

# BERICHT

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

# WIENER HEIMKOMMISSION 2021





## Liebe Leserin, lieber Leser!



© David Bohmann / PID

Wie schon im Jahr davor war die Corona-Pandemie auch 2021 wieder das zentrale Thema. Die Impfung hat für Mitarbeiter\*innen, Bewohner\*innen sowie An- und Zugehörige in den Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen einiges erleichtert. Aufgrund weiterer Infektionswellen waren aber weiterhin beträchtliche Vorsichtsmaßnahmen nötig und ein normaler Betrieb nicht möglich. Diese zum Schutz der Menschen unbedingt erforderlichen Maßnahmen haben eine einfühlsame Pflege und Betreuung erschwert, alle Mitarbeiter\*innen bewiesen jedoch ein hohes Maß an Professionalität. Nicht zu vernachlässigen war und ist in diesem Zusammenhang auch die psychische Belastung, die eine mittlerweile mehr als zweijährige Pandemie mit sich bringt. Um dem zu begegnen, wurde eine Vielzahl von Unterstützungsmaßnahmen implementiert.

Die Pandemie hat den schon davor bestehenden Fachkräftemangel in der Pflege sicherlich verschärft. Mit dem Prozess „Pflege.Zukunft.Wien“ wurden und werden besonders im Ausbildungsbereich viele Anstrengungen unternommen und Akzente gesetzt, um Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern. So haben sich im Jahr 2021 mehr Menschen für die Ausbildung in einem Pflegeberuf angemeldet, als Ausbildungsplätze vorhanden waren. Dennoch konnten fast alle Interessent\*innen mit der Ausbildung beginnen. Damit das so bleibt, habe ich den unmissverständlichen Auftrag gegeben, das Angebot weiterhin auszubauen.

Wie auch schon im letzten Jahr gilt mein besonderer Dank den Mitarbeiter\*innen, sowohl in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen als auch in den anderen Bereichen, die 2021 wieder vollen Einsatz gezeigt und ihr Bestes gegeben haben. Bedanken möchte ich mich ebenso bei den Bewohner\*innen und den An- und Zugehörigen für deren aufgebrachte Disziplin über einen so langen Zeitraum.

Auch die Wiener Heimkommission leistet mit ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag in dieser schweren Zeit. Der Einsatz ihrer Mitglieder sorgt dafür, dass die Stimmen der Bewohner\*innen von Wiener Pflege- und Betreuungseinrichtungen weiterhin Gehör finden.

Neben der Pandemie wurden im vergangenen Jahr auch andere wichtige und spannende Themen im Bereich der Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen behandelt. Diese Ergebnisse können Sie im vorliegenden Bericht nachlesen. Ich wünsche Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre!

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

## Einleitung



© Foto Wilke

Im Frühsommer des vergangenen Jahres wurde von der Bundespolitik voreilig das Ende der Corona-Pandemie ausgerufen. Leider hat uns der Herbst eines Besseren belehrt und die Wohn- und Pflegeeinrichtungen unserer Stadt mussten ihre Schutzmaßnahmen neuerlich intensivieren. Es hat sich aber gezeigt, dass wertvolle Lernerfahrungen aus der ersten Welle umgesetzt werden konnten. Personal, Bewohner\*innen und Angehörige waren wesentlich besser vorbereitet. Dadurch konnten Ressourcen effektiver genutzt werden und die notwendigen Schutzmaßnahmen wurden zielgerichtet und situationsadäquat gesetzt.

Das Andauern der Corona-Pandemie und der damit verbundene mehrfache Wechsel von Krisenmodus in letztlich enttäuschten Hoffnungen auf ein Ende belastete das Zusammenleben in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen der Stadt aber erheblich. Das Personal leistet seit mehr als zwei Jahren Außerordentliches. Teams, die schon vor COVID-19 durch Personalengpässe unter Druck waren, mussten in der Pandemie ihre Anstrengungen deutlich intensivieren. Gleichsam wie im Brennglas sind damit die Versäumnisse in der österreichischen Pflegepolitik unter diesen Herausforderungen als chronisch ungelöstes Strukturproblem zutage getreten. Die notwendigen Schritte sind jedoch längst bekannt: Pflege braucht Rahmenbedingungen, die den Beruf attraktiv machen. Arbeitszeiten, die mit dem Privatleben vereinbar sind, Entlastung z.B. von bürokratischen Aufgaben, gute Angebote für Wiedereinsteiger\*innen, gesellschaftliche Wertschätzung, die über Sonntagsreden hinausgeht und sich auch in einer deutlich höheren Entlohnung von Pflege- und Betreuungstätigkeit zeigt.

Die Bewohner\*innen der Einrichtungen sind nämlich mehr denn je darauf angewiesen, dass das soziale Klima in den Häusern ein gutes und entspanntes ist. Durch die sozialen Einschränkungen, die die Pandemie immer wieder erfordert, ist die Kommunikation mit den Mitarbeiter\*innen wichtiger denn je. Auch die Zu- und Angehörigen bringen sich ein. Viele sind eine Ressource für die Bewohner\*innen, manche sind mit ihren Wünschen und Ansichten aber auch eine weitere Herausforderung für die Bewohner\*innen und die Arbeit der Pflegekräfte. Die unerwarteten Restriktionen und temporär neuen Regeln wie Hygienemaßnahmen, Besuchseinschränkungen oder Änderungen im gewohnten Tagesablauf müssen seitens der Teams täglich neu kommuniziert und oft genug verteidigt werden.

Es darf im Lichte der Pandemie aber nicht vergessen werden, dass in den Einrichtungen unserer Stadt viele wichtige Projekte zur Qualitätsverbesserung implementiert wurden. Einige davon sind auch im diesjährigen Bericht vorgestellt. Auch ein wichtiges Gesetz, das mit Jahresbeginn 2022 in Kraft trat, wurde im

Berichtsjahr in der Wiener Heimkommission ausführlich diskutiert: Die Sterbeverfügung soll es Menschen ermöglichen, Beihilfe zum Suizid in Anspruch zu nehmen, wenn sie angesichts unerträglichen Leidens und großer Schmerzen diesen Entschluss in Eigenverantwortung und Autonomie getroffen haben. Für die Träger der Wohn- und Pflegeheime stellen sich eine Reihe von Fragen in ethischer und organisatorischer Hinsicht. Die Wiener Heimkommission hat dazu Rat und Unterstützung von namhaften Expert\*innen eingeholt. Die Wiener Pflege-, Patientinnen und Patienten-anwaltschaft ist – so wie die anderen Patient\*innenanwaltschaften – seitens des Gesetzgebers beauftragt, die rechtliche Errichtung der Sterbeverfügungen kostenfrei möglich zu machen.

Im Namen der Bewohner\*innen unserer Wohn- Pflegeeinrichtungen, im Namen der Zu- und Angehörigen und der Menschen in unserer Stadt, möchte ich mich bei den Mitgliedern der Wiener Heimkommission für ihr ehrenamtliches Wirken ganz herzlich bedanken. Das zweite Jahr der Pandemie hat bewiesen, dass unsere Einrichtungen resilient und kompetent mit der Krise umgehen können. Ganz besonderer Dank gilt aber den Teams in den Häusern, die mit hoher Kompetenz und Professionalität dafür sorgen, dass es den Bewohner\*innen gut geht. Der Blick in andere Bundesländer oder über die Staatsgrenzen hinaus gibt Gewissheit, dass in Wien das Spannungsverhältnis von Schutz vor Infektion auf der einen Seite und höchstmöglicher Freiheit in der Lebensgestaltung sehr gut austariert wurde.

Ich bedanke mich bei den Institutionen der Stadt Wien, der verantwortlichen Politik und allen Partner\*innen, die mit den Wohn- und Pflegeheimen zusammenarbeiten, für ihren konstruktiven Einsatz für die Interessen der Menschen, die in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen leben und arbeiten. Respekt und Wertschätzung für die ältere Generation sind die unabdingbare Voraussetzung, damit dieses Zusammenwirken gelingt.

Ich wünsche angeregte Lektüre unseres Berichts!



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

Vorsitzende der Wiener Heimkommission

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Über die Wiener Heimkommission</b>	
1.1	Die Errichtung der Wiener Heimkommission .....	8
1.2	Die Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission .....	9
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 .....	16
<b>2</b>	<b>Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten</b>	
2.1	Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ (im Bericht 2020 unter Punkt 2.1) .....	17
2.2	Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG (im Bericht 2020 unter Punkt 2.2) .....	20
2.3	Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und "Wiener Krankenanstaltenverbund" (im Bericht 2020 unter Punkt 2.3).....	23
2.4	ELGA – Ombudsstelle: Standort Wien bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft (im Bericht 2020 unter Punkt 2.4) .....	27
2.5	Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030" (im Bericht 2020 unter Punkt 2.5).....	32
<b>3</b>	<b>Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge</b>	
3.1	Die Beihilfe zum Suizid muss auch in Wiener Wohn- und Pflegeheimen ermöglicht werden .....	35
3.2	Österreichische Gesellschaft für Geriatrie & Gerontologie – assistierter Suizid bei älteren Menschen .....	38
3.3	Gesundheitsberufe-Mangel – die besondere Herausforderung in der Langzeitpflege.....	46
3.4	Die COVID-19-Pandemie trifft auf akuten Personal-Mangel .....	47
3.5	Prozess „Pflege Zukunft Wien“ 2021 .....	51
3.6	Ergebnisse „Führungsbarometer Pflege 2021“ .....	54
3.7	„Advanced Care“ im Langzeitpflegebereich .....	58
3.8	„Onboarding“ – mehr als bloße Einstellung .....	64
3.9	Supervision als notwendige Maßnahme in der „Pflege und Betreuung“ .....	67
3.10	„Psychosoziale Gerontopsychiatrie in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen“ & „Das Schottische Modell“.....	70

3.11	Zur Nationalen Demenzstrategie .....	73
3.12	Mehr Vielfalt in der Langzeitpflege .....	74
3.13	Frailty – ein multidimensionales Syndrom .....	77
3.14	Die Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen auf das psychische Befinden .....	83
3.15	Einsamkeit? – Nicht mit den Klubs! .....	87
3.16	COVID-19 Krisenmanagement des Fonds Soziales Wien .....	89
3.17	Die Situation in Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie .....	91
3.18	„Taschengeld“ in Wiener Wohn- und Pflegeheimen .....	94
3.19	Leistungsreduktion in der Inkontinenzversorgung .....	96
3.20	Gewaltprävention in der Pflege und Betreuung .....	98
3.21	Sexualität und Intimität im Alter – Praxisansätze in Pflegeeinrichtungen .....	102
3.22	Sozialpädagogik als Ressource und Werkzeug im sozialpsychiatrischen und geriatrischen Kontext .....	105
3.23	Europäische Empfehlungen zur Reduktion von Mangelernährung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Ernährung .....	108
3.24	ZAB – Reflektion und Lerneffekt .....	111
3.25	In Zeiten von COVID-19 – Wenn personenzentriertes Arbeiten an Grenzen stößt .....	113
3.26	Gesundheitsförderung mit temperierten Ölkompresse bei chronischen Schmerz-Bewohner*innen in herausfordernden Zeiten .....	116

#### **4 Statistischer Überblick**

4.1	Erläuterungen zum Organisationsablauf und zur Statistik der Wiener Heimkommission .....	118
4.2	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2021 inklusive Vergleich mit den Vorjahren .....	121
4.3	Anzahl der Kontaktaufnahmen mit der Wiener Heimkommission bei Sprechtagen nach Rechtsträgern .....	122
4.4	Anzahl der Kontaktaufnahmen bei den Sprechtagen in den Wohn- und Pflegeheimen .....	123
4.5	Erledigung der bei Sprechtagen erfolgten Kontaktaufnahmen in den Wohn- und Pflegeheimen .....	131

## 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.<sup>in</sup> Sigrid Pilz wurde zur Vorsitzenden gewählt.

Im Berichtsjahr 2021 wurden fünf Sitzungen mit den Mitgliedern und Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission aufgrund der Covid-19 Pandemie online über <https://meet.wien.gv.at> abgehalten.

## 1.2 Die Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission

Fachleute aus dem Pflegebereich	
Mitglied	 <p><b>Gabriele Thür, MBA, Oberin (stv. Vorsitzende)</b> Wiener Gesundheitsverbund Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser mit sozialmedizinischer Betreuung Leiterin Bereich für Gesundheits- und Krankenpflege</p>
	 <p><b>Andrea Kapounek, MSc</b> Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse bzw. Tokiostraße und Haus Am Maurer Berg – St. Josef Geschäftsführerin</p>
Ersatzmitglied	 <p><b>Mag.ª Doris Stelzhammer</b> Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen Pflegeexpertin</p>
	 <p><b>PhDr.ª Elisabeth Tuma, MAS</b> Wiener Gesundheitsverbund Pflege Baumgarten Leitende Direktorin und Pflegedienstleiterin</p>

## Vertreter der Heimträger

Mitglied



**Mag. Simon Bluma, MSc, MBA**  
Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser  
Bereichsleiter Häuser und Digitalisierung



**Dr. in Susanne Drapalik**  
Arbeiter-Samariter-Bund Wien  
Präsidentin  
Leiterin aller COVID-19-Betreuungseinrichtungen der Stadt Wien



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



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

Ersatzmitglied



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

## Vertreter der Heimträger

Ersatzmitglieder



**Robert Guschelbauer**  
Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser  
Gastronomisches Management  
Bereichsleiter



**Mag. Christian Klein**  
Caritas der Erzdiözese Wien  
Leiter Bereich Pflege

## Ärzte

Mitglied



**Prim. Dr. Georg Psota**  
Psychozialer Dienst Wien  
Chefarzt

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**  
Fonds Soziales Wien  
Beratungszentren Pflege und Betreuung  
Leiterin

Ersatzmitglied



**Mag. Narek Petrosyan**  
Fonds Soziales Wien  
Ombudsstelle  
Leiter

## Weitere

Mitglied



**Dr. in Sigrid Pilz, Vorsitzende**  
Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft  
Wiener Pflege- und Patientinnen- und Patientenrechtsanwältin

Ersatzmitglied



**Gabriele Allmer, MBA, Oberin**  
Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft  
Geschäftsstelle Wiener Heimkommission  
Leiterin

## 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 2021 wurde auf möglichst rasche und niederschwellige Bearbeitung der Anliegen und die Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner geachtet.

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

Im Jahre 2021 wurden 86 Sprechtage von den Vertreterinnen und Vertretern der Wiener Heimkommission in 89 Wiener Wohn- und Pflegeheimen, in 10 Pflegeanstalten für chronisch Kranke\*) und in 1 Sonderkrankenanstalt\*\*) abgehalten.

Nicht besucht wurden das KWP Haus Schmelz sowie das KWP Haus Penzing, welche generalsaniert werden, sowie auch das Pflege- und Sozialzentrum Kalksburg aufgrund eines Covid 19-Clusters.

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

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

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

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

**\*) Pflegeanstalten für chronisch Kranke:**

- |                       |                               |                           |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|
| - Pflege Leopoldstadt | - Pflege Baumgarten           | - Haus der Barmherzigkeit |
| - Pflege Meidling     | - Pflege Innerfavoriten       | Seeböckgasse              |
| - Pflege Simmering    | - Pflege Donaustadt           | - Haus der Barmherzigkeit |
| - Pflege Liesing      | - Pflege Rudolfsheim-Fünfhaus | 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 Patienten-anwaltschaft 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 Patienten-anwaltschaft) betraut.

Das Team bestand im Berichtsjahr weiters aus Frau Gabriele Sulek-Frank, diplomierte Sozialarbeiterin (auch Referentin der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft) welche mit Juni 2021 in den Ruhestand versetzt wurde.

Als Nachfolgerin ist Frau Angelika Hammerer, BA, MA (Sozialarbeiterin und Kultur- und Sozialanthropologin, auch Referentin der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft) tätig. Frau Anabel Mahdalicek ist als Kanzleibedienstete für das Sekretariat der Geschäftsstelle beschäftigt.



Angelika Hammerer, Anabel Mahdalicek, Gabriele Allmer

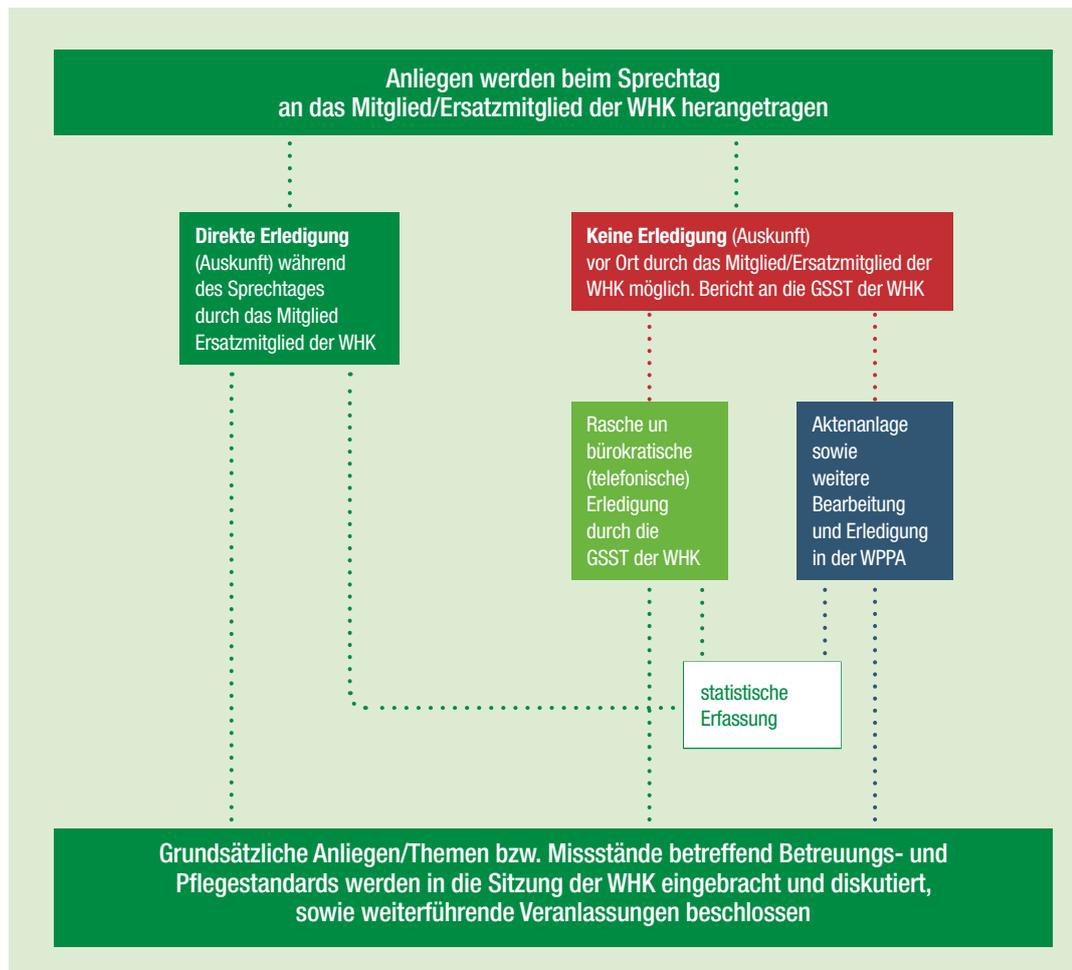
Die Vorsitzende der Wiener Heimkommission, Frau Dr.<sup>in</sup> Sigrid Pilz und die Kolleginnen der Geschäftsstelle bedanken sich bei Frau Gabriele Sulek-Frank für die langjährige, professionelle, empathische und kollegiale Arbeit und wünschen ihr Gesundheit und eine wunderschöne Zeit für den kommenden Lebensabschnitt.

Zudem bedankt sich Frau Dr.<sup>in</sup> Sigrid Pilz 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 Gesundheitsverbund" (ehemals "Wiener Krankenanstaltenverbund")
- Heimträger, Heimleiterinnen und Heimleiter der Wiener Wohn- und Pflegeheime
- Bewohnerservicestellen
- Sozialversicherungsträger
- Bundesbehindertenanwaltschaft
- Seniorinnen- und Seniorenbeauftragte der Stadt Wien
- VertretungsNetz – Erwachsenenvertretung, Patienten-anwaltschaft, Bewohnervertretung
- Volksanwaltschaft

### 2.1 Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow up des Pilotprojekts „Gesundheit hat kein Alter“ (im Bericht 2020 unter Punkt 2.1)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

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

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

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

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

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

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

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

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

- **2014: Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung – Vorbereitung eines Pilotprojekts**  
Die Wiener Heimkommission erachtet die bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse sowohl für den KWP als größten Träger als auch für die gesamte Altenbetreuung und –pflege in Wien und darüber hinaus als besonders wertvoll. Zudem begrüßt die Wiener Heimkommission insbesondere auch die geplante Weiterentwicklung der Schnittstelle zu den Angehörigen.
- **2015: Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow-up eines Wiener Pilotprojekts**  
Die derzeit laufende Abschlussevaluation der Follow-Up-Phase 2015 sollte noch einige wichtige Erfahrungen und Ergebnisse verdeutlichen, die für die Planung einer allfälligen Fortsetzung im KWP, eine weitere Verbreitung in Wien bzw. den Transfer in andere Bundesländer nützlich gemacht werden können. Die internationalen Publikationen sollten über wissenschaftliche Kanäle auch zu einer weiteren Verbreitung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung in der Altenbetreuung und –pflege führen.
- **2016: Gesundheitsförderndes Seniorinnen- und Seniorenwohnhaus – Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch Angehörige in Wiener Seniorinnen- und Seniorenwohnhäusern des (KWP) Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser Entwicklungen im Jahr 2016**  
Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Verbreitung der diesbezüglichen Projekterfahrungen und Ergebnisse bzw. die weitere Beobachtung und Berichterstattung über die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung im KWP, z.B. in Form eines an die weitere Fachöffentlichkeit gerichteten Berichts. Ein weiteren lobenswerten Effekt, vor allem für die Erhaltung von möglichst viel Autonomie, funktionaler Gesundheit und Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner sieht die Wiener Heimkommission in einer unternehmensübergreifenden Nutzung der Konzepte und Erfahrungen des Mobilitätsförderungsprogramms "Bewegung ins Leben". Der Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen und auch der Fonds Soziales Wien könnten wichtige Partner für diese Ausweitung sein bzw. auch der Kontext der "Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen" genutzt werden.
- **2017: Gesundheitsförderung in der stationären Altenbetreuung – Follow des Pilotprojekts "Gesundheit hat kein Alter".**  
Die Wiener Heimkommission ist der Meinung, dass die positiven Erfahrungen dieses Transfer-Projekts die Verantwortlichen bzw. relevanten Akteurinnen und Akteure in der Wiener Altenbetreuung ermutigen sollten, auch eine Ausrollung in die Einrichtungen anderer Träger in Angriff zu nehmen. Erfahrungen und Expertise in Bezug auf die dafür notwendigen Schritte scheinen in Wien nunmehr ausreichend vorhanden zu sein.
- **2018: Gesundheitsförderung als Unterstützung von Qualitätsentwicklung in der stationären Altenbetreuung – Erfahrungen aus der Forschung 2008 – 2018**  
Die Heimkommission empfiehlt die Ausrollung von systematischer Bewegungsförderung nach dem Beispiel von "Bewegtes Leben" in möglichst viele Einrichtungen in Wien. Genutzt werden sollte die vorhandene Expertise, z.B. zur Entwicklung von Träger-übergreifende anzubietenden Fortbildungsprogrammen jedenfalls für



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

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

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

- **2020:** Die Heimkommission empfiehlt vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den Projekten „Gesundheit hat kein Alter“ (2011-13) und „Gesundes Seniorinnen- und Seniorenwohnhaus“ (2013 – 16) in Wien sowie „Gesundheit hat kein Alter – Transfer in die Steiermark“ weiterhin die Ausrollung von systematischer Bewegungsförderung nach dem Beispiel des erprobten Programms „Bewegtes Leben“ in möglichst vielen Einrichtungen in Wien. Gerade die massive Beeinträchtigung der Lebensqualität von vielen Bewohner\*innen durch die Einschränkungen im Rahmen der COVID-19 Pandemie macht ein pro-aktives Gegensteuern notwendig, sobald die epidemiologische Situation bzw. die Durchimpfung in den Wohn- und Pflegeheimen das wieder erlauben. Die Heimkommission verweist in diesem Zusammenhang auch auf ein großes, 2020 angelaufenes, mehrjähriges Entwicklungsprojekt in Deutschland, im Rahmen dessen Mobilitätsförderung zu einem zentralen Instrument für Qualitätsentwicklung und Verbesserung von Lebensqualität in Altenheimen verwendet werden soll (<https://pflebeo.de>). Die in Österreich und gerade auch in Wien in diese Richtung schon entwickelten Ressourcen an Knowhow und Qualifikation sollten von einer möglichst großen Zahl von Wiener Trägern genutzt werden. Eine trägerübergreifende Fortbildung (in Kooperation z.B. mit Expert\*innen der MUW und von Fachhochschulen, mit Unterstützung durch die Wiener Gesundheitsförderung gem.nütz. GmbH und den Fonds Gesundes Österreich) bieten sich als wichtiges Instrument an. Die Anwendung dieser Kompetenzen könnte von einer verstärkten Integration von Mobilitätsförderungsprogrammen in die Qualitätskriterien für Altenbetreuungseinrichtungen in Wien profitieren.

**2021:** Die Wiener Heimkommission wiederholt Ihre Empfehlung des Jahrs 2019, deren Umsetzung aufgrund der andauernd schwierigen COVID-19 Situation ja nur sehr begrenzt möglich war. Zusätzlich verweist die Wiener Heimkommission auf einen dringenden Bedarf an verstärkter Aufmerksamkeit für die Förderung der psychosozialen Gesundheit, die in der gegenwärtigen Situation unter erheblichen Druck

geraten ist. Eine im Auftrag der „Gesundheit Österreich“ bzw. des „Fonds Gesundes Österreich“ im Herbst 2021 durch die „Styria Vitalis“ durchgeführte Studie (Interviews, Fokusgruppen, Online Befragung) zu Bedarf der bisherigen Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Altenbetreuung und -pflege (stationäre Einrichtungen und im Setting Gemeinde), hat einen erheblichen Bedarf nach Gesundheitsförderung, insbesondere auch für das Thema psychosoziale Gesundheit, bei vielen Einrichtungen bestätigt – auch bei den teilnehmenden Einrichtungen aus Wien. In dieser Befragung wurde weiters deutlich, dass in der aktuellen Situation nicht nur die Bewohner\*innen direkt, sondern auch Mitarbeiter\*innen sowie Zu- und Angehörige von Bewohner\*innen als Mitbetroffene wesentlich für die Lebensqualität der Bewohner\*innen als Zielgruppen gesehen werden müssen. Eine Publikation dieser für den ganzen Sektor wichtigen Ergebnisse ist in den nächsten Monaten geplant.

### 2.2 Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG (im Bericht 2020 unter Punkt 2.2)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

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



bzw. zum Erwachsenenvertreter. Nach dem dann (neuen) Erwachsenenschutzgesetz soll selbstbestimmtes Handeln so lange wie möglich erhalten bleiben. Die Einschränkung der Autonomie der jeweiligen Person soll auf das - auch zeitlich - absolute Mindestmaß begrenzt sein. Die Sachwalter- bzw. 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 Erstananhörung durch das jeweilige Bezirksgericht. Eine einstweilige Erwachsenenvertretung mit sofortiger Wirksamkeit kann erst in weiterer Folge zur Besorgung dringender Angelegenheiten, längstens für die Dauer des Verfahrens, bestellt werden, sollte anderenfalls ein erheblicher und unwiederbringlicher Nachteil für die betroffene Person zu befürchten sein. Der Verbleib im Akutspital scheint, trotz aller evidenter, medizinischer Risiken

für multimorbide und (hoch-)betagte Personen (z.B. erhöhtes Infektionsrisiko, fehlende Orientierungshilfen für dementiell erkrankte Patientinnen und Patienten,...), für die Gerichte in der Praxis nicht ausreichend ins Kalkül zu fallen. Eine zusätzliche Problematik hat sich nach Inkrafttreten des 2. ErwSchG auch dadurch gezeigt, dass das VertretungsNetz Erwachsenenvertretung (bis auf weiteres) keine personellen Ressourcen zu haben scheint, mit finanzschwachen Personen Vorsorgevollmachten zu errichten bzw. auch die Wartezeiten zur Errichtung einer kostengünstigen gesetzlichen Erwachsenenvertretung zu lang sind. Während man in Rechtsanwalts- und Notariatskanzleien innerhalb weniger Werkstage Termine für diese Anliegen erhält, bestehen beim VertretungsNetz z.T. wochenlange Wartezeiten. Die Wiener Heimkommission empfiehlt für die erforderlichen Rahmenbedingungen beim VertretungsNetz, wie ausreichend rechtskundig geschultes Personal, zu sorgen, damit auch Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen die Möglichkeit zur kostengünstigen und zeitnahen Errichtung einer Vorsorgevollmacht bzw. gesetzlichen Erwachsenenvertretung erhalten. Der Gesetzgeber möge die Abläufe zur Bestellung insbesondere einer einstweiligen Erwachsenenvertretung, wie in den geschilderten Situationen, überdenken, um ein effektives Entlassungsmanagement aus dem Akutspital in die stationäre Langzeitpflege oder die Versorgung durch 24- Stundenbetreuungsvereine zu gewährleisten.

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

### **2021: Follow-up – Gastbeitrag des VertretungsