

III GRUNDSATZPROBLEME, EMPFEHLUNGEN UND VORSCHLÄGE

3.1 Personalmangel – eine provokative Antwort

„Salzburg. Erhebliche Misstände in der Salzburger Pflegeheim-Aufsicht ortet die Volkanwaltschaft: Bei einer unangekündigten Kontrolle Ende April 2022 fand die zuständige Kommission in einem Salzburger Pflegeheim überlastetes Personal und eine schmerzgeplagte Bewohnerin, die nur mehr 42,5 Kilo wog und bereits so wundgelegen war, dass durch die offene Wunde der Steißknochen frei zu sehen war und sich Fäulnisgeruch verbreitete.“

<https://www.salzburg24.at/news/salzburg/stadt/pflege-skandal-in-salzburgen-seniorenheim-aufgedeckt-126739966>

„Auch in der Pflege interessiert keinen, was die Zahlen sagen. Die Anekdoten über den Mangel sind vielfältig und jeder weiß mittlerweile, dass wir mindestens 75.000 zusätzliche Kräfte brauchen. Und weil das so ist, müssen wir auf Teufel-komm-raus mehr ausbilden. Doch mit etwa 16 Pflegekräften pro 1.000 Einwohner (nicht Betreuungskräften, sondern ausgebildeten Pflegekräften) haben wir doppelt so viele wie der EU-Durchschnitt und einen Vorsprung auf das zweitplatzierte Deutschland von 20 Prozent. Wenn wir zu den aktuell etwa 150.000 Pflegekräften zusätzlich 75.000 in Beschäftigung nehmen, werden wir halt dreimal so viele wie der EU-Durchschnitt haben. Doch welcher Journalist nimmt schon den Jahresbericht „Gesundheitsberuferegister 2020“ als Quelle, wenn doch vom Minister bis zum ÖGB-Funktionär alle von einem Mangel sprechen, und „mehr“ fordern?“

<https://www.wienerzeitung.at/meinung/gastkommentare/2114356-Aerzte-und-Pflegekraeftemangel-oder-das-Prinzip-mehr.html>

Wie sind diese beiden Aussagen jetzt zu bewerten?

Gibt es nun zu viel oder zu wenig Pflegepersonal?

Man könnte jetzt sicherlich lange und breite Debatten darüber führen, welche Zahlen herangezogen werden, ob wir überhaupt die richtigen haben und ob es bei den Berechnungen zwischen den Bundesländern unterschiedliche Zahlen gibt und so weiter und so weiter....

Es besteht kein Pflegemangel, sondern es besteht ein Versorgungsmangel

Solange sich der Bund und die Länder die offenen Fragen zuschieben, wird sich aller Wahrscheinlichkeit nach daran nichts ändern! Eine Definition der verlangten Qualität als Ausgangspunkt und folglich die Personalbedarfsberechnung durchzuführen, kann den Versorgungsmangel klären.

Wie sieht der Alltag auf einer Langzeitstation heute aus?

Ständige Personalausfälle und keine Dienstplansicherheit prägen das derzeitige Bild für das Pflegepersonal. Personalbedarfsberechnungen, bei denen die Fehlzeitenquote noch immer mit 20 % berechnet wird, entsprechen nicht mehr der Realität.

Zum Beispiel sind Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter*innen dringend erforderlich. Komplexer gewordene Krankheitsbilder bzw. psychiatrische Erkrankungen sind im Steigen begriffen und der Langzeitbereich, ob stationär oder mobil, ist ein wichtiger Teil der Versorgung für den Klinikbereich.

Welche Seite recht hat, ob derzeit zu viele oder zu wenige Pflegepersonen tätig sind – die Wirklichkeit sieht anders aus: die Pflegepersonen im Berufsalltag sind bei Weitem überlastet, völlig überfordert und kurz vor dem Kollaps.

Die Pflege und die Betreuung in der Langzeitpflege basieren auf höchstem Niveau. Es muss viel mehr Vertrauen in die Pflegekräfte und die Träger gesetzt werden, anstatt immer mehr und mehr zu kontrollieren (Erarbeitung von wenigen aufwändigen Qualitätsindikatoren).

Vertrauen wir den Pflegepersonen, die tagtäglich hervorragende Arbeit leisten!

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Klare Kommunikation und Vereinbarungen über Leistungen, die erbracht werden können, aber auch über Leistungen, die nicht erbracht werden können.
- Klare Position der Heimleitungen und Aufsichtsorgane gegenüber Zu- und Angehörigen, die Pflegepersonen bedrohen, beschimpfen und bespucken.
- Routinemäßige Kontrollbesuche so einrichten, dass sie mit dem ordnungsgemäßen Heimbetrieb vereinbar sind (z.B. Anwesenheit der Führungskräfte).
- Digitalisierung intelligent eingesetzt – mit einer raschen Klärung in Bezug auf die Einhaltung des Datenschutzes.
- Zusammenarbeit aller Berufsgruppen auf Augenhöhe.
- Evaluierung der erforderlichen Tätigkeiten in der Pflege, daraus abgeleitet Erstellung einer neuen Personalbedarfsberechnung.
- Neue Formen der Betreuung für Menschen in den Pflegegeldstufen 1-3.
- Andere Berufsgruppen/Fachexpert*innen deutlich mehr involvieren (Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen).
- Lebensphasenorientierte Arbeitsplätze (Kinderbetreuung für Kinder von Pflegepersonen neu denken, Einkaufsservice für Mitarbeiter*innen, die bis spät abends Dienst haben...).
- Entgeltpolitik in der Pflege völlig neu denken – dort wo die größte Eigen-Verantwortung durch eine Pflegekraft zu tragen ist, muss diese auch angemessen entlohnt werden.

3.2 Prozess „Pflege.Zukunft.Wien“ im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen – Befragung zur „jungen Pflege“

Themen zur Weiterentwicklung der Pflege werden im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen im Prozess „Pflege.Zukunft.Wien“ bearbeitet.

Eine der größten Herausforderungen für die Zukunft ist es, geeignetes Personal mit entsprechender Qualifikation in entsprechender Quantität zur Verfügung zu haben, um einerseits die Versorgung von pflegebedürftigen Personen zu sichern und andererseits den Mitarbeiter*innen gute Arbeitsbedingungen zu ermöglichen.

Als eine von zahlreichen Initiativen führte der Dachverband bei seinen Mitgliedsorganisationen eine Befragung zum Thema „junge Pflege“ durch. Zielgruppe waren Personen mit einem Pflegeberuf, die max. 10 Jahre im Beruf (nicht zwingend in derselben Organisation) tätig sind. Die Befragung wurde anonymisiert mittels elektronischem Umfragetool durchgeführt und enthielt vier Fragen zu statistischen Daten sowie acht offene inhaltliche Fragen. Insgesamt wurden 183 Interviews gezählt, wobei 125 vollständig beantwortet wurden.

Die größte Gruppe der Antwortgeber*innen kam aus dem Berufsfeld Pflegeassistent*in, gefolgt von DGKP und Pflegefachassistent*in. Die meisten Befragten sind im Setting der stationären Langzeitpflege beschäftigt, danach kommen mobile Pflege, Behindertenarbeit und Tageszentren. Wenig überraschend sind knapp drei Viertel der Interviewten weiblich. Bei den Altersgruppen war die häufigste Antwort 21-30 Jahre, dann folgen 31-40, 41-50 und 50+. Die erste offene Frage bot bis zu fünf Antwortmöglichkeiten zur Frage „Bitte nennen Sie die Gründe, warum Sie gerade in diesem Setting arbeiten“. Die vielfältigen Antworten reichten von „krisensicherer Job“ über „Arbeite gerne mit alten Menschen“ und „angenehmes Arbeitsklima und flache Hierarchie“ bis hin zu „wurde dorthin zugeteilt“. Die Freude an der Arbeit mit Menschen und das sichere, zukunftssträchtige Berufsfeld fanden sich häufig unter den Nennungen.

Die zweite Frage befasste sich damit, was die Befragten als besonders bereichernd und unterstützend in ihrem Arbeitsumfeld erleben. Hier wurde sehr häufig die Arbeit im Team und mit Kolleg*innen genannt, der vielseitige interessante Aufgabenbereich, die gute multiprofessionelle Zusammenarbeit oder die Dankbarkeit der betreuten Personen. Kritische Stimmen vermerkten z.B. ein „Leider nichts mehr“.

Die nächste Frage lautete: „Was würden Sie gerne in diesem Bereich verbessern, welche Ideen haben Sie dazu?“. Besonders viele Antworten thematisierten mehr Personal, bessere Konditionen, mehr Wertschätzung oder den Einsatz anderer Berufsgruppen, um die Pflege-Mitarbeiter*innen zu entlasten.

Dann wurde nachgefragt, warum diese Ideen aus Sicht der Befragten nicht umgesetzt werden können. Auch bei dieser Frage wurde sehr oft der Personalmangel genannt, weiters die fehlende Mitsprache- bzw. Entscheidungsmöglichkeit oder auch die politische Verantwortung.

Als nächstes wurde gefragt, welche Tätigkeiten oder Aufgaben weggelassen werden können, ohne dass die Qualität in der Betreuung leidet. Der überwiegende Teil der Antworten nannte „gar nichts“. Einige Befragte gaben überbordende Dokumentation, Terminvereinbarungen und weitere administrative Tätigkeiten an.

Die folgende Frage beschäftigte sich mit den Erwartungen der Pflegepersonen an ihre berufliche Zukunft. Neben beruflichem Aufstieg nannten viele Befragte „mehr Zeit für die Pflege“, eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Respekt von allen Seiten („nicht nur klatschen“) sowie die Weitergabe von Berufserfahrung und Haltung an jüngere Kolleg*innen. Die letzte Frage lautete „Welche Arbeitsumfeldbezogenen Veränderungen würden Sie gerne einleiten bzw. umsetzen, wenn Sie könnten?“ Auch hier sprachen sich viele Befragte für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und den Fokus auf Mitarbeiter*innen-Zufriedenheit und Entlastung aus, daneben auch für ein gelingendes Generationenmanagement, für einen Personaleinsatz entsprechend den Kompetenzen oder für bessere Arbeitsmaterialien. Zum Abschluss der Befragung gab es noch ein Freitext-Feld, um etwaige Themen anzusprechen, die nicht Teil der Umfrage gewesen waren. Dies nutzten etliche Befragte, um sich für die Initiative zu bedanken und ihrer Hoffnung Ausdruck zu verleihen, Verbesserungen zu erreichen. Ebenso wurde darauf hingewiesen, dass vermutlich viele Mitarbeiter*innen aufgrund ihrer Sprachkenntnisse nicht an der Befragung teilnehmen konnten – das deckt sich mit der Beobachtung, dass 183 Interviews begonnen, aber nur 125 abgeschlossen wurden. Insgesamt zeigt die Befragung bei einzelnen Fragestellungen ein sehr heterogenes Bild, während Verweise auf den Personalmangel, die Notwendigkeit der Verbesserung von Rahmenbedingungen oder das positive Feedback der betreuten Personen sich als roter Faden durch das gesamte Antwortspektrum ziehen. Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen wird nach Vorstellung der Ergebnisse für die Organisationen an dem Thema weiterarbeiten und z.B. zu einer vertiefenden Fokusgruppe mit Teilnehmer*innen aus der „jungen Pflege“ einladen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Initiative, sich mit dem Input von Personen, die noch nicht so lange im Pflegeberuf stehen, auseinanderzusetzen. Es sollen Maßnahmen abgeleitet werden, um diese Personen möglichst lange im Berufsfeld zu halten.

3.3 Einsatz von Advanced Practice Nurse im Langzeitpflegebereich

Die Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche der professionellen Pflege im Langzeitpflegebereich werden immer spezieller und anspruchsvoller. Dies wird durch die sozio-demografische und epidemiologische Entwicklung wie auch aufgrund der Zunahme von hochbetagten multimorbiden Menschen mit unterschiedlichen chronischen, physischen und psychischen Erkrankungen hervorgerufen. Es entstehen komplexe herausfordernde Pflegesituationen, die einer professionellen und systematischen Vorgehensweise bedürfen. Die Zunahme an Komplexität und Strukturänderung erfordert bei Pflegepersonen eine hohe Leistungs- und Flexibilitätsbereitschaft. Diese setzt sich aus den geforderten Qualitätsansprüchen der Bewohner*innen und deren Angehörigen sowie den berufsgruppenspezifischen und gesetzlichen Qualitätsstandards zusammen. Es braucht daher einen entsprechenden Qualifikationsmix innerhalb der Pflegeberufe, der insbesondere die spezielle geriatrische Fachpflege abbildet.

Der Fachkräftemangel speziell im Bereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) ist im Langzeitpflegebereich sehr spürbar. Um die Fachpflege zu entlasten, müssen zukünftig rein hauswirtschaftliche und administrative Aufgaben anderen Berufen zugeordnet werden. Die Implementierung von Pflegefachassistent*innen (PFA) und der vermehrte Einsatz von Pflegeassistent*innen (PA) bedeuten für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vermehrte Koordination und Abstimmung im Pflorgeteam. Zusätzlich braucht es den gezielten Einsatz von Advanced Practice Nurses (APN), um der Komplexität der pflegerischen Aufgaben und den entsprechenden Fragestellungen, welche sich daraus ergeben, begegnen zu können.

Was sind APNs?

Advanced Practice Nurses verfügen über erweiterte und vertiefte Kompetenzen und können somit einen wesentlichen Beitrag zur Förderung des Fortschrittes in der Pflegepraxis bewirken. Die APN bauen demnach auf den Kompetenzen einer DGKPP, ihren langjährigen umfangreichen klinischen Erfahrungen in einem speziellen Bereich und einem Masterstudium auf (Leonie-Scheiber, 2020). Durch Empowerment der Pflegepersonen und der Durchführung evidenzbasierter Pflegepraxis kann die Wirksamkeit und Effektivität der Pflege verbessert und die Qualität gehalten werden. Die APN ist eine Pflegeexpert*in, welche Expert*innenwissen erworben hat, komplexe Entscheidungen treffen kann und über klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis verfügt. Sie ist für die Sicherstellung einer zeitgemäßen, evidenzbasierten Pflege verantwortlich (Feuchtinger, 2020).

Warum brauchen wir APNs?

Experten warnen vor der Deprofessionalisierung der Pflege und betonen den Höherqualifizierungsbedarf, um den zukünftigen Anforderungen der professionellen Pflege entsprechen zu können (Leonie-Scheiber, 2020). Vor allem im Langzeitpflegebereich werden im hohen Maß 1-jährig ausgebildete Pflegeassistent*innen eingesetzt. Diese sind für die Grundpflege ausgebildet. Die spezielle Pflege lernen sie in der Praxis. Dafür braucht es geriatrisch kompetente Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKPP) und PFA, um den Ansprüchen der Fachpflege gerecht werden zu können. Die APN unterstützt die Pflgeteams bei komplexen und schwierigen Pflegesituationen und kann damit einer fachlichen Überforderung entgegenwirken.

Was sind die Tätigkeitsfelder einer APN im Langzeitpflegebereich?

Die Tätigkeiten geriatrischer APNs orientieren sich an den sechs Kernkompetenzen nach Hamric (2004).

Coaching:

- Begleiten und Befähigen von Pflegepersonen in komplexen Pflegesituationen
- Unterstützung beim Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- Wissenstransfer in die Praxis

Beratung und Konsultation:

- Initiieren von anlassbezogenen mono- und interdisziplinären Fallbesprechungen
- Pflegebezogene Fallanalyse
- Konsultationen von fachkundigen Personen
- Führen von Beratungs- und Aufklärungsgesprächen mit Bewohner*innen und deren An- und Zugehörigen
- Beratung zu rechtlichen Grundlagen (GuKG, Heimaufenthaltsgesetz, Pflegegeld, etc.)

Klinisches Leadership:

- Fachliche Führung von Pflgeteams
- Unterstützung der Fachexpert*innen (z.B. Basale Stimulation, Kinästhetik, Aromapflege, Wundmanagement, etc.) in ihrer Rollenentwicklung
- Fachliche Begleitung bei der Einführung neuer Mitarbeiter*innen
- Kontinuierliche Praxisbegleitungen
- Pflegeprozess-Controlling
- Organisation von innerbetrieblichen Veranstaltungen (Workshops, Schulungen, Fortbildungen)

Ethische Entscheidungsfindung:

- Identifizieren und thematisieren von ethisch schwierigen Situationen
- Ethische Entscheidungsprozesse anregen und ggf. begleiten
- Teilnahme an ethischen Fallbesprechungen
- Teamreflexionen
- Vorbild für ethische Haltung und Verhalten im Alltag

Mono- und interdisziplinäre Zusammenarbeit:

- Kontinuierliche Kommunikation und Interaktion mit dem Stationsteam
- Zusammenarbeit und Austausch mit dem interdisziplinären Team
- Teilnahme an interdisziplinären Arbeitsgruppen und Fachteams
- Begleiten und Führen von Projekten

Forschung:

- Mitwirkung beim operativen Pflegecontrolling und beim Monitoring von pflegerelevanten Kennzahlen (Sturz, Mangelernährung, Dekubitus und Freiheitsbeschränkung, Schmerz)
- Anwendung von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden
- Erstellen und Überarbeiten von pflegerelevanten und interdisziplinären Dokumenten
- Publikationen in Fachzeitschriften
- Teilnahme an Kongressen

Das Ziel einer geriatrischen APN ist es, für die Bewohner*innen eine evidenzbasierte und person-zentrierte Pflege (Kitwood, 2019) zu gewährleisten.

Der Fachkräftemangel speziell im Bereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) ist im Langzeitpflegebereich sehr spürbar. Um die Fachpflege zu entlasten, müssen zukünftig rein hauswirtschaftliche und administrative Aufgaben anderen Berufen zugeordnet werden. Die Implementierung von Pflegefachassistent*innen (PFA) und der vermehrte Einsatz von Pflegeassistent*innen (PA) bedeuten für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vermehrte Koordination und Abstimmung im Pflorgeteam. Zusätzlich braucht es den gezielten Einsatz von Advanced Practice Nurses (APN), um der Komplexität der pflegerischen Aufgaben und den entsprechenden Fragestellungen, welche sich daraus ergeben, begegnen zu können.

Was sind APNs?

Advanced Practice Nurses verfügen über erweiterte und vertiefte Kompetenzen und können somit einen wesentlichen Beitrag zur Förderung des Fortschrittes in der Pflegepraxis bewirken. Die APN bauen demnach auf den Kompetenzen einer DGKPP, ihren langjährigen umfangreichen klinischen Erfahrungen in einem speziellen Bereich und einem Masterstudium auf (Leonie-Scheiber, 2020). Durch Empowerment der Pflegepersonen und der Durchführung evidenzbasierter Pflegepraxis kann die Wirksamkeit und Effektivität der Pflege verbessert und die Qualität gehalten werden. Die APN ist eine Pflegeexpert*in, welche Expert*innenwissen erworben hat, komplexe Entscheidungen treffen kann und über klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis verfügt. Sie ist für die Sicherstellung einer zeitgemäßen, evidenzbasierten Pflege verantwortlich (Feuchtinger, 2020).

Warum brauchen wir APNs?

Experten warnen vor der Deprofessionalisierung der Pflege und betonen den Höherqualifizierungsbedarf, um den zukünftigen Anforderungen der professionellen Pflege entsprechen zu können (Leonie-Scheiber, 2020). Vor allem im Langzeitpflegebereich werden im hohen Maß 1-jährig ausgebildete Pflegeassistent*innen eingesetzt. Diese sind für die Grundpflege ausgebildet. Die spezielle Pflege lernen sie in der Praxis. Dafür braucht es geriatrisch kompetente Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKPP) und PFA, um den Ansprüchen der Fachpflege gerecht werden zu können. Die APN unterstützt die Pflgeteams bei komplexen und schwierigen Pflegesituationen und kann damit einer fachlichen Überforderung entgegenwirken.

Was sind die Tätigkeitsfelder einer APN im Langzeitpflegebereich?

Die Tätigkeiten geriatrischer APNs orientieren sich an den sechs Kernkompetenzen nach Hamric (2004).

Coaching:

- Begleiten und Befähigen von Pflegepersonen in komplexen Pflegesituationen
- Unterstützung beim Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- Wissenstransfer in die Praxis

Wie werden APNs eingesetzt?

Die geriatrischen APNs sind in der direkten Pflegepraxis tätig und tragen durch eine hohe fachliche geriatrische Expertise zur Weiterentwicklung der Pflegepersonen auf den Stationen bei. Die geriatrische APN muss ein spezifisches Qualifikationsprofil hinsichtlich Fachkompetenz, Methodenkompetenz und Sozialkompetenz mitbringen. Im Vordergrund steht die fachliche Führung und das Coaching von Pflegepersonen, die Gestaltung einer umfassenden geriatrischen person-zentrierten Pflege mit all ihren Herausforderungen, die interprofessionelle Zusammenarbeit und ihre Forschungskompetenz. Die Implementierung verschiedener Strukturen des Wissenstransfers innerhalb der Organisation tragen dabei wesentlich zur Pflegeentwicklung und zur evidenzbasierten und personenzentrierten Pflege bei.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den Einsatz von APNs im Langzeitpflegebereich, um das Qualitätsniveau der professionellen Pflege in den Langzeitpflegeeinrichtungen sicherzustellen. Es braucht dafür einen neuen Qualifikationsmix innerhalb der Pflegeberufe, der den Einsatz von APN vorsieht. Die APNs sollen im Stellenplan, außerhalb des WWPG Schlüssel, berücksichtigt werden.

Literaturverzeichnis:

Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. (2004). 3rd Ed. Advanced Nursing Practice: An integrative Approach. Philadelphia: Saunders.

Feuchtinger, J. (2020). Umsetzung, Implementation und Organisation von Advanced Practice Nurses. In K. Bauer, Advanced Nursing Practice in Österreich (S. 33-48). Wien: Facultas.

Leonie-Scheiber, C. (2020). Der Bedarf an Advanced Practice Nurses in Österreich. In K. Bauer, Advances Nursing Practice in Österreich (S. 19-32). Wien: Facultas.

Kitwood, T. (2019). Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Schweiz: Hogrefe AG

3.4 Praktikumsbegleitung als Herausforderung für die personelle Zukunft in der Langzeitpflege – Erfahrungen und Ansätze

Einleitung

Der vorliegende Bericht zeigt den Bedarf an personellen Ressourcen für eine adäquate Praktikumsbegleitung und -anleitung. Erfahrungen und Evaluierungsergebnisse aus dem Qualitätsmanagement der Praktikumsentwicklung der Caritas Pflegewohnhäuser Wien machen den Bedarf exemplarisch sichtbar.

Das politische Programm der Bundesregierung rund um die Pflegereform hat das Ziel, den Zulauf an Auszubildenden in Pflege- und Sozialbetreuungsberufe zu erhöhen und somit nachhaltig Arbeitskräfte für den Bereich Pflege und Betreuung zu gewinnen. Das geschieht durch

die Schaffung weiterer Ausbildungsplätze, neuer Zugangswege in die Ausbildungen durch die Höhere Lehranstalt für Pflege und Sozialbetreuung (HLPS), die Pilotierung der Pflegelehre sowie neue Förderwege im Bereich der Erwachsenenbildung für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe. Sie bedingen in weiterer Folge eine erhöhte Praktikant*innen-Anzahl. Dem gegenüber steht ein sinkender Anteil an Pflege- und Betreuungspersonen, insbesondere des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP).

Die zu begrüßenden Ausbildungs-offensiven haben zur Folge, dass es im theoretischen wie im praktischen Lernsetting vermehrt qualifizierter, und kompetenter, Personen bedarf, die Auszubildenden ihr Wissen vermitteln und zur Kompetenzentwicklung der Lernenden beitragen. Zukünftig wird es notwendig sein, auf die unterschiedlichen Ausbildungsniveaus abgestuft eingehen zu können. Voraussetzung dafür ist, dass bestehende Mitarbeiter*innen über Ausbildungsformen und -anforderungen informiert sind und die notwendigen personellen und zeitlichen Ressourcen für die Ausführung der Praktikumsanleitung zur Verfügung gestellt werden. Praktikumsanleitung fordert zusätzliche Kapazitäten und Energie seitens der Mitarbeiter*innen, was bei der derzeitigen Situation so nicht machbar erscheint.

Situationsbeschreibung

In der stationären Langzeitpflege der Caritas Pflege Wien werden derzeit fünf Berufsgruppen aus unterschiedlichen Schulformen der Sozialbetreuung und Pflege praktisch ausgebildet. Das sind Heimhelfer*innen (HH), Pflege-(fach)assistentent*innen (PA/PFA), Fachsozialbetreuer*innen (FSBA), Diplomsozialbetreuer*innen Altenarbeit (DSBA) und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) der Fachhochschulen und GuK-Schulen. Die Dauer der unterschiedlichen Ausbildungspraktika variiert zwischen 80 und 160 Stunden plus und finden zum überwiegenden Teil geblockt statt. Seit 2022 ist eine weitere Praktikant*innen-Gruppe hinzugekommen: Die Schüler*innen der HLSP. Sie sind bei Ausbildungsbeginn ca. 14 bzw. 15 Jahre alt und absolvieren bereits im ersten Semester ihrer Ausbildung fachpraktische Tage.

2021 wurden insgesamt 297 Praktika in den Caritas Pfl egewohnnhäusern in Wien begleitet. Auf die unterschiedlichen Berufsgruppen aufgeteilt waren es 34 DGKP-, 2 PFA-, 197 PA-, FSBA/DSBA- und 64 HH-Praktika. Im Jahr 2022 waren es insgesamt 282 Praktika, die sich auf die Berufsgruppen 21 DGKP, 155 PA-, FSBA/DSBA, 8 PFA und 98 HH verteilen. Zum Vergleich: Im Jahr 2020 waren es 154 Praktika.

Zu den Praktikums-spitzenzeiträumen von Ende November bis Ende Jänner & Ende Mai bis Juli kann es vorkommen, dass bis zu acht Praktikant*innen unterschiedlicher Ausbildungen, je nach Hausgröße, einem Wohnbereich zugeteilt sind. Es ist durchaus keine Seltenheit, dass lediglich eine DGKP pro Wohnbereich im Tagdienst tätig ist, die für die Auszubildenden die Hauptverantwortung trägt. Sie koordiniert die Praktikums-tage, kommuniziert die Praktikumsplanung und diverse Lernziele an das Team. Des Weiteren übernimmt sie einen Teil der direkten praktischen Anleitung.

Über einen längeren Erhebungszeitraum von ca. zwei Jahren konnte in den Caritas Pflege-wohnhäusern Wien festgestellt werden, dass aufgrund von Personalmangel und -ausfällen keine Kontinuität im Anleitungsprozess aufrechterhalten bleibt. Von Praktikant*innen wurde im Rahmen eines Evaluierungsverfahrens rückgemeldet, dass es den Mitarbeiter*innen aufgrund der hohen Praktikant*innen-Anzahl schwerfällt, den Überblick zu behalten, was Praktikant*innen bereits gelernt, welche praktischen Fertigkeiten sie erlangt haben, welche Ausbildung sie absolvieren und welche Anforderungen diese mit sich bringen.

Die steigende Praktikant*innen-Anzahl demonstriert somit, dass die Ausbildungs-offensiven Wirkung erzielt haben. Im Gegensatz dazu hat sich an der Personalstruktur in der Langzeitpflege sowie im Akutbereich nichts geändert. Das deckt neue Problemfelder auf. Unterschiedliche Ausbildungsstandorte suchen händeringend Praktikumsplätze im Akut- wie im Langzeitpflegebereich. Einerseits sind Auszubildende überaus willkommen, weil sie als zukünftige Mitarbeiter*innen gewonnen werden wollen, andererseits kommt es zu Praktikumsplatzabsagen, weil es im operativen Bereich starke personelle Engpässe gibt und eine professionelle Praktikumsanleitung nicht mehr gewährleistet werden kann.

Welche Aufgaben die Praktikumsbegleitung beinhaltet

Praktikumsanleitung ist eine prozesshafte Tätigkeit. Die Steuerung und Koordination des Anleitungsprozesses, der im Wesentlichen aus den Prozessschritten Orientierung, Planung, Umsetzung und Reflexion besteht, obliegt per GuKG dem gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege. Der Prozessschritt Reflexion beinhaltet für alle Auszubildenden unterschiedlicher Berufsgruppen Beurteilungsgespräche und die Dokumentation derselben.

Caritas-Befragungen, wie eine von Praktikant*innen, die im Juni 2022 ein Praktikum absolvierten, zeigen, dass diese v.a. wertschätzende Gespräche und Kommunikation, Geduld, Verständnis, Zeit (insbesondere im ersten Praktikum) und das Abstimmen von Erwartungen der Praktikumsstellen und des tatsächlichen Ausbildungsstandes wünschen.

Eine systematisch geplante Praktikumsanleitung wirkt Überforderung entgegen, da sie die Auszubildenden nicht sich selbst überlässt. Sie zeichnet sich unter anderem durch folgende Punkte aus:

- Planung und Vorbereitung von Anleitungssequenzen fachpflegerischer Tätigkeiten
- Anleitung und Aufsicht bei der Durchführung (in möglichst ungestörter Umgebung)
- Besprechung und Reflexion im Anschluss bzw. ggf. Wiederholung
- Begleitung in der persönlichen Entwicklung, weil die Praktikant*innen in der Langzeitpflege mit belastenden Situationen konfrontiert sind (Begleitung sterbender Bewohner*innen, aggressive Verhaltensweisen, Notfälle etc.)
- Vermitteln von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Ekel, Scham, Angst, Aggression, Trauer und Wut

- Das Stärken von Resilienz und Achten auf die eigene Gesundheit sind ein entscheidender Faktor, um Pflege- und Sozialbetreuungspersonen langfristig für den Beruf zu gewinnen. (vgl. H. Tischer, 2022).

All die oben genannten Punkte binden Zeitressourcen. Eine Best-Practice Mindestempfehlung für die erforderliche Anleitungszeit während eines Praktikums liegt bei 10 % der Praktikumszeit. (vgl. K. Schmölder, 2018; M. Kentenich et al, 2018; R. Breuer et al 2018).

Bei einem 160 Stunden-Praktikum sind das demnach 16 Arbeitszeitstunden einer DGKP. Das Gros dieses Leistungsvolumens bilden die Gespräche und die Beurteilung.

Die Caritas Pflege Wien hat 2019 die Anleitungszeiten pro Praktikant*in im stationären Setting erhoben. Bei idealen Bedingungen, das heißt eine DGKP-Praktikumsanleiter*in ist vom Team für den Anleitungsprozess freigespielt, liegt der Mittelwert bei 11,75 investierter Arbeitszeitstunden während eines 160 Stunden-Praktikums. Die direkte praktische Anleitung ist bei dieser Aufstellung nicht berücksichtigt. 58% der Zeit fließen in Gespräche und die Beurteilung. Zu diesem Zeitpunkt waren max. ein bis zwei Praktikant*innen zeitgleich einem Wohnbereich zugeteilt.

Bewährte Lösungsansätze im stationären Setting der Caritas Pflege Wien Pflegeexpert*in Praktikumskoordination

Das Aufgabengebiet dieser Funktion umfasst: die Koordination der Praktika sowie Sorge zu tragen für eine förderliche Lernatmosphäre, die Praktikumsanleiter*innen und Mitarbeiter*innen bei der Praktikumsplanung zu unterstützen und die Wohnbereichsleitungen von organisatorischen Belangen zu entlasten. Mit dieser Funktion wird eine verbesserte Willkommens- und Feedbackkultur in Verbindung gebracht. Des Weiteren erhebt sie den Fort- und Weiterbildungsbedarf der Mitarbeiter*innen und ist für die Förderung von Nachwuchskräften für die Praktikumsanleitung zuständig. Diese Funktion wird als eine der wichtigsten qualitativen Verbesserungen seitens der Wohnbereichsleiter*innen, Haus- und Pflegedienstleiter*innen und Praktikumsanleiter*innen gesehen. Sie ist für Praktikant*innen eine präsen- te Ansprechperson, übernimmt jedoch nicht die direkte praktische Anleitung.

Kommunikation

Ein regelmäßiges Informationsformat, gerichtet an Führungskräfte der Organisationseinheiten und an Praktikumsanleiter*innen, hat sich bewährt. Aktuelle ausbildungsrelevante Informationen werden von der zentralen Praktikumskoordination und dem Qualitätsmanagement aufbereitet. Die Mitarbeiter*innen des operativen Bereiches können daraufhin die Praktika zielgruppengerecht planen. Das Informationsformat findet ca. 5-6 Mal pro Jahr via Zoom statt und dauert eine Stunde.

Lernangebote

Bisher werden Praktikant*innen mit dem Auftrag in die Langzeitpflege entsendet, Grundpflegefertigkeiten zu erwerben. Die Anforderungen wachsen jedoch. Folgende Herausforde-

rungen müssen bewältigt werden: Multimorbidität, medizinisch komplexe Phänomene und klinische Assessments, Schmerzmanagement, Wundmanagement, Begleitung sterbender Menschen, der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, nicht zuletzt wegen der Zunahme an gerontopsychiatrischen Erkrankungen, Entscheidungsverantwortung, weil nicht durchgehend ein*e Ärzt*in vor Ort ist, etc.

Dafür wurden spezielle Kompetenzanforderungen und dazu passende Aufgabenstellungen formuliert, die den Auszubildenden und Mitarbeiter*innen zur Verfügung stehen. Diese zielen, ergänzend zu den Tätigkeitskatalogen der Ausbildungsstellen, darauf ab, die zu erwerbenden Kompetenzen, wie z.B. die Durchführung der Wundversorgung, in den Kontext der Langzeitpflege zu übertragen. Das heißt, diese Aufgabe erfordert bei einer Person, die beispielsweise an einer dementiellen Erkrankung oder einem Formenkreis der Schizophrenie leidet, eine andere Herangehensweise als bei einer Person die zeitlich, örtlich und zur Person orientiert ist. Diese Kompetenzen können ausschließlich durch die praktische Erfahrung entwickelt werden und gehören entsprechend vorbereitet und nachbearbeitet. In einem zweijährigen Prozess wurde mit Vertreter*innen unterschiedlicher Berufsgruppen der Caritas Pflgewohnhäuser Wien daran gearbeitet, diese Kompetenzanforderungen zu formulieren, sichtbar zu machen und den zuständigen Praktikumsanleiter*innen zu unterrichten.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

Die Funktion „Pflegeexpert*in/Praktikumskoordinator*in“ ist eine deutliche Bereicherung und Entlastung bei der Steuerung und Koordination des Anleitungsprozesses. Der Großteil personeller Ressourcen liegt jedoch nach wie vor bei der direkten praktischen Anleitung, der Reflexion in Form von Gesprächen wie der Durchführung der Erst-, Zwischen-, Endgespräche und der Beurteilungen. Die Praktikumskoordination bindet Personalstunden. Mit Blick auf den stark steigenden Bedarf an gelingenden Praktika in den nächsten Jahren ist es zur Erweiterung der Leistungsfähigkeit der Praktikumsrichtungen wesentlich, zumindest die nötige Mindestkoordinationszeit mit 1.000 € pro Praktikum finanziell zu fördern.

