

III GRUNDSATZPROBLEME, EMPFEHLUNGEN UND VORSCHLÄGE

3.1 e-card, e-Rezept, ELGA – die Zukunft in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen

Gastbeitrag von Frau Mag.^a Ursula Weismann

Geschäftsführerin der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. – SVC

Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft:

Digitalisierung in der Sozialversicherung ist immer aktuell

Die Digitalisierung im Bereich der Sozialversicherung ist seit vielen Jahren in vollem Gange und noch längst nicht abgeschlossen. Von den Erleichterungen, die mit der Prozessdigitalisierung einhergehen, profitieren natürlich grundsätzlich alle Menschen in Österreich. Gerade ältere Menschen aber benötigen oft intensivere ärztliche Betreuung und bekommen die Auswirkungen der Änderungen oftmals als Erste zu spüren, unabhängig davon, ob sie sich in pflegerischer Betreuung befinden oder nicht. Und oftmals werden Änderungen von bestehenden Prozessen nicht immer sofort positiv bewertet, aber es lohnt sich, einen Blick hinter die Kulissen zu werfen. Denn das Ziel der Digitalisierung ist für die Versicherten oft folgendes: Zugriff auf die eigenen notwendigen Gesundheitsdaten zu erhalten, jederzeit und überall.

ELGA – Gesundheitsdaten transparent gemacht

Bereits durch die Einführung der „elektronischen Gesundheitsakte“ (ELGA) wurde ein wichtiger Schritt in Richtung Datentransparenz gesetzt. Bürger*innen haben seitdem die Möglichkeit, ihre eigenen Gesundheitsdaten zeit- und ortsunabhängig einzusehen und auch die behandelnden Ärzt*innen sind vor allem durch die e-Medikationsliste in der Lage, zielgerichtet zu verordnen. Das setzt jedoch eine lückenlose Dokumentation in ELGA voraus. Das Gesundheitstelematikgesetz gibt genau vor, wie lange ein*e Ärzt*in oder auch eine Apotheke auf ELGA zugreifen darf, sobald die Berechtigung für den Zugriff, durch Auslesen der e-card, vorhanden ist. Ärzt*innen dürfen ab diesem Zeitpunkt genau 90 Tage auf ELGA zugreifen, Apotheken 28 Tage. Für den Zugriff auf den elektronischen Impfpass wurde eine einheitliche Frist von 28 Tagen vorgeschrieben.

Patient*innen, vor allem solchen, die sich in Pflege und Betreuung befinden und nicht in der Lage sind, alle 90 Tage die e-card auslesen zu lassen, steht die Möglichkeit offen, Vertrauensärzt*innen zu ernennen. Diese Vertrauensperson darf dann bis zu 365 Tage auf ELGA zugreifen. Eine Ernennung zur*zum Vertrauensärzt*in erfolgt entweder über das ELGA Portal online (dazu ist eine ID Austria notwendig) oder aber über die Ombudsstellen, die in allen Bundesländern Kontaktstellen haben. Vor allem für eine lückenlose Medikationsliste ist diese Option in Betracht zu ziehen. Denn mit der Einführung des e-Rezeptes Mitte 2022 wurde ein

weiterer vormals papiergebundener Prozess digitalisiert. Rezepte können nun elektronisch verordnet und eingelöst werden. Mit der Ausstellung eines e-Rezeptes wird im Standardfall auch ein Eintrag in der e-Medikation generiert. Dieser Eintrag kann jedoch nur erfolgen, wenn die Ärztin bzw. der Arzt Zugriff auf ELGA hat.

e-Berechtigung: das Smartphone wird zum e-card Kartenleser

In Zukunft wird auch die Möglichkeit eröffnet, das Auslesen der physischen e-card durch das Ausstellen einer e-Berechtigung zu ersetzen. Doch wie funktioniert das Ausstellen und welche Vorteile ergeben sich dadurch? Die e-Berechtigung ist eine Zusatzfunktion der Apps der Sozialversicherung und wurde sehr niederschwellig designt. Es ist nicht notwendig, sich über Austria ID zu authentifizieren oder sich in ein Portal einzuloggen, sodass auch ältere Menschen, die technisch nicht so versiert sind, in der Lage sind, eine e-Berechtigung ausstellen zu können. Im Grunde muss nur jene Ordination, der eine e-Berechtigung ausgestellt werden soll, über die Funktion gesucht und ausgewählt werden. Im nächsten Schritt wird die e-card an das Smartphone gehalten und danach eine Berechtigung erteilt. Und damit ist es auch schon getan.

Aktuell können nur e-Berechtigungen für ELGA-Zugriffe erteilt werden, aber es ist geplant, den Umfang an zu erteilenden Berechtigungen zukünftig auszuweiten. Nach Erteilen der e-Berechtigung ist die*der Ärzt*in dazu ermächtigt, auf ELGA zuzugreifen und damit im Zuge der Ausstellung eines e-Rezepts auch in der Lage, die Medikationsdaten in der Medikationsliste zu speichern. Welches NFC-fähige Smartphone dafür verwendet wird, ist irrelevant. Es ist auch möglich, die Funktion beispielsweise über das Smartphone der Pflegekraft aufzurufen. Zwingend erforderlich ist jedoch eine NFC-fähige e-card, das sind nur solche mit Foto.

e-Rezept: mit der e-card zum Medikament? Ja, aber nicht nur

Um die 6 Mio. e-Rezepte werden pro Monat in Österreich ausgestellt. Sämtliche Ärzt*innen nutzen seit über eineinhalb Jahren das neue Service, um statt Papierrezepte elektronische Rezepte zu erstellen. Die Rezepte werden im e-card System gespeichert und können in jeder Apotheke eingelöst werden. Um das e-Rezept in der Apotheke aufzurufen, wird entweder die e-card ausgelesen oder der Rezeptcode vom Informationsbeleg oder der App abgescannt. Für die Abarbeitung der Menge an Rezepten, die in Pflege- und Wohneinrichtungen benötigt werden, ist das Auslesen der e-cards der zu betreuenden Personen vermutlich nicht die erste Wahl. Mit Hilfe von softwareunabhängigen Zusatztools, die die Arztsoftwarebranche zum Erwerb anbietet, können aber große Mengen an Rezepten in der Ordination vollständig digital erstellt und über Befundübermittlungssysteme an eine Apotheke übermittelt werden – und zwar innerhalb des hochsicheren Gesundheitsinformationsnetzes der Sozialversicherung, zu dem nur berechtigte Gesundheitsdiensteanbieter Zugang erhalten; und das ohne die Notwendigkeit, dass e-cards abgesammelt und in der Apotheke ausgelesen werden. Damit ist es möglich, dass Wegstrecken entfallen (von der Ordination zur Apotheke) und Wartezeiten auf benötigte Medikamente reduziert werden.

Nach der Digitalisierung der Suchtgiftrezepte für die Schmerztherapie Anfang Juli 2023 können seit November 2023 auch privat zu zahlende Heilmittel über das e-Rezept Service ausgestellt werden. Und das ist noch lange nicht das Ende.

Was bringt die Zukunft?

Aktuell finden Überlegungen statt, auch für das Abfragen von e-Rezepten in der Apotheke eine e-Berechtigung ausstellen zu können. Damit stünde ein weiterer Weg zur Verfügung, wie ein Rezept in der Apotheke eingelöst werden kann.

Zudem wird analysiert, wie ein einheitlicher Medikamenteneinnahmeplan in Österreich in ELGA abgebildet aussehen könnte und in welchen Bereichen er zur Anwendung kommen könnte.

3.2 e-Rezept: eine vertane Chance?

Mit dem e-Rezept werden Kassenrezepte nicht mehr auf Papier, sondern elektronisch ausgestellt. Das e-Rezept ersetzt das Papier-Kassenrezept in Österreichs Ordinationen und Apotheken vollständig. Die Einlösung in der Apotheke erfolgt einfach: mit der e-card, dem e-Rezept Code oder der e-Rezept-ID (Homepage SVS.at im Jan 2024).

Im Jahr 2023 entstand nach dem Auslaufen der Übergangsregelungen zum e-Rezept kurzzeitig sehr viel Aufregung bei Heimträgern, Apotheken und Hausärzt*innen. Vieles bedurfte der Erklärung, einige fühlten sich von der Sozialversicherung nicht verstanden und unterstützt. Letztlich wurden alle Bewohner*innen mit ihren Medikamenten gut versorgt und ein Weg gefunden, der den Regelungen der Sozialversicherungen entspricht. Zumeist wird nun der Weg gewählt, dass die in Wiener Wohn- und Pflegeheimen tätigen Hausärzt*innen Blankoformulare auf Papier mit einer eindeutigen Rezept-ID aus ihrer Ordination mitnehmen. Danach werden alle Rezept-ID's zur Apotheke (mit oder ohne Befundübermittlungsservice) übertragen, die ihrerseits die Medikamente dann ins Wohn- und Pflegeheim schicken kann. Ob dies insgesamt ein moderner, effizienter elektronischer Informationsfluss ist, darf bezweifelt werden. Insofern darf man davon ausgehen, dass ein wesentliches Ziel des e-Rezepts nicht erreicht wurde.

Eine Schwierigkeit dürfte darin liegen, dass oft von selbständigen, elektronisch gut ausgebildeten Menschen, die selbst zum Arzt gehen, danach zur Apotheke und natürlich e-card und Smartphone dabei haben, ausgegangen wird. Dies beschreibt allerdings nicht die Situation in Pflegeeinrichtungen.

Hoch pflegebedürftige Menschen, oft mit Demenzerkrankungen und nicht selbständig, befinden sich in einem komplexen Betreuungsumfeld mit mehreren Haus- und Konsiliarärzt*innen, Pflegepersonen, Apotheken, Erwachsenenvertreter*innen und bevollmächtigten Angehörigen und mehrere Personen/Organisationen erbringen gemeinsam eine Pflege- und Betreuungsleistung.

Entsprechend der jeweiligen Verantwortung muss jeder der Beteiligten eine Dokumentation

rund um das Thema Medikation führen. Ärzt*innen und Apotheken müssen ihre Leistungen mit der Sozialversicherung abrechnen, Erwachsenenvertreter*innen möchten Abrechnungen von Rezeptgebühren oder Medikamentenkosten nachvollziehen können. Und die Pflegeorganisationen müssen die ärztlichen Anordnungen zur Medikation, zur Verabreichung etc. dokumentieren.

Insgesamt werden daher recht ähnliche Daten und Informationen von mehreren Organisationen verwendet und müssen laufend aktualisiert und abgeglichen werden. Ein durchgängiger gemeinsamer Datenbestand liegt jedoch nicht vor. Manchmal ist es notwendig, dass Medikationen kurzfristig und öfter angepasst werden, bis die richtige Lösung gefunden wurde. Wenn bei diesem Prozess unterschiedliche Datenbestände entstehen, muss das mit mehreren Beteiligten ausdiskutiert und geklärt werden.

Eine zusätzliche bürokratische Hürde stellt das Erfordernis dar, dass die e-card regelmäßig (Hausärzt*innen alle 90 Tage, Apotheken alle 28 Tage) gesteckt werden muss, um den Zugriff auf die Daten von e-Rezepten zu behalten. Anzumerken ist, dass der wesentliche Vorteil der e-card – nämlich eine Prüfung von Identität und Versicherung – bei diesem Personenkreis kein Problem darstellt. Beides ist mehrfach geprüft und allen Beteiligten gut bekannt.

Hohe Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsbedarf bei der Medikamentenversorgung haben in Österreich nicht nur die Bewohner*innen in Wiener Wohn- und Pflegeheimen, sondern auch mobil betreute Menschen oder durch Angehörige betreute Menschen. Man kann wohl davon ausgehen, dass dies deutlich mehr als 100.000 Menschen mit jeweils recht vielen Medikamenten betrifft.

Ein neuer Prozess wie e-Rezept hätte eine gute Gelegenheit bieten können, um hier von Anfang an eine gut integrierte Lösung (ELGA, Sozialversicherungen, Ärzt*innen, Apotheken, Pflegeorganisationen) für alle Beteiligten in diesem besonderen Umfeld zu entwickeln.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, bei der Neugestaltung von Prozessen insbesondere die Situation von hoch pflegebedürftigen Personen, die nicht selbständig handeln können, mitzubedenken und Vertreter*innen von Heimträgern in die Prozesse einzubinden.

3.3 Klimaschutz ist Gesundheitsschutz: Gesundheitseinrichtungen am Weg zur Klimaneutralität

Gastbeitrag von Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ruperta Lichtenecker

Abteilungsleitung Kompetenzzentrum Klima und Gesundheit –
Abteilung Klimaneutralität und nachhaltige Transformation
Gesundheit Österreich GmbH

Die Klimakrise und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit werden u. a. durch Extremwetterereignisse, Hitze, Allergien, vektorübertragbare Krankheiten und Klimaangst systematisch in

den gesundheitspolitischen Blickpunkt gerückt. Die wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass „der Klimawandel die größte Bedrohung für die Gesundheit im 21. Jahrhundert“ ist, so der „Report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a health future“ (Romanello et al. 2021). Die steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen wird – wenn der Status quo beibehalten wird – sowohl den Treibhausgasausstoß als auch die Kosten, insbesondere im Gesundheitswesen, weiter erhöhen. Bereits jetzt ist dieser für etwa sieben Prozent des österreichischen CO₂-Fußabdrucks verantwortlich. Damit hat der Gesundheitssektor als klimarelevanter Sektor entsprechend dringenden Handlungsbedarf, um klimaneutral zu werden (Weisz et al. 2020). Herausforderungen und Entwicklungen im Bereich Klimaschutz, Klimawandelanpassung und damit die Stärkung der Resilienz im Gesundheitswesen rücken zunehmend in den Fokus. Wenn nicht gehandelt wird, werden die Folgekosten der Klimakrise im Gesundheitssektor am höchsten sein (Steininger et al. 2020). Zentral ist daher die Entwicklung einer Strategie mit dem Ziel einer klimaneutralen Gesundheitsversorgung, der Verankerung der entsprechenden Maßnahmen und der nachhaltigen Transformation, um dieses Ziel zu erreichen. International war das Thema Gesundheit im Rahmen der UN-Klimakonferenz 2023 in Dubai ein wichtiger Fokus mit dem Ziel der Entwicklung nachhaltiger Gesundheitssysteme mit geringem CO₂-Ausstoß und die Stärkung von klimaresilienten Gesundheitssystemen.

Der Weg in die Zukunft – Projekt „Beratung klimafreundliche Gesundheitseinrichtung“

Das Kompetenzzentrum Klima und Gesundheit der Gesundheit Österreich GmbH hat im Auftrag des BMSGPK ein spezifisches und innovatives Beratungsangebot entwickelt, das alle klimarelevanten Handlungsfelder umfasst – von Gebäude, Energie, Mobilität, Ressourcen- und Abfallmanagement, nachhaltige Beschaffung, Ernährungssystem, Grünräume etc. – sowie die Themen Klimaschutz und Gesundheitsförderung verbindet und damit die Basis für eine ganzheitliche Integration von Klimaschutz in den teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen legt. Bei diesem Prozess wird die Gesundheitseinrichtung von einer Expertin bzw. einem Experten begleitet. Zentrale Ergebnisse der Beratung sind:

- Überblick zu spezifischen Treibhausgasemissionen der Gesundheitseinrichtung
- Identifikation bereits umgesetzter Maßnahmen und Darstellung von Verbesserungspotenzialen
- Erstellung eines Klima-Aktionsplans mit konkreten Zielen und Maßnahmen zur Treibhausgasreduktion, der auch gesundheitsfördernde Aspekte miteinbezieht
- Unterstützung bei der Identifikation von Fördermöglichkeiten und beim Kontakt mit Beratungs- und Förderstellen
- Die erarbeiteten Ergebnisse werden der jeweiligen Gesundheitseinrichtung in einem Bericht zur Verfügung gestellt.

Mit der Teilnahme am Projekt „Beratung klimafreundliche Gesundheitseinrichtung“ und der Umsetzung der Maßnahmen leistet die Gesundheitseinrichtung einen wesentlichen Beitrag zum Klimaschutz im Gesundheitssektor. Das Angebot richtet sich an die folgenden Gesundheitseinrichtungen in Österreich: Senioren*innen- und Pflegeeinrichtungen, Krankenanstalten und Rehakliniken, Fachambulatorien, Primärversorgungseinheiten, Arztpraxen und Apotheken.

Klimaschutz verankern – 150 Millionen Förderungen für Senioren*innen- und Pflegeeinrichtungen

Aufbauend auf dem Projekt „Beratung klimafreundliche Gesundheitseinrichtungen“ hat das Klimaschutzministerium (BMK) gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium (BMSGPK) und dem Kompetenzzentrum Klima und Gesundheit der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) zwei neue Förderschienen für Maßnahmen zur Steigerung der Energieeffizienz in Senioren*innen- und Pflegeeinrichtungen und Krankenanstalten geschaffen.

Das Ziel ist es, Energieeffizienzpotenziale zu heben!

Energieeffiziente Senioren- und Pflegeheime werden mit bis zu 50 Prozent der förderfähigen Investitionskosten gefördert. Das Klimaschutzministerium hat dafür bis zu 150 Millionen Euro an Fördermitteln reserviert und die Abwicklung erfolgt über die KPC: Energieeffiziente Senioren- und Pflegeheime | Umweltförderung (umweltfoerderung.at)

Der zentrale Vorteil des Projekts „Beratung klimafreundliche Gesundheitseinrichtung“ besteht darin, dass die Gesundheitseinrichtung Beratung für alle klimarelevanten Handlungsfelder aus einer Hand bekommt, wodurch der Aufwand für die Einrichtungen so gering wie möglich gehalten wird. Durch die Teilnahme am Projekt entstehen der Gesundheitseinrichtung keine Kosten. Der Nutzen für die Gesundheitseinrichtung und das Gesundheitswesen ist vielfältig, vor allem durch:

- die Erarbeitung eines individuellen Klima-Aktionsplans mit konkreten Zielen und Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitsfördernder Wirkungen,
- Kosteneinsparungen durch gesteigerte Energie- und Ressourceneffizienz,
- die Positionierung als verantwortungsvolle, zukunftsorientierte Gesundheitseinrichtung, die Vorreiterin und Multiplikatorin auf dem Weg zur Klimaneutralität ist,
- die Schaffung eines klimafreundlichen und gesundheitsfördernden Umfelds für Patient*innen und Mitarbeiter*innen,
- die Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber*in,
- die Steigerung der Resilienz und der Versorgungssicherheit
- die Schaffung einer fundierten Basis für die ganzheitliche Integration von Klimaschutz in das Unternehmen sowie die
- Erarbeitung von Grundlagen für die Implementierung von klimafreundlichen und gesundheitsfördernden Maßnahmen.

Seit September 2022 werden im Rahmen des Projekts „Beratung klimafreundliche Gesundheitseinrichtungen“ bereits mehr als 320 Gesundheitseinrichtungen dabei unterstützt, sich zu klimafreundlichen Einrichtungen zu entwickeln. In Wien nehmen 58 Gesundheitseinrichtungen und davon 10 Senioren- und Pflegeeinrichtungen am Projekt teil! Dieses Projekt für den Gesundheitssektor ist bisher einzigartig, gilt international bereits als Best Practice Beispiel und damit sind Österreich und die teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen wesentliche Vorreiter.

Kompetenzen stärken – Lehrgang Klima-Manager*innen

Um Klimaschutz nachhaltig in der Gesundheitseinrichtung zu etablieren, wurde der Lehrgang

„Klimamanager*innen in Gesundheitseinrichtungen“ entwickelt, an dem Mitarbeiter*innen von stationären Gesundheitseinrichtungen wie Senioren*innen/Pflegeeinrichtungen, Krankenanstalten und Rehakliniken teilnehmen können.

Ziel des Lehrgangs „Klima-Manager*innen in Gesundheitseinrichtungen“ ist es, ein umfassendes Verständnis zu Klimaschutz zu vermitteln und zur Stärkung und Bildung der notwendigen Handlungskompetenzen beizutragen, um Maßnahmen des Klimaschutzes in der eigenen Gesundheitseinrichtung nachhaltig und gesamthaft umzusetzen.

Mit dem Lehrgang werden den Teilnehmer*innen grundlegendes Wissen und Kompetenzen vermittelt, um Gesundheitseinrichtungen auf dem Weg zur Klimaneutralität federführend zu unterstützen, Einsparungen von Ressourcen und Energie sowie eine Reduktion von Treibhausgasemissionen zu erzielen und ein klimafreundliches und gesundheitsförderndes Umfeld für Mitarbeiter*innen und Patient*innen zu schaffen.

Im Dezember 2023 haben bereits 38 Klima Manager*innen erfolgreich den Lehrgang abgeschlossen!

Nähere Informationen und Auskunft bei der Abteilung Klimaneutralität und nachhaltige Transformation des Kompetenzzentrums Klima und Gesundheit an der Gesundheit Österreich GmbH.: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ruperta Lichtenecker ruperta.lichtenecker@goeg.at und klimaneutralesgesundheitswesen@goeg.at

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Das Ziel Klimaneutralität in den Leitbildern der Wiener Wohn- und Pflegeheime zu verankern.
- Die Teilnahme von Wiener Wohn- und Pflegeheimen am Projekt „Beratung klimafreundliche Gesundheitseinrichtung“.
- Die Möglichkeit zu schaffen, dass Mitarbeiter*innen am Lehrgang Klima-Manager*innen teilnehmen können.

Literaturverzeichnis:

Romanello, Marina; McGushin, Alice; Di Napoli, Claudia; Drummond, Paul; Hughes, Nick; Jamart, Louis; Kennard, Harry; Lampard, Pete; Solano Rodriguez, Baltazar; Arnell, Nigel; Ayeb-Karlsson, Sonja; Belesova, Kristine; et al (2021): The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. In: *Lancet* 398/10311:1619-1662

Steininger, Karl W.; Bednar-Friedl, Birgit; Knittel, Nina; Kirchengast, Gottfried; Nabernegg, Stefan; Williges, Keith; Mestel, Roland; Hutter, Hans-Peter; Kenner, Lukas (2020): Klimapolitik in Österreich: Innovationschance Coronakrise und die Kosten des Nicht-Handelns, Wegener Center Research Briefs 1-2020, Wegener Center Verlag, Universität Graz, Österreich, Juni 2020. <https://doi.org/10.25364/23.2020>.

Weisz, Ulli; Pichler, Peter-Paul; Jaccard, Ingram S; Haas, Willi; Matej, Sarah; Bachner, Florian; Nowak, Peter; Weisz, Helga (2020): Carbon emission trends and sustainability options in Austrian health care. In: *Resources, Conservation and Recycling* 160/:104862

3.4 Strommangellage und Blackout – Krisenvorsorge in der Pflege und Betreuung

Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (DWS) beschäftigte sich bereits vor der Pandemie mit dem Thema Blackout. Dazu wurden einige Infoveranstaltungen gemeinsam mit den Helfern Wiens abgehalten. Kaum jemand dachte vor einigen Jahren, dass dieses Szenario in unseren Breiten zu einem Topthema wird.

Die Covid-Pandemie zeigte uns, welche Themen und Schwächen plötzlich zum Vorschein kamen, für die es zwar Pläne gab (z.B. Pandemiepläne), aber in der praktischen Umsetzung keine Einrichtung, die die Herausforderungen ohne interne Krisenstäbe oder den Wissensaustausch mit externen Krisenstäben bewältigt hätte.

Die letzten Jahre waren geprägt von Krisen. Die Pandemie noch nicht ausgeheilt, hielt bereits die Energiekrise Einzug. Neben den hohen Preisen erforderte die Gefahr einer möglichen Strommangellage ein rasches Handeln. Fonds Soziales Wien (FSW) und DWS setzten sich gemeinsam mit dem Thema Strommangellage und einer möglichen wiederkehrenden, stundenweise rollierenden Stromabschaltung auseinander, um bei Bedarf die Versorgung der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen zu gewährleisten.

Im Dachverband fanden innerhalb kürzester Zeit vier Workshops mit Vertreter*innen aller Bereiche - mobile und stationäre Pflege und Betreuung, Behindertenarbeit, Wohnungslosen- und Flüchtlingshilfe und den FSW-Fachbereichen - statt. Diese wurden von Vertreter*innen des Wiener Roten Kreuzes vom Competence Center Event Safety Management und durch den Arbeiter-Samariter-Bund begleitet. Nicht alle Fragen konnten nach den Workshops beantwortet werden, da es für manche Fragen noch keine Lösungen gibt bzw. zum damaligen Zeitpunkt gab. Insbesondere wurde der Schwerpunkt auf die Themenbereiche Infrastruktur der Organisation, Information und Schulung von Mitarbeiter*innen, Information an Kund*innen, Bevorratung sowie auf die Priorisierung gelegt.

Die Ergebnisse aus den Workshops wurden im DWS gesammelt, in eine Checkliste eingearbeitet und gemeinsam mit dem FSW und dem DWS mit dem Ziel abgestimmt, den Erhalt der Handlungsfähigkeit der Organisationen bzw. der Einsatzfähigkeit von Systemen zu gewährleisten. Mit der Checkliste können sich Organisationen vorbereiten; dabei ist anzumerken, dass die Handhabung und Klärung der in der Checkliste genannten Punkte individuell den Organisationen obliegen. Die finale Checkliste zur Strommangellage wurde in der Folge allen Organisationen über die FSW-Krisenplattform zur Verfügung gestellt. Zusätzlich gibt es von der Stadt Wien sogenannte Sperrkabel. Das bedeutet, dass ausgewählte Standorte auch während einer Strommangellage weiterhin mit Strom versorgt werden. Somit kann eine Stromversorgung für systemrelevante Einrichtungen der Wiener Pflege- und Sozillandschaft gewährleistet werden.

Im Jahr 2023 erfolgte ein Auftrag durch das BMSGPK an die Stadt Wien bzw. den FSW, sich mit dem Thema Blackout/Autarkie 72 Stunden für die stationäre Langzeitpflege und die stationäre Behindertenhilfe auseinanderzusetzen und ein Konzept zu erstellen. Bei einem Blackout handelt es sich um einen längerfristigen und flächendeckenden Strom- und Infrastrukturausfall, z.B. länger als 12 Stunden, der große Teile Europas betrifft. Mögliche Auslöser für ein Blackout sind z.B. technische Gebrechen, Energiemangel, menschliches Versagen, Cyber-Kriminalität, Terroranschläge, Wetterereignisse etc.. Ein mehrstündiger Stromausfall aufgrund eines technischen Gebrechens in einem oder mehreren Bezirken/Regionen von Wien ist kein Blackout.

Einerseits liegt der Schwerpunkt auf der Vorbereitung auf ein Blackout und in weiterer Folge auch auf dem Wissen darüber, wie Einrichtungen während eines Blackouts agieren sollen. Nach einer gemeinsamen Abstimmung von DWS und FSW wurde vereinbart, auch hierfür ein Konzept/eine Checkliste vorzubereiten. Ziel war es, die Autarkie für 72 Stunden zu erhalten und vorab Pläne festzulegen, welche allgemein gültigen Mindeststandards in der Betreuung während dieser Zeit gelten.

Es folgten wieder zwei Workshops im DWS mit dem Ziel, eine notwendige und lebenserhaltende Versorgung auch während eines Blackouts für 72 Stunden zu ermöglichen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema ist nicht ganz einfach, da viele Faktoren eine Rolle spielen (Jahreszeit, Tag/Nacht, Personal, lebensnotwendige Medikamente – Lagerung und Kühlung, vorhandene Akkus, Eigenvorsorge, ...). Das Konzept befindet sich derzeit in Abstimmung und wird 2024 fertig gestellt.

Ein wesentliches Ergebnis aller Workshops ist, dass jede Person sich selbst bestmöglich vorbereiten soll. Je besser man im privaten Umfeld vorgesorgt hat, umso besser kann das System aufrechterhalten werden. Zusätzlich zu diesen beiden Aufträgen ist der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen Partner im Projekt Krise mit Plan, siehe www.krisemitplan.at. Hier liegt das Augenmerk auf der mobilen Pflege und Betreuung. Die Projektlaufzeit ist noch bis Herbst 2024.

Empfehlung der Wiener Heimkommission:

Die Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Strommangellage oder eines Blackouts ist nicht zu unterschätzen. Die Wiener Heimkommission begrüßt daher jegliche Vorsorge, die Bewusstseinsbildung sowie die Entwicklung einer gemeinsamen Vorgehensweise zur Vorbereitung auf Krisensituationen, um im Bedarfsfall handlungsfähig zu sein.

3.5 Digitale Unterstützung in der Betreuung von Bewohner*innen

Gastbeitrag von Mag.(FH) Thomas Höllering Pederiva

Pflegedirektor der KOLPING Altenpflege Wien-Leopoldstadt GmbH

In modernen, zeitgemäßen Senioren- und Pflegeeinrichtungen ist es längst ein gelebter Standard, den Bewohner*innen weit mehr zu bieten als nur die Unterstützung in der Basisversorgung.

So hat auch in beiden Kolpinghäusern „Gemeinsam leben“ das digitale Zeitalter bei der Betreuung der Bewohner*innen Einzug gehalten. Schon während des Lockdowns, im Zuge der COVID-Infektionswellen, wurden in beiden Häusern Tablets angekauft, um WhatsApp Videotelefonate mit den An- und Zugehörigen der Bewohner*innen möglich zu machen. Dies war zwar kein vollwertiger Ersatz für den fehlenden persönlichen Kontakt, wurde jedoch von den Bewohner*innen sehr gut angenommen.

Auch die virtuelle Brille wird in beiden Häusern, sowohl von Pflegemitarbeiter*innen als auch von den Klinischen Psycholog*innen, angewendet. Mit einem Set aus jeweils 4 Brillen ist sowohl ein Einzel- als auch Gruppenausflug möglich. Die virtuellen Brillen bieten die Möglichkeit eine Vielzahl von verschiedenen Orten zu besuchen – kulturelle Sehenswürdigkeiten, Wanderungen, Besuche in Zoos und sogar Schitouren. Ein besonderes Highlight sind die Kaffeehausbesuche in bekannten Wiener Kaffeehäusern, die mit einer anschließenden Kaffeejause an einem schön gedeckten Tisch verbunden werden können, um die Sachertorte nicht nur virtuell, sondern auch richtig genießen zu können. Wertvolle Informationen für die Biographieerhebung und eine individuelle Gestaltung der Pflegeplanung können dadurch gewonnen werden. Wünsche und Anregungen der Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen bezüglich „unentdeckter“ Ausflugsgebiete werden vom Anbieter jederzeit gerne aufgegriffen und auch in Form neuer Ausflüge umgesetzt.

Eine weitere Möglichkeit für die Betreuung und die Alltagsgestaltung der Bewohner*innen stellen die Demenz-Tablets dar. Auch hier besteht die Möglichkeit der Einzel- oder Gruppenbetreuung. Auf die verschiedenen Demenzstufen abgestimmte Programme erleichtern den Mitarbeiter*innen die Betreuung. So können Rätsel gelöst, Lieder miteinander gesungen, einfache Rechenbeispiele und Gedächtnistraining durchgeführt werden. Regelmäßige Updates erweitern die Einsatzmöglichkeiten, sodass für die Bewohner*innen auch Abwechslung garantiert werden kann.

In den Niederlanden entwickelt, kommt seit Herbst 2023 ein Beamer zum Einsatz, der basierend auf einem audiovisuellen Erlebnis eine vertraute Umgebung für die Bewohner*innen schaffen kann. Das mobile Gerät projiziert Bilder an die Decke oder an die Wand, unterstützt durch eine darauf abgestimmte Klangkulisse. Hierdurch kann es auf verschiedenen Ebenen Reize vermitteln. Das Produkt zielt einerseits darauf ab, den Nutzer geistig zu aktivieren, kann ihm aber auch dabei helfen zu entspannen, wenn die Situation dies erfordert. Zum Einsatz kann das Gerät bei an Demenz Erkrankten kommen, aber auch für eine Gruppenaktivität genutzt werden.

Vor allem für immobile Bewohner*innen ist dieser Beamer geeignet, um wieder positive Impulse setzen zu können. Beispielsweise konnte eine Bewohnerin, die aufgrund eines bestehenden infektiösen Keimes das Zimmer nahezu nicht verlassen konnte, virtuell an einem Konzert von Andre Rieux teilnehmen.

An- und Zugehörige können auf einem USB-Stick Fotos von lieben Erinnerungen oder selbst gedrehten Videos speichern, um dadurch die Bewohner*innen am Alltag ihrer Familien teilhaben zu lassen.

Um den Administrationsaufwand möglichst gering zu halten und eine zeitnahe Dokumentation zu ermöglichen, wurden in beiden Kolpinghäusern „Nurse-Tablets“ in allen Zimmern und Appartements der Bewohner*innen installiert. Dadurch kann jede*r Mitarbeiter*in

notwendige Informationen für die Pflege im Zimmer direkt abrufen. Gleich im Anschluss an die Pflege bei den Bewohner*innen zeichnen die Mitarbeiter*innen den Durchführungsnachweis ab und können den Pflegebericht sogar diktieren.

Was für den Einsatz aller genannten Möglichkeiten zutrifft, ist, dass die Mitarbeiter*innen bei den Anwendungen immer dabei sind und die Bewohner*innen nicht alleine beschäftigt werden sollen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt digitale Unterstützung zur Betreuung der Bewohner*innen gezielt einzusetzen, um einerseits die Bedürfnisse der Bewohner*innen abzudecken und andererseits die Mitarbeiter*innen in ihrer herausfordernden Tätigkeit zu unterstützen.

3.6 Technische Anlagen in einem neu errichteten Pflegeheim

2023 wurde in Kalksburg ein neues Wohn- und Pflegeheim mit 152 stationären Pflegeplätzen errichtet. Wohn- und Lebensqualität für Menschen mit hohem Pflegebedarf wurde bei der Architektur durch großzügige Aufenthaltsbereiche, Einzelzimmer, unterschiedliche Wohnformen und großzügige Freiräume bzw. Terrassen berücksichtigt. Auch bei den technischen Anlagen gab es in den letzten Jahren deutliche Fortschritte, die allerdings zumeist in den Wänden verborgen und nur zum geringen Teil sichtbar sind – aber ebenso zu mehr Lebensqualität und Sicherheit beitragen.

In einem Wohn- und Pflegeheim sind aber auch die technischen Anlagen sowohl für die Wohnqualität, Energieeffizienz und auch für die Sicherheit bzw. Unterstützung des Pflege- und Betreuungspersonals wesentlich. Diese umfangreichen Anlagen erhöhen die Investitionskosten für die Bereiche Heizung, Kühlung, Lüftung und Sicherheit deutlich über die Kosten im „normalen“ Wohnbau.

Während der Bauzeit wurde die ursprünglich konzipierte Wärmeerzeugung (Kombination Blockheizkraftwerk, Wärmepumpen und Gastherme) auf vollständig erneuerbare Energien ohne Einsatz von fossilen Brennstoffen geändert. Die Wärmebereitstellung erfolgt in Kombination von Geothermie (56 Tiefensonden mit Sole-Wasser Wärmepumpen) auf eigenem Grundstück und Stromerzeugung durch eine Photovoltaik Anlage am Dach. Die Wärmeverteilung erfolgt über die Fußbodenheizung bzw. die Betonkernaktivierung. Das System kann auch im Sommer zur Kühlung der Decken bzw. Rückspeicherung der Wärme ins Erdreich genutzt werden. Trotz Verzicht auf eine Vollklimatisierung entsteht so auch im Sommer ein angenehmes Raumklima. In den Bewohner*innenzimmern gibt es die Möglichkeit, die Raumtemperatur individuell etwas zu erhöhen oder zu verringern.

Eine Lüftungsanlage sorgt für ausreichend (gefilterte) Frischluft, die bei Bedarf geheizt oder

gekühlt werden kann. In den Allgemeinbereichen wird die Luftmenge entsprechend dem CO₂-Gehalt angepasst. In der Nacht kann so die Menge reduziert werden, um einen energieeffizienten Betrieb zu ermöglichen.

Für die Wasserversorgung gibt es einen Kaltwasser- und einen Warmwasserkreislauf. Zu jeder Entnahmestelle führen 4 Leitungen, jeweils ein Zulauf und Ablauf für Kalt- und Warmwasser, wobei das Wasser in beiden ständig zirkuliert. Das Kaltwasser kann im Sommer gekühlt werden, damit eine Temperatur von 25° nicht überschritten wird. Das Warmwasser wird über Wärmetauscher im Durchlaufsystem (ohne klassischen Boiler) erhitzt. So werden Totleitungen vermieden und der Schutz vor einem Legionellenbefall deutlich erhöht. Ebenso ist an allen Entnahmestellen sofort richtig temperiertes Wasser verfügbar.

Die Stromversorgung erfolgt über die hauseigene Photovoltaik am Dach und das öffentliche Netz. Besonders sicherheitskritische Systeme, wie z.B. die Brandmeldeanlage, werden durch einen Batteriepufferspeicher abgesichert. Zusätzlich ist ein Notstromaggregat für eine Teilversorgung mit elektrischem Strom vorhanden.

Die gesamte Beleuchtung ist stromsparend mit LEDs in einer angenehmen Lichtfarbe ausgestattet. Entsprechend den häufigen Sehproblemen im Alter liegt die Beleuchtungsstärke deutlich über der Norm, gleichzeitig besteht aber auch die Möglichkeit zu dimmen. In den Bädern wird die Beleuchtung über Bewegungsmelder aktiviert. Ein Nachtlicht in den Bewohner*innenzimmern kann bei Bedarf aus- oder auch (bewegungsgesteuert) eingeschaltet werden. Dies trägt dazu bei, Stürze zu reduzieren. In einem Wohnbereich wurde eine Tageslicht-Beleuchtung realisiert. Durch die Änderung der Lichtstärke und der Lichtfarbe im Lauf des Tages ist es manchen Bewohner*innen leichter möglich, einen normalen Tag/Nacht-Rhythmus zu behalten. Über das zentrale Steuerungssystem kann jede einzelne Lichtquelle angesteuert und je nach Bedarf programmiert werden. Außenjalousien werden elektrisch gesteuert. Teilweise werden Türen elektrisch unterstützt geöffnet, um den Bewohner*innen das Herumgehen zu erleichtern. Mehrere Aufzüge stellen sicher, dass jeder Bereich von mindestens 2 Aufzügen erreicht werden kann, damit auch bei einem Ausfall eines Aufzugs noch Fahrten möglich sind.

Das W-Lan ist ein mittlerweile zentrales technisches System, das Datenübertragungen auch mit hohen Bandbreiten ermöglicht und alle Bereiche des Hauses inkl. Keller und des Gartens abdeckt. So können auch zukünftige neue Geräte leicht in das technische System des Hauses eingebaut werden. Durch die Breitband-Glasfaseranbindung ans Internet ist es möglich, Angehörigen und Bewohner*innen ein Gäste-W-Lan und eine große Anzahl an Radio- und TV-Programmen aus dem Internet anzubieten. Veranstaltungen im Haus können bei Bedarf mit Bild und Ton in die Zimmer übertragen werden. Die neuen TV Geräte bieten nun für alle die Möglichkeit, kabellose Kopfhörer anzuschließen.

Moderne Brandschutzkonzepte erhöhen die Sicherheit erheblich, nicht nur durch bauliche Maßnahmen, sondern auch durch kleinere Brand- und Evakuierungsabschnitte, kurze Fluchtwege bzw. mehr Fluchtmöglichkeiten, Löschwassermanlagen und eine Brandmeldeanlage mit

direktem Anschluss zur Feuerwehr, die alle Bereiche des Hauses abdeckt. In den Bewohner*innenzimmern steht eine Lichtrufanlage zur Verfügung. Durch Funktaster kann auch z.B. von der Terrasse aus um Unterstützung gebeten werden.

Zusätzlich zu diesem aktiven Rufsystem gibt es auch passive Meldesysteme, wie das Desorientierten-System und „COGVIS Sturzerkennung“, die in Einzelfällen unterstützen können. Das Desorientiertensystem soll den Bewegungsraum der Bewohner*innen erhöhen. Im Haus sind mehrere Punkte vorhanden, wo Mitarbeiter*innen benachrichtigt werden, wenn eine – mit dem System ausgestattete Bewohner*in – diesen Bereich verlassen möchte. Bereiche können bewohner*innenbezogen definiert werden. Auch die Nutzung der Aufzüge kann mit eingebunden werden. In den Bewohner*innenzimmern kann bei Bedarf ein „COGVIS Sturzerkennungssystem“ montiert und aktiviert werden. Individuell können bestimmte Zeitfenster oder Situationen (z.B. Sturz im Zimmer, Aufstehen im Bett oder kehrt nach einer bestimmten Zeit nicht aus dem Bad zurück,...) definiert werden, die Benachrichtigungen auslösen.

All diese Benachrichtigungen und Alarmierungen werden über einen eigenen Server an die zuständigen Personen und Gruppen verteilt, wobei diese Zuordnungen z.B. im Nachtdienst anders geregelt sind als untertags. Um zu vermeiden, dass die Mitarbeiter*innen mehrere Geräte im Dienst mitnehmen müssen, wurde die Möglichkeit geschaffen, auf einem Gerät („One-Device“) alle Funktionen zu vereinen (Dect – Digital Enhanced Cordless Telecommunications ist ein Funkstandard, welcher besonders häufig bei Festnetztelefonen eingesetzt wird, Telefon, Alarime und Benachrichtigungen und Pflegedokumentation bzw. Durchführungsnachweis).

In einem Neubau können neue technische Standards wesentlich leichter umgesetzt werden als bei Sanierungen. Diese Anlagen erhöhen die Investitionssumme und verbessern die technischen Steuerungsmöglichkeiten, aber benötigen im Betrieb Wartung und Service. Gleichzeitig verbessert sich dadurch die Energieeffizienz, aber auch der Komfort und die Sicherheit für Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Nutzung neuer unterstützender Technologien und empfiehlt den Heimträgern, sich mit diesen Systemen im Zuge eines Neubaus bzw. einer Generalsanierung intensiv auseinanderzusetzen.

3.7 Maßnahmen zur Sicherstellung ausreichenden Pflege- und Betreuungspersonals

Die Pflegepersonalbedarfsprognose, die 2019 für Wien erstellt wurde, zeigt, dass rund 9.000 zusätzliche Personen im Pflege- und Betreuungsbereich bis 2030 benötigt werden. Diesem be(vor)stehenden Bedarf kann – entsprechend den Empfehlungen der genannten Studie – nur

mit einem Bündel an Maßnahmen begegnet werden.

Um beispielsweise den künftigen Ausbildungsbedarf für Pflegeberufe decken zu können, werden seit 2021 durch eine Kooperation zwischen dem „Fonds Soziales Wien“ (FSW), dem „Wiener Gesundheitsverbund“ und der „FH Campus Wien“ zusätzliche Studien- und Ausbildungsplätze für Pflegeberufe geschaffen. Der Aufbau dieser Plätze erfolgt seitdem schrittweise und wurde 2023 fortgeführt. Bis 2026 wird es im Endausbau 810 Studienplätze für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege an der FH Campus Wien geben. Im FSW-Bildungszentrum entstehen bis dahin 750 Ausbildungsplätze im Bereich Pflegeassistenz bzw. Pflegefachassistenz. Als weitere Maßnahme der Wiener Ausbildungsoffensive wurden „neue Wege“ in die Pflege langfristig etabliert: Einerseits die 5-jährige Ausbildung „Pflege mit Matura“, in der junge Menschen gleichzeitig mit der Matura die Berufsausbildung zur Pflegefachassistenz erwerben; andererseits startet im Schuljahr 2023/24 im FSW-Bildungszentrum eine neue 3-jährige Ausbildung. An der Fachschule für Sozialberufe mit Pflegevorbereitung werden umfassende Grundlagen für die berufliche Tätigkeit in einem Sozialberuf vermittelt und Schüler*innen auf Ausbildungen im Pflegebereich vorbereitet. Die Pflegeassistenten-inhalte werden auf eine nachfolgende Ausbildung angerechnet. Als finanzielle Unterstützung während der Ausbildungszeit wirkt beispielsweise die Pflegeausbildungsprämie, die seit Anfang 2023 in Wien durch den „Wiener Arbeitnehmer*innen Förderungsfonds“ (waff) ausgezahlt wird. Die Pflegeausbildungsprämie in Höhe von 600 Euro monatlich richtet sich an Personen, die die Erstausbildung zur Pflegeassistenz, Pflegefachassistenz, des FH-Studiums der Gesundheits- und Krankenpflege und von Sozialbetreuungsberufen, die die Pflegeassistenz beinhalten, an einer Wiener Ausbildungseinrichtung absolvieren und keine AMS-Leistung beziehen.

Im Jahr 2023 konnte schließlich ein wichtiger Meilenstein für die Rekrutierung von qualifiziertem Pflegepersonal aus Drittstaaten erreicht werden. Die Wirtschaftskammer Österreich, die Stadt Wien und die philippinische Regierung, vertreten durch die philippinische Botschaft sowie das „Department of Migrant Workers“, unterzeichneten am 7.7.2023 ein „Memorandum of Understanding“ (MoU) zur Anwerbung philippinischer Pflegefachkräfte (Bachelor of Science in Nursing). Ziel ist es, die Kooperation und internationale Anwerbung von philippinischem Personal zu stärken. Aber auch die Vereinfachung der Auswanderungsvoraussetzungen von Seiten der Philippinen sowie die Einhaltung ethischer Grundsätze bei der Rekrutierung sind Teil des Memorandums. Zu diesen Grundsätzen gehören etwa die Planung und Steuerung der Anzahl der rekrutierten Pflegefachkräfte durch Stellen des Herkunftslandes oder die Prüfung arbeitsrechtlich korrekter Rahmenbedingungen im Zielland durch ebendiese Stellen. Für die Abwicklung der Anwerbung philippinischer Pflegefachkräfte ist vor allem wichtig, dass bürokratische Hemmnisse möglichst aus dem Weg geräumt werden. Das abgeschlossene MoU bezeugt das Commitment aller Partner zu diesen Zielen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt ausdrücklich alle Maßnahmen, die dazu beitragen, den aktuellen und zukünftigen Bedarf an qualifiziertem Pflege- und Betreuungspersonal zu sichern.

Literaturverzeichnis:

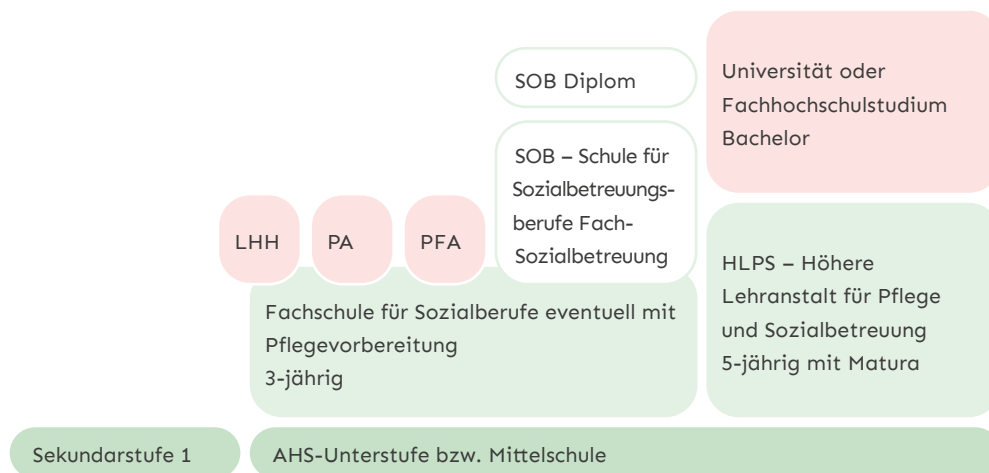
Rappold Elisabeth, Juraszovich Brigitte, Pochobradsky Elisabeth, Gyimesi Michael (2019): Pflegepersonalbedarfsprognose Langzeitpflege Wien - unter Berücksichtigung einiger Einrichtungen aus dem Bereich des vollbetreuten Wohnens im Behindertenbereich. Gesundheit Österreich, Wien

3.8 Entwicklungen im Schulwesen – Chancen für die Langzeitpflege?

Mit dem Schuljahr 2023/24 wurden zwei neue Schularten mit Fokus Pflege bzw. Sozialbetreuung in das Regelschulwesen überführt: die Fachschule für Sozialberufe mit Pflegevorbereitung und die fünfjährige Höhere Lehranstalt für Pflege und Sozialbetreuung (HLPS). Mit dieser Überführung sollen bis zum Jahr 2028 insgesamt 8.000 zusätzliche Schulplätze im berufsbildenden Schulwesen geschaffen werden, die vom Bund finanziert werden und insbesondere junge Menschen auf einen Einsatz im Bereich Pflege vorbereiten bzw. qualifizieren.

