

# BERICHT

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

# WIENER HEIMKOMMISSION 2018



**WHK**

Die Wiener Heimkommission

Stad<sup>t</sup>  Wien

*Wien ist anders.*

## Liebe Leserin, lieber Leser!



© David Bohmann

Soziale Sicherheit und hohe Lebensqualität sind untrennbar miteinander verbunden – das ist eine der zentralen Handlungsleitlinien unserer Politik in Wien. Für die ältere Bevölkerung bietet die Stadt neben einem breiten Freizeitangebot ein gut ausgebautes Gesundheitssystem und vielfältige Angebote im Bereich der Betreuung und Pflege. Unser Ziel ist es, genau jene Hilfe und Unterstützung zu bieten, die auch tatsächlich gebraucht wird. Vor allem wenn es um den Wunsch geht, solange wie möglich zuhause leben zu können, braucht es Angebote, die die Selbstständigkeit im Alter unterstützen und fördern.

Entscheidend dabei sind das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse und flexible Angebote. Einen wichtigen Schritt haben wir dazu 2018 mit dem Pilotprojekt zur mehrstündigen Alltagsbegleitung gemacht. Dabei werden SeniorInnen bei Tätigkeiten in den eigenen vier Wänden und bei Wegen außer Haus unterstützt. Die Lücke zur 24-Stunden-Betreuung wird dadurch geschlossen, pflegende Angehörige werden entlastet. Wesentliche Veränderungen ergaben sich im abgelaufenen Jahr auch durch die Umsetzung des Pflegeregressverbots. Obwohl die Bundesregierung Durchführungsgesetze und Übergangsbestimmungen schuldig blieb, hat Wien so rasch wie möglich Klarheit für die Betroffenen geschaffen. Auch in Hinblick auf die anstehende Pflegereform ist es unser oberstes Ziel, dass qualitätsvolle Pflege, die sich alle leisten können, auch in Zukunft sichergestellt bleibt.

Die Menschen in unserer Stadt sollen ein Netz an Leistungen vorfinden, das den Bedarf abdeckt und die Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben mit hoher Lebensqualität bis zuletzt schafft. Die Wiener Heimkommission nimmt dabei eine wichtige Rolle im Bereich der Wohn- und Pflegeheime ein. Sie bietet nicht nur eine leicht zugängliche Möglichkeit, sich zu beschweren oder ein Anliegen zu äußern, sondern verhilft auch dazu, dass die Interessen der hochbetagten Menschen in Einrichtungen unterstützt und gehört werden.

Ich möchte mich bei allen Mitgliedern der Heimkommission und bei den MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle für ihr großes Engagement für die pflegebedürftigen WienerInnen herzlich bedanken. Gerade wenn es um Anregungen zu Verbesserungen, Wünsche und Beschwerden geht, erfüllt die Heimkommission eine wichtige Funktion. Danke für Ihren engagierten Einsatz für pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen in unserer Stadt, der sich in diesem Tätigkeitsbericht widerspiegelt.

**Peter Hacker**  
Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport

### Einleitung



Wer über die Zukunft der Pflege nachdenkt, weiß, dass wir um eine echte Reform nicht herumkommen werden. In den nächsten Jahrzehnten sind die Babyboomer alte Menschen, sie fallen als Betreuungskräfte aus und brauchen selbst zunehmend Unterstützung.

Wer über die Zukunft der Pflege nachdenkt, muss sich damit beschäftigen, dass sich die knappen Personalressourcen in der Langzeitpflege und bei den mobilen Diensten weiter verknappen werden.

Wien hat im vergangenen Jahrzehnt eine große Modernisierungsinitiative der städtischen Pflegeeinrichtungen gesetzt. Dadurch finden die Bewohnerinnen und Bewohner gute Bedingungen vor und werden ihren Bedürfnissen entsprechend gepflegt. Wir dürfen uns aber nicht ausruhen:

Die betagten Menschen von morgen wollen – das sagen uns Meinungsbefragungen – so lange wie möglich zuhause leben. Es braucht daher ein ausdifferenziertes, den Bedürfnissen angepasstes Pflegeangebot und gestärkte mobile Dienste. Die stationäre Betreuung, im Übrigen die teuerste Variante der Langzeitpflege, soll erst dann die gebotene Alternative darstellen, wenn die betroffene Person sie wirklich benötigt.

Pflegende Angehörige sollten Beratung und Unterstützung erfahren, so beispielsweise durch Besuchsdienste und Tageszentren entlastet werden. Und es soll nicht so sein, dass die Pflege zuhause finanziell benachteiligt wird, weil der Wegfall des Pflegeregresses nur für stationäre Einrichtungen gilt. Die Kosten, die Familien beispielsweise für 24-Stunden-Dienste stemmen müssen, sind oft ein Grund, die Heimvariante zu wählen. Das ist weder im Interesse der betagten Menschen, noch des Sozialsystems.

Die Wiener Heimkommission beschäftigt sich in ihren regelmäßigen Sitzungen mit all diesen Fragen und hat vor allem ein wachsames Ohr für die Probleme und Beschwerden der Bewohnerinnen und Bewohner in den 91 Wiener Einrichtungen. Die regelmäßigen Sprechstage geben auch einen Einblick in die Atmosphäre der Häuser, Angehörige haben Gelegenheit, ihre Erfahrungen zu berichten und Wünsche zu äußern.

Ich bedanke mich bei den Mitgliedern unserer Kommission, die unentgeltlich im Dienste der betagten Menschen ihre Arbeit leisten. Der vorliegende Bericht ist ein eindrücklicher Leistungsnachweis und zeigt auf, wo die Kommission Handlungsbedarf sieht. Ich bedanke mich bei den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, die die reibungslose und effiziente Arbeit der Heimkommission erst ermöglichen. Schlussendlich gilt mein Dank den Partnerinnen und Partnern in den Wiener Pflegeeinrichtungen, die mit der Heimkommission konstruktiv zusammenarbeiten und der Wiener Stadtpolitik, die unsere Empfehlungen mit Aufmerksamkeit und Interesse entgegennimmt.



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

Vorsitzende der Wiener Heimkommission

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Über die Wiener Heimkommission</b>	
1.1	Die Errichtung der Wiener Heimkommission .....	8
1.2	Die Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission .....	8
1.3	Die Aufgaben der Wiener Heimkommission .....	12
1.4	Die Tätigkeit der Wiener Heimkommission .....	13
1.5	Die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission .....	15
1.6	Arbeitsablauf in der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission .....	16
1.7	Kontaktaufnahme mit der Wiener Heimkommission .....	17
1.8	Plattform der Leiterinnen und Leiter bzw. stellvertretenden Leiterinnen und Leiter der Bewohnerservicestellen in Wiener Wohn- und Pflegeheimen .....	18
1.9	Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen .....	22
<b>2</b>	<b>Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten</b>	
2.1	Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung –Follow up des Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ (im Bericht 2017 unter Punkt 2.1).....	23
2.2	Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG (im Bericht 2017 unter Punkt 2.2) .....	26
2.3	Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und Wiener Krankenanstaltenverbund (im Bericht 2017 unter Punkt 2.3).....	28
2.4	ELGA – Ombudsstelle: Standort Wien bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwaltschaft (im Bericht 2017 unter Punkt 2.4) .....	30
2.5	Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ (im Bericht 2017 unter Punkt 2.5).....	32
<b>3</b>	<b>Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge</b>	
3.1	Stationäre Hospize – sinnvoller und notwendiger Baustein der Hospiz- und Palliativversorgung .....	34
3.2	Personalsituation im Langzeitpflegebereich .....	36
3.3	Wie viele Stunden Tagespräsenz ergeben sich aus der Verordnung zum WWPG für eine Bewohnerin bzw. einen Bewohner? .....	38
3.4	Die Herausforderungen der individualisierten Pflege an die Berufsgruppen des Gesundheitssystems .....	42
3.5	Dimensionen von Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen mit Fokus auf emotionales Wohlbefinden.....	45
3.6	Das Neue Alt – Designen für unsere eigene Zukunft.....	48
3.7	Jung & Alt – Intergeneratives Arbeiten .....	50
3.8	Risikoreduktion durch den strukturierten Einsatz eines CIRS in den Einrichtungen des Kuratorium Fortuna.....	54
3.9	"Psychiatrische Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern"/ "Ambulante Palliativmedizin und Psychiatrie" .....	57
3.10	Schattenpsychiatrie im Pflegewohnhaus .....	59
3.11	10 Jahre UN-Behindertenrechtskonvention – Was bedeutet das Recht auf soziale Teilhabe für Bewohnerinnen und Bewohner in einer geriatrischen Pflegeeinrichtung?.....	62

3.12	Sozialhilfe für EWR-, EU- und Schweizer Bürgerinnen und Bürger in Österreich .....	65
3.13	Umsetzung des 2. Erwachsenenschutzgesetzes (ErwSchG) im Fonds Soziales Wien- Kundinnen- und Kundenservice .....	67
3.14	Auswirkungen durch das Ende des Pflegeregresses .....	69
3.15	Aufnahme in ein Wohn- und Pflegeheim eines anderen Bundeslandes als das der letzten Wohnadresse – eine fast unüberwindbare Hürde für die Betroffenen .....	70
3.16	Auseinandersetzung mit Aggressions-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement in Pflegeeinrichtungen.....	73
3.17	Umgang mit Angehörigen im Rahmen des Pflege- und Betreuungsprozesses.....	76
3.18	Herkunft BKS-P – kulturelle Vielfalt in den Häusern zum Leben Porijeklo BKSP – raznovrsnost kultura u kucama za zivot Pochodzenie BKS-P – różnorodność kulturowa .....	78
3.19	Ethische Entscheidungen in der Geriatrie.....	80
3.20	Projekt „Forschungsküche im KWP“ .....	86
3.21	Technologische Unterstützung in der Pflege von Menschen mit Demenz .....	89
3.22	Lebensqualität durch Hara Shiatsu für Menschen mit Demenz der CS Caritas Socialis .....	92

#### **4 Statistischer Überblick**

4.1	Erläuterungen zum Organisationsablauf und zur Statistik der Wiener Heimkommission .....	94
4.2	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2018 inklusive Vergleich mit den Vorjahren.....	97
4.3	Anzahl der Kontaktaufnahmen mit der Wiener Heimkommission bei Sprechtagen nach Rechtsträgern .....	98
4.4	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei den Sprechtagen in den Wohn- und Pflegeheimen .....	99
4.5	Erledigung der bei Sprechtagen erfolgten Kontaktaufnahmen in den Wohn- und Pflegeheimen.....	107

#### **5 Anhänge**

## 1.1 Die Errichtung der Wiener Heimkommission

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

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

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

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

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

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

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

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

Im Berichtsjahr wurden fünf Sitzungen mit den Mitgliedern und Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission in den Räumlichkeiten der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft und ab September auf Einladung in den Räumlichkeiten der Bezirksvorstehung Margareten gehalten.

## 1.2 Die Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission

### Fachleute aus dem Pflegebereich

Mitglied



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

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



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

Geschäftsführerin  
Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse und Tokiostraße

Ersatzmitglied



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



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

## Vertreter der Heimträger

Mitglied



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



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



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

Ersatzmitglied



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



## Vertreter der Heimträger

Ersatzmitglied



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

## Ärzte

Mitglied



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

Ersatzmitglied



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

## Auf Beschwerdemanagement in der Pflege spezialisierte Personen

Mitglied



**Petra Nicol Gottwald**  
Leiterin der Beratungszentren Pflege und Betreuung  
Fonds Soziales Wien



Ersatzmitglied



**Mag. Narek Petrosyan (ab 01.10.2018)**  
Leiter der Ombudsstelle  
Fonds Soziales Wien



**DSA Mag. a Melanie Widder, MA (bis 30.09.2018)**  
Ehemalige Leiterin der Ombudsstelle  
Fonds Soziales Wien

Weitere	
Mitglied	 <p><b>Dr.<sup>in</sup> Sigrid Pilz, Vorsitzende</b> Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft</p>
Ersatzmitglied	 <p><b>Gabriele Allmer, MBA, Oberin</b> Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft</p>

Frau Dr.<sup>in</sup> Pilz verabschiedete Frau DSA Mag.<sup>a</sup> Melanie Widder, MA, am 30.09.2018 mit großem Dank für Ihr Interesse und Engagement.

Als Nachfolger wurde Herr Mag. Narek Petrosyan, begrüßt.

## 1.3 Die Aufgaben der Wiener Heimkommission

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 1.4 Die Tätigkeit der Wiener Heimkommission

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

Auch im Berichtsjahr 2018 wurde auf möglichst rasche und niederschwellige Bearbeitung der Anliegen und die Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner geachtet.

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

Im Jahre 2018 wurden 178 Sprechtage von den Vertreterinnen und Vertretern der Wiener Heimkommission in 78 Wiener Wohn- und Pflegeheimen, in 10 Pflegeanstalten für chronisch Kranke\*) und in 1 Sonderkrankenanstalt\*\*) abgehalten.

Nicht besucht wurde das Haus der Barmherzigkeit am Maurerberg-St. Josef. Diese Einrichtung wurde im November 2018 neu eröffnet und daher fand im Berichtsjahr kein Sprechtag statt. Ebenso nicht das KWP Haus Penzing, welches generalsaniert wurde.

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

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

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

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

- \*) Pflegeanstalten für chronisch Kranke:**
  - Pflegewohnhaus Leopoldstadt mit sozialmedizinischer Betreuung
  - Pflegewohnhaus Meidling mit sozialmedizinischer Betreuung
  - Pflegewohnhaus Simmering mit sozialmedizinischer Betreuung
  - Pflegewohnhaus Liesing mit sozialmedizinischer Betreuung
  - Pflegewohnhaus Baumgarten mit sozialmedizinischer Betreuung
  - Pflegewohnhaus Innerfavoriten mit sozialmedizinischer Betreuung
  - Pflegewohnhaus Donaustadt mit sozialmedizinischer Betreuung
  - Pflegewohnhaus Rudolfsheim-Fünfhaus mit sozialmedizinischer Betreuung
  - Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse
  - Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße
  
- \*\*) Sonderkrankenanstalt:**
  - Sanatorium Liebhartstal

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

## 1.5 Die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission

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

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



Gabriele Sulek-Frank, Elisabeth Springer, Gabriele Allmer

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

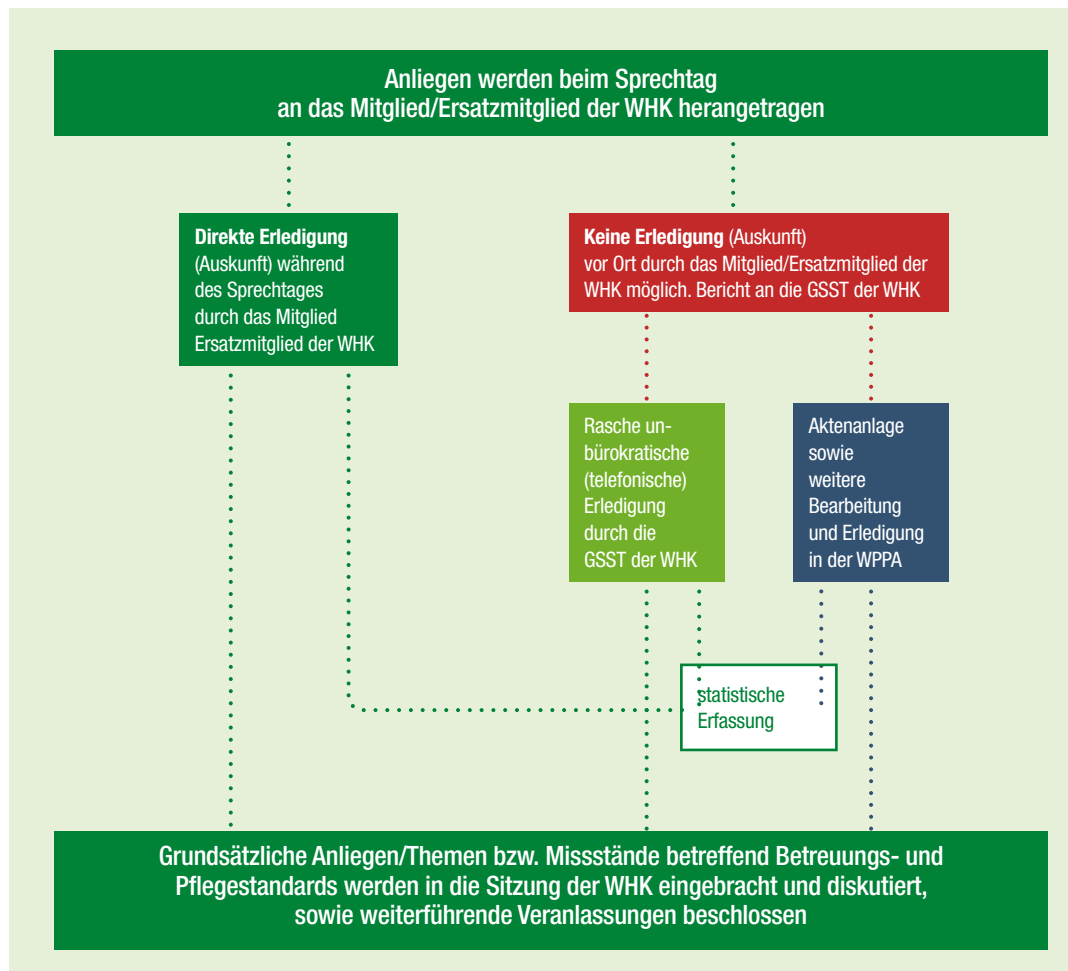
### Übersiedlung

Budgetäre Vorgaben hinsichtlich notwendiger Einsparungen machten es bereits im Jahr 2017 notwendig, neue Büroräume zu suchen. Seit **6.9.2018** ist der neue Sitz der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatur und somit der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission in **Wien 5, Ramperstorffergasse 67**. Die Übersiedlung fand in der 36. Kalenderwoche (von 3.9. bis 5.9.2018) statt. Telefonnummern sind ebenso unverändert geblieben wie die Mail- und Internetadressen.

## 1.6 Arbeitsablauf in der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission

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

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



### Legende:

**WHK** = Wiener Heimkommission

**GSST** = Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission

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

## 1.7 Kontaktaufnahme mit der Wiener Heimkommission

### **persönlich:**

- bei einem Sprechtag
- in der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission
- bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft
- Ramperstorffergasse 67, 1050 Wien



☎ **per Telefon:** 0800 / 20 31 31 (kostenlose Pflegehotline)

📠 **per Fax:** 01 586 36 99

✉ **per E-Mail:** heimkommission@wpa.wien.gv.at

🌐 **Internet:** www.patientenanwaltschaft.wien.at

### **öffentliche Verkehrsmittel:**

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

Ein Behindertenparkplatz steht von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr zur Verfügung.  
Der Zugang ist barrierefrei.

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

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

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

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

*Die Anliegen werden auf Wunsch anonym behandelt.*



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

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

Frau Oberin Gabriele Allmer, MBA ist mit der Leitung der Plattform betraut und fungiert zudem als Organisatorin und Moderatorin. Wie auch in den vergangenen Jahren wurden im Berichtsjahr 2018 von der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission zwei Treffen der Leiterinnen und Leiter bzw. stellvertretenden Leiterinnen und Leiter der BSST organisiert und gestaltet.

Von den 91 Wohn- und Pflegeeinrichtungen (inkl. der Pflegeanstalten für chronisch Kranke und einer Sonderkrankenanstalt) verfügt das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser über ein zentrales Bewohnerservice für 30 Wohnhäuser. Ebenso steht den 8 Wohn- und Pflegeheimen der Caritas der Erzdiözese Wien eine zentrale Bewohnerservicestelle zur Verfügung.

Der Wiener Heimkommission wurden insgesamt 48 Bewohnerservicestellen und 10 Ombudsstellen genannt, da auch Wohn- und Pflegeheime mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Häuser, die nicht dem WWPG (s. Punkt 5. Anhänge) unterstehen, eine solche eingerichtet haben.

Das erste Treffen im Jahr 2018 fand am Mittwoch, den 30. Mai 2018 auf Einladung der Seniorenresidenz am Kurpark Wien Oberlaa statt. Es konnten 43 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 46 Wohn- und Pflegeheimen begrüßt werden. Finanzierung war keine erforderlich, Räumlichkeiten und Bewirtung wurden von der Hausleitung zur Verfügung gestellt. Für diese Veranstaltung konnte **Herr Jörg Bauer** (Geschäftsführer der Lichtblick GmbH), mit dem Impulsreferat „Lebensberatung, Trauer- und Sterbebegleitung“, sowie **Frau Mag.<sup>a</sup> Claudia Deutsch** und **Herr Mag. Paul Schlerka** (VertretungsNetz – Sachwalterschaft) mit dem Vortrag „Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz (2. ErwSchG) – Neuerungen, Chancen, Möglichkeiten“ gewonnen werden. Im Anschluss daran wurde rege diskutiert und berufliche Erfahrungen ausgetauscht.



Maria Bamberger, Anna Müller, Jörg Bauer, Gabriele Allmer



Claudia Deutsch, Paul Schlerka



Andrea Klein-Dezlhofner



Karin Albrecht, Paulina Cebula

Das zweite Plattformtreffen in diesem Jahr fand am Donnerstag, den 18. Oktober im Pflgewohnhaus Liesing statt. Es konnten 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 33 Wohn- und Pflegeheimen begrüßt werden. Auch hier war keine Finanzierung erforderlich, Räumlichkeiten und Bewirtung wurden von der kollegialen Führung zur Verfügung gestellt.

Im ersten Teil der Veranstaltung stand **Frau DSA Andrea Klein-Delzhofer** (Caritas Pflege, Fachstelle Qualität und Innovation) mit einem Workshop zum Thema „Bewohnerrechte plus“ zur Verfügung. Im Anschluss wurde rege diskutiert und berufliche Erfahrungen ausgetauscht.



Gabriele Sulek-Frank, Alexandra Raidl, Gabriele Allmer, Georg Schimper

## 1 Über die Wiener Heimkommission



Karin Bernt, Sabine Pleschkou

Im letzten Teil der Veranstaltung fand ein Impulsvortrag von **Herrn Ing. Mag. Dr. jur. Christof Tsohl** (Leitung Research Institute) zum Thema „Vertraulichkeit und Datenschutz, Praxis für den Alltag“ statt. Auf diesen Vortrag folgte ebenso eine angeregte Diskussion.

Das Feedback der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Plattformtreffen war sehr positiv.



Katharina Lang, Anna Piringer, Maria Bamberger



Anna Müller, Elisabeth Springer



Paulina Cebula, Karin Albrecht, Andrea Klein-Dezhofer



Walter Teuschler, Gabriele Allmer



## 1.9 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

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

## 2.1 Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ (im Bericht 2017 unter Punkt 2.1)

### Empfehlungen aus den Vorberichten:

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

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

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

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

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

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

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

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

- **2014: Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung – Vorbereitung eines Pilotprojekts**  
Die Wiener Heimkommission erachtet die bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse sowohl für den KWP als größten Träger als auch für die gesamte Altenbetreuung und –pflege in Wien und darüber hinaus als besonders wertvoll. Zudem begrüßt die Wiener Heimkommission insbesondere auch die geplante Weiterentwicklung der Schnittstelle zu den Angehörigen.
- **2015: Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow-up eines Wiener Pilotprojekts**  
Die derzeit laufende Abschlussevaluation der Follow-Up-Phase 2015 sollte noch einige wichtige Erfahrungen und Ergebnisse verdeutlichen, die für die Planung einer allfälligen Fortsetzung im KWP, eine weitere Verbreitung in Wien bzw. den Transfer in andere Bundesländer nützlich gemacht werden können. Die internationalen Publikationen sollten über wissenschaftliche Kanäle auch zu einer weiteren Verbreitung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung in der Altenbetreuung und –pflege führen.
- **2016: Gesundheitsförderndes Seniorinnen- und Seniorenwohnhaus – Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch Angehörige in Wiener Seniorinnen- und Seniorenwohnhäusern des (KWP) Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser Entwicklungen im Jahr 2016**  
Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Verbreitung der diesbezüglichen Projekterfahrungen und Ergebnisse bzw. die weitere Beobachtung und Berichterstattung über die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung im KWP, z.B. in Form eines an die weitere Fachöffentlichkeit gerichteten Berichts. Ein weiteren lobenswerten Effekt, vor allem für die Erhaltung von möglichst viel Autonomie, funktionaler Gesundheit und Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner sieht die Wiener Heimkommission in einer unternehmensübergreifenden Nutzung der Konzepte und Erfahrungen des Mobilitätsförderungsprogramms „Bewegung ins Leben“. Der Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen und auch der Fonds Soziales Wien könnten wichtige Partner für diese Ausweitung sein bzw. auch der Kontext der „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen“ genutzt werden.
- **2017: Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow des Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“.**  
Die Wiener Heimkommission ist der Meinung, dass die positiven Erfahrungen dieses Transfer-Projekts die Verantwortlichen bzw. relevanten Akteurinnen und Akteure in der Wiener Altenbetreuung ermutigen sollten, auch eine Ausrollung in die Einrichtungen anderer Träger in Angriff zu nehmen. Erfahrungen und Expertise in Bezug auf die dafür notwendigen Schritte scheinen in Wien nunmehr ausreichend vorhanden zu sein.

### **2018: Gesundheitsförderung als Unterstützung von Qualitätsentwicklung in der stationären Altenbetreuung – Erfahrungen aus der Forschung 2008 – 2018**

Aus der Perspektive der in den letzten 10 Jahren im Rahmen des Ludwig Boltzmann-Instituts Health Promotion Research und ab 2015 bei der FORBA (Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt) durchgeführten Forschung eine



Reihe von größeren und kleineren Projekten zur Implementierung und Evaluation von Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung und -pflege lassen sich zumindest 3 Lerneffekte herausarbeiten, die bisher in der stationären Altenbetreuung in Wien nur teilweise und nicht sehr systematisch umgesetzt sind. Das ist zunächst eine systematische Förderung der flächendeckenden und qualitätsgesicherten Einführung von Mobilitätsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner im Modell „Bewegung in Leben“ (entwickelt von Expertinnen und Experten der MUW Wien T.Stamm und E.Mosor) bzw. auf einem vergleichbaren Niveau.

Die Erfahrungen aus dem Transferprojekt von „Gesundheit hat kein Alter“ in die Steiermark zeigen, dass so eine Art von Mobilitätsförderung bzw. Bewegungstraining mit vergleichsweise geringem Aufwand machbar und effektiv ist. Zentrale Maßnahme dabei ist eine systematische Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die prinzipiell Bewegungstrainings für Bewohnerinnen und Bewohner anbieten.

Ein zweiter wesentlicher Aspekt ist eine Fortbildung für das Management der Einrichtungen, das einen systematischen Einbau der Prinzipien von „Bewegung ins Leben“ in die Gestaltung von Abläufen im Alltag der Einrichtungen unterstützen bzw. forcieren sollte. Die Projekterfahrungen aus dem Transferprojekt weisen darauf hin, dass eine systematische Implementierung des Programms, verbunden mit einer sichtbar starken Unterstützung durch das Management und verknüpft mit Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung die Wahrscheinlichkeit von positiven Effekten deutlich anheben sollte.

Ein weiterer wichtiger, aber auch 2018 vergleichsweise noch wenig entwickelter Aspekt ist die Berücksichtigung der Erfahrungen der Angehörigen von Betreuungs- und Pflegebedürfnissen, und zwar nicht nur im Falle häuslicher Pflege sondern auch bei stationärer Unterbringung. Diese Angehörigen sind sowohl Co-Klientinnen und Klienten der professionellen Anbieter, als auch Ko-Produzentinnen und Produzenten der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. In diesem Bereich gibt es prinzipiell brauchbare Instrumente und Erfahrungen in Wien, jedenfalls aus dem Follow-up Projekt „Gesundes SeniorInnenwohnhaus“ im KWP, als auch im Rahmen von systematisch durchgeführten Qualitätsentwicklungsprojekten anderer Träger, zum Beispiel in einer von der FORBA durchgeführten Befragung in Pflegeeinrichtungen des Wiener KAV.

Die Heimkommission empfiehlt die Ausrollung von systematischer Bewegungsförderung nach dem Beispiel von „Bewegtes Leben“ in möglichst viele Einrichtungen in Wien. Genutzt werden sollte die vorhandene Expertise, z.B. zur Entwicklung von Träger übergreifende anzubietenden Fortbildungsprogrammen jedenfalls für alle jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Rahmen von Bewegungstrainings oder ähnlichen Programmen tätig sind.

Die Heimkommission empfiehlt jedenfalls Maßnahmen, die eine verstärkte Aufmerksamkeit für Möglichkeiten der Gesundheitsförderung durch das Management möglichst vieler Träger in Wien unterstützen.



### 2.2 Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG (im Bericht 2017 unter Punkt 2.2)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2013:** Den im parlamentarischen Menschenrechtsausschuss beschlossenen Antrag zur Novellierung des Sachwalterrechts und damit die UN Konvention für Menschen mit Behinderungen umzusetzen, sieht die Wiener Heimkommission als einen wesentlichen Schritt in die richtige Richtung.  
Die Wiener Heimkommission wünscht sich ein vermehrtes Angebot an fachspezifischer Beratung und Schulung für alle Personengruppen, die Sachwalterschaften führen und hofft darauf, dass vermehrt von der Möglichkeit Gebrauch gemacht wird eine Vorsorgevollmacht zu errichten.
- **2014:** Das Modellprojekt "Unterstützte Entscheidungsfindung" läuft im BM für Justiz seit September 2013 ganzheitlich, intensiv und mit großem Einsatz des Projektleiters, Herrn Mag. Barth bzw. seinen Kolleginnen und Kollegen unter Einbindung der Selbstvertreterinnen und Selbstvertreter, der Sachwaltervereine und aller in diesem Bereich beteiligten und interessierten Institutionen.  
Die Wiener Heimkommission unterstützt dieses wichtige Projekt, u.a. auch durch die Teilnahme der Vorsitzenden, Frau Dr.<sup>in</sup> Sigrid Pilz.
- **2015:** Die Wiener Heimkommission begrüßt die Bemühungen zur Änderung des Sachwalterrechts, um damit zu ermöglichen, dass jede Person, ungeachtet jeglicher kognitiver Einschränkungen, am Rechtsverkehr teilnehmen kann und eine Vertretung nur dann, wenn nötig und solange wie wirklich nötig, eingesetzt wird.
- **2016:** Am 7.7.2016 wurde das (neue) Erwachsenenschutzgesetz von Justizminister Dr. Wolfgang Brandstetter in die Begutachtung geschickt. Damit wurde ein Entwurf vorgelegt, welcher die Autonomie, Selbstbestimmung und Entscheidungshilfe für die Betroffenen ins Zentrum stellt. Deren Entscheidungsfähigkeit soll auf diesem Wege wesentlich gestärkt und die Familie intensiver eingebunden werden, damit Besachwalterungen künftig weitgehend vermieden werden können.  
Durch die Reform soll das seit bereits seit 30 Jahren bestehende System abgelöst werden. Die Sachwalterin bzw. der Sachwalter wird zur Erwachsenenvertreterin bzw. zum Erwachsenenvertreter. Nach dem dann (neuen) Erwachsenenschutzgesetz soll selbstbestimmtes Handeln so lange wie möglich erhalten bleiben.  
Die Einschränkung der Autonomie der jeweiligen Person soll auf das - auch zeitlich - absolute Mindestmaß begrenzt sein. Die Sachwalter- bzw. Erwachsenen-schutzvereine sollen zur Plattform der Rechtsfürsorge ausgebaut werden.  
Die Wiener Heimkommission begrüßt, dass zur Neugestaltung des Erwachsenenschutzes betroffene Personen und auch Personengruppen, wie Behinderteneinrichtungen, Seniorenvertreterinnen bzw. -vertreter, Sachwaltervereine, Volksanwaltschaft, Richterschaft, Angehörige etc. intensiv eingebunden waren und somit auch die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention erfüllt werden können.
- **2017:** Die Wiener Heimkommission verweist auf die Beiträge 3.6 Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz (2. ErwSchG) – Neuerungen, Chancen, Möglichkeiten und 3.7 ErwSchG – Implikationen für das Casemanagement des Fonds Soziales Wien im Bericht 2017.



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

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

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

### 2.3 Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und Wiener Krankenanstaltenverbund (im Bericht 2017 unter Punkt 2.3)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2013: Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und KAV (Zwischenbericht zur Projekthalbzeit 2013)**  
Die Wiener Heimkommission begrüßt das Projekt Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH), das einen wesentlichen Beitrag zur Integration einer palliativen Kultur in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen leistet. Die ersten Erfahrungen sind sehr vielversprechend.
- **2014: Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim – Caritas, CaSa und Wiener Krankenanstaltenverbund**  
Die Heimkommission begrüßt die weitere Verstärkung des Themas Hospiz- und Palliativkultur in den Alten- und Pflegeheimen (HPCPH). Ein besonderes Anliegen ist vor allem die Nachhaltigkeitssicherung der, während des Projektes erarbeiteten, Inhalte und die Fortführung der starken Auseinandersetzung mit dem Thema in den Häusern. Eine weiterhin intensive Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Palliativkultur soll auch nach der Projektphase stattfinden.
- **2015: Palliative Care im Kuratorium Fortuna am Standort Haus Gartensiedlung**  
Die Wiener Heimkommission begrüßt das Vorhaben, „Palliative Care“ auch nach dem Projektende nachhaltig in das Alltagsleben der Gartensiedlung FORTUNA zu implementieren. Ebenso die Absicht, „Palliativ Care“ auch in den anderen Standorten vom Kuratorium Fortuna einzuführen.
- **2015: Der Vorsorgedialog – Advance Care Planning im Wohn- und Pflegeheim**  
Die Wiener Heimkommission empfiehlt die nachhaltige Einführung des Vorsorgedialogs in allen Wiener Wohn- und Pflegeheimen. Dafür braucht es die Finanzierung der notwendigen palliativmedizinischen und geriatrischen Kompetenz sowie entsprechende Ressourcen in Form von Zeit und Knowhow für die Pflegenden in den Wohn- und Pflegeheimen.
- **2016: Die Finanzierung von Hospiz- und Palliativ Care**  
Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Finanzierung für den Ausbau der mobilen und stationären Hospiz- und Palliativversorgung sicherzustellen und den Ausbauplan entsprechend der Empfehlungen der Enquete-Kommission in Wien vorzunehmen. Der Ausbau entspricht zudem der „Strategie 2030 Pflege und Betreuung“ der Stadt Wien. Eine Vollfinanzierung der Hospiz- und Palliativangebote muss so rasch wie möglich gewährleistet werden.
- **2016: Der Vorsorgedialog im Rahmen von Hospiz- und Palliativarbeit in und für Wohn- und Pflegeheime**  
Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Empfehlungen der Enquete-Kommission aufzunehmen und schrittweise umzusetzen. Insbesondere soll die Erprobung des Vorsorgedialoges seitens der öffentlichen Hand in den Langzeitpflegeeinrichtungen aktiv und finanziell zu unterstützen. Über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit des Vorsorgedialogs besteht Konsens. Daher ist darüber hinaus die Aufnahme des Vorsorgedialogs in den Leistungskatalog der Sozialversicherungsträger notwendig, um eine breite Umsetzung im Sinne aller Beteiligten rasch zu ermöglichen.



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

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

Die Wiener Heimkommission empfiehlt allen Einrichtungen, auch jenen die das HPCPH-Projekt noch nicht durchgeführt haben, den VSD Vorsorgedialog® zu implementieren und den Bewohnerinnen und Bewohnern anzubieten. Dringend notwendig ist die Klärung einer Honorierung für Hausärztinnen und -ärzte, da nur so eine breitflächige Umsetzung gewährleistet werden kann.

#### **HPCPH im Wiener Krankenanstaltenverbund**

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

**2018:** In der spezialisierten Hospiz - und Palliativversorgung wurden in den letzten Jahren die Mobilen Palliativteams in Wien auf die durch das ÖBIG (Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen) Qualitätskriterien empfohlenen Werte aufgestockt. Seit 2017 diskutiert der Fonds Soziales Wien mit Trägern auch die Schaffung von stationären Hospizen in bestehenden Pflegeeinrichtungen. Die Plätze in Palliativstationen und die Palliativ Konsiliardienste wurden erhöht, entsprechen aber noch nicht den von ÖBIG empfohlenen Werten. Die Hospizteams und das Tageshospiz für Erwachsene sowie die Mobilen Palliativteams und Hospizteams für Kinder und Jugendliche werden weiterhin nicht öffentlich gefördert und müssen ausschließlich über Spenden finanziert werden. In der Regelversorgung wurden die Träger der Pflegewohnhäuser, die an den HPCPH Projektdurchläufen teilgenommen haben, mit Projektförderungen unterstützt. Ein Pilotprojekt HPC in der mobilen Hauskrankenpflege wurde mit Unterstützung des FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) durchgeführt. Die teilnehmenden Träger diskutieren Unterstützungen mit dem Fonds Soziales Wien um die erzielten Verbesserungen und Erfolge nachhaltig abzusichern.

Seit Mitte 2016 tagt das Hospiz Forum Österreich unter der Leitung von Frau Elisabeth Pittermann und Frau Waltraud Klasnic mit dem Ziel bis 2021 oder früher eine österreichweit einheitliche Regelfinanzierung für alle Hospiz- und Palliative Care Einrichtungen der spezialisierten Versorgung und der Regelversorgung zu schaffen.