Literaturverzeichnis:

Tischer H., Belastende Situationen in der Pflegeausbildung. Eine Analyse der emotionalen Belastungen von Auszubildenden der Altenpflege in den ersten Praktika und deren Umgang damit, In: Lehren und Lernen im Gesundheitswesen; Ausgabe 8/22, S.47-51

Schmölzer K., Spitex Zürich, Pflegekongress Wien, 2018;

Kentenich M. et al., Praxisanleitercurriculum, Ein Konzept für alle Bundesländer – Ist das möglich? 2018, S. 31, S. 44

Breuer R. et al., Rollendefinition Theorie Praxistransfer, http://www.anda-pflege.at/wp-content/uploads/2018/10/AP-Rollendefinition_nat-AG_OGKV.pdf, Zugriff am 01.12.2022

3.5 Aktualisierung der Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen – Überarbeitung und Innovationen

Eine der Aufgaben des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen liegt in der Entwicklung von organisationsübergreifenden Qualitätsleitlinien. Aus diesem Grund wurden bereits mehrfach Handlungsleitlinien zu unterschiedlichen klinischen Themenstellungen erarbeitet, die in den Mitgliedsorganisationen bereits gut integriert sind. In regelmäßigen Abständen sind evidenzbasierte Leitlinien hinsichtlich neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse zu überprüfen. Daher wurde 2016/17 im Rahmen des Dachverbands – wissenschaftlich begleitet von der FH Campus Wien und einer anerkannten Pflegewissenschaftlerin – mit der Überarbeitung dieser evidenzbasierten Handlungsleitlinien begonnen. Erstmals wurden alle Settings der Pflege und Betreuung (mobil, teilstationär, stationär) umfasst, settingspezifische Aspekte wurden entsprechend gekennzeichnet.

Im Jahr 2022 startete eine neuerliche Überarbeitung, wieder in enger Kooperation mit dem Team der FH Campus Wien, um die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Leitlinien zu integrieren, wobei der Fokus auf einer kompakten Literatursynthese liegt. Die Sichtweise der Pflege- und Betreuungspersonen fließt durch die Expert*innen aus der Praxis, die von den Mitgliedsorganisationen in die Arbeitsgruppe entsendet sind, ein und wird in mehrdimensionalen Konsensuskonferenzen abgestimmt. Begleitet wird das Projekt wieder von einer Steuergruppe, die sich aus Vertreter*innen von Mitgliedsorganisationen des Dachverbands, des Fonds Soziales Wien (FSW) sowie der Magistratsabteilung 15 und 40 der Stadt Wien zusammensetzt. In einem ersten Schritt werden die Themen aus Teil 1 Hautintegrität mit dem Aspekt Dekubitus, Kontinenzmanagement mit dem Aspekt Inkontinenzmanagement, Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement mit den Aspekten Mangelernährung und Flüssigkeitsmangel sowie Mobilität und Sturzmanagement mit dem Aspekt Sturzrisiko überarbeitet.

Ziel der Literaturanalyse entlang ausgewählter klinischer Fragestellungen ist die Ergänzung der ausgewählten Aspekte durch eine Zusammenführung mit den neuesten wissenschaftlichen Ergebnissen.

Neu hinzu kommt ein partizipativer Ansatz durch Einbindung von Klient*innen und/oder Bewohner*innen. Durch den Einsatz von leitfadengestützten Einzel- und Gruppeninterviews, die wissenschaftlich ausgewertet werden, kommt erstmals bei Handlungsleitlinien des Dachverbands auch die primäre Zielgruppe der Nutzer*innen persönlich zu Wort und kann ihre Perspektive einbringen.

Eine weitere Neuerung besteht in der Erarbeitung von pflegebezogenen Qualitätsindikatoren, dabei sollen – bezogen auf die zu überarbeitenden Themenbereiche der Handlungsleitlinien – entsprechende Qualitätsaspekte auf Struktur-, Prozess- bzw. Ergebnisebene formuliert und in quantitativ überprüfbarer Form dargestellt werden. Ziel der Integration entsprechender Indikatoren ist es, im Rahmen eines vorerst unternehmensbezogenen Pflegequalitätsmanagements eine Orientierung zu geben, inwieweit konkrete Qualitätsziele erreicht sind. Neben der Erarbeitung neuer Leitlinien stellt die Implementierung in die jeweiligen Organisationen den

zweiten wesentlichen Teil der Qualitätsarbeit dar. Um den Zugang zum aktualisierten Wissen für die Mitarbeiter*innen zeitgemäß zu gestalten, wird erstmals auf eine weitere Form der Wissensvermittlung, nämlich e-Learning-Methoden, gesetzt. Die FH Campus Wien wird zu jedem der angeführten Themenfelder Lehrvideos, Kurzinfos und digitale Quizzes zur Wissensüberprüfung kreieren, die den Mitgliedsorganisationen zur Verfügung stehen werden. Die Fertigstellung der ersten überarbeiteten Handlungsleitlinie wird für Mitte 2023 erwartet. Die Ergebnisse werden für die Mitgliedsorganisationen, wie im Dachverband üblich, präsentiert und in einer Publikation aufbereitet.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Überarbeitung und Aktualisierung der Handlungsleitlinien, um aktuelles Wissen und Neuerungen den Organisationen zur Verfügung zu stellen. Insbesondere die Partizipation von Betroffenen wird als wichtige Errungenschaft angesehen.

3.6 Was sind uns gute Pflege und Betreuung in Österreich wert?

Die Vorsorge für ein Leben im Alter, das in Würde und Selbstbestimmung geführt werden kann, betrifft sowohl jede*n Einzelne*n von uns als auch die Gesellschaft als Ganzes.

Anders als in den Generationen vor uns, wo die jeweiligen Eltern- und Großelterngenerationen im Verbund von Großfamilien ihren fixen Platz hatten, sind heute viele Senior*innen und Hochbetagte auf die Unterstützung und Solidarität der Gesellschaft angewiesen – ein Zusammenhalt, der bislang in Österreich immer in hohem Ausmaß vorhanden war.

Solange zwischen Alt und Jung, Erfahrung und Innovation, Tradition und Moderne ein Gleichgewicht herrscht und allen, oft zwangsläufig unterschiedlichen, Ansprüchen an die Zukunft Genüge getan werden kann, geht es in den meisten gesellschaftlichen Prozessen des Zusammenlebens auch heute noch verhältnismäßig solidarisch zu. Kritisch wird es häufig erst, wenn die Bedarfe und Bedürfnisse einer Zielgruppe innerhalb einer Gesellschaft aufgrund von Ressourcenknappheit – sei diese finanzieller, personeller oder auch räumlicher Natur – weniger oder nicht mehr zufriedenstellend berücksichtigt werden (können).

Vielen von uns sind die drohenden Auswirkungen von demografischen, aber auch gesellschaftlichen Entwicklungen für das österreichische Gesundheitssystem schon lange bekannt. Die Babyboomer-Generation tritt zu großen Teilen ihre wohlverdiente Pension an. Junge Menschen wünschen sich in ihrem Beruf mehr Flexibilität, möchten generell weniger Arbeitsstunden – vor allem an den Wochenenden oder in der Nacht – absolvieren. Und besonders im Bereich der Langzeitpflege wird es schwierig, junge Pflegekräfte dafür zu begeistern, wenn nicht zumindest die Verdienstaussichten attraktiver werden.

Hinzu kommt, dass die Krisen der letzten Jahre (insbesondere die Covid-19-Pandemie, aber auch die Energiekrise, die Inflation u.v.a.) die ohnehin angespannte finanzielle und personelle Situation im österreichischen Gesundheitssystem noch dramatisch verstärkt haben. Aufgrund der Covid-bedingten Auswirkungen mussten Pflegepersonen, aber auch Mediziner*in-

nen – mittlerweile über Jahre hinweg – an ihre Leistungsgrenzen gehen und diese laufend überschreiten. Sie sind erschöpft und haben aufgrund der zunehmenden Personalengpässe wenig Hoffnung, dass sich die Situation zum Besseren wendet. Viele verlassen den anstrengenden Beruf noch im Rahmen ihres aktiven Erwerbslebens.

Für eine weitere Dynamisierung des Fachkräfte-Mangels sorgt die in den letzten Jahrzehnten stark rückläufige Geburtenrate. Gleichzeitig ändern sich die familiären Strukturen und so stehen bald wesentlich mehr ältere, pflegebedürftige Menschen einer immer geringeren Anzahl von Erwerbstätigen gegenüber.

Es liegt daher auf der Hand, dass eine flächendeckende, qualitätsvolle Pflege und Betreuung auf hohem Niveau, ausgeführt von gut ausgebildeten, kompetenten Fachkräften in Zukunft weit mehr personelle und finanzielle Ressourcen erfordert, als das in den letzten Jahrzehnten der Fall war.

Auch wenn aktuelle Debatten darüber und unterschiedliche Lösungsansätze zum Teil seit Jahren und immer wiederkehrend geführt werden: die Meinungen dazu sind (auch) kontrovers und nicht selten beginnt die Solidarität zu bröckeln. Es geht daher nicht nur um die Frage ob, bzw. in welchem Ausmaß Ressourcen geschaffen werden können, sondern auch darum, was unserer Gesellschaft die Pflege und Betreuung unserer Senior*innen und Hochbetagten in Österreich wert ist? Was darf sie kosten, wenn sie nicht aus dem Einkommen der Betroffenen finanziert werden kann? Und was darf sie kosten, wenn sie durch Angehörige erbracht wird, welche dafür oftmals auf ihre eigene Berufstätigkeit und damit auf ein eigenes Einkommen verzichten?

Auch wenn die Bereitschaft zu einer persönlichen, individuellen Vorsorge in einkommensstärkeren Gesellschaftsbereichen steigt – für durchschnittliche Einkommensverhältnisse ist die Aufrechterhaltung und Finanzierung von professionellen Pflege- und Betreuungsleistungen nicht leistbar und die Frage nach einem angemessenen Verhältnis zwischen sozialer Absicherung und wirtschaftlicher Eigenverantwortung nicht leicht zu beantworten.

Die langfristige Lösung, um den Menschen in Österreich weiterhin ein menschenwürdiges, selbstbestimmtes Leben im Alter ermöglichen zu können und dessen Finanzierung abzusichern, folgt dem Grundprinzip des menschlichen Zusammenlebens und dem Bewusstsein sowie der Bewusstmachung, zusammenzugehören und jene Menschen zu unterstützen, welche unserer Fürsorge bedürfen – seien es nun Kinder, Menschen mit Beeinträchtigungen oder Senior*innen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Die Aufrechterhaltung ehrlicher, öffentlicher Diskussionen über die künftigen Herausforderungen in Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung alter und hochbetagter Menschen.
- Dass insbesondere in Krisenzeiten eine offene Kommunikation auch über Fehler oder Irrtümer gepflegt wird, um das Vertrauen der Menschen zu stärken und die Bedeutung sozialer Absicherung bewusster zu machen.

3.7 Spezialisierung in der Langzeitbetreuung

In der Stadt Wien gibt es ca. 19.000 stationäre Betreuungsplätze. Diese sind für Menschen, welche aufgrund einer oder mehrerer fortgeschrittener chronischer Erkrankungen in extramuralen Strukturen nicht mehr ausreichend versorgt werden können, vorgesehen. In den letzten Jahren hat sich rückblickend gezeigt, dass mit zunehmender Spezialisierung in Medizin und Pflege auch eine Spezialisierung in der gewählten stationären Betreuungsform notwendig ist. Dies hat seine Gründe zum einen in der Tatsache, dass Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen aufgrund der Fortschritte in der medizinischen Behandlung in Summe länger leben (und daher zunehmend Betreuung benötigen) und zum anderen, dass für allgemeine Pflege ein immer besser ausgebautes Netz der ambulanten Versorgung zur Verfügung steht. Dieses wird seit vielen Jahren durch die Möglichkeit einer 24h-Betreuung zu Hause ergänzt. Darüber hinaus besteht bei vielen älteren Menschen der Wunsch, möglichst lange zu Hause zu bleiben und in den eigenen vier Wänden versorgt zu werden, was durch entsprechend gut ausgestattete Wohninfrastruktur in den meisten Fällen möglich ist. Daraus folgend ist zu erwarten, dass der Bedarf nach allgemeinen Pflegeplätzen in den nächsten Jahren zurückgehen und der Bedarf nach spezialisierten Angeboten steigen wird.

Dies umfasst dringend den Bedarf nach mehr Betreuungsplätzen für Menschen mit fortgeschrittenen Demenzerkrankungen. Insbesondere dann, wenn damit verbundene Verhaltensauffälligkeiten Teil des Krankheitsbildes sind. Neben einem Bedarf an fachlich gut ausgebildeten Pflegepersonen sei hier insbesondere auf einen eklatanten Mangel an Fachärzt*innen für Psychiatrie hingewiesen. Diesem wirkungsvoll zu begegnen, wird notwendig sein, um zukünftig eine gute Versorgung dieser Patient*innen sicher zu stellen.

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die Notwendigkeit zum Ausbau einer flächendeckenden Palliativversorgung. Die gegenwärtig bestehenden Strukturen sind oft nicht in der Lage, den Bedarf an Palliativbetreuung gänzlich abzudecken. Dies ist insbesondere auch deshalb wichtig, da mit Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes ein gesellschaftlicher Auftrag zum Ausbau einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung erteilt wurde. Auch zeigt ein Blick auf die Alterspyramide, dass durch eine zunehmende Alterung der Bevölkerung der Bedarf in diesem Betreuungssegment zukünftig steigen wird.

Positiv ist in diesem Zusammenhang, dass im nächsten Jahr die Inbetriebnahme einer Kinderhospizstation im 16. Bezirk geplant ist. Gerade diese Patientengruppe benötigt dringend eine Betreuungsmöglichkeit innerhalb der Stadt, da wohnortnahe Strukturen oft ausschlagend bei der Inanspruchnahme von Besuchen sind.

In dem bisher bestehenden Betreuungsformat der geriatrischen Remobilisation ist aus obgenannten Gründen in den nächsten Jahren ebenfalls mit einer Zunahme des Bedarfs zu rechnen. Der positive Einfluss einer erfolgreichen Rehabilitation auf Lebensqualität und Lebenszeit ist in vielen Studien hinreichend belegt. Auch innerhalb dieses Betreuungssegments ist zukünftig eine Spezialisierung wünschenswert, da ein der jeweiligen Erkrankung

angepasster Therapieplan höhere Aussicht auf dauerhaften Erfolg einer Rückkehr in die eigenen vier Wände zeigt.

Die Wiener Heimkommission ist der Meinung, dass es in Wien ein breites Angebot an stationären Betreuungsformen gibt, dieses aber in einigen Bereichen den vorhandenen bzw. zu erwartenden Bedarf nicht ausreichend abdecken kann und der Ausbau eines spezialisierten Leistungsangebotes zukünftig wünschenswert und notwendig sein wird.

3.8 New Work in der Langzeitpflege

Rahmenbedingungen für ein modernes Arbeitsumfeld
(New Leadership)

Schöne neue Arbeitswelt: In den Wohnbereichen und den Stützpunkten unendliche Ruhe ohne Trubel und Unterbrechungen, volle Konzentration auf ihr Thema – der Dienstplan wird nicht geändert; PLAN ist gleich SOLL!

Ist das möglich?

Einleitung

Die österreichische Bevölkerung wird zunehmend älter. Anfang 2022 waren 19,5% der Bevölkerung 65 Jahre und älter. Damit steigt die Herausforderung einer bedürfnisgerechten Versorgung von hochbetagten, pflegebedürftigen Menschen.

Spätestens seit der COVID-19 Pandemie ist der bestehende Fachkräftemangel in der professionellen Pflege – auch medial aufbereitet – schonungslos offengelegt. Der Personalmangel in der Langzeitpflege macht deutlich, dass die Branche umdenken muss, um qualifiziertes Personal zu rekrutieren und langfristig zu binden.

In Österreich werden bereits bis zum Jahr 2030 insgesamt 75.700 Pflegepersonen zusätzlich benötigt, um einerseits den demografisch bedingten Mehrbedarf und andererseits den erhöhten Bedarf aufgrund der bevorstehenden Pensionierungswelle abdecken zu können (vgl. Rappold & Juraszovich, 2019).

Die Belastungen von Mitarbeiter*innen in den Gesundheitsberufen sind insgesamt gestiegen und der Personalmangel in der Pflege stellt mittlerweile die größte Herausforderung dar.

Noch vor Corona hat in Österreich ein Viertel der Berufsangehörigen in den Gesundheitsberufen sehr häufig über einen Berufsausstieg nachgedacht. In der Studie von Frau Alexandra Gferer über den Ausstieg oder Verbleib von diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen war eine der Schlussfolgerungen, dass mehr Faktoren für einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf als für einen Verbleib gefunden wurden. Besonders hervorgehoben wurde, dass

das Pflegemanagement einen wesentlichen Beitrag zur Entscheidungsfindung für den Verbleib oder Ausstieg vom Beruf leisten könnte (vgl. Gferer, 2022).

Bereits im Jahr 2018 überprüfte der Rechnungshof das System der Pflege auf Ebene des Bundes und der Länder in Österreich. Ziel dabei war es, die Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit von Angebot und Steuerung der Pflegedienstleistungen zu beurteilen. In der Kurzfassung des Berichtes wurde beschrieben, dass eine Definition der erforderlichen Pflege, der einzelnen Tätigkeiten, der Abgrenzung zu hauswirtschaftlichen Dienstleistungen und sozialer Betreuung unklar war.

Auf Basis der Feststellungen hob der Rechnungshof zentrale Empfehlungen hervor. Daraus zwei Empfehlungen, die aus diesem Bericht herausgegriffen wurden:

- Ein einheitliches Verständnis zur Qualität in Pflegeeinrichtungen für die wesentlichen Bereiche. Diese wären zum Beispiel die Fachpflege; Lebensqualität; die Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- und die Erfordernisse zur fachlichen Festlegung zum Personalschlüssel sowie der Qualitätsstandards, die für eine gute Versorgung der Pflegebedürftigen erforderlich sind (vgl. Pflege in Österreich, Bericht des Rechnungshof 2020).

Eine durchgeführte Sonderauswertung des österreichischen Arbeitsklima-Index befasste sich im Jahr 2021 mit den Rahmenbedingungen und der Arbeitszufriedenheit von Kolleg*innen im Langzeitpflegebereich. Der ehemalige Bundesminister Dr. Wolfgang Mückstein schrieb im beiliegenden Vorwort, dass es ein wesentliches Ziel der Pflegereform sei, angemessene Rahmenbedingungen für die Pflegeberufe zu schaffen (vgl. BMSGPK, Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen 2021).

Wandel, Veränderungen und Übergänge in neue Situationen gehören zum Leben. Oft beinhalten sie Chancen. Sich darauf einzulassen fällt allerdings oft schwer: Gewohntes und Vertrautes müssen aufgegeben werden, das Kommende ist noch unklar und birgt möglicherweise Risiken in sich. In dieser Situation entstehen Unsicherheit und manchmal sogar Angst.

Was sich definitiv noch verändert hat, ist die Geschwindigkeit und die Komplexität, mit der Veränderungen auf uns zukommen. Wir hatten in der Vergangenheit immer ausreichend Zeit uns anzupassen.

Es dauerte 38 Jahre, bis flächendeckend alle Haushalte mit einem Radio ausgestattet waren. Beim Fernseher hat es nur mehr 25 Jahre gebraucht. Bei den Mobiltelefonen vergingen gerade einmal 5 Jahre, die Suchmaschine „Google“ benötigte drei Monate, um sich weltweit als das führende Suchportal durchzusetzen. Und es dauerte zwei Tage, um mittels App über den ganzen Globus einen „Pokémon Run“ auszulösen (vgl. Lindner, 2021).

Die vorwiegend generationsbedingten Entwicklungen und damit einhergehenden Veränderungen erfordern neue Arbeitsbedingungen, Führung als Coaching, flache Hierarchien, Selbstorganisation, Flexibilisierung, Agilität und Digitalisierung.

Ist New Work die Lösung?

Die Idee von New Work wurde erstmals von dem Sozialphilosophen Prof. Dr. Frithjof Bergmann entwickelt. Er stellte sich die Frage nach den Freiheitskriterien des Menschen. Nichts schien den Menschen jedoch unfreier zu machen als Arbeit. Mit dem Projekt New Work fand Bergmann schließlich eine praktische Verwirklichung seiner theoretischen Überlegungen.

Aber New Work entsteht nicht nur einfach, New Work ist das Ergebnis eines langen, begleiteten Prozesses. Menschen wollen ihre eigene Persönlichkeit mit in die Arbeit einbringen (vgl. Evsan 2021). Es geht dabei um eine neue Arbeitsweise, die das klassische Bild von Arbeit in Bezug auf Zeit, Raum und Strukturen aufbricht. In diesem neuen Verständnis wird die Arbeit vom Einzelnen als sinnvoll, selbstbestimmt und erfüllend empfunden.

Vor etwa 30 Jahren war der Pflegeberuf ausschließlich ein Vollzeitberuf ohne die Möglichkeit, Arbeitszeit flexibel zu gestalten. Gegenwärtig erlebt die Arbeitswelt den gesteigerten Wunsch der Mitarbeiter*innen nach mehr Unabhängigkeit, freier Zeiteinteilung und das Bedürfnis einer entsprechenden Work-Life-Balance von Generation zu Generation.

Auch das Führungsverhalten hat sich weiterentwickelt: Vor etwa drei Jahrzehnten bedeutete Führung in der Pflege ausschließlich die Wahrnehmung von Leitungsaufgaben, die Hierarchien waren steil. Moderne Führungskräfte im Sinne des New-Leadership-Ansatzes helfen ihren Mitarbeiter*innen beim Entdecken und beim Ausbauen ihrer Stärken.

Das Karl Landsteiner Institut für Human Factors & Human Resources im Gesundheitswesen hat in Kooperation mit EUCUSA, einem Unternehmen für Befragungen und Feedbacksysteme, eine Erhebung zum Führungsbarometer zu den aktuellen Herausforderungen für Führungskräfte in allen Bereichen der Pflegepraxis und zu den Erwartungen und den Grundlagen für zukünftige Rahmenbedingungen und Strategien durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten unter anderem die Notwendigkeit von ausreichenden Ressourcen und die Klarheit des Handlungsspielraums. Eine interne und externe Begegnung auf Augenhöhe in Bezug auf die Entscheidungskompetenz mit den anderen Führungsbereichen in der Organisation ist dabei wesentlich, damit die Aufgaben als Pflegeführungskraft erfüllt werden können (vgl. EUCUSA 2021). Nach der Erhebung des Führungsbarometers war es wichtig, mit den Befragungsergebnissen weiterzuarbeiten und dabei auf gut funktionierende Modelle aus der Praxis aufzubauen. Nach den im „Führungsbarometer Pflege 2021“ erhobenen Ergebnissen und dem daraus abgeleiteten Handlungsbedarf war der nächste Schritt eine träger- und organisationsübergreifende Vernetzung von Expert*innen zu etablieren. Aus allen Versorgungsbereichen wurden und werden im dabei gegründeten „Nationalen Netzwerk Pflegemanagement“ vertiefende Analysen und Maßnahmen zur Stärkung der bestehenden Ressourcen und der Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes entwickelt, welche dann auch in gesundheitspolitische Prozesse und in Gremien eingebracht werden sollen. In einer Veranstaltung am 30.11.2021 wurden Beiträge über schon gut funktionierende Lösungen in einzelnen Einrichtungen, aber auch Erfordernisse und politische Perspektiven präsentiert.

Einer dieser Vorträge bei der Veranstaltung war von Frau Tamara Archan, 2. Vizepräsidentin des ÖGKV und Mitgründerin der ARGE Junge Pflege, und Frau Ines Schwarz, Pflegepädagogin, unter dem Titel „Empowerment und Bedürfnisse junger Führungskräfte in der Pflege“. Sie stellten fest, dass „Gut im Fach zu sein, nicht ausreichend ist und dies nicht gleich Führungskompetenz ist“: Die Anforderungen sind hoch und auch die Erwartungen junger Führungskräfte haben sich verändert. Gefragt sind neue Arbeitszeitmodelle wie Homeoffice („Dienstpläne können auch zu Hause erstellt werden...“) oder Kernarbeitszeiten bzw. flexiblere Arbeitszeitgestaltung. Schritte zur Attraktivierung für junge Führungskräfte wären unternehmensübergreifende Unterstützungsmöglichkeiten, neue Führungskräfteentwicklungen mit mehr Persönlichkeitsentwicklung und Kommunikationsskills, aber auch der Generationendialog und der Erfahrungsaustausch.

Zusätzlich wäre die Möglichkeit einer „Dualen Führung“ mit einer Advanced Practise (Führungs) Nurse (APN) unterstützend und würde auch in der Organisation eine weitere Karrieremöglichkeit bieten. Beim diesjährigen APN Forum wurde festgestellt, dass die Fachkompetenzen von APNs dazu beitragen, den funktionalen Gesundheitsstatus der Patient*innen zu verbessern, Hospitalisierungen zu reduzieren, die Mortalität der Patient*innen zu senken und die Zufriedenheit der Patient*innen, An- und Zugehörigen sowie der Kolleg*innen zu erhöhen. APN-Rollen ermöglichen zudem das Ausschöpfen des vollen Potenzials von Pflegefachpersonen, die auf Masterniveau oder höher ausgebildet sind.

Die Entwicklung der Pflegeberufe in der Rolle von Teamleading bedeutet zudem für die Pflegeberufe, sich in die Lage zu versetzen, selbst wirksam zu werden und die Verantwortung zu übernehmen. Das Ziel ist, dass der gehobene Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege die Koordinationsfunktion im multiprofessionellen Team wahrnimmt. Dabei sind die Arbeitsabläufe in der Organisation im Sinne einer fachlichen und sozialen Führung zu berücksichtigen.

Die Vermittlung der großen Linie und das Schaffen eines geeigneten Rahmens sind Kernaufgaben von Führung. Führung ist ein hochkomplexes Thema, und die Meinungen und die erlebten Erfahrungen sind vielfältig. New Work beschreibt eine Führungshaltung, die mit Respekt und vor allem mit dem Wissen und der Erfahrung der Geführten sowie mit der Einsicht geschieht, dass es nur zusammen gut wird (vgl. Allmers, Trautman, Magnussen, 2022).

Die Welt ist divers. Diversität steht für Respekt, Fairness und Menschenrechte und dafür, in einer vielfältigen Welt zu leben und zu arbeiten.

Künftig und auch schon jetzt werden bis zu fünf Generationen aus unterschiedlichen Kulturen am Arbeitsort gemeinsam tätig sein. Eine Strategie für die Zukunft ist daher die Auseinandersetzung mit der lebensphasenorientierten Personalpolitik. (vgl. Demografiesensibles Personalmanagement in der Bundesverwaltung, 2012). Diese umfasst die Phasen der Berufs- und Erwerbstätigkeit, vom beruflichen Einstieg bis zum beruflichen Ausstieg, sowie Veränderun-

gen (z.B. Änderung des Beziehungsstatus) und andere Einflüsse (z.B. Verschuldung) im Laufe des Lebens. In einem ganzheitlichen Ansatz werden diese drei Dimensionen erfasst: Die Sicherung der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit, die Demografieorientierung und die Vereinbarkeit von Berufs-, Privat- und Familienleben (vgl. Rump, 2017).

Mit der Anordnung von Berufs- und Lebensverläufen in diversen Phasen kann die Komplexität der Zusammenhänge und Ereignisse erfasst, die jeweiligen erforderlichen Handlungsfelder und Maßnahmen erkannt und aufeinander abgestimmt werden. Mit dieser Einteilung werden aber keineswegs feste und abgeschlossene Phasen definiert. Vielmehr sind die Übergänge fließend, durchlässig und es treten auch Überschneidungen auf. So verschiebt sich beispielsweise die Familiengründung und Elternschaft inzwischen öfter in ein späteres Lebensalter, berufliche Neuorientierungen und lebenslanges Lernen bekommen mehr Gewicht, Erfordernisse und Erwartungen können immer weniger am Lebensalter festgemacht werden.

Im Sein jedes Menschen gibt es im privaten Bereich Höhen und Tiefen, einschneidende Erlebnisse und auch ein außerberufliches Engagement wie zum Beispiel ehrenamtliche Tätigkeiten. Zu den wesentlichen Lebensphasen zählen die persönlichen Beziehungen, die Elternschaft, die Lebens- und Arbeitssituation mit dem Partner und die Pflege von Angehörigen. Die verschiedenen Berufsphasen in der Pflege sind der Berufseinstieg bzw. Orientierung, die Reife, Auslandsaufenthalte und der Ausstieg in die Pensionierung.

Die Beschreibung der Ziele einer lebensphasenorientierten Personalpolitik lautet unter anderem

- Mitarbeiter*innen werden bei der Beschäftigungs- und Leistungsfähigkeit über das gesamte Arbeitsleben unterstützt
- die unterschiedlichen Lebensphasen der Mitarbeiter*innen werden in die Planungs- und Entscheidungsprozesse miteinbezogen
- den aufgezeigten familienpolitischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen proaktiv entgegenzutreten

Beschäftigt sich ein Unternehmen mit der lebensphasenorientierten Personalpolitik, so wird auch oft erkannt, dass viele Maßnahmen zur Arbeitszufriedenheit bereits existieren, diese bisher lediglich zu wenig kommuniziert wurden.

Flache Hierarchien: Mitgestalten statt Befehle erhalten

Eine Hierarchie dient augenblicklich einmal der Koordination. Von übergeordneter Stelle werden Anweisungen ausgegeben, die von einer untergeordneten Stelle, die auf bestimmte Aufgabenbereiche spezialisiert ist, ausgeführt werden. Eine flache Hierarchie bezeichnet eine Organisationsstruktur mit wenig unterschiedlichen Hierarchiestufen und somit wenigen

Instanzen (vgl. Mai, 2021). Das gesamte Team ist in Entscheidungsprozesse eingebunden. Die Kommunikation ist klar und strukturiert.

Ein wichtiges Instrument sei hier erwähnt. Durch Führung mit Zielvereinbarungen, beispielhaft durch „Management by Objectives“, arbeitet die Führungskraft gemeinsam mit den Mitarbeiter*innen an den Zielsetzungen. Dabei werden Ziele, nicht aber die Vorschriften für die Zielerreichung festgelegt. Die Mitarbeiter*innen sollen ihr Handeln an klaren Zielen ausrichten können. Dadurch werden die Potenziale der Mitarbeiter*innen gefördert und gestärkt. Gemeinsam erreichte Ziele können gefeiert werden und die Mitarbeiter*innen erleben sich als Team und unterstützen einander.

Technologie/Digitalisierung:

In der ursprünglichen New Work Idee von Bergmann galten die für die Zukunft erwarteten technologischen Umbrüche als eine Chance dafür, Arbeit anders zu organisieren (vgl. Allmers, Trautmann, Magnussen 2022).

Die Bewegung suchte nach Antworten auf ganz bestimmte Fragen:

- Welchen Einfluss haben neue Technologien auf unsere Arbeit?
- Wie können wir die erforderliche Arbeit mit Hilfe von Technologien anders organisieren?
- Wie können wir Routinetätigkeiten reduzieren?
- Wie können wir mehr Zeit für eine sinnstiftende Tätigkeit erlangen?

Für den Pflegeberuf ist es wichtig, einen Überblick und einen Zugang zu technologischen Entwicklungen zu haben, Innovationen zuzulassen und die Neugier dafür zu bewahren. Damit könnten qualifizierte Entscheidungen im Pflegeberuf getroffen werden.

Fazit: Mut zur Veränderung:

New Work kann nicht als Projekt oder als Programm einfach umgesetzt werden. Für die Umsetzung braucht es eine entsprechende Haltung, eine neue Kultur und die Bereitschaft der Unternehmensführung, New Work auch tatsächlich zu leben. Der Fokus liegt auf Wertschätzung und Kommunikation auf Augenhöhe mit den Mitarbeiter*innen.

Schon kleine Veränderungen können große Auswirkungen haben.

New Work ist die Idee, dass eine unzweifelhaft sinnstiftende, jedoch auf vielen Ebenen extrem fordernde und verantwortungsvolle Arbeit in einem Rahmen durchgeführt werden kann, der für die auszuführenden Mitarbeiter*innen tragbar und verkraftbar ist. Gesteigerte Arbeitsfreude und Kreativitätsbereitschaft kann durch New Work für Mitarbeiter*innen wieder verstärkt spürbar werden.

Es gibt immer eine Möglichkeit für Gestaltung und Sinnstiftung. Bei der Entlohnung und den geförderten und geforderten Recruiting-Maßnahmen ist die Politik gefordert, ihren Versprechungen nachzukommen.

Die Wiener Heimkommission befürwortet die Schaffung von neuen Rahmenbedingungen für ein modernes Arbeitsumfeld in der Langzeitpflege. Eine Veränderung in starren Systemen ist erforderlich, um den Herausforderungen der nächsten Jahre gewachsen zu sein. Es bedarf hier einer entsprechenden Förderung von Pilotprojekten.

Literaturverzeichnis:

Allmers, Swantje; Trautmann, Micheal; Magnussen, Christoph (2022) ON THE WAY TO NEW WORK. München: Verlag Franz Vahlen, GmbH

Evsan, 2021, <https://newworkblog.de/new-work/> abgerufen 12.5.2022 14:09

Gferer, Alexandra; (2022) Ausstieg oder Verbleib von diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen <https://eucusa.com/at/aktuelles/fuhrungsbarometer-pflege-2021-2/> abgerufen 23.5.2022 8:26

<https://pflege-professionell.at/advanced-care-im-pflegekrankenhaus> abgerufen 23.5.2022 8:49

Mai, 2021 <https://karrierebibel.de/flache-hierarchie/> abgerufen 7.4.2022 8:22

Messner, Stephanie; Kreidl, Christian; Wala, Thomas; (2016) Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre. Wien: LexisNexis Verlag

Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019) Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich.

Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

Rechnungshof Österreich Pflege in Österreich Bericht des Rechnungshof; herausgegeben Wien, Februar 2020

Rump, 2017 Die Lebensphasenorientierte Personalpolitik

3.9 Sturzmanagement mit Hilfe von „Cogvis“

Für sturzgefährdete Bewohner*innen sind erwiesenermaßen Bewegung, Überprüfung der Medikation, individuelle Anpassung der Umgebung und Beratung und Anleitung die wichtigste Prophylaxe. Aufgrund von Hochaltrigkeit, „Frailty“ (Gebrechlichkeit) und Demenz sind Stürze im Pflegeheim nicht auszuschließen. „Cogvis“ ist ein technisches Hilfsmittel, das zusätzlich helfen kann, Stürze zu vermeiden oder die Sturzfolgen zu mildern.