Die berufsbildenden Schulen schließen damit die Lücke zwischen der Sekundarstufe 1 und dem tertiären Ausbildungsbereich. Darüber hinaus verfügt das gesetzlich erneuerte Regelschulwesen über die Option, sowohl mit Matura als auch ohne Matura Abschlüsse im Bereich Pflege bzw. Sozialbetreuung zu erlangen. Durch die enge Kooperation zwischen dem berufsbildenden Schulwesen, das dem Bildungsministerium zugeordnet ist, und den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege (Schule für GuK) ist ein nahtloser Übergang zwischen den berufsbildenden Angeboten und den Schulen für GuK möglich. Der Zusammenhang und die Durchlässigkeit sowie die damit möglichen Karrieren für die Schüler*innen der einzelnen schulischen Angebote stellen sich folgendermaßen dar:

Berufsbildende Schulen mit Ausbildungen im Bereich Pflege bzw. Sozialbetreuung



Die dreijährige Fachschule für Sozialberufe mit Pflegevorbereitung bereitet Jugendliche ab 14 Jahren auf eine Ausbildung im Bereich Pflege bzw. Sozialbetreuung vor, indem im Rahmen von Sozialpraktika Praxiserfahrungen gesammelt werden und erstes theoretisches Wissen der Pflegeassistenten-Ausbildung erworben wird. Die Schule bietet somit die Möglichkeit, junge Menschen in der Berufsorientierung zu unterstützen und auf eine Ausbildung im Bereich

Pflege bzw. Sozialbetreuung vorzubereiten, die in unmittelbarer Folge mit 17 Jahren abgeschlossen und durch Anrechnung bereits erworbener theoretischer Inhalte in verkürzter Form absolviert werden kann.

Die fünfjährige Höhere Lehranstalt für Pflege und Sozialbetreuung, die ebenfalls mit 14 Jahren begonnen werden kann, schließt mit Matura und dem Berufsabschluss Pflegefachassistenz bzw. Diplom-Sozialbetreuung (inkl. Pflegeassistenz) ab.

Da beide neuen Regelschulen sehr praxisorientiert aufgebaut sind, können im Rahmen einer guten pädagogischen Heranführung bereits ab dem Alter von 14 Jahren Erfahrungen in Sozialpraktika gesammelt und reflektiert werden, die insbesondere für einen Einsatz im Langzeitbereich wertvoll sind. Auf Grund der schulischen Einbindung steht in Ergänzung zur Praktikumsbegleitung in den Einrichtungen auch eine pädagogische Praktikumsbegleitung in den Schulen zur Verfügung. Diese begünstigt eine altersadäquate, positive Praktikums-erfahrung und Reflexion.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Kostenloses Lehramtsstudium Pflegepädagogik: Um die Schulplätze ausbauen zu können, müssen zusätzliche Pflegepädagog*innen ausgebildet werden. Das Lehramtsstudium muss so wie in anderen Unterrichtsgegenständen (z.B. Wirtschaftspädagogik) kostenlos sein und pädagogisch relevante Inhalte für einen Unterricht von Jugendlichen enthalten.
- Kostendeckende Förderungen für den Ausbau von Infrastruktur und Ausstattung durch Länder und Bund für alle berufsbildenden mittleren und höheren Schulen auch in privater Trägerschaft, die Ausbildungen im Bereich Pflege beinhalten. (Schule für Sozialbetreuungsberufe, Fachschulen für Sozialberufe bzw. mit Pflegevorbereitung und Höhere Lehranstalt für Pflege und Sozialbetreuung)
- Finanzielle Berücksichtigung des steigenden Aufwands der Praktikumsbegleitung durch zahlreiche neue Ausbildungsplätze bei gleichzeitig steigendem Fachkräftemangel in den Einrichtungen der Langzeitpflege.

3.9 Verschlankung der Pflegedokumentation und des Durchführungs- und Leistungsnachweises

Im Rahmen eines Aufenthaltes von Bewohner*innen in unseren Einrichtungen sind alle beteiligten Berufsgruppen aufgrund gesetzlicher Grundlagen verpflichtet, ihre Leistungen zu dokumentieren.

Diese Dokumentationsverpflichtung ergibt sich z.B. aus dem Berufs-, Krankenanstalten- und Arbeitsrecht sowie anderen Spezialgesetzen wie Heimaufenthalts-, Unterbringungs-, Medizinprodukte- oder Suchtmittelgesetz. Darüber hinaus können sich durch die Anstaltsordnung, (Pflege-) Leitbilder, Richt- und/oder Leitlinien sowie anderen organisationsspezifischen Vorgaben Dokumentationsanforderungen ergeben.

Der pflegerische Kompetenzbereich der Patientendokumentation stellt einen Aspekt der Krankengeschichte dar. Die Verpflichtung zum Führen einer Krankengeschichte ist im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz verankert. In § 10 (1) b wird festgehalten, dass sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, darzustellen sind. Im § 5 (1) GuKG ist festgehalten, dass Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren haben. Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese (Pflegeassessment), die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten. Die Art und Weise der Darstellung ist in keiner der beiden gesetzlichen Grundlagen geregelt.

Die stetig steigenden Ansprüche an Qualität, Qualitätssicherung und Transparenz von Prozessen haben zu vielen zusätzlichen Verpflichtungen geführt, die eine Bürokratisierung des Berufsfeldes zur Folge haben. Durch Administrations- und Dokumentationsarbeit geht Zeit für die direkte Pflege verloren.

Pflegedokumentation wird oft nach dem Motto: „Viel hilft viel“, oder dem berühmten Satz: „Was nicht dokumentiert wurde, wurde auch nicht gemacht“, erledigt.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob der Pflegeprozess durch unterschiedliche Schriftstücke bzw. übertriebenes Setzen von Handzeichen tatsächlich besser funktioniert.

Ziel unserer Überarbeitung war es daher, die Pflegedokumentation und den Durchführungs- und Leistungsnachweis zum § 15 GuKG in allen unseren Einrichtungen auf das Wesentliche und Notwendige zu kürzen.

Die „alte“ Richtlinie der Pflegedokumentation wurde gemeinsam überarbeitet. Wir achteten dabei auf höchstmögliche Effizienz. „Weniger ist mehr.“

Zielsetzung und Nutzen

- Überarbeitung einer einheitlichen Richtlinie für die Pflegedokumentation in den Einrichtungen der Teilunternehmung Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren WiGeV in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und dienstrechtlichen Vorgaben
- Qualitätssicherung in der Nachvollziehbarkeit der Pflegedokumentation
- Unterstützung bei der Einschulung neuer Mitarbeiter*innen
- Unterstützung bei der praktischen Anleitung und Schulung von Auszubildenden
- Klare Unterscheidung zwischen organisationsrelevanten Leistungen und Leistungen, die dem Pflegeprozess zuzuordnen sind
- Einheitliche verbindliche Leistungserbringung
- Zielgerichtete Dokumentation

Das Projekt wurde mit dem ersten von fünf Workshops am 18. April 2023 gestartet und von vielen als Meilenstein bezeichnet. Im Mai 2023 erfolgten drei Schulungstermine, wobei diese durch die Mitarbeiter*innen unseres Rechtsbüros erfolgten. Ziel der Schulungen war es, die Kenntnis

von rechtlichen Grundlagen im Zusammenhang mit pflegerischen Handlungen zu vertiefen. Aufgeworfene Fragen wurden festgehalten und waren unter anderem Bestandteil in den darauffolgenden Workshops.

Mindestens zwei Mitarbeiter*innen aus jeder unserer Einrichtungen haben an allen Workshops teilgenommen. Der Häuser übergreifende Austausch wurde von den Teilnehmern*innen als sehr wichtig und wertvoll empfunden. In den Workshops erfolgte ein intensiver Austausch und Wissenstransfer. Vor allem die fachlichen Diskussionen haben gezeigt, dass durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Pflegedokumentation zahlreiche wichtige Fragen aufgeworfen wurden.

Die wesentlichen Themenbereiche der Workshops waren:

Digitalisierung: viele Prozesse werden automatisiert und vereinfacht; dadurch wird die Dokumentation effizienter und der Papierverbrauch kann minimiert werden.

Standardisierung: trägt dazu bei, die Dokumentationsmenge zu reduzieren, da nur noch relevante Informationen erfasst werden.

Schulung: gezielte Schulungen von eigenen Expert*innen, um unnötigen Aufwand zu vermeiden

Überprüfung: regelmäßige Überprüfung, um ineffiziente Prozesse zu identifizieren und zu optimieren; besonders im Hinblick auf Doppeldokumentation, um Fehlerquellen zu vermeiden.

Die gewonnenen Erkenntnisse sichern zukünftig eine einfache, einheitliche und nutzerfreundliche, digitale Pflegedokumentation für die Mitarbeiter*innen in allen Einrichtungen der Teilnehmerunternehmung Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren WiGeV.

Besonders relevant war die laufende Abstimmung der Arbeitsschritte mit den Kolleg*innen des Rechtsbüros sowie die fallweise Teilnahme der Jurist*innen an den Workshops. Unter anderem wurde der Durchführungs- und Leistungsnachweis mit Kolleg*innen der Innenrevision bzw. MA 15 besprochen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das übergeordnete Ziel des Projektes, die Reduktion der überbordenden Dokumentation auf ein fachlich und legistisch erforderliches Maß unter Sicherstellung der Qualität für Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen zu reduzieren, gelungen ist.

Die Rückmeldungen der Teilnehmer*innen der Workshops bestätigen dies. Die Phase der Evaluierung läuft bis April 2024.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

Durch das Projekt ist die Sensibilität für das Thema Dokumentation gestiegen.

Heute ist es umso wichtiger, die Arbeit souverän und professionell auszuführen, erschwert durch Ressourcenknappheit und Zeitmangel. Die Verschlinkung des Bürokratismus führt zu einer Entlastung der Mitarbeiter*innen. Daher sollte jeder Prozess, der zu einer Entbürokratisierung führt, angestoßen und diskutiert werden.

3.10 Betriebliche Gesundheitsförderung in den „Häusern zum Leben“ des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Betriebliche Gesundheitsförderung in den „Häusern zum Leben“ des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Dass Bewegung, richtige Ernährung und ein Ausgleich zum Arbeitsalltag für ein gesundes Leben wichtig sind, ist bekannt. Deshalb unterstützt in den „Häusern zum Leben“ die Abteilung „miteinander“ zahlreiche Aktivitäten und Maßnahmen, die sich positiv auf die Gesundheit der Mitarbeiter*innen auswirken. Grundlage dafür sind die Rückschlüsse aus einer großen Gesundheitsbefragung im Vorjahr und vor allem die Ergebnisse der Gesundheitszirkel, die in allen 29 Pensionist*innen-Wohnhäusern neu aufgesetzt wurden.

Nach einer aktiven Vorbereitungs- und Konzeptionsphase war es im Jänner 2023 endlich so weit: die Umsetzung des neuen Gesundheitszirkel-Konzepts konnte beginnen. Ziel war es, die Mitarbeiter*innen noch mehr und vor allem aktiv in die Ideenfindung gesundheitsfördernder Maßnahmen einzubinden. Zur erfolgreichen Umsetzung haben Führungskräfte beigetragen, indem sie Mitarbeiter*innen für die neuen Aufgaben und Rollen der Gesundheitszirkel-Moderator*innen und Gesundheitssprecher*innen motiviert und ausgewählt haben, und indem sie ihnen die Teilnahme an den vorgesehenen Schulungen ermöglicht haben.

Es waren dann über 250 (!) engagierte Mitarbeiter*innen, die sich mutig auf ihre neue Aufgabe als Gesundheitssprecher*in bzw. als Gesundheitszirkel-Moderator*in eingelassen haben. Nach einer intensiven Schulungsphase moderierten sie professionell Gesundheitsgespräche im Team bzw. Gesundheitszirkel-Treffen in den „Häusern zum Leben“. Danach wurden alle Ergebnisse nach dem Motto „Was tut uns gut im Job“ im Leitungsteam präsentiert.

Das Ziel ist es, Arbeitssituationen zu verbessern und gesundheitsfördernde Angebote nach dem Bedarf und den Ideen der Mitarbeiter*innen zu schaffen.

Hier ein paar „Best Practice“-Beispiele der Maßnahmen und Angebote für Mitarbeiter*innen – einige Maßnahmen wurden durch Förderungen der Wiener Gesundheitsförderung (WiG) ermöglicht:

- „Aktive Pause“ mit geschulten Bewegungsbuddies
- Rhythmik und Musik
- Beckenbodentraining „Die Kraft im Zentrum“
- Yoga
- Café Roulette
- Teambuilding im Klettergarten bzw. beim Bogenschießen
- Gesundheitstage in den Häusern
- Gesundheit in Balance – Achtsamer Arbeitsalltag

Sehr nachgefragt war alles rund um das Thema gesunde Ernährung:

- Raus aus dem Hamsterrad „Iss dich fit“
- Die Kraft der Pause „Wie Essen stärken kann“
- Nachtdienst „Essen, wenn andere schlafen“
- Kochworkshops fürs Team

2023 wurden Nenngelder für nahezu 300 Mitarbeiter*innen finanziert, um ihnen zu ermöglichen, an 5 Wiener Laufveranstaltungen teilzunehmen. Für viele bewirkte die gestärkte Gemeinschaft einen Einstieg in den Laufsport. Bei gemeinsamen Lauftreffs wird eifrig trainiert und der Spaß kommt auch nicht zu kurz.

O-Töne Mitarbeiter*innen:

„Durch die gute Zusammenarbeit bei den Gesundheitszirkeltreffen konnten wir vorhandene Ressourcen entdecken, aber auch gemeinsam an Lösungen für Belastungen und Herausforderungen verschiedenster Abteilungen arbeiten.“

„Alleine über gesundheitsfördernde Maßnahmen nachzudenken und zu überlegen, was uns gut tut, hat uns allen schon geholfen.“

*„Ein toller Nebeneffekt der Gesundheitszirkel ist, dass Mitarbeiter*innen in die Rollen Gesundheitssprecher*in und Gesundheitsmoderator*in schlüpfen und so ganz neue, zusätzliche Erfahrungen sammeln können.“*

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

Einbindung der Mitarbeiter*innen durch Gesundheitsbefragungen in den Gesundheitszirkeln, um ihnen die Möglichkeit zu geben, aktiv ihre Gesundheitsthemen einzubringen. Dadurch können die Maßnahmen zielgerichtet von und mit ihnen entwickelt werden. Das bewirkt eine verstärkte Nutzung von gesundheitsfördernden Angeboten. Führungskräfte sollen die Mitarbeiter*innen dabei unterstützen und es ermöglichen, dass Aktivitäten und Angebote gesetzt werden. Ihnen kommt auch eine wichtige Vorbildwirkung zu.

3.11 Gewaltprävention und Deeskalation

In allen Berufen, in denen Menschen mit Menschen arbeiten, allen voran in den Gesundheitsberufen, war und ist Aggression ein besorgniserregendes Thema, deren Auswirkungen weitreichende und oft schwerwiegende Folgen haben. Statt sich sicher, geborgen und gut aufgehoben zu fühlen, gibt es bei Betroffenen – ob nun auf Seiten der Kund*innen, Bewohner*innen, Patient*innen oder als Mitarbeiter*innen in einem Gesundheits- oder Sozialberuf – oft einen hohen Leidensdruck. Die Folge eines hohen Aggressionslevels ist nur allzu oft die Anwendung psychischer oder/und physischer Gewalt – und diese hat viele „Gesichter“. Gewalt beginnt nicht erst dort, wo deren Auswirkungen

sichtbar werden. Ein spöttischer Kommentar hier, ein Nichternstnehmen oder Nichtreagieren auf Bedürfnisse und Bedarfe von Schutzbefohlenen da – auch in solchen Fällen wird den Opfern oft schmerzlich bewusst, dass sie hilflos und ausgeliefert sind. Es entstehen Verletzungen, sichtbare und unsichtbare, die wiederum Aggressionen erzeugen können. Die Spirale beginnt sich zu drehen. Selbstverständlich werden bei Menschen, welche in Gesundheitsberufen tätig sind, Empathie und eine gewisse Grundhaltung der Sorge, des Respektes und der Fairness gegenüber anderen vorausgesetzt. Am Ende ist jedoch jeder Mensch ein Individuum und keine Maschine, deren Verhalten sich in jeder Situation und unter allen Bedingungen kontrollieren lässt.

Um den Mitarbeiter*innen jedoch ein Höchstmaß an Unterstützung im Bereich der Prävention zu bieten, veranstaltet Fortuna fortwährend Schulungen und Fortbildungen zum Thema „Gewaltprävention“ bzw. „Deeskalation“.

In den jeweiligen Veranstaltungen wird der Fokus nicht auf die Klärung der Schuldfrage („Wer trägt die Schuld, wenn ein Akt der Aggression oder Gewaltanwendung erfolgt?“) gelegt, sondern es geht vorrangig darum, wer was dazu beitragen und für welche Aspekte Verantwortung übernehmen kann, um das Auftreten von Aggression und Gewalt in den Senioren-Einrichtungen zu vermeiden oder zu vermindern.

Im letzten Jahr erfolgten die Schulungen in Zusammenarbeit mit dem Verein „Pro Mente“, im Zuge derer die Teilnehmer*innen verschiedene Modelle zur Entstehung und dem Verlauf, Modelle der Kommunikation sowie Fakten und wissenschaftliche Untersuchungen zum Phänomen Aggression und Gewalt im Gesundheitswesen kennenlernen konnten.

Umfangreiche Wissensinhalte wie bspw. die unterschiedlichen Arten von Gewalt (am Arbeitsplatz), Formen und Auswirkungen von Aggression/Gewalt, „Was ist ein Konflikt?“ sowie Aggressions- und Deeskalationsmanagement, mögliche Ursachen, Konzepte und Strategien zur Prävention, Krisenmanagement und Nachsorge, Reflexion und Selbstwahrnehmung sowie Reflexion der eigenen Grundhaltung wurden darin ebenso übermittelt wie auch Körpertechniken, zum Beispiel „Kommunikationsgestützte Körperinterventionen“.

Ziel dieser Schulungen ist es, den Mitarbeiter*innen aufzuzeigen, wie und warum Gewalt entsteht und welche Alternativen zur Gewaltanwendung es gibt. Sie bekommen Methoden vermittelt, die sie dabei unterstützen sollen, ihre Wahrnehmung zu schärfen, das Gewaltpotential zu erkennen und umzuleiten, sodass für alle Beteiligten eine „Win-Win-Situation“ entsteht.

Als besonders wertvoll hat sich erwiesen, die Schulungen in jeweils interdisziplinären Teams durchzuführen, um das Bewusstsein zu stärken, dass Gewaltprävention für alle Berufsgruppen relevant ist, Gewalt oftmals nicht alleine überwunden werden kann und jede*r auch auf Solidarität und Unterstützung anderer angewiesen ist.

Je aufmerksamer jede*r Einzelne im täglichen Leben und im persönlichen Umfeld auf das Auftreten von Aggressionen und Gewalt achtet und sich der eigenen Verantwortung bewusst ist, desto größer ist die Chance, Gewalt zu erkennen und entsprechende Handlungen setzen zu können.

Die Wiener Heimkommission befürwortet die Umsetzung strukturierter Maßnahmen zur Gewaltprävention. Die Diskussion im interdisziplinären Kontext wird als wichtig und sinnvoll erachtet.

3.12 Medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen – Warum nicht einmal gemeinsam?

Die Probleme rund um die medizinische Versorgung von Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen sind seit Jahren bekannt. Die wesentlichen Punkte sollen hier noch einmal kurz aufgelistet werden:

- Bewohner*innen in Wohn- und Pflegeheimen kommen mit einer immer höheren Pflegestufe zur Aufnahme. Der Aufwand in der medizinischen Betreuung pro Bewohner*in steigt.
- Die Anzahl der Ärzt*innen mit Kassenvertrag (Allgemeinmedizin und andere Fächer), die bereit sind, die Versorgung von Bewohner*innen in Wohn- und Pflegeheimen zu übernehmen, sinkt.
- Die Ansprüche an die medizinische Versorgung werden immer höher: Vorsorgedialog, Palliativ Care und Behandlung psychischer Erkrankungen brauchen zusätzliche Ressourcen.
- Dies führt häufig zu vermeidbaren Aufnahmen im Krankenhaus, aber selbst Begutachtungen in Ambulanzen der Krankenhäuser stellen oft eine massive Belastung für hochbetagte Menschen dar.

Bei der Versorgung von Menschen in Wohn- und Pflegeheimen stehen Lebensqualität und Autonomie der Bewohner*innen im Mittelpunkt. Schon längst sollte die Patientenverfügung, aber auch der Vorsorgedialog viel verbreiteter sein – wenn nicht sogar der Standard. Damit wäre gewährleistet, dass auch die medizinischen Behandlungen sich noch mehr, als das heute der Fall ist, an den Bedürfnissen und am Willen der Bewohner*innen orientieren können.

Die technischen Entwicklungen machen es schon lange möglich, dass viele medizinische Untersuchungen in den Pflegeeinrichtungen direkt durchgeführt werden. Auch viele Behandlungen könnten oft in den Einrichtungen erfolgen. Die Transferierung für Untersuchungen und Behandlungen stellen für hochbetagte Menschen eine oft unzumutbare Belastung dar. Die Veränderung der gewohnten Umgebung und der Wechsel der pflegenden Bezugspersonen können eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes herbeiführen, manchmal sogar bis hin zu einem Delir.

Selbst sehr engagierte Ärzt*innen oder Betreiber von Pflegeeinrichtungen können diese Situation alleine nicht wesentlich verbessern. Es braucht dafür ein umfassendes Umdenken und Weiterentwickeln der Versorgung dieser Zielgruppe. Dafür werden die Pflegeeinrichtungen, die Ärzt*innen im niedergelassenen Bereich und die Krankenhäuser eng kooperieren müssen, um die Behandlungspfade zum Wohle der Bewohner*innen zu entwickeln.

Modellprojekte wie die Telemedizin wurden insbesondere während der Pandemie vorübergehend angewendet. Es zeigt sich aber, dass diese Modelle in der aktuellen Struktur der Ordinationen nur schwer aufrecht zu erhalten sind. Auch aus den Ambulanzen der Spitäler hört man, dass es wünschenswert wäre, wenn die medizinische Abklärung bereits in den Einrichtungen erfolgen könnte, um den Bewohner*innen belastende Transferierungen zu ersparen, aber auch um die Ambulanzen zu entlasten. Auf Seiten der Pflegeeinrichtung

hört man immer öfter, dass man froh sein könne, dass überhaupt eine kassenärztliche Versorgung stattfindet, weil viele Ärzt*innen mit Kassenvertrag in ihren Ordinationen so ausgelastet sind, dass eine Behandlung von Bewohner*innen in Wohn- und Pflegeheimen nicht übernommen wird.

In Anbetracht der bald bevorstehenden Pensionierung vieler Kassenärzt*innen, die mit viel Engagement die medizinische Versorgung aufrechterhalten, ist es Zeit, die Versorgung dieser Gruppe von Bewohner*innen gemeinsam neu zu denken. Die Probleme, die hier bestehen, sind durch das Engagement von einzelnen Ärzt*innen oder Pflegeeinrichtungen nicht zu lösen. Aber auch die Chancen, die in der Entwicklung von Telemedizin und digitalen Lösungen liegen, sind durch einzelne Anbieter innerhalb des Systems nicht umsetzbar.

