

BERICHT

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

WIENER HEIMKOMMISSION 2019

Liebe Leserin, lieber Leser!



© David Bohmann

Liebe Leserin, lieber Leser,

in Wien garantieren wir: Wer Pflege und Betreuung braucht, dem stehen die notwendigen Leistungen zur Verfügung – das gilt heute und soll auch in den kommenden Jahren so sein. Eines unserer zentralen Zukunftsthemen ist es, ausreichend gut ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für diese anspruchsvollen Tätigkeiten zu finden. Wien plant hier voraus und schafft zusätzliche Ausbildungsplätze und Weiterbildungsmöglichkeiten. Wichtig ist aber nicht nur, dass es genug Plätze gibt, sondern auch dass die Qualität der Pflege und Betreuung stimmt. Die Systeme, die wir zur Qualitätskontrolle installiert haben, sind dabei von immenser Bedeutung. Dazu gehört auch die Wiener Heimkommission.

Es liegt im Charakter eines Rückblicks, dass die gegenwärtigen Erkenntnisse einen Einfluss auf unsere Beurteilung der Vergangenheit haben. Das gilt umso mehr, als wir 2020 mit einer Pandemie zu kämpfen haben. In der Krise zeigen sich die Schwächen eines Systems, aber auch seine Stärken: Wir meistern diese Krise, weil wir vorausschauend geplant haben und weil wir gut zusammenarbeiten. Dabei geht es oft um eine schnelle Reaktion und um Anpassungsfähigkeit, viele Entscheidungen sind auch schmerzhaft, aber notwendig.

Wichtig ist, dass wir auch hier Instanzen haben, die uns auf die Finger schauen und konstruktiv Kritik üben, gerade wenn es um Anregungen zu Verbesserungen, Wünsche und Beschwerden geht. Dafür möchte ich der Wiener Heimkommission und den Bewohnervertreterinnen und den Bewohnervertretern in den Häusern danken.

Der vorliegende Rückblick auf die Arbeit des vergangenen Jahres zeigt: Wir haben uns angestrengt und viel erreicht, aber es ist nicht alles perfekt. Jetzt gilt es, dieses System weiterzuentwickeln und für künftige Herausforderungen gerüstet zu sein. Die Wiener Heimkommission wird weiterhin ein offenes Ohr für die Bedürfnisse der Wienerinnen und Wiener in den Pflegeeinrichtungen und Pensionisten-Wohnhäusern haben und sie wird diesen Bedürfnissen eine Stimme verleihen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Peter Hacker
Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport

Einleitung



© Foto Wilke

Der Bericht der Heimkommission 2019 erscheint im Frühjahr 2020. Es ist bei Vornahme der Endreaktion im April ein Blick zurück aus mittlerweile völlig geänderten Verhältnissen. Die Themen, die 2019 von Relevanz waren, wurden mit Jahresbeginn schlagartig überlagert von Fragestellungen und drängenden Problemen, die die Corona-Pandemie uns allen aufgezwungen hat. Betagte Menschen in Pflegeeinrichtungen stehen plötzlich im Zentrum der politischen, gesellschaftlichen und ethischen Debatte. Geht es bei den Quarantänemaßnahmen, die vielerorts in den Häusern verhängt wurden, um Schutz vor

Erkrankung oder geht es um Ausgrenzung? Bedingt das eine notwendigerweise das andere? In den letzten zehn Jahren waren im Diskurs über moderne Pflegeeinrichtungen die Forderungen nach gestärkter Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner, nach Öffnung der Häuser als lebendiger Bestandteil im Grätzl und nach aktiver Einbindung von Angehörigen zentral. Nun erleben wir neuerdings Bilder von Wohn- und Pflegeheimen, in denen die Fenstergriffe abmontiert und die Eingänge mit Bauzaun verriegelt sind. Sicherheitsdienste kontrollieren die Zugänge. Bewohnerinnen, Bewohner und Angehörige wenden sich mittlerweile mit verzweifelten Berichten von wochenlanger sozialer Isolation an die Pflegeanwältin. Die Heimträger ihrerseits sind in Sorge, dass durch Einschleppung des Virus Wohn- und Pflegeheime zu Hotspots der Pandemie werden könnten. Abschreckende Beispiele aus Nachbarstaaten von außer Kontrolle geratenen Infektionen in Alteinrichtungen unterstützen diese Strategie.

Es sind also nicht nur für Bewohnerinnen, Bewohner und ihre Angehörigen schwere Tage. Das Personal muss mehr denn je leisten, noch dazu unter den verschärften Hygienebedingungen und der Forderung nach physischer und somit sozialer Distanz. Beides ist in der Langzeitpflege sehr schwer umzusetzen. Für diesen großartigen Einsatz möchte ich den Teams ausdrücklich danken. Die Pandemie hat eine Berufsgruppe in die öffentliche Aufmerksamkeit katapultiert, die schon längst mehr Anerkennung, bessere Arbeitsbedingungen und angemessene Entlohnung verdient hätte. Es darf also nicht sein, dass ein Ende der Maßnahmen auch eine Rückkehr in alte, suboptimale Verhältnisse nach sich zieht.

Wir müssen uns aber auch die Frage gefallen lassen, wie Selbstbestimmung und soziale Offenheit mit den rigorosen Ein- und Ausgangsbeschränkungen eigentlich vereinbar sind. Ältere Menschen, die im Betreuten Wohnen ein Apartment mit der Absicht gemietet haben, ihr gewohntes selbständiges Leben weitestgehend fortzusetzen, sahen sich im März 2020 unversehens wie gefangen. Vor die Alternative gestellt, beim vorsichtigsten Ausgang anschließend bis zu 14 Tage in Zimmerisolation verbringen zu müssen, blieb ihnen nur die ohnmächtige Resignation im Hausarrest. Was eigentlich unterscheidet diese Personengruppe von allen anderen Bürgerinnen und Bürgern, die die Epidemieverordnung im öffentlichen Raum einhalten müssen? Warum dürfen diese Bewohnerinnen und Bewohner nicht raus? Es steht nicht zu befürchten, dass sie sich fehlverhalten würden. Und was sagen wir eigentlich jenen Bewohnerinnen und Bewohnern, deren kognitive Situation kein Verständnis für die neuen Regeln möglich macht? Sie erleben oftmals nur den Verlust der gewohnten Besuche und können mit virtueller Begegnung nichts anfangen.

Erving Goffmann hat vor 60 Jahren Einrichtungen wie Pflegeheime, psychiatrische Anstalten, Kasernen oder Gefängnisse sozialwissenschaftlich als "totale Institutionen" definiert.

Wichtigstes Merkmal ist der Umstand, dass das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner von der zentralen Autorität bestimmt wird. Die Regeln hinsichtlich Tagesgestaltung, sozialen Kontakten, Ein- und Ausgang sind unter Sanktionsdrohung einzuhalten. Die Kontrolle der Lebensäußerungen führt dazu, dass der Mensch seine angestammte soziale Rolle gänzlich verliert und in seiner Identität radikal in Frage gestellt wird. In den letzten Jahrzehnten hat man in der westlichen Gesellschaft versucht, diesen bedrohlichen Charakter der Pflegeeinrichtungen zu überwinden. Man war sich bewusst, dass die verletzte Gruppe der Pflegebedürftigen vor Zwang und Fremdbestimmung geschützt werden muss. Kontrollinstanzen wie die Bewohnervertretung, OPCAT oder Ombudseinrichtungen, wie die Sprechtag der Wiener Heimkommission sind dafür ein positiver Beleg. Die Pandemie aber hat zu Tage gefördert, dass nur ein schmaler Grat zwischen der Akzeptanz des Selbstbestimmungsrechtes des Einzelnen und institutionell verordneten Maßnahmen, die Züge der "totalen Institution" tragen, besteht.

Es ist also dringend notwendig, auch in Zeiten der Krise genau hinzuschauen und die individuelle Situation der Bewohnerinnen und Bewohnern in den Blick zu nehmen. Pauschal außer Kraft gesetzte Rechte sind nicht verhältnismäßig. Es haben sich betagte Menschen bei der Pflegeanwältin gemeldet, für die es wichtiger ist, dass sie in der Krisenzeit ihre Lieben treffen als verordneten Schutz in Anspruch nehmen zu müssen. "Vielleicht lebe ich ohnehin nur mehr wenige Monate, da ist es mir am wichtigsten meine Enkelkinder zu sehen, auch wenn ich damit ein Ansteckungsrisiko eingehe." Oder ein anderer: "Jetzt sind die Frühlingstage wunderschön – warum werde ich daran gehindert, diesen für mich vielleicht letzten Frühling in der Natur zu verbringen?" Die Heimkommission wird sehr viel Diskussionsbedarf haben, wenn diese Anliegen grundsätzlich auch unter ethischen Gesichtspunkten beantwortet werden sollen.

Ich bedanke mich ganz herzlich bei allen Partnerinnen und Partnern im Wiener Gesundheitswesen, bei den Heimträgerinnen und Heimträgern, den Teams in den Häusern, den Angehörigen und Bewohnerinnen und Bewohnern für das geschenkte Vertrauen im vergangenen Jahr. Ganz ausdrücklich sei der Gesundheitspolitik für die Unterstützung unserer Tätigkeit, meinen Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle und den Mitgliedern der Heimkommission gedankt. Sie alle machen es möglich, dass die Anliegen der Menschen in den Pflegeeinrichtungen gehört und berücksichtigt werden. Die Stadt Wien ist mit seinen Pflegeleistungen gut aufgestellt, das hat sich ganz besonders in dieser Krisenzeit bewiesen. Der Blick in andere europäische Hauptstädte macht uns sicher, dass wir in einer großartigen Stadt leben.



Dr.ⁱⁿ Sigrid Pilz

Vorsitzende der Wiener Heimkommission

Inhaltsverzeichnis

1	Über die Wiener Heimkommission	
1.1	Die Errichtung der Wiener Heimkommission	8
1.2	Die Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission	8
1.3	Die Aufgaben der Wiener Heimkommission	12
1.4	Die Tätigkeit der Wiener Heimkommission	13
1.5	Die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission	14
1.6	Arbeitsablauf in der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission	15
1.7	Kontaktaufnahme mit der Wiener Heimkommission	16
1.8	Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen	17
2	Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten	
2.1	Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts "Gesundheit hat kein Alter"	18
2.2	Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG	21
2.3	Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und Wiener Krankenanstaltenverbund	23
2.4	ELGA – Ombudsstelle	26
2.5	Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030"	28
3	Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge	
3.1	"Demenz – wie darüber sprechen"	30
3.2	"Pflegeroase" – ein guter Ort zu leben	31
3.3	Medikamente, die den betagten Menschen zu Sturz bringen können – FRIDS – Fall Risk Increasing Drugs	33
3.4	Ernährung am Lebensende – freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – ethische Aspekte	35
3.5	Der bewusste Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, wodurch eine Bewohnerin oder ein Bewohner ihr bzw. sein Sterben herbeiführen möchte	40
3.6	Angsterkrankungen bei älteren Menschen	42
3.7	Suizidprävention bei älteren Menschen	43
3.8	Gewalt- und Aggressionsprävention in der Langzeitpflege	45
3.9	Gewalt und Aggression – braucht es einen verschriftlichten Verhaltenskodex?	50
3.10	Psychiatrischer Schwerpunkt im Haus der Barmherzigkeit-Tokiostraße	52
3.11	Psychiatrischer Liaisondienst des Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	56
3.12	Sozialpsychiatrische Schulungen in "Betreuten Wohngemeinschaften"	60
3.13	Unterstützung bei Konfliktbeilegung in schwierigen Betreuungssituationen in Langzeitpflegeeinrichtungen	63
3.14	Handlungsleitlinie "Umgang mit Personen mit substanzbezogener Abhängigkeit"	65

3.15	Hospiz- und Palliativversorgung	67
3.16	Kontrakturprophylaxe in der Langzeitpflege	68
3.17	Interdisziplinäres Schmerzzentrum – Die Schmerzambulanz im Rahmen des Ambulanzentrums ohne Öffentlichkeitsrecht.....	71
3.18	Die Zukunft des Wohnens im Alter – ein kritischer Ausblick	73
3.19	Der Ziele-Workshop: Ein Instrument zur Führung von Führungskräften	81
3.20	Pflegepersonalbedarfsprognose zur Langzeitpflege in Wien	84
3.21	Etablierung von dislozierten Remobilisations- und Nachsorgebetten – Betten des AKH in der Teilunternehmung-Pflegewohnhäuser	85
3.22	Seniorinnen und Senioren-Wohngemeinschaft – Basispaket	87
3.23	Mehrstündige Alltagsbegleitung	88
3.24	Lebensqualität und spezielle Beschäftigungsangebote in Kolping "Gemeinsam leben" Wien-Leopoldstadt	89
3.25	Regenbogen überm Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	91
3.26	"ZAB" – Zentraler Zu- und Angehörigenbeirat im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	92
3.27	Die Kraft und Leistungen der Freiwilligen in der Casa Leben im Alter gGmbH	95
3.28	"1450 telefonische Gesundheitsberatung Wien" – Ein Wegweiser durch das Gesundheitssystem	98
3.29	Creative Bureaucracy Festival – und die Klubs sind dabei	99
3.30	Eine Anpassungsstrategie an den Klimawandel oder was tun gegen die Hitze?	100
3.31	Bienenzucht in der Seniorinnen- und Senioren – Wohnanlage FORTUNA.....	101
4	Statistischer Überblick	
4.1	Erläuterungen zum Organisationsablauf und zur Statistik der Wiener Heimkommission.....	104
4.2	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2019 inklusive Vergleich mit den Vorjahren	109
4.3	Anzahl der Kontaktaufnahmen mit der Wiener Heimkommission bei Sprechtagen nach Rechtsträgern	110
4.4	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei den Sprechtagen in den Wohn- und Pflegeheimen	111
4.5	Erledigung der bei Sprechtagen erfolgten Kontaktaufnahmen in den Wohn- und Pflegeheimen.....	119
5	Anhänge	

1.1 Die Errichtung der Wiener Heimkommission

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Im Berichtsjahr wurden vier Sitzungen mit den Mitgliedern und Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission auf Einladung in den Räumlichkeiten der Bezirksvorstehung Margareten sowie im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen 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



Andrea Kapounek, MSc (ab 01.01.2019)

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

Ersatzmitglied



Mag.ª Doris Stelzhammer

Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
Pflegeexpertin



PhDr.ª Elisabeth Tuma, MAS

Leitende Direktorin und Pflegedienstleiterin
Sozialmedizinisches Zentrum Süd - Geriatriezentrum
Aufgrund der Schließung mit Juni 2019 Pflegewohnhaus Baumgarten
mit sozialmedizinischer Betreuung

Vertreter der Heimträger

Mitglied



Mag. Simon Bluma, MSc, MBA (ab 23.05.2019)

Bereichsleiter Interdisziplinäres Leistungsmanagement
Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser



Dr.ª Susanne Drapalik

Direktorin Wiener Krankenanstaltenverbund
Teilunternehmung Geriatriezentren und
Pflegewohnhäuser mit sozialmedizinischer Betreuung



Mag. Robert Oberndorfer

Geschäftsführer CS Caritas Socialis GmbH



Matthias Steinklammer, M.A. (ab 19.11.2019)

Geschäftsführer Casa leben im Alter gemeinnützige GmbH

Ersatzmitglied



Mag.ª Judith Hackl

Geschäftsführerin
Kuratorium FORTUNA
zur Einrichtung von Senioren-Wohnanlagen

Vertreter der Heimträger

Ersatzmitglieder



Robert Guschelbauer (ab 23.05.2019)
Bereichsleiter Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser
Bereich Gastronomisches Management



Mag. Christian Klein (ab 19.11.2019)
Leiter Bereich Pflege
Caritas der Erzdiözese Wien

Ärzte

Mitglied



Prim. Dr. Georg Psota
Chefarzt des Psychosozialen Dienstes Wien

Ersatzmitglied



Prof. Dr. Thomas Frühwald
Allgemeinmediziner
Facharzt für Innere Medizin und Additivfach für Geriatrie

Auf Beschwerdemanagement in der Pflege spezialisierte Personen

Mitglied



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

Ersatzmitglied



Mag. Narek Petrosyan
Leiter der Ombudsstelle
Fonds Soziales Wien

Weitere

Mitglied



Dr. in Sigrid Pilz, Vorsitzende

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft

Ersatzmitglied



Gabriele Allmer, MBA, Oberin

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft

Frau Dr. in Pilz verabschiedete Frau Eva Mutz-Amon, akad. gepr. KHM, am 31.12.2018, Herrn Norbert Koblinger am 22.5.2019 sowie Herrn Mag. Alexander Bodmann am 18.11.2019 mit großem Dank für Mitarbeit und Engagement.

Als Nachfolgerin wurde Frau GF. in Andrea Kapounek begrüßt und außerdem als Nachfolger die Herren Mag. Simon Bluma, MSc, MBA, Robert Guschelbauer, GF Matthias Steinklammer, M.A. und Mag. Christian Klein.

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 2019 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 2019 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 wurden das KWP Haus Schmelz und das KWP Haus Penzing (wurde im Laufe des Jahres 2019 wieder eröffnet), welche generalsaniert wurden, ebenso das KAV-Haus SMZ-Süd Geriatriezentrum, da es im Oktober 2019 geschlossen 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 Sprechtage findet sich unter Punkt 4 in diesem Bericht.

1.5 Die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission

Die Geschäftsstelle ist in der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft 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 Patientenrechtsanwaltschaft) betraut.

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



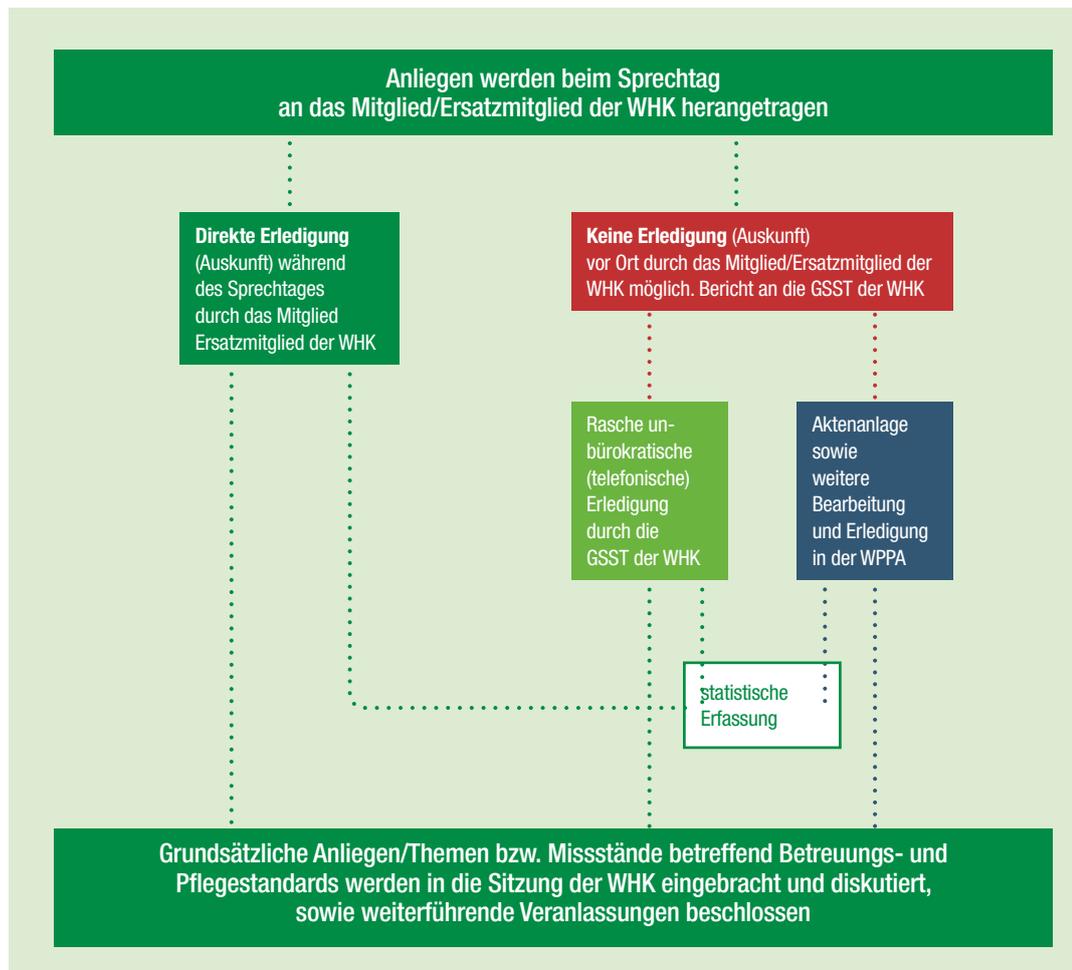
Gabriele Sulek-Frank, Elisabeth Springer, Gabriele Allmer

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

1.6 Arbeitsablauf in der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission

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

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



Legende:

WHK = Wiener Heimkommission

GSST = Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission

WPPA = Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtschaft

1.7 Kontaktaufnahme mit der Wiener Heimkommission

persönlich:

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



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

öffentliche Verkehrsmittel:

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

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

Wer kann sich an die Wiener Heimkommission wenden?

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

Wofür ist die Wiener Heimkommission zuständig?

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

Die Anliegen werden auf Wunsch anonym behandelt.

1.8 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

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

2.1 Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts "Gesundheit hat kein Alter" (im Bericht 2018 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**
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

2 Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten

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

2019: Die Heimkommission empfiehlt weiterhin die Ausrollung von systematischer Bewegungsförderung nach dem Beispiel von "Bewegtes Leben" in möglichst vielen Einrichtungen in Wien. Insbesondere das dort entwickelte Weiterbildungsprogramm hat sich dort, wo es verbindlich vorgeschrieben ist (in der Ausbildung von Betreuerinnen und Betreuern bei einem großen Wiener Träger), sehr bewährt und wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als sehr hilfreich wahrgenommen. Die Heimkommission empfiehlt darüber hinaus die Entwicklung von Träger-übergreifend anzubietenden Fortbildungsprogrammen jedenfalls für alle jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Rahmen von Bewegungstrainings oder ähnlichen Programmen tätig sind. Die Träger sollten aber auch im Rahmen der Grundausbildung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit Bewohnerinnen und Bewohnern arbeiten, entsprechende verpflichtenden Basismodule integrieren.

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



2.2 Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG (im Bericht 2018 unter Punkt 2.2)

Empfehlungen aus den Vorberichten:

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

2019: Im Berichtsjahr 2019 stellten sich für die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission Probleme in der praktischen Umsetzung des 2. ErwSchG dar. So mussten viele Patientinnen und Patienten, für die keine geeigneten Angehörigen zur Verfügung standen, eine gesetzliche Erwachsenenvertretung zu übernehmen, um die Formalitäten zur Aufnahme in stationäre Pflege und Betreuung zu erledigen, über viele Wochen, wenn nicht sogar Monate, in einem Akutspital verbleiben, um auf die Bestellung einer gerichtlichen Erwachsenenvertretung zu warten. Denn das Pflegeplatzmanagement des Fonds Soziales Wien vergibt - ohne Ausnahme - keine Langzeitpflegeplätze, so keine rechtsgültige Vertretung besteht.

Der Ablauf zur definitiven Bestellung sieht vor, dass zuerst ein verpflichtendes Clearing durch das VertretungsNetz Erwachsenenvertretung zu erfolgen hat. Für die Erstellung des Clearingberichtes besteht eine Frist von fünf Wochen. Danach erfolgt die Erstanthörung durch das jeweilige Bezirksgericht. Eine einstweilige Erwachsenenvertretung mit sofortiger Wirksamkeit kann erst in weiterer Folge zur Besorgung dringender Angelegenheiten, längstens für die Dauer des Verfahrens, bestellt werden, sollte anderenfalls ein erheblicher und unwiederbringlicher Nachteil für die betroffene Person zu befürchten sein. Der Verbleib im Akutspital scheint, trotz aller evidenter, medizinischer Risiken für multimorbide und (hoch-)betagte Personen (z.B. erhöhtes Infektionsrisiko, fehlende Orientierungshilfen für dementiell erkrankte Patientinnen und Patienten,...), für die Gerichte in der Praxis nicht ausreichend ins Kalkül zu fallen.

Eine zusätzliche Problematik hat sich nach Inkrafttreten des 2. ErwSchG auch dadurch gezeigt, dass das VertretungsNetz Erwachsenenvertretung (bis auf weiteres) keine personellen Ressourcen zu haben scheint, mit finanzschwachen Personen Vorsorgevollmachten zu errichten bzw. auch die Wartezeiten zur Errichtung einer kostengünstigen gesetzlichen Erwachsenenvertretung zu lang sind. Während man in Rechtsanwalts- und Notariatskanzleien innerhalb weniger Werkstage Termine für diese Anliegen erhält, bestehen beim VertretungsNetz z.T. wochenlange Wartezeiten.



Die Wiener Heimkommission empfiehlt für die erforderlichen Rahmenbedingungen beim VertretungsNetz, wie ausreichend rechtskundig geschultes Personal, zu sorgen, damit auch Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen die Möglichkeit zur kostengünstigen und zeitnahen Errichtung einer Vorsorgevollmacht bzw. gesetzlichen Erwachsenenvertretung erhalten.

Der Gesetzgeber möge die Abläufe zur Bestellung insbesondere einer einstweiligen Erwachsenenvertretung, wie in den geschilderten Situationen, überdenken, um ein effektives Entlassungsmanagement aus dem Akutspital in die stationäre Langzeitpflege oder die Versorgung durch 24-Stundenbetreuungsvereine zu gewährleisten.

2.3 Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und Wiener Krankenanstaltenverbund (im Bericht 2018 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 Hausarztssystem zu einer mobilen medizinischen Versorgung) um spezialisierter und zeitnäher mit den schwierigen Situationen rund um das Lebensende umgehen zu können.
 - **2017: Implementierung des VSD Vorsorgedialog® in den Wiener Pflegeeinrichtungen**
Die Wiener Heimkommission empfiehlt allen Einrichtungen, auch jenen die das HPCPH-Projekt noch nicht durchgeführt haben, den VSD Vorsorgedialog® zu implementieren und den Bewohnerinnen und Bewohnern anzubieten. Dringend notwendig ist die Klärung einer Honorierung für Hausärztinnen und -ärzte, da nur so eine breitflächige Umsetzung gewährleistet werden kann.
- HPCPH im Wiener Krankenanstaltenverbund**
Die Wiener Heimkommission begrüßt die Integration von "Hospiz und Palliative Care" in das gesamte medizinische, pflegerische, psychosoziale und therapeutische Versorgungskonzept der Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung des Wiener Krankenanstaltenverbundes.
- **2018: In der spezialisierten Hospiz – und Palliativversorgung** wurden in den letzten Jahren die Mobilen Palliativteams in Wien auf die durch das ÖBIG (Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen) Qualitätskriterien empfohlenen Werte aufgestockt.
Die Wiener Heimkommission erkennt die Bemühungen um den Ausbau der mobilen und stationären Hospiz- und Palliativversorgung an und empfiehlt den Ausbauplan rasch umzusetzen sowie die Finanzierung insbes. der Angebote für Kinder- und Jugendliche zu etablieren und sicherzustellen.

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



Der vierte Durchgang des Projekts Hospizkultur in Pflegewohnhäusern des KAV, der Barmherzigen Schwestern und der Diakonie geht seinem Ende zu und ein fünfter Durchgang befindet sich in Vorbereitung.

Für stationäre Hospize in bestehenden Pflegeeinrichtungen gibt es eine Förderzusage des FSW. Wegen fehlender Finanzierung der ärztlichen und therapeutischen Leistungen durch die Gesundheitskassen konnte bisher aber nur ein Pilotbetrieb in einem Haus des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnheime aufgenommen werden. MOMO-Wiens mobiles Kinderhospiz erhält erstmals eine Förderung des FSW.

Die Hospizteams und das Tageshospiz für Erwachsene werden weiterhin nicht öffentlich gefördert und müssen ausschließlich über Spenden finanziert werden.

Das Hospiz Forum Österreich tagt laufend. Der Dachverband der Wiener Sozial-einrichtungen ist mit seiner Geschäftsführerin, Frau Sandra Frauenberger als Ländervertretung für Wien aktiv eingebunden. Das Ziel ist weiterhin bis 2021 eine österreichweit einheitliche Regelfinanzierung für alle Hospiz und Palliative Care-Einrichtungen der spezialisierten Versorgung und der Regelversorgung zu schaffen. Die Gesundheit Österreich GmbH ist mit der Evaluierung der Ausgangssituation und Entwicklung von Modellvorschlägen beauftragt.

Die Wiener Heimkommission erkennt die Bemühungen um den Ausbau der mobilen und stationären Hospiz- und Palliativversorgung an und empfiehlt den Ausbauplan rasch umzusetzen sowie die Finanzierung 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 2018 unter Punkt 2.4)

Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2015: ELGA – Start auch in den Wiener Pflegewohnhäusern und Geriatriezentren des KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund)**
Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Teilnahme an ELGA für alle Bürgerinnen und Bürger. Insbesondere aber ältere Menschen und multimorbide Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen können von ELGA profitieren. Der rasche Zugang für die Behandler bzw. den Behandler zur systematischen Dokumentation der Krankengeschichte fördert die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität. Die geplante E-Medikation ist ein besonderer Vorteil für diese Zielgruppe, weil die Gefahr der Doppelverschreibung und der unerwünschten Wechselwirkungen hintangehalten werden kann. Die Pflegeeinrichtungen der Stadt Wien sind daher aufgefordert, Gesundheitspersonal, Bewohnerinnen bzw. Bewohner und Angehörige sachlich über ELGA zu informieren und zur Teilnahme zu ermutigen.
- **2016: ELGA – Auch in den Wiener Pflegewohnhäusern und Geriatriezentren des KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund)**
Die Empfehlung der Wiener Heimkommission aus dem Vorjahr (Bericht 2015 unter 3.5) bleibt weiterhin aufrecht.
- **2017:** Auch im Berichtszeitraum 2017 wurden zahlreiche Beratungs- und Informationsgespräche bei der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien geführt. Zu Beginn der Aufnahme der Tätigkeit der ELGA – Ombudsstelle erfolgten die Kontaktaufnahmen der Bürgerinnen und Bürger in erster Linie im Zusammenhang mit allgemeinen Anfragen zu ELGA, wie etwa Inhalt der elektronischen Gesundheitsakte, Zugriffsberechtigungen, Vor- und Nachteile von ELGA oder dem Widerspruch bzw. "OptOut" zu ELGA. Im Jahr 2017 waren verstärkt Einsichtnahmen in die jeweiligen elektronischen Gesundheitsakten im Wege der ELGA – Ombudsstelle festzustellen. Die ELGA – Ombudsstelle bietet ELGA Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern, die nicht mit einer Handy-Signatur oder Bürgerkarte über das Gesundheitsportal in ihre eigene ELGA einsteigen können, auch die Möglichkeit an, im Wege dieser Serviceeinrichtung Einsicht zu nehmen. So können die persönlichen ELGA-Befunde aber auch das Zugriffsprotokoll eingesehen oder Zugriffsberechtigungen individuell geändert werden. Für die jederzeit mögliche Abmeldung von ELGA ("Opt-Out") wurde eine eigene Widerspruchsstelle eingerichtet. Auch dazu wird seitens der ELGA-Ombudsstelle Information gegeben.
Gemäß § 11 ELGA – Verordnung 2015 ist durch die Koordinierungsstelle im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz ein jährlicher Tätigkeitsbericht zu erstellen. Zu den Zahlen und Details der Tätigkeiten insbesondere der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien darf auf diesen Bericht verwiesen werden: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E-Health_Elga/ELGA_-_Die_Elektronische_Gesundheitsakte/ELGA_-_Taetigkeitsberichte_der_Ombudsstelle
Die Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus dem Jahr Bericht 2015 unter 3.5 bzw. Bericht 2016 unter 3.3 bleiben weiterhin aufrecht.
- **2018:** Es zeigt sich auch im Berichtsjahr 2018, dass die Serviceeinrichtung der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien für Bürgerinnen und Bürger von großer



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

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

Die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien informiert, betreut und unterstützt die ELGA-Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Wien. In jedem Bundesland steht eine ELGA-Ombudsstelle den Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung. Es zeigt sich auch im Berichtsjahr 2019, dass diese Serviceeinrichtung von großer Bedeutung für die Wahrnehmung der ELGA-Teilnehmerinnen- und Teilnehmerrechte ist.

Um selbst die eigene Elektronische Gesundheitsakte einzusehen und zu verwalten, wird ein Internet-Zugang und die Bürgerkarte bzw. Handy-Signatur benötigt. Alle ELGA-Teilnehmerinnen und ELGA-Teilnehmer können zusätzlich über die ELGA-Ombudsstelle ihre Teilnehmerinnen- und Teilnehmerrechte ausüben. Die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien ist bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatur eingerichtet.

Seit Dezember 2015 erfolgt die schrittweise Einführung von ELGA in den öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten sowie in den Geriatriezentren der Stadt Wien. Seit September 2019 arbeiten auch alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (mit wenigen Ausnahmen) und alle Apotheken in Wien mit ELGA. Derzeit stellen die Krankenanstalten, Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren der Stadt folgende Befunde in ELGA zur Verfügung: pflegerische und ärztliche Entlassungsbriefe, Labor- und Radiologiebefunde. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte speichern die Angaben zu den verordneten Medikamenten in ELGA und die Apotheken bestätigen die Abgabe der Medikamente an die Patientinnen und Patienten. ELGA stellt damit bereits jetzt eine wichtige Säule des Gesundheitssystems dar.

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

Die Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den letzten Jahren bleiben auch im Berichtsjahr 2019 aufrecht.

2.5 Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030" (im Bericht 2018 unter Punkt 2.5)

Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2015: Strategiekonzept "Pflege und Betreuung in Wien 2030"**
Die Wiener Heimkommission begrüßt die neue Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030" und die damit einhergehende kontinuierliche und aufeinander abgestimmte Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungsangebote. Die Kommission empfiehlt einen baldigen Start der Umsetzung der geplanten Maßnahmen.
- **2016: Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030"**
Die Wiener Heimkommission begrüßt die Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030" und empfiehlt, die kommenden Jahre, in denen sich die Zahl der älteren Wienerinnen und Wiener relativ konstant entwickelt, für die Umsetzung der ersten Maßnahmen zu nutzen. Dies betrifft insbesondere die geplanten Maßnahmen zur Verstärkung von Rehabilitations- und Remobilisationsangeboten.
- **2017: Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030"**
Die Wiener Heimkommission begrüßt die Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030" und die bereits in Umsetzung befindlichen Maßnahmen. Sie empfiehlt, speziell im Hinblick auf die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf die Pflege und Betreuung, den Fokus weiterhin auf Rehabilitations- und Remobilisationsangeboten zu legen, als auch die Entlastung der Angehörigen durch entsprechende Maßnahmen weiterzuentwickeln. Ein weiterer stationärer Ausbau traditioneller Großeinrichtungen sollte – trotz Wegfall des Pflegeregresses – wenn möglich unterbleiben und die Ressourcen verstärkt für eine Attraktivierung der mobilen Angebote (Alltagsbetreuung als Lückenschluss zwischen mobilen Diensten und 24-Stunden-Betreuung, flexiblere Einsätze, Nachtbetreuung) und die Schaffung neuer innovativer Wohnformen eingesetzt werden.
- **2018: Im Rahmen des Strategiekonzeptes Pflege und Betreuung 2030** konnten im Projektjahr 2018 bereits einige konkrete Leistungsangebote für Wienerinnen und Wiener mit Pflege- und Betreuungsbedarf sowie deren pflegende An- und Zugehörige entwickelt, bzw. in ein Pilotprojekt oder den Regelbetrieb gebracht werden.
So wird beispielsweise seit Ende 2018 mit der Projektförderung der mehrstündigen Alltagsbegleitung durch den FSW (Fonds Soziales Wien) der Lückenschluss zur 24-Stunden-Betreuung unternommen.
Darüber hinaus wurden die Vorbereitungsarbeiten zur Subjektförderung von mobilen Palliativteams abgeschlossen.
Die Ausweitung der Öffnungszeiten der Tageszentren startete im Jänner mit dem Tageszentrum Plus in Favoriten. Ziel ist ein weiterer bedarfsgerechter Aufbau. Die neu ausgerollte Leistung "Betreuung mit Fahrt – Tageszentrum" ermöglicht es Kundinnen und Kunden mit physischen, kognitiven oder psychischen Einschränkungen, die im Rahmen der Fahrt Unterstützung von Sanitäterinnen und Sanitätern benötigen, ein Tageszentrum zu besuchen.
Des Weiteren wurden und werden Schulungsangebote für pflegende Angehörige in den Tageszentren laufend erweitert.
Die Resonanz auf diese geförderten Leistungen ist sehr positiv.



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

Schließlich wurde die GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) durch den FSW und den Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen mit einer Studie zur Personalbedarfsprognose im Sozialbereich in Wien beauftragt. Ziel des Projektes ist die gesamthafte Darstellung der personellen Ist-Situation sowie eine Prognose auf Basis einer Modellrechnung für den gesamten Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege-, sowie Sozialbetreuungsberufe mit Pflegekompetenz und der Heimhilfe im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung, des Bereiches Wohnen und Pflege und der teilstationären Einrichtungen (inkl. medizinische HKP) sowie dem Behindertenbereich. Die Wiener Heimkommission begrüßt ausdrücklich die weitere Bearbeitung der Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030". Die Ausrichtung des Gesamtprojektes u.a. mit dem Fokus auf Rehabilitation und Remobilisation, einer gesteigerten Durchlässigkeit zwischen einzelnen Versorgungseinheiten sowie der Entlastung pflegender Angehöriger nicht zuletzt aufgrund demographischer Entwicklungen ist dabei sinnvoll und nachhaltig. Selbiges gilt für die geplante Verbesserung der Personalsituation in der Pflege.

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

Nach einer Projektphase im Jahr 2019 werden 2020 erstmals stationäre Hospizplätze als Leistung des Fonds Soziales Wien anerkannt. Ein sukzessiver Aufbau stationärer Hospizplätze in Pflegewohnhäusern ist vorgesehen. Des Weiteren fördert der Fonds Soziales Wien Schulungen für Palliative Care und überprüft im Rahmen seiner Qualitätsaudits die Einhaltung der Handlungsleitlinien des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen auch im Hinblick auf die Empfehlungen für die Grundversorgung Hospiz und Palliativ in mobilen, teilstationären und stationären Einrichtungen.

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

3.1 "Demenz – wie darüber sprechen"

Demenz wird als ein Zustand verstanden, der sowohl gesundheitliche als auch weitreichende soziale Beeinträchtigungen mit sich bringt und somit mehr als nur eine Erkrankung, eine medizinische Diagnose, ist. Daher sollte stets von **Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen** und nicht nur von Demenzkranken gesprochen werden.

Der diagnostische Begriff, das Label, "Demenz" wird seit einigen Jahren vor allem von den direkt Betroffenen und deren An- und Zugehörigen als nicht mehr angebracht empfunden, denn er widerspiegelt nicht das breite, dynamische, bunte, ursächliche und klinische Spektrum des Problems, auch nicht seine vielfältigen individuellen und sozialen Auswirkungen. "Demenz" ist nicht eine spezifische Diagnose. Unter diesem negativ konnotierten Begriff können mehr als 50 Krankheiten (manche von ihnen auch nicht progredient) verstanden werden. Über "Demenz" geschriebene und gesprochene Worte können einen signifikanten Einfluss darauf haben, wie die von dieser Krankheit betroffenen Personen in der Gesellschaft gesehen und behandelt werden. Sie können stigmatisierend und diskriminierend wirken.

Im weltweit am häufigsten gebräuchlichen Katalog neuropsychiatrischer Diagnosen, dem DSM – dem Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders – wird möglicherweise neben anderen auch solchen Überlegungen folgend, in seiner letzten, der fünften, von der American Psychiatric Association 2013 publizierten Ausgabe der Begriff "Demenz" abgeschafft, man spricht von "major or minor neurocognitive disorders". In der 2014 herausgebrachten deutschen Übersetzung heißt es statt Demenz: "moderate oder ausgeprägte kognitive Störung (Leistungseinbuße)".

Als Vorteil dieser neuen Terminologie wird eine Reduktion des Stigmas, welches dem Begriff "Demenz" anhaftet, angenommen. Dies soll allerdings nicht als eine haarspalterische Wortklauberei, keine übertriebene semantische Spielerei wirken. Es ist aber auch klar, dass dieser Begriff in der Medizin und im Alltag so fest etabliert ist, dass es fast unmöglich erscheint, ohne ihn auskommen zu können. Aber zumindest ein viel sensiblerer, differenzierterer Umgang damit wäre wünschenswert. Hier sollten die im Gesundheits- und Sozialsystem mit diesem Thema professionell beschäftigten Personen und auch die Medien beispielgebend sein. Die individuelle und gesellschaftliche Auswirkung der "Demenz" soll nicht bagatellisiert, verniedlicht werden. Andere, differenziertere, positivere Assoziationen zulassende Sprachmuster könnten die Haltung unserer Gesellschaft zu ihren älter, gebrechlich, nicht nur rein körperlich, aber auch kognitiv nicht mehr so "funktionstüchtig" gewordenen Mitmenschen positiv beeinflussen und auch so dem negativen Stereotyp des Alterns entgegenwirken.

3.2 "Pflegeoase" – ein guter Ort zu leben

Zurzeit sind durchschnittlich 80 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen dementiell erkrankt. Auf Grund der demographischen Entwicklung rückt die Frage nach speziellen Betreuungsformen für Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz weiter in den Mittelpunkt. In den unterschiedlichen Phasen der Krankheit sind verschiedene Konzepte nötig. Durch die steigende Lebenserwartung werden auch Menschen in Pflegeeinrichtungen länger leben. Die "Pflegeoase" ist ein neues Betreuungs- und Pflegekonzept, speziell für die Versorgung von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz.

Das Erkennen der speziellen Bedürfnisse von schwerst demenzkranken Personen und, dass diese Bedürfnisse in herkömmlichen stationären Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen nicht ausreichend beachtet werden konnten, hat zur Folge gehabt, dass das Betreuungskonzept "Pflegeoase" entwickelt wurde (Pflegezentrum Sonnweid 1998). Die individuelle Betreuung, der permanente zwischenmenschliche Kontakt und die ständige Personalpräsenz sind die Vorteile der "Pflegeoase". Die Berücksichtigung der Würde und der Privatsphäre jedes einzelnen hat auch hier höchste Priorität. Übergeordnetes Ziel ist es, die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Angehörigen zu erhöhen.

Es gibt zwei Varianten von Oasen, welche sich vor allem architektonisch unterscheiden. Beim Modell des Mehrpersonenraums verbringen die Bewohnerinnen und Bewohner Tag und Nacht in einem gemeinsamen Raum. Diese Variante kann leicht als Rückkehr zu den früheren Mehrbettzimmern missverstanden werden bzw. bietet im Bedarfsfall wenig Raum für den individuellen Rückzug.

Gemeinsam mit dem KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) wurde das Konzept zur KDA-"Pflegeoase" weiterentwickelt und in Zwickau umgesetzt und auch positiv evaluiert. Bei diesem Modell des gemeinsamen Lebensraums mit Einzelzimmer, wird der Tag gemeinsam im Wohnraum gestaltet, für die Nacht und für individuelle Rückzugswünsche stehen jeder Bewohnerin und jedem Bewohner Einzelzimmer zur Verfügung. Die besonderen Qualitätsmerkmale sind die Überschaubarkeit ("im Blick haben"), die Nähe (untereinander, zu den Angehörigen und auch zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) und die Möglichkeit der Bewegung (aktiv oder passiv). Als Unterschied zu anderen Wohnbereichen sind in der Oase keine Einzelbadezimmer vorgesehen, höchstens eine kleine Wascheinheit. Die Körperpflege wird im großen gemeinsamen Wohlfühlbadezimmer durchgeführt. Viel Wert wird zudem auf die Wohnlichkeit, Atmosphäre und Sinneswahrnehmungen gelegt, dafür werden unterschiedliche innenarchitektonische und therapeutische Konzepte eingesetzt.

Eine "Pflegeoase" kann als Weiterentwicklung des Wohngruppenkonzeptes verstanden werden. Zielgruppe sind Bewohnerinnen und Bewohner mit weit fortgeschrittener Demenz, die sich im sogenannten "verborgenen Ich" befinden, deren Alltagskompetenz und Mobilität sehr stark eingeschränkt sind. Diese hätten in einem Einzelzimmer zu wenig Ansprache und wesentlich weniger Möglichkeit am Leben teilzunehmen.

"Pflegeoasen" werden in einer bestehenden stationären Pflegeeinrichtung als besonderer Pflegebereich geführt. Eine Umsetzung ist bei einem Neubau baulich wesentlich leichter möglich als bei einer Sanierung bzw. Adaptierung.

Die Auswahl geschieht mit Hilfe von Einschlusskriterien, wie zum Beispiel

- einer massiven kognitiven Einschränkung
(gemessen an dem MMSE ≤ 5 Punkte bzw. gemessen mit der Reisbergskala)
- Einschränkungen in den alltäglichen Verrichtungen
(gemessen mit dem Barthel Index < 30 Punkte)
- Pflegegeldstufe 6 bis 7
- Verhaltensauffälligkeiten bilden kein Ausschlusskriterium

Ausgeschlossen sind Bewohnerinnen und Bewohner mit neurologischen oder psychiatrischen Krankheitsbildern und Erkrankungen, die eine andauernde ärztliche Anwesenheit erfordern, so diese nicht gegeben ist.

Die bisherigen Studien berichten über eine verbesserte Lebensqualität durch gelinderte Schmerzen, verringerte Ängste und ruhigeren Schlaf. Ebenso wird über eine höhere Zufriedenheit der Angehörigen durch ständigen Kontakt mit Pflegekräften und weniger Überforderung berichtet. Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Oasen geben eine hohe Zufriedenheit an, wenn auch gleichzeitig von einer höheren physischen Belastung gesprochen wird. Diesem wird durch das Angebot der Rotation in andere Wohnbereiche begegnet.

Die durchschnittliche Verweildauer kann einige Monate bis auch Jahre betragen. Für Menschen mit einer schweren Demenz beschränkt sich die Lebenswelt aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität nur noch auf ihre unmittelbare Umgebung, auf die Beziehung zu den Angehörigen, Pflegekräften und Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern. Die Aspekte der Gemeinschaft und der Nähe, die für schwer an Demenz erkrankte Menschen immer wichtiger werden, können in einer "Pflegeoase" nachweislich besser umgesetzt werden.

Alle Bewohnerinnen und Bewohner der "Pflegeoase" sind bei sämtlichen Veranstaltungen, Festen und Angeboten des Hauses sehr willkommen. Darüber hinaus bieten Seniorinnen- und Seniorenbetreuer, die Seelsorge, die Psychologie und Ehrenamtliche auf die Zielgruppe abgestimmte Beschäftigungen an, die Fähigkeiten erhalten und Neugier und Lebensfreude wecken sollen. Durch Sinneserlebnisse und häufige Einzelkontakte wird der Alltag bereichert, der Tag strukturiert und Bewohnerinnen und Bewohner aktiviert. Häufiges Kuchenbacken zum Beispiel bietet Geruchs- und Geschmackserlebnisse, vermittelt Geborgenheit, ist immer wieder Anlass zu Gesprächen in der Gruppe und kann auch Angehörige einbinden, miteinander vernetzen und zum Verweilen einladen. Wenn jemand in der "Pflegeoase" lebt, wird sie oder er selbstverständlich am Ende ihres/seines Lebens palliativ betreut. Der Wechsel des Wohnbereichs ist nicht vorgesehen.

In einigen Evaluationsstudien (zum Beispiel in der "Pflegeoase" im Seniorenzentrum Holle/Deutschland) wurde festgestellt, dass sich viele Situationen und Verhaltensweisen der Bewohnerinnen und Bewohner verbessert haben. Angehörige berichteten, dass die Augen vor dem Leben in der Oase tagsüber häufig geschlossen waren. Die Anzahl an Blickkontakten hat sich nach dem Umzug in die Oase deutlich vermehrt, die Betroffenen waren aufmerksamer. Sie antworteten wieder vermehrt auf nonverbale Signale, zum Beispiel mit einem Lächeln oder folgten dem Pflegepersonal mit ihren Blicken. Familienmitglieder und auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beobachteten vermehrt sprachliche Reaktionen. Die Ernährungssituation und das Körpergewicht der Bewohnerinnen und Bewohner hatten sich verbessert.

Der Muskeltonus war entspannter, aggressive, vokalisierende Verhaltensweisen wurden weniger, ebenso konnte eine Verringerung von Ängsten und Apathie beobachtet werden.

Angehörige berichten in Interviews von einer angenehmen Atmosphäre und Umweltgestaltung. Für diese ist der Aspekt der Gemeinschaft für die Betroffenen sehr wichtig. Auch die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern und dem Pflegepersonal gründet auf einem vertrauensvollen Umgang miteinander. Dadurch, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der "Pflegeoase" durchgehend präsent sind, wird für viele Pflege zum ersten Mal sicht- und erlebbar. Angehörige fühlen sich entlastet. Zu wissen, dass auch nach dem Besuch immer jemand direkt bei den Bewohnerinnen und Bewohnern ist, beruhigt und verhindert das schlechte Gewissen. Die individuellen Besuchszeiten, die Rückzugsräume und die Akzeptanz der Individualität werden als weitere positive Aspekte genannt.

Die Heimkommission empfiehlt die Situation von Menschen mit Demenz in Wiener Wohn- und Pflegeheimen, die sich in der Phase des "verborgenen Ichs" befinden, in besonderer Weise in den Blick zu nehmen und danach zu trachten, ihre speziellen Bedürfnisse nach Gemeinschaft und Sinneswahrnehmungen zu erfüllen. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept der "Pflegeoase" wäre wünschenswert.

3.3 Medikamente, die den betagten Menschen zu Sturz bringen können – FRIDS – Fall Risk Increasing Drugs

Der Sturz wird als ein Ereignis definiert, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zum Liegen kommt.

Die Epidemiologie des Sturzes ist eindeutig. Sie zeigt, dass es sich hier um ein typisches, multifaktoriell bedingtes, häufiges geriatrisches Syndrom handelt. Jeder dritte selbständig lebende Mensch von mehr als 65 Jahren stürzt mindestens einmal pro Jahr. Bei den über 80-Jährigen, den hochaltrigen Personen sind es bereits 50%, die stürzen. In den Einrichtungen der stationären Pflege erhöht sich die Sturzinzidenz auf bis zu 70%.

Neben den offensichtlichen Verletzungsfolgen von Stürzen ist auf die psychischen Folgen hinzuweisen. Jeder Sturz bedeutet für die betroffene Person das Entstehen von Angst vor einem nächsten Sturz. Dabei wird die Gangsicherheit kompromittiert, das Risiko eines weiteren Sturzes ist nur auf Grund dieser Sturzangst bereits höher. Sturzgeschehen sind auch ein gesundheitsökonomisches Problem. Eine verlängerte Krankenhausaufenthaltsdauer und der notwendige Rehabilitationsaufwand steigern die Behandlungskosten sturzbedingter Verletzungen - bei älteren Menschen insbesondere der Hüftfraktur - und binden Ressourcen. Die Behandlung einer Schenkelhalsfraktur wird in Deutschland beispielsweise mit Summen zwischen Euro 6410 und Euro 6654 vergütet. Zahlen zur Gesamtbelastung der Gesundheitssysteme durch Stürze variieren länderabhängig. In den USA geht man von bis zu 19 Milliarden Dollar aus.

Stürze sind eine zunehmende Herausforderung im Gesundheitssystem. Die demografische Entwicklung bringt eine deutliche Zunahme der Risikopopulation, die der Hochaltrigen. Diese sind charakterisiert durch eine altersassoziierte höhere Prävalenz von Multimorbidität, die u.a. mit einem weiteren geriatrischen Problem, dem der Polypharmazie, also der gleichzeitigen Verordnung und Einnahme von mehreren Medikamenten, welche ein hohes Interaktions- und Nebenwirkungspotential haben, einhergeht. Es ist bewiesen, dass die Zahl der verwendeten Medikamente auch mit der Häufigkeit der für diese Personengruppe möglicherweise inadäquaten Verordnung (potentially inappropriate prescription, PIP) und von potentiell unangebrachten Medikamenten (potentially inappropriate medication, PIM) assoziiert ist.

Als Risikofaktoren gelten intrinsische, im Individuum gelegene Probleme, wie Störungen der Muskelfunktion oder der kognitiven Funktion, weiter extrinsische, also umweltbedingte Faktoren, wie schlechte Lichtverhältnisse, ungünstige Bodenbeschaffenheit, auch individuelle Verhaltensprobleme, z.B. Sturzangst und schlussendlich auch Medikamente, welche das Sturzrisiko erhöhen können, die sogenannten "Fall Risk Increasing Drugs", die FRIDS. Die Verordnung dieser Medikamente gilt nachweislich als ein wichtiger modifizierbarer Risikofaktor für Stürze.

Medikamente, die Stürze (mit-)verursachen können, tun dies, indem sie die Blutdruckregulation in der aufrechten Körperposition, der sogenannten Orthostase stören. Sie verursachen oder verstärken den im Stehen erfolgenden Blutdruckabfall und / oder behindern die erforderliche Gegenreaktion des Kreislaufs.

Es sind dies

- Vasodilantien
- Antihypertensiva
- Diuretika
- Betablocker
- Kalziumantagonisten
- Renin-Angiotensin-Aldosteron Inhibitoren
- ACE-Hemmer
- Alphablocker
- Dopaminergika
- Antipsychotika (Neuroleptika)
- Antidepressiva
- Muskelrelaxantien

Psychoaktive Medikamente haben dieses Risiko fast alle im unterschiedlichen Ausmaß als Nebenwirkung. Dies insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einer kognitiven Beeinträchtigung, wo diese oft eingesetzt werden, um Schmerzen, Schlaf- und / oder Verhaltensstörungen zu behandeln:

- Opiate
- Antipsychotika (Neuroleptika)
- Anxiolytika
- Hypnotika und Sedativa
- Antidepressiva
- Antiepileptika
- Anticholinergika
- Antihistaminika

Bei jeder Medikamentenverordnung ist es wichtig zu überlegen, ob es in der individuellen Situation der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten eine adäquatere Alternative gäbe. Für diese in der Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten wichtige Aufgabe bedarf es jedoch ausreichender Ressourcen, sowohl Zeit als auch qualifizierte Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter aus den Bereichen der Medizin, Pflege und Pharmazie. An diesen Ressourcen mag es in den Betreuungsstrukturen des Gesundheits- und Sozialsystems noch mangeln, vor allem auch dann, wenn die nachweislich mit besseren Ergebnissen assoziierte interdisziplinäre Zusammenarbeit angestrebt wird.

Ein kompetentes Medikamentenmanagement in Form einer regelmäßigen, mindestens halbjährlich stattfindenden, interdisziplinären Überprüfung der Medikamentenverordnung bei allen älteren Patientinnen und Patienten, vor allem die Reduktion von unangebrachten Verordnungen (PIM's), kann nachweislich das Sturzrisiko minimieren. Bei Vorhandensein von FRIDS gilt es, diese wenn möglich kontrolliert abzusetzen und zu sichereren Alternativen zu wechseln, oder – wenn ein Absetzen nicht möglich erscheint – zumindest die niedrigste effektive Dosis zu verordnen. Das Absetzen vieler Pharmaka, insbesondere der psychoaktiven, darf nicht abrupt geschehen.

Stürze älterer Menschen sind von einer großen Bedeutung im Gesundheitswesen. Die Einnahme mancher Medikamente erhöht signifikant das Risiko zu stürzen. Diese zu meiden, stellt eine effiziente Maßnahme der Primärprävention von Stürzen dar. Das Bewusstsein und das Wissen um dieses Problem sind sowohl bei den diese Medikamente verordnenden Ärztinnen und Ärzten und bei den betreuenden Pflegepersonen als auch bei den betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern oft unzureichend. Die Wiener Heimkommission empfiehlt diesem Thema ein besonderes Augenmerk zu widmen und es in Schulungs- und Fortbildungscurricula als Fixpunkt zu integrieren.

3.4 Ernährung am Lebensende – freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – ethische Aspekte

Ernährung besitzt in allen Kulturen und Gesellschaften einen starken Symbolismus. Mit dem Verabreichen von Nahrung wird Leben geschenkt. Das beginnt schon bei der ihr Kind stillenden Mutter. Für die meisten Menschen ist Ernährung ein Symbol der Obsorge, der Liebe sowie der Kommunikation mit anderen Personen. Das Verabreichen, das Teilen von Essen ist ein tief verwurzelt, soziales Verhaltensmuster. Nahrung hat für den Menschen eine existentielle und soziale Bedeutung, sie stillt neben den physischen auch die psychisch-emotionalen Bedürfnisse. Obwohl die künstlich – intravenös oder per Sonde – verabreichte Ernährung nicht eine natürliche Form darstellt, ist sie doch eine heute mögliche Darreichungsform, deren Vorenthalten oder Absetzen oft als inakzeptabel angesehen wird. (Schulz MAF, 2018)

Es wird diskutiert, ob eine künstliche Ernährung zu den basalen, die Grundbedürfnisse des Menschen befriedigenden Pflegeverrichtungen gehört, wie die Körperpflege, die Inkontinenzversorgung und eine richtige Lagerung einer Person. Dazu gehört die Frage, ob künstliche Ernährung die gleiche Symbolkraft wie Ernährung oder Verabreichung von Nahrung auf normalem Wege hat und auch haben soll. Wäre dem so, müssten Menschen immer, in jeder Situation und mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln – auch am Lebensende – ernährt werden. Es setzt sich nun immer mehr die ärztlich nachvollziehbare Ansicht durch, dass es sich bei künstlicher Ernährung um eine medizinische Therapieform handelt, deren Durchführung – v.a. wenn es um die Anlage einer PEG-Sonde oder das Setzen eines zentralvenösen Katheters geht – als Heilbehandlung einzustufen ist, die prinzipiell einer Indikation und der Zustimmung der adäquat informierten Patientin oder des adäquat informierten Patienten bedarf.

Klinische Fakten und die Beurteilung der verfügbaren relevanten medizinischen Evidenz bilden die Grundlage für die Erarbeitung von Antworten auf ethische Fragestellungen in der Medizin. Sie sind Basis für ethische Entscheidungsfindungen. (Weissenberger-Leduc M, Frühwald T, 2013)

Die erste Frage, die zu stellen ist, ist - Kann die Patientin bzw. der Patient nicht essen oder will sie/er nicht essen?

Bei dieser Differentialdiagnose, die insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung oft nicht leicht ist, helfen einige Assessmentinstrumente, wie:

- Das Aversive Feeding Behaviour Inventory (AFBI), auch als Blandford-Skala bekannt. Dieses Instrument kann vor allem bei Patientinnen bzw. Patienten mit einer schweren bis schwersten dementiellen Erkrankung helfen, die Einordnung der Nahrungsproblematik zu erforschen. (Blandford G, Watkins LB et al 1998; Kolb Ch. 2007)
- Der Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Questionnaire (EdFED-Q) ermöglicht einerseits die Erkennung der Ess- und Trinkprobleme und andererseits die Erfassung und Planung der notwendigen multidimensionalen Hilfsangebote bei hospitalisierten geriatrischen Patientinnen bzw. Patienten. (Aselage MB, 2010)
- Die pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen (PEMU) dient der strukturierten Erfassung der Ernährungssituation, der systematischen Ursachenforschung und strukturiert die Planung multiprofessioneller Maßnahmen in der stationären geriatrischen Langzeitpflege. (Aselage MB, 2010)
- Eine Essstörung inklusive Nahrungsablehnung ist meist multifaktoriell bedingt. Ihre Gründe müssen in einem interdisziplinären Assessment unter Einbeziehung aller betroffenen Akteure nahe an der Patientin bzw. am Patienten und mit ihr/ihm in einer ethischen Beratung genau erkundet werden, bevor man diese akzeptiert. Gleichzeitig ist "Die Freiheit zum selbstbestimmten Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht – auch außerhalb der Sterbephase – nach einem sorgfältigen Assessment grundsätzlich zu respektieren". (DNQP. Expertenstandard in der Pflege: Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 2009)

Es braucht ausreichende medizinisch-geriatrische Kompetenz, um beurteilen zu können, welche Ursachen für das Unvermögen, ausreichend Nahrung aufzunehmen, vorhanden sein könnten- neurologische, onkologische, metabolische und endokrine Erkrankungen, chronische Infektionen, Alkoholismus, Depression, mechanische Hindernisse, wie entzündliche oder neoplastische Stenosen der Speiseröhre, chronische Obstipation, ein Subileus, oder unbehandelte chronische Schmerzzustände.

Könnte es sein, dass die Patientin oder der Patient eine nicht diagnostizierte Depression hat? Werden Medikamente verabreicht, welche die Nahrungsaufnahme beeinflussen?- wichtige Fragen, die man sich stellen muss.

Es darf nicht vergessen werden, dass bei geriatrischen Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Multimorbidität Polypharmazie zu einem Problem wird. Interaktionen zahlreicher Medikamente sind noch ungenügend systematisch erforscht. Zusätzlich können bei geriatrischen Patientinnen bzw. Patienten Nieren und Leber nicht nur in Folge von Erkrankungen, aber schon im Rahmen des normalen Alterungsprozesses in ihrer Funktion eingeschränkt sein. Daraus ergibt sich, dass bei der Auswahl der Medikamente die veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik älterer

multimorbider sehr vulnerabler Patientinnen und Patienten und die Wirkung auf ihre Nahrungsaufnahme berücksichtigt werden sollten. (Mann E, et al. 2011).

Bei einer fortgeschrittenen Demenz sind Essapraxie, allgemeiner Rückzug, Anorexie, Abulie und Desinteresse an Essen und Trinken Symptome der Erkrankung. (Hanson LC et al. 2011)

Von einer qualifizierten Pflege wird die Kompetenz für die Erfassung des individuellen Ernährungsverhaltens und eine Überprüfung der tatsächlich eingenommenen Verzehrmenen anhand von Nahrungs- und Trinkprotokollen über mehrere Tage erwartet.

Im Rahmen der Erfassung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs müssen Anzeichen von Mund-, Kiefer- und Zahnproblemen und die Risikofaktoren dafür identifiziert, dokumentiert und kompetent kommuniziert werden. Die Pflege koordiniert und supervidiert bei Bedarf die Umsetzung von eingeleiteten multi-professionellen Maßnahmen und führt darüber eine nachvollziehbare Dokumentation. Fachliche Beobachtungskompetenz der Pflege ist es, u. a. eine akute Veränderung im Ess- und Trinkverhalten einer schwerkranken, möglicherweise sterbenden Person wahrzunehmen und bei der Abklärung der Gründe dafür unterstützend zu wirken (z. B. plötzlich fehlende Lust zu essen, Ablehnung von Speisen, die bis jetzt gerne gegessen wurden, erhöhte Müdigkeit beim Essen oder plötzliche Vergiftungsängste). (DNQP. Expertenstandard in der Pflege: Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 2009)

Ist die Setzung einer PEG-Sonde medizinisch indiziert – macht sie Sinn?

Sind die Ursachen für eine Essstörung - auch für eine Nahrungsablehnung - kausal nicht behandelbar, stellt sich die Frage, ob die Setzung einer PEG-Sonde medizinisch indiziert ist. Tatsache ist aber, dass die Sinnhaftigkeit von enteraler und parenteraler künstlicher Ernährung bei Patientinnen und Patienten im terminalen Stadium ihrer Krankheit – auch der dementiellen Erkrankung – hinterfragt wird. Es gibt keine Evidenz, dass insbesondere Patientinnen bzw. Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer dementiellen Erkrankung durch eine solche Intervention einen Nutzen haben. Die derzeitige Evidenzlage zum PEG-Nutzen erlaubt nicht die Behauptung eines gesicherten Vorteils im Hinblick auf die Mortalität und die Lebensqualität. Die postulierte Reduktion von Aspirationsinzidenz ist genauso wenig belegt wie die von Infektionen (insb. Pneumonien) und Dekubitus. Die Inzidenz von Sonden-assoziierten Komplikationen ist nicht zu vernachlässigen, es resultieren daraus eventuell weniger Pflegezuwendung und ein erhöhter Bedarf an freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Sedierung. Die Studienlage ist jedoch insgesamt nicht befriedigend. Bessere, prospektive, randomisierte und kontrollierte Untersuchungen wären erforderlich. (Weissenberger-Leduc M, Frühwald T, 2013)

Eine Cochrane-Analyse kommt ebenfalls zum Schluss, dass es keine ausreichende Evidenz für einen Nutzen der künstlichen enteralen (Sonden-)Ernährung für Patientinnen bzw. Patienten mit Essstörungen im Rahmen einer fortgeschrittenen Demenz gibt und, dass die nachteiligen Effekte dieser Intervention nicht genügend dokumentiert sind. (Sampson EL et al. 2009).

Auch die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin sowie die der European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) geben mit einem hohen Evidenzgrad die Empfehlung, dass bei Patientinnen und Patienten im

fortgeschrittenen Stadium der Demenz die Anlage einer PEG-Sonde zwecks enteraler künstlicher Ernährung nicht erfolgen sollte. Ebenso wird auch die parenterale künstliche Ernährung nicht empfohlen. (Volkert D et al. 2013; Volkert D et al. 2015)

Die Ansicht, dass der Verzicht auf künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr in der Sterbephase zusätzlich Leiden verursacht, kann durch Studien und Erfahrungsberichte nicht belegt werden. Das in einer absehbaren Frist zu erwartende und nach kompetenter medizinischer Beurteilung unaufhaltbare Sterben kann aus ethischer Sicht zugelassen werden, ohne künstliche Ernährungsmaßnahmen fortzusetzen oder zu initiieren. Es ist nicht gerechtfertigt, anzunehmen, dass in solchen Situationen der Verzicht auf künstliche Ernährung gleichzusetzen mit dem "Verhungern- lassen" wäre. (Jones BJ, 2007)

Ein weiterer medizinischer und ethischer Aspekt der Frage der künstlichen Ernährung im hohen Alter und am Lebensende wird von Uwe Körner hervorgehoben. Es bestehen oft funktionelle Störungen der Nahrungsaufnahme und das große Problem der Mangel- und Fehlernährung, aber in der unmittelbaren Nähe des Todes ein geringer werdender Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf. Dann gibt es "eher das Problem der Fehlbehandlung und Schädigung durch zu viel an Nahrung und Flüssigkeit". "Bei einer Ernährung auf den Tod hin ist das individuell angemessene rechtzeitige Reduzieren und Absetzen von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ein wesentliches Element der ärztlichen Sorgfalt". Eine pflegerische oder institutionelle Indikation (z. B. aus Überlegungen der Pflegeerleichterung bei Personalressourcenmangel) zur Setzung und Verwendung einer PEG-Sonde darf es nicht geben. (Körner U, 2009)

Pflegende, Patientinnen und Patienten und deren Angehörige sind oft der Meinung, dass künstliche Ernährung in der terminalen Phase einer Erkrankung das Leben verlängern kann, obwohl es dafür an Evidenz mangelt. Die oft als schwer und belastend empfundene Situation um die Entscheidungen für oder gegen eine künstliche Ernährung am Lebensende kann man leichter und besser gestalten, wenn man rechtzeitig die Palliative Care Option in der Betreuung der Patientinnen und Patienten mit nicht mehr heilbaren Erkrankungen wählt. Diese gewährleistet eine einfühlsame, empathische Kommunikation mit den betroffenen Personen und deren Angehörigen über die Perspektive sinnvoller, angemessener, die Lebensqualität, das subjektive Wohlbefinden und die Würde berücksichtigender Betreuungsziele. Es ist deutlich zu machen, dass es nicht die Reduktion von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ist, die zum Tod führt, sondern die nicht mehr heilbare Grunderkrankung. Ob und wann die Setzung einer PEG-Sonde medizinisch indiziert ist, liegt allein in der Verantwortung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes. (Geppert CMA et al, 2010)

Künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ist medizinische Behandlung. So ist die Entscheidung über ihren Beginn oder ihre Beendigung den gleichen Prinzipien unterworfen wie die Entscheidungen über andere – möglicherweise lebensverlängernde – medizinisch-therapeutische Maßnahmen. Sie bedarf einer medizinischen Indikation.

Zunächst muss die Frage geklärt werden, unter welchen Bedingungen es zulässig ist, eine therapeutische Maßnahme durchzuführen. Nicht erst der Abbruch einer medizinischen Intervention, schon deren Initiierung bedarf einer Rechtfertigung. Voraussetzung für alle medizinischen Maßnahmen ist die Beachtung von in der Medizin allgemein anerkannten ethischen Prinzipien. (Beauchamps TL, Childress JF, 2009)

Es geht um das Wohltätigkeitsgebot, also um die Verpflichtung, zum Wohl der Kranken zu handeln und um das- im Umkehrschluss geltende - Nichtschadensgebot, die 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 eigenen 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 und Ressourcen gleich und nicht willkürlich zu verteilen. Aus der Regel der fairen Chancengleichheit lässt sich ein Recht auf medizinische Versorgung ableiten. Daraus leiten sich drei Legitimationsvoraussetzungen für die Entscheidung über eine therapeutische Maßnahme ab (Weissenberger-Leduc M, Frühwald T, 2013; Körner U, 2009):

1. Die Maßnahme soll der Patientin bzw. dem Patienten insgesamt mehr nutzen als schaden
2. Die Patientin bzw. der Patient müssen so aufgeklärt werden, dass sie bzw. er die Maßnahme versteht und nach Aufklärung der Maßnahme zustimmen kann
3. Die Maßnahme muss medizinischen Standards entsprechen, also "lege artis" sein

Auf eine therapeutische Maßnahme – also auch auf eine künstliche Ernährung, z.B. mit einer PEG-Sonde – sollte verzichtet werden, wenn nur eine der Legitimationsvoraussetzungen nicht erfüllt ist.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, dass die Strukturen der stationären und ambulanten Betreuung von hochaltrigen, gebrechlichen, pflege- und betreuungsbedürftigen Personen eine systematische Auseinandersetzung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem Thema der Ernährung am Lebensende - im Rahmen regelmäßiger Fortbildungsinitiativen und ethischer Fallbesprechungen im interdisziplinären Team - ermöglichen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, dass die Strukturen der stationären und ambulanten Betreuung von hochaltrigen, gebrechlichen, pflege- und betreuungsbedürftigen Personen eine systematische Auseinandersetzung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem Thema der Ernährung am Lebensende ermöglichen. Dies sollte im Rahmen regelmäßiger Fortbildungsinitiativen und ethischer Fallbesprechungen im interdisziplinären Team erfolgen.

3.5 Der bewusste Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, wodurch eine Bewohnerin oder ein Bewohner ihr bzw. sein Sterben herbeiführen möchte

Eine häufige Situation im Wohn- und Pflegeheim ist die Ablehnung von Nahrung und Flüssigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern in der Sterbephase. Menschen spüren den nahenden Tod, haben immer weniger Bedarf und zeigen dies deutlich, indem sie den Mund verschließen und sich wegdrehen. Selbstverständlicher Teil der palliativen Betreuung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es somit, das jeweilige Bedürfnis wahrzunehmen und den Wünschen entsprechend zu handeln. Davon klar zu unterscheiden ist der bewusste Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in einer früheren Phase, mit dem eine Bewohnerin oder ein Bewohner das Sterben herbeiführen will. Wir sprechen dabei von "freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit", weil der Begriff die Differenzierung zwischen Essen und Trinken erlaubt und die in der Literatur oft gebräuchliche Bezeichnung mit Sterbefasten oder Sterbehungern stark wertend ist. Auch die OPG (Österreichische Palliativgesellschaft) hat sich zum Thema "Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, um das Sterben zu beschleunigen" in einer Stellungnahme geäußert.

Das Ethikerteam der "CS Caritas Socialis" hat sich aufgrund eines Anlassfalles eingehend mit dem bewussten Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit beschäftigt: Eine Bewohnerin mit einer progredienten neurologischen Grunderkrankung hatte nach einer Krebsdiagnose den Wunsch nach freiwilligem Nahrungsverzicht an die Palliativmedizinerin im Rahmen des Vorsorgedialogs herangetragen.

In der Fachwelt wird diskutiert, worum es sich beim Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit rechtlich gesehen handelt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen das manchmal in einer Nähe zu "Tötung auf Verlangen" oder zur "Beihilfe zum Suizid". Das österreichische Recht definiert Selbstmord im Sinne des §78StGB als "Hand an sich legen" (OGH Rechtssatz 0110981 vom 27.10.1998). "Nicht essen" bedeutet nicht "Hand an sich legen" und daher auch keinen Suizid. Die Begleitung beim Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist daher nicht als Beihilfe zum Suizid zu werten.

Wird der Wunsch nach dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und/oder Flüssigkeit geäußert, so bedarf es zunächst genauester und differenzierter Abklärung.

Das Team wird sich zunächst mit der Frage beschäftigen, was aktuell zu diesem Wunsch führt. Gibt es z.B. Symptome (Schmerz), welche gut gelindert werden können? Ist jemand genügend aufgeklärt über seine Erkrankung und den zu erwartenden Verlauf? So können unbegründete Ängste unter Umständen unter Umständen ausgeräumt und somit Klarheit geschaffen werden.

Um den Wunsch weiter zu verfolgen, muss die kognitive und psychische Verfassung diagnostisch, unter Beiziehung von Ärztinnen und Ärzten beurteilt werden, um eine psychische Erkrankung (z.B. Depression) ausschließen zu können und die Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu bestätigen. Es empfiehlt sich die Einbindung von Ärztinnen und Ärzten, einer Psychologin oder eines Psychologen. Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung muss diese selbstverständlich vorrangig behandelt werden.

Falls es beim Wunsch bleibt, braucht es eine ausführliche Information aller Beteiligten (betroffene Person, Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) über den voraussichtlichen Verlauf und mögliche, zu erwartende Krisen. Zu bedenken ist,

dass es einen gravierenden Unterschied zwischen dem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und dem Verzicht ausschließlich auf Nahrung gibt. Wenn man auch auf Flüssigkeit verzichtet, so sind die zu erwartenden Symptome, wie Schwäche, Kopfschmerzen wahrscheinlich unangenehmer. Zu klären ist, auf welchem Weg Medikamente zugeführt werden können. Wenn Schlucken nicht mehr möglich ist, braucht es eventuell Flüssigkeit als Transportmittel zur Verabreichung von symptomlindernden Medikamenten. Es muss geklärt sein, ob die zur Medikation notwendigen Flüssigkeitsmengen für die betroffene Person akzeptabel sind.

Eine wichtige Rolle kommt der Palliativmedizin in Zusammenarbeit mit der Hausärztin oder dem Hausarzt zu, denn es braucht eine engmaschige Betreuung der Bewohnerin oder des Bewohners. Gibt es wesentliche Bezugspersonen, so steht in Absprache mit der Bewohnerin oder dem Bewohner das gesamte Team auch den Angehörigen für Fragen zur Verfügung. Genauso wesentlich ist die palliativmedizinische Begleitung des Betreuungsteams. Wichtig ist, dass im Team eine einheitliche Vorgangsweise geklärt wird und Unsicherheiten und Fragen, die zwangsläufig auftreten werden, besprochen werden können. Im Bedarfsfall kann auch eine Supervision dem Team helfen.

Während des gesamten Prozesses sind eine achtsame Kommunikation und die Pflege der Vertrauensbeziehung wesentlich. Selbstverständlich wird Essen und Trinken weiterhin behutsam angeboten. Dies geschieht mit Respekt vor dem geäußerten Wunsch, aber auch im Wissen um die Möglichkeit, dass die oder der Betroffene die Meinung im weiteren Verlauf ändern könnte. Zur Professionalität aller Beteiligten gehört eine entsprechende Dokumentation. In dieser letzten Phase ist das Ziel von Pflege und Betreuung stets bestmögliche Lebensqualität für die betroffene Person. Daher werden alle Möglichkeiten der Palliative Care ausgeschöpft.

Im zitierten Beispiel kam es (schlussendlich) dann noch nicht zu einer Umsetzung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit. Die Auseinandersetzung mit dem Wunsch einzelner Bewohnerinnen bzw. Bewohner hat geholfen, offene Fragen zu beantworten, die Vertrauensbeziehung zu stärken und zu sehen, was noch lebenswert sein kann.

Die Heimkommission empfiehlt:

Organisationen mögen sich mit dem Thema "Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit" basierend auf dem Positionspapier der Österreichische Palliativgesellschaft eingehend auseinandersetzen. Das bedeutet auch, einen differenzierten Umgang zwischen der Begleitung von Menschen, die bereits im Sterbeprozess sind und keine Nahrung mehr aufnehmen und dem bewussten Verzicht in einer früheren Phase, zu pflegen.

Die Begleitung eines freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit soll nicht ohne palliativmedizinische Betreuung und ausführliche Vorbereitung des Teams erfolgen.

3.6 Angsterkrankungen bei älteren Menschen

Psychische Erkrankungen gelten als unabhängige Hauptrisikofaktoren für Suizid im höheren Lebensalter. Am häufigsten dabei ist zwar die (unbehandelte) Depression, jedoch dürfen Angsterkrankungen in diesem Zusammenhang und als häufige psychische Erkrankungen bei älteren Menschen nicht vernachlässigt werden.

Angst im Alter ist ein weitverbreitetes Phänomen und Angsterkrankungen ebenso. Angst kann vorkommen:

- "als Phänomen, das im Leben bei allen möglichen Gelegenheiten ohne Krankheitsbezug auftaucht
- als Begleitsymptom während schwieriger Lebensumstände
- als Symptom bei körperlichen Erkrankungen
- als Phänomen bei psychischen Erkrankungen
- bei Angsterkrankungen im eigentlichen Sinne

Diese lassen sich in vier Gruppen einteilen:

1. Generalisierte Angststörung (Mischung aus permanentem Sorgen machen, ängstlich-depressiver Grundstimmung und erhöhter Muskelanspannung)
2. Panikerkrankungen mit gehäuften Panikattacken und häufiger Angst vor diesen Anfällen
3. Phobien, Ängste, die sich auf eine bestimmte Situation, wie zum Beispiel enge Räume, offene Räume, Höhe, ein bestimmtes Objekt, wie eine Brücke oder Tiere, Wasser, Straßen etc., beziehen
4. Soziale Phobie, die Angst in und vor sozialen Situationen" (Psota & Horowitz 2018:61-2).

Angsterkrankungen und Depressionen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. In jedem Lebensalter sind Frauen häufiger von Angst- und depressiven Erkrankungen betroffen als Männer, wobei die typische Symptomatik bei Männern weniger ausgeprägt ist und sich häufig hinter Sucht- und Risikoverhalten verbirgt. Außerdem treten beide Erkrankungen auch gemeinsam auf, insbesondere auch bei älteren Menschen. Angstsymptome bzw. Angststörungen kommen meist nicht isoliert vor, sondern viel häufiger in Form einer gemischten Angst- und depressiven Symptomatik, auch häufig sind die Verbindung von Angst, Depression und Schmerz, die als sog. "Leidenstrias" bezeichnet wird, sowie Angstsymptome bei dementiellen Erkrankungen. Einer neueren Studie zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen in Europa zufolge liegt die Prävalenz für Angststörungen bei Älteren (65-84 Jahre) bei ca. 17%. Die häufigsten Angststörungen sind Agoraphobie (4.9%), Panikstörung (3.8%), Tierphobie (3.5%), generalisierte Angststörung (3.1%), gefolgt von posttraumatischen Belastungsstörungen (1.4%), sozialen Phobien (1.3%) und Zwangsstörungen (0.8%) (Canuto et al 2017; Andreas et al 2016). Noch höher liegt die Prävalenzrate bei älteren Personen mit körperlichen Erkrankungen und funktionellen Beeinträchtigungen (24%; Lenze & Avidan 2019).

Obwohl Angsterkrankungen sehr häufige, chronische und stark beeinträchtigende psychische Erkrankungen sind, werden diese zu selten (früh) erkannt und behandelt. Ähnlich wie andere psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter — insbesondere die sogenannten "3 D's" (Demenz, Depression und Delir; siehe Bericht der Wiener Heimkommission 2018: 56-58) gehen auch mit anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen einher und werden oft mit altersbedingten Veränderungen verwechselt.

Insgesamt erhalten nur ca. 10% der Betroffenen eine adäquate Behandlung (Alonso et al 2018).

Dies betrifft vor allem auch ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen, wo die Mehrheit unter einer oder mehreren psychischen Erkrankungen bzw. meist unter mehreren psychischen und körperlichen Erkrankungen (psychisch-körperliche Multimorbidität) leidet. Die damit verbundenen psychischen, körperlichen und sozialen Belastungen der Betroffenen erfordern eine bedarfsgerechte Versorgung, die auf einer frühen Diagnose und Behandlung basiert. Um dem komplexen psychosozialen Versorgungsbedarf von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen 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 2015). Schon allein deshalb braucht die Versorgung von älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen, im Sinne eines multi-dimensionalen bzw. multiprofessionellen Versorgungsansatzes, (mehr) Psychiatrie.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, geeignete Maßnahmen für das frühzeitige Erkennen und Behandeln von Angsterkrankungen in die Betreuung, Pflege und Behandlung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu integrieren.

3.7 Suizidprävention bei älteren Menschen

Suizid ist ein globales Problem der öffentlichen Gesundheit und betrifft jedes Alter. Am häufigsten betroffen sind Menschen im höheren Lebensalter, wobei Männer viel häufiger betroffen sind als Frauen (Männer > Frauen; Verhältnis ~3:1). Insgesamt betrifft ein Drittel aller Suizide Menschen über 65 Jahre und das Suizidrisiko steigt mit dem Alter an. Ab dem 75. Lebensjahr ist es ~2,5× so hoch wie das der Durchschnittsbevölkerung und ab dem 85. Lebensjahr mehr als viermal so hoch (siehe SUPRA-Bericht 2018). Auch der rückläufige Trend der Suizidraten in Österreich (1980-2017) ist am wenigsten ausgeprägt bei den über 80-Jährigen und 70–90-Jährigen, wenn man die Suizidraten der "älteren Altersgruppen" differenzierter betrachtet (nicht nur über 65-Jährige). Berücksichtigt man zusätzlich noch das Geschlecht, so ist der rückläufige Trend am allerwenigsten ausgeprägt bei den über 80-jährigen Männern (sogar wieder leichter Anstieg, auch bei den anderen älteren Altersgruppen) (eigene Berechnung, Statistik Austria 2019). Suizidversuche hingegen werden häufiger von jüngeren Menschen und von Frauen begangen. Die Suizidmethoden bei älteren Menschen sind meist "härter" als bei jüngeren. Diese umfassen: Erhängen, Sturz in die Tiefe, Medikamente, Waffen; aber auch "Sich-versterben-Lassen" z.B. durch medikamentöse Non-Compliance, sowie "Unfälle" (de Monedoca Lima et al (WMHF) 2019; Zeppegno et al 2019; Conejero et al 2018; Van Orden & Deming 2018).

Die weltweit erste Studie zu Suizid in Wohn- und Pflegeheimen wurde in Australien durchgeführt und ergab, dass das Suizidrisiko bei Menschen in den ersten zwölf Monaten nach der Aufnahme in ein Wohn- und Pflegeheim besonders hoch ist.

Die Mehrheit der Wohn- und Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, die durch Suizid starben, waren Männer (~70%) und hatten eine psychische Erkrankung (~76%), insb. Depression (66%). Außerdem kam es bei den Betroffenen vor dem Suizid zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes (~80%), sie waren sozial isoliert und einsam (43%) und hatten Schwierigkeiten, sich an das Leben in der Langzeitpflegeeinrichtung anzupassen (~30%). Die häufigsten Suizidmethoden waren Erhängen (~32%), Stürze aus der Höhe (~17%) und Ersticken (mittels Plastiktüte; ~14%). Die häufigsten Suizide waren im Sommer und in der Urlaubszeit sowie an Montagen (Murphy et al 2018).

Die wichtigsten Risikofaktoren für Suizid bei älteren Menschen sind, neben dem Faktor Geschlecht (Männer > Frauen) (de Monedoca Lima et al (WMHF) 2019; Zeppegno et al 2019; Conejero et al 2018; Van Orden & Deming 2018; Schaar & Schipper 2017; WHO 2014; Wolfersdorf et al 2011):

- Psychische Erkrankungen, insb. (unbehandelte) Depression, als unabhängiger Hauptrisikofaktor (auch komorbide Angsterkrankung, Alkohol-/Medikamentenmissbrauch)
- Körperliche Erkrankungen und chronischer Schmerz
- insb. psychisch-körperliche Komorbidität & auch Angst vor/zu Beginn einer schweren Erkrankung (insb. Demenz)
- Einsamkeit und soziale Isolation
- Verlust geliebter Menschen, der gewohnten Umgebung (Umzug in ein Wohn- und Pflegeheim)
- Erleben steigender Abhängigkeit (insb. abhängige Pflegebedürftigkeit), auch keine "Last mehr sein wollen" für Angehörige
- Zusammenspiel mehrerer psychischer, körperlicher und sozialer Beeinträchtigungen/Probleme bzw. Leiden (psychosozial-medizinisches Paradigma von Suizidalität)

Nach Martin Teising (2001) entstehen Suizidhandlungen älterer Menschen "fast immer aus seelischen Leidenszuständen, häufig im Zusammenhang mit äußerer Not, und sind nicht als Endpunkt einer nüchternen, rationalen Entscheidung anzusehen."

Damit assoziiert sind auch unsere weit verbreiteten negativen Altersbilder, individuell wie gesellschaftlich, die zu einem erhöhten Suizidrisiko im Alter beitragen. Doch obwohl die Gesellschaft immer älter wird und es bereits jetzt schon mehr ältere als jüngere Menschen gibt, ist Suizid im Alter weiterhin ein vernachlässigtes Tabuthema — und scheint als vermeintlich rationale Reaktion auf die "Last des Alters" akzeptiert zu werden (Diego de Leo 2018).

Suizidprävention bei älteren Menschen kann deshalb nur gelingen, wenn sie nicht nur den genannten Risikofaktoren entgegenwirkt, sondern auch dieser selbstverständlichen Akzeptanz von Suizid im Alter: Es braucht einen "Weg mit dem doppelten Stigma", das mit dem alt und psychisch krank sein, verbunden ist — für eine "psychische Gesundheit für alle", ein Leben lang.

Grundsätzlich lässt sich Suizidprävention einteilen in:

- Primäre Suizidprävention: Gesellschaftliche Maßnahmen, Vorbeugung, rechtzeitige und adäquate Behandlung
- Sekundäre Suizidprävention: Krisenintervention und Therapie bei suizidgefährdeten Menschen

- Tertiäre Suizidprävention: medizinische Akutversorgung, Nachbehandlung, Nachbetreuung mit dem Ziel erneute Suizidhandlungen zu verhindern bzw. neue Lebensperspektiven zu entwickeln.

Suizidprävention bei älteren Menschen sollte umfassen (de Monedoca Lima et al (WMHF) 2019; Zeppego et al 2019; Conejero et al 2018; Van Orden & Deming 2018; Schaar & Schipper 2017; WHO 2014; Kriseninterventionszentrum Wien (2014); Lindner & Schneider 2013; Wolfersdorf et al 2011; Konsensus-Statement Suizidalität 2011):

- Vorbereitung auf das Alter (frühzeitige Auseinandersetzung mit und Akzeptanz von Älterwerden und Sterblichkeit)
- Förderung der sozialen Teilhabe
- Förderung des Zugangs zu und der Annahme von Hilfen bei Krankheit (psychisch wie körperlich) und in psychosozialen Belastungs-/Krisensituationen
- Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit
- Unterstützung am Lebensende (Palliativmedizin & -psychiatrie, Hospizarbeit, Sterbebegleitung)
- Unterstützungsangebote für Angehörige

Es besteht eine absolute Notwendigkeit für Suizidprävention bei älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen. Die Wiener Heimkommission empfiehlt suizidpräventive Maßnahmen in die Betreuung, Pflege und Behandlung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu integrieren.

3.8 Gewalt- und Aggressionsprävention in der Langzeitpflege

Grenzen setzen, achtsam und proaktiv sein

Gewalt geht uns alle an. Denn Gewalt kann uns alle betreffen.

Menschen zu pflegen und zu betreuen, ob zu Hause in den eigenen vier Wänden oder in einer stationären Einrichtung, ist eine sehr beanspruchende, fordernde und emotional belastende Aufgabe.

Wie oft erleben Menschen aggressives Verhalten als Bedrohung, Angriff oder Verletzung? Dadurch entstehen Ängste, Unsicherheit und unbewusste Abwehrreaktionen. Immer noch gibt es die Auffassung, dass man Aggression und Gewalt ertragen bzw. aushalten muss und darüber nicht spricht.

Aggression und Gewalt kann jeden betreffen und von jedem Menschen ausgehen. Dies betrifft alle im Pflege- und Betreuungsbereich, ob als Pflege- und Betreuungspersonen, als pflegebedürftige Menschen oder als Angehörige. Ursachen, Auslöser, Faktoren und Folgen für Gewalt und Aggression sind vielfältig und umfassend.

Hat nicht jeder Mensch ein Recht auf ein gutes Leben, ein Recht auf Selbstbestimmung, Freiheit, Schutz und Sicherheit?

Gewalt- und Aggressionsprävention ist ein Organisationsentwicklungsthema. Durch bewusste und gezielte Maßnahmenpakete wird Aggression und Gewalt ansprechbar, Sensibilität und Achtsamkeit gefördert, Wissen und Verständnis vermittelt und deeskalierende Handlungskompetenzen entwickelt. Gewaltereignisse und aggressive Vorfälle werden systematisch bearbeitet und ein präventives Handeln im Alltag der Menschen und in der Organisation etabliert. Es geht um Reduktion, Vermeidung und Verhinderung von Aggression und Gewalt.

Definition und Vorkommen von Gewalt und Aggression in der Langzeitpflege

Das Vorkommen und Auftreten von Aggression und Gewalt ist vielschichtig, allgegenwärtig und ein immer wiederkehrendes Phänomen. Es betrifft alle Menschen im Kontext der Pflege. In diesem Kontext zählen pflege- und betreuungsbedürftige Personen wohl zu den schutzbedürftigsten unserer Gesellschaft.

Frühwald (2013) sagt, "denn die Gewalt an alten Menschen ist immer noch ein Tabu. Die Opfer schweigen aus Angst vor Repressalien und davor einen Familienkonflikt auszulösen. Sie fürchten ignoriert und weiter isoliert zu werden." Weiter führt er aus, "die Zeugen schweigen auch: Probleme werden beschönigt, verharmlost, das Leiden der alten Menschen unterschätzt. Man hat Angst vor Konflikten mit der Betreuungsstruktur." Er erläutert, "dass das rechtzeitige Erkennen von Warnzeichen von physischer, psychischer Gewalt und Vernachlässigung wichtig ist, denn normalerweise klagt die betroffene Person nicht direkt". (Frühwald, Thomas (2013): Diagnose Gewalt. Gewalt aus der Sicht der Geriatrie. In: Österreichische Pflegezeitschrift 1/2013, 26 – 29)

Weissenberger-Leduc (2011) beschreibt, dass aggressives Verhalten und teilweise auch Gewalthandlungen vorhanden sind, oft stumm und leise. Dies kann und darf nicht verleugnet werden. "Gewalt an alten Menschen bleibt im Rahmen von Pflegebeziehungen meist unsichtbar." (Weissenberger-Leduc, Monique und Weiberg, Anja (2011): Gewalt und Demenz. Ursachen und Lösungsansätze für ein Tabuthema in der Pflege. Wien: Springer)

Einen wichtigen Aspekt zu Aggression und Gewaltvorkommen beschreibt Hirsch (2011) in seinem Artikel. "Gewalthandlungen können als Gewohnheiten und Rituale insbesondere in Institutionen, normativ fungieren, denn der Mensch hat eine beunruhigende Fähigkeit sich nahezu an alles anzupassen und zu gewöhnen, auch an die eigene Gewalttätigkeit." Weiter führt er aus, "dass eine gegenseitige emotional und materiell abhängige Beziehung und eine Beziehungsasymmetrie besteht. Körperliche Gewalt ist oft verbunden mit psychischer Gewalt, Vernachlässigung verbunden mit struktureller Gewalt, Isolation verbunden mit kultureller Gewalt." (Hirsch, Rolf (2011): Gewalt in der Pflege: Ursachen, Häufigkeiten und Prävention. In: Österreichische Pflegezeitschrift 1/2011, 11 – 17)

Was ist Aggression und was ist Gewalt?

Aggression wird von Menschen unterschiedlich wahrgenommen und erlebt. Wie fühlt man sich, wenn man aggressives oder gewalttätiges Verhalten erfahren hat? Wie fühlt es sich an, wenn man sich selbst grenzüberschreitend verhalten hat? In beiden Situationen fühlt man sich wahrscheinlich nicht gut. Über Aggression und Gewalt zu reden, Ereignisse anzusprechen und die emotionale Betroffenheit zu benennen, erfordert viel Mut und Selbstbewusstsein. Umso wichtiger ist es zu wissen, was unter Aggression und Gewalt verstanden wird. Um unterscheiden zu können zwischen Aggression als Absicht oder Reaktion auf Frustration, Ärger, Angst u.a. braucht es theoretisches Wissen.

In der Literatur gibt es eine Vielzahl an Definitionen und Beschreibungen. Walter, Nau und Oud (2012) beschreiben in ihrem Praxishandbuch die Aggression wie folgt: "Jede Form des Verhaltens, die darauf angelegt ist, eine Person gegen ihren Willen zu schädigen oder zu verletzen. Aggression schließt jede Form der Verletzung ein, auch die psychische oder die gefühlsmäßige. Demütigung, Einschüchterung oder Bedrohung einer Person sind Formen von Aggression." [vgl. Breakwell, 1998] und ergänzen "Aggression äußert sich im Verhalten, anderen Menschen (mehr oder weniger) bewusst Schmerzen, Erniedrigung oder Schaden mit einem bestimmten Ziel zuzufügen". (Walter, Gernot; Nau, Johannes und Oud, Nico (Hrsg.) (2012): Aggression und Aggressionsmanagement. Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber)

Bauer (2011) beschreibt, dass die menschliche Aggression ein kommunikatives Signal ist, welches der Umwelt anzeigt, dass ein Individuum nicht in der Lage oder nicht bereit ist, einen ihm zugefügten physischen oder seelischen Schmerz oder eine entsprechende Bedrohung hinzunehmen. Bei der verschobenen Aggression ist die kommunikative Funktion verlorengegangen. Diese wird in der Regel also missverstanden, denn eigentlich ist die verschobene Aggression ein Appell, ein Hilfeschrei für den erlittenen Schmerz durch Ausgrenzung, fehlende Bindung, Demütigung oder Unfairness. (Bauer, Joachim (2011): Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt. 3. Auflage München: Blessing)

Richter (2013) beschreibt, dass Aggression und Gewalt in der Regel in der zwischenmenschlichen Interaktion und den daraus resultierenden subjektiven Notlagen entstehen. Sie sind meist durch Hilflosigkeit, durch ein nicht anders zu helfen wissen bedingt. "Aggressives Verhalten liegt dann vor, wenn eine Handlung zur körperlichen oder seelischen Schädigung einer Person führen kann und/oder von der Zielperson als bedrohlich schädigend wahrgenommen wird. Die aggressive Handlung kann körperlich, auch nonverbal durch Mimik und Gestik, erfolgen, aber auch nicht körperlich durch verbale Aussagen. Ein Sonderfall ist in diesem Zusammenhang die Vernachlässigung als Folge einer unterlassenen Handlung, mit erheblichen körperlichen und/oder seelischen Konsequenzen für den alten Menschen." (Richter, Dirk (2013): Aggression in der Langzeitpflege. Ein differenzierter Überblick über die Problematik. Hrsg.: Curaviva Schweiz, Fachbereich Alter, Bern)

Maßnahmenansätze zur Gewalt- und Aggressionsprävention in der Pflege

Gewalt- und Aggressionsprävention ist ein wichtiges Organisationsentwicklungsthema, denn jeder Mensch hat ein Recht auf Achtung seiner Würde, ein Recht auf Selbstbestimmung, Freiheit, Schutz und Sicherheit.

Eigentlich ist jede Person beteiligt im Geschehen, hat Verantwortung für sein Tun und Handeln, und vieles ist nicht delegierbar. Es geht um Sensibilisierung, Bewusstseinsbildung und um proaktives Handeln, um aggressives und gewalttätiges Verhalten zu erkennen, zu verringern und zu verhindern, sowie um Problemlösungskompetenz.

Der Wille für eine Neugestaltung der Kultur im Umgang mit pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen wird sichtbar, indem Aggression und Gewalt ansprechbar ist und ein sensibles, aktives Handeln erwünscht, gefordert und durchgeführt wird. Die geriatrische Langzeitpflege braucht gezielte präventive und deeskalierende Interventionen gegen Aggression und Gewalt, wobei die Nachhaltigkeit und die Umsetzbarkeit der Maßnahmen im Mittelpunkt stehen soll.

In der Prävention von Aggression und Gewalt geht es um Reduktion, Vermeidung und um Verhinderung von aggressivem und gewalttätigem Verhalten. Auf der Personenebene sind die Stärkung des Selbstschutzes, Vertrauensbildung und Angstreduktion wichtige Elemente. Dazu braucht es Sensibilität und Achtsamkeit, Wissen über Entstehung und Einflussfaktoren, Kennenlernen der vielfältigen Methoden zur Prävention und Deeskalation bei aggressivem und gewalttätigem Verhalten und das Lernen aus Ereignissen und Vorfällen.

Anhand der Präventionsstufen nach Walter, Gernot; Nau, Johannes und Oud, Nico (2012) (Walter, Gernot; Nau, Johannes und Oud, Nico (Hrsg.) (2012): Aggression und Aggressionsmanagement. Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber) soll/könnte ein Konzept für die Gewalt- und Aggressionsprävention folgende Inhalte und Interventionen beinhalten:

primäre Prävention = erkennen und berücksichtigen von Risikofaktoren, vorbeugen von aggressivem Verhalten durch

- Sensibilisierung – Workshops um Aggression und Gewalt ansprechbar zu machen
- Verwendung von Instrumenten zur Erhebung und Auswertung von Ereignissen und Maßnahmen zu Gewalt- und Aggressionsprävention
- Das Fördern und Fordern des Anwendens der vorhandenen organisationsbezogenen Handlungsleitlinien, Standards und Richtlinien
- Das Schaffen und Nutzen der Anlaufstellen und anderen Kontaktstellen um über Gewalt- und Aggressionsereignisse anonym sprechen zu können

sekundäre Prävention = Vorgehen bei akutem aggressivem Verhalten, verhindern einer Eskalation durch

- Stärken und Fördern der Handlungskompetenz der Mitarbeitenden im Rahmen von Deeskalationsseminaren und Kommunikationsfortbildungen
- Beratung und Unterstützung durch Expertinnen und Experten bzw. Beraterinnen und Berater für Deeskalationsmanagement

tertiäre Prävention = Nachbereiten eines aggressiven Vorfalles, Vorbeugen durch Analysieren, Reflektieren und Anpassen der Handlungsmethoden bei zukünftigen Ereignissen durch

- Bearbeitung und Beratung in den Einrichtungen für ein proaktives präventives Handeln durch externe und/oder interne Expertinnen und Experten für Deeskalationsmanagement
- Dokumentation von Ereignissen

Wie kann Prävention und Deeskalation gelingen?

Die Caritas Pflege Wien als Anbieter von Mobiler Pflege und stationärer Langzeitpflege fördert mit ihrem Präventionskonzept eine Änderung der Kultur im Umgang mit Aggression und Gewalt. Das Thema wird enttabuisiert und ein strukturiertes Aggressions- und Gewaltpräventionsmanagement wird eingeführt. Dies fördert einen würdebewahrenden und wertschätzenden, vertraulichen und verbindlichen Umgang im Miteinander.

Das Präventionskonzept der Caritas Pflege beinhaltet alle angeführten Maßnahmen, unter Berücksichtigung der Präventionsstufen. Durch Sensibilisierung, Sicherheit, Orientierung, Reflexion, Zusammenarbeit und auf das eigene Gefühl zu hören, ist es möglich Kritik und Ereignisse zu bearbeiten und ein Grenzen setzendes,

achtsames Pro-Aktiv-Sein zu fördern. Das Schweigen und das Dulden von aggressivem, gewalttätigem Verhalten wird durch Mut und Courage beendet. Denn jeder Mensch hat ein Recht auf Sicherheit, auf physische und psychische Unversehrtheit – ein Recht auf ein "gutes Leben".

Grenzen setzendes achtsames Pro-Aktiv-Sein ist eine in der heutigen Gesellschaft erforderliche Fähigkeit für die Reduktion von Gewalt und Aggression.

Es braucht:

- Mut zu sagen, wann Grenzen überschritten werden
- Achtsamkeit, sich in ein Gegenüber einzufühlen, um darauf zu achten, ob dessen Grenzen überschritten wurden
- das Erkennen der Auswirkungen von Grenzüberschreitungen, um proaktiv handeln zu können, um im Alltag so wenig als möglich aggressives und gewalttätiges Verhalten erleben zu müssen
- den Willen für eine Neugestaltung der Kultur im Umgang mit aggressivem und gewalttätigem Verhalten im Führungsteam der Organisation
- Richtlinien, Standards und Prozesse in der Organisation, die beschreiben, welche Maßnahmen erforderlich sind und erwartet werden, um Aggression und Gewalt zu besprechen, zu reduzieren, zu verhindern und Ereignisse lösungsorientiert zu bearbeiten, wobei sensibles, aktives Handeln erwünscht ist
- Erhebungsinstrumente zur Einschätzung des Entwicklungsstandes in der Gewaltprävention und zur Ausprägung der unterschiedlichen Formen von aggressivem und gewalttätigem Verhalten
- niederschwellige Kontaktstellen und Kooperationen, um sich anonym Unterstützung, Rat und Hilfe holen zu können
- Bildungs- und Sensibilisierungsseminare für die Mitarbeitenden in der Organisation mit hohem Erreichungsgrad, z.B. mindestens 80% aller Mitarbeitenden
- bewusstes und lösungsorientiertes Aufarbeiten von aggressivem und gewalttätigem Verhalten mit sichtbaren und spürbaren Veränderungen
- Trainerinnen und Trainer, sowie Beraterinnen und Berater für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement im Pflege- und Sozialbereich. Die Organisation hat Mitarbeitende, die diese umfangreiche Ausbildung absolviert haben
- ausreichend Zeit für die Erfüllung der Aufgaben der Trainerinnen und Trainer. Dazu gehören das Abhalten der Sensibilisierungsworkshops, Beratung und Expertise für die Bearbeitung von Vorfällen und zur Risikominimierung in den Einrichtungen der Organisation

Die Heimkommission begrüßt die Auseinandersetzung mit diesem sensiblen Thema und empfiehlt, in der eigenen Organisation entsprechend der Stufen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention entsprechende Maßnahmen zu entwickeln und zu etablieren. Weiter empfiehlt sich der regelmäßige vernetzende Austausch zwischen handelnden Personen aller Pflegeorganisationen und die Entwicklung eines spezifischen Projektförderungsprogramms (aus öffentlichen Mitteln) für Maßnahmen zur Gewalt- und Organisationsprävention in der Langzeitpflege. Darüber hinaus wird angeraten, dass die "safety-line" als anonyme Beratungs-, Gesprächs- und Meldestelle für alle Organisationen der Langzeitpflege durch eine öffentliche Finanzierung ohne zusätzliche Kosten nutzbar ist.

3.9 Gewalt und Aggression – braucht es einen verschriftlichten Verhaltenskodex?

Aggression und Gewalt kommen im Gesundheitsbereich ebenso vor wie in anderen Bereichen der Gesellschaft und betreffen alle Berufsgruppen.

Der Wiener Krankenanstaltenverbund hat eine Studie zu "Gewalt und Aggression" in Auftrag gegeben. Das Ergebnis zeigte, dass 85% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits Gewalt erlebt haben. Die Spitze war sicherlich als im Juli ein Arzt im Kaiser- Franz- Josef Spital mit einem Messer lebensgefährlich verletzt wurde.

Durch deeskalierende Gesprächsführung können viele konfliktträchtige Situationen in eine konstruktive Richtung geführt werden. Dennoch zeigt sich immer wieder, dass ins Krankenhaus zu Besuch kommende Angehörige gegenüber dem diensthabenden Personal sehr fordernd und mit einem unangemessenen, aggressiven Ton auftreten. Viele Mitarbeitende tun sich schwer, mit diesem massiven Verhalten umzugehen und fühlen sich in solchen Situationen angegriffen und wehrlos.

Immer häufiger wird auch die Erfahrung gemacht, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegewohnhäusern bzw. in den meisten Fällen deren Angehörige überzogene Anforderungen stellen bzw. bereits bei der Aufnahme oder beim ersten Kontakt mit dem Personal mit inadäquaten Verhalten auftreten. Den Wortlauten kann entnommen werden, dass man der Ansicht ist, die Mitarbeitenden des Hauses wären Bedienstete der Bewohnerinnen und Bewohner oder der Angehörigen – oft hört man, "immerhin bezahlen wir viel Geld für diesen Aufenthalt".

Seitens der Einrichtungen wird auf unterschiedliche Weise versucht, sowohl spontan also auch durch strukturierte Maßnahmen eine konstruktive Kommunikation herzustellen:

- bei Aufnahme Einladung der Stationsleitung zu Gesprächen mit der Stationsärztin bzw. dem Stationsarzt und der Stationsleitung
- Hinweis, dass jederzeit Kontakt aufgenommen werden kann, um Fragen zu klären
- regelmäßige Sprechtag der Direktion
- regelmäßige Angehörigenabende mit Anwesenheit zumindest einer Stationsleitung und des Direktionsteams
- bei herausforderndem Verhalten Besuch der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Einladung der Angehörigen zum Gespräch mit dem Direktionsteam, um zu klären und zu vermitteln.

In besonders schwierigen Situationen hat es sich des Öfteren bewährt, die Wiener Pflege- Patientinnen- und Patientenanzwtschaft zu informieren und um Vermittlung zu ersuchen.

Die Ausstattung vieler Langzeitpflegeeinrichtungen gibt vielen Anlass, diese mit einem Hotel zu vergleichen und dementsprechend werden Hotelleistungen eingefordert. Damit verbunden möchten die Angehörigen sichergestellt wissen, dass ihre Verwandten gut beschäftigt sind, sich nicht langweilen, ihren Lebensabend genießen, ... was durchaus verständlich ist.

Oftmals übersteigen jedoch die Erwartungen der Angehörigen die Möglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner selbst, weil sie einfach müde sind, ihre Ruhe haben wollen, ihr Zimmer möglichst wenig verlassen möchten. Angehörige schätzen das immer wieder falsch ein, werden ungehalten und werfen dem betreuenden Personal Inaktivität, mitunter gar Bequemlichkeit vor. Gleichzeitig kann auch das betreuende Personal nicht alle Wünsche, vor allem die Gestaltung der Tagesstruktur der Bewohnerinnen und Bewohner betreffend, erfüllen, da die Pflege und Versorgung bei steigendem Pflegeaufwand vorrangig durchzuführen ist.

In vielen Fällen kann durch wertschätzende Gespräche Klärung und gegenseitiges Verständnis erreicht werden, doch gibt es auch Menschen, die auf falsch interpretierte Rechte pochen, insistierend auf ihren Forderungen beharren, mit der Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatur und/oder mit den Medien drohen.

Mittlerweile wird immer häufiger versucht, den Forderungen mit Foto- und Videoaufnahmen Nachdruck zu verleihen. "Schauen Sie sich das Foto an, darüber werden sich die Medien sehr freuen ...".

Ein Beispiel: Bei einer Familie wurde mehrfach beobachtet, dass bei Eintreten der Pflegeperson(en) ein Telefongespräch (Mobiltelefon) nicht beendet wurde, so dass die Tochter der Bewohnerin mithören kann. Darauf angesprochen beteuert die Angehörige, dass die Mutter wohl vergessen habe, aufzulegen. Den Hinweis, dass auch sie selbst das Gespräch mit Knopfdruck beenden könne, quittierte sie mit Achselzucken.

Besonders herausfordernd gestaltete sich die Arbeit mit einer Bewohnerin, die im Mai 2018 nach einer Kündigung bei einem privaten Träger zu einem öffentlichen Träger übersiedelt war. Nach gut einem Jahr wüster, unflätiger Beschimpfungen des Personals wurden seitens der Direktion eine Verwarnung und schließlich die Kündigung des Heimvertrages gemäß Konsumentenschutzgesetz und Heimvertragsgesetz ausgesprochen. Eine wirkungslose Maßnahme, wie sich herausstellte, denn ohne Unterschrift der Bewohnerin durfte sie nicht verlegt werden.

Das Personal des Wohnbereichs musste miterleben, wie es zunächst in "gute Schwestern und schlechte Schwestern" unterteilt wurde und von der Bewohnerin versucht wurde, das Team zu spalten. Beschimpfungen wie "Du scho wieder, des kann jo a Tog wean!" ... "Wer hot'n dir des Diplom g'schenkt?" ... "schleich di ausse du Tramp!" u.v.m. sind an der Tagesordnung, einmal wurde in Richtung der Pflegeperson ausgetreten. Darüber hinaus verlangt die Bewohnerin von den Pflegepersonen, dass sie ihr die Beine bandagieren, während sie auf dem WC sitzt, um ihre große Notdurft zu verrichten. Der Stationsarzt "is sowieso deppert, der kann net amoi de Medikamente verschreib'm, die wos i brauch!".

Seitens der Direktion wurden unzählige Gespräche geführt und das Team unterstützt, bis hin zur Verwarnung und Kündigung.

Der Versuch, mit allem Verständnis für die schwere, fortschreitende Erkrankung und die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung eine professionelle Distanz herzustellen und die Beschimpfungen nicht persönlich zu nehmen, ist gescheitert. Es ist nicht möglich, sich bei täglich mehrfachen höchstpersönlichen Angriffen professionell zu distanzieren. Schließlich denken bereits viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Versetzung. Die multiprofessionellen Stationsteams werden bestmöglich durch Entlastungs- und

Beratungsgespräche mit einem TU-PWH-internen Expertinnen- und Expertenteam, Supervisionsmöglichkeit und Fortbildungsangebote bei der Bewältigung des Umgangs mit herausfordernden Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörigen unterstützt. Leider können diese Angebote nicht immer im erforderlichen Maß in den Alltag übernommen werden, weil viele Pflegepersonen (Altersdurchschnitt des Pflegepersonals liegt in diesem Haus bei 50 Jahren) bereits an der Grenze ihrer Belastbarkeit angelangt sind. Chronische Erkrankungen und erhöhte krankheitsbedingte Ausfälle sind die Folge, wodurch die Situation weiter verschärft wird.

Als möglicher Lösungsansatz zur Unterstützung der Teams in den Einrichtungen kann zum Beispiel zwecks Objektivierung der Lösungsfindung eine Implementierung einer Kommission mit Mitgliedern aus den betreffenden Trägerorganisationen, der WPPA und/oder der Heimkommission und des FSW angedacht werden.

Derzeit ist es nicht einmal möglich, jemand innerhalb einer Trägerorganisation zu verlegen, ohne dass die Bewohnerin bzw. der Bewohner den entsprechenden Antrag unterschreibt. Einer Rechtsauskunft zufolge wäre es theoretisch möglich, die Bewohnerin nach Ablauf der Kündigungsfrist zum Verlassen des Hauses zu zwingen – eine Verlegung als menschlichere Lösung ist nicht ohne Einverständnis möglich.

Die Heimkommission empfiehlt eine Weiterarbeit im Umgang mit Gewaltprävention und Aggressionsmanagement. In Anlehnung an Morrison (1990) wird Aggression und Gewalt als jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten definiert, welches für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind.

3.10 Psychiatrischer Schwerpunkt im Haus der Barmherzigkeit-Tokiostraße

Mitte des Jahres 2011 begann im Haus der Barmherzigkeit - Tokiostraße im laufenden Betrieb der Aufbau eines psychogeriatrischen Schwerpunktes. Seit 2014 sind zwei der zehn Stationen mit dieser speziellen Personengruppe voll belegt. Des Weiteren werden an zwei Stationen hochgradig demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten gepflegt und betreut.

Schwerpunkt Psychogeriatric

Auf den zwei psychiatrischen Stationen werden 56 Bewohnerinnen und Bewohner mit chronisch psychiatrischen Erkrankungen betreut, die durch ihre Grunderkrankung und/oder schwere körperliche Erkrankungen pflegebedürftig geworden sind. Es handelt sich hier größtenteils um chronisch paranoid schizophrene Personen und Menschen mit schizoaffektiven oder bipolaren Psychosen. Diese sind in ihrer Kommunikation und in ihrem Sozialverhalten durch psychotisches Erleben unterschiedlichster Art erheblich beeinträchtigt und haben auf Grund eines ausgeprägten Selbstfürsorgedefizits oftmals schwere Stoffwechselerkrankungen oder instabile kardiovaskuläre Erkrankungen erworben. Zudem werden Bewohnerinnen und Bewohner betreut, die durch langjährigen Substanzmissbrauch eine ausgeprägte

psychiatrische Symptomatik, wie zum Beispiel eine Störung der Impulskontrolle, wahnhaftige Verkennungen und anhaltende kognitive Beeinträchtigungen erworben haben. Diese Menschen können im häuslichen Umfeld bzw. in einer Pflegeeinrichtung ohne psychiatrische Kompetenz nicht betreut werden.

Schwerpunkt Demenz mit Verhaltensauffälligkeiten

Auf den beiden Demenzstationen im Haus der Barmherzigkeit werden ebenfalls 56 Bewohnerinnen und Bewohner betreut. Sie sind an unterschiedlichsten Demenzformen erkrankt (M. Alzheimer, Frontotemporale Demenzen, Lewy Body Demenz...), welche mit psychiatrischen Symptomen einhergehen. Diese umfassen Stimmungs- und Affektstörungen, psychotisches Erleben, Verhaltens- und neurovegetative Störungen.

Sowohl psychiatrische als auch Bewohnerinnen und Bewohner mit psychiatrischen wie auch mit demenziellen Erkrankungen werden vor ihrer Aufnahme obligatorisch von einer der beiden im Haus tätigen Fachärztinnen für Psychiatrie bzw. von einer Pflegeexpertin für Psychiatrie vorbegutachtet. So kann sichergestellt werden, dass die angemeldeten Bewohnerinnen und Bewohner auf die für sie richtige Schwerpunktstation zugewiesen werden.

Neben täglicher allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Präsenz finden regelmäßige Visiten und interdisziplinäre Fallbesprechungen auf den Schwerpunktstationen statt. Um eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung gewährleisten zu können, ist man um ein hohes Maß an Interdisziplinarität und Fachlichkeit bemüht, welches durch regelmäßige theoretische wie auch praktische Fortbildungen sowie Supervisionsangebote möglich gemacht werden.

Hierbei besonders bedeutsam ist es, die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern, sich mögliche Ängste und innere Bilder von psychischen Erkrankungen bewusst zu machen, um negative Übertragungsprozesse ebenso auszuschließen wie ein Ausbrennen und Resignieren des Personals. Auf der Basis einer sich gegenseitig stärkenden vertrauensvollen Teamkultur kann es dann möglich werden, Menschen, die aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung kaum positive Beziehungserfahrungen gemacht haben, als wertschätzendes, fachlich versiertes Gegenüber in ihren schwierigen Situationen beizustehen.

Das Pflege- und Betreuungsmodell der Schwerpunktstationen

"Das humanistische Menschenbild in der psychiatrischen Pflege"

Das humanistische Menschenbild basiert auf der Grundannahme, dass jeder Mensch ein ganzheitliches Wesen ist, welches von Natur aus einen konstruktiven Kern besitzt, Lösungen für Probleme bereits in sich trägt und ein Leben lang lernfähig ist.

Basiselemente der psychiatrischen Pflege sind die gesunden Anteile der betroffenen Personen in den Fokus zu stellen, die psychischen Verhaltensauffälligkeiten auf einer partnerschaftlichen Erwachsenenenebene regulieren zu helfen und eine Entwicklung im Gesunden zu fördern.

Sich als "Gesundes Gegenüber" den erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern zur Verfügung zu stellen, um Resonanz, Unterstützung und Feedback zu geben, sind gesundheitsfördernde Beziehungsangebote psychiatrisch geschulter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

"Für chronisch psychisch kranke Menschen gilt es in besonderem Maße sich auf die Suche nach einem Zugang zu ihrer Eigenweltlichkeit zu machen, individuelle Wirklichkeiten zu akzeptieren, Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in Interaktionen wahr zu nehmen" (Schreiber, 2016).

Eine Gerontopsychiatrie in der Langzeitpflege zu etablieren, stellt die dort beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor mehrere Herausforderungen. Das Erarbeiten eines Konzeptes benötigt interdisziplinäre Expertise und Bereitschaft, neue kreative Wege zu gehen, klare Strukturen, Vermeidung von Über- und Unterforderung, eine Gestaltung der Angebote vorwiegend erlebnis- und nicht ergebnisorientiert (Schreiber, 2016).

Pflege und Betreuung zielen darauf ab, den unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit und Autonomie in der Lebensführung zu erhalten, tragfähige Beziehungen aufzubauen und das tägliche Leben auch in der Institution weitgehend an biografisch vertrauten Sachverhalten und Gewohnheiten zu orientieren. Pflege im Kontext der gerontopsychiatrischen Langzeitbetreuung erfordert ein hohes Maß an Kompetenzen und Fähigkeiten im Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern, deren Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit deutlich verändert ist. Somatisches und psychiatrisches Wissen sind genauso gefragt, wie Empathie und Kreativität. Gerade das im Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße praktizierte Pflegemodell eignet sich in besonderem Maß für diese Bewohnerinnen- und Bewohnergruppe. Es integriert die Angehörigen ebenso in den Pflegeprozess wie auch das multiprofessionelle Stationsteam.

Die Notwendigkeit, gewohnte Abläufe und Strukturen kreativ zu verändern und sich als Person in einer Beziehung zu Erkrankten zur Verfügung zu stellen, fordert eine Vielzahl an Entwicklungsschritten jedes Einzelnen und der jeweiligen Teams.

Voraussetzung für eine derartige Beziehungsgestaltung sind eine gerontopsychiatrische Qualifizierung der Betreuenden, die Einbeziehung und Schulung der Angehörigen, eine individuelle Therapie- und Tagesstrukturplanung sowie kontinuierliche fachärztliche Präsenz.

Die Herausforderungen der Psychogeriatric in der Langzeitpflege liegen in der Bereitstellung der benötigten fachlichen Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege. Die gewünschten und benötigten Fachkenntnisse werden von den Bewerberinnen und Bewerbern nicht bzw. nur sehr oberflächlich mitgebracht und deshalb ist es nötig, den Erwerb dieser Fähigkeiten als Organisation sicherzustellen. Die persönliche Herausforderung, sich dem humanistischen Weltbild zu nähern und sich diesem anzuschließen, bedarf der Auseinandersetzung mit sich selbst.

Gefordert ist die Bereitschaft, sich mit unbekanntem Erlebenswelten zu beschäftigen, sich einzulassen und auch in krisenhaften Situationen, ein für die betroffene Person halt – und sicherheitsgebendes Gegenüber zu sein. Diese Erwartung stellt unerfahrene Kolleginnen und Kollegen vor Herausforderungen, deren Bewältigung strukturell ermöglicht und unterstützt werden muss.

Die Strukturen der Langzeitpflegeeinrichtungen an eine Psychogeriatric anzupassen, stellt die gesamte Organisation vor wesentliche Entwicklungsschritte.

Der psychischen Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner geschuldet ist, adäquate Tagesstrukturen und Beschäftigungsangebote kontinuierlich und in hohem Maße bereitzustellen.

Speziell der dementiell erkrankte Mensch bedarf eines kontinuierlichen, gesunden Gegenübers, um den drohenden Ichzerfall frühzeitig zu erkennen und entsprechend gegenzusteuern. Wahnhafte Erkrankte finden den Weg aus ihrer psychotischen Welt zurück zur gemeinsamen Wirklichkeit über die Begleitung verlässlicher Beziehungspartnerinnen und Beziehungspartner.

Fachliche Expertise muss deshalb auch im Beschäftigungs- und Betreuungsprogramm in hohem Ausmaß sichergestellt werden.

Das Haus der Barmherzigkeit reagiert gezielt auf diese Herausforderungen. In der Organisation beschäftigte interdisziplinäre Fachexpertinnen und Fachexperten bieten das Fachwissen durch ein breites internes Fortbildungsprogramm inhouse an, unterstützt durch externe Expertinnen und Experten. Eine Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis durch Expertinnen und Experten unterstützt die Umsetzung des theoretischen Inhaltes in der direkten Betreuung. Dies bedeutet einen entsprechenden zusätzlichen Stundenaufwand, der durch die derzeitige Personalbesetzung nicht zu gewährleisten ist.

Die Eignung der Bewerberinnen und Bewerber der Pflege für die Arbeit im Spezialbereich Psychogeriatric und im Bereich der hochgradig dementiellen Erkrankung mit Verhaltensauffälligkeiten wird in einem speziellen Recruiting- und Einschulungsprozess sichergestellt.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit, speziell mit Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie, unterstützt die Entscheidungen und Empfehlungen der Pflegenden im Umgang mit den psychisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen.

Die Möglichkeit, an Supervision und an Fallbesprechungen teilzunehmen, speziell die Psychohygiene im Blick habend, unterstützt die persönliche Auseinandersetzung und fachliche Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Das Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße hat sich in den letzten Jahren einen sehr guten Ruf hinsichtlich der Pflege und Betreuung psychisch kranker Menschen erworben. Fachliche Kompetenz ist durch intensive Schulungsmaßnahmen und Reorganisationsmaßnahmen auf einem sehr hohen Niveau. Die Anmeldezahlen für Personen mit psychiatrischen Grunderkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten steigt stetig und es gibt eine Warteliste für Bewohnerinnen und Bewohner mit psychogeriatricen Erkrankungen, die nur schleppend abgebaut werden kann.

Es gibt auch immer wieder Anfragen, ob eine akute Übernahme von Bewohnerinnen und Bewohnern aus anderen stationären Einrichtungen möglich ist. Ohne die bereits beschriebenen besonderen Kompetenzen kann eine Organisation Personen mit psychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten nur schwer im Allgemeinen Pflege- und Betreuungssetting behalten.

Um das beschriebene Pflege- und Betreuungsmodell gut leben zu können und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu ermöglichen, ein "Gesundes Gegenüber" zu sein, braucht es allerdings mehr Ressourcen für Aus- und Fortbildung, regelmäßige Supervision und Fallbesprechungen. Die Zeit dafür ist nicht ausreichend berechnet, führt zu Überlastung und somit zu Unzufriedenheit, die sich aktuell durch eine hohe Fluktuationsrate zeigt.

Es braucht aber auch eine angemessene Personalausstattung, vor allem hinsichtlich des hohen Betreuungsaufwandes und der sozialen Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt für derartige Schwerpunktstationen eine entsprechende Anpassung der Personalberechnungsgrundlage, in der nicht nur der Pflegeaufwand durch die Pflegegeldstufen, sondern auch der hohe Betreuungsaufwand durch entsprechend geschulte Expertinnen und Experten, der höhere Schulungsbedarf und die ausreichende psychohygienische Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglicht werden. Ebenso wäre eine "psychiatrische Erschwerniszulage" angemessen und würde die besonderen Belastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Schwerpunktbereiche entsprechend monetär würdigen.

3.11 Psychiatrischer Liaisondienst des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser – Angebot, Selbstverständnis und Erfahrungen der ersten Monate des Bestehens

Psychiatrischer Liaisondienst – Konzept, Ziele und Verständnis der Zielgruppe

Die Zahl der Personen mit psychiatrischem Versorgungsbedarf in der Langzeitbetreuung steigt. Vom Psychologischen Kompetenz Zentrum des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) wurde das Konzept eines Psychiatrischen Liaisondienstes (PLD) erarbeitet, welcher ein Teil der unternehmensweiten Strategie der Förderung der Kompetenz aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Betreuung und Pflege dieser anspruchsvollen Bewohnerinnen- und Bewohnergruppe ist.

Der PLD wurde im April 2019 ins Leben gerufen und setzt sich zusammen aus einem interdisziplinären Team mit dem primären Ziel der besseren Versorgung von psychisch erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern sowie der Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung. Das Team besteht aus drei Expertinnen und Experten für psychische Gesundheit und Psychopathologie, einem klinischen Psychologen, einer klinischen Psychologin und einer diplomierten psychiatrischen Gesundheits- und Krankenschwester, mit insgesamt 64 Wochenstunden. Die im Konzept vorgeschlagene Zusammensetzung des Teams, die die Präsenz einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie vorsieht, wird in Form einer engen Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen dem PLD und den im KWP beschäftigten Konsiliarpsychiaterinnen und -psychiatern gelebt.

Die Zielgruppe, der diese Arbeit gewidmet ist, schließt Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren - im Alter immer komplexer werdenden - Krankheitsbildern sowie

die interdisziplinären Teams, die im täglichen Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern stehen, ein. Der PLD betrachtet die beiden ‚Akteure‘ der Betreuungssituation nicht als unabhängig voneinander. Vielmehr anerkennt er diese als ein System, in dem Erlebens-, Verhaltens- und Kommunikationsweisen Einfluss aufeinander haben und nehmen.

Die Bewohnerinnen und Bewohner bringen beim Einzug in die Langzeitpflegeeinrichtungen ihre Lebensgeschichte mit. Diese ist oft durch Traumata oder psychische Erkrankungen – ob diagnostiziert bzw. behandelt oder nicht – geprägt. Erschwerend hinzukommen somatische Erkrankungen, belastende Lebensereignisse, assoziierte Störungen sowie bisherige, gewohnte Bewältigungsstrategien (z.B. Selbstmedikation mit Suchtmitteln). Das erfordert jeweils einen sehr individuellen und flexiblen Zugang sowie viel Verständnis. Die Teams wiederum bringen ihre unterschiedlich gewichteten Kompetenzen, Ansprüche, Haltungen, sowie Vorgaben, Dienstzeiten, Verständnis der Verantwortung und vieles mehr mit, was für den anspruchsvollen Bereich der Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner Bedeutung hat.

Dabei ist es ein Anliegen, den gegenseitigen Einfluss, die diese ‚Welten‘ im Alltag aufeinander haben, zu verdeutlichen, sowie relevante und praktikable - auf Fachwissen beruhende - Ansätze und Umgangsmöglichkeiten zu erarbeiten. Diese sollen einer Entlastung der Betreuungssituation dienen, sowie nachhaltig die Kompetenz des Teams im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen und ebendiesen Situationen stärken.

Angebot und Vorgehensweise des Psychiatrischen Liaisondienstes

Der PLD geht fall- und anfragebezogen vor. Er verfügt über fachliche Außenperspektiven und interdisziplinäre Ressourcen, welche es ermöglichen, vor Ort mit dem Team auf einen relevanten und hilfreichen Ansatz zu den jeweiligen Fragestellungen hinzuarbeiten. Das Angebot hat einen prozessorientierten Charakter. Der PLD geht ‚Liaisonen‘ mit den Teams ein und kann über eine Zeit lang begleiten. Im Fokus stehen die Findung eines gemeinsamen Verständnisses für die Erlebenswelt der Bewohnerinnen bzw. Bewohner und die entstandene Betreuungssituation, sowie die Implementierung von Maßnahmen und Umgangsmöglichkeiten, die im Sinne der erkrankten Person als auch nachhaltig stärkend für das Team sind.

In der Regel folgt einer Anfrage an den PLD eine erste interdisziplinäre Fallbesprechung, in der die Situation gemeinsam analysiert wird und bereits die ersten Wege zur Entlastung eingeschlagen werden. Oft finden diagnostische Gespräche mit den betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern im Zuge der ersten Intervention statt. Die gewonnenen Erkenntnisse bereichern die interdisziplinären Eindrücke, die für den Betreuungsalltag relevanter und aussagekräftiger sind als eine Diagnose alleine. Es entsteht ein tiefgehendes klinisches Bild des Leidensdruckes der Bewohnerinnen und Bewohner als auch der herausfordernden und jeweils einzigartigen Betreuungssituation. Daraus ergeben sich einerseits maßgeschneiderte psycho-edukative Ansätze und andererseits praxisrelevante und individualisierte Werkzeuge, die für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Alltag umsetzbar sind.

Im Bedarfsfall werden weiterführende Interventionen angeboten, wie z.B. gezielte (Einzel-)Coachings und Workshops zu detaillierten Fragestellungen (z.B. Umgang mit Gewaltbereitschaft). Der Abschluss der Intervention sowie Evaluierungsrunden sind ebenfalls ein wichtiger Teil in der Vorgehensweise.

Erfahrungen der ersten Monate des Bestehens

Seit April 2019 sind 50 Fallanfragen an den PLD gerichtet worden. Sie kamen aus 21 verschiedenen Häusern des Kuratoriums. Pro Fallanfrage waren zwischen drei und 18 Interventionen erforderlich. Darüber hinaus Besprechungen im großen Team, interdisziplinär angelegte Situationsanalysen, vertiefende Besprechungen im kleinen Team, Einzelarbeit mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Gespräche mit Bewohnerinnen bzw. Bewohnern oder Angehörigen, Erstellung der Stellungnahmen und Feedback.

Die ersten Monate des Bestehens des Dienstes können als eine notwendige Kennenlernen-Phase des Psychiatrischen Liaisondienstes im Unternehmen bezeichnet werden. Das Angebot musste erst nachvollziehbar für die Teams werden, zumal jede Fallanfrage und Betreuungslage sehr individuell und speziell war (wie ein System in sich, wie oben beschrieben) und aufgrund des subjektiv erlebten Bedarfes im Team thematisiert wurde. Eine Intervention des PLD stellt auch einen durchaus neuen strukturellen Ablauf dar, der in die bestehenden Abläufe integriert werden muss. In dieser Anfangsphase war die Bereitschaft der Team- und Hausleitungen gefordert, Neues auszuprobieren. Seitens des PLD erfolgte der Austausch mit anderen Bereichen, zentralen Teams und Diensten. Hier waren zum Beispiel das Krisenteam des Psychologischen Dienstes, die Pflegedienstleitung, das Bewohnerinnen- und Bewohnerservice und die Fachexpertinnen und -experten der Betreuung zu nennen. Die Teilnahme an Vorstellungsrunden diente der Aufklärungsarbeit des neuen Angebotes.

Für die Teams hat sich die Unterscheidung zwischen akuten Krisen und chronifizierten, komplexen Situationen als wichtige Frage kristallisiert, welche immer wieder angesprochen und behandelt werden soll. Diese Interventionsbereiche überlappen sich, zumal die chronifizierten Fälle oft einen wellenartigen Verlauf haben und wiederkehrend in eine Krise bzw. Situation, welche sich für das Team sehr akut und bedrohlich anfühlt, münden. Die Begleitung einer Fallanfrage greift in den Verlauf ein und hat somit einen präventiven und deeskalierenden Charakter. Es empfiehlt sich mit einer Anfrage an den PLD nicht bis zur Eskalation oder Grenze des Aushaltbaren zu warten, sondern die ruhigeren Phasen für die Auseinandersetzung mit der jeweiligen Situation zu nutzen.

Diese Empfehlung beruht auf einer wichtigen Erkenntnis. Teams der Pflege und Betreuung sind es ‚gewohnt‘, unter Zeit- und Leidensdruck zu arbeiten, mit einem sehr hohen Pflicht- und Verantwortungsbewusstsein. Dieses kann zum Verhaltensmuster des ‚Aushaltens‘ führen, welches eine eigene Dynamik mit sich bringt. Das Anfragen um eine Hilfestellung kann mit einem Mangel an Professionalität gleichgestellt werden und in der Konsequenz zur Überlastung führen. Aus Sicht des PLD erscheint jedoch das rechtzeitige Erkennen der Grenze der internen Möglichkeiten und des Bedarfes an Bereicherung der vorherrschenden Perspektive durch einen interdisziplinären, externen Input, als Ausdruck höchster Professionalität und Führungskompetenz. Die Haltung der Teamleitungen und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist hier von großer Wichtigkeit und für den Erfolg der Interventionen unerlässlich.

Die Erfahrung des PLD zeigt, dass die Auseinandersetzung mit dem Verständnis der Erlebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner auf der Ebene der eigenen Haltung ansetzt. Eine daraus resultierende Maßnahme, die einen neuen Ablauf im Team bedeuten oder Personalressourcen bündeln würde (wie z.B. Einführung einer

individuell anzupassenden Bezugspflege), baut auf der Führungskompetenz und der Entschlossenheit der Teamleitungen auf. Ihre Präsenz bei den Interventionen stärkt Teamgefühl und den Zusammenhalt. Beides sind sehr wichtige strukturelle Ressourcen, welche es ermöglichen, sich mit der Komplexität der Situationen und oftmals unübersichtlichen Dynamik, die beispielsweise bei Persönlichkeitsstörungen beinahe unvermeidbar ist, auseinanderzusetzen.

Eine der Grunderkenntnisse aus den bisherigen Interventionen ist, dass in den Teams reichlich Kompetenz vorhanden wäre, diese aber Bestätigung und Bewusstmachung braucht. Oft leisten Teams einen hervorragenden Job, was sie aber als solches nicht erkennen können und sich auch der therapeutischen, stabilisierenden, aufbauenden Qualität darin nicht immer bewusst sind. In den interdisziplinär geführten Interventionen werden diese Kompetenzen aufgespürt und festgehalten. Dies hat sich als ein Grundstein der Begleitungen erwiesen. Erkannt und bewusst gemacht sind die vorhandenen Kompetenzen eine zuverlässige Basis für den Aufbau von weiterem Wissen und Können, sowie für das Erlangen eines Selbstwirksamkeitsgefühls bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Daraus lassen sich auch erste Erfolgsindikatoren ableiten. Bei den Betreuungsteams zeigt sich weniger Angst vor der herausfordernden Symptomatik der Bewohnerinnen und Bewohner, eine höhere Flexibilität und Sicherheit im Umgang mit diesen und neue Zugänge werden ausprobiert. Es entsteht eine verbesserte Qualität des Kontaktes. Darüber hinaus berichten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von einer gesteigerten Zufriedenheit in der Arbeit und einer Stärkung des Teamzusammenhaltes. Wahrnehmbare Veränderungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern sind die Annahme von pflegerischen und medizinischen Angeboten, die Reduktion von kritischen Verhaltensweisen und eine bessere soziale Integration innerhalb des institutionellen Rahmens. Das Team des PLD sieht sich somit in seinem Rollenverständnis und seiner bisherigen Vorgehensweise, welche sich durch den in Gang gebrachten Perspektivenwechsel zeigt, von defizitorientiert hin zu kompetenz- und ressourcenorientiert, bestätigt.

Die Wiener Heimkommission erkennt den Nutzen und die Notwendigkeit der Unterstützung des betreuenden und pflegenden Personals von Personen, die sozialpsychiatrische Betreuung benötigen und empfiehlt, dass derartige Initiativen von mehreren Pflegeeinrichtungsträgern umgesetzt werden.

3.12 Sozialpsychiatrische Schulungen in "Betreuten Wohngemeinschaften"

Das "Betreute Wohnen Kabelwerk" ist eine seit 2011 bestehende Einrichtung, die in fünf Betreuten Wohngemeinschaften jeweils 12 bis 13 Personen, die nicht mehr alleine zu Hause leben können, Wohnen und umfassende Betreuung bietet.

Ursprünglich konzipiert für Menschen ab den 65. Lebensjahr mit allgemeinem Betreuungs- und Pflegebedarf, zeigte sich bereits sehr früh, dass zunehmend mehr Personen mit psychosozialen Bedarf bzw. dezidiert psychiatrischen Problemstellungen, das Angebot nutzten. Seit Anfang 2020 sind 50 der 63 Betreuungsplätze speziell für die Leistung "Betreutes Wohnen Sozialpsychiatrie" vorgesehen.

Demographische Entwicklung und psychosozialer Betreuungsbedarf

Diese Veränderung in der Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner entspricht auch der aktuellen demographischen Entwicklung. Immer mehr ältere – aber auch verhältnismäßig junge Menschen (mitunter bereits ab dem 40. Lebensjahr) – leben unter den Bedingungen psychosozialer Bedarfe, die von den, vor allem auf die Akutversorgung ausgerichteten, psychiatrischen Abteilungen in den Schwerpunktkrankenhäusern nicht oder nicht mehr versorgt werden bzw. deren Zustand zwar einen stationären Aufenthalt nicht unbedingt erzwingt, die aber dennoch einen erhöhten Bedarf an Betreuung und Pflege aufweisen. Hierbei handelt es sich nicht selten um sozialpsychiatrisch beeinträchtigte Personen, die im Spannungsfeld zwischen Akutkrankenhaus, ambulanter Behandlung und fachlich adäquater häuslicher Versorgung nicht nur aus der allgemeinen Wahrnehmung fallen, sondern oftmals auch eine nur unzureichende Behandlung bzw. Betreuung erfahren, obwohl sie dieser nach objektiver Einschätzung durchaus bedürfen würden. In ihrer Häufigkeit sind dies vor allem Patientinnen und Patienten, die mitunter bereits langjährige Psychiatrieerfahrung aufweisen.

Broken-Home-Konstellationen, mangelnde therapeutische Versorgung und/ oder Adhärenz (das Maß, in dem das Verhalten einer Patientin oder eines Patienten mit dem Therapieziel übereinstimmt), Isolation, negative Stigmatisierung, bisweilen aber auch desolate ökonomische Verhältnisse erschweren ein Erfassen und adäquates Behandeln dieser Personengruppe enorm. Die Angebote einer - vorwiegend auf die Bedürfnisse von Menschen mit allgemeinen geriatrischen Bedarfen oder von Menschen mit Behinderung ausgelegten - Langzeitbetreuung greifen indessen hier nur in unzureichendem Ausmaß. Vor allem die - von den Betroffenen als überaus rigid erlebten - Strukturen in Langzeitpflegeeinrichtungen sowie die, den dort tätigen Pflege- und Betreuungspersonen oft fehlenden – dezidiert psychiatrischen – Kompetenzen, aber auch die - durch negative Stigmatisierung erlebte - Ablehnung von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern machen eine bedarfsgerechte und adäquate Betreuung von Menschen mit sozialpsychiatrischen Betreuungsbedarfen mitunter zu einer Quadratur des Kreises. (Siehe hierzu auch die Kapitel 3.9 und 3.10 des Berichtes der Wiener Heimkommission 2018).

Das "Betreute Wohnen Kabelwerk" war sich bereits sehr früh darüber klar, dass eine "Warm-Satt-Sauber-Pflege" (zit. Prof. Erwin Böhm) alleine nicht ausreicht, um den Anforderungen, die Bewohnerinnen und Bewohner an eine Betreuung "auf Augenhöhe" haben, zu genügen und implementierte bereits 2015 das Konzept der "Kongruenten Beziehungspflege" nach Rüdiger Bauer, getreu dem Grundsatz, dass es nicht Medikamente sind, die heilen oder gesund erhalten, sondern tragfähige und

wertschätzende Beziehungen zwischen den Menschen im Sinne einer klientinnen- und klientenzentrierten Grundhaltung nach Carl Rogers.

2017 wurde das Konzept der "Kongruenten Beziehungspflege" mit dem sog. "Integrativen Pflegekonzept" nach Maria Riedl kombiniert, welches dem Pflegemodell der zwölf Lebensaktivitäten neun psychosoziale "Elementarfunktionen" gegenüberstellt. Aus beiden Pflegekonzepten wurde schließlich ein eigenes organisationspezifisches Konzept entwickelt, welches den betreuungsbedürftigen Menschen als aktive und selbstbestimmte Persönlichkeit als auch seine persönliche Geschichte und Ressourcen als wichtigste Komponente in der Betreuung sieht. Die betroffenen Menschen selbst sind dabei die wichtigsten Partnerinnen und Partner. Damit wurde eine wichtige Voraussetzung für die Haltung der hier agierenden Betreuungs- und Pflegekräfte geschaffen, welche die Individualität der Bewohnerinnen und Bewohner als geltende Norm nimmt und ein "Verrückt-sein" zulässt, insofern dies nicht zu einer Gefahr für diese selbst oder für andere wird. Eine der größten Herausforderungen liegt dabei im Mix von Personen mit sozialpsychiatrischen und solchen mit allgemeinen geriatrischen Bedarfen. Genau dies schafft aber auch jene "Alltags-Normalität", die Stigmatisierung verhindert und eine umfassende Integration ermöglicht.

Kompetenzen an die Herausforderungen anpassen

Zweifellos ist die wichtigste Komponente in der Arbeit mit Menschen, die unter psychischen Beeinträchtigungen leiden, eine empathische Haltung der sie Betreuenden, die wiederum kongruente Beziehungen zu den Betroffenen ermöglicht. Im selben Ausmaß müssen aber auch die spezifisch psychiatrischen Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an die Herausforderungen, die diese Zielgruppe stellt, angepasst werden. Und zwar nicht nur bei einigen Pflegekräften, sondern bei allen Mitarbeitenden – ungeachtet deren Profession oder Funktion, da die tatsächliche alltägliche psychosoziale Arbeit nicht nur von einigen wenigen, sondern de facto von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erfolgt.

Daher wurde in Zusammenarbeit mit einem Experten für psychiatrische Pflege (DPGKP) ein umfassender Schulungsplan entwickelt, der alle Mitarbeitenden, ungeachtet ihrer jeweiligen Profession und hierarchischen Position, jedoch adäquat auf ihre Grundausbildungen und Aufgaben, in den Agenden der psychosozialen Betreuung und Pflege schulen sollte. In einem Zeitraum von sechs Monaten wurden sukzessive allen 45 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in sieben Seminaren die wesentlichsten Komponenten eines psychiatrischen Basiswissens, von der Psychopathologie über Krankheitslehre, Grundlagen der pharmako- und psychotherapeutischen sowie pflegerischen Behandlung, der Kommunikation, und des Krisen- und Deeskalationsmanagements zunächst theoretisch vermittelt.

Um die theoretischen Wissensinhalte auch in der Praxis zu sichern, wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrem beruflichen Alltag von dem Experten begleitet und angeleitet, konkrete Fallbesprechungen geführt sowie spezifische Handlungsleitfäden zu bestimmten Themen (Aggression, Sexualität, Umgang mit Abhängigkeit) entworfen und implementiert. Des Weiteren erfolgte eine systematische und speziell auf die psychosozialen Bedarfe abgestimmte Sichtung und Evaluierung aller bestehenden Pflegeplanungen sowie eine Optimierung der regelmäßigen Visiten durch die behandelnde Fachärztin für Psychiatrie. In der Folge und bei zunehmender fachlicher sowie methodischer Sicherheit der Betreuungs- und Pflegekräfte, wurde die Verantwortung über Bedarfseinschätzung, Zielsetzung, Planung, Durchführung und

Evaluierung den Pflege- und Betreuungskräften – entsprechend der jeweiligen berufsrechtlichen Normen - übertragen und die Mitarbeitenden zur Sicherung der neuen Kenntnisse weiterhin begleitet.

Das zunächst auf ein Jahr angelegte Schulungs- und Trainingsprogramm wurde schließlich als laufender Prozess der permanenten Qualitätssicherung integriert, so dass nun auch sichergestellt ist, dass neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die gleichen Kompetenzen entwickeln können.

Ergebnisse und Nutzen

Die Ergebnisse dieses intensiven Schulungs- und Trainingsprogrammes können hinsichtlich ihres Nutzens folgendermaßen zusammengefasst werden:

Seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist eine deutliche fachliche Sicherheit im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen festzustellen. Ebenso äußern die Mitarbeitenden, nunmehr auch komplexere Zusammenhänge besser zu erfassen und auf individuelle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner besser eingehen zu können. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird als effizienter empfunden, die Bereitschaft sowohl eigene Positionen als auch solche anderer konstruktiv zu hinterfragen und zu diskutieren, stieg deutlich an.

Seitens der Bewohnerinnen und Bewohner zeigt sich ebenfalls ein ausgeprägtes Bild gewonnener Sicherheit – insbesondere hinsichtlich eines empathischen "Angenommen-Seins" mitsamt der krankheitsimmanenten Eigenheiten. Individuelle Bedürfnisse – auch solche von eher ungewöhnlicher Natur – werden nach Möglichkeit erfüllt, Konflikte innerhalb der Bewohnerinnen- und Bewohnergemeinschaft früh geklärt. Sowohl Adhärenz als auch subjektives Wohlbefinden im Sinne einer Lebensqualität stieg deutlich an.

Für die Organisation "Betreutes Wohnen" heißt dies neben einer deutlichen Steigerung des Images aufgrund der hohen fachlichen Kompetenz und der Ergebnisse auf Seiten der Bewohnerinnen und Bewohner, dass diese Qualität weiterhin gesichert werden muss, zum anderen aber auch, dass das "Betreute Wohnen Kabelwerk" als Best Practice- Beispiel für andere Einrichtungen dienen kann. Für den Erfolg maßgeblich waren nach Einschätzung des psychiatrischen Pflegeexperten jedoch vor allem die offene und wertschätzende Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl für einander selbst als auch für die Bewohnenden, weiter das Interesse an den psychiatrischen Inhalten und die bereits im Vorfeld stattgefundenen Implementierung des auf kongruenter Beziehungspflege und integrativen Pflegekonzept basierenden, organisationsspezifischen Betreuungskonzeptes.

Die Wiener Heimkommission begrüßt den professionellen Zugang im Umgang mit Personen mit psychosozialen Bedarfen und empfiehlt auch anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen, entsprechende Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu implementieren.

3.13 Unterstützung bei Konfliktbeilegung in schwierigen Betreuungssituationen in Langzeitpflegeeinrichtungen

Die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission bieten seit vielen Jahren die kostenfreie Möglichkeit an, bei einer Deeskalation und Konfliktbeilegung in schwierigen Betreuungssituationen in Wohn- und Pflegehäusern behilflich zu sein. Bewohnerinnen und Bewohner, deren An- und Zugehörige oder gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter, aber auch die Direktionen der Langzeitpflegeeinrichtungen nützen dieses Angebot zunehmend. Auch im Rahmen der Sprechtag werden an die Mitglieder der Wiener Heimkommission immer wieder derartige Anliegen herangetragen.

Im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen dabei stets die Wünsche und Bedürfnisse der jeweiligen Bewohnerinnen bzw. Bewohner. Unter Betrachtung der Gesamtsituation ist es jedoch auch wichtig und richtig, die Situation aller, somit auch der betroffenen Betreuungs- und Pflegeteams, aber auch von Angehörigen und gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern, zu berücksichtigen und miteinzubeziehen.

Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Geschäftsstelle haben in den allermeisten Fällen bereits Gespräche vor Ort stattgefunden, die aber nicht zu einer Befriedung einer konfliktbeladenen Situation geführt haben. Unter den Betreuungs- und Pflegeteams der jeweiligen Station oder des jeweiligen Wohnbereichs der Langzeitpflegeeinrichtung bestehen dabei oftmals bereits nachvollziehbar Verunsicherung und psychische Überlastung.

Die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle nützen bei der Moderation dieser Gespräche in den Wohn- und Pflegehäusern auch die Möglichkeit, für die Angehörigen Informationen zu rechtlichen und/oder pflegfachlichen Fragen einzubringen. Bei den allermeisten Interventionen kann schlussendlich eine Entspannung der Konfliktsituation und eine nachhaltige Befriedung des jeweiligen Betreuungssettings erzielt werden. Aufgetretene Missverständnisse können dabei ausgeräumt und konkrete Lösungsstrategien mit allen Beteiligten erarbeitet werden. In seltenen Einzelfällen sind weitere Termine zur Konfliktbeilegung erforderlich, um tatsächlich eine stabile Beruhigung gewährleisten zu können.

Exemplarisch sei nun eine Situation aus dem Berichtsjahr 2019 dargestellt:

Die Direktorin einer privaten Langzeitpflegeeinrichtung ersuchte die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission um Unterstützung in der Konfliktbeilegung zwischen den Angehörigen zweier Bewohnerinnen. Die beiden betagten Frauen hatten lange Zeit friedlich in einer Wohneinheit zusammengelebt, bis sich die psychische Verfassung einer der Bewohnerinnen rapide verschlechterte und es zunehmend zu verbalen Bedrohungen durch die psychisch auffällige Bewohnerin bzw. dadurch bedingt zu unliebsamen Konfrontationen zwischen den Beiden kam. Auch zwischen den Angehörigen der beiden Damen war es deswegen bereits zu Streitigkeiten gekommen, die die Stimmung auf der Station massiv belasteten und sehr viel Zeitressourcen sowohl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch mittlerweile der Direktion in Anspruch nahmen. Die Kinder der – von den verbalen Attacken und Impulsdurchbrüchen ihrer Zimmernachbarin – eingeschüchterten Bewohnerin bestanden darauf, dass die verhaltensherausfordernde Nachbarin auf der Stelle aus dem Wohnbereich "entfernt" werde und unterstellten den Verantwortlichen der Pflegeeinrichtung Desinteresse bzw. Säumigkeit in der Problemlösung. Als die Geschäftsstelle der

Wiener Heimkommission involviert wurde, waren die Fronten zwischen den Angehörigen bereits massiv verhärtet, dies obwohl die Direktion nachweislich bereits einige deeskalierende Gespräche geführt und auch erste Veranlassungen zur Problemlösung gesetzt hatte.

Es konnte der Mitarbeiterin der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission gelingen, für eine durchaus sachliche und ruhige Gesprächssituation zu sorgen. Mit großteils grundsätzlicher Information zum Krankheitsbild und auch zu den bereits von der Direktion gesetzten Maßnahmen, konnte – unter Wahrung des Datenschutzes der psychisch kranken Zimmernachbarin – bei den Angehörigen der betroffenen Bewohnerin tragfähiges Verständnis erzielt werden. Da sich der Zustand der psychisch erkrankten Bewohnerin in den Tagen vor dem Gespräch mit den Angehörigen dramatisch verschlechtert und sogar Suizidgefahr bestanden hatte, war eine Spitalseinweisung unumgänglich gewesen, obwohl sich bereits davor auch die zugezogene Konsiliarfachärztin sehr um das Wohl und die persönlichen Bedürfnisse beider betroffenen Damen gekümmert hatte. Auf Empfehlung der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission wurde auch für die, durch die Impulsdurchbrüche traumatisierte, Bewohnerin weiterführende psychologische Unterstützung organisiert und auch den Angehörigen seitens der Direktion weitere professionelle Entlastungsgespräche angeboten. Die psychisch kranke Bewohnerin allerdings konnte, aufgrund der allgemeinen Zustandsverschlechterung und des gesteigerten Betreuungs- und Pflegeaufwands, nach der Spitalsentlassung nicht in ihr Zimmer zurückkehren und musste in den stationären Bereich der Pflegeeinrichtung übersiedeln.

In der Auseinandersetzung mit der Mehrzahl der an die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission herangetragenen Anliegen stellte sich bei der Auseinandersetzung mit der Gesamtsituation heraus, dass es jeweils dann vermehrt zu unlösbar scheinenden Konflikten mit An- und Zugehörigen in den Langzeitpflegeeinrichtungen gekommen war, wenn diese davor selbst – oftmals über eine lange Zeit – in häuslicher Umgebung betreut und gepflegt hatten. Unaufgearbeitete Familiengeschichten belasten bzw. beeinflussen oft subtil und unbewusst eine professionelle Betreuung.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt, der Biographiearbeit und Auseinandersetzung mit der jeweiligen Familiengeschichte einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners vom Einzug an ausreichend Zeit und Aufmerksamkeit zu widmen. Die sensible und wertschätzende Auseinandersetzung mit an- und zugehörigen Personen ist dabei ebenfalls von enormer Bedeutung. Es ist oftmals ratsam, dass das Betreuungs- und Pflegeteam Angehörigen von Beginn an klare Grenzen der realistischen Möglichkeiten einer Langzeitpflegeeinrichtung aufzeigt. Regelmäßige Schulungsangebote in Gesprächsführung und Konfliktlösungsmanagement für die Stations- bzw. Wohnbereichsverantwortlichen sind unverzichtbar. In belasteten Betreuungssituationen sollte es rasch möglich sein, für die betroffenen Teams Supervision und Coaching in der Dienstzeit anzubieten.

3.14 Handlungsleitlinie "Umgang mit Personen mit substanzbezogener Abhängigkeit"

2012/2013 veröffentlichten die Sucht- und Drogenkoordination Wien und der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen gemeinsam für die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sowie für Wohn- und Pflegeeinrichtungen zwei Handlungsleitlinien zum Umgang mit Personen mit Suchterkrankungen/Abhängigkeit von Substanzen. Diese Handlungsleitlinien wurden von multiprofessionell besetzten Arbeitsgruppen entwickelt, an denen neben der Sucht- und Drogenkoordination Wien und dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Mitgliedsorganisationen des Dachverbands, des Sucht- und Drogenhilfe Netzwerkes (SDHN), der zuständigen Magistratsabteilungen und des Fonds Soziales Wien teilnahmen.

Die Notwendigkeit einer Überarbeitung dieser Handlungsleitlinien ergab sich aufgrund mittlerweile erfolgter gesetzlicher Änderungen und aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, wie auch aus den Erfahrungen und dem Wissen aus der Praxis. Neben einer Aktualisierung der bisherigen Inhalte fanden auch weitere Themen Berücksichtigung, sodass es sich nicht nur um eine Aktualisierung, sondern durchaus eine Weiterentwicklung der Handlungsleitlinie handelt.

Im Fokus stehen dabei die substanzbezogenen Abhängigkeiten von Nikotin, Alkohol, Medikamenten sowie illegalen Substanzen.

Die vorliegende Handlungsleitlinie soll die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung in ihrem professionellen Handeln unterstützen und die Sicherheit im Umgang mit betroffenen Personen erhöhen.

Der zunehmenden Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Settings von Pflege und Betreuung wird dadurch Rechnung getragen, dass nur mehr eine Handlungsleitlinie erstellt wurde und die Inhalte für alle Bereiche Gültigkeit haben.

Die Handlungsleitlinie stellt eine Synthese aus wissenschaftlichen Erkenntnissen und Expertise aus der Praxis dar. Prinzipiell wurde bei der Literaturrecherche darauf geachtet, zunächst – wenn vorhanden – lokale und in weiterer Folge nationale und internationale Literatur heranzuziehen, um neben den fachlichen Inhalten auch allfällige länderspezifische Gegebenheiten zu berücksichtigen.

Der Aufbau der Handlungsleitlinie gliedert sich in Grundlagen, Ziele und Wirkungsziele, die Kapitel zu den jeweiligen Substanzen, rechtliche Aspekte, mögliche Interventionen, settingspezifische Musterabläufe, einen kurzen Exkurs zu verhaltensbezogener Abhängigkeit und Anhänge.

Das Kapitel Grundlagen bietet einen umfassenden Einstieg in das Thema und stellt zahlreiche Facetten einer Abhängigkeitserkrankung in den Fokus. Alle weiteren Kapitel bauen auf den Inhalten dieses Kapitels auf. Die Grundlagen sollen somit als "Herzstück" der Handlungsleitlinie verstanden werden.

Die Abschnitte zu den einzelnen Substanzen folgen einer einheitlichen Struktur, indem Substanzen und deren Wirkungen, Auswirkungen des Konsums, Entzugssymptomaten und die Situationseinschätzung beschrieben werden.

3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge

Die Reihung der Substanzen folgt der Häufigkeit ihrer Verbreitung und des möglichen verursachten gesundheitlichen Schadens.

Mögliche (Pfleger-)Interventionen, im Sinne von Informations- und Beratungsangeboten über begleitende Maßnahmen im Umgang mit Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung bis zu Maßnahmen in Krisen- und Ausnahmesituationen, finden sich in einem eigenen Abschnitt, wobei spezifische Interventionen, welche z.B. in Bezug auf den Konsum einer bestimmten Substanz anzuwenden sind, entsprechend ausgewiesen sind.

Eine ausführliche Darstellung von möglichen Abläufen im Zusammenhang mit einer Abhängigkeitserkrankung in den verschiedenen Pflege- und Betreuungssettings zeigen die Musterabläufe. Beschrieben werden Ablaufmodelle zum Erkennen einer Suchtproblematik und zur Sicherstellung der Betreuung, zur Betreuung von Kundinnen und Kunden mit bekannter Suchtproblematik, ergänzt um spezielle Anforderungen für Kundinnen und Kunden in Opioid-Substitutionstherapie, sowie zu Ausnahme- und Krisensituationen – jeweils für das entsprechende Setting im Langzeitpflegebereich Wien aufbereitet.

Die Anhänge enthalten neben Kontaktadressen vor allem Formularvorlagen für unterschiedliche Situationen, Vorgehensweisen und verschiedene Settings, die von den Organisationen auch als Kopiervorlagen verwendet werden können.

Im Fokus der Handlungsleitlinie steht die Förderung sowohl des individuellen Wohlbefindens der Kundinnen und Kunden als auch des Empowerments der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die durch diesen Beitrag zur Qualitätssicherung und -weiterentwicklung unter Bedachtnahme auf organisationsspezifische Konzepte und ökonomische Rahmenbedingungen unterstützt werden sollen.

Das Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien bietet auf ihrer Bildungsplattform ein umfassendes Weiterbildungsangebot zur Unterstützung von Suchtprävention sowie eines kompetenten Umgangs mit Suchtmittel-konsumierenden Menschen für unterschiedliche Zielgruppen in verschiedenen Lebensbereichen. Der Dachverband stellt seinen Mitgliedsorganisationen die Handlungsleitlinie nun zur Verfügung.

Die Heimkommission begrüßt die Maßnahmen zur Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Langzeitpflegebereich im Umgang mit diesem komplexen Thema. Besonders hervorzuheben ist die umfassende multiprofessionelle und institutionelle Zusammenarbeit mit allen relevanten Systempartnerinnen und -partnern.

3.15 Hospiz- und Palliativversorgung

Der Fonds Soziales Wien hat im Jahr 2019 im Rahmen der Leistungsentwicklung in der Pflege und Betreuung einen Schwerpunkt auf die Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen gelegt. Der 2016 mit einem Konzeptentwurf im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen begonnene Wiener Weg der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung mündete im Jahr 2019 in der erfolgreichen Überführung der Leistung Mobiles Palliativteam in die Subjektförderlogik des Fonds Soziales Wien, startend mit 1. Jänner 2020. Nach einer Projektphase im Jahr 2019, werden 2020 erstmals stationäre Hospizplätze als Leistung des Fonds Soziales Wien anerkannt. In Wien wurde damit ein wichtiger Schritt zur Umsetzung der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene (vgl. GÖG/ÖBIG 2014, https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:34908962-8736-4815-a626-bdf380dad38d/broschue-re_hospiz-_und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf) gesetzt. Des Weiteren fördert der Fonds Soziales Wien Schulungen für Palliative Care und überprüft im Rahmen seiner Qualitätsaudits die Einhaltung der Handlungsleitlinien des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen auch im Hinblick auf die Empfehlungen für die Grundversorgung Hospiz und Palliativ im mobilen, teilstationären und stationären Einrichtungen.

Mobiles Palliativteam

Das Mobile Palliativteam ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das sich in erster Linie an die Betreuenden von Palliativpatientinnen und -patienten zu Hause oder im Pflegewohnhaus wendet. Den Kundinnen und Kunden in einer laufenden Betreuung steht das Mobile Palliativteam zusätzlich 24 Stunden am Tag an sieben Tagen die Woche in Form einer Rufbereitschaft zur Verfügung.

Es berät, leitet an und stellt seine Expertise in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung zur Verfügung. Die Beratung durch das Palliativteam kann auch von den Kundinnen und Kunden selbst in Anspruch genommen werden. In Absprache mit den Betreuenden kann auch eine gezielte Einbindung in die Pflege und Betreuung erfolgen. Das Mobile Palliativteam wird besonders auch an den Übergängen/Schnittstellen zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung aktiv.

Ziel ist es, die bestmögliche Linderung der vielfältigen Symptome von Menschen mit Palliativbedarf vor Ort, durch Unterstützung der professionellen Betreuenden sowie der Betroffenen zu erreichen, sodass

- ein Verbleiben zu Hause möglich ist,
- der Übergang zwischen stationärer und mobiler Betreuung erleichtert wird (Brückenfunktion),
- eine Entlassung aus dem Krankenhaus möglich wird,
- eine Pflegeeinrichtung nicht verlassen werden muss.

Die Leistung soll den Menschen in dieser schwierigen Lebensphase möglichst niederschwellig zur Verfügung stehen. Das bedeutete für den Fonds Soziales Wien auch, die bürokratischen Hürden und finanziellen Belastungen möglichst niedrig zu halten. So liegt der maximale Kostenbeitrag bei nur 1,33 Euro pro Betreuungstag, also rund 40 Euro pro Monat und die bürokratischen Abläufe wurden so weit als möglich vereinfacht.

Mit dem Start am 1. Jänner 2020 der bis dahin als Pilotprojekt geförderten Leistung soll zum einen das Ziel der Unabhängigkeit von Spendengeldern und zum anderen ,durch die gezielte Vermittlung von Menschen, die ein Mobiles Palliativteam benötigen, eine Minimierung bzw. komplette Vermeidung von Wartezeiten erreicht werden. Erfreulicherweise konnte 2019 ein weiteres Mobiles Palliativteam seine Arbeit aufnehmen.

Stationärer Hospizplatz

Für unheilbar kranke Menschen, bei denen keine Behandlung im Krankenhaus bzw. einer Palliativstation notwendig ist, aber die Betreuung durch ein Mobiles Palliativteam zu Hause nicht mehr adäquat gewährleistet werden kann, werden beginnend mit Herbst 2019 sukzessive stationäre Hospizplätze in Pflegewohnhäusern aufgebaut. Die multiprofessionellen Teams sorgen nicht nur dafür, dass Symptome gelindert werden, sondern vor allem auch, dass unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse die bestmögliche Lebensqualität bis zum Ende für die Betroffenen erhalten wird.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Umsetzung der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für unheilbar kranke Personen.

3.16 Kontrakturprophylaxe in der Langzeitpflege

Ein wesentliches Thema mit oft zu engen Rahmenbedingungen

Die freie Beweglichkeit in den Gelenken, insbesondere der Extremitäten, ist eine Grundlage ungehinderter Mobilität und Autonomie im hohen Alter. Bei länger andauernder Immobilität kann es durch Verkürzung umliegender Weichteile wie Muskeln, Sehnen, Bändern und Faszien zu Funktions- und/oder Bewegungseinschränkung von Gelenken kommen, die im Allgemeinen als Kontrakturen bezeichnet werden. Sowohl höheres Alter als auch Mobilitätseinschränkung stellen einen Risikofaktor für ein mögliches Kontrakturrisiko dar (Amann, 2009).

Die mit der Bewegungseinschränkung verbundene Ruhigstellung bewirkt eine Minderdurchblutung der Gelenke und die damit einhergehende Störung des lokalen Stoffwechsels führt zu weiteren Schrumpfungsprozessen, Verwachsungen und zu Degenerationsvorgängen des Gelenkknorpels. In weiterer Folge unterliegt auch die Muskulatur der Atrophie (Rössler und Rüther, 2005).

Für die Betroffenen geht dies in der Regel mit Schmerzen, weiteren Mobilitätseinschränkungen und dem Verlust der Unabhängigkeit einher. Immobilität und ihre Sekundärkomplikationen, wie beispielsweise Kontrakturen, vermindern die Lebensqualität und das Wohlbefinden und führen zu einem Anstieg der Pflegekosten. Die weiteren Folgen sind ein hoher Pflegebedarf und können soziale Isolation für die Betroffenen mit sich bringen (Steigele, 2016).

Für Langzeitpflegeeinrichtungen zeigt sich hier eine besonders hohe Relevanz, denn die Kontraktur zählt zu den fünf häufigsten Diagnosen in Wohn- und Pflegeheimen

(Amann, 2009). Dies kann einerseits mit der häufig vorhandenen Multimorbidität von älteren Personen und andererseits mit ihren kleineren Organreserven, wie z. B. kleinere Muskelmassen, geringere Knochendichte und oft beeinträchtigte kognitive Funktionen, erklärt werden. All diese Veränderungen wirken immobilisierend und leiten so einen Circulus vitiosus ein, der sich nur durch eine frühzeitige Prävention verhindern lässt (Seiler, Stähelin, 2000).

Wo eine längere Immobilisation unumgänglich ist, lassen sich bei Kenntnissen der potentiellen Komplikationen und durch frühzeitiges Einleiten entsprechender Prophylaxemaßnahmen viele schädliche Effekte der Immobilisation auf ein Minimum reduzieren. Konsens besteht innerhalb der Professionen Pflege, Medizin und Physiotherapie darin, dass im Idealfall regelmäßig durchgeführte Prophylaxemaßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern unumgänglich sind, um der Immobilität präventiv und gezielt entgegenzuwirken. Jede Förderung der Mobilität dient auch der Kontrakturprophylaxe und ist demnach untrennbar miteinander verbunden. Sowohl Pflegekräfte als auch Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind hier in hohem Maße gefordert interdisziplinär zusammenzuarbeiten.

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten leisten in dieser Hinsicht einen unverzichtbaren und wertvollen therapeutischen Beitrag, indem sie einerseits ein durchdachtes Behandlungskonzept so auswählen, dass es optimal in den pflegerischen Alltag integriert werden kann. Andererseits stellen Physiotherapeutinnen und -therapeuten selbst eine unentbehrliche Ressource für die Langzeitpflege dar, indem durch gezielte Bewegungs- und Dehnübungen, Gleichgewichts- und/oder Gangschulungen die Mobilisation und Beweglichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner gefördert wird. Demzufolge sollten Pflegewohnhäuser den Bewohnerinnen und Bewohnern diverse physiotherapeutische Bewegungsangebote zur Verfügung stellen, um die Aktivität zur Selbstpflege zu fördern und so Kontrakturen maßgeblich vorzubeugen.

Die Wichtigkeit der Mobilitätserhaltung bei älteren Menschen findet selbst im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz § 4 Abs.2 Z3 Beachtung. Demzufolge haben die "Bewohnerinnen und Bewohner das Recht auf funktionserhaltende, funktionsfördernde und reintegrierende Maßnahmen entweder durch zur Verfügung stellen von Therapeuten oder durch Vermittlung von Therapeuten (Wr. LGBl 15/2005)."

Somit kann festgehalten werden, dass die gezielten und präventiven Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe nicht allein in das Aufgabengebiet von professionell Pflegenden fallen, sondern nur gemeinsam mit dem Fachbereich der Physiotherapie erreicht werden kann.

Zugangsbarrieren und Herausforderungen von Physiotherapie in der Langzeitpflege

Vor allem in Pflegewohnhäusern lassen sich Hürden erkennen, die besonders die Finanzierung, Zugänglichkeit sowie die zeitgerechte physiotherapeutische Behandlung für Bewohnerinnen und Bewohner betreffen. Damit die Kosten bei den jeweiligen Sozialversicherungsträgern teilweise geltend gemacht werden können, gilt es einige bürokratische Anforderungen zu erfüllen.

Grundvoraussetzung dafür, dass eine Physiotherapeutin oder ein Physiotherapeut mit der Behandlung beginnen kann, ist vorab ein entsprechender Verordnungsschein, der von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt ausgestellt wird. Physiothera-

apeutische Behandlungen in Pflegeheimen werden in der überwiegenden Anzahl als Hausbesuche durchgeführt und sind nur möglich, wenn diese medizinisch indiziert und von ärztlicher Seite aus als notwendig erachtet werden.

Handelt es sich um sogenannte Wahlphysiotherapeutinnen oder Wahlphysiotherapeuten (ohne Vertrag bei den jeweiligen Krankenkassen) muss die ärztliche Verordnung bei der entsprechenden Krankenversicherung vorgelegt und bewilligt werden.

Das bedeutet, dass das gesamte Honorar für die physiotherapeutischen Behandlungen zunächst von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst getragen und danach erst um Refundierung der Kosten bei dem jeweiligen Krankenversicherungsträger angesucht werden kann. Hierbei zeigt sich jedenfalls eine erschwerte Zugänglichkeit zu physiotherapeutischen Maßnahmen, vor allem für jene Bewohnerinnen und Bewohner, denen nur geringe finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.

Eine direkte Verrechnung zwischen Sozialversicherungsträgern und Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten ist derzeit nur mit Vertragsphysiotherapeutinnen und -therapeuten möglich. Hierbei entstehen den Bewohnerinnen und Bewohnern keinerlei Kosten, des Weiteren ist auch keine Bewilligung bei der Krankenkasse einzuholen. Jedoch zeigt die Praxis, dass das Kontingent an sogenannten Vertragsphysiotherapeutinnen und -therapeuten nicht annähernd den Bedarf an notwendiger und unverzichtbarer Bewegungstherapie in Pflegeheimen decken kann. Demnach können notwendige Behandlungen für Bewohnerinnen und Bewohner nur vereinzelt, stark verspätet oder gar nicht durchgeführt werden.

Auch bietet eine zu geringe Anzahl an Vertragstherapeutinnen und -therapeuten Hausbesuche an. Diese sind aber mit dem Fokus auf Pflegeeinrichtungen und ältere Menschen mit aktuellem Physiotherapiebedarf, die in häuslicher Umgebung leben, wesentlich und unabdingbar.

Die erschwerte Erreichbarkeit zu niedergelassenen Vertragsambulanzstellen stellt vor allem für immobile und/oder multimorbide Bewohnerinnen und Bewohner keine adäquate Option dar. Die einzige Alternative zeigt sich hier durch niederschwellige Therapieangebote in den Pflegeheimen vor Ort.

Durch diese erschwerten Zugangsbarrieren an physiotherapeutischen Angeboten, sowohl gekennzeichnet durch einen hohen bürokratischen Aufwand als auch durch einen Mangel an Vertragsphysiotherapeutinnen und -therapeuten, wird in Pflegeheimen eine deutliche Unterversorgung vor allem an kontinuierlicher Bewegungstherapie für die Betroffenen sichtbar.

Die Auswertung des Österreichischen Hauptverband der Sozialversicherungsträger, der den IST – Zustand auf quantitativer Basis medizinischer verrechenbarer Leistungen von 2014 - 2016 erhoben hat, verdeutlicht folgende Zahlen:

Insgesamt wurde bei der Fachgruppe Allgemeinmedizin für die Visite 2,1 Mio. Leistungen verrechnet, während bei der Fachgruppe Physiotherapie eine Anzahl von 161.000 Leistungen erhoben wurde. Von den ungefähr 85.000 erhobenen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern in Österreich (Stand: Dezember 2016) nahmen ca. 79.000 eine ärztliche Visite in Anspruch, im Gegensatz dazu konnte bei lediglich ca. 5.200 Personen eine physiotherapeutische Leistung verzeichnet werden.

Anhand dieser Abrechnungsdaten ist nur eine Darstellung des Ist-Zustandes der Inanspruchnahme möglich, nicht aber eine Erfassung des tatsächlichen Bedarfs (Hauptverband: Medizinische Leistungen in Pflegeheimen, 2017 – <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.789461>).

Folgende Empfehlungen lassen sich hierzu ableiten:

- Schaffung eigener Vertragsbestimmungen für Physiotherapieleistungen ausgerichtet auf Kundinnen und Kunden der Langzeitpflege
- Aufstockung von Vertragstherapeutinnen und -therapeuten, welche auch Hausbesuche in Pflegeeinrichtungen bzw. bei älteren Menschen zu Hause anbieten.
- Therapieleistungen sollen zeitnah zur Verfügung stehen.
- Entbürokratisierung der Kostenübernahme durch direkte Verrechnung zwischen Leistungsempfängerinnen und -empfängern bzw. Wahltherapeutinnen und -therapeuten.
- Alternativ dazu: Ermöglichung der Förderung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten als Teilleistung der Anbieter von Langzeitpflege auf Basis eines Trägerabkommens zwischen Sozialhilfeträger und Sozialversicherungsträger.

3.17 Interdisziplinäres Schmerzzentrum – Die Schmerzambulanz im Rahmen des Ambulanzentrums ohne Öffentlichkeitsrecht

Definitionen von Schmerz:

Schmerz ist das, was der Mensch als solchen empfindet!

"Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache."
(IASP PRIME PHYSICAL MED)

"Schmerz ist das, was die Person, die ihn erfährt, über ihn angibt; er ist vorhanden, wenn sie sagt, dass er da ist."
(McCaffery, 1997)

Zielsetzung des Interdisziplinären Schmerzzentrum:

- Interdisziplinäre Unterstützung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten.
- Schmerzen des Bewegungsapparates (z.B. bei Arthrosen, Osteoporose, Sehnen- und Muskelschmerzen), chronische Schmerzen nach z.B. Frakturen/ Endoprothesen, neuropathischer Schmerz (Polyneuropathie, Schmerzen nach Gürtelrose), Schmerzen bei Durchblutungsstörungen, Kopf- und Gesichtsschmerzen, Phantomschmerzen, Tumorschmerzen, seelische Schmerzen.

Das Schmerzzentrum versorgt derzeit ausschließlich Patientinnen und Patienten, die stationär in einem Haus der TU PWH des KAV betreut werden.

Personal:

Ärztliche Leitung: Fachärztin oder Facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation mit Zusatzfach Geriatrie, ÖAK Diplom Spezielle Schmerztherapie; Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Gynäkologie, Zahn, Dermatologie, Augen, HNO, Urologie und Psychologie; Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, DGKP, Klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, Seelsorge.

Diagnostik:

- Schmerzassessment
 - » VAS (visuelle Schmerz Analog Skala)
 - » VRS (Verbale Rating Scale)
 - » ECPA (Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes)
- BPS (Behavior Pain Scale)
- RASS (Richmond Agitation Sedation Scale/Score)
- Kraftmessung
- Muskelmassenmessung
- Knochenfestigkeitsmessung
- periphere Gefäßdiagnostik
- Nervenleitgeschwindigkeit NLG
- Elektromyografie EMG
- Sonografie

Leistungen:

Aktenvisite, Beratung und Fallbesprechung, Begutachtungen, Therapieempfehlungen, Akupunktur, Biofeedback, CO₂- Trockenbad, Elektromedizin, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Gesprächstherapie, Laser, Lokomotionstherapie, kaltes Rotlicht, Magnetfeld, Massage, medikamentöse Therapie, medizinische Trainingstherapie, Neuraltherapie, Osteopathie, Physiotherapie, Psychotherapie, Ultraschall, Vibrationstherapie.

Multiprofessionelle Kommunikation innerhalb des Teams ist dabei genauso wichtig wie ein umfassendes Wissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Maßnahmen zur Schmerzreduktion. Daher wird ein Schwerpunkt auf die Fort- und Weiterbildung gelegt. So wird zum Beispiel die Weiterbildung Algesiologische Pflege regelmäßig an der Fortbildungsakademie im AKH angeboten.

Die Kommunikation und Dokumentation ist von größter Bedeutung. Dazu gehört die Verlaufsbeobachtung zur Beurteilung der Effektivität der eingeleiteten Interventionen, wie Schmerzmedikamente oder nichtmedikamentöse Maßnahmen.

Es wird von den handelnden Berufsgruppen berichtet, dass die Zeit vom Eintreten des Schmerzes bis zum Setzen von Maßnahmen für die Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz ist. Diese Zeit kann nur mit optimierter interdisziplinärer Zusammenarbeit verkürzt werden.

Somit kommt dem interdisziplinären Behandlungsansatz ein besonderer Stellenwert zu. Eine enge Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen ist eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Schmerztherapie.

Der 1. Wiener Schmerzbericht, der im Jahr 2018 veröffentlicht wurde, beleuchtet den Schmerz in seiner Komplexität aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Schmerz führt – im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen- ein wenig beachtetes Dasein im österreichischen Gesundheitssystem. Die Versorgungslandschaft für Schmerzpatientinnen und -patienten ist durch fehlende standardisierte Versorgungskonzepte und nicht ausreichende Behandlungsangebote gekennzeichnet. Wien hat es sich im Rahmen der Landeszielsteuerung zur Aufgabe gemacht, die Schmerzversorgung nachhaltig zu verbessern.

Die Errichtung einer Schmerzambulanz für die betroffenen Menschen in der Langzeitbetreuung ist hier besonders zu begrüßen. Ein Weiterausbau bzw. eine Öffnung wäre hier ein wesentlicher Schritt in eine nachhaltige Versorgung von Schmerz-Patientinnen und -Patienten.

3.18 Die Zukunft des Wohnens im Alter – ein kritischer Ausblick

Bei lebensalterbezogenen Aussagen der Sozialwissenschaften ist stets Vorsicht geboten. Die Versuchung ist groß, alle Individuen einer Alterskohorte unter einer zugeschriebenen Identität zu versammeln, die verbreitete Vorurteile aufnimmt oder – selbst wenn sie ihnen widerspricht – noch dem Stereotyp folgt, dass das Lebensalter eine Vereinheitlichung der Individuen bewirkt und alle Alten gleich sind – eben alt. Was sich in der sozialwissenschaftlichen Jugendforschung bereits seit den 1960er Jahren durchgesetzt hat, beginnt allmählich auch in der Altersforschung zu greifen - die Unterschiedlichkeit der Lebenswelten, Ansprüche und Anforderungen von Menschen fortgeschrittener Lebensjahre (vgl. Yang, Y. / L. Lee: Dynamics and heterogeneity in the process of human frailty and aging: Evidence from the U.S. older adult population. In: Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 65B, 2010, 246-255.)

In seinem bahnbrechenden Werk "Jugend und Gesellschaft" hat Friedrich Tenbruck 1962 "Jugend" als gesellschaftliche Institution wie folgt definiert: "Jugend als Institution – das ist die Gesamtheit der institutionellen und institutionell ermöglichten Einflüsse auf die Jugend, erwogen im Hinblick auf die Kontinuität der Gesellschaft" (Jugend und Gesellschaft. Soziologische Perspektiven, Rombach, Freiburg 1962 S. 113). Eine Definition, die auf alle Lebensalter zutrifft und sich unverändert auch auf das Alter übertragen lässt. Das Spezifikum dieser Sichtweise besteht darin, dass das Vereinheitlichende der jeweiligen Lebensphase nicht in der Gleichheit der ihr zugehörigen Subjekte besteht, sondern in den sie gleich machenden Effekten der auf sie gerichteten gesellschaftlichen Mentalitäten, Umgangsweisen und Maßnahmen.

In Bezug auf die Thematik des Wohnens im Alter ist dieser Perspektivenwechsel essentiell. Er qualifiziert alle Zugänge als problematisch, die wünschenswerte Wohnformen für ältere Menschen aus vorgeblich "objektiven" Gegebenheiten dieser Lebensphase ableiten wollen. Statt dessen ist geboten, Anforderungen an Wohnen im Alter aus den besonderen Lebensgeschichten, -gewohnheiten und -wünschen konkreter betagter Menschen abzuleiten, bzw. diese unter den Bedingungen ebenfalls je konkreter Umstände, wie u.U. nachlassende Fitness, Krankheit, kognitive Beeinträchtigung etc. zu berücksichtigen.

Entgegen der selbst bei ansonst betonter Heterogenität der Altersphase bevorzugten zeitlichen Abgrenzung von den übrigen Lebensphasen, ist deshalb festzuhalten, dass das Kriterium der Zahl an Lebensjahren zur Beschreibung der Altersphase nicht geeignet ist. Stattdessen sollten ältere Menschen ohne Rücksicht auf ihr faktisches Lebensalter als Menschen wie alle anderen auch wahrgenommen und behandelt werden, nämlich als Personen mit Bedürfnissen und gelegentlich besonderen Bedürfnissen. Diesem Anliegen wird noch nicht nachgekommen, wenn man, wie etwa Bernice Neugarten zwischen "jungen Alten" (55 - 75 Jahre) und "alten Alten" (75+ Jahre) unterscheidet (Neugarten Bernice: Age-groups in American Society and the rise of the young-old. In: Annals of the American Academy of Political and Social Sciences 187- 198; 1974). Dasselbe gilt auch für den Vorschlag Peter Lasletts, die Altersphase in ein drittes, durch gesteigerte Aktivität und Kreativität geprägtes und ein viertes, durch Einschränkungen und Vulnerabilität gekennzeichnetes Lebensalter zu unterteilen (Laslett, P.: A fresh map of life. The emergence of the third age. London 1989). Vorschläge dieser Art mildern die Stereotypisierung der Altersphase nicht, sondern verschärfen die Zuschreibungen noch dadurch, dass sie sie "zielgenauer" operationalisieren. Wie sehr selbst Autorinnen und Autoren, die ansonsten Selbstbestimmung als prominente Qualität des Alterns hochhalten, gegebene subjektive Äußerungen und Einstellungen älterer Menschen zugunsten vorgeblich "objektiver" Parameter entwerten, zeigen etwa die Einwände von Kolland u.a. (Kolland, F. / R. Rohnen / St. Hopf / V. Gallistl: Wohnmonitor Alter 2018. Innsbruck 2018) bezüglich der im Allgemeinen hohen Wohnzufriedenheit älterer Menschen. Diese würden "nur selten Wohnzufriedenheit äußern, selbst wenn die Wohnverhältnisse objektiv betrachtet schlecht sind". Sie würden sich resignativ an bestehende Wohnverhältnisse anpassen und versuchen, die kognitive Dissonanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit zu verringern. Befragungen zur Wohnzufriedenheit würden deshalb "weniger die wahre Wohnzufriedenheit" wiedergeben, "sondern vielmehr Mechanismen der Selbstverteidigung" offenlegen (Carp F.M. / A. Carp: A complementary/congruence model of well-being or mental health for the community elderly. In: Almann, I. / M.P. Lawton / J.F. Wohlwill (Hg.): Elderly people and the environment. N.Y. 1981.) Da sogenannte "Zufriedenheitsparadox des Alters" könne "durch Anpassungsprozesse der Wohnung oder des Verhaltens, durch ein Reduktion der Ansprüche, sowie durch Resignation erklärt werden" (vgl. Motel u.a. 2000; Höpflinger 2009: Motel, A. / H. Kühnemund / C. Bode: Wohnen und Wohnumfeld. In: Kohl, M. / H. Kühnemund (Hg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen 2000, 124-175.; Höpflinger, F.: Age Report 2009. Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter. Zürich 2009.). In gleicher Weise beklagen Autorinnen und Autoren die geringe Bereitschaft zu vorausschauendem altersgerechtem Wohnen bzw. zeitgerechtem Umzug. Vgl. auch Müller u.a. 2018, 52: "Nicht nur in der gerontologischen Wohnforschung, sondern auch in der Wohnpraxis zeigt sich trotz einer überwältigenden Standortkontinuität älterer Menschen eine Abkehr von der lang einseitig vorherrschenden Meinung "Einen alten Baum verpflanzt man nicht" hin zur differenzierten Frage, für wen ist wann welche Wohnentscheidung (bleiben, anpassen, umziehen) wünschenswert und angemessen".

Unter Berücksichtigung dieses Perspektivenwechsels wird der Fragenkomplex "Wohnen im Alter" im Folgenden als Frage nach den auf die Altersphase gerichteten gesellschaftlich institutionellen Vorkehrungen und Einflüssen und den ihnen zugrunde liegenden Logiken im Verhältnis zu den konkreten Lebensgewohnheiten und Lebenswünschen älterer Menschen aufgefasst. Zahlreiche Ergebnisse gerontologischer Forschung müssen zu diesem Zweck aus ihrer "chrono-normativen" Fixierung (Freeman, E.: Time Binds: Queer Temporalities. Queer Histories. Perverse Modernities.

Durham (NC) 2010) gelöst und für die subjektiv-alltagskulturellen Einstellungen und Wünsche älterer Menschen geöffnet werden. Das gilt im Prinzip für alle als für die Altersphase generell oder überwiegend angenommenen Einstellungen und Erwartungen. Als solche gelten in der Altersforschung ziemlich einhellig die folgenden Orientierungen:

- Aktives Altern statt Rückzug: "Das Alter wird heute nicht mehr als rückzugsorientiert, sondern ressourcen- und aktivitätsorientiert verstanden. Wohnen im Alter heißt vor diesem Hintergrund, älteren Menschen Aktivität, Anerkennung und Autonomie zu ermöglichen und im höheren Lebensalter aufrecht zu erhalten" (Kolland u.a. 2018, 11). Mobilität und Sicherheit sind dafür wichtige Voraussetzungen. Gegenüber einer Absolutsetzung dieses Selbstbestimmungsanspruches ist zu erwägen, dass das Ausmaß individuell beanspruchter Autonomie ein Resultat lebensgeschichtlich erworbener – oder zugestandener – Selbstbestimmung ist und im Alter nicht willkürlich von außen, sondern nur im Konsens verändert werden kann.
- Wohnen im Alter nimmt im Unterschied zu früher, wo im Wesentlichen die Alternative: "Daheim oder Heim" bestand, heute unterschiedliche Formen an, die von "privatem Wohnen aktiver, gesunder Menschen bis zu betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige" reichen (Kolland u.a. 2018, 15). Hierbei ist zu beachten, dass neue, ungewohnte Wohnformen älteren Menschen nicht als die selbstverständlich "bessere" Möglichkeit aufgedrängt werden dürfen, sondern bloß als wählbare Alternativen angeboten werden dürfen.
- Die so genannten "Babyboomer" (Jahrgänge 1952 - 1972), die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegszeit, stellen innerhalb der Altersgeneration ein unterschiedliche Schicht dar: Sie sind weniger familienzentriert (Singles, Scheidungen etc.), besser gebildet, gesünder und haben deshalb im Alter eine "aktivere Lebensform und eine höhere Anpassungsbereitschaft" (ebd., 16). Sie maskieren das Alter: Sie "wollen weder alt aussehen noch als alt bezeichnet werden". Juvenilisierung ist kein Spezifikum älterer Menschen, sondern betrifft in der Konsumgesellschaft Menschen ab dem frühen Erwachsenenalter.
- Demografisch lassen sich eine Reihe von Indikatoren erkennen, die auch für Wohnen von Bedeutung sind:
 - » Höherer Anteil an Einpersonenhaushalten:
1,3 Mill. 2013, davon 830.000, ein Drittel der über 60-Jährigen;
 - » Wachsender Anteil an Hochaltrigen (80+):
2017 = 5%, 2030 = 7%, wachsender Anteil von Frauen darin: 65%
 - » Weniger ältere Menschen, die mit ihren Kindern oder anderen Verwandten zusammen wohnen.
- Über angemessenes Wohnen hinaus ist ein aufmerksames, anregungsreiches und unterstützendes soziales Umfeld im Wohnbereich wichtig - Angehörige im Umfeld, Nachbarn, Gesundheitseinrichtungen, räumliche Nähe von Versorgungseinrichtungen, Pflegemöglichkeiten.

Die folgende Passage erscheint typisch für einen generellen Trend der Altersforschung, nämlich Altern als Anforderung der Einfügung und Anpassung an extern formulierte Standards eines objektiv gelungenen Lebens als älterer Mensch zu verstehen.

"Bildung und Lernen sind bis in das hohe Alter möglich und die Teilnahme an Bildung unterstützt die soziale Eingebundenheit und Lebensqualität älterer Menschen. Um die Anpassung an Veränderungen in der eigenen Wohnung und in der Wohn-

umgebung im hohen Alter gut bearbeiten zu können, braucht es Lernbereitschaft und entsprechende Kompetenzen. Wohnroutinen sind hilfreich, können aber auch zur Falle werden, und zwar dann, wenn sie notwendige Veränderungen verhindern. So wie es für ein erfolgreiches Altern Neugierde und Aufgeschlossenheit braucht, so braucht es auch für ein optimales Wohnen im Alter Erneuerung und Umstellungsbereitschaft" (Kolland u.a. 2018, 21).

Die Passage illustriert die Tendenz zur Reinfantilisierung des Alters: Alter quasi als eine neue Kindheit aufzufassen, in der die Menschen lernen bzw. dazu "erzogen" werden sollen, idealtypischen Vorstellungen von Alt-Sein zu entsprechen. Den Autorinnen und Autoren scheint nicht bewusst zu sein, dass sie damit eine klassische Double-Bind Situation bedienen. Die Bedingungen für ein aktives und autonomes Altersleben sollen nicht von den alten Menschen selbst, sondern für diese von im Passiv gehaltenen Instanzen geschaffen werden.

Als entscheidende, wenn nicht die entscheidende Frage kristallisiert sich die Alternative "aging in place" oder "aging in the right place" heraus. Die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen unterstützt die Alternative Bleiben. Unzählige Umfragen belegen, dass ältere Menschen auch, wenn sie pflegebedürftig werden, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus bleiben und nicht in ein Pflegeheim ziehen wollen: (Frank, J.B.: The paradox of aging in place in assisted living. London 2002). Die gerontologische Forschung dagegen steht diesen subjektiven Wohnbedürfnissen kritisch gegenüber. Wohnkontinuität impliziere "womöglich ein Altersbild, das älteren Menschen Stabilität, Starrheit und möglicherweise auch Starrsinn unterstellt", rechtzeitige Anpassung dagegen könne mit der "Verlängerung von Selbständigkeit einhergehen" (ebd.).

Tatsächlich erscheint das Verhältnis zwischen "wohnen bleiben", "umziehen müssen" oder "umziehen wollen" (ebd., 55) komplexer und widersprüchlicher. Einerseits ist aufgrund der meist langen Wohndauer älterer Menschen in einer Wohnung eine hohe emotionale Bindung zum Wohnumfeld empirisch gesichert (vgl. Kruse, A. / H.W. Wahl: Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg 2010, 408ff.). Die Wohnzufriedenheit und die Zufriedenheit mit der Wohnumgebung steigert sich mit wachsendem Alter erheblich: Altersgruppe 60 - 64 Jahre = 39%, Altersgruppe 80+ = 74% (Kolland u.a. 2018). Andererseits ergibt sich durch altersbedingte Entwicklungen (Gesundheit, Mobilität) oder kritische Ereignisse (Renteneintritt, Verwitwung) eine Einschränkung der praktischen Nutzung dieser Wohnumwelt. Nach Statistik Austria (2017) wohnen mehr als zwei Drittel der über 60-Jährigen in Eigentums- (54%), Miet- (16%) bzw. Genossenschaftswohnungen (12%). Ein großer Anteil dieser Menschen lebt allein. Die Singularisierung des Alters ist zugleich eine Feminisierung. Der Anteil der Frauen an den über 80-Jährigen beträgt 65% (ebd.). "Es zeigt sich also, dass ältere Menschen häufiger alleine leben als jüngere und ein beachtlicher Teil der alleinlebenden Personen Frauen sind" (ebd., 102).

Diesen widersprüchlichen Erfahrungen kann nicht durch "objektive" Bestlösungen der Altersforschung begegnet werden, sondern durch früh einsetzende Prozesse der Reflexion, Beratung und Kommunikation unter maximaler Berücksichtigung der Perspektiven, Wünsche und Ängste der eigentlich Betroffenen, der älteren Menschen.

Aging in place

Überblickt man die Ergebnisse gerontologischer Erhebungen, stellt sich als erste Anforderung an Sozial- und Wohnpolitik die Ermöglichung und Unterstützung der Wohnkontinuität an den bisherigen Orten und in den bisherigen Wohnungen. Die durchschnittliche Wohndauer in den mehrheitlich bewohnten Häusern bzw. Eigentums- bzw. Mietwohnungen ist mit 38 bzw. 28 Jahren hoch: 95,8% der über 65-jährigen Österreicherinnen und Österreicher lebt in Privathäusern, lediglich 13% der 85 - 89-Jährigen in Heimen (Kolland u.a. 2018, 151). Nur ein Fünftel der älteren Menschen hält einen Umzug für wahrscheinlich (ebd., 210).

Die Betreuung durch enge Angehörige, seien es die Partnerinnen bzw. Partner oder die eigenen Kinder, ist nicht nur de facto die häufigste Betreuungsform im Alter (65%), sondern sie entspricht auch den Wünschen von zwei Drittel der älteren Menschen (ebd., 119ff.). Als wirksamste und auch am ehesten akzeptierte Betreuungsform stellt sich dabei ein Mix aus privater (Partnerinnen bzw. Partner, Kinder, Nachbarinnen bzw. Nachbarn) und professioneller (Heimhilfe, ambulante Pflege, 24-Stundenbetreuung) Unterstützung heraus. Dabei ist zu beachten, dass die je teureren Hilfen stark vermögensabhängig sind: Während sich in den Einkommensklassen bis 1800 € im Schnitt 55% eine solche Pflege vorstellen können, sind dies bei einem Einkommen über 1.800 € im Schnitt 65%. Für die Alterspolitik ergeben sich daraus eine Reihe von Prioritäten:

- Ältere Menschen so lange als möglich zu unterstützen, in ihren angestammten Wohnungen zu bleiben. Dies erfordert im Fall gesunder älterer Menschen die Förderung von Mehrgenerationenwohnraum, d.h. von Um- und Zubauten, im Fall von Pflegebedürftigkeit Maßnahmen zur Unterstützung lokaler Strukturen, sei es Unterstützung betreuender/pflegerischer Angehöriger (Haushilfen, Tagespflege, pflegefreie freie Tage/Urlaube) oder die Organisation dauerhaft verfügbarer Pflege.
- Die Erhaltung bzw. Errichtung wohnortnaher Versorgungseinrichtungen: medizinische und pflegerische Versorgung, Schulen, Einkaufsmöglichkeiten, Post, Freizeitmöglichkeiten, Mobilitätshilfen. Die Finanzierung und Erhaltung dieser Einrichtungen kann nicht ausschließlich bzw. vor allem den Kommunen überlassen werden. Sie muss zur anteiligen Aufgabe der Länder und des Bundes werden.
- Die Organisation ausreichender und bezahlbarer professioneller Hilfskräfte, deren Aufgaben nicht bloß in der unmittelbaren Hilfeleistung, sondern auch in der Unterstützung und Anleitung privater Helferinnen und Helfer bestehen.

Wohnungswechsel im Alter

Wohnungswechsel im Alter betrifft zwar nicht die Mehrheit der älteren Menschen, ist aber längst nicht mehr bloß der Umzug in eine Langzeitpflegeeinrichtung. Immerhin etwa 50% der Befragten halten einen Wohnungswechsel im Alter für "wahrscheinlich" oder "mittelmäßig wahrscheinlich" (Kolland u.a. 2018, 136), je jünger desto häufiger (60 - 64: 30%, 70 - 74: 20%, 85+: 7%). Als Motivationshintergrund erachten Soziologinnen und Soziologen das, was sie als "residentielle Normalität" bezeichnen, d.i. Geborgenheit in der Wohnumwelt und Kontrolle der Wohnbedingungen. "Places where older people experience overall pleasurable, hassle-free, and memorable feelings that have relevance to them; and where they feel both competent and in control – that is they do not have to behave in personally objectionable ways or to unduly surrender

mastery of their lives or environments to others" (Goland, S.M.: The quest for residential normalcy by older adults: Relocation but one pathway. *Journal of Aging Studies* 25 (2011), 193-205). Ob es tatsächlich zu einem Wohnungswechsel kommt, hängt neben persönlichen Faktoren (Selbstbewusstsein, Risikobereitschaft), von den materiellen Ressourcen, vor allem aber auch von Angeboten an Wohnmöglichkeiten und Wohnformen mit und ohne Pflegemöglichkeit ab.

Die Wohnpräferenzen der älteren Menschen sind unterschiedlich. 60% möchten in ein Haus am Land ziehen, 43%, vornehmlich Personen mit geringerem Einkommen, zu nahen Angehörigen, 35%, vor allem gut Situierte, in eine Stadtwohnung (Kolland u.a. 2018, 177ff.). Mit steigendem Alter, bei 40% der 60 - 69-Jährigen und bei 50% der über 80-Jährigen, besteht Interesse an betreuten Wohnformen. Unter den alternativen Wohnformen werden jene bevorzugt, die eher traditionellen Wohnweisen entsprechen: Während 54% der 60 - 69-Jährigen und 43% der über 80-Jährigen "gerne" in einem Mehrgenerationenhaus wohnen würden, lehnen 67% bzw. 79% eine Alters-WG ab. Eine milieutheoretische Gliederung der Alterskohorte (Kolland u.a. 189ff.) zeigt, dass die "Verwurzelten" 44% ausmachen, während die Zuschreibung "Alternative" lediglich 11% betrifft.

- Insgesamt steigt der Bedarf an altersgerechten Wohnungen und Wohnformen, von barrierefreien Individualwohnung bis zu Mehrgenerationenhäusern (z.B. "Fortgeschrittene 50+, Wien XVI; OASE22, Wien Seestadt), Betreutem Wohnen oder Pflegewohnen. Da der kommerzielle Wohnungsmarkt solche Möglichkeiten nicht zu erschwinglichen Preisen zur Verfügung stellt, ergibt sich daraus eine wichtige Aufgabe für die öffentliche Hand.
- Das Interesse an alternativen Wohnformen wie Alters-WGs oder Wohndörfern ist dagegen eher gering. (Kremer-Preiß/Stolarz ; Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse – Bertelsmann Stiftung 2003; Feuerstein, C.: Altern im Stadtquartier: Formen und Räume im Wandel. Wien 2008. Feuerstein/Leeb 2015; Generation Wohnen Neue Konzepte für Architektur und soziale Interaktion; Detailverlag München 2015).

Wohnen im Seniorinnen- bzw. Seniorenheim oder Pflegewohnhaus

Für ältere Menschen, die selbst unter günstigen Bedingungen nicht (mehr) an ihren Wohnorten bleiben können, müssen weiterhin in ausreichendem Maß Einrichtungen kollektiver Altenbetreuung vorhanden sein. Dabei sind die bekanntesten Wohnformen, das Seniorinnen- bzw. Seniorenheim und das Pflegewohnhaus die am wenigsten attraktiven. Unter den etwa 30% an älteren Menschen, die sich einen Umzug vorstellen können, geben in einer bundesdeutschen Untersuchung nur 9% ein Seniorinnen- bzw. Seniorenheim - und Pflegewohnhaus als Zielort an. (Krings-Heckemeier u.a. Wohnformen der Zukunft: Veränderungspotentiale und Motivationen der Generationen 50 plus in Niedersachsen; LBS Schriftenreihe; 2006).

Dem größtenteils kritischen bis negativen Urteil der Öffentlichkeit über stationäre Alterseinrichtungen widerspricht zum Teil das Urteil der österreichischen Bevölkerung. 54% bewerten Wohn- und Pflegeheime als positiv, gegenüber 25% negativen Beurteilungen (Kolland u.a. 2018, 151ff.). Bei genauerem Hinsehen differenziert sich das Bild allerdings. Während noch etwa die Hälfte der Befragten die sozialen Kontakte und die Qualität der Pflege positiv beurteilt, schätzen etwa Dreiviertel das Ausmaß der Privatsphäre und die Selbstbestimmtheit negativ oder als nur teilweise ausreichend ein. Insgesamt zeigt sich, dass das Urteil über Wohn- und

Pflegeheime umso positiver ausfällt, je näher eine mögliche Zukunft dort als möglich erscheint, d.h. je älter oder kränker jemand ist oder sich fühlt.

- Auch wenn stationäre Einrichtungen der Altersvorsorge ihren Charakter als "totale Institutionen" verloren haben, stellen sie dennoch Ausnahmereischeinungen dar, die erst und nur in Ermangelung anderer privater oder professioneller Betreuungsformen zum Tragen kommen sollten.
- Im Betrieb solcher Einrichtungen ist die Qualität der Pflege und das Ausmaß der Selbständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner von größter Wichtigkeit. Das bedeutet einerseits den Verzicht auf rein ökonomisch bedingte Maßnahmen, wie die Zuordnung von Zeitquanten zu Pfl egetätigkeiten oder möglichst geringe gehaltene Personalschlüssel und andererseits die Erhaltung eines maximalen Einflusses der Bewohnerinnen und Bewohner auf ihre Lebensumstände wie den Tagesablauf, Beteiligungsformen, Aktivitäten, Besuche, soziale Kontakte etc.

Resümee

So inhomogen die Gruppe der älteren Menschen ist, so sehr verfolgt ihre überwiegende Mehrheit eine konservative Wohnideologie, die im Wesentlichen darin besteht, dort wohnen zu bleiben, wo man bisher gewohnt hat. Die zentrale Aufgabe der Alterssozialpolitik besteht deshalb zunächst darin, ältere Menschen ihrem Interesse nach Wohnkontinuität zu unterstützen. Dabei ist davon auszugehen, dass auch Bleiben Änderungsbedarf bedeutet. Ältere Menschen bedürfen deshalb vor allem der Unterstützung bei der Entwicklung einer neuen räumlichen und psychosozialen Beziehungskonstellation in ihren angestammten Verhältnissen. Da diese Veränderungen im allgemeinen Beziehungen zu den eigenen Kindern betreffen, sind sie von besonderer Qualität. Eingelernte Verhältnisse des intergenerationellen Umgangs, die von autoritären bis zu egalitären Stilen reichen können, müssen ebenso "umgebaut" werden, wie u.U. Häuser und Wohnungen. Dabei besteht die Gefahr, dass statt einvernehmlicher Lösungsarbeit uneingestandene und ungelöste Beziehungsansprüche und -defizite virulent und gegeneinander ausgespielt werden.

Formen der Hilfe und Unterstützung bei diesem anspruchsvollen Prozess sind nicht ausreichend etabliert. Sie müssten wohnortsnah, im Dorf oder im Stadtteil organisiert und auf eine unaufdringliche, aufsuchende Weise implementiert werden. Kollektive Formen der Vermittlung ("Großfamilienabende", "Umbauinfos"), die den Austausch zwischen Betroffenen ermöglichen, werden sich hierzu besser eignen als Einzelberatungen.

Eine wesentliche Funktion kommt der Erhaltung und dem Ausbau wohnortsnaher Versorgungseinrichtungen für soziale Kontakte, Konsum, Gesundheit, Mobilität zu, insbesondere am Stadtrand, wo gegenwärtig eine Tendenz zur Reduzierung dieser Strukturen vorherrscht. Wo private und kommerzielle Initiativen diesen Bedarf nicht mehr decken, wird er zur öffentlichen und öffentlich finanzierten Aufgabe.

Ein besonderes Problem stellt das wachsende Maß an alleinwohnenden älteren Menschen dar, die in vielen Fällen nicht (mehr) imstande sind, soziale Kontakte fortzusetzen oder herzustellen. Hier erwachsen den Kommunen in der Organisation von Treffpunkten, Bildung von Nachbarschaftsgruppen, Besuchsprogramme durch Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter, zugänglicher Freizeitprogramme etc. wesentliche Aufgaben.

Sofern ältere Menschen gesundheitlich beeinträchtigt sind, sind die mobile Versorgung bzw. wohnortnahe Gesundheits- bzw. Pflegeangebote ein bleibendes Erfordernis. Der präventiven Gesundheits- und Sozialberatung ist dabei ein besonderer Stellenwert einzuräumen. Dabei kann man nicht unbedingt davon ausgehen, dass ältere Menschen selbstverständlich von sich aus zielführende Maßnahmen zur Erhaltung ihrer Gesundheit und Teilhabe ergreifen. Anregungen und Ermutigungen zu altersangemessenen Formen der Bewegung, anregenden geistigen Aktivitäten und sozialer Interaktivität sind deshalb ebenso wichtig wie die Bereitstellung ausreichender Möglichkeiten hierzu.

Für einen geringeren, vermutlich aber wachsenden Anteil älterer Menschen, die sich grundlegende Veränderungen wünschen oder zumindest vorstellen können, sind alternative Formen des Alterswohnens, wie Mehrgenerationenwohnungen bzw. -häuser, Alterswohngemeinschaften und Betreutem Wohnen von zunehmender Bedeutung. Dabei ist einerseits zu beachten, dass derartige (noch) nicht selbstverständliche Wohnformen älteren Menschen nicht als die "besseren" Möglichkeiten aufgedrängt werden dürfen, sondern durch Information, Besichtigungsmöglichkeiten und Erfahrungsaustausch erst als Alternativen zu den gewohnten Formen populär gemacht werden müssen, andererseits, dass sie aufgrund der höheren Investitionskosten nicht zu Privilegien vermögenderer Schichten werden sollen. Öffentliche Förderung ist deshalb unvermeidbar.

Wohn- und Pflegeheime bleiben, trotz ihres zum Teil schlechten Images, ein Erfordernis für jene Schicht älterer Menschen, die weder im familiären Umkreis noch in ihren angestammten Wohnverhältnissen bleiben wollen/können oder für die dies aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung nicht möglich ist. Für alle diese Einrichtungen gilt, dass die Zahl der Betreuungs- bzw. Pflegekräfte ausreichend sein muss und die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner nicht unnötig eingeschränkt oder zu wenig gefördert werden darf. Indizien von versteckter oder offenkundiger Vernachlässigung müssen gesehen und ihnen entschlossen begegnet werden. Zu fordern sind neben einer nachhaltigen Personalentwicklung auch unabhängige Ombudseinrichtungen vor Ort, die im Kontakt mit Bewohnerinnen bzw. Bewohner und Personal regelmäßig die Standards der Betreuung bewerten und verbessern.

Empfehlungen der Heimkommission:

- Bekenntnis zur Zusammenarbeit der wichtigsten Politikbereiche – Wohnen, Verkehr, Soziales, Gesundheit zur Entwicklung von nachhaltigen Lebensräumen für betagte Menschen in ihrem Wohnbereich
- Ausbau der "grätzelorientierten" Information und Unterstützung über die Betreuungs- und Wohnalternativen, Einbeziehung von Angehörigen und sozialem Umfeld, Stärkung nachbarschaftlicher Initiativen
- Aus- und Umbauprogramme in Gemeindebauten und Sozialem Wohnbau zur barrierearmen Nutzung von Wohnungen und Wohnumfeld. Einrichtung von altersgerechter Infrastruktur (Gesundheit, Pflege, Bildung, Kultur, Verkehr)

3.19 Der Ziele-Workshop: Ein Instrument zur Führung von Führungskräften

Management und Unternehmensführung sind in den letzten Jahren von einem permanenten Wandel geprägt. Unabhängig von der Wirtschaftsbranche stellt sich dar, dass wer dem Wettbewerb und den Kundenanforderungen gerecht werden will, unabhängig von der hierarchischen Eingliederung, sich laufend mit Veränderungen von rechtlichen Rahmenbedingungen, von Prozessen, Inhalten oder sonstigen Entwicklungen befassen muss.

Die in Zusammenhang damit stehenden Umgestaltungen müssen meist sehr rasch in Angriff genommen und mit hohem Tempo umgesetzt werden.

Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellt dies eine große inhaltliche Herausforderung dar. Die Führungskräfte benötigen mehr denn je Begeisterungsfähigkeit und Führungskompetenz.

Im Bereich der Pflege und Betreuung – insbesondere der Langzeitpflege – stehen Führungskräfte vor der zusätzlichen Herausforderung einer weit überdurchschnittlichen kulturellen Vielfalt unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Auch wenn die vielen unterschiedlichen Perspektiven multikultureller Teams mit besonderen Stärken wie Kreativität und Innovationsfreude verbunden sind, ist die Führung großer und kulturell vielfältiger Teams, wie sie in der Langzeitpflege üblich sind, mit besonders hohen Anforderungen – insbesondere in den Bereichen Kommunikationsfähigkeit und Transparenz – verbunden. Eine gesunde Gesprächskultur, Toleranz und Kenntnisse über wichtige kulturelle Unterschiede sind ebenso wichtige Indikatoren für ein gutes Betriebsklima und zufriedenstellende Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitermotivation, wie das Wissen über und das Verstehen der Unternehmensziele.

Das Kuratorium Fortuna verfügt daher seit vielen Jahren über eine entsprechende Richtlinie, welche den inhaltlichen und zeitlichen Mindeststandard regelmäßiger Information und Kommunikation für die jeweiligen Organisationseinheiten und für Führungskräfte festlegt.

Neu aufgenommen wurde 2019 der "Ziele-Workshop für Führungskräfte". Anlass dazu war die Rückmeldung von Führungskräften, welche mitteilten, über zu wenig Informationen über die Ziele des Unternehmens oder andere Bereiche zu verfügen und daher ihrerseits in der Informationsweitergabe eingeschränkt zu sein. Dieser wichtige Hinweis stellte die Grundlage zur Erarbeitung und Umsetzung der nachfolgend abgebildeten Verbesserungsmaßnahme – dem Ziele-Workshop – dar.

Ziele-Workshop – wozu?

Die wohl wichtigste Zielsetzung des Workshops besteht darin, dass die Führungskräfte ein Bewusstsein darüber entwickeln, dass Ziele nicht nur "von oben kommen", sondern komplexe Unternehmens- und Bereichsstrategien darstellen, welche auf allen Ebenen erarbeitet werden und für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter relevant sind.

Um ein einheitliches Verständnis für die Zielsetzungen des Workshops zu schaffen wurde im Vorfeld definiert, was mit dem neuen Instrument bewirkt werden soll:

- a. Alle Führungskräfte treffen regelmäßig strukturierte Überlegungen dazu, welche Ziele im eigenen Wirkungsbereich angestrebt werden bzw. notwendig sind und wie diese definiert, geplant, umgesetzt und evaluiert werden können.
- b. Die Führungskräfte sind über die wichtigsten Unternehmens- und Bereichsziele informiert und verstehen diese,
 - » um die jeweils relevanten Ziele an die eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommunizieren und auch erklären zu können
 - » um bei der Umsetzung übergeordneter Ziele notwendige Maßnahmen innerhalb des eigenen Verantwortungsbereiches ableiten zu können
 - » um bei der Umsetzung von Zielen anderer Bereiche (insbesondere von Schnittstellen) unterstützen zu können
- c. Übergeordnete Ziele und Ziele des jeweils eigenen Verantwortungsbereiches sind aufeinander abgestimmt bzw. ergänzen einander.

Relevanz der Inhalte

Da die Voraussetzungen der Führungssituation für die jeweiligen Führungskräfte zum Teil sehr unterschiedlich sind (Unterschiede in Infrastruktur der Einrichtungen, Führungserfahrung, Ausbildung, Verantwortungsbereiche usw.), wurde festgelegt, dass die Voraussetzungen für die Auswahl und Bearbeitung der Ziele in allen Bereichen und Ebenen einheitlich erfolgen soll. Um eine effiziente und geordnete Präsentation der Inhalte zu gewährleisten, wurde daher eine – für alle in gleichem Maße gültige – Struktur zur Beantwortung nachfolgend angeführter Fragestellungen festgelegt:

- Was ist das Ziel?
- Was ist das Nicht-Ziel?
- Mit welchem Mehrwert für das Unternehmen/ den betreffenden Bereich ist die Zielsetzung verbunden?
- Gibt es wesentliche kritische Erfolgsfaktoren (Kriterien für das Gelingen bzw. das Nichtgelingen des Vorhabens)?
- Welche Maßnahmen müssen gesetzt werden, um das Ziel erreichen zu können?
- Welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter/welche Schnittstellen sind einzubinden?
- Welche Ressourcen sind notwendig, um das Ziel erreichen zu können?
- Welcher Zeitplan ist notwendig, um das Ziel erreichen zu können?

Gestaltung und Ablauf des Workshops

Die Veranstaltung ist so aufgebaut, dass aus allen Bereichen und Einrichtungen Präsentationen über die jeweils wichtigsten Jahresziele des Folgejahres stattfinden. Der Workshop basiert auf umfassenden – im Vorfeld stattfindenden – Vorbereitungen der Führungskräfte entsprechend dem oben angeführten Fragenkatalog, sodass im Rahmen der Veranstaltung die wesentlichsten Überlegungen und Planungsschritte präsentiert und diskutiert werden können.

Die Präsentationszeit beträgt pro Bereich 30 Minuten, in welchem jeweils ein bis zwei (durch die verantwortlichen Führungskräfte selbst gewählte) Ziele, sowie die vorab ausgearbeiteten Inhalte präsentiert und gegebenenfalls diskutiert werden.

Neben der Geschäftsführung, welche ihrerseits Unternehmensziele präsentiert, nehmen sowohl der Präsident als auch dessen Stellvertreter am Workshop teil. Eine Evaluierung in Zusammenhang mit der Erreichung der präsentierten Ziele bzw. deren Umsetzungsstatus findet im Frühjahr des Folgejahres statt. Der Termin dazu wird zum gleichen Zeitpunkt wie der Workshop selber festgelegt.

Herausforderungen des Instrumentes?

Im Gegensatz zu den primären und internen Annahmen des Unternehmens werden die großen Herausforderungen nicht oder nur zu einem geringen Prozentsatz darin gesehen, vor der (auch obersten) Führungsebene zu präsentieren. Laut eigenen Angaben sehen viele Führungskräfte die schwierigen Aufgabenstellungen in anderen Bereichen, wie beispielsweise

Auswahl der Ziele

Im Vergleich zu einer weniger strukturierten Vorgehensweise regt der vorgegebene Fragenkatalog zur Diskussion und Reflexion an, was wiederum zu Verunsicherungen führt, ob das richtige Ziel gewählt wurde, oder ob sich das gewählte Ziel zur Präsentation eignet. Andererseits aber wird die intensive Auseinandersetzung mit gemeinsamen Zielen auch als Stärkung des "WIR-Gefühls" und für die Teams verbindend und vereinigend gesehen.

Vergleichbarkeit

Da die Aufgabenstellung trotz unterschiedlichen hierarchischen Ebenen, sowie unterschiedlichen Berufsgruppen- und Entscheidungskompetenzen, für alle gleichermaßen Gültigkeit hat, wird sie (auch) mit dem "Risiko der Vergleichbarkeit" in Verbindung gebracht. Insbesondere Führungskräfte aus höheren Verantwortungsbereichen stehen vor der (für sie neuen) Situation, sich vor ihren eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern präsentieren bzw. einer Diskussion stellen zu müssen. Führungskräfte aus mittleren Managementebenen stehen vor der Situation, dass Kolleginnen und Kollegen der gleichen Ebene ebenfalls präsentieren und gegebenenfalls mehr Anerkennung ernten könnten. Diese neue Situation wird von einigen Führungskräften als Druck erlebt.

Verbindlichkeit

Da eine – im gleichen Forum vorgesehene – Evaluierung zur Zielerreichung stattfinden wird, werden vorrangig Ziele ausgewählt, welche als gut erreichbar eingeschätzt werden bzw. deren Zielerreichung bereits zum Teil erfolgt ist. Ziele, welche Mut erfordern und deren Erreichung auch fremdbestimmte Kriterien beinhalten, werden noch in geringem Ausmaß herangezogen. Zu groß ist die Sorge darüber, dass die Nichterreichung oder die Zurücklegung eines Zieles als persönliches Scheitern gesehen werden könnte.

Führungskräfteentwicklung als Zielsetzung

Veranstaltungen, in welchen Führungskräfte trainieren, mit Selbstverständnis und Selbstvertrauen über Hierarchien und scheinbare Grenzen hinauszudenken, stellen daher eine wichtige Maßnahme zur Führungskräfteentwicklung im Kuratorium Fortuna dar.

Dies insbesondere auch deshalb, als die Praxis immer wieder zeigt, dass

- Führungskräfte deutlich mehr Zeit in die Lösung von Sachaufgaben, als in die Übernahme von Führungsaufgaben investieren
- Führungskräfte von multikulturellen Teams ganz besonders in ihren Fähigkeiten in Zusammenhang mit Kommunikation und Kreativität gefordert sind

Das Kuratorium Fortuna hat es sich zum Ziel gemacht, die Führungskräfte in ihrem Mut, ihrer Verantwortungsbereitschaft und ihrem unternehmerischen Denken zu stärken. Die couragierte Auswahl und transparente Gestaltung von Zielen, sowie eine

strukturierte Vorgehensweise in der Umsetzung stellen eine wichtige Voraussetzung zur Zielerreichung dar.

Im Sinne einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung begrüßt die Wiener Heimkommission insbesondere:

- Die Stärken von multikulturellen Teams zu nutzen und kreative Ansätze zu verfolgen
- einen offenen, hierarchieübergreifenden Austausch
- Diskussionen über Unternehmens- und Bereichsziele, welche entscheidenden Einfluss auf die Zukunft des Unternehmens haben werden
- eine partizipative Unternehmensführung
- die Ermutigung der Führungskräfte, an der Gestaltung ihrer eigenen Aufgaben aktiv mitzuarbeiten
- und das Bewusstsein darüber, dass die Entwicklung der Führungskräfte ein bewährter Stellhebel zur Weiterentwicklung einer hohen Ergebnisqualität in der Pflege und Betreuung von Seniorinnen und Senioren darstellt.

3.20 Pflegepersonalbedarfsprognose zur Langzeitpflege in Wien

Im Gesundheits- und Sozialwesen und damit auch im Bereich der Pflegeberufe stehen in den kommenden Jahren grundlegende Veränderungen bevor. Neben der steigenden Lebenserwartung und dem damit verbundenen wachsenden Anteil betagter und hochbetagter Menschen mit Pflegebedarf sind auch strukturelle Veränderungen zu erwarten. Wien hat mit dem Strategiekonzept "Pflege und Betreuung in Wien 2030" die Weichen zur Weiterentwicklung des Wiener Leistungsangebotes im Bereich Pflege und Betreuung für die kommenden Jahre gestellt. Um - dem künftigen Pflegebedarf entsprechend - eine sowohl aus quantitativer als auch qualitativer Sicht ausreichende Anzahl an Pflegepersonen in den jeweiligen Einrichtungen vorhalten zu können, gilt es bereits jetzt Vorkehrungen zu treffen. Eine Basis dafür stellt die Prognose des künftigen Bedarfs an Pflegepersonal für den Sozialbereich im Bundesland Wien dar. Der DWS (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen) und der FSW (Fonds Soziales Wien) haben 2018 die GÖG (Gesundheit Österreich) damit beauftragt.

Ziel des Projektes war die gesamthafte Darstellung der personellen Ist-Situation sowie eine Prognose auf Basis einer Modellrechnung für den gesamten Bereich sowohl der Gesundheits- und Krankenpflege- als auch der Sozialbetreuungsberufe für die Bereiche der Mobilien Pflege und Betreuung, des Bereiches "Wohnen und Pflege" und der teilstationären Einrichtungen sowie einigen Einrichtungen der Behindertenarbeit. Dies sofern es sich um Mitgliedsorganisationen des DWS handelt. Nicht inkludiert ist der Akutpflegebereich in den Krankenhäusern.

Auf Basis einer Vollerhebung in den Mitgliedsorganisationen des DWS wurde der Ist-Stand aller Personen mit Pflegekompetenz beschrieben und eine Prognose bis 2030 erstellt. Basierend auf den Annahmen von 2018 wurden ein Basisfallszenario und mehrere Alternativszenarien modelliert. Die Prognose basiert auf einem in der GÖG bereits erprobten

Modell, welches den jeweiligen Bedarf an Pflegepersonenausgehend vom Ist-Stand dynamisch berechnet. Basierend auf den Annahmen von 2018 und unter der Berücksichtigung der derzeit geplanten Veränderungen wird für 2030 für den Langzeitpflegebereich in Wien von einem Mehrbedarf von 9.121 Personen ausgegangen. Diese Summe setzt sich aus dem zusätzlichen Bedarf sowie der Abdeckung durch Pensionierungen zusammen.

Die Expertinnen und Experten der GÖG haben sodann als strategische Maßnahme - auf Basis von Studien und Evaluierungen aus der Praxis - Empfehlungen entwickelt, die gemeinsam mit dem FSW und den Mitgliedsorganisationen erörtert und ergänzt wurden. Diese Empfehlungen umfassen zahlreiche Maßnahmen in den Bereichen Personalanwerbung, Personalbindung und Effizienzsteigerung.

Die Ergebnisse der Prognose stehen den Mitgliedsorganisationen zur Verfügung und wurden ihnen und dem FSW von den Expertinnen der GÖG im Herbst 2019 präsentiert. Ab dem Jahr 2020 wird im DWS gemeinsam mit den Mitgliedsorganisationen und wesentlichen Stakeholdern an unterschiedlichen Prozessen und an den Empfehlungen weitergearbeitet.

Die Heimkommission begrüßt die Initiative zur Durchführung einer Prognose des Personalbedarfs im Langzeitpflegebereich. Es wird als sinnvoll erachtet, ein settingübergreifendes Vorgehen für Wien zu erarbeiten, um den Pflegepersonalbedarf für die Zukunft in allen Bereichen sicherstellen zu können.

3.21 Etablierung von dislozierten Remobilisations- und Nachsorgebetten – Betten des AKH in der Teilunternehmung-Pflegewohnhäuser

Damit sich die Fachabteilungen des AKH (Allgemeinen Krankenhauses) verstärkt auf die Erfüllung ihres spezifischen Versorgungsauftrages konzentrieren können, sollen diese in Bezug auf Patientinnen und Patienten, die nicht mehr die spezifischen medizinischen Kompetenzen und Ressourcen des AKH benötigen, entlastet werden. Dies betrifft insbesondere Personen, bei denen die basismedizinische Versorgung, die Pflege sowie die Organisation der nachfolgenden Betreuungserfordernissen im Vordergrund stehen. Zu diesem Zweck wurden mit Februar 2019 im Bereich der TU-PWH (Teilunternehmung-Pflegewohnhäuser) disloziert im PWH Baumgarten, RNS (Remobilisations- und Nachsorgebetten) geschaffen.

Die Etablierung der RNS-Einheit bedurfte eines Beschlusses der "Wiener Landes-Gesundheitsplattform" und ist der "Bundesgesundheitskommission" anzuzeigen.

Geplant wurde eine 24-Betten RNS-Station, deren Betten beim AKH systemisiert sind, die aber disloziert über einen Angliederungsvertrag von der TU-PWH Einrichtung PWH Baumgarten mit krankenanstaltenrechtlicher Betriebsbewilligung betrieben wird. Im Sinne der optimalen Eingrenzung der Zielgruppe wurde als Grundlage für die Verlegungsentscheidungen eine zwischen AKH und TU-PWH abgestimmte Indikationsliste bzw. eine SOP (standard operating procedure) erstellt.

RNS ist eine abgestufte Form der Akutversorgung zur fächerübergreifenden Weiterführung der Behandlung akuterkrankter Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen (Fachbereichen), unabhängig von deren Alter, vorzugsweise in Krankenanstalten mit breiter Fächerstruktur. Die weiterführende Behandlung beinhaltet Diagnostik und Therapie in eingeschränktem Umfang sowie Leistungen zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung. Die RNS ist ein Bindeglied zwischen primärer Akutversorgung und Rehabilitation bzw. ambulanter Weiterbehandlung und bietet Frühremobilisation von Patientinnen und Patienten, die entsprechend ihrem Krankheitsbild über die durchschnittliche Belagsdauer in der primären Akutversorgung hinausgehend eine ärztliche, pflegerische bzw. therapeutische Versorgung benötigen. Bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die RNS-Versorgung soll die Rehabilitationsfähigkeit hergestellt werden.

Die Zielgruppen sind vorwiegend Patientinnen und Patienten mit erhöhter Belagsdauer im Akutkrankenhaus und dem Bedarf an abgestufter Akutversorgung bzw. an Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung, insbesondere mit Indikationen, wie z. B.

- Zustand nach orthopädischen, unfallchirurgischen bzw. neurochirurgischen Eingriffen mit Funktionseinbußen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats,
- chronisch therapieresistenten Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats bzw. Schmerzzuständen,
- internistischen Erkrankungen mit längerer Rekonvaleszenz-Dauer (z. B. Pneumonie).

Die Definition, Ziele und Zielgruppen sind in den Strukturqualitätskriterien RNS Vorgaben des Österreichischer Strukturplan Gesundheit festgeschrieben.

Die in Frage kommenden Patientinnen und Patienten werden – sobald die Diagnostik abgeschlossen und die Therapie eingeleitet ist – nach dem Best Point of Care auf ein RNS-Bett in die TU-PWH verlegt. Die übernommene RNS-Patientin bzw. der übernommene RNS-Patient behält in der Folge auch in der dislozierten RNS-Station über den gesamten Behandlungs- und Betreuungsprozess den Status als AKH-Patientin bzw. -Patient bei. Die Verlegung erfolgt nach ärztlicher Indikationsstellung der jeweiligen Abteilung über die zuständige Abteilung im AKH mit organisatorischer Unterstützung durch das AKH-Bettenmanagement.

Die medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlung und Betreuung im PWH erfolgt auf Basis von SOPs, welche im Vorfeld zwischen TU-PWH und dem AKH abgestimmt wurden.

Mitte 2019 wurde eine Evaluierung des Projekts in Form eines Workshops vorgenommen. Folgende Themen wurden dabei besonders diskutiert:

- Es gibt ähnliche Leistungen am Markt mit jedoch unterschiedlichen Bedingungen (PH Kurzzeitpflege/Remobilisation, KH AG/R (Akutgeriatrie), Rehabilitation der SV, KH RNS-Betten). Dies erschwert eine zielgerichtete Zuweisung der Patientinnen und Patienten.

- Die Leistung ist mit 28 Tagen begrenzt. Manchmal benötigen die Patientinnen und Patienten jedoch eine längere Behandlungszeit.
- Oftmals stellen sich im Rahmen der RNS – Leistungen heraus, dass Zusatzleistungen erforderlich sind.

Die Heimkommission empfiehlt die Weiterentwicklung an den derzeitigen Angeboten für Pflege- und Betreuungsleistungen in Bezug auf die Verbesserung und Wiedererlangung der Selbstständigkeit. Abgestimmte Rehabilitations- bzw. Remobilisationsmaßnahmen werden die Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen möglichst lange hinauszögern bzw. eine Ausweitung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfes verhindern.

3.22 Seniorinnen und Senioren-Wohngemeinschaft – Basispaket

Die Initiative zum Projekt, Wohngemeinschaften für alte Menschen einzurichten, ging vom Geriatriezentrum "Am Wienerwald" aus. Dort zeigte sich, dass viele Bewohnerinnen und Bewohner, die z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt in eine stationäre Pflege aufgenommen worden waren, nach wenigen Wochen und Monaten wieder imstande waren, auch in einer eigenen Wohnung zu leben – vorausgesetzt sie würden durch Mobile Dienste betreut. Um dies zu realisieren, starteten die ersten Pilotprojekte bereits Anfang der 90er Jahre. Dem folgten zahlreiche Initiativen und Beschlüsse mit dem Ergebnis, dass am 1. Oktober 2019 das Seniorinnen- und Senioren-Wohngemeinschaft – Basispaket als neue Leistung umgesetzt wurde.

Mit dieser vom Fonds Soziales Wien geförderten Leistung können Seniorinnen und Senioren, die aufgrund körperlicher bzw. psychischer Beeinträchtigungen in einer Betreuten Wohngemeinschaft leben möchten, Unterstützung und Begleitung erhalten. Dazu gehören Unterstützung beim Ein- und Auszug, Hilfestellung bei Anträgen oder bei der Kontaktaufnahme mit Ärztinnen und Ärzten, das Weiterleiten von Betreuungsbedarf und die Kommunikation mit Mobilien Diensten. Außerdem sind die Begleitung des Gemeinschaftslebens durch regelmäßige Besprechungen, die Organisation des Einkaufs von Allgemeingütern und die Koordination von Instandhaltungsmaßnahmen Teil dieses Pakets. Nutzungskosten ("Miete") sind nicht beinhaltet.

Mobile Dienste, wie Heimhilfe oder Hauskrankenpflege, werden durch die gleiche anerkannte Trägerorganisation erbracht, wie das Seniorinnen- und Senioren-Wohngemeinschaft – Basispaket. Die Wohnungen bestehen aus Gemeinschaftsräumlichkeiten für alle, sowie eigenen Zimmern für jede Bewohnerin und jeden Bewohner. Haustiere sind teilweise erlaubt, wenn gewährleistet ist, dass das Tier selbstständig und auch bei Urlauben oder Kuraufhalten versorgt werden kann.

Neben der Sicherstellung bedarfsorientierter Pflege und Betreuung sollen vor allem die sozialen Kontakte der Bewohnerinnen und Bewohner aufrechterhalten werden. Ziel ist auch, Integration in die Gemeinschaft, Eigeninitiative und gegenseitige Hilfestellung zu fördern – nach dem Grundsatz: So wenig externe Betreuung wie möglich und so viel professionelle Unterstützung wie nötig.

Die Seniorinnen- und Senioren-Wohngemeinschaften stellen für Menschen, die nicht mehr alleine leben wollen, genauso eine Alternative dar wie für jene, die nach einem Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung wieder in eine private Wohnumgebung wechseln wollen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Förderung des Seniorinnen- und Senioren-Wohngemeinschaften-Basispakets, da dadurch sichergestellt ist, dass diese Wohnform auch für Personen mit niedrigerem Einkommen leistbar ist.

3.23 Mehrstündige Alltagsbegleitung

Dem Pilotprojekt der "Mehrstündigen Alltagsbegleitung" liegt die Frage zugrunde, wie ein Lückenschluss zur 24-Stunden-Betreuung gelingen und in Wien umgesetzt werden kann. Schließlich wird die 24-Stunden-Betreuung in Wien weniger in Anspruch genommen als in den anderen Bundesländern, schlichtweg weil der Raum für Betreuungspersonal in Privatwohnungen Pflege- und Betreuungsbedürftiger fehlt. Darüber hinaus handelt es sich dabei um eine für Privatpersonen sehr kostspielige Form der Betreuung. So müssen z.B. Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher der Stufe 3 im Schnitt 1.400 bis 1.500 Euro im Monat privat zusätzlich aufbringen.

Das Pilotprojekt wurde Ende 2018 mit dem Ziel gestartet eine Leistung zu entwickeln, die flexibel in Anspruch genommen werden kann, indem die Kundinnen und Kunden die Einsatzzeiten je nach Bedarf direkt mit der anerkannten Trägerorganisation vereinbaren und gleichzeitig folgende Zielsetzungen erfüllt:

- Mehrstündige Entlastung und Unterstützung von pflege- und/oder betreuungsbedürftigen Menschen
- Kurze und langfristige, regelmäßige Entlastung von Zu- und Angehörigen
- Verbleib im gewohnten Umfeld und Bewältigung des Alltags
- Erhaltung der Selbstständigkeit und Förderung der Autonomie und gesellschaftlichen Teilhabe
- Aufrechterhaltung sozialer Kontakte
- Vermittlung von Sicherheit

Die Leistung kann im Rahmen des Pilotprojekts für maximal 40 Stunden pro Woche (mind. vier bis maximal zehn Stunden pro Tag, von 6.00 bis 21.00 Uhr) in Anspruch genommen werden und wird nach Wunsch und Bedarf der Kundinnen und Kunden erbracht. So können die Einsätze für gemeinsame Spaziergänge, Ausflüge, Behördenwege ebenso genutzt werden, wie für Gesellschaftsleuten in den eigenen vier Wänden.

Aktuell wird die Mehrstündige Alltagsbegleitung anhand der Erfahrungen im Pilotprojekt adaptiert und optimiert. Grundlage dafür war eine Evaluierung des Projektes, die gezeigt hat, dass die Mehrstündige Alltagsbegleitung zu einem höheren subjektiven Sicherheitsgefühl und zu einer besseren Stimmung der Kundinnen und

Kunden beiträgt. Darüber hinaus berichten die Kundinnen und Kunden von einer Zunahme an Aktivitäten, einer höheren Motivation und mehr Abwechslung im Alltag.

Vor diesem Hintergrund arbeitet der Fonds Soziales Wien mit Hochdruck daran, die Mehrstündige Alltagsbegleitung den Bedürfnissen entsprechend weiterzuentwickeln, um spätestens 2021 die Leistung in optimierter Form weiterhin allen Wienerinnen und Wienern mit Pflege- und Betreuungsbedarf anbieten zu können.

Die Wiener Heimkommission begrüßt das neue Leistungsangebot, das zu einer Entlastung pflegender Angehöriger und zu einem höheren subjektiven Sicherheitsgefühl bei den Betroffenen führt. Darüber hinaus kann die Etablierung der Mehrstündigen Alltagsbegleitung die Notwendigkeit einer stationären Betreuung und Pflege verzögern.

3.24 Lebensqualität und spezielle Beschäftigungsangebote in Kolping "Gemeinsam leben" Wien-Leopoldstadt

Bibliothek on Tour – der mobile Bibliothek-Bücherwagen

Zwei ehrenamtliche Mitarbeiterinnen fahren mit einer mobilen Bibliothek, dem Bücherwagen, zu einer vereinbarten und festgelegten Zeit in die Wohnbereiche und bieten damit Bewohnerinnen und Bewohnern die Möglichkeit, Bücher auszuborgen. Das Angebot nehmen vor allem Bewohnerinnen und Bewohner, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, gerne an. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen die Lesewünsche und erfüllen diese bestmöglich.

Die Idee des Bibliothek-Bücherwagens ist aus einem Verbesserungsvorschlag aus dem Qualitätsmanagementmodell Eqalin® entstanden und wurde von den Mitarbeiterinnen des Bereichs Lebensqualität und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelt. Mitbeteiligt an der Verwirklichung waren auch Burschen aus dem Projekt "Chance 2 Work" (C2W) für langzeitarbeitslose Jugendliche, die mit dem Kooperationsprojekt zwischen AMS und Kolping Österreich wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden. Näher Informationen unter: <https://www.kolping.at/sozialeinrichtungen/arbeit-und-bildung/chance2work/> Gemeinsam mit dem Arbeitsanleiter haben sie den Bibliothek-Bücherwagen entworfen und selber gebaut.

Durch die mobile Bibliotheksarbeit werden der Bezugspflegeaspekt und die Biographiearbeit intensiviert. Durch das Lesen der Lieblingsliteratur bzw. durch das Vorlesen werden Erinnerungen geweckt und vorhandene Ressourcen gefördert. Die Bewohnerinnen und Bewohner erwarten wöchentlich sehnsüchtig neue Bücher oder Zeitschriften und freuen sich auf den Austausch mit den Bibliothekarinnen.

Gemeinsames Frühstück von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

In jeder dritten Woche eines Kalendermonats findet an jedem Wochentag in einem definierten Wohnbereich ein gemeinsames Frühstück von Bewohnerinnen und

Bewohnern mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Aufenthaltsbereichen der Wohnbereiche statt. Bereits in der Dienstplanung wird eine erhöhte Tagespräsenz an Pflegepersonal für diesen Tag berücksichtigt. Am Vorabend werden die Aufenthaltsbereiche entsprechend der Jahreszeit dekoriert und vorbereitet. Das Frühstück wird durch Wunschmusik der Bewohnerinnen und Bewohnern begleitet.

Kulinarisch wird zusätzlich zum täglichen Standard weiteres und vielfältiges Frühstück angeboten.

Am gemeinsamen Frühstück nehmen die Bewohnerinnen und Bewohner, das Pflegepersonal aus dem Wohnbereich sowie Gäste (aus dem Bewohnerservice, Psychologinnen, Therapeutinnen und Therapeuten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Bereich Lebensqualität sowie An- und Zugehörige...) teil.

Die Idee des gemeinsamen Frühstücks von Bewohnerinnen und Bewohnern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist aus einem Verbesserungsvorschlag aus dem Qualitätsmanagementmodell Eqalin® entstanden und wurde von der Pflegedienstleitung mit den Wohnbereichsleitungen entwickelt.

Durch das gemeinsame Frühstück werden der Bezugspflegeaspekt und die Biographiearbeit noch intensiver gelebt. Positive Erinnerungen an Frühstück mit Familienangehörigen oder Freundinnen und Freunden werden geweckt und vorhandene Ressourcen dadurch gefördert.

Auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird durch das Frühstück ohne Zeitdruck die Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern spürbar intensiviert. Die Bewohnerinnen und Bewohner erwarten das gemeinsame Frühstück bereits mit großer Vorfreude. Die physischen und psychischen Ressourcen werden genutzt und gefördert.

Bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern lässt sich eine Steigerung der Zufriedenheit in der Beziehungsarbeit sowie eine Motivationssteigerung erkennen.

Als kritischer Erfolgsfaktor ist der erhöhte Personalaufwand für diesen Tag anzumerken, der aufgrund von akuten Personalausfällen an diesem Tag bzw. dem aktuellen Personalmangel in den Pflegeberufen die Umsetzung des Frühstücks generell erschwert.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Initiativen "mobiler Bibliothek-Bücherwagen" und "gemeinsames Frühstück von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern". Diese Projekte stellen eine Anregung für weitere Einrichtungen dar.

3.25 Regenbogen überm Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

LGBTQI* (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Questioning, Intersex,* ist ein gängiges Akronym, um Lebensrealitäten abseits der Cis-Heteronorm abzubilden) –Personen, die sich in ihrem dritten und vierten Lebensabschnitt befinden, sind gerade im deutschsprachigen Raum in allen Bereichen noch weitestgehend unsichtbar. Heutige queere Seniorinnen und Senioren sind damit aufgewachsen, dass ihre sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität kriminalisiert, pathologisiert und marginalisiert wurde. In Österreich wurde erst 1971 das Totalverbot homosexueller Handlungen aus dem Strafgesetzbuch genommen, die Konversionstherapie für Minderjährige erst 2019 gesetzlich verboten. Diese Lebensumstände bedingen, dass LGBTQI*-Menschen im dritten und vierten Lebensabschnitt gerade bei intersektioneller Betrachtungsweise eine äußerst vulnerable Gruppe darstellen. Es ergibt sich nicht zuletzt aufgrund des Minderheitenstresses ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen. Gerade wenn es um Pflege- und Altenwohneinrichtungen geht, befürchten viele queere Seniorinnen und Senioren Diskriminierung. Das führt soweit, dass sich ältere Lesben und Schwule aus Angst erkannt zu werden, in einem solchen Ausmaß verstecken und zurückziehen, dass die Gefahr der Verwahrlosung besteht. Dazu kommt es aufgrund der spezifischen (Wahl-)Familienstruktur zu stärkerer Vereinsamung im Alter. Viele haben den Kontakt zu ihren Kernfamilien verloren. Zugehörige sind oft aus derselben Generation und Besuch durch Kinder und Enkelkinder entfällt oft aufgrund der fehlenden Nachkommenschaft. Damit ist insgesamt auch die physische Gesundheit bedroht. Insbesondere Intersex- und Transgender-Personen haben außerdem auch spezifische Bedürfnisse in der medizinischen Versorgung, denen man gerecht werden muss.

Bisher gab es österreichweit noch keine Pflege- bzw. Altenwohneinrichtung, die eine Willkommenskultur für queere Ältere, Hoch- und Höchstbetagte offen pflegt und kommuniziert sowie ein auf ihre besonderen Bedürfnisse abgestimmtes Angebot bietet.

Im Herbst 2018 wurde deswegen im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser das Projekt "Regenbogen überm KWP" ins Leben gerufen, das sich in einem interdisziplinären Team mit der LGBTQI*-freundlichen Gestaltung der Häuser zum Leben auseinandersetzt.

Auf Basis von Sichtbarmachung zuvorderst der Existenz von Menschen 65+, die abseits der cisgeschlechtlichen Heteronorm leben und Bewusstseinschaffung für die besondere Situation, Anforderungen und Bedürfnisse von LGBTQI*-Seniorinnen und -Senioren, soll mit einem inklusiven Ansatz eine Atmosphäre geschaffen werden, die dieser Gruppe ein würdevolles Altern in allen Aspekten ihrer Identität ermöglicht.

Als Kernstück der Projektarbeit ist mittels Selbstevaluation, Wissensgenerierung durch intensive Recherche und Vernetzung mit einschlägigen Einrichtungen und Expertinnen und Experten im In- und Ausland ein - auf das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser zugeschnittener - Maßnahmenkatalog erarbeitet worden, der sich diesem Ziel anhand der Kategorien Hausgestaltung, Kommunikation, Personal, Bewohnerinnen und Bewohner (inkl. Zu- und Angehörigen) sowie (Unternehmens-)Kultur annähert.

Gerade in Hinblick auf die Sichtbarmachung queerer Menschen fortgeschrittenen Alters konnten bereits im ersten Jahr des Projektes eindruckliche Erfolge erzielt

werden, die sich vor allem auf eine offensive und nachhaltige interne und externe Kommunikation gründen. Dazu zählen neben oben Genanntem die ausdrückliche Aufnahme von Gleichbehandlung ungeachtet der sexuellen Orientierung in den Verhaltens- und Ethikkodex, optionale Nutzung des Gendersternchens, inklusive Gestaltung von Stellenausschreibungen, Thematisierung im Onboarding-Prozess aller neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Gegenwärtigkeit des Projektes auf internen Kanälen wie dem Intranet, der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterzeitung und dem persönlichen Gespräch, Berichterstattung in Presse und Fachmedien, Verbreitung über Social Media, Teilnahmen an Fachveranstaltungen und Konferenzen, Hissen der Regenbogenflagge anlässlich des Pridemonats Juni und die Präsenz am EuroPride Village am Rathausplatz.

Nach Abschluss des Projektes im Herbst 2019 ging die Beschäftigung mit diesem Themenkomplex in die regulären Aufgaben der Abteilung Diversitäts- und Gesundheitsmanagement über. Auf Grundlage der erarbeiteten Maßnahmen werden weitere Schritte gesetzt.

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

3.26 "ZAB" – Zentraler Zu- und Angehörigenbeirat im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Definition Angehörige – Zugehörige

Nicht zuletzt bedingt durch den demographischen Wandel ist festzustellen, dass sich das soziale Umfeld betagter Menschen verändert. Oftmals sind es nicht mehr nur die klassischen "Angehörigen", wie Kinder und Enkelkinder, die sich in unterschiedlicher Form und Intensität um die älteren Familienmitglieder kümmern. Vermehrt spielen auch "Zugehörige", also z.B. Freunde oder Bekannte, eine wichtige Rolle. Speziell für betagte Menschen, die alleine leben oder gelebt haben, kann eine einzelne Person, die den Kontakt hält, eine wichtige Unterstützung sein.

Die Herausforderung für Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen ist es also, alle Bezugspersonen im nahen sozialen Umfeld älterer Menschen – seien es bereits Bewohnerinnen bzw. Bewohner oder nicht – zeitgerecht zu erreichen und bestmöglich zu entlasten, sie jedoch auch aktiv teilhaben und mitgestalten zu lassen und sie als wichtige, ergänzende Ressource zu betrachten und zu integrieren.

IST- Stand: Zu- und Angehörigenarbeit im KWP

In der Arbeit mit und für An- und Zugehörige hat das KWP in der Vergangenheit bereits eine Vielzahl verschiedener Angebote gestaltet. Einige davon sind als fester Bestandteil im Unternehmen etabliert. Der größere Teil der Angebote findet jedoch punktuell und je nach Haus bzw. Team individuell, in unterschiedlicher Form, Frequenz und Qualität statt.

Ein Ziel ist es also, bestehende Angebote zu evaluieren, zu strukturieren, auszuweiten und in eine zu erarbeitende, transparente Gesamtstrategie einzubetten.

Präventiver Ansatz

Da der Kontakt mit Zu- und Angehörigen in den meisten Fällen derzeit standardisiert anlassbezogen (z. B. Einzug, Umzug in den stationären Bereich, Todesfall) oder bei kritischen Anlässen (Beschwerden, Krisensituationen) stattfindet, ist es das Ziel, Zu- und Angehörige darüber hinaus eine Stimme zu geben und sie als wichtige Ressource zu nutzen.

Projekt "Zu- und Angehörigenarbeit im KWP"

Innerhalb der Gruppe der Zu- und Angehörigen, finden sich im Wesentlichen drei Zielgruppen mit teilweise unterschiedlichen Interessen und Ansprüchen.

1. Zu- und Angehörige von aktuell im KWP lebenden Bewohnerinnen und Bewohnern

Ziel ist es, diese Ressource zu nutzen, Teilhabe, Kooperation und Mitgestaltung zu ermöglichen. Ein Kontakt soll regelmäßig und nicht anlassbezogen sein (Prävention).

2. Pflegende Zu- und Angehörige

Unternehmensziel ist die psychische Stärkung und persönliche Entlastung pflegender An- und Zugehöriger.

3. Zu- und Angehörige von potentiellen Bewohnerinnen und Bewohnern – Grätzelarbeit

Ziel ist es, das Leistungsangebot KWP durch gezielte Informationen und Aktionen für potentielle Bewohnerinnen und Bewohner, ihre unterstützenden An- und Zugehörige und auch im Grätzel attraktiv zu präsentieren.

Projekt "ZAB"

Gemäß der vorgenannten Definition wurde im Frühsommer 2019 eine Initiative vorgezogen und das Projekt "ZAB" gestartet. Ziel des Projekts war die Konzeption, Bewerbung, Auswahl und Implementierung eines unternehmensweiten Beirats aus Zu- und Angehörigen von aktuell im KWP lebenden Bewohnerinnen und Bewohnern.

Im ersten Schritt wurde das Aufgabenprofil definiert:

- ZAB ist eine ehrenamtliche und unentgeltliche Funktion. Das zentrale, partizipative Gremium begleitet die GL (Geschäftsleitung) und das Unternehmen solidarisch und kooperativ. Die Mitglieder des ZAB sind eingeladen sich mit den Unternehmens-themen und -zielen auseinanderzusetzen und das KWP aktiv mit- bzw. weiter zu entwickeln.
- ZAB vertritt und bündelt Zu- und Angehörigeninteressen im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner der Häuser und kommuniziert mit der GL sowohl über zentrale, inhaltliche Belange, anlassbezogen, aber auch über Themenstellungen einzelne Häuser betreffend. ZAB ist auch in strategische Projekte und Prozesse eingebunden und übernimmt Repräsentations- bzw. Präsentationsaufgaben in Absprache mit der GL oder gemeinsam mit dieser.
- ZAB ist jedoch kein Entscheidungsgremium und keine parallele Managementebene zu bestehenden. Es soll auch nicht Aufgabe sein, hausbezogene Einzelaufträge und Informationseinholungen in Eigenregie durchzuführen. Dazu steht als "Drehscheibe" eine zentrale Koordinationsstelle zur Verfügung. ZAB ist auch kein Forum für parteipolitisches Engagement.

- ZAB agiert auch nicht auf Hausebene. Es ist ein zentrales Gremium, das sich regelmäßig zu ausgewählten Themen mit der Geschäftsleitung (GL) trifft (mindestens 4 x jährlich). Darüber hinaus sind monatliche Treffen vorgesehen bzw. Einzelkontakte jederzeit möglich und erwünscht. Es wird auch gezielte Veranstaltungen bzw. Hospitationen geben, damit der ZAB bestmöglich die Organisationseinheiten und Prozessabläufe im KWP kennenlernt. ZAB soll auch eigene Themen, die für ihn interessant sind, einbringen. Auf Hausebene soll in einem nächsten Projektschritt die Zu- und Angehörigenarbeit noch stärker verankert werden.
- Die Funktionsdauer beträgt zwei Jahre. Sie erlischt nicht, wenn die Zu- und Angehörigenbeziehung nicht bis zum Ende der Funktionsperiode besteht. Natürlich ist es möglich, dass die Funktion beidseitig jederzeit und ohne Angaben von Gründen beendet werden kann. Im Falle eines Ausscheidens wird jedoch innerhalb der Funktionsperiode nicht nachbesetzt.
- ZAB wird nach einem Jahr (Zwischenergebnis) und abschließend nach zwei Jahren evaluiert.

Diese Rahmensetzung war die Grundlage für das Bewerbungs- und Auswahlverfahren:

Grundsätzlich wurden alle Zu- und Angehörigen der aktuell im KWP lebenden Bewohnerinnen und Bewohner angesprochen und eingeladen, sich für die Funktion schriftlich zu bewerben. Es wurde sowohl mit Plakaten/Informationskarten, per eigener Homepage (www.zab.kwp.at), via Social Media, einem Werbefilm und mittels Brief an alle Bewohnerinnen und Bewohner informiert und beworben, aber auch im persönlichen Kontakt mit den Zu- und Angehörigen im jeweiligen Haus zur Übernahme dieser Funktion motiviert. Um ZAB als "Marke" deutlich zu machen, wurde ein eigenes Logo dafür entwickelt.

Es bestand die Möglichkeit, sich für die Funktion in jenem Haus, in dem die jeweiligen Verwandten, Bekannten wohnen, zu bewerben. Pro Bewohnerin bzw. Bewohner konnte nur eine Bewerberin bzw. ein Bewerber in Auswahl genommen werden. Die Bewerbung konnte in jedem unserer Häuser abgegeben werden oder aber auch über die KWP-Homepage (www.kwp.at).

Anhand eines Kriterienkatalogs wurde aus allen Bewerberinnen und Bewerbern pro Haus eine Vorauswahl getroffen. Aus all diesen Kandidatinnen bzw. Kandidaten wurden darauf folgend nach einem zentralen Auswahlprozedere 34 Zu- und Angehörigenbeirätinnen und -beiräte ausgewählt, wobei darauf geachtet wurde, dass sich die Zusammensetzung des ZAB nach den Dimensionen der Diversität orientiert.

Alle Bewerberinnen und Bewerber erhielten nach dem Auswahlprozess zur gleichen Zeit von der Zentrale per Post Rückmeldung. Die 34 nominierten Zu- und Angehörigenbeirätinnen und -beiräte wurden zusätzlich telefonisch kontaktiert und zur Auftaktveranstaltung hinsichtlich ihrer Ernennung eingeladen.

Ende November fand diese Auftaktveranstaltung statt, bei der die gesamte Geschäftsleitung und zahlreiche Direktorinnen und Direktoren anwesend waren. Die 34 gewählten und eingeladenen Zu- und Angehörigenbeirätinnen und -beiräte waren (mit einer krankheitsbedingten Ausnahme) vollzählig anwesend. Das Meeting war ein erstes Kennenlernen und der Beginn der zukünftigen inhaltlichen Zusammenarbeit. Ende Jänner 2020 fand auf Basis der erfragten Erwartungshaltungen und Ideen ein Workshop statt, bei dem einerseits dieses neue Gremium noch näher an das Unternehmen herangeführt werden sollte und andererseits die gemeinsamen Ziele konkretisieren wurden.

Zitat einer Angehörigenbeirätin anlässlich der Startveranstaltung: *"Ich habe mich für den ZAB beworben, weil ich einfach finde, man sollte sich in solchen Projekten engagieren, wenn man möchte, dass die Qualität nicht nur gehalten, sondern verbessert wird."*

Erwartungshaltung und Nutzen für das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser und ZAB

Das KWP fördert mit der Implementierung dieses neuen Gremiums die aktive Teilhabe der wesentlichsten Anspruchsgruppe nach den Bewohnerinnen und Bewohnern. Die GL erwartet sich, dass dadurch die weitere Unternehmensentwicklung durch den externen Blickwinkel zusätzliche kundinnen- bzw. kundenorientierte Impulse erhält.

Der beidseitige Nutzen ergibt sich durch die enge Kooperation von professionellem, bewährtem Management mit einem ehrenamtlichen Gremium mit sozialem Engagement und innovativen Ideen. Der benennbare Nutzen soll spätestens nach zwei Jahren, nachdem die Projektergebnisse abschließend evaluiert vorliegen, erkannt werden können.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die projekthafte Umsetzung einer in dieser Form noch nicht bekannten Maßnahme bzw. Initiative der Partizipation. Man ist in Erwartung der ersten Zwischenergebnisse. Die Wiener Heimkommission motiviert andere Einrichtungsträger, ähnliche Maßnahmen der Teilhabe zu initiieren.

3.27 Die Kraft und Leistungen der Freiwilligen in der Casa Leben im Alter gGmbH

Einleitung

Das "Freiwilligen Engagement" in der Gesellschaft hat eine große Bedeutung. Es wirkt auf verschiedenen Ebenen: politisch, ökonomisch, kulturell, ökologisch und sozial. Für Casa Leben im Alter – als Anbieter von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen – ist "Freiwilligen Engagement" ein wesentlicher Stützpfeiler in der professionellen Alltagsgestaltung für die Bewohnerinnen und Bewohner. Wir leben in einer Zeit des demografischen Wandels mit Entwicklung zu hoher Lebenserwartung und Anstieg der Multimorbidität der zu betreuenden und zu pflegenden Menschen. Gepaart mit Fachkräftemangel sowie begrenzten öffentlichen Geldern macht gerade die Unterstützung durch engagierte Menschen einen wertvollen Unterschied. Sie leisten einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag im Sinne der Menschlichkeit.

Der Freiwilligen-Alltag in den Casa Leben im Alter-Häusern in Wien

In den Häusern der Casa Leben im Alter in Wien unterstützen derzeit 38 freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilweise schon mehr als 10 Jahre. Sie sind zwischen 20 und 75 Jahre alt und haben unterschiedliche Motivationen für ihr freiwilliges Engagement. Sie suchen einen Ausgleich zu ihrem beruflichen Alltag, stärken ihre gesellschaftliche Integration oder verbessern ihre Deutschkenntnisse. Viele freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind schon in Pension und wollen ihre freie Zeit an Menschen verschenken, die Hilfe benötigen. Andere wiederum beugen damit der eigenen Einsamkeit vor und finden Sinnstiftung in ihrer freiwilligen Tätigkeit. Allen gemeinsam ist, dass sie mit dem Herz dabei sind und die Bewohnerinnen und Bewohner gerne besuchen. Die von ihnen übernommenen Aufgabenbereiche sind sehr bunt:

- Gestaltung von Musikedmittagen
(z. B. Austropop, Volksmusik, Spanische Lieder)
- Begleitung zur wöchentlichen Messe
- Besuchsdienste inklusive Spaziergänge und Ausflüge
(z. B. Begleitung zum Rapid Match)
- Vorlesen von selbst geschriebenen Gedichten mit musikalischer Begleitung
- Unterstützung bei kreativen Nachmittagen
- Gestaltung von Männer-Stammtischen
- Organisation von Filmedmittagen inklusive Vor- und Nachbesprechung
- Überraschen der Bewohnerinnen und Bewohner als Nikolo
- Unterstützung der Seelsorgerin
- Begleitung zu Hausausflügen
(z. B. Schönbrunn, Weihnachtsmärkte, Donaupark)

Frau G. begleitet schon seit 10 Jahren im früheren Casa Waldkloster und nun in der Casa Sonnewendviertel. Sie wurde gefragt, was sie am meisten berührt: "Wenn ich sehe, wie sich die Pflegehaus-Bewohnerinnen und -Bewohner freuen, wenn ich mich zu ihnen setze und mit ihnen plaudere. Ich habe Zeit, mit ihnen in die Vergangenheit einzutauchen und nachzufragen, wie das so war – damals. Da wird ganz viel erzählt und Erinnerungen werden wach.

"Leider sind viele Bewohnerinnen und Bewohner dement und es ist oft schwierig sie zu erreichen, aber mit viel Empathie gelingt das gut. Wenn die Worte fehlen, dann versuche ich durch Nähe mit ihnen in Kontakt zu kommen. Ich halte ihre Hand oder streichle ihren Rücken und sie spüren, dass ich jetzt ganz für sie da bin. Auch wenn sie vielleicht nicht alles verstehen, erzähle ich ihnen Geschichten und oft singen wir miteinander und das ist schön. Zuletzt habe ich einen alten, sehr lieben Herrn für eine längere Zeit betreut. Wir haben viele Spaziergänge mit dem Rollstuhl gemacht, sind mit dem Rollator im Haus herumgekurvt, haben mit Händen und Füßen geturnt und ganz, ganz viel gesprochen. Leider ist er im Sommer im Krankenhaus verstorben, aber ich durfte ihn auch dort bis zuletzt begleiten und von ihm Abschied nehmen. Ich bin sehr dankbar für diese Zeit mit ihm, sie hat mich sehr bereichert und er wird immer einen Platz in meinem Herzen behalten."

Neben den einzelnen freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützen auch Unternehmen die Casa Leben im Alter-Häuser im Rahmen ihrer Corporate Social Responsibility (CSR)-Initiativen. Sie bieten Begleitung bei größeren Ausflügen, helfen beim Ausmalen oder gestalten Feste für die Bewohnerinnen und Bewohner.

Mehrwert für Bewohnerinnen und Bewohner

"Freiwilliges Engagement" kommt den Bewohnerinnen und Bewohnern sehr zugute. Der Mehrwert und die Vorteile sind täglich sichtbar. Gerade Menschen, die keine Verwandte mehr haben oder sehr selten Besuch bekommen, halten so den Kontakt mit der Außenwelt. Sie teilen ihre Gedanken und Gefühle mit den Freiwilligen und erleben auch am Wochenende Abwechslung.

Viele Aktivitäten wären undenkbar ohne die Unterstützung der freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Gerade bei den Ausflügen benötigen die Seniorenbetreuerinnen und -betreuer ausreichende Begleitung, damit so viele Seniorinnen und Senioren wie möglich im Rollstuhl mitfahren können. Die Bewohnerinnen und Bewohner schätzen die Nähe und das Engagement der freiwillig Mitarbeitenden sehr.

Sie bedanken sich stets und fragen neugierig, wann der nächste Besuch geplant ist.

Gerade für Menschen mit Demenz ist die Zeit mit Freiwilligen sehr kostbar. Geduldig zuhören und einfach nur da sein, stehen hier im Vordergrund. Empathie ist dabei sehr wichtig.

Einbeziehung der Freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegewohnhaus-Alltag

Für Casa Leben im Alter ist die Einbeziehung der freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Alltag der Pflegewohnhäuser selbstverständlich. Zu Beginn lernen sie das Haus sowie wichtige Ansprechpersonen kennen und werden den Bewohnerinnen und Bewohnern vorgestellt. Zu Hausfesten sind alle herzlich eingeladen und Jubiläen werden gemeinsam gefeiert. Die Häuser organisieren mehrmals im Jahr Freiwilligenabende, die dem Austausch dienen und oftmals von interessanten Vorträgen begleitet werden.

Dank des umfassenden Freiwilligen-Managements der Caritas der Erzdiözese Wien gibt es für alle freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein breites Angebot an Serviceleistungen. Diese reichen von Weiterbildungsmöglichkeiten, einer subsidiären Haft- und Unfallversicherung, gemeinsamen Ausflügen bis hin zu Supervision bei Bedarf. In jedem Casa-Haus gibt es eine Koordinatorin oder einen Koordinator, die/der die primäre Ansprechperson für alle freiwilligen Mitarbeitenden ist. Sie stehen für persönliche Gespräche bzw. einen Austausch über Telefon und E-Mail zur Verfügung. Ihre Aufgabe ist es ebenfalls, regelmäßig Feedback einzuholen und die Freiwilligen bestmöglich zu begleiten.

Wie wird jemand freiwillige Mitarbeiterin bzw. freiwilliger Mitarbeiter?

Interessierte Menschen bewerben sich direkt bei den Koordinatorinnen und Koordinatoren im Haus oder nutzen die Plattform www.zeitschenken.at. Dort sind alle Profile für eine freiwillige Mitarbeit pro Casa-Haus beschrieben. Alles beginnt mit einem Vorstellungsgespräch. Dort werden Erwartungen und Wünsche von beiden Seiten besprochen. Die anschließende Probezeit gibt Aufschluss über die gewünschte Tätigkeit. Es kommt vor, dass eine ganz andere Arbeit viel mehr Spaß macht, als die, für die sich die Freiwilligen beworben haben. Für eine 1:1 Betreuung einer Bewohnerin oder eines Bewohners ist eine Eingewöhnungszeit notwendig. Beide Menschen müssen sich erst kennenlernen. Beziehungen bauen sich Schritt für Schritt auf. Es ist schön zu sehen, wie viele davon in den letzten Jahren entstanden sind. Das schafft Lebensqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner.

Fazit

"Freiwilliges Engagement" ist ein großer gesellschaftlicher Gewinn und aus der Arbeit der Wiener Casa Leben im Alter Pflegewohnhäuser nicht mehr wegzudenken. Die vielen freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereichern das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner und unterstützen den Alltag in den Häusern.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtungen mit Menschen, die durch ihr freiwilliges Engagement einen wertvollen Beitrag für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegewohnhäusern leisten.

3.28 "1450 telefonische Gesundheitsberatung Wien" – Ein Wegweiser durch das Gesundheitssystem

Nach erfolgreichem Abschluss der Pilotphase (04/2017 bis 12/2018) in Niederösterreich, Vorarlberg und Wien wurde der stufenweise bundesweite Rollout für 2019 vorbereitet und umgesetzt. Seit 04.11.2019 befindet sich die "telefonische Gesundheitsberatung 1450" in ganz Österreich im Regelbetrieb, ist täglich und rund um die Uhr erreichbar und erteilt bei konkreten Gesundheitsproblemen Empfehlungen zur Versorgung am "best point of service". In Wien wurde der Fonds Soziales Wien als dezentraler operativer Betreiber eingesetzt.

"Gesundheitsberatung 1450 Wien" in Zahlen

Seit dem Start der telefonischen Gesundheitsberatung Wien mit 07.04.2017 bis 31.12.2019 sind rund 125.000 Anrufe bei 1450 eingegangen, davon wurden rund 58.000 medizinische Beratungen unter Einsatz des protokollgestützten, lizenzbasierten Expertensystems (Abfragebaum) durchgeführt.

Die TOP-Themen der Anruferinnen und Anrufer (saisonal abhängig) waren: abdominale Schmerzen, Grippe und Erkältung, Erbrechen, Schwindelgefühl sowie Rückenschmerzen.

Rund 5.450 Anrufe wurden durch die "telefonische Gesundheitsberatung 1450 in Wien" als Notfall klassifiziert und an die Wiener Berufsrettung übermittelt. An den Ärztekundendienst wurden rund 3.000 Anrufe zur hausärztlichen Versorgung weitergeleitet.

Insgesamt wurden 75% aller triagierten Anrufe an den niedergelassenen Bereich verwiesen, bei 9% reichte eine Anleitung zur Selbstversorgung. Spitzenzeiten bei den Anrufen im Tagesablauf waren in der Zeit von 07:00 bis 09:00 Uhr bzw. von 16:00 bis 22:00 Uhr. Höchste Nutzung des Services wird an Wochenenden und Feiertagen gemessen.

"Gesundheitsberatung 1450 Wien" wirkt

Ein Vergleich der telefonischen Gesundheitsberatungen mit den tatsächlichen Arztkontakten, durchgeführt vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger, zeigt eine hohe Bereitschaft der Anruferinnen und Anrufer, die Empfehlung der Gesundheitsberatung einzuhalten. Diese liegt bundesweit bei durchschnittlich 70%. Im Zuge der stufenweisen Umsetzung des Projektes "Entsendealternative für die Berufsrettung Wien" konnten bislang rund 5.700 Anrufe mit niedrig priorisierten Symptomen von der Berufsrettung Wien an die 1450 übermittelt und somit Rettungs- und/oder Krankentransport-Ausfahrten reduziert werden.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurde im Jahr 2019 zur Steigerung der Bekanntheit des Services 1450 eine Vielzahl an Maßnahmen durchgeführt, wie beispielsweise Standbetreuung bei diversen Veranstaltungen (Opening-Event der Seniorinnen und Senioren, Messe für Gesundheit und Prävention, Lebenslust, Wiener Sicherheitsfest u.a.), aber auch Online-Kampagnen über unterschiedlichste Werbeformen im öffentlichen Raum bis zu zielgruppenspezifischen Inseraten, City Lights, usw.

Ab 1.1.2020 wird eine neue Generation von e-cards mit einem Foto der Versicherten ausgestattet und die Nummer 1450 darauf beworben.

"Gesundheitsberatung 1450 Wien" wird weiterentwickelt

Im Rahmen der Evaluierung des Pilotbetriebes mit Ende 2018 wurden österreichweite Maßnahmen zur Weiterentwicklung der "telefonischen Gesundheitsberatung 1450" definiert und die stufenweise Umsetzung in Angriff genommen. Beispielsweise wird die Integration des Apothekenrufs 1455 in die "telefonische Gesundheitsberatung 1450" durch die Umsetzung eines bundesweiten Projektes realisiert.

Damit soll künftig auch eine Auskunft zu Medikamenten möglich sein.

Individuelle Weiterentwicklungen für Wien sind ebenfalls geplant. Diese sollen den Bürgerinnen und Bürgern – ergänzend zum Service der heutigen Gesundheitsberatung Wien – weitere Informationen und Leistungen zu Gesundheitsthemen in Wien bieten. Die "telefonische Gesundheitsberatung 1450 Wien" kann künftig die Auskunftsstelle zu Gesundheitsfragen und Gesundheitsdiensteanbietern für die Wienerinnen und Wiener werden. Beispielsweise ist im Jahr 2020 die Einbindung des Impftelefon der Stadt Wien in die Telefonnummer 1450 in Entwicklung, sodass auch Beratungen und Terminbuchungen für Impfungen unter einer Telefonnummer durchgeführt werden.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die erfolgreiche Etablierung und Weiterentwicklung, sowie die enge Kooperation der telefonischen "Gesundheitsberatung 1450" mit den Sozial- und Gesundheitseinrichtungen der Stadt.

3.29 Creative Bureaucracy Festival – und die Klubs sind dabei

Seit dem Jahr 2015 kommen Schülerinnen und Schüler der Höheren Technischen Bundeslehranstalt (TGM) des 20. Bezirks in ausgewählte Pensionistinnen – und Pensionistenklubs der Stadt Wien und lehren Seniorinnen und Senioren in einer 1:1 Betreuung mit den Neuen Medien umzugehen. Dieses Projekt wurde als Freiwahlfach "Sozialkompetenz" am TGM in den Stundenplan integriert. Die Schülerinnen und Schüler können im späteren Berufsleben ihre soziale Kompetenz und ihre Lehrtätigkeit vorweisen. Mit einem Pensionistinnen- und Pensionistenklub wurde 2015 begonnen, mittlerweile beteiligen sich sechs Klubs an dieser großartigen Aktion. Seniorinnen und Senioren haben großes Interesse auf sanfte Weise in die Welt der Digitalisierung geführt zu werden. Mit viel Geduld wird das Wissen von den Schülerinnen und Schülern vermittelt. Die Seniorinnen und Senioren geben der jungen Generation Anerkennung, Zuneigung und viel Wissen zurück.

Dieses Projekt reichten die Pensionistinnen- und Pensionistenklubs der Stadt Wien beim heurigen "Creative Bureaucracy Festival" unter dem Titel "Von den Besten lernen – Erfahrungsaustausch mal anders" ein. Das Festival ist eine Plattform um Ideen und Best Practice-Beispiele mit Behörden und Verwaltungen zu teilen, zu diskutieren und generell vorzustellen. Ziel ist es, das Gemeinwesen zu verbessern. Schauplatz des zweiten und nun in Folge jährlich stattfindenden Festivals war die Humboldt-Universität Berlin. Das Projekt wurde angenommen. Eine Abordnung,

bestehend aus einem Schüler des TGM, einem projektbegleitenden Professor des TGM, einer Seniorin der Pensionistinnen- und Pensionistenklubs der Stadt Wien, einer Teamleitung der Klubs, sowie die Abteilungsleiterin Pensionistinnen- und Pensionistenklubs der Stadt Wien, reisten vom 20. bis 22. September 2019 nach Berlin.

Der Vortrag war einer der bestbesuchtesten und erntete große Aufmerksamkeit und kaum endenwollende Fragestellungen dazu. So bunt wie die Abordnung war auch der Auftritt. Eine Klubbesucherin und Seniorin erzählte lebhaft von ihren Erfahrungen und der Dringlichkeit der Unterstützung bei der Digitalisierung. Die Bedeutung der Pensionistinnen- und Pensionistenklubs für die Stadt Wien wurde von Abteilungsleiterin Frau Madlena Komitova geliefert. Der am Projekt beteiligte Schüler erzählte auf berührende Weise von seinen anfänglichen Vorurteilen betagten Menschen gegenüber und dass er heute, nach Beendigung seiner Schülerlaufbahn, sogar gerne auf Besuch in den Klub kommt und freiwillig arbeitet. Der Projektleiter am TGM gab seine Erfahrungen und Tipps bezüglich der Implementierung des Projekts an der Schule weiter, dass sich nun jährlich über 100 Schülerinnen und Schüler für dieses Freifach entscheiden. Er berichtete, welche Herausforderung es darstellte, ein Lehrprogramm zu entwickeln, das die Seniorinnen und Senioren bei ihrem Wissensstand abholt und die Schülerinnen und Schüler nicht langweilt.

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.

3.30 Eine Anpassungsstrategie an den Klimawandel oder was tun gegen die Hitze?

Grünressourcen sind wichtige Infrastrukturen innerhalb Wiens. Gärten und Parks leisten einen wichtigen Beitrag zu Wiens Grünräumen und verbessern das Stadtklima. Schon alleine die Gärten der Häuser zum Leben des KWP (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser) umfassen insgesamt eine Größe von 200.000m², so groß wie 28 Fußballfelder.

Diese grünen Oasen sind aber nicht nur wichtig gegen die sommerliche Überwärmung, sondern haben auch viele soziale Vorteile. Wo es grün ist, halten sich Menschen gerne auf: Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige, Grätzelanwohnerinnen und Grätzelanwohner, als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Senioreneinrichtungen.

Wir leben immer mehr in der Stadt und entfernen uns von der Natur. Dazu kommt noch, dass wir uns oft fast den ganzen Tag im Innenraum aufhalten. Sei es durch den Arbeitsalltag oder weil Menschen körperlich einfach nicht mehr dazu in der Lage sind. Gärten und grüne Oasen nahe dem Wohnort sind daher wichtige Aufenthaltsräume mit großer Bedeutung für ältere Menschen. Im KWP werden Gärten laufend erneuert, gewartet und so umgestaltet, dass sie Zonen verschiedener Aufenthaltsqualitäten bieten. Eine Öffnung der Häuser zum Leben Richtung Grätzeln ist erwünscht. So können die grünen Oasen von allen Menschen genutzt werden.

Neben den vorhandenen Grünressourcen innerhalb Wiens, gibt es auch organisatorische, allgemeine und baulich-technische Maßnahmen, die einer sommerlichen Überwärmung entgegenwirken. So sollten bei Sanierungsprojekten Dächer begrünt statt bekies

werden. Im Inneren von Gebäuden sind es "Cooling Rooms", die den Bewohnerinnen und Bewohnern einen Raum bieten, wo sie sich in den heißesten Sommermonaten stundenweise zurückziehen und abkühlen können. In vielen Häusern zum Leben des KWP befinden sich bereits solche "Cooling Rooms".

Diese und ähnliche Maßnahmen wurden in einem Projekt des KWP herausgearbeitet, dessen Ziel es ist, ihre Häuser schrittweise an die Anforderungen des Klimawandels anzupassen. Fassaden zu begrünen ist eine weitere bauliche und gestalterische Maßnahme. Das in diesen begrünten Bauteilen gespeicherte Wasser verdunstet, kühlt die Umgebungsluft und bindet CO₂. Die gereinigte Luft kommt nicht nur den Bewohnerinnen und Bewohnern des Gebäudes zu Gute, sondern auch den Anrainerinnen und Anrainern. Die durch das KWP geplante "grüne" Fassade des Hauses Rossau wird ein "eyecatcher" und die Seegasse ergrünen lassen.

Weitere Maßnahme im Innenraum sind das Integrieren von echten Pflanzenwänden, begrünten Säulen oder Bildern. Lebendes Grün im Innenraum verbessert das Raumklima, den Schallschutz und steigert merklich das Wohlbefinden. Oft reicht sogar der Blick auf etwas Schönes, um sich wohlzufühlen.

Durch diese Vielzahl an Maßnahmen kann in technischer, ökologischer und sozialer Hinsicht auf die Anforderungen des Klimawandels reagiert werden. Davon profitieren nicht nur ältere Menschen, sondern auch ihr Umfeld.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt hinsichtlich der Veränderungen bedingt durch den Klimawandel ähnliche und weitere Projektmaßnahmen in den Häusern zum Leben bzw. auch in anderen Seniorinnen- und Senioreneinrichtungen der Stadt Wien.

100 101

3.31 Bienenzucht in der Seniorinnen- und Senioren – Wohnanlage FORTUNA

Eigene Honig-Produktion und sinnvolle Freizeitgestaltung

Nur wenige Themen bereiten in der Betreuung von alten und hochbetagten Menschen so viel Kopfzerbrechen, wie die Schaffung von Möglichkeiten zur sinnvollen Freizeitgestaltung für Bewohnerinnen und Bewohner in einer Langzeitpflegeeinrichtung.

Der Umzug in eine Senioren-Wohneinrichtung ist für viele ältere Menschen mit den Zielen verbunden, der drohenden Einsamkeit zu entfliehen, an einer Gemeinschaft teilzunehmen und den eigenen Tagesablauf sinnvoll und nach eigenen Bedürfnissen zu gestalten. Lieb gewordene Hobbies, sowie die Möglichkeit diesen auch weiterhin nachgehen zu können, sind daher wesentliche Kriterien für die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern. Leider können aber nicht immer alle Aktivitäten zum Zeitvertreib auch im fortgeschrittenen Alter ausgeführt werden. Vor allem dann, wenn alters- oder krankheitsbedingte Einschränkungen auftreten, gilt es oftmals über neue Möglichkeiten für Abwechslung und Zerstreung nachzudenken.

Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen haben daher in den letzten Jahren viel Zeit und Mühe investiert, um Strukturen zu entwickeln und Aktivitäten anzubieten, welche den Bedürfnissen der immer älter werdenden Generation entgegenkommen.

Das Hauptaugenmerk wird im Zusammenhang damit oftmals auf Spiele und Bastelaktivitäten gelegt. Für viele der Bewohnerinnen und Bewohner reicht das aber nicht aus – sie wünschen sich alltagsnahe, sinnstiftende Freizeit.

Mit bestehenden Ressourcen zu neuen Ideen

Das Appartementhaus Fortuna bietet als älteste Einrichtung des Unternehmens zwar nicht die modernste Bauweise nach letztem Stand, dafür aber eine wunderschöne und großräumige Dachterrasse mit großzügigen In- und Outdoorflächen und einem herrlichen Ausblick über die Stadt.

Die sinnvolle Nutzung dieses besonders ansprechenden Bereiches – sowohl für Aktivitäten als auch für Entspannung der Bewohnerinnen und Bewohner – ist naheliegend. Das Team des Hauses hat daher zur großen Freude der Bewohnerinnen und Bewohner Hochbeete auf der Dachterrasse angelegt und mit diesen gemeinsam gestaltet. Von Frühjahr bis Herbst herrscht dort interessiertes Treiben. Es wird gesät, gepflegt, geerntet und das Geerntete verspeist. Die Bewohnerinnen und Bewohner erfahren dadurch nicht nur ein bewusstes Erleben des Jahreskreises, sondern auch Lebensfreude, sowie den Erhalt bestehender Fähigkeiten und Fertigkeiten. Im Frühjahr 2019 wurde festgelegt, die Dachterrasse einer zusätzlichen "Nutzung" zu unterziehen:

Bienenzucht und Honigproduktion – ein sinnstiftendes Projekt

Der Vorschlag, Bienenstöcke auf der Dachterrasse der Senioren-Wohneinrichtung zu implementieren, stammt von einer Führungskraft der Einrichtung, welche schon ihr ganzes Leben in der Imkerei tätig ist und über ein enormes Erfahrungswissen verfügt. Sie hat das Projekt inhaltlich federführend gestaltet und die wesentlichen Fragen und Hürden im Vorfeld geklärt bzw. beseitigt.

Die Realisierung des Projektes war an eine Reihe von Zielsetzungen geknüpft, welche bereits im Vorfeld diskutiert und festgelegt worden waren:

- Aufrechterhaltung eines Zuganges zur Natur für mobilitätseingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner, welche in der Großstadt wohnen
- Schaffung einer sinnstiftenden Freizeitgestaltung für Bewohnerinnen und Bewohner
- Schaffung eines gemeinsamen Projektes, welches für Bewohnerinnen und Bewohner sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleichermaßen interessant ist
- Schaffung einer aktiven Maßnahme, um dem Bienensterben entgegenzuwirken

Projektstart und Umsetzung

Der Umsetzung des Projektes liegt ein Konzept zugrunde, in welchem die jeweilige Aufbau- und Ablauforganisation zur Betreuung und Pflege der Bienen sehr sorgfältig geregelt ist.

Im April 2019 wurden drei Bienenstöcke von einem regional tätigen Imker angeschafft. Um die Sicherheit von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu gewährleisten, wurde die Entscheidung für eine besonders sanftmütige Bienenart der "Sklenar-Linie" getroffen.

Die ersten Wochen nach dem Start gestalteten sich selbst für die begleitende Imkerin als außerordentlich spannend: Das schlechte Wetter und die damit verbundenen niedrigen Temperaturen im Mai 2019 machten eine besonders intensive Betreuung der Bienenvölker notwendig. Zunehmend wurden jedoch die Bienen kräftiger,

vermehrten sich und arbeiteten unermüdlich an der Produktion von Honig. Im Umkreis des Hauses befinden sich einige Lindenbäume, deren Nektar einen besonders aromatischen Geschmack im Honig hervorruft, sowie eine Reihe von Parkanlagen, Alleen, Kleingärten und Grünflächen, welche von den Bienen zur Sammlung von Nektar besucht werden. Auf Grund der positiven Entwicklungen wurde ein viertes Bienenvolk aufgezogen, welches sich ebenfalls gut entwickelte.

Mit Begeisterung zum Erfolg

Bereits Anfang Juli 2019 konnte die erste Ernte erfolgen. Das Vorhaben hatte so viel Begeisterung auf allen Ebenen geweckt, dass die Ernte mit regem Interesse und aktiver Teilnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Berufsgruppen, sowie von Angehörigen beider Seiten in Angriff genommen wurde. Unter strenger Einhaltung aller Hygienevorschriften wurden die Bienenstöcke geöffnet, die vollen Honigwaben entnommen und (mit Ausnahme des erforderlichen Bienen- Wintervorrates) zum Schleudern vorbereitet.

Bereits nach kurzer Zeit floss zur großen Freude aller Helferinnen und Helfer der erste Honig in das Sammelbecken. Die unmittelbar durchgeführte Verkostung des ersten selbst geernteten, aromatischen Honigs ergab ein eindeutiges Ergebnis: Er war gelungen.

Motiviert von der optischen und geschmacklichen Schönheit des Endprodukts wurde weitergearbeitet und ein letztendliches Ernteergebnis von 85 kg reinem Bienenhonig erzielt. Der geerntete Honig wurde im Rahmen des Adventmarktes des Hauses für den Eigenbedarf von Angehörigen verkauft. Der Erlös wird für die Freizeitgestaltung der Bewohnerinnen und Bewohner verwendet.

Das Projekt konnte höchst erfolgreich umgesetzt werden, wobei der wesentliche Erfolg nicht nur in der ertragreichen Honigproduktion begründet ist, sondern insbesondere auch darin, dass die Idee einer Führungskraft zu einem gemeinsamen Erfolg von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, wie auch von Bewohnerinnen und Bewohnern geführt hat.

Zur näheren Information: Im Herbst werden die Bienenstöcke auf die harten Wintermonate vorbereitet. Winterbienen leben bis zu sechs Monate und verbleiben bzw. arbeiten überwiegend im Bienenstock. Die Sammelbienen hingegen, welche im Durchschnitt sechs Wochen alt werden und vor Erschöpfung ihrer Tätigkeit sterben, fliegen bis zu sechs Kilometer weit vom Stock entfernt. Die Insekten machen zwischen zehn und vierzig Ausflüge pro Tag und sammeln den Nektar oder Honigtau für die Honigproduktion ein. Für 1 kg Honig sind rund 3 kg Nektar notwendig, das entspricht bis zu sechs Millionen Blütenbesuchen oder mindestens 60.000 Ausflügen der Bienen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Etablierung von Aktivitäten, welche

- den Bewohnerinnen und Bewohnern sinnstiftende Freizeitgestaltung ermöglicht
- das Miteinander von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stärkt
- die Verbindung von qualitativen, ökonomischen und ökologischen Ergebnissen ermöglicht

4.1 Erläuterungen zum Organisationsablauf und zur Statistik der Wiener Heimkommission

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

Die telefonischen Kontakte wurden auch im Berichtsjahr 2019 nicht differenziert registriert, denn Personen mit Anliegen werden nicht gefragt, ob sie die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission oder die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft kontaktieren wollten. Somit finden sich diese Kontakte im Bericht der WPPA (Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft) 2019 wieder.

Im Berichtsjahr 2019 wurden bei den Sprechtagen der Wiener Heimkommission die meisten Beschwerden zum Thema "Essen" vorgebracht:

Manche Bewohnerinnen und Bewohner berichteten über eine Qualitätssteigerung bei den Speisen, andere wiederum, dass sich die Essensqualität verschlechtert habe. Die Speisen seien lieb- und geschmacklos, zerkocht, Fleisch zäh, Suppen zu dick eingekocht und geschmacklos, u.v.m. Ebenso wurde bemängelt, dass keine leichte Kost zur Verfügung gestellt und zu wenig klare Suppen angeboten würden. Menüs seien unpassend zusammengestellt und Portionsgrößen zu klein.

Es wurde über lieblose Speisenausgabe und fehlendes Augenmaß bei der Ausgabe berichtet. Zudem gäbe es zu wenig Auswahl beim kalten Abendessen.

Als Kritikpunkt wurde geäußert, dass der Speiseplan oftmals nicht mit der Jahreszeit bzw. einer gesunden und altersgerechten Ernährung konform gehe. So sei deftige Kost, bspw. Grammelknödeln, an heißen Sommertagen serviert worden.

Beklagt wurde durchaus auch ein unzureichendes Angebot an Hausmannskost und frischem saisonalen Obst und Gemüse. Andere Bewohnerinnen und Bewohner wiederum wünschten sich mehr Spezialitäten aus anderen Ländern (Tsatsiki, Moussaka,...) und weniger Hausmannskost.

Der Wunsch nach Kalorienangaben am Speiseplan bzw. generell standardmäßig vegetarische Speisen kam ebenso zur Sprache.

Es wurde mit Bedauern festgestellt, dass das Nachtmahl in Plastik verpackt und ohne Teller (und somit nicht ansprechend) gereicht werde.

Berichtet wurde erfreulicherweise auch darüber, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr freundlich seien, sich bemühen und viel Geduld aufbringen würden.

Die zweithäufigsten Beschwerden bezogen sich auf das Thema "Heimorganisation". Bewohnerinnen und Bewohner bekittelten beispielsweise, dass die Eingangstüren eines Wohn- und Pflegeheimes tageweise – auch nachts – und einmal sogar über

ein ganzes Wochenende offen gewesen seien. Vor allem sei auch die Türe zum Hof unversperrt. Ebenso könne man ungehindert vom Hof mit dem Aufzug in die Stockwerke und Wohnetagen der Einrichtung gelangen. Dies stelle ein Sicherheitsrisiko dar und mache Angst.

Ein andermal wurde mitgeteilt, dass es an Kühlschränken in den Zimmern fehle, in denen Bewohnerinnen und Bewohner bei Bedarf Nahrungsmittel kühlen könnten, v.a. im Sommer.

In einer Einrichtung gaben Bewohnerinnen und Bewohner an, dass die Lüftung zu stark eingestellt und nicht regelbar sei. Es entstehe dadurch zu starke Zugluft in den Gängen und im Mehrzwecksaal. Dieser Mangel sei bereits mehrmals gemeldet worden, es habe jedoch seitens der Verantwortlichen keine Reaktion gegeben.

Geklagt wurde auch über fordernde und verhaltensauffällige aggressive Bewohnerinnen bzw. Bewohner, die andere Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in ihrer Ruhe stören.

Es gab Anfragen zur Rechtmäßigkeit unterschiedlicher Betreuungsverträge und Klage über einen Zustrom von Bewohnerinnen und Bewohnern mit hohem Pflege- oder Betreuungsbedarf.

Kritisiert wurde ein zu häufiger Direktionswechsel. Direktorinnen und Direktoren würden von einem Tag auf den anderen wechseln, ohne sich zu verabschieden oder sich vorzustellen. Der häufige Wechsel in der Führungsebene wirke sich negativ auf Information und Kontrolle im Haus aus.

Thematisiert wurden auch Verhalten und Umgangston der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter. Diese seien zum Teil sehr unfreundlich und würden keine oder nicht konsequent Namensschilder tragen und sich auch nicht bzw. z. T. zu wenig mit dem Namen vorstellen. Unangenehm sei dies insbesondere dann, wenn – für die Bewohnerinnen und Bewohner - unbekannte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor der Appartements-türe erscheinen, um eine Betreuungsleistung zu erbringen. Aus Sicherheitsgründen seien Bewohnerinnen und Bewohner angehalten worden, auf fremde Menschen im Haus zu achten. Dies sei allerdings sehr schwierig, wenn schon die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses nicht eindeutig als solche erkennbar seien.

Kritik kam oft auch hinsichtlich der Abendessenszeiten. Abendmahlzeiten würden oft bereits gegen 16:30h serviert, danach "müsse" man ins Zimmer bzw. ins Bett. Das sei für viele Bewohnerinnen und Bewohner viel zu früh.

Auch Lob wurde ausgesprochen, z.B. darüber, dass die Appartements wie auch die Gemeinschaftsbereiche außerordentlich geschmackvoll und sauber gehalten würden und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr freundlich und höflich seien.

Höchste Zufriedenheit mit der Wohnumgebung und den Betreuungsleistungen wurde ebenso geäußert.

Einige Beschwerden betrafen das Thema "Verwaltung". Es wurde von einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern kritisiert, dass aus Spargründen lediglich ein

Hausarbeiter gerufen werde, wenn eine Anlage defekt sei. Man wünsche sich eine raschere Erledigung von notwendigen Reparaturen und dabei auch Unterstützung durch externe Firmen. So sei beispielsweise ein Zaun erst nach 1,5 Jahren repariert worden. Auch bei den Gärtnern werde gespart. Gartenmöbel seien verschmutzt, da ein einziger Gärtner mit Mähen bzw. Gießen beschäftigt sei und auch keine Zeit für die Rosenbeete habe. Man äußerte auch den Eindruck, dass Hausarbeiter und Reinigungspersonal zu wenig Führung und Kontrolle hätten.

Ein Bewohner beklagte, dass der Griff in der Dusche- in Hinblick auf seine körperlichen Einschränkungen - falsch platziert sei, das WC zu niedrig wäre und der Wasserhahn nur schwer bedient werden könne, weil er keinen "Schwenkarm" habe.

Herangetragen wurde auch, dass Loggien nicht benützt werden dürfen, da diese als Fluchtwege fungieren würden, auch fehle es an Jalousien.

Vereinzelt wurden Klagen über "Ärztinnen und Ärzte" herangetragen. Eine Ärztin in einer Einrichtung sei sehr "überheblich" und verhalte sich gegenüber Angehörigen "von oben herab". Einer anderen Angehörigen (Schwester eines Bewohners) sei von ihr die Einsicht in die Dokumentation verwehrt worden.

Eine Angehörige beklagte, dass ihre Tochter in eine Spitalsambulanz verwiesen wurde und die einweisende Ärztin sie – trotz ausdrücklicher Bitte – nicht verständigt habe. Sie habe die Tochter daher nicht begleiten können, was für diese aber wichtig gewesen wäre.

Eine 94- jährige Bewohnerin teilte mit, dass die zuständige Ärztin des Wohn- und Pflegeheimes auf ihre aktuelle Erkrankung nicht explizit eingehe, sie sich jedoch trotz ihres hohen Alters eine umfassende medizinische Abklärung wünsche.

Berichtet wurde auch, dass es Probleme gäbe, da der betreuende Hausarzt in Pension gegangen sei und kaum Ärztinnen und Ärzte zu finden seien, die diese Tätigkeit übernehmen.

Es wurde aber auch viel Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung geäußert.

Anliegen hinsichtlich "Kosten, Hygiene, Freizeitangebot, Kommunikation und Pflege" wurden ebenso vorgebracht.

Fragen zur Förderung, Kostenbeiträgen bzw. Verrechnungsmodalitäten des FSW wurden oftmals gestellt. Eine Bewohnerin benötigte Informationen bzw. Beratung zur Beantragung der Erhöhung ihrer Pflegegeldstufe. Es wurde auch um Unterstützung bei Problemen bei der Erlangung der Rezeptgebührenbefreiung gebeten. Eine Bewohnerin fühlte sich über die Details der Abrechnung nicht ausreichend informiert und hatte das Gefühl, dass ihr wichtige Informationen vorenthalten werden.

Beklagt wurden weiter die Kosten für Waschmarken und die zusätzlichen Spesen für die Benützung eines Wäschetrockners. Die Bewohnerin verwies in diesem Zusammenhang auf das ihr verbleibende, geringe monatliche Taschengeld.

Betreffend Hygiene wurde über das Verhalten einer Mitbewohnerin geklagt, die während der Mahlzeiten ihre Zahnprothese aus dem Mund nehme und im

Speisesaal auf den Tisch lege. Niemand habe sie bisher daraufhin angesprochen, das Servicepersonal wolle sich da nicht involvieren.

In einem anderen Fall wurde kritisiert, dass Aufzugstüren im Laufe des Vormittags innen stark verschmutzt und nicht gereinigt werden, eine Bad-Sonderreinigung (ursprünglich 1x jährlich) sei vom Direktor eingestellt worden, auch der Balkon werde nicht mehr gereinigt, das Fensterputzen sei von 3x auf 2x jährlich reduziert worden.

Thematisiert wurde auch die Taubenplage in einem Haus, die vermutlich durch das Anfüttern durch Bewohnerinnen und Bewohner bestehe. Dieses Problem herrsche schon über lange Zeit. Es sei bereits ein Taubennetz gespannt worden, das habe z.T. schon für Abhilfe geschaffen. Die wöchentlichen diesbezüglichen Hinweise des Direktors hätten nicht den gewünschten nachhaltigen Erfolg gebracht. Es bedürfe eines Schreibens der Direktion, welches nachweislich allen Bewohnerinnen und Bewohnern zur Kenntnis gebracht werden müsste.

Mehrfach wurde über zu wenige Förder- und Freizeitangebote berichtet, in einem Fall über einen wenig positiven und unzureichend aktivierenden Umgang einer Animateurin mit den Bewohnerinnen und Bewohnern.

Im Zusammenhang mit Kommunikation äußerte eine Angehörige den Wunsch, als erstgenannte Vertrauensperson in jedem Fall, z.B. bei einer Krankenseinweisung, verständigt zu werden.

In einem anderen Fall wurde beklagt, dass Arbeiter an die Türe klopfen und gleichzeitig eintreten, ohne zu warten, bis die Türe von Bewohnerin oder Bewohner geöffnet werde.

Bekrittelt wurde auch der Umgang mit Kritik. Wiederholt habe man im Haus nach kritischen Rückmeldungen die Information erhalten, dass die jeweilige Entscheidung in der zentralen Geschäftsleitung getroffen worden sei. Daraufhin habe man in der Zentrale nachgefragt und die gleiche Auskunft erhalten – nur umgekehrt.

Weiter wurde mehrmals kritisch angemerkt, dass die jeweilige Direktorin bzw. der jeweilige Direktor für zwei Häuser verantwortlich zeichnet, dadurch kaum anwesend und zu sprechen sei.

Bzgl. der Pflege in den Einrichtungen wurde durchwegs Lob geäußert, im Speziellen betreffend Freundlichkeit und Hingabe des Personals. Es wurde allerdings auch geäußert, dass man den Eindruck habe, dass zu wenig Pflegepersonal Vorort und dieses überlastet sei.

Es wurde aber auch thematisiert, dass sich das Personal zu wenig um dementiell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner kümmere.

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

Die "Aufgaben der Wiener Heimkommission" weckten ebenfalls grundsätzliches Interesse.

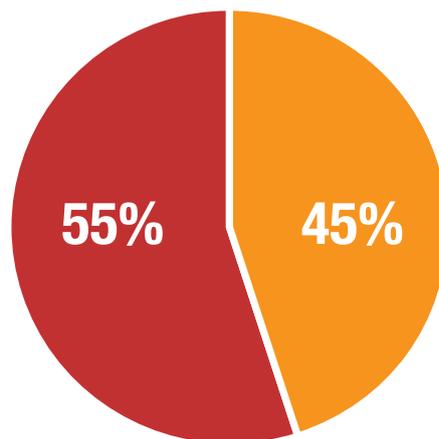
Auch im Berichtsjahr 2019 wurde auf rasche und niederschwellige Bearbeitung der Anliegen und Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner geachtet. Dabei stand ein lösungsorientiertes Vorgehen im Vordergrund. Angelegenheiten, welche einer näheren Überprüfung bedurften, wurden der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft zugewiesen, dort bearbeitet und statistisch erfasst.

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

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

Die Wiener Heimkommission bündelt die gewonnenen Erfahrungen, Erkenntnisse und das fachliche Wissen und die Kompetenz ihrer Mitglieder und wird dies auch weiterhin für die Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung stellen, um eine Weiterentwicklung des Lebensraumes "Wohn- und Pflegeheim" im Sinne der Gewährleistung hoher Lebensqualität zu ermöglichen.

4.2 Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2019 inklusive Vergleich mit den Vorjahren



■ Städtische Wohn- und Pflegeheime	963
■ Private Wohn- und Pflegeheime	1184
■ Gesamt	2147

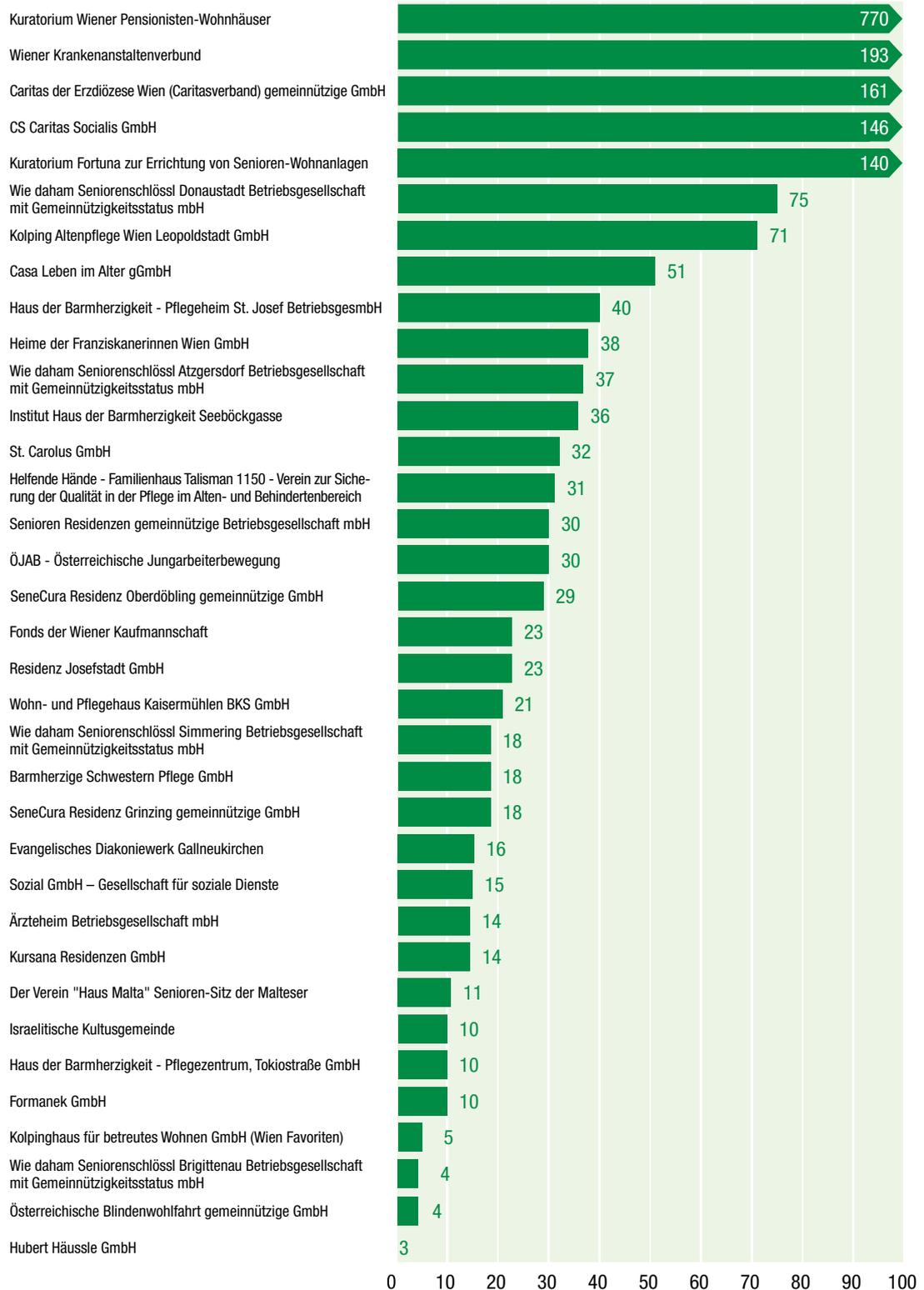
Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Städtische Wohn- und Pflegeheime (ab 2012 inkl. KWP)	*)	28	38	71	97	138	640
Private Wohn- und Pflegeheime (bis 2011 inkl. KWP)	*)	284	477	611	868	1004	577
Gesamt	*)	312	515	682	965	1142	1217

Jahr	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Städtische Wohn- und Pflegeheime (ab 2012 inkl. KWP)	668	731	866	682	957	1052	963
Private Wohn- und Pflegeheime (bis 2011 inkl. KWP)	662	894	929	938	1268	1125	1184
Gesamt	1330	1625	1795	1620	2225	2177	2147

*) 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 2019 grundsätzlich zwei Sprechtage abgehalten. Ausnahmen werden in Folge beschrieben.

* Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv:

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

** Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv:

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

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Alszeile	12 ^{b)}	14
Haus Am Mühlengrund	1	40
Haus An der Türkenschanze	7	10
Haus Atzgersdorf	4	0
Haus Augarten	4	51
Haus Brigittenau	0	27
Haus Döbling	1	37
Haus Föhrenhof	0	9
Haus Gustav Klimt	8	0
Haus Haidehof	13 ^{a)}	28
Haus Hetzendorf	0	50
Haus Hohe Warte	4	60
Haus Jedlersdorf	2	21
Haus Laaerberg	1	12
Haus Leopoldau	7	35
Haus Liebhartstal	0	28
Haus Margareten	5	20
Haus Mariahilf	3	0
Haus Maria Jacobi	1	65

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neubau	4	12
Haus Penzing *)	0	0
Haus Prater	7	20
Haus Rosenberg	10 ^{o)}	10
Haus Rossau	5	0
Haus Rudolfsheim	0	12
Haus Schmelz **)	0	25
Haus Tamariske-Sonnenhof	0	30
Haus Am Trazerberg	6	12
Haus Wieden	4	0
Haus Wienerberg	3	30
30 Häuser	112	658

Rechtsträger: Wiener Krankenanstaltenverbund (PWH: Pflegeanstalt für chronisch Kranke)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
PWH Baumgarten mit sozialmedizinischer Betreuung	4	2
PWH Liesing mit sozialmedizinischer Betreuung	3	20
SMZ Floridsdorf Geriatriezentrum	1	6
PWH Donaustadt mit sozialmedizinischer Betreuung	10 ^{o)}	0
SMZ/Süd Geriatriezentrum Favoriten ***)	0	25
PWH Leopoldstadt mit sozialmedizinischer Betreuung	1	32
PWH Meidling mit sozialmedizinischer Betreuung	2	2
PWH Simmering mit sozialmedizinischer Betreuung	0	7
PWH Innerfavoriten mit sozialmedizinischer Betreuung	0	35
PWH Rudolfshheim-Fünfhaus mit sozialmedizinischer Betreuung	0	43
10 Häuser	21	172

Rechtsträger: Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Franz Borgia	5	15
Haus St. Teresa	0	9
Haus Schönbrunn	1	5
Haus St. Antonius	2	18

Rechtsträger: Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus St. Barbara	0	26
Haus St. Elisabeth	0	29
Haus St. Klemens	0	24
Haus St. Martin	0	27
8 Häuser	8	153

Rechtsträger: CS Caritas Socialis GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflege- und Sozialzentrum Rennweg	0	68
Pflege- und Sozialzentrum Pramergasse	0	25
Pflege- und Sozialzentrum Kalksburg	9	0
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Floridsdorf	0	20
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Liesing	0	24
5 Häuser	9	137

Rechtsträger: Kuratorium Fortuna zur Errichtung von Senioren-Wohnanlagen	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Appartementhaus Fortuna	0	20
Baumgasse Fortuna	0	39
Gartensiedlung Fortuna	0	49
Schlosspark Fortuna	4	3
Wohnpark Fortuna	0	25
5 Häuser	4	136

Rechtsträger: Casa Leben im Alter gGmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflegewohnhaus Casa Sonnwendviertel	0	34
Pflegewohnhaus Casa Kagran	1	16
2 Häuser	1	50

Rechtsträger: Institut Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Seeböckgasse	1	35
1 Haus	1	35

Rechtsträger: Haus der Barmherzigkeit – Pflegezentrum, Tokiostraße	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Tokiostraße	0	10
1 Haus	0	10

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	0	40
1 Haus	0	40

Rechtsträger: Heime der Franziskanerinnen Wien GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Elisabethheim	2	16
Franziskusheim	1	19
2 Häuser	3	35

Rechtsträger: Ärzteheim Betriebsgesellschaft mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflegezentrum Ärzteheim	3	11
1 Haus	3	11

Rechtsträger: Kursana Residenzen GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenresidenz Wien-Tivoli	1	13
1 Haus	1	13

Rechtsträger: Israelitische Kultusgemeinde	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Maimonides-Zentrum GmbH	0	10
1 Haus	1	10

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	6	5
1 Haus	6	5

Rechtsträger: SeneCura Residenz Oberdöbling gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
SeneCura Residenz Oberdöbling	1	28
1 Haus	1	28

Rechtsträger: SeneCura Residenz Grinzing gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
SeneCura Residenz Grinzing	2	16
1 Haus	2	16

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Atzgersdorf Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Atzgersdorf	0	37
1 Haus	0	37

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Brigittenau Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Brigittenau	0	4
1 Haus	0	4

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Donaustadt Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Donaustadt	0	62
Wie daham Generationendorf Töllergarten	0	13
2 Häuser	0	75

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Simmering Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Simmering	0	18
1 Haus	0	18

Rechtsträger: Fonds der Wiener Kaufmannschaft	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Park Residenz Döbling, Seniorenwohnen der Wiener Kaufmannschaft	11 ^{o)}	12
1 Haus	11	12

Rechtsträger: Senioren Residenzen gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenresidenz am Kurpark Wien Oberlaa	1	29
1 Haus	1	29

Rechtsträger: Kolpinghaus für betreutes Wohnen GmbH (Wien Favoriten)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben	0	5
1 Haus	0	5

Rechtsträger: Kolping Altenpflege Wien Leopoldstadt GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben Leopoldstadt	1	70
1 Haus	1	70

Rechtsträger: St. Carolus GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
St. Carolusheim	2	30
1 Haus	2	30

Rechtsträger: Österreichische Blindenwohlfahrt gemGmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Johann-Wilhelm-Klein-Haus der Österreichischen Blindenwohlfahrt	0	4
1 Haus	0	4

Rechtsträger: ÖJAB – Österreichische Jungarbeiterbewegung	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neumargareten	0	30
1 Haus	0	30

Rechtsträger: Hubert Häussle GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Privatpflegeheim Rodaun	2	1
1 Haus	2	1

Rechtsträger: Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen BKS GmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen	0	21
1 Haus	0	21

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	31
1 Haus	0	31

Rechtsträger: Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Hausgemeinschaften Erdbergstraße	2	14
1 Haus	2	14

Rechtsträger: Formanek GmbH (Sonderkrankenanstalt)	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Sanatorium Liebhartstal, Sonderkrankenanstalt	0	10
1 Haus	0	10

Rechtsträger: Barmherzige Schwestern Pflege GmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Heim St. Katharina	0	18
1 Haus	0	18

Rechtsträger: Sozial GmbH – Gesellschaft für soziale Dienste	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Betreutes Wohnen im Kabelwerk	0	15
1 Haus	0	15

Rechtsträger: Residenz Josefstadt GmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Residenz Josefstadt	5	18
1 Haus	5	18

Summe:	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Insgesamt 91 Häuser	196	1951

***) Haus Penzing:**

Das Haus Penzing wurde 2019 aufgrund einer Generalsanierung nicht besucht.

****) Haus Schmelz:**

Das Haus Schmelz wurde 2019 aufgrund einer Generalsanierung nicht besucht.

*****) SMZ/Süd Geriatriezentrum Favoriten:**

Das GZ Favoriten wurde am 16.10.2019 geschlossen und deshalb nur einmal besucht.

Anmerkung:

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

a) Haus Haidehof:

Die Beschwerden betrafen Organisatorisches, Kommunikation (Information durch die Verantwortlichen), die Freizeit-, Förder- und Aktivitätsangebote, wie auch mangelnde Transparenz bezüglich Kosten und zu hoher Zusatzkosten (z.B. für die Waschküche).

b) Haus Alseile:

Die vorgebrachte Kritik richtete sich hauptsächlich gegen die Versorgung mit Speisen. Es werde keine Hausmannskost gekocht, das Essen sehe unappetitlich aus. Weiter wurde ein Mangel an Freizeit-, Förder- und Aktivitätsangeboten vorgebracht. Es wurde jedoch auch Lob und Zufriedenheit geäußert. So fühlte sich eine Bewohnerin sowohl von der Psychologin als auch der Sozialarbeiterin gut umsorgt.

c) Park Residenz Döbling, Seniorenwohnen der Wiener Kaufmannschaft:

Mehrere Bewohnerinnen und Bewohner baten im Rahmen der Sprechstunde um allgemeine Informationen zur Förderung durch den FSW. Ebenso traten Fragen bzgl. der erforderlichen Frequenz der Körperhygiene auf. Ansonsten wurde über allgemeine Zufriedenheit berichtet.

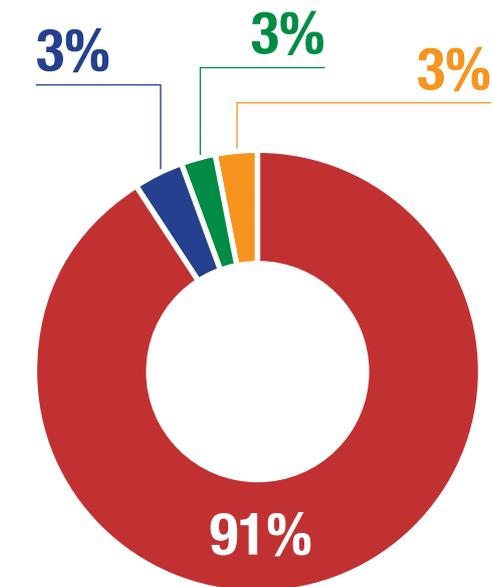
d) Haus Rosenberg:

Bewohnerinnen und Bewohner gaben an, dass die Lüftung zu stark eingestellt und nicht regelbar sei, es entstehe dadurch zu starke Zugluft in den Gängen und im Mehrzwecksaal. Es gab zudem Kritik bzgl. des Essens. Hinsichtlich Kostenbeitragsberechnung wurde ebenso angefragt.

e) Pflegewohnhaus Donaustadt mit sozialmedizinischer Betreuung:

Im Rahmen der Sprechstunde wurde Kritik an der Kommunikation mit dem medizinischen Personal und Lob für das Pflegepersonal (diese seien nett und hilfsbereit) geäußert. Von Angehörigen wurde jedoch auch Kritik gegenüber einzelnen Pflegerinnen bzw. Pflegern vorgebracht und ein lösungsorientiertes Vorgehen und ein Gespräch mit dem Management gewünscht. Kritisiert wurde zudem ein Mangel hinsichtlich eines Angebotes an Freizeitbeschäftigung für die Bewohnerinnen und Bewohner.

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



■ keine weitere Erledigung erforderlich*	1957
■ vor Ort erledigt	76
■ teilweise vor Ort erledigt**	55
■ nicht vor Ort erledigt**	60
■ ■ ■ Gesamt	2147

* 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 115 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 Patienten-anwaltschaft;
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 Sprechstage 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 Patientenrechtsanwaltschaft eine Heimkommission einzurichten. Die Heimkommission hat regelmäßig den Betreuungs- und Pflegestandard der Heime zu beurteilen und dem Magistrat jährlich darüber zu berichten. In grundsätzlichen Fragen der Betreuung und Pflege der Bewohner kann die Heimkommission Empfehlungen abgeben und bei allen wichtigen, die Rechte und Interessen der Bewohner betreffenden Angelegenheiten, Vorschläge zur Förderung der Rechte und Interessen der Bewohner erstatten. Zur Ausübung ihrer Aufgaben hat die Heimkommission das Recht zur Einsichtnahme in die Dokumentationen nach § 17.

(2) Der Heimkommission haben jedenfalls anzugehören:

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

Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied vorzusehen. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder gemäß Z 1 bis 3 sind vom Magistrat im Einvernehmen mit der Wiener Patientenrechtsanwaltschaft zu bestellen. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder gemäß Z 1 bis 3 sind vom Magistrat im Einvernehmen mit der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft 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 m²,
2. bei Wohneinheiten für zwei Personen 20 m²,
3. bei Wohneinheiten für drei Personen 26 m²,
4. bei Wohneinheiten für vier Personen 32 m².

§ 13. (1) Die Ausstattung der Wohneinheiten muss den angemessenen hygienischen, pflegerischen, technischen und sicherheitstechnischen Anforderungen entsprechen.

- (2) Die Wohneinheiten müssen barrierefrei beschaffen sein.

- (3) In den Wohneinheiten müssen vorhanden sein:

1. Wohn- und Schlafbereich,
2. Platz für persönliche Gegenstände,
3. in Wohneinheiten für mobile und orientierte Personen eine Nasseinheit mit Waschbecken, Dusche und Toilette,
4. in Wohneinheiten für Personen, die auf Grund ihrer körperlichen oder psychischen Verfassung weder Dusche noch Toilette benutzen können, jedenfalls ein Waschbecken.

(4) Die Wohneinheiten müssen über eine ausreichende Belichtung verfügen und gut entlüftbar sein. Die Türen müssen so breit sein, dass ein sicheres und gefahrloses Befahren mit Rollstühlen und Betten möglich ist.

Verkehrswege

§ 14. (1) Ein- und Ausgänge sowie Verkehrswege müssen barrierefrei beschaffen sein und ein sicheres und gefahrloses Begehen und Befahren mit Rollstühlen und Betten ermöglichen. Verkehrswege müssen so ausgestattet sein, dass eine leichte Orientierung möglich ist.

(2) Fluchtwege müssen derart beschaffen und gekennzeichnet sein, dass im Brandfall oder in einem sonstigen Notfall ein rasches Verlassen des Heimes durch die Bewohner und sonstige im Heim befindliche Personen möglich ist.

(3) Pflegestationen in Wohnheimen, die nach dem 29. Juni 2005 errichtet werden, müssen über einen barrierefrei zugänglichen Personenaufzug erreichbar sein, der eine sichere und gefahrlose Beförderung von Betten ermöglicht. In Pflegeheimen, die nach dem 29. Juni 2005 errichtet werden, muss mindestens ein Personenaufzug diesen Anforderungen entsprechen.

Brandschutz

§ 15. (1) Der Heimträger hat sicherzustellen, dass alle Vorkehrungen getroffen werden, dass das Heim bei Brandgefahr in kürzester Zeit geräumt werden kann. Es ist eine Brandschutzordnung mit einem zweckmäßigen Räumungsplan aufzustellen. Das in einem Pflegeheim oder einer Pflegestation beschäftigte Personal sowie die Heimbewohner sind mit der Brandschutzordnung und insbesondere mit dem Räumungsplan vertraut zu machen. Die Räumung ist jährlich mehrmals probeweise durchzuführen.

(2) In jedem Gebäudegeschoß ist eine entsprechende Anzahl von geeigneten Feuerlöschgeräten anzubringen und in stets gebrauchsfähigem Zustand zu erhalten.

(3) Elektrische Anlagen und Betriebsmittel müssen so beschaffen sein, dass sie weder das Leben oder die Gesundheit von Menschen gefährden noch eine Brandgefahr darstellen.

4. ABSCHNITT

In-Kraft-Treten

§ 16. Diese Verordnung tritt mit dem der Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft.



Herausgeber:

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

Grafische Gestaltung:

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

Druck:

Print Alliance HAV Produktions GmbH
2540 Bad Vöslau
www.printalliance.at

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