„Cogvis“ ist ein innovatives, mit Infrarotsensoren ausgestattetes System mit breitem Funktionsangebot im Bereich der Sturzprävention, der Sturz- und der Abwesenheitserkennung. Das System ist sehr flexibel und kann auf die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Bewohner*innen eingestellt werden.

„Cogvis“ kann mittels 3D Smart-Sensoren Bewegungen im Raum erkennen, analysieren und alarmieren. Der Sensor vermisst den Raum dreidimensional und misst Entfernungen (Sensor – Bewohner*in), wodurch Bewegungen des*r Bewohner*in erkannt werden, die einem Sturzgeschehen gleichen. Wird aufgrund dieses Bewegungsmusters z.B. ein Sturz vermutet, wird

automatisch ein Alarm ausgelöst und an die zuständigen Personen weitergeleitet, die dann darauf reagieren und den Raum aufsuchen können, um nötigenfalls Hilfe zu leisten (oder aber auch festzustellen, dass alles in Ordnung ist).

„Cogvis“ besteht aus einem Sensor und einem kleinen integrierten Computer. Dieser Sensor wird im Raum installiert und ist mit dem Alarmsystem verbunden. Im normalen Betrieb, d.h. wenn keine ungewöhnliche Veränderung erkannt wird, speichert das System keine Daten und übermittelt auch keine Daten. Nur im Falle einer ungewöhnlichen Veränderung werden Daten (Messdaten der Sensoren) aufgezeichnet, um anhand dieser Daten im Bedarfsfall den konkreten Vorgang im Nachhinein zu analysieren. Zugriffe auf diese gespeicherten Daten erfolgen nur durch berechtigtes Personal und werden protokolliert. Wenn diese Daten ausgewertet werden, werden Visualisierungssequenzen generiert, aus denen Veränderungen im Raum erkennbar sind. Eine Identifikation der Personen erfolgt ausschließlich aufgrund der Raumnummer (und dem Wissen, welche Person sich in diesem Raum zum Messzeitpunkt aufgehalten hat). Anhand der dargestellten Daten selbst ist die Person nicht identifizierbar (es sind keine Details, wie z.B. Gesichter, Frisur oder Kleidung erkennbar). Die Daten werden im System ein Jahr gespeichert. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

In jedem Zimmer gibt es eine Vorrichtung (Anschlüsse). Nur im Bedarfsfall, bei sturzgefährdeten Personen, wird der kleine, unauffällige Sensor angebracht und eingestellt. Dies ist eine Entscheidung im Team, wo fachlich erwogen wird, welches das individuell beste und gelindeste Mittel der Sturzprophylaxe ist. Einen Sensor (aus dem Lager) anfordern und einstellen können ausschließlich Pflegedienstleitung und Wohnbereichsleitungen. Nur diese Personengruppe ist berechtigt und hat die Zugangsdaten, um sich die generierten Visualisierungssequenzen bei Bedarf nach einem Sturzgeschehen anzuschauen. Bei einem Geschehen, das der Sensor als Sturz einschätzt, werden 10 Visualisierungen im Abstand von jeweils 1 Sekunde gespeichert. Dokumentiert wird in der Pflegediagnose „Sturzgefahr“, die somit auch von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen regelmäßig evaluiert wird. Die Kontrolle der Angemessenheit und fachgerechten Verwendung obliegt den Wohnbereichsleitungen und der Pflegedienstleitung.

Die Sensoren werden individuell eingestellt, dies erhöht die Selbstbestimmung und Autonomie der Bewohner*innen. So kann man z.B. den Sensor bei einem*r Bewohner*in so einstellen, dass es alarmiert, wenn sie aus dem Niederflurbett auf die am Boden befindliche Matratze rollt. Die Pflegeperson schaut daraufhin, ob die*der Bewohner*in Unterstützung braucht, wieder ins Bett zurück möchte oder auf der Matratze gut weiterschläft. Eine Alarmierung zeigt den Pflegepersonen, dass Unterstützung oder Hilfeleistung notwendig ist, damit Bewohner*innen sicher aufstehen und das Bett verlassen können.

Wenn Mitarbeiter*innen oder Angehörige das Zimmer betreten, können sie den Sensor mittels Schalter ausschalten, weil er dann nicht notwendig ist.

Sturzprävention

Am häufigsten wird „Cogvis“ zur Sturzprävention eingesetzt. Wenn das Team entscheidet, dass ein Sensor angebracht werden soll, wird der Punkt definiert, den man sich anschauen

will, also z.B. die Mitte des Bettes, wo sich jemand aufsetzt oder aufsteht. „Cogvis“ ermöglicht sogar 2 Punkte, also z.B. das Bett und den Fernsehsessel, ist also individuell einstellbar. Weiters kann man einstellen, wann alarmiert werden soll – beim Aufsetzen, beim Aufstehen oder beim seitlichen Herausrollen aus dem Bett. Neben der Art der Bewegung kann auch die Empfindlichkeit in 3 Stufen definiert werden und die Zeiten, in denen die Sturzprophylaxe gebraucht wird. So ist „Cogvis“ beispielsweise bei etlichen Bewohner*innen nur in der Nacht eingeschaltet. Wenn beobachtet wird, dass beispielsweise ein*e Bewohner*in mit Morbus Parkinson besonders in der Früh sturzgefährdet ist, nach der Morgentoilette, einem Frühstück und der Medikamenteneinnahme aber sicherer wird, könnte bei diesem*r Bewohner*in „Cogvis“ so eingestellt werden, dass es ab 10.00 Uhr inaktiv ist. Manche Bewohner*innen benötigen den Sensor, wenn sie vom Mittagsschlaf aufstehen, am Nachmittag dann nicht mehr, aber in der Nacht wieder. Das Ziel ist es, Bewohner*innen rechtzeitig entgegen zu kommen, um sie zu unterstützen.

Sturzerkennung

Mitarbeiter*innen erhalten – je nach Einstellung – bei Bewegungen, die einen Sturzverdacht nahelegen, einen Alarm auf ihr Rufsystem und können ins jeweilige Zimmer schauen bzw. Bewohner*innen sofort zu Hilfe kommen. So können Stürze zeitnah erkannt werden und das Notfallmanagement kann sofort beginnen.

In einzelnen Fällen hilft es auch, den Sturzhergang noch einmal anzuschauen, wenn z.B. eine Bewohner*in auf dem Boden sitzt, keine Auskunft geben kann und keine Verletzung oder Schmerzen erkennbar sind. Aus den generierten Visualisierungsdaten kann man schließen, ob es ein Sturz war oder sich jemand hingesetzt hat oder ob er*sie mit dem Kopf irgendwo angestoßen ist. Das erleichtert die Einschätzung der Verletzungswahrscheinlichkeit.

Abwesenheitserkennung

„Cogvis“ kann auch bei Bedarf so eingestellt werden, dass es alarmiert, wenn die*der Bewohner*in einen bestimmten Bereich verlässt, z.B. das Zimmer, um auf das WC zu gehen, und nach einer bestimmten Zeit nicht zurückkommt. Auch hier bekommt die Pflegeperson zeitnah mit, dass etwas nicht stimmt und kann nachschauen gehen. Diese Funktion wird vor allem in der Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz verwendet. Darüber hinaus gibt es bei „Cogvis“ noch die Funktion der Lichtsteuerung. Wenn eine Person aufstehen möchte, schaltet sich das Licht ein.

Die Implementierung von „Cogvis“ hat den Pflegealltag verändert

Mit dem System „Cogvis“ konnten nahezu alle Sturzmatten und Sensorbalken ersetzt werden. Das bietet für die Bewohner*innen mehr Wohnlichkeit und wird viel leichter akzeptiert. Manche Bewohner*innen tolerieren eine Sturzmatte nur schwer, versuchen sie zu umgehen, steigen nicht gerne drauf oder empfinden (bei Morbus Parkinson) die Sturzmatte als Hindernis, was zu erhöhter Sturzgefahr führen kann. Immer wieder hörte man früher Bemerkungen

Es gibt immer eine Möglichkeit für Gestaltung und Sinnstiftung. Bei der Entlohnung und den geförderten und geforderten Recruiting-Maßnahmen ist die Politik gefordert, ihren Versprechungen nachzukommen.

Die Wiener Heimkommission befürwortet die Schaffung von neuen Rahmenbedingungen für ein modernes Arbeitsumfeld in der Langzeitpflege. Eine Veränderung in starren Systemen ist erforderlich, um den Herausforderungen der nächsten Jahre gewachsen zu sein. Es bedarf hier einer entsprechenden Förderung von Pilotprojekten.

Literaturverzeichnis:

Allmers, Swantje; Trautmann, Micheal; Magnussen, Christoph (2022) ON THE WAY TO NEW WORK. München: Verlag Franz Vahlen, GmbH

Evsan, 2021, <https://newworkblog.de/new-work/> abgerufen 12.5.2022 14:09

Gferer, Alexandra; (2022) Ausstieg oder Verbleib von diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen <https://eucusa.com/at/aktuelles/fuhrungsbarometer-pflege-2021-2/> abgerufen 23.5.2022 8:26

<https://pflege-professionell.at/advanced-care-im-pflegekrankenhaus> abgerufen 23.5.2022 8:49

Mai, 2021 <https://karrierebibel.de/flache-hierarchie/> abgerufen 7.4.2022 8:22

Messner, Stephanie; Kreidl, Christian; Wala, Thomas; (2016) Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre. Wien: LexisNexis Verlag

Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019) Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich.

Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

Rechnungshof Österreich Pflege in Österreich Bericht des Rechnungshof; herausgegeben Wien, Februar 2020

Rump, 2017 Die Lebensphasenorientierte Personalpolitik

3.9 Sturzmanagement mit Hilfe von „Cogvis“

Für sturzgefährdete Bewohner*innen sind erwiesenermaßen Bewegung, Überprüfung der Medikation, individuelle Anpassung der Umgebung und Beratung und Anleitung die wichtigste Prophylaxe. Aufgrund von Hochaltrigkeit, „Frailty“ (Gebrechlichkeit) und Demenz sind Stürze im Pflegeheim nicht auszuschließen. „Cogvis“ ist ein technisches Hilfsmittel, das zusätzlich helfen kann, Stürze zu vermeiden oder die Sturzfolgen zu mildern.

„Cogvis“ ist ein innovatives, mit Infrarotsensoren ausgestattetes System mit breitem Funktionsangebot im Bereich der Sturzprävention, der Sturz- und der Abwesenheitserkennung. Das System ist sehr flexibel und kann auf die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Bewohner*innen eingestellt werden.

„Cogvis“ kann mittels 3D Smart-Sensoren Bewegungen im Raum erkennen, analysieren und alarmieren. Der Sensor vermisst den Raum dreidimensional und misst Entfernungen (Sensor – Bewohner*in), wodurch Bewegungen des*r Bewohner*in erkannt werden, die einem Sturzgeschehen gleichen. Wird aufgrund dieses Bewegungsmusters z.B. ein Sturz vermutet, wird

wie „was ist das für ein kalter Teppich vor meinem Bett?“ oder „Gib das Stangl da weg von meinem Bett, das drückt beim Sitzen!“ Die Hygiene- und Reinigungsprobleme mit der Sturzmatten sind mit „Cogvis“ auch nicht mehr relevant.

Der Sensor von „Cogvis“ hat eine sehr hohe Akzeptanz von Bewohner*innen, es gibt praktisch keine Reparaturen, wie sie bei Sturzmatten und Sensorbalken doch häufiger vorgekommen sind.

Mitarbeiter*innen brauchen für „Cogvis“ natürlich eine gute Einschulung und Übung. Sie schätzen die Hygienetauglichkeit, den breiteren Radius und die gute Akzeptanz durch die Bewohner*innen. Auch die Nachtruhe ist für Bewohner*innen ungestörter.

Eine Pflegedienstleitung sagt zur Einführung von „Cogvis“: „Die Einschulung der Mitarbeiter*innen in den Teambesprechungen hat bereits vor der Implementierung die Firma „Cogvis“ übernommen, das wurde als positiv erlebt. Technische Probleme gibt es nicht. An das Drücken des Pausenschalters haben sich die Mitarbeiter*innen sehr schnell gewöhnt. Es ist noch der Wunsch da, die Sturzsequenz auch am Handy einsehen zu können, was auch geplant ist. Toll wäre auch eine Verknüpfung mit dem „CareCenter“. Die Implementierung lief sehr glatt. Eigentlich die einfachste, die ich je erlebt habe.“

Notwendig ist eine Zustimmungserklärung durch Bewohner*innen oder Erwachsenenvertreter*innen. Bisher wurden diese mündlich aufgeklärt und informiert, noch nie hat es eine Ablehnung gegeben. Eine schriftliche Zustimmungserklärung wird gerade in Zusammenarbeit mit dem Datenschutzbeauftragten der CS Caritas Socialis erarbeitet und im ersten Quartal 2023 eingeführt. Die Zustimmung wird im Einzelfall, wenn Cogvis eingesetzt werden soll, eingeholt.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, sich mit dem Thema Sturzprophylaxe und Sturzerkennung auseinanderzusetzen und technische Hilfsmittel bezüglich Zielgruppe, Einsatz und Auswirkungen auch in ethischer Hinsicht zu überprüfen. Gleichzeitig müssen Abläufe, Entscheidungen und Berechtigungen so gewählt werden, dass kein Missbrauch geschehen kann.

3.10 Gut aufgehoben durch den Winter

Die Pensionist*innenklubs der Stadt Wien, kurz „Klubs“, sorgen für Zusammenhalt – auch und gerade in Zeiten sozialer und finanzieller Unsicherheit.

Neben ihrem Auftrag, der Isolation der Wiener Senior*innen entgegenzuwirken sowie präventive Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit zu setzen, werden darüber hinaus flexibel, sensibel und zeitnah Projekte installiert, um die Senior*innen in den aktuellen Herausforderungen des täglichen Lebens zu unterstützen.

Die Klubs sind heute nicht nur ein Treffpunkt für eine aktive, bunte und gemeinsame Freizeitgestaltung, sie bieten auch Halt in unsicheren Zeiten.

Als moderne Einrichtung, in der Senior*innen das Programm mitgestalten und sich aktiv einbringen, bieten die Klubs Sicherheit und durch die kostenlose Mitgliedschaft eine offene Türe für alle älteren Menschen, unabhängig von ihrem Einkommen, ihrer Herkunft, Religion und Anschauung.

Nachstehende Projekte wurden anlassbezogen installiert:

- Klub+ Wohnzimmer
- Wiener Energiebonus 22

Klub+ Wohnzimmer

Massiv steigende Energie- und Lebensmittelkosten bedeuten für viele Senior*innen Wiens drastische Einschränkungen. Das Grundbedürfnis nach einem warmen Zuhause und regelmäßigen Mahlzeiten ist für viele von ihnen derzeit nicht gesichert.

Die Pensionist*innenklubs für die Stadt Wien wurden vor über 75 Jahren als Wärmestuben ins Leben gerufen. Sich auf unsere Wurzeln besinnend, haben wir ein zeitlich angepasstes und an die Wärmestuben angelehntes Projekt umgesetzt. Dieses läuft unter dem Titel „Klub+ Wohnzimmer“.

Klub+ Wohnzimmer ist für alle Wiener Senior*innen da. An zehn Klubstandorten wurden die Öffnungszeiten verlängert und das Speisenangebot zu günstigen Klubpreisen erweitert. Heißgetränke gibt es – auch hier die Anlehnung an die Wärmestuben – den ganzen Tag über kostenlos. Hier können Senior*innen den ganzen Tag verweilen und, wenn gewollt, abwechslungsreiche und gesundheitsfördernde Aktivitäten konsumieren. Geschaffen wurden Orte, die den ganzen Winter über dem Bedürfnis nach Wärme, Gemeinschaft, Sicherheit und Gesundheit nachkommen.

Die ausgewählten Klublokalitäten sind gut in Wien verteilt und öffentlich gut angebunden.

Dieses Angebot wurde durch ein Zusammenspiel und die Unterstützung der Klubbetreuer*innen sowie ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen ermöglicht.

Wiener Energiebonus 22

Die Pensionist*innenklubs für die Stadt Wien unterstützten bei der Antragstellung des „Wiener Energiebonus 22“ der Stadt Wien.

Hintergrund: Rund 650.000 Wiener Haushalte konnten ein Ansuchen auf den „Wiener Energiebonus 22“ in Höhe von EUR 200,- stellen. Die Antragstellung war ausschließlich online möglich. Beginn und Ende der Antragstellung: 5.12.2022 bis 31.3.2023.

Gerade für ältere, nicht computeraffine Personen ist die Online-Antragstellung eine Hürde. Die Klubs unterstützten Antragsteller*innen von Montag bis Freitag während der gesamten Laufzeit an definierten Klub-Standorten.

Jede*r Wiener*in, nicht nur Senior*in, hatte die Möglichkeit, einen der definierten Klubs aufzusuchen und sich bei der Antragstellung unterstützen zu lassen.

Alle Informationen zu unseren Angeboten sind für Interessierte entweder auf der Homepage abrufbar – oder auch telefonisch bei unserer Hotline zu erfragen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

Im Sinne des Inklusionsgedankens auch angesichts der im Zeitraum der Berichterstellung hohen Energie- und Lebensmittelpreise oft sehr angespannten finanziellen Situation von Wiener Senior*innen Angebote zur weiteren Unterstützung und Entlastung auszubauen bzw. zu schaffen.

3.11 Geriatrische Betreuung in Zeiten der Krise – quo vadis?

Auch wenn die aktuellen Infektionszahlen hoffen lassen, dass wir bereits das Ende der COVID-19 Pandemie-Krise erahnen können, gilt es, die bisherigen Erfahrungen zu nützen und uns auf weitere problematische Entwicklungen vorzubereiten.

Unter anderem riefen uns die vergangenen zwei Jahre wieder besonders in Erinnerung, wie sehr sowohl die psychische als auch physische Gesundheit der über 65-Jährigen von unterschiedlichen sozialen Kontakten abhängig ist.

Begriffe wie „Einsamkeit“ (subjektiv erlebtes Defizit an sozialen Kontakten), „Alleinsein“ (vorübergehender objektiver Zustand des Getrenntseins von anderen Menschen), „Alleinleben“ (Wohnsituation der Einpersonenhaushalte) und „Soziale Isolation“ (dauerhafter objektiver Mangel an Kontakten) gewannen ein Ausmaß an Bedeutung, von dem wir gehofft hatten, damit nie wieder konfrontiert sein zu müssen. Erst recht, da sich zeigte, dass bereits ab einem Alter von 50 bis 60 Jahren die Gefahr, schwer an COVID-19 zu erkranken, ansteigt, weshalb im Rahmen der COVID-19 Sicherheitsmaßnahmen älteren Menschen langfristige Kontaktbeschränkungen quer durch alle Generationen (von anderen Senior*innen bis hin zu den eigenen Enkelkindern) empfohlen wurden (Brakemeier et al 2020). Dabei waren vor allem ältere Menschen in Pflegeheimen während dieser Maßnahmen in besonderer Weise von sozialer Isolation und damit einhergehenden psychischen Folgeerkrankungen bedroht, da sie über deutlich kleinere soziale Netzwerke und weniger soziale Kontakte verfügten. Mehr als ein Drittel der Heimbewohner*innen verbrachte selten oder nie Zeit mit Freunden, Bekannten oder Familienmitgliedern (Wenner 2022).

Es ist nicht ausgeschlossen, dass bei weiteren schweren Infektionswellen ähnliche Einschränkungen drohen. Daher stellt sich die Frage, welche Strategien notwendig sind, um auch zukünftig in solchen Situationen soziale Kontakte pflegen zu können.

Bei allen Problematiken beschleunigte selbst COVID-19 positive Aspekte, wie zum Beispiel die Anwendung bereits vorhandener technischer Möglichkeiten im Arbeitsalltag. Abgesehen von Ressourcen und Klima schonenden Effekten (z. B. der Nutzung von Online-Meetings statt intensiver Reisetätigkeit), kann eine Verstärkung der Implementierung moderner Technologien völlig neue Wege auch für das Pflegen von Sozialkontakten älterer Generationen aufgezeigt werden.

Die Fakten:

- Einstweilen sind es nur rund 40 % der 65 bis 74-jährigen, die mehrmals täglich das Internet nutzen – erfreulicherweise war bereits eine Zunahme der betagteren Internetnutzer*innen zu verzeichnen.
- Rund 24 % dieser Altersgruppe haben das Internet noch gar nie genutzt und weniger als jeder Dritte dieser Altersgruppe verfügt über ein eigenes Smartphone.
- Gerade im Bereich der für diese Altersgruppe so wichtigen Gesundheitsversorgung zeigt sich ein eklatanter Mangel digitaler Teilhabe älterer Menschen. Nur 4,2 % der 65 bis 74-jährigen nutzen eHealth-Angebote. (Statistik Austria, 2022).

Nicht zuletzt aufgrund dieser Notwendigkeit gibt es inzwischen einige Institutionen, die Computer-Trainings für Senior*innen anbieten und die mit dem Gütesiegel für digitale Seniorbildung gekennzeichnet sind.

Dabei werden Lerninhalte nach Prinzipien der Bildungsarbeit mit älteren Menschen, die sich mit Lebensbewältigung, Lebensgestaltung, Selbstverwirklichung und der Stärkung von Autonomie beschäftigen, vermittelt, und somit Empowerment-Prozesse für viele Lebensbereiche bei den Teilnehmenden angestoßen. Das Ziel sollte dabei die Förderung der Lebensqualität älterer Menschen durch Bildung sein, um ihnen auch im hohen Alter eine aktive und selbstbestimmte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen (Kolland et al. 2022, Simon 2021).

Dass sich die Bildungsteilnahme von älteren Menschen günstig auf ihre Lebensqualität und Gesundheit auswirkt, konnte bereits in einigen Studien nachgewiesen werden. Ebenso zeigen sich positive Effekte von computerbasierten (vor allem) Gedächtnis-Trainings auf die kognitiven Fähigkeiten, die sich wiederum signifikant auf die Alltagskompetenzen von betagteren Menschen bzw. geriatrischen Patient*innen auswirkt.

Damit jedoch ältere Menschen ihre Scheu vor Computern, Tablets und Handys verlieren und dieses Angebot zum Erwerb einer altersgerechten digitalen Kompetenz annehmen können, braucht es zum einen mehr Bildungsberatung und Informationen über die Kursangebote und

zum anderen einen niederschweligen, leistbaren Zugang – und vor allem die verstärkte Entwicklung von adäquaten Angeboten für betreuungsbedürftige ältere Menschen.

Dieses Beispiel soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass die personellen Ressourcen im geriatrischen Bereich in naher Zukunft ein massives Problem darstellen werden. Aber dieses konkrete Setting stellt auch eine gute modellhafte Möglichkeit dafür dar, durch Zukauf personeller Ressourcen in begrenzten Einsatzgebieten eine – zumindest kurzfristige – Erleichterung bezüglich des genannten personellen Mangels zu erzielen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die zunehmende Hinwendung Älterer und alter Menschen zu den elektronischen Medien ganz allgemein zu fördern und hierfür externe, kundige Kräfte einzusetzen. Dies könnte von kompetenten Zivildienern bis zu diversen professionellen Schulungspersonen reichen.

Literaturverzeichnis:

Brakemeier, E. et al. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. Erkenntnisse und Implikationen für die Forschung und Praxis aus Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (2020). <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000574>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.) (2021). Geragogisches Wissen.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.) (2022). Bildung und digitale Kompetenzen im Alter.

Defrancesco, M. et al. (2020). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in Österreich auf Menschen mit Demenz und deren Betreuungsumfeld – Problemfelder, Empfehlungen und Strategien. Positionspapier der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft (ÖAG).

Hwang T.J. et al. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *Int Psychogeriatr.* 2020 Oct;32 (10):1217-1220. doi: 10.1017/S1041610220000988. PMID: 32450943; PMCID: PMC7306546.

Statistik Austria. (2022). Erhebung über den IKT-Einsatz in Haushalten. – Befragungszeitraum: April bis Juli 2022.

Wenner, J. et al. (2022). Soziale Eingebundenheit. D80+ Kurzberichte. Nummer 5 März 2022. BMFSFJ.

3.12 Maßnahmen zum Thema demenzielle Erkrankungen

Im Jahr 2022 wurde in Wien weiterhin an der Umsetzung der österreichischen Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ gearbeitet.

So veröffentlichte die Plattform Demenzfreundliches Wien im April 2022 die Wiener Demenzstrategie, die sich an der Nationalen Demenzstrategie orientiert. Damit ist Wien die erste österreichische Stadt mit einer eigenen Demenzstrategie. Kern der Wiener Demenzstrategie ist die Bewusstseinsbildung für die Herausforderungen, mit denen von Demenz Betroffene

tagtäglich konfrontiert sind. Daneben sind Lebensorte, Teilhabe und Unterstützungsangebote weitere Handlungsfelder, die von Expert*innen aus rund 70 Organisationen und den demenzfreundlichen Bezirken gemeinsam mit Betroffenen und Bezugspersonen erarbeitet wurden.

Wien will bis 2035 eine der demenzfreundlichsten Städte der Welt sein. Eine Maßnahme des Fonds Soziales Wien wurde bereits umgesetzt. Ab dem Weltalzheimerstag am 21. September tourte ein Demenzbus an fünf Tagen durch Wien. Damit hat der Fonds Soziales Wien (FSW) in der Öffentlichkeit mehr Bewusstsein für Demenzerkrankungen und die geförderten Leistungen des FSW geschaffen. Das vielfältige Programm trug dazu bei, das Thema aus dem Tabu zu holen und zu zeigen, dass Betroffene und Angehörige in allen Phasen auf würdevolle Begleitung und Betreuung zählen können.

Das Pilotprojekt „Integrierte Versorgung Demenz in Wien“ (IVD Wien), welches durch den Psychosozialen Dienst Wien (PSD) unter Beteiligung des FSW und der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) umgesetzt wird, konnte 2022 verlängert werden. Für 2023 und die Folgejahre wird an einem Rollout-Konzept für den flächendeckenden Ausbau und Regelbetrieb gearbeitet. Ziel aller Aktivitäten ist es, die Angebote in Wien auf die künftigen Herausforderungen durch den Anstieg der an Demenz erkrankten Menschen vorzubereiten. Im Mittelpunkt dabei steht die Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Umsetzung der Nationalen bzw. Wiener Demenzstrategie.

3.13 „Herzraumtreffen Demenz“ im Haus St. Katharina

Ein Leben mit Demenz stellt Betroffene sowie An- und Zugehörige meist vor große Herausforderungen. Die Mehrheit der Menschen mit Demenz wird zu Hause gepflegt. Pflegende Angehörige und Bezugspersonen fühlen sich oft überlastet, wenig informiert, allein gelassen und geraten so in die Isolation. Nachbarn und Freunde haben oft Angst vor einer eigenen Demenz oder vor unberechenbarem Verhalten seitens der Desorientierten. In der Folge wird oft ein Rückzug des sozialen Umfeldes beobachtet. Es fehlt meist am interdisziplinären Austausch von Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie anderen wichtigen Bezugspersonen mit „Profis“, die Tipps und Informationen auf fachlicher und persönlicher Ebene geben können.

Im Pflegehaus St. Katharina, einem Haus der Barmherzige Schwestern Pflege GmbH, wird bereits seit einigen Jahren eine Plattform für einen solchen Austausch angeboten. Bei den

sogenannten „Herzraumtreffen“ sind alle Interessierten, denen ein gelingendes Miteinander mit Menschen mit Demenz am Herzen liegt, herzlich willkommen. Die Treffen finden im 6. Stock des Pflegehauses in ca. sechswöchigem Intervall statt.

Das Projekt „Herzraumtreffen“ stammt ursprünglich aus Kärnten. Es wurde von Auszubildenden eines Lehrgangs für Pflegeassistent*innen angeregt. Zwei Lehrpersonen, Sigrid Kronhofer und Rosmarie Fink, sind dem Wunsch nachgekommen und haben das Format als freiwilliges Angebot für die Auszubildenden ins Leben gerufen. Schließlich brachte Rosmarie Fink das „Herzraumtreffen“ auch nach Wien in das Pflegehaus St. Katharina. Frau Fink ist im Pflegehaus als Validationsexpertin beschäftigt. Sie leitet als solche die Herzraumtreffen und hat sie für alle Interessierten zugänglich gemacht. Da diese Form des Austauschs sofort großen Anklang fand, etablierten sich die Treffen bald zu einem fixen Angebot im Pflegehaus.

Im Umgang mit von Demenz Betroffenen ist es sehr wichtig, mehr über die Erkrankung zu erfahren. Deshalb werden bei den Gesprächsrunden neben dem Austausch und der Vernetzung auch immer Informationen, sowohl zum Symptomenkomplex der Demenz als auch zum Konzept der Validation nach Naomi Feil und dem „Demenz Balance Modell“ von Barbara Klee-Reiter, als Hilfen für den Umgang mit den Betroffenen gegeben.

Die Validation nach Naomi Feil ist eine Methode, die mittels wertschätzender und wertfreier Haltung mit desorientierten Menschen (in deren Welt) in Kontakt tritt. Nach einer Einschätzung des Verhaltens werden einfache, praktische Techniken angewandt, die helfen, verbal oder nonverbal mit desorientierten Menschen zu kommunizieren und zu interagieren.

Das „Demenz Balance Modell“ gibt durch Selbsterfahrung Einblicke in die Welt der Menschen mit Demenz und hilft, Verständnis zu entwickeln und die Auswirkungen einer Demenzerkrankung auf das eigene Leben zu erfahren. Ziel ist es, die Empathiefähigkeit für die Situation des an Demenz Erkrankten im sozialen Umfeld zu erweitern.

Menschen mit Demenz brauchen einen wertfreien Umgang, wollen ernst genommen werden und sich sicher und geborgen fühlen. Sie wollen selbstbestimmt leben und ihre Bedürfnisse erfüllt wissen. Gerade große Veränderungen, wie zum Beispiel der Einzug in ein Pflegehaus, sind mit enormen Herausforderungen und Belastungen für alle Beteiligten verbunden. Stress und Überforderung seitens der Betroffenen und Schuldgefühle auf der Seite der Angehörigen sind oft die Folge. Beim Herzraumtreffen ist genau ein Austausch über derartige Situationen oder individuelle Verhaltensweisen zentrales Thema. Es bietet allen Teilnehmer*innen, egal welche persönliche Berührungspunkte mit Demenz bestehen, die Möglichkeit, darüber zu sprechen, sich Rat und Infos zu holen und den persönlichen Emotionen und Gefühlen Raum zu geben.

Durch eine intensive Auseinandersetzung mit den geschilderten Beispielen können individuelle Lösungen, hilfreiche Tipps und Möglichkeiten für die Bewältigung schwieriger Situationen gefunden werden. Der Alltag mit von Demenz betroffenen Menschen wird dadurch weniger belastend und schließlich kann die Beziehung mit den desorientierten Personen auch auf eine neue Ebene gestellt werden. Mehr Leichtigkeit und Freude im Miteinander bringt allen Beteiligten Lebensqualität und Wohlbefinden.

Das Herzraumtreffen ist gekennzeichnet durch Offenheit, Empathie und Ehrlichkeit von Seite aller Beteiligten. Die Gesprächsrunden dauern ca. zwei bis drei Stunden, starten mit einer Vorstellungsrunde der Teilnehmer*innen und klingen mit einer gemeinsamen Jause aus. Auch abseits der Treffen können jederzeit Fragen an Rosmarie Fink, die Validationsexpertin des Pflegehauses St. Katharina, gestellt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Herzraumtreffen ein intensiver Austausch zwischen Laien und Expert*innen ist, die miteinander lernen und wachsen wollen. Das Ziel der Treffen ist in erster Linie die Vermittlung von mehr Freude und Motivation für das tägliche Tun und den Umgang mit desorientierten Menschen. Das Wissen, dass man mit den Sorgen und Ängsten nicht allein ist, gibt gerade den teilnehmenden pflegenden Angehörigen mehr Sicherheit, Zuversicht und neue Kraft. Es ist wichtig, Verständnis für die Bedürfnisse der Betroffenen zu haben, zu wissen, was möglicherweise hinter dem gezeigten (oft vielleicht herausfordernden) Verhalten steckt, um es nicht unter Umständen als Angriff auf die eigene Person zu werten.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Initiative „Herzraumtreffen Demenz“ im Haus St. Katharina als Best-Practice-Beispiel. Gerade beim Thema Demenz ist es von großer Bedeutung, die An- und Zugehörigen nicht nur mit einzubeziehen, sondern auch einen geschützten Rahmen für einen adäquaten Austausch zu schaffen.

3.14 CS Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz – Zusammenarbeit mit dem Fonds Soziales Wien Case-Management

„Das ist hier wie eine kleine Familie!“

(Frau Wilma C., Bewohnerin der Wohngemeinschaft Brünnerstrasse an ihrem 1. Schnuppertag)

Seither sind drei Monate vergangen und es wirkt, als wäre Frau C. schon seit langer Zeit ein fixes Mitglied der Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz. Sie sitzt mit ihrer neuen Freundin Frau K. am Wohnzimmertisch. Gemeinsam genießen sie das Frühstück und lesen

einander die aktuellen Nachrichten aus der Tageszeitung vor. Danach wird mit den Mitarbeiter*innen der Wohngemeinschaft besprochen, was heute alles erledigt werden soll.

Die Wohngemeinschaften der CS Caritas Socialis bieten seit 2008 eine Wohn- und Betreuungsform an, welche den Erhalt des individuellen Lebens- und Wohnstils, die Beibehaltung der persönlichen Autonomie sowie die Geborgenheit durch die Gemeinschaft und die Sicherheit durch eine „rund-um-die-Uhr“ Betreuung anbieten und ermöglichen.

Zielpersonen sind Menschen mit einer leichten bis mittleren Demenz, die aufgrund ihrer Erkrankung ihr Leben alleine nicht mehr meistern können und daher einen erhöhten kontinuierlichen Bedarf an Anleitung, Motivation und Unterstützung in der Bewältigung ihres Alltags haben.