Deshalb ist es Zeit, gemeinsam nach Lösungen für eine gute medizinische Versorgung von Menschen in Wohn- und Pflegeheimen zu suchen. Es besteht Einigkeit, dass Geriatrie und Palliative Care eine Medizin sind, die mit Zuwendung und Menschlichkeit gelebt werden soll. Zusätzlich kann durch Technologie viel Leid erspart werden und dem Patientenwillen öfter entsprochen werden. Diese Technologien und notwendigen Entwicklungen werden von einzelnen Ärzt*innen in der Regelversorgung nicht umsetzbar sein. Das Motto „digital vor ambulant vor stationär“ sollte auch für Bewohner*innen in Wohn- und Pflegeheimen gelten. Dieses Motto gilt es menschlich und kompetent gemeinsam zum Wohle unserer hochbetagten Menschen umzusetzen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Die Medizin muss dort, wo es möglich ist, zu den Bewohner*innen kommen. Digitale Lösungen können dabei helfen. Die Prozesse und Finanzierung dafür müssen gemeinsam entwickelt werden. Dafür braucht es Gesundheitskasse, Stadt, Ärztekammer, Träger*innen und viele andere Organisationen, die zum Gelingen beitragen müssen.
- Der Vorsorgedialog muss Standardangebot für alle Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen sein und braucht eine gesicherte Finanzierung.
- Die ärztliche Versorgung in Wohn- und Pflegeheimen muss einen Fokus auf Geriatrie und Palliative Care haben, aber auch andere medizinische Fachrichtungen müssen für die Bewohner*innen verfügbar sein.
- Lebensqualität für die Bewohner*innen ist nicht nur eine Aufgabe für die Pflege, sondern muss auch das Ziel der medizinischen Versorgung sein. Die Versorgungsstrukturen müssen diesem Ziel angepasst werden. Dafür sind neue bereichs- und trägerübergreifende Kooperationen nötig, um das Potential von Digital Health zum Wohle der Bewohner*innen zu nutzen: z.B. regionale Geriatrie-Teams für mehrere Standorte.

3.13 Warum brauchen wir einen Facharzt für Geriatrie?

Die Weltgesundheitsorganisation-WHO definiert für die westlichen-industrialisierten Länder den Beginn des „Alters“ mit 60-65 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt beginnen physiologische Funktionen abzunehmen, funktionelle Defizite können sich entwickeln und die körperliche Leistungsfähigkeit nimmt ab. Mit steigendem Alter nimmt auch die Anzahl an Erkrankungen zu und generell ist trotz steigender Lebenserwartung eine ebenso wachsende Multimorbidität zu beobachten, weil die moderne Medizin es schafft, dass die Menschen nicht mehr an akuten Erkrankungen versterben und letztlich diese Leiden aber chronifiziert werden.

Schon Ignatius Nascher hat vor mehr als 120 Jahren festgestellt, dass ältere Menschen andere medizinische Bedürfnisse und Notwendigkeiten haben als jüngere.

Derzeit ist ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung in der Altersgruppe über 65 Jahre, der Anteil der 80-Jährigen wird sich in den nächsten 20-30 Jahren sogar verdoppeln.

Naturgemäß wird der Großteil der Spitalsaufenthalte durch ältere Menschen hervorgerufen. Wir brauchen daher eine Struktur im Gesundheitssystem, die auch diesen medizinischen Anforderungen Rechnung trägt.

Somatische Erkrankungen (chronisch und akut), neuropsychiatrische Störungen und funktionelle Defizite (v.a. in der Mobilität), oft basierend auf dem Phänomen der Gebrechlichkeit (Frailty) führen zum Umstand, dass diese älteren multimorbiden Menschen auch mit vielen Medikamenten versorgt werden (Polypharmazie).

Für die adäquate Versorgung dieser Menschen ist daher oft ein interdisziplinäres Wissen und Gesamtbild notwendig. In einer fachspezifischen, organorientierten Medizin ist aber meist eine umfassende Betreuung dieser Menschen nicht gegeben.

Geriatrie benötigt fundierte Kompetenzen im Bereich der Inneren Medizin, aber auch Erfahrungen der Neurologie und Psychiatrie oder auch der Rehabilitation. Ältere Menschen zeigen häufig in Akutsituationen eine geänderte Symptomatik, darüber hinaus sind auch palliativmedizinisches Vorgehen und „end of life care“ erforderlich. Umfassende Erfahrungen und Kenntnisse in der klinischen Pharmazie sind insbesondere vor dem Hintergrund der Polypharmazie und dem wachsenden Wissen und den vielen möglichen Arzneimittelinteraktionen unverzichtbar, nimmt doch die Entwicklung neuer Medikamente in der modernen Medizin rasant zu. Daher haben viele Länder bereits begonnen, eigene Ausbildungscurricula für Altersmedizin zu entwickeln und einen Facharzt für Geriatrie etabliert.

So gibt es in Großbritannien die Geriatrie im Fachbereich der Allgemeinen Inneren Medizin. Auch in der Schweiz wurde eine weitere 3-jährige Weiterbildung für den Schwerpunkt Geriatrie auf Basis eines Facharztes für Allgemeine Innere Medizin etabliert. In Deutschland, wo die Ausbildungsordnungen in der Kompetenz der Bundesländer liegen, haben bereits drei davon (Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt) den Facharzt Innere Medizin und Geriatrie etabliert.

Die österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie sieht die derzeitige Ausbildungsstruktur in Österreich mit der Spezialisierung für Geriatrie als nicht ausreichend an und fordert daher die Einführung des Schwerpunktfaches Geriatrie im Rahmen der Inneren Medizin. Dieses Anliegen wird auch von der österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin unterstützt.

Die Wiener Heimkommission schließt sich der Forderung nach einem „Facharzt für Innere Medizin mit Geriatrie“ an.

Literaturverzeichnis:

Gesundheitswesen 2018; 80(10): 84, Georg Thieme Verlag KG 2018

<https://www.medmedia.at/aerzte-krone/warum-geriatrie-wir-betreuen-doch-alle-alte-menschen/>

<https://www.dggeriatrie.de/aus-und-weiterbildung/facharzt-innere-medizin-und-geriatrie>

<https://www.sfgg.ch/weiterbildung-allgemeines/>

<https://www.bgs.org.uk/>

3.14 Behandlungsschwierigkeiten nach Transferierung in ein Akutkrankenhaus

In den meisten Wiener Pflegeeinrichtungen wird eine medizinische Versorgung über das Hausarztprinzip organisiert. Dies bedeutet, dass ein*e Hausarzt*in in regelmäßigen Abständen (zumeist 1x alle 1-2 Wochen) in die Einrichtung kommt und dort bei jenen Bewohner*innen, bei denen Bedarf besteht (z.B.: Blutdruckeinstellung, medikamentöse Kontrolle der Diabetes-therapie etc.), einen Hausbesuch durchführt. Zumeist ist dafür ein entsprechend ausgestattetes Ordinationszimmer vorhanden (dies ist in Abhängigkeit der baulichen Gegebenheiten leider nicht immer so).

Bei akuten gesundheitlichen Problemen ist außerhalb der Hausbesuche aufgrund fehlender ärztlicher Präsenz (nur wenige Träger sind medikalisiert, d.h. eine 24h-ärztliche Betreuung ist vor Ort) eine medizinische Versorgung nur über Transfer in ein Akutkrankenhaus möglich. Dies führt in den allermeisten Fällen zu einer stationären Aufnahme, da aufgrund fehlender Vorinformation über die Krankengeschichte der transferierten Patient*innen eine zeitnahe Entlassung nicht möglich ist.

In vielen Fällen zeigt sich, dass aufgrund fehlender geriatrischer Kompetenz in der Betreuung von Pflegeheimpatient*innen einerseits sowie fehlender Information über die Krankengeschichte der transferierten Patient*innen andererseits eine konzise Differenzierung zwischen Akutkrankheiten und chronischen, nicht akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen nicht möglich ist, wodurch sich eine korrekte Ableitung möglicher Behandlungsnotwendigkeiten herausfordernd darstellt und es zu einer Über-, Unter-, oder Fehlbehandlung kommen kann. Damit einhergehend kommt es immer wieder zu einer Verunsicherung von Angehörigen, da diese aus den im Akutkrankenhaus erhaltenen dürftigen Informationen eine pflegerische und medizinische Vernachlässigung ableiten und diese der betreuenden Einrichtung zum Vorwurf machen.

Mit ein Grund für die häufig fehlende Kommunikation ist ein Mangel an zeitlicher und personeller Ressource im Akutkrankenhaus, welcher sowohl in der Kommunikation mit Angehörigen und Patient*innen als auch direkt mit der Betreuungseinrichtung besteht. Gerade diese wäre aber immens wichtig, da das medizinische und pflegerische Wissen über Bewohner*innen, welches im Rahmen einer chronischen Betreuung in den Pflegeeinrichtungen aufgebaut

wurde, wesentlich zu geriatrisch qualitätsvollen Behandlungsentscheidungen im Akutkrankenhaus beitragen könnte.

Es wären daher einige Punkte zur Verbesserung der medizinischen Betreuung nach Transferierung notwendig.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Stärkung der ärztlichen Präsenz in Pflegeeinrichtungen.
- Zeitliche und personelle Ressourcen in Akutkrankenhäusern für Kommunikation mit Angehörigen und Pflegeeinrichtungen bereitstellen.
- Stärkung der geriatrischen Kompetenz durch Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin mit Geriatrie.

3.15 Aus Babyboomern werden Gerontoboomer – Herausforderungen in Gegenwart und Zukunft

Als Babyboomer werden in Österreich die Geburtsjahrgänge von 1956 bis knapp 1970 bezeichnet (Maximum 1962). Es geht um Jahrgänge, in denen weit mehr als ein Kind pro Frau (über 2 bis knapp 3) üblich war.

Im Detail betrachtet gibt es allerdings auch einen ersten Boom zwischen 1946 bis 1950 mit Geburtenzahlen von jeweils deutlich über 100.000 Geburten (bis zu 135.000), Zahlen, die wir im dritten Jahrtausend nicht annähernd erreichen, obwohl die Bevölkerung im gebärfähigen Alter zahlreicher ist – zuletzt etwa 80.000/ Jahr (Statistik Austria, 2022).

Rein statistisch gesehen bringt diese Entwicklung mit sich, dass es eine zunehmend große Zahl von älteren Menschen gibt und auch weiterhin zunehmend geben wird, die das 75. Lebensjahr überschreiten wird. Die derzeitige Lebenserwartung in Österreich beträgt knapp 84 Jahre für Frauen und für Männer 79 Jahre. Und trotz verschiedener schwer kalkulierbarer Situationen wie einer beispielsweise viralen Pandemie (Covid hat sehr wohl eine höhere Todesrate bei älteren Menschen bewirkt, die Auswirkungen auf die Lebenserwartung sind noch nicht völlig klar), können wir in etwa davon ausgehen, dass zwischen 2040 und 2050, also in rund 15-25 Jahren, zumindest eine Million Österreicher*innen über 80 Jahre alt sein werden. Gleichzeitig – und dieser Aspekt ist ebenso relevant – wird diese deutlich höhere Zahl geriatrischer Personen auf eine reduzierte Zahl jüngerer, potentiell die Ressourcen für Versorgung gewährenden Personen treffen (Georges et al., 2023; Statistik Austria, 2022).

Epidemiologische Studien, wie beispielsweise von Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata im Jahr 2014 durchgeführt (und damit auch bereits zehn Jahre her) ergaben eine Veränderung von im Jahr 2000 etwa 70 Erwerbstätigen, die einen Demenzkranken letztlich ressourcenmäßig zu versorgen haben, auf 21 Erwerbstätige im Jahr 2040. Die Relationen sind neben der weiteren Altersentwicklung natürlich auch von der Entwicklung der Pensionsantrittszeiten abhängig, aber der Trend ist jedenfalls eindeutig (Wancata, 2017; Wancata et al., 2015).

Ein dritter relevanter Punkt, der hier noch dazukommt, ist der Ausfall dieser (Babyboomer-)

Generation durch Pensionierung, die Geburtsjahrgänge ab 1959 und früher, sind überwiegend bereits in Pension. Bestimmte Berufsgruppen betrifft das in einem besonders hohen Ausmaß, darunter auch die Berufsgruppe der Ärzt*innen, wobei es hier zwischen den unterschiedlichen Fächern der Medizin bedeutende Unterschiede gibt. Dennoch gilt auch hier: generell ist dieser Trend überall sehr deutlich.

Nicht vergessen werden darf auch, dass die absolute Zahl der Menschen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, sozusagen die Zahl der Köpfe, von weit geringerer Relevanz ist als die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden pro Woche.

Man muss in der Realität davon ausgehen, dass ein „Mitarbeiterkopf“ von einst fast zwei Köpfen von heute entspricht (bei einer 50 h versus einer 30h Arbeitswoche).

Diese Aspekte zusammen bedeuten in vielen Bereichen der Medizin große Herausforderungen. Altersabhängige, also besonders im hohen Lebensalter auftretende Erkrankungen, sind hier natürlich allesamt zu betrachten.

Demenzkrankungen stellen jedoch sogar in diesem Spektrum eine der allergrößten Herausforderungen dar, da sie betreuungsintensiv, ab einem gewissen Grad der der Krankheit immanenten Behinderung sogar sehr betreuungsintensiv sind. Diese Betreuung kann natürlich im stationären Umfeld erfolgen, ist jedoch derzeit noch immer häufig ein Thema des ambulanten Bereichs.

Hier ist allerdings mit beträchtlichen gesellschaftlichen Veränderungen zu rechnen, allein die Bereitschaft von vor allem weiblichen pflegenden Angehörigen, mehrere alte Familienmitglieder zu betreuen, wird heftig sinken (überdies auch die Zahl der weiblichen Angehörigen). Ein erheblicher Teil der pflegenden Angehörigen ist überdies selbst bereits über 60 Jahre alt, vier von fünf Demenzkranken werden zu Hause betreut und zwar in drei von vier Fällen durch Familienangehörige (Karrer et al., 2020). Die Zahl und die Bedeutung der 24h-Pflege – bzw. eigentlich -Betreuungskräfte ist uns (leider!) nicht wirklich bekannt, darf aber nicht unterschätzt werden. Neben dem Thema des Alltags – Versorgungsbedarf infolge Demenz – kommen auch andere inhärente Symptome der Demenzerkrankungen massiv zum Tragen, insbesondere eben nicht nur die Verluste der Alltagsfertigkeiten oder kognitiven Fähigkeiten, sondern auch ein buntes Bild an Verhaltensstörungen, die auch durch eine Abnahme der Kritikfähigkeit gegenüber den eigenen körperlichen Bedürfnissen und Notwendigkeiten gekennzeichnet sind. Mit anderen Worten: Demenzkranke sind aufgrund ihrer Erkrankung bereits in relativ geringen Demenzgraden nicht mehr in der Lage, sich um ihre Gesundheitsbelange alleine gut zu kümmern, haben oft Widerstand gegen die Bitten oder Aufforderungen ihnen Nahestehender, das zu tun, und haben daher ein vielfach erhöhtes Erkrankungsrisiko für verschiedenste andere Gesundheitsbereiche. Ein weiteres Risiko stellt auch die Entwicklung deliranter Zustandsbilder – also akuter massivster Verwirrtheit – im Rahmen von anderen schweren Erkrankungen wie Entzündungen, Unfällen, Operationen etc. da, auch hier geht es um massive Ressourcen-Bindung durch das Auftreten von Delirien. Sowohl höheres Alter über 80 Jahre als auch das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung sind die allergrößten Risikofaktoren für die Entwicklung eines Delirs (Anditsch et al., 2011).

Wenngleich die neuen Antikörpertherapie-Möglichkeiten gegen Demenz versuchen, ein anderes Bild zu zeichnen, so ist es dennoch so, dass wir derzeit (und auch in absehbarer Zeit von zumindest zehn Jahren) Medikamente, welche diesen Prozess längerfristig stoppen oder gar umkehren können, auf längere Sicht nicht zur Verfügung haben. Was wir allerdings schon im Bereich antidementiver Therapie zur Verfügung haben, sind mittlerweile gut bekannte und bewährte medikamentöse und auch andere Behandlungsformen, welche eine Verzögerung des Krankheitsfortschrittes um ein bis zwei Jahre möglich machen. Es ist dann auch die Verzögerung der absoluten Betreuungsbedürftigkeit um ein bis zwei Jahre möglich und in allen pharmaökonomischen Forschungen (auch strenger staatlicher Institute) ist die Anwendung dieser Behandlungsmöglichkeiten letztlich sogar ökonomisch für die Volkswirtschaft ein Gewinn (Anditsch et al., 2011).

Es soll hier jetzt nicht das Bild eines uns völlig überrollenden Demenz-Tsunamis gezeichnet werden, denn das wäre eine Übertreibung (wenngleich Familien, in denen sich eine oder gar mehrere Personen rasch dementiell entwickeln, in dramatische Schwierigkeiten geraten können).

Aber mit Sicherheit werden die zahlreichen alt werdenden ehemaligen Baby- und dann Gerontoboomer mit einer beträchtlichen Demenzwelle in Erscheinung treten.

Erster Schritt, um sich einigermaßen vorausschauend darauf vorzubereiten und entsprechende Lösungen zu entwickeln, ist neben allen qualitativen Dimensionen auch eine quantitative Dimension epidemiologischer Forschung.

Die bisherigen österreichischen demenzepidemiologischen Daten sind aus Hochrechnungen/ Umrechnungen aus deutschen Zahlen entstanden. Allerdings ist auch das Datenmaterial unseres nördlichen Nachbarn dazu einigermaßen begrenzt und beispielsweise die Zahl der 24 Stunden-Betreuungen in verschiedenen Gegenden des deutschsprachigen Raums völlig unterschiedlich.

Wir brauchen dringend wissenschaftlich seriös erhobene Daten der aktuellen und zukünftigen Situation. Die Bedeutung davon betrifft sowohl die Planung etwaiger zusätzlicher Pflegeheimenrichtungen als auch Überlegungen für spezielle Bereiche in Spitälern. Es betrifft Personalabwägungen und Einschätzungen im ambulanten Raum, es betrifft auch groß angelegte Kampagnen, wie sie mit der Kreativität des demenzfreundlichen Wien bereits begonnen wurden. Wir müssen möglichst exakt in etwa wissen, wie viele Menschen in Wien aus demenziellen Gründen (und das sind die Hauptgründe für dauerhafte Betreuung) welches Ausmaß an Betreuung brauchen werden.

Die Wiener Heimkommission regt daher an, zumindest eine (dann allerdings möglichst umfassende) Studie für die Entwicklung der Demenz-Häufigkeit für die nächsten 15-25 Jahre inklusive diverser daraus abzuleitender Daten durchzuführen, um daraus jenes Zahlenmaterial zu entwickeln, das die Grundlage für die Planung gegenüber dieser Herausforderung ist.

Literaturverzeichnis:

Anditsch, M., Jagsch, C., Psota, G., Rainer, M., Walter, A., & Wuschitz, A. (2011). Die drei D's: Depression, Demenz, Delir. *CliniCum neuropsych expertise Sonderausgabe* 2011.

Georges, D., Rakusa, E., Holtz, A.-V., Fink, A., & Doblhammer, G. (2023). Demenzerkrankungen in Deutschland: Epidemiologie, Trends und Herausforderungen. <https://doi.org/10.25646/11566>

Karrer, L., Dietzel, N., Wolff, F., Kratzer, A., Hess, M., Gräßel, E., & Kolominsky-Rabas, P. (2020). Wenn es nicht mehr alleine geht – Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsangebote von Menschen mit Demenz: Der Bayerische Demenz Survey (BayDem). *Das Gesundheitswesen*, 82(01), 40–49. <https://doi.org/10.1055/a-1071-7851>

Statistik Austria. (2022). Demografisches Jahrbuch 2020. <https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Demographisches-JB-2020.pdf>

Wancata, J. (2017). Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. *Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität, Wien.*

Wancata, J., Auer, E., Auer, S., Barkhordarian, A., & Bengough, T. (2015). Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit [u.a.].

3.16 Depression, Demenz, Delir – Versorgungsaspekte aus alterspsychiatrischer Sicht

Für die Versorgung kranker Menschen relevante Fragestellungen beginnen unter anderem mit der Frage nach der Häufigkeit, der Prävalenz, der jeweiligen Krankheitsbilder.

Und bereits hier gibt es bei den 3 D's relevante Schwierigkeiten:

Während wir bei Demenzerkrankungen aus verschiedenen Studien relativ genaue Angaben über die Prävalenz machen können (allerdings was Österreich betrifft, aus deutschen Prävalenzstudien hochgerechnet) und von aktuell knapp 130.000 Demenzkranken ausgehen können (s. Österreichischer Demenzbericht 2024, Wancata et. al) und wir ganz generell wissen, dass Demenz bei über 80-jährigen jede*n 4. betrifft und damit ein frequent inzidenten Krankheitsbild der Gruppe der über 80-jährigen darstellt, so fehlen vergleichbar aussagekräftige Untersuchungen bei Depression im Alter und auch beim Delir.

Es gibt auch betreffend Depression über 65-Jähriger keine Angaben in der sonst häufig zitierten und umfassendsten Prävalenzstudie – Psychiatrische Erkrankungen in Europa von Wittchen et al, 2005, da diese renommierte Metaanalyse ausschließlich Prävalenzdaten 18 bis 65-Jähriger abbildet –, daher wird meist auf die Daten der Berliner Altersstudie, deren Untersuchungszeiträume allerdings bereits fast 20 Jahre zurückliegen, verwiesen.

Die Vita-Studie (Vienna Transdanube Aging Studie) von Fischer et al, die eine höchst innovative Kohortenstudie darstellt und die 75-plus jährigen Bewohner*innen zweier Wiener Gemeindebezirke (Floridsdorf und Donaustadt) untersucht, liefert allerdings etliche relevante Ergebnisse auch im Bereich Depression und ermittelte zu Baseline im Jahr 2000 einen Prävalenzgrad von Depression von 16,5 % (exklusive der subsyndromalen Depression und mit der Einschränkung, dass nur etwa 40% der potentiellen Studienpopulation zu den Untersuchungen kam) und im weiteren Verlauf der Studie ein Ansteigen der Prävalenz bei den Untersuchten, also im Verlauf des Alterns der Kohorte, auf über 20 %.

Noch unklarer ist die Prävalenz deliranter Zustandsbilder. Zwar gibt es ausgezeichnete Daten

einzelne medizinische Fächer betreffend, aber kaum Fakten über Bevölkerungsgruppen. Eine große kanadische Studie (Canadian study of Health & Aging, Andrew et.al, 2006) belegt jedenfalls, dass die Prävalenz deliranter Zustandsbilder in Krankenhäusern ungleich höher als im ambulanten Sektor ist (wobei in dieser Studie präzise beschrieben wird, dass das Delir bei Nicht-Dementen im ambulanten Sektor eine Rarität ist, also wenn ambulant auftretend, dann häufig als Demenzkomplikation). Die geringe Delirprävalenz im ambulanten Bereich, vor allem bei Nicht-Dementen, ist nicht weiter verwunderlich, da das Delir älterer Menschen ein stark an somatische Faktoren gebundenes Syndrom darstellt, im Rahmen von Spitalsbehandlungen auftritt oder zur Hospitalisierung der Patient*innen geführt hat (zu Recht!).

Europäische Gesundheitssysteme werden im Rahmen der demographischen Verschiebungen – innerhalb der nächsten 30 Jahre – noch wesentlich stärker von den 3 D's betroffen sein. Dem gegenüber steht ein komplexes Versorgungssystem – stationär und ambulant, sozial und medizinisch –, um die gerontopsychiatrischen Patient*innen in den verschiedenen psychosozialen Teilaspekten entsprechend untersuchen, diagnostizieren, behandeln und betreuen zu können.

Einige Grundsätze der Sozialpsychiatrie scheinen für die weiteren Planungen gerade im Bereich der 3 D's in den von starken demographischen Veränderungen geprägten wesentlichen Industrieländern von besonderer Bedeutung:

1. ambulant vor stationär
2. sekundärpräventiv soweit irgend möglich
3. vernetzte und kooperierende Systeme

Nur so kann es gelingen, dass trotz umsichtiger Strukturbildung von medizinischen Handlungsabläufen die Wege der Patient*innen und deren Angehörigen nicht höchst verschlungene sind und letztlich im Wohn- und Pflegeheim münden, ein nicht immer erwünschtes Ergebnis, das verlangsamt, gebremst, gestoppt, gelenkt, gesteuert werden sollte.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

Im Hinblick auf die demographischen Entwicklungen sollen die Grundsätze „ambulant vor stationär, sekundärpräventiv soweit irgend möglich und vernetzte und kooperierende Systeme“ der Sozialpsychiatrie in die zukünftigen Planungen im Bereich „Depression, Demenz, Delir“ mit aufgenommen werden.

3.17 Ethische Entscheidungsfindung in der Geriatrie

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, 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 neuwertige, 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 um 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 geäußerter 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 erstmals im letzten Jahrhundert in dieser Dringlichkeit 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 Patient*innen oft nur graduell vorhanden sein, aber eine kognitive Beeinträchtigung (Demenz) bedeutet noch lange nicht, dass hochbetagte multimorbide Patient*innen kein Recht auf eine der Situation angepasste Patient*innenaufklärung haben. 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 der Ärztin oder des Arztes, sondern muss gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten gefällt werden, ganz im Sinne des „Informed Consent“:

- **Prinzip des Nichtschadens:** Die Verpflichtung, Schaden und Leid bei Patient*innen zu vermeiden. (Beauchamp u. Childress 2009)
- **Prinzip des Wohltuns:** Gebot, zum Wohl der Patient*innen 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 hier 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. Die Patient*innen müssen 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. Die Ethiker*innen agieren dabei wie Reiseberater*innen 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. Die Ärzt*innen, Pflegepersonen, Therapeut*innen informieren über die aktuelle Situation: die Diagnose, die Prognose, noch zu klärende Probleme. Die Ethiker*in muss sicher sein, dass wirklich Expert*innen die Fragen beantwortet haben und dass der*die Patient*in und die Angehörigen informiert wurden. Bei Uneinigkeit des Teams in sachlichen Fragen kann auch der*die beste Ethiker*in nicht helfen. Gute Ethik beginnt mit guten Fakten.
- Die zweite Frage „Wo wollen wir hin?“ - die „Quo vadis“ Frage – ist nur relativ wenig medizintechnisch. 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 und 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 Patient*innen oder früher designierte Stellvertreter*innen. 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 die Patient*innen bestimmt nicht wollen würden: 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*der hochbetagten multimorbiden Patient*in. 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 Ärzt*innen 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*die individuelle Patient*in? Diese Nutzenbeurteilung kann der*die Ärzt*in nur mit Unterstützung des*der Patient*in vornehmen, da die Beurteilung der Lebensqualität einer subjektiven, individuellen Wertung unterzogen ist. Ist diese*r nicht mehr in der Lage, seinen Willen verbal oder nonverbal auszudrücken, hilft die Frage danach, was der*die Patient*in bestimmt nicht wollen würde: Leid, Schmerz, Hunger und Durst spüren, Kälte, Respektlosigkeit und Entblößung, verlassen sein oder Gewalt erleben. (Loewy 1995) Sollte der*die Patient*in selbst ihre*seine Bedürfnisse und Wünsche nicht mehr mitteilen können, können oft die Angehörigen im Rahmen einer mehrmaligen empathischen und offenen Kommunikation erzählen, was für diese multimorbide Person mit kognitiven Beeinträchtigungen Lebensqualität bedeutet hat, wovor sie sich besonders gefürchtet hat, was sie sicher nicht hätte haben wollen, ... Man darf aber nicht vergessen, dass Angehörige sich oft selbst in einer emotionalen Extremsituation befinden, die von Angst und Sorge beherrscht wird. Sollten die Angehörigen dann als Patient*innenvertreter fungieren, müssen sie, um Entscheidungen treffen zu können, gewissermaßen den gleichen Wissenstand wie die behandelnden Ärzt*innen haben. Nur wenn diese die Situation verstehen, 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*in 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. die der künstlichen Ernährung, sondern um die Frage, ob sie einem sinnvollen, erreichbaren Zweck dient. Ob der erwartete Nutzen die möglichen Nachteile überwiegt. Noch vorher geht es um die Frage, ob der*die betroffene Patient*in nach 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 urteilsfähigen, entscheidungskompetenten, gut informierbaren und gut informierten Patient*innen zu tun hat. Schwieriger wird es, wenn es sich um gebrechliche, multimorbide, kognitiv beeinträchtigte, hochaltrige Patient*innen handelt, die schon gegen Ende des Lebens angelangt sind.

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 multimorbiden geriatrischen Patient*innen in der konkreten Situation (individuelle Indikationsprüfung)?
4. Stimmt das Therapieziel mit dem deklarierten oder mutmaßlichen Willen der Patient*innen 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 Nutzen 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 „activities of daily living“ (ADLs) und die „Instrumental Activities of daily living“ (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 auf das 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 ihrer*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 einwöchigen 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 geriatrischen Patient*innen am Lebensende anbietet:

- Der zu erwartende Nutzen ist für die individuellen Patient*innen 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 patient*innengerecht 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 patient*innengerecht 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 Evidenz basierten 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 einem multimorbiden, oft in seiner*ihrer globalen Funktionsfähigkeit behinderten geriatrischen Patient*in 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)

Die Wiener Heimkommission empfiehlt eine kontinuierliche Beschäftigung mit dem Thema Ethik in den multidisziplinären Teams der Institutionen der Akut- und 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 Fortbildungs-akademie 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

3.18 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Trinken

Der Entschluss zum „freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken“ (FVET) wird von Patient*innen mit anhaltendem, subjektiv unerträglichem Leid als selbstbestimmte, autonome Entscheidung getroffen, um das Sterben zu beschleunigen. Dieser Entschluss sollte genauso wie jede andere Form eines Sterbewunsches bei Palliativpatient*innen vom multiprofessionellen, interdisziplinären Behandlungsteam wahrgenommen und respektiert werden. FVET ist nicht als Suizid zu bewerten, kann aber auch nicht als Therapieverzicht eingeordnet werden. Vielmehr ist der FVET als eigene Handlungskategorie zu betrachten.

„Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken“ (FVET) – auch als Sterbefasten oder „freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ (FVNF) bezeichnet – ist in den Fokus medizinethischer Debatten gerückt. Auslöser für kontroverse Positionen ist dabei insbesondere die Frage, ob es sich hierbei um eine suizidale Handlung handelt oder nicht.

Die Entscheidung eines Menschen zum FVET kann komplexe und herausfordernde Probleme im Umgang mit den Patient*innen, den An- und Zugehörigen oder den Mitarbeitenden in der Hospiz- und Palliativversorgung zur Folge haben. Eine ethisch sensible und reflektierte Abstimmung unter allen Beteiligten ist zu Beginn der Begleitung erforderlich. Bei vielen Patient*innen muss diese Abstimmung als kontinuierlicher Prozess im Verlauf wiederholt werden. Die Palliativversorgung und -begleitung (Palliative Care) stimuliert eine emotional und teils auch ideologisch aufgeladene Diskussion, da jeder Versuch einer Antwort auch direkt einen Kommentar zum Selbstverständnis der Palliativversorgung und zum Umgang mit Sterbewünschen innerhalb der Palliativversorgung darstellt. Neben den unmittelbaren Fragen zur Einordnung von FVET wird praktisch gleichzeitig die Diskussion für den methodenunabhängigen Umgang der Palliativversorgung mit Selbsttötungsabsichten und -handlungen neu angefasst. Vom Behandlungsteam sollten Informationen über den zu erwartenden Verlauf und über

mögliche Symptome und Komplikationen angeboten werden. Maßnahmen zur Symptomkontrolle, insbesondere zur Behandlung von Schmerzen, Atemnot, Mundtrockenheit, Verwirrtheit und zum Umgang mit den geäußerten Wünschen nach Essen und Trinken, sollten zur Verfügung stehen.

Voraussetzung für eine angemessene, qualitativ hochentwickelte Palliative Care, welche als ein Menschenrecht betrachtet werden sollte, ist das Vorhandensein ausreichender Ressourcen für den Ausbau adäquater stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen sowie systematische, strukturierte Aus- und Fortbildung der involvierten Mitarbeiter*innen im Gesundheits- und Sozialsystem. Dies benötigt ausreichende Ressourcen, die von der Gesellschaft, vom Staat zur Verfügung gestellt werden müssen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt ein kontinuierliches, fundiertes, ausreichend dotiertes Ausbildungsangebot zu diesem Thema für die multiprofessionellen, interdisziplinären Palliative Care Teams in den stationären und ambulanten Settings des Gesundheits- und Sozialsystems.

Literatur beim Verfasser

Quelle: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken, 2019

3.19 Wenn das Essen zur Pflicht wird: Mangelernährung im Alter

Abnehmender Appetit und geringe Essmengen sind per se schon physiologische Phänomene des Älterwerdens. Hinzu kommen oft neurologische Erkrankungen (wie z.B. Demenz, Schlaganfall, Parkinson Erkrankung etc.), welche dieses Problem verstärken. Die Folgen sind Gewichtsverlust mit Beschleunigung des ohnehin im Alter stattfindenden Muskelabbaus (Sarkopenie), v.a. verursacht auch durch den Mangel an Eiweiß. Rund die Hälfte des Körpereiwisses ist in der Muskulatur gespeichert. Sarkopenie ist eine Kernkomponente der Gebrechlichkeit (Frailty), die wiederum zu abnehmender Mobilität und Selbständigkeit, und somit zunehmender Pflegebedürftigkeit führt, aber auch das Risiko für Komplikationen und Sterblichkeit der Betroffenen erhöht. Funktionalität (körperliche und geistige Leistungsfähigkeit) und Lebensqualität gehen sukzessive verloren.

Neben einer ausreichenden Tagesmenge an „Nahrungsenergie“ (kcal) ist auch die Zusammensetzung der Nahrung wichtig. Der Tagesbedarf an Eiweiß steigt beim älteren Menschen auf 1,0 bis 1,2 g Eiweiß pro kg Körpergewicht (KG) und Tag, im Krankheitsfall oder auch bei chronische Wunden (wie Dekubitus) sogar bis auf 1,5 g/kg KG und Tag. Wichtig sind dabei auch die essentiellen Aminosäuren (insbesondere Leucin), da diese neben dem Muskelerhalt bei regelmäßigen Training auch für den Muskelaufbau benötigt werden. Daher sind, ähnlich wie bei Leistungssportler*innen, auch bei älteren Menschen Nahrungsergänzungen (z.B. in Form von Trinknahrung, Molke-Protein etc.) oft unverzichtbar.

Beispielsweise ist der Mangel an Vitamin D bei älteren Menschen weitest verbreitet. Vitamin D wird zu 90% durch UV-Licht-Einstrahlung in der Haut gebildet. Die alternde Haut hat nicht mehr die Syntheseleistung wie in jungen Jahren und die Sonnenlichtexposition ist bei älteren Menschen im Allgemeinen nicht mehr ausreichend sowie generell in unseren Breiten in den Monaten September-April ohnehin zu gering. Die Bestimmung eines Vitamin D Spiegels und eine ausreichende Substitution sollten daher in der Altersmedizin ebenso zum Standard gehören. Eine adäquate Versorgung mit Vitamin D reduziert das Sturz- und auch Knochenbruchrisiko (insbesondere für Hüftfrakturen) signifikant (um 20-30%!).

Die Strukturen in den jeweiligen Institutionen spielen eine beträchtliche Rolle bei den dortigen Prozessen, welche wiederum die Ergebnisse hinsichtlich des Ernährungszustandes der Bewohner*innen beeinflussen. Eine zentrale Rolle dabei spielen die Einstellung und das vorhandene Wissen von Pflegepersonen in der täglichen Praxis. Regelmäßige Gewichtskontrollen und Dokumentation des Körpergewichts (z.B. alle 3 Monate) sollen bei den zu betreuenden Personen zum Standard gehören. Screening und Interventionen sollen immer Hand in Hand gehen. In diesem Zusammenhang wurde eine Handlungsleitlinie erarbeitet, die evidenzbasiertes Wissen zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsmanagement beinhaltet und der Organisation zur Verfügung steht. Dafür stehen verschiedene „Screening Tools“ zur Verfügung. Um Wissen und Bewusstsein für diese Problematik zu fördern, hat das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) auch eine umfangreiche Broschüre zum Qualitätsstandard für die Ernährung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen für Senior*innen veröffentlicht, in der alle relevanten Informationen und Empfehlungen enthalten sind.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Aufrechterhaltung eines routinemäßigen, Ernährungsscreenings in allen Wiener Pflegeeinrichtungen und die Umsetzung der daraus abzuleitenden Maßnahmen nach den definierten Handlungsleitlinien.

Literaturverzeichnis:

Österreichische Ärztezeitung Nr. 22 / 25.11.2020

Internist 2020; 61: 535–540

Journal of Nutrition, Health and Aging. 2015; 19(7): 734-740. [IF(2015): 2.996]

Scandinavian Journal of Caring Science. 2015; 29(1): 193-202.

Nutrition. 2012; 28(9), 868-873.

https://www.sozialministerium.at/dam/sozialministeriumat/Anlagen/Themen/Gesundheit/Lebensmittel---Ern%C3%A4hrung/Gemeinschaftsverpflegung/AKTUALISIER_T_QS_f%C3%BCr_die_Ern%C3%A4hrung_in_Wohn-_und_Pflegeeinrichtungen_f%C3%BCr_Seniorinnen_und_Senioren.pdf

3.20 Logopädie im sozialpsychiatrischen und geriatrischen Kontext – Erhaltung der kommunikativen Fähigkeiten

Gastbeitrag von Frau Katharina Kugel BSc, Logopädin

Betreutes Wohnen Kabelwerk, SOZIAL GmbH

Was ist Logopädie?

Das Wort „Logopädie“ kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet übersetzt „Sprecherziehung“ (lógos – Wort und paideuein – erziehen). Mit Erziehung bringt man die heutige Logopädie jedoch nicht mehr in Verbindung. Logopäd*innen sind in Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Evaluation, sowie Lehre und Forschung tätig. Die logopädischen Gebiete umfassen Stimme, Sprache, Sprechen, Schlucken sowie Kommunikationsverhalten und Hören. Die Logopädie gehört zu den MTD-Berufen (gehobene medizinisch-technische Dienste), bei welchen u.a. auch Physiotherapie und Ergotherapie zugehörig sind. Logopäd*innen haben kranke aber auch gesunde Menschen, vom Kleinkind bis ins hohe Lebensalter, als Patient*innen in Therapie. Bekanntheit erlangte die Logopädie vor allem in der Therapie von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen unterschiedlichsten Ausmaßes. Dabei wird vor allem an Aussprache, Grammatik, Wortschatz, Sprachverständnis oder Redefluss gearbeitet. Bei Zahn- oder Kieferfehlstellungen, sowie falscher Zungenruhelage werden Logopäd*innen ebenfalls im Rahmen einer Therapie der orofazialen Muskulatur (Mund- und Gesichtsmuskulatur betreffend) aktiv. Dabei wird parallel zu Zahnregulierungen gearbeitet. Ein weiteres Einsatzgebiet der Logopädie ist die Behandlung von Patient*innen nach neurologischem Geschehen (z.B. nach Schlaganfällen, Schädel-Hirn-Traumata). Die Behandlung von Sprache, Sprechen und Schlucken steht in diesen Fällen im Vordergrund. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzt*innen (z.B. Kinderärzt*innen, Zahnärzt*innen, HNO-Ärzt*innen oder Neurolog*innen) und anderen therapeutischen Berufen (z.B. Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen) ist für eine qualitative, ganzheitliche Therapie wichtig. Die Ziele in der logopädischen Therapie von Kindern sind zumeist gänzliche Besserung der Sprach- und Sprechstörungen. Bei neurologischen Patient*innen ist dies nicht immer möglich. Daher liegen die Ziele der logopädischen Therapie in der Verbesserung und Erhaltung von Kommunikation und sprachlichen Prozessen. Der Verfall bei manchen degenerativen Erkrankungen (z.B. Morbus Parkinson, Demenzen) soll verlangsamt werden oder stagnieren.

Logopädie im sozialpsychiatrischen und geriatrischen Bereich

Ähnlich wie mit neurologischen, logopädischen Patient*innen gestaltet sich der Umgang mit Patient*innen mit psychischen Grunderkrankungen schwierig. Fehlende Krankheitseinsicht, mangelnde Motivation oder Einschränkungen der Merkfähigkeit erschweren die Behandlung von psychisch erkrankten Personen. Die häufigsten Krankheitsbilder sind erworbene Demenzen ausgelöst durch zumeist toxische Substanzen. Aber auch andere psychiatrische Erkrankungen können zu logopädisch relevanten Symptomen führen. In der Psychiatrie wird logopädisch nicht an den Krankheiten, sondern an den krankheitsbedingten Symptomen gearbeitet. Weiters ist die „psychiatrische Logopädie“ in Österreich kaum etabliert und daher auch noch wenig erforscht. Sie wird eher als Stiefkind der Logopädie angesehen und auch in der Ausbildung ist die Psychiatrie nur vereinzelt Thema. Um Sprache zu beherrschen, sind höhere, kognitive Prozesse vonnöten. Wenn diese aus organischen oder psychischen Ursachen gestört sind, kommt es zu sprachlich ausgeprägten Symptomen, welche dann von Logopäd*innen symptomorientiert behandelt werden können. So ist etwa auch

oft die Merkfähigkeit bei psychiatrischen Patient*innen massiv beeinträchtigt, beispielsweise durch jahrelangen Abusus von diversen toxischen Substanzen. Diese Symptome umfassen semantische („bedeutungsmäßige“) und formal-lexikalische („buchstabenbetreffende“) Wortfindungsstörungen, Störungen der Merkfähigkeit, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Dysarthrien („verwaschenes Sprechen“), Facialisparesen (Gesichtslähmungen), Dysphagien (Schluckstörungen) und Dysphonien (Stimmstörungen). Ein Verfall oder Verlauf kann durch regelmäßige logopädische Therapie verlangsamt oder sogar gestoppt werden. Heilungschancen im Sinne einer völligen Symptomfreiheit sind in diesen Bereichen unwahrscheinlich. Um das Störungsbild zu erkennen und ideal zu behandeln, wird vor Behandlungsbeginn eine adäquate Diagnostik durchgeführt. Aufgrund von Depressionen oder sozialen Ängsten beispielsweise ziehen sich die Menschen aus dem Alltag und dem gewohnten Umfeld zurück, verlieren Familie und Freunde, Wohnung oder Arbeit. Dies führt dazu, dass die Sprache verkümmert. Nicht an Kommunikation teilhaben zu können führt zu Sprachverarmung und Einsamkeit. Aufgrund der psychiatrischen Diagnose begegnen viele Menschen den Betroffenen mit Vorsicht, Angst oder Abwertung. Auch geriatrischen Patient*innen wird oftmals eher ablehnend gegenübergestellt. Viele Menschen sind dadurch im Alltag beeinträchtigt und können diesen nicht mehr alleine bewältigen. Durch Verlust der Existenz finden die Menschen den Weg in eine Einrichtung für sozialpsychiatrische und geriatrische Patient*innen. Durch regelmäßige logopädische Therapie können Struktur und Stimme gegeben werden. Fixe Termine können die Betroffenen aus der Lethargie befreien, den Alltag strukturieren und sinnstiftend wirken. An der Verbesserung von sprachlichen und kognitiven Prozessen wird aktiv trainiert und die Betroffenen spüren und erkennen ihre Selbstwirksamkeit wieder.

Logopädie in der Wohn- und Pflegeeinrichtung „Betreutes Wohnen Kabelwerk“

Seit Jänner 2023 wird Logopädie nun im „Betreuten Wohnen Kabelwerk“ angeboten. Das zusätzliche Therapieangebot mit Fokus auf Sprache, Sprechen und Kognition wird gerne von den Bewohner*innen angenommen. Um diese neue Disziplin zu etablieren, wurde passendes Diagnostik- und Therapiematerial angeschafft, um bestmöglich logopädisch arbeiten zu können. Obwohl der/die Logopäd*in als „Werkzeug“ fungiert, ist die Arbeit mit ausgewählten Materialien wichtig. Die Vielzahl an Materialien erstreckt sich von primär logopädischen (z.B. Wörterwald, Leg los oder Klappt genau) bis hin zu alltäglichen Gesellschaftsspielen (z.B. UNO, Activity oder Tabu). Wichtig ist dabei, dass das „Spielen“ der Spiele in einem therapeutischen Kontext erfolgt. Dabei hat der/die Logopäd*in zum Beispiel den Blick auf die Wortfindungsleistungen des/der Bewohner*in gerichtet oder beobachtet die Artikulationsgenauigkeit während eines Gesprächs. Falls Probleme bei Sprache oder Sprechen erkannt werden, werden deblockierende Hilfestellungen gegeben. Die Sprache des*der Therapeut*in ist somit das Instrument einer erfolgreichen, logopädischen Therapie. Weiters stehen auch Freude, Motivation und Spaß im Vordergrund, um gute Leistungen erzielen zu können. Viele Bewohner*innen bringen auch nicht die Eigeninitiative oder Kraft auf, um intensiv nach logopädischer Hilfe zu suchen. Dies ist in einer Institution wie dem Betreuten Wohnen Kabelwerk auch nicht notwendig, da die Therapeut*innen, darunter auch eine Logopädin, die Bewohner*innen aufsuchen und ihre Unterstützung anbieten. Das zusätzlich zu dem bestehenden

Therapieangebot nun auch Logopädie angeboten wird, ist für das Haus und insbesondere für die Bewohner*innen ein großer Vorteil. Jeder/Jede Bewohner*in wird logopädisch erstbegutachtet und mittels eines ausführlichen Anamnesegesprächs wird die Therapiebedürftigkeit ausgewertet. Falls logopädische Therapie gewünscht bzw. notwendig ist, wird eine weitere, umfassende, störungsspezifische Diagnostik durchgeführt. Das Aufsuchen in der „eigenen Wohnung“, eine Art „Hausbesuch“, kann für viele Bewohner*innen entlastend und ansprechend sein. Dies kann ein Gefühl von Vertrauen und Sicherheit bieten. Da die Bewohner*innen regelmäßig, großteils wöchentlich, aufgesucht werden, hat die Logopädin einen guten Blick auf die Gesamtsituation. An vorherige Einheiten kann angeknüpft, schwierige Themen können wiederholt und Leistungsabfälle frühzeitig erkannt werden. Aufgrund der regelmäßigen Einheiten entsteht ein sehr gutes Therapeut*innen-Patient*innen-Verhältnis mit einer stabilen Beziehungs- und Vertrauensbasis. Da die Bewohner*innen rund um die Uhr Ansprechpersonen aus diversen Berufsgruppen haben, ist eine ganzheitliche Betreuung und Beurteilung möglich. Verhaltens- oder Stimmungsänderungen können sofort erkannt und dem restlichen Team übermittelt werden. Dadurch kann sofort reagiert und auf die Tagesverfassung des/der Bewohner*in eingegangen werden. Logopädische Therapie kann somit individuell und verfassungsadäquat erfolgen. Dies zeugt von qualitativ wertvoller Arbeit, welche durch ein interdisziplinäres Miteinander erreicht werden kann. Durch tägliche, bereichsübergreifende Dienstübergaben können individuelle Fälle und das Befinden der Bewohner*innen besprochen werden, auf diesem Wege erreichen zum Beispiel Medikamentenänderungen die gesamte Belegschaft. Logopädisch relevante Informationen können an die Logopädin weitergeleitet oder von der Logopädin an das Team übergeben werden. Dabei steht das Wohlbefinden der Bewohner*innen stets im Vordergrund. Auch die Zusammenarbeit mit der Alltagsbetreuung und Pflege ist wichtig. Oftmals können therapeutische Fortschritte nur gemeinsam mit mehreren Personen erreicht werden. Die verschiedenen Berufsgruppen erleben die Bewohner*innen in anderen Situationen und können logopädisch angeleitete Übungen oder Hilfestellungen durchführen. Dabei kann auch rückgemeldet werden, was bereits gut funktioniert oder zu welchen Übungsinhalten die Mitarbeiter*innen noch Informationen benötigen. Durch diese intensive, mehrdimensionale Beobachtung der Bewohner*innen kann qualitative Betreuung erfolgen und in weiterer Folge passende, logopädische Therapie. Die häufigsten logopädischen Störungsbilder, welche im Betreuten Wohnen Kabelwerk auftreten, sind Störungen der semantischen und formal-lexikalischen Wortgenerierung, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Störungen der Merkfähigkeit und Dysphagien. Die Therapien finden im Einzelsetting im Zimmer des/der Bewohner*in, in den Gemeinschaftsräumen oder auf den Außenflächen statt. Die Einheiten haben eine individuelle Zeitdauer und Frequenz. Dabei wird auf die Privatsphäre der jeweiligen Person geachtet. Bei der Therapie von semantischen und formal-lexikalischen Wortfindungsstörungen wird oftmals mit Arbeitsblättern (schriftlich und mündlich) oder mit diversem Therapiematerial (mündlich) gearbeitet. Dabei wird das jeweilige Ziel der Einheit formuliert und darauf aufbauend das passende Material gewählt. Verschiedene Gesellschaftsspiele, Therapiespiele oder Bildkarten sind in diesen Einheiten notwendig. Die Merkfähigkeit des Kurzzeitgedächtnisses kann mit schriftlichen oder mündlichen Übungen geübt werden. Dabei nimmt die Therapeutin oftmals alltagstaugliche Spiele (z.B. Koffer packen oder Nanu) her oder arbeitet direkt an der gewünschten Situation, in

welcher der/die Bewohner*in die Schwierigkeiten beschreibt. Diese sogenannten In-Vivo-Übungen (alltägliche Übungssituationen) sind besonders für den Transfer der erarbeiteten Therapieinhalte in den Alltag wichtig. Ein Beispiel für eine solche Übung ist etwa das Merken einer Einkaufsliste, ohne Aufschreiben der Items, und das im Anschluss gemeinsame Einkaufen gehen in den Supermarkt. Dysphagien treten gehäuft bei älteren Bewohner*innen und bei neurologisch auffälligen Personen auf. In der Therapie wird an der Kräftigung der Schluckmuskulatur und an der Verbesserung der Schluckreflex-Triggerung gearbeitet. Durch diese Übungen soll das Risiko einer Lungenentzündung (bedingt durch Aspiration = Eintreten von Speisebrei in die Luftröhre) minimiert werden. Die regelmäßige therapeutische Essensbegleitung trägt dazu bei, dass klinische Aspirationszeichen erkannt werden und dementsprechend gehandelt wird. Logopädie im Betreuten Wohnen Kabelwerk ist sehr vielfältig und behandelt etliche Störungsbilder mit deren zugehörigen Symptomen. Durch regelmäßige Einheiten können Erfolge verzeichnet werden.

Chancen und Grenzen der Logopädie in der Psychiatrie

Seitdem die Logopädie in das Betreute Wohnen Kabelwerk implementiert ist, besteht eine Behandlungsmöglichkeit von Defiziten im Sprach- oder Sprechverhalten, von Stimmstörungen oder Schluckstörungen. Je nach Indikation kann Logopädie als alleinige Therapie bei vollständigem Verzicht auf medikamentöse und invasive Maßnahmen angewendet werden. Dies gilt jedoch nicht für psychische Krankheiten, sondern für dadurch ausgelöste, logopädisch relevante Symptome. Die Logopädie sieht sich als wichtigen Therapiebaustein im Kontext einer ganzheitlichen Behandlung von komplexen Störungsbildern. Die Chancen der Methodenvielfalt, welche die individuellen Behandlungskonzepte zulassen, konnten etabliert werden. Im Betreuten Wohnen Kabelwerk steht die Gemeinschaft an erster Stelle und daher auch die Durchführung von gemeinsamen Aktivitäten. Sprache ist eine notwendige Voraussetzung, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Weiters kann die logopädische Therapie helfen, das Sprachverständnis zu fördern und die Artikulation zu präzisieren, sowie das Selbstbewusstsein zu sprechen steigern. Je genauer die betroffene Person sich ausdrücken kann, desto autonomer und selbstständiger kann sie agieren. Missverständnisse und dadurch auftretender Ärger können vermieden werden. Die Kosten, welche bei Inanspruchnahme von Logopädie in der freien Praxis entstehen, sind hoch. Dies können sich viele Bewohner*innen auf Dauer nicht leisten. Viele Bewohner*innen wissen auch nicht, dass sie eventuell logopädischen Bedarf hätten und suchen nicht proaktiv nach einer Therapeut*in. Durch das Angebot von Logopädie im Betreuten Wohnen Kabelwerk konnte dies für die Bewohner*innen erleichtert werden. Ein weiterer wichtiger Vorteil der Logopädie ist die Prävention von Schluckstörungen. Durch das prophylaktische Arbeiten an der Schluckmuskulatur kann einer Aspiration vorgebeugt, der orale Genuss von Mahlzeiten erhalten und der Umzug in eine Pflegeeinrichtung erspart werden. Grenzen findet die Logopädie in der Psychiatrie nur, wenn gar keine Motivation oder Krankheitseinsicht gegeben ist. Wenn dies nicht vorhanden ist, wird die Sinnhaftigkeit an logopädischer Therapie angezweifelt. Therapieerfolge und -fortschritte werden nicht wahrgenommen oder als diese erkannt. Falls die Krankheitseinsicht vorhanden ist, jedoch die intrinsische Motivation fehlt, um etwas zu verändern, stößt die Logopädie

ebenfalls an ihre Grenzen. Ein Mindestmaß an Motivation ist notwendig, um eine erfolgreiche Therapie mit erreichbaren Zielen zu gestalten. Die Ziele der logopädischen Therapie sind die Verbesserung bzw. der Erhalt der Lebensqualität der betroffenen Personen im Krankheitsprozess. Während der Therapie liegt der Fokus auf dem Einüben von Strategien zur Verbesserung der beeinträchtigten Funktionen. Dabei wird ressourcenorientiert und evidenzbasiert vorgegangen.

Fazit: Logopädie wird nun seit Jänner 2023 im Betreuten Wohnen Kabelwerk angeboten. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Etablierung des neuen therapeutischen Felds glückte und von den Bewohner*innen dankbar angenommen wurde. Regelmäßige Einheiten begünstigen einen strukturierten Tagesablauf und die notwendige Selbstorganisation. Motivation und Spaß werden gefördert, was zu guten Ergebnissen der Leistungen der Bewohner*innen führt. Durch eine gründliche logopädische Erstdiagnostik werden die individuellen Probleme der Bewohner*innen erkannt und können adäquat behandelt werden. Das multiprofessionelle Team wird instruiert, damit zukünftig auf etwaige Veränderungen geachtet und reagiert wird. Aufgrund der „vielen Augen“ können die Bewohner*innen gesamtheitlich betrachtet und therapiert werden. Externes Therapieangebot muss nicht in Anspruch genommen werden, was als großer Vorteil angesehen wird. Logopädische Therapie kann sofort erfolgen, die Bewohner*innen sind daher nicht auf freiberufliche Logopäd*innen mit langen Wartelisten angewiesen. Die Logopädie sieht sich als Teilbereich eines multifunktionellen und –professionellen Teams, welches nur als großes Ganzes funktioniert. Positives Feedback wurde bereits durch Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen ausgesprochen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Implementierung eines logopädischen Angebots im „Betreutes Wohnen Kabelwerk“ und empfiehlt dies auch für andere Institutionen. So soll sichergestellt werden, dass die Bewohner*innen ganzheitliche Therapien bekommen. Kognitive und sprachliche Defizite sollen minimiert werden. Lebensqualität soll durch das Beibehalten von kommunikativen Fähigkeiten verbessert werden.

3.21 Partizipation als Menschenrecht in der Langzeitpflege und -betreuung – mehr als eine Worthülse?

Partizipation, Inklusion, Selbstbestimmung, Teilhabe – all das sind grundlegende Konzepte, die als leitgebend für das Arbeiten und Leben in Pflege- und Betreuungseinrichtungen gelten. Doch was versteckt sich hinter diesen Begriffen? Wie wird Partizipation in der Pflege- und Betreuungspraxis tatsächlich gelebt? Wenn wir von Partizipation und Selbstbestimmung sprechen, dann thematisieren wir nichts anderes, als grundlegende Menschenrechtsprinzipien. Partizipation bedeutet, dass Menschen aktiv in die sie betreffenden Ereignisse und Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden. Sie ist beispielsweise in der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ von 1986 ein institutionell anerkanntes Prinzip und Kernmerkmal der Gesundheitsförderung,

weil sie dem Grundbedürfnis nach Autonomie und der Möglichkeit einer selbstbestimmten Lebensführung nachkommt. Im Kontext der Langzeitpflege bedeutet das auch, dass Menschen das Recht haben, aktiv in die Entscheidungen über ihre Pflege und Betreuung eingebunden zu werden. Das heißt, dass nicht nur informiert und professionell beurteilt wird, sondern dass ihre Präferenzen, Wünsche und Bedürfnisse respektiert und berücksichtigt werden.

Einfluss von gesellschaftlichen Altersbildern und gesetzlichen Bestimmungen

Selbstbestimmung und Partizipation sind insbesondere von der Akzeptanz, Toleranz und dem Respekt der Mitmenschen beeinflusst. Die in der Gesellschaft vorherrschenden Altersbilder sind daher ausschlaggebend dafür, ob ältere Menschen in Entscheidungen einbezogen werden und selbst bestimmen können. Einem defizitorientierten Verständnis von einem Lebensalter geprägt von Verletzlichkeit, Unmündigkeit und Abhängigkeit ist entgegenzuwirken. Vielmehr ist das Alter als vielfältig und Teil des menschlichen Lebens zu sehen. Nur dadurch können Altersbilder der Selbstwirksamkeit, der Kompetenzen und Fähigkeiten und damit auch der Selbstbestimmung und Autonomie geschaffen werden.

Wie mit Alter und Pflegebedürftigkeit umgegangen wird, wird auch von den vorherrschenden gesetzlichen Bestimmungen geprägt. Betrachtet man die gesetzlichen Grundlagen des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes, wird rasch ersichtlich, dass die Bedarfe pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen anhand von Defiziten bestimmt werden und somit ein negatives Altersbild transportiert wird.

Ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf werden mehr als passive Dienstleistungsempfänger*innen denn als aktive, selbstbestimmte Kund*innen gesehen. So finden sich zwar wesentliche Aspekte wie die Wahrung der Menschenwürde, Privatsphäre, Individualität, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung als Rechte der Bewohner*innen niedergeschrieben. Ein Recht auf Selbst- und Mitbestimmung wie etwa der aktive Einbezug in Entscheidungen über ihre Pflege und Betreuung, ist aber gesetzlich nicht verankert.

Was braucht es, um Partizipation in der Langzeitpflege zu stärken?

Im Rahmen von menschenrechtlichen Kontrollen wie jene der in der Volksanwaltschaft eingerichteten OPCAT-Kommission (Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) wird immer wieder auf Menschenrechtsverstöße im Bereich der Langzeitpflege aufmerksam gemacht. Dies betrifft neben freiheitsbeschränkenden Maßnahmen insbesondere auch eine mangelnde Autonomie und geringe Beteiligungsmöglichkeiten.

Damit Selbstbestimmung gefördert wird, müssen ältere Menschen in einem ersten Schritt über ihre Rechte und Pflichten aufgeklärt werden. Dazu braucht es einen gelebten, transparenten Zugang zu relevanten und verständlichen (barrierefreien) Informationen. Nur dadurch können Menschen in die Lage versetzt werden, ihre eigenen Interessen zu vertreten, ihre Rechte ausüben und an Entscheidungsprozessen teilzunehmen.

In der Pflegepraxis kann durch ein individuelles Case- und Caremanagement Autonomie und Partizipation gefördert werden, indem die Menschen in den Mittelpunkt ihrer Entscheidungen gestellt werden. Dadurch entsteht eine gleichwertige, partnerschaftliche Pflegebeziehung, die

auf Respekt und Wertschätzung beruht. Aber auch die gezielte Förderung und Unterstützung von Bewohner*innenvertretungen kann ein Beispiel dafür sein, wie Menschen aktiv zur Mitbestimmung motiviert werden und ihre Anliegen und Ideen einbringen können. Auf Unternehmensebene wird die aktive Beteiligung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen durch eine partizipative Kultur gefördert, die etwa auf ethischen Leitlinien und Richtlinien beruht. Grundlegend ist es jedenfalls, Mitarbeiter*innen dahingehend zu sensibilisieren und bewusstseinsbildende Schulungen anzubieten. Denn letztlich zeigt sich eine partizipative Kultur an der individuellen Haltung jedes*r Einzelnen im täglichen Umgang miteinander und hat direkten Einfluss auf eine hohe Lebensqualität pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen.

„Die Stimmen der älteren Menschen müssen gehört, ihre Würde und individuelle Autonomie respektiert und ihr Menschenrecht auf volle Teilhabe an ihrer Gesellschaft gefördert und geschützt werden.“ (UNO 2021: Dekade für gesundes Altern 2021–2030, in: Bundesamt für Gesundheit BAG 2023: Gesund altern: Bern)

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Gesetzliche Grundlagen zu schaffen, damit Bewohner*innen von Pflege- und Betreuungseinrichtungen ein durchsetzbares Recht auf Partizipation zugesprochen wird
- Pflege- und betreuungsbedürftige Menschen direkt und aktiv in ihr individuelles Pflegemanagement (Case- und Caremanagement) und dessen Entscheidungen miteinzubeziehen
- Möglichkeiten der Selbst- und Mitbestimmung zu schaffen und Unterstützung anzubieten, damit Bewohner*innen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen sich Gehör verschaffen können und ihre Ideen und Anliegen entsprechend berücksichtigt werden
- Förderung von Bewusstseinsbildung zur Bedeutung von Partizipation als Menschenrecht auf verschiedenen Ebenen: Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen, An- und Zugehörige, Gesellschaft
- Den gesellschaftlichen Diskurs zu stärken, um positive Altersbilder zu schaffen

3.22 Dem Leben mehr Leben geben

Die Senior*innenbeauftragte der Stadt Wien, Sabine Hofer-Gruber, hat ihre Arbeit unter das Motto „dem Leben mehr Leben geben“ gestellt. Ihr deklariertes Ziel ist es, gemeinsam mit dem Team „Wien für Senior:innen“ sicherzustellen, dass Rahmenbedingungen geschaffen sowie Unterstützungs- und Aktivierungsangebote zur Verfügung gestellt werden, um der großen Bevölkerungsgruppe der Senior*innen ein gutes Leben in Wien zu ermöglichen. Dabei sind soziale, psychologische und gesundheitliche Aspekte zu berücksichtigen.

Als erste Stadt Österreichs ist Wien nunmehr offiziell Mitglied im „WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities“ (GNAFCC). Dieses Netzwerk wurde ins Leben gerufen, um Städte und Gemeinden dabei zu unterstützen, sich auf Bedürfnisse und

Herausforderungen einer alternden Bevölkerung vorzubereiten und Lösungen zu entwickeln, die das Wohlbefinden und die Lebensqualität älterer Menschen fördern. Dies betrifft eine große Zahl an Lebensbereichen wie Wohnen, Mobilität, Gesundheitsversorgung, soziale Teilhabe und Prävention. Die Senior*innenbeauftragte ist gemeinsam mit „Wien für Senior*innen“ die koordinierende Stelle für das WHO-Netzwerk in Wien.

Aus zahlreichen aus der 2022 präsentierten Demenzstrategie abgeleiteten Maßnahmen innerhalb der Plattform „Demenzfreundliches Wien“ ist die Produktion eines Erklärfilms zum Thema Demenz hervorzuheben, der als Maßnahme zur Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung der Wiener Bevölkerung dient. Der Film wird interessierten Partner*innen in einer Lang- und einer Kurzversion sowie in mehreren Sprachen kostenlos zur Verfügung gestellt.

Im Juni 2023 wurden die Ergebnisse des „Senior*innen-Barometers“ präsentiert. Dabei handelt es sich um eine Zielgruppenstudie, die im Auftrag von „Wien für Senior*innen“ gemeinsam mit dem Berichtswesen des Fonds Soziales Wien und dem Gallup Institut durchgeführt wurde und in deren Rahmen bereits zum zweiten Mal Wiener Senior*innen zu den Themen Lebensqualität, Freizeitverhalten, Mobilität, Internetnutzung und sozialer Lage befragt wurden. Die Ergebnisse der Umfrage sind eine wichtige Grundlage für die Entwicklung bedarfsgerechter Maßnahmen und Programme.

Der inhaltliche Jahresschwerpunkt lag 2023 auf dem Thema Einsamkeit, das im Rahmen unterschiedlicher Veranstaltungsformate behandelt wurde. Sowohl beim Expert*innenmeeting im Mai als auch beim Expert*innenforum im November nutzten Fachleute die Gelegenheit, um sich auszutauschen und Lösungsansätze zu entwickeln.

Beim „Fest der Senior*innen“ konnten wieder über 700 Personen begrüßt werden. Der in Folge stattfindende „Monat der Senior*innen“ bestand aus mehr als 60 Veranstaltungen von über 50 Kooperationspartner*innen. Das Programm umfasste die Bereiche Kunst und Kultur, Bewegung und Sport sowie Wissen und Information und war größtenteils kostenlos. Nicht zuletzt wurde auch 2023 an einer strategischen Weiterentwicklung des Kontaktbesuchsdienstes der Stadt Wien gearbeitet. Dieser stellt ein kostenloses Service dar, bei dem ehrenamtliche Mitarbeiter*innen das soziale Angebot der Stadt Wien (Freizeitgestaltung, Ehrenamt, Wohnen, Vorsorge, finanzielle Entlastungsmöglichkeiten und vieles mehr) interessierten Personen in deren eigenen vier Wänden präsentieren.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die gesetzten Maßnahmen („WHO-Netzwerk“, „Demenzfreundliches Wien“, „Senior*innen-Barometer“, „Fest der Senior*innen“, „Monat der Senior*innen“, strategische Weiterentwicklung des Kontaktbesuchsdienstes etc.) und bedankt sich für die Initiativen und die Weiterentwicklung der Angebote für die Wiener Senior*innen.

3.23 „Zum Augenblick“ – das Demenzrestaurant

„Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser“ (KWP) richtet Restaurant auf Bedürfnisse von Demenz erkrankten Personen aus

Hintergrund: In Österreich leben laut aktuellen Schätzungen 115.000 bis 130.000 Personen mit einer Form von Demenz. Aufgrund des wachsenden Anteils alter Menschen wird sich die Anzahl der an Demenz erkrankten Menschen bis zum Jahr 2050 verdoppeln. Angehörige betroffener Personen haben oft Bedenken mit ihren Liebsten im öffentlichen Bereich essen zu gehen. Das kann unter anderem aus der Angst resultieren, die/der Betroffene könnte sich „nicht ordnungsgemäß“ bzw. auffällig verhalten und sie dadurch in eine unangenehme Situation gebracht werden. Daher finden familiäre Feste und Feiern mit Menschen mit Demenz oft im privaten Rahmen statt. Diese Ausgrenzung vom alltäglichen Leben wird von den Häusern zum Leben deutlich wahrgenommen. Da das Ziel des Unternehmens aber die Inklusion und Teilhabe ist, wird daran gearbeitet, diese Personengruppe nicht aus der Öffentlichkeit verschwinden zu lassen, sondern als Teil des täglichen Lebens anzuerkennen. Nicht Menschen mit demenziellen Erkrankungen müssen sich an die Gesellschaft anpassen, sondern es müssen Strukturen geschaffen werden, um ihnen die Möglichkeit zu geben, ein gleichberechtigter Teil der Gesellschaft zu sein. Langfristig soll es genau so normal sein, in Restaurants neben Menschen mit Demenz zu sitzen, wie zum Beispiel neben Rollstuhl fahrenden, blinden oder gehörlosen Menschen.

Ziel: Menschen mit Demenz stehen im Restaurantbetrieb als Gäste im Mittelpunkt! Um sie herum wird ein System geschaffen, das ihnen ermöglicht, eigene Entscheidungen zu treffen und selbstständig in der Restaurant-Situation zurechtzukommen. Gäste mit demenziellen Erkrankungen werden von ihren Angehörigen begleitet, die Ausgestaltung der Veranstaltung ist aber primär an die Möglichkeiten der Menschen mit Demenz angepasst. Die Besucher*innen erleben einen entspannten Abend mit frisch gekochtem Essen, in stimmungsvollem und geschütztem Rahmen.

Senior*innen und Angehörige erlangen im besten Fall so viel Selbstsicherheit, dass sie auch in öffentlichen Restaurants essen gehen.

Angeboten wird à la carte mit verschiedenen Vorspeisen, Suppen, Hauptspeisen und Desserts. Die praktische Ausgestaltung wird in mehreren Stufen zu verschiedenen Terminen getestet, um positive Erfahrungen zu sammeln und Best Practice Beispiele in den Regelbetrieb zu integrieren.

- Einladungen und Speisekarten in einfacher Sprache
- Raum- und Tischgestaltung übersichtlich und klar strukturiert
- Speisenauswahl anhand von Schautellern und/oder mit Tablets
- Informationsmaterial für Angehörige als Unterstützung, etc.

Die Häuser zum Leben des „Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser“ (KWP) treten für Gleichberechtigung und einen respektvollen Umgang mit Menschen mit Demenz im Alltagsleben ein, was gesellschaftspolitisch zu einer positiven Veränderung in der Akzeptanz führen soll.

Welche Chancen ergeben sich dadurch?

Für Besucher*innen und Kund*innen:

- Einzigartige Möglichkeit einer optimierten Essenssituation für Menschen mit demenziellen Erkrankungen und deren Angehörige
- Steigerung der Selbstbestimmung und damit Selbstsicherheit der Betroffenen
- Möglichkeit, die Häuser zum Leben von einer weiteren Seite kennen zu lernen
- Frisch zubereitete Speisen in einem demenzgerechten, freundlichen und schönen Ambiente

Für Mitarbeiter*innen der „Häuser zum Leben“:

- Abwechslung im Job
- Weiterbildung im Bereich „Umgang mit Menschen mit Demenz“ in der Praxis
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche im Haus. Das Verständnis für andere Berufsgruppen wird dadurch gestärkt und der Teamgedanke gefördert
- Wahrnehmung der fachlichen Expertise aller Beteiligten

Für das Unternehmen:

- Attraktivierung des Unternehmens
- Erweiterung des Angebots
- Neue Möglichkeit, sich von einer weiteren, visionären Seite zu präsentieren
- Steigerung der Auslastung vorhandener Räumlichkeiten

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Initiative „Demenzrestaurant“ des „Kuratorium Wiener Pensionistenhäuser“ der „Häuser zum Leben“. Das Angebot für senior*innengerechte Aktivitäten im Alltag sollte ausgebaut werden, um ein selbstbestimmtes und inklusives Leben für Menschen mit Demenz zu ermöglichen. Institutionelle Einrichtungen können hier als Multiplikator*innen dienen und ihre Fachexpertise externen Gaststätten zur Verfügung stellen.

3.24 Der Sozial-Wegweiser: eine Orientierungshilfe in der Wiener Soziallandschaft

In Situationen von Not oder Überforderung ist es von entscheidender Bedeutung, sich über die vorhandenen Anlaufstellen im Klaren zu sein. Die Stadt Wien stellt eine Fülle von Hilfsorganisationen bereit, die passgenaue Unterstützung bieten. Doch für Betroffene, die unmittelbar auf Hilfe angewiesen oder nicht computeraffin sind, stellt die Suche eine Herausforderung dar.

Aus diesem Grund präsentieren die Pensionist*innenklubs für die Stadt Wien ihren Sozial-Wegweiser als verlässlichen Begleiter in Krisensituationen. Dieser Wegweiser listet die entscheidenden Kontaktadressen und Informationsstellen übersichtlich auf – alles auf einen Blick! Im nachfolgenden Abschnitt bieten wir eine strukturierte Zusammenstellung der wichtigsten

Serviceeinrichtungen zu den Themen Sicherheit, Gesundheit, Soziales, Wohnraum und Recht:

- Hotline Pensionist*innenklubs für die Stadt Wien
- Fonds Soziales Wien – Pflege und Betreuung
- Stadt Wien – Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht (MA 40)
- FAWOS – Fachstelle für Wohnungssicherung der Volkshilfe
- Frauenhelpline
- Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ)
- Kriseninterventionszentrum
- Männerberatung
- Mietervereinigung
- Österreichisches Gesundheitstelefon
- P7 – Wiener Service für Wohnungslose der Caritas
- Regionales Kompetenzzentrum der Suchthilfe Wien
- Sozialpsychiatrischer Notdienst
- Suchthilfe Wien
- Telefonische Gesundheitsberatung 1450
- Telefonseelsorge Österreich
- Wohnpartner Wien
- ZARA – Zivilcourage und Antirassismus-Arbeit

Weiters finden die Sozialmärkte, sowie die Voraussetzungen für einen Bezug von Kleidung, Möbeln und Lebensmitteln Erwähnung. Dazu zählen:

- Sozialmarkt Samariterbund
- Sozialmarkt VinziMarkt
- SOMA Sozialmärkte – Wiener Hilfswerk

Secondhand für jedermann/jederfrau, darunter Kleidung, Möbel und andere Gebrauchsgegenstände finden sich bei:

- Carla Läden der Caritas
- VinziShop
- Volkshilfe Shop

Interessierte haben die Möglichkeit, sämtliche Informationen zu den Angeboten entweder auf der Webseite „pensionistenklubs.at“ abzurufen oder sich telefonisch bei der Hotline unter der Telefonnummer 01/313 99-170 112 danach zu erkundigen. Der Sozial-Wegweiser in Papierform kann in jedem der 150 Pensionist*innenklubs für die Stadt Wien kostenlos erworben werden. Eine Aktualisierung des Wegweisers erfolgt jährlich.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt im Sinne des Inklusionsgedankens weiterführende bzw. ähnliche Projektmaßnahmen auch in anderen Senior*innen-Einrichtungen der Stadt Wien.

3.25 **Transparenz und Nachvollziehbarkeit durch vereinfachte Darstellung der Kostenbeiträge des Fonds Soziales Wien (FSW)**

Die Wiener Heimkommission hält regelmäßig Sprechtage in den Wohn- und Pflegeheimen der Stadt Wien ab. Die Bewohner*innen, Angehörige, Vertrauenspersonen und gesetzliche Vertreter*innen können sich dabei mit ihren Anliegen vertrauensvoll an die Heimkommissionsmitglieder wenden.

Im Jahr 2023 verzeichnete die Wiener Heimkommission bei diesen Sprechtagen vermehrt Anfragen von Bewohner*innen, die die Kostenabrechnung bzw. die Kosteninformation des Fonds Soziales Wien (FSW) als schwer verständlich erachteten.

Gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten, in denen insbesondere auch viele Senior*innen von der anhaltenden Teuerung und von neuen Unsicherheiten betroffen sind, wird der Wunsch nach Transparenz, Nachvollziehbarkeit der Ausgaben und vereinfachter Darstellung von Abrechnungen schnell deutlich.

Diese Erkenntnis bestätigte sich auch in der Arbeit der Ombudsstelle des FSW, an die im letzten Jahr vermehrt ähnlich gelagerte Sorgen und Verständnisfragen von Betroffenen bzw. Unterstützer*innen herangetragen wurden. Der Ombudsstelle und dem FSW insgesamt ist die Zufriedenheit seiner Kund*innen als auch jene der Angehörigen und vertretungsbefugten Personen ein zentrales Anliegen. Nicht nur in der Leistungserbringung selbst, sondern im gesamten Kund*innenverkehr und den damit zusammenhängenden administrativen Erfordernissen, bis hin zu einer transparenten und verständlichen Abrechnung der bezogenen Leistungen. Mitarbeiter*innen der Kostenbeitragsabteilung des FSW besuchen monatlich bis zu 36 Einrichtungen, um Fragen zu den Kostenbeitragsvorschreibungen zu beantworten und generell die Wünsche der Bewohner*innen zu erfragen.

Es ist außerdem ein umfangreiches Projekt zur Vereinfachung der Kostenbeitragsvorschreibung im FSW geplant. Das Ziel ist, die Vorschreibungen so kurz wie möglich und so ausführlich wie nötig zu gestalten. Dem FSW ist die Kostentransparenz und die Nachvollziehbarkeit der Berechnung sehr wichtig. Die Übermittlung der Kostenbeitragsvorschreibungen per Post ist nicht mehr zeitgemäß, daher wird auch in diesem Bereich an Alternativen gearbeitet.

Bevor das Projekt gestartet wird, hatten Bewohner*innen, Angehörige und Zustellbevollmächtigte ab Oktober 2023 die Möglichkeit, an einer Online-Befragung zur Kostenbeitragsvorschreibung teilzunehmen. Es wurde um die Meinung zum Inhalt, der Darstellung und der Verständlichkeit anhand abgebildeter Vorschreibungen gefragt. Es konnte die gemachte Erfahrung mit Erklärungen zur Vorschreibung angegeben werden und es wurde um Änderungswünsche und Vorschläge gebeten. Die neue Kostenbeitragsvorschreibung soll anhand der Bedürfnisse der Betroffenen entwickelt werden.

Die Wiener Heimkommission bedankt sich beim Fonds Soziales Wien für das Engagement hinsichtlich Transparenz und Nachvollziehbarkeit durch eine vereinfachte Darstellung ihrer Kostenbeiträge. Die rasche und unbürokratische Umsetzung dient dem Wohl der Bewohner*innen.

3.26 Weiterführung des Ausbaus spezialisierter Betreuungsleistungen

In der Stadt Wien werden Menschen, welche aufgrund einer oder mehrerer fortgeschrittener chronischer Erkrankungen in extramuralen Strukturen nicht mehr ausreichend versorgt werden können, in einem stationären Setting betreut. Im Verlauf der letzten Jahre haben sich dabei in einigen Institutionen Betreuungsplätze mit medizinischer und pflegerischer Spezialisierung entwickelt. Dies unter anderem auch deshalb, da durch eine Verschiebung in der Bevölkerungspyramide hin zu einem immer größer werdenden Kollektiv älterer Menschen, ein immer größer werdender Bedarf an, auf unterschiedliche Erkrankungen und Lebenssituationen angepasste, Betreuungsformen notwendig geworden ist. Ein weiterer Grund für die Entwicklung hin zu einer spezialisierten Betreuung liegt im Fortschritt der medizinischen Behandlung und pflegerischen Betreuung, wodurch es in zunehmenden Maß möglich geworden ist, Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen, welche lediglich Bedarf an allgemeiner Pflege und Betreuung haben, aufgrund der immer besser ausgebauten sozialen Dienste in zunehmendem Maß in häuslicher Umgebung zu betreuen. Dies entspricht auch dem Wunsch vieler älterer Menschen, so lange wie möglich „in den eigenen vier Wänden“ zu bleiben. Daraus folgend ist es daher zu erwarten, dass der Bedarf nach allgemeinen Pflegeplätzen in den nächsten Jahren zurückgehen und der Bedarf nach spezialisierten Angeboten steigen wird.

Beispielhaft als Erfolgsmodell einer spezialisierten Betreuungsleistung können die Betreuung älterer Menschen mit chronisch psychiatrischen Erkrankungen in den Abteilungen für Gerontopsychiatrie im Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße sowie im Pflegewohnhaus Simmering hervorgehoben werden. Aufgrund einer allgemeinmedizinischen 24 Stunden-Präsenz mit kontinuierlicher fachärztlich-psychiatrischer Unterstützung ist es in den genannten Einrichtungen möglich, Menschen mit chronisch-psychiatrischen Erkrankungen eine qualitätsvolle multiprofessionelle Betreuung anzubieten. Ein weiteres Beispiel für eine gelungene spezialisierte Betreuung stellt die Spezialleistung „Geriatrische Remobilisation“ dar. Diese wird ebenfalls in einigen Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen angeboten und hat zum Ziel, Menschen, welche aufgrund eines schweren gesundheitlichen Ereignisses (z.B.: Sturz mit Fraktur, längerer Aufenthalt auf einer Intensivstation, etc.) nicht in der Lage sind, unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt nach Hause zu gehen, über einen Zeitraum von 3 Monaten Pflege und Betreuung in Kombination mit Remobilisation anzubieten. Und so doch noch eine Entlassung in das häusliche Umfeld zu ermöglichen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass für viele Patient*innen durch Inanspruchnahme dieses Angebots eine Aufnahme in einer Langzeitbetreuungseinrichtung schlussendlich doch nicht notwendig war.

Empfehlung der Wiener Heimkommission:

Es ist zu wünschen, dass die genannten Best-Practice-Beispiele die Sinnhaftigkeit einer spezialisierten Betreuungsleistung zeigen konnten und dies zum Anlass genommen wird, um einen weiteren Ausbau spezialisierter Betreuungsformen voranzutreiben und damit dem diesbezüglich steigenden Bedarf Rechnung zu tragen.

3.27 Kinderdomizil FRIDOLINA

Seit 15.11.2024 wird im Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse ein Pflegekrankenhaus mit Spezialisierungen auf Neurologie, Wachkoma und Demenz, eine neue Leistung für Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden oder chronischen Erkrankungen angeboten.

FRIDOLINA hat 14 Plätze und wird von einem multiprofessionellen Team geleitet.

Das Projekt wurde gemeinsam mit dem Fond Soziales Wien entwickelt und finanziert.

Die Themen Krankheit, Sterben oder sogar der Tod passen auf den ersten Blick nicht mit den Lebenswelten und Bedürfnissen sehr junger Menschen zusammen. Ein Umstand, der in der Vergangenheit für große Pflege- und Gesundheitslücken gesorgt hat. In Österreich leiden mehr als 5000 Kinder und Jugendliche an unheilbaren sowie lebensverkürzenden Erkrankungen. Rund ein Fünftel davon sind auf professionelle Unterstützung im Alltag angewiesen (Hospiz Österreich, 2024).

Um bessere Anhaltspunkte zum Bedarf der Versorgungsnotwendigkeiten zu erlangen, schuf die englische „Association for Children with Life Threatening or Terminal Conditions and their Families“, abgekürzt auch ACT genannt, eine Einteilung in vier Erkrankungsgruppen. Die internationale Arbeitsgruppe „International Meeting for Palliative Care in Children, Trento“, kurz IMPaCCT genannt, nahm die Kategorisierung von ACT in die „Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa“ auf. Seither ist diese Einteilung international gebräuchlich.

- Gruppe 1 – Lebensbedrohliche Erkrankungen, für die eine kurative Therapie verfügbar ist, welche jedoch auch versagen kann. Die Palliativversorgung kann parallel zu einer kurativ ausgerichteten Therapie und/oder bei Therapieversagen erforderlich sein.
- Gruppe 2 – Erkrankungen, bei denen ein frühzeitiger Tod unvermeidlich ist. Lange Phasen intensiver Therapien haben eine Lebensverlängerung und eine Teilnahme an normalen Aktivitäten des täglichen Lebens zum Ziel.
- Gruppe 3 – Progrediente Erkrankungen ohne die Möglichkeit einer kurativen Therapie. Die Therapie erfolgt ausschließlich palliativ. Sie erstreckt sich häufig über viele Jahre.
- Gruppe 4 – Irreversibel, jedoch nicht progrediente Erkrankungen, die regelhaft Komplikationen zeigen und wahrscheinlich zum vorzeitigen Tod führen. Diese Erkrankungen stellen komplexe Anforderungen an die medizinische Versorgung (IMPaCCT, 2007).

Zusätzlich zu den vier Erkrankungsgruppen wird in Fachkreisen eine weitere, also fünfte Gruppe genannt: Früh- und Neugeborene mit unheilbaren, früh lebenslimitierenden Erkrankungen. Die Hospiz- und Palliativversorgung beginnt hier unter Umständen bereits vor der Geburt des Kindes. Kinder, die durch Probleme rund um die Geburt, wie Frühgeburtlichkeit oder Sauerstoffmangel, einen schwierigen Start ins Leben haben oder die mit schweren Erkrankungen, wie beispielsweise neuromuskulären Krankheiten oder Stoffwechselerkrankungen, geboren werden (Hospiz Österreich, 2024).

Versorgung

Mobile Kinder-Palliativteams und Kinder-Hospizteams bieten den Familien in Wien

Unterstützung in ihrem häuslichen Umfeld. Neben Besuchen und Beratungen erstreckt sich ihre Tätigkeit auch auf die Betreuung der Geschwister von lebensverkürzend erkrankten oder verstorbenen Kindern und Jugendlichen und die Begleitung der Familie in ihrer Trauer. Gerade im Kinder- und Jugendbereich ist ein flächendeckender Ausbau von stationären Versorgungsangeboten nötig, um eine adäquate Betreuung außerhalb des Zuhauses zu bieten und um die Familiensysteme zu entlasten. Hierbei sollen nicht nur den Eltern dieser Kinder Unterstützung zuteil werden, sondern auch das akutstationäre Versorgungssystem entlastet werden. Erste Schritte für diese Entlastung wurden mit FRIDOLINA gesetzt.

Alleinstellungsmerkmal FRIDOLINA

Der Name FRIDOLINA leitet sich vom althochdeutschen Wort für die „Beschützerin“ ab. Mit diesem Namen soll unterstrichen werden, dass hier eine geschützte Atmosphäre besteht, in der schwer kranke Kinder und Jugendliche gut betreut aufwachsen können.

FRIDOLINA zeichnet sich durch ein einzigartiges stationäres Betreuungsangebot in Wien aus, welches sich auf komplex chronisch kranke Kinder und Jugendliche mit sehr hohem Pflegebedarf spezialisiert hat. FRIDOLINA ist eine kindgerechte Umgebung, in der eine entwicklungsfördernde Versorgung und Begleitung ermöglicht wird. Diese spezielle Versorgung wird durch ein in sich gut abgestimmtes multiprofessionelles Team, bestehend aus Mediziner*innen, Pflegepersonen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Therapeut*innen, Pädagog*innen, Seelsorger*innen und ehrenamtlichen Hospizbegleiter*innen sichergestellt. Die Besonderheit besteht in einer gemeinsamen Zielverfolgung, nämlich der Herstellung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität.

Die Bewohner*innen bekommen die Möglichkeit einer entwicklungsgerechten Förderung und auf sie speziell abgestimmter pädagogischen Betreuung. Trotz hochspezialisierter Pflege und Therapie wird ein so weit wie möglich altersgerechter Lebensraum angeboten. Das wird in FRIDOLINA umgesetzt, indem gemeinsam jahreszeitbezogene Feste gefeiert und gemeinsame Ausflüge gemacht werden, denn die Kinder und Jugendlichen haben das Recht auf Spiel und Freizeit. So unterschiedlich die Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen sind, so breit gefächert ist auch das Altersspektrum der Kinder, die hier wohnen. FRIDOLINA bietet ein Zuhause für Kinder und Jugendliche von 0 Jahren bis hin zum jungen Erwachsenen. Es wurden 14 Betreuungsplätze geschaffen, diese gliedern sich in Kurzzeit- und Langzeitpflegeplätze.

Unterschied Kurzzeit- und Langzeitpflege

FRIDOLINA bietet für chronisch und lebensverkürzt erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen Pflegebedarf Langzeitpflegeplätze. Dies ist eine Versorgung über einen längeren Zeitraum (möglicherweise bis zur Volljährigkeit). Die Kurzzeitpflege ist durch eine zeitlich begrenzte Aufenthaltsdauer gekennzeichnet und bietet für Familien eine Form des Krafttankens. Innerhalb der Brückenpflege werden pflegenden Angehörigen Schulungen zu pflegerischen Maßnahmen zuteil, um in der häuslichen Versorgung des Kindes Sicherheit zu erlangen. Dies wird häufig an einen akutstationären Aufenthalt angeknüpft und dient als Vorbereitung für eine komplexe häusliche Versorgung.

Unterschied Kinder und Erwachsenenospizbereich

In der Hospizversorgung gibt es für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensverkürzenden Erkrankungen und deren Familien wesentliche Unterschiede zum Erwachsenenbereich. In der Pädiatrie beginnt die Palliativ- und Hospizversorgung bereits ab der Diagnosestellung einer lebenslimitierenden Erkrankung und kann parallel zu kurativen und lebensverlängernden Therapieoptionen erfolgen. Die Pädiatrie zeichnet sich durch ein vielfältiges Krankheitspektrum, häufig auch durch (sehr) seltene Krankheitsbilder, aus. Besonders macht diese Versorgungsstruktur auch, dass sie auf sehr vielfältige alters- und entwicklungspezifische Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen eingeht. Durch die häufig sehr intensive Pflege dieses Kindes entstehen im Alltag einer Familie viele Herausforderungen und Belastungsfaktoren. Die tägliche häusliche Betreuung gestaltet sich sehr kräftezehrend, zeitintensiv und findet häufig über viele Jahre rund um die Uhr statt. Ein stationär geführtes Kinderhospiz bietet eine Form der Entlastung dieser betroffenen Familiensysteme und nimmt sowohl das erkrankte Kind auf, bezieht jedoch auch sein Bezugssystem aktiv ein. Ein wesentlicher Bestandteil in der pädiatrischen Hospizversorgung ist die Arbeit mit den Geschwisterkindern. Zusammenfassend wird Hospiz im pädiatrischen Bereich als eine Herberge und eine Form der Entlastung verstanden und stellt ein zeitlich begrenztes Angebot dar, welches von Familien wiederholt in Anspruch genommen werden kann (Hospiz Österreich, 2024).

Hospize im Erwachsenenbereich versorgen Menschen in einer palliativen Situation, die am Ende ihres Lebens stehen. Diese längerfristige Betreuung erstreckt sich bis zum Tod und darüber hinaus. Zielgruppe sind komplex erkrankte Menschen mit meist hoher Symptomlast, die zu Hause oder in einem Pflegewohnhaus nicht mehr umfassend und effizient betreut werden können (Gesundheit Österreich GmbH, 2024).

Empfehlung der Wiener Heimkommission:

Es braucht ausreichend Einrichtungen wie FRIDOLINA in Österreich, um Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden oder chronischen Erkrankungen eine altersgerechte und professionelle Pflege und Betreuung zu gewährleisten. Die Familien der Kinder und Jugendlichen sind oft auf sich gestellt und nicht ausreichend unterstützt und entlastet. Es gibt mobile Teams wie MOKI und MOMO, die seit vielen Jahren für diese Familien da sind und zu Hause pflegerische, ärztliche und therapeutische Leistungen auf hohem Niveau erbringen. Wenn es zu Hause nicht mehr möglich ist, soll es für Eltern Entlastung auf Zeit oder auch unbefristet geben.

Der Bedarf an Hospiz- und Palliativbetreuungsangeboten in allen Altersgruppen wird zunehmen. Die Langzeitpflegeeinrichtungen in Wien sind geeignete Partner, um den zukünftigen Bedarf, der durch die demographische und medizinische Entwicklung steigen wird, abzudecken. Dafür braucht es eine ausreichende Finanzierung der erforderlichen Ressourcen, da die Kosten deutlich höher sind als die der allgemeinen Geriatrie.

Literaturverzeichnis:

Bundesministerium für Finanzen (2023) Aufnahme eines Pflegekindes. Abgerufen am 9.1.2024 von:

https://www.oesterreich.gv.at/themen/familie_und_partnerschaft/adoption/aufnahme_eines_pflegekindes.html

Gesundheit Österreich GmbH (2014). Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene.

Haus der Barmherzigkeit (2023). FRIDOLINA – Domizil für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen. Abgerufen am 9.1.2024 von: <https://www.hb.at/fridolina/>

Hospiz Österreich. Hospiz und Palliative Care (2024). Was ist bei Kindern besonders. Abgerufen am 9.1.2024 von: <https://www.kinder-hospiz.at/was-ist-bei-kindern-besonders/>

Hospiz Österreich. Hospiz und Palliative Care (2024). Hospiz und Palliative Care für Kinder, Jugendliche und Junge Erwachsene. Abgerufen am 11.01.2024 von: <https://www.kinder-hospiz.at/hospiz-palliative-care/hospiz-und-palliative-care-fuer-kinder-jugendliche-und-junge-erwachsene/>

IMPaCCt (2007). Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa. *European Journal of Palliative Care*, 14(3): 109-114

Kinder Hospiz (2024). Krankheitsgruppen. Aufgerufen am 11.01.2024 von: <https://www.kinder-hospiz.at/fachwelt/paediatrische-hospiz-und-palliativversorgung/krankheitsgruppen/>

3.28 Wohnungslosenhilfe und Pflege – Explorative Studie zu Bedarf und Potenzialen für eine pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen in Wien

Hintergrund

Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen versteht sich als Plattform, Netzwerk und Standortentwickler und profiliert sich als Innovationsmotor in Bezug auf unterschiedliche soziale Themen. Im Rahmen einer seiner Aufgaben geht es darum, Versorgungslücken sichtbar zu machen und darauf hinzuwirken, diese Lücken zu minimieren.

Die Wiener Wohnungslosenhilfe unterstützt obdach- und wohnungslose oder von Wohnungsverlust bedrohte Menschen, um nach Möglichkeit zur Verbesserung der Lebenssituation beizutragen. Wohnungs- und Obdachlose Menschen haben jedoch auf Grund ihrer gesundheitsbelastenden Lebensbedingungen u.a. auch einen Bedarf an pflegerischer Versorgung. Daher ist es wichtig, sich auf einen zunehmenden Bedarf vorzubereiten.

Dies bedeutet eine Integration von bzw. eine möglichst nahtlose Anbindung an bestehende Pflegeleistungen sowie deren Weiterentwicklung im Sinne einer zielgruppenorientierten qualitätsvollen Pflege und Versorgung.

Des Weiteren müssen Personen auch nach Beendigung der erforderlichen Krankenhausbehandlung vermehrt dort verbleiben, da die erforderliche bzw. nachfolgende Unterstützung nicht organisiert werden kann. Durch die „Fehlbelegung“ entstehen zusätzliche Kosten im Gesamtsystem. Vor diesem Hintergrund wurde die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH vom Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen im Jahr 2022 beauftragt, im Rahmen einer explorativen Studie die pflegerische Versorgung von obdach- bzw. wohnungslosen Menschen in Wien zu beleuchten: Bestehende Hürden und Potenziale der Versorgung sollten sichtbar gemacht, fachliche Anforderungen einer guten pflegerischen Versorgung aufgezeigt und Vorschläge bzw. Empfehlungen für die pflegerische Versorgung von obdach- und wohnungslosen Menschen herausgearbeitet werden.

Methode

Die explorative Studie diente dazu, erste Informationen über einen Sachverhalt zu liefern, in diesem Fall darüber, wie es um die pflegerische Versorgung im Kontext der WWH bestellt ist. Neben einer Dokumentenanalyse und Literaturrecherche wurden Expert*inneninterviews durchgeführt. Darüber hinaus wurde ein halbtägiger bereichsübergreifender Expert*innenworkshop abgehalten und ein Projektbeirat mit beratender Funktion mit Vertreter*innen der WWH und Pflege eingerichtet.

Ergebnisse

Die Strategien und Aktivitäten der WWH können als vorbildhaft angesehen werden. Die zahlreichen Angebote, die die WWH obdach- und wohnungslosen Menschen bereitstellt, verhelfen Menschen zu einem selbstbestimmten Leben und Wohnen. Dem immer größer werdenden Bedarf an Pflege und Betreuung kann jedoch aktuell nicht in adäquater Weise Rechnung getragen werden.

Evident ist, dass der Gesundheitszustand obdach- und wohnungsloser Menschen deutlich schlechter ist als jener von anderen Bevölkerungsgruppen. Durch schlechte Lebensbedingungen ergeben sich multiple Krankheitsbelastungen. Zudem geht das Altern häufig mit funktionalen Einschränkungen einher. Obdach- und wohnungslose Menschen sind häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen, bzw. weisen sie aufgrund ihrer gesundheitsbelastenden Lebensbedingungen in der Regel ein deutlich höheres „biologisches Alter“ und eine geringere Lebenserwartung auf (Baggett et al. 2013).

Im Rahmen der Erhebung wurden folgende Pflegeerfordernisse der Nutzer*innen als besonders relevant hervorgehoben:

- chronischen Wunden oder „akute“ Wunden
- zunehmende Mobilitätseinschränkungen
- Stuhl- und Harninkontinenz
- Suchterkrankungen
- psychische Beeinträchtigungen bzw. psychiatrische Erkrankungen
- Zunahme von Menschen mit demenziellen Erkrankungen
- geistige Behinderungen
- palliative Versorgungsbedarfe

Auf Basis der im Zuge der Erhebungen gewonnenen Erkenntnisse wurden Empfehlungen abgeleitet. Diese Empfehlungen beziehen sich u.a. auf eine bessere Anpassung der Förderlogik an die Bedarfe obdach- bzw. wohnungsloser Menschen, eine qualitative und quantitative Erhöhung des pflegerischen Angebots in der WWH und eine Verbesserung der Schnittstellenarbeit.

Im Folgenden sind jene Maßnahmen angeführt, die mit der Langzeitpflege in Verbindung stehen:

- Ausreichende und zielgruppenspezifische pflegerische Angebote und Maßnahmen innerhalb und außerhalb der WWH anbieten
- Bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung ermöglichen

- Schnittstellenarbeit und Kommunikation zwischen unterschiedlichen Sektoren und Professionen verbessern
- Zugang zu Möglichkeiten für eine Übergangspflege für obdach- und wohnungslose Menschen
- Sensibilisierung für die Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe wohnungsloser Menschen, Vorurteile (auch innerhalb der Pflege, insbesondere im nicht-psychiatrischen Bereich) abbauen
- Zugang zu pflegerischer Versorgung für nicht anspruchsberechtigte Personen ermöglichen
- Adäquate (pflegerische) Versorgung der Zielgruppe obdach- bzw. wohnungslose Menschen mit einem palliativen Versorgungsbedarf

Nicht zuletzt gilt es, personenzentrierte Konzepte zu implementieren, die den Bedarfs- und Bedürfnislagen und somit den Lebensrealitäten der obdach- und wohnungslosen Menschen gerecht werden.

Im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, wie sie in den Wiener Gesundheitszielen als wesentliche Zielsetzung der Gesundheitspolitik definiert sind, gilt es, bei der Realisierung dieser Zielsetzung einen geschärften Blick auf sozial benachteiligte Menschen zu legen. Dazu muss eine Auseinandersetzung damit stattfinden, wie auch für diese Gruppe der Zugang zu den Pflege- und Betreuungsleistungen vereinfacht werden kann und auf welche Art und Weise „eine integrierte Versorgung mit flexiblen und durchlässigen Pflege- und Betreuungsangeboten“ (Stadt Wien 2016) gestaltet werden muss, damit auch obdach- und wohnungslose Menschen davon profitieren können.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

Eine weitere Auseinandersetzung mit dem Thema, da die pflegerische Versorgung dieser Personengruppe im Gesamtkontext der Pflege- und Betreuungslandschaft auch hinsichtlich Personalbedarf derzeit keine Berücksichtigung findet. Es bedarf neben einer Sensibilisierung und einer Entstigmatisierung auch einer Auseinandersetzung mit den diversen Rahmenbedingungen, den Schnittstellen und Finanzierungsmöglichkeiten, um eine gesundheitsfördernde und pflegerisch adäquate Versorgung von obdach- und wohnungslosen Menschen in Zukunft sicherzustellen.

Literaturverzeichnis:

Bajer, Marion; Pilwarsch, Johanna (2023): Wohnungslosenhilfe und Pflege. Explorative Studie zu Bedarf und Potenzialen für eine pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen in Wien. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Der gesamte Ergebnisbericht mit der angeführten Literatur ist einsehbar unter:
https://dachverband.at/wohnungslosenhilfe_pflege/

3.29 Netzwerk für pflegende An- und Zugehörige

Die Familie ist der „größte Pflegedienst der Nation“ – so werden etwa 80% der pflegebedürftigen Menschen in Österreich zu Hause durch An- und Zugehörige gepflegt. Darüber hinaus übernehmen Angehörige häufig auch wertvolle und unterstützende Aufgaben bei der stationären Pflege. Eine Pflege, die ausschließlich durch professionelle Kräfte in Organisationen und staatlichen Institutionen abgedeckt wird, wäre für den Staat nicht finanzierbar. Die Angehörigenpflege ist vielfältig und wird meist im Zuge unterschiedlicher Aushandlungsprozesse zwischen einer Familie, deren sozialen Netzwerken sowie professionellen Unterstützungsnetzwerken vollzogen. Dies führt zu hohen Anforderungen und beinhaltet viele Abstimmungsprozesse für alle beteiligten Personen und Organisationen. Aus Sicht der Stress- und Belastungsforschung wurde aufgezeigt, dass die fehlende Anerkennung, sowie soziale Isolation pflegender Angehöriger zu enormen Mehrfachbelastungen im Alltag führen.

In diesem Zusammenhang und im Einklang mit dem geschnürten Angehörigenpaket der Pflegestrategie 2030 wird mit 01.01.2024 ein Pilotprojekt in der „Fonds Soziales Wien – Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH“ implementiert, das als sinnvolle Ergänzung im bestehenden Wiener Leistungs- und Versorgungsangebot im Pflegebereich zu sehen ist. Um eine ganzheitliche, individuelle und bedürfnisorientierte Versorgung von pflegenden An- und Zugehörigen und deren zu betreuenden Personen zu sichern, ist das Pilotprojekt Netzwerk für pflegende An- und Zugehörige auf drei standhaften Säulen aufgebaut. Jede dieser drei Säulen beinhaltet mehrere Bausteine, welche individuell, situativ und kombinierbar an die Bedürfnisse von pflegenden An- und Zugehörigen adaptiert werden können.

Die drei Säulen im Detail:

1. Entlastung und Stärkung

Im Vordergrund steht das Peer-to-Peer Angebot. Die Weitergabe von praktischem durch Erfahrung erworbenem Wissen VON pflegenden An- und Zugehörigen direkt AN pflegende An- und Zugehörige wird forciert. Für die Koordination sowie deren Kontaktdatenweitermittlung unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien steht eine installierte Datenbank zur Verfügung.

Weiters werden (koordinierte und moderierte) Stammtischrunden für einen regen Austausch zwischen den pflegenden An- und Zugehörigen in einer angenehmen, ruhigen und sicheren Umgebung angeboten. Auch das Einbinden ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen soll eine zentrale Rolle in dieser Säule spielen. Entlastungs- und Stärkungsangebote, welche nach den Bedürfnissen der betreuenden Personen definiert und gegliedert sind, werden im Rahmen einer eigenen Plattform angeboten. In dieser Säule wird auch das Angehörigengespräch forciert, das den pflegenden An- und Zugehörigen in strukturierter Form kostenlos zehn Mal im Jahr durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) zur Verfügung steht.

2. System der professionellen Lots*innen

In dieser Säule stehen die Begleitung, Beratung und Unterstützung per Telefon, per

Hausbesuch, aber auch vor Ort in Beratungsräumlichkeiten des „Fonds Soziales Wien“ (FSW) zur Verfügung. Die zentralen Inhalte in dieser Säule sind unter anderem, dem „Bürokratie-Dschungel“ gemeinsam zu begegnen, mit pflegerischen und medizinischen Tipps und Tricks zur Seite zu stehen und das richtige Angebot für die jeweilige Situation zu finden.

3. Wissenstransfer

Das Aneignen und das Weitervermitteln von Wissen an pflegende An- und Zugehörige stehen hier im Fokus. Dies wird unter anderem im Zuge eines eigens implementierten „College für pflegende An- und Zugehörige“ angeboten, in dessen Rahmen spezielle Module zu verschiedenen pflegerischen und medizinischen sowie speziellen Themen, wie z.B. Resilienz, Kommunikationsmethoden, usw., zur Verfügung stehen. Auch ein entworfener Pflegetipp-Katalog steht zur Verfügung, in welchem viele verschiedene, pflegerisch und medizinisch anfallende Pflegesituationen in leicht verständlicher Sprache niedergeschrieben sind.

Als weiterer Baustein dieser Säule werden pflegenden An- und Zugehörigen freiwillige Praktika in Kooperation mit der MobHKP angeboten. Bei diesen können die pflegenden An- und Zugehörigen Professionist*innen in pflegerischen und medizinischen Alltagssituation im häuslichen Setting begleiten.

Die Wiener Heimkommission bekräftigt die außerordentlich wichtige Rolle der pflegenden An- und Zugehörigen und begrüßt das Pilotprojekt zur Verbesserung der Versorgung sowie der Vernetzung.

3.30 Gesundheitskompetenz und Empowerment von Angehörigen in der Langzeitpflege

Über Gesundheitskompetenz und Empowerment wird zwar oft gesprochen, aber was ist darunter zu verstehen?

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um richtige und gute Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen zu können.

Empowerment bedeutet Befähigung; den Prozess, mit dem die Fähigkeiten von Menschen gestärkt und aktiviert werden, Herausforderungen zu bewältigen, Bedürfnisse zu stillen, Probleme zu lösen und sich die notwendigen Ressourcen zu verschaffen, um die Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die Ihre Gesundheit beeinflussen.

Menschen sollen durch Empowerment befähigt werden, für ihre Gesundheit selbst Sorge zu tragen und sie zu stärken. Betroffene sollen zu aktiv Handelnden werden.

In der Langzeitpflege ist es wichtig, dass Angehörige über Gesundheitskompetenz und Empowerment verfügen, um die bestmögliche Betreuung und Unterstützung für die zu Pflegenden sicherzustellen. Dazu gehört das Verständnis für medizinische und pflegerische Maßnahmen, die Fähigkeit, die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen zu erkennen und zu kommunizieren, sowie die Kenntnis von Ressourcen und Unterstützungsangeboten im Gesundheitswesen.

Oftmals gelingt es trotz aller Bemühungen des Pflegepersonals nicht, den Angehörigen die Notwendigkeit von gesetzten Maßnahmen und Pflegesituationen verständlich zu erklären. Unverständnis und Unzufriedenheit von Angehörigen sind oft die Folge.

Mögliche Ursachen, die immer wieder zu Missverständnissen führen, sind:

1. Erwartungen und Bedürfnisse von Menschen sind sehr unterschiedlich und können daher nicht vollständig erfüllt werden, unabhängig von den Bemühungen des Pflegepersonals.
2. Missverständnisse oder Kommunikationsprobleme zwischen Pflegepersonal und Angehörigen
3. Angehörige können emotional stark belastet sein, was ihre Wahrnehmung der Pflegesituation beeinflussen kann, selbst wenn die Pflegequalität hoch ist.
4. Externe Faktoren wie finanzielle Belastungen, berufliche Verpflichtungen oder andere familiäre Probleme können eine Rolle spielen.

Es ist bedauerlich, dass Angehörige negative Erfahrungen in der Betreuung ihrer Familienmitglieder oder Partner*innen gemacht haben. Meist könnte durch intensivere Zusammenarbeit von Pflegepersonal und Angehörigen die Gesundheitskompetenz von Angehörigen gestärkt werden.

Eine gute Gesprächsqualität zwischen Pflegepersonal und Bewohner*innen ist ein wesentlicher Faktor für eine gesundheitskompetente Pflege- und Betreuungssituation. Die maßgebliche Kompetenz der Bewohner*innen in diesem Zusammenhang ist es, im Gespräch mit dem Gesundheitspersonal Fragen einbringen zu können. Ein wesentlicher Aspekt guter Gesprächsqualität aufseiten des Gesundheitspersonals ist es, das aktive Fragen der Bewohner*innen zu unterstützen und zu fördern.

Nachstehende Maßnahmen könnten dazu ergriffen werden:

1. Schulungen und Informationsveranstaltungen für Angehörige könnten angeboten werden, um ihr Verständnis für die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen und der getroffenen Maßnahmen zu verbessern.
2. Zeit für individuelle Beratungsgespräche anbieten und konkrete Lösungsansätze aufzeigen
3. Verständnis und Empathie für die Situation der Angehörigen zeigen und sie in ihren Anliegen ernst nehmen.
4. Das Pflegepersonal kann die Angehörigen aktiv in den Pflegeprozess einbinden und sie bei Entscheidungen und Maßnahmen miteinbeziehen.

Aber können wir alle Angehörigen überhaupt erreichen?

„Wenn Sie nicht das machen, was ich will, dann komme ich das nächste Mal mit einer Kalaschnikow!“

Diese Drohung sprach vor kurzem ein Angehöriger gegenüber einem Pfleger aus. Der Pfleger fühlte sich verständlicherweise bedroht!

Empfehlung der Wiener Heimkommission:

Es ist bedauerlich, wenn Angehörige mit der Langzeitpflege unzufrieden sind. In solchen Fällen ist es wichtig, dass Kontrollinstanzen sich auch die Anliegen des Pflegepersonals anhören und berücksichtigen, um eine ausgewogene Perspektive zu erhalten.

Kontrollinstanzen, externe Beratungs- und Vermittlungsstellen sowie Mediatoren können eine wichtige Rolle dabei spielen, Konflikte und Unzufriedenheit in der Langzeitpflege zu lösen. Es ist entscheidend, dass diese Instanzen sowohl die Anliegen der Angehörigen als auch die des Pflegepersonals ernst nehmen und sich um eine faire und ausgewogene Lösung bemühen.

Das Pflegepersonal sollte die Möglichkeit haben, seine Sichtweise und Anliegen zu äußern, insbesondere wenn es um unerfüllbare Erwartungen oder externe Faktoren geht, die die Zufriedenheit der Angehörigen beeinflussen. Eine offene und transparente Kommunikation zwischen allen Beteiligten ist entscheidend, um Konflikte zu lösen und die Qualität der Langzeitpflege weiterhin zu verbessern.

Es ist wichtig, dass Kontrollinstanzen und Pflegeeinrichtungen ein Umfeld schaffen, in dem das Pflegepersonal sich sicher fühlt, seine Anliegen zu äußern, und in dem konstruktive Lösungen für Probleme gefunden werden können. Letztendlich sollten alle Beteiligten gemeinsam danach streben, die bestmögliche Betreuung und Unterstützung für die Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

Literaturverzeichnis:

<https://oepgk.at/glossar/empowerment/> abgerufen am 3.11.2023 13:55

https://opus.bsz-bw.de/msh/frontdoor/deliver/index/docId/145/file/MA_JaclinKaeding_OA.pdf abgerufen am 28.12.2023

Allianz für Gesundheitsförderung – GuG

Der letzte Umzug Der Weg ins Altersheim für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen (Altmann, S. Verlag Disserta 2014)

Patienten- und Angehörigenedukation (Plessl- Schorn Verlag Facultas)

3.31 Senior*innen-Power – Zirkeltraining für ein neues Lebensgefühl

Anfang des Jahres 2024 veröffentlichte das Gesundheitsministerium die Ergebnisse des 2. österreichischen Gesundheitsberichtes, welcher u. a. die gute Nachricht enthält, dass die Lebenserwartung in Österreich im Untersuchungszeitraum (2005 – 2019) wieder gestiegen ist. So werden Männer heute durchschnittlich 79,5 und Frauen im Schnitt 84,2 Jahre alt. Leider gibt es dazu auch eine schlechte Nachricht: Knapp 66 % der Bevölkerung ab 15 Jahren leiden an einer chronischen Erkrankung oder Gesundheitsproblemen, welche großteils auf einen ungesunden Lebensstil, wie bspw. unzureichende Bewegung, zurückzuführen sind.

In den Einrichtungen des Kuratorium Fortuna gab es daher auch seit jeher ein sehr vielfältiges und für jede*n individuell angepasstes Fitness- und Bewegungsangebot – von moderater Gymnastik auf einem Stuhl bis hin zu den allseits beliebten „Grätzel-Spaziergängen“.

Nachdem die Bewohner*innen des Appartementhauses in Wien Favoriten noch mehr für ihre Fitness tun wollten, hat das Führungsteam des Hauses ein sehr erfolgreiches Projekt ins Leben gerufen: „Senior*innenpower“.

Dazu wurden in einem ersten Schritt nachfolgende Parameter definiert:

Ziele:

- Verbesserung der körperlichen Gesundheit und Fitness der Bewohner*innen, aber auch der im Haus beschäftigten Mitarbeiter*innen
- Erhöhung der Muskelkraft und Ausdauer, Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität
- Schulung und Training des Gleichgewichts und der Koordinationsfähigkeit (Verringerung des Sturzrisikos, Förderung der Selbständigkeit und Unabhängigkeit)
- Förderung der sozialen Kontakte und Stärkung der Gemeinschaft

Die Planung:

- Sicherheit: Anschaffung von sicheren und leicht bedienbaren Trainingsgeräten
- Erfolg: Sicherstellung, dass das Training für Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen – mit all den zur Verfügung gestellten Geräten – auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten jedes*r Einzelnen abgestimmt werden kann
- Kontrolle: Überwachung der einzelnen festgelegten Trainingseinheiten (geschultes Personal, ausgebildete Fitnesstrainer*innen)
- Kosten: Erstanschaffung und laufende Kosten (Wartungen, Service, Reparaturen) so gering wie möglich halten
- Evaluierung: Beobachten der Fortschritte der Trainingseinheiten und Anpassung des Trainings (Ziele) pro Person

Die Umsetzung

Nach Erkundigungen und Recherchen hinsichtlich der sinnvollen Benützung von Trainingsgeräten im Senior*innen-Bereich wurden gebrauchte, aber technisch einwandfreie Fitnessgeräte ankaufte, generalüberholt und im Gymnastikraum des Hauses positioniert.

In enger Abstimmung mit den Mitarbeiter*innen der hauseigenen Seniorenanimation wurden u. a. die Trainingstage und -zeiten, die Häufigkeit, Einschulung, Beaufsichtigung der Bewohner*innen etc. konzipiert.

Mit Unterstützung einer Physiotherapeutin erfolgte die professionelle Ersteinschulung von Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen auf die Geräte sowie die Erstellung von entsprechenden Trainingsanleitungen, um effiziente Trainingseinheiten mit größtmöglicher Sicherheit und bestmöglichem Schutz vor Verletzungsrisiken zu ermöglichen.

Für die Mitarbeiter*innen des Hauses wurde die multifunktionelle Trainingsstation „Unica“ angeschafft, welche ihnen (z. B. vor oder nach dem Dienst) die kostenlose Möglichkeit bietet, ihrem Körper etwas Gutes zu tun:

- Arme, Beine, Brust und noch viel mehr – die Kraftstation mit gezieltem Muskeltraining wartet mit über 25 unterschiedlichen Übungsvarianten auf, um die Kraft zu stärken und den ganzen Körper zu formen.
- Stärkung Herz- und Kreislauf, Erhöhung der Knochenfestigkeit, Muskelaufbau und Stärkung der Bänder und Sehnen etc. oder zur Vorbeugung von chronischen Erkrankungen und Reduzierung des Verletzungsrisikos

Das großartige Engagement des Teams, welches es mit viel Recherche, Kreativität und Beharrlichkeit geschafft hat, ein gleichsam hochprofessionelles Fitness-Studio in unserer Senioren-Einrichtung zu etablieren, hat sich ausgezahlt: Innerhalb kürzester Zeit berichteten Bewohner*innen von einer Verbesserung ihrer Beweglichkeit, der Kräftigung ihrer Muskeln und sogar von der spürbaren Milderung chronischer Beschwerden des Bewegungsapparates. Einige von ihnen konnten sogar nach wenigen Monaten moderaten Trainings im Alltag wieder Tätigkeiten nachgehen, die sie zuvor schon für nicht mehr möglich gehalten hatten. Erfreulich ist auch die hohe Akzeptanz dieses neuen gesundheitsfördernden Angebots seitens der Mitarbeiter*innen.

Kurz gesagt: Geballte Power für Senior*innen und Mitarbeiter*innen durch gezieltes Kraft- und Zirkeltraining hat im Appartementhaus Fortuna Einzug gehalten und macht von dort aus hoffentlich Schule. Der nachhaltige Erfolg ist jeden Aufwand wert.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Initiative zur Förderung der körperlichen Fitness von Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen. Der niederschwellige Zugang zu professionellen und sicheren Trainingsgeräten wird als sinnvoll erachtet.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Initiative zur Förderung der körperlichen Fitness von Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen. Der niederschwellige Zugang zu professionellen und sicheren Trainingsgeräten wird als sinnvoll erachtet.

3.32 Simple Feedbacks mit großer Wirkung – wie niederschwellige Smiley-Rückmeldungen die lernende Organisation unterstützen

In der stationären Langzeitpflege leisten Feedbacks von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen einen entscheidenden Beitrag, um die Qualität der Betreuung und Pflege kontinuierlich zu verbessern. Als Ergänzung zum bereichsweiten, digitalen Feedback- und Fehlermanagement wurde im Pflegewohnhaus Casa Sonnwendviertel von Casa Leben im August 2023 das Pilot-Projekt „HappyOrNot“ gestartet.

Das „HappyOrNot“-System

Beim System „HappyOrNot“ handelt es sich ursprünglich um ein Kund*innenfeedback-System, welches in unterschiedlichen Geschäftsbereichen genutzt werden kann. Die Befragten werden animiert, auf möglichst einfache Art und Weise ihrer Zufriedenheit (oder Unzufriedenheit) Ausdruck zu verleihen. Dafür stehen vier Tasten, auf denen Smileys abgebildet sind (von grün und lachend bis hin zu rot und traurig), sowie gegebenenfalls ein Touchscreen zur Eingabe von detaillierteren Angaben zur Verfügung. Ziel ist es, mit möglichst wenig Aufwand für die Befragten kontinuierlich Feedbacks zu gewinnen. Durch eine regelmäßige Analyse und Auswertung der Daten mittels Dashboard ist es möglich, passende Maßnahmen abzuleiten und somit die Lebensqualität und Zufriedenheit von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen laufend zu verbessern.

Pilotierungsgrundlagen & Feedbackthemen

Für die Pilotierung wurden Befragungsthemen gewählt, die – basierend auf bisherigen Erfahrungen aus dem Feedback- und Fehlermanagement – für die jeweilige Zielgruppe (einerseits An- und Zugehörige, andererseits Bewohner*innen) relevant schienen sowie Anregungen für rasch umsetzbare Verbesserungen liefern sollten.

Im Rahmen des Pilot-Projekts im Pflegewohnhaus Casa Sonnwendviertel wurden zwei Geräte eingesetzt:

- ein Standterminal für Feedbacks von Besucher*innen (insb. An- und Zugehörigen) zur Erfragung der Zufriedenheit mit dem heutigen Besuch und
- ein tragbares Gerät für Feedbacks der Bewohner*innen direkt in den Hausgemeinschaften, wobei im Rahmen der Pilotierung die Frage nach der Zufriedenheit mit dem täglich frisch zubereiteten Mittagessen behandelt wurde.

Nach einer einmaligen Einschulung war es für das Projektteam möglich, die gesamte Software im Hintergrund jederzeit selbstständig an die jeweiligen Bedürfnisse anzupassen. So können ohne Hinzuziehung Externer beispielsweise sämtliche Fragen sowie eventuelle Auswahlmöglichkeiten jederzeit adaptiert werden, was die Agilität des Systems enorm erhöht.

Erkenntnisse zu Verbesserungspotenzialen

Durch die intuitive Art der Bedienung mittels Piktogrammen ist es auch technisch weniger versierten sowie bedingt kognitiv eingeschränkten Personen möglich, Feedbacks abzugeben,

was insbesondere in Bezug auf Bewohner*innenbefragungen enormes Potenzial erahnen lässt. Trotz der niederschweligen Art, Feedbacks abzugeben, können dank gut aufbereiteter Auswertungen direkt im System zeitnah Erkenntnisse über Verbesserungspotenziale gewonnen werden. Durch entsprechende interne Prozesse zur Informationssicherung (durch Qualitätsmanagement und festgelegte Berichtstrukturen) können die gewonnenen Erkenntnisse für die Gesamtorganisation nutzbar gemacht werden – was eine lernende Organisation ermöglicht.

Fazit der Pilotierungsphase

Das Feedbacksystem „HappyOrNot“ ist ein effektives Tool, um unmittelbares Feedback zu speziellen Fragestellungen von An- und Zugehörigen sowie Bewohner*innen zu erhalten. Die übersichtliche Auswertung mittels Online-Dashboard hilft dabei, die Daten zu interpretieren und zeitnah reaktive Maßnahmen abzuleiten. Die Anzahl der Geräte wird nun nach Abschluss der Pilotierung erweitert, da das System sich als zuverlässig und zielführend erwiesen hat. Außerdem wird das System 2024 auch in weiteren Pflegewohnhäusern von Casa Leben implementiert.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Implementierung von umfassenden Feedbacksystemen in Pflegewohnhäusern. An individuelle Bedürfnisse anpassbare Feedbacksysteme bieten eine niederschwellige Methode zur Feedbackgewinnung. Zur Sicherung der Ergebnisqualität ist es wünschenswert, dass die eingesetzten Feedbacksysteme an die jeweiligen Befragungszielgruppen angepasst sind. Insbesondere in Bezug auf Bewohner*innenbefragungen ist eine einfache bzw. möglichst selbsterklärende Bedienung ausschlaggebend, um einer größtmöglichen Anzahl an Bewohner*innen die Teilnahme zu ermöglichen.