßiger Austausch im Team Platz für Fallbesprechungen und gegenseitige Stärkung geben. Unsicherheiten können so bestmöglich besprochen und Unterstützung gegeben werden.

Bereits beim Einzugsgespräch wird verstärkt darauf geachtet, dass gewisse Grundvoraussetzungen, wie z.B. Compliance bei der Medikamenteneinnahme, erfüllt sind. Da ein Neuzugang immer eine Veränderung für beide Seiten bedeutet, ist es essenziell, die gruppenspezifischen Auswirkungen mit zu bedenken. Eine klinische Ersteinschätzung hilft dabei, das Team gut auf die Bewohnerin bzw. den Bewohner vorzubereiten, mitunter besondere Bedürfnisse gezielter zu erfüllen und dadurch einen reibungsloseren Einzug zu ermöglichen. In Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Fachärztin und der Ärztlichen Leitung wird von Beginn an auf die richtige medikamentöse Versorgung geachtet, Schwankungen der Stimmung, des Antriebs, der Affizierbarkeit oder auch Kontaktierbarkeit werden dabei besonders sensibel wahrgenommen. Die diesbezüglichen Informationen kommen dabei sehr häufig aus dem Pflege- und Betreuungskontext, hier ist die klinische Psychologie jene Stelle, an der die gemachten Beobachtungen zusammenlaufen. In Abstimmung mit der Pflege- und Hausleitung wird entschieden, welche Schritte zu setzen sind, um mögliche Komplikationen gut abfangen zu können.

Psychologische Diagnostik

Auch die klinisch-psychologische sowie die neuropsychologische Diagnostik spielen eine Rolle, jedoch in untergeordnetem Ausmaß. Bewohnerinnen und Bewohner mit einem demenziellen Krankheitsbild werden jährlich, jene mit antidementiver Medikation halbjährlich einem entsprechenden Screeningverfahren unterzogen. Ausführlichere Testungen und dazugehörige Befunde setzen eine konkrete Fragestellung voraus, die den mitunter großen Aufwand für die Bewohnerinnen und Bewohner rechtfertigen. Es handelt sich hier u.a. um Themen wie einen Auszugswunsch, den Verdacht auf Demenz versus Depression oder Ähnliches. Besonderer Wert wird auf eine gute Umsetzbarkeit gelegt. Diagnostik soll kein zusätzlicher Stressor für die Bewohnerinnen und Bewohner sein.

Der Blick zurück

Nach nun fast einem Jahr Betreutes Wohnen Kabelwerk mit Bewohnerinnen und Bewohnern beider Leistungen (Betreuung und Pflege sowie Sozialpsychiatrie), kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Implementierung der klinischen Psychologie als Teilbereich eines multiprofessionellen Teams sehr gelungen scheint. Der Fachbereich dient als Stütze für die Bewohnerinnen und Bewohner, als Vermittler, sowie als weitere Wissenssäule im Team, sieht sich dabei aber ausschließlich als eines unter mehreren Zahnrädern, die ein Funktionieren erst gemeinsam möglich machen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Implementierung der Klinischen Psychologie im geriatrischen und sozialpsychiatrischen Kontext im Betreuten Wohnen Kabelwerk. Eine Erweiterung eines solchen Angebotes nach Evaluierung des Bedarfs ist auch für Langzeitpflegeeinrichtungen anderer Rechtsträger durchaus empfehlenswert.

3.13 Sozialpsychiatrischer Schwerpunkt im Therapiezentrum Ybbs – Sozialtherapie

In der Sozialpsychiatrie Ybbs werden im Rahmen des Gesundheitsverbundes Wien spezielle Leistungen in der Betreuung und Therapie für sozial bedürftige Menschen angeboten. Als Teil einer Langzeitpflegeeinrichtung stehen dafür 48 Betten in Wohngruppen mit maximal zehn Bewohnerinnen und Bewohnern und ausschließlich Einbettzimmer zur Verfügung, sowie ein umfangreiches Therapie- und Beschäftigungsangebot durch ein multiprofessionelles Team.

Das Angebot richtet sich an Menschen, die in verschiedenen Institutionen aufgrund des Pflegebedarfs als selbstständig gelten, aber infolge von psychischen oder sozialen Problemen oder auch Verhaltensauffälligkeiten nicht in eine eigene Wohnung oder eine andere Pflegeeinrichtung entlassen werden können, weil die Gefahr der Vereinsamung oder Verwahrlosung aber auch sozialer Stresssituationen und Konflikten mit Mitmenschen drohen würde.

Für diese Menschen wurde ursprünglich im ehemaligen Geriatriezentrum Wienerwald ein neues Konzept geschaffen. Im Rahmen des Geriatriekonzeptes wurden diese Betten nach Ybbs verlegt und gemeinsam mit dem vorhandenen Programm des Langzeitbereiches weitergeführt.

Die betroffenen Personen leiden sehr häufig an Suchtproblemen, emotionaler Instabilität oder Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und sind in Folge wiederholter Krankenhausaufenthalte auch oft hospitalisiert.

Die wichtigsten Betreuungsziele des sozialpsychiatrischen Schwerpunkts im Therapiezentrum Ybbs sind die Förderung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, Strategieentwicklung zur Konfliktbewältigung, Förderung von Interaktionsfähigkeit, Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen, Steigerung der Belastbarkeit und Schaffung von Zukunftsperspektiven. Im Mittelpunkt der Betreuung steht ein reaktivierender Pflegeansatz, der auf Lebenserfahrung und Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner aufbaut. Es werden Unterstützung und Begleitung für die Entlassung in eine extramurale Wohnform geboten. Sollte eine Entlassung nicht möglich sein, so ist eine Verlängerung des Aufenthaltes möglich.

Für jede Bewohnerin bzw. jeden Bewohner wird ein individuelles Programm erstellt und je nach Unterstützungsbedarf flexibel gestaltet. Die Auswahl der Interventionen wird unter psychologischer Leitung multiprofessionell nach Zielsetzung der Bewohnerin oder des Bewohners abgestimmt und richtet sich nach den entsprechenden Wünschen und Gewohnheiten der Bewohnerin oder des Bewohners, sowie Hinweisen aus der Biografie. Die Therapien erfolgen in Gruppen- und Einzelarbeit von verschiedenen Berufsgruppen - Diätologie, Ergotherapie, Heilmassage, Klinische- und Gesundheitspsychologie, Medizin, Pädagogik, Pflege, Physiotherapie und Sozialarbeit. Um den Bewohnerinnen und Bewohnern ein ganzheitliches, auf alle Bedürfnisse abgestimmtes therapeutisches Setting zu ermöglichen, werden multiprofessionelle Besprechungen abgehalten. Hierbei werden IST-Stand, Verlauf und Fortschritt oder notwendige Strategieänderungen besprochen.

Angebote des multiprofessionellen Teams

sozial-integrativer Bereich:

Pädagogische Gestaltung von erlebnisorientierten Freizeitaktivitäten (z.B. Ausflüge, Waldpädagogik,...), Besuche von jahreszeitlichen kulturellen Angeboten (Ybbsiade, Musicals, Theater,...) , Outdooraktivitäten

kognitiver Bereich:

Erhaltung und Förderung der Kulturtechniken, Arbeiten am und mit dem Computer (Cogpack, Life-tool- Programme,...)

musisch-kreativer Bereich:

Arbeiten und Experimentieren mit verschiedensten Materialien und Stoffen, Musikangebote unter Berücksichtigung des biographischen Hintergrundes, Experimentieren mit verschiedenen Musikinstrumenten

grob- und feinmotorischer Bereich:

Bewegungsangebote, Ergometer, Motomed, Smovey-Ringe, Nordic-walking, Motopädagogik

lebenspraktischer Bereich zur Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit und Selbstorganisation, Tagesstruktur:

Hygienische Grundbedürfnisse, Aktivitäten des täglichen Lebens, Haushaltstätigkeiten, Kochen, Umgang mit Geld, Einkaufen

Bereich der Entspannung und Wahrnehmung:

Snoezelen, Klangmassagen, Körper- und Sinneswahrnehmung, Genusstraining

psychosoziale Intervention:

Unterstützung bei Wohnungssuche, Therapieplätzen, extramuralen Hilfen

Therapieausgänge

Ein wesentlicher Teil des Konzeptes ist die Kooperation und Koordination mit extramuralen Einrichtungen und die gemeinsame Vorgehensweise der Entlassungsvorbereitung.

Fr. A. kam auf Empfehlung einer Fachärztin für Psychiatrie nach Vorbegutachtung zum Kennenlernen nach Ybbs. Begleitet wurde sie von ihrer Freundin, die zum damaligen Zeitpunkt aufgrund der Betreuungssituation schon sehr überfordert war und dies auch so formulierte mit den Worten: "Bitte nehmen Sie meine Freundin so schnell wie möglich unter Ihre Fittiche, wir haben heute schon wieder die Rettung gebraucht, sie macht den ganzen Tag nichts, außer darüber nachzudenken, wie schlecht es ihr geht und Panik zu haben - es ist einfach kein Lichtblick in Sicht und sie sowie auch ich brauchen ihre Hilfe dringend."

Für Fr. A., die allein in ihrer Wohnung lebte und unter depressiven Episoden, Ängsten, Gedankenkreisen, Antriebslosigkeit, Rückzug, Benzodiazepinabusus und Selbstfürsorgedefizit litt, war ihre Freundin die einzige Ansprechperson.

Die Aufnahme erfolgte in eine Wohngruppe der Sozialpsychiatrie.

Fr. A. beschrieb die Ankunft in der Wohngruppe zwar als Herausforderung, weil sie sich an das Zusammenleben mit anderen Menschen erst gewöhnen musste. Die durchgehende Anwesenheit von Betreuungspersonen brachte ihr aber mehr Sicherheit, was sich positiv auf die Reduktion von Angst auswirkte, aber auch die Möglichkeit, sich jederzeit an eine kompetente Person wenden zu können, wenn Gedankenkreisen, Panik oder innerliche Unruhe sie quälten, nahm sie als gesundheitsfördernd wahr.

Nach der Eingewöhnungsphase, in der beziehungsaufbauende Kontakte im Vordergrund standen, wurde das individuelle Therapieprogramm von der Psychologin gemeinsam mit Fr. A. erstellt. "Kochen möchte ich nicht" hat sie entschieden, worauf selbstverständlich Rücksicht genommen wurde, es fanden sich andere Schwerpunkte im lebenspraktischen Training, die zur Bearbeitung standen. Behutsam wurde das Programm in Absprache mit Fr. A. schrittweise erweitert mit Einzel- und Gruppentherapien, kognitivem Training, Entspannungstraining und Angeboten der Pädagogik, Ergotherapie, Psychologie, Sozialarbeit und der Diätassistentin.

Fr. A. zeigte vermehrt Interesse am angebotenen Programm, die aktive Mitarbeit an therapeutischen Maßnahmen verbesserten ihre Alltagsbewältigung, ihre Befindlichkeit und vor allem entstand ein klarer Blick in Richtung Zukunftsperspektiven. Die Förderung der Selbstständigkeit, der Interaktionsfähigkeit, Eigenverantwortung und Steigerung der Belastbarkeit brachte mehr Lebensqualität, der verbesserte Realitätsbezug wirkte sich günstig auf das Erkennen ihrer Möglichkeiten und Grenzen aus.

Auch wenn Fr. A. nicht alle ihre Ziele gänzlich erreicht hatte, konnte sie auf einen sehr erfolgreichen Aufenthalt zurückblicken. Fr. A. erkannte, dass sie in einer eigenen Wohnung überfordert wäre, sie entschied sich für eine betreute Wohnform in der Nähe von Wien. Dem Zusammenleben mit anderen Menschen konnte sie nun schon vieles abgewinnen, so fand sie während des Aufenthaltes positive Kontakte in der Wohngruppe und zeigte auch Freude an Gruppenaktivitäten, wie z. B. bei einem Theaterbesuch, einem Besuch einer Sportveranstaltung oder Gesellschaftsspielen. Durch die Gruppendynamik wurde sie routinierter im Umgang mit Rollenverteilung, Konflikten und deren Bewältigungsstrategien.

Alle Bausteine des Programms wirkten sich positiv auf den Gesundheitszustand von Fr. A. aus, weil sie sich selbst für jede einzelne Maßnahme entscheiden konnte und nicht ein "Gesamtpaket" bekam, welches sie zu absolvieren hatte. Jede Berufsgruppe setzte ihre Fachlichkeit gezielt ein und arbeitete am gleichen Ziel – nämlich ausschließlich den Zielvorstellungen von Fr. A. Alle Informationen wurden multiprofessionell kommuniziert. Von großer Bedeutung war der reaktivierende Zugang, der Lebenserfahrung und vorhandene Fähigkeiten in den Mittelpunkt der Betreuung stellt, sowie die Begegnung zwischen Menschen und die Gestaltung des sozialen Gefüges als therapeutisch wirksames Element.

Viele Bewohnerinnen und Bewohner erleben bei ganz unterschiedlichen Problemstellungen ähnliche Prozesse und es gelingt ihnen während des Aufenthaltes, sich zu stabilisieren. Manchmal kann aber auch der zeitliche Rahmen bis zur Entlassung sehr variieren und die Fortschritte unter unseren Erwartungen liegen, die zugrundeliegenden Möglichkeiten jedes einzelnen Menschen sind eben sehr individuell.

Oftmals wären einzelne Bewohnerinnen bzw. Bewohner schon bereit für eine Entlassung, jedoch mangelt es teilweise an passenden Wohnformen nach dem Aufenthalt im Therapiezentrum Ybbs.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Bereich zeichnet eine hohe Fachlichkeit und Bereitschaft aus, die Betreuungsphilosophie zu leben, wobei trotz allem Verständnis für besonders herausfordernde psychiatrische Erkrankungen auch manchmal Grenzen in der Belastbarkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Bevölkerung der Gemeinde Ybbs zu bemerken sind. Sehr spannungsreich erlebt werden schwierige Verhaltensweisen von Bewohnerinnen und Bewohnern zwischen Freiheit und Sicherheit, beispielsweise bei Alkoholismus, Suizidalität oder fremdgefährdendem Verhalten.

Sehr wichtig in diesen Situationen ist ein ausgewogenes Personalkonzept, in dem nicht nur der Pflegeaufwand in Pflegestufen berechnet wird, sondern auch der potentiellen Deeskalation und dem hohen Aufwand an psychiatrischer Pflege Rechnung getragen wird. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist eine großzügige räumliche Ausstattung, sowie eine große Auswahl an Beschäftigungsmöglichkeiten.

Sehr unterstützend ist das multiprofessionelle Betreuungskonzept gelebt durch eine enge Vernetzung der einzelnen Berufsgruppen. Die vorhandenen Betten im Bereich der Sozialpsychiatrie sind bereits vor Jahren von 30 auf 48 erhöht worden und stets ausgelastet. Eine lange Warteliste zeigt den hohen Bedarf an diesen Plätzen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den Ausbau von Fortbildungsangeboten über psychiatrische Erkrankungen und die Betreuung von herausfordernden Bewohnerinnen und Bewohnern und anlassbezogene persönliche Gespräche mit den betroffenen Teams bzw. einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Weiteres rät die Wiener Heimkommission, um dem steigenden Bedarf gerecht zu werden, zum Ausbau des Angebots in Bezug auf die Langzeitbetreuung von Personen mit psychiatrischen Erkrankungen.

3.14 #demenzRAUM – Red´ ma drüber!

Mit nur einem Klick sind Zu- und Angehörige dabei – im modernen neuen Online-Format des KWP (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser), dem #demenzRAUM.

Wie alles begann

Die Erfolgsgeschichte des #demenzRAUM begann 2019 als Kooperation zwischen dem KWP und dem WRK (Wiener Rotes Kreuz). Verfolgt wurde das Ziel, im Rahmen analoger Grätzeltreffs "Seniorinnen und Senioren mit Vergesslichkeit", sowie (pflegende) Zu- und Angehörige anzusprechen, zu beraten und zu vernetzen. Seitens des KWP wurden an fünf Standorten die Räume und Verpflegung zur Verfügung gestellt, das WRK stellte bzw. organisierte die Referentinnen und Referenten. Beworben wurde das Projekt von beiden Organisationen.

Die Serie der Grätzeltreffs lief gut an, wenngleich es sich schwierig gestaltete, tatsächlich betroffene oder belastete Personen, zum Beispiel pflegende Zu- und

Angehörige zu erreichen. Die Hürde aktiv zu einer derartigen Veranstaltung zu gehen und sich als eine vom Thema Demenz direkt oder indirekt betroffene Person zu "outen", stellte scheinbar für viele eine zu große Herausforderung dar – trotz des niederschwellig gewählten Zugangs ("Pensionistinnen- und Pensionistenklubs"). Meist wurde von den pflegenden Zu- und Angehörigen die zu pflegende Person nicht mitgenommen, obwohl dies jederzeit möglich gewesen wäre.

Im ersten Halbjahr (September 2019 - Februar 2020) konnten so insgesamt 120 Personen erreicht werden.

Mit Beginn der Corona-Pandemie im 1. Halbjahr 2020 war es aus Sicherheitsgründen nicht mehr möglich, Grätzeltreffs vor Ort in den KWP-Einrichtungen durchzuführen. Um aber gerade in dieser für Menschen mit Demenz und auch für ihr direktes Umfeld (pflegende Zu- und Angehörige) besonders schwierigen Zeit inhaltliche und unterstützende Inputs leisten zu können, wurde die Veranstaltung zu einer Online-Reihe umgestaltet. Sie wurde ein Mal im Monat als Live-Veranstaltung via Zoom ausgestrahlt und konnte danach ebenfalls auf YouTube nachgesehen werden. Während der Live-Zoomveranstaltung war/ist es für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch möglich, ihre Fragen über den Chat zu stellen und so einerseits ihre persönlichen Anliegen einzubringen sowie Punkte zu hinterfragen.

Mit Ende September 2020 endete der Kooperationsvertrag zwischen dem KWP und dem WRK. Da das Thema Demenz und die Notwendigkeit dieses zu enttabuisieren eine unverändert hohe Wichtigkeit in unserer Gesellschaft darstellen, hat sich das KWP entschieden, das Online-Format ab Oktober 2020 alleine fortzuführen und unter dem Titel #demenzRAUM weiterzuentwickeln.

Mit Erfolg – die ersten Folgen dieses neuen Formats erfreuen sich einer noch breiteren Reichweite und wurden bis zu 1400 Mal aufgerufen.

Ziele

Wichtigstes Ziel ist die Aufklärung, Enttabuisierung und Entstigmatisierung von demenziellen Erkrankungen. Dies soll durch Information, Beratung und Vernetzung der Zuseherinnen und Zuseher gelingen. Behandelt werden unterschiedliche Aspekte und Facetten des Themas Demenz, ebenso soll über Selbsthilfe- und Unterstützungsangebote für Betroffene und ihr Umfeld aufgeklärt werden. Durch die Kooperation mit und die Vorstellung von anderen Einrichtungen sowie das Einladen unterschiedlicher (prominenter) Gäste soll das Format und damit verbunden auch das Thema "Demenz" ein breites Publikum ansprechen.

Als reines Online-Format soll die Hemmschwelle, sich auf diesem Weg mit dem Thema auseinanderzusetzen, reduziert werden. Zum einen besteht die Möglichkeit im Rahmen der Live-Veranstaltungen aktiv mitzuarbeiten und Fragen zu stellen, zum anderen stellt die Option des Nachsehens der Veranstaltungen eine gewisse Anonymität und zeitliche Unabhängigkeit sicher.

Ein ebenso wichtiges Ziel ist es, das KWP auf Grund seiner Größe und vielfältigen Fachkompetenzen als Themenführer in der Beratung und im Umgang mit dem Thema Demenz zu etablieren und auszubauen – ganz nach dem Motto: Wir tun Gutes und reden darüber.

Das demenzfreundliche Wien begrüßt diese Initiative und dieses Format und soll auch in Zukunft eingebunden werden. Auch über ihre Webseite "www.demenzstrategie.at" wird der #demenzRAUM vorgestellt. Ebenso ist das "Validation Training Institute" ein Stakeholder, der zur Verbreitung des Formates beiträgt und so die Reichweite erhöht, auch auf deren Webseite wird zum #demenzRAUM verlinkt. Darüber hinaus fungiert das "Österreichische Institut für Validation" ebenso als Kooperationspartner wie Multiplikator.

Inhalte

Die Live-Veranstaltungen finden jeden zweiten Mittwoch im Monat von 15:00 - 16:00 Uhr statt. In diesem Rahmen kommen sowohl Expertinnen, Experten als auch Betroffene des KWP zu Wort, es werden aber auch (prominente) Gäste und wertvolle, externe Kooperationspartnerinnen bzw. -partner vorgestellt. Als Moderatorinnen führen Karin Eder, BSc, MSc, Direktorin des Hauses Hetzendorf (KWP) und Mag.^a Ulrike Geier-Palaszke, MSc, Fachexpertin (KWP) durch den #demenzRAUM.

Angedacht und in Planung ist darüber hinaus die Erweiterung des Formats um direkte Online-Beratungstermine ("Fragen Sie die Demenzberaterin") zum Thema in Form einer Online-Sprechstunde.

Ziel ist es, dass das Online-Format #demenzRAUM jedenfalls flexibel in der Schwerpunktsetzung bleibt, um auf äußere Einflüsse (beispielsweise Pandemie) oder auftauchende Wünsche und Anliegen der Zuseherinnen und Zuseher reagieren zu können. Eine Befragung der Zuseherinnen und Zuseher nach weiteren Themenwünschen findet in regelmäßigen Abständen am Ende der Veranstaltungen statt: Diese werden dann bearbeitet und wenn möglich in einer der nächsten Folge thematisiert.

Über das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Das KWP ist österreichweit der größte Anbieter für Seniorinnen- und Seniorenbetreuung. Der gemeinnützige Fonds der Stadt Wien wurde 1960 gegründet. Das KWP betreibt in Wien insgesamt 30 Häuser zum Leben mit etwa 9.000 Wohn- und Pflegeplätzen und 150 "Pensionistinnen- und Pensionistenklubs". Um die Bewohnerinnen und Bewohner der Pensionisten-Wohnhäuser und die Besucherinnen und Besucher der Klubs kümmern sich über 4.800 engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Wiener Heimkommission unterstützt jegliche Formen von Online-Formaten. Durch die Flexibilität besteht die Möglichkeit rasch auf äußere Einflüsse und Anliegen der Konsumentinnen und Konsumenten zu reagieren.

3.15 Lebensraum Bett

Ehrenamtliche in der Begleitung bettlägeriger Menschen

"Lebensraum Bett" ist ein Projekt des Bereichs Ehrenamt der CS Caritas Socialis mit dem Schwerpunkt, Personen zu begleiten, die aufgrund ihrer Erkrankung viel Zeit im Bett verbringen.

Projektstart war Februar 2019. 27 Ehrenamtliche wurden geschult. Seither werden 29 Bewohnerinnen und Bewohner gezielt begleitet.

In evaluierenden Gesprächen zur "ehrenamtlichen Tätigkeit heute und morgen" berichteten sowohl Pflege- als auch Wohnbereichsleitungen, dass es vermehrten Bedarf in der ehrenamtlichen Begleitung von bettlägerigen Bewohnerinnen und Bewohnern gibt.

Ausgangslage

Am Standort Rennweg betreut die CS Caritas Socialis fast 40 % (Stand Dezember 2020) der Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe 6 und 7. Die tägliche Mobilisation von Bewohnerinnen und Bewohner durch die Pflegepersonen ermöglicht die wichtige Teilnahme an der Umwelt und bereichert die Erlebenswelt von Menschen wesentlich. Trotz allem verbringen manche Personen aufgrund ihrer Erkrankung sehr viel Zeit im Bett bzw. im Zimmer und können oder wollen aufgrund ihrer Zurückgezogenheit an vielen Aktivitäten, die in den Sozialräumen angeboten werden, nicht teilnehmen. In den letzten Jahren konnten nur sehr vereinzelt Ehrenamtliche gefunden werden, die sich den oft sehr stillen und zurückgezogenen Menschen in der letzten Lebensphase widmen.

Manche Ehrenamtliche fühlten sich überfordert, wechselten entweder in den aktiveren Bereich oder beendeten ihr Ehrenamt. Gleichzeitig konnten Freiwillige für die Wohnbereiche gewonnen werden, die im Vorfeld den "Einführungskurs für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung" absolviert hatten und gerne Menschen in der letzten Lebensphase begleiten wollten.

"Lebensraum Bett" – Qualifizierung von ehrenamtlich Engagierten

"Lebensraum Bett" konnte als neue Form der ehrenamtlichen Begleitung entwickelt werden. Es galt, interessierte Ehrenamtliche zu finden, die sich dieser Gruppe von Bewohnerinnen und Bewohnern verstärkt zuwenden, gezielte Fortbildungen zu entwickeln, Freiwillige in den ersten Schritten intensiver zu begleiten und erste Erfahrungen zu evaluieren.

Nach einer Befragung der Ehrenamtlichen entstand eine zweitägige Fortbildungsmaßnahme als Basisschulung ergänzt durch Vertiefungsworkshops. Vermittelt werden Möglichkeiten, wie Ehrenamtliche Momente der Zuwendung, Beachtung und Sinnesaktivierung für Menschen anbieten können – in kleinen Gruppen auch mit Selbsterfahrung und Reflexion.

Miteinander von Haupt- und Ehrenamtlichen

Voraussetzung für ein gutes Gelingen der Begleitung durch Ehrenamtliche in dieser sensiblen Phase ist die gute Zusammenarbeit zwischen hauptamtlichen Teams und den ehrenamtlich Engagierten. Um die Zusammenarbeit zu stärken und zu intensivieren, waren beide Gruppen in die Entwicklung der konkreten Aktivitäten,

die von Ehrenamtlichen durchgeführt werden können, eingebunden. Wichtig war die klare Abgrenzung zu pflegerischen Maßnahmen und das Entwickeln von gegenseitigem Vertrauen für die Weitergabe von relevanten Informationen.

Eine Seniorenbetreuerin nimmt jeweils an den Fortbildungen teil, bringt den Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner ein und repräsentiert das hauptamtliche Team. In der Praxis steht sie Ehrenamtlichen in der Einbegleitungsphase als Ansprechpartnerin zur Verfügung, stellt ihnen die Bewohnerinnen und Bewohner vor und ist Verbindungsglied zwischen Ehrenamtlichen, Hauptamtlichen, Bewohnerinnen und Bewohnern und den Angehörigen.

Erfahrungen mit der Begleitung im "Lebensraum Bett"

Es finden regelmäßig Besuche bei Bewohnerinnen und Bewohnern statt, die davor nur wenig Besuch bekommen haben, die so viel mehr spürbare Zuwendungsmomente erleben. Diese neue Form der Begleitung ist ein sensibler Prozess im Zusammenwirken von Bewohnerinnen oder Bewohnern und ehrenamtlicher Begleitperson und von Hauptamtlichen.

Ehrenamtliche schildern ihre Praxiserfahrungen: "Mein Besuch war deshalb schön, weil Frau A. ganz wenig, ganz zart auf meine Annäherungsversuche reagiert hat, sie wirkte auch entspannt. Die Wohnbereichsleitung sagte mir, dass Frau A. wenig Besuch bekommt, aber sich nach Kontakten sehnt. Wichtig ist für Frau A. der von ihr geliebte Blick vom Bett aus zum Fenster hinaus."

"Ich finde es sehr sinnvoll, dass wir von der Wohnbereichsleitung im Vorfeld kurz "gebrieft" werden. Zunächst hat mich die Wohnbereichsleitung bei Frau K. eingeführt. Frau K's Reaktion bei meinem ersten Besuch: Frau K. klammert sich sehr fest an meine Hand, tiefes Ausatmen nach 10 Minuten. Ich möchte den Kontakt mit Frau K. auf jeden Fall fortsetzen und das Setting noch besser vorbereiten: evtl. mit Duft, das Bett auf Augenhöhe stellen, ..."

Ehrenamtliche fühlen sich in ihrem Tun an- und wahrgenommen. Je sicherer sie im Umgang mit den Menschen werden, desto mehr Ideen bringen sie in der individuellen Begleitung ein.

Die Hauptamtlichen fühlen sich zunehmend durch die qualifizierten, gut informierten und kompetenten Ehrenamtlichen in der zuwendungsintensiven Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern unterstützt.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, die Qualifizierung von ehrenamtlich Engagierten für die Begleitung von Personen, die viel Zeit im eigenen Zimmer oder im Bett verbringen. Durch die Einbeziehung von Hauptamtlichen in die Schulung und die Begleitung in der Anfangsphase wächst das Zusammenspiel in der gemeinsamen Sorge für Bewohnerinnen und Bewohner. Kreative Möglichkeiten für intensive, belebende und alle Sinne aktivierende Erlebnismomente werden sensibel ausgelotet und angeboten.

3.16 Leben bis am Ende – Eine Geschichte aus der Hospizstation im KWP Haus Döbling

Erwins Lebensreise begann 1959 in einem kleinen Dorf im Südburgenland, unweit der Grenze zu Slowenien und der Steiermark. Erwin bezeichnet sich als Steirer und ist auf einem Bauernhof mit mehreren Generationen aufgewachsen. Das hat ihn sehr geprägt und findet immer wieder liebevoll Platz in den Gesprächen mit der ehrenamtlichen Mitarbeiterin Gabi. Nachdem er eine "Rehab" beendet hatte, hat ihn seine Reise im Februar 2020 ins Hospiz Haus Döbling des Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser geführt. Erwin ist im Hospiz sehr schnell angekommen.

Erwin hat in jungen Jahren auf einer Bohrinself in Schweden gearbeitet, danach ein Atelier in Ottakring eröffnet und einige Künstler bei unterschiedlichen Projekten unterstützt (z.B. war er mit André Heller in Indien). Seine großen Leidenschaften sind die Kunst und das Reisen. Spielerisch leicht kommt er mit den unterschiedlichsten Menschen in Kontakt. Stundenlang kann er über köstliche, aber auch sehr einfache Speisen sprechen. Hier im Hospiz reist er in den Gesprächen immer wieder zu den Destinationen, die er in der Vergangenheit bereist hat.

Bei Übungen mit seinem Physiotherapeuten Karl sagt er: "Ich übe, damit ich endlich zu Fuß auf der dritten Spur auf der Südautobahn in die Steiermark gehen kann". Mit viel Humor und Offenheit hat ihn das Hospizteam kennengelernt. Erwin erzählt Geschichten aus seinem Leben so, als ob man die Geschichte selbst erlebt hätte. Erwins Familie unterstützt ihn liebevoll, auf der letzten Station seiner Lebensreise.

Im Oktober eröffnete er seine letzte Vernissage im Haus Döbling mit dem Titel "Glück ist der Traum – Schmerz ist die Wirklichkeit". Trotz seiner schweren Erkrankung hat er sein künstlerisches Leben niemals vergessen. Mit viel Kraft, Mut, Zuspruch und den hier gebotenen Möglichkeiten, hat er nicht nach dem Gestern gesucht, sondern das Heute und Morgen gefunden. Mit großer Unterstützung durch seine Familie, sowie Eva Tagesen, Betreuerin im Haus Döbling und Gabi Riedl, ehrenamtliche Mitarbeiterin im Haus Döbling, konnten sowohl die Bewohnerinnen und Bewohner als auch Erwins Familie, die neu entstandenen Acrylbilder bewundern. Erwin war über die Anerkennung seiner Arbeiten sehr gerührt und berührt. Der wunderschöne musikalische Rahmen verlieh der Vernissage eine ganz besondere Atmosphäre.

Erwin konnte durch seine Vernissage und die Arbeit an den Bildern, sich selbst noch einmal als Künstler und Schaffender erleben. Dadurch konnte er im Einklang mit seiner Erkrankung einen Abschluss seines – künstlerischen – Lebens finden.

Die Hospizstation im Haus Döbling

Das Hospiz im Haus Döbling des KWP (Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser) wurde im Oktober 2019 ins Leben gerufen und ist für acht Bewohnerinnen bzw. Bewohner konzipiert. Dem Pflorgeteam, bestehend aus Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Krankenpflegern und Pflegeassistentinnen bzw. Pflegeassistenten, bietet das "mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell" von Cora van der Kooij die Basis. Dabei handelt es sich um eine "erlebnisorientierte Pflege", bei der die Beziehung zwischen Pflegeperson und dem betreuten Menschen im Mittelpunkt steht.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lernen sich in die Bedürfnisse und Lebenswelt der betroffenen Person einzufühlen, wodurch die Beziehung beidseits gestärkt wird.

Hervorzuheben ist, dass nicht die Probleme und Defizite eines Menschen im Vordergrund stehen, sondern die positiven Beziehungsmomente. Somit geht es im stationären Hospiz nicht um eine aufgabenorientierte Pflege, sondern um eine Pflege, bei der die betroffene Person tatsächlich im Mittelpunkt steht. Das Erleben des schwerkranken Menschen als auch das Erleben des Pflegenden haben hierbei seinen Platz. (Quelle: Rottensteiner, 2013, S.1-2; ZQP, 2018, S.1).

Weiter werden die Bewohnerinnen und Bewohner von folgenden Berufsgruppen begleitet:

- Eine Hospizärztin bzw. ein Hospizarzt gewährleistet die palliativmedizinische Versorgung
- Eine Physiotherapeutin bzw. ein Physiotherapeut fördert die Lebensqualität durch Maßnahmen zur Funktions-, Konditions- und Beweglichkeitsverbesserung sowie zur Schmerzreduktion
- Eine Sozialarbeiterin bzw. ein Sozialarbeiter bietet psychosoziale Begleitung sowohl der Bewohnerinnen und Bewohner als auch der Zu- und Angehörigen. Unterstützung bei sozialrechtlichen Angelegenheiten und koordiniert die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: ermöglichen sowohl den Bewohnerinnen und Bewohnern als auch ihren Zu- und Angehörigen über alle Themen zu sprechen, die gerade vordergründig sind und unterstützen bei alltäglichen Erledigungen. Darüber hinaus begleiten die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bewohnerinnen und Bewohner in der Sterbephase (Sitzwache)
- Eine Psychologin bzw. ein Psychologe unterstützt bei der Reflexion von Sinn- und Existenzfragen, ist für Kriseninterventionen zuständig, unterstützt bei der Bewältigung von Belastungen bzw. Konflikten im Familiensystem und bietet Trauerbegleitung an.

Die sehr gute Kooperation mit dem mobilen Hospizteam des Wiener Hilfswerks ermöglicht eine palliativmedizinische Versorgung rund um die Uhr. Seit Anfang November 2019 wird das multidisziplinäre Team monatlich supervisorisch begleitet.

Insgesamt 30 Bewohnerinnen und Bewohner wurden bisher auf der letzten Station ihrer Lebensreise von dem Hospiz-Team des Hauses Döbling begleitet. Erwin war einer von ihnen, seine Reise endete am 10. Jänner 2021.

Quellen: Rottensteiner M. (2013). Die Erlebenswelt von Bewohnern und Pflegemitarbeitern – das mäeutische Pflegekonzept. Barmherzige Schwestern Pflege, Wien. / ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (2013). Mäeutik in der Pflege. Berlin

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Implementierung einer Hospizstation im KWP Haus Döbling, in dem das "mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell" von Cora van der Kooij im Sinne einer erlebnisorientierten Pflege gelebt wird. Dabei steht die Beziehung zwischen Pflegeperson und dem betreuten Menschen im Mittelpunkt. Ergänzt wird dies rund um die Uhr durch eine palliativmedizinische Versorgung des Mobilien Hospizteams des Wiener Hilfswerks.

3.17 Nach einem Rückschlag zurück zur Beweglichkeit

Wohlbefinden und Lebensqualität der Menschen, die in den Häusern zum Leben wohnen, sind oberste Priorität. Daher gibt es in allen 30 "Pensionistinnen- und Pensionisten-Wohnhäusern" der Stadt Wien eine breite Palette von Pflege- und Betreuungsleistungen, Sozialarbeit, sowie medizinische, therapeutische und psychologische Hilfe. Der individuelle Bedarf wird dabei durch ein interdisziplinäres Case- und Care-Management erhoben.

Einer der Schwerpunkte in den Pflege- und Betreuungsleistungen liegt in den Remobilisationsstationen in drei Häusern zum Leben, die sich im Haus Wieden, im Haus Atzgersdorf und ganz neu seit Februar 2020 auch im Haus Gustav Klimt befinden. Als größter Anbieter in der Seniorinnen- und Seniorenbetreuung Österreichs wollen die "Häuser zum Leben", auch "Häuser zum Aufleben" sein.

Remobilisation: Wieder selbstständig und mobil sein

Eine ganzheitliche medizinische, therapeutische und pflegerische Betreuung, sowie Ergo- und Physiotherapie bieten die Häuser Wieden, Atzgersdorf und seit Februar 2020 auch das Haus Gustav Klimt in ihren fixen Remobilisationsstationen für Menschen an, die – nach einem Bruch, einer Operation oder aufgrund einer Krankheit – entsprechenden Bedarf haben, um wieder eigenständig mobil zu werden.

Dieses Konzept wurde entsprechend der "Pflegestrategie 2030" der Stadt Wien ausgebaut. Die Häuser zum Leben stellen interdisziplinäre Teams aus Ärztinnen und Ärzten, Ergo- und Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Pflegefachkräften bereit, die Betroffene in allen Häusern zum Leben vor Ort beraten und behandeln können.

Ziel der Remobilisation ist die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeiten zur weitgehend selbständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste, die Verhinderung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit, die Erhöhung der Lebensqualität und die Reintegration der Kundinnen und Kunden in das gewohnte Umfeld. Interprofessionelle Zusammenarbeit und die Expertise verschiedener Fachbereiche wie Medizin, Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychologie, Sozialarbeit, Logopädie und Diätologie bilden die Basis zur Erreichung der Behandlungsziele.

Kundinnen- /Kundengruppen

- Bewohnerinnen und Bewohner der Häuser zum Leben
- Externe Kundinnen und Kunden, die über den FSW (Fonds Soziales Wien) vermittelt werden
- Remobilisationsstationen in den Häusern Wieden und Atzgersdorf: AKH-Kundinnen und Kunden, Patientinnen und Patienten aus den unfallchirurgischen, orthopädischen und neurologischen Abteilungen des AKH bzw. aus anderen Krankenanstalten des KAV

Leistungsangebot der Remobilisationsstationen (Auszug)

- Pflege

Reaktivierende Pflege damit Kundinnen und Kunden so rasch wie möglich in einen selbstständigen Lebensalltag zurückkehren können. Stärkung der Selbstpflegekompetenz und der Fähigkeiten zur Selbstpflege.

Die Hauptaufgaben der Pflege auf den Remobilisationsstationen sind:

- Beratung, Anleitung, Begleitung,
- Ressourcen aufzeigen, nutzen und fördern
- Beobachtung und Korrektur des pflegerischen Prozesses
- Förderung und Vermittlung eines positiven Selbstwertgefühls
- Stärkung der Motivation zur Mobilisation
- Durchführung von präventiven/prophylaktischen Maßnahmen

Ergotherapie

Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Freizeit und Erholung in ihrer Umwelt zu stärken. Spezifische Aktivitäten, Umwelтанpassung und Beratung werden gezielt und ressourcenorientiert eingesetzt.

Die Handlungsfähigkeit im Alltag, die gesellschaftliche Teilhabe und die Lebensqualität und -zufriedenheit der Kundinnen und Kunden werden gefördert.

Die Ergotherapie bietet neben Alltagstraining auch kognitives Training (Gedächtnistraining), Handfunktionstraining und Sturzpräventionsschulungen an.

Physiotherapie

Physiotherapie unterstützt die Kundinnen und Kunden bei der Wiederherstellung und dem Erhalt natürlicher Bewegungsabläufe sowie einzelner Bewegungsfunktionen wie Kraft, Ausdauer und Balancefähigkeit. Physiotherapeutische Behandlungskonzepte optimieren Bewegungskompetenzen und beheben Funktionsstörungen des Bewegungsapparats. Dies passiert sowohl auf aktivem Weg mittels motorischen Lernens oder aber passiv durch den Einsatz manueller Mobilisationstechniken. Ergänzend werden manuelle Techniken, wie z.B. Lymphdrainage und physikalische Zusatzmaßnahmen, wie Thermotherapien, Elektrotherapien und Ultraschallbehandlungen angewandt.

Psychologie

Die Kundinnen und Kunden der Remobilisationsstationen sind im Allgemeinen in einem psychischen Ausnahmezustand (traumatisches Ereignis, mehrfacher Ortswechsel, Verlust der Selbständigkeit, Schmerzen, ungewisse Zukunftsperspektive). Damit verbundene Ängste, suizidale Gedanken und Hoffnungslosigkeit können die Remobilisation stark beeinträchtigen und sich auf die Motivation negativ auswirken. Die Psychologinnen und Psychologen der Häuser zum Leben bieten psychologische Kriseninterventionen und Beratung an.

Für Zu- und Angehörige

Die Beratung, Einschulung und Begleitung von Zu- und Angehörigen oder Betreuungspersonen werden von allen Berufsgruppen der Remobilisationsstationen der Häuser zum Leben übernommen.

Angebotserweiterung: Remob PLUS

Remob PLUS ist ein Angebot für Bewohnerinnen und Bewohner der Häuser zum Leben und befindet sich derzeit noch in der Projektphase. Es stellt eine Erweiterung des derzeitigen Angebotes der Remob-Stationen dar und soll den Bewohnerinnen und Bewohnern die Rückkehr aus der Remobilisation und in weiterer Folge einen möglichst langen Verbleib in ihren Wohnungen erleichtern.

3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge

Das neue interdisziplinäre Angebot legt den Schwerpunkt auf eine mobile interdisziplinäre Nachbetreuung bzw. auf ein Screening im Stammhaus und wird in drei Modellen angeboten:

- Ambulante Nachbetreuung auf der Remobilisationsstation
- Mobile Nachbetreuung im Stammhaus
- Screening im Stammhaus – Erhebung des Remob-Potentials bei der jeweiligen Bewohnerin bzw. dem jeweiligen Bewohner

Zahlen & Daten

der neu eröffneten Remobilisationsstation im Haus Gustav Klimt,
Februar 2020 bis Jänner 2021

- Behandelte Patientinnen und Patienten 2020: 105
- Durchgeführte Therapien: 5.986 Einheiten
- Beste Alltagsverbesserung (gemessen mit Barthel-Index): + 65 %-Punkte
- Beste Ganggeschwindigkeitsverbesserung (gemessen in Sekunden pro festgelegte Strecke): 123 Sekunden schneller.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Erweiterung des Angebotes der Remobilisationsstationen des KWP basierend auf der "Pflegetrategie 2030".

3.18 Sicherheitsboards für Gewaltprävention und Aggressionsmanagement

Wenn bei einer Umfrage innerhalb des "Wiener Gesundheitsverbundes" mehr als 85 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeben, im Laufe ihres Berufslebens Erfahrungen mit Aggression und Gewalt gemacht zu haben, besteht ein großer Handlungsbedarf, hier mit geeigneten Gegenstrategien und Handlungsanleitungen entsprechend entgegenzuwirken.

Die 2019 veröffentlichte Umfrage zeigt, dass nicht nur Pflegekräfte, Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und Ärzte davon betroffen sind, sondern auch alle anderen Berufsgruppen, die im direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern stehen. Die Attacken reichen von verbaler Aggression und nonverbaler Gewaltandrohung wie Spucken bis hin zu tätlichen Angriffen und Verletzungen.

Mit der Gründung des zentralen Sicherheitsboards für Gewaltprävention und Aggressionsmanagement begegnet der "Wiener Gesundheitsverbund" diesen Tatsachen und macht die Ausarbeitung geeigneter Maßnahmensetzungen zu einem unternehmensweiten Anliegen. Als Gremium der Generaldirektion werden Beschlussvorlagen ausgearbeitet und verbundweit gültige Standards vorgelegt. Außerdem werden die Sicherheitsboards der einzelnen Einrichtungen gesteuert. Die Umsetzung der Strategie "Gewaltprävention und Aggressionsmanagement" innerhalb der Einrichtungen ist auf folgende Handlungsstränge ausgerichtet:

- **Stärkung einer klientinnen- und klientenzentrierten als auch mitarbeiterinnen- und mitarbeiterorientierten Haltung:**
Das bedeutet, dass über die institutionelle Grenze hinaus Bedürfnisse erhoben und einbezogen werden (Klientinnen, Klienten, Angehörige, Betroffene, etc.).
- **Förderung und Vermittlung von Wissen:**
Im Rahmen von Fortbildungen, nationaler und internationaler Netzwerkarbeit, Inhousetrainings werden Rahmenmodelle für die Praxis erarbeitet und Risikoassessment eingeführt.
- **Entwicklung von Fertigkeiten und Kompetenzen:**
Dies bezieht sich beispielsweise auf die Dokumentation, Risikoeinschätzung, Kommunikation und Gesprächsführung
- **Aufgabenstellung an Organisation bzw. das Management:**
Strukturen und Regeln werden festgelegt, ein Beschwerdemanagement ist implementiert und ein standardisiertes Verfahren ist für die potentiellen Abläufe bei einem Auftreten von Aggression, Gewaltereignissen und/oder Bedrohungsszenarien erstellt.

Das Sicherheitsboard der TU PWH (Teilunternehmung Pflegewohnhäuser)

Darauf aufbauend hat sich eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe (zusammengesetzt aus den Bereichen Pflege, Medizin, Therapie, Sozialarbeit, Psychologie, Verwaltung und Ombudsstelle) in den Pflegeeinrichtungen des "Wiener Gesundheitsverbundes" konstituiert. Das Sicherheitsboard der TU PWH für Gewaltprävention und Aggressionsmanagement sorgt für eine praxisnahe, auf die einzelnen Pflegeeinrichtungen zugeschnittene Etablierung der erforderlichen Maßnahmen. In der Entwicklung eines 4-Säulenmodells wurde die Handlungsleitlinie "Aggressions-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement des Dachverbandes der Wiener Sozialeinrichtungen" für die Umsetzung herangezogen. Das 4-Säulenmodell umfasst folgende Bereiche:

- **Information als Prävention:**
Die Information von Bewohnerinnen und Bewohnern, An- und Zugehörigen und die Klärung von Erwartungen und Definition gemeinsamer Betreuungsziele wird als effektive Präventivmaßnahme schon im Aufnahmeprozess etabliert.
- **Schulungen:**
Zur Erreichung einer flächendeckenden Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen werden in allen Pflegeeinrichtungen Trainerinnen und Trainer zum Aggressions-, Deeskalations- und Sicherheitsmanagement ausgebildet.
- **Dokumentation:**
Klare Leitlinien für eine nachvollziehbare Dokumentation sowohl der Präventivmaßnahmen als auch der tatsächlich stattfindenden Aggressionsereignisse sind erarbeitet worden.
- **Ansprechpersonen:**
Für von Aggressionsereignissen betroffene Personen stehen in jedem Haus Ansprechpersonen zur koordinativen Unterstützung zur Verfügung. Sie sorgen als Bindeglied zwischen Pflegeeinrichtung und Sicherheitsboard für eine Weitergabe aller notwendigen Informationen.

Empfehlung der Wiener Heimkommission:

Laufende Qualitätskontrollen durch regelmäßige Vernetzungstreffen auf mehreren Ebenen garantieren die praxisnahe und transparente Umsetzung aller notwendigen Schritte. Auch wenn es weltweit kein Patentrezept gibt, das Vorkommen von Aggression und Gewalt zur Gänze auszuschließen, so stellt dieses Maßnahmenbündel, das auf mehrere Ebenen in den Bereich Deeskalation, Prävention, Sicherheit und Kommunikation ineinandergreift, eine wertvolle Unterstützung und Hilfestellung zu einem besseren Umgang im Berufsalltag dar.

3.19 Alter gehört gehört

Der Podcast aus dem Pflegewohnhaus der Caritas

Hintergrund

Ältere Menschen haben Geschichten zu erzählen, sie haben einen reichen Erfahrungsschatz und sie können zu vielen gesellschaftlich relevanten Themen wichtige Erfahrungen beisteuern und persönliche Standpunkte artikulieren. Doch leider werden sie in der Öffentlichkeit kaum um ihren Beitrag gefragt und so können sie sich nur unzureichend in den sozialen Diskurs einbringen. Kommt Pflegebedürftigkeit hinzu, wird dies verstärkt. Dazu kommt, dass die öffentliche Diskussion rund um Alter und Pflegebedürftigkeit sich sehr oft um den drohenden "Pflegenotstand" und fehlende Angebote in der Pflege dreht. Der Zielgruppe als Quell des Wissens und der Erfahrung hingegen wird kaum Raum gegeben.

Ausgehend von der Beobachtung, dass betagte Menschen in der Öffentlichkeit wenig Gehör finden, entwickelte die Caritas ein "Radio als Sprachrohr für alte Menschen". Es soll ihnen die Möglichkeit geben, ihre Meinung zu wichtigen und relevanten gesellschaftlichen Fragen zu artikulieren und Erinnerungen mit einem größeren Kreis von Menschen zu teilen. Das Radio richtet sich an alle Personen, die am Alter interessiert sind, also auch an die junge Generation.

"FaltenrockFM", der Podcast aus dem Pflegewohnhaus schlägt die Brücke von der Vergangenheit in die Gegenwart und macht die Weisheit und Gelassenheit des Alters für junge und junggebliebene Menschen hörbar. Auf digitalen Plattformen und via Podcast geben sie Einblick in einen Teil ihres Lebens, der oft abseits der öffentlichen Wahrnehmung stattfindet.

Entwicklung

Unter dem Namen "FaltenrockFM" wurden unterschiedliche Formate ausprobiert, Themen gesammelt und diskutiert und ein Redaktionsteam zusammengestellt – zunächst aus Bewohnerinnen, Bewohnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Caritas Pflegewohnhäusern und in der Folge auch unterstützt durch ein Freiwilligenteam.

In einer Pilotphase wurden die unterschiedlichen Formate und Zugänge getestet und schließlich stellte sich die wöchentliche "Gretchenumfrage" als erfolgreich heraus. Bewohnerinnen und Bewohner nehmen zu relevanten und teilweise auch heiteren Fragen ehrlich und manchmal auch launig Stellung. Sie erzählen von ihren Erfahrungen, aus ihrem Leben und nehmen sich oft kein Blatt vor den Mund.

Die Themen werden gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern ausgewählt. Die Interviews zu den aktuellen Themen werden von einem Team von zehn Freiwilligen wöchentlich mit ihnen geführt und aufgezeichnet. Vor Corona persönlich, seit Corona über Telefon. Eine gleichbleibende Zusammensetzung der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner hat sich bewährt – und die Interviews sind für die Bewohnerinnen und Bewohner eine willkommene Abwechslung und ein wichtiger wöchentlicher Fixpunkt.

"FaltenrockFM" ist ein Podcast, der mittlerweile wöchentlich eine neue "Gretchenfrage" auf allen relevanten Kanälen publiziert und direkt als WhatsApp-Newsletter an interessierte Menschen versendet wird. Jeden Sonntag um 14.30 Uhr ist "FaltenrockFM" auf Radio Njoy zu hören.

Akteurinnen und Akteure

Die wichtigsten Akteurinnen und Akteure sind die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegewohnhäuser. Sie werden von einem Team von Freiwilligen unterstützt. So produziert ein Team, bestehend aus radiobegeisterten, freiwilligen Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern, Bewohnerinnen und Bewohnern aus vier Caritas Pflegewohnhäusern in Wien jede Woche eine neue Episode. Mit Mikrofon und Aufnahmegerät ziehen sie – Corona-bedingt seit dem Jahr 2020 telefonisch – durch die Häuser und sammeln Stimmen zu den Themen, die zuvor in gemeinsamen Redaktionssitzungen erarbeitet wurden.

Was daraus entsteht, macht "FaltenrockFM" einem breiten Publikum hörbar. Dabei sind die Menschen aus den Häusern nicht nur Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, sondern sie sind auch aktiv in die Gestaltung der Sendungen und als Teil der Redaktion an der Themenwahl beteiligt. Und sie sind stolz auf die von ihnen gestaltete Sendung, wenn sie sie hören.

Unterstützung durch ein engagiertes Freiwilligen-Team

Die freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen regelmäßig an den Redaktionssitzungen teil, sie führen die Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und schneiden ihre Interviews. Wieder andere Freiwillige machen aus diesem Rohschnitt die Sendung und konfektionieren so die Podcasts. Der dazugehörige Social-Media Auftritt (Facebook und Instagram) wird ebenfalls von Freiwilligen betreut.

Radio "FaltenrockFM" bewährte sich besonders im Jahr 2020. In Zeiten der Kontaktreduktion stellten die Radio-Faltenrock-Reporterinnen und Reporter ihre (freiwillige) Tätigkeit auf telefonische Interviews um und konnten den "Sendemacherinnen und Sendemachern", sprich den Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegewohnhäuser auch in der Corona-Zeit ein Tor zur Welt draußen bieten.

Dazu war es hilfreich, dass sich Zweier-Teams etabliert haben: Jede und jeder Freiwillige hat seine bzw. ihre Bewohnerin, seinen bzw. ihren Bewohner, sodass in den wöchentlichen Gesprächen nicht nur die "Gretchenfrage" beantwortet wird, sondern auch Zeit und Möglichkeit zu plaudern gegeben ist und eine gewisse Vertrautheit in der Gesprächssituation entsteht. Insgesamt umfasst das Freiwilligenteam mittlerweile 16 Personen aller Altersgruppen.

Umsetzung

Die einfache Produktion und zeitunabhängige Verfügbarkeit von Podcasts mittels Smartphone macht dieses Medium zu einem idealen Transporter gesellschaftlicher Themen, die abseits des Mainstreams ein Gehör finden wollen. Die Involvierung der Zielgruppe in den Produktionsprozess ermöglicht dabei einen Perspektivenwechsel bei Akteurinnen und Akteuren, Konsumentinnen und Konsumenten.

"FaltenrockFM" vermittelt die Perspektiven und Geschichten von Personen mit Pflegebedarf auf authentische Weise. Im Spiel mit gesellschaftlichen Erwartungen gibt der Podcast einen oft überraschenden Einblick in Meinungen und Erfahrungen von Menschen, die in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen werden. Dabei geht

es nicht um Vollständigkeit oder Repräsentativität, sondern um Authentizität und exemplarische Blitzlichter.

Veranschaulicht hier in einem Auszug aus der "FaltenrockFM" "Gretchenumfrage":

"Was unternehmen Sie, um sich die derzeitige Langeweile zu vertreiben?"

- *"I hab ka Langeweile. Mir ist die Zeit immer zu kurz."*
- *"Sie wissen ja: Die täglichen Aufträge, die man hat. Also erster Auftrag: Körperpflege."*
- *"Wenn ich lesen kann, dann bin ich beruhigt."*
- *"Ich versuche jetzt ‚Briefschulden‘ zu tilgen"*
- *"Momentan bin I so mit dem Flechten von den Körben und Tiere beschäftigt ... und wan ma des zu bunt wird, setz I mi zum Laptop und schau durt a bissl eini, wenn nit, dann nehm I meine Rätselhefte, tu I die auflösen – und geht scho ..."*
- *"Es geht immer nur um die Bewegung. Solange man sich bewegt, geht's. Man darf halt nicht aufhören sich zu bewegen. Ich hab' gestern den Damen hier gezeigt, wie man Liegestütz macht. Ich war halt immer eine gute Turnerin ..."*
- *Der ganze Podcast ist auf www.faltenrockfm.at nachzuhören.*

Erfolgszahlen

Radio "FaltenrockFM" hat seit Beginn insgesamt 74 Episoden produziert: 64 "Gretchenumfragen", zwei Gastspiele, diverse Specials wie Weihnachts-, Neujahrs-, Tanz-, History-Specials. Insgesamt 15 Bewohnerinnen und Bewohner sind als Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner aktiv. Weitere 45 Bewohnerinnen und Bewohner können fallweise zu Gesprächen herangezogen werden, sie stammen aus vier Pflegewohnhäusern und vereinzelt auch aus der Pflege Zuhause.

Frau Monika Zeisenböck, ist Bewohnerin im Haus St. Barbara. Sie hat Radio "FaltenrockFM" von der ersten Stunde an mitentwickelt und ist ebenso eine engagierte Reporterin wie Interviewpartnerin. Sie hat "FaltenrockFM" bekannt gemacht und war bereits sowohl in "Willkommen Österreich" bei Dirk Stermann und Christoph Grisseemann zu Gast als auch bei Barbara Stöckl. Sie berichtet nicht nur als Stimme der betagten Menschen, sondern unter anderem auch über das Leben in einem Pflegewohnhaus unter den Rahmenbedingungen der Corona-Vorsichtsmaßnahmen. Als Reporterin hat sie Dirk Stermann im Gastspiel interviewt. Dies ist mit über 1000 Mal der meistgehörte "FaltenrockFM"-Podcast. Im Schnitt hat der Podcast 300 bis 600 Hörerinnen und Hörer pro Woche.

Auf Facebook folgen der "FaltenrockFM" Facebook-Seite 570 Follower, auf Instagram hat Faltenrock 314 und auf WhatsApp 200 Abonnentinnen und Abonnenten.

Die Medienberichte sind zahlreich und eine große Freude für die beteiligten Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für die Pflege insgesamt.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt "FaltenrockFM" als wichtige und manchmal satirische Stimme der breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen und das Projekt zu fördern und weiterzuentwickeln, damit weitere Stimmen gehört werden und weitere Freiwillige sich engagieren können. Es zeigt sich, dass der Podcast betagte Menschen dazu anregt, aus ihrem eigenen Leben zu erzählen und eigene Meinungen zu aktuellen Themen zu artikulieren.

3.20 Wissensmanagement im Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse

Wissen ist eine wichtige Ressource. Das Ziel von Wissensmanagement besteht darin, Wissen zu erwerben, zu entwickeln, zu speichern und zu nutzen. Der Wissenstransfer in die Pflegepraxis spielt dabei eine wichtige Rolle.

"Wissen ist das einzige Gut, das sich vermehrt, wenn man es teilt."
(Marie von Ebner-Eschenbach)

Das Führungsteam ist bestrebt mit dem Team der Pflegeentwicklung das Wissen nachhaltig im HB (Haus der Barmherzigkeit) SBG (Seeböckgasse) auf den Stationen zu verankern. Dabei bedient man sich klassischer und kreativer Methoden, welche in weiterer Folge eine nähere Beschreibung erfahren.

Die Plattform Pflege bietet die Möglichkeit Erfolge und Erfahrungen aus der Pflege mit Kolleginnen und Kollegen zu teilen und zu diskutieren. Die eingebrachten Beiträge sollen den fachlichen Austausch stärken und das Voneinander-Lernen fördern. In der Vorbereitung, werden die Vortragenden, je nach Bedarf, durch das Team der Pflegeentwicklung beim Erstellen der Präsentation unterstützt. Beispiele: Optimierung Schmerzmanagement, Biografiearbeit im pflegerischen Alltag, Kontinenzmanagement erfolgreich umgesetzt.

Das OMW (One Minute Wonder) nutzt regelmäßig wiederkehrende Wartezeiten während der Arbeitszeit, um Wissen mittels fokussierter Lerntafeln zu vermitteln. Kurze, in einer Minute lesbare Textpassagen, aufgelockert mit aussagekräftigen Bildern, erleichtern das langfristige Merken der Inhalte. Die dabei verwendeten Quellen (Literatur, Bildmaterial) werden im Sinne der korrekten wissenschaftlichen Arbeitsweise auf der Rückseite angeführt. Die OMW werden auch auf der HB-internen Plattform Beekeeper und Isidor gepostet und sind so für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der HB Gruppe abrufbar. Beispiele: Eindicken von Flüssigkeiten, Mini Mental Status, Colonmassage, Fingertest, IAD versus Dekubitus, ...

Die FABE (Fachexpertinnen und Fachexperten bzw. Beraterinnen und Berater) vernetzt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die über eine vertiefte Pflegexpertise verfügen. Dabei steht das Erstellen von evidenzbasierten Newslettern zu aktuellen pflege-relevanten Themen im Zentrum. Dieser Newsletter soll für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege Seeböckgasse inspirierend informierend wirken und zu einer Erweiterung bzw. einem Auffrischen des Wissens beitragen. Beispiele: Kontrakturprophylaxe, Mundgesundheit im Alter, Delir im Alter, Inkontinenz und Obstipation im Alter, Angehörige von Menschen in der Langzeitpflege, Dysphagie, Palliative Care, ...

Die kollegiale Beratung von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern ist ein systematisches Beratungsgespräch, in welchem Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern sich nach einer vorgegebenen Gesprächsstruktur wechselseitig zu beruflichen Fragen und Schlüsselthemen beraten und in weiterer Folge gemeinsam Lösungen entwickeln. Diese strukturierte Gesprächsform wird je nach Bedarf umgesetzt und bietet einen problemorientierten Austausch und Wissenstransfer.

Auf den Stationen werden von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern Mikroschulungen bzw. Kurz-Workshops angeboten. Eine Mikroschulung/ein Workshop dauert 10 bis 45 Minuten und kann beliebig oft wiederholt werden. Im Rahmen dieser werden je

nach Themengebiet Fertigkeiten, Verhaltensweisen und/oder Fachwissen vermittelt. Es wird evidenzbasiertes Wissen aus den Erkenntnissen aktueller Literatur, Inhalte aus hausinternen Leitfäden oder den aktuellen FABE Newslettern, herangezogen. Beispiele: Dysphagiemanagement, Sondennahrung, Sturzprävention etc. Die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer orientiert sich an den tagespräsenten Pflegepersonen auf der Station.

Klausuren in der Pflege dienen zur Besprechung relevanter Themen, wie beispielsweise zur Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterzufriedenheit, zur interdisziplinären Zusammenarbeit, aktuelle Informationen sowie ein fachlicher Input zu unterschiedlichen Pflegephänomenen im geriatrischen Setting. Diese werden für DGKP/PFA, PA und HH mehrmals jährlich angeboten und im Rahmen einer Tagesveranstaltung abgehalten. Die Klausuren werden von der Pflegedirektion und der Pflegeentwicklung moderiert. Im Jahr 2020 wurde erstmals, im zweiten Teil der Klausur, ein World-Café mit verschiedenen Pflegephänomenen angeboten.

Unter Praxisanleitungen/-begleitungen versteht man im HB SBG 1:1 Schulungen mit ausgewählten Pflegepersonen direkt auf der Station, wie auch direkt an den Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Inhalte sind variabel und reichen von der Vertiefung von Fertigkeiten/Fähigkeiten, bis zur Optimierung von Behandlungsprozessen mit einschlägiger Pflegevisite und Begutachtung der Bewohnerinnen und Bewohner durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und diplomierten Pflegepersonen. Ziel ist das Empowerment der Pflegepersonen, welche sich auf die direkte Pflegepraxis und die personenzentrierte Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert.

Fallbesprechungen werden monodisziplinär oder interdisziplinär und fallbezogen abgehalten. Wahlweise werden diese auch mit Angehörigen und Bewohnerinnen und Bewohnern abgehalten. Die Fallbesprechungen werden mittels standardisiertem Ablauf durchgeführt. Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater unterstützen bei der Organisation, Durchführung und Moderation dieser.

Fachteams setzen sich mit spezifischen Themen (z.B. Ernährung, elektronische Pflegedokumentation, Kontinenz, Basale Stimulation) mittels evidenzbasiertem Wissen auseinander und stehen als beratende Expertinnen und Experten zur Verfügung. Die Fachteams können mono- oder interdisziplinär, wie auch häuserübergreifend abgehalten werden. Derzeit gibt es im HB SBG neun aktive Fachteams.

Supervision und Coaching dient der Reflexion des eigenen Handelns oder von Situationen und der Weiterentwicklung des Teams. Jede Station, wie auch die Pflegeentwicklung und Pflegedirektion hat mehrmals jährlich, nach einem individuell festgelegten Rhythmus, die Möglichkeit, diese mit einer externen Supervisorin oder einem externen Supervisor abzuhalten.

Durch die fachliche Vertiefung der Pflegeberaterinnen/ Pflegeberater und Pflegefachexpertinnen/Pflegefachexperten in verschiedenen Schwerpunkten werden jährlich hausinterne und häuserübergreifende pflegerelevante Fortbildungen abgehalten. Die Formate, wie auch der Umfang der Schulung, unterscheidet sich nach Fachgebiet und Ausmaß der Schulungsinhalte. Diese reichen von 1,5-stündigen bis zu mehrtägigen Schulungen. Die verschiedenen Angebote werden im Fortbildungskalender des HB SBG für jedes Kalenderjahr abgebildet. Beispiele für die Angebote im HB sind Basis- und Aufbaukurs Basale Stimulation, Kinästhetik oder Aromapflege, Palliative

Care, Kontinenzmanagement, Delirmanagement oder auch Schulungen zur elektronischen Pflegedokumentation.

Die Einschulung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird im HB SBG umfangreich durchgeführt und beinhaltet ein mehrstufiges Einschulungskonzept mit entsprechendem Plan für die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Inhalte werden regelmäßig auf deren Aktualität evaluiert und ggf. angepasst.

Lernen hat einen hohen Stellenwert in unserer Organisation. Man will von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und dem Umfeld als lernendes Unternehmen wahrgenommen werden. Aus diesem Grund wird auch über Fehler und Schwächen gesprochen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden ermutigt Fragen zu stellen, Widersprüche aufzuzeigen und wissbegierig zu sein, denn nur in so einem Umfeld kann Innovation entstehen. Die Geschäftsführung und die Führungskräfte sind offen für neue Ideen und nehmen sich auch Zeit, Neuerungen gemeinsam durchzudenken und auszuprobieren.

Durch Wissen und ein gutes Wissensmanagement wird die Berufsgruppe der Pflege gestärkt. Mindestens genauso wichtig für Respekt und Anerkennung sind soziale und emotionale Intelligenz – und mit den Worten von Albert Einstein schließend: "Es beelendet mich immer, wenn eine feine Intelligenz nicht mit einem guten Charakter gepaart ist."

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, Wissensmanagement als Instrument zur Erfassung von Wissenstransfer und Sicherung einzusetzen. Damit ist sichergestellt, dass erworbene Fachkompetenzen in einem lernenden Unternehmen durch Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter-Fluktuation nicht verloren gehen.

3.21 Ehrenamtliche Tätigkeit als aktive Integrationsunterstützung für Menschen mit Migrationshintergrund

Das oberste Ziel bei Fortuna ist es, den Bewohnerinnen und Bewohnern in ihrem wohlverdienten Ruhestand ein Leben mit bestem Senioren-Wohnkomfort, in Sicherheit und mit größtmöglicher Autonomie und Selbstbestimmung bieten zu können. Um diesem Anspruch bestmöglich gerecht werden zu können, braucht es vor allem eines – zufriedene und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ihre Aufgaben mit viel Leidenschaft, Engagement und Freude erfüllen.

Es ist kein Geheimnis, dass der Mangel an gut ausgebildeten Pflegekräften, der sich seit langem in Österreich und vielen anderen Ländern abgezeichnet hat, gerade in diesen Zeiten dazu führt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesen Berufsgruppen längst an der Grenze ihrer Leistungskapazität angekommen sind. Umso wertvollere Bedeutung kommt jenen Menschen zu, die sich – häufig sogar in ihrer Freizeit – in den Dienst einer guten Sache stellen: Der ehrenamtlichen Tätigkeit in der Langzeit- und/oder Altenpflege.

Einige der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Fortuna, welche diese großartige Arbeit leisten, wurden nicht in Österreich geboren. Manche kamen sogar erst vor wenigen Jahren – leider meist unter sehr traurigen Umständen – nach Österreich, denn sie mussten aus ihren Heimatländern vor Krieg und Not flüchten.

Birgt diese kulturelle Vielfalt im Alltag vielleicht auch die eine oder andere Herausforderung? Natürlich können viele unterschiedliche Sprachen, Traditionen und Wertevorstellungen ab und an dazu führen, dass mancher Dialog intensiver geführt werden muss. Doch in der überwiegenden Mehrheit ist sie für alle Beteiligten vor allem eines – ein Gewinn von unschätzbarem Wert. Zahlreiche Institutionen könnten ohne die ehrenamtliche Mitarbeit, vielfach auch von Menschen nicht-österreichischer Herkunft, ihr breit gefächertes Angebot oft nicht in vollem Umfang zur Verfügung stellen.

Die Bewohnerinnen und Bewohner von Fortuna genießen neben der fürsorglichen Betreuung und Begleitung, für welche ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft etwas mehr Zeit aufbringen können als andere, vor allem oft einfach nur deren Gesellschaft. Viele, die einst als "Fremde" gekommen sind, werden rasch zu Freundinnen und Freunden. Menschen, die auf eine sehr bewegte und oft ergreifende Lebensgeschichte zurückblicken können und diese auf Wunsch auch erzählen, sind nicht selten auch gute Zuhörerinnen und Zuhörer. Sie bereichern den Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner jedoch auch dadurch, dass sie – meist in enger Zusammenarbeit mit bzw. unter Anleitung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Seniorinnen- und Seniorenanimation von Fortuna, mit ihnen Spiele spielen, Fremdsprachen lernen und trainieren, kleinere Übungen mit ihnen gemeinsam durchführen oder sie bei Besorgungen und Erledigungen unterstützen.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund profitieren ihrerseits unter anderem von der Einbindung in den Lebensalltag der Menschen, die hier leben und arbeiten, indem sie – neben ihrer meist sehr erfüllenden, sinnstiftenden und hoch respektablen Tätigkeit – ihre Sprachkenntnisse erweitern und verbessern können.

Nicht erst in Corona-Zeiten sehen leider auch viele der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund immer wieder mit Alltags-Rassismus, Spott und Hohn für ggf. mangelnde Sprachkenntnisse sowie der Entwertung ihrer Leistung konfrontiert. In Wahrheit steht Personen, die sich freiwillig und unentgeltlich um ihre Mitmenschen kümmern, Respekt, Dank und Anerkennung zu.

Fortuna ist sehr dankbar und stolz, dass Menschen aus vielen Ländern einen großen Teil ihrer Freizeit dafür verwenden, um die Hauptamtlichen bei ihrer so wichtigen Tätigkeit für die Bewohnerinnen und Bewohner zu unterstützen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Einbindung von Personen mit Migrationshintergrund in ehrenamtliche Tätigkeiten in den Langzeitpflegeeinrichtungen.

3.22 Projekt Leuchtturm der CS Caritas Socialis

Mit dem nun abgeschlossenen Projekt Leuchtturm werden die beiden Kernthemenfelder ‚Demenz‘ und ‚Palliative Care‘, in denen sich die CS Caritas Socialis durch die beiden großen Projekte "Hospizkultur und Mäeutik" und "Demenz weiter denken" in den letzten Jahren weiterentwickelt hat, stärker verbunden.

Mit dem Projekt Leuchtturm entwickelt sich die Kompetenz der CS Caritas Socialis im Bereich der professionellen psychologischen, psychotherapeutischen und gerontopsychiatrischen Begleitung von Menschen mit Demenz unter Beachtung der Ansätze von Hospiz und Palliative Care. Dadurch konnte auch die ganzheitliche Sicht auf den Menschen in seinen vielen Dimensionen gestärkt werden.

Befragung zur Belastung durch herausforderndes Verhalten

Im Rahmen des Projekts wurde die Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch herausforderndes Verhalten von Tagesgästen, Bewohnerinnen und Bewohnern, mobil betreuten Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten erhoben. Aus dem erhobenen Bedarf wurden sogenannte ‚Leuchtturmschulungen‘ definiert und in das interne Fortbildungsprogramm aufgenommen. Darüber hinaus wurde eine Richtlinie zum Thema "Umgang mit Übergriffen" erstellt, die Orientierung zum Umgang mit psychiatrischen Krisen und Notfällen gibt. Im Rahmen des Projektes gab es fachlichen Austausch mit verschiedenen Konsiliardiensten, die in Wohn- und Pflegeheimen fachlich unterstützen. Weitere Angebote des Leuchtturms wurden entwickelt.

Der Leuchtturm umfasst vier Angebote, die die Demenzkompetenz der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter und Ehrenamtlichen steigert und damit die Hospizbegleitung für Menschen mit Demenz und deren An- und Zugehörigen maßgeblich verbessert.

Leuchtturm Konsiliardienst

Um die interdisziplinäre psychiatrische Begleitung für An- und Zugehörige, Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern, wurde an den

drei Standorten der CS Caritas Socialis ein psychologisch-psychiatrischer Konsiliardienst (kurz PsyKo) eingeführt. Dazu wurden die im Stellenplan vorgesehenen Wochenstunden der Psychologinnen und Psychologen und der Honorarpsychiaterinnen und -psychiater deutlich erhöht.

Der Konsiliardienst kann von jedem Team angefordert werden und besteht aus einer externen Psychiaterin oder einem externen Psychiater, einer Psychologin und einer diplomierten psychiatrischen Pflegeperson. Bei einer Konsiliarvisite wird versucht, zu klären, was die Bewohnerin oder der Bewohner, die Angehörigen und das Team brauchen. In der Bewohnerbesprechung wird vereinbart, wie das Team mit der Situation umgehen soll, welche Entlastung angeboten werden kann. Durch die regelmäßige und vorausschauende Arbeit des Konsiliardienstes können immer öfter Aufenthalte in psychiatrischen Abteilungen vermieden werden. Es sind schnellere Interventionen bei herausfordernden Situationen wie Psychopharmaka Um- und Einstellungen oder Schmerzeinstellungen möglich, aber auch psychiatrisch-pflegerisches Knowhow ist schneller greifbar und kann gut genutzt werden. Der Konsiliardienst arbeitet eng mit den Palliativmedizinerinnen und Palliativmedizinern der CS Caritas Socialis zusammen und wird auf Anfrage auch auf der Palliativstation tätig.

Leuchtturm CS Betreuung zu Hause

Zur Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der mobilen Betreuung und Begleitung im professionellen Umgang mit herausfordernden Situationen wurde erstmals eine Psychologin angestellt, die Regionalmanagerinnen und -manager in der Wahl ihrer Interventionen berät sowie Klientinnen- und Klientenbesprechungen moderiert. Die Psychologin besucht zu Hause und führt Entlastungs- bzw. Beratungsgespräche.

Schon im Projekt Hospiz- und Palliative Care (HPC) Mobil erarbeitete die Psychologin gemeinsam mit der Palliativbeauftragten und der Pflegedienstleiterin eine neue Form, den Willen der Klientinnen und Klienten und die Biografie zu erheben und zu dokumentieren. Zudem wurde im Projekt die Aufgabe der Ehrenamtskoordination im mobilen Bereich geschaffen, die im Rahmen eines Hausbesuches die Rahmenbedingungen der Demenzwegbegleitung klärt und die ehrenamtlich Engagierten einführt. Es kommt nun zum verstärkten Einsatz von ehrenamtlichen Demenzwegbegleiterinnen und Demenzwegbegleitern, wodurch auch Menschen zu Hause in schwierigen Lebensphasen besser unterstützt werden können. Durch die Qualifikation im Kurs für Demenzbegleitung im Kardinal König Haus stellen diese Ehrenamtlichen für die pflegenden Angehörigen eine große Entlastung dar.

Leuchtturm Psychologinnen und Psychologen

Durch die Erhöhung der Stunden im Stellenplan für die Berufsgruppe Psychologie können intensive, individuelle psychologische Beratung für An- und Zugehörige, Bewohnerinnen und Bewohner als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten werden.

Leuchtturm Fortbildung

Wissen unterstützt im Umgang mit herausforderndem Verhalten, darum werden spezialisierte Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten. Besonderer Bedarf an Schulungen zum Thema Psychiatrie, Validation, Kommunikation bei herausforderndem Verhalten, Deeskalation, Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung und Demenz wurde identifiziert und in den internen Fortbildungskalender aufgenommen.

Zusammenfassung

Durch die verstärkte Präsenz von Psychologinnen und Psychologen, diplomierten psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und externen Psychiaterinnen und Psychiatern können mehr Entlastungsgespräche für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und die Betreuungsteams angeboten werden. Dies führt zu einer besseren Einbindung von Angehörigen insbesondere in den letzten Lebenswochen und zu einer Verbesserung der Lebensqualität und einer Reduktion bei herausforderndem Verhalten.

Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter profitieren von der Unterstützung durch den psychologisch-psychiatrischen Konsiliardienst im täglichen Umgang mit herausfordernden Situationen und fordern diesen auch aktiv an. Durch die Stärkung der vorausschauenden Planung bei Menschen mit Demenz konnte die Anzahl der Einweisungen in psychiatrische Kliniken und der belastenden Eskalationen reduziert werden. Die Adaption der Medikation und bessere Berücksichtigung einer eventuellen Schmerzsituation können rascher durchgeführt werden. Durch die regelmäßigen Leuchtturmschulungen bekommen Basis-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter das nötige Knowhow, um in herausfordernden Situationen mit Bewohnerinnen und Bewohnern oder Angehörigen adäquat handeln zu können. In der Betreuung zu Hause war die Erfahrung, dass für den Umgang mit herausfordernden Situationen und das Umsetzen der Ziele von Hospizkultur und Palliative Care die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit und die Einbindung von Ehrenamtlichen hilfreich ist. Das Projekt hat sich sowohl auf das Wohlbefinden betroffener Bewohnerinnen und Bewohner, Tagesgäste, Klientinnen und Klienten und deren Angehöriger als auch auf das der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlasten und sehr positiv ausgewirkt.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Stärkung der psychologisch-psychiatrischen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern, Tagesgästen, Klientinnen und Klienten und deren Angehörigen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die verstärkte Begleitung, Beratung und Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für den Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz.

3.23 Versorgungssicherheit durch Vernetzung und Transparenz

Ein Innovationsprojekt zur ortsunabhängigen Verbesserung der Pflegewohnhausversorgung im ländlichen Raum

Das österreichische Gesundheitssystem ist derzeit und voraussichtlich in den nächsten Jahren zunehmend mit großen Herausforderungen im Bereich Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten konfrontiert. Dies hat insbesondere die COVID-19-Pandemie und der damit einhergehende akute Bedarf von Ärztinnen und Ärzten – besonders im ländlichen Bereich – eindrücklich aufgezeigt. Bereits vor der COVID-19-Pandemie zeichnete sich ein Mangel an haus- und fachärztlicher Versorgung ab – vor allem bei Notfällen, chronischen Leiden, nachts und an Wochenenden bzw. Feiertagen. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten noch verstärken wird. Weitere Herausforderungen sind die demographische Überalterung der Bevölkerung in Österreich, die erhöhte Prävalenz chronischer Erkrankungen und das vermehrte Auftreten von Multimorbidität. Eine häufige Hospitalisierung von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen kann, zusätzlich zu den ohnehin vorhandenen gesundheitlichen Beschwerden, eine zusätzliche psychische und physische Belastung für die Bewohnerinnen und Bewohner darstellen. Viele belastende Transporte ins Krankenhaus wären durch eine optimierte Versorgung vor Ort im Wohn- und Pflegeheim vermeidbar.

Ziel des Projekts, welches vom Pflegewohnhaus Casa Kirchberg/Rabenstein durchgeführt wurde, war es, eine räumliche und sektorenübergreifende Vernetzung des Wissens in der Versorgung betreuungs- und pflegebedürftiger Personen zu erwirken. Auf technischer Ebene sollen durch digitale Unterstützung der Informationsfluss sowie die pflegerische und hausärztliche Versorgung in Pflegewohnhäusern im ländlichen Raum optimiert werden.

Projektbeschreibung

Dazu wurde in der Casa Kirchberg/Rabenstein, einem niederösterreichischen Pflegewohnhaus der Casa Leben im Alter, ein Pilotprojekt durchgeführt. Im Projektzeitraum (2018) wurde die ärztliche Betreuung auf teils Präsenz- sowie teils telemedizinische Betreuung umgestellt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnten die betreuende Ärztin, welche einen Tag in der Woche im Pflegewohnhaus vor Ort war, an den anderen Tagen per E-Mail bzw. telefonisch kontaktieren und auf diesem Weg um medizinischen Rat ansuchen. Die Vorteile für das Pflegewohnhaus liegen hierbei unter anderem:

- in einer ortsunabhängigen Diagnostik und Versorgung,
- im erleichterten Zugriff auf die medizinische Dokumentation durch Ärztin und diplomiertes Pflegepersonal,
- darin, dem Pflegepersonal zusätzliche Sicherheit zu vermitteln bzw. vermitteln zu können,
- in einer zeitnahen Reaktion der Ärztin auf medizinische Fragestellungen des diplomierten Pflegepersonals.

Kompetente Führung in der Langzeitpflege umfasst die Verantwortung sowohl gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern als auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Mit dem Projekt "Telemedizin in der Casa Kirchberg/Rabenstein" in Zusammenarbeit mit der Allgemeinärztin Dr.ⁱⁿ Susanne Pusarnig wurde dem Führungsteam des Pflegewohnhauses ein professionelles Instrument zur Verfügung gestellt, welches alle an der Betreuung und Pflege beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützt.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiteten mit dem elektronischen Pflegedokumentations-system "GriPS", in welches sämtliche Details über Betreuung und Pflege der jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner eingetragen wurden. Dazu gehörten sowohl die gesamten Arzt-, Pflege- und Betreuungsdokumentationen als auch relevantes Bildmaterial. Die Ärztin hatte ebenfalls Zugriff auf dieses System und konnte jederzeit die Befunde, Berichte, Dokumente sowie Bilder einsehen, auch wenn sie nicht vor Ort war. Bei medizinischen Fragen, die außerhalb ihrer Präsenz in der Casa Kirchberg/Rabenstein auftraten, kontaktierte die jeweilige Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson die Ärztin telefonisch oder per E-Mail. Sie bzw. er erläuterte den Sachverhalt, beschrieb die Situation und stellte, wenn notwendig, entsprechende zusätzliche Befunde und Bilder in das System, wodurch auch die Ärztin unmittelbar Einsicht in die Dokumente erlangte. Anhand des Materials konnten dann rasch Entscheidungen hinsichtlich der weiteren Versorgung getroffen werden. Damit verzögerten sich Behandlungen nicht bis zur nächsten Visite und unnötige Rettungsnotrufe wurden vermieden.

Folgende Ziele wurden für das Projekt formuliert und konnten erreicht werden:

1. die Etablierung eines stabilen medizinischen Versorgungssystems für die Bewohnerinnen und Bewohner in der Casa Kirchberg/Rabenstein,
2. die Vermeidung von unnötigen Rettungseinsätzen und Krankenhausaufenthalten,
3. die Unterstützung des diplomierten Pflegepersonals bei der Sicherstellung professioneller Arbeits- und Dienstleistungsqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner,
4. die Stärkung der Kompetenzen des diplomierten Pflegepersonals,
5. der Ausbau der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter-Kompetenzen im Bereich Digitalisierung in der Pflege.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlten sich mit der Entscheidungsfindung und Problemlösung nicht allein gelassen. Das Wissen, jederzeit ärztliche Anweisungen einholen und auch umsetzen zu können, gab Rückhalt und ein erhöhtes Gefühl der Sicherheit im Pflegealltag. Das erzeugte Zufriedenheit bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und wirkte sich äußerst positiv auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner aus (zeitnahe Versorgung bei Beschwerden, Vermeidung von aufregenden Krankentransporten, etc.).

Fazit und Ausblick

Die Einführung des intelligenten Einsatzes der Telemedizin ermöglicht – besonders in Zeiten von Kontaktbeschränkungen – die Nutzung bzw. effizientere Nutzung medizinischer Leistungen sowie die Gewährleistung einer möglichst kurzen Reaktionszeit in der Behandlung der betreuungs- und pflegebedürftigen Personen.

Die Vorteile liegen vor allem in

- einer ortsunabhängigen Diagnostik,
- einer zeitnahen Reaktion auf medizinisch-pflegerische Fragestellungen,
- einer effizienten Organisation von Terminen,
- der Zusammenarbeit und dem Austausch medizinisch-pflegerischer Expertise,
- dem Zugriff für das medizinisch-pflegerische Personal auf entsprechende Dokumentation ohne Medienbrüche,
- der Entlastung und Sicherheit für das gesamte Personal und damit einhergehend
- einer Steigerung der Versorgungsqualität sowie langfristigen Kostensenkung.

Aus Sicht der Führungsebene optimiert die Telemedizin in Langzeitpflegeeinrichtungen die medizinischen Versorgungsprozesse und beugt Notfällen vor, womit auch die Krankenhausaufnahmen der Bewohnerinnen und Bewohner stark reduziert werden.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, dem Thema Telemedizin – insbesondere im Setting von Wohn- und Pflegeheimen – ein besonderes Augenmerk zu widmen. Vor dem Hintergrund der Relevanz in Hinblick auf die COVID-19-Pandemie als auch der Digitalisierung im Gesundheitsbereich ist es von großer Notwendigkeit, sowohl digitale Kompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula zu erlernen, als auch telemedizinische Konzepte und Projekte in der Entwicklung und Unterstützung in der Praxis zu fördern.

3.24 Plattform Demenzfreundliches Wien

Mehr als 30.000 Wienerinnen und Wiener leben mit der Diagnose Demenz. Die Tendenz ist aufgrund der demographischen Entwicklung steigend. Neben den Betroffenen selbst und deren An- und Zugehörigen sowie dem medizinischen und sozialen Versorgungssystem ist auch die Zivilgesellschaft gefragt. Nur in einer solidarischen Gesellschaft, in der Betroffene und deren Umfeld bestmöglich unterstützt werden, kann das Recht auf ein gutes Leben für alle verwirklicht werden. Die "Plattform Demenzfreundliches Wien" arbeitet mit Projektgemeinschaften, Initiativen und Stakeholderinnen und Stakeholdern aus den unterschiedlichsten Bereichen interdisziplinär und überparteilich daran, bestmögliche Lebenswelten für Menschen mit Demenz zu schaffen.

Vom Netzwerk zur Plattform

Die Idee "Demenzfreundliches Wien" hat im Jahr 2018 als loses Netzwerk mit einigen Bezirken und einer Handvoll Adressen begonnen. Das Büro der Seniorinnen- und Seniorenbeauftragten der Stadt Wien übernahm die Koordination des Netzwerks mit dem Ziel, es zu einer starken Plattform weiterzuentwickeln. Im Mai 2020 wurde offiziell die "Plattform Demenzfreundliches Wien" gelauncht. Mittlerweile engagieren sich rund 60 Organisationen und bereits 16 Wiener Bezirke für ein demenzfreundliches Wien.

Ein demenzfreundliches Wien bedeutet konkret, die Lebensqualität für Betroffene zu erhöhen, das Bewusstsein für Demenz in der Gesellschaft zu verankern, Barrieren zu identifizieren und abzubauen. Die "Plattform Demenzfreundliches Wien" ist der Bogen, den die Stadt Wien über alle Initiativen spannt, die sich zum Thema Demenzfreundlichkeit engagieren. Es bildet ein Dach, unter dem Synergien entstehen, die Mitglieder strukturiert arbeiten und voneinander lernen.

Der Schritt zur Plattform war ein wichtiger Meilenstein im Engagement für ein demenzfreundliches Wien. Die Mitglieder bekennen sich verbindlich zu den gemeinsam erarbeiteten Visionen und Zielen und treten gemeinsam unter dem Dach Demenzfreundliches Wien stärker nach außen auf. So wird die Öffentlichkeit

sensibilisiert bzw. ein Diskurs in der Gesellschaft angeregt und zielgerichtete Aktivitäten werden gesetzt. Das Büro der Seniorinnen- und Seniorenbeauftragten der Stadt Wien koordiniert die Aktivitäten der Plattform und fördert den gemeinsamen Austausch und Vernetzung durch regelmäßige Treffen, um neue Ideen und Projekte zu entwickeln.

Vom Einkauf im Supermarkt über Wege mit den öffentlichen Verkehrsmitteln bis hin zu Freizeitaktivitäten – das Leben mit Demenz stellt Betroffene sowie deren Angehörige und Bezugspersonen vor oft ungeahnte und vor allem vielfältige Herausforderungen. Neben praktischen Fragestellungen spielt das immer noch vorherrschende Stigma in Bezug auf demenzielle Erkrankungen eine große Rolle.

"Ein großes Ziel der Plattform ist der Abbau von Barrieren. Demenz ist Teil unserer Gesellschaft und somit überall anzutreffen. Im Freundeskreis, in der Familie, in der Nachbarschaft und natürlich auch auf Ämtern oder im Grätzl. Daher ist es besonders wichtig, als solidarische Gesellschaft ausreichend informiert zu sein.

Durch Bewusstseinsbildung lässt sich im täglichen Miteinander auf herausfordernde und ungewohnte Situationen passend reagieren. Das erleichtert für alle den Alltag mit Demenz.", so Dr.ⁱⁿ Susanne Herbek, Seniorinnen- und Seniorenbeauftragte der Stadt Wien".

#demenzstreifzug 2020

Um in der Gesellschaft Bewusstsein für das Thema Demenz zu schaffen, startete die "Plattform Demenzfreundliches Wien" im Sommer 2020 den #demenzstreifzug. Info-Haltestellen an öffentlichen Orten und bei Organisationen machten die Menschen im Grätzl auf das Thema "Demenz" aufmerksam. Der #demenzstreifzug war 2020 an 100 Tagen und an 20 Standorten in der ganzen Stadt präsent. Insgesamt unterstützten 14 Organisationen in Wien die Initiative.

Eine Info-Haltestelle der Aktion #demenzstreifzug besteht aus Liegestühlen, einer Informationstafel und Freecards. Sie lädt die Wienerinnen und Wiener zum Anhalten, Informieren, Verweilen und Nachdenken ein. Zudem konnten Bilder mit dem Hashtag auf unterschiedlichen Social Media Plattformen geteilt werden.

Wiener Demenzstrategie

Um die gesellschaftliche Entstigmatisierung von Demenz oder anderen psychischen Erkrankungen im geriatrischen Bereich voranzutreiben und Bewusstseinsbildung sowie Sensibilisierung aller Bevölkerungsgruppen zu schaffen, benötigt die "Plattform Demenzfreundliches Wien" Handlungssicherheit und Verbindlichkeit. Daher wird nun die "Wiener Demenzstrategie" entwickelt.

Die "Wiener Demenzstrategie" orientiert sich an den Wirkungszielen und Handlungsempfehlungen der "nationalen Demenzstrategie". Die "Plattform Demenzfreundliches Wien" ist Koordinatorin der Strategieentwicklung. Gemeinsam mit diversen Stakeholderinnen, Stakeholdern und Betroffenen von Demenz stützt sie die Eckpfeiler der "österreichischen Strategie" und spezifiziert sie für die Wiener Gegebenheiten.

Meilensteine 2020

Mai 2020: Offizieller Launch der "Plattform Demenzfreundliches Wien"

Juli 2020: Mit dem #demenzstreifzug startet die "Plattform Demenzfreundliches Wien" eine breite Informationskampagne

November 2020: Das Eröffnungsereignis der Plattform findet als Online-Konferenz statt.

Die Wiener Heimkommission begrüßt den Ausbau der "Plattform Demenzfreundliches Wien", die Mitgliedschaft aller 23 Wiener Gemeindebezirke und unterstützt die Erarbeitung der Wiener Demenzstrategie.

3.25 Ergebnisse der Kundinnen- und Kundenzufriedenheitsbefragung des FSW 2019

Im Herbst 2019 führte der FSW (Fonds Soziales Wien) zum vierten Mal eine Kundinnen-, Kunden- und Angehörigenbefragung zur Zufriedenheit mit den Leistungen der Wiener Wohn- und Pflegehäuser durch. Die Ergebnisse lagen Anfang 2020 vor und konnten dann auch präsentiert werden.

Dabei wurden die Kundinnen, Kunden und Angehörigen mittels schriftlicher Fragebögen befragt. Insgesamt wurden 5.361 Kundinnen- und Kunden-Fragebögen und 4.006 Angehörigen-Fragebögen ausgewertet.

Darüber hinaus wurden 80 teilstrukturierte, persönliche Interviews mit Kundinnen, Kunden und Angehörigen geführt.

Die Durchführung und Auswertung der Befragung erfolgte extern durch das Markt- und Meinungsforschungsinstitut TQS Research & Consulting.

Hier die ersten Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung:

- 88 % der Kundinnen und Kunden sind mit ihrem Wohn- und Pflegehaus insgesamt zufrieden.
- 89 % der Kundinnen und Kunden sind mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in ihrem Wohn- und Pflegehaus zufrieden.
- 67 % der Kundinnen und Kunden geben an, dass sich ihr Wohlbefinden durch den Aufenthalt im Wohn- und Pflegehaus verbessert hat.
- 75 % der Kundinnen und Kunden beurteilen den Kostenbeitrag als fair und angemessen

Eine Analyse der Ergebnisse und Ableitung von Maßnahmen bringt die Erkenntnis, dass sich im Vergleich zur Befragung aus dem Jahr 2017 die Ergebnisse 2019 insgesamt gesehen leicht verbessert haben.

Als ein weiteres positives Beispiel kann das Essen in den Einrichtungen genannt werden. Wie bereits in den vergangenen Erhebungen ersichtlich wurde, wird das Essen von den Bewohnerinnen und Bewohnern eher kritisch beurteilt. Systemische Maßnahmen, wie die Vorstellung der Konzepte der am besten bewerteten Träger, und die Bemühungen der einzelnen Trägerorganisationen haben zu einer signifikanten

Verbesserung der Bewertung des Essens geführt. So lag die diesbezügliche Zufriedenheit 2017 bei 60 %, 2019 konnte ein Zufriedenheitswert von 70 % erreicht werden.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die durch den Fonds Soziales Wien regelmäßig durchgeführten Befragungen von Kundinnen, Kunden und Angehörigen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit und Lebensqualität und befürwortet die in Folge stattfindende Auseinandersetzung mit den Ergebnissen aus den Einrichtungen. Dies ist ein integraler Baustein der kontinuierlichen Verbesserung des Leistungsangebotes.

3.26 Erfahrungsberichte und Learnings im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen zur Corona-Krise

Alltagssprachlich ist mit dem Wort "Krise" eine gefährliche Entwicklung, Zuspitzung oder Verschärfung, bzw. eine Entscheidungs- oder Ausnahmesituation im gesellschaftlichen oder individuellen Kontext gemeint. Der altgriechische Begriff "crisis" bezeichnet einen "Wendepunkt zu Gesundheit oder Tod". In der Medizin bezeichnet der Terminus "Krise" den entscheidenden Moment im Verlauf einer Erkrankung, in dem es zu einer beginnenden Heilung oder zu einer radikalen Verschlechterung im Zustand einer Patientin oder eines Patienten kommt. Der chinesische Begriff für Krise setzt sich zusammen aus zwei Schriftzeichen, wobei eins dem Doppelzeichen für "Gefahr" und das andere dem Doppelzeichen für "Chance" entstammt. In vielen Kulturen, Epochen und Kontexten wurde demnach (auch) auf die in der Krise potenziell vorhandenen "Veränderungsenergien" hingewiesen. Insofern kann der Begriff Krise auch positiv konnotiert werden, als "eine Herausforderung, deren erfolgreiche Bewältigung mit einem gestärkten Selbstbewusstsein verbunden ist". Zit: D'Amelio, R.: Studienbrief: Krise und Krisenintervention – Version 2010. Universitätskliniken des Saarlandes, 66421 Homburg/ Saar. S. 1.

Das Jahr 2020 mit allen seinen Herausforderungen ist auch am DWS (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen) nicht spurlos vorübergegangen – schon im März 2020 stand fest, dass neben der Teilnahme an diversen Krisenstäben, dem Arbeiten im Homeoffice, der Änderung auf virtuelle Formen der Kommunikation intern und extern von heute auf morgen, den Verschiebungen von Veranstaltungen und den Umstellungen zu einer neuen Form der Netzwerkarbeit vor allem auch Erfahrungsberichte und Learnings innerhalb und außerhalb der Organisation gesammelt werden sollten.

Der Beginn der Pandemie war geprägt von Verunsicherung aller Beteiligten, fehlender Schutzkleidung, mangelnden Kenntnissen zum Selbst- und Fremdschutz, einer grundsätzlich veränderten Form der Kommunikation und einer Informationsflut, die ständig neue Informationen, Empfehlungen und diverse gesetzliche Vorgaben mit sich brachte.

Bereits im ersten Lockdown war im DWS klar, dass es ein Wissensmanagement braucht, das sich der Herausforderungen annimmt, die positiven und negativen

Erfahrungen miteinschließt und im Sinne einer Entwicklung von Chancen die internen Learnings sowie die der Mitgliedsorganisationen aufgreift.

Den Beginn machte eine Umfrage an alle Mitgliedsorganisationen zu ihren Erfahrungen bzw. welche Themen von besonderer Relevanz waren. Auf Basis dieser Ergebnisse wurden Themenbereiche für Fokusgruppen festgelegt. Folgende Themen standen im Vordergrund: "Kommunikation mit dem Krisenstab der Stadt Wien", "Struktur- und Prozessänderungen in den Organisationen", "(Digitale) Kommunikation zwischen den Systempartnerinnen und -partnern", "(Digitale) Kommunikation mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Kundinnen und Kunden" "Finanzierung während der Pandemie" und "Krisenvorbereitung".

Darauf folgten vertiefende Diskussionen in virtuellen Workshops, von denen einige Aspekte nachstehend dargestellt sind.

Erkenntnisse aus der Praxis

In den Fokusgruppen haben einige Organisationen berichtet, dass durch die Pandemie ihre Kernaufgaben wieder stärker sichtbar wurden. Es wurde eine stärkere Identifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit der Organisation beschrieben, die zu hoher Flexibilität und Motivation bis hin zu niedrigeren Krankenständen im ersten Halbjahr geführt hat.

Die technischen Möglichkeiten entwickeln sich rasant, was aber im Umkehrschluss nicht bedeutet, dass jeder und jedem Einzelnen die gleichen Voraussetzungen, Kenntnisse und Equipments zur Verfügung stehen. In der Pflege und Betreuung steht der zwischenmenschliche Kontakt im Fokus und kreiert ein Spannungsfeld im Hinblick auf die virtuelle Welt. Hier braucht es neben einem sensiblen Umgang mit Daten vor allem kompetentes und technisch gut ausgestattetes Personal in den Organisationen. Einige Organisationen waren darauf angewiesen, dass ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter private Geräte nutzen, weil die technische Ausstattung in den Organisationen unzureichend war.

In vielen Einrichtungen wurden Bewohnerinnen und Bewohner mit Mobiltelefonen oder Tablets ausgestattet und bei (Video-)Telefonaten unterstützt, um der Einsamkeit entgegenzuwirken und den Kontakt mit An- und Zugehörigen so weit wie möglich aufrechtzuerhalten. Die Besprechungen in den Teams nahmen neue Dimensionen an, z.B. erfolgten Teambesprechungen und Fortbildungen ebenfalls vorwiegend über virtuelle Kanäle.

In der Weiterentwicklung des Umgangs mit digitalen Werkzeugen braucht es ein koordiniertes Zusammenspiel, um eine praxisnahe Unterstützung für die täglichen Arbeiten generieren und die Leistungsqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner verbessern zu können, sowie eine adäquate Finanzierung. Um die ärztliche Versorgung in der Langzeitpflege zu unterstützen, sollten Maßnahmen wie Telemedizin oder Telenursing forciert werden.

Hinsichtlich des Umgangs mit der Krise wurden bestehende Krisenpläne von den wenigsten Organisationen als hilfreich erlebt, weil die Krise sich schlussendlich zu stark von den Annahmen, unter denen die Pläne erstellt wurden, unterschieden hat. Als nützlich wurden Hygienepläne sowie eingeführte Kommunikationskanäle und -maßnahmen empfunden. Mit Bewohnerinnen und Bewohnern und deren An- und

Zugehörigen war ein extrem hohes Maß an Kommunikation erforderlich.

Als hilfreich wurde in Folge die Einbeziehung der Organisationen in verschiedene Krisenstäbe der Stadt, die Installation einer Informationsplattform des FSW für alle Träger sowie auch die Möglichkeit des fachlichen Austausches im Rahmen des DWS wahrgenommen.

So entstand aus dem Krisenstab Pflege der Auftrag an den DWS ein Team Mentoring Hygiene in Zusammenhang mit Covid 19 einzurichten, um in regelmäßigen Abständen den Wissenstransfer zwischen Erfahrenen und weniger Erfahrenen zu fördern sowie fachlich-inhaltliche Hilfestellung hinsichtlich erweiterter Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen in Bezug auf Covid-19 für die Langzeitpflege zu geben. Das Team besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der MA15, des Einsatzstabes, zwei Hygienefachkräften, einem Mediziner aus der stationären Langzeitpflege, einer Pflegedienstleitung aus der mobilen Pflege. Die Koordination und Organisation erfolgt durch die Pflegeexpertin im Dachverband.

Die Erfahrungen und Learnings aus dem ersten Lockdown wurden gemeinsam über die Monate weiterentwickelt, ausgebaut und unterstützten bei den folgenden Lockdowns im Herbst und Winter 2020. In die nächsten Schritte in der Bewältigung der Pandemie, wie Test- und Impfstrategien, finden sie ebenfalls Eingang.

Im DWS konnte der Arbeitsplan 2020 unter veränderten Rahmenbedingungen erfüllt werden, die technische Versiertheit wurde deutlich gesteigert, und die Aufrechterhaltung der Kommunikation mit den Mitgliedsorganisationen gelang und gelingt durch verschiedene Kanäle und Maßnahmen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt das Einbeziehen der Trägerorganisationen in diverse Krisenstäbe der Stadt Wien als Initiative, die in keinem anderen Bundesland so erfolgreich umgesetzt wurde. Die dadurch entwickelte gelungene Kommunikation mit allen Stakeholdern innerhalb und außerhalb des Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, die zur Verfügung gestellten Tools und gemeinsame Anstrengungen haben dazu beigetragen, dass die Pflege- und Betreuungsorganisationen trotz vieler unterschiedlicher Herausforderungen bis zum Zeitpunkt der Berichterstellung mehr oder minder gut durch die Krise gekommen sind.

3.27 Feedbackmanagement: Ein Konzept zur Qualitätsverbesserung in der stationären Langzeitpflege

Als dezentral organisiertes, gemeinnütziges Unternehmen mit sieben Pflegewohnhäusern in Österreich ist für Casa Leben im Alter eine systematische Erfassung von Feedback durch Bewohnerinnen und Bewohner elementar.

Ziele des Konzepts

Um eine Qualitätsverbesserung zu erzielen, wurde vom Qualitätsmanagement der Casa Leben im Alter ein Konzept entworfen, wie es Bewohnerinnen und Bewohnern, An- und Zugehörigen, Bezugspersonen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie weiteren Interessensgruppen künftig ermöglicht werden soll, möglichst niederschwellig Feedback zu geben.

Feedback wird nicht nur angenommen, sondern auch als Impuls für Innovation und Weiterentwicklung verstanden (Becher und Hastedt 2019). Durch neue Erkenntnisse aus Lob-, Anregungs-, Beschwerde- und Fehlermeldungen soll die Qualität der Angebote und Dienstleistungen kontinuierlich professionell überprüft, verbessert und auf diese Weise nachhaltig gesichert werden.

Arten von Feedback:

- **Lob:** steigert die Freude an der Arbeit und motiviert die Empfängerin bzw. den Empfänger. Anregungen: neue Ideen zur Verbesserung der Dienstleistungsqualität werden bei Casa Leben im Alter stets gerne entgegengenommen. Entsprechende Umsetzungsmöglichkeiten werden im multidisziplinären Haus-Jour fixe unter den gegebenen rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, mit Rücksicht auf die Wohnsituation der Bewohnerinnen und Bewohner sowie auf das Arbeitsumfeld der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, geprüft und in Betracht gezogen.
- **Beschwerden:** können wertvolle Hinweise auf Bereiche mit Entwicklungspotenzial geben. Die geregelten Prozessabläufe und Verantwortlichkeiten werden mittels Prozesslandkarten dargestellt und geben eine klare Übersicht über die einzelnen Prozessschritte, die ein professionelles Beschwerdemanagement ermöglichen.
- **Fehler:** Der Oberbegriff "Fehler" umfasst dem Verständnis der Casa Leben im Alter nach verschiedene Arten von Fehlern: Fehler, Beinaheschäden, unerwünschte Ereignisse und vermeidbare unerwünschte Ereignisse. All diese Fehlerarten stellen Abweichungen vom Soll bzw. Ideal dar und bieten das Potenzial, als Einzelperson sowie als Organisation einen Lerneffekt inklusive zukünftiger Verbesserung zu erzielen. Fehlermanagement ist ein Teil des Risikomanagementsystems, das zum Ziel hat, Fehler zu erkennen, zu analysieren, zu bewältigen und zu vermeiden und gleichzeitig der Organisation als Lernsystem zu dienen.

Feedbackkultur

Durch gezielte Workshops werden Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befähigt, einen wohlwollenden, professionellen Umgang mit Feedback jeglicher Art zu entwickeln und dadurch eine "feedbackfreundliche Kultur" in der Einrichtung zu pflegen.

Eine Vertrauensbeziehung ist die beste Grundlage dafür, Feedbacks zu erhalten und diese auch in einer positiven Haltung entgegenzunehmen. Eine solche Haltung ist ebenso die Voraussetzung dafür, Feedback als "Chance" zur Qualitätsverbesserung

erkennen zu können, die professionelle Bearbeitung des Feedbacks unterstützen zu wollen und die daraus resultierenden Ergebnisse als Lernerfolge für sich, für das Team und für die gesamte Organisation verbuchen zu können.

Prozessmanagement

Im Rahmen eines systemischen Prozessmanagements wird Feedback auf digitalem Weg analysiert, bearbeitet und es erfolgt – sofern das Feedback nicht anonym abgegeben wurde – auch eine Rückmeldung an die Feedbackgeberin bzw. den Feedbackgeber. In weiterer Folge werden entsprechende Maßnahmen abgeleitet, implementiert und evaluiert.

Die Prozessbeschreibungen werden funktionsorientiert sowie bereichsspezifisch dargestellt und standardisiert:

Feedback-Prozessleitfaden allgemein

Ein allgemeiner Prozessleitfaden dient vorwiegend zur Orientierung seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Er soll Übersicht über den groben Prozessablauf des Feedbackmanagements bieten.

Feedbackspezifische Prozesslandkarten für Führungskräfte

Die detaillierten feedbackspezifischen Prozesslandkarten dienen dazu, den Führungskräften eine klare Übersicht über die einzelnen Prozessschritte und die damit zusammenhängenden Verantwortlichkeiten zu ermöglichen.

Ein gemeinsames Lernen wird durch die Information bzw. gegebenenfalls Involvierung aller Prozessbeteiligten sowie über die Auswertung und Thematisierung der Lernerfolge in Teambesprechungen und im Managementkreis ermöglicht. Eingebraachte Feedbacks sowie ihre Bearbeitung sind Teil der fixen Agenda des wöchentlichen Haus-Jour fixes und der monatlichen Teambesprechungen. Dadurch wird ein gemeinsames, interdisziplinäres Lernen innerhalb der Einrichtung möglich gemacht. Feedbacks, die sich im Eskalationsprozess befinden, werden in den regelmäßigen Jour fixe-Terminen mit der Bereichsleitung Pflege bzw. Geschäftsführung besprochen. Das digitalisierte Feedbackmanagement ermöglicht auch eine regelmäßige Auswertung, die eine unerlässliche Grundlage zur Qualitätsförderung und -sicherung im Rahmen des organisationsinternen kontinuierlichen Verbesserungsprozesses darstellt.

Implementierung

Der Aufbau eines umfassenden Feedback-Management-Systems für Lob, Anregung, Beschwerde und Fehler und die strukturierte Umsetzung bestehen aus Kommunikations- und Abstimmungselementen, welche IT-gestützt und teilweise automatisiert initiiert werden. Derzeit werden die Strukturen und technischen Voraussetzungen für das digitale Feedback-Management geschaffen, welches durch Einbettung eines Formulars auf der Webseite von Casa Leben im Alter sowie die Einbindung in das Ticketing-System des Intranets erfolgt.

Fazit

Casa Leben im Alter versteht sich als lernende und innovative Organisation, in der eine offene, wertschätzende Kommunikationskultur gefördert und gelebt wird.

Ein kompetentes und nachhaltiges Feedbackmanagement ist ein essentieller Teil der Qualitätsförderung und -sicherung. Für ein effizientes Feedbackmanagement sind

unterschiedliche Kommunikationskanäle – vom persönlichen Kontakt bis hin zum Online-Feedback – zu berücksichtigen. Die COVID-19-Pandemie hat aufgezeigt, dass das digitale Feedbackmanagement insbesondere bei Kontaktbeschränkungen eine hohe Relevanz hat, um den Dialog betriebsintern, aber auch mit externen Personen leicht zu ermöglichen und die Digitalisierung auch für Qualitätsverbesserung zu nutzen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, das digitale Feedback-Management in den pflegerischen Alltag zu integrieren, um dadurch auch in Zeiten von "Social Distancing" eine Qualitätsverbesserung der Angebote und Dienstleistungen zu erzielen sowie die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner, An- und Zugehörigen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöhen zu können.

3.28 Neuer Markenname und Markenauftritt "Wiener Gesundheitsverbund"

Wien wächst, die strukturellen Rahmenbedingungen der Stadt ändern sich und auch medizinische und technologische Entwicklungen schreiten voran. Der neue Name "Wiener Gesundheitsverbund" löste im vergangenen Juni den "Wiener Krankenanstaltenverbund" ab. Hinter der Namensänderung steht ein umfassender Reformprozess, zu dem neben der Sanierung der Kliniken auch eine neue innere Struktur und eine geänderte Rechtsform zählen werden. Während viele dieser Schritte im Hintergrund vorbereitet und geplant werden, ist die Namensänderung ein sichtbares Zeichen.

Neue Namen zur besseren Orientierung:

Die Kliniken und Pflegehäuser des "Wiener Gesundheitsverbundes" sind seit Juni 2020 nach ihrer Lage im Bezirk oder Grätzel benannt. Dadurch weiß man sofort, wo sich die jeweilige Einrichtung befindet. Die Wienerinnen und Wiener sollen ihre städtischen Spitäler und Pflegewohnhäuser somit leichter finden. Bisher hatten viele der Kliniken lange, historisch gewachsene und teils schwer verständliche Namen. Ein Beispiel: Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital – heute die Klinik Favoriten. Die neuen Namen sind kürzer und leicht zu verstehen.

Einheitliches Erscheinungsbild:

Mit der neuen Marke "Wiener Gesundheitsverbund" ist ein durchgängiges und einheitliches Erscheinungsbild verbunden. Die Umsetzung des Corporate Designs erfolgt Schritt für Schritt. Um möglichst ressourcenschonend vorzugehen, werden viele Design-Umsetzungen im Rahmen von geplanten und notwendigen Ersatzbeschaffungen umgesetzt. Das spart Kosten. So werden etwa Beschilderungen und Leitsysteme in den Einrichtungen des "Wiener Gesundheitsverbundes" im Rahmen bereits geplanter Sanierungen und Umbauarbeiten umgesetzt. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist die Barrierefreiheit, die im Zuge der Umstellung ebenfalls realisiert werden kann.

3.29 "Welche Zukunft hat die stationäre Pflege, für den Fall, dass sich die Pandemie chronifiziert?"

Der Corona- Ausbruch hat weltweit an vorderster Linie Wohn- und Pflegeheime unter Druck gebracht. Das Zusammenleben einer großen Zahl besonders gefährdeter Menschen, die keine Möglichkeiten haben, sich selbst aktiv zu schützen, bringt Risikokonstellationen, die von den betreuenden Einrichtungen kaum zu bewältigen sind.

Betreibern und Personal wird in dieser Krisensituation sehr viel zusätzliche Last aufgebürdet. Schuldige für das "Einschleppen" des Virus werden gesucht, Vorwürfe und Skandalisierung finden ihren Weg in die Medien, Angehörige beklagen zu wenig Schutz oder zu viel Bevormundung und empören sich über unakzeptables Wegsperrren der Bewohnerinnen und Bewohner. Träger und Personal stehen vor nie gekannten Herausforderungen. Es muss schnell und konsequent gehandelt werden, damit sich das Virus in den Häusern nicht unkontrolliert verbreitet. Für das was zu tun ist, gibt es aber weder Erfahrungswerte aus der Vergangenheit, noch sind die Vorgaben der Behörden immer klar genug. Auch die Instrumente zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner sowie des Personals fehlten anfangs. So sind Ende Jänner 2021 noch immer nicht alle Häuser vom Impfprogramm erreicht.

Das Lernen während des Tuns findet zudem noch im grellen Licht der Öffentlichkeit statt. Medien, Angehörige, Ombudseinrichtungen, politische Akteurinnen und Akteure und die Wissenschaft kommentieren und kontrollieren. Es wurde und wird den Teams viel Anerkennung, Applaus und Bewunderung gezollt. Das ist wichtig und es kann nicht genug betont werden, dass es Menschen, meist Frauen, sind, die während der Pandemie ihren ohnehin verantwortungsvollen Job in den Pflegeeinrichtungen noch ernster nehmen und noch mehr an Belastung stemmen. Doch Applaus alleine macht nicht zufrieden und löst vor allem die lang angestauten Probleme nicht.

Es zeigt sich, dass die Arbeitsbedingungen, die schon vor der Pandemie schwierig waren, nun bis an die Grenzen ausgelotet sind. Weder ist die Bezahlung noch die Arbeitszeit ein Magnet für Berufsanfängerinnen und -anfänger, noch lässt sich der Job bis ins späte Berufsalter körperlich unbeschadet durchhalten. Es macht jedoch Sorge, dass viele Pflegekräfte nur kurz im Beruf verbleiben und dass es schwer ist, sie nach Karenz oder Jobwechsel wieder für die Altenpflege zurückzugewinnen.

Die Pandemie bringt hier sprichwörtlich das Fass zum Überlaufen. Die Zögerlichkeit vieler Pflegekräfte, sich gegen COVID impfen zu lassen, ist erstaunlich, kann aber wohl in erster Linie als Widerstandszeichen gegen mangelnde Wertschätzung und empfundene Bevormundung als unbelehrbare Impfskepsis interpretiert werden.

Nichtsdestotrotz haben die Wiener Pflegeeinrichtungen in den vergangenen Monaten mit großer Anstrengung und viel Engagement erreicht, dass katastrophale Entwicklungen verhindert werden konnten. Insbesondere den Vergleich mit anderen europäischen Städten, aber auch mit Bundesländern muss man in Wien nicht scheuen. Die Erkrankungen und Todesfälle sind hierorts bis dato nicht exorbitant ausgeföhrt. Dafür geböhrt allen Handelnden Anerkennung, Dank und Respekt.

Doch der Zügel, der angelegt wurde, hat seinen Preis:

Nicht wenige Einrichtungen werfen zugunsten der Sicherheit zeitweise ihre liberalen und bewohnerorientierten Konzepte über Bord und reagieren mit Rigidität, verhalten sich als "totale Institution" (Goffmann). Sie sehen keinen anderen Ausweg, als die Gefährdung gegenüber der Freiheit abzuwägen und entscheiden sich in dieser schwierigen Situation, den Sicherheitsabwägungen Priorität einzuräumen. Der Preis hierfür ist, dass dadurch Freiheitsrechte der Bewohnerinnen und Bewohner verletzt wurden, damit das Virus in den Häusern in Schach gehalten werden konnte.

Die Entwicklung der Pandemie macht wenig Hoffnung, dass dieser Druck auf die Wohn- und Pflegeheime absehbar weichen wird. Sollte sich durch Chronifizierung der Pandemie verfestigen, dass die Gruppe der Hochaltrigen auf längere Zeit besonders durch Ansteckung und schweren Verlauf gefährdet und daher besonders geschützt werden muss, ist eine Wohn- und Pflegeeinrichtung der denkbar ungeeignetste Ort, diesem Anspruch Rechnung zu tragen.

Bereits zum aktuellen Zeitpunkt bekräftigen Menschen aus der Generation der Babyboomer, dass sie keinesfalls bereit sind, ihren Lebensabend in einer Wohn- und Pflegeeinrichtung zu verbringen. Die Abneigung gegen institutionalisiertes Leben, die in der ersten Nachkriegsgeneration, die auf Individualität setzen konnte, schon latent vorhanden ist, wurde durch die Erfahrungen, die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner aus der Elterngeneration der Babyboomer in der Pandemie machen mussten, auf das Eindrücklichste bestätigt. Die Einschränkungen, die den Bewohnenden und ihren Angehörigen zugemutet werden mussten, bewirken ein Umdenken. Auch die Tatsache, dass die Übersterblichkeit, die 2020 durch Corona zu verzeichnen ist, in den Langzeitpflegeeinrichtungen besonders hoch ausgefallen ist, schreckt ab. Träger von Wiener Wohn- und Pflegeheimen müssen also feststellen, dass die Nachfrage nach Wohnplätzen bereits nachlässt. Wo in den letzten Jahren – auch dank der Abschaffung des Pflegeregresses – Vollaustattung zu verzeichnen war, gehen die Anmeldungen signifikant zurück. Ein privater österreichischer Betreiber vermeldet gar einen Rückgang bis zu 30 Prozent. Obwohl die Arbeit und die Anstrengungen der Einrichtungen nicht hoch genug geschätzt werden können, müssen wir uns daher überlegen, ob unser Weg zukunftstauglich ist.

Es kann sein, dass die Corona- Pandemie uns dazu zwingt, das Konzept der Wohn- und Pflegeeinrichtungen grundsätzlich in Frage zu stellen. Eine Neuorientierung der Pflege und Betreuung im hohen Alter wird notwendig werden. Einige Eckpunkte sind in den Strategien der Gemeinde Wien bereits festgelegt und sollten mit Nachdruck umgesetzt werden: (vgl. Bericht der Wiener Heimkommission 2016: Punkt 3.17, Seite 67)

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

Zudem liegt ein Schlüssel des neuen Strategiekonzepts auf der längeren Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Selbstständigkeit älterer Menschen. Im Fokus der geplanten Maßnahmen steht eine Verstärkung von Rehabilitations- und Remobilisationsangeboten. Diese sollen die Inanspruchnahme von Pflege- und

Betreuungsleistungen möglichst lange hinauszögern bzw. eine Ausweitung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs verhindern. Der Ansatz trägt auch dem Wunsch der Menschen, möglichst lange und selbständig zu Hause leben zu bleiben, Rechnung. Konkret wird in den nächsten Jahren etwa geplant:

- *Ein neues Angebot der mobilen und teilstationären Rehabilitation bzw. Remobilisation*
- *Ein neues Angebot, welches eine kurzfristige Aufnahme zur gesundheitlichen Stabilisierung in eines der Pflegewohnhäuser des WiGeV ermöglicht*
- *Das Aufnahmeverfahren für stationäre Einrichtungen so zu verändern, dass Aufnahmen grundsätzlich nur mehr vorläufig erfolgen*
- *Den Remobilisationsansatz auch in der stationären Pflege und Betreuung verstärkt einzusetzen*

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

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

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

Die Wiener Heimkommission bedankt sich bei den Trägern und den Teams in den Pflegeeinrichtungen für deren wertvolle Tätigkeit unter den pandemiebedingten erschwerten Bedingungen. Sie begrüßt die Bestrebungen der Stadt Wien hinsichtlich der Weiterentwicklung und Adaptierung der Angebote. Der Ausbau des extramuralen Angebots soll mit Engagement und Nachdruck fortgesetzt werden. Die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie sollen einer sorgfältigen Aufarbeitung unterzogen und bei der weiteren Planung berücksichtigt werden.

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 u.a. 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 Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission, um deren Expertise und Erfahrung zu nutzen.

Die telefonischen Kontakte wurden auch im Berichtsjahr 2020 nicht differenziert registriert, denn Personen mit Anliegen werden nicht gefragt, ob sie die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission oder die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft kontaktieren wollten. Somit finden sich diese Kontakte im Bericht der WPPA (Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft) 2020 wieder.

Im Berichtsjahr 2020 wurden bei den Sprechtagen der Wiener Heimkommission die meisten Beschwerden zum Thema "Heimorganisation" vorgebracht:

Dabei berichteten Bewohnerinnen und Bewohner eines Hauses zu Beginn der Corona-Pandemie über freiheitsentziehende Maßnahmen. Thematisiert wurde ebenso die Lärmbelästigung, da seit mehr als zwei Jahren im Haus eine Baustelle besteht. In der selben Einrichtung äußerten Bewohnerinnen und Bewohner mit Handicaps, dass sie sich nicht ernst genommen fühlen und sich einen Behindertenbeauftragten in der Einrichtung wünschen, der sich speziell um ihre Anliegen kümmert. Des Weiteren füllten sich einige Bewohnerinnen und Bewohner durch einen alkoholkranken und körperlich bzw. verbal aggressiven Mitbewohner bedroht. Sie wünschten sich in ihren Ängsten ernst genommen zu werden und das Finden einer - für alle Beteiligten - zufriedenstellenden Lösung. Des Weiteren wurde thematisiert, dass Veranstaltungen, Feiern und Animation nur für geistig beeinträchtigte Menschen angeboten werden und nicht für Personen, die zwar einen Pflegebedarf, aber keine kognitiven Einschränkungen haben.

Beinahe von eben so vielen Bewohnerinnen und Bewohnern wurde Lob über die jeweiligen Einrichtungen ausgesprochen. Dieses Lob lautete z.B.: "Ich fühle mich wie daheim und nicht wie in einer Wohn- und Pflegeeinrichtung". Andere äußerten sich sehr lobend und zufrieden über die Direktorin, "besser könne man es nicht machen." Weiters wurde von einem Bewohner angeführt, nicht damit gerechnet zu haben, einen derart schönen Lebensabend erleben zu können. Gelobt wurde auch das Service, insbesondere in der Corona-Zeit. Man sei trotz der strengen Restriktionen sehr bemüht, so wenig Einschränkungen wie möglich zu verlangen.

Die zweithäufigsten Beschwerden bezogen sich auf das Thema "Essen". Kritisiert wurde die Qualität der Verpflegung, sowie auch die lieblose Präsentation des Essens. Des Öfteren wurden die Suppen bekrittelt, sowie die Temperatur der Speisen. Insbesondere fehle es an frischen Kräutern. Andererseits wünschte man sich auch mehr Salat und Gemüse. Auch wurden Ungerechtigkeiten in der Portionierung der Speisen genannt, z.B. bei unterschiedlich großen Fleischmengen bei Gulasch.

Ein anderes Mal wurde das Essen als völlig geschmacklos und langweilig beschrieben, das Gemüse sei zerkocht und das Essen habe den Geschmack von Kunststoff. Es gäbe nur mehr Fertigware, Salat aus der Dose und kein frisches Gemüse. Nachspeisen würden viel zu kalt serviert, da sie nicht rechtzeitig aus der Kühlung genommen würden. Als Kritikpunkt wurde auch geäußert, dass das Gebäck beim Frühstück alt und nicht genießbar sei.

Kritik bezüglich "freiheitsbeschränkender Maßnahmen" wurde in den Sprechstunden ebenfalls geäußert. Diese bezog sich hauptsächlich auf die Covid-19 -bedingten Regelungen, wo gerade zu Beginn der Pandemie in vereinzelt Häusern ein Verbot ausgesprochen wurde, das Haus zu verlassen.

Vereinzelt wurden angefallene "Kosten" kritisiert. Dabei ging es hauptsächlich um die Abwesenheitstarife im Falle eines Urlaubes bzw. die Verrechnung des FSW, wenn man im Krankenhaus gewesen war. Es wurde auch die Kostenvorschreibung an sich als mangelhaft angesehen und der Wunsch nach mehr Information bzw. Erläuterung hinsichtlich der Abrechnung des FSW geäußert. In einem Fall wurde festgehalten, dass die Höhe der monatlichen Medikamentenrechnung exorbitant sei, die Bewohnerinnen und Bewohner diese Kosten vom Taschengeld begleichen müssten.

Anfragen bezüglich Kosten betrafen die Fördermodalitäten durch den FSW wie auch zur Pflegefinanzierung bzw. -leistbarkeit. Fragen gab es auch bezüglich Pflegegeldeinstufungen.

Hinsichtlich "Hygiene" kam es zu kritischen Äußerungen bezüglich der Sauberkeit in den Apartments. Bei der Essensausgabe fielen ebenso Hygienemängel auf. Vereinzelt berichteten Bewohnerinnen und Bewohner über einen generellen Mangel an Sauberkeit in der Einrichtung.

Bezüglich der "Pflege" in der Einrichtung wurde durchwegs Lob geäußert. Das Personal sei sehr bemüht, man sei mit der Pflege zufrieden.

Betreffend der "medizinischen Versorgung" wurde ebenso Lob ausgesprochen.

Spezielle Anfragen wurden zu den Themen "Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Erwachsenenvertretung" gestellt.

Die Aufgaben der Wiener Heimkommission weckten ebenfalls grundsätzliches Interesse bei den Bewohnerinnen und Bewohnern.

Aufgrund der Corona-Pandemie gingen in der Heimkommissions-Geschäftsstelle unzählige Fragen und Beschwerden bezüglich Ausgangsbeschränkungen, Quarantänebestimmungen und eingeschränkten Besuchsregelungen ein.

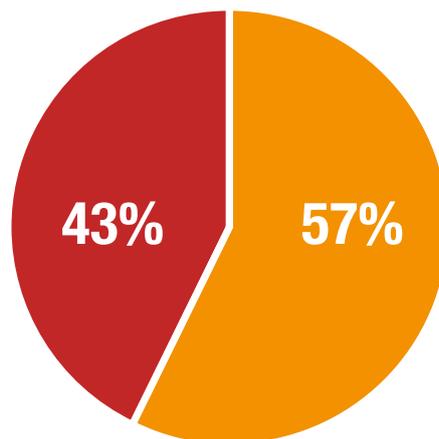
Auch im Berichtsjahr 2020 wurde auf rasche und niederschwellige Bearbeitung der Anliegen und Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner geachtet. Dabei stand ein lösungsorientiertes Vorgehen im Vordergrund. Angelegenheiten, welche einer näheren Überprüfung bedurften, wurden der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft zugewiesen, dort bearbeitet und statistisch erfasst.

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

Für die Wiener Heimkommission gilt aus den Informationen ihrer Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder sowie den Hinweisen der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft Erkenntnisse zu gewinnen, die 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 bündelt die gewonnenen Erfahrungen, Erkenntnisse, das fachliche Wissen und die Kompetenz 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 der Gewährleistung hoher Lebensqualität zu ermöglichen.

4.2 Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2020 inklusive Vergleich mit den Vorjahren



■ Städtische Wohn- und Pflegeheime	612
■ Private Wohn- und Pflegeheime	453
■ Gesamt	1065

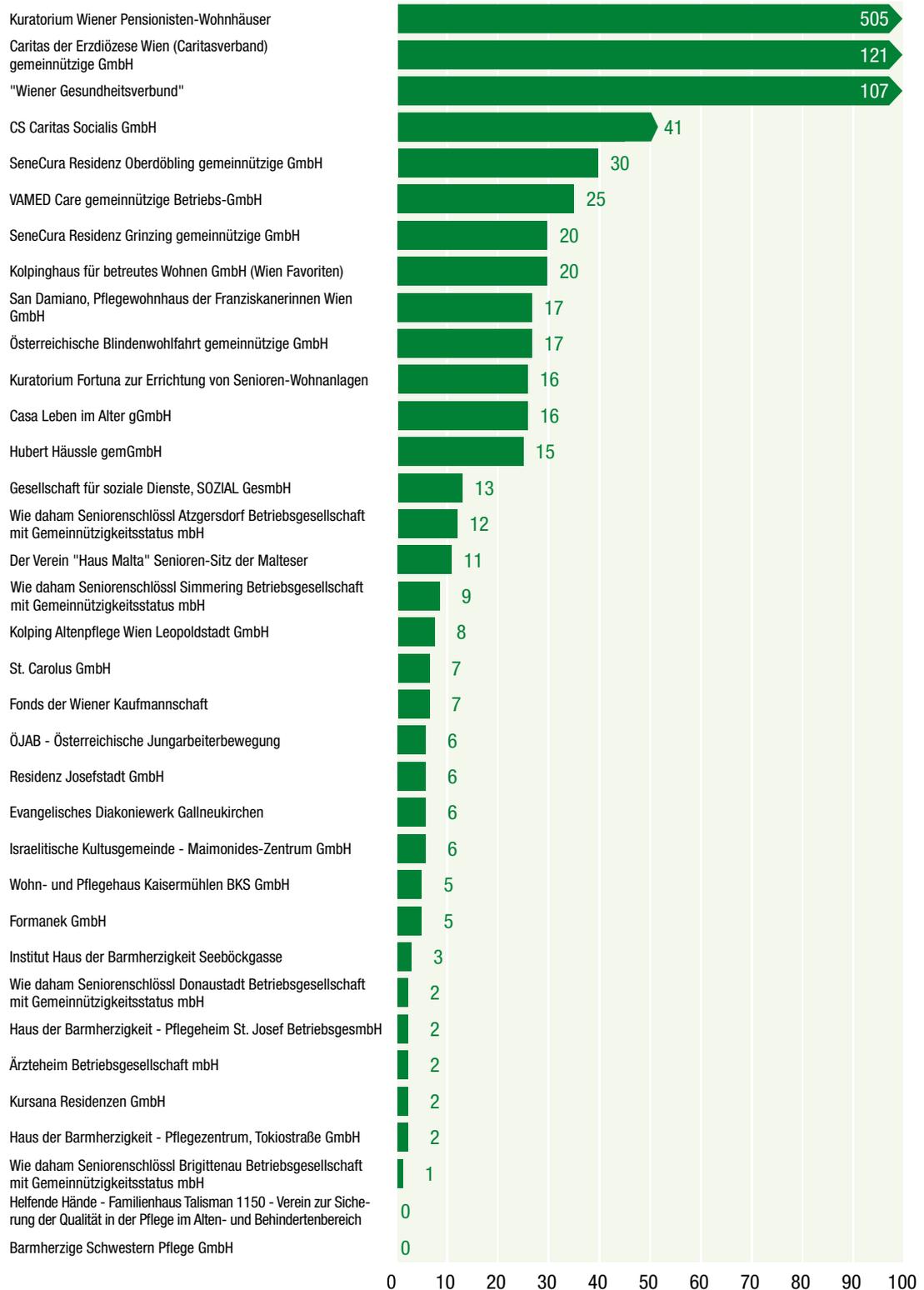
Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Städtische Wohn- und Pflegeheime (ab 2012 inkl. KWP)	*)	28	38	71	97	138	640	668
Private Wohn- und Pflegeheime (bis 2011 inkl. KWP)	*)	284	477	611	868	1004	577	662
Gesamt	*)	312	515	682	965	1142	1217	1330

Jahr	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Städtische Wohn- und Pflegeheime (ab 2012 inkl. KWP)	731	866	682	957	1052	963	612
Private Wohn- und Pflegeheime (bis 2011 inkl. KWP)	894	929	938	1268	1125	1184	453
Gesamt	1625	1795	1620	2225	2177	2147	1065

*) 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 Patientenrechtsanwaltschaft 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 88 der 89 Wohn- und Pflegeheimen wurden von Mitgliedern bzw. Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission im Jahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie ein Sprechtag abgehalten. Ausnahmen werden 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	12
Haus Am Mühlengrund	2	0
Haus An der Türkenschanze	6 ^{e)}	0
Haus Atzgersdorf	0	12
Haus Augarten	1	17
Haus Brigittenau	4	0
Haus Döbling	1	0
Haus Föhrenhof	0	6
Haus Gustav Klimt	17 ^{a)}	0
Haus Haidehof	0	8
Haus Hetzendorf	2	40
Haus Hohe Warte	0	100
Haus Jedlersdorf	0	20
Haus Laaerberg	2	80
Haus Leopoldau	0	30
Haus Liebhartstal	0	2
Haus Margareten	0	15
Haus Mariahilf	1	3
Haus Maria Jacobi	2	0

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neubau	0	17
Haus Penzing	7 ^{c)}	0
Haus Prater	9 ^{b)}	0
Haus Rosenberg	3	0
Haus Rossau	1	35
Haus Rudolfsheim	0	20
Haus Schmelz *)	0	0
Haus Tamariske-Sonnenhof	1	0
Haus Am Trazerberg	0	7
Haus Wieden	5	0
Haus Wienerberg	0	17
30 Häuser	64	441

Rechtsträger: "Wiener Gesundheitsverbund" ¹⁾	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflege Baumgarten	0	10
Pflege Liesing	1	5
Pflege Floridsdorf	0	4
Pflege Donaustadt	0	15
Pflege Leopoldstadt	0	7
Pflege Meidling	0	10
Pflege Simmering	1	3
Pflege Innerfavoriten	0	50
Pflege Rudolfsheim-Fünfhaus	1	0
9 Häuser	3	104

Rechtsträger: Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Franz Borgia	0	12
Haus St. Teresa	0	20
Haus Schönbrunn	0	20
Haus St. Antonius	0	20

Rechtsträger: Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus St. Barbara	0	35
Haus St. Elisabeth	0	1
Haus St. Klemens	7 ⁰⁾	0
Haus St. Martin	0	6
8 Häuser	7	114

Rechtsträger: CS Caritas Socialis GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflege- und Sozialzentrum Rennweg	0	6
Pflege- und Sozialzentrum Pramergasse	0	11
Pflege- und Sozialzentrum Kalksburg	0	0
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Floridsdorf	0	14
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Liesing	0	10
5 Häuser	0	41

Rechtsträger: Kuratorium Fortuna zur Errichtung von Senioren-Wohnanlagen	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Appartementshaus Fortuna	0	0
Baumgasse Fortuna	0	7
Gartensiedlung Fortuna	0	0
Schlosspark Fortuna	3	0
Wohnpark Fortuna	1	5
5 Häuser	4	12

Rechtsträger: Casa Leben im Alter gGmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflegewohnhaus Casa Sonnwendviertel	0	15
Pflegewohnhaus Casa Kagran	0	1
2 Häuser	0	16

Rechtsträger: Institut Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Seeböckgasse	0	3
1 Haus	0	3

Rechtsträger: Haus der Barmherzigkeit – Pflegezentrum, Tokiostraße	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Tokiostraße	0	2
1 Haus	0	2

Rechtsträger: Haus der Barmherzigkeit – Pflegeheim St. Josef BetriebsgesmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Am Maurerberg – St. Josef	2	0
1 Haus	2	0

Rechtsträger: San Damiano, Pflegewohnhaus der Franziskanerinnen Wien GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
San Damiano **)	0	17
1 Haus	0	17

Rechtsträger: Ärzteheim Betriebsgesellschaft mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflegezentrum Ärzteheim	1	1
1 Haus	1	1

Rechtsträger: Kursana Residenzen GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenresidenz Wien-Tivoli	2	0
1 Haus	2	0

Rechtsträger: Israelitische Kultusgemeinde	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Maimonides-Zentrum GmbH	0	6
1 Haus	0	6

Rechtsträger: Hans und Margarethe Steger-Stiftung (Die Stiftung wird durch den Verein "HAUS MALTA", Senioren-Sitz der Malteser verwaltet)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
	3	8
1 Haus	3	8

Rechtsträger: SeneCura Residenz Oberdöbling gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
SeneCura Residenz Oberdöbling	0	30
1 Haus	0	30

Rechtsträger: SeneCura Residenz Grinzing gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
SeneCura Residenz Grinzing	0	20
1 Haus	0	20

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Atzgersdorf Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Atzgersdorf	0	12
1 Haus	0	12

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Brigittenau Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Brigittenau	0	1
1 Haus	0	1

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Donaustadt Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Donaustadt	0	2
Wie daham Generationendorf Töllergarten	0	0
2 Häuser	0	2

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Simmering Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Simmering	1	8
1 Haus	1	8

Rechtsträger: Fonds der Wiener Kaufmannschaft	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Park Residenz Döbling, Seniorenwohnen der Wiener Kaufmannschaft	0	7
1 Haus	0	7

Rechtsträger: VAMED Care gemeinnützige Betriebs-GmbH ²⁾	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Vitality Residenz am Kurpark Wien Oberlaa	0	25
1 Haus	0	25

Rechtsträger: Kolpinghaus für betreutes Wohnen GmbH (Wien Favoriten)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben	0	20
1 Haus	0	20

Rechtsträger: Kolping Altenpflege Wien Leopoldstadt GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben Leopoldstadt	1	7
1 Haus	1	7

Rechtsträger: St. Carolus GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
St. Carolusheim	0	7
1 Haus	0	7

Rechtsträger: Österreichische Blindenwohlfahrt gemGmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Johann-Wilhelm-Klein-Haus der Österreichischen Blindenwohlfahrt	0	17
1 Haus	0	17

Rechtsträger: ÖJAB – Österreichische Jungarbeiterbewegung	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neumargareten	1	5
1 Haus	1	5

Rechtsträger: Hubert Häussle gemGmbH ³⁾	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Privatpflegeheim Rodaun	0	15
1 Haus	0	15

Rechtsträger: Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen BKS GmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen	0	5
1 Haus	0	5

Rechtsträger: "Helfende Hände" Familienhaus Talisman 1150 - Verein zur Sicherung der Qualität in der Pflege im Alten- und Behindertenbereich	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Familienhaus "Der Talisman – 1150"	0	0
1 Haus	0	0

Rechtsträger: Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Hausgemeinschaften Erdbergstraße	0	6
1 Haus	0	6

Rechtsträger: Formanek GmbH (Sonderkrankenanstalt)	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Sanatorium Liebhartstal, Sonderkrankenanstalt	1	4
1 Haus	1	4

Rechtsträger: Barmherzige Schwestern Pflege GmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Heim St. Katharina	0	0
1 Haus	0	0

Rechtsträger: Gesellschaft für soziale Dienste, SOZIAL GesmbH ⁴⁾	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Betreutes Wohnen im Kabelwerk	1	12
1 Haus	1	12

Rechtsträger: Residenz Josefstadt GmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Residenz Josefstadt	6 ⁹⁾	0
1 Haus	6	0

Summe:	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Insgesamt 89 Häuser	97	968

***) Haus Schmelz:**

Das Haus Schmelz wurde 2020 aufgrund einer Generalsanierung nicht besucht.

****) San Damiano:**

Der Betrieb des Franziskusheimes wurde mit 20.02.2020 eingestellt. Das Elisabethheim wurde am neuen Standort als San Damiano-Pflegewohnhaus der Franziskanerinnen mit 18.02.2020 weitergeführt.

1) "Wiener Krankenanstaltenverbund" wurde zu "Wiener Gesundheitsverbund"

Alter Name:

PWH Baumgarten mit sozialmedizinischer Betreuung
PWH Liesing mit sozialmedizinischer Betreuung
SMZ Floridsdorf Geriatriezentrum
PWH Donaustadt mit sozialmedizinischer Betreuung
PWH Leopoldstadt mit sozialmedizinischer Betreuung
PWH Meidling mit sozialmedizinischer Betreuung
PWH Simmering mit sozialmedizinischer Betreuung
PWH Innerfavoriten mit sozialmedizinischer Betreuung
PWH Rudolfsheim-Fünfhaus mit sozialmedizinischer Betreuung

Neuer Name:

Pflege Baumgarten
Pflege Liesing
Pflege Floridsdorf
Pflege Donaustadt
Pflege Leopoldstadt
Pflege Meidling
Pflege Simmering
Pflege Innerfavoriten
Pflege Rudolfsheim-Fünfhaus

2) Senioren Residenzen gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH wurde zu VAMED Care gemeinnützige Betriebs-GmbH

Alter Name:

Seniorenresidenz am Kurpark Wien Oberlaa

Neuer Name:

Vitality Residenz am Kurpark Wien Oberlaa

3) Hubert Häussle GmbH wurde zu Hubert Häussle gemGmbH

4) Sozial GmbH – Gesellschaft für soziale Dienste wurde zu Gesellschaft für soziale Dienste, SOZIAL GesmbH

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.

a) Haus Gustav Klimt:

Die Beschwerden betrafen COVID-bedingte freiheitsentziehende Maßnahmen. Zudem gab es Beschwerden wegen Baulärm, da das Haus seit über zwei Jahren umgebaut wird. Ein weiteres Vorbringen betraf den Wunsch nach einer/einem Behindertenbeauftragten, wobei als Beispiel für diesbezüglichen Bedarf ein Müllraum mit einem nicht behindertengerechter Zugang beklagt wurde.

b) Haus Prater:

Die vorgebrachte Kritik richtete sich hauptsächlich gegen diverse Vorkommnisse mit einer Mitbewohnerin, welche verbal und körperlich aggressiv ist. Drei Personen aus dem Kreis der Bewohnerinnen und Bewohner fühlten sich bedroht. Weiters wurde die Temperatur des Essens sowie die Konsistenz mancher Speisen kritisiert.

c) Haus Penzing:

Kritisiert wurden die Speisen, welche manchmal sehr lieblos angerichtet sind. Es bestand der Wunsch, dass wieder ein Küchenstammtisch stattfinden möge. Des Weiteren wurde eine Terminvereinbarung mit der Diätologin erbeten. Anfragen gab es zum Abwesenheitstarif. Positiv erwähnt wurde das Personal in der Rezeption, der Wäscherei, die Facharbeiterinnen und Facharbeiter sowie die Hausarbeiter. Diese seien sehr freundlich.

d) Haus St. Clemens:

Bewohnerinnen und Bewohner äußerten sich zufrieden und kamen hauptsächlich zum Plaudern in die Sprechstunde.

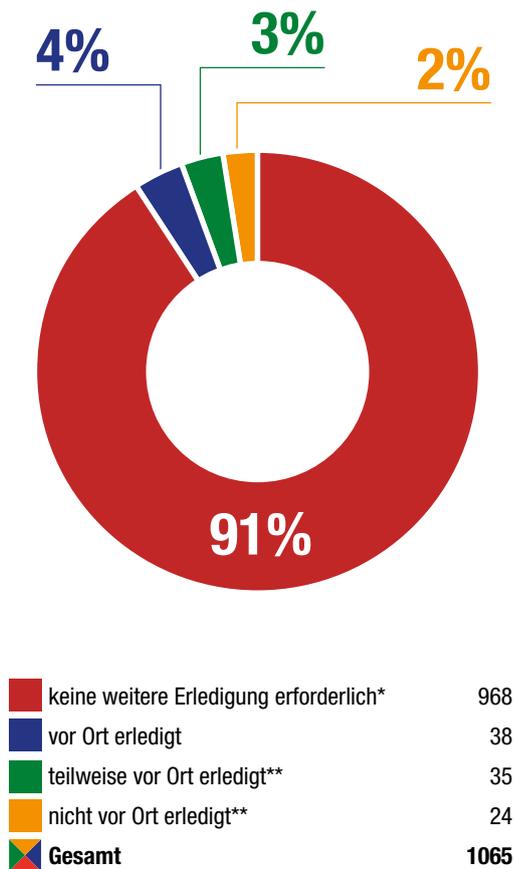
e) Haus An der Türkenschanze:

Im Rahmen der Sprechstunde äußerten sich Bewohnerinnen und Bewohner sehr zufrieden mit dem Haus. Des Weiteren gab es Anfragen bezüglich der PflegegeldEinstufung. Unzufriedenheit wurde im Zusammenhang mit dem Essen, sowie Kritik an der Hygiene des Servicepersonals geäußert. Eine Bewohnerin hatte Fragen zur monatlichen Abrechnung.

f) Residenz Josefstadt:

im Rahmen der Sprechstunde äußerten sich Bewohnerinnen und Bewohner sehr lobend und zufrieden mit der Einrichtung. Anfragen wurden bezüglich Kosten für Verbandwechsel und Eintropfen der Augen gestellt.

4.5 Erledigung der bei Sprechtagen erfolgten Kontaktaufnahmen in den Wohn- und Pflegeheimen



* Keine weitere Erledigung erforderlich besagt, dass von den Mitgliedern/Ersatzmitgliedern Gespräche, zum Teil auch professionelle Entlastungsgespräche, mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geführt wurden. 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 der Geschäftsstelle rasch und niederschwellig bearbeitet und erledigt. In 55 Fällen war eine aktenmäßige Bearbeitung durch die WPPA erforderlich.

Gesamte Rechtsvorschrift für Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz, Fassung vom 23.02.2021

Langtitel

Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz

StF: 15/2005

Änderung

LGBL Nr. 59/2006

LGBL Nr. 56/2010

LGBL Nr. 87/2012

LGBL Nr. 29/2013

LGBL Nr. 30/2015

LGBL Nr. 49/2018

LGBL Nr. 30/2020

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

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;
- 6. Ersatzbetreuungseinrichtungen auf Grund der COVID-19-Krisensituation zur Versorgung von
 - a) an COVID-19 leicht oder moderat erkrankten Personen, die nicht krankenanstaltsbedürftig sind,
 - b) krankheits- bzw. ansteckungsverdächtigen Personen in Absonderung, die nicht zu Hause oder in ihrer Betreuungseinrichtung verbleiben können, oder
 - c) unversorgten oder unterversorgten Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf für die Dauer der Pandemie.

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 ausstattungsmaßige 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:
 - 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 Wohnergemeinschaft auszurichten sind;
3. Bestimmungen über die Befugnisse der im Heim tätigen Personen;
4. Bestimmungen über die Mitwirkung der Bewohner;
5. Bestimmungen über die Erreichbarkeit der Direktion und der Pflegedienstleitung;
6. weitere für den zweckentsprechenden Betrieb des Heimes erforderliche Bestimmungen.

(3) Die Heimordnung ist den Bewohnern bei ihrer Aufnahme zur Kenntnis zu bringen und im Heim gut sichtbar und lesbar anzuschlagen oder als Broschüre aufzulegen.

(4) Bei wesentlichen Änderungen ist die Heimordnung anzupassen. Die Heimordnung ist im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten.

(5) Der Heimträger hat die Heimordnung und jede wesentliche Änderung derselben zum Zweck der öffentlichen Einsichtnahme auf seiner Homepage zu veröffentlichen, sofern er über eine solche verfügt. Die Heimordnung und jede wesentliche Änderung derselben ist jedenfalls vom Heimträger in einer für die Allgemeinheit zugänglichen Weise zur Einsicht bereit zu halten.

Personalausstattung

§ 9. (1) Der Heimträger hat unabhängig von sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu sorgen, dass die Dienstleistungen des Heimes von fachlich qualifizierten und befugten Personen in ausreichender Anzahl erbracht werden, damit der Heimbetrieb entsprechend der Struktur und dem Aufgabenbereich des Heimes erfolgt. Die fachlichen Anforderungen an die im Heim tätigen Personen haben sich dabei an der Struktur und am Aufgabenbereich des Heimes, an den Bedürfnissen der Bewohner und am Erkenntnisstand der Wissenschaft zu orientieren. Die notwendige Anzahl an Pflegepersonal hat sich an der Anzahl der Bewohner unter Einbeziehung des Grades ihrer Pflegebedürftigkeit zu bemessen.

(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 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 Familienname, 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 Personen im Sinne des § 1 Abs. 2 Datenschutzgesetz – DSG, BGBl. I Nr. 165/1999 in der Fassung BGBl. I Nr. 120/2017, sicherstellen.

(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 Einstellung des Betriebes spätestens drei Monate vor der beabsichtigten Maßnahme dem Magistrat unter Anschluss der erforderlichen Unterlagen schriftlich anzuzeigen.

(2) Im Fall der Anzeige der Aufnahme des Betriebes sind vom Heimträger folgende Unterlagen vorzulegen:

1. Angaben über den Heimträger und der für ihn handelnden Person;
2. Nachweis der Verlässlichkeit des Heimträgers und der für ihn handelnden Person, sofern es sich dabei um natürliche Personen handelt;
3. Nachweis über das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung des Heimes;
4. maßstabgerechte Baupläne eines Bausachverständigen;
5. Baubeschreibung;
6. Betriebs- und Leistungsbeschreibung;
7. Heimordnung;
8. Personalkonzept;
9. pflegerisches Konzept;
10. medizinisches und therapeutisches Konzept;
11. Prüfzertifikate von hiezu nach den Berufsvorschriften befugten Personen hinsichtlich der medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen;
12. Nachweis über die Erstattung der baubehördlichen Fertigstellungsanzeige.

(3) Im Fall der Anzeige der Erweiterung oder der wesentlichen Einschränkung des Betriebes sowie sonstiger wesentlicher Änderungen sind vom Heimträger in Verbindung mit der Anzeige jene Unterlagen gemäß Abs. 2 vorzulegen, die für die Beurteilung der beabsichtigten Maßnahme erforderlich sind.

(4) Im Fall der Einstellung oder der wesentlichen Einschränkung des Betriebes hat der Heimträger dem Magistrat spätestens drei Monate vor der beabsichtigten Einstellung oder Einschränkung des Betriebes schriftlich anzuzeigen, wie die weitere Betreuung und Pflege der Bewohner erfolgt.

(5) Legt der Heimträger in Verbindung mit der Anzeige der Aufnahme oder der Erweiterung des Betriebes oder der sonstigen wesentlichen Änderung die erforderlichen Unterlagen nicht vor, kann der Magistrat die angezeigte Maßnahme nach fruchtlosem Ablauf einer vom Magistrat gesetzten angemessenen Frist untersagen.

(6) Im Fall der Anzeige der Aufnahme, der Erweiterung, der wesentlichen Einschränkung des Betriebes oder der sonstigen wesentlichen Änderung hat der Magistrat binnen drei Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen die Aufnahme, die Erweiterung, die wesentliche Einschränkung des Betriebes oder die sonstige wesentliche Änderung zu untersagen, wenn durch den Betrieb oder Weiterbetrieb des Heimes die Bestimmungen dieses Gesetzes oder die Bestimmungen der Verordnung gemäß § 30 nicht eingehalten werden.

(7) Untersagt der Magistrat nicht binnen drei Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen die Aufnahme, die Erweiterung, die wesentliche Einschränkung des Betriebes oder die sonstige wesentliche Änderung oder erklärt der Magistrat schriftlich schon vor Ablauf der Frist, dass die Aufnahme, die Erweiterung, die wesentliche Einschränkung des Betriebes oder die sonstige wesentliche Änderung nicht untersagt wird, darf der Betrieb aufgenommen oder weitergeführt werden.

(8) Der Magistrat kann die angezeigte Maßnahme binnen drei Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen unter Vorschreibung von Aufträgen im erforderlichen Ausmaß, die nach gesundheitlichen, organisatorischen, personellen, technischen oder sicherheitstechnischen Anforderungen unbedingt notwendig sind, zulassen.

(9) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 5, 6 und 8 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien erhoben werden.

(10) Bescheide nach Abs. 5, 6 und 8, Erklärungen nach Abs. 7 sowie Beschwerdeentscheidungen und Entscheidungen des Verwaltungsgerichtes Wien sind von der Aufsichtsbehörde dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger in Abschrift zur Kenntnis zu bringen.

Änderung des Heimträgers

§ 23. (1) Jede beabsichtigte Änderung des Heimträgers ist dem Magistrat spätestens drei Monate vor der Änderung schriftlich durch den bisherigen und den neuen Heimträger anzuzeigen. Der Anzeige über die beabsichtigte Änderung des Heimträgers sind entsprechende Nachweise des neuen Heimträgers gemäß § 22 Abs. 2 Z 1 bis 3 beizulegen.

(2) Im Fall der Anzeige der Änderung des Heimträgers hat der Magistrat binnen drei Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen die Änderung des Heimträgers zu untersagen, wenn:

1. der neue Heimträger oder die für ihn handelnde Person nicht verlässlich ist,
2. der neue Heimträger kein Eigentumsrecht oder sonstiges Recht zur Benützung des Heimes hat.

(3) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 2 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien erhoben werden.

(4) Bescheide nach Abs. 2 sowie Beschwerdeentscheidungen und Entscheidungen des Verwaltungsgerichtes Wien sind von der Aufsichtsbehörde dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger in Abschrift zur Kenntnis zu bringen.

Bewilligung innovativer Modelle und Projekte

§ 24. (1) Modelle innovativer Betriebskonzepte und Projekte organisatorischer Neuentwicklungen in und unabhängig von bestehenden Heimen, die eine Abweichung von den Bestimmungen dieses Gesetzes bzw. der darauf beruhenden Verordnung darstellen, können vom Magistrat auf Antrag mit Bescheid unter Vorschreibung erforderlicher Auflagen und zeitlicher Befristungen zugelassen werden, wenn durch Vorlage geeigneter und fundierter Unterlagen glaubhaft gemacht wird, dass die Ziele dieses Gesetzes trotz gegebener Abweichungen von einzelnen seiner Vorgaben gleichermaßen erreicht werden.

(2) Sollte sich nach Erteilung einer Bewilligung nach Abs. 1 herausstellen, dass die Vorschreibung weiterer Auflagen zur Erreichung der Ziele dieses Gesetzes notwendig und geeignet ist, sind weitere Auflagen vorzuschreiben.

(3) Sollte sich nach Erteilung einer Bewilligung nach Abs. 1 herausstellen, dass die Ziele dieses Gesetzes trotz erteilter Auflagen nicht erreicht werden und eine Erreichung dieser Ziele auch bei Vorschreibung weiterer Auflagen nicht zu erwarten ist, ist die Bewilligung zurückzunehmen.

(4) Gegen Bescheide nach Abs. 1 bis 3 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien erhoben werden.

(5) Bescheide nach Abs. 1 bis 3 sowie Beschwerdeentscheidungen und Entscheidungen des Verwaltungsgerichtes Wien sind von der Aufsichtsbehörde dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger in Abschrift zur Kenntnis zu bringen.

(6) Die Bestimmungen über die Aufsicht gelten sinngemäß.

4. ABSCHNITT

Betriebspflichten

Verschwiegenheitspflicht

§ 25. (1) Der Heimträger und die in einem Heim tätigen Personen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen anvertrauten oder bekannt gewordenen Tatsachen verpflichtet.

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn:

1. nach gesetzlichen Vorschriften eine Auskunftspflicht vorgesehen ist;
2. Mitteilungen an Bundes-, Landes- oder Gemeindebehörden sowie an die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft zur Wahrnehmung der diesen Stellen übertragenen Aufgaben erforderlich sind;
3. die durch die Offenbarung der Tatsache betroffene Person von der Geheimhaltung entbunden hat;
4. die Offenbarung der Tatsache nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege, der Rechtspflege, der Entscheidung über Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen unbedingt erforderlich ist.

(3) Der Heimträger hat das Personal auf diese Verschwiegenheitspflicht nachweislich schriftlich hinzuweisen.

Datenschutz

§ 26. (1) Im Fall der Aufnahme einer Person in ein Heim nach einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt hat der Rechtsträger der Krankenanstalt eine Ausfertigung des Patientenbriefes nach § 38 Abs. 2 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG zum Zweck der Führung der Dokumentation sowie der weiteren Betreuung und Pflege der Bewohnerin oder des Bewohners kostenlos an den Heimträger auf dessen Anfrage weiterzugeben, sofern der Heimträger diese Daten benötigt, um seinen Verpflichtungen nach diesem Gesetz nachzukommen und die Bewohnerin oder der Bewohner nicht in der Lage ist, den Patientenbrief an den Heimträger zu übergeben.

(2) Zum Schutz der Geheimhaltungsinteressen der nach Abs. 1 betroffenen Personen 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 Beschwerdeentscheidungen 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.

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.

(11) Bescheide nach Abs. 3, 6, 8 und 9 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.

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.

Gesamte Rechtsvorschrift für Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG, Fassung vom 23.02.2021

Langtitel

Verordnung der Wiener Landesregierung betreffend Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen (Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG)

Änderung

LGBL Nr. 12/2009

LGBL Nr. 74/2012

Präambel/Promulgationsklausel

Gemäß § 30 Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG, LGBL für Wien Nr. 15/2005, wird verordnet:

Text

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, LGBL 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	Bewohner
-----------------	----------------------	----------

	Betreuungs- und Pflegeperson	
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

(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 m²,
2. bei Wohneinheiten für zwei Personen 20 m²,
3. bei Wohneinheiten für drei Personen 26 m²,
4. bei Wohneinheiten für vier Personen 32 m².

§ 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 Patientenrechtschaft
1050 Wien, Ramperstorffergasse 67
Telefon: (+43 1) 587 12 04
Fax: (+43 1) 586 36 99
E-Mail: heimkommission@wpa.wien.gv.at
www.patientenrechtschaft.wien.at

Grafische Gestaltung:

Pinkhouse Design
www.pinkhouse.at
Fotos: Wiener Heimkommission, Shutterstock / DotExe

Druck:

Wograndl Druck GmbH
7210 Mattersburg
www.wograndl.com

Gedruckt auf ökologischem Druckpapier aus der Mustermappe von "ÖkoKauf Wien"