Im Vordergrund steht stets die Teilhabe am Alltag und am gesellschaftlichen Leben. Dabei handelt es sich um einen aktiven Prozess, der nicht immer gelingen muss. Es wird darauf Wert gelegt, dass sich Bewohner*innen ihre Selbständigkeit bewahren, auch wenn dies auf ihre eigene Art und Weise geschieht. Die Aktivierungsangebote können auch aufgrund der überschaubaren Bewohner*innenanzahl deutlich besser an deren individuelle Bedürfnisse angepasst werden. Gleichzeitig erlaubt die Integration der Wohngemeinschaft in einer normalen Wohnhausanlage das Leben in einer vertrauten Wohnumgebung. Die entsprechende Infrastruktur der Umgebung ermöglicht es den Bewohner*innen, mit Unterstützung am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Dazu zählen zum Beispiel: mit Begleitung in den Supermarkt einkaufen gehen, Friseurbesuche oder einen Kaffee mit An- bzw. Zugehörigen in einem nahegelegenen Café genießen. All dies vermittelt Normalität und fördert den Erhalt der Selbständigkeit mit dem Ziel, weiterhin ein gleichwertiges Mitglied der Gesellschaft zu sein.

Die Betreuung der Bewohner*innen ist in der Wohngemeinschaft „rund-um-die-Uhr“ organisiert. Tagsüber sind Pflegeassistent*innen und Heimhelfer*innen mit der Betreuung und Begleitung betraut. In der Nacht ist ein*e Pflegeassistent*in in der Wohngemeinschaft für die Unterstützung der Bewohner*innen zuständig. Die fachliche Aufsicht ist durch die Anwesenheit einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) von Montag bis Freitag geregelt. Außerhalb der Bürozeiten ist die Aufsicht durch das DGKP Rufbereitschaftsteam gedeckt.

Im kleinen Rahmen von 7-8 Personen pro Wohngruppe kann ressourcen- und bedürfnisorientiert auf die Person eingegangen werden. Bewohner*innen werden behutsam im Rahmen ihrer Möglichkeiten gefördert, aber nicht überfordert, und bei der Unterstützung werden alle Sinne miteinbezogen. Die Gemeinschaft trägt dazu bei, dass sich Bewohner*innen im sozialen Gefüge entsprechend Ihrer vorhandenen Ressourcen verstanden und angenommen fühlen. Vor dem Einzug in die Wohngemeinschaft werden potentielle neue Bewohner*innen und deren An- bzw. Zugehörige vor Ort eingeladen. Bei Kaffee und Kuchen können der Alltag der Wohngemeinschaft und die zukünftigen Mitbewohner*innen kennengelernt und ein erstes Mal erlebt werden. So sind beim Einzug in die Wohnung, die Mitbewohner*innen als auch das Betreuungsteam nicht mehr ganz unbekannt. Andererseits kann so auch festgestellt werden, ob diese spezielle Wohn- und Betreuungsform auch für die Person das richtige Angebot ist.

Kooperation mit dem FSW Case Management

Bei der Wohnungsbelegung strebt die CS in den Wohngemeinschaften eine Durchmischung nach Demenzstadien und Alter an. Gleichzeitig ist es für das Zusammenleben in der Gemeinschaft von großer Bedeutung, dass die Mitbewohner*innen gut miteinander auskommen. Für einen möglichst langen Verbleib in der Wohngemeinschaft sind das Kennenlernen der Mitbewohner*innen, der intensive Austausch mit den Zu- und Angehörigen und die gute Kommunikation und Kooperation mit dem Fonds Soziales Wien (FSW) Case Management von zentraler Bedeutung.

Interessent*innen oder deren An- und Zugehörige melden sich entweder direkt in der Wohngemeinschaft, der CS Beratungsstelle „Pflege und Demenz“ oder beim Kund*innenservice des FSW. Basis für eine reibungslose und möglichst rasche Aufnahme interessierter Bewohner*innen in die Wohngemeinschaft ist die gute Zusammenarbeit und der kontinuierliche Austausch mit dem Case Management des FSW. Damit die spezielle Leistung „betreutes Wohnen – Leistung Demenz“ jenen Interessent*innen erbracht wird, an die sich dieses spezielle Konzept richtet, ist der intensive Austausch zwischen den FSW Case Manager*innen und den CS Wohngemeinschaften besonders wichtig.

Um die bereits gut funktionierende Kooperation zu pflegen und diese spezielle Betreuungsform der Case Manager*innen erlebbar zu machen, finden seit Sommer 2022 Kennenlernertermine in den beiden Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz statt.

„Mitten drin“

Um die Wohngemeinschaft bestmöglich zu erleben, wurden die Termine mit den FSW Case Manager*innen in der WG durchgeführt. Entweder im Garten oder in einem zentralen Raum der Wohngemeinschaft wurden die Gäste vom FSW empfangen und über Konzept, WG-Alltag und Strukturen sowie Betreuungsmöglichkeiten der Wohngemeinschaft informiert. Bei den Führungen durch die Wohngemeinschaft kam es immer wieder zum Kontakt mit Bewohner*innen, die von ihren Eindrücken und Erlebnissen in der WG berichteten. Dabei wurden u.a. auch das gute Sicherheitsgefühl aufgrund der kontinuierlichen Anwesenheit von Pflegepersonen, insbesondere in der Nacht, zur Sprache gebracht.

Wie wichtig es ist, die Wohngemeinschaft vor Ort zu erfahren, zeigte sich in den vielen Kommentaren der Case Manager*innen am Ende der Kennenlernertermine:

„Es ist so wichtig einmal hier gewesen zu sein. Ich bin oft bei Menschen zu Hause und es ist klar, dass die Betreuung im Tageszentrum nicht mehr ausreichend ist, aber für einen stationären Wohnbereich ist es noch viel zu früh!“

„Ich bin froh, dass wir die Gelegenheit bekommen haben, hierher zu kommen. Oft hat man Bedenken, ob die bewilligte Leistung den Bedürfnissen entspricht.“

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der persönliche Kontakt zwischen Wohngemeinschaft und den FSW Case Manager*innen viele Vorteile mit sich gebracht hat. So bestand die

Gelegenheit, sehr viel Information auszutauschen, die auch einige Erkenntnisse und Anregungen ermöglichte. Ganz nach dem Motto: „Durchs Reden kommen die Leut zamm!“.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, das bestehende breite und vielfältige Angebot an Pflegeplätzen in Wien weiter auszubauen. Gerade das Zusammenleben in kleinen, familienähnlichen Wohngemeinschaften ermöglicht Inklusion und Teilhabe für Menschen mit Demenz. Für die Lebensqualität ist eine punktgenaue Vermittlung zu den verschiedenen Leistungen bzw. Einrichtungen wichtig. Das wird durch eine enge kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Fonds Soziales Wien-Case Management und den Einrichtungen gefördert.

3.15 Delir – ein häufiges geriatrisches Syndrom

Das Delir ist ein häufiges Syndrom bei geriatrischen Patient*innen. Es kommt zu einer akuten, organisch bedingten Beeinträchtigung der Gehirnfunktionen, was dazu führt, dass die betroffene Person auf Umweltreize unangemessen reagiert, „durcheinander“ wirkt, unfähig ist, sich zu orientieren. Sie verliert die Fähigkeit, mit der üblichen Klarheit und Kohärenz zu denken. Es ist die häufigste psychische Störung bei älteren Menschen, vor allem bei der Gruppe der sehr alten Menschen.

Fast jede somatische Erkrankung oder der Einfluss auch „nur“ therapeutischer Dosen von Medikamenten kann bei alten Menschen zu diesem Syndrom führen. Es ist viel häufiger das Erstsymptom vieler somatischer Erkrankungen, z.B. Infektionen, Myokardinfarkt, Stoffwechsellstörungen etc., als die sonst klassisch gelehrt Symptome wie Fieber, Schmerz, Tachykardie etc.

„Verwirrtheit“ kann Symptom von sowohl Delir als auch von Demenz sein. Delir kann sich, ev. auch phasenweise, auf die Demenz aufpfropfen – Demenz ist Risikofaktor für das Delir.

Menschen, die eine Delirepisode erleben, berichten von plötzlicher Änderung der Wahrnehmung der Wirklichkeit, von quälenden Empfindungen und Halluzinationen. Sie fühlen sich hilflos, unfähig zu kommunizieren und empfinden diese Erfahrung als sehr unangenehm und belastend.

Das Delir verlangt eine besondere Aufmerksamkeit, weil es in bis zu 2/3 der Fälle von Ärzt*innen und bis zu ca. 40% der Fälle von Pflegepersonen nicht als solches erkannt wird. Es wäre aber in fast der Hälfte der Fälle vermeidbar und bei rechtzeitiger Diagnose auch gut behandelbar. Das Risiko, ein Delir zu entwickeln, nimmt mit dem Alter deutlich zu, gesteigert durch das gleichzeitige Vorhandensein einer kognitiven Beeinträchtigung.

Die Delir-Inzidenz ist beträchtlich: bis zu 50% der in einem Akutspital aufgenommenen Patient*innen erleiden es. Postoperativ kommt es bei bis zu 60% der Patient*innen vor. Bei genauem Screening kann es bei 70 - 90% der Patient*innen auf Intensivstationen festgestellt werden. Es wird berichtet, dass bis zu 90% der Menschen in ihrer Sterbephase Delirsymptome aufweisen. Schon bei der Aufnahme im Krankenhaus könnte es bei ca. 25 % der über 65-jährigen Patient*innen festgestellt werden. In Pflegeheimen sind es je nach Durchschnittsalter und je nach Aufnahmeselektion zwischen 40% und 80% der Bewohner*innen.

Delir und seine Folgen:

Die Bedeutung des Delirs ergibt sich aus der Tatsache, dass es oft von zusätzlichen, die Betroffenen und deren betreuendes Umfeld belastenden Problemen wie Inkontinenz, Stürze, unkooperatives Verhalten, Therapie- und Nahrungsablehnung, Weglauftendenz usw. begleitet wird.

Je schwerer und je länger ein Delir (unbehandelt) bestehen bleibt, desto häufiger und schwerwiegender sind kognitive Folgeschäden. Ein Delir kann grundsätzlich vollständig, aber auch mit einem kognitiven Defektzustand ausheilen. Ein Delir bedeutet ein signifikant höheres Risiko, während der Hospitalisierung Komplikationen zu erleiden. Es hat eine signifikant längere Hospitalisierungsdauer zur Folge und für viele Patient*innen wegen dauerhafter Verschlechterung der körperlichen und kognitiven Funktionen mehr ambulanten oder stationären Betreuungsbedarf, z.B. in einem Pflegeheim. Dies bedeutet einen beträchtlichen finanziellen Mehraufwand im Gesundheits- und Sozialsystem.

Die Entstehung von Delir

Das Delir ist multifaktoriell erklärbar: meist resultiert es aus der Interaktion mehrerer Prozesse. Es entsteht im Rahmen von akuten somatischen Erkrankungen, durch Wirkungen bzw. Nebenwirkungen von Pharmaka und/oder durch störende Umgebungsfaktoren.

Bei der Entstehung eines Delirs spielt das Verhältnis von Prädisposition (Vulnerabilität) und Noxe eine erhebliche Rolle (Noxe ist eine Substanz oder ein Ereignis, das einen biologischen Organismus Schaden zuführt). Ist die Vulnerabilität hoch, reicht eine geringfügige Noxe und umgekehrt.

Zu den individuellen Prädispositionsfaktoren mit einer hohen Vulnerabilität gehören (im absteigenden Ausmaß):

- hohes Alter
- kognitive Behinderung (Demenz)
- Frailty
- Multimorbidität
- sensorische Störungen
- Anämie
- Suchtmittelabusus

- Benzodiazepingebrauch
- Depression
- soziale Isolation

Das Delir auslösende Noxen (in absteigender Stärke):

- chirurgischer Eingriff
- anticholinerg wirksame Medikamente
- psychotrope Medikamente
- Intensivstationsaufenthalt
- akute Infektion
- Elektrolytentgleisung, insb. Hyponatriämie; Dehydratation
- Schlafdeprivation
- Immobilisierung
- freiheitseinschränkende Maßnahmen
- Dauerkatheter

Pathophysiologie

Die wichtigsten Hypothesen betonen die Rolle von Neurotransmittern, Entzündungsmechanismen und chronischem Stress. Die Neurotransmitter Acetylcholin und Dopamin haben eine zentrale Bedeutung für kognitive Funktionen, Vigilanz und Schlaf-Wach-Rhythmus. Eine Reduktion des Hirnmetabolismus durch Hypoxie kann eine reduzierte Synthese von Acetylcholin oder eine vermehrte Freisetzung von Dopamin verursachen und so zur Entstehung eines Delirs beitragen. Altern per se ist ein Prozess, der mit einer geringer werdenden cholinergen Reserve einhergeht.

Auf der Ebene der Neurotransmitter sind das cholinerge Defizit und/oder ein dopaminerger Überschuss von zentraler Bedeutung, auch weil diese beiden Systeme besonders häufig pharmakologischen Einflüssen unterliegen – durch „delirogene“ Pharmaka kann es zu einem Ungleichgewicht der Neurotransmitter und einer Störung der synaptischen Kommunikation kommen. Die Neurotransmission wird zusätzlich durch Zytokine und Interferone gestört: systemische entzündliche Prozesse, aber auch chirurgische Traumata lassen Zytokinspiegel ansteigen.

Rolle der Pharmaka

Ein wichtiger Faktor für das Auftreten eines Delirs ist das Zusammenspiel zwischen Multimorbidität, Frailty (Gebrechlichkeit) und Polypharmazie. Daher sollten Prädiktoren für das Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) durch potenziell inadäquate Medikation (PIM) gezielt analysiert werden. Medikamente mit delirogenem Potential sind alle anticholinerg und dopaminerg wirksamen Medikamente sowie solche, die die anderen oben erwähnten Neurotransmitter beeinflussen.

Delir erkennen:**Das Delir ist klinisch charakterisiert durch:**

- akut beginnende, in ihrem zeitlichen Verlauf und in ihrer Intensität fluktuierende Störung kognitiver Funktionen
- desorganisiertes Denken und Desorientiertheit (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person)
- fragmentierten Gedankenduktus
- reduzierte Fähigkeit, Aufmerksamkeit zu erhalten bzw. zu verlagern
- herabgesetztes Bewusstseinsniveau (Vigilanzstörung)
- gesteigerte oder reduzierte (!) psychomotorische Aktivität
- gestörten Schlaf-Wach-Zyklus
- Halluzinationen, Illusionen, Verkennungen
- kurze Dauer (meist weniger als 1 Monat, aber auch längere Verläufe sind bekannt)

Formen des Delirs

Nach der Ausprägung der psychomotorischen Manifestationen unterscheidet man zwei Formen des Delirs. Es kommen auch Mischformen vor.

Hyperaktives Delir:

charakterisiert durch psychomotorische Unruhe bis zur Erregung, Agitiertheit, erhöhte Irritabilität, Halluzinationen, Ängste und vegetative Zeichen.

Hypoaktives Delir:

dieses ist bei älteren Patient*innen die häufigere Form, es wird aber öfter nicht erkannt, wodurch es besonders gefährlich ist. Es ist gekennzeichnet durch Bewegungsarmut, Lethargie, Somnolenz und wenig spontane Kontaktaufnahme. Halluzinationen und Desorientierung werden erst durch Befragen deutlich.

Delir-Diagnose

Die Diagnose eines Delirs ist vorrangig eine klinische. Unumgänglich sind eine genaue Exploration und körperliche Untersuchung. Die Fremdanamnese mit Angehörigen oder Pflegepersonen liefert meist die entscheidenden Hinweise, wobei auf den akuten Symptombeginn geachtet werden soll.

Die Diagnose des Delirs wird durch Klärung folgender Fragen erleichtert:

- akuter Beginn der Störung?
- Vorhandensein von somatischer Erkrankung, sensorischer Deprivation, neuer oder neu dosierter Medikamente?
- psychologische Faktoren in der Anamnese wie Isolation, Verluste, Trauer, Depression?
- Diagnostisch wegweisend sind:
- das Unvermögen, Aufmerksamkeit zu fokussieren (dies kann getestet werden, indem man den Patienten z.B. bittet, die Monate beginnend mit Dezember rückwärts aufzuzählen)
- der Verlust der Fähigkeit, mit der üblichen Klarheit und Kohärenz zu denken
- die eingeschränkte Wahrnehmung von Umweltreizen, inadäquates Reagieren auf diese

- kognitive Störungen wie Auffassungs- und Gedächtnisstörungen, situative Desorientiertheit

Delir Screening- und Diagnoseinstrumente:

Screening- bzw. Assessmentinstrumente unterstützen eine frühzeitige Diagnostik. Im Rahmen der Aufnahme älterer Menschen ins Krankenhaus aber auch in eine Pflegestruktur sollte standardisiert ein Delirscreening, zum Beispiel mit dem validierten Beobachtungsinstrument DOS-Skala, durchgeführt werden. Für alle identifizierten Delir-Risikopatient*innen sollte ein Delirassessment mit validierten Instrumenten wie dem auf den DSM Kriterien basierten Confusion Assessment Method Fragebogen (CAM oder CAM-ICU) implementiert werden. Eine Schlüsselrolle in Früherkennung und Monitoring des Delirs spielen die Pflegepersonen.

Um abzuklären, welche Ursachen bzw. auslösende Noxen einwirken, ist eine genaue medizinische Diagnostik erforderlich. Diese soll stufenweise, differenziert nach klinischer Ausprägung erfolgen und keine Schrotschusstaktik verfolgen, denn alle Untersuchungen können zur Alteration der Betroffenen führen, was die Symptomatik des Delirs verschlechtern kann.

Differentialdiagnose Delir/ Demenz:

Es ist besonders wichtig, Delir und Demenz zu unterscheiden. Patienten mit Delir falsch als „nur“ dement zu bezeichnen, kann behandelbare Zustände verkennen lassen. Hinweise auf ein Delir, das sich auf eine bestehende Demenz „aufpropft“, sind v.a. eine akute Verschlechterung der kognitiven Situation oder das plötzliche Auftreten von bisher nicht beobachteten Verhaltensstörungen. Diesbezüglich ist man auf eine gute Kommunikation mit dem betreuenden Umfeld angewiesen.

Prävention von Delir

Die Delirprävention ist interdisziplinär, somit prototypisch geriatrisch. Sie erfolgt durch ein konsequentes Vorgehen, welches Risikofaktoren und potentielle Auslöser (s.o.) kontrolliert und minimiert. Dies kann eine signifikante Reduktion der Delirinzidenz bewirken.

Empfehlungen zur Prävention:

- Erkennen der Risikopatienten
- Delirscreening, Assessment für Demenz, Depression, Angst, Sucht (Alkohol-, Benzodiazepin-, Schlafmittel- und Nikotinanamnese)
- Vermeiden unnötiger Hospitalisierungen, falls eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, geriatrisch qualifizierte Betreuung vorsehen
- Erkennen von Prodromalsymptomen wie Nervosität, lebhaftere Träume, Schlaflosigkeit, flüchtige Halluzinationen
- Vermeiden kausaler Faktoren, u.a.: vorsichtiger Umgang mit anticholinergen Medikamenten, insbesondere bei kognitiv bereits kompromittierten Patienten, Ernährungs- u. Flüssigkeitszufuhr, Mobilisierung, optimale Schmerztherapie
- Schaffung adäquater Rahmenbedingungen für die Betreuung dieser Patienten – reorientierende Infrastruktur, validierender Umgang, ruhiges, stressarmes Milieu

Zum Standard einer guten Betreuung Demenzkranker sollte die Möglichkeit einer ständigen Begleitung der Patient*innen durch deren pflegende Angehörige oder andere nahe Bezugspersonen gehören.

Therapien des Delirs:

Es ist wichtig, zunächst an die Primärprävention (s.o.) zu denken, noch bevor dieses komplexe, potentiell lebensgefährliche Problem auftritt.

Die Behandlung umfasst drei Aspekte:

- es muss die auslösende Erkrankung behandelt und/oder die mitverursachende Situation beseitigt werden, d.h.: die kausale Therapie ist unumgänglich, begleitet durch:
- pflegerische und milieutherapeutische Maßnahmen und ev.:
- symptomatische medikamentöse Therapie, zum Beispiel Sedierung mit individueller Festlegung eines klar definierten Sedierungsziels. Cave: Eine isolierte, nur symptomatische Therapie kann durch Maskierung der kausalen Situation den Verlauf fatal beeinflussen!

Die kausale Behandlung kann wie folgt aussehen:

- gezielte antibiotische Behandlung eines Infektes
- Ausgleich der im Rahmen des fieberhaften Infektes und durch das akute Delir im Sinne eines „Circulus vitiosus“ begünstigten Exsikkose und Elektrolytstörung
- Reduktion der Medikamente auf das notwendige Minimum

Um eine konsequente Diagnostik und Therapie durchführen zu können, ist initial oft eine antipsychotische und/oder sedierende Behandlung nötig – wenn auch primär eine „soziale Fixierung“, d.h. Präsenz v. Angehörigen, „Sitzwachen“ („Sitter“), Ablenkung, Beschäftigung, Mobilisierung in Begleitung ideal wäre, diese aber oft an strukturellen Defiziten scheitert.

Zur psychopharmakologischen Intervention eignen sich unter Beachtung der Nebenwirkungen und Kontraindikationen Haloperidol und alternativ atypische Antipsychotika in niedrigen peroralen Dosierungen.

Die antipsychotische und sedierende Medikation soll ausschließlich als vorübergehende symptomatische Maßnahme verstanden werden. Sie soll den Patient*innen den Leidensdruck nehmen und andere Hilfen im Rahmen einer globalen multidisziplinären Betreuung ermöglichen. Sie darf nicht länger immobilisierend sein, weshalb man sich unter Beobachtung der Wirkung und Nebenwirkung an die wirksame Dosis herantitrieren soll.

Benzodiazepine sind in den allermeisten Fällen (außer beim Alkoholentzugsdelir) ungünstig, sie haben lediglich in ihrer kurzwirksamen Form für beschränkte Zeit einen Stellenwert. Substanzen mit langer Halbwertszeit und aktiven Metaboliten – wie zum Beispiel Diazepam – sind jedenfalls obsolet. Anzumerken ist auch, dass Benzodiazepine selbst „delirogen“ wirken können.

Zielsymptome der Psychopharmakotherapie, mangelnde Effizienz nichtpharmakologischer Maßnahmen, Verlaufsbeobachtungen unter der Therapie und allfällige Dosisreduktionsversuche sind zu dokumentieren.

Mechanisch fixierende Maßnahmen (Gurte etc.) sind die schlechteste Methode, um „verwirrte“, psychomotorisch agitierte Patienten „ruhigzustellen“ – sie sind inhuman, führen zu noch mehr Unruhe und akuter Verletzungsgefahr und prolongieren das Delir. Deren Gebrauch ist abzulehnen.

Wichtiger als die Medikation ist aber die sorgfältige globale Betreuung durch das interdisziplinäre Team – hier ist insbesondere die Pflege gefordert:

- klare Tagesstrukturierung
- „normale“ Kleidung
- Orientierungshilfen (Uhren, Kalender, „Leitsysteme“...)
- klare räumliche Struktur
- ruhige Atmosphäre (Akustik, Optik...)
- Mobilisierung
- geputzte Brille, funktionierendes Hörgerät, Zahnprothese...
- Toilettentraining
- Aktivierung
- Validation
- Biographiebezug
- Information und Einbeziehung von Angehörigen

Zusammenfassend:

- Das Delir ist ein häufiges Problem in der Geriatrie, es bedeutet für den*die Patient*in eine zusätzliche Belastung und Gefahr, es soll rechtzeitig erkannt und diagnostiziert werden.
- Genaue Anamnese, Status und gezielte Laboruntersuchungen helfen, die auslösenden Ursachen aufzudecken.
- Eine Evaluierung der Medikamente ist obligat.
- Delir-Therapie heißt, die verursachende Erkrankung zu behandeln, das auslösende Medikament möglichst abzusetzen, die (mit)verursachende Situation zu beseitigen; dazu müssen Komplikationen vermieden und belastende Verhaltensstörungen kontrolliert werden.
- Die beste Delir-Therapie ist Prävention.
- Wichtig ist die globale Betreuung durch das interdisziplinäre geriatrische Team.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt eine kontinuierliche Beschäftigung der multidisziplinären Teams in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen mit dem für Bewohner*innen und auch deren Betreuer*innen belastenden Thema Delir.

3.16 Aktuelle Herausforderungen – Beliebtheit, Belastung und geriatrisch/gerontopsychiatrische Gesundheit der Medizinberufe

Gerade in Zeiten voller Belastungen wie Corona-Pandemie, Ukraine-Krieg und heftigen Teuerungsraten wird verständlicherweise viel über psychische Gesundheit, über Belastbarkeit oder Resilienz gesprochen und geschrieben. Eine Entwicklung, die durchaus zu begrüßen ist, vor allem dann, wenn sie zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der breiten Bevölkerung beiträgt!

Aber wie steht es eigentlich um die psychische Gesundheit der Medizinberufe, ganz besonders im Umfeld der Geriatrie?

Bekanntlich steigt die Anzahl der Patient*innen massiv an, während die Zahl angehender Gerontopsychiater*innen, Gerontopsycholog*innen sowie der dringend benötigten Geriatrie-Pfleger*innen (eine etwas schwammige Bezeichnung, die verschiedene Berufsgruppen umfasst), sinkt.

Hier stellt sich die Frage, ob das wirklich erst eine Entwicklung der letzten Jahre ist?

Zum Anstieg der Patient*innen-Zahl gibt es nicht viel zu sagen, außer dass es das Ergebnis einer im Grunde erfreulichen Entwicklung ist – es sind die sozialen und medizinischen Errungenschaften der vergangenen Jahrzehnte, die Menschen in Österreich im Durchschnitt so alt wie noch nie werden lassen. Die Kehrseite diese Medaille ist aber eine massive Zunahme der Pflegebedürftigkeit sowie dementieller Erkrankungen von immer mehr Menschen.

An und für sich böte sich hier auch eine Chance zur Differenzierung verschiedener Berufsbilder sowie zur Ausbildung neuer „Chancen-Berufe“, aber in der Realität ist das Gegenteil, eine Verringerung der Zahl entsprechender Berufsträger*innen, der Fall. All diese Faktoren und Fakten sind allerdings schon länger bekannt.

Mehrere Studien weisen darauf hin, dass die Gerontopsychiatrie (und auch die Psychiatrie an sich) Schwierigkeiten hat, angehende Fachärzt*innen für sich zu begeistern. Es mag ein geringer Trost sein, dass es sich dabei um ein internationales Problem handelt.

Tatsächlich haben mehrere Studien sogenannte „Pull“- und – vor allem – „Push“-Faktoren identifiziert, also jene Aspekte, die Menschen dazu bewegen (hinziehen) bzw. sie davon abhalten (abstoßen), die Laufbahn eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin zu ergreifen.

In dem Kontext muss leider auch die Schulmedizin genannt werden, die das Fach „Psychiatrie“ schon seit langem und häufig als unwissenschaftlich, als von der Schulmedizin getrennt, ansieht und somit als eher medizinfremd empfindet. Auch wird immer wieder die Annahme vertreten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen einer medikamentösen Behandlung nicht zugänglich seien – entsprechend gering ist auch das Ansehen des Faches „Psychiatrie“ innerhalb der Ärzt*innenschaft (Brown & Ryland 2018, Shields et al., 2017).

Über die „reine“ Psychiatrie hinaus hat aber der gesamte Geronto-Bereich Image-Defizite. Zum einen ist es für viele angehende Berufsträger*innen aus verschiedenen Gründen unattraktiv, mit Patient*innen mit nur geringen Chancen auf wirkliche Heilungserfolge umzu-

gehen – ein Problem, das im besonderem Maße auch der Psychiatrie nachgesagt wird. Zum anderen haben alte Menschen in Mitteleuropa während der letzten Jahrzehnte bezüglich ihres gesellschaftlichen Images zwar eine positive Steigerung erleben können, jedoch übertreibt das heutige Bild entweder in Richtung idealisiertes „ewig junges Alter“ oder nach wie vor in Richtung der Abwertung als „hinfälliges krankes Alter“ (Ayalon & Tesch-Römer 2018).

Weltweit ist nach wie vor noch das negative Altersbild vorherrschend: so ergab die erste WHO-Umfrage zur Einstellung gegenüber Älteren (2017), dass 60% von 83.000 Befragten aus 57 Ländern Ältere als weniger kompetent, als Belastung für die Gesellschaft und ihre Familien sehen, anstatt sie für ihr Wissen, Weisheit und Erfahrung anzuerkennen.

Diese und weitere Gründe führen dazu, dass sich das negative Image der Gruppe der geriatrischen Patient*innen auf die subjektive Bewertung der Arbeit mit diesen Menschen überträgt, sodass sie dementsprechend schlecht entlohnt wird.

Es ist eine „Milchmädchenrechnung“ – je mehr Patient*innen von immer weniger Vertreter*innen einer Berufsgruppe versorgt werden müssen, desto mehr steigt deren Belastung, desto mehr nehmen deren gesundheitliche Risiken und manifeste Probleme zu. Desto mehr kommt es zu einer Flucht aus entsprechenden Medizinberufen und damit zu einer erhöhten Fluktuation, die zusätzlich zu einer steigenden Belastung beiträgt.

Was könnte dagegen getan werden? Wie könnten die „Geronto-Berufsbilder“ attraktiviert, mehr junge Menschen dazu bewogen werden, solche Laufbahnen zu ergreifen? Der einfachste Ansatz wäre natürlich, die finanziellen Rahmenbedingungen deutlich zu verbessern. Die Tatsache, dass eine Gruppe von Gehältern angehoben werden würde, hätte einen doppelten positiven Effekt: natürlich wäre die gestiegene monetäre Entlohnung an sich schon ein Wert. Ein gehobenes Gehalt sorgt auch für höheres soziales Ansehen in der Gesellschaft. Damit könnte wiederum die oben genannte negative Tendenz geradezu banal umgekehrt werden. Höhere Gehälter und ein höheres soziales Ansehen würden zu einem höheren Zulauf in diese Berufsgruppen führen und damit zu einer Verringerung der Fluktuation, zu mehr Personal und damit zu einer allgemeinen Entlastung der in der Geriatrie tätigen Berufsträger*innen führen.

Verbesserungen wären auch dadurch möglich, dass die Erweiterung der Personalreserven durch Fachkräftezuwanderung und die Entwicklung von Kompetenz- und Karrieremöglichkeiten gefördert sowie Ausbildungsmodelle verstärkt entwickelt werden, die sowohl auf berufsbegleitende als auch familienfreundliche Aspekte Rücksicht nehmen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt zwecks Entwicklung einer entsprechenden mittelfristigen Lösung des Problems die Einberufung einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe.

Literaturverzeichnis:

Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2018). Contemporary Perspectives on Ageism. Springer Open.

Brown, T. & Ryland, H. (2018). Recruitment to psychiatry: a global problem. BJPSYCH International Volume 16 Number 1 February 2019.

Drennan, V. M. & Ross, F. (2019). Global nurse shortages - the facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*, 130 (1):25–37.

European Commission & Social Protection Committee. (2021). Long-Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Country Profiles Vol. II. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Kraft, S. & Drossel, M. (2019). Welche Auswirkungen hat der Fachkräftemangel? *Pflegezeitschrift*, 72(6), 58-59.

Shields, G. et al. (2017). WPA Position Statement on Recruitment in Psychiatry. *World Psychiatry*. 2017 Feb;16 (1):113-114. doi: 10.1002/wps.20392. PMID: 28127914; PMCID: PMC5269505.

Weidinger, L., Löschnigg-Tausz, M. & Hausmann, D. (2022). Fachkräftemangel in der Pflege – ein Blick über Österreichs Grenzen hinaus. *ProCare*, 27(3): 48-51.

3.17 Über die Chancen und Besonderheiten der Psychotherapie in sozialpsychiatrischen und geriatrischen Institutionen

– am Beispiel „Betreutes Wohnen Kabelwerk“

Was ist Psychotherapie?

Das Berufsbild der Psychotherapie wird im österreichischen Psychotherapiegesetz (BGBl.Nr. 361/1990 ST0151) beschrieben als die Behandlung von „psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden“. Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung ist, „bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“. Im Zentrum der Behandlung steht stets der Austausch zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in, wie genau eine Therapie-Einheit abläuft, ist unterschiedlich und hängt einerseits von der Psychotherapiemethode und andererseits von den daran beteiligten Menschen ab.

Die Besonderheiten von Psychotherapie in Institutionen

Die Rahmenbedingungen und Umstände, unter welchen Psychotherapie stattfinden kann, unterscheiden sich u.a. je nachdem, ob diese in einer Institution oder in freier Praxis stattfindet. Im Folgenden werden einige Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung in Institutionen erläutert.

Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung

Üblicherweise kümmern sich Menschen, die selbstständig leben, auch selbst (teilweise natürlich mit Unterstützung von Angehörigen) um eine psychotherapeutische Behandlung. Dies bedeutet, sie machen sich kundig, suchen eine*n Psychotherapeut*in aus, die*der sympathisch erscheint und vereinbaren ein Erstgespräch zum Kennenlernen. Beim Erstgespräch wird dann meist besprochen, unter welchen Rahmenbedingungen die Psychotherapie stattfinden soll, also etwa die Kosten der Behandlung, die Häufigkeit der Termine, die Länge der Einheiten, etc. Diese Menschen können also die Bedingungen der psychotherapeutischen Be-

handlung selbst mitbestimmen, können einwilligen oder ablehnen. Sie haben auch die Möglichkeit, mehrere Therapeut*innen kennenzulernen und zu überlegen, bei wem sie sich am wohlsten gefühlt haben.

Findet die Psychotherapie in einer Institution statt, handelt es sich oft (aber nicht ausschließlich!) um ein Behandlungsangebot, das der*dem Patient*in aktiv gemacht wird. Die Patient*innen selbst setzen also keine aktiven Aktionen, eine Psychotherapie zu erhalten. Mitarbeiter*innen in der Institution haben die Idee, diese*r Patient*in könnte von Psychotherapie profitieren und bieten diese Behandlung aktiv an, der*die Patient*in braucht folglich nur zu reagieren. Der Beginn der psychotherapeutischen Behandlung passiert also in einem völlig anderen Kontext. Dies mag banal wirken, kann auf die Therapiemotivation und damit auch auf den Therapieerfolg aber großen Einfluss haben. Psychisch macht es einen Unterschied, ob wir agieren oder reagieren.

Die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung

Ein weiterer Unterschied ist, dass in einer Einrichtung die Rahmenbedingungen der Therapie (z.B. Frequenz und Dauer der Einheiten, Uhrzeit, Einzel- oder Gruppentherapie, etc.) nicht nur von den Möglichkeiten von Patient*in und Therapeut*in abhängen, sondern auch von der Struktur der Institution. Dazu zählt etwa die vorherrschende Tagesstruktur, die z.B. Essenszeiten oder Zeiten für die Körperpflege vorsehen kann, aber auch die Dienstzeiten des*der Psychotherapeut*in. Als einen besonders bedeutenden Unterschied möchte ich hier betonen, dass ein selbstbestimmtes Aussuchen der Person des*r Psychotherapeut*in in einer Institution oft nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich ist, da die Auswahl auf die verfügbaren Therapeut*innen beschränkt ist. Die Bewohner*innen einer Institution haben also insgesamt weniger Handlungsspielraum beim Vereinbaren der Rahmenbedingungen ihrer psychotherapeutischen Behandlung.

Aufsuchende Psychotherapie

Beim psychotherapeutischen Angebot in Institutionen handelt es sich oft (aber nicht notwendigerweise) um eine aufsuchende Therapie, d.h. die Psychotherapie findet im Umfeld der Patient*innen statt (und nicht im Praxisraum der*s Therapeut*in). Im konkreten Fall des Betroffenen Wohnens Kabelwerk ist es so, dass die Psychotherapie im Zimmer (Einzelzimmer) der Bewohner*innen stattfindet. Auch dieser Umstand kann sich auf die Behandlung auswirken. Eine Schwierigkeit kann sein, dass die Psychotherapie dann nicht an einem neutralen Ort stattfindet, sondern im Zuhause der Patient*innen. Das bedeutet, dass die Erzählungen und die auftauchenden Erinnerungen nicht an einem für den*die Patient*in neutralen Ort einen Platz finden und dort bleiben können, sondern all diese – oft belastenden – Themen werden dann im eigenen Zuhause besprochen, also an einem Ort, der eigentlich Sicherheit bieten soll. Von Patient*innen, die in freier Praxis behandelt werden, wissen wir, dass auch der Hin- und Rückweg zur Psychotherapie für viele eine wichtige Funktion erfüllt und als eine Art Übergangsraum fungiert, sodass sie das Gefühl haben, die schwierigen Themen in der Praxis lassen

zu können und ein Stück unbeschwerter nach Hause zurückkehren können. Dies fällt bei aufsuchender Therapie weg.

Ein weiterer Aspekt von aufsuchender Therapie ist, dass der*die Therapeutin den*die Patient*in nicht nur über dessen*deren Verhalten in der Therapiestunde und dessen*deren subjektive Erzählungen kennenlernt, sondern einen wesentlich umfassenderen, direkteren Einblick in das Leben der Behandelten bekommt. Im Zuhause von jemandem zu sein bedeutet zu sehen, wie jemand lebt. Wie ist jemand eingerichtet? Welche Bilder und Fotos sind dem Menschen wichtig? Wie ordentlich ist dieser Mensch?

Auch auf das Einhalten der ausgemachten Termine kann sich ein aufsuchendes Setting auswirken: hat jemand, der*die Psychotherapie in freier Praxis macht, einmal keine Motivation und Lust zur Behandlung zu gehen, dann kann er*sie ganz einfach fernbleiben. Kommt der*die Therapeutin aber zu diesem Menschen nach Hause, müsste er ihn*sie wegschicken, was mehr Durchsetzungsvermögen voraussetzt, als schlicht nicht zur Behandlung zu erscheinen. Hier fallen möglicherweise also ein Stück Handlungsspielraum und Selbstständigkeit weg. Das bedeutet aber natürlich auch, dass dieses Setting antriebschwachen Menschen sehr entgegenkommt, da sie selbst weniger Aufwand haben, um ihre notwendige Behandlung zu bekommen, was einen großen Vorteil darstellt.

Auch Menschen, die sich schwer tun Strukturen einzuhalten, was zum Krankheitsbild vieler psychischer Störungen gehört, können immens vom aufsuchenden Setting profitieren, da weniger Eigeninitiative vonnöten ist. Ängstliche Patient*innen fühlen sich in ihren eigenen vier Wänden vielleicht wohler und sicherer und ein Anvertrauen gelingt leichter, als an einem – zumindest vorerst – fremden Ort. Ein aufsuchendes Setting hat also auch vielfältige Stärken und bietet etliche Vorteile.

Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

In einer Institution arbeiten verschiedenste Berufsgruppen zusammen. Jede Gruppe hat eigene Aufgaben, Kompetenzen und Schwerpunkte und dementsprechend auch verschiedene Wissensinhalte und Kenntnisse über die dort wohnenden Menschen. Während man in freier Praxis als Psychotherapeut*in meist maximal im Austausch mit dem*r behandelnden Psychiater*in ist, arbeitet man in einer Einrichtung gleich mit mehreren verschiedenen Berufsgruppen zusammen. Das bietet die Chance auf einen viel umfangreicheren Blick auf die Bewohner*innen. Nach dem Motto „Vier Augen sehen mehr als zwei“, können in einer Institution mögliche Verhaltens- oder Stimmungsänderungen der Bewohner*innen schneller festgestellt werden, was es ermöglicht, flotter darauf zu reagieren. Wenn sich eine Bewohner*in zum Beispiel vermehrt in ihr Zimmer zurückzieht, so fällt das dem*der Psychotherapeut*in möglicherweise gar nicht auf – den Heimhilfen, die auf der Wohngemeinschaft tätig sind, aber sehr wohl. Im „Betreuten Wohnen Kabelwerk“ gibt es neben den täglich mehrmals stattfindenden Dienstübergaben auch regelmäßige Fallbesprechungen. Dieser stete Austausch gewährleistet, dass sämtliche relevante Informationen auch an alle Mitarbeiter*innen, für die diese von Bedeutung sind, weitergegeben werden. Die Fallbesprechungen bieten einen Rahmen, um sich ei-

nerseits vertiefend mit dem Wohle von Bewohner*innen auseinanderzusetzen. Andererseits aber auch die Möglichkeit für die Mitarbeiter*innen, über eventuelle Herausforderungen im Umgang mit den Bewohner*innen zu sprechen, sich auszutauschen und gemeinsam Lösungen zu entwickeln. Diese Zusammentreffen von Mitarbeiter*innen verschiedenster Berufsgruppen ermöglichen einen fruchtbaren Austausch, um die Bewohner*innen bestmöglich zu betreuen und zu versorgen.

Die Chancen eines psychotherapeutischen Angebots in Institutionen

Menschen, die in einer Institution leben, tun dies, weil sie aus oft vielfältigen Gründen nicht mehr selbstständig wohnen können. Im „Betreuten Wohnen Kabelwerk“ leben Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden und aufgrund dieser nicht selbstständig wohnen können. Ein Großteil der Bewohner*innen ist außerdem über 65 Jahre alt; bei dieser Klientel gibt es mehrere Faktoren, wieso ein selbstständiges Wohnen nicht mehr möglich ist.

Der geriatrische Kontext

Das psychotherapeutische Vorgehen in der Arbeit mit älteren Patient*innen unterscheidet sich in mancherlei Hinsicht von dem mit einer jüngeren Klientel. Es können fünf Problem-bereiche (Radebold, 2008, 11-15) benannt werden. Darunter etwa besondere Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehungen, was daran liegt, dass in diesem Fall die Patient*innen deutlich älter sind als die behandelnden Psychotherapeut*innen. Es kann also passieren, dass die Patient*innen die Therapeut*innen als ihre Kinder wahrnehmen und ihnen mit weniger Respekt begegnen. Ein weiterer Aspekt ist, dass es im höheren Lebensalter auch spezifische psychosoziale Aufgaben zu bewältigen gibt, darunter etwa die Bewältigung des Übergangs vom Berufsleben in die Pension, was oft auch mit einer neuen Sinn- und Identitätsfindung einhergeht, die Auseinandersetzung mit eigenen körperlichen Beschwerden und Krankheiten, mit der eigenen Vergänglichkeit und dem Tod nahestehender Menschen. Eine weitere Facette stellt die höhere Bedeutung des Körpers dar. Im Alter sind körperliche Beschwerden und Symptome besonders vieldeutig, ein Differenzieren zwischen psychischer und somatischer Ursache ist oft schwierig. Als vierten Gesichtspunkt nennt Radebold eine Zunahme narziss-tischer Beziehungskonflikte, da es durch Einbußen der körperlichen Leistungsfähigkeit und durch den Rückzug aus Beziehungen zu einem neuen Gleichgewicht zwischen Objekt- und Selbstliebe kommt, das sich meist zugunsten der Selbstliebe verschiebt. Das kann sich etwa in der Form auswirken, dass die eigenen Bedürfnisse und Vorstellungen klar über die der anderen gestellt werden. Und den letzten Aspekt bilden schließlich die besonderen historischen Erfahrungen, allen voran die beiden Weltkriege. Die Wirkung dieser Notzeit kann durch das Erleben von Ohnmacht reaktiviert werden (Gefahr einer Retraumatisierung).

Der sozialpsychiatrische Kontext

Es handelt sich hier um Patient*innen, die unter einer schweren psychischen Erkrankung leiden und aufgrund dieser ihren Alltag nicht auf Dauer selbstständig und ohne Hilfe bewältigen

können. Die Symptome können vielfältig sein, es kann sich etwa um Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis handeln, wo ein Unterscheiden zwischen äußerer Realität und innerem Erleben schwerfällt und es zu wahnhaften Vorstellungen oder Halluzinationen kommt. Es kann sich aber auch um eine schwere depressive Erkrankung handeln, bei der die Antriebslosigkeit so stark ausgeprägt ist, dass es zu einem massiven Selbstfürsorgedefizit (z.B. Medikamenteneinnahme und Körperpflege nicht möglich) kommt.

Psychotherapeutisches Angebot vor Ort

Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer Institution, wie dem „Betreuten Wohnen Kabelwerk“ leben, haben meist nicht die Ressourcen, d.h. eine dementsprechende Persönlichkeitsstruktur und kognitive Verfassung, um sich selbstständig und eigeninitiativ um eine adäquate Behandlung und Versorgung zu bemühen. Erschwerend hinzukommen kann auch, dass Menschen mit psychischen Störungen nicht immer über eine entsprechende Krankheitseinsicht verfügen. Beim geriatrischen Klientel kommt noch hinzu, dass diese Menschen meist mit der Idee sozialisiert wurden, mit eigenen Problemen (v.a. psychischen) selbst klarkommen zu müssen. Über Beziehungsschwierigkeiten oder innerseelische Probleme zu sprechen, ist ihnen meist nicht vertraut. Oft ist es auch schambesetzt, mit jemand Fremden über die eigenen Probleme zu sprechen. Auch dies kann dem Initiieren einer Psychotherapie entgegenstehen.

Ein psychotherapeutisches Behandlungsangebot, das in der Institution verankert ist und den Bewohner*innen ganz selbstverständlich gemacht wird, hilft Vorurteile und Vorbehalte („Nur Verrückte gehen zum Therapeuten“) abzubauen und trägt damit maßgeblich dazu bei, die Hemmschwelle, sich neben der körperlichen auch um die eigene psychische Gesundheit zu kümmern, herabzusetzen. Es bietet also die große Chance, auch Menschen mit einer psychotherapeutischen Versorgung zu erreichen, die zwar dringend Unterstützung benötigen würden, sich diese aber selbst nicht organisiert hätten. So wird zusätzlich zur körperlichen auch die psychische Gesundheit gefördert.

In Institutionen relevante Problemfelder

Wie eingangs erwähnt, geht es bei einer psychotherapeutischen Behandlung darum, psychosoziale und psychosomatische Leidenszustände zu mildern, um im Weiteren zu einer höheren Lebensqualität beizutragen. Um zu veranschaulichen, wieso Psychotherapie gerade in Institutionen eine wichtige Rolle spielen sollte, möchte ich ein paar Problemfelder skizzieren, die v.a. in Einrichtungen relevant sind:

- Der Einzug
In eine Institution zu übersiedeln geht meist mit verschiedenen Abschieden einher. Man lässt das eigene Zuhause und oft auch die dort wohnenden Bezugspersonen zurück. Man kommt in eine neue Umgebung, wo erstmal alles fremd ist: fremder Ort, fremde Menschen, ungewohnter Tagesablauf. Viele Menschen erleben das als sehr herausfordernd und als einen massiven Einschnitt in ihr Leben.

- **Erlebter Autonomieverlust**
In jeder Einrichtung gibt es Vorgaben und Regeln (z.B. fixe Essenszeiten) für das Zusammenleben, was dazu führt, dass die Selbstbestimmung des Einzelnen eingeschränkt ist. Gerade Menschen, die davor ein aktives und autonomes Leben geführt haben, können dies als einen massiven Verlust ihrer Selbstständigkeit erleben.
- **Das Zusammenleben**
MitwemmanineinerInstitutionzusammenwohnt,kannmansichselbstnichtaussuchen.Sich mit Menschen im Zusammenleben arrangieren zu müssen, die einem vielleicht unsympathisch sind, kann eine große Herausforderung bedeuten. Vor allem das geriatrische und sozialpsychiatrische Klientel ist oft wenig flexibel und tut sich schwer, sich auf andere Menschen und deren Angewohnheiten und Bedürfnisse einzustellen. Bei vielen psychischen Störungen gehört es zum Krankheitsbild, dass die Persönlichkeit starr ist und die Betroffenen sehr mit ihrer eigenen Welt beschäftigt sind, wodurch ein flexibles, empathisches Einstellen auf andere Menschen schwerfallen kann und ein angenehmes Miteinander verhindert wird.
- **Der Abschied von anderen Bewohner*innen**
In einer Einrichtung, wo auch viele hochbetagte Menschen leben, wie es im „Betreuten Wohnen Kabelwerk“ der Fall ist, kommt es natürlich immer wieder vor, dass Bewohner*innen versterben oder in ein Pflegeheim umziehen müssen. Die Bewohner*innen sind also immer wieder mit dem Verabschieden von ihren Mitbewohner*innen, die oft zu Freund*innen und wichtigen Bezugspersonen geworden sind, konfrontiert.

Was Psychotherapie in Institutionen leisten kann

Bei all diesen skizzierten Problemfeldern kann eine psychotherapeutische Begleitung und Behandlung einen wichtigen Beitrag leisten. Um zu verdeutlichen, welchen Mehrwert ein in der Institution verankertes psychotherapeutisches Angebot haben kann und wieso sich das „Betreute Wohnen Kabelwerk“ ganz bewusst dafür entschieden hat, werden hier ein paar konkrete Chancen benannt:

- **Mehr Selbstbewusstsein**
Psychotherapie zu machen bedeutet, sich selbst besser kennenzulernen – sich seiner selbst besser bewusst zu werden. Die Introspektionsfähigkeit wird gefördert. Das heißt, die Bewohner*innen bekommen ein Gefühl dafür, wo ihre Stärken und Schwächen liegen, lernen abzuschätzen welche Situationen sie überfordern könnten, erkennen, dass ihre eigene Wahrnehmung nicht der absoluten Wahrheit entspricht und von allen so verstanden wird etc. Als einen besonders wichtigen Aspekt möchte ich hier eine sich daraus ergebende verbesserte Impuls- und Affektkontrolle hervorheben. Wenn ein*e Bewohner*in verstanden hat, was genau an der Aussage des Gegenübers ihn*sie gerade so wütend macht, dann wird damit meist auch klar, dass keine böse Absicht des Gegenübers dahintersteckt.

Die Aussage wird nicht als Angriff interpretiert und folglich muss man sich auch nicht verteidigen. Ein möglicher Wutausbruch mit aggressivem Verhalten passiert also erst gar nicht. Dies bedeutet für das Personal natürlich eine große Entlastung, da es seltener zu herausfordernden Situationen kommt.

- Mehr Ressourcen – weniger Agieren
Psychotherapie hat immer auch das Ziel die eigenen Ressourcen zu erkennen, zu fördern und so zu stärken, dass diese adäquat eingesetzt werden können. Mehr Ressourcen (z.B. Empathiefähigkeit) führen zu mehr eigener Handlungskompetenz, was bedeutet, die Bewohner*innen kommen seltener in Situationen, von welchen sie sich überfordert fühlen. Und das wiederum kann zu einer großen Entlastung für andere Berufsgruppen führen, denn meist geht einem für das Personal herausfordernden Verhalten eine Überforderung aufseiten des*r Bewohner*in voraus (z.B. Bewohner*in ist überfordert und verängstigt und schreit deswegen laut). Auch für das Zusammenleben untereinander bedeutet das eine Entspannung (wenn eine*r schreit, bekommen auch die anderen Bewohner*innen Angst). Eine der wichtigsten Ressourcen soll hervorgehoben werden: die Fähigkeit, über sich selbst und die eigene Wahrnehmung, das eigene Empfinden und Erleben mit anderen zu sprechen. Dies ist besonders wichtig, denn, wenn man über etwas sprechen kann, so braucht man es mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht im Verhalten auszuagieren.
- Mehr körperliches Wohlbefinden
Der Körper und die Psyche hängen eng zusammen und stehen in ständiger Wechselwirkung (sehr deutlich z.B. bei Essstörungen und Substanzmissbrauch zu beobachten). Geht es uns körperlich nicht gut, wirkt sich das auch auf unser psychisches Wohlbefinden aus – und andersherum. So kann also eine Psychotherapie sich als eine Art Folgeerscheinung auch positiv auf die körperliche Fitness und Gesundheit auswirken. Ein depressiver Mensch, der durch eine psychotherapeutische Behandlung mehr Antrieb und Motivation bekommt, wird sich auch körperlich wieder mehr bewegen, vielleicht wieder anfangen sich sportlich zu betätigen, wodurch sein körperliches Wohlbefinden zunehmen wird.
- Mehr Compliance
Da es bei psychotherapeutischen Gesprächen um die Probleme und Schwierigkeiten der Bewohner*innen geht, können diese auch zu mehr Krankheitseinsicht bei den Betroffenen führen. Und die eigene Krankheitseinsicht kann maßgeblich zu mehr Compliance beitragen, etwa, wenn es um die Medikation oder das Tragen einer Notrufuhr geht. Dies führt im Weiteren zu einer Entlastung anderer, in der Einrichtung tätigen Berufsgruppen.

Psychotherapie schafft einen passenden Rahmen, um über die eigene Wahrnehmung der Welt, über Sorgen und Ängste offen und ehrlich sprechen zu können. Dies sorgt nicht nur dafür, dass sich die Bewohner*innen in ihrem aktuellen Befinden ernstgenommen und gehört fühlen, sondern schafft auch die Möglichkeit, gemeinsam zu reflektieren, Chancen aufzuzei-

gen, Ressourcen zu aktivieren und neue Handlungsspielräume zu erschließen – und zwar für alle in der Einrichtung lebenden Bewohner*innen.

Fazit

Es gibt einige Besonderheiten, die ein psychotherapeutisches Angebot in einer Institution von jenem in freier Praxis unterscheiden. Als behandelnde*r Psychotherapeut*in sollte man sich dieser Besonderheiten bewusst sein. In Einrichtungen gibt es außerdem spezifische Problemfelder, welche idealerweise – selbstverständlich in Ergänzung zu anderen wichtigen Fachrichtungen – mit Hilfe von Psychotherapie begleitet werden.

Das „Betreute Wohnen Kabelwerk“ hat sich bewusst für die Etablierung eines psychotherapeutischen Angebots im Haus entschieden, weil sich die Entwicklungschancen, die durch Psychotherapie ermöglicht werden, sowohl auf die einzelnen Bewohner*innen positiv auswirken als auch zum Wohle der (Wohn-)Gemeinschaft beitragen. Nicht zuletzt bedeutet ein psychotherapeutisches Angebot, das in der Institution verankert ist, auch eine Entlastung anderer dort tätiger Berufsgruppen. Es kommt also insgesamt zu einem entspannteren Miteinander, wovon alle profitieren können.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Etablierung eines psychotherapeutischen Angebots im „Betreuten Wohnen Kabelwerk“ und empfiehlt dies auch für andere Institutionen. So soll sichergestellt werden, dass nicht nur die körperliche Gesundheit der Bewohner*innen Beachtung findet und gefördert wird, sondern auch die psychische, welche maßgeblich zum Wohlbefinden des Einzelnen und damit zum Wohle der Gemeinschaft beiträgt.

Literaturverzeichnis:

Radebold H. (2008). Einführung. (S. 11-15) In: Kipp, J. (Hrsg.). Psychotherapie im Alter. Gießen: Psychosozial-Verlag

3.18 **Autonomie bedeutet selbstbestimmtes Leben und Sterben – Suizidbeihilfegesetz – Würdevolles Sterben in Pflegewohnhäusern**

Das Ziel beim Einzug in ein Pflegewohnhaus muss sein, selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Gerade in der Zeit der letzten Lebensphase darf es nicht dazu kommen, dass durch den Bedarf an Pflege und Betreuung die Autonomie komplett aufgegeben werden muss. Ein hohes Maß an Selbstbestimmung bis zum Lebensende muss das Ziel sein. Dies braucht Raum und Unterstützung in der Mitbestimmung der Rahmenbedingungen, eigene Entscheidungsmöglichkeiten in der Gestaltung des Lebensraumes und der Tagesstruktur, Autonomie in der Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen, aber auch die Ermöglichung, sein Lebensende selbst bestimmen zu können.

Würdevolles Sterben in Pflegeheimen

Seit dem 1. Jänner 2022 ist das neue Sterbeverfügungsgesetz in Österreich in Kraft. Damit ist der assistierte Suizid erlaubt, wenn es sich um schwer oder unheilbar Kranke handelt, die volljährig und entscheidungsfähig sind. Durch die sogenannte Sterbeverfügung – eine persönliche Willenserklärung – kann der*die betroffene Bewohner*in ihren Willen, das eigene Leben selbst zu beenden, festhalten. Dieses Gesetz ermöglicht unheilbar Kranken oder durch schwere Krankheit dauerhaft leidenden Bewohner*innen, unter ganz konkreten Voraussetzungen ihr Leben selbstbestimmt zu beenden. Eine Unterstützung in diesem Vorhaben durch Dritte ist möglich, allerdings nicht bei der konkreten Umsetzung, sondern nur bei der Begleitung auf diesem letzten Weg. Der Gesetzgeber kommt mit dem Sterbeverfügungsgesetz dem Grundrecht auf Selbstbestimmung nach. Das im Gesetz festgelegte Prozedere soll einen gesicherten Rahmen bieten. Für die Unterstützung in der Entscheidungsfähigkeit bedarf es einer Aufklärung durch mindestens zwei Ärzt*innen, eine*r davon muss eine Qualifikation in Palliativmedizin aufweisen. Dadurch ist gewährleistet, dass mindestens zwei unabhängige Personen das Vorliegen des freien und selbstbestimmten Willensentschlusses bestätigen.

Um dahingehend auch Bewohner*innen von Pflegeheimen Aufklärung und Unterstützung anbieten zu können, ist es notwendig, dass alle Mitarbeiter*innen informiert und jene, die Ansprechpartner*innen darstellen, auch gut geschult sind. Im Sinne des autonomen Lebens in allen Einrichtungen ist ein sorgfältiger Umgang mit dem Thema zentral wichtig. Im Optimalfall können Bewohner*innen ihre Autonomie in allen Lebensbereichen behalten. Auch der Wunsch, das Leben selbst zu beenden (nach den Vorgaben des Sterbeverfügungsgesetzes), sollte berücksichtigt sein und der Prozess begleitet werden. Frühestens zwölf Wochen nach der ärztlichen Aufklärung kann die Sterbeverfügung dann wirksam errichtet werden. Dieser Zeitraum ist wichtig, um zu verhindern, dass es sich um eine akute Krise handelt, die auf jeden Fall anders gelöst werden muss. Die Ausführung des lebensbeendenden Entschlusses erfolgt im eigenen Wohnumfeld, also im Pflegeheim.

Um zu diesem selbstbestimmten Entschluss zu kommen, braucht es optimale Aufklärung über Alternativen und Konsequenzen. Das Fehlen von Alternativen in der Pflege und Betreuung darf niemals einen Grund für eine solche Entscheidung sein.

Bewohner*innen haben durch die Sterbeverfügung ein Jahr Zeit, sich das Präparat aus der Apotheke abzuholen. Eine Unterstützung beim Abholen kann auch durch Mitarbeiter*innen gewährleistet werden. Die Lagerung muss in der Wohnung so erfolgen, dass niemand anders an dieses Präparat gelangen kann, als die/der Bewohner*in selbst. Dabei handelt es sich um eine für die sterbewillige Person tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital oder ein anderes, durch Verordnung festgelegtes Medikament. Wenn Unterstützung gewollt ist, so muss dies in der Sterbeverfügung angegeben werden. Die lebensbeendende Maßnahme muss jedoch stets die/der sterbewillige Bewohner*in selbst durchführen. Damit ist die eigene Autonomie über den lebensbeendenden Verlauf gesichert.

Bewohner*innen, die zwar entscheidungsfähig sind, aber den letzten auslösenden Schritt nicht mehr selbst setzen können, können keinen rechtlich erlaubten assistierten Suizid in Anspruch nehmen.

Die Kosten für die Errichtung der Sterbeverfügung sind von der sterbewilligen Person zu tragen.

Um für diese Form der Autonomie passende Rahmenbedingungen zu schaffen, bedarf es einer ausreichenden Sensibilisierung aller Kolleg*innen. Die zur Verfügungstellung von ausreichendem Informationsmaterial, Fortbildungen und Handlungsmöglichkeiten, die Möglichkeit der Hilfestellung und Reflexion sowie anschließender Supervision aller betroffenen Mitarbeiter*innen ist notwendig. Ein Pflegewohnhaus ist ein Lebensraum, wo alle miteinander leben und arbeiten. Es soll für Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen ein selbstbestimmtes Miteinander und auch einen sicheren Raum darstellen. Wünsche wie Sterbewünsche von Bewohner*innen müssen frei zu äußern sein und miteinander besprochen und geklärt werden. Nie darf das Fehlen von Alternativen die Entscheidung beeinflussen, aber immer muss der selbstbestimmte Wunsch akzeptiert werden. Eine Begleitung auf diesem Weg ist wichtig und nötig und mit der Unterstützung des Unternehmens auch gut machbar.

Hospiz, Palliative Care und Sterbeverfügungsgesetz

Hospiz- und Palliativversorgung stellt den schwer erkrankten und sterbenden Menschen sowie dessen Bedürfnisse in den Mittelpunkt. Ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität und Selbstbestimmung in Verbindung mit ganzheitlicher Begleitung stehen im Vordergrund. Im spezialisierten Bereich sorgen definierte Personalschlüssel und Qualitätskriterien, die aber in der Grundversorgung mangels Rahmenbedingungen nicht vorgehalten werden können, für Betreuungsmöglichkeiten in komplexen Situationen (BMG 2015: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Aktualisierung 2014. 2. Aufl., Gesundheit Österreich GmbH, Wien).

Die Verankerung des Hospiz- und Palliativgedankens in den Pflegewohnhäusern ist ein wichtiger Schritt in der optimalen Versorgung bis zum Lebensende. Durch die Entwicklung der Haltung im Unternehmen kann dieser Weg mit allen Beteiligten gemeinsam gegangen werden und eine prospektive Mitgestaltung des Lebensendes der Bewohner*innen schon ab dem Zeitpunkt des Einzuges gewährleistet werden. Durch Gespräche zur Vorsorge beim Lebensende können Wünsche ausgesprochen, festgehalten, geplant und dann bei Eintritt der Situation gemeinsam mit Angehörigen, dem Pflorgeteam und der Ärztin/dem Arzt umgesetzt werden. Auch das Sterbeverfügungsgesetz, welches nur in ganz speziellen Fragestellungen anwendbar ist, stellt keinen Gegensatz zum Hospiz- oder Palliativgedanken dar. Allerdings schließt die Aufnahme im Hospiz den Weg des Suizides aus. Trotzdem muss in beiden Settings die Autonomie der Bewohner*innen unbedingt immer im Vordergrund stehen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den dringenden Ausbau der Leistungen im Palliative Care und Hospizbereich. Es soll sichergestellt werden, dass eine adäquate Pflege und Betreuung in allen Lebenslagen sowie ein verpflichtendes Aufklärungsgespräch über die möglichen Angebote an Leistungen im Bereich Hospiz und Palliative Care in Wien besteht.

gen, Ressourcen zu aktivieren und neue Handlungsspielräume zu erschließen – und zwar für alle in der Einrichtung lebenden Bewohner*innen.

Fazit

Es gibt einige Besonderheiten, die ein psychotherapeutisches Angebot in einer Institution von jenem in freier Praxis unterscheiden. Als behandelnde*r Psychotherapeut*in sollte man sich dieser Besonderheiten bewusst sein. In Einrichtungen gibt es außerdem spezifische Problemfelder, welche idealerweise – selbstverständlich in Ergänzung zu anderen wichtigen Fachrichtungen – mit Hilfe von Psychotherapie begleitet werden.

Das „Betreute Wohnen Kabelwerk“ hat sich bewusst für die Etablierung eines psychotherapeutischen Angebots im Haus entschieden, weil sich die Entwicklungschancen, die durch Psychotherapie ermöglicht werden, sowohl auf die einzelnen Bewohner*innen positiv auswirken als auch zum Wohle der (Wohn-)Gemeinschaft beitragen. Nicht zuletzt bedeutet ein psychotherapeutisches Angebot, das in der Institution verankert ist, auch eine Entlastung anderer dort tätiger Berufsgruppen. Es kommt also insgesamt zu einem entspannteren Miteinander, wovon alle profitieren können.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Etablierung eines psychotherapeutischen Angebots im „Betreuten Wohnen Kabelwerk“ und empfiehlt dies auch für andere Institutionen. So soll sichergestellt werden, dass nicht nur die körperliche Gesundheit der Bewohner*innen Beachtung findet und gefördert wird, sondern auch die psychische, welche maßgeblich zum Wohlbefinden des Einzelnen und damit zum Wohle der Gemeinschaft beiträgt.

Literaturverzeichnis:

Radebold H. (2008). Einführung. (S. 11-15) In: Kipp, J. (Hrsg.). Psychotherapie im Alter. Gießen: Psychosozial-Verlag

3.18 **Autonomie bedeutet selbstbestimmtes Leben und Sterben – Suizidbeihilfegesetz – Würdevolles Sterben in Pflegewohnhäusern**

Das Ziel beim Einzug in ein Pflegewohnhaus muss sein, selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Gerade in der Zeit der letzten Lebensphase darf es nicht dazu kommen, dass durch den Bedarf an Pflege und Betreuung die Autonomie komplett aufgegeben werden muss. Ein hohes Maß an Selbstbestimmung bis zum Lebensende muss das Ziel sein. Dies braucht Raum und Unterstützung in der Mitbestimmung der Rahmenbedingungen, eigene Entscheidungsmöglichkeiten in der Gestaltung des Lebensraumes und der Tagesstruktur, Autonomie in der Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen, aber auch die Ermöglichung, sein Lebensende selbst bestimmen zu können.

3.19 Suizidassistentz in Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft – organisationsethische Herausforderungen

Personzentrierte Betreuung bis zum Lebensende

Seit 1. Jänner 2022 ist die assistierte Sterbehilfe in Österreich unter strengen Voraussetzungen gesetzlich erlaubt. Das neue Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Sterbeverfügungen. Damit bietet es entscheidungsfähigen Erwachsenen, die unter einer unheilbaren, zum Tod führenden oder einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leiden, die Möglichkeit, ihr Leben durch die Einnahme des letalen Präparats Natrium-Pentobarbital selbstständig zu beenden. Verbundene Hilfeleistungen, z. B. die Beschaffung oder Vorbereitung des Medikaments, sind bei der Durchführung der assistierten Sterbehilfe straffrei.

Wie geht die Casa Pflege mit dem Thema um?

Als Organisation in kirchlicher Trägerschaft steht die „Casa Pflege“ (mit Pflegehäusern in Wien und Niederösterreich) für das Leben, das es vom ersten bis zum letzten Atemzug zu achten und zu schützen gilt. Wie weit können wir als kirchliche Trägerin also mit Personen mitgehen, die diesen dauerhaften Wunsch des Suizids äußern? Caritas Österreich und die Österreichische Ordenskonferenz haben 2021 einen Orientierungsrahmen (OR) für den Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid erarbeitet, an dem sich auch die Casa Pflege orientiert. Assistierte Sterbehilfe kann kein Teil des Leistungsangebots der Casa Pflege sein. Es ist uns als Trägerin aber bewusst, dass Personen mit Situationen und existentieller Not konfrontiert sind, die ihnen ein Weiterleben als unerträglich erscheinen lassen und ihnen die Kraft des Weiterlebens nehmen (OR; Grundsatz 5) – was wir als Trägerin akzeptieren. Die Achtung der freien Selbstbestimmung unserer Bewohner*innen ist uns als Organisation wichtig, weshalb Sterbewünsche und die existenzielle Not, die in ihnen zum Ausdruck kommt, sehr ernst genommen werden. Dabei sind Gründe für die Beendigung des Lebens in Würde mannigfaltig und hängen von den Überzeugungen und Vorstellungen der einzelnen Person ab. Geäußerte Sterbewünsche können verschiedene Gründe haben, ein Hilferuf oder ein Symptom für tieferliegende Probleme sein oder auch zu einem Krankheitsbild gehören. Im Rahmen von palliativen Erstgesprächen werden häufig Ängste (u. a. vor Schmerzen, Atemnot, Kontrollverlust) aber auch Einsamkeit, Bedeutungslosigkeit, Beziehungsverlust oder „nicht zur Last fallen wollen“ genannt. Dies kann zu einer Sinnerschöpfung und Dynamik führen, das eigene Leben beenden zu wollen. Wir bemühen uns als Casa Pflege darum, Ursachen und Gründe für einen Wunsch nach assistiertem Suizid zu verstehen und damit professionell und differenziert umzugehen. Casa Pflege ist Teil des Projektes Hospizkultur & Palliative Care in Pflegeheimen (HPCPH) vom Dachverband Hospiz Österreich. Ziel ist es, eine kompetente, nachhaltige Hospiz- und Palliativversorgung anbieten zu können und unseren multiprofessionellen Teams eine qualifizierte Begleitung von Sterbenden zu ermöglichen. Es geht uns darum, eine vertrauensvolle Beziehung und offene Kommunikation zu schaffen, um Leid (körperlich, psy-

chisch, sozial, spirituell) näher zu beleuchten sowie entsprechende Angebote zu erschließen bzw. anbieten zu können.

Da nach Bekanntgabe des Gesetzes bei vielen Mitarbeiter*innen Verunsicherung bestand, bietet die Casa gemäß ihrer Philosophie für Transparenz und Begleitung folgende unterstützenden Angebote an:

1. Ethikbeauftragte für Casa Pflege nominiert: Neben den Führungskräften dienen sie allen Mitarbeiter*innen als Ansprechpersonen für Fragen und Anliegen rund ums Thema.
2. Einen Prozessleitfaden als Handlungsrahmen für unsere Mitarbeiter*innen erstellt: Durch diesen Prozess soll das Spannungsfeld reduziert werden und Mitarbeiter*innen in diesen belastenden Grenzfällen eine Sicherheit geben.
3. Laufend werden Workshops für unsere Mitarbeiter*innen angeboten: In diesen zweistündigen Webinaren werden die rechtliche Situation, die Vorgehensweise zum Thema sowie Zeit für Reflexion ermöglicht, um Belastungen und Unsicherheit abzubauen.
4. Ein gemeinsames Ethikkomitee mit der Caritas der Erzdiözese Wien: Vertreten sind in unserem organisationsübergreifenden Ethikkomitee Führungskräfte aus Medizin, Pflege und Seelsorge, um alle Perspektiven für umfangreiche Fallbeleuchtungen zu ermöglichen und die gemeinsam getroffenen Maßnahmen zu tragen.

Die Casa ist als kirchliche Trägerin der Auffassung, dass es sich um individuelle Gewissensentscheidungen in konkreten Einzelfällen handelt. Als Unterstützung in der individuellen Abwägung der Beweggründe und Entscheidungsmöglichkeiten werden unsere Ethikbeauftragten und das Ethikkomitee einbezogen. Gemeinsam im Team und mit dem Ethikkomitee werden medizinische, psychosoziale, pflegerische und therapeutische Entlastungsmöglichkeiten geschaffen. Sollte sich ein*e Bewohner*in trotz intensiver Begleitung nicht für das Leben entscheiden können, wird dieser Wunsch und das Recht auf freie Selbstbestimmung akzeptiert, jedoch werden weitere Schritte zum assistierten Suizid nicht unterstützt.

Folgende Hilfestellungen werden seitens Casa Pflege ausgeschlossen:

- Jede Form der physischen Unterstützung durch unsere Mitarbeiter*innen bei der Durchführung lebensbeendender Maßnahmen (z. B. das Präparat zur Einnahme reichen).
- Die durchgehende Anwesenheit unserer Mitarbeiter*innen zum Zeitpunkt der Durchführung der Suizidhandlung bzw. der Handlung, die zum Tod führen soll.
- Beratung zur konkreten Umsetzung der assistierten Sterbehilfe sowie Weitergabe von Informationen zu Beratungsstellen oder gutachterlich tätigen Ärzt*innen.
- Herstellung des Kontakts zu Beratungsstellen oder gutachterlich tätigen Ärzt*innen.

Die Casa ist der festen Überzeugung, dass auch die letzten Tage des Lebens lebenswert gestaltet werden können und sehen es als unsere Aufgabe, die uns anvertrauten Personen pro-

3.19 Suizidassistenz in Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft – organisationsethische Herausforderungen

Personzentrierte Betreuung bis zum Lebensende

Seit 1. Jänner 2022 ist die assistierte Sterbehilfe in Österreich unter strengen Voraussetzungen gesetzlich erlaubt. Das neue Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Sterbeverfügungen. Damit bietet es entscheidungsfähigen Erwachsenen, die unter einer unheilbaren, zum Tod führenden oder einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leiden, die Möglichkeit, ihr Leben durch die Einnahme des letalen Präparats Natrium-Pentobarbital selbstständig zu beenden. Verbundene Hilfeleistungen, z. B. die Beschaffung oder Vorbereitung des Medikaments, sind bei der Durchführung der assistierten Sterbehilfe straffrei.

Wie geht die Casa Pflege mit dem Thema um?

Als Organisation in kirchlicher Trägerschaft steht die „Casa Pflege“ (mit Pflegehäusern in Wien und Niederösterreich) für das Leben, das es vom ersten bis zum letzten Atemzug zu achten und zu schützen gilt. Wie weit können wir als kirchliche Trägerin also mit Personen mitgehen, die diesen dauerhaften Wunsch des Suizids äußern? Caritas Österreich und die Österreichische Ordenskonferenz haben 2021 einen Orientierungsrahmen (OR) für den Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid erarbeitet, an dem sich auch die Casa Pflege orientiert. Assistierte Sterbehilfe kann kein Teil des Leistungsangebots der Casa Pflege sein. Es ist uns als Trägerin aber bewusst, dass Personen mit Situationen und existentieller Not konfrontiert sind, die ihnen ein Weiterleben als unerträglich erscheinen lassen und ihnen die Kraft des Weiterlebens nehmen (OR; Grundsatz 5) – was wir als Trägerin akzeptieren. Die Achtung der freien Selbstbestimmung unserer Bewohner*innen ist uns als Organisation wichtig, weshalb Sterbewünsche und die existenzielle Not, die in ihnen zum Ausdruck kommt, sehr ernst genommen werden. Dabei sind Gründe für die Beendigung des Lebens in Würde mannigfaltig und hängen von den Überzeugungen und Vorstellungen der einzelnen Person ab. Geäußerte Sterbewünsche können verschiedene Gründe haben, ein Hilferuf oder ein Symptom für tieferliegende Probleme sein oder auch zu einem Krankheitsbild gehören. Im Rahmen von palliativen Erstgesprächen werden häufig Ängste (u. a. vor Schmerzen, Atemnot, Kontrollverlust) aber auch Einsamkeit, Bedeutungslosigkeit, Beziehungsverlust oder „nicht zur Last fallen wollen“ genannt. Dies kann zu einer Sinnerschöpfung und Dynamik führen, das eigene Leben beenden zu wollen. Wir bemühen uns als Casa Pflege darum, Ursachen und Gründe für einen Wunsch nach assistiertem Suizid zu verstehen und damit professionell und differenziert umzugehen. Casa Pflege ist Teil des Projektes Hospizkultur & Palliative Care in Pflegeheimen (HPCPH) vom Dachverband Hospiz Österreich. Ziel ist es, eine kompetente, nachhaltige Hospiz- und Palliativversorgung anbieten zu können und unseren multiprofessionellen Teams eine qualifizierte Begleitung von Sterbenden zu ermöglichen. Es geht uns darum, eine vertrauensvolle Beziehung und offene Kommunikation zu schaffen, um Leid (körperlich, psy-

fessionell und nach Praxis der Hospiz- und Palliativ Care ganzheitlich zu betreuen. Sowohl Überlegungen über als auch eine getroffene Entscheidung für einen assistierten Suizid betreffen das gesamte Umfeld, weshalb wir Bewohner*innen, unseren Mitarbeiter*innen aber auch An- und Zugehörigen entsprechende Hilfestellung und Begleitung anbieten.

Fazit und Ausblick

Das Thema hat zu Verunsicherung unter Mitarbeiter*innen und zu einem großen Schulungsinteresse geführt. Hierbei war der offene und transparente Umgang mit der Thematik in der Organisation sowie das Setzen von Grenzen für das, wofür wir stehen und was wir für die Betroffenen tun können, hilfreich. Auch die Positionierung von Casa Pflege hat Klarheit und Sicherheit geschaffen, um Mitarbeiter*innen in ihren Sorgen und Ängsten abzuholen und diese abzubauen. Die Casa unterstützt Bewohner*innen, Mitarbeiter*innen sowie An- und Zugehörige bei Fragen. Eine Stärke von Casa Pflege – wir hören genau zu und begleiten personenzentriert bis zum Lebensende.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Offener, transparenter Umgang mit der Positionierung zur assistierten Sterbehilfe.
- Mitarbeiter*innen stärken sowie Sorgen und Belastungen abbauen (u. a. durch Wissensplattform mit nützlichen Informationen und FAQs, Workshops, detaillierter Casa-Prozessleitfaden zum Vorgehen bei dauerhaft bestehendem Wunsch nach assistiertem Suizid).
- Ansprechpersonen für Mitarbeiter*innen vor Ort (direkte Führungskraft, Ethikbeauftragte sowie Ethikkomitee) geben Klarheit.
- Multiprofessionelle Teams schaffen medizinische, psychosoziale, pflegerische und therapeutische Entlastungsmöglichkeiten für Personen mit dauerhaftem Suizidwunsch.
- Hintergründe beleuchten, warum eine Person ihr Leben beenden möchte und entsprechend darauf eingehen.
- Steigerung der Ressourcen für Suizidprävention und Palliative Care in Wien.

3.20 VSD Vorsorgedialog® – Ausgangslage

In den letzten Jahren hat sich die Betreuungssituation in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen gewandelt. Zunehmend ziehen Personen mit psychiatrischen Diagnosen und Menschen, die aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz oder einer Krebserkrankung im Spätstadium mit einer begrenzten Lebenszeit zu rechnen haben, in die Einrichtungen ein. Auch hat der Blick auf zukünftige Entwicklungen – insbesondere für Menschen mit Demenz und ihre Familien in der Frühphase der Erkrankung – keinen hohen Stellenwert (Bamford et al., 2018). Ein geringer Anteil der Bevölkerung trifft Vorsorge im Sinne der Errichtung einer Pa-

tientenverfügung oder Vorsorgevollmacht. Als Gründe dafür gelten unter anderem die hohen Errichtungskosten, der Wunsch nach Inanspruchnahme aller medizinisch verfügbaren Möglichkeiten oder die Delegation der Entscheidung an die Angehörigen (Republik Österreich Parliamentsdirektion, 2019; 17 ff.). Demgemäß erfolgt der Einzug in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung häufig ohne Vorsorgeplanung.

Nach Pilotierungen in den Vorjahren besteht in Österreich seit Juli 2020 die Möglichkeit, ein Kommunikationsinstrument zur vorausschauenden Betreuungs- und Behandlungsplanung, den VSD Vorsorgedialog® (VSD) in Alten- und Pflegeheimen, mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten sowie Arztpraxen anzubieten. Mit Juli 2022 steht eine aktualisierte Version zur Verfügung (Hospiz Österreich, 2022). Der VSD ist seit dem Erwachsenenschutzgesetz 2018 im § 239 Abs. 2 (ABGB) als Instrument, das Menschen dabei unterstützt, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, erwähnt. Ist eine Person zum Zeitpunkt des VSD-Gesprächs entscheidungsfähig, gilt der VSD als nicht verbindliche andere Patientenverfügung.

Ziel des VSD

Ziel des Dialoges ist es, die individuellen Wünsche und Vorstellungen zu einem guten Leben und einem würdevollen Sterben zu erheben, um unter anderem in Krisensituationen eine Entscheidungsgrundlage für die medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung entsprechend den Wünschen der betroffenen Person vorliegen zu haben. So sollen unter anderem belastende Krankenhauseinweisungen vermieden werden, die aufgrund von mangelnden Willensbekundungen auch insbesondere nachts oder am Wochenende erfolgen. Im Sinne eines ergebnisoffenen Sorge-Dialoges werden die relevanten Themen reflektiert, dokumentiert und wiederholt evaluiert, wobei immer der zuletzt geäußerte Wille gilt und jederzeit widerrufen werden kann. Sind Bewohner*innen nicht mehr in der Lage, im Rahmen des Gesprächs ihren Willen zu kommunizieren, ist das Ziel, den mutmaßlichen Willen zu ermitteln. Dies erfordert einen kontinuierlichen Gesprächsprozess zwischen den Betroffenen, ihren Vertrauenspersonen, ggf. Erwachsenenvertreter*innen, palliativmedizinisch geschulten Ärzt*innen sowie Pflegefachkräften mit palliativpflegerischer Kompetenz. Bei Bedarf können auch Angehörige anderer Disziplinen, wie z. B. Psycholog*innen oder Sozialarbeiter*innen, hinzugezogen werden.

Implementierungsprozess VSD

Als Voraussetzung zur Implementierung des VSD ist eine gute Hospizkultur in den Einrichtungen erforderlich. Dies wird durch die Umsetzung des Projektes Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim (HPCPH) in 21 Langzeitpflegeeinrichtungen in Wien gewährleistet. Für Heime ohne HPCPH erfolgt die Beurteilung anhand eines Kriterienkataloges, herausgegeben vom Dachverband Hospiz Österreich. Die Implementierung des VSD erfolgt im Rahmen eines strukturierten Einführungs- und Organisationsentwicklungsprozesses.

In einem ersten Informations- und Abstimmungsgespräch mit den Verantwortlichen der Einrichtung werden Strukturen und Abläufe, Rollen und Aufgaben sowie die entsprechenden Verantwortlichkeiten geklärt und festgelegt. Den nächsten Schritt stellt die Vermittlung dieser

Inhalte in einer zumindest sechstündigen Schulung der durchführenden Pflegepersonen und Mediziner*innen dar. In diesem Workshop werden insbesondere auch die zentralen Inhalte des Instrumentes und die Anwendung unter den gegebenen Rahmenbedingungen erläutert und im Sinne eines Probehandelns geübt. Als wichtiges Element gilt eine Startveranstaltung, die den Bewohner*innen der Einrichtung, den An- und Zugehörigen, den Pflegepersonen, Ärzt*innen sowie freiwilligen Mitarbeiter*innen und externen Partner*innen die Inhalte des VSD vorstellt. Dies ist insbesondere für die Zusammenarbeit mit den Rettungsorganisationen von Bedeutung, da der VSD in Krisensituationen als Entscheidungsgrundlage herangezogen wird. Nach dem Start in die Praxis erfolgt innerhalb eines Jahres die Reflexion mit allen Mitarbeiter*innen, die den VSD organisieren, moderieren, dokumentieren und evaluieren.

Voraussetzungen für die Durchführung sind neben der fachlichen Qualifikation ausreichende Kommunikations- und Moderationskompetenzen der Fachkräfte. Als bedeutender Faktor ist auch die Sprachkompetenz zu werten, da es in diesen sensiblen Gesprächen besonders wichtig ist, Begriffe achtsam auszuwählen. So können Auslöser von Unsicherheit und Sorgen bei den Betroffenen vermieden werden.

Ansprechpartner*innen für den Implementierungsprozess sind bundesweit die landeskoordinierenden Hospizstellen. Aufgrund organisatorischer Veränderungen im Dachverband Hospiz Österreich und einer fehlenden Landesorganisation, ist für Wien bis dato nicht geklärt, wer in Zukunft Ansprechpartner*in für diesen Prozess sein wird. Somit ist zum aktuellen Zeitpunkt die Implementierung des VSD für neue Einrichtungen nicht möglich.

Der VSD in der Praxis

Mit Ende 2022 bieten in Wien acht Langzeitpflegeeinrichtungen den VSD an, wovon in der Pilotphase von 2017 bis 2019 in sechs Einrichtungen die Umsetzung nach den Qualitätskriterien des Dachverbandes Hospiz Österreich erfolgt. Eines dieser Kriterien ist die durchgängige Anwesenheit eines*r palliativmedizinisch ausgebildeten Mediziner*in im Gespräch.

Im Setting der Grundversorgung ist insbesondere die Palliative Geriatrie in der Betreuung und Begleitung der oftmals multimorbiden und hochaltrigen Bewohner*innen und ihrer An- und Zugehörigen eine wichtige Grundlage der täglichen Arbeit. Dabei stehen die höchstmögliche individuelle Lebensqualität und Maßnahmen, die ein Sterben in Würde ermöglichen, im Zentrum. Geprägt wird diese Arbeit vom Respekt vor der Selbstbestimmung der Bewohner*innen. In der Praxis zeigt sich dafür der VSD Vorsorgedialog® als DAS Instrument des geriatrischen Betreuungsprozesses für eine qualitätsvolle Betreuung in den Einrichtungen. Das mit wenigen Ausnahmen zu setzende, verpflichtende Angebot des VSD trägt wesentlich dazu bei, die Qualitätsentwicklung und insbesondere die Umsetzung der Palliativen Geriatrie in den Wohn- und Pflegeheimen zu fördern. Ein wesentlicher Aspekt im Gesprächsprozess ist dabei die Begleitung der Bewohner*innen und ihrer An- und Zugehörigen auf dem Weg hin zu einem definierten kurativen oder palliativen Therapieziel. Der VSD fordert die Mediziner*innen in der wichtigen Frage nach dem Therapieziel und fördert damit Maßnahmen, die sich an der Indikation und am Willen der Betroffenen orientieren.

Als eine von acht Einrichtungen in Wien setzte das Caritas Pflegewohnhaus St. Barbara den VSD von 2017 bis 2019 in zwei Wohnbereichen um. Schrittweise wurde die Implementierung bis 2022 auf sechs Wohnbereiche ausgedehnt. Mit weiteren zwei Wohnbereichen wird der Implementierungsprozess im gesamten Haus im Sommer 2023 abgeschlossen sein. Für die Durchführung steht ein Palliativmediziner auf Honorarbasis für vier bis sieben Stunden pro Woche zur Verfügung. Allen Bewohner*innen und auf ihren Wunsch hin auch den An- und Zugehörigen sowie gegebenenfalls den entscheidungsbefugten Vertreter*innen wird innerhalb von acht bis zwölf Wochen nach dem Einzug ein Angebot unterbreitet, sich in Sorgegesprächen mit einer Pflegefachkraft und einem Palliativmediziner über ihre Vorstellungen eines guten Lebens und Wünsche für die letzte Lebensphase zu befassen. Der Zeitpunkt des Angebotes wird individuell abgestimmt und kann auch früher oder später gewählt werden. Wichtig ist, dass die Bewohner*innen ihre Autonomie wahren, das Gesprächsangebot auch ablehnen und sich zu gegebener Zeit oder auch nicht bzw. nicht in dieser Form mit dem Thema auseinandersetzen können. Relevante Willensäußerungen der Bewohner*innen in Bezug auf physische, psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse werden erhoben. Dies betrifft Themen wie:

- Wer soll für mich entscheiden, wenn ich es nicht mehr kann?
- Was bedeutet Lebensqualität für mich?
- Was wäre wichtig, wenn meine Zeit begrenzt wäre?
- Möchte ich über eine Sonde (PEG-Sonde) ernährt werden, wenn ich nicht mehr ausreichend essen kann?
- Welche Nebenwirkungen haben Schmerzmedikamente?
- Wer soll mich begleiten, wenn meine Kräfte schwinden?
- Welche Wünsche habe ich für die Zeit nach meinem Tod?
(z. B. Rituale? Begräbnis? Abschiedsfeier?)

Insbesondere auch das Vorgehen in Krisensituationen, wie z. B. Krankenhauseinweisung im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf und Wiederbelebungsversuche, wird reflektiert und bei entsprechenden Entscheidungen in einem Krisenblatt dokumentiert.

Der Dialog verläuft in einem stufenartigen Prozess. Bereits beim Einzug erhalten die Bewohner*innen sowie ihre An- und Zugehörigen eine allgemeine Information über das zukünftige Vorsorgeangebot. Elementar ist, den richtigen Zeitpunkt zu finden und das Angebot an die Betroffenen und insbesondere die An- und Zugehörigen mit großem Fingerspitzengefühl auszusprechen. Wird die Einladung zu fordernd erlebt oder werden Gesprächsinhalte vorab zu detailliert geschildert, werden fehlende Bereitschaft oder große Sorgen, sich dem Thema zu stellen, erlebt. Gibt es nur allgemeine Informationen, wird die Thematisierung des konkreten Lebensendes im Gespräch als überraschend, im negativen Sinne, wahrgenommen.

An- und Zugehörige sind in diesem Prozess, insbesondere wenn die Erkrankung so weit fortgeschritten ist, dass die betroffenen Personen nicht mehr äußerungsfähig sind, besonders gefordert sich einzubringen. Dies ist ein belastender Prozess, da das Fortschreiten von bestehenden Erkrankungen mit Einschränkungen und Herausforderungen in allen Dimensionen

des menschlichen Seins verbunden ist. Im Zuge der Covid-19 Pandemie wurden die Kommunikationsmittel in den Einrichtungen an die jeweilige individuelle Situation angepasst und so werden auch Vorsorgegespräche im Rahmen von Online-Kommunikation oder per Telefon angeboten.

Erkenntnisse

In hohem Ausmaß sind in den Einrichtungen eine zentrale Koordinationsstelle und die Wohnbereichsleiter*innen als Motor für einen gelingenden Prozess verantwortlich. Die Durchführungsverantwortung liegt unter Beiziehung von Palliativmediziner*innen bei den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP). Zumeist sprechen sie als Bezugspflegepersonen die Einladung aus und führen im Vorfeld des VSD ausführliche Aufklärungsgespräche mit orientierten Bewohner*innen. Es zeigt sich, dass eine immer wiederkehrende Alltagskommunikation zum Thema, insbesondere mit An- und Zugehörigen, ein wichtiges Element des Prozesses ist. Diese zeitintensive Begleitung und eine fundierte Vor- und Nachbereitung sowie Steuerung des Prozesses einer strukturierten An- und Zugehörigenbegleitung im Rahmen des VSD braucht allerdings verstärkt Ressourcen an geschulten Mitarbeiter*innen.

Die Basis für einen gelingenden VSD ist die aktive Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams mit Bewohner*innen und An- und Zugehörigen auf Augenhöhe. Handlungsleitend in den Gesprächen sind die Bedürfnisse der Betroffenen. Bei Bedarf werden mehrere Gespräche geführt, um diesen entsprechen zu können. Es erfordert eine fragende, empathische Haltung und besondere Moderationskompetenzen der Fachkräfte, um die Gesprächspartner*innen gekonnt durch das sensible Themenfeld zu navigieren und die Beziehung zu gestalten.

Um den besonderen Anforderungen in den VSD-Gesprächen gewachsen zu sein, sind zusätzliche Kommunikations- und Moderationsschulungen für die durchführenden Pflegekräfte von Bedeutung. Außerdem hat sich ein Tandemsystem in den Gesprächen als vorteilhaft erwiesen. Dabei nehmen zusätzlich zu qualifizierten Pflegepersonen weniger erfahrene Pflegekräfte an den VSD-Gesprächen als Lernende teil, um so einen Wissenstransfer zu ermöglichen. Wichtig ist die Integration des VSD-Dokumentes in die Bewohner*innendokumentation und Weitergabe der wesentlichen Informationen aus dem VSD-Gespräch im Betreuungsteam, um im Bedarfsfall die erforderlichen Schritte setzen zu können. Das Krisenblatt des VSD wird von Mediziner*innen als hilfreiche Entscheidungsgrundlage in Notsituationen erlebt und bei einer Krankenhaustransferierung auch ins Krankenhaus mitgegeben.

Die Anwendung des VSD ermöglicht im Betreuungsprozess und insbesondere in Krisen eine Orientierung an der Indikation und am Willen der Betroffenen. Bewohner*innen wie An- und Zugehörige fühlen sich in ihren Bedürfnissen ernst genommen. Sie formulieren häufig, froh über das erfolgte Vorsorgegespräch zu sein. Für die Betreuenden bietet das Wissen um die Wünsche der Bewohner*innen in Krisensituationen und insbesondere auch in der Sterbephase ein Gefühl der Sicherheit in der Umsetzung von Maßnahmen. Fühlen sich An- und Zugehörige im Sinne von guter Hospizkultur in die Betreuung eingebunden und vorbereitet, wird ein gutes Abschiednehmen in Würde möglich.

Bislang wird der VSD von den Pflegeeinrichtungen finanziert. Das ab dem Jahr 2022 geltende Hospiz- und Palliativfondsgesetz sieht Zweckzuschüsse an die Länder zur finanziellen Unterstützung eines bedarfsgerechten und nach einheitlichen Kriterien organisierten Hospiz- und Palliativversorgungsangebotes und explizit in § 4 Abs. 1 Z 5 erwähnt auch für den VSD vor.

Eine Regelfinanzierung der VSD-Pilotprojekte und eine breite Ausrollung für alle Bewohner*innen in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen sowie in den Arztpraxen ist bislang jedoch noch nicht geklärt. Diese Tatsache bedarf einer dringlichen Lösung in Zusammenarbeit aller Stakeholder, um die Vertiefung der Hospizkultur und palliativen Kompetenz nachhaltig in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen zu verankern.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Bereitstellung von finanziellen Ressourcen zur Etablierung eines proaktiven „Early Palliative Care“ Angebotes für Menschen mit Demenz und ihre Familien.
- Regelfinanzierung zur Umsetzung des VSD Vorsorgedialogs® und Etablierung einer strukturierten An- und Zugehörigenbegleitung in den Wohn- und Pflegeheimen – Umsetzung des Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPalFG) – sowohl mit Blick auf das Pflegefachpersonal der Einrichtungen als auch mit Blick auf die teilnehmenden Mediziner*innen.
- Etablierung der Langzeitpflegeeinrichtungen als Kompetenzzentren sowie Anlaufstelle für „Dementia Care“ und Vorsorge für Betroffene und An- und Zugehörige im Rahmen einer „Caring Community“.
- Finanzierung und Unterstützung des träger*innenübergreifenden Austauschs, der Vernetzung und Weiterentwicklung der Kooperation rund um das Projekt Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim und VSD Vorsorgedialog® im Rahmen der Zusammenarbeit der aktiven Organisationen im Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen.
- Verbreiterung des palliativ orientierten Weiterbildungsangebots für praktische Ärzt*innen, damit diese vermehrt den VSD Vorsorgedialog® mitgestalten können.

Literaturverzeichnis:

Bamford, C. et al. (2018). What enables good end of life care for people with dementia? A multi-method qualitative study with key stakeholders. In *BMC Geriatrics*, 18 (302), 1-15.

Hospiz Österreich (2022). VSD Vorsorgedialog®. Ein Instrument der vorausschauenden Planung für Alten- und Pflegeheime, mobile Pflege- und Betreuungsdienste und Arztpraxen. Vom Beirat am 25. Mai 2022 verabschiedet, 1-35.

RIS (Rechtsinformationssystem des Bundes) (2018). § 239 ABGB. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40193045/NOR40193045.pdf> [12.01.2023].

Republik Österreich Parlamentsdirektion (2019). Kurzstudie des Budgetdienstes. Auswirkungen des Patientenverfügungs-Gesetzes auf einkommensschwache Bevölkerungsschichten.

fessionell und nach Praxis der Hospiz- und Palliativ Care ganzheitlich zu betreuen. Sowohl Überlegungen über als auch eine getroffene Entscheidung für einen assistierten Suizid betreffen das gesamte Umfeld, weshalb wir Bewohner*innen, unseren Mitarbeiter*innen aber auch An- und Zugehörigen entsprechende Hilfestellung und Begleitung anbieten.

Fazit und Ausblick

Das Thema hat zu Verunsicherung unter Mitarbeiter*innen und zu einem großen Schulungsinteresse geführt. Hierbei war der offene und transparente Umgang mit der Thematik in der Organisation sowie das Setzen von Grenzen für das, wofür wir stehen und was wir für die Betroffenen tun können, hilfreich. Auch die Positionierung von Casa Pflege hat Klarheit und Sicherheit geschaffen, um Mitarbeiter*innen in ihren Sorgen und Ängsten abzuholen und diese abzubauen. Die Casa unterstützt Bewohner*innen, Mitarbeiter*innen sowie An- und Zugehörige bei Fragen. Eine Stärke von Casa Pflege – wir hören genau zu und begleiten personenzentriert bis zum Lebensende.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Offener, transparenter Umgang mit der Positionierung zur assistierten Sterbehilfe.
- Mitarbeiter*innen stärken sowie Sorgen und Belastungen abbauen (u. a. durch Wissensplattform mit nützlichen Informationen und FAQs, Workshops, detaillierter Casa-Prozessleitfaden zum Vorgehen bei dauerhaft bestehendem Wunsch nach assistiertem Suizid).
- Ansprechpersonen für Mitarbeiter*innen vor Ort (direkte Führungskraft, Ethikbeauftragte sowie Ethikkomitee) geben Klarheit.
- Multiprofessionelle Teams schaffen medizinische, psychosoziale, pflegerische und therapeutische Entlastungsmöglichkeiten für Personen mit dauerhaftem Suizidwunsch.
- Hintergründe beleuchten, warum eine Person ihr Leben beenden möchte und entsprechend darauf eingehen.
- Steigerung der Ressourcen für Suizidprävention und Palliative Care in Wien.

3.20 VSD Vorsorgedialog® – Ausgangslage

In den letzten Jahren hat sich die Betreuungssituation in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen gewandelt. Zunehmend ziehen Personen mit psychiatrischen Diagnosen und Menschen, die aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz oder einer Krebserkrankung im Spätstadium mit einer begrenzten Lebenszeit zu rechnen haben, in die Einrichtungen ein. Auch hat der Blick auf zukünftige Entwicklungen – insbesondere für Menschen mit Demenz und ihre Familien in der Frühphase der Erkrankung – keinen hohen Stellenwert (Bamford et al., 2018). Ein geringer Anteil der Bevölkerung trifft Vorsorge im Sinne der Errichtung einer Pa-

Verfügbar unter: https://www.parlament.gv.at/dokument/budgetdienst/anfragebeantwortungen/BD_-_Kurzstudie_zu_den_Auswirkungen_des_PatVG_auf_einkommensschwache_Bevölkerungsschichten.pdf [12.01.2023].

RIS (Rechtsinformationssystem des Bundes) (2022). BGBl. I Nr. 29/2022. Bundesgesetz über die Einrichtung eines Hospiz- und Palliativfonds und über die Gewährung von

Zweckzuschüssen an die Länder zur finanziellen Unterstützung der Hospiz- und Palliativversorgung ab dem Jahr 2022 (Hospiz- und Palliativfondsgesetz – HosPalFG) Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2022_I_29/BGBLA_2022_I_29.pdf [16.08.2022].

3.21 Niederschwellige Beratungsangebote – was bewegt die Menschen? Mobile Beratung „Mitten in Wien“ des Fonds Soziales Wien

Beratung zu Pflege und Betreuung

Die Angebote des Fonds Soziales Wien (FSW) entwickeln sich stetig weiter. Um dem Informationsbedarf der Wiener Bevölkerung zu den vorhandenen Angeboten nachzukommen, entstand die Initiative für die Mobile Beratung „Mitten in Wien“. Mit diesem Service soll der direkte Kontakt mit den Menschen in Wien hergestellt werden.

Die Mobile Beratung bietet Beratungen im unmittelbaren Wohn- und Lebensumfeld der Wiener Stadtbevölkerung in Einkaufszentren, Gesundheitszentren, Banken und Supermärkten an. Das Angebot dient als zusätzliche Anlaufstelle zu den gegebenen Möglichkeiten, um mit dem FSW in Kontakt zu treten. Als direktes niederschwelliges Angebot für die Menschen in Wien ist der FSW somit greifbarer und noch leichter erreichbar.

Dem FSW ist es ein Anliegen, auch den Teil der Wiener Bevölkerung zu erreichen, der bisher nicht den Weg in ein Beratungszentrum gefunden hat oder unter Umständen dieses gar nicht aufsuchen kann. Die Interessent*innen erhalten auf diese Weise ein umfassendes Beratungsservice ohne mühsame Anfahrtswege in Kauf nehmen zu müssen.

Die Mobile Beratung dient als Erstkontaktmöglichkeit für die Menschen in Wien über alle Kund*innenservice-Bereiche hinweg. Durch die Kernkompetenz der Mitarbeiter*innen vor Ort sind eine umfassende Beratung sowie ein persönlicher und proaktiver Zugang zu den Menschen gewährleistet.

Ein Großteil der Interessent*innen hat Fragen zu Pflege und Betreuung oder ist auf der Suche nach Lösungen für konkrete Problemstellungen für sich selbst oder Angehörige in diesem Bereich. Darüber hinaus beauskunfteten die Mitarbeiter*innen der Mobilen Beratung zu Themen der anderen Kund*innenservice-Bereiche wie zum Beispiel Behindertenhilfe oder Grundversorgung sowie des gesamten Wiener Sozialwesens.

Häufige Anfragen gab es auch zu finanziellen Hilfe- und Unterstützungsangeboten aufgrund der gestiegenen Lebenshaltungskosten.

Im Zeitraum von April bis Dezember 2022 konnten rund 1.970 Beratungen durchgeführt und Anfragen beantwortet werden.

Bemerkenswert ist die unkomplizierte Zusammenarbeit mit den Kooperationspartner*innen, die überwiegend kostenlos Geschäftsflächen für den Beratungsstand zur Verfügung stellen.

Die Wiener Bevölkerung nimmt das Beratungsangebot „Mitten in Wien“ sehr gut an. Aufgrund der Bekanntgabe auf der Website des FSW und anderer Werbemaßnahmen waren die Standorte 2022 gut frequentiert. Termine sind auf www.fsw.at, in U-Bahnstationen, in verschiedenen Printmedien und auf Facebook zu finden.

Ein häufiges Feedback der Interessent*innen war, dass sie es toll finden, spontan und ohne Termin Erstinformationen oder auch ausführliche Beratungen zu erhalten.

Das Motto des FSW wird mit der Mobilen Beratung umgesetzt: „Wir sind auf allen Wegen erreichbar – so, wie es für unsere Kund*innen am einfachsten ist!“

Die Wiener Heimkommission begrüßt die gesetzten Maßnahmen, um der Wiener Bevölkerung ein niederschwelliges Beratungsangebot über Pflege- und Betreuungsleistungen im eigenen Lebensumfeld anbieten zu können.

3.22 Ergebnisse der Kund*innen- und Angehörigenbefragung zur Zufriedenheit mit den Angeboten zu „Wohnen und Pflege“ 2022

Im Frühjahr 2022 führte der Fonds Soziales Wien (FSW) zum fünften Mal eine Kund*innen- und Angehörigenbefragung zur Zufriedenheit mit den Angeboten zu „Wohnen und Pflege“ durch. Dabei wurden die Kund*innen und Angehörigen mittels schriftlicher Fragebögen befragt. Insgesamt wurden 4.946 Kund*innen-Fragebögen und 1.324 Angehörigen-Fragebögen ausgewertet.

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

Hier die zentralen Ergebnisse aus dem Kund*innenbefragungsteil:

- 85 % der Kund*innen sind mit ihrem Wohn- und Pflegehaus insgesamt zufrieden.
- 86 % der Kund*innen sind mit den Mitarbeiter*innen in ihrem Wohn- und Pflegehaus zufrieden.
- 88 % der Kund*innen sind mit der Ausstattung ihres Wohn- und Pflegehauses zufrieden.
- 85 % der Kund*innen sind mit der Pflege und Betreuung zufrieden.
- 66 % der Kund*innen sind mit dem Essen zufrieden.
- 63 % der Kund*innen geben an, dass sich ihr Wohlbefinden durch den Aufenthalt im Wohn- und Pflegehaus verbessert hat.
- 73 % der Kund*innen beurteilen den Kostenbeitrag als fair und angemessen.
- 86 % der Kund*innen sind mit dem FSW zufrieden.

Eine Analyse der Ergebnisse zeigt die Stärken und Verbesserungspotentiale aus Sicht der Kund*innen sowie An- und Zugehörigen:

Besonders zufrieden zeigen sich die Befragten mit den Möglichkeiten, an die frische Luft zu kommen, mit der Sauberkeit und Hygiene, mit der Ausstattung der Wohn- und Pflegehäuser sowie mit den Portionsgrößen beim Essen. Hinsichtlich des Essens gibt es bei den Kund*innen allerdings Kritikpunkte, die den Geschmack, eine zu geringe Abwechslung und die Temperatur des Essens betreffen. Auch bei den Aktivitäten außer Haus zeigt sich ein Verbesserungspotential.

Die Befragten schätzen die Freundlichkeit des Pflegepersonals und der Ärzt*innen. Sie berichten, dass die individuellen Bedürfnisse wahrgenommen werden und dass Fragen verständlich beantwortet werden. Eher kritisch zeigen sie sich, wenn es um die Häufigkeit der Betreuung durch Ärzt*innen und um die Zeit, die diese Betreuung dauert, geht. Auch mit dem Therapieangebot sind die Befragten im Vergleich eher weniger zufrieden.

Bei den Fragen zum FSW Wien wird vor allem die Freundlichkeit der Mitarbeiter*innen hervorgehoben. Zudem sehen die beiden befragten Gruppen die Zeit, die sich die Mitarbeiter*innen für das Beratungsgespräch genommen haben, als ausreichend an. Verbesserungspotential sehen die Kund*innen und die Angehörigen bei Themen wie Innovation, Effizienz, Transparenz und Schnelligkeit.

Ganz generell ist jedoch zu betonen, dass die Fragen und Themen bei den Verbesserungspotenzialen insgesamt gut bewertet wurden. Nur der Vergleich zu den Top-Werten bei den Stärken lässt die Definition als Verbesserungspotenzial zu.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die durch den Fonds Soziales Wien regelmäßig durchgeführten Befragungen von Kund*innen und Angehörigen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit und Lebensqualität, welche einen integralen Baustein der kontinuierlichen Verbesserung des Leistungsangebotes darstellen. Die in Folge stattfindende Auseinandersetzung mit den Ergebnissen trägt zur Qualitätsverbesserung in den Einrichtungen bei.

3.23 Ethik, Unter- und Überversorgung, Be- und Entschleunigung

“When a physician realizes that the care being provided to a patient is futile, he has an ethical obligation to intervene and ensure that such care is not continued, and the patient is managed in such a way as to keep them comfortable.” (O’Connor 2011) Siehe zu diesem und weiteren Zitaten die angeschlossene Literaturliste.

Einleitung

Die erstaunlichen technischen, diagnostischen und therapeutischen Erfolge der Medizin in den letzten Jahrzehnten haben zu einer fundamentalen Änderung des Machbaren in der Akutversorgung geführt. Geriatrische Patient*innen sind in diesem Rahmen besonders vulnerabel: Einerseits aufgrund ihrer zunehmenden Multimorbidität und Frailty, andererseits, da sie sehr

große Gefahr laufen, die Achtung vor ihrer Persönlichkeit im System Akutkrankenhaus – das in der Regel unter großem Zeitdruck arbeitet und entscheidet – zu verlieren. Die medizinische Herausforderung ist oft mit ethischen Problemen im Grenzbereich zwischen Leben und Tod gekoppelt. Multimorbide, gebrechliche (frail) Patient*innen, die im Akutkrankenhaus aufgenommen werden, bedürfen einer besonderen Fürsorge, um das Risiko der Destabilisierung während und nach dem Aufenthalt so gering wie nur möglich zu halten.

Bevor überhaupt überlegt werden kann, an welchen Punkten es eine therapeutische Über- oder Unterversorgung im geriatrischen Notfall geben könnte, sollte zuerst klar definiert werden, was unter angewandter Ethik verstanden werden soll und was die vier ethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress sind, die die Basis für die Ethik in der Medizin darstellen.

Die angewandte Ethik

Die angewandte Ethik ist ein Bereich der Allgemeinen Ethik und wird von Pieper und Thurnherr als eine „praktische Grundlagenwissenschaft“ dargestellt, deren Ziel eine „Bereitstellung eines Begriffs- und Methodeninstrumentariums“ ist, „mit dessen Hilfe sie in grundsätzlicher Weise die fundamentalen Probleme der Moral erörtert“. (Pieper u. Thurnherr 1998)

Die Forderung nach Unterstützung von Seiten der Ethik ist in den letzten Jahrzehnten immer stärker geworden. Die Ursachen dafür sind reichhaltig, einige der wichtigsten Gründe sind erstens die zunehmende Säkularisierung, zweitens die Pluralisierung der Wertvorstellungen (mit den beiden Punkten ging auch eine stärkere gesellschaftliche Diskussion ethischer Fragestellungen einher) und drittens der technische Fortschritt. In Anbetracht der enorm gestiegenen Aussichten des Machbaren entstehen völlig neuartige, bislang unbekannte Probleme. Zum Beispiel in der Medizinethik: Bis noch vor wenigen Jahrzehnten war die Medizin fast nur mit Heilen, mit der Rettung des Lebens beschäftigt, ethische Fragestellungen rankten sich folglich etwa um Probleme der medizinischen Forschung oder der Behandlungsmethoden. Diese Probleme sind zwar noch immer vorhanden, aber zahlreiche neue, ausgelöst durch die Evolution medizinisch-technischer Möglichkeiten, sind vorgerückt, wie etwa

- einerseits die Frage der gerechten Mittelverteilung im Gesundheitswesen. „Vor allem der medizinisch-technische Fortschritt mit neuen, häufig kostspieligen Diagnose- und Therapieverfahren führt zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, der jedoch grundsätzlich begrenzte Ressourcen gegenüberstehen.“ (Wiesing u. Marckmann 2002)
- und andererseits die Fragen der Therapiebegrenzung: Hier geht es um das Lebensende und damit die Frage, welche medizinischen (und pflegerischen) Maßnahmen bei einem Sterbenden noch legitim sind und welche nicht. Die Problematik entsteht hier, da der geriatrische Notfallpatient selbst oftmals nicht mehr gefragt werden kann, sein Wille aber nicht bekannt ist, oft ist die Frage der Nützlichkeit einer Notfallbehandlung alles andere als gewiss. Dazu kommen Entscheidungsfragen wie jene, ob ein früher geäußelter oder aber mutmaßlicher Wille dem aktuellen Willen entspricht. Die ethische Frage, ob bzw. ab wann man einen Menschen sterben lassen darf, obwohl man ihn mit medizinischen Interventionen am Leben erhalten könnte, ist eine, die man sich erst im letzten Jahrhundert in dieser Dringlichkeit erstmals stellen musste.

Die erste Frage, die geklärt werden muss, ist, unter welchen Voraussetzungen es statthaft ist, eine medizinische therapeutische Maßnahme zu setzen, durchzuführen und zu beenden. Die anerkannte prinzipienorientierte Ethik in der Medizin ist die von Beauchamp und Childress, die mit Fokus auf Anwendungsfragen entwickelt und erstmals 1977 publiziert wurde. Die Ausgangsdisziplin der prinzipienorientierten Ethik von Beauchamp und Childress war und ist die Medizinethik, das Modell basiert auf vier Prinzipien:

- **Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung:** Respekt vor der Selbstbestimmung bedeutet so viel wie Anerkennung der Entscheidungskompetenz von Patient*innen. Etwas konkreter bedeutet es in einer Minimalbestimmung, das Recht dieser Person anzuerkennen, Ansichten/Meinungen zu vertreten, Entscheidungen zu treffen (d. h. zwischen Alternativen zu wählen) und Handlungen aufgrund von persönlichen Werten und Überzeugungen zu tätigen. Die Einwilligungsfähigkeit mag zwar bei geriatrischen Patienten oft nur graduell vorhanden sein, aber eine kognitive Beeinträchtigung (Demenz) bedeutet noch lange nicht, dass der hochbetagte multimorbide Patient kein Recht auf eine der Situation angepasste Patientenaufklärung hat. Das Syndrom Demenz schließt nicht automatisch die Fähigkeit selbständig zu verstehen, zu wählen oder zu entscheiden aus. (Beauchamp u. Childress 2009)

Aus dem Prinzip der Selbstbestimmung kann die Regel des Informed Consent abgeleitet werden. Die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung ist nicht mehr ausschließlich Sache des Arztes, sondern muss gemeinsam mit dem Patienten gefällt werden, ganz im Sinne des Informed Consent:

„In Bezug auf die Selbstbestimmung der Patienten hat sich in der Nachkriegsgeschichte wohl der bedeutendste Wandel ergeben. Im Zweifelsfall nimmt der Wille des Patienten einen höheren Rang ein als sein Wohl.“ (Wiesing u. Marckmann 2002, 270)

- **Prinzip des Nichtschadens:** Die Verpflichtung, Schaden und Leid beim Patienten zu vermeiden. (Beauchamp u. Childress 2009)
- **Prinzip des Wohltuns:** Gebot, zum Wohl des Patienten zu handeln und Nutzen gegen Risiken und Kosten abzuwägen. (Beauchamp u. Childress 2009)
- **Prinzip der Gerechtigkeit:** faire Verteilung von Nutzen, Risiken und Kosten; hier ist natürlich vor allem das Gesundheitswesen angesprochen. (Beauchamp u. Childress 2009)

Diese vier Prinzipien sind gleichwertig und von mittlerer Reichweite: Es handelt sich also um einen pluralistischen Ansatz. Mit ihnen ist, nach den Autoren, so etwas wie ein Rohgerüst, eine Grundlage für ethische Beurteilungen formuliert worden. Es ist aber klar, dass konkrete Handlungsanweisungen auch aus diesen Prinzipien noch nicht ohne Weiteres gewonnen werden können, dafür sind sie noch zu abstrakt. Eine zentrale Rolle für die Abwägungsentscheidungen spielt die Kontextbezogenheit, d. h. eine sehr genaue Kenntnis der Notfallsituation und der Geriatrie.

Aus diesen vier Prinzipien leiten sich drei Legitimationsvoraussetzungen ab, die alle erfüllt werden müssen, bevor eine medizinische und/oder pflegerische diagnostische und therapeutische Maßnahme initiiert werden kann:

1. Die Maßnahme soll den Patient*innen insgesamt mehr nutzen als schaden
2. Der*die Patient*in muss nach Aufklärung der Maßnahme zustimmen
3. Die Maßnahme muss medizinischen (und pflegerischen) Standards entsprechen, sie muss „lege artis“ sein. (Marckmann 2010)

Ethische Entscheidungen in konkreten Fällen – wie vorgehen?

Nach Erich Loewy geht es vor allem darum, Fragen zu stellen und nicht fixe Anleitungen, quasi Kochbuchrezepte, für die speziellen Situationen, die ein ethisches Problem darstellen zu erwarten. Die Fragestellung kann strukturiert und systematisch sein, dadurch wird auch die individuelle Entscheidung leichter fallen und eher richtig sein (Loewy 1995).

Zwei Fragen sollten zunächst geklärt werden:

1. Wer ist berechtigt, eine Entscheidung zu treffen?
2. Um wen geht es eigentlich? Wer wird überhaupt behandelt?
Wer wünscht die Behandlung?

Loewy gebraucht für die Illustration der ethischen Entscheidungsfindung die Metapher der Reiseplanung. Der Ethiker agiert dabei wie ein Reiseberater mit drei Fragen in einer logischen, fixen Reihenfolge (Loewy 1995):

- Die erste Frage „Wo befinden wir uns?“ will erkunden, wo die Reise beginnen soll. Diese „Status quo“ Frage ist hauptsächlich eine medizintechnische. Ärzt*innen, Pflegepersonen, Therapeut*innen informieren über die aktuelle Situation: die Diagnose, die Prognose, noch zu klärende Probleme. Der*die Ethiker*in muss sicher sein, dass wirklich Expert*innen die Fragen beantwortet haben und dass der Patient und die Angehörigen informiert wurden. Bei Uneinigkeit des Teams in sachlichen Fragen können auch die besten Ethiker*innen nicht helfen. Gute Ethik beginnt mit guten Fakten.
- Die zweite Frage „Wo wollen wir hin?“ – die „Quo vadis“ Frage – ist nur relativ wenig medizintechnisch. Der*die Ärzt*in erstellt die Prognose, sagt, was im besten und was im wahrscheinlichsten Fall geschehen wird. Es ist hauptsächlich eine biografische Frage: individuelle Werte, Lebensgeschichte, Lebensziele der Patient*innen bestimmen die Antwort.
- Die dritte Frage „Wie kommen wir zum gewünschten Ziel?“ ist eine nach den Mitteln zum Erreichen des Ziels. Sie ist eine „technische“ Frage (z.B.: „Sollen wir eine PEG-Sonde legen?“), mit der allzu oft fälschlich begonnen wird, bevor geklärt wurde, wohin es überhaupt gehen soll.

Die Verbindung zwischen diesen 3 Punkten (Fakten, Ziel und Mittel zum Erreichen des Ziels) wird so relativ einfach zu machen sein. Bei fraglicher Urteilsfähigkeit bzw. Entscheidungskompetenz, z.B. bei kognitivem Defizit, gelten als Vorbedingungen für die Annehmbarkeit einer Entscheidung:

- ausreichendes Wissen
- genug Zeit zum Überlegen
- Authentizität
- Fehlen von äußerem (sozialem) Druck oder Zwang.

Für die Annehmbarkeit eines Entschlusses gelten folgende Kriterien:

- der*die Patient*in muss die Fakten verstehen
- er*sie muss die Optionen bei Behandlung u. Nichtbehandlung verstehen
- er*sie muss klar und deutlich sagen können, welche der Optionen er*sie bevorzugt
- er*sie muss eine Erklärung (warum er*sie das eine oder das andere vorzieht) im Einklang mit den eigenen Werten geben können. Es ist gleichgültig, ob man selbst damit übereinstimmt oder nicht.

Beim Fehlen von Entscheidungsfähigkeit bzw. kognitiver Kompetenz hilft die Frage nach dem mutmaßlichen Willen: Hinweise darauf gibt es durch Angehörige, durch vom Patienten früher designierte Stellvertreter. Dies ist auch die tatsächliche Funktion der schriftlichen Patientenverfügungen. In den seltenen Fällen, wo es diese Hinweise gar nicht gibt, hilft bei der Entscheidungsfindung die Frage, was der*die Patient*in bestimmt nicht wollen würde: Schmerzen, Hunger und Durst spüren, Kälte, Entblößung, verlassen sein. (Loewy 1995)

Die größten Hürden liegen in der Bestimmung der Nutzlosigkeit („Futility“) einer Maßnahme und sehr oft in der fehlenden Einwilligungsfähigkeit des hochbetagten multimorbiden Patienten. Eine Unterscheidung zwischen Nutzlosigkeit und Wirksamkeit kann eine Unterstützung bei den Abwägungsentscheidungen anbieten: Eine pflegerische oder medizinische Maßnahme kann theoretisch wirksam sein, d. h. einen Effekt haben, aber für die konkreten Patient*innen in der gegebenen Situation keinen Nutzen bringen. Um dies beurteilen zu können, benötigen Ärzte und/oder Pflegepersonen ein profundes Fachwissen, aber auch eine menschliche, individuelle medizinische oder pflegerische Expertise: Ist das Behandlungsziel erstrebenswert? Bringt die Behandlung mehr Nutzen im Sinne von besserer Lebensqualität als Schaden für den individuellen Patienten? Diese Nutzenbeurteilung kann der Arzt nur mit Unterstützung des Patienten vornehmen, da die Beurteilung der Lebensqualität einer subjektiven individuellen Wertung unterzogen ist. Ist dieser nicht mehr in der Lage, seinen Willen verbal oder nonverbal auszudrücken, hilft die Frage danach, was der Patient bestimmt nicht wollen würde: Leid, Schmerz, Hunger und Durst spüren, Kälte, Respektlosigkeit und Entblößung, verlassen sein oder Gewalt erleben. (Loewy 1995) Sollte der Patient selbst seine Bedürfnisse und Wünsche nicht mehr mitteilen können, können oft die Angehörigen im Rahmen einer mehrmaligen empathischen und offenen Kommunikation erzählen, was für diese*n multimorbide*n Patient*in mit kognitiven Beeinträchtigungen Lebensqualität bedeutet hat, wovor er*sie sich besonders gefürchtet hat, was er sicher nicht hätte haben wollen etc. Man darf aber nicht vergessen, dass Angehörige sich oft selbst in einer emotionalen Extremsituation befinden, die oft von Angst und Sorge beherrscht wird. Sollten die Angehörigen dann

als Patientenvertreter*innen fungieren, müssen sie, um Entscheidungen treffen zu können, gewissermaßen den gleichen Wissenstand wie die behandelnden Ärzt*innen haben. Nur wenn die Angehörigen/Patientenvertreter*innen die Situation verstehen und die Therapieoptionen mit ihrem Nutzen und Schaden begreifen, haben sie die Möglichkeit im Sinne der Patient*innen zu handeln.

Man darf aber nicht übersehen, dass die Frage nach dem (mutmaßlichen) Willen der Patient*innen erst gestellt werden darf, nachdem die Frage der medizinischen Indikation geklärt worden ist. Was nützt die Kenntnis eines Patient*innenwillens, wenn die medizinische Indikation für die Maßnahme gar nicht vorhanden ist?

Es geht also um das Stellen einer medizinischen Indikation für eine medizinische Intervention – wenn es diese Indikation im individuellen Fall nicht gibt, dann stellt sich gar nicht die Frage, ob man z.B. eine PEG Sonde setzen soll oder nicht. (Übrigens PEG Sonde: die Entscheidung darüber ist sicher nicht eine, die in der Situation der Notaufnahme geschieht). Es geht auch nicht so sehr um die angewandte Technik z.B. eben der künstlichen Ernährung, sondern um die Frage, ob sie einem sinnvollen, erreichbaren Zweck dient und ob der erwartete Nutzen die möglichen Nachteile überwiegt. Noch vorher geht es um die Frage, ob der*die betroffene Patient*in entsprechender medizinischer Aufklärung dieser medizinischen Handlung an ihm*ihr zustimmt, oder nicht bzw. ob er*sie überhaupt zustimmen kann.

So eine Entscheidungssituation ist eindeutiger und klarer, wenn man es mit einem*r urteilsfähigen, entscheidungskompetenten, gut informierbaren und gut informierten Patient*in zu tun hat. Schwieriger wird es, wenn es sich um eine*n gebrechlichen, multimorbiden, kognitiv beeinträchtigten hochaltrigen Patient*in handelt, der*die schon am Ende seines*ihres Lebens angelangt ist.

Für Borasio müssen zuerst zwei Fragen geklärt werden:

1. „Was ist das Therapieziel?“
2. „Ist dieses Therapieziel realistisch?“

Erst wenn beide Fragen positiv beantwortet worden sind, dürfen zwei weitere Fragen gestellt werden:

3. Gilt dieses Therapieziel auch für diese*n multimorbiden geriatrischen Patient*in in der konkreten Situation (individuelle Indikationsprüfung)?
4. Stimmt das Therapieziel mit dem deklarierten oder mutmaßlichen Willen des*r Patient*in überein? (Borasio 2010)

Auch für die Bioethikkommission beim österreichischen Bundeskanzleramt gilt als unumgängliche und erste Voraussetzung für die Setzung und Weiterführung einer medizinischen therapeutischen Maßnahme das Vorhandensein einer medizinischen Indikation. Ist der Nut-

zen der medizinischen Maßnahme nicht oder nicht mehr gegeben, dann muss die Maßnahme abgesetzt bzw. unterlassen werden.

Die ethische Verpflichtung, eine medizinische Maßnahme anzubieten, basiert auf der medizinischen Indikation, der Durchführbarkeit im gegebenen Rahmen und dem potentiellen Nutzen für den*die Patient*in. In der Geriatrie und besonders in der Notfallsituation, in der der*die Patient*in oft unbekannt ist, ist es oft schwer, den Nutzen zu beurteilen, besonders wenn der*die multimorbide Notfallpatient*in offenbar am Beginn der letzten Lebensphase angekommen ist und insgesamt eine schlechte, aber unsichere Prognose hat. Aber ab wann beginnt der unumkehrbare Sterbeprozess? Wie erkennt man eine „End-Stage Frailty“? Sie liegt vor, wenn die meisten der folgenden Merkmale zutreffen:

- Reduzierte Muskelkraft und Sarkopenie
- Gewichtsverlust
- Herabgesetzte physische Belastbarkeit, rasche Ermüdung, mangelnde Ausdauer und Fatigue
- Gleichgewichtsstörung und Gangunsicherheit (Fried 2001)

Die Folgen von „End-Stage Frailty“ können sein:

- Immobilität bis Bettlägerigkeit mit intensivem permanenten Betreuungs- und Pflegebedarf
- massive Defizite in den ADLs und IADL's, sehr oft kombiniert mit kognitiven Beeinträchtigungen
- Stürze und Frakturen
- ein erhöhter Hospitalisierungsbedarf und eine reduzierte Lebenserwartung (Gillick 1996, Fried 2001; Walston 2003)
- Frailty ist irreversibel und gilt als Vorboten des Todes. (Frühwald 2011)

Was kann die medizinische Antwort auf eine „End-Stage Frailty“ sein?

- eine belastende invasive Behandlung mit der Hoffnung auf mehr Nutzen als Schaden für den*die Patient*in
- oder eine Antwort darauf zu suchen, was der*die Patient*in bestimmt nicht wollen würde: Leid, Schmerz, Hunger und Durst spüren, Kälte, Angst, Atemnot, Respektlosigkeit und Entblößung, verlassen sein oder Gewalt erleben. Die Antwort kann dann nur eine aktive Palliative Care unter Wahrung einer bestmöglichen schmerzfreien Lebensqualität und Achtung der Würde des*der Patient*in sein, ein Übergang von „Cure“ zu „Comfort Care“, das Zulassen des Todes und die Begleitung des*der Patient*in und seiner Angehörigen in dieser schwierigen Situation der letzten Lebensphase.

Frohnhofen konnte dieses klinische Konstrukt der „End-Stage Frailty“ oder der terminalen Lebensphase von geriatrischen Patient*innen in einer Studie validieren. (Frohnhofen 2011) Im Rahmen eines umfassenden funktionellen Geriatrischen Assessments und nach einem ein-

wöchigen interdisziplinären geriatrischen Therapieversuch auf einer Akutgeriatrie konnte der Zusammenhang zwischen dieser Beurteilung und dem Risiko, während des stationären Aufenthaltes zu versterben, sicher bestimmt werden. Hier wird aber deutlich, wie unabdingbar erstens eine hohe geriatrische Kompetenz verbunden mit Empathie ist, und zweitens wie diese klinische Herausforderung die Zusammenarbeit in einem multidisziplinären Team erfordert.

In der Akutversorgung könnte auch das Modell von Synofzik zur Anwendung kommen, das eine Unterstützung für die individuelle Nutzen-Schadenrisiko-Abwägung bei einem geriatrischen Patienten am Lebensende anbietet:

- Der zu erwartende Nutzen ist für den individuellen Patienten größer als der zu erwartende Schaden: Die medizinische Maßnahme wird patientengerecht erklärt, angeboten und empfohlen. Der Patient*innenwille wird eruiert und respektiert.
 - Der zu erwartende Nutzen erscheint gleichwertig wie der zu erwartende Schaden: Die medizinische Maßnahme wird patientengerecht erklärt, angeboten und es wird keine Empfehlung abgegeben. Der Patient*innenwille wird eruiert und respektiert.
 - Der zu erwartende Nutzen ist geringfügiger als der zu erwartende Schaden: Die medizinische Maßnahme wird patientengerecht erklärt, angeboten und abgeraten. Der Patient*innenwille wird eruiert und respektiert.
 - Der zu erwartende Schaden ist viel größer als der zu erwartende Nutzen: Die medizinische Maßnahme wird nicht angeboten. Der Patient*innenwille ist dabei nicht relevant.
- (Synofzik 2007)

Wie zu erkennen ist, ist die ethische Entscheidung hauptsächlich eine Frage danach, was getan werden soll, und nicht, was getan werden kann. In der Akutversorgungspraxis ist es leider oft eine Frage der Wahl zwischen den Alternativen „schlecht“ und „noch schlechter“ und selten zwischen nur „gut“ und „schlecht“.

Ein besonderes Problem kommt in der Geriatrie dazu, wenn es um therapeutische Entscheidungen geht: der Mangel an evidenzbasierten Fakten und Daten. Diese Daten sind aber Voraussetzung für einen Entscheidungsprozess, für die Abwägung des Nutzens und Risikos, die auf systematischen und strukturierten Fragen beruhen sollen. In den meisten klinischen Zulassungsstudien sind multimorbide, hochbetagte Patient*innen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen nicht einbezogen, oft auch bewusst ausgeschlossen, da sie zu viele Bias verursachen würden. Dies ist, neben der altersabhängigen Leistungsbeschränkung (Altersrationierung), eindeutig eine Dimension der Diskriminierung alter Menschen („Ageismus“) und damit stellt sich ein signifikantes ethisches Problem dar. (Cherubini 2011) Dieser Mangel an Evidenz wird besonders sichtbar in der Einleitung, Durchführung und Beendigung einer medikamentösen Therapie bei eine*r multimorbiden, oft in seiner*ihrer globalen Funktionsfähigkeit behinderten geriatrischen Patient*innen in der Akutversorgung. Um eine Polypragmasie und ihre negativen Folgen zu vermeiden, muss für jedes Medikament gefragt werden:

1. Was soll mit dieser Medikamentenverordnung erreicht werden? Was ist das Therapieziel? Symptomkontrolle, lebensverlängernde Medikation, präventive medikamentöse Maßnahme, ...
2. Nutzt dieses Medikament mehr als es schadet, besonders in Kombination mit anderen Pharmaka? (z. B.: prinzipielle Gefahr der Delirentwicklung, des Harnverhaltens bei allen anticholinergen wirksamen Medikamenten) Hier kann die Zusammenarbeit mit der klinischen Pharmazie sehr wertvoll sein.
3. Individuelle Abwägung der Pharmakodynamik und -kinetik bei diesen besonderen Patient*innen
4. Ist der*die Patient*in in der Lage, dieses Medikament in der vorhandenen Darreichungsform einzunehmen? Welche Belastung bedeutet die medikamentöse Therapie für seine*ihre Lebensqualität? (O'Mahony u. O'Connor 2011)

Ethik und Gewalt

Eine besondere ethische Verpflichtung kommt dem Betreuungspersonal in der Notaufnahme zu: Gewalt an multimorbiden pflegebedürftigen alten Menschen zu erkennen und damit sekundäre Gewaltprävention zu veranlassen. Aber was ist Gewalt?

Laut einer Definition des National Research Council, 2003, ist Gewalt das Versäumnis einer Betreuungsperson, die Grundbedürfnisse des alten betreuungsbedürftigen Menschen zu befriedigen beziehungsweise ihn vor einem Schaden zu schützen.

Die WHO 2011 definiert Gewalt an älteren Menschen als *“Elder maltreatment is physical, sexual, mental and/or financial abuse and/or neglect of people aged 60 years and older.”*

Eine Metaanalyse von 49 Untersuchungen zur Prävalenz von Gewalt an alten Menschen hat gezeigt, dass 6,3 % der über 65-Jährigen eine signifikante Gewalterfahrung im vergangenen Monat erlebt haben und dass eine signifikante psychische Gewaltanwendung an 25% der vulnerablen Personen ausgeübt wurde. (Cooper, 2008) Die WHO spricht auch von einer Gewaltprävalenz von 3% in der allgemeinen Bevölkerung und von 25% bei vulnerablen Menschen über 60. (WHO 2011) Das Wahrnehmen von Zeichen der Gewaltanwendung ist besonders wichtig – denn für gewöhnlich klagt der betroffene alte Mensch nicht direkt. (Mc Alpine 2008) Das Team der Notaufnahme sollte schon bei der Anamnese in folgenden Fällen hellhörig werden. Hinweise auf ev. erfolgte Gewalt sind:

- inkohärente, widersprüchliche Erklärungen für festgestellte Verletzungen (alte Prellmarken, Hämatome, Abschürfungen, Wunden – insbesondere, wenn bilateral, auf der Innenseite der Extremitäten, Kopfverletzungen und/oder perigenitale Verletzungen)
- häufige, widersprüchlich erklärte Stürze
- die Betreuungsperson zeigt Überforderungs- bzw. Erschöpfungszeichen
- lauter, verbal aggressiver Ton zwischen Betreuer*in und betreuter Person in Anwesenheit anderer
- die betroffene ältere Person erscheint depressiv, ängstlich, verschreckt
- er*sie ist ungepflegt, verwaahlste Kleidung, mangelhafte körperliche Hygiene

- Fehlen von Habseligkeiten, Handtasche oder Geldbörse der betroffenen Person
- die ältere Person wird daran gehindert, mit Ärzt*in oder Pflegeperson alleine zu sprechen

Ein Gewalt-Screening verlangt ein hohes Problembewusstsein, gutes klinisches Urteilsvermögen und sehr viel Feingefühl, um den alten Menschen nicht zu verletzen und noch mehr zu verängstigen (Lachs 2004). Trotz Alltagshektik und -routine muss bei Verdacht auf Gewalt eine Anamnese ungestört in einem ruhigen Raum und in einem empathischen Klima stattfinden, damit eine Beurteilung des Gefahrenpotenzials erfolgen kann. Denn die Konsequenzen der Gewalt an alten Menschen sind nicht zu unterschätzen:

- unmittelbare Verletzungsfolgen bei physischer Gewalt
- Vernachlässigungsfolgen: Exsikkose, Malnutrition, Decubitus, Kontrakturen, Inkontinenz, etc.
- Depression, Angst
- Regression, soziale Isolation
- beschleunigter kognitiver Abbau
- mechanische Fixierung: Immobilisierung, Dekonditionierung, höhere Sturz- und Verletzungsgefahr
- „chemische“ Fixierung: Psychopharmaka-Nebenwirkungen, kognitiver Abbau, Stürze, Malnutrition
- mehr Pflege- und Betreuungsbedarf
- höhere Mortalität: 3-Jahres-Mortalität bei Gewaltopfern: 91% vs. 58%
- erhöhter Betreuerstress, Abstumpfung, Potentierung des Burnouts (Lachs in Frühwald 2009)

Die Wiener Heimkommission empfiehlt eine kontinuierliche Beschäftigung mit dem Thema Ethik in den multidisziplinären Teams der Institutionen der Langzeitbetreuung des Gesundheits- und Sozialsystems.

Literaturverzeichnis:

Beauchamp T. L., Childress J. F.: Principles of Biomedical Ethics. New York – Oxford: Oxford University Press, 2009 sixth Edition.

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt: Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Wien : s.n., 2011. <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=46713> [Zugriff 20.03.2012].

Borasio G. D.: Entscheidungen am Lebensende und Patientenverfügungen in der Neurologie. Vortrag im Mannheim am 21.9.2010 Vortrag bei der 21. Jahrestagung und Fortbildungsakademie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN).

Cherubini A. et al.: The Persistent Exclusion of Older Patients from Ongoing Clinical Trials Regarding Heart Failure. Arch Intern Med 2011; 171(6):550–56.

Cooper C. et al.: The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age&Ageing 2008; 37:151-160.

- Fried L. P. et al.:** Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J.Gerontol.* 56A: M1–M11, 2001
- Frohnhofer H. et al.:** The terminal phase of life as a team-based clinical global judgment. *Z Gerontol Geriatrie*, 2011; 44:329-335
- Frühwald Th.:** Geriatrie und Palliative Care. Im Spannungsfeld zwischen können und sollen. In: *Universum Innere Medizin* 06/2011: 112-113.
- Gillick M. R.:** *Choosing Medical Care in Old Age.* 2nd Ed., Harvard Univ. Press, Cambridge, London, 1996
- Hick C.:** *Klinische Ethik.* New York; Wien: Springer, 2006
- Lachs M. S. et al.:** Elder abuse. *Lancet.* 2004; 364:1263-1272
- Lachs M. S. et al.:** The mortality of elder abuse, *JAMA*, 1998; 280:428-44.
In: Thomas Frühwald: *Diagnose Gewalt. Gewalt aus der Sicht der Geriatrie.*
Forum Palliative Praxis Geriatrie Wien, 15.6.2009.
- Loewy E. H.:** *Ethische Fragen in der Medizin. s.l. : Springer*, 1995.
- Marckmann G., In der Schmitten J.:** Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen – Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung. *Dtsch Med Wochenschr.* 2010, 135, S. 570-574.
- McAlpine C.:** Elder Abuse and neglect. Editorial, *Age&Ageing* 2008; 37:132-133.
- O'Connor et al.:** Emergency medicine and futile care: Taking the road less travelled. In: *Emergency Medicine Australasia* (2011) 23, 640-643.
- O'Mahony D., O'Connor M. N.:** Pharmacotherapy at the end-of-life. *Age&Ageing* 2011; 40:419–422.
- Pieper A., Thurnherr U.:** *Angewandte Ethik: Eine Einführung.* München: Beck 1998, 7-13.
- Synofzik M.:** PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. *Nervenarzt* 2007;78:418-428.
- Walston J. D., Fried L. P.:** Frailty and its Implications for Care. In: Morrison R. S., Meier D. E. (Eds.): *Geriatric Palliative Care*, pp 93–109, New York, Oxford Univ. Press 2003.
- WHO:** European report on preventing elder maltreatment. 2011 Regional Office for Europa:Genova.
- Wiesing, U., Marckmann, G.:** Medizinethik. In: Düwell, M., Hübenthal, Chr., Werner, M. H. (Hg.), *Handbuch Ethik.* Stuttgart/Weimar 2002, 268- 273.

3.24 Bewohner*innen für Bewohner*innen – und mehr Natur im Haus für alle

Freizeitgestaltung im Einklang mit der Natur

In modernen, zeitgemäßen Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen ist es zum Glück längst gelebter Standard, den Bewohner*innen weit mehr zu bieten als rein körperliche Unterstützung und Zuwendung. Mit im Vordergrund stehen seelisches Wohlbefinden und Angebote für abwechslungsreiche, sinnstiftende Betätigungen im Alltag. In der Kindheit unserer Eltern- und Großelterngeneration hat die Gestaltung des Lebens im Einklang mit der Natur, den Jahreszeiten und den Mitmenschen eine große Rolle gespielt. Es ist daher insbesondere (auch) die freie Natur, welche bei Senior*innen und Hochbetagten hervorragende Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung bietet und positive Emotionen oder Erinnerungen hervorruft. Eine Sehnsucht, die bei vielen Bewohner*innen des Kuratorium Fortuna spürbar ist – die Menschen wollen Echtes, Ursprüngliches genießen und längst aus dem Stadtbild verschwunden geglaubten Elementen

(wie beispielsweise Obstbäumen, Wildblumenwiesen oder gar Getreidefeldern) wieder mehr Raum geben.

Die Mitarbeiter*innen des Schlossparks Fortuna haben diesen Trend aufgegriffen und damit den Bewohner*innen neue Möglichkeiten eröffnet sowie ein lang geplantes Ziel des Hauses auf großartige Weise umgesetzt:

Welche Ziele konnten bei der Umsetzung des Projektes realisiert werden?

1. Mehrwert für Bewohner*innen und deren Vertrauenspersonen

Vorrangiges Ziel war es, den Außenbereich so umzugestalten, dass dieser verstärkt ein einladendes Ambiente für die Bewohner*innen und natürlich auch deren Angehörige bietet und damit die Lust und Freude am Aufenthalt im Freien gefördert werden.

Den Startschuss dazu bildeten der Abbruch einer nicht mehr genutzten Bocchia-Bahn sowie die Herstellung eines stabilen Untergrundes für die Schaffung rollstuhlgerechter Hochbeete.

2. Einbindung eines sozial-ökonomischen Betriebes

Bei der Realisierung des Projekts wurde das Haus durch die Jobinitiative „Back to the Future – Start Working“ unterstützt. „Start Working“ ist ein sozial-ökonomischer Betrieb, der 18- bis 24-jährige Wiener*innen unterstützt, die bereits seit längerer Zeit ohne Job sind. Diese befristeten Dienstverhältnisse werden in der ökologischen Landwirtschaft, der Grünflächen- und Gartengestaltung, im Bauernladen und der Holzwerkstatt angeboten.

Die jungen Erwachsenen hatten die Hochbeete in der eigenen Tischlerei aus Lärchenholz getischlert und mit biologischer, kompostierter Erde befüllt. Anschließend wurden gemeinsam mit Bewohner*innen des stationären Wohnens des Schlossparks Fortuna Pflanzen und Kräuter, wie z.B. Schnittlauch, Rosmarin, Zitronenmelisse, Ysop, Paradeiser, Erdbeeren und Himbeeren eingesetzt.

3. Einbindung von Bewohner*innen des Hauses

Das Projekt begeisterte die Bewohner*innen der Handarbeitsgruppe derart, dass sie beschlossen, die Herstellung und Bepflanzung der Hochbeete aus dem Erlös von selbst angefertigten Kunstwerken zu finanzieren! Mittlerweile werden regelmäßig Kräuter geerntet, welche zu einem schmackhaften Aufstrich verarbeitet und zusammen mit Obst und Gemüse aus dem eigenen Garten bei einer gemütlichen Jause verkostet werden.

Um dem Wunsch der Bewohner*innen nach mehr Farbe nachzukommen, wurden die bereits vorhandenen grauen Blumentröge sonnengelb gestrichen. Auch daran – sowie an der nachfolgenden Betreuung der Blumentröge – haben sich Bewohner*innen des Schlossparks Fortuna mit Freude beteiligt!

4. Natur mit Vielfalt

Unter der Federführung einer Stationsleiterin im Schlosspark Fortuna wurde der Garten von Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen mit großem Engagement, Leidenschaft, Zeit und Liebe zum Detail weiter ausgebaut: Es wurden Beete umgestochen und neu bepflanzt, Blüh- und Beerensträucher eingesetzt und eine Wildblumenwiese angelegt.

Zu guter Letzt hat auch noch ein Insektenhotel Einzug im Schlosspark-Garten gehalten! Gefüllt wurde dieses Insekten-Paradies mit Stroh, morschem Holz und Schilfrohr, um den Nützlingen einen sicheren Unterschlupf zu bieten. Das Insektenhotel leistet einen intelligenten und nachhaltig umweltfreundlichen Beitrag zur Bestäubung der Pflanzen und der Schädlingsbekämpfung in den Gärten.

„Die größte Motivation stellen jene Bewohner*innen dar, die lächelnd durch den Garten gehen und die Blumen bewundern.“ Wir erhielten viel „Applaus“ von Bewohner*innen, was uns immer mehr bestätigte, dass unsere Gartengestaltung ein gelungenes Projekt darstellt, so die Akteur*innen über ihre Beweggründe.

Besondere Aufmerksamkeit erregte vor allem immer wieder die Wildblumenwiese. Durch die vielen Fragen interessierter Bewohner*innen zu einzelnen Blumen bzw. den Nützlingen auf der Wiese wurde die Idee zur „Wildblumenwiesen-Informationsbroschüre“ geboren und ein eigener Vortrag dazu angeboten. Viele Zuhörer*innen kamen, um diesem zu lauschen. Das rege Interesse an dem neuen Garten zeigt(e) sich insbesondere an der regen Mitarbeit von Bewohner*innen und ehrenamtlich tätigen Mitarbeiter*innen: Sie haben unter anderem wahre Kunstwerke wie ein „Bienen- und Schmetterlingsbuffet“ gestaltet und diverse Materialien (wie bspw. schön gestaltete Pflanzgefäße) beigesteuert.

Das Projekt „blüht“ – Genuss mit allen Sinnen, zum Selbsternten

Alle Blumen, die sich auf der Wiese im Schlosspark befinden, wurden mittels Samen ausgesät. Die Auswahl der Blumen und Pflanzen erfolgte vordergründig mit dem Ziel, ausreichend Nahrung für Insekten zu bieten.

Ein Butterbrot mit Schnittlauch, ein paar frische Kräuter auf die Eierspeise oder einmal etwas ganz Neues, wie beispielsweise ein paar Blüten auf dem Salat, kosten? Die Bewohner*innen können diese und andere Köstlichkeiten nun auf Wunsch gerne des Öfteren zum Abendessen genießen. Ein Spaziergang am Nachmittag zu den praktischen Hochbeeten – wo man sich zum Pflücken nicht einmal hinunterbücken muss – stimmt alle Beteiligten darauf ein.

Zuerst wird überprüft, ob das gepflanzte Gemüse schon reif ist. Wenn das der Fall ist, wird es geerntet und für das Abendessen in einen Korb gelegt. Natürlich darf auch der Schnittlauch nicht fehlen! Nach der gemütlichen Runde durch den Garten werden die Brote vorbereitet und für das Abendessen appetitlich auf den Tellern angerichtet.

Das Riechen an den Kräutern, das Fühlen der feuchten Erde und das Kosten der geschmackvollen Brote wecken viele Erinnerungen an den eigenen Garten und das Kochen für die Familie. Auch der Küchenchef des Schlossparks Fortuna ist von der neuen Vielfalt begeistert und er-

freut sich an den vielen Kräutern und Gewürzen. Liebstöckel, Rosmarin, Thymian, Melisse und vieles mehr lassen das Herz eines Kochs mit Leidenschaft und Freude an frischen Zutaten höherschlagen!

Alle Bewohner*innen freuen sich schon auf nächstes Jahr, wenn es wieder heißt: „Wer nascht die ersten Erdbeeren des Jahres?“

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Etablierung von Aktivitäten, welche

- den Bewohner*innen ermöglichen, in und mit der freien Natur zu genießen.
- das Miteinander und die Solidarität von Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen stärken.

3.25 Kultur und Religion – Bedeutung im Rahmen einer bedürfnisorientierten Ernährung in der Langzeitbetreuung

Muharrem, Purim, Gedächtnismahl, Opferfest oder Weihnachten – welche Auswirkungen haben Religion und religiös-kulturelle Feiertage auf die Ernährungsversorgung älterer Menschen?

Eine Zahl macht deutlich, welche Bedeutung die Beschäftigung mit diesem Thema hat. Über 2 Millionen Menschen in Österreich haben einen Migrationshintergrund. Diese Menschen werden in Österreich alt und vielleicht betreuungsbedürftig. Bisher wurden die meisten aus diesem Personenkreis daheim von den Angehörigen betreut, in der Zukunft wird dies aufgrund der demografischen Veränderungen nicht mehr so häufig der Fall sein. Der Bedarf an institutioneller Pflege und/oder extramuraler Betreuung steigt.

Neben den Betroffenen selbst ist auch die Gruppe der Mitarbeiter*innen in Sozial- und Gesundheitsberufen multikulturell. Sie haben, genauso wie die ihnen Anvertrauten, ihre eigenen Erfahrungen, Kulturen und ggf. religiösen Gebräuche.

Diese vielfältigen Zielgruppen bringen ihre unterschiedlichen religiösen und kulturellen Gewohnheiten mit in die jeweilige Einrichtung. Dazu gehören ebenfalls die unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten, die berücksichtigt werden müssen.

Diese Tatsachen führen dazu, dass sich die Institutionen und deren Mitarbeiter*innen mit den Ernährungsbiografien und -bedürfnissen ihrer Kund*innen auseinandersetzen müssen.

In Österreich gibt es derzeit 13 anerkannte Religionsgemeinschaften, die im Alltag und an den Feiertagen unterschiedlichste Essensregeln haben können. Das bedeutet nicht, dass

alle Mitarbeiter*innen Expert*innen für alle Religionen sein müssen. Es geht darum, dass sich alle mit den Bewohner*innen bzw. Kund*innen beschäftigen, um herauszufinden, welche religiösen Rituale individuell als wichtig angesehen werden und wo vielleicht eine Beachtung einzelner Vorschriften keinen so großen Stellenwert hat. Eine frühzeitige Kommunikation mit den Betroffenen und deren Angehörigen ist enorm wichtig.

Das Wesentliche ist, den Betroffenen mit Interesse zu begegnen. Kultur und Religion sollen selbstverständliche Themen und kein Tabu sein. Dafür bedarf es viel Offenheit und Respekt von allen Seiten – Mitarbeiter*innen werden niemals bewerten oder belehren.

Fest- und Feiertage bieten die Möglichkeit, Geschichten und Erfahrungen der Betroffenen für alle erlebbar zu machen. Die Ähnlichkeiten oder Unterschiede der einzelnen Religionen können zu spannenden Gesprächen führen. Besonders über typische Speisen kann lange geplaudert werden, ob sie nun richtig oder falsch zubereitet sind. Die Festtage der einzelnen Religionen können gut in den Betreuungsalltag eingebaut werden. Warum feiern wir nicht alle zusammen? Wie heißt es so schön: „Man muss Feste feiern, wie sie fallen“.

Feste feiern ist ein wichtiger Teil des Lebens und unterbricht, vor allem in höherem Alter, den Alltag positiv.

Neben den in den Häusern zum Leben bereits am Speiseplan abgebildeten christlichen Feiertagen wie Weihnachten, Ostern und Festtagen wie Muttertag und Nationalfeiertag ist es ein Anliegen, auch andere Glaubensgemeinschaften alltäglich ins Hausleben zu integrieren.

Warum begehen wir also nicht ebenso jüdische, orthodoxe oder muslimische Feiertage gemeinsam? Diese Feiertage werden mit typischen Feiertagsspeisen als zusätzliche Wahlmöglichkeit gefeiert – auch wenn selbst solche besonderen Speisen natürlich biografisch sehr unterschiedlich sein können.

Es soll verstärkt darauf geachtet werden, dass es Speisen sind, die allen Bewohner*innen schmecken können und so vielleicht Neugierde wecken, sich mit anderen – ohne Wertung – auseinanderzusetzen. Zu den beliebten Feiertagspeisen aus unterschiedlichen Glaubensgemeinschaften gehören zum Beispiel eine „Lamm-Tajine mit Trockenfrüchten und Bulgur“ für das muslimische Opferfest oder „Kichererbsenbällchen (Falafel) mit Minzjoghurt“ für das jüdische Purim-Fest, aber auch „Lammbraten“ für das orthodoxe Osterfest.

Zusätzlich zu den Speisen, die jeweils mit einem Aushang beworben werden, werden die Häuser angeregt, in Gruppenaktivitäten diese Feiertage zu begehen, darüber zu reden, Räume passend zu dekorieren und gemeinsam zu feiern.

Die Beschäftigung mit dem Essen geht über die reine Nahrungsaufnahme hinaus. Mit dem Essen sind immer Emotionen verbunden, Erfahrungen und Biografien, schöne aber auch unschö-

ne Erlebnisse, und natürlich ist Essen immer ein anregendes Gesprächs- oder Streitthema. Die Einbindung kultureller und religiöser Bedürfnisse in die Prävention einer Mangelernährung muss ebenso bedacht werden wie die Biografiepflege in der alltäglichen Umsetzung.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

Bereits beim Einzug sollten Kund*innen zu ihren religiösen und kulturellen Gewohnheiten befragt werden. Die Akzeptanz unterschiedlicher Religionen muss durch das gesamte Team stattfinden. Eine offene Werthaltung kann nicht verordnet werden, ist aber Grundvoraussetzung für das Vertrauen der Kund*innen in die Mitarbeiter*innen, um dann von ihren Wünschen und Bedürfnissen zu erzählen.

Fest- und Feiertage sollten als Möglichkeit genutzt werden, im Rahmen von Einzel- oder Gruppengesprächen Geschichten und Erfahrungen der Betroffenen erlebbar zu machen. Die Ähnlichkeiten oder Unterschiede der einzelnen Religionen können zu spannenden Gesprächen führen, besonders beim „richtigen“ Essen. Vegetarische Speisen sollten zur Auswahl stehen, wenn diese zu bestimmten Fastenzeiten gewünscht werden. Viele religiös oder kulturell bedingte Ernährungswünsche können durch eine schweinefleischfreie oder vegetarische Kost abgedeckt werden.

Beim Risikomanagement „Ernährung“ sollte an die religiösen/kulturellen Bedürfnisse der einzelnen Personen gedacht werden. Diese können Gründe sein, Essen abzulehnen, ohne dies verbal auszudrücken.

3.26 Ehrenamt & Junges Wohnen

Ausgangslage

Jung und Älter unter einem Dach – das erlaubt jeder Generation, von den Erfahrungen und Fähigkeiten der jeweils anderen zu profitieren und unterschiedliche Lebensentwürfe kennenzulernen. Basierend auf äußerst positiven Erfahrungen haben einige Einrichtungen den Entschluss gefasst, diese innovative Wohnform mehreren Auszubildenden in verschiedenen Häusern zugänglich zu machen.

Kurzbeschreibung

Die neue Wohnform bringt Vorteile für alle Seiten: Die jungen Menschen in Ausbildung erhalten – festgelegt in einem Prekariatsvertrag – Wohnraum in Höhe der Betriebskosten. Als Gegenleistung engagieren sie sich z.B. im Ausmaß von mindestens 25 Stunden pro Monat ehrenamtlich für die Kund*innen – sprich für Bewohner*innen eines Hauses.

Bei Planung und Vergabe der Plätze für das Junge Wohnen wird auf die aktuelle Situation bzgl. Einzügen und Zuweisungen von älteren Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf Rücksicht genommen.

Ehrenamt & Junges Wohnen

Generationenübergreifendes Wohnen fördert den Dialog zwischen jüngeren und älteren Menschen. Es öffnet Raum für Begegnung und Austausch und schafft damit die Grundlage für vertieftes gegenseitiges Verständnis.

Die ehrenamtliche Tätigkeit geht noch darüber hinaus: Während hohe soziale Kompetenz und die Bereitschaft, sich aktiv einzubringen, vorausgesetzt werden, erfolgt die Planung des individuellen ehrenamtlichen Einsatzes idealerweise unter Berücksichtigung der Persönlichkeit, der Talente sowie der Lebens- und Ausbildungssituation der Auszubildenden. Eine optimale Abstimmung soll den Bedürfnissen der Auszubildenden entsprechen, den Alltag der Bewohner*innen bereichern und das Ehrenamt zu einer wertvollen Erfahrung für alle Beteiligten machen. Zusätzlich bietet die ehrenamtliche Mitarbeit die Möglichkeit, verschiedene Tätigkeitsfelder in einem Pensionisten-Wohnhaus auszuprobieren, dort Erfahrungen zu sammeln, Kompetenzen zu erweitern und Dinge zu erlernen, die dem zukünftigen Job zugutekommen können oder bei einer Bewerbung von Vorteil sind.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

Als innovative Antwort auf sich verändernde Zielgruppen soll das Angebot von Ehrenamt & Junges Wohnen in Wien weiter ausgebaut werden. Es führt zu einer klassischen Win-win-Situation.

3.27 „Wien für Senior*innen“ Ehemals Büro der Senior*innenbeauftragten der Stadt Wien

Die Stadt Wien hat mit Sabine Hofer-Gruber seit dem 1. Jänner 2022 eine neue Senior*innenbeauftragte. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, die Angebote in der Stadt sichtbar zu machen und die Stimme der Wiener Senior*innen zu sein.

2022 reiht „The Economist“ Wien erneut auf den 1. Platz der lebenswertesten Städte weltweit. Sabine Hofer-Gruber arbeitet mit ihrem Team „Wien für Senior*innen“ und gemeinsam mit Magistratsabteilungen, Organisationen, Vereinen, aber auch Unternehmen daran, dass das so bleibt und sich das bestehende Angebot in der Stadt stetig weiterentwickelt.

In Wien leben aktuell rund 430.000 Menschen, die bereits ihren 60. Geburtstag gefeiert haben und damit zu den Senior*innen zählen, also mehr Menschen als in Vorarlberg leben, oder um auch einen Wiener Vergleich zu haben, mehr als das Doppelte der Einwohner*innenzahl von Wien Favoriten.

Es gilt, die Anliegen der Wiener*innen zu kennen, diese ernst zu nehmen und entsprechend zu handeln. Es ist wichtig, dass die Wiener Bevölkerung die bereits bestehenden Angebote und

Leistungen der Stadt kennt und weiß, wohin sie sich bei Interesse oder Bedarf wenden kann. So kann zum Beispiel einer Überforderung von pflegenden Angehörigen entgegengewirkt werden, wenn etwa schon frühzeitig mobile Dienste, wie etwa die Leistung Heimhilfe oder ein Besuch im Tageszentrum (ein teilstationäres Angebot) in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig wird durch mobile Dienste – also die Pflege und Betreuung in den eigenen vier Wänden – eine stationäre Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung zumindest verzögert. Und wir alle wissen, dass sich viele Menschen wünschen, möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu leben.

„Wien für Senior*innen“ versteht sich als Impulsgeber, koordiniert und begleitet Prozesse und informiert die Wiener Bevölkerung über neue oder adaptierte Angebote. Dabei ist ein integrativer und partizipativer Ansatz wichtig. Es gilt mit den Wiener Senior*innen zu reden und nicht über sie.

Meilensteine 2022

Schwerpunkt Demenz: In diesem Jahr haben gleich mehrere Aktionen zum Thema Demenz stattgefunden. Im April 2022 wurde gemeinsam mit Stadtrat Peter Hacker die „Wiener Demenzstrategie“ präsentiert. „Wien für Senior*innen“ erarbeitete die Strategie unter Beteiligung der Mitglieder der Plattform „Demenzfreundliches Wien“. Die Plattform „Demenzfreundliches Wien“ zählt mehr als 70 Mitglieder. Besonders erfreulich ist, dass auch alle 23 Bezirke mit dabei sind und sich für ein demenzfreundliches Wien einsetzen. Ein wichtiges Vorhaben 2023 ist, die Umsetzung der „Wiener Demenzstrategie“ auf den Weg zu bringen.

Der **Monat der Senior*innen** fand heuer bereits zum 12. Mal statt. Die Anzahl von rd. 1.200 Teilnehmer*innen zeigt, wie interessiert die Wiener*innen an den Leistungen und Angeboten der Stadt sind. Den ganzen Oktober lang wurden den Wiener Senior*innen rund 50 abwechslungsreiche Veranstaltungen aus den unterschiedlichsten Bereichen geboten.

Darunter waren auch explizit Veranstaltungen, die sich an Personen richten, die von Demenz betroffen sind.

Bereits Ende September fand die Auftaktveranstaltung zum Monat der Senior*innen statt – eine „Festa Italiana“ im Kursalon Hübner. Rund 500 Senior*innen haben gezeigt, wieviel Lebenslust in ihnen steckt. Anfang 2023 startet wieder die Planung für die 13. Ausgabe des Monats der Senior*innen.

Auch das heurige „**FSW-Expert:innen-Forum**“ am 29. November 2022 widmete sich ganz dem Thema Demenz. Von Demenz Betroffene sowie Expert*innen aus verschiedensten Bereichen wie etwa Pflege, Medizin, Wissenschaft, Wohnen, Wirtschaft oder Mobilität beleuchteten die vier Handlungsfelder der Wiener Demenzstrategie „Bewusstseinsbildung, Lebensorte, Unterstützung und Teilhabe“.

Pilotprojekt: Kontaktbesuchsdienst Sozial

Im Februar 2022 startete das Pilotprojekt Kontaktbesuchsdienst Sozial. Hier erfahren Wie-

ner*innen ab 60 Jahren bei Sprechstunden mehr über das soziale Angebot der Stadt. Diese Sprechstunden finden alle zwei Wochen laufend in den Bezirken 10, 16, und 21 statt. Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen informieren zu Themen wie Freizeitgestaltung, Ehrenamt, Wohnen, Vorsorge, finanzielle Entlastungsmöglichkeiten, Pflege und vieles mehr.

Der Kontaktbesuchsdienst der Stadt Wien, ein kostenloses, etabliertes Service der Stadt Wien, richtet sich an Wiener*innen ab dem 75. Lebensjahr und feierte heuer sein bereits 45-jähriges Bestehen. Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen der Wiener Sozialdienste bieten in Kooperation mit den Bezirksvorstehungen und „Wien für Senior*innen“ persönliche Informationsgespräche an.

Zahlen, Daten, Fakten

Im Sommer 2022 wurde die Zielgruppenstudie „Senior*innen-Barometer“ gemeinsam mit dem Berichtswesen des Fonds Soziales Wien und dem Gallup Institut durchgeführt. Bereits zum zweiten Mal wurden Wiener Senior*innen zu den Themen Lebensqualität, Freizeitverhalten, Mobilität, Internetnutzung und sozialer Lage befragt. Die Präsentation der Ergebnisse ist für 2023 geplant.

Auch 2023 arbeitet Wien für Senior*innen mit Unterstützung zahlreicher Kooperationspartner*innen weiter an einem lebenswerten Wien für die Wiener Senior*innen. Es werden Themen und Projekte gesammelt, Veranstaltungen auf die Beine gestellt, Strategien und Ideen entwickelt und Interessen, Bedarfe und Wünsche der Wiener Senior*innen erforscht.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die gesetzten Maßnahmen und bedankt sich für die Weiterentwicklung oder Ausweitung der Leistungen und Angebote für die Wiener Senior*innen.

3.28 Lock Down – Lock In – Lock Out

Der Januskopf „Pandemie Maßnahmen“

Ein Rückblick

Ältere, multimorbide Menschen mit funktionellen Defiziten gehörten von Anfang an zu den Gruppen mit besonders hohem Erkrankungs-, Komplikations- und Sterblichkeitsrisiko in der COVID-19 Pandemie. Diese Menschen vor einer Ansteckung und einer Erkrankung zu schützen, war oberstes Gebot und veranlasste zu drastischen Maßnahmen, insbesondere in Institutionen, wo sie betreut wurden und werden. Zutritts- und Besuchsbeschränkungen zählten dabei zu einer zentralen Strategie, um COVID-19 Ansteckungen beziehungsweise Ausbrüche oder „Cluster“ in Alten- und Pflegeheimen, Seniorenresidenzen etc. zu verhindern.

Aber auch im privaten Umfeld haben viele ältere Menschen, den Empfehlungen folgend, den Kontakt zu ihren Kindern und Enkelkindern reduziert. Eine fehlende Impfung zu Beginn der

Ehrenamt & Junges Wohnen

Generationenübergreifendes Wohnen fördert den Dialog zwischen jüngeren und älteren Menschen. Es öffnet Raum für Begegnung und Austausch und schafft damit die Grundlage für vertieftes gegenseitiges Verständnis.

Die ehrenamtliche Tätigkeit geht noch darüber hinaus: Während hohe soziale Kompetenz und die Bereitschaft, sich aktiv einzubringen, vorausgesetzt werden, erfolgt die Planung des individuellen ehrenamtlichen Einsatzes idealerweise unter Berücksichtigung der Persönlichkeit, der Talente sowie der Lebens- und Ausbildungssituation der Auszubildenden. Eine optimale Abstimmung soll den Bedürfnissen der Auszubildenden entsprechen, den Alltag der Bewohner*innen bereichern und das Ehrenamt zu einer wertvollen Erfahrung für alle Beteiligten machen. Zusätzlich bietet die ehrenamtliche Mitarbeit die Möglichkeit, verschiedene Tätigkeitsfelder in einem Pensionisten-Wohnhaus auszuprobieren, dort Erfahrungen zu sammeln, Kompetenzen zu erweitern und Dinge zu erlernen, die dem zukünftigen Job zugutekommen können oder bei einer Bewerbung von Vorteil sind.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

Als innovative Antwort auf sich verändernde Zielgruppen soll das Angebot von Ehrenamt & Junges Wohnen in Wien weiter ausgebaut werden. Es führt zu einer klassischen Win-win-Situation.

3.27 „Wien für Senior*innen“ Ehemals Büro der Senior*innenbeauftragten der Stadt Wien

Die Stadt Wien hat mit Sabine Hofer-Gruber seit dem 1. Jänner 2022 eine neue Senior*innenbeauftragte. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, die Angebote in der Stadt sichtbar zu machen und die Stimme der Wiener Senior*innen zu sein.

2022 reiht „The Economist“ Wien erneut auf den 1. Platz der lebenswertesten Städte weltweit. Sabine Hofer-Gruber arbeitet mit ihrem Team „Wien für Senior*innen“ und gemeinsam mit Magistratsabteilungen, Organisationen, Vereinen, aber auch Unternehmen daran, dass das so bleibt und sich das bestehende Angebot in der Stadt stetig weiterentwickelt.

In Wien leben aktuell rund 430.000 Menschen, die bereits ihren 60. Geburtstag gefeiert haben und damit zu den Senior*innen zählen, also mehr Menschen als in Vorarlberg leben, oder um auch einen Wiener Vergleich zu haben, mehr als das Doppelte der Einwohner*innenzahl von Wien Favoriten.

Es gilt, die Anliegen der Wiener*innen zu kennen, diese ernst zu nehmen und entsprechend zu handeln. Es ist wichtig, dass die Wiener Bevölkerung die bereits bestehenden Angebote und

Pandemie schien auch keine andere Wahl zu lassen, um die durchaus ansteckende Viruserkrankung in Ihrer Ausbreitung einzudämmen.

Generell wird der älteren Bevölkerung eine höhere Resilienz (Widerstandskraft) gegenüber den Belastungen durch die Corona-Pandemie zugeschrieben als jungen Menschen (1,2). Dennoch waren häusliche und soziale Isolation und fehlende persönliche Kontakte, sowohl zu Angehörigen als auch zu medizinischer und/oder pflegerischer Betreuung, für viele ältere und insbesondere funktionell eingeschränkte Personen eine Herausforderung mit durchaus negativen gesundheitlichen Folgen, die sowohl Physis wie Psyche erfassten.

Ähnliche Maßnahmen wie in Österreich wurden auch in Deutschland oder der Schweiz gesetzt. Im „D80+ Kurzbericht“ wurden die subjektiv/persönlich wahrgenommenen Auswirkungen während der Corona-Pandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen erhoben. Dabei geben 4 von 5 Personen an, in ihren privaten Kontakten von den Auswirkungen der Pandemie betroffen zu sein. Die erlebten Veränderungen werden unter diesem Aspekt von vielen befragten Personen als überwiegend negativ bewertet. Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Pandemie mit einem Anstieg im Einsamkeitsempfinden einhergegangen und das Wohlbefinden gesunken ist. Insbesondere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, deren Möglichkeiten zur Kommunikation in besonderer Weise auf nonverbaler Ebene liegen und für die körperliche Nähe daher essentiell ist, leiden und litten über Gebühr unter Schutzmaßnahmen wie „Social Distancing“ und Maskenpflicht (3). Auch eine Analyse im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit in der Schweiz kommt zum Schluss, dass Menschen mit Demenz gemäß der Einschätzung der Angehörigen durch die ebenso dort gesetzten beschränkenden Maßnahmen zunehmend verwirrt oder verunsichert wurden (4).

Eine telefonische Befragung von mehr als 100 Personen aus der Interdisziplinären Österreichischen Hochaltrigen-Studie im Alter ab 80 Jahren ergab, dass die Mobilität und Aktivitäten außer Haus während der Pandemie abgenommen haben. Besonders Menschen mit Demenz konnten die Angebote wie Tagesbetreuung oder auch Spaziergänge in Begleitung nicht mehr wahrnehmen. Als Folge nahmen Kraft und Ausdauer ab. Darüber hinaus führte die mangelnde Stimulation zu einer Verschlechterung des kognitiven Zustands. Die Untersuchung ergab auch, dass vor der Pandemie lediglich 4,6% der Befragten zumindest gelegentlich unter Einsamkeitsgefühlen litten. Im Juni 2021 hingegen waren es 26,9% – also mehr als jede*r Vierte. Besonders stark – bis zu 3- bis 4-mal häufiger – betroffen waren Alleinlebende. Auch eine internationale Studie zeigt klar, dass pflegebedürftige ältere Menschen weitaus mehr als nicht pflegebedürftige Ältere Depressionen, Angstzustände und Einsamkeitsgefühle entwickelten (5).

Es ist wohl unbestritten, dass zu Beginn der Pandemie diese „strengen“ Maßnahmen als einzig möglicher Weg erschienen, die älteren Menschen mit ihrem hohen Risiko zu schützen, waren doch in der 1. Welle Sterblichkeitsraten von 30-60% je nach Begleiterkrankung und Alter bei den über-65-Jährigen zu beobachten. Zudem war die Dynamik der Infektionsausbreitung nicht einschätzbar und es galt darüber hinaus, das Gesundheitswesen und insbesondere die Spitäler vor der Überlastung zu schützen. Mit zunehmenden Durchimpfungsraten und sich wandelnden Virusvarianten war aber auch eine Abschwächung der Schwere der Krankheitsverläufe zu beobachten. Trotzdem wurde noch längere Zeit weiter unverändert an den

ner*innen ab 60 Jahren bei Sprechstunden mehr über das soziale Angebot der Stadt. Diese Sprechstunden finden alle zwei Wochen laufend in den Bezirken 10, 16, und 21 statt. Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen informieren zu Themen wie Freizeitgestaltung, Ehrenamt, Wohnen, Vorsorge, finanzielle Entlastungsmöglichkeiten, Pflege und vieles mehr.

Der Kontaktbesuchsdienst der Stadt Wien, ein kostenloses, etabliertes Service der Stadt Wien, richtet sich an Wiener*innen ab dem 75. Lebensjahr und feierte heuer sein bereits 45-jähriges Bestehen. Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen der Wiener Sozialdienste bieten in Kooperation mit den Bezirksvorstehungen und „Wien für Senior*innen“ persönliche Informationsgespräche an.

Zahlen, Daten, Fakten

Im Sommer 2022 wurde die Zielgruppenstudie „Senior*innen-Barometer“ gemeinsam mit dem Berichtswesen des Fonds Soziales Wien und dem Gallup Institut durchgeführt. Bereits zum zweiten Mal wurden Wiener Senior*innen zu den Themen Lebensqualität, Freizeitverhalten, Mobilität, Internetnutzung und sozialer Lage befragt. Die Präsentation der Ergebnisse ist für 2023 geplant.

Auch 2023 arbeitet Wien für Senior*innen mit Unterstützung zahlreicher Kooperationspartner*innen weiter an einem lebenswerten Wien für die Wiener Senior*innen. Es werden Themen und Projekte gesammelt, Veranstaltungen auf die Beine gestellt, Strategien und Ideen entwickelt und Interessen, Bedarfe und Wünsche der Wiener Senior*innen erforscht.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die gesetzten Maßnahmen und bedankt sich für die Weiterentwicklung oder Ausweitung der Leistungen und Angebote für die Wiener Senior*innen.

3.28 Lock Down – Lock In – Lock Out

Der Januskopf „Pandemie Maßnahmen“

Ein Rückblick

Ältere, multimorbide Menschen mit funktionellen Defiziten gehörten von Anfang an zu den Gruppen mit besonders hohem Erkrankungs-, Komplikations- und Sterblichkeitsrisiko in der COVID-19 Pandemie. Diese Menschen vor einer Ansteckung und einer Erkrankung zu schützen, war oberstes Gebot und veranlasste zu drastischen Maßnahmen, insbesondere in Institutionen, wo sie betreut wurden und werden. Zutritts- und Besuchsbeschränkungen zählten dabei zu einer zentralen Strategie, um COVID-19 Ansteckungen beziehungsweise Ausbrüche oder „Cluster“ in Alten- und Pflegeheimen, Seniorenresidenzen etc. zu verhindern.

Aber auch im privaten Umfeld haben viele ältere Menschen, den Empfehlungen folgend, den Kontakt zu ihren Kindern und Enkelkindern reduziert. Eine fehlende Impfung zu Beginn der

Maßnahmen festgehalten. Sind wir hier zu spät von „der Bremse“ gegangen? Es ist unmöglich, dies abschließend und unfehlbar zu beurteilen. Die Erkenntnisse und Erfahrungen zeigen jedenfalls, wie sensibel und bedacht alle Maßnahmen zu setzen sind, welche Freiheit und Autonomie der betagten Menschen einschränken, auch wenn diese in der primären Intention zum Schutz der sich in unserer Betreuung befindenden Menschen dienen sollen. Die letzten Jahre haben dadurch ethische Herausforderungen mit sich gebracht, auf die wir alle als Gesellschaft nicht vorbereitet waren. Selbst heute kann die Suche nach Antworten oder dem richtigen Weg unzählige und endlose Diskussionen füllen.

Der Deutsche Ethikrat kommt in einer Stellungnahme zum Thema „Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie“ zur Erkenntnis....,“ dass risikoethische Vor- und Nachrangrelationen formuliert werden müssen, die mit guten Gründen zu entscheiden gestatten, in welchen Fällen bei der Bekämpfung von Pandemien Freiheit zugunsten des Gesundheitsschutzes zurücktreten sollte – beziehungsweise umgekehrt“ (6). Manche Altersforscher meinen, das Vorgehen der letzten Jahre folgt jenem Vorurteil, das die Älteren pauschal als unselbstständig, krank, gebrechlich und eingeschränkt entscheidungsfähig sieht, die nicht in dem Maße selbstverantwortlich oder mitverantwortlich handeln können wie Junge.

Die Achtung der Menschenwürde ist auch der Respekt vor der Selbstbestimmtheit jeder Person. Unter diesem Aspekt gilt es, stets die Entscheidungen zu bewerten, welche „wir“ für jene Menschen treffen, die sich uns anvertrauen, weil sie vielleicht auch nicht immer in der Lage sind oder auch nicht das Privileg haben, für sich selbst entscheiden zu können.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt für den Fall des Wiederaufflammens eines pandemischen Geschehens auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und engmaschiger Evaluierung ergriffener Maßnahmen mit den Trägern regen Austausch zu pflegen, um Restriktionen möglichst maßvoll und einheitlich vorzusehen.

Literaturverzeichnis:

Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (2020). <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000574>

Erfahrungen älterer, multimorbider Menschen in der COVID-19-Pandemie: eine qualitative Studie Z Gerontol Geriat 2022 · 55:216–222. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02055->

Wahrgenommene Auswirkungen der Coronapandemie auf die Lebenssituation älterer Menschen D80+ Kurzberichte - Nummer 1 November 2021

INFRAS (2021): Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Zürich, 16.7.2021.

Ältere Menschen zwischen Schutz und Selbstbestimmung. Lebensqualität im Alter auch in Krisenzeiten. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Wien, 2021.

Entscheidungen in einer Pandemie . STELLUNGNAHME · Hrsg. Deutscher Ethikrat [https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_detail\[product\]=159](https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_detail[product]=159)