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

### 2.4 ELGA – Ombudsstelle: Standort Wien bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft (im Bericht 2017 unter Punkt 2.4)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2015: ELGA – Start auch in den Wiener Pflegeeinrichtungen und Geriatriezentren des KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund)**  
Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Teilnahme an ELGA für alle Bürgerinnen und Bürger. Insbesondere aber ältere Menschen und multimorbide Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen können von ELGA profitieren. Der rasche Zugang für die Behandlerin bzw. den Behandler zur systematischen Dokumentation der Krankengeschichte fördert die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität. Die geplante E-Medikation ist ein besonderer Vorteil für diese Zielgruppe, weil die Gefahr der Doppelverschreibung und der unerwünschten Wechselwirkungen hintangehalten werden kann. Die Pflegeeinrichtungen der Stadt Wien sind daher aufgefordert, Gesundheitspersonal, Bewohnerinnen bzw. Bewohner und Angehörige sachlich über ELGA zu informieren und zur Teilnahme zu ermutigen.
- **2016: ELGA – Auch in den Wiener Pflegeeinrichtungen und Geriatriezentren des KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund)**  
Die Empfehlung der Wiener Heimkommission aus dem Vorjahr (Bericht 2015 unter 3.5) bleibt weiterhin aufrecht.
- **2017: Auch im Berichtszeitraum 2017 wurden zahlreiche Beratungs- und Informationsgespräche bei der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien geführt. Zu Beginn der Aufnahme der Tätigkeit der ELGA – Ombudsstelle erfolgten die Kontaktaufnahmen der Bürgerinnen und Bürger in erster Linie im Zusammenhang mit allgemeinen Anfragen zu ELGA, wie etwa Inhalt der elektronischen Gesundheitsakte, Zugriffsberechtigungen, Vor- und Nachteile von ELGA oder dem Widerspruch bzw. „OptOut“ zu ELGA. Im Jahr 2017 waren verstärkt Einsichtnahmen in die jeweiligen elektronischen Gesundheitsakten im Wege der ELGA – Ombudsstelle festzustellen. Die ELGA – Ombudsstelle bietet ELGA Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern, die nicht mit einer Handy-Signatur oder Bürgerkarte über das Gesundheitsportal in ihre eigene ELGA einsteigen können, auch die Möglichkeit an, im Wege dieser Serviceeinrichtung Einsicht zu nehmen. So können die persönlichen ELGA-Befunde aber auch das Zugriffsprotokoll eingesehen oder Zugriffsberechtigungen individuell geändert werden. Für die jederzeit mögliche Abmeldung von ELGA („Opt-Out“) wurde eine eigene Widerspruchsstelle eingerichtet. Auch dazu wird seitens der ELGA-Ombudsstelle Information gegeben.  
Gemäß § 11 ELGA – Verordnung 2015 ist durch die Koordinierungsstelle im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz ein jährlicher Tätigkeitsbericht zu erstellen. Zu den Zahlen und Details der Tätigkeiten insbesondere der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien darf auf diesen Bericht verwiesen werden: [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E-Health\\_Elga/ELGA\\_-\\_Die\\_Elektronische\\_Gesundheitsakte/ELGA\\_-\\_Taetigkeitsberichte\\_der\\_Ombudsstelle](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E-Health_Elga/ELGA_-_Die_Elektronische_Gesundheitsakte/ELGA_-_Taetigkeitsberichte_der_Ombudsstelle)  
Die Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus dem Jahr Bericht 2015 unter 3.5 bzw. Bericht 2016 unter 3.3 bleiben weiterhin aufrecht.**



**2018:** Es zeigt sich auch im Berichtsjahr 2018, dass die Serviceeinrichtung der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien für Bürgerinnen und Bürger von großer Wichtigkeit ist und auch in Zukunft noch an Bedeutung zunehmen wird. Seit Dezember 2015 erfolgte die schrittweise Umsetzung der elektronischen Gesundheitsakte, zunächst in einigen Spitälern und Pflegeeinrichtungen der Stadt Wien, der Steiermark und anschließend in weiteren stationären Einrichtungen der anderen Bundesländer. Im Rahmen von ELGA werden künftig die Anwendungen e-Medikation und e-Befunde auch im niedergelassenen Bereich bei Kassenärztinnen und Kassenärzten und in Apotheken zur Verfügung stehen. ELGA wird mit ihrer laufenden Erweiterung eine wesentliche Säule des Gesundheitssystems und der Patientenversorgung darstellen. Das Land Wien nimmt mit der Einrichtung der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien für Bürgerinnen und Bürger eine wichtige Rolle im Bereich der E-Health ein.

Die Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus dem Jahr Bericht 2015 unter 3.5 bzw. Bericht 2016 unter 3.3 bleiben auch im Berichtsjahr 2018 aufrecht.

### 2.5 Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ (im Bericht 2017 unter Punkt 2.5)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2015: Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“**  
Die Wiener Heimkommission begrüßt die neue Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ und die damit einhergehende kontinuierliche und aufeinander abgestimmte Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungsangebote. Die Kommission empfiehlt einen baldigen Start der Umsetzung der geplanten Maßnahmen.
- **2016: Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“**  
Die Wiener Heimkommission begrüßt die Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ und empfiehlt, die kommenden Jahre, in denen sich die Zahl der älteren Wienerinnen und Wiener relativ konstant entwickelt, für die Umsetzung der ersten Maßnahmen zu nutzen. Dies betrifft insbesondere die geplanten Maßnahmen zur Verstärkung von Rehabilitations- und Remobilisationsangeboten.
- **2017: Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“**  
Die Wiener Heimkommission begrüßt die Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ und die bereits in Umsetzung befindlichen Maßnahmen. Sie empfiehlt, speziell im Hinblick auf die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf die Pflege und Betreuung, den Fokus weiterhin auf Rehabilitations- und Remobilisationsangeboten zu legen, als auch die Entlastung der Angehörigen durch entsprechende Maßnahmen weiterzuentwickeln. Ein weiterer stationärer Ausbau traditioneller Großeinrichtungen sollte – trotz Wegfall des Pflegeregresses – wenn möglich unterbleiben und die Ressourcen verstärkt für eine Attraktivierung der mobilen Angebote (Alltagsbetreuung als Lückenschluss zwischen mobilen Diensten und 24-Stunden-Betreuung, flexiblere Einsätze, Nachtbetreuung) und die Schaffung neuer innovativer Wohnformen eingesetzt werden.

**2018:** Im Rahmen des Strategiekonzeptes Pflege und Betreuung 2030 konnten im Projektjahr 2018 bereits einige konkrete Leistungsangebote für Wienerinnen und Wiener mit Pflege- und Betreuungsbedarf sowie deren pflegende An- und Zugehörige entwickelt, bzw. in ein Pilotprojekt oder den Regelbetrieb gebracht werden. So wird beispielsweise seit Ende 2018 mit der Projektförderung der mehrstündigen Alltagsbegleitung durch den FSW der Lückenschluss zur 24-Std. Betreuung unternommen. Darüber hinaus wurden die Vorbereitungsarbeiten zur Subjektförderung von mobilen Palliativteams abgeschlossen.

Die Ausweitung der Öffnungszeiten der Tageszentren startete im Jänner mit dem Tageszentrum Plus in Favoriten. Ziel ist ein weiterer bedarfsgerechter Aufbau.

Die neu ausgerollte Leistung „Betreuung mit Fahrt - Tageszentrum“ ermöglicht es Kundinnen und Kunden mit physischen, kognitiven oder psychischen Einschränkungen, die im Rahmen der Fahrt Unterstützung von Sanitäterinnen und Sanitätern benötigen, ein Tageszentrum zu besuchen. Des Weiteren wurden und werden Schulungsangebote für pflegende Angehörige in den Tageszentren laufend erweitert.

Die Resonanz auf diese geförderten Leistungen ist sehr positiv.



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

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

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



### 3.1 Stationäre Hospize – sinnvoller und notwendiger Baustein der Hospiz- und Palliativversorgung

Jedes Jahr sterben in Österreich, nach den Daten der Statistik Austria, ca. 80.000 Erwachsene. Viele dieser Menschen und deren An- und Zugehörige benötigen eine gute Hospiz- und Palliativversorgung auf ihrem letzten Lebensweg, um diese wichtige „letzte Zeit“ in Würde und einer effektiven Symptomlinderung bei maximaler Lebensqualität verbringen zu können.

In Österreich sind im Jahr 2017 48,4% im Krankenhaus, 26,3% zu Hause und 19,7% in Pflegeeinrichtungen verstorben. In Wien waren es 57,9% in Krankenhäusern, 17,6% zu Hause und 16,9% in Pflegeeinrichtungen.

Menschen am Lebensende bzw. auch deren An- und Zugehörige werden sowohl in der Grundversorgung (Hausärztinnen und Hausärzte, mobile Hauskrankenpflege, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen), als auch in einer spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung (Hospiz- bzw. mobile Palliativteams, Tageshospize, Palliativ-Konsiliardienste, stationäre Hospize und Palliativstationen) betreut und versorgt. Die Bedarfszahlen im Konzept des Gesundheitsministeriums gehen bei der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene davon aus, dass 10 - 20% der sterbenden Menschen, bedingt durch komplexe Situationen in ihrer Erkrankung und aufgrund schwieriger Fragestellungen, eine spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung benötigen. (Quelle: [www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.at), Hospiz- und Palliativversorgung 2014)

Viele Personen wünschen sich zu Hause zu sterben. Die Statistik zeigt, dass das noch unzureichend oft möglich ist. Dabei ist schon viel gelungen. Sehr viele Menschen, die in Pflegeeinrichtungen wohnen, sehen dieses als ihr „zu Hause“ an. Viele wollen lieber „zu Hause“ und nicht im Krankenhaus sterben.

Mit Anfang 2017 haben bereits 129 Alten- und Pflegeheime in Österreich das Projekt HPCPH (Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen) durchlaufen und Hospizkultur und Palliative Care nachhaltig in ihre Häuser integriert.

HPCPH ist ein umfassender, zweijähriger, auf Hospiz und Palliative Care fokussierter Organisationsentwicklungsprozess. In diesen integriert sind die Fortbildung 80% aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen und die Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum VSD Vorsorgedialog®. Durch dieses Zusammenwirken von Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Weiterentwicklung von Abläufen in den Langzeitpflegeeinrichtungen wird die Basis geschaffen, dass die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner zu einem guten Leben und einem würdigen, möglichst selbstbestimmten, Sterben erfüllt werden können. In Wien haben bereits 18 Pflegeeinrichtungen diesen Entwicklungsprozess durchgeführt und der nächste Projektdurchgang ist in Vorbereitung. Auch in der mobilen Grundversorgung wurde ein ähnliches Pilotprojekt in Wien abgeschlossen.

Bei schweren Erkrankungen, komplexen Situationen und besonderen Fragestellungen am Lebensende reichen aber auch diese Maßnahmen nicht immer aus, um eine ausreichende Betreuung in den Pflegeeinrichtungen oder im eigenen Heim sicher zu stellen. Die spezialisierten mobilen Palliativteams können viel Unterstützung geben und eine Rund-um-die-Uhr- Erreichbarkeit schafft für die Betroffenen Sicherheit. Trotzdem sind auch hier den Möglichkeiten Grenzen gesetzt und eine stationäre Betreuung

kann notwendig werden. Nach den Bedarfszahlen der Strukturqualitätskriterien des Gesundheitsministeriums für die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene braucht es in Wien 155 stationäre Plätze für die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung. Davon sollten ca. 30-40% stationäre Hospizplätze und 60-70% Plätze in Palliativstationen sein. Derzeit gibt es in Wien gesamt nur 76 solcher Plätze.

Nach den Strukturqualitätskriterien übernehmen Palliativstationen die Versorgung in vordergründig komplexen medizinischen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden können. Stationäre Hospize versorgen rund um die Uhr Menschen in besonders komplexen Situationen, in denen die pflegerische und psychosoziale Betreuung im Vordergrund steht. Die Palliativstation hat in der Regel das Ziel, die Situation zu stabilisieren, um wieder nach Hause entlassen zu können, während Patientinnen und Patienten im stationären Hospiz dort meist bis zum Tod bleiben. Die Aufenthaltsdauer in stationären Hospizen ist in der Regel mehrere Wochen bis einige Monate, während Palliativstationen mit drei Wochen rechnen.

Trotz der verbesserten Qualifikation in der Grundversorgung können Pflegewohnhäuser mit HPCPH spezialisierte stationäre Hospizplätze nicht ersetzen. Während in den Pflegeeinrichtungen vorwiegend hochaltrige, multimorbide, oft an Demenz erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner betreut werden, sind es in stationären Hospizen Palliativpatientinnen und -patienten aller Altersgruppen mit schweren Erkrankungen in der letzten Lebenszeit und dadurch bedingt mit komplexer pflegerischer, psychosozialer oder medizinischer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand. Für jeden stationären Hospizplatz sind 1,2 Pflegepersonen (80% DGKP), Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und -begleiter vorgesehen. Palliativmedizinerinnen und -mediziner sind jeden Tag im stationären Hospiz zwei bis drei Stunden anwesend und immer in Rufbereitschaft. In Pflegeeinrichtungen ist der Pflegeschlüssel deutlich geringer und die ärztliche Versorgung in der Regel durch Hausärztinnen und Hausärzte organisiert, die nicht in Palliativmedizin spezialisiert sind und auch keine Rufbereitschaft anbieten. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines stationären Hospizes verfügen über eine einjährige Zusatzausbildung in Palliative Care. In der durch das HPCPH Projekt qualitativ hochwertigen Grundversorgung ist es ein Workshop von 36 Stunden für 80% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Sowohl die Bausteine der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung als auch die Grundversorgung mit entwickelten Kompetenzen in allgemeiner Hospiz- und Palliativversorgung sind ein sich ergänzendes Netzwerk für eine gute Versorgung von Menschen am Lebensende. Fehlt ein Baustein, fehlt ein Teil der bedürfnisgerechten Versorgung. Lücken müssen kompensiert werden, ohne die dazu notwendige Qualifikation und Ausstattung.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt sowohl das Projekt HPCPH (Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen) in allen Wiener Wohn- und Pflegeheimen zügig umzusetzen als auch eine ausreichende Anzahl von stationären Hospizplätzen in Wien einzurichten, um die Betreuung von Menschen am Lebensende zu verbessern.

#### 3.2 Personalsituation im Langzeitpflegebereich

Die Problematik, ausreichend und geeignete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den Langzeitpflegebereich zu finden, vor allem diplomierte Fachkräfte, beschäftigt seit langem alle Verantwortlichen der Wiener Langzeitpflegeeinrichtungen. Der Arbeitsmarkt in Wien ist phasenweise sehr kritisch und es besteht oft wochenlang das Problem, dass freie Stellen nicht nachbesetzt werden können. Dies könnte darauf hinweisen, dass es grundsätzlich zu wenige ausgebildete Pflegekräfte am Arbeitsmarkt gibt.

Durch die verschiedenen Kollektivverträge und Gehaltsschemata und den damit oft deutlichen Gehaltsunterschieden haben die kleineren privaten Träger einen zusätzlichen Nachteil, den sie nicht beeinflussen können.

Durch die permanente Kompensation der unbesetzten Stellen entsteht ein hoher Bedarf an Überstunden, viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind dadurch überlastet und erschöpft. Trotz aller Bemühungen der hoch engagierten Kolleginnen und Kollegen in den Einrichtungen können die Erwartungen der Bewohnerinnen und Bewohner, vor allem jene, die starken Einfluss auf die Lebensqualität haben, nur teilweise erfüllt werden.


Um ausreichend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu finden, braucht es eine gezielte Personalplanung für die Zukunft. Auf Grund dieser Zahlen müssen die Ausbildungsplätze entsprechend angepasst werden und könnte, unter anderem, zur Entlastung der angespannten Personalsituation beitragen.

Bei der Planung der Ausbildungsplätze ist zu berücksichtigen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Babyboomer-Generation knapp vor der Pension stehen und jetzt schon häufig Altersteilzeit in Anspruch nehmen. Die neue Generation Y möchte von Beginn an Teilzeit arbeiten, um mehr Freizeit zu nützen oder um Weiterbildungen zu absolvieren. Viele Mütter beanspruchen die Elternteilzeit und arbeiten in dieser Zeit eine geringe Stundenanzahl bzw. bleiben oft dauerhaft in einer Teilzeitanstellung. Das Papa-Monat und die Väterkarenz werden erfreulicherweise immer mehr in Anspruch genommen. Es darf daher nicht nach Vollzeitäquivalenten berechnet werden, sondern nach Anzahl der Personen, die zukünftig gebraucht werden.

Um Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen, braucht es Unterstützung für die Zeit der Ausbildung. Es gibt seit 1.1.2019 neue Voraussetzungen für ein Fachkräfte-Stipendium, allerdings mit sehr eingeschränkten Voraussetzungen. Es werden z.B. sehr junge Menschen (nach Pflichtschulabschluss bzw. Quereinsteiger mit akademischer Vorbildung) ausgeschlossen. Gefördert werden Karenzierte, Beschäftigungslose und vormals selbstständig Erwerbstätige, deren Gewerbe ruht. Für den „Einstiegsberuf“ Heimhilfe gibt es dieses Stipendium gar nicht.

Die letzte GuKG Novelle hat eine dritte Berufsgruppe, die Pflegefachassistenten, neu in das System gebracht. Diese gibt es aber am Arbeitsmarkt kaum und wenn, sind es Kolleginnen und Kollegen aus Nicht-EU Ländern, die zwar die Berufszulassung haben, aber keine Arbeitserlaubnis. Sie sind nicht auf der Mangelberufsliste angeführt und gelten auch nicht als Schlüsselarbeitskräfte. Somit können sie nicht beschäftigt werden.

Das Management in den Einrichtungen ist gefordert, zeitgemäße und mitarbeiterinnen- und mitarbeiterfreundliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Pflegende



haben einen hohen ethischen Anspruch an sich selbst und erwarten daher ein entsprechendes Umfeld. Die Erwartungen der Bewohnerinnen, der Bewohner und der Angehörigen steigt stetig und die Strukturen und Ressourcen müssen laufend angepasst werden.

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung zeigt einen rasanten Anstieg der hochbetagten und multimorbid erkrankten Menschen. Gleichzeitig gibt es die geburtenschwachen Jahrgänge und damit weniger junge Menschen, die sich für die Ausbildung in einem Pflegeberuf entscheiden. Die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen sind oft an der Grenze des Machbaren für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und führen zu einer hohen Dropout- Rate in der Langzeitpflege.

Die Heimkommission empfiehlt daher geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen unterschiedlichen Alters für den Pflegeberuf zu begeistern und sie in der Pflege zu halten. Für die Kosten der Ausbildung muss die öffentliche Hand Verantwortung tragen und angemessene Förderungen, für alle Berufe in der Pflege und Betreuung, anbieten. Die demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen sind zu berücksichtigen und die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend anzupassen.

#### 3.3 Wie viele Stunden Tagespräsenz ergeben sich aus der Verordnung zum WWPG für eine Bewohnerin bzw. einen Bewohner?

Das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WWPG) regelt seit dem 1.7.2005 die Mindeststandards für Pflegeheime und Pflegestationen in Wien. §9 regelt, dass „...die Dienstleistungen des Heimes von fachlich qualifizierten und befugten Personen in ausreichender Anzahl erbracht werden, damit der Heimbetrieb entsprechend der Struktur und dem Aufgabenbereich des Heimes erfolgt. Die fachlichen Anforderungen an die im Heim tätigen Personen haben sich dabei an der Struktur und am Aufgabenbereich des Heimes, an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner und am Erkenntnisstand der Wissenschaft zu orientieren. Die notwendige Anzahl an Pflegepersonal hat sich an der Anzahl der Bewohner unter Einbeziehung des Grades ihrer Pflegebedürftigkeit zu bemessen.“ (WWPG §9 Abs. 1) Weiters wird ein Personalkonzept gefordert.

Die §§2-6 der Durchführungsverordnung zum WWPG (WPPG-VO) enthalten detaillierte Angaben zum Personal, insbesondere in §4 einen Mindestpersonalschlüssel und in §6 die Zusammensetzung des Pflege- und Betreuungspersonals. Der Mindestpersonalschlüssel ist seit 2005 unverändert, ab 2013 wurde der Anteil der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege von 40% auf 30% reduziert und der Anteil der Hilfs- und Betreuungspersonen von 15% auf 20% erhöht. Der Personalschlüssel lt. §4 ist in der Tabelle auf der Seite 38 zu sehen.

Immer wieder entsteht die Frage, warum denn nicht eine Betreuungs- und Pflegeperson, z.B. in der Pflegegeldstufe 7 rund um die Uhr bei einer betreuten Person anwesend sein könne, wenn doch der Personalschlüssel 1:1 sei. Darum soll hier nun eine durchschnittliche tägliche Präsenz aus Sicht einer betreuten Person abgeschätzt

Pflegegeldstufe	Betreuungs- und Pflegeperson	Bewohner
0	1	20
1	1	20
2	1	7
3	1	2
4	1	1,75
5	1	1,5
6	1	1,25
7	1	1

werden, die sich aus dem Mindestpersonalschlüssel ergibt. Aufgrund der unterschiedlichen organisatorischen Gegebenheiten können sich in einzelnen Langzeitpflegeeinrichtungen Abweichungen ergeben. Sonderbereiche mit zusätzlichem Personal (z.B. Multiple Sklerose, Wachkoma, Spezialbetreuung Demenz ...) bleiben hier außer Acht.

In den Erläuterungen zur WWPG-VO wurde festgehalten, dass bei der Berechnung des Personalschlüssels von einer 40- Stundenwoche und 20% Fehlzeitenersatz (wegen Urlaub und Krankheit) ausgegangen wurde. Für eine Betreuungs- und Pflegeperson ergibt sich daraus eine Jahresarbeitszeit von ca. 1.606 Stunden (365 Tage p.a. abzüglich 114 Tagen Wochenende und Feiertage = 251 Arbeitstage p.a. \* 8 Stunden pro Tag abzüglich 20% Fehlzeiten), die pro Kalendertag 4,4 Stunden pro Vollzeit-äquivalent entsprechen.

Ein Wohnbereich benötigt eine Leitung durch eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Die Wohnbereichsleitung übernimmt vor allem Führungsaufgaben in einem Team von ca. 20-30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und ist grundsätzlich nicht in der direkten Pflege und Betreuung tätig. Zumeist sind ein bis eineinhalb Pflegepersonen als Nachtdienst tätig und stehen damit unter Tags nicht zur Verfügung. Für einen Nachtdienst gebührt ein zusätzliches Zeitguthaben von zwei Stunden. Ein 12-stündiger Nachtdienst ist daher mit 14 Stunden zu bewerten. Bei einem Wohnbereich mit z.B. 28 Heimplätzen besteht, sind damit ca. 0,66 Stunden für Leitung und Nachtdienst abzuziehen.

Damit lässt sich die Tagespräsenz wie folgt ermitteln:

Pflegegeld stufe	Bew/ VZÄ	Stunden pro Tag	Abzug Leitung, Nachtdienst	Stunden Tagdienst gesamt	Stunden Pflegepers. Pro Tag	Stunden Hilfs & Betrg. pro Tag
3	2,00	2,20	- 0,66	1,54	1,10	0,44
4	1,75	2,51	- 0,66	1,85	1,35	0,50
5	1,50	2,93	- 0,66	2,27	1,68	0,59
6	1,25	3,52	- 0,66	2,86	2,15	0,70
7	1,00	4,40	- 0,66	3,74	2,86	0,88

### 3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge

Diese Zeiten beinhalten alle Tätigkeiten des Pflege- und Betreuungspersonals, sowohl bewohnerinnen-/bewohnernah als auch bewohnerinnen-/bewohnerfern. In einer Studie der Universität Innsbruck im Auftrag der Arbeiterkammer (Glaser/ Seubert, 2018: Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege) wurden die Anteile von bewohnerinnen-/bewohnernah, gemischt bewohnerinnen/bewohnernah-, bewohnerinnen-/bewohnerfern und bewohnerinnen-/bewohnerfernen Tätigkeiten erhoben.

Bewohnerinnen-/bewohnernahe Tätigkeiten umfassen z.B. Körperpflege, Inkontinenzversorgung, Mobilisation, Ankleiden, Hilfe bei Nahrungsaufnahme und Trinken, Prophylaxe, Unterstützung, Aktivierung (einzeln oder in Gruppen), Mitwirkung bei Arztvisiten, Infusionen, Wundversorgung, Vitalzeichenkontrolle Notfallmaßnahmen etc.

Gemischt bewohnerinnen-/bewohnernah-, bewohnerinnen-/bewohnerfern sind Tätigkeiten, wie z.B. Kommunikation mit Angehörigen, Betten machen und Vorbereitung von Speisen und Getränken.

Bewohnerinnen-/bewohnerferne Tätigkeiten beinhalten z.B. Dokumentation, das Festlegen von Pflegezielen, Anleitung von Auszubildenden / Zivildienern, Medikamentendispensierung, Herbeischaffung von Nahrungsmitteln bzw. Gebrauchsgütern, Dienstübergaben und Besprechungszeiten etc. Anzumerken ist, dass diese Tätigkeiten jedenfalls für eine professionelle Pflege- und Betreuung unumgänglich sind.

Folgende Anteile wurden erhoben (Glaser / Seubert 2018, S 42):

% Zeitanteile	DGKP	FSBA/DSBA	PA	HH
Bewohnernah	48%	54%	59%	30%
Bewohnernah & -fern	4%	5%	8%	27%
Bewohnerfern	48%	41%	33%	43%

Für das Pflegepersonal kann daraus der durchschnittliche Anteil bewohnerinnen-/bewohnerferner Tätigkeiten mit ca. 39% bzw. für das Hilfs- und Betreuungspersonal mit ca. 43% abgeleitet werden.

Bewohnerinnen-/bewohnernah ergeben sich im Durchschnitt daher in etwa folgende Stunden pro Tag:

Stunden bewohnernah pro Tag			
Pflegegeldstufe	Pflegepersonal	Hilfs- Betreuungspersonal	Gesamt
3	0,67	0,25	0,92
4	0,83	0,29	1,11
5	1,03	0,33	1,37
6	1,32	0,40	1,72
7	1,75	0,50	2,26

In der Pflegestufe 4 steht damit etwas mehr als eine Stunde Arbeitszeit (aufgeteilt auf mehrere Berufsgruppen) pro Tag zur Verfügung.

Diese Zahlen zeigen, dass die zur Verfügung stehende Zeit pro Bewohnerinnen- bzw. Bewohnerplatz pro Tag begrenzt ist und sehr effizient genutzt werden muss. Insbesondere der Anteil für bewohnerferne Tätigkeiten (Planung, Dokumentation und Übergabe-Besprechungszeiten) muss nach Möglichkeit reduziert werden. Eine Vereinfachung der Dokumentation in allen Aspekten (Pflege, Medizin und Betreuung) könnte den Anteil bewohnerferner Zeiten reduzieren. Elektronische Systeme könnten nicht nur bei der Dokumentation sondern auch bei der teaminternen und -externen Kommunikation (Dienstübergaben, Besprechungszeiten, Krankenhäuser, Medizin ...) unterstützen.

Die zur Verfügung stehende Zeit des Pflegepersonals ist angesichts der zu erledigenden Aufgaben knapp bemessen und bei besonders pflege- und betreuungsintensiven Situationen belastend für alle Beteiligten. Insbesondere bei herausforderndem Verhalten von Personen mit Demenz kann mit mehr Betreuungszeit mehr Lebensqualität bzw. eine Reduktion von einschränkenden Maßnahmen erreicht werden. Ebenso benötigen Situationen, wie z.B. Personen im Wachkoma oder mit fortgeschrittener Multiple Sklerose etc., eine intensive Pflege und Betreuung. Ein Ausbau dieser speziellen Leistungsangebote ist nach Ansicht der Wiener Heimkommission zu empfehlen.

Zeiten der Einzelbegleitung (Gespräche, Ausflüge etc.) sind im Rahmen des zur Verfügung stehenden Zeitbudgets des hauptamtlich angestellten Personals äußerst begrenzt. Besonders wertvoll ist hier die Unterstützung durch Ehrenamtliche und Angehörige, die ihre Zeit für 1:1 Betreuungen zur Verfügung stellen.

Der Personalschlüssel unterscheidet lediglich in Pflege- und Hilfs- bzw. Betreuungspersonal, ohne klare Trennung von Hilfs- und Betreuungstätigkeiten. Es besteht die Gefahr, dass insbesondere Betreuungsaktivitäten im Alltag aufgrund der pflegerischen Notwendigkeiten zu wenig beachtet werden. Beim Pflegepersonal sind auch noch nicht alle Berufsgruppen in die WWPG-VO eingearbeitet worden. Um die Vielfalt der einsetzbaren Berufsgruppen besser abzubilden, könnte überlegt werden, die %-Vorgaben DGKP/PA/Hilfs- und Betreuungskräfte flexibler zu regeln oder wegzulassen.

Die Heimkommission empfiehlt, in der WWPG-VO alle in der stationären Pflege einsetzbaren Berufsgruppen abzubilden und die Flexibilität bei den Berufsgruppenanteilen zu erhöhen. Die Träger sollten darauf achten, bewohnerinnen-/bewohnerferne Tätigkeiten möglichst effizient zu gestalten und die dafür benötigte Zeit minimieren. Um die unverhältnismäßig überbordenden Dokumentationszeiten zu minimieren ist es unumgänglich, dass auch im Sinne des Qualitätsmanagements Dokumentierende und Verantwortliche dahingehende Initiativen starten. Es ist wünschenswert, dass die Aufsichtsbehörde diese Initiativen zur Vereinfachung der Dokumentation proaktiv unterstützt.



#### 3.4 Die Herausforderungen der individualisierten Pflege an die Berufsgruppen des Gesundheitssystems

##### Was bedeutet individualisierte Pflege?

Die individualisierte Pflege gewinnt v.a. in Langzeitpflegeeinrichtungen immer mehr an Bedeutung. In einer „Pflege“-einrichtung ist mit Pflege nicht nur die klassische pflegerische Leistung, durchgeführt von der Berufsgruppe der Pflege gemeint, sondern ein ganzheitliches Konzept. Alle Berufsgruppen, die in einer Pflegeeinrichtung arbeiten, sind mit der Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner betraut. Pflege wird also im Sinne von Betreuung und Fürsorge verstanden, dies zum Zwecke der Erhaltung bzw. Verbesserung der Eigenständigkeit und Lebensqualität der zu Pflegenden.

Bei der individualisierten Pflege soll personenorientiert auf die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner eingegangen werden. Gemeinsam werden Ziele erarbeitet, um sie in dieser neuen Lebenssituation zu begleiten, zu stützen und zu motivieren. Im Mittelpunkt steht der Mensch mit seinen körperlichen, seelischen und sozialen Bedürfnissen.

Mitarbeiterin oder Mitarbeiter in einer Langzeitpflegeeinrichtung zu sein, bedeutet also viel mehr als jemanden zu waschen, anzukleiden, zu therapieren, beim Gehen zu unterstützen. Es ist wichtig, volle Aufmerksamkeit zu schenken, zuzuhören und Verständnis entgegenzubringen.

Wenn sich Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr adäquat zu ihren Bedürfnissen und Wünsche äußern können, dann werden ihre Angehörigen besonders wichtig und hilfreich, weil sie Auskunft geben können über Vorlieben, Stärken und Kompetenzen.

Diese Form der ganzheitlichen Sicht kann nur in enger Zusammenarbeit der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen mit allen Berufsgruppen geschehen.

##### Wer äußert Erwartungen an die Berufsgruppen?

Um individualisierte Pflege zu gewährleisten, gilt es zunächst abzuklären, welche Erwartungen die zu pflegenden Personen an die Pflegeeinrichtung und damit an die verschiedenen Berufsgruppen haben.

Persönliche Vorstellungen darüber, was es konkret bedeutet, in einer Pflegeeinrichtung zu leben, sind naturgemäß sehr verschieden. Manche Bewohnerinnen und Bewohner haben die Vorstellung, der Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung gehe mit dem Verlust der eigenen Autonomie und Selbstbestimmung einher („ab jetzt bestimmt jemand anderer, wie es mir geht und wann ich was zu tun habe“). Wiederum andere Bewohnerinnen und Bewohner meinen, sie könnten vom Personal „alles fordern“ und seien als Dienstleistungsempfängerin bzw. -empfänger im Recht, alles, was gewünscht werde, auch zu erhalten. Und es gibt kognitiv beeinträchtigte Personen, die vielleicht nichts bewusst fordern, jedoch oftmals sehr bedürftig sind und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit diesen Bedürfnissen – sehr oft in versteckter Form – ständig konfrontieren. Oft sind die Grenzen zwischen bewusst „alles zu fordern“ bzw. „gar nichts mehr zu wollen“ und aufgrund kognitiver Beeinträchtigung, „nicht anders zu können“, sehr verwischt. Hier ist es wichtig, durch genaue und einfühlsame Diagnostik die kognitiven und emotionalen Möglichkeiten einer Person abzuschätzen. Hinter diesen Symptomen kann sich neben einer Demenz auch eine Depression als Reaktion auf die veränderten Lebensumstände verbergen.

Neben den Bewohnerinnen und Bewohnern gibt es auch die Angehörigen, welche ebenso Erwartungen an die Institution stellen. Die Angehörigen kennen die zu Pflegenden am besten, haben diese oft jahrelang selbst gepflegt und fühlen sich demnach als Expertinnen und Experten für die Person und die Situation. Dieser Umstand kann im Idealfall zu einer guten Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und dem Personal führen. Die Erwartungen der Bezugspersonen sind demnach ebenso ernst zu nehmen und in das Betreuungskonzept einzubeziehen. Nicht übersehen werden darf dabei, dass Angehörige oftmals selbst durch diese neue Lebenssituation psychisch belastet sind (Stichwort „schlechtes Gewissen“) und aus diesem Grund oft sehr vehement sicher gehen wollen, dass die zu Pflegenden „alles bekommen“, was möglich erscheint.

### **Wie stehen diese Erwartungen im Verhältnis zu den Möglichkeiten?**

Die Erwartungen der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen müssen in einer Institution an verschiedenen Möglichkeiten gemessen werden

- **an den Möglichkeiten der zu pflegenden Personen**

Erwartungen gehen oft dahingehend, dass die vollkommene Selbstständigkeit wieder erreicht werden soll oder im Gegenteil, dass das „auf andere Angewiesen-Sein“ bevorzugt wird. Im Einzelfall muss abgeklärt und multiprofessionell eingeschätzt werden, inwieweit ein Wiedererlangen von Selbstständigkeit erreicht werden kann. Körperliche und psychische Möglichkeiten müssen dabei berücksichtigt werden. Individuelle Motivation, aber auch das Akzeptieren des freiwilligen Rückzugs einer Bewohnerin oder eines Bewohners müssen dabei seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fein aufeinander abgestimmt werden.

- **an den Möglichkeiten der Institution**

Die Erwartungen der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen werden durch die vorgegebene Struktur der Institution beschränkt. Am deutlichsten wird das am Beispiel der Tagesstruktur durch vorgegebene Essenszeiten, Dienstübergaben, Dokumentationspflichten und deutliche Reduktion des Pflegepersonals am Abend, so ist es Bewohnerinnen und Bewohnern nicht immer möglich, den Tag völlig frei selbst zu strukturieren. Auch in der Rehabilitation müssen Abstriche dahingehend gemacht werden, dass zeitliche Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen beschränkt sind und dass nicht alle möglichen technischen Möglichkeiten vorhanden sein können. Das heißt zusammengefasst, dass nicht alle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner allein durch das Personal abgedeckt werden können. Z.B. dem Bedürfnis einer Bewohnerin oder eines Bewohners, jeden Tag ins Freie begleitet zu werden, nachzukommen, ist aufgrund von personeller Situation schlicht nicht möglich.

Damit zusammenhängend müssen auch die Möglichkeiten der einzelnen Berufsgruppen angesehen werden.

Jede Berufsgruppe hat ein Berufsbild, welches vorgibt, was deren Aufgaben sind. Allen gemeinsam ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner optimal gefördert und in ihren Stärken und Ressourcen unterstützt werden sollen. In der täglichen Zusammenarbeit entstehen jedoch Lücken bezüglich bestimmter Aufgaben: „Wer ist für regelmäßige Spaziergänge im Freien verantwortlich, wer für die, aufgrund verschiedener Krankheitsbilder sehr herausfordernde Tagesbeschäftigung der Bewohnerinnen und Bewohner, wer für eine angenehme Atmosphäre im Wohnbereich?“

### 3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge

In den meisten Fällen wird die Pflege dafür zuständig erklärt, da diese rund um die Uhr mit den Bewohnerinnen und Bewohnern beschäftigt ist.

Werden die Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesamten betrachtet, kommt man zum Schluss, dass diese sehr viel mehr Fähigkeiten mitbringen müssen, als die berufsspezifischen Anforderungen. Dies zeigt sich besonders deutlich an der Berufsgruppe der Pflege, sie ist 24 Stunden mit den Bedürfnissen und Erwartungen der Bewohnerinnen und Bewohner, sowie deren Angehörigen konfrontiert. Die Pflegepersonen müssen diesen professionell und geduldig begegnen. Sie sind nicht nur Pflegerinnen und Pfleger, sondern auch Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Psychologinnen und Psychologen, Mediatorinnen und Mediatoren und vieles mehr.

In diesem Sinne soll dieser Beitrag der Wiener Heimkommission auch als ein Plädoyer für die Wertschätzung des Pflegeberufes und auch der anderen Berufsgruppen im geriatrischen Pflegebereich verstanden werden.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, dass die Ressourcen in diesem gesellschaftlich immer wichtiger werdenden Bereich nicht nur nicht gekürzt, sondern im Gegenteil ausgebaut werden, damit es weiterhin möglich ist, sich ganzheitlich – im Sinne der individualisierten Pflege – um betreuungsbedürftige Menschen zu kümmern.

### 3.5 Dimensionen von Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen mit Fokus auf emotionales Wohlbefinden

Die Frage nach der Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen ist in vielen Diskussionen präsent, aber vielfach unbeantwortet. Seit einigen Jahren wird versucht, den Schwerpunkt der Messbarkeit von (Pflege-) Qualität in den Bereich der Ergebnisqualität zu verlagern, um feststellen zu können, wie die in den Einrichtungen gesetzten Maßnahmen auf die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Lebensqualität tatsächlich wirken. Ein einheitliches bzw. „das“ Messinstrument gibt es allerdings nicht.

In der Definition der WHO (Weltgesundheitsorganisation) ist Lebensqualität „die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ (Weltgesundheitsorganisation – WHO: Aktiv altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. 2002, S. 13).

Lebensqualität als multidimensionales Phänomen setzt sich aus Dimensionen zusammen, die von persönlichen Eigenschaften und Umweltfaktoren beeinflusst werden. Diese Dimensionen sind für alle Menschen dieselben, obwohl sie individuell in relativem Wert und Wichtigkeit variieren können.

Aspekte wie Lebenssinn, Sinnstiftung oder persönliche Sinnfindung im Alltag sind den Dimensionen der Lebensqualität übergeordnet und beeinflussen diese. Diese Komponenten können individuell ganz unterschiedlich bewertet werden und hängen ausschließlich von der subjektiven Sichtweise der betroffenen Person ab.

Im Rahmen des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen erfolgte eine Auseinandersetzung mit der Thematik zu Dimensionen von Lebensqualität, welche in den folgenden acht Dimensionen resultierte, wobei eine strikte Trennung der einzelnen Dimensionen weder möglich noch intendiert ist. Da Lebensqualität als mehrdimensionales Phänomen verstanden wird, gibt es auch zwischen den einzelnen Dimensionen thematische Überschneidungen.

#### **Dimensionen von Lebensqualität:**

- Emotionales Wohlbefinden
- Physisches Wohlbefinden (gesundheitsbezogene Aspekte)
- Materielles Wohlbefinden (finanzielle Ressourcen, Wohnen, ...)
- Soziale Beziehungen (Kontakte, Isolation, Einsamkeit, ...)
- Persönliche Entwicklung (Bildung, Milieu)
- Selbstbestimmung (Selbstwirksamkeit)
- Gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation)
- Rechte und Mitbestimmung (Persönlichkeitsrechte, Patientenrechte)

Das emotionale Wohlbefinden ist sicherlich eine Dimension, die in jeder Lebensphase massiven Einfluss auf die Lebensqualität hat. Es setzt sich aus positiven Emotionen, wie z.B. Lebensfreude, Glück oder Genuss sowie negativen, wie Trauer, Ärger oder Furcht zusammen. Für das emotionale Wohlbefinden ist neben der Häufigkeit des Erlebens positiver und negativer Emotionen vor allem entscheidend, ob die Affektbalance, d.h. die Differenz zwischen der Häufigkeit positiver und negativer Emotionen, im positiven Bereich bleibt.

Eine wesentliche Komponente des emotionalen Wohlbefindens ist auch die Identität, sowohl im Hinblick auf kulturelle Zugehörigkeit als auch hinsichtlich des gender- und geschlechtssensiblen Umgangs.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung können durch verschiedene Maßnahmen im Rahmen ihrer Tätigkeit dazu beitragen, das emotionale Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner, wie auch deren An- und Zugehörigen zu stärken und die Häufigkeit positiver Emotionen zu fördern.

Biografiearbeit in dem Sinne, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Lebensgeschichten der betreuten Personen kennen und verstehen, unterstützt die Bewohnerinnen und Bewohner bei der Wahrung ihrer Identität. Dabei gilt es, z.B. kulturelle, religiöse und spirituelle Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen individuell zu berücksichtigen. Hilfreich kann in diesem Zusammenhang der Kontakt mit entsprechenden Vereinen oder Communities sein.

Auch die An- und Zugehörigen können bei der Wahrung ihrer Identität unterstützt werden, indem durch fachgerechte Gesprächsführung eine Beziehung aufgebaut wird und auch ihre Lebensgeschichten – vielleicht auch nur punktuell – einbezogen werden.

Ebenso gilt es, die persönliche Identität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, deren Werte, Haltungen oder Lebensgeschichten zu berücksichtigen. Bewohnerinnen und Bewohner, die damit Schwierigkeiten haben, eigene Gefühle zu erkennen und darüber zu sprechen, sollten unterstützt werden, z.B. durch empathische Gesprächsführung oder das Verstärken positiver Gefühle beispielsweise durch Empowerment und Stärkung der Resilienz. Auch das Beiziehen von Expertinnen und Experten (z.B. aus den Bereichen Psychologie, Psychiatrie, Seelsorge, ...) kann Unterstützung für Bewohnerinnen und Bewohner wie auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bieten.

Auch Sicherheit, Schutz und Geborgenheit sind emotionale Aspekte der Lebensqualität. Um diese für die Bewohnerinnen und Bewohner zu stärken, kann in den Einrichtungen für eine wohnliche und heimelige Atmosphäre gesorgt werden; auch Maßnahmen wie die Anpassung der Lichtverhältnisse, die Information über bzw. die Vermittlung von technischen Hilfsmitteln oder die Berücksichtigung von individuellen Sicherheitsmaßnahmen von Bewohnerinnen und Bewohnern können diese Aspekte fördern.

Das Gefühl von Trauer und Verlust tritt bei Bewohnerinnen und Bewohnern nicht selten auf. Der Tod von nahestehenden Personen, das Bewusstsein der zunehmenden Gebrechlichkeit oder auch die veränderte Situation durch den Einzug in eine Pflegeeinrichtung können dazu führen. Auch An- und Zugehörige können von Verlust- wie auch Schuldgefühlen betroffen sein. Seitens der Einrichtung kann emotionale Unterstützung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie bei Bedarf das Beiziehen interner bzw. externer Expertinnen und Experten angeboten werden.

Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können auf emotionale Unterstützung beim Erleben von Verlust und Trauer angewiesen werden, z.B. durch die Unterstützung durch Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen, oder bei Bedarf Expertinnen und Experten aus den Bereichen Coaching oder Arbeitspsychologie.

Wichtig für das emotionale Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Maßnahmen zur Stärkung des Selbstvertrauens, wie Anerkennung und Wertschätzung, Empowerment oder die Ermöglichung der Weiterentwicklung eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Im Kontext der Auseinandersetzung mit Dimensionen der Lebensqualität stellt sich auch die Frage nach der Möglichkeit, diese valide zu messen.

Unterschiedliche Lebensbereiche können die Lebensqualität beeinflussen und sind somit für deren Messung von Bedeutung. Die Instrumente zur Messung der Lebensqualität sind entsprechend der Menge an Konzepten und Denkmodellen zahlreich und divergent. Weil Lebensqualität nicht als Kombination von subjektiven und objektiven Faktoren zu sehen ist, sondern als multidimensionales Konstrukt verstanden wird, ist kein einheitlicher Gesamtwert der Lebensqualität ermittelbar.

Bei der Ermittlung und Wahrnehmung von Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner geht es auch darum, inwieweit, in welchen Aspekten und in welchem Ausmaß Pflege und Betreuung dazu beitragen, ihre Lebensqualität zu verbessern.

Neben der Selbsteinschätzung der Bewohnerinnen und Bewohner können auch stellvertretende Einschätzungen durch An- und Zugehörige oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Beobachtungen, objektive Informationen hinsichtlich körperlicher, sozialer und Umweltaspekte, organisationsinternes Qualitätsmanagement oder externes Assessment durch organisationsunabhängige Instrumente herangezogen werden (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung: Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. Wien, Oktober 2010, S. 25).

Jüngere Entwicklungen der Ergebnismessung geben der Selbsteinschätzung der Lebensqualität durch die Betroffenen gegenüber der Bewertung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Vorrang (Trukeschitz Birgit: Worauf es letztlich ankommt. Ergebnisqualität in der Langzeitpflege und -betreuung. In: Kurswechsel 4/2011, S. 22–35).

Die Heimkommission begrüßt die Beschäftigung mit der komplexen Thematik Lebensqualität und empfiehlt eine ebenso differenzierte und individuelle Auseinandersetzung in den Einrichtungen, um eine bestmögliche Förderung der Lebensqualität für alle Beteiligten zu erreichen.

#### 3.6 Das Neue Alt – Designen für unsere eigene Zukunft

Wir werden immer älter und bleiben dabei länger gesund (vgl. Statistik Austria 2018: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung\\_in\\_gesundheit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html)). Der prognostizierte demografische Wandel wird die Altersstruktur der Gesellschaft und somit die Wohn- und Familienstrukturen, die sich schon jetzt im Umbruch befinden, zunehmend verändern (vgl. Hilfswerk 2018: <https://www.hilfswerk.at/oesterreich/artikel-detail/news/faktencheck-pflege-teil-1-pflege-nach-dem-regress-wo-steht-oesterreichs-pfleagesystem/>). Altwerden und Altsein verändert sich. Neue Lebensstile im Alter entstehen, der Megatrend heißt „Silver Society“. Innovative Technologien bzw. Informations- und Kommunikationstechnologien können ältere Menschen dabei unterstützen, den Alltag sicherer und angenehmer zu gestalten und dabei helfen, möglichst lange ein selbstständiges, selbstbestimmtes und sozial integriertes Leben zu führen. Das ist das Ziel von AAL (Ambient Assistent Living).

AAL-Technologien reichen von sehr einfachen Lösungen, wie einem Smartphone bis hin zu sehr komplexen Lösungen, wie intelligenten Wohnungen. Grob können vier Kategorien definiert werden, die für AAL besonders relevant sind (vgl. AAL Market and Investment Report 2018):

- Wearables (Smartwatch, Schrittzähler, Fitnesstracker usw.)
- Internet of Things (IoT)
- Artificial Intelligence und Assistive Robotics
- eHealth und Telemedizin

Diese Bandbreite an unterschiedlichen Lösungen bringt natürlich einige Herausforderungen mit sich. Zum Beispiel erschweren unterschiedliche digitale Ökosysteme das Verwenden verschiedener Produkte. Gesetzliche Rahmenbedingungen limitieren noch die Möglichkeiten der Technologie, wie bei der Telemedizin. Trotzdem lohnt es sich, in diesen Markt einzusteigen, da allein in Österreich das Marktvolumen auf 840 Millionen Euro (WPU 2013: [https://www.ffg.at/sites/default/files/allgemeine\\_downloads/thematische%20programme/aal-geschaeftsmodelle.pdf](https://www.ffg.at/sites/default/files/allgemeine_downloads/thematische%20programme/aal-geschaeftsmodelle.pdf)) geschätzt wird, europaweit sogar auf 3.000 Milliarden Euro (Europäische Kommission 2017: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/silver-economy-study-how-stimulate-economy-hundreds-millions-euros-year>).

##### **AAL im FSW (Fonds Soziales Wien)**

Der FSW hat sich mit seinen strategischen Zielen 2018-2022 klar positioniert. Der FSW will bei Modernisierung und Digitalisierung im Gesundheits- und Sozialbereich einer der gestaltenden Player in der Stadt Wien sein.

In Bezug auf AAL bedeutet das, dass sich der FSW aktuell in zwei Projekten aktiv beteiligt. Das erste dieser Projekte ist die WAALTeR (Wiener AAL Test Region). Im Projekt WAALTeR testen aktuell 88 Seniorinnen und Senioren Tablet, Smartwatch, Sturzsensoren, Wohnraumüberwachung und Telemedizin-Koffer für eineinhalb Jahre, um herauszufinden, ob diese Technologien die Lebensqualität erhöhen. Das zweite Projekt ist ein Zusammenschluss unterschiedlicher Industriepartner (z.B.: Philips, A1, EVVA usw.), dem AWZ (Aus- und Weiterbildungszentrum) und dem FSW. In diesem Projekt wurde ein Showroom in der AWZ eingerichtet, um Auszubildenden das Thema AAL näher zu bringen. Diese Projektaktivitäten sollen durch vom FSW initiierte Projekte im Jahr 2019 noch intensiviert werden.

Neben der Projektarbeit im Bereich AAL ist der FSW im Aufbau eines starken Netzwerkes von Partnerorganisationen bzw. Endnutzerinnen und -nutzern begriffen, um die künftigen Herausforderungen, vor allem im Pflegebereich, weiterhin gut bewältigen zu können.

Durch die ureigene Aufgabe des FSW liegt der Fokus vor allem auf der Auslotung von Effizienzpotentialen, Kompatibilität, Standardisierung und künftigen Finanzierungsformen von AAL Lösungen.

Eines muss, bei all der Euphorie um das Thema AAL, aber allen klar sein: AAL allein wird die kommenden bzw. bestehenden Herausforderungen, vor allem in der Pflege, nicht allein bewältigen können. Eine sinnvolle Integration in ganzheitliche Konzepte der Pflege und Betreuung ist der Schlüssel zum Erfolg.

Die Heimkommission befürwortet die Harmonisierung der einzelnen europäischen Sozialhilfesysteme sowie die Einführung von gleichen Betreuungsstandards im Pflegebereich.



#### 3.7 Jung & Alt – Intergeneratives Arbeiten

Was 2004 mit der Übernahme des Pflegewohnhauses und des Kindergartens Waldkloster begann, hat sich im Laufe der Jahre zu einem intergenerativen Erfolgsprojekt entwickelt. Zu Beginn arbeiteten beide Einrichtungen (Casa Waldkloster, Kindergarten Waldkloster) trotz räumlicher Nähe neben einander. Es gab kaum Berührungspunkte und kein Miteinander, intergenerative Bestrebungen waren nicht sichtbar. Erst im Jahre 2008, mit der Einführung einer gemeinsamen wirtschaftlichen Leitung, kam es zu ersten Annäherungen und einem steten Austausch zwischen Pflegewohnhaus und Kindergarten. Anfänglich eher zögerlich und zufällig starteten die Bemühungen generationenübergreifend zu arbeiten.

Aktuell, einige Jahre später, wird Jung & Alt täglich mit großer Begeisterung gelebt. 2017 erfolgte der Umzug in das moderne Sonnwendviertel. Nun als Casa Sonnwendviertel (ehemals Casa Waldkloster) und Casa4Kids Sonnwendviertel (ehemals Kindergarten Waldkloster) bekannt, wurde bereits in der Planungsphase des Gebäudes darauf geachtet, dass Jung & Alt viele Begegnungsräume zur Verfügung stehen.

Der Kindergarten befindet sich im Erdgeschoss und die Hausgemeinschaften des Pflegewohnhauses in den oberen drei Etagen. Der Gartenbereich des Kindergartens grenzt direkt an eine großzügige Terrasse mit Hochbeeten für die Bewohnerinnen und Bewohner. Beide Bereiche sind über ein Gartentor miteinander verbunden.

##### **Wie sieht der Alltag aus, wenn von Jung & Alt gesprochen wird?**

Regelmäßig finden gemeinsame Aktivitäten statt. Zentrale Orte der Begegnung sind der Festsaal im Erdgeschoss, die Hausgemeinschaften der Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegewohnhauses, die Dachterrassen sowie in den warmen Monaten der Außenbereich im Garten. Wöchentliche Generationentreffen ermöglichen einen intensiven Austausch zwischen den verschiedenen Generationen. Es wird gemeinsam gelacht, gespielt, musiziert und gebastelt.

##### **Das Angebot ist sehr vielseitig und umfasst unter anderem:**

- Gemeinsame Gottesdienste zu den Aktivitäten im Jahreskreis (z.B. Erntedankfest)
- Spielenachmittage
- Ausflüge in die nahe Umgebung (z.B. Spaziergang durch den Helmut-Zilk-Park)
- Weihnachtliches Kekse backen
- Rätselstunden
- Fotos gemeinsamer Aktivitäten betrachten
- Bewegungs- und Tanzstunden
- Feste feiern (z.B. gemeinsames Faschingsfest)
- Schultaschenfest zur Verabschiedung der zukünftigen Volksschulkinder
- Tagesausflüge (z.B. Schönbrunn, Oberlaa)

Die Liste ließe sich noch beliebig erweitern. Alle Geburtstage der Bewohnerinnen und Bewohner werden gemeinsam mit den Kindern gefeiert. Für die Jubilarin bzw. den Jubilar werden Lieder gesungen, Gedichte vorgetragen und es gibt immer ein kleines Geschenk, meist von den Kindern selbst gestaltet.

Die Kindergartenleitung und die Seniorenbetreuung arbeiten sehr intensiv zusammen, um über das Jahr hinweg ein vielseitiges Programm zusammenzustellen. Bei innigen Beziehungen zwischen einem älteren Menschen und einem Kind bietet

sich die Möglichkeit einer Patenschaft an. Sie fördert den Kontakt zwischen dem pflegebedürftigen älteren Menschen und dem Kind. Beide lernen voneinander und erleben Verantwortung zu übernehmen. Es gibt Besuchstage, um die Patenschaft zu pflegen, sowie für das Kind die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Paten an den Gruppenveranstaltungen der Bewohnerinnen und Bewohner teilzunehmen.

### **Was macht das Thema Jung & Alt so wichtig?**

Wir leben in einer Zeit des demografischen Umbruchs. „Klassische“ Familienstrukturen existieren immer weniger. Patchwork-Familien sind an der Tagesordnung, aber auch viele Haushalte mit Alleinerzieherinnen bzw. Alleinerziehern. Großeltern sind oft aufgrund der räumlichen Entfernung nur selten greifbar, stehen selbst noch im Arbeitsprozess oder sind so fit, dass ihre Lebensplanung mit vielen Reisen verbunden ist. Damit haben Kinder immer weniger Gelegenheit, sich mit der großelterlichen Generation intensiv auseinanderzusetzen, von ihr zu lernen und zu profitieren. Auf der anderen Seite gibt es immer mehr ältere Menschen, die auch aufgrund räumlicher Entfernungen keinen oder wenig Kontakt zu den eigenen Enkelkindern haben oder gar keine Familie besitzen. Ein erhöhter Pflegebedarf im Alter führt zusätzlich zu einer Immobilität. Das „mitten im Leben stehen“, sich „unter das Volk mischen“, die kulturelle Vielfalt von Wien selbstbestimmt nutzen zu können, all das geht nur noch in sehr eingeschränkter Form und meist nur mit Unterstützung durch andere Personen. Daher ist de facto der Kontakt zu anderen Menschen, im Speziellen zur jungen Generation, stark eingeschränkt. Die Alltagsbegegnungen fallen fast vollständig weg. Hier bringt der Jung & Alt- Gedanke einen wirklichen Mehrwert.

Der Aufbau von Beziehungen zwischen jungen und alten Menschen stellt für beide Seiten eine enorme Bereicherung dar. Voneinander lernen, sich auszutauschen und auf Augenhöhe zu begegnen, schafft Verständnis zwischen den Generationen. Die älteren Menschen erleben eine enorme Stärkung ihrer Identität sowie eine Steigerung ihrer Lebensfreude. Das kann bei jeder Begegnung wahrgenommen werden. Die ganze Körperhaltung und auch die Mimik verändern sich positiv, sobald die Kinder in der Nähe sind. Es scheint sogar, als ob Bewohnerinnen und Bewohner die Schmerzen in diesen Momenten vergessen können. Die Gesprächigkeit nimmt zu und neugierig werden Fragen gestellt. Oft schweifen die Bewohnerinnen und Bewohner in ihre eigene Kindheit ab, erinnern sich und beginnen aus der Vergangenheit zu berichten und zu vergleichen. Auch bei Menschen, die aufgrund ihres Pflegebedarfs ausschließlich im Bett liegen, ist die Veränderung zu sehen. Teilweise öffnen sich die Augen und ein Lächeln huscht über das Gesicht. Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses Casa Sonnwendviertel nehmen das intergenerative Angebot nicht nur passiv an, sondern fragen aktiv nach Begegnungen. Sollte eine Aktivität mal nicht zustande kommen, ist die Enttäuschung meist sehr groß. Die Rückmeldungen der Angehörigen von Bewohnerinnen und Bewohnern sind durchwegs positiv.

Für die Kinder bieten die Begegnungen ein hohes Lernpotential. Es geht hier viel um Empathie, Verantwortung, Rücksichtnahme, das Üben von Geduld und das Aufbringen von Verständnis. Das setzt voraus, dass die Kinder sehr gut begleitet werden. Die Kindergartenleitung gibt daher viel Raum für Gespräche. Vor den Begegnungen wird der Ablauf besprochen, die Kinder werden auf besondere Gegebenheiten vorbereitet und im Anschluss gibt es Zeit, um das Erlebte zu besprechen, so es notwendig ist. Meist ergeben sich einige Fragen zum speziellen Verhalten einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners oder zu den körperlichen Einschränkungen.

#### **Welche Herausforderungen ergeben sich beim Thema Jung & Alt?**

Basierend auf den langjährigen Erfahrungen bei der Umsetzung von Jung & Alt Aktivitäten tragen aus Sicht der Verantwortlichen folgende Punkte zum erfolgreichen, langfristigen Gelingen bei:


- Positiver Zugang der älteren Menschen zu den Kindern – nicht für alle älteren Menschen hat Jung & Alt positive Aspekte. Es ist im Vorfeld genau zu entscheiden, für wen was passt.
- Eltern und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter sollten von der Idee begeistert sein, um die notwendige Unterstützung zu bieten.
- Die Mehrzahl der Seniorinnen und Senioren sollte geistig aktiv sein.
- Enge Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen dem Kindergarten- und dem Seniorenbetreuungsteam
- Offene Kommunikation und fachlicher Austausch zwischen den Generationenteams
- Regelmäßigkeit der Aktivitäten, um Beziehungsaufbau zu fördern
- Fachliche Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Klare Rahmenbedingungen und Regeln definieren
- Gemeinsame Budgets für Jung & Alt Aktivitäten
- Unterstützung durch freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um den personellen Aufwand abzudecken sowie deren Sensibilisierung auf das Thema Jung & Alt.

#### **Beispiel für eine intergenerative Aktivität:**

In der Casa Sonnwendviertel findet jede Woche am Montag für ca. eine Stunde ein Generationentreff im Festsaal des Hauses statt. Er ist fixer Bestandteil des Wochenplanes sowohl für die Kinder, also auch für die Bewohnerinnen und Bewohner. Es beruht alles auf Freiwilligkeit. Oft ist es so, dass Bewohnerinnen und Bewohner an kaum einer anderen Aktivität im Hause teilnehmen, aber ihnen das Treffen mit den Kindern sehr wichtig ist. 10-12 Kinder nehmen daran teil. Optimal ist es, wenn auf jede Bewohnerin und jeden Bewohner zumindest ein Kind kommt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Bewohnerinnen und Bewohner sehr enttäuscht reagieren, wenn nicht genug Kinder anwesend sind und sie sich mit jemand anderem ein Kind „teilen“ müssen. Die Kinder überlegen sich im Vorfeld zusammen mit der Kindergartenleitung, welches Thema beim jeweiligen Treffen im Mittelpunkt stehen soll. Dann werden gemeinsam die Aktivitäten, die notwendigen Materialien und der Ablauf besprochen und alles im Festsaal vorbereitet. Die Bewohnerinnen und Bewohner kommen entweder selbstständig oder werden von der Seniorenbetreuerin gebracht. Da diese Aktivität so beliebt ist, stehen sie oft schon vor der Zeit in der Tür.

Die Erfahrungen zu den Generationentreffen wurden intern intensiv ausgewertet. Eine wichtige Erkenntnis bei dem Bestreben wirkliche Beziehungen aufzubauen, ist die Beständigkeit. Die selben Kinder sollten die selben Bewohnerinnen und Bewohner treffen. Das schafft Vertrauen und ein besseres Kennenlernen. So lassen sich Vorlieben, Eigenheiten und Defizite bewusster wahrnehmen. Kinder helfen den Bewohnerinnen und Bewohnern in gewissen Situationen (z.B. beim Setzen einer Spielfigur oder beim Aufnehmen eines Balles), nehmen schneller Rücksicht und wissen bald, was einzelne Vorlieben sind. Kleine Gespräche entstehen nach einiger Zeit. Beide Seiten lernen sich mehr und mehr kennen.

Ein Thema beim Generationentreffen Ende 2018 war „Unsere Hände“. Die Hände der Kinder und der Bewohnerinnen und Bewohner wurden abgezeichnet und dann nach Größe und Form verglichen. Der Kindergarten hat einen starken Fokus auf sensorische Integration. Dabei geht es um das bewusste Wahrnehmen mit Hilfe aller Sinne.



Das schärft die Beobachtung, macht neugierig und lässt Fragen entstehen. „Warum hast Du so viele Falten auf der Hand?“, war eine der Fragen, die dann gleich diskutiert wurde. Damit sind die Unterschiede zwischen Jung & Alt auch immer wieder präsent und ansprechbar. „Was können wir mit den Händen machen? Welche Berufe wurden von den Bewohnerinnen und Bewohnern mit den Händen früher ausgeübt? Wie können wir die Hände pflegen? Wobei helfen uns die Hände? Welche Handspiele gibt es? Wie können wir unterstützen, wenn die Hände nicht mehr richtig funktionieren? ...“ Das Thema ließ sich sehr vielseitig betrachten und ein reger Austausch entstand.

### **Wie sieht die Zukunft aus?**

Das Thema Jung & Alt ist der Casa Leben im Alter ein großes Anliegen. In den anderen Pflegewohnhäusern, die keinen eigenen Kindergarten integriert haben, sind die Bestrebungen ebenfalls groß, mit Kinder- und Jugendeinrichtungen zusammen zu arbeiten. Es bestehen sehr enge Kooperationen mit ortsnahen Kindergärten, Schulen oder Jugendvereinen, die immer wieder vor Ort sind und ein wenig Abwechslung in den Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner bringen. So fanden schon „Bobby Car gegen Rollstuhl“- Rennen statt. Jahreszeitenkisten wurden gebastelt, kognitive Boards entstanden, Rollstühle wurden geschmückt und Kinderchöre beeindruckten durch ihren tollen Gesang. Und jedes Mal ist die Begeisterung auf beiden Seiten riesig.

Für die Zukunft sind weitere Projekte mit intergenerativem Ansatz geplant. Anfang 2020 wird das neue Gebäude für den Kindergarten Casa4Kids Oberlaa eröffnet. Gleichzeitig finden sich dort seniorengerechte Wohnungen, die über gemeinsame Begegnungsräume mit dem Kindergarten verbunden sein werden. Das ist ein nächster Schritt in Richtung generationenübergreifendes Arbeiten.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt das intergenerative Arbeiten in Pflegeeinrichtungen zur Stärkung der Identität und Lebensfreude der Bewohnerinnen und Bewohner und begrüßt das Konzept des wöchentlichen Generationentreffens in der Casa Sonnwendviertel.

#### 3.8 Risikoreduktion durch den strukturierten Einsatz eines CIRS in den Einrichtungen des Kuratorium Fortuna

##### Erste Erfahrungsberichte aus der Praxis

Das Kuratorium Fortuna hat die Entscheidung für die Implementierung eines elektronischen Meldesystems für (Beinahe-) Fehler bereits im Jahr 2017 getroffen. Ausschlaggebend dafür war die Erkenntnis, dass die Führungskräfte über teilweise sehr unterschiedliche Sichtweisen in Zusammenhang mit bestehenden oder potentiellen Fehlern verfügten. Es zeigte sich daher die Notwendigkeit, an der Entwicklung einer weitgehend einheitlichen Fehlerkultur zu arbeiten, welche ein Bewusstsein über das Vorhandensein von Verbesserungspotential und Schwächen beinhaltet. Insbesondere Unsicherheiten und Ängste von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben oftmals dazu geführt, dass die im Umgang mit (Beinahe-) Fehlern (auch) verbundenen Chancen, wie bspw. Lernpotential für die Zukunft nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt worden sind.

Die wesentlichsten Zielsetzungen in Zusammenhang mit dem Einsatz einer geeigneten Methode bzw. Software zur Meldung von (Beinahe-) Fehlern waren wie folgt definiert worden:

- Bewusstseinsbildung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Berufsgruppen für Risikopotentiale im Unternehmen
- strukturierte Erfassung systemimmanenter Risikopotentiale in allen Bereichen und Einrichtungen
- strukturierte und nachvollziehbare Planung und Durchführung von Sofort-, Präventions- und Verbesserungsmaßnahmen
- Weiterentwicklung einer sachlichen und konstruktiven Fehlerkultur im Unternehmen

Im Rahmen des Auswahlverfahrens wurde entschieden ein Produkt einzusetzen, welches bei vergleichbaren Leistungsträgern bereits erprobt wurde und auch mit entsprechenden Referenzen ausgestattet ist - das Softwareprogramm CIRS (critical incident reporting system).

Das Programm verfügt über eine Grundstruktur und kann in Teilbereichen individuell an die Aufbau- und Ablauforganisation des jeweiligen Unternehmens angepasst werden. Diese Maßnahme hat sich als wichtige Voraussetzung zur Gestaltung eines praxisnahen und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umsetzbaren Prozesses erwiesen.

Dieser erste Schritt erfolgte bei Fortuna durch die Bereichsleiterinnen der Abteilungen Pflegedienst und Qualitätsmanagement, welche in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführerin die Inhalte des Programms auf die Erfordernisse des Unternehmens, wie auch auf die Erfordernisse des Langzeitpflegebereiches adaptierten. Im Rahmen dieses Arbeitskreises erfolgte die Gestaltung und Festlegung des u.a. Melde- und Bearbeitungsprozesses, welcher einheitlich für alle Einrichtungen von Fortuna Gültigkeit besitzt:

- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Berufsgruppen sind dazu aufgefordert, Beinahe- Fehler, Fehler oder unerwünschte Ereignisse zu melden und diese direkt im System einzugeben
- Zum Schutz der Melderin bzw. des Melders erfolgt immer eine Anonymisierung der Meldung, bevor diese zur Weiterbearbeitung freigegeben wird

- Die anonymisierte Meldung wird durch das System automatisch an die zuständige Führungskraft und an das Qualitätsmanagement (QM) des Unternehmens weitergeleitet
- Die Führungskraft nimmt auf Basis eines strukturierten und vorgegebenen Prozesses eine systematische Ursachenanalyse, Risikobewertung, Maßnahmenplanung und Verlaufsdocumentation vor
- Das QM greift in die Bearbeitung nicht ein, unterstützt jedoch bei Bedarf inhaltlich.
- Aufgaben des QM:
  - » Prüfung, ob die Meldungen strukturiert und in einem adäquaten Zeitraum bearbeitet werden
  - » Ableitung und Implementierung von einrichtungs- und bereichsübergreifenden Verbesserungsmaßnahmen bei unternehmensrelevanten Meldungen mit hohem Risikopotential
  - » Auswertungen

Im zweiten Schritt erfolgte die Einschulung aller Führungskräfte des Unternehmens in das für Fortuna adaptierte Softwareprogramm sowie den festgelegten Melde- und Bearbeitungsprozess.

Für die Anonymisierung der Meldungen wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bereiches „Aufnahmemanagement und Sozialarbeit“ ausgewählt, welche sowohl auf den Meldeprozess wie auch gezielt auf die Anonymisierung eingeschult wurden.

Dieser Entscheidung lagen mehrere Überlegungen zugrunde:

- Überschaubarer Personenkreis (drei bis vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Unternehmen)
- Ausschluss hierarchischer Konflikte - die Berufsgruppe ist im Bereich des interdisziplinären Qualitätsmanagements eingegliedert
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genießen ein hohes Maß an Akzeptanz im Unternehmen - insbesondere in Zusammenhang mit Diskretion und Verschwiegenheit

Im dritten Schritt erfolgte durch die Führungskräfte in den jeweiligen Einrichtungen

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| • Information   | • Präsentation |
| • Kommunikation | • Schulung     |

der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über alle Berufsgruppen. Im Anschluss daran wurde ein Übungszeitraum von sechs Monaten festgelegt, welcher dazu genutzt wurde, anhand von fiktiven Beispielen den Umgang mit dem System sowie die inhaltliche Bearbeitung von Meldungen zu üben. Während dieses Zeitraumes traten in allen Einrichtungen viele Fragen, Unklarheiten und Unsicherheiten auf, sodass laufend und wiederholt Nachschulungen, Unterstützungsmaßnahmen aber auch Diskussionen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern initiiert und umgesetzt wurden.

Mit 01.01.2018 ging das Fehlermeldesystem CIRS in allen Bereichen und Einrichtungen des Kuratorium Fortuna in Echtbetrieb. Auch während des Echtbetriebes waren im gesamten Jahr 2018 noch Unterstützungsmaßnahmen notwendig. Insbesondere die durch das QM umgesetzte Unterstützung der Führungskräfte im Umgang mit der systematischen Ursachenanalyse, Risikobewertung und Maßnahmenplanung, hat sich als unabdingbar notwendige Voraussetzung zur nachhaltigen Auseinandersetzung und Akzeptanz von CIRS erwiesen.

Ende 2018 konnten folgende Ergebnisse in Zusammenhang mit dem Einsatz von CIRS festgestellt werden:

- Von Jänner 2018 bis Oktober 2018 fanden sich 19 CIRS-Meldungen im System, davon wurden rund 80% der Meldungen von Angehörigen des Pflegedienstes eingebracht.
- In rund 70 % der Meldungen wurde die Pflege als zuständiger Bereich für Analyse- und Maßnahmenplanung definiert. Eine objektive Prüfung durch die Abteilung QM ergab, dass nur rund 40% Prozent der Meldungen dem Verantwortungsbereich der Pflege zuzuordnen war.
- Dieses Ergebnis ist ein Hinweis darauf, dass das Bewusstsein über das Vorhandensein von Risikopotentialen im Unternehmen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege höher ausgeprägt ist als bei anderen Berufsgruppen. Auch fühlt sich diese Berufsgruppe für Themenbereiche zuständig, für deren Verbesserung der Bereich weder die formale Kompetenz, noch die notwendigen Befugnisse hat.
- Die Implementierung eines Meldesystems setzt (ungeachtet der Wahrung von Anonymität) eine engmaschige und konstante Begleitung von Führungskräften bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern voraus, da CIRS auch untrennbar mit einer Weiterentwicklung der Fehlerkultur verbunden ist.
- Die wichtigste unternehmensrelevante Meldung 2018 hat ein bedeutendes Risikopotential in Zusammenhang mit der Sicherheit und Gesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern aufgezeigt. Die Verankerung eines Handlaufes hat sich bei wiederholter zweckfremder Nutzung als Turngerät gelockert und ein Bewohner kam zu Sturz. Es wurden daraufhin sofort in allen Einrichtungen sämtliche Handläufe durch die Haustechnik kontrolliert. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Betreuung sowie externe Therapeuten wurden von diesem Risiko informiert.
- Als langfristige Verbesserungsmaßnahme wurde in jeder Funktionseinheit des Stationären Wohnens eine Sprossenwand installiert.

Die strukturierte und systematische Auseinandersetzung mit unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Beinahe-Fehlern wird in Zukunft ein untrennbarer Bestandteil nachhaltiger Qualitätsarbeit sein. Die Implementierung bzw. der Einsatz eines dafür geeigneten Meldesystems ist mit einem Ressourcenaufwand verbunden, der nicht unterschätzt werden darf. Es bedarf einer kontinuierlichen Begleitung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, wie auch von Führungskräften, damit eine Fehlerkultur entstehen kann, welche unerwünschte Ereignisse nicht nur als Risiko, sondern auch als Chance zur laufenden Verbesserung sehen kann.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den Einsatz eines Meldesystems für (Beinahe-) Fehler. Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung begrüßt die Wiener Heimkommission insbesondere die Entwicklung einer Fehlerkultur, welche

- einen ehrlichen und reflektierten Umgang mit (Beinahe-) Fehlern ermöglicht und eine laufende Risikoreduktion zum Ziel hat
- einen offenen Umgang mit identifizierten, systemimmanenten Risiken, sodass ein kontinuierliches, einrichtungsübergreifendes „Lernen voneinander“ stattfinden kann
- die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermutigt, auf bestehende Risikopotentiale hinzuweisen

### 3.9 "Psychiatrische Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern"/ "Ambulante Palliativmedizin und Psychiatrie"

Der vorliegende Artikel soll dazu dienen, die Bedeutung der psychiatrischen Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sowie der Psychiatrie in der ambulanten Palliativmedizin hervorzuheben — im Sinne eines multidimensionalen bzw. multiprofessionellen Versorgungsansatzes. Da immer mehr Menschen ein immer höheres Alter erreichen, wird auch die Anzahl derjenigen mit besonders komplexen Bedürfnissen und psychiatrischem Versorgungsbedarf, sowohl in Pflegeeinrichtungen als auch in ambulanten Palliativsituationen, deutlich zunehmen, ebenso wie die Anzahl der mitbetroffenen Angehörigen.

Die Mehrheit aller Personen in Pflegeeinrichtungen leidet unter einer oder mehreren psychischen Erkrankungen bzw. meist unter mehreren psychischen und körperlichen Erkrankungen (psychisch-körperliche Multimorbidität). Zu den psychischen Erkrankungen werden auch die Demenzerkrankungen gezählt, wobei die Gruppe derjenigen mit einer nicht-demenziellen psychischen Erkrankung zu wachsen scheint.

Man spricht von einer „Trans-/Re-Institutionalisierung“ psychisch kranker, älter werdender bzw. betagter Menschen. Hierbei geht es insbesondere um die folgenden drei Patientinnen- und Patienten-Gruppen:

1. Menschen, die mit einer psychischen Störung älter werden bzw. alt geworden sind (insb. chronische schizophrene und bipolare Störungen)
2. Menschen, die im Alter erstmalig an einer psychischen Störung erkrankt sind (insb. die sog. drei D's: Demenz, Depression, Delir; aber auch Angst- und Suchterkrankungen)
3. Menschen, die multimorbid erkrankt sind (d.h. mit geriatrisch-internistisch-psychiatrischem Versorgungsbedarf)

Die damit verbundenen psychischen, körperlichen und sozialen Belastungen der Betroffenen und auch ihrer Angehörigen erfordern eine bedarfsgerechte Versorgung, die auf einer frühen Diagnose und Behandlung basiert (auch im Sinne einer rechtzeitigen Information, Beratung und Betreuung). Um dem komplexen psychosozialen Versorgungsbedarf insgesamt gerecht zu werden, braucht es eine umfassende und integrierte Versorgung gemäß den sechs Achsen des erweiterten sozialpsychiatrischen Versorgungsmodells (nach Kalousek, Psota, & Sepandj): (1) Psychisches & somatisches Zustandsbild, (2) Wohnen, (3) Tagesstruktur, (4) Angehörige, (5) Professionelle Helferinnen und Helfer, (6) Ethische, rechtliche, finanzielle Aspekte (Psota Psychiatria Danubia 2015).

Schon allein deshalb braucht die Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, im Sinne eines multidimensionalen bzw. multiprofessionellen Versorgungsansatzes, (mehr) Psychiatrie — aber auch, weil die drei wesentlichen psychischen Krankheitsbilder älterer Menschen, die sog. drei D's (Demenz, Depression und Delir), immer noch zu selten (früh) erkannt und behandelt werden. Diese können einzeln, nebeneinander oder überlagert auftreten. Erschwert wird die Differentialdiagnose noch dadurch, dass sich diese Erkrankungen in ihren Symptomen sehr ähnlich sind. Häufig gehen die drei D's auch mit anderen körperlichen Erkrankungen einher und werden oft mit altersbedingten Veränderungen verwechselt. Darüber hinaus stellen die mit Demenz einhergehenden psychischen Störungen und



Verhaltensstörungen eine große Herausforderung dar, nicht zuletzt auch für die pflegerische Versorgung. Diese assoziierten Störungen können, wie andere psychische Krankheitsbilder (insb. Suchterkrankungen, schizophrene und bipolare Störungen sowie akute Psychosen), zu einem Risikofaktor im Rahmen der multifaktoriellen (bio-psycho-sozialen) Entstehungsbedingungen für Aggressions- bzw. Gewaltgeschehen in der Langzeitpflege werden (wobei es immer darauf ankommt, ob bzw. wie die jeweilige Erkrankung behandelt wird).

Auch die Mehrheit aller Menschen in einer Palliativsituation leidet unter einer oder mehreren psychischen Belastungen bzw. Erkrankungen. Hierbei geht es insbesondere um die folgenden vier Patientinnen- bzw. Patienten-Gruppen (Psota neurologisch 2018; Trachsel Palliativ ch 2017; Trachsel et al BMC Psychiatry 2018; BAG 2014):

1. Menschen mit einer schweren körperlichen (prä)terminalen Erkrankung und einer schon vorbestehenden psychischen Erkrankung
2. Menschen, die im Rahmen einer palliationsbedürftigen somatischen Erkrankung eine psychiatrische Therapie brauchen (insb. bei Depression, Angst, Delir)
3. Menschen mit (prä)terminalen Demenzerkrankungen verschiedenster Genese in sehr fortgeschrittenen Stadien
4. Menschen die, als psychisch Schwerstkranke ohne relevante somatische Erkrankung, chronisch letal gefährdet sind (insb. bei therapierefraktären Depressionen mit wiederholtem Suizidwunsch; schweren Schizophrenien mit, aus Sicht der Patientin bzw. des Patienten ungenügender Lebensqualität; schwersten Anorexien; Suchterkrankungen)

Unabhängig davon, ob psychische Störungen bereits zuvor bestanden haben oder sich erst im Verlauf einer palliativen Situation entwickeln, müssen diese im Sinne eines multidimensionalen bzw. multiprofessionellen Versorgungsansatzes, im Sinne einer „Palliative Care Psychiatrie“, adäquat diagnostiziert und behandelt werden — im stationären Setting genauso wie im ambulanten Setting: „Psychiatrie ist eine Hauptkomponente der Palliativmedizin. Jedoch findet man nur wenige Psychiater irgendwo in der Nähe eines Sterbebetts.“ (Macleod J Palliative Med 2013:340; Chochinov Can J Psychiatry 2009; Fairman et al 2016)

Die Palliativmedizin braucht (mehr) Psychiatrie. Die Versorgung der Patientinnen- bzw. Patienten-Gruppen (1) und (2) im Krankenhaus erfordert eine psychiatrische Konsiliar- bzw. Liaisonversorgung an einer somatisch-palliativen Station. Patientinnen bzw. Patienten der Gruppe (3) hingegen brauchen eine psychiatrische Versorgung in den verschiedensten Settings, während die Patientinnen- bzw. Patienten-Gruppe (4) als genuin psychiatrisch zu betrachten ist. Immer wichtiger wird auch die palliative Psychiatrie im ambulanten Setting — als wertvolle Verstärkung für ambulante Palliativteams. Es geht um mehr ambulante palliative Psychiatrie, auch im Sinne des Hausbesuchs als Ort des Handelns. Jedenfalls braucht die palliativ-psychiatrische Versorgung aller Patientinnen- bzw. Patienten-Gruppen, wie Settings eine erfahrene klinisch-therapeutische Kompetenz und hohe Expertise in Psychopharmakologie.

Insgesamt braucht die palliative Psychiatrie Weiterentwicklung. Es geht nicht nur um das „gute Leben“, sondern auch um das „gute Sterben“ als Teil eines guten Lebens – für Menschen mit psychischen Erkrankungen genauso wie für Menschen ohne psychische Erkrankungen. „Was können wir von der Zukunft der Versorgung am Lebensende für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erwarten? Die Antwort sollte lauten: Dasselbe, das wir für alle anderen Menschen auch

erwarten“ (Woods et al Can J Psychiatry 2008:734). Letztlich entscheidend ist die Würde von erkrankten Menschen. Immer und überall.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, sowohl auf fachlicher Ebene als auch auf organisatorischen Ebenen relevanter Institutionen, Überlegungen in diese Richtung anzustellen und ein Konzept zu entwickeln.

### 3.10 Schattenpsychiatrie im Pflegewohnhaus

„Schwester, ich kann nicht schlafen! Schwester, meine Medikamente helfen nicht! Schwester, ich kann nicht sprechen!“ beklagt ein 73-jähriger, großer und kräftiger Bewohner um zwei Uhr Nachts gegenüber der diensthabenden diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin. Im Minutentakt läutet Herr M., im 69. Lebensjahr, nach den Pflegefachkräften und verlangt immer wieder nach Essen, weil er sein Sättigungsgefühl nicht wahrnehmen kann. Regelmäßig fragt Herr M. auch: „Schwester, was soll ich tun?“

Frau K. lebt ganz in Sorge um ihren Ehegatten, der mit ihr in der Pflegeeinrichtung lebt. Die Situation belastet und überfordert die 70-jährige so sehr, dass es ihr schwer fällt sich dem Pflege- und Betreuungsteam und jeglichen Aktivitäten zu öffnen.

Geriatrische Langzeitpflegeeinrichtungen unterliegen besonderen Herausforderungen in der Betreuung und Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern, die an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung leiden. Die Bewohnerinnen und Bewohner zeigen teilweise Verhaltensauffälligkeiten. Beispielsweise sind aggressives und agitiertes Verhalten oder die Tag-Nacht-Umkehr schwer in das bestehende System der Langzeitpflegeeinrichtung zu integrieren. Oft werden Zusammenhänge mit anderen aktuellen Ereignissen aus dem Alltag (z.B. Familienfeiern, Besuch von Angehörigen, Konfliktsituationen, ein neuer Einzug) durch das interdisziplinäre Pflege- und Betreuungsteam nicht erkannt.

Den Pflegefachkräften fehlt es oftmals an fachlicher Expertise und damit an Sicherheit im Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Werden den Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung leiden, die vorgegebenen Strukturen der Langzeitpflegeeinrichtung regelrecht aufgezwungen, sind durch die Erkrankung bedingte Verhaltensauffälligkeiten als Reaktion darauf vorprogrammiert. Die Folgen von unzureichenden personellen und strukturellen Ressourcen, um eine entsprechende Pflege- und Betreuungssituation herzustellen und fehlende für sie offensichtlich erkennbare Erfolgserlebnisse (z.B. psychische Stabilität, Beziehungsaufbau, Vertrauensverhältnis), führen zu psychischer Überforderung und Frustration der Pflegefachkräfte. Trotz des prognostizierten Anstiegs an gerontopsychiatrischen Erkrankungen ist nur eine geringe dahingehende Entwicklung der geriatrischen Langzeitpflege zu erkennen. Beispielsweise erfordert es ausreichend Pflegefachkräfte mit fachlicher Expertise, eine sichergestellte fachärztliche Versorgung und entsprechende bauliche Strukturen.

Teilweise ist in geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen eine steigende Nachfrage an Pflegeplätzen für Personen, die an gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden, zu erkennen. Aufgrund der fehlenden ständigen Präsenz einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Psychiatrie, der limitierten Anzahl von Pflegefachkräften und daraus resultierender Überforderung der Pflegeeinrichtungen werden Bewohnerinnen und Bewohner, welche an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung leiden, oftmals von einer Einrichtung zur nächsten verlegt.

#### **Die Herausforderungen einer geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtung**

Die Bevölkerung wird immer älter und psychiatrische Erkrankungen im Alter nehmen zu. Neben Demenz zählen zu häufig auftretenden gerontopsychiatrischen Erkrankungen beispielsweise Depression, wahnhafte Störungen, Angststörungen, Schlafstörungen, Substanzabhängigkeit oder Anpassungsstörungen. Alterstypische psychiatrische Erkrankungen umfassen nicht nur Krankheiten, die bei älteren Menschen auftreten. Es handelt sich auch um Krankheitsbilder, die vor allem bei den über 60-Jährigen bei fortschreitendem Alter deutlich zunehmen. Besonders ältere Menschen, die alleine leben und körperlichen Krankheiten unterliegen, weisen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko auf. Prävalenzstudien zeigen, dass ca. 80% der Bewohnerinnen und Bewohner in geriatrischen Pflegeeinrichtungen an einer psychiatrischen Erkrankung leiden. Erkrankung und Symptomatik sind oftmals auch mit einem Rückzug aus der Gesellschaft verbunden und fördern ein Leben in Einsamkeit oder Isolation.

Oft ist eine psychiatrische Erkrankung im Alter nicht ärztlich diagnostiziert, die Betroffenen bedürfen jedoch einer dringenden psychiatrischen Behandlung und Betreuung. Durch die ausständigen bedarfsadäquaten Versorgungssysteme – erforderliche Einrichtungen sind aktuell wenig vorhanden bzw. fehlt es derzeit an ausreichenden adäquaten Pflegeplätzen – werden Personen, die an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung leiden, zwischen psychiatrischen, geriatrischen und akutmedizinischen Einrichtungen hin und her verlegt.

In geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen wird zwar dieselbe Zielgruppe wie in psychiatrischen Krankenhäusern oder Abteilungen gepflegt und betreut, jedoch erfolgt die Versorgung unter anderen Rahmenbedingungen und mit anderen Mitteln. Unterschiede zeigen sich anhand der Finanzierung, den erforderlichen Pflegefachkräften – insbesondere durch die Fachexpertise sowie dem Personalschlüssel - und der vorhandenen Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Psychiatrie.

Neuaufnahmen erweisen sich als besonders herausfordernd. Beispielsweise erfolgen für die Betroffenen wegen langer Wartelisten oder eines wirtschaftlichem Drucks zum Teil inadäquate Zuweisungen. Für eine beidseitige Abklärung und Vorbereitung zwischen Betroffenen und Langzeitpflegeeinrichtung fehlt es an Zeitressourcen, um potentielle Bewohnerinnen und Bewohner mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen auf einen Einzug vorbereiten zu können. Eine Aufnahme einer neuen Bewohnerin oder eines neuen Bewohners kann zu organisatorischen Herausforderungen führen.

Pflegefachkräfte haben oft unzureichende fachliche Expertise im Umgang mit der Zielgruppe, die an gerontopsychiatrischen Erkrankungen leidet. Es fehlt an Verständnis und Fachwissen zu den Krankheitsbildern und möglichen Verhaltensauffälligkeiten. Betreuung und Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern, die an gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden, erfordern Individualität und Flexibilität in der täglichen

Arbeit. Die Fachkompetenz zu gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern ist weiterzuentwickeln, um durch wesentliches Grundwissen Unsicherheit und daraus resultierender Überforderung entgegenzuwirken.

Für Bewohnerinnen und Bewohner, die an gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden, ist es besonders herausfordernd vorgesetzte und starre Strukturen einer Einrichtung anzunehmen. Die Zielgruppe definiert sich zumeist durch ein jüngeres Alter und mit einer niedrigen Pflegestufe. Sie sind so weit wie möglich aktiv und haben das Bedürfnis nach viel anspruchsvoller und sinnstiftender Beschäftigung. Verhaltensauffälligkeiten, bedingt durch die psychiatrische Erkrankung, sind als Reaktion auf starre Strukturen der Einrichtung (bspw. durch eine vorgegebene Tagesstruktur) vorprogrammiert.

Die aktuellen, in den geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen bestehenden, personellen und strukturellen Rahmenbedingungen führen sowohl Bewohnerinnen und Bewohner, die an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung leiden, als auch das interprofessionelle Pflege- und Betreuungsteam an ihre Belastungsgrenze. Die bauliche Beschaffenheit von Einrichtungen bietet zu wenig individuelle Rückzugsmöglichkeiten. Es fehlt an ausreichend Ein-Bett-Zimmern, einer Außenanlage oder an einer infrastrukturellen Anbindung für ein gesellschaftliches Leben. Die Pflege und Betreuung dieser Bewohnerinnen- und Bewohnergruppe ist unter den bestehenden Rahmenbedingungen im Sinne einer erstrebenswerten Lebensqualität sowohl für die Betroffenen als auch für das interprofessionelle Pflege- und Betreuungsteam herausfordernd.

Durch den zunehmenden Ärztinnen- und Ärztemangel bzw. den Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie in geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen kann keine erforderliche Grunddiagnostik, medikamentöse Verordnung sowie kontinuierliche Behandlung für Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet werden. Insbesondere durch die fehlende Versorgung an Fachärztinnen und Fachärzten kann keine dem psychiatrischen Fachgebiet entsprechende Behandlung erfolgen. Eine engmaschige Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie ist nicht gegeben, um unmittelbar auf durch das Pflege- und Betreuungsteam beobachtete und kommunizierte Verhaltensänderungen reagieren zu können.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt bezüglich der Betreuung, Pflege und fachärztlichen Behandlung von Personen, die an gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden, zu berücksichtigen: proaktiver Miteinbezug in die Pflege und Betreuung; Abklärung vor Einzug; Einbeziehung der Angehörigen insbesondere in der Einzugsphase; Rückzugsmöglichkeiten und Ein-Bett-Zimmer; Tagesstrukturen und Beschäftigungsangebote; die flexibel, individuell und für die die erforderlichen Personalressourcen entsprechend gestaltet sind; einen verstärkten Einsatz von Fachsozialbegleiterinnen und Fachsozialbegleitern und ein interdisziplinäres Pflege- und Betreuungsteam mit fachlicher Expertise zu den Krankheitsbildern und Unterstützung durch Psychologinnen und Psychologen sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie in der internen Kompetenzweiterentwicklung. Zudem sind entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Betreuung und Pflege zu treffen und eine Begleitung des Pflege- und Betreuungsteams zu gewährleisten.

#### 3.11 10 Jahre UN-Behindertenrechtskonvention – Was bedeutet das Recht auf soziale Teilhabe für Bewohnerinnen und Bewohner in einer geriatrischen Pflegeeinrichtung?

2008 ist die UN-Behindertenrechtskonvention in Kraft getreten. Diese stellt einen völkerrechtlichen Vertrag dar, der gemeinsam mit Behindertenverbänden entwickelt wurde. Er hat zum Ziel, die Rechte von Menschen mit Behinderungen aufzuzeigen und zu stärken.

##### Was ist das Besondere an der Behindertenrechtskonvention?

Der Begriff Behinderung wurde erstmals in einem Rechtstext verbindlich definiert. Außerdem wurde klar festgeschrieben, dass alle Menschenrechte auch für Menschen mit Behinderungen gelten. Einzelne Menschenrechte wurden präzisiert, um auf die spezielle Situation von Menschen mit Behinderung explizit hinzuweisen. Behinderung wird als Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigungen (körperlichen, psychischen, intellektuellen oder Sinnesbeeinträchtigungen) und Barrieren gesehen, was in Kombination dazu führt, dass die betroffene Person nicht gleichberechtigt mit allen anderen am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann.

Die Behindertenrechtskonvention geht dabei von einem Idealzustand der Inklusion aus: Alle Menschen, ob mit oder ohne Behinderung, egal mit welcher Behinderung, leben barrierefrei miteinander in der Gemeinschaft. In diesem Sinne muss die Gemeinschaft Barrieren abbauen, damit jede Person selbstbestimmt über die eigene Lebensführung entscheiden kann.

Natürlich sieht die Behindertenrechtskonvention, dass es Personen gibt, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung mehr Unterstützung für ein selbstbestimmtes Leben brauchen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Es liegt in der Verantwortung der Allgemeinheit, diese Unterstützung anzubieten.

Diesem Grundgedanken folgt das 2. Erwachsenen-Schutzgesetz: Unterstützende Entscheidungen sollen Vorrang vor stellvertretenden Entscheidungen haben. Stellvertretung soll in einem ausbalancierten Akt zwischen der Fürsorge für den betroffenen Menschen und dessen eigenem Willen stattfinden. Stellvertretende Entscheidungen sollen die Ausnahme bleiben und zwar in klar definierten Bereichen und für einen begrenzten Zeitraum.

In diesem Artikel soll es darum gehen, darüber nachzudenken, welche Verantwortung im Sinne der Behindertenrechtskonvention eine öffentliche, geriatrische Pflegeeinrichtung in Bezug auf die ihr anvertrauten Personen mit Behinderungen hat.

Allein die Tatsache, dass in so einer Institution Menschen mit den verschiedensten Beeinträchtigungen – körperlich, psychisch, kognitiv, v.a. aufgrund von Altersdemenz, in einer von der restlichen Gesellschaft „abgeschotteten“ Wohnform leben, stellt eine Barriere zur vollen und wirksamen Teilhabe an der Gemeinschaft dar und widerspricht der Utopie der Inklusion.

Da es die Gesetze verbieten, dass jemand in einer Pflegeeinrichtung eingesperrt wird und theoretisch alle Bewohnerinnen und Bewohner jederzeit die Institution verlassen können, ist davon auszugehen, dass diese aus freier Entscheidung hier leben, wenn auch in Ermangelung von alternativen Wohnformen.

### **Die Behindertenrechtskonvention nennt Barrieren auf verschiedenen Ebenen:**

Der in der Öffentlichkeit präsenteste Begriff bezieht sich auf bauliche Barrierefreiheit. Hier wurde sicher am meisten umgesetzt. In einer öffentlichen Pflegeeinrichtung ist davon auszugehen, dass bauliche Barrieren, v.a. in Bezug auf Mobilitätseingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner abgebaut sind. Für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen gibt es hier sicher noch viel zu tun. Im Einzelfall können jedoch in der Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Betroffenen flexible Lösungen gefunden werden, z.B. bei sehbeeinträchtigten Personen das Namensschild größer gestalten, einen markanten Gegenstand vor die Zimmertüre stellen etc. Zu bedenken und auch immer wieder zu beobachten ist jedoch die Tatsache, dass eine bauliche Maßnahme Barrierefreiheit für den einen bedeutet, für den anderen aber gerade dadurch möglicherweise eine Barriere aufgebaut wird. So bedeutet z.B. eine Schiebetüre für rollstuhlmobilen Menschen den Wegfall eines Hindernisses, für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung wird vielleicht gerade z.B. eine Schiebetüre zu einer Behinderung, weil sie an dieser Art, eine Tür zu öffnen, scheitern.

Soziale Barrieren entstehen dann, wenn Personen mit Behinderungen stigmatisiert und stereotypisiert werden, d.h. aufgrund von Vorurteilen findet ein Ausschluss statt.

Vorurteile und Stereotypen machen auch vor einer öffentlichen Pflegeeinrichtung nicht Halt. Demenz bedeutet einen Abbau von kognitiven Fähigkeiten. Allen Demenzkranken zu unterstellen, dass sie ab einer gewissen Schwelle gar nicht mehr selbstbestimmt entscheiden können und, dass es für Sie keinen Sinn mehr macht, z.B. an einer Veranstaltung teilzunehmen, ist ein Vorurteil, welches eine soziale Barriere aufbaut. Gerade Personen mit Beeinträchtigungen in allen Fähigkeiten, wie z.B. im Wachkoma oder mit weit fortgeschrittener Demenz, werden oftmals in diese Richtung stigmatisiert und daher von der Gemeinschaft ausgeschlossen, indem sie nicht einmal mehr mobilisiert werden, um im Tagraum sitzen zu können. Ausschluss, Segregation und Vereinsamung sind die Folgen, die es zu verhindern gilt.

Zentrale Maßnahmen für den Abbau von sozialen Barrieren sind Fortbildungs-, Sensibilisierungs- und Bewusstseinsarbeit, um diese Vorurteile abzubauen. Die betroffenen Personen müssen als Individuen gesehen werden, über die nicht pauschal geurteilt werden darf.

Kognitive und kommunikative Barrieren werden dann geschaffen, wenn Menschen mit Behinderungen Informationen vorenthalten werden, bzw. wenn diese in einer Art und Weise mitgeteilt werden, die es ihnen unmöglich macht, diese verarbeiten zu können.

In diesem Sinne ist darauf zu achten, welche Beeinträchtigung eine Person in Bezug auf seine Kommunikationsmöglichkeit hat. Eine Kommunikation findet auf vielen Sinneskanälen statt und kann bis zum Tod eines Menschen aufrechterhalten bleiben, wenn die Barrieren, die diese verunmöglichen, gesehen werden und die Bereitschaft besteht, diese abzubauen.

Es sollte in einer Sprache kommuniziert werden, welche die Bewohnerinnen und Bewohner auch wirklich verstehen. Hier ist nicht nur Sprache als gesprochenes Wort gemeint, sondern auch in Form von Bildern oder durch das Vermitteln von Gefühlen.

### 3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge

Das Konzept des Netzwerks „Leichte Sprache“, entwickelt in Zusammenarbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten, soll zeigen, dass auch Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen möglich ist, komplexe Inhalte zu verstehen, wenn diese entsprechend kommuniziert werden, nämlich in kurzen, einfachen Sätzen, ohne Fremdwörter, auf das Wesentliche konzentriert.

Die Wiener Heimkommission lädt die Verantwortlichen von Einrichtungen ein, darüber nachzudenken, ob und wie folgende Forderungen der Behindertenrechtskonvention im eigenen Haus umgesetzt werden:

- Personen mit Behinderungen haben ein Recht auf lebenslanges Lernen mit dem Ziel, ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und Kreativität sowie ihre mentalen und körperlichen Fähigkeiten zur Entfaltung zu bringen, unabhängig vom Alter und der Schwere der Beeinträchtigung.
- Betagte Menschen, unabhängig vom Alter, haben ein Recht auf Gesundheitsleistungen und Rehabilitation. Die Rehabilitation soll in einem frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer interdisziplinären Bewertung der individuellen Erfordernisse und Stärken beruhen.
- Fachkräfte und anderes Personal müssen geschult werden, um Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Personen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen zu bekämpfen.

### 3.12 Sozialhilfe für EWR-, EU- und Schweizer Bürgerinnen und Bürger in Österreich

Die Mindestsicherung ist das wirksamste Instrument zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung in Österreich. Sie wird hilfsbedürftigen Bürgerinnen und Bürgern zur Bestreitung des Lebensunterhaltes zuerkannt. Anders als die Notstandshilfe (Leistung der Arbeitslosenversicherung) wird die Mindestsicherung subsidiär ausbezahlt, das heißt, nur wenn der Mindestbedarf nicht durch eigene Arbeitskraft, eigene Mittel oder Leistungen Dritter abgedeckt werden kann. Die Auszahlung übernehmen die einzelnen Magistrate bzw. Bezirkshauptmannschaften in den jeweiligen Bundesländern. Die rechtliche Grundlage dazu bilden derzeit einerseits die Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Art. 15a B-VG über eine bundesweite bedarfsorientierte Mindestsicherung und andererseits die einzelnen Landesgesetze zur Mindestsicherung.

Neben der bedarfsorientierten Mindestsicherung, welche bis 2011 auch als „offene Sozialhilfe“ bezeichnet wurde, gibt es in Österreich das Modell der „geschlossenen Sozialhilfe“. Diese umfasst die Unterbringungs- bzw. Betreuungsleistungen in Pflegewohnhäusern und anderen Einrichtungen, die entweder in den oben erwähnten Mindestsicherungsgesetzen der Länder oder in gesonderten Sozialhilfegesetzen der Länder geregelt sind. Die in Wien dazu maßgeblichen Materiengesetze sind das Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG) und das Chancengleichheitsgesetz-Wien (CGW). Als Träger der Sozial- und Behindertenhilfe ist der FSW (Fonds Soziales Wien) für die Gewährung von Förderungen für Leistungen der „geschlossenen Sozialhilfe“ (Pflege, Behindertenhilfe und Wohnungslosenhilfe) verantwortlich.

Im europarechtlichen Kontext werden sowohl Leistungen aus der Mindestsicherung als auch der „geschlossenen Sozialhilfe“ als „beitragsunabhängige Leistungen“ bezeichnet. In Österreich stehen sie daher nur österreichischen Staatsangehörigen sowie in den einzelnen Gesetzen der Länder explizit genannten gleichgestellten Personen zu.

Ein einheitliches europäisches Sozialhilferecht besteht de facto nicht. Trotz bestimmter gemeinsamer Vorgaben der EU, – ableitbar insb. aus der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit; Verordnung (EU) Nr. 492/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Union sowie der Richtlinie 2004/38/EG („Freizügigkeitsrichtlinie“/„Unionsbügerrichtlinie“) – ist der Bezug von Sozialhilfeleistungen dem rechtlichen Entscheid der einzelnen Mitgliedsstaaten überlassen. Auch zahlreiche Urteile des Europäischen Gerichtshofes (Brey, Alimanovic und Dano) bekräftigen, dass es ausschließlich nationalen Bestimmungen unterliegt, ob zugewanderte Unionsbürgerinnen und -bürger innerhalb der ersten fünf Jahre ihres Aufenthaltes Ansprüche auf Zuerkennung von „beitragsunabhängigen Leistungen“ haben.

Eng damit verbunden, jedoch immer getrennt von dem Recht auf Sozialhilfebezug zu betrachten, ist der Begriff des rechtmäßigen Aufenthaltes der Unionsbürgerinnen und -bürger in einem Mitgliedsstaat. Dieser stellt die Grundvoraussetzung des Erwerbs eines Daueraufenthaltsrechts dar und ist nur dann gegeben, wenn die Unionsbürgerinnen und -bürger in den ersten fünf Jahren ihres Aufenthaltes entweder genügend Existenzmittel aufweisen können oder erwerbstätig sind bzw. diese unfreiwillig arbeitslos wurden und weiterhin dem Arbeitsmarkt zu Verfügung stehen. Liegen umgekehrt alle übrigen Voraussetzungen für den Anspruch „beitragsunab-



hängiger Leistungen“ vor, besteht nach Art. 14 Abs.1 RL 2004/38 kein rechtmäßiger Aufenthalt und es droht der Verlust des Freizügigkeitsrechts. Unsere nationalen Bestimmungen folgen dieser Auslegungsrichtung im Bereich der „geschlossenen Sozialhilfe“ (§4 Abs. 2 Z2 CGW sowie §7a Abs.2 lit d WSHG) und bestätigen jeweils, dass EWR-, EU- und Schweizer Bürgerinnen und Bürger zum Bezug der Sozialhilfe in Österreich nur dann berechtigt sind bzw. mit den österreichischen Staatsangehörigen gleichzustellen sind, wenn sie den Daueraufenthalt nach einem fünfjährigen und rechtmäßigen Aufenthalt erworben haben oder sie innerhalb dieser ersten fünf Jahre ihres Aufenthaltes im Bundesgebiet die Erwerbstätigeneigenschaft erfüllen bzw. diese erhalten konnten.

Ein Schritt zur Vereinheitlichung des „europäischen Sozialhilferechts“ ist die im April 2017 vorgestellte „europäische Säule sozialer Rechte“ der Europäischen Kommission. Dabei handelt es sich um 20 allgemeine Grundsätze zu „Chancengleichheit und Arbeitsmarktzugang“, „Faire Arbeitsbedingungen“ sowie „Sozialschutz und soziale Inklusion“. Diese sollen demnach neue soziale Rechte für die Unionsbürgerinnen und -bürger gewährleisten. Wie und wann die Umsetzung dieser Grundsätze durch die einzelnen Mitgliedstaaten tatsächlich erfolgen soll, bleibt weiterhin unklar.

Die Heimkommission begrüßt die Bemühungen zur Vereinheitlichung der einzelnen Sozialhilfesysteme in Europa sowie die Einführung von gleichen Betreuungsstandards im Pflegebereich.

### 3.13 Umsetzung des 2. Erwachsenenschutzgesetzes (ErwSchG) im Fonds Soziales Wien- Kundinnen- und Kundenservice

Die Erweiterung der Selbstbestimmungsrechte von betroffenen Personen, die neue terminologische Anpassung an die UN- Behindertenrechtskonvention, der Ausbau vorhandener und die Schaffung neuer Vertretungsmodelle, sowie die in den Mittelpunkt gerückte „Unterstützung“ der Betroffenen bei ihrer Entscheidungsfindung, sind nur einige der Errungenschaften des 2. Erwachsenenschutzgesetzes. Die für den FSW (Fonds Soziales Wien) wie auch für seine Kundinnen und Kunden wohl Bedeutendste ist die Erhaltung der Handlungs- bzw. Entscheidungsfähigkeit jeder volljährigen Person trotz Vorliegens einer Vertretung.

Da jede dieser neuen Bestimmungen den Fokus auf den Menschen legt, war es naheliegend, dass sich innerhalb des FSW vor allem das Kundinnen- und Kundenservice mit den Neuerungen zum Gesetz näher befasste. Um mit 01.07.2018 den Intentionen des Gesetzgebers entsprechen zu können, sollte der im Kundinnen- und Kundenservice gelebte Subjektförderungsprozess auf Auswirkungen dieser Gesetzesänderung untersucht und in einem zweiten Schritt angepasst werden.

Das Projektteam der Zentralen Leitung Kundinnen- und Kundenservice begann ein Jahr vor Inkrafttreten in Zusammenarbeit mit internen (Recht, IT und Unternehmenskommunikation) und externen Akteurinnen und Akteuren (Vertretungsnetz Wien sowie das Bundesministerium für Justiz) die gesetzeskonforme Umsetzung des 2. ErwSchG vorzubereiten.

#### **Nötige Umsetzungsschritte wie:**

- Umprogrammierung der IT-Systeme (neue gesetzlichen Begrifflichkeiten, neue Vertretungssäule „gewählte Erwachsenenvertretung“)
- Anpassungen der FSW-Formulare

Kundinnen- und kundenbezogene Schriftstücke (Beratungsformular, „Anregung einer Erwachsenenvertretung bei Gericht“ sowie die Stellungnahme des FSW im Clearingverfahren) wurden in Abstimmung mit dem Vertretungsnetz Wien entwickelt. Noch vor dem In-Kraft-Treten des 2. ErwSchG wurden die ca. 430 FSW Kundinnen- und Kundenservice- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die neu ausgearbeiteten Abläufe und IT-Systeme eingeschult.

Voll entscheidungsfähige Personen können weiterhin für „den Fall der Fälle“ eine Vorsorgevollmacht errichten lassen. Betroffene Personen, die nur eine geminderte Entscheidungsfähigkeit aufweisen, können nun zum Zweck einer Vertretung eine „gewählte Erwachsenenvertretung“ eintragen lassen. In allen anderen Fällen wird zunächst „Ausschau“ nach einer „gesetzlichen Erwachsenenvertretung“, welche weiterhin von nahen Angehörigen erledigt wird, gehalten, bevor es überhaupt zu einer gerichtlichen Bestellung der sogenannten „gerichtlichen Erwachsenenvertretung“ kommen soll.

Das FSW-Kundinnen- und Kundenservice und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen weiterhin Beratungen zum gesamten Leistungsangebot des FSW durch. Erfolgt die Antragstellung in einem persönlichen Kontakt mit der Kundin oder dem Kunden, so bieten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des FSW, falls nötig, Unterstützung bei der Entscheidungsfindung an. Das aktuell zu besorgende Rechtsgeschäft,

vor allem der „Kern des Geschäfts“, wird beispielsweise durch leichte Sprache analog zu „Leichter Lesen“ mit der Kundin bzw. dem Kunden nochmals durchleuchtet. Oftmals werden die Kundinnen und Kunden von Angehörigen begleitet, so dass die Entscheidungsfindung durch Beiziehung dieser mobilisiert werden kann. Ist keine Unterstützung der Entscheidungsfindung möglich und liegt keine Gefährdung vor, so informiert der FSW die Kundinnen und Kunden bzw. Angehörigen über die Möglichkeit einer Erwachsenenvertretung und empfiehlt die Kontaktaufnahme mit einem Erwachsenenschutzverein, einer Rechtsanwältin oder einem Rechtsanwalt bzw. einer Notarin oder einem Notar. Diese Empfehlung wird mittels des Formulars „Beratung zur Erwachsenenvertretung“ dokumentiert und der Kundin bzw. dem Kunden zur Verfügung gestellt. Liegen konkrete Anhaltspunkte für eine Selbst- oder Fremdgefährdung vor, richtet der FSW eine „Anregung einer Erwachsenenvertretung“ an das Pflschaftsgericht. Entsprechend § 4a ErwSchVG verständigen im nun verpflichtenden Clearingverfahren die Erwachsenenschutzvereine den Träger der Sozial- oder Behindertenhilfe von der gerichtlichen Anregung. Die Möglichkeit einer Stellungnahme innerhalb von sieben Tagen wird seitens des FSW aktiv genutzt. Mit Ende 2018 ergingen 495 Stellungnahmen des FSW an das Vertretungsnetz Wien.

Schon vor dem Inkrafttreten des Gesetzes stand im FSW der Mensch und somit die Kundin bzw. der Kunde im Mittelpunkt. Bei den Fragen nach passenden Leistungen und geeigneten Einrichtungen werden individuelle Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt. An diesem Grundsatz ändert sich auch durch das neue ErwSchG nichts. Im zivilgerichtlichen Clearingverfahren geht es um nichts weniger als die Einschränkung der Selbstbestimmung der betroffenen Person. Der FSW wird daher auch in Zukunft die - ihm nun gesetzlich zugestandene - Möglichkeit zur Stellungnahme nutzen. Denn oft hat der FSW aufgrund der vorangegangenen Beratung oder persönlichen Abklärung beim Hausbesuch Informationen über die Kundinnen und Kunden, welche den Ausgang des Verfahrens beeinflussen können.

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

### 3.14 Auswirkungen durch das Ende des Pflegeregresses

Mit 1. Jänner 2018 trat das Verbot des Pflegeregresses in Kraft – ein politischer Meilenstein, der von der Stadt Wien seit langem gefordert und unterstützt wurde. Gemäß § 330a ASVG idgF ist ein Zugriff auf das Vermögen von - in stationären Pflegeeinrichtungen - aufgenommenen Personen, deren Angehörigen, Erbinnen oder Erben und Geschenknehmerinnen oder Geschenknehmern im Rahmen der Sozialhilfe zur Abdeckung der Pflegekosten unzulässig.

Dies bedeutet, dass der Fonds Soziales Wien (FSW) als Sozialhilfeträger nicht mehr auf das Vermögen von Personen zugreifen darf, welche auf die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung angewiesen sind und die anfallenden Kosten nicht aus ihrem Einkommen bzw. Pflegegeld bestreiten können.

Diese Umstellung in der Finanzierung hat Auswirkungen auf die Nutzung stationärer Pflegeeinrichtungen und damit auf die gesamte Pflegelandschaft in Österreich. Wie erwartet stieg die Anzahl von Neuanträgen für stationäre Leistungen an. So wurden von Jänner bis August 2018 im FSW 30 Prozent mehr Neuanträge verzeichnet als im Vergleichszeitraum des Vorjahrs. Darin enthalten sind auch die Anträge sogenannter „Selbstzahlerinnen“ und „Selbstzahler“, die bereits in einer Wohn- und Pflegeeinrichtung gelebt haben. Der Wegfall des Vermögenszugriffs mit einem deutlichen Erlösentgang bringt somit auch Mehrkosten durch den Anstieg aller Neuanträge.

Aufgrund fehlender Übergangsbestimmungen sind offene Rechtsfragen nach wie vor nicht eindeutig geklärt. Höchstgerichtliche Entscheidungen zum Entfall des Pflegeregresses besagen, dass auf den Zeitpunkt des Vermögenszugriffes abzustellen ist, weshalb das Verbot des Pflegeregresses auch für Sozialhilfeforderungen vor dem 1. Jänner 2018 gilt. Mit Beschluss des Verfassungsgerichtshofes hat dieser bestimmt, dass ein Vermögenszugriff selbst bei Vorliegen einer rechtskräftigen Entscheidung, die vor dem 1. Jänner 2018 ergangen ist, unzulässig ist. Wien hat daher auf alle offenen Forderungen aus Vermögen verzichtet. Seitens des FSW werden nun aufgrund des Vermögens begründete Pfandrechte gelöscht und seit 1. Jänner 2018 aufgrund des Vermögens geleistete Zahlungen zurückgezahlt.

Die Wiener Heimkommission begrüßt, dass im Zusammenhang mit dem Verbot des Pflegeregresses nun endlich Rechtssicherheit durch den Verzicht von Wien auf Forderungen aus Vermögen für die Kundinnen und Kunden des Fonds Soziales Wien geschaffen wurde.

#### **3.15 Aufnahme in ein Wohn- und Pflegeheim eines anderen Bundeslandes als das der letzten Wohnadresse – eine fast unüberwindbare Hürde für die Betroffenen**

Immer wieder sind die österreichischen Patientinnen- Patienten- und Pflegeanwaltschaften mit Problemen rund um die Aufnahme von Personen in ein Wohn- und Pflegeheim befasst, wenn sich die gewählte Einrichtung in einem anderen Bundesland als in dem des letzten Aufenthaltsortes bzw. der letzten Wohn-/Meldeadresse befindet. Insbesondere die Frage der Kostenübernahme stellt seit dem Jahr 2018 für die Betroffenen eine kaum zu überwindende Hürde dar.

Die Sozialhilfegesetze der Länder machen die Gewährung einer Hilfe – wie z.B. die Übernahme der Kosten für einen Wohn- und Pflegeheimplatz – regelmäßig vom Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen/tatsächlichen Aufenthalt in diesem Bundesland abhängig.

Viele Menschen haben jedoch ein berechtigtes Interesse, einen Heimplatz in einem anderen Bundesland zu wählen. Für diese Fälle bestand durch die zwischen den Ländern geschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über den „Kostenersatz in Angelegenheiten der Sozialhilfe“ zwischen den Sozialhilfeträgern der einzelnen Bundesländer eine Vereinbarung, die die Voraussetzung dafür war, dass die Aufwendungen im anderen – „neuen Pflege-Bundesland“ – durch das Bundesland des letzten Aufenthaltes ersetzt wurde.

#### **Die Kündigung der Vereinbarung über den „Kostenersatz in Angelegenheiten der Sozialhilfe“ hat weitreichende Folgen für pflegebedürftige Personen**

Durch die Kündigung dieser Vereinbarung von fast allen Vertragsbundesländern im Zeitraum bis zum 31.12.2017 besteht die Möglichkeit eines Kostenersatzes zwischen den einzelnen Sozialhilfeträgern der Länder nicht mehr. Damit ist aus finanziellen Gründen vielen Menschen ein wesentliches Recht – nämlich ihren Lebensmittelpunkt frei zu wählen – genommen.

Die Betroffenen äußern im allgemeinen den Wunsch nach einen Heimplatz in einem anderen Bundesland nicht ohne Grund, sondern sind durch ihre Lebensverhältnisse dazu veranlasst, ihren Wohnort ändern zu wollen. Anlass ist meist der in einem anderen Bundesland gelegene Wohnort engster Angehöriger, auf die die Bewohnerinnen und Bewohner auch während ihres Heimaufenthaltes sozial und psychisch angewiesen sind. Wie die Praxis zeigt, wird die Mithilfe der Angehörigen auch in den Heimen sehr geschätzt. Diese Unterstützung setzt aber räumliche Nähe voraus. Dass auch der Gesetzgeber den Angehörigen eine starke Stellung einräumt, zeigt nicht zuletzt das kürzlich in Kraft getretene Erwachsenenschutz-Gesetz.

Dazu kommt, dass in allen Sozialhilfegesetzen der Grundsatz der Familiengerechtigkeit enthalten ist, der eine Bedachtnahme auf das soziale Gefüge der Betroffenen verlangt.

#### **Appell der österreichischen Patientinnen- Patienten- und Pflegeanwaltschaften an die Landeshauptleute-Konferenz**

Im Lichte der obigen Ausführungen wandten sich die österreichischen Patientinnen- Patienten- und Pflegeanwaltschaften im August 2018 mit einem dringenden Appell an die Landeshauptleute-Konferenz. Die Bundesländer sollten im Interesse der

pflegebedürftigen Menschen tätig werden und unbürokratisch und rasch im Einzelfall die Möglichkeit eines Einzuges in ein Wohn- und Pflegeheim in einem anderen Bundesland ermöglichen.

Leider ist es bislang nicht gelungen, eine neue Art. 15a B-VG Vereinbarung über den „Kostenersatz in Angelegenheiten der Sozialhilfe“ zwischen den Sozialhilfeträgern der einzelnen Bundesländer zu erreichen.

**Der FSW (Fonds Soziales Wien) gibt zum aktuellen Status für eine unabhängige Förderung von Wienerinnen und Wienern folgende Information (Stand Februar 2019):**

Die 15a B-VG Ländervereinbarung über den Kostenersatz in den Angelegenheiten der Sozialhilfe wurde durch die Länder Salzburg, Steiermark, Oberösterreich, Niederösterreich und Burgenland per 31.12.2017 gekündigt. Kärnten hatte die Ländervereinbarung bereits zum 31.12.2011 gekündigt. Die Ländervereinbarung wird somit nur noch von Tirol, Vorarlberg und Wien aufrecht erhalten, wobei die Verrechnung mit Tirol grundsätzlich auf privatrechtlicher Basis erfolgt.

Der Fonds Soziales Wien unterstützt die Niederlassungsfreiheit innerhalb Österreichs auch für pflegebedürftige Personen. Darüber hinaus ist ein Umzug im Alter auch oft mit einem bestehenden familiären Umfeld verbunden. Deshalb ist für Wienerinnen und Wiener bei entsprechendem Bedarf auch eine Förderung von stationärer Pflege in den Bundesländern möglich.

Um bei den Förderungen von stationären Pflegeleistungen zwischen Wien und den anderen Bundesländern eine Wechselseitigkeit herzustellen, finden laufende Abstimmungen mit Vertretern der Länder statt. Es konnten jedoch bisher keine schriftlichen bilateralen Vereinbarungen mit den Bundesländern abgeschlossen werden.

Als Resultat dieser Abstimmungen erfolgte allerdings die Novellierung des Niederösterreichischen Sozialhilfegesetzes, wodurch eine privatrechtliche Förderung von Niederösterreicherinnen und Niederösterreichern in Wiener Pflegeeinrichtungen ermöglicht wurde.

**Einzelfall: Mehr als 5 Jahre Engagement einer Tochter, um einen Pflegeheimwechsel für die Mutter in ein anderes Bundesland zu erreichen**

Eine in Wien-Umgebung wohnende Tochter versuchte seit 2013 ihre pflegebedürftigen Eltern aus einem Wohn- und Pflegeheim in der Steiermark in ihre Wohnnähe zu holen. Während dieser Zeit verstarb der Vater. Da in der Steiermark weder Verwandte noch Freunde leben, die die hochbetagte Mutter besuchen oder spontan unterstützen könnten, bemühte sich die Angehörige, ihre Mutter in einem Wohn- und Pflegeheim in Niederösterreich oder in Wien unterzubringen.

Die Tochter begründete ihren Wunsch einerseits mit der Vereinsamung der Mutter andererseits aber auch mit dem enormen zeitlichen und finanziellen Aufwand, den die regelmäßigen Besuche in der Steiermark (pro Strecke 200 km) für sie darstellten. Zudem war die Tochter durch die gesundheitlich und sozial sehr schwierige Situation der Mutter sehr belastet.

Die Angehörige wandte sich sowohl an die Steiermärkische als auch an die Niederösterreichische Landesregierung. Alle ihre Ansuchen auf Wohnortwechsel

und Kostenübernahme wurden jedoch mit Verweis auf die geltenden gesetzlichen Regelungen abgelehnt. Die Betroffene konnte jedoch nicht nachvollziehen, dass man nur in demjenigen Bundesland, in dem man mindestens ein halbes Jahr gemeldet ist, Anspruch auf einen Pflegeplatz haben sollte. Im konkreten Fall bestand noch dazu die Schwierigkeit, dass die betagte Frau im Falle einer Wohnortummeldung sofort den Pflegeplatz in der Steiermark verlieren würde und erst sechs Monate später ein Anrecht auf einen geförderten Platz in Wien hätte. Dass zudem zwischenzeitlich mehrere Bundesländer die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über den Kostenersatz in den Angelegenheiten der Sozialhilfe gekündigt hatten, stellte ein zusätzliches Problem dar. Der Fonds Soziales Wien als zuständiger Sozialhilfeträger des Landes Wien hatte sich mehrfach, aber leider erfolglos, dafür eingesetzt, dass diese wechselseitige Verrechnung der Leistungen „Stationäre Pflege“ und des „Allgemein Wohnens“ mit Betreuungs- und Pflegeleistung unverändert fortgeführt werden kann.

Die Tochter wandte sich schließlich mit der Bitte um Unterstützung an die WPPA, da ihre Aktivitäten bei den Landesregierungen keine Fortschritte brachten und sie die Ablehnung als inhuman und als eine unzumutbare soziale Härte empfand.

Die WPPA nahm daraufhin Kontakt mit dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung auf, mit dem Ziel eine Finanzierung des Heimplatzes in Wien doch noch zu ermöglichen und thematisierte den Einzelfall in der ORF-Sendung „Bürgeranwalt“.

Das Land Steiermark erklärte sich daraufhin bereit, die Nettoausgaben, die über die steirische Sozialhilfe im Rahmen des Steiermärkischen Sozialhilfegesetzes für die pflegebedürftige Mutter zur Auszahlung gelangten, im Rahmen einer privatwirtschaftlichen Vereinbarung zwischen dem Land Steiermark und der Tochter, befristet auf einen maximalen Zeitraum von sechs Monaten, gegen Rechnungslegung – analog zum Steiermärkischen Sozialhilfegesetz – zu gewähren, auch wenn sich das Wohn- und Pflegeheim nicht in der Steiermark befindet. Seitens des Fonds Soziales Wien wurde auf die Sechs-Monatsfrist der spezifischen Förderrichtlinie für Wohnen und Pflege (Punkt 4.1.e) hingewiesen.

In der Folge entschloss sich die Angehörige den Differenzbetrag für die sechs Monate privat zu finanzieren. Ihre Mutter konnte schließlich nach mehr als fünf Jahren hartnäckigster Bemühungen in eine Langzeitpflegeeinrichtung in Wien übersiedeln.

Die Heimkommission empfiehlt den Bundesländern neuerlich eine Art. 15a B-VG über Kostenersatz in Angelegenheiten der Sozialhilfe abzuschließen.

### 3.16 Auseinandersetzung mit Aggressions-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement in Pflegeeinrichtungen

Aggressives Verhalten ist ein immer wieder auftretendes und vielschichtiges Problem in den verschiedenen Settings von Pflege und Betreuung und somit auch in Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Laut einer Befragung von Pflegekräften (ZQP, Gewalt in der stationären Langzeitpflege, Juni 2017) ist knapp die Hälfte der Befragten der Meinung, dass der Umgang mit Konflikten, Aggression und Gewalt die stationäre Langzeitpflege besonders herausfordert.

International finden sich wenige Studien, die spezifisch Gewalt in der Pflege thematisieren, sondern das Thema wird im Kontext der Forschung zu Gewalt gegen Ältere aufgegriffen.

Für einen entsprechend professionellen Umgang mit Aggression, Gewalt und Deeskalation in Pflegeeinrichtungen ist es wichtig, unterschiedliche Perspektiven von möglichen Betroffenen zu berücksichtigen, denn Aggression kann von Bewohnerinnen und Bewohnern ausgehen, aber auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, wie auch von Angehörigen. Dabei spielen je nach Gesichtspunkt und Zielgruppen mitunter verschiedene Faktoren eine unterschiedlich große Rolle (u.a. Richter, Dirk: Aggression in der Langzeitpflege. Ein differenzierter Überblick über die Problematik. Bern, curaviva.ch, Jänner 2013; Zentrum für Qualität in der Pflege – ZQP (Hrsg.): Gewaltprävention in der Pflege. Berlin, Juni 2015).

Im Rahmen des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen wurde eine Handlungsleitlinie erstellt, welche die Themenfelder Aggression, Gewalt und Deeskalation behandelt und dabei den verschiedenen Blickwinkeln Rechnung trägt.

Die Grundstruktur basiert auf den Präventionsstufen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Die Primärprävention zielt auf das Erkennen und Berücksichtigen von Risikofaktoren ab, um aggressives Verhalten nicht entstehen zu lassen. Das betrifft z.B. personelle, Interaktions- und Umgebungsfaktoren.

Bei der Sekundärprävention geht es um das ehestmögliche Erkennen von aggressionsauslösenden Faktoren und die unmittelbare Einleitung von Interventionen zur Bewältigung beginnender Aggression. Die beinhaltet z.B. ein strukturiertes und systematisches Vorgehen bei aggressivem Verhalten, um eine Eskalation zu stoppen, die Vorbeugung einer stärkeren Eskalation oder die Minimierung von Risiken. Die Tertiärprävention befasst sich mit der Verminderung von Folgen von Aggression bzw. der Verhinderung von deren Wiederauftreten. Das kann z.B. durch die Nachbereitung eines aggressiven Vorfalls oder die Vermeidung von neuerlicher aggressiver Eskalation durch Besprechung und Analyse des Vorfalls stattfinden (u.a. Stefan, Harald: Gewalt und Deeskalation in Gesundheitseinrichtungen. Praktische Erfahrungen: Reflektieren. Wien 2016; Walter, Gernot; Nau, Johannes; Oud, Nico: Aggression und Aggressionsmanagement. Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, Verlag Huber, 2012).

Neben den drei genannten Zielgruppen sind auch Handlungsfelder auf Organisations-ebene zu berücksichtigen, um in einer Einrichtung einen professionellen Umgang mit



Aggression zu ermöglichen. Einige davon werden hier exemplarisch für das breite Themenfeld dargestellt.

Organisationen und hier insbesondere die oberste Führungsebene, die für die Unternehmenskultur verantwortlich ist, sind gefordert, ein lösungsorientiertes Vorgehen zum Umgang mit Aggression und Gewalt aus unterschiedlichen Perspektiven und zur Vermeidung kritischer (Pfleger-)Situationen zu etablieren. Hierzu gehört es, das sensible Thema Aggression und Gewalt offen und sachlich anzusprechen, ohne Schuldfragen in den Mittelpunkt zu stellen. Nur so kann eine Enttabuisierung des Themas vorangetrieben werden. Als Orientierung für alle Beteiligten ist es hilfreich, organisationsinterne Vorgehensweisen für den Umgang mit Aggression und Gewalt zu erarbeiten und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung zu stellen (u. a. wesentliche Ansprechpersonen und -stellen, ...), z.B. durch die Entwicklung einer organisationsinternen Richtlinie.

Eine Bewusstseinsbildung auf allen Hierarchieebenen ist zu fördern, z.B. indem Ideen und Ziele zum Schutz der Beschäftigten vor Gewalt und Aggression im Leitbild verankert werden, durch eine offene und unterstützende Kommunikationskultur oder einen partizipativen Führungsstil bei der Lösung von Problemen. Führungskräfte sollen sich durch soziale und kommunikative Schlüsselqualifikationen wie Empathie, Konfliktfähigkeit, offenes Gesprächsverhalten, Bereitschaft zur Selbstreflexion auszeichnen und dabei durch Coaching und Weiterbildung unterstützt werden. Auch eine wertschätzende Personalführung, die Beachtung kultureller Aspekte oder die Schaffung und Pflege von transparenten Kommunikationsstrukturen zählen zu Erfolgsfaktoren (Bundesgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW (Hrsg.): Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen. Paderborn, Oktober 2016).

Vor allem die Etablierung einer konstruktiven Fehlerkultur in der Organisation wird nicht nur in der Literatur, sondern auch von befragten Pflegekräften (ZQP, Gewalt in der stationären Langzeitpflege, Juni 2017) als ein wesentliches Element gesehen, um aggressive Verhaltensweisen zu verringern.

Unter organisatorische Aspekte fallen etwa die Gestaltung des Umfelds (Räumlichkeiten, Beleuchtung, Sicherheitsaspekte, ...), die Arbeitsorganisation durch eine entsprechende Personalgestaltung bzw. organisierte Arbeitsabläufe oder organisatorische und personenbezogene Maßnahmen, wie z.B. Vorgehensweisen bei bekannt aggressiven Bewohnerinnen und Bewohnern oder ein adäquates Übergabemanagement.

Im Hinblick auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Organisation muss das Augenmerk auf der geeigneten Auswahl, Qualifizierung und Förderung liegen. Dabei geht es z.B. um die Wahrnehmung und Reflexion von Verhaltensweisen, die Schulung des Kommunikationsverhaltens oder die Möglichkeit, Fortbildungen und/oder Trainings zum Thema Deeskalation zu absolvieren.

Zu einem professionellen Deeskalationsmanagement gehört die Bereitschaft, Deeskalation als Arbeitsgrundhaltung in die vorhandene Unternehmenskultur zu implementieren, eine Gefährdungsermittlung durchzuführen, Qualitätsziele und -kriterien für deeskalierendes Arbeiten zu entwickeln. Dazu braucht es auch einen klaren Auftrag und ein deutliches Bekenntnis der obersten Führungsebene zu dieser

Vorgehensweise (Wesuls, Rolf et al.: Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und aggressiven Verhaltensweisen. Professionelles Deeskalationsmanagement in Einrichtungen für betagte oder schwerst pflegebedürftige Menschen, Personen mit Demenz oder chronischen psychischen Erkrankungen( Institut ProDeMa®, 2014).

Im Sinne der Tertiärprävention sind von der Organisation auch Strukturen zu schaffen, welche geeignete Maßnahmen rund um ein Aggressions-/Gewaltereignis, insbesondere in Bezug auf die unmittelbare Betreuung, die Nachsorge und andere betriebliche Reaktionen, vorsehen.

Insgesamt gilt es, in Organisationen Bewusstsein zu schaffen und ein vertrauensvolles Klima zu etablieren, welches einen offenen und sachlichen Austausch zwischen einzelnen und/oder allen Beteiligten ermöglicht, um dem Thema Aggression und Gewalt situationsbezogen transparent und kritisch begegnen zu können. Nur wenn problematische Situationen bekannt sind und offen diskutiert werden, können präventive Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt und an der richtigen Stelle ansetzen und Eskalationen frühzeitig verhindert werden.

Eine deeskalierende Grundhaltung/Arbeitshaltung unterstützt das Bedürfnis, eigene Arbeitssysteme frei von Gewalt und aggressiven Verhaltensweisen zu halten und zu gestalten. Sie beinhaltet die Bereitschaft, vermeintlich aggressives Verhalten als herausforderndes, abwehrendes oder befremdliches Verhalten umzuinterpretieren und dem gezeigten Verhalten personenzentriert, empathisch und helfend zu begegnen. In jeder Stufe der Entstehung und der Eskalation dieser Verhaltensweisen ist deeskalierendes Arbeiten möglich (Wesuls, Rolf et al.: Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und aggressiven Verhaltensweisen. Professionelles Deeskalationsmanagement in Einrichtungen für betagte oder schwerst pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Demenz oder chronischen psychischen Erkrankungen. Institut ProDeMa®, 2014).

Ein wirksames Deeskalationsmanagement entscheidet darüber, ob ein gezielter, geplanter und damit professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression als Qualitätsziel einer Organisation erreicht werden kann.

Die Heimkommission begrüßt die Auseinandersetzung mit diesem sensiblen Thema und empfiehlt, sich mit Maßnahmen entsprechend der Präventionsstufen Primär-, Sekundär und Tertiärprävention in der eigenen Organisation auseinanderzusetzen und diese auch zu leben, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Fortbildungen zu stärken, eine konstruktive Fehlerkultur zu etablieren und Deeskalationsmanagement als (Arbeits-)Grundhaltung in der Organisation zu implementieren.

#### 3.17 Umgang mit Angehörigen im Rahmen des Pflege- und Betreuungsprozesses

Angehörige und Bezugspersonen spielen eine bedeutende Rolle im Leben von Bewohnerinnen und Bewohnern in Geriatrizentren und Pflegeheimen.

Sie sind Zuflucht, Trösterinnen bzw. Tröster und nicht zuletzt „Nabelschnur“ in die Welt nach draußen. Oft stellen sie für die Bewohnerinnen und Bewohner den einzigen und letzten Kontakt in die „Normalität“ und in die eigene Vergangenheit dar.

Sie können den Bewohnerinnen und Bewohnern helfen, körperlich aber auch seelisch eine Form von Lebensqualität zu leben.

Erstkontakte im Rahmen des Aufnahmeprozesses in einer Langzeitpflegeeinrichtung werden insofern getätigt, als dass die duale Führung der Station (Pflege und ärztlicher Dienst) Angehörige und Bezugspersonen zu einem Erstgespräch einladen. Dabei liegt es an den Angehörigen, dieses Angebot anzunehmen oder nicht.

In diesem Erstgespräch wird der erste Kontakt zum Wohnbereich geknüpft, es besteht auch die Möglichkeit, fachliche Auskünfte zu erhalten. Die räumliche Situation am Wohnbereich wird abgeklärt, die besonderen Bedürfnisse der zu betreuenden Person werden ebenso vorab besprochen, wie eventuell mitzubringende Gegenstände, welche für den betagten Menschen besondere Bedeutung haben. Ebenso geht der ärztliche Dienst auf die Krankheit, Prognose und den möglichen Verlauf der Erkrankung ein. Mögliche Therapien können bereits vorab besprochen werden.

Die Pflegeperson fragt nach besonderen Abneigungen und Vorlieben der zukünftigen Bewohnerin bzw. des zukünftigen Bewohners. In diesem Gespräch wird den Angehörigen auch deren spezielle Expertise im Umgang mit der zukünftigen Bewohnerin und dem zukünftigen Bewohner vermittelt. Es wird gemeinsam der weitere Weg der Zusammenarbeit festgelegt und dabei besonders dabei betont, dass es im Sinne der Lebensqualität der Bewohnerin und des Bewohners nur ein gemeinsames Ziel geben kann.

Am Ende dieses Erstkontakts werden alle Gesprächsinhalte noch einmal zusammengefasst und eventuell auch Telefonnummern ausgetauscht. Ein weiterer Gesprächstermin ca. zwei bis drei Wochen nach Aufnahme wird anberaumt.

Laufende Kontakte mit den Angehörigen liegen im Interesse der Bewohnerin bzw. des Bewohners und des Wohnbereiches, aber auch der Direktion. Durch das Annehmen der Sorgen und Nöte von Angehörigen kann bereits im Vorfeld eine Vertrauensbasis geschaffen werden, um Problemstellungen oder Differenzen gar nicht erst aufkommen zu lassen.

Natürlich unterscheidet sich die professionelle Pflege von der Alltagspflege durch Angehörige, aber im Grundsatz spricht nichts dagegen, Angehörigen eine gewisse Wertschätzung entgegen zu bringen und mit ihnen gemeinsam einfache Pflegehandlungen an „ihren“ Familienmitgliedern durchzuführen. Dies stärkt sowohl die Angehörigen, die Bewohnerinnen und Bewohner aber auch das Pflegepersonal und die Basis der Zusammenarbeit.

Es besteht während dieser gemeinsamen Zeit auch die Möglichkeit, Abläufe zu hinterfragen, Situationen besser erläutern zu können oder einfach gemeinsam Zeit mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner, zu verbringen.

Die Direktion beraumt mindestens einmal im Quartal einen Informationsnachmittag an, in welchem es Austauschmöglichkeiten für Angehörige gibt.

Zwischendurch sieht es die Führung des Hauses aber auch als ihre Aufgabe an, die Wohnbereiche bei divergierenden Meinungen im Umgang mit den Angehörigen insofern zu unterstützen, als dass dann solche Gespräche in der Direktion geführt werden. Inhaltlich werden keinerlei Schuldzuweisungen getätigt, jedoch werden klare Vereinbarungen getroffen, die von allen Seiten verbindlich eingehalten werden müssen. Zu diesen klaren Vereinbarungen gehört es in jedem Fall, Termine für Nachfolgespräche festzulegen und an diesen auch teilzunehmen. Empathischer und wertschätzender Umgangston unterstreicht solche Gespräche zusätzlich und führt letztendlich immer zu positiven Ergebnissen.

Ein besonders positives Beispiel soll an dieser Stelle diesen Prozess darstellen: Die Tochter einer Bewohnerin war von Anbeginn an sehr in die Betreuung eingebunden. Die Gesprächsintervalle durch die Stationsärztin, aber auch durch die Stationsleitung Pflege fanden sich in der Dokumentation wieder. Trotzdem fand drei Jahre nach der Aufnahme ein Gespräch im Beisein der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft (WPPA) statt, da sich die Tochter der Bewohnerin nicht ausreichend über die ärztlichen Interventionen informiert fühlte. Sie gab damals auch an, einen Heimwechsel anzustreben und hätte auch die Unterstützung der WPPA und der Direktion dazu erhalten. Als Alternative wurden der Tochter der Bewohnerin regelmäßige Gespräche in der Direktion angeboten, was diese auch gerne angenommen hat. Es wurde vereinbart, dass sie vor jedem Besuch der Mutter in der Pflegedirektion einen kurzen Austausch über die derzeitige gesundheitliche Situation ihrer Mutter führen würde. Dies war für beide Seiten sehr befruchtend, da die Tochter schon vorab Informationen über die Betreuung erhielt. Es bestand in diesen Gesprächen auch die Möglichkeit, sich eine zusätzliche Meinung zu holen. Es wurde mit der Tochter auch über ihre eigene Situation gesprochen. Sie hatte die Möglichkeit, auch ihre psychische Belastung auszudrücken, was sie bis zum Schluss als sehr positiv erlebte. Die Zusammenarbeit mit der Tochter der Bewohnerin wurde sowohl vom Pflegepersonal als auch der Ärztin eher belastend erlebt. Durch die Interventionen von außen, in dem Fall der Pflegedirektion, wurden diese Belastungen bereits vom Wohnbereich genommen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnten sich kompetent und professionell um die Bewohnerin kümmern.

Natürlich hängt es immer von den handelnden Personen ab, ob Prozesse wie diese positiv gesteuert werden können, aber wie in dem beschriebenen Fall dargestellt, hätte man sich von Anfang an dieses Procederes bedienen können, die Tochter hätte sich wertgeschätzt und angenommen gefühlt und nicht erst das Herantreten an die WPPA hätte zu diesen Interventionen geführt.

Die Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege und Betreuung ist eine wesentliche Voraussetzung, um die jeweiligen Bedürfnisse und Präferenzen aller Beteiligten zu erkennen und einen gemeinsamen Weg festzulegen.

Die Heimkommission empfiehlt daher der Kommunikation zwischen den zu Betreuenden und deren Angehörigen die größtmögliche Aufmerksamkeit zu schenken.

#### 3.18 Herkunft BKS-P – kulturelle Vielfalt in den Häusern zum Leben Porijeklo BKSP – raznovrsnost kultura u kucama za zivot Pochodzenie BKS-P – różnorodność kulturowa

Während des Wirtschaftsbooms in den 1970er Jahren sind viele (vorwiegend männliche) sogenannte Gastarbeiter nach Österreich gekommen. Dies war der Tatsache geschuldet, dass die Nachfrage an Arbeitskräften nicht nur durch die österreichische, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehende, Bevölkerung abgedeckt werden konnte. Zu Beginn dieser Entwicklung war es noch nicht absehbar, dass ein Großteil der sogenannten Gastarbeiter aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei ihren Lebensmittelpunkt nach Österreich verlagern werden.

Durch äußere Einflüsse, wie zum Beispiel der Jugoslawien-Krieg Anfang der 1990er Jahre, gute Integration und auch der sozialen Sicherheit hier im Land kam es zu einem vermehrten Nachzug der Familien und so wurde Österreich zu einer neuen Heimat für viele nun ehemalige Gastarbeiter. Dies führt dazu, dass auch Menschen mit Migrationshintergrund mit ihren Bedarfen und Bedürfnissen den Zugang zum Pflege- und Betreuungsangebot in Österreich suchen und sich die Institutionen auf diese Entwicklung einstellen müssen.

In der Unternehmensethik des Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) mit seinen 30 Häusern zum Leben und auch in dessen Statut ist dies fest verankert, nämlich im Angebot bedarfsorientierter Leistungen für alle Bevölkerungsgruppen, unabhängig von der Herkunft und Religion.

Um die Betreuungs- und Serviceleistungen im KWP noch zielgerichteter und in Rücksichtnahme auf ethnische Bedürfnisse anbieten zu können, wurde im Jahr 2017 eine Arbeitsgruppe beauftragt in diesem Sinne Optimierungen zu konzipieren.

Vorrangig bezog sich diese Projektarbeit auf betagte Menschen aus den Herkunftsländern Bosnien, Kroatien, Serbien und Polen (BKS-P) mit der Zielsetzung:

- Menschen mit diesen Migrationshintergründen ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen entsprechend zu pflegen und betreuen.
- Das nachbarschaftliche, soziale Miteinander von Bewohnerinnen und Bewohner unterschiedlicher Herkunft möglich zu machen bzw. zu unterstützen.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im KWP dementsprechend zu sensibilisieren und zu befähigen.

Begonnen wurde mit einer Feldanalyse, aufgrund derer man einzelne Pensionisten-Wohnhäuser für die Projektarbeit bzw.-umsetzung auswählte.

Diese Projektgruppe setzte sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedensten Berufsgruppen (Teamleitungen aus Betreuung und Pflege, Direktorinnen und Direktoren, Expertinnen und Experten der Wiener Pensionistenklubs, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Expertinnen und Experten des gastronomischen Managements) zusammen, die zum Teil natürlich auch unterschiedliche ethnische Herkunft haben. Pilothäuser für die Umsetzung waren die Pensionisten-Wohnhäuser Wieden, Margareten, Schmelz und Rudolfsheim. Im Frühsommer 2017 gab es eine große Info-Veranstaltung, zu der seitens der Geschäftsleitung des KWP Vereine und Institutionen aus diesen Communities eingeladen wurden. Weiters gab es Präsentationen in Vereinen. Es wurden Feste (z. B Kulturstraßenfest des Hauses Margareten,

Feier im Rahmen des 8. März – Weltfrauentag – im Haus Wieden, Maifest im Haus Schmelz) und diverse Veranstaltungen unter Einbeziehung der Communities veranstaltet. Nach intensiver, interdisziplinärer Auseinandersetzung im Projektteam wurden folgende Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner umgesetzt:

- **„Sprache schafft Vertrauen“** - daher werden muttersprachliche Medien, Beratung und Begleitung sowie Gruppenaktivitäten in der Muttersprache angeboten. Jedes KWP-Haus verfügt über einen WLAN-Anschluss, aufgrund dessen auch Medien in der Muttersprache genutzt werden können. Selbstverständlich kommuniziert das Personal mit gleichem Migrationshintergrund mit Bewohnerinnen und Bewohnern aus den Herkunftsländern BKS-P in der Muttersprache.
- **Werbemittel in den entsprechenden Sprachen**, wie z. B. Folder
- **Kulinarik:** Das gastronomische Management im KWP hat seine Speisen- und Essensangebote hinsichtlich der BKS-P-Länder erweitert. Somit können alle Bewohnerinnen und Bewohner auch diese am Menüplan finden und – sofern man nicht aus diesen Ländern stammt - eine kulinarische Reise wagen (Sarma, Cevapcici, Leniwe, Hurmasice, Cupavci usw.).
- Es wurden auch die Möglichkeiten erweitert, die eigene **Religion leben** zu können.
- Es werden auch im Sinne einer wertschätzenden Integration **kulturelle, regionalpolitische Besonderheiten** (wie Feiertage) in den Alltag eingebunden.
- **Feiern und Veranstaltungen** (Tanz und Musik) als Ausdruck der Lebensfreude. Es werden Künstlerinnen und Künstler aus dem Balkanraum und Polen engagiert bzw. Veranstaltungsangebote erweitert. Das KWP feiert zusätzlich zu wöchentlichen Konzerten und Veranstaltungen bereits sechs große Feste im Jahr. Diese werden um vier interkulturelle Veranstaltungen erweitert.
- Die **Biografiearbeit** ist ein professioneller Bestandteil der Betreuung und Pflege im KWP. Den Bewohnerinnen und Bewohnern aus BKS-P stehen dafür Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gleicher Muttersprache zur Verfügung, die auch im gleichen Maße mit dem kulturellen Hintergrund sensibilisiert sind.
- Das diesbezügliche Personal trifft sich regelmäßig zum **Erfahrungsaustausch und zu gemeinsamen Workshops**. Diversität im KWP ist kein Fremdbegriff, sondern wird in allen Bereichen gelebt.

Zusammenfassend kann von einem sehr gelungenen Projekt bzw. dessen Umsetzung gesprochen werden. Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund werden entsprechend ihrer Herkunft mit einem erweiterten Angebot betreut und gepflegt. Im Sinne der gelebten Diversität und der Lebensqualität im KWP entsteht dadurch für alle Bewohnerinnen und Bewohner – unabhängig ihrer Herkunft.– ein Mehrwert und eine Steigerung der Lebensqualität.

Im Sinne einer weiterführenden Akquise neuer Zielgruppen (auch aus anderen Herkunftsländern) pflegt das KWP intensiv den Kontakt zu den Communities bzw. kooperiert man mit diversen Kulturplattformen, sowie mit der Magistratsabteilung 17 (Abteilung für Diversität).

Die Wiener Heimkommission empfiehlt im Sinne des Inklusionsgedankens und der Diversität weiterführende bzw. ähnliche Projektmaßnahmen in den Häusern zum Leben bzw. auch in anderen Seniorinnen- und Senioreneinrichtungen der Stadt Wien.

#### 3.19 Ethische Entscheidungen in der Geriatrie

Die Entscheidungsfindung zu Therapieoptionen in der Geriatrie ist durch die Tatsache bestimmt, dass es um Patientinnen und Patienten geht, die auch Kraft der demografischen Realität ihrem Lebensende näher gerückt sind. Dies stellt eine gewisse Spezifität der Geriatrie dar.

Es geht in der Geriatrie um Menschen, die wegen der typischen Multimorbidität und des höheren Risikos für Funktionsverluste im somatischen, psychischen und sozialen Bereich zunehmend in ihrer Autonomie und Selbständigkeit behindert und deshalb hilfs- und betreuungsbedürftig, somit besonders vulnerabel sind.

In der Geriatrie werden Menschen meist in einem Umfeld betreut, welches von ihnen nicht freiwillig gewählt wurde, nicht nur einen kurzen Ausschnitt ihrer Biographie lang, sondern meist während ihres gesamten letzten Lebensabschnitts.

Aus diesem Grund sollten ethische Überlegungen bei der Entscheidungsfindung mit und für die geriatrische Patientin bzw. den geriatrischen Patienten ein fundamentaler Bestandteil der geriatrischen Aktion sein. Bei der Beschäftigung mit Fragen der Ethik geht es um die Suche nach Prinzipien und Grundlagen für ein gerechtes, sinnvolles, vernünftiges, einsichtiges, gutes, empathisches Entscheiden und Handeln.

Zunächst muss die Frage geklärt werden, unter welchen Bedingungen es zulässig ist, eine therapeutische Maßnahme durchzuführen. Nicht erst der Abbruch einer medizinischen Maßnahme, schon deren Initiierung bedarf einer Rechtfertigung.

Voraussetzung für alle medizinischen Maßnahmen ist die Beachtung der - in der Medizin allgemein anerkannten - ethischen Prinzipien (Beauchamp, Childress 1994). Es geht um das Benefizprinzip, also um die Verpflichtung zum Wohl der Kranken zu handeln, dann um das im Umkehrschluss geltenden Non-Malefizprinzip, der Verpflichtung nicht zu schaden. Weiter geht es um die Verpflichtung, die Autonomie, die individuelle Persönlichkeit der Patientin bzw. des Patienten und ihr bzw. sein Recht auf unabhängige Selbstbestimmung zu respektieren, wenn es um deren bzw. dessen eigene Wertvorstellungen, Lebensprojekte, sowie physische und psychische Integrität geht. Schließlich gilt das Prinzip der Gerechtigkeit als Verpflichtung, Diskriminierung zu vermeiden, nicht auf Grundlage irrelevanter Merkmale zu unterscheiden, Ressourcen gleich, nicht willkürlich zu teilen.

Daraus leiten sich drei Legitimationsvoraussetzungen für die Entscheidung über eine therapeutische Maßnahme ab (*Marckmann, in der Schmitten 2010*):

1. Die Maßnahme soll der Patientin bzw. dem Patienten insgesamt mehr nutzen als schaden
2. Die Patientin bzw. der Patient muss nach Aufklärung der Maßnahme zustimmen
3. Die Maßnahme muss medizinischen Standards entsprechen. Sie muss „lege artis“ sein.

Auf eine therapeutische Maßnahme (konsequenterweise schon vorher auch auf eine diagnostische Maßnahme) sollte verzichtet werden, wenn nur eine der Legitimationsvoraussetzungen nicht erfüllt ist. Die Schwierigkeiten bei diesem individualetisch begründeten Therapieverzicht liegen in der zuverlässigen Bestimmung der Nutzlosigkeit einer medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahme

und in der eventuell vorhandenen fehlenden Einwilligungsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten.

Bei der Beurteilung der Nutzlosigkeit einer med. Maßnahme („Futility“) hilft es, zwischen individuellem Nutzen und der Wirksamkeit zu unterscheiden:

Eine Maßnahme kann zwar theoretisch, sozusagen physiologisch wirksam, einen Effekt haben, aber für die Patientin bzw. den Patienten ohne individuellen Nutzen sein – nur dieser ist für die Frage der Initiierung bzw. die Beendigung einer therapeutischen Maßnahme entscheidend.

Die Beurteilung des Nutzens stützt sich primär auf die Evidenz aus klinischen Studien (EBM), auf darauf basierenden klinischen Leitlinien und Konsensempfehlungen, weiter auch auf individuelle ärztliche Expertise.

Es gibt nach Marckmann und In der Schmitten zwei Möglichkeiten den Nutzen einer medizinischen Maßnahme zu beurteilen:

1. die enge Definition von Nutzlosigkeit, wonach eine Maßnahme nutzlos ist, wenn sie keine physiologische Wirksamkeit hat. Diese bedarf fundierter medizinisch-fachlicher Urteile.
2. die Definition in einem weiteren Sinne betrachtet eine Maßnahme als nutzlos, wenn sie z.B. nur geringe Erfolgsaussichten hat, keine erstrebenswerten Behandlungsziele bietet, nur eine inakzeptable weitere Lebensqualität in Aussicht stellen kann, mehr Schaden als Nutzen erwarten lässt. Diese ist wertend und sollte der Patientin bzw. dem Patienten überlassen werden, wenn sie bzw. er dazu in der Lage ist.

In der Geriatrie beschäftigt man sich häufig mit Patientinnen und Patienten, deren Entscheidungskompetenz auf Grund kognitiver Defizite in Frage gestellt werden könnte. Die Einwilligungsfähigkeit ist oft auch nur graduell gegeben. Es genügt aber, wenn sie für die aktuell anstehende Entscheidung gegeben ist. Aus ethischer Sicht soll eine der Situation angepasste Aufklärung auch bei nur eingeschränkt entscheidungsfähigen Patientinnen und Patienten erfolgen, auch wenn aus rechtlicher Sicht die Bestellung einer Erwachsenenvertretung erforderlich wäre (Hick 2006). Eine Infantilisierung geriatrischer Patientinnen und Patienten mit kognitivem Defizit ist falsch und unethisch. Kognitive Beeinträchtigung – Demenz – heißt nicht gleich Unfähigkeit zu verstehen. Demenz schließt das Verständnis und die Fähigkeit, unabhängig zu wählen und zu entscheiden nicht prinzipiell aus.

Beim tatsächlichen Fehlen von Entscheidungsfähigkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten, z.B. bei einem fortgeschrittenen kognitiven Defizit, hilft die Frage nach deren mutmaßlichen Willen. Hinweise darauf gibt es durch Angehörige, durch vom Patientinnen und Patienten früher designierte Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter. Dies ist auch die tatsächliche Funktion der „beachtlichen“ Patientenverfügungen – sie stellt den besten Hinweis auf den mutmaßlichen Willen der Patientin bzw. des Patienten. Wenn auch dies nicht möglich ist, hilft die Frage danach, was die betroffenen Person bestimmt nicht wollen würde: Schmerzen, Hunger und Durst spüren, Kälte, Entblößung, verlassen sein: (Loewy 1995)

Natürlich dominiert und determiniert der Wille der Patientin bzw. des Patienten, alle Entscheidungen in der Geriatrie, in den meisten Situationen auch bei kognitiver



Beeinträchtigung. Es ist aber zu bedenken, dass die Frage nach dem (mutmaßlichen) Patientinnen- bzw. Patientenwillen oft nicht mehr relevant ist, wenn es für die zur Diskussion stehende therapeutische Maßnahme gar keine sinnvolle medizinische Indikation mehr gibt.

Auch nach Borasio, soll vor den Überlegungen über den Patientinnen- bzw. Patientenwillen immer die Frage der allgemeinen medizinischen Indikation geklärt sein.

Diese kann mit zwei Fragen geklärt werden:

1. Gibt es ein vernünftiges Therapieziel?
2. Ist dieses Ziel auch realistisch erreichbar?

Erst wenn diese Fragen mit „ja“ beantwortet wurden, kann man zur individuellen Indikationsprüfung schreiten und fragen, ob dieses Therapieziel auch mit dem deklarierten oder mutmaßlichen Patientenwillen übereinstimmt (*Borasio 2006*).

Die Frage nach dem mutmaßlichen Patientinnen- bzw. Patientenwillen ist oft entbehrlich, denn für die zur Diskussion stehende therapeutische Maßnahme gibt es oft keine medizinische Indikation mehr, es besteht kein vernünftiges Therapieziel, bzw. ein solches kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht mehr erreicht werden.

Die österreichische Bioethikkommission erklärt als rechtliche Voraussetzungen für die Durchführung einer medizinischen Maßnahme einerseits das Vorhandensein einer Indikation, andererseits die Einwilligung durch die einsichts- und urteilsfähige Patientin bzw. den einsichts- und urteilsfähigen Patienten. Die Beurteilung, ob letzteres Kriterium vorliegt, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Eine medizinische Indikation ist entscheidend für die Durchführung oder Unterlassung einer Therapie, sie ist bei mangelnder Wirksamkeit nicht gegeben, dies gelte laut Bioethikkommission insbesondere bei einer sterbenden Patientin bzw. einem sterbenden Patienten. (*Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2011*)

Es geht also bei der Frage der Therapieentscheidungen am Lebensende (aber selbstverständlich nicht nur in dieser Lebensphase) primär um das Stellen einer medizinischen Indikation für eine medizinische Therapie, und ob der erwartete Nutzen die möglichen Nachteile überwiegt. Erst dann stellt sich die Frage, ob die betroffene Patientin bzw. der betroffene Patient nach adäquater Aufklärung dieser medizinischen Handlung zustimmt bzw. ob er überhaupt in der Lage ist zuzustimmen.

Was die geforderte Beurteilung des Nutzens und somit der Indikation einer therapeutischen Intervention an Hand von wissenschaftlicher Evidenz betrifft, gibt es in der Geriatrie, insbesondere für die offensichtlich am Lebensende angelangten multimorbiden, vulnerablen Menschen im fortgeschrittenen Stadium der Frailty Fragen:

#### **Wie erkennt man, dass die Patientin bzw. der Patient in seine letzte Lebensphase eingetreten ist?**

Nach Gillick ist die letzte, die terminale, Lebensphase geriatrischer Patientinnen und Patienten gekennzeichnet durch eine permanente schwere Behinderung bei der selbständigen Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens, welche sich trotz qualifizierter geriatrischer therapeutischer und rehabilitativer Bemühungen nicht bessert. Diese Personen sind immobil bis bettlägerig, sie bedürfen intensiver pflegerischer Maßnahmen, ihre Lebenserwartung beläuft sich auf maximal zwei Jahre.

(Gillick 1996). Dies entspricht einer „End-Stage Frailty“ deren Entwicklung durch verminderte Muskelkraft, Sarkopenie, Gewichtsverlust, herabgesetzte physische Belastbarkeit, rasche Ermüdung, Fatigue, mangelnde Ausdauer, Gleichgewichtsstörung, Gangunsicherheit gekennzeichnet ist. Deren Folgen sind Stürze und Frakturen, Behinderungen in den instrumentalen bis basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's), erhöhter Hospitalisierungsbedarf, kontinuierlicher Betreuungs- und Pflegebedarf und hohe Mortalität. (Fried 2001, Walston 2003)

Dieses klinische Konstrukt der terminalen Lebensphase geriatrischer Patientinnen und Patienten konnte in einer prospektiven Untersuchung validiert werden (Frohnhofen 2011). Im Rahmen einer globalen, teambasierten klinischen Beurteilung nach einem einwöchigen interdisziplinären geriatrischen Behandlungsversuch an einer Abteilung für Akutgeriatrie konnte die Assoziation zwischen dieser Beurteilung und dem Risiko während des stationären Aufenthaltes zu versterben verlässlich bestimmt werden.

Geriatrische Patientinnen und Patienten weisen am Lebensende häufig drei Charakteristika auf:

3. Sie bzw. er hat insgesamt eine zwar schlechte, aber unsichere Prognose
4. die Therapie kann lebensverlängernd sein, ist aber oft belastend und nicht mit einer Verbesserung der Lebensqualität einhergehend
5. es bestehen hoher Pflege- und Betreuungsbedarf und kognitive Beeinträchtigung

In dieser Situation gibt es zwei mögliche Wege:

6. bestmögliche Symptomkontrolle, Wahrung optimaler Lebensqualität und Würde – aktive Palliative Care
7. belastende Behandlung mit mehr oder minder großer Hoffnung auf sinnvollen Nutzen für die Patientin bzw. den Patienten.

Das Erkennen der „End of Life“ Phase, einer absehbar reduzierten Lebenserwartung, stellt weiterhin eine große klinische Herausforderung dar und bedarf häufiger interdisziplinärer Evaluierung der individuellen Situation der Patientin bzw. des Patienten – am besten im Rahmen eines qualifizierten geriatrischen Assessments.

Ein weiteres Problem bei der Beurteilung des Nutzens einer therapeutischen Intervention liegt darin, dass es für die geriatrische Patientinnen- und Patientengruppe nur relativ wenig Evidenz für die Wirksamkeit der meisten medikamentösen Therapien gibt. Es ist weiterhin eine Tatsache, dass die meisten klinischen Zulassungsstudien Personen höheren Alters, insbesondere, wenn sie multimorbid und frail sind, ausschließen. Dies stellt eine Form der Altersdiskriminierung („Ageismus“) und damit ein signifikantes ethisches Problem dar (Cherubini 2011).

Dieser Tatsache sollte man sich bei der Entscheidung um die Initiierung bzw. Beendigung einer medikamentösen Therapie bei geriatrischen Patientinnen und Patienten bewusst sein, vor allem wenn es sich um Therapieentscheidungen in der letzten Lebensphase handelt.

Es gibt wenige konkrete, auf Evidenz basierte Empfehlungen zur Pharmakotherapie am Lebensende. Folgende Faktoren wären zu berücksichtigen (O'Mahony, O'Connor 2011):

- die zu erwartende Lebenserwartung
- Therapieziele (z.B. Symptomkontrolle versus längerfristige Prävention)

- „Time-to-benefit“ der verordneten Medikamente (möglicherweise länger als die realistisch geschätzte Lebenserwartung)
- Probleme der Verabreichung der Medikamente
- Probleme beim Entzug diverser Pharmaka (z.B. Corticosteroide, Benzodiazepine)
- Patientinnen bzw. Patienten betrachten die Verordnung von Medikamenten als Ausdruck der Arzt-Patient-Beziehung, deren Absetzen als Abbruch dieser Beziehung.

Prinzipien der Medikamentenverordnung am Lebensende  
(nach O'Mahony & O'Connor, 2011):

- Lebensverlängernde Medikation ist nicht unbedingt angebracht
- Primär präventive medikamentöse Maßnahmen sind allgemein nicht indiziert – die Lebenserwartung ist meist kürzer als die Zeit, bis der primär präventive Effekt zum Tragen kommen kann („time-to-benefit“)
- Sekundär präventive Maßnahmen bedürfen einer genauen Evaluierung und sollten fortgesetzt bzw. initiiert werden, nur wenn der zu erwartende Nutzen in der zu erwartenden Lebenserwartung zum Tragen kommen kann
- Allgemein sollte man sich auf maximal fünf verschiedene Pharmaka pro Tag beschränken – bei mehr Medikamenten ist die Compliance schlechter und das Risiko einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) signifikant höher
- Zentrale Bedeutung hat die Bestimmung der Therapieziele zusammen mit der Patientin bzw. dem Patienten bzw. dessen bzw. deren Angehörigen und Betreuungspersonen. Dies führt eher zu angemessenen Medikamentenverordnungen
- Medikamente einzeln, nacheinander absetzen, um eventuell nachteilige Effekte der Medikamentenabsetzung genau zuordnen zu können
- Weniger Medikamente, in weniger Einzeldosen sollten angepeilt werden – ev. durch 1 x täglich Verordnung entsprechend retardierter galenischer Formen
- Zusammenarbeit mit klinischer Pharmazie

In der Geriatrie agiert man oft im Spannungsfeld zwischen einerseits der Forderung nach höchstmöglicher Autonomie und andererseits der Verpflichtung den meist hochaltrigen, funktionell mehrfach behinderten, multimorbiden Patientinnen und Patienten optimale fürsorgliche, medizinische und pflegerische Betreuung angedeihen zu lassen. Diese bedeutet aber eine gewisse Erosion der Autonomie. Das Prinzip der individuellen Autonomie wird sozusagen vom Wohltätigkeitsprinzip untergraben. Doch der in der gegenwärtigen Medizin allgegenwärtige Anspruch auf individuelle Autonomie wird gerade in der Situation der gebrechlichen geriatrischen Patientin bzw. des gebrechlichen geriatrischen Patienten zuletzt immer häufiger auch relativiert. *Thedda Rehbock* spricht sogar von einem Mythos, dass die sich aus der Menschenwürde ableitende Patientinnen- bzw. Patientenautonomie die einzige ausschlaggebende Dimension bei der Entscheidungsfindung in der Geriatrie wäre.

Die tägliche Realität der Geriatrie zeigt, dass ohne optimale Fürsorge in Form adäquater Beratung und persönlicher, empathischer Anteilnahme und Begleitung, Betreuung, Pflege für die Patientin bzw. den Patienten die Gefahr bestünde in einen gewissen Autonomismus, in das sich Verlassen auf die autonome Entscheidung von Menschen, die nicht mehr sicher dazu in der Lage sind, abzugleiten. Es bestehe die Gefahr einer indifferenten, gleichgültigen Haltung, die nur noch den autonomen Kunden sieht und sich nicht um die Folgen kümmert.

Deshalb meint die Philosophin und Ethikerin *Rehbock* „Die Begrenzung der Autonomie zu akzeptieren, vor allem auch im hohen Alter mit seinem zunehmenden Hilfs- und

*Unterstützungsbedarf, ist eine Voraussetzung für ein gelingendes Alter und kein Widerspruch zum Grundsatz der Alterspflege, alles daran zu setzen, die Selbständigkeit möglichst zu wahren oder wieder zu erlangen.“ (Rehbock 2002)*

Autonomie ist nicht der ultimative Wert, wie er seit Jahren von der Medizinethik propagiert wird – sie ist ein Wert von vielen. Patientinnen und Patienten erwarten nicht primär den Respekt ihrer Autonomie, sondern empathische Güte („*kindness*“). Diese vermittelt die Gewissheit der eigenen Kontrolle über lebenswichtige Entscheidungen, sie lässt aber auch die Möglichkeit zu, schwierige Entscheidungen, die man nicht machen will bzw. kann zu übernehmen, oder der Patientin bzw. den Patienten dabei zu begleiten, sie bzw. ihn anzuleiten. (*Schneider 1998*). Manchmal ist der empathische, mitfühlende Weg, die Patientin bzw. den Patienten zur richtigen, guten Entscheidung anzuleiten, sie bzw. ihn dabei zu begleiten der richtige.

Neben Fachkompetenz ist gerade in der Geriatrie eine zusätzliche Dimension notwendig: *Frengley* fordert, dass man als professionell in der Geriatrie Engagierte „*guardians of kindness*“ – Hüterinnen bzw. Hüter der Güte, Empathie – in der Betreuung älterer Menschen sein sollte. (*Frengley 1996*) Tatsächlich kann man oft nichts Wichtigeres mehr tun. Jedoch: Güte, Empathie auszuüben kann die Ärztin bzw. den Arzt, die Pflegeperson verunsichern, denn da heißt es Emotionen zeigen, die sie bzw. er zu verbergen gelernt hat. Empathie könnte deshalb gemieden werden. Diese Empathie kann man nicht nur auf Basis der Theorievermittlung erlernen. Deshalb sollte Geriatrie Eingang in die praktische ärztliche Ausbildung finden. Die Kombination von fachlich kompetentem, ethischem und auch gütigem, empathischem Handeln wäre wohl ideal.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, in den Strukturen der ambulanten und stationären Betreuung vulnerabler, gebrechlicher, in ihrer Autonomie und Selbständigkeit eingeschränkter Menschen eine regelmäßige Befassung mit ethischen Fragen zu gewährleisten. Dies kann nachhaltig im Rahmen multiprofessioneller, dokumentierter Fallbesprechungen und Fortbildungsaktivitäten im interdisziplinären Team erfolgen.

### 3.20 Projekt „Forschungsküche im KWP“

#### Einleitung:

Die Teams der 30 Frischküchen des KWP versorgen täglich mehr als 9000 Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aber auch Kindergärten, Tageszentren und Pflegewohnhäuser in der Stadt mit frisch gekochten Speisen.

Unterstützt werden sie dabei durch den Fachbereich Gastronomisches Management, kurz BGM. Im Rahmen des Qualitätsmanagements wird hier an der strategischen Entwicklung und Umsetzung kundenorientierter Abläufe und neuer Produkte gearbeitet. Im Vordergrund steht die Ausrichtung auf zukünftige Bedarfe und auf neue bzw. geänderte Anforderungen an die Gastronomischen Leistungen.

#### Das Projekt:

Zur ergebnisorientierten und strukturierten Beschäftigung mit diesem vielfältigen Themenkomplex wurde im März 2018 das Projekt „Forschungsküche im KWP“ gestartet.

Zu den verschiedenen Themen arbeiten in interdisziplinär zusammengestellten Projektgruppen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus vielen Fachabteilungen und Bereichen zusammen. Betreuung, Pflege, Diätologie, Ernährungsberatung und Küche, aber auch Bewohnerservice und Beschaffung. Zudem werden je nach Thema Angehörige und Bewohnerinnen bzw. Bewohner einbezogen und die Zusammenarbeit mit Universitäten und Fachhochschulen angestrebt.

#### Der Projektzieleplan enthält folgende Punkte:

- Trendforschung, Trendumsetzung / Neudefinition des gastronomischen Angebots
- Weiterentwicklung des Angebotes an gemixter Kost
- Palliativ Care - Essen und Trinken in der letzten Lebensphase
- Demenz-Biografiearbeit-Rezepte aus der Vergangenheit
- Zusatznahrung aus Eigenproduktion
- Ethik des Essens

#### Informationen zum Projektstatus

##### 1. Palliativ Care – Essen und Trinken in der letzten Lebensphase

Vorangegangen war die Implementierung des Konzeptes „Palliative Versorgung, Betreuung und Pflege“ im KWP. Das bedeutet, dass in allen Häusern des KWP palliative Pflege und Betreuung ermöglicht wird.

Zur laufenden Umsetzung mussten neben der medizinischen, pflegerischen und Betreuungsebene auch die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen in gastronomischer Hinsicht berücksichtigt, sowie Angebote für die An- und Zugehörigen überlegt werden.

So wurde in einer Projektgruppe das Konzept **„Gastronomische Versorgung bei palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern und deren An- und Zugehörigen“** ausgearbeitet und wird seit Herbst 2018 KWP-weit umgesetzt.

Die Ziele der palliativen Pflege und Betreuung sind die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen. Die Bewohnerinnen und Bewohner sollen jene individuelle Unterstützung erhalten, die es erlaubt, eine bestmögliche Lebensqualität für die verbleibende Lebenszeit zu erreichen.

Im Konzept wurden die Angebote und interdisziplinären Abläufe definiert und die Umsetzung in der Praxis beschrieben.

#### Die einzelnen Punkte:

- **Palliative Betreuung: Wunschgericht während dieser Phase**

**Ziel:** Im KWP können betroffenen Personen während der palliativen Versorgung individuelle Speisewünsche erfüllt werden. Dies ist grundsätzlich möglich, weil alle Mahlzeiten in den Frischküchen der Häuser des KWP zubereitet werden und daher die erforderlichen Ressourcen vorhanden sind. Sollte das Küchenpersonal nicht oder nicht rechtzeitig in der Lage sein, das gewünschte Gericht zu produzieren, kann auch auf andere Bezugsquellen zurückgegriffen werden.

- **(Prä-)Terminale Versorgung: Förderung des individuellen Genusserlebnisses.**

**Ziel:** Eine aktivierende und positiv stimulierende Mundpflege nach den Grundsätzen der basalen Stimulation, welche die Ressourcen und Gewohnheiten der Betreuten mit pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen der Pflegenden vereint, wird erleichtert. Sterbende Menschen sind in ihrer Wahrnehmung schwer beeinträchtigt. Die Mundpflege hat in der Pflege von schwerstkranken und sterbenden Personen eine große Bedeutung. Schleimhautveränderungen, wie starke Mundtrockenheit, sind häufige Symptome. Durch die Anregung des Speichelflusses wird die Mundschleimhaut befeuchtet, was wiederum zur Schmerzlinderung führt.

- **An- und Zugehörige: Verpflegung während der Begleitung Sterbender**

**Ziel:** An- und Zugehörige haben die Gelegenheit, die ihnen Nahestehenden in der Sterbephase zu begleiten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind achtsam und können den An- und Zugehörigen in dieser Situation zur Seite stehen und ihnen eine Verpflegung anbieten. Es besteht Sicherheit für das jeweils zuständige Personal in der Umsetzung von Prozessen und Abläufen.

- **Trauerbegleitung – ein wesentlicher Teil einer guten Palliativ-Versorgung.**

An- und Zugehörige kommen ein letztes Mal ins Haus um Administratives zu besprechen bzw. die Wohnung zu räumen. In diesen Fällen ist es ein selbstverständlicher Teil der Unternehmenskultur, den Angehörigen ein Heiß- oder Kaltgetränk im Rahmen der Gespräche anzubieten.

#### Ergebnisse des Konzeptes „Gastronomische Versorgung bei palliativen Bewohnerinnen und Bewohnern und deren An- und Zugehörigen“:

- Für Bewohnerinnen und Bewohner, die im KWP palliativ gepflegt und betreut werden, wird sowohl in der palliativen Phase, als auch in der (Prä-) Terminalphase eine bedürfnisorientierte Verpflegung angeboten.
- An- und Zugehörige haben in der letzten Lebensphase ihrer Nächsten nicht nur die Möglichkeit im KWP zu übernachten, sondern werden vorübergehend verpflegt, ohne dass Kosten dafür entstehen.
- Für das Pflegepersonal der Häuser ist klar ersichtlich, welche Möglichkeiten der gastronomischen Versorgung für Bewohnerinnen und Bewohner und für die An- und Zugehörigen angeboten werden und wie die Prozesse ablaufen. (Vergleichbarkeit der Häuser, Sicherheit für das Personal durch festgelegte Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten)

- Das KWP wird als eine Einrichtung wahrgenommen, die den palliativen Gedanken unter Einbeziehung aller Bereiche umsetzt. Die gastronomische Versorgung ist Teil eines funktionierenden, interprofessionellen Betreuungsnetzwerkes, bei dem Betroffene auf eine abgestimmte Fürsorge vertrauen können und An- und Zugehörige eingebunden sind.

#### **Weiterentwicklung des Angebotes an gemixter Kost – Gaumenweiches Schwarzbrot für Seniorinnen und Senioren mit Kau- und Schluckbeschwerden**

Die Forschungsküche der „Häuser zum Leben“ hat es sich zur Aufgabe gemacht ein ansprechendes Speisenangebot für Bewohnerinnen und Bewohner mit Kau- und Schluckbeschwerden zu entwickeln.

Im Einklang mit dem Bekenntnis zur Frischküche wird großer Wert auf eigene Lösungen und Rezepturen und auf Eigenproduktion gelegt. Die Patisserie der Häuser zum Leben hat bereits Ende 2017 weiche Mehlspeisen, wie z.B. Sachertorte und Topfen-Schokokuchen, speziell für den Einsatz bei Kau- und Schluckbeschwerden entwickelt. Diese werden vor allem von Bewohnerinnen und Bewohnern im Stationären Bereich zur Jause sehr geschätzt.

Daraufhin wurde in der Forschungsküche an einem Rezept für die Herstellung einer Brotzubereitung gearbeitet. Folgenden Kriterien sollte das neue Produkt entsprechen:

- herzhafter Brotgeschmack aus natürlichen Zutaten
- optische Ähnlichkeit mit echtem Brot
- kann mit der Hand genommen
- und mit weicher Butter bestrichen werden.
- geeignete Homogenität und Festigkeit

Das Ergebnis wurde in Fachforen den Teamleitungen aus Pflege und Betreuung und den Ärztinnen und Ärzten im KWP vorgestellt. Von ihnen, wie auch von den ersten Konsumentinnen wurde die Brotzubereitung sehr positiv bewertet. Das „Schwarzbrot Gaumenweich“ wird nun in den Küchen der „Häuser zum Leben“ nach Bedarf produziert und angeboten.

Absatzmöglichkeiten auch außerhalb des KWP für die Weichkost-Produkte zu finden, ist das nächste Ziel.

Ebenfalls in die Zukunft gerichtet und ein Schwerpunkt im Jahr 2019 ist die Erstellung eines Konzepts für die Produktion gemixter Kost an einem zentralen Stützpunkt und die Belieferung der Häuser.

2019 wird die Forschungsküche im KWP weiter an Innovationen und Verbesserungen arbeiten, Ideen aufgreifen und interdisziplinär die Realisierung konzipieren, im Sinne der bestmöglichen Versorgung und genussvollen Verpflegung der Bewohnerinnen und Bewohner im KWP.

Die Wiener Heimkommission begrüßt diese Innovation und Kreativität zum Wohle hochbetagter Bewohnerinnen und Bewohner und empfiehlt, dass diese gute Praxis auch in anderen Pflegeeinrichtungen übernommen wird.

### 3.21 Technologische Unterstützung in der Pflege von Menschen mit Demenz

Die demographische Entwicklung zeigt eine alternde Gesellschaft. Viele Krankheiten, die früher seltener waren, weil Menschen nicht so alt wurden, werden häufiger. Das betrifft typische Alterserkrankungen wie Arthrose, Altersblindheit, vor allem aber Demenz. Wie durch diverse Medien bekannt leben in Österreich schätzungsweise 130.000 Menschen mit Demenz. Das sind etwa 1.500 Menschen mit Demenz auf 100.000 Einwohner. Bis zum Jahr 2050 dürfte sich diese Zahl verdoppeln, der Betreuungs- und Pflegebedarf wird demnach weiter steigen. In Anbetracht eines drohenden „Pflegenotstands“ – zu wenig (qualifiziertes) Personal, zu viele offene Stellen – ist das eine große Herausforderung. Die Pflege älterer, dementer Mitmenschen ist die Herausforderung der nächsten Jahrzehnte.

Zudem sind Demenzen nicht heilbar. Das Fortschreiten der Demenz ist allerdings durch frühestmögliche Diagnosestellung und zeitnahe Therapie zu beeinflussen. Eine adäquate Therapie, idealerweise eine Kombination aus nichtmedikamentösen und medikamentösen Interventionen, kann den demenziellen Prozess „verlangsamen“ und das Hinzukommen neuer Symptome wesentlich verzögern. Mittlerweile gibt es viele nichtmedikamentöse Möglichkeiten dementen, hochbetagten Menschen in professioneller Betreuung und Pflege zu begegnen. Einige davon sind, zumindest in Österreich, nahezu jeder Betreuungs- oder Pflegekraft ein Begriff, beispielsweise Basale Stimulation, Gedächtnistraining oder Validation. Eine weitere, etwas neuere Begrifflichkeit ist die Mäeutik oder auch „erlebnisorientierte Pflege“.

#### Erlebnisorientierte Pflege

Die Mäeutik (erlebnisorientierte Pflege) zählt zu den neueren Ansätzen in der professionellen Pflege älterer, vorwiegend dementer Menschen. Die Methode wurde von der niederländischen Pflegerin Cora van der Kooij entwickelt. Von Bedeutung ist, dass im Rahmen der Anwendung des Modells auch verschiedene andere Konzepte zur Anwendung gelangen können, wie z.B. Basale Stimulation oder Validation. Das für die erlebnisorientierte Pflege Entscheidende ist, dass es weniger darum geht, ob eine Methode richtig angewendet wird, sondern ob es sich richtig anfühlt und zwar für beide, den alten, meistens dementen Menschen und die Pflegeperson, denn diese stehen in Wechselwirkung zueinander.

Eine erlebnisorientierte Pflege bietet die Chance, herausforderndes Verhalten zu reduzieren und das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner zu steigern. Unter herausforderndem Verhalten wird sowohl eher agitiertes Verhalten (Lauf-tendenzen, Rufverhalten, Aggression) als auch eher passives Verhalten wie Apathie oder Verkrampfungen verstanden. Hierfür wurde ein unscheinbares Gerät mit der Bezeichnung „Qwiek.up“, speziell für den Einsatz in der erlebnisorientierten Pflege, entwickelt. Auf den ersten Blick ist „Qwiek.up“ ein, in ein schwenkbares Gehäuse verbauter, Beamer auf vier Rädern. Auf den zweiten Blick macht aber gerade die Einfachheit diese Idee so interessant, denn oftmals sind es die einfachen Dinge, die als „gut“ und „wirksam“ erlebt werden.

#### Qwiek.up – Technologie meets Pflege

Professionelle Pflege sieht sich im Zuge grundlegender, gesellschaftlicher und technischer Veränderungen vor große Herausforderungen gestellt. Eine dieser Herausforderungen ist die Auseinandersetzung mit technischen Entwicklungen. In den letzten Jahren wurde die österreichische Altenpflegelandschaft mit



technologischen Innovationen, wie Roboterrobber und Servicerobotern konfrontiert. Die Erfahrungen und Reaktionen mit futuristisch anmutenden Technologien fielen unterschiedlich kritisch aus. Der „Qwiek.up“ ist eine eher unaufdringliche Variante technischer Annäherung.

Über einen USB-Slot können eigens für demente, hochbetagte Menschen entwickelte Erlebnismodule (lebensgroße Filme) an die Wand, über eine Ecke oder auch direkt an die Zimmerdecke projiziert werden. Je nach Bedürfnis der Bewohnerin bzw. des Bewohners kann aus einem Repertoire an audiovisuellen Erlebnissen ausgewählt werden. Die Möglichkeiten reichen von einem durch sanftes Vogelgezwitscher begleiteten Spaziergang durch den Wald, bis zum lebhaften André Rieu- Konzert. Darüber hinaus können Freunde oder Familie der Bewohnerin bzw. des Bewohners über einen handelsüblichen USB-Stick private Fotos der Familie oder Glückwünsche per Kurzfilm an die Bewohnerin bzw. den Bewohner richten. So kann das Erlebnis auf die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohnerin bzw. des Bewohners angepasst werden.

#### **Erfahrungen mit Qwiek.up im Kuratorium Fortuna**

Das Thema erlebnisorientierte Pflege ist im Kuratorium Fortuna nicht ganz neu. Erlebnisorientiert (und sehr gefühlorientiert) ist beispielsweise auch, die in der Altenpflege bereits vielerorts etablierte Methode „Validation nach Naomi Feil“. Trotz aller Methoden, Modelle und Konzepte, erreicht man niemals alle Bewohnerinnen und Bewohner mit nur einem Angebot. Mit dem „Qwiek.up“ konnte das Angebot für demente (teils auch nicht-demente) Menschen erweitert werden, vor allem für jene, die ihr Bett nicht mehr verlassen oder nur sehr eingeschränkt am Alltagsgeschehen teilnehmen können. Viele bettlägerige Menschen kommen nur noch schwer bzw. unter Strapazen nach draußen. „Qwiek.up“ bringt das Draußen sozusagen nach Drinnen.

„Qwiek.up“ kann in unterschiedlichen Situationen eine unkomplizierte Unterstützung sein, da es keine komplizierte Installation braucht (Stecker in die Steckdose, Modul in den USB-Slot, Projektion auf die gewünschte Fläche, Qwiek.up startet automatisch.)

#### **Beispiele aus der Praxis:**

Eine sehr ängstliche Bewohnerin hat eine Wunde. Der Verbandwechsel bereitet ihr Unbehagen. Während eine Pflegerin verbindet, leistet ihr eine andere Gesellschaft. Mit Qwiek.up kann sie beruhigende Bilder beobachten, sie deutet der Pflegerin und ein Dialog entsteht, folglich ist sie abgelenkt.

Im Laufe des Vormittags findet sich eine Gruppe von Bewohnerinnen und Bewohnern mit der Seniorenanimation im Gemeinschaftsraum ein. Noch ist es ganz still. Dann wird eine hochauflösende Aufnahme eines Konzertes an die Wand projiziert. Bekannte Musik eines gerne gehörten Interpreten tönt aus dem Qwiek.up. In der vordersten Reihe beginnen Füße zu wippen. Dahinter tuschelt man über das Gezeigte. Zwei Damen klatschen rhythmisch auf ihre Oberschenkel. Interaktion findet statt. Ein hochbetagter Herr hat keine Familie in Österreich. Die Kinder sind ins Ausland gezogen, telefonieren jedoch regelmäßig mit ihm. Seine Hörschwäche macht es dem Bewohner zunehmend schwerer über das Telefon zu kommunizieren. Der Enkelsohn hat ein paar Fotos der Urenkel mit einer gesprochenen Grußbotschaft übermittelt. Qwiek.up spielt die Dateien automatisch als Dia ab. Die Lautstärke lässt sich per einfachen Knopfdruck regeln.

### Eine kritische Empfehlung des Qwick.up

So einfach und unkompliziert die Anwendung von Qwick.up ist (und demgemäß auch beworben wird), darf der Anspruch an eine professionelle Pflege nicht übersehen werden. Professionelle Pflege bedeutet, Maßnahmen zu setzen um Probleme zu kompensieren, Ressourcen zu stärken und allenfalls ein konkretes Ziel zu erreichen. Widerspricht das nun der Auffassung erlebnisorientierter Pflege und dem Grundsatz, dass das Erleben von zentraler Bedeutung ist? Steht es im Konflikt mit dem „es fühlt sich gut und richtig an“-Gedanken? Nein, denn das macht ein gesamtheitliches Denken aus. Zu erkennen wo Probleme sind, zu fördern wo Ressourcen sind und dann im interdisziplinären Team, auf Grundlage von Erfahrung und Wissenschaft, Maßnahmen zu setzen, die den dementen, hochbetagten Menschen unterstützen seine Ziele zu erreichen.

Qwick.up ist also ein Instrument der erlebnisorientierten Pflege. Ein Instrument das sich gut durch und mit anderen Maßnahmen kombinieren lässt. Es geht nicht um Ruhigstellung, aber bei Angst kann es beruhigend wirken. Es geht auch nicht um Amusement, sondern um sinnerfahrende Anregungen. Es geht vor allem nicht um einen Ersatz für menschliche Beziehung. Im Gegenteil, Qwick.up unterstützt in den Momenten die danach verlangen, demente Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer eigenen Welt etwas leichter zu erreichen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den Einsatz eines Qwick.up als pflegeunterstützendes Produkt. Im Sinne professioneller, zukunftsorientierter Pflege begrüßt die Wiener Heimkommission insbesondere

- einen kritischen und reflektierten Umgang mit Qwick.up als pflegetechnische Innovation
- einen ressourcen- und lösungsorientierten Einsatz auf Grundlage biographischer Fallbesprechungen im interdisziplinären Betreuungs- und Pflegeteam
- technische Hilfsmittel wie Qwick.up ausschließlich als situationsselektive Unterstützung, ehrlicher menschlicher Zuwendung zu verstehen.

#### 3.22 Lebensqualität durch Hara Shiatsu für Menschen mit Demenz der CS Caritas Socialis

„Die Schmerzen haben Sie weggestrichen“ - Aussage einer Bewohnerin nach einer Behandlungseinheit

Im Rahmen eines Forschungsprojektes, welches durch das CSI Forschungsinstitut für Gerontologie und Palliative Care finanziert wurde, wurde der Frage nachgegangen, was eine Körperarbeitsmethode, wie Hara Shiatsu, in der Langzeitpflege der CS Caritas Socialis in Bezug auf die Lebensqualität leisten kann. Dazu wurde eine partizipative qualitative Interventionsforschung mittels Fallstudien im Ausbildungskontext zur (Diplom-) Fachsozialbetreuungsperson–Altenarbeit des Caritas Ausbildungszentrum Seegasse als Forschungsteam konzipiert. Die Serie von acht Shiatsu Anwendungen für sieben betreute Personen wurde von drei Diplomierten Hara Shiatsu-Praktikerinnen und Praktikern der International Academy for Hara Shiatsu durchgeführt.

Die Shiatsu- Anwendungen wurden davor und danach mittels teilstrukturierter Interviews und währenddessen mit teilnehmenden Beobachtungen und einer Fotodokumentation begleitet und dokumentiert. Ein Fokusgruppeninterview mit den beteiligten Rollenträgern (Pflege und Betreuung, Hara Shiatsu Team, Azubis als Forschungsteam), direkt nach Ende der Behandlungsserie, gab erste Hinweise auf mögliche Wirkungsbereiche. Weiters wurden auch die Behandlungsprotokolle des Shiatsu- Teams, sowie Auszüge der Pflegedokumentation sequenziell analysiert. Aus dem gesamten Datenmaterial wurden drei stark kontrastierende Fallbeschreibungen erstellt. Diese sind im Rahmen eines partizipativen Auswertungs- und Interpretationsworkshops gemeinsam mit einer, die Prozesse sichtbar machenden Fotopräsentation, codiert und validiert worden.

Als Ergebnisse konnten erste Hinweise eines möglichen Beitrags zur Erhaltung oder zur Steigerung der Lebensqualität für Menschen mit Demenz, durch Hara Shiatsu, erhoben werden:

- Bewusste und unbewusste Körper- und Selbstwahrnehmung
- Linderung und Lösung von Schmerzen
- Entspannung, sichtbare körperliche Lockerung und Beruhigung
- Berührtwerden ohne Stress und Leistungsdruck
- Unterstützung bei Veränderungen in der Lebenssituation
- Aktivierung und Erweiterung des Bewegungsradius
- Kommunikation und soziale Interaktion ermöglichen
- Genussvolles und lustvolles ästhetisches Erleben
- Erleichterte Wahrung der Intimsphäre trotz Körpernähe

Spannend war die Teamarbeit zwischen Shiatsu-Praktikerinnen und Praktikern, den Pflegepersonen der CS Caritas Socialis und dem Forschungsteam. Sehr beeindruckt hat die große Einfühlbarkeit und Flexibilität des Shiatsu- Teams. So war es möglich, die Bewohnerinnen und Bewohner ganz nach ihren Bedürfnissen und ihrer jeweiligen Tagesverfassung zu behandeln. Die Pflegepersonen waren über einige Veränderungen sehr verblüfft, wenn z.B. eine Bewohnerin, die sehr angstbesetzt ist und sich bei ihr dadurch die Körperpflege trotz größter Geduld sehr schwierig gestaltet, nach einer Shiatsu- Anwendung für einige Tage wesentlich gelöster und die Körperpflege ungleich leichter ist; wenn ein Bewohner, der trotz Schmerztherapie immer wieder über Schmerzen klagt, im Laufe der Hara Shiatsu- Anwendungen, deutlich weniger

Schmerzen angibt und gelöster wirkt; wenn eine Bewohnerin, die in der Eingewöhnungsphase noch recht unglücklich mit ihrer Situation war, nach den Hara Shiatsu- Anwendungen ihren negativen Gefühlen deutlich Ausdruck verleiht und nach wenigen Wochen einer Mitarbeiterin aus dem Projektteam erzählt, dass sie nun beschlossen habe, dass es ihr hier gut geht.

Am Anfang der Hara Shiatsu- Anwendungen glaubten die Shiatsu- Praktikerinnen und Praktiker mit den in der CS betreuten Personen am Boden arbeiten zu können, was die Pflege- und Betreuungspersonen für unmöglich hielten. Im Laufe der acht Wochen gelang es mit einzelnen Personen auch am Boden zu arbeiten. Wenn man in Betracht zieht, was diese Lageveränderung für die eigene Körperwahrnehmung bedeuten kann und wie wichtig für ältere Menschen das Zu-Boden-Gehen und Wieder-Aufstehen (siehe auch Kinästhetik) als Vorbeugung von ernsthaften Folgen von Stürzen wäre, sollte dieser Weg weiter verfolgt und beobachtet werden, inwieweit es bei längerer Anwendung möglich ist, die Beweglichkeit in diesem Sinne zu erhöhen.

In der Langzeitpflege betreute Personen, Pflegepersonal und Angehörige waren nach den ersten acht Anwendungen, die befohrt wurden, so begeistert, dass Hara Shiatsu nun regelmäßig angeboten und (auf eigene Rechnung) in Anspruch genommen wird. Die Hara Shiatsu-Praktikerinnen und Praktiker lernen laufend im Umgang mit Menschen mit Demenz dazu, das Pflege- und Betreuungspersonal kann immer besser beurteilen, wem Shiatsu helfen könnte und schlagen es daraufhin betreuten Personen und ihren Angehörigen vor. Die Pflegepersonen lernen in der laufenden Beobachtung viel über Körperwahrnehmung und Berührung, was ihren Pflegealltag positiv beeinflusst.

Die Heimkommission empfiehlt, die Wirkung von Hara Shiatsu und ähnlichen Angeboten der Körpertherapie weiter zu beobachten bzw. zu erforschen und in den Langzeitpflegeeinrichtungen gezielt zur Schmerzlinderung, Erhöhung der Beweglichkeit und Körperwahrnehmung anzubieten.

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

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

Die telefonischen Kontakte wurden auch im Berichtsjahr 2018 nicht differenziert registriert, denn Personen mit Anliegen werden nicht gefragt, ob sie die Wiener Heimkommission oder die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft kontaktieren wollten. Diese finden sich somit im Bericht der WPPA (Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft) 2018 wieder.

Im Berichtsjahr 2018 wurden bei den Sprechtagen die meisten Beschwerden – wie auch in den letzten Jahren – zum Thema „Heimorganisation“ vorgebracht. Bewohnerinnen und Bewohner bekrittelten beispielsweise das Fehlen von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Anfragen bzw. Beschwerden, insbesondere auch das Fehlen von Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern und in diesem Zusammenhang auch die unzureichende Präsenz der Heimleiterinnen bzw. Heimleiter in den Häusern. Ebenso wurde der Wunsch nach regelmäßigen Gruppenaktivitäten geäußert, diese fallen immer wieder durch Krankheit, Urlaube, Fortbildungen usw. aus. Eingebracht wurde zudem, dass Einrichtungsgegenstände unpassend sind und Mängel bezüglich Barrierefreiheit bestehen. Positiv erwähnt wurde jedoch auch in anderen Häusern, dass beispielsweise auf Wunsch bei Kästen Schiebetüren statt Flügeltüren angebracht werden.

Des Weiteren wurden Warteschlagen beim täglichen Abholen des Abendessens bekrittelt und über Verunsicherung aufgrund vermehrter Diebstähle berichtet. Wie in den letzten Jahren wurde auch darauf hingewiesen, dass sich nicht ausreichend um Bewohnerinnen und Bewohner im Appartement „gekümmert“ wird. Diese irren teilweise im Haus herum, was als sehr störend empfunden wird. Ein Kritikpunkt betraf den Eindruck, dass es speziell in den Nachtdiensten an Pflegepersonal mangelt. Zudem wurde ein häufiger Personalwechsel kritisiert.

Die zweithäufigsten Beschwerden bezogen sich auf das Thema „Essen“. Das Speisenangebot sei nicht flexibel genug. Die Essensmengen seien sehr unterschiedlich, insbesondere das Abendessen bestehe aus zu kleinen Portionen. Es wurde mit Bedauern festgestellt, dass vermehrt Beilagen aus Konserven verwendet werden. Als Kritikpunkt wurde zudem geäußert, dass kein warmes Abendessen mehr (früher 1x in der Woche) zur Verfügung gestellt wird. Beklagt wurden auch geschmacklose und lieblos servierte Speisen. Der Wunsch nach mehr Gemüse und Obst, bzw. generell standardmäßig vegetarische Speisen, kam ebenso zur Sprache.

Die nächsthäufigen Beschwerden betrafen den Bereich „Verwaltung“. In einer Einrichtung wurde die Besetzung der Rezeption als nicht kompetent erachtet, daher werde diese kaum in Anspruch genommen. Beklagt wurde auch Lärmbelästigung bzw. Ruhestörung:

Eine desorientierte Bewohnerin drücke ununterbrochen den Aufzug und gehe dann weg. Eine weitere Bewohnerin beklage, dass die Bewohnerin über ihr in der Nacht geräuschvoll herumgehe und somit die Nachtruhe gestört sei. Weiters wurde über ein Problem mit der Zentralwäscherei berichtet. Kleidungsstücke würden beschädigt oder verschwinden. Das Fehlen einer zentralen Ansprechperson, vor allem am Abend und am Wochenende, wurde ebenfalls thematisiert. Als Beispiel wurde genannt: „Wenn bei einem Tür-Chip die Batterien schwach ist, kann die Bewohnerin oder der Bewohner nicht mehr in die Wohnung“. Es wurde auch berichtet, dass zwei von drei Aufzügen in einem Haus seit neun Tagen außer Betrieb seien, dadurch komme es zu erheblichen Wartezeiten.

Einige Beschwerden betrafen das Thema „Kosten“. Dabei wurde über das zu geringe Taschengeld geklagt, von dem der Selbstbehalt für ein Mieder und orthopädische Schuhe bezahlt werden müssen. Einige Male wurde das Thema Rückvergütung bei Abwesenheit angesprochen, es fehle hier an Transparenz. Die Forderungen für kleine pflegerische Leistungen im Apartment wurden als zu hohe Zusatzkosten bekrittelt. Die "Minutenzählerei" aufgrund des Abrechnungsmodus in diesem Zusammenhang belastete das Pflegepersonal zusätzlich. Trotzdem bemühen sich diese um Freundlichkeit.

Vereinzelte Klagen über „Hygienemängel“ herangetragen. Es wurde über einen Hund, der im Speisesaal frei herumläuft, berichtet. Ebenso, dass von einer Mitbewohnerin Enten im Garten gefüttert werden, mittlerweile seien bis zu 50 Enten ansässig. Dadurch befände sich sehr viel Kot im Garten, der natürlich in das Haus getragen werde. Aufgrund wahrgenommener Verschmutzungen wurde die Vermutung ausgesprochen, dass Reinigungspersonal reduziert wurde. In einem Fall kam zur Sprache, dass eine Bewohnerin, vermutlich aufgrund ihrer Erkrankung, ihr Apartment verunreinigt.

Bei den vereinzelten Beschwerden betreffend „Kommunikation“ ging es hauptsächlich um das Fehlen von Ansprechpersonen vorort bei Beschwerden. In anderen Fällen hieß es, dass Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner schwer erreichbar seien und wenn Beschwerden vorgebracht werden, nütze dies gar nichts. Als weiterer Punkt wurde vorgebracht, dass wenn die Rezeption gesperrt ist, das Telefon auf die Bettenstation weitergeleitet wird. Dabei komme es oft zu Kommunikationsproblemen. Berichtet wird auch über Kommunikationsproblemen mit Reinigungskräften, aufgrund deren mangelnden Deutschkenntnisse.

Mehrfach wurde großes Lob über die Betreuung bzw. Pflege und das Personal vorgebracht. Im Rahmen eines Sprechtages gab es besondere Anerkennung bezüglich Service, Versorgung und das familiär gestaltete Zusammenleben. Hervorgehoben wurde die Zufriedenheit mit den Leitungspersonen in einer Einrichtung, die für jedes Problem Lösungen finden. Zufriedenheit mit der Küche wurde vorgebracht. Die Köchin bzw. deren Vertretung seien bei den Mahlzeiten anwesend und kämen den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner nach.

Spezielle Anfragen wurden zum Thema Pflegeregress, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Pflegegeld und Kuraufenthalt gestellt. Eine Anfrage stellte eine Tochter, die wissen wollte, wieviel Aktivitäten ihrer Mutter in der Wohn- und Pflegeeinrichtung zustünden. Die Aufgaben der Wiener Heimkommission weckten ebenfalls Interesse.

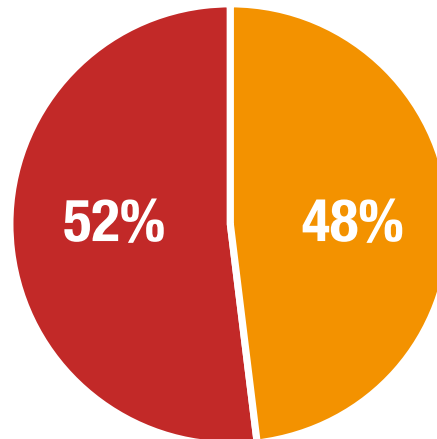
Auch im Berichtsjahr 2018 wurde auf rasche und niederschwellige Bearbeitung der Anliegen und Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner geachtet. Dabei stand ein lösungsorientiertes Vorgehen im Vordergrund. Angelegenheiten, welche einer näheren Überprüfung bedurften, wurden der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft zugewiesen, dort bearbeitet und statistisch erfasst.

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

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

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

#### 4.2 Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2018 inklusive Vergleich mit den Vorjahren



<span style="color: orange;">■</span> Städtische Wohn- und Pflegeheime	1052
<span style="color: red;">■</span> Private Wohn- und Pflegeheime	1125
<span style="color: orange;">■</span> <b>Gesamt</b>	<b>2177</b>

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

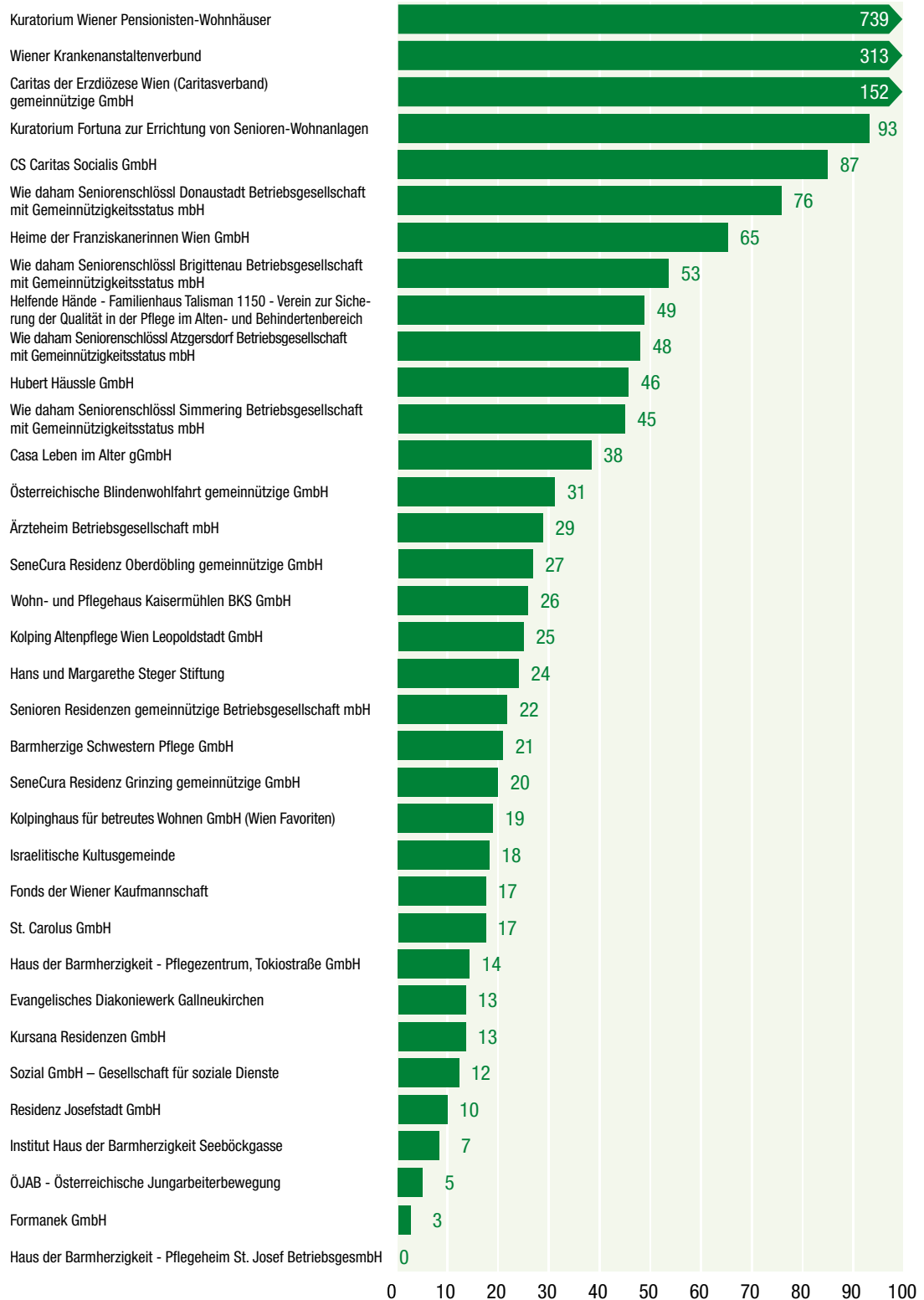
Jahr	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Städtische Wohn- und Pflegeheime (ab 2012 inkl. KWP)	668	731	866	682	957	1052
Private Wohn- und Pflegeheime (bis 2011 inkl. KWP)	662	894	929	938	1268	1125
<b>Gesamt</b>	<b>1330</b>	<b>1625</b>	<b>1795</b>	<b>1620</b>	<b>2225</b>	<b>2177</b>

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

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



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



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

In 91 Wohn- und Pflegeheimen wurden von Mitgliedern bzw. Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission im Jahr 2018 grundsätzlich zwei Sprechtage abgehalten. Ausnahmen sind in Folge beschrieben.

##### \* Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv:

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

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

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

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Alsheile	0	13
Haus Am Mühlgrund	2	25
Haus An der Türkenschanze	29 <sup>a)</sup>	0
Haus Atzgersdorf	2	5
Haus Augarten	2	26
Haus Brigittenau	0	33
Haus Döbling	0	17
Haus Föhrenhof	2	32
Haus Gustav Klimt	7	0
Haus Haidehof	2	4
Haus Hetzendorf	6	20
Haus Hohe Warte	2	17
Haus Jedlersdorf	3	30
Haus Laaerberg	1	35
Haus Leopoldau	7	0
Haus Liebhartstal	0	37
Haus Margareten	2	0
Haus Mariahilf	0	48
Haus Maria Jacobi	9 <sup>b)</sup>	20

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neubau	3	28
Haus Penzing *)	0	0
Haus Prater	1	29
Haus Rosenberg	8	35
Haus Rossau	1	31
Haus Rudolfsheim	0	25
Haus Schmelz	2	35
Haus Tamariske-Sonnenhof	1	20
Haus Am Trazerberg	8	12
Haus Wieden	2	43
Haus Wienerberg	14 <sup>o)</sup>	3
<b>30 Häuser</b>	<b>116</b>	<b>623</b>

Rechtsträger: Wiener Krankenanstaltenverbund (PWH: Pflegeanstalt für chronisch Kranke)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
PWH Baumgarten mit sozialmedizinischer Betreuung	0	26
PWH Liesing mit sozialmedizinischer Betreuung	1	65
SMZ Floridsdorf Geriatriezentrum	1	13
PWH Donaustadt mit sozialmedizinischer Betreuung	0	12
SMZ/Süd Geriatriezentrum Favoriten	0	42
PWH Leopoldstadt mit sozialmedizinischer Betreuung	0	7
PWH Meidling mit sozialmedizinischer Betreuung	0	30
PWH Simmering mit sozialmedizinischer Betreuung	0	43
PWH Innerfavoriten mit sozialmedizinischer Betreuung	0	42
PWH Rudolfshheim-Fünfhaus mit sozialmedizinischer Betreuung	0	31
<b>10 Häuser</b>	<b>2</b>	<b>311</b>

Rechtsträger: Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Franz Borgia	0	28
Haus St. Teresa	0	34
Haus Schönbrunn	0	17
Haus St. Antonius	0	7

Rechtsträger: <b>Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinnützige GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus St. Barbara	0	22
Haus St. Elisabeth	0	18
Haus St. Klemens	0	21
Haus St. Martin	1	4
<b>8 Häuser</b>	<b>1</b>	<b>151</b>

Rechtsträger: <b>CS Caritas Socialis GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflege- und Sozialzentrum Rennweg	1	25
Pflege- und Sozialzentrum Pramergasse	0	5
Pflege- und Sozialzentrum Kalksburg	0	12
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Floridsdorf	0	21
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Liesing	0	23
<b>5 Häuser</b>	<b>1</b>	<b>86</b>

Rechtsträger: <b>Kuratorium Fortuna zur Errichtung von Senioren-Wohnanlagen</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Appartementhaus Fortuna	0	25
Baumgasse Fortuna	1	29
Gartensiedlung Fortuna	0	6
Schlosspark Fortuna	1	11
Wohnpark Fortuna	0	20
<b>5 Häuser</b>	<b>2</b>	<b>91</b>

Rechtsträger: <b>Casa Leben im Alter gGmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflegewohnhaus Casa Sonnwendviertel	0	25
Pflegewohnhaus Casa Kagran	0	13
<b>2 Häuser</b>	<b>0</b>	<b>38</b>

Rechtsträger: <b>Institut Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Seeböckgasse	2	5
<b>1 Haus</b>	<b>2</b>	<b>5</b>

Rechtsträger: Haus der Barmherzigkeit – Pflegezentrum, Tokiostraße	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Tokiostraße	0	14
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>14</b>

Rechtsträger: Haus der Barmherzigkeit – Pflegeheim St. Josef BetriebsgesmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Am Maurerberg – St. Josef <sup>TM</sup>	0	0
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Rechtsträger: Heime der Franziskanerinnen Wien GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Elisabethheim	2	46
Franziskusheim	3	14
<b>2 Häuser</b>	<b>5</b>	<b>60</b>

Rechtsträger: Ärzteheim Betriebsgesellschaft mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflegezentrum Ärzteheim	0	29
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>29</b>

Rechtsträger: Kursana Residenzen GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenresidenz Wien-Tivoli	2	11
<b>1 Haus</b>	<b>2</b>	<b>11</b>

Rechtsträger: Israelitische Kultusgemeinde	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Maimonides-Zentrum GmbH	0	18
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>18</b>

Rechtsträger: Hans und Margarethe Steger-Stiftung (Die Stiftung wird durch den Verein „HAUS MALTA“, Senioren-Sitz der Malteser verwaltet)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Malta	12 <sup>0)</sup>	12
<b>1 Haus</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

Rechtsträger: SeneCura Residenz Oberdöbling gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
SeneCura Residenz Oberdöbling	2	25
<b>1 Haus</b>	<b>2</b>	<b>25</b>

Rechtsträger: SeneCura Residenz Grinzing gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
SeneCura Residenz Grinzing	3	17
<b>1 Haus</b>	<b>3</b>	<b>17</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Atzgersdorf Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Atzgersdorf	0	48
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>48</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Brigittenau Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Brigittenau	0	53
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>53</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Donaustadt Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Donaustadt	0	37
Wie daham Generationendorf Töllergarten	0	39
<b>2 Häuser</b>	<b>0</b>	<b>76</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Simmering Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Simmering	0	45
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>45</b>

Rechtsträger: Fonds der Wiener Kaufmannschaft	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Park Residenz Döbling, Seniorenwohnen der Wiener Kaufmannschaft	5	12
<b>1 Haus</b>	<b>5</b>	<b>12</b>

Rechtsträger: Senioren Residenzen gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenresidenz am Kurpark Wien Oberlaa	0	22
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>22</b>

Rechtsträger: Kolpinghaus für betreutes Wohnen GmbH (Wien Favoriten)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben	0	19
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>19</b>

Rechtsträger: Kolping Altenpflege Wien Leopoldstadt GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben Leopoldstadt	0	25
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>25</b>

Rechtsträger: St. Carolus GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
St. Carolus-Altersheim	0	17
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>17</b>

Rechtsträger: Österreichische Blindenwohlfahrt gemGmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Johann-Wilhelm-Klein-Haus der Österreichischen Blindenwohlfahrt	0	31
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>31</b>

Rechtsträger: ÖJAB – Österreichische Jungarbeiterbewegung	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neumargareten	1	4
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

Rechtsträger: Hubert Häussle GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Privatpflegeheim Rodaun	1	45
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>45</b>

Rechtsträger: Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen BKS GmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen	1	25
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>25</b>

Rechtsträger: "Helfende Hände" Familienhaus Talisman 1150 - Verein zur Sicherung der Qualität in der Pflege im Alten- und Behindertenbereich	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Familienhaus „Der Talisman – 1150“	0	49
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>49</b>

Rechtsträger: Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Hausgemeinschaften Erdbergstraße	0	13
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>13</b>

Rechtsträger: Formanek GmbH (Sonderkrankenanstalt)	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Sanatorium Liebhartstal, Sonderkrankenanstalt	1	2
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

Rechtsträger: Barmherzige Schwestern Pflege GmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Heim St. Katharina	1	20
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>20</b>

Rechtsträger: Sozial GmbH – Gesellschaft für soziale Dienste	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Betreutes Wohnen im Kabelwerk	2	10
<b>1 Haus</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

Rechtsträger: Residenz Josefstadt GmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Residenz Josefstadt	10 <sup>9)</sup>	0
<b>1 Haus</b>	<b>10</b>	<b>0</b>

Summe:	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
<b>Insgesamt 91 Häuser</b>	<b>170</b>	<b>2007</b>



**Anmerkung:**

Zu allen an die Wiener Heimkommission herangetragenen Anliegen wurden Stellungnahmen von den betroffenen Häusern eingeholt und im Falle von Mängeln auf eine Behebung hingewirkt. Einzelne Vorwürfe konnten seitens der Wiener Heimkommission weder bestätigt noch widerlegt werden.

**\*) Haus Penzing:**

Das Haus Penzing wurde 2018 nicht besucht, da es aufgrund einer Generalsanierung geschlossen war.

**\*\*) Haus der Barmherzigkeit am Maurerberg – St. Josef:**

Das Haus der Barmherzigkeit am Maurerberg – St. Josef wurde ebenfalls im Berichtsjahr nicht besucht, da es erst im November 2018 eröffnet wurde.

**a) Haus An der Türkenschanze:**

Die Beschwerden betreffen Organisatorisches, Kommunikation, Essen (keine warmes Abendessen mehr, vermehrt Beilagen aus Konserven), wie auch mangelnde Transparenz bezüglich Kosten und Zusatzkosten zu hoch.

**b) Haus Maria Jacobi:**

Vorgebracht wird Kritik hinsichtlich eines ständigen Personalwechsels und Problemen, die sich aus den Altverträgen ergeben. Es wurden auch Lob und Zufriedenheit geäußert.

**c) Haus am Wienerberg:**

Die Bewohnerinnen und Bewohner berichten über fehlende Unterstützung bei Problemen einer Mitbewohnerin. Einige der vorgebrachten Beschwerden betreffen letztendlich das Thema Kommunikation. Bezüglich Essen wird die Portionsgröße, das Nachspeisenangebot, sowie die Qualität von Speisen bemängelt.

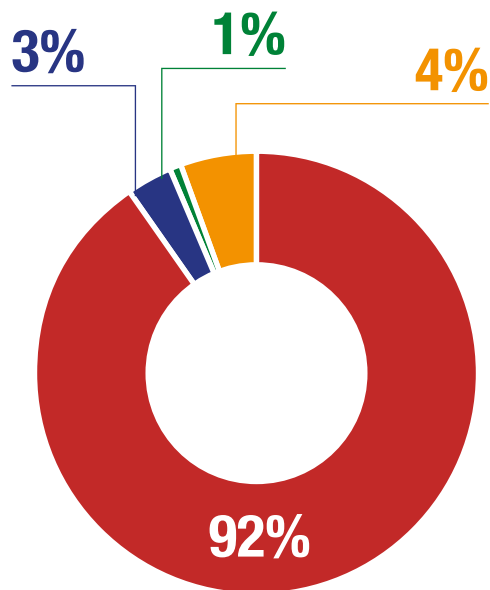
**d) Haus Malta:**

Das Haus wird vorwiegend gelobt. Die BewohnerInnen und Bewohner äußern sich sehr zufrieden mit der Pflege und Betreuung, sowie mit dem Aktivitäten- bzw. Förderangebot. Eine Bewohnerin beklagte, dass seitens des Hauses keine Begleitung zu externen Arztbesuchen zur Verfügung gestellt werden kann.

**e) Residenz Josefstadt:**

Die anwesenden BewohnerInnen und Bewohner wünschten Informationen zur Wiener Heimkommission und deren Aufgaben und äußerten Lob bezüglich Service, Versorgung und Pflegepersonal.

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



<span style="color: red;">■</span> keine weitere Erledigung erforderlich*	2007
<span style="color: blue;">■</span> vor Ort erledigt	60
<span style="color: green;">■</span> teilweise vor Ort erledigt**	12
<span style="color: orange;">■</span> nicht vor Ort erledigt**	98
<span style="color: red;">■</span> <span style="color: blue;">■</span> <span style="color: green;">■</span> <span style="color: orange;">■</span> Gesamt	2177

\* Keine weitere Erledigung erforderlich besagt, dass von den Mitgliedern/Ersatzmitgliedern Gespräche, zum Teil auch professionelle Entlastungsgespräche, mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geführt wurde. Aus diesen Gesprächen waren keine spezifischen Anliegen ableitbar.

\*\* Anliegen, die nur teilweise oder nicht vor Ort erledigt werden konnten, wurden von den Mitgliedern/Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission an die Geschäftsstelle weitergeleitet. Diese Anliegen wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle rasch und niederschwellig bearbeitet und erledigt. In 99 Fällen war eine aktenmäßige Bearbeitung durch die WPPA erforderlich.

**Gesamte Rechtsvorschrift für Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz, Fassung vom 05.03.2019**

**Langtitel**

Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz

StF: 15/2005

**Änderung**

LGBL. Nr. 59/2006

LGBL. Nr. 56/2010

LGBL. Nr. 87/2012

LGBL. Nr. 29/2013

LGBL. Nr. 30/2015

LGBL. Nr. 49/2018

**Präambel/Promulgationsklausel**

Der Wiener Landtag hat beschlossen:

**Inhaltsverzeichnis**

**1. Abschnitt**

**Allgemeine Bestimmungen**

- § 1 Begriffsbestimmung
- § 2 Anwendungsbereich
- § 3 Ziele des Gesetzes

**2. Abschnitt**

**Stellung der Bewohner**

- § 4 Rechte der Bewohner
- § 5 Sicherstellung der Rechte der Bewohner
- § 6 Beendigung des Heimaufenthalts

**3. Abschnitt**

**Pflichten der Heimträger**

- § 7 Betriebs- und Leistungsbeschreibung
- § 8 Heimordnung
- § 9 Personalausstattung
- § 10 Direktion
- § 11 Pflegedienstleiter
- § 12 Medizinische Betreuung
- § 13 Medizinischer Verantwortlicher
- § 14 Hygienefachkraft
- § 15 Sicherheitsbeauftragter
- § 16 Baulich – technische Ausstattung
- § 17 Dokumentation
- § 18 Qualitätsarbeit
- § 19 Statistikbericht
- § 20 Fortbildungen, Weiterbildungen und Supervision des Personals

- § 21 Arzneimittelvorrat
- § 22 Aufnahme, Änderung oder Einstellung des Betriebes
- § 23 Änderung des Heimträgers
- § 24 Bewilligung innovativer Modelle und Projekte

#### **4. Abschnitt Betriebspflichten**

- § 25 Verschwiegenheitspflicht
- § 26 Datenschutz
- § 27 Verbot der Annahme von Vermögen

#### **5. Abschnitt Kontrollbestimmungen**

- § 28 Aufsicht
- § 29 Heimkommission
- § 30 Verordnungsermächtigung

#### **6. Abschnitt Strafbestimmungen**

- § 31 Strafbestimmungen

#### **7. Abschnitt Schlussbestimmungen**

- § 32 Übergangsbestimmungen
- § 33 In- und Außer-Kraft-Treten

### **Text**

## **1. ABSCHNITT Allgemeine Bestimmungen**

### **Begriffsbestimmung**

§ 1. Heime sind Einrichtungen, in denen mindestens drei Personen dauerhaft oder auf bestimmte Zeit aufgenommen, betreut und bei Bedarf gepflegt und auch fallweise ärztlich betreut werden.

### **Anwendungsbereich**

§ 2. (1) Dieses Gesetz findet Anwendung auf:

1. Wohnheime für alte Menschen mit Betreuungsbedarf;
2. Pflegeheime für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf;
3. Pflegestationen.

(2) Pflegestationen sind Wohnheimen angeschlossen und bieten Pflege an. Sie sind den Pflegeheimen nach diesem Gesetz gleichgestellt.

(3) Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf:

1. die Pflege von Angehörigen im Familienkreis (einschließlich dem Kreis einer eingetragenen Partnerschaft);
2. Einrichtungen, die keine Wohnmöglichkeiten anbieten;
3. Einrichtungen, die nur Wohnmöglichkeiten anbieten;
4. Einrichtungen, deren Betrieb durch
  - a) das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 23,
  - b) das Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz 1990 – WrJWG 1990, LGBl. für Wien Nr. 36,

- c) das Wiener Behindertengesetz – WBHG, LGBl. für Wien Nr. 16/1986, jeweils in der geltenden Fassung geregelt wird;
- 5. Einrichtungen nach dem Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG, LGBl. für Wien Nr. 11/1973, in der geltenden Fassung.

### **Ziele des Gesetzes**

§ 3. Ziele des Gesetzes sind:

1. Gewährleistung der angemessenen Betreuung und im Bedarfsfall der angemessenen Pflege der in Wohn- und Pflegeheimen aufgenommenen Personen (Bewohner);
2. Wahrung der Menschenwürde, Privatsphäre, Individualität, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohner;
3. Schutz vor Beeinträchtigung der persönlichen, physischen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen und Bedürfnisse der Bewohner;
4. Sicherstellung der personellen und ausstattungsmäßigen Strukturen der Heime
5. Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen älterer Frauen und älterer Männer.

## **2. ABSCHNITT**

### **Stellung der Bewohner**

#### **Rechte der Bewohner**

§ 4. (1) Der Heimträger hat unter Berücksichtigung pflegerischer und medizinischer Notwendigkeiten zum Schutz der Bewohner vorzusorgen, dass die Rechte der Bewohner beachtet und gewahrt werden und durch geeignete Maßnahmen und Angebote sicherzustellen, dass den Bewohnern die Wahrnehmung ihrer Rechte ermöglicht wird.

(2) Die Bewohner haben insbesondere folgende Rechte:

1. Recht auf respektvolle, fachgerechte und an aktuellen Standards ausgerichtete Betreuung und Pflege einschließlich Organisation von Hilfsmitteln (wie etwa Rollstühle, Gehbehelfe) bei physischer Beeinträchtigung;
2. im Sinne freier Arztwahl, freier Therapiewahl und adäquater Schmerzbehandlung Recht auf ärztliche Versorgung durch jederzeitige Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe entweder durch zur Verfügung stellen von Ärzten des Heimes oder durch Vermittlung von Ärzten;
3. Recht auf funktionserhaltende, funktionsfördernde und reintegrierende Maßnahmen entweder durch zur Verfügung stellen von Therapeuten oder durch Vermittlung von Therapeuten;
4. Recht auf bedarfsgerechte Ernährung oder Diät sowie erforderlichenfalls auf Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme;
5. Recht auf ausreichende und kostenlose Flüssigkeitszufuhr;
6. Recht auf Mahl- und Ruhezeiten, die den allgemein üblichen Lebensverhältnissen entsprechen;
7. Recht auf Namhaftmachung einer Vertrauensperson, die in wesentlichen, die Bewohnerin oder den Bewohner betreffenden Belangen zu verständigen ist;
8. Recht auf Einsichtnahme in die Dokumentation nach § 17 und auf Ausfertigung von Kopien;
9. Recht auf Organisation der Tagesabläufe entsprechend den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Bewohner;
10. Recht auf höflichen Umgang, auf Anerkennung der Würde und Persönlichkeit;
11. Recht auf Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen älterer Frauen und älterer Männer;
12. Recht auf Berücksichtigung kultureller Bedürfnisse und religiöse Betreuung;
13. Recht auf psychische Unterstützung;
14. Recht auf Wahrung der Privat- und Intimsphäre, auch in Mehrbettzimmern;
15. Recht auf Tragen privater Kleidung, sofern die Erbringung von Pflegeleistungen dem Tragen privater Kleidung nicht entgegensteht;
16. Recht auf Verwendung von im persönlichen Gebrauch stehenden Gegenständen, sofern es die Heimstruktur ermöglicht;
17. Recht auf jederzeitige Kontaktaufnahme mit der Bewohnerservicestelle (bei Heimen für mehr als 50 Bewohner) und der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft;
18. Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden bei der Bewohnerservicestelle (bei Heimen für mehr als 50 Bewohner);

19. Recht auf Abhaltung von Bewohnerversammlungen und Wahlen von Bewohnervertretern (bei Heimen ab 50 Personen);
20. Recht auf angemessenen Kontakt zur Außenwelt, insbesondere:
  - a) Recht auf jederzeitigen Empfang von Besuchen unter Rücksichtnahme auf die anderen Bewohner und den Heimbetrieb,
  - b) Recht auf Zugang zu einem Telefon,
  - c) Recht auf Verteilung und Abfertigung der Postsendungen der Bewohner, wenn die Bewohner die Verteilung und Abfertigung der Postsendungen nicht selbst vornehmen können,
  - d) Recht auf jederzeitigen Ausgang unter Rücksichtnahme auf die anderen Bewohner und den Heimbetrieb;
21. Recht auf Sterben in Würde.

(3) Der Heimträger hat die Bewohner und deren Vertrauenspersonen über die in Abs. 2 angeführten Rechte und deren Durchsetzung im Heim nachweislich schriftlich zu informieren.

(4) Der Heimträger hat die Bewohner und deren Vertrauenspersonen über die Möglichkeit des Vorbringens ihrer Anliegen, Beschwerden oder Wünsche bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft nachweislich schriftlich zu informieren.

#### **Sicherstellung der Rechte der Bewohner**

§ 5. (1) Träger von Heimen für mehr als 50 Bewohner haben zur Sicherstellung der Rechte der Bewohner eine Bewohnerservicestelle einzurichten. Mit der Führung der Bewohnerservicestelle ist eine mit dem Heimbetrieb vertraute Person zu beauftragen. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung sicherzustellen. Die mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Direktion betraute Person und deren Stellvertreter dürfen der Bewohnerservicestelle nicht angehören. Ein Heimträger, der mehrere Heime betreibt, kann eine Person mit der Führung mehrerer Bewohnerservicestellen beauftragen.

(2) Die Bewohner und deren Vertrauenspersonen sind vom Heimträger über die Einrichtung der Bewohnerservicestelle und deren Aufgaben nachweislich schriftlich in Kenntnis zu setzen.

(3) Die Bewohnerservicestelle hat die Anregungen und Beschwerden der Bewohner oder deren Vertrauenspersonen entgegenzunehmen, die Bewohner oder deren Vertrauenspersonen zu beraten und gegebenenfalls an die zuständige Stelle weiterzuleiten. Die mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Direktion betraute Person hat sich zumindest monatlich bei der Bewohnerservicestelle über die Anliegen der Bewohner zu informieren. Der Heimträger hat der mit der Führung der Bewohnerservicestelle beauftragten Person und ihrem Vertreter die dafür erforderliche Zeit einzuräumen.

(4) Bei Verstößen gegen die Rechte der Bewohner hat die Bewohnerservicestelle den Heimträger und die Direktion unverzüglich in Kenntnis zu setzen und auf die Beseitigung der festgestellten Unzulänglichkeiten hinzuwirken. Wird dem in angemessener Frist nicht entsprochen, kann sich die Bewohnerservicestelle an die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft wenden.

(5) Um die Mitwirkung der Bewohner bei allen Angelegenheiten, welche die Rechte der Bewohner betreffen, zu gewährleisten, hat der Heimträger zu ermöglichen, dass in geheimer Wahl in einem Heim für jeweils 50 Bewohner eine Bewohnervertreterin oder ein Bewohnervertreter aus dem Kreis der Bewohner für zwei Jahre gewählt wird. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner ist zur Wahl der Bewohnervertreterin oder des Bewohnervertreters berechtigt und darf als Bewohnervertreterin oder Bewohnervertreter gewählt werden. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner kann die Wahl zur Bewohnervertreterin oder zum Bewohnervertreter ablehnen.

(6) Der Heimträger hat die Bewohnervertreter über alle Angelegenheiten zu informieren, welche die Rechte der Bewohner betreffen. Der Heimträger hat die Bewohnervertreter in Angelegenheiten, welche die Rechte der Bewohner betreffen, anzuhören.

(7) In jedem Heim hat ein Vertreter der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft eingerichteten Heimkommission regelmäßig Sprechtag abzuhalten, bei denen die Bewohner oder deren Vertrauenspersonen die Gelegenheit haben, Anliegen, Beschwerden oder Wünsche vorzubringen.

#### **Beendigung des Heimaufenthalts**

§ 6. Kann sich eine Bewohnerin oder ein Bewohner bei Beendigung des Heimaufenthalts nicht selbst versorgen und ist auch keine andere Betreuung und Pflege sichergestellt, hat sich der Heimträger, nachdem er von der beabsichtigten Beendigung des Heimaufenthalts Kenntnis erlangt hat, umgehend an den nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger zu wenden, der die

Bewohnerin oder den Bewohner über die Angebote der weiteren Betreuung und Pflege zu informieren und im Bedarfsfall geeignete Maßnahmen zu setzen hat.

### **3. ABSCHNITT Pflichten der Heimträger**

#### **Betriebs- und Leistungsbeschreibung**

§ 7. (1) Der Heimträger hat die Struktur und den Aufgabenbereich des Heimes in einer Betriebs- und Leistungsbeschreibung schriftlich festzulegen.

(2) In der Betriebs- und Leistungsbeschreibung ist jedenfalls anzugeben:

1. Heimträger;
2. Art und Zweckwidmung des Heimes;
3. Grad der Pflegebedürftigkeit der für die Aufnahme in Betracht kommenden Personen;
4. Voraussetzungen für die Aufnahme von Personen, die eine physische oder psychische Beeinträchtigung aufweisen;
5. Standards der Betreuung und Pflege sowie der medizinischen Betreuung;
6. pflegerisches, medizinisches, therapeutisches, psychologisches und psychotherapeutisches Leistungsangebot;
7. Ausstattung des Heimes, insbesondere der Wohn- und Pflegeeinheiten;
8. Bettenanzahl und deren Aufteilung auf die einzelnen Wohn- und Pflegeeinheiten;
9. Maßnahmen der Qualitätsarbeit.

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

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

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

#### **Heimordnung**

§ 8. (1) Der Heimträger hat die Regelungen über den inneren Betrieb des Heimes in einer Heimordnung schriftlich festzulegen.

(2) Die Heimordnung hat jedenfalls zu enthalten:

1. Bestimmungen über den Vorgang bei der Aufnahme und Beendigung des Heimaufenthalts der Bewohner;
2. Bestimmungen über die internen Organisationsabläufe, die nach den Bedürfnissen der Bewohnergemeinschaft auszurichten sind;
3. Bestimmungen über die Befugnisse der im Heim tätigen Personen;
4. Bestimmungen über die Mitwirkung der Bewohner;
5. Bestimmungen über die Erreichbarkeit der Direktion und der Pflegedienstleitung;
6. weitere für den zweckentsprechenden Betrieb des Heimes erforderliche Bestimmungen.

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

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

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

### Personalausstattung

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

(2) Der Heimträger hat ein Personalkonzept zu erstellen. Das Personalkonzept hat sich an der Struktur und am Aufgabenbereich des Heimes zu orientieren.

(3) Im Personalkonzept ist jedenfalls anzugeben:

1. Organisation der Direktion;
2. Organisation des Pflegedienstes;
3. Personalplan, der die Zahl, das zeitliche Ausmaß der Voll- und Teilzeitbeschäftigung sowie die Funktionen und Qualifikationen aller im Heim im Rahmen von Betreuung, Pflege und Therapie tätigen Personen festlegt;
4. Stellenbeschreibungen für alle wesentlichen Funktionen im Heim;
5. Personalentwicklungsmaßnahmen, die Art und Ausmaß der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen regeln;
6. Angaben über Art und Ausmaß der berufsbegleitenden Supervision.

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

### Direktion

§ 10. Der Heimträger hat eine fachlich und zur Leitung geeignete Person zu bestellen, die für den gesamten Heimbetrieb verantwortlich ist. Eine Person ist für die Wahrnehmung der Aufgaben der Direktion fachlich geeignet, wenn sie durch entsprechende Schulung über hinreichende betriebswirtschaftliche Kenntnisse verfügt, und zur Leitung eines Heimes geeignet, wenn sie durch entsprechende Schulung über hinreichende Kenntnisse in der Organisation und Personalführung verfügt. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch eine qualifizierte Person sicherzustellen.

### Pflegedienstleitung

§ 11. (1) Der Träger eines Pflegeheimes hat eine fachlich und zur Leitung geeignete Person zu bestellen, die für den gesamten Pflegebereich verantwortlich ist. Eine Person ist für die Pflegedienstleitung fachlich geeignet, wenn sie eine Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist, und zur Leitung geeignet, wenn sie durch entsprechende Weiterbildung über hinreichende Kenntnisse in der Organisation und Personalführung verfügt. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch eine qualifizierte Person sicherzustellen.

(2) Die Pflegedienstleitung hat ein pflegerisches Konzept über die Gestaltung der Pflege zu erstellen, das folgende Angaben zu enthalten hat:

1. Beschreibung der pflegerischen Versorgung in Bezug auf die Betriebs- und Leistungsbeschreibung;
2. Pflegeverständnis (Pflegeleitbild);
3. zugrunde gelegte Pflegemodelle und -konzepte;
4. Umsetzung der zugrunde gelegten Pflegemodelle und -konzepte;
5. Aufbau- und Ablauforganisation der Pflege.

(3) Bei wesentlichen Änderungen ist das pflegerische Konzept anzupassen. Das pflegerische Konzept ist im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten. Das pflegerische Konzept ist den Bewohnern bei der Aufnahme zur Kenntnis zu bringen und im Heim gut sichtbar und lesbar anzuschlagen oder als Broschüre aufzulegen.



### **Medizinische Betreuung**

§ 12. (1) Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner die medizinische Betreuung durch Ärzte sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Ärzte oder durch rasche Erreichbarkeit von Ärzten erfolgen.

(2) Für den Fall, dass eine Bewohnerin oder ein Bewohner unvorhergesehen und rasch ärztliche Hilfe benötigt, ist ein Notfallprogramm zu erstellen. Das Notfallprogramm ist schriftlich festzulegen und dem Personal nachweislich schriftlich zur Kenntnis zu bringen. Das Personal ist in Bezug auf das Notfallprogramm zu schulen.

(3) Bei jeder Änderung der Erreichbarkeit rascher ärztlicher Hilfe ist unverzüglich das Notfallprogramm zu ändern und dem Personal nachweislich schriftlich zur Kenntnis zu bringen.

### **Medizinischer Verantwortlicher**

§ 13. (1) Der Heimträger hat einen zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Arzt als medizinischen Verantwortlichen zu bestellen. Der medizinische Verantwortliche hat ein medizinisches und therapeutisches Konzept zu erstellen sowie regelmäßig durch geeignete Maßnahmen dafür zu sorgen, dass das medizinische und therapeutische Konzept eingehalten wird.

(2) Im medizinischen Konzept ist anzugeben, wie die medizinische Betreuung erfolgt. Das medizinische Konzept hat jedenfalls zu enthalten:

1. Name des Arztes, der das Konzept erstellt hat, und dessen Erreichbarkeit;
2. Beschreibung der medizinischen Versorgung in Bezug auf die Betriebs- und Leistungsbeschreibung;
3. Liste der niedergelassenen Ärzte in der Umgebung des Heimes und deren Erreichbarkeit;
4. Liste der im Heim tätigen Ärzte, deren fachliche Ausbildung und Erreichbarkeit, sofern im Heim Ärzte tätig sind;
5. Notfallprogramm nach § 12.

(3) Im therapeutischen Konzept ist anzugeben, wie die therapeutische Versorgung durch Angehörige des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes erfolgt. Das therapeutische Konzept hat jedenfalls zu enthalten:

1. Name des Arztes, der das Konzept erstellt hat, und dessen Erreichbarkeit;
2. Beschreibung der therapeutischen Versorgung in Bezug auf die Betriebs- und Leistungsbeschreibung;
3. Liste der niedergelassenen Therapeuten in der Umgebung des Heimes und deren Erreichbarkeit;
4. Liste der im Heim tätigen Therapeuten, deren fachliche Ausbildung und Erreichbarkeit, sofern im Heim Therapeuten tätig sind.

(4) Bei wesentlichen Änderungen ist das medizinische und therapeutische Konzept anzupassen. Das medizinische und therapeutische Konzept ist im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten. Das medizinische und therapeutische Konzept ist den Bewohnern bei der Aufnahme zur Kenntnis zu bringen und im Heim gut sichtbar und lesbar anzuschlagen oder als Broschüre aufzulegen.

### **Hygienefachkraft**

§ 14. (1) Der Heimträger hat zur Wahrung der Belange der Hygiene eine fachlich geeignete Person als Hygienefachkraft zu bestellen. Eine Person ist als Hygienefachkraft fachlich geeignet, wenn sie eine Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist. Das zeitliche Ausmaß der Tätigkeit hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot des Heimes zu richten.

(2) Die Hygienefachkraft hat Maßnahmen zu setzen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Maßnahmen hat die Hygienefachkraft gemeinsam mit dem medizinischen Verantwortlichen einen Hygieneplan zu erstellen, der Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen vorsieht.

(3) Der Hygieneplan ist im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten.

### **Sicherheitsbeauftragter**

§ 15. (1) Der Heimträger hat zur Wahrung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der im Heim verwendeten medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen sowie zur Wahrung des Brandschutzes eine fachlich geeignete Person zum Sicherheitsbeauftragten zu bestellen. Eine Person ist als Sicherheitsbeauftragter fachlich geeignet, wenn sie durch entsprechende

Schulung über hinreichende Kenntnisse auf dem Gebiet der technischen Sicherheit und des Brandschutzes verfügt. Das zeitliche Ausmaß der Tätigkeit hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot des Heimes zu richten.

(2) Der Sicherheitsbeauftragte hat die medizinisch-technischen Geräte und die technischen Einrichtungen des Heimes regelmäßig zu überprüfen oder für Überprüfungen zu sorgen und festgestellte Mängel zu beheben oder für deren Behebung zu sorgen. Das zeitliche Intervall der Überprüfungen hat sich nach den technischen und sicherheitstechnischen Vorschriften zu richten.

(3) Der Sicherheitsbeauftragte hat alle Vorkehrungen zu treffen, damit das Heim bei Brandgefahr unverzüglich geräumt werden kann und, sofern erforderlich, für die Setzung von Maßnahmen zu sorgen, die der Brandabschnittsbildung und der Sicherung der Fluchtwege dienen. Er hat weiters eine Brandschutzordnung mit einem zweckmäßigen Räumungsplan zu erstellen.

(4) Die Dokumentationen über die Überprüfungen nach Abs. 2 und die Brandschutzordnung einschließlich Räumungsplan nach Abs. 3 sind zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten.

### **Baulich – technische Ausstattung**

**§ 16.** (1) Der Heimträger hat unabhängig von sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu sorgen, dass bei der Errichtung und Ausstattung von Heimen auf die Sicherstellung der gesundheitlichen und sozialen Interessen sowie der individuellen Bedürfnisse der Bewohner Bedacht genommen wird.

(2) Bei der Errichtung und Ausstattung von Heimen ist insbesondere zu beachten, dass:

1. der Standort des Heimes unter möglicher Berücksichtigung der Integration in die städtische Umwelt gewählt wird;
2. die Aufteilung der Räume in familiäre Strukturen erfolgt;
3. die erforderliche Infrastruktur wie insbesondere Therapieräume, Räume für Rehabilitationsangebote, Sozialräume, Aufenthaltsräume und Räume für Dienstleistungen geschaffen werden;
4. die für Größe und Ausstattung der Zimmer jeweils geltenden Standards berücksichtigt werden;
5. grundsätzlich Einbettzimmer errichtet werden, wobei auch Zweibettzimmer vorzusehen sind und für Personen, die entsprechende soziale Kontakte wünschen, bis zu Vierbettzimmer vorgesehen werden können; insgesamt ist auf eine ausgewogene Mischung zu achten.

### **Dokumentation**

**§ 17.** (1) Der Heimträger hat über jede Bewohnerin und jeden Bewohner eine Dokumentation zu führen. In die Dokumentation sind die pflegerischen, medizinischen, therapeutischen und die zum Wohl der Bewohnerin oder des Bewohners erforderlichen Maßnahmen einzutragen. Überdies sind auch die weiteren für die Bewohnerin oder den Bewohner wichtigen Tatsachen vom Heimträger oder vom pflegenden, medizinischen und therapeutischen Personal festzuhalten.

(2) In der Dokumentation ist vom Heimträger oder vom pflegenden, medizinischen und therapeutischen Personal jedenfalls anzugeben:

1. Name des Heimes;
2. Vor- und Familienname, Titel, Geschlecht und Geburtsdatum der Bewohnerin oder des Bewohners;
3. Tag und Anlass der Aufnahme;
4. Name der Vertrauensperson oder eines allfälligen gesetzlichen Vertreters und erforderliche Daten für eine Kontaktaufnahme;
5. Tag der Beendigung des Heimaufenthalts.

(3) In der Dokumentation über eine Bewohnerin oder einen Bewohner, der betreut und gepflegt wird, ist vom Heimträger oder vom pflegenden, medizinischen und therapeutischen Personal darüber hinaus jedenfalls anzugeben:

1. hauptverantwortliche Pflegepersonen;
2. Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand;
3. Angaben zu den Aktivitäten des täglichen Lebens wie insbesondere Angaben über Ernährung und Mobilität unter Berücksichtigung der Biographie der Bewohnerin oder des Bewohners;
4. Angaben über die Anamnese, die Diagnose und die Therapie;
5. Angaben über die Ziele bei der Aufnahme und im weiteren Verlauf;

6. Pflegemaßnahmen zur Erreichung dieser Ziele;
7. Angaben über allfällige Freiheitsbeschränkungen nach § 6 Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG, BGBl. I Nr. 11/2004;
8. Angaben über die Einstufung nach einem Pflegegeldgesetz.

(4) Der Heimträger hat die Dokumentationen vertraulich zu führen und derart zu verwahren, dass eine missbräuchliche Kenntnisnahme ihrer Inhalte ausgeschlossen ist.

(5) Zur Sicherung der Zwecke nach Abs. 4 hat der Heimträger organisatorische Vorkehrungen zu treffen, die den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der betroffenen Personen im Sinne des § 1 Abs. 2 Datenschutzgesetz – DSG, BGBl. I Nr. 165/1999 in der Fassung BGBl. I Nr. 120/2017, sicherstellen.

(6) Der Heimträger hat die Dokumentation über eine Bewohnerin oder einen Bewohner zehn Jahre nach Beendigung des Heimaufenthalts aufzubewahren.

### **Qualitätsarbeit**

**§ 18.** (1) Der Heimträger hat im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätsarbeit vorzusehen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätsarbeit entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Leistungsqualität ermöglichen.

(2) Der Heimträger hat die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätsarbeit zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen. Die Unterlagen über die gesetzten Maßnahmen in der Qualitätsarbeit sind im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten.

### **Statistikbericht**

**§ 19.** (1) Der Heimträger hat dem Magistrat jährlich bis spätestens Ende Februar des Folgejahres einen Statistikbericht über das vorangegangene Betriebsjahr vorzulegen.

(2) Im Statistikbericht ist jedenfalls anzugeben:

1. Anzahl der Betreuungs- und Pflegeplätze zum Stichtag 31. Dezember des vorangegangenen Betriebsjahres;
2. Anzahl der Bewohner mit Angaben von Alter und Geschlecht sowie deren Kostenträger zum Stichtag 31. Dezember des vorangegangenen Betriebsjahres;
3. Änderung der Anzahl der Bewohner zum Stichtag 31. Dezember des vorangegangenen Betriebsjahres;
4. Personalplan nach § 9 Abs. 3 Z 3 zum Stichtag 31. Dezember des vorangegangenen Betriebsjahres;
5. Bericht über die gesetzten Maßnahmen in der Qualitätsarbeit.

### **Fortbildung, Weiterbildung und Supervision des Personals**

**§ 20.** (1) Der Heimträger hat sicherzustellen, dass die notwendige Fort- und Weiterbildung des Personals gewährleistet ist.

(2) Der Heimträger hat sicherzustellen, dass eine berufsbegleitende Supervision des zur Betreuung und Pflege eingesetzten Personals gewährleistet ist.

### **Arzneimittelvorräte**

**§ 21.** (1) Der Heimträger hat die für die Hilfeleistung notwendigen Arzneimittel vorrätig zu halten. Der erforderliche Arzneimittelvorrat kann vom Heimträger unter Bedacht auf die üblicherweise und voraussichtlich von den Bewohnerinnen und Bewohnern dauerhaft oder einmalig benötigten Arzneimittel festgelegt werden, wobei sicherzustellen ist, dass eine dauerhafte adäquate Versorgung mit Arzneimitteln gegeben ist und die für die Erste Hilfe notwendigen Arzneimittel jedenfalls im entsprechenden Ausmaß zur Verfügung stehen.

(2) Der Heimträger kann darüber hinaus die für einzelne Bewohnerinnen und Bewohner verordneten Arzneimittel vorrätig halten.

(3) Alle Arzneimittelvorräte sind fachgerecht zu verwahren.

(4) Die Landesregierung ist ermächtigt durch Verordnung nähere Bestimmungen zur Zusammensetzung des Arzneimittelvorrates gemäß Abs. 1 zu treffen.

### **Aufnahme, Änderung oder Einstellung des Betriebes**

§ 22. (1) Der Heimträger hat die Aufnahme, die Erweiterung, die wesentliche Einschränkung des Betriebes, sonstige wesentliche Änderungen wie insbesondere Änderung des Leistungsangebotes und die Einstellung des Betriebes spätestens drei Monate vor der beabsichtigten Maßnahme dem Magistrat unter Anschluss der erforderlichen Unterlagen schriftlich anzuzeigen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Änderung des Heimträgers**

§ 23. (1) Jede beabsichtigte Änderung des Heimträgers ist dem Magistrat spätestens drei Monate vor der Änderung schriftlich durch den bisherigen und den neuen Heimträger anzuzeigen. Der Anzeige über

die beabsichtigte Änderung des Heimträgers sind entsprechende Nachweise des neuen Heimträgers gemäß § 22 Abs. 2 Z 1 bis 3 beizulegen.

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

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

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

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

### **Bewilligung innovativer Modelle und Projekte**

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

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

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

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

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

(6) Die Bestimmungen über die Aufsicht gelten sinngemäß.

## **4. ABSCHNITT Betriebspflichten**

### **Verschwiegenheitspflicht**

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

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn:

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

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

### **Datenschutz**

§ 26. (1) Im Fall der Aufnahme einer Person in ein Heim nach einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt hat der Rechtsträger der Krankenanstalt eine Ausfertigung des Patientenbriefes nach § 38 Abs. 2 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG zum Zweck der Führung der Dokumentation

sowie der weiteren Betreuung und Pflege der Bewohnerin oder des Bewohners kostenlos an den Heimträger auf dessen Anfrage weiterzugeben, sofern der Heimträger diese Daten benötigt, um seinen Verpflichtungen nach diesem Gesetz nachzukommen und die Bewohnerin oder der Bewohner nicht in der Lage ist, den Patientenbrief an den Heimträger zu übergeben.

(2) Zum Schutz der Geheimhaltungsinteressen der nach Abs. 1 betroffenen Personen hat der Heimträger organisatorische Vorkehrungen unter sinngemäßer Anwendung des § 17 Abs. 5 zu treffen.

#### **Verbot der Annahme von Vermögen**

§ 27. (1) Dem Heimträger und den im Heim tätigen Personen ist es untersagt, von einer Bewohnerin oder einem Bewohner über das im Heimvertrag vereinbarte Entgelt hinaus Vermögen für sich oder für Dritte anzunehmen.

(2) Dies gilt nicht für Zuwendungen, die mittels gerichtlich oder notariell beglaubigter Dokumente für wohltätige oder gemeinnützige Zwecke gewährt werden und für Zuwendungen von geringem materiellen Wert.

### **5. ABSCHNITT**

#### **Kontrollbestimmungen**

##### **Aufsicht**

§ 28. (1) Die Heime unterliegen der behördlichen Aufsicht. Aufsichtsbehörde ist der Magistrat. Die Aufsicht ist dahingehend auszuüben, dass die Heime nach Führung und Ausstattung den gesundheitlichen, organisatorischen, personellen, technischen und sicherheitstechnischen Erfordernissen einer fachgerechten pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Betreuung zu entsprechen haben. Unabhängig von sonstigen rechtlichen Regelungen muss der Betrieb eines Heimes den Bestimmungen dieses Gesetzes und den Bestimmungen der Verordnung gemäß § 30 entsprechen.

(2) Der Magistrat hat den Betrieb eines Heimes im Fall einer Beschwerde unverzüglich und darüber hinaus längstens in Abständen von einem Jahr von Amts wegen zu überprüfen. In Ausübung seiner Aufsicht ist der Magistrat jederzeit berechtigt mündliche Verhandlungen in Verbindung mit einem Augenschein durchzuführen, um insbesondere zu prüfen, ob den in diesem Gesetz und in einer Verordnung nach § 30 festgelegten Vorschriften entsprochen wird.

(3) Der Heimträger hat den Organen des Magistrats die Wahrnehmung der Aufsicht zu ermöglichen. Er hat ihnen jederzeit Zutritt zu den Räumlichkeiten des Heimes zu gewähren, Kontrollen durchführen zu lassen und erforderliche Auskünfte zu erteilen. Der Heimträger hat den Organen des Magistrats vorzulegen:

1. Aufzeichnungen, aus denen hervorgeht, dass er seine Informationspflichten gegenüber den Bewohnern und deren Vertrauenspersonen erfüllt;
2. Unterlagen, aus denen ersichtlich ist, dass er seine Pflichten nach diesem Gesetz und nach der Verordnung gemäß § 30 einhält;
3. Personaldaten, aus denen die berufliche Qualifikation der im Heim tätigen Personen ersichtlich ist.

Die Dokumentationen nach § 17 sind vom Heimträger den Organen des Magistrats ebenfalls vorzulegen, damit von ihnen geprüft werden kann, ob die Dokumentationen die erforderlichen Angaben enthalten und ob die Bewohner, die betreut und gepflegt werden, eine fachgerechte Betreuung erhalten. Der Heimträger hat einen ungehinderten Kontakt zwischen den Bewohnern und den Organen des Magistrats zuzulassen.

(4) Werden bei der Überprüfung eines Heimes Mängel festgestellt, hat der Magistrat dem Heimträger die Behebung der Mängel unter Setzung einer angemessenen Frist aufzutragen.

(5) Der Magistrat kann jederzeit Auflagen im erforderlichen Ausmaß vorschreiben, die nach gesundheitlichen, organisatorischen, personellen, technischen oder sicherheitstechnischen Anforderungen unbedingt notwendig sind.

(6) Der Magistrat hat den Betrieb eines Heimes ganz oder teilweise zu untersagen, wenn:

1. schwerwiegende Mängel vorliegen, die nicht behebbar sind oder zu deren Behebung der Heimträger nicht bereit ist;
2. schwerwiegende Mängel trotz Erteilung eines Auftrages nach Abs. 4 nicht behoben wurden;

3. eine für das Leben oder die Gesundheit der Bewohner derart unmittelbar drohende Gefahr besteht, dass die Erteilung eines Auftrags nach Abs. 4 oder die Vorschreibung von Auflagen nach Abs. 5 nicht abgewartet werden kann.

(7) Ein nach Abs. 6 erlassener Bescheid ist wieder aufzuheben, wenn auf Grund einer neuerlichen Überprüfung oder durch Vorlage von Unterlagen, aus denen die Mängelbehebung hervorgeht, feststeht, dass der Grund für die Untersagung weggefallen ist.

(8) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 4 bis 7 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien erhoben werden.

(9) Die Aufsichtsbehörde hat dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger zum Zweck der Gewährung von sozialen Diensten sowie von Pflege in Heimen, die dem Anwendungsbereich dieses Gesetzes unterliegen, über das Vorliegen, die Art und das Ausmaß von im Rahmen der Aufsichtsführung festgestellten Mängeln Auskunft zu erteilen.

(10) Bescheide nach Abs. 4 bis 7 sowie Beschwerdeentscheidungen und Entscheidungen des Verwaltungsgerichtes Wien sind von der Aufsichtsbehörde dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger in Abschrift zur Kenntnis zu bringen.

### **Heimkommission**

§ 29. (1) Zur Unterstützung des Magistrats bei seiner Aufsicht und zu dessen Beratung in Heimangelegenheiten ist bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft eine Heimkommission einzurichten. Die Heimkommission hat regelmäßig den Betreuungs- und Pflegestandard der Heime zu beurteilen und dem Magistrat jährlich darüber zu berichten. In grundsätzlichen Fragen der Betreuung und Pflege der Bewohner kann die Heimkommission Empfehlungen abgeben und bei allen wichtigen, die Rechte und Interessen der Bewohner betreffenden Angelegenheiten, Vorschläge zur Förderung der Rechte und Interessen der Bewohner erstatten. Zur Ausübung ihrer Aufgaben hat die Heimkommission das Recht zur Einsichtnahme in die Dokumentationen nach § 17.

(2) Der Heimkommission haben jedenfalls anzuhören:

1. zwei Fachleute aus dem Pflegebereich,
2. zwei Vertreter der Heimträger,
3. ein Arzt sowie
4. eine auf Beschwerdemanagement in der Pflege spezialisierte Person.

Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied vorzusehen. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder gemäß Z 1 bis 3 sind vom Magistrat im Einvernehmen mit der Wiener Patienten-anwaltschaft zu bestellen. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder gemäß Z 1 bis 3 sind vom Magistrat im Einvernehmen mit der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft zu bestellen. Die Tätigkeit der Mitglieder und Ersatzmitglieder ist ehrenamtlich.

(3) Die Heimkommission wählt aus ihrer Mitte die Vorsitzende oder den Vorsitzenden. Die Wahl der Stellvertreterin oder des Stellvertreters hat in gleicher Weise zu erfolgen.

(4) Die Heimkommission ist von der Vorsitzenden oder vom Vorsitzenden regelmäßig, mindestens zweimal pro Jahr, einzuberufen. Überdies ist die Heimkommission von der Vorsitzenden oder vom Vorsitzenden auf Verlangen von mindestens der Hälfte der Mitglieder einzuberufen. Die Sitzungen der Heimkommission sind nicht öffentlich.

(5) Die Heimkommission hat eine Geschäftsordnung zu beschließen, die insbesondere folgende Bestimmungen zu enthalten hat:

1. Aufgaben der Heimkommission;
2. Bestellung der Mitglieder und Ersatzmitglieder;
3. Dauer der Mitgliedschaft und Ersatzmitgliedschaft;
4. Wahl der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden sowie der Stellvertretung;
5. Funktionsperiode und vorzeitige Beendigung der Funktionsperiode der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden;
6. Einberufung, Teilnahme und Leitung der Sitzungen;
7. Beschlussfassung;
8. Verschwiegenheitspflicht;
9. Protokoll;
10. Geschäftsführung.

(6) Die Führung der laufenden Geschäfte, die Besorgung der Kanzleigeschäfte und die Vorbereitung der Sitzungen obliegt der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft.

#### **Verordnungsermächtigung**

**§ 30.** (1) Die Landesregierung hat durch Verordnung personelle und baulich-technische Mindeststandards für Einrichtungen nach § 2 Abs. 1 Z 2 und 3 festzulegen.

(2) Bei Festlegung der personellen Mindeststandards sind folgende Grundsätze sicherzustellen:

1. Die Anzahl des einzusetzenden fachlich qualifizierten Personals richtet sich nach der Anzahl der Bewohner und deren Betreuungs- und Pflegebedarf.
2. Das Ausmaß des Pflegebedarfs ist nach der Pflegegeldeinstufung zu beurteilen.
3. Für das Pflegepersonal ist ein Personalschlüssel festzulegen, wobei aus berücksichtigungswürdigen Gründen eine Bandbreite vorgesehen werden kann. Die Höhe der Abweichung und die Gründe für ihre Zulässigkeit sind in der Verordnung festzulegen.

(3) Die baulich-technischen Mindeststandards haben sich zu beziehen auf:

1. Größe und Ausstattung der Heime;
2. Größe und Ausstattung der Wohneinheiten;
3. Infrastruktur und Verkehrswege.

## **6. ABSCHNITT**

### **Strafbestimmungen**

**§ 31.** (1) Eine Verwaltungsübertretung begeht und ist vom Magistrat mit einer Geldstrafe bis zu 20 000 Euro, im Fall der Uneinbringlichkeit mit einer Ersatzfreiheitsstrafe bis zu sechs Wochen, zu bestrafen, wer:

1. entgegen der Bestimmung des § 28 Abs. 3 den Organen des Magistrats die Wahrnehmung der Aufsicht nicht ermöglicht;
2. entgegen der Bestimmung des § 28 Abs. 3 den Organen des Magistrats den ungehinderten Kontakt mit den Bewohnern verwehrt;
3. einen Mangel nicht innerhalb der gemäß § 28 Abs. 4 gesetzten Frist behebt;
4. ein Heim trotz rechtskräftiger Untersagung gemäß § 22 Abs. 5 oder 6, § 28 Abs. 6 oder § 32 Abs. 3 oder 6 betreibt;
5. eine gemäß § 22 Abs. 1 oder § 23 Abs. 1 anzeigepflichtige Maßnahme trotz rechtskräftiger Untersagung gemäß § 22 Abs. 5 oder 6 oder § 23 Abs. 2 vornimmt;
6. ein von den Bestimmungen dieses Gesetzes abweichendes Modell oder Projekt nach § 24 ohne Bewilligung des Magistrats gemäß § 24 Abs. 1 oder trotz rechtskräftiger Zurücknahme dieser Bewilligung gemäß § 24 Abs. 3 betreibt.

(2) Eine Verwaltungsübertretung begeht und ist vom Magistrat mit einer Geldstrafe bis zu 10 000 Euro, im Fall der Uneinbringlichkeit mit einer Ersatzfreiheitsstrafe bis zu drei Wochen, zu bestrafen, wer:

1. der Verpflichtung zur Erstellung oder Änderung einer Betriebs- und Leistungsbeschreibung gemäß § 7 Abs. 1 und 2 oder 4 zuwiderhandelt;
2. der Verpflichtung zur Erstellung oder Änderung einer Heimordnung gemäß § 8 Abs. 1 und 2 oder 4 zuwiderhandelt;
3. der Verpflichtung zur Erstellung oder Änderung eines Personalkonzepts gemäß § 9 Abs. 2 und 3 oder 4 zuwiderhandelt;
4. die Anzeigepflichten nach § 22 Abs. 1 bis 3, § 23 Abs. 1 oder § 32 Abs. 2 oder 5 verletzt;
5. die in § 4 Abs. 1, 3 und 4, § 5 Abs. 1, 2, 5 und 6, § 6, § 7 Abs. 3 bis 5, § 8 Abs. 3 bis 5, § 9 Abs. 1 und 4, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16 Abs. 1, § 17, § 18, § 19, § 20, § 21, § 22 Abs. 4 oder § 24 Abs. 3 enthaltenen Pflichten verletzt;
6. die Verschwiegenheitspflicht gemäß § 25 Abs. 1 verletzt;
7. für sich oder für Dritte einen Vermögensvorteil entgegen der Bestimmung des § 27 annimmt;
8. den Bestimmungen der Verordnung nach § 30 zuwiderhandelt.

(3) Eine Verwaltungsübertretung nach den vorstehenden Bestimmungen liegt nicht vor, wenn die Tat den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet.



(4) Entgegen § 27 angenommene Vermögensvorteile sind für verfallen zu erklären. Ist ein Verfall nicht möglich, so ist über den Täter eine Verfallsersatzstrafe zu verhängen, deren Höhe dem Wert des gewährten Vermögensvorteiles entspricht.

(5) Der Erlös für die nach Abs. 4 verfallenen Vermögensvorteile bzw. der Wertersatz fließt dem Land Wien zu und ist für Belange des Gesundheitswesens zu verwenden.

### 7. ABSCHNITT

#### Schlussbestimmungen

#### Übergangsbestimmungen

**§ 32.** (1) Der Heimträger eines bestehenden Heimes hat spätestens ein Jahr nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes die Bestimmungen dieses Gesetzes einzuhalten.

(2) Der Heimträger, der zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes ein Heim betreibt und weiter zu betreiben beabsichtigt, hat den Weiterbetrieb des Heimes spätestens ein Jahr nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes dem Magistrat schriftlich anzuzeigen. Der Anzeige sind anzuschließen:

1. Betriebs- und Leistungsbeschreibung;
2. Heimordnung;
3. Personalkonzept;
4. pflegerisches Konzept;
5. medizinisch-therapeutisches Konzept;
6. Raumplan;
7. maßstabgerechter Lageplan des Heimes;
8. allgemeine Beschreibung der baulichen Anlagen.

(3) Der Magistrat hat auf Grund einer Anzeige nach Abs. 2 binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen den Weiterbetrieb eines bestehenden Heimes, das der Personalausstattung oder der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entspricht, zu untersagen, wenn auf Grund von Überprüfungen durch den Magistrat feststeht, dass durch den Weiterbetrieb des Heimes eine Lebensgefahr oder schwerwiegende Gesundheitsgefahr der Bewohner besteht.

(4) Untersagt der Magistrat nicht binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen nach Abs. 2 den Weiterbetrieb von bestehenden Heimen, die der Personalausstattung oder der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entsprechen, ist der Weiterbetrieb der Heime für fünf Jahre ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes zulässig.

(5) Der Heimträger, der ein Heim fünf Jahre ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes nach Abs. 4 weiter betreibt und weiter zu betreiben beabsichtigt, hat den Weiterbetrieb des Heimes dem Magistrat spätestens sechs Monate vor Ablauf der fünfjährigen Frist schriftlich anzuzeigen. Der Anzeige sind die Unterlagen nach Abs. 2 anzuschließen.

(6) Der Magistrat hat auf Grund einer Anzeige nach Abs. 5 binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen den Weiterbetrieb eines bestehenden Heimes, das der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entspricht, zu untersagen, wenn nicht auf Grund von Überprüfungen durch den Magistrat und auf Grund der allgemeinen Versorgungslage feststeht, dass der Weiterbetrieb des Heimes zur Sicherstellung der ausreichenden Versorgung für die Allgemeinheit unbedingt erforderlich ist.

(7) Untersagt der Magistrat nicht binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen nach Abs. 5 den Weiterbetrieb von bestehenden Heimen, die der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entsprechen, ist der Weiterbetrieb bis 31. Dezember 2019 zulässig.

(8) Der Magistrat kann den Weiterbetrieb gemäß Abs. 4 oder 7 binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen unter Vorschreibung von Aufträgen im erforderlichen Ausmaß, die nach gesundheitlichen, organisatorischen, personellen, technischen oder sicherheitstechnischen Anforderungen unbedingt notwendig sind, zulassen.

(9) Kommt der Heimträger der Verpflichtung zur Anzeige des Weiterbetriebes nach Abs. 2 und 5 innerhalb der dafür vorgesehenen Frist nicht nach, kann der Magistrat den Weiterbetrieb des Heimes jederzeit auch ohne Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 3 und 6 untersagen.

(10) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 3, 6, 8 und 9 kann Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien erhoben werden.

(11) Bescheide nach Abs. 3, 6, 8 und 9 sowie Beschwerdeentscheidungen und Entscheidungen des Verwaltungsgerichtes Wien sind von der Aufsichtsbehörde dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger in Abschrift zur Kenntnis zu bringen.

#### **In- und Außer-Kraft-Treten**

**§ 33.** (1) Dieses Gesetz tritt drei Monate nach dem Tag der Kundmachung in Kraft.

(2) Die Verordnung auf Grund dieses Gesetzes kann bereits vor In-Kraft-Treten dieses Gesetzes erlassen und kundgemacht werden. Sie darf aber frühestens zugleich mit diesem Gesetz in Kraft gesetzt werden.

(3) Mit In-Kraft-Treten dieses Gesetzes treten die §§ 15 Abs. 2 und 3, 22a und 36 Abs. 3 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG außer Kraft.

## **Gesamte Rechtsvorschrift für Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG, Fassung vom 05.03.2019**

### **Langtitel**

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

### **Änderung**

LGBL Nr. 12/2009

LGBL Nr. 74/2012

### **Präambel/Promulgationsklausel**

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

### **Text**

#### **1. ABSCHNITT**

##### **Inhalt und Anwendungsbereich**

§ 1. Mit dieser Verordnung werden personelle und baulich-technische Mindeststandards für folgende Einrichtungen nach dem Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG, LGBL für Wien Nr. 15/2005, festgelegt:

1. Pflegeheime für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf,
2. Wohnheimen angeschlossene Pflegestationen.

#### **2. ABSCHNITT**

##### **Personelle Mindeststandards**

##### **Betreuungs- und Pflegepersonal**

§ 2. (1) Grundlage des Angebotes an Betreuungs- und Pflegeleistungen bildet die PflegegeldEinstufung der Bewohner.

(2) Im Rahmen der Betreuungs- und Pflegeleistungen sind jedenfalls zu berücksichtigen:

1. somatische Bedürfnisse,
2. psychosoziale Bedürfnisse,
3. die Möglichkeit der Erhaltung von sozialen Kontakten,
4. Leistungen, die nach ärztlicher Anordnung durchzuführen sind.

§ 3. (1) Der Heimträger hat die Betreuung und Pflege der Bewohner durch Betreuungs- und Pflegepersonal sicherzustellen.

(2) Zur Pflege der Bewohner dürfen nur Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegehelfer eingesetzt werden.

(3) Zur Betreuung der Bewohner dürfen Betreuungspersonen (wie Heimhelfer) und Angehörige von Hilfsdiensten (wie Abteilungshelfer) eingesetzt werden.

(4) Angehörige anderer als der in Abs. 2 und 3 genannten Berufsgruppen dürfen für Tätigkeiten nach Abs. 2 und 3 herangezogen werden, soweit diese von ihrem jeweiligen Berufsbild umfasst sind.

§ 4. (1) Das Verhältnis der Bewohnerinnen und Bewohner nach deren Betreuungs- und Pflegebedarf zur Anzahl des Betreuungs- und Pflegepersonals darf folgenden Stand nicht unterschreiten:

Pflegegeldstufe	Vollzeitbeschäftigte	Bewohner
-----------------	----------------------	----------

	Betreuungs- und Pflegeperson	
0	1	20
1	1	20
2	1	7
3	1	2
4	1	1,75
5	1	1,5
6	1	1,25
7	1	1

(2) Der in Abs. 1 festgelegte Personalschlüssel kann aus Gründen der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation oder aus besonders berücksichtigungswürdigen Gründen im Zusammenhang mit dem Personalkonzept eines Heimes bis zu 10 Prozent unterschritten werden, sofern der Schutzzweck dieser Verordnung dadurch nicht beeinträchtigt wird.

§ 5. Für Leistungen bei Bewohnern mit besonderem Betreuungs- bzw. Pflegebedarf ist über die in § 4 festgelegte Mindestpersonalausstattung hinaus eine diesen besonderen Betreuungs- und Pflegebedarf abdeckende Personalausstattung sicherzustellen.

§ 6. (1) Der Anteil der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege darf 30% der Mindestpersonalausstattung (§ 4) nicht unterschreiten.

(2) Der Anteil der Betreuungs- und Hilfspersonen darf 20% der Mindestpersonalausstattung (§ 4) nicht übersteigen.

#### **Medizinisches Personal**

§ 7. Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner die medizinische Betreuung durch Ärzte (und allenfalls erforderliches Hilfspersonal) sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Ärzte oder durch rasche Erreichbarkeit von niedergelassenen Ärzten erfolgen.

#### **Therapeutisches Personal**

§ 8. Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner die therapeutische Betreuung durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Therapeuten oder durch Vermittlung von niedergelassenen Therapeuten erfolgen.

#### **Psychologische und psychotherapeutische Betreuung**

§ 9. Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner die psychologische und psychotherapeutische Betreuung sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Psychologen und Psychotherapeuten oder durch Vermittlung von niedergelassenen Psychologen und Psychotherapeuten erfolgen.

### **3. ABSCHNITT**

#### **Baulich-technische Mindeststandards**

##### **Größe und Infrastruktur der Pflegeheime und Pflegestationen**

§ 10. (1) Neu zu errichtende Pflegeheime dürfen nicht mehr als 350 Heimplätze aufweisen.

(2) Pflegeheime sind in baulich überschaubare Einheiten mit nicht mehr als 28 Heimplätzen zu gliedern. Eine Gliederung kann, sofern dies den in § 3 WWPG genannten Zielen entspricht, unter besonderen Voraussetzungen auch durch organisatorische Maßnahmen erfolgen. Auf Grund des pflegerischen Konzepts und der räumlichen Gegebenheiten kann die Anzahl der Heimplätze pro Einheit bis auf 36 erhöht werden.

(3) Pflegestationen dürfen nicht mehr als 28 Heimplätze aufweisen. Auf Grund des pflegerischen Konzepts und der räumlichen Gegebenheiten kann die Anzahl der Heimplätze pro Pflegestation bis auf 36 erhöht werden.

§ 11. (1) Neben den Räumen für die Bewohner (Wohneinheiten) sowie Funktions- und Nebenräumen müssen in ausreichender Anzahl und Eignung zumindest folgende Räume vorhanden sein:

1. Therapieraum,
2. Raum für Rehabilitationsangebote,
3. Sozialraum,

4. Aufenthaltsraum,
5. Raum für Dienstleistungen.

In Einrichtungen, die bereits am 29. Juni 2005 bestanden haben, können Therapien, Rehabilitationsangebote und Dienstleistungen auch in dafür geeigneten Wohneinheiten erfolgen.

- (2) Eine geeignete Notrufanlage oder ein geeignetes Notfallsystem muss vorhanden sein.

### **Größe und Ausstattung der Wohneinheiten**

§ 12. Die Mindestgröße der Wohneinheiten ohne Nasseinheit (Waschbecken, Dusche, WC) hat zu betragen:

1. bei Wohneinheiten für eine Person 14 m<sup>2</sup>,
2. bei Wohneinheiten für zwei Personen 20 m<sup>2</sup>,
3. bei Wohneinheiten für drei Personen 26 m<sup>2</sup>,
4. bei Wohneinheiten für vier Personen 32 m<sup>2</sup>.

§ 13. (1) Die Ausstattung der Wohneinheiten muss den angemessenen hygienischen, pflegerischen, technischen und sicherheitstechnischen Anforderungen entsprechen.

- (2) Die Wohneinheiten müssen barrierefrei beschaffen sein.

- (3) In den Wohneinheiten müssen vorhanden sein:

1. Wohn- und Schlafbereich,
2. Platz für persönliche Gegenstände,
3. in Wohneinheiten für mobile und orientierte Personen eine Nasseinheit mit Waschbecken, Dusche und Toilette,
4. in Wohneinheiten für Personen, die auf Grund ihrer körperlichen oder psychischen Verfassung weder Dusche noch Toilette benutzen können, jedenfalls ein Waschbecken.

(4) Die Wohneinheiten müssen über eine ausreichende Belichtung verfügen und gut entlüftbar sein. Die Türen müssen so breit sein, dass ein sicheres und gefahrloses Befahren mit Rollstühlen und Betten möglich ist.

### **Verkehrswege**

§ 14. (1) Ein- und Ausgänge sowie Verkehrswege müssen barrierefrei beschaffen sein und ein sicheres und gefahrloses Begehen und Befahren mit Rollstühlen und Betten ermöglichen. Verkehrswege müssen so ausgestattet sein, dass eine leichte Orientierung möglich ist.

(2) Fluchtwege müssen derart beschaffen und gekennzeichnet sein, dass im Brandfall oder in einem sonstigen Notfall ein rasches Verlassen des Heimes durch die Bewohner und sonstige im Heim befindliche Personen möglich ist.

(3) Pflegestationen in Wohnheimen, die nach dem 29. Juni 2005 errichtet werden, müssen über einen barrierefrei zugänglichen Personenaufzug erreichbar sein, der eine sichere und gefahrlose Beförderung von Betten ermöglicht. In Pflegeheimen, die nach dem 29. Juni 2005 errichtet werden, muss mindestens ein Personenaufzug diesen Anforderungen entsprechen.

### **Brandschutz**

§ 15. (1) Der Heimträger hat sicherzustellen, dass alle Vorkehrungen getroffen werden, dass das Heim bei Brandgefahr in kürzester Zeit geräumt werden kann. Es ist eine Brandschutzordnung mit einem zweckmäßigen Räumungsplan aufzustellen. Das in einem Pflegeheim oder einer Pflegestation beschäftigte Personal sowie die Heimbewohner sind mit der Brandschutzordnung und insbesondere mit dem Räumungsplan vertraut zu machen. Die Räumung ist jährlich mehrmals probeweise durchzuführen.

(2) In jedem Gebäudegeschoß ist eine entsprechende Anzahl von geeigneten Feuerlöschgeräten anzubringen und in stets gebrauchsfähigem Zustand zu erhalten.

(3) Elektrische Anlagen und Betriebsmittel müssen so beschaffen sein, dass sie weder das Leben oder die Gesundheit von Menschen gefährden noch eine Brandgefahr darstellen.

## **4. ABSCHNITT**

### **In-Kraft-Treten**

§ 16. Diese Verordnung tritt mit dem der Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft.



---

**Herausgeber:**

Wiener Heimkommission bei der  
Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtschaft  
1050 Wien, Ramperstorffergasse 67  
Telefon: (+43 1) 587 12 04  
Fax: (+43 1) 4000/82510  
E-Mail: heimkommission@wpa.wien.gv.at  
www.patientenrechtschaft.wien.at

**Grafische Gestaltung:**

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

**Druck:**

Wograndl Druck GmbH, Druckweg 1, 7210 Mattersburg

Gedruckt auf ökologischem Druckpapier aus der Mustermappe von „ÖkoKauf Wien“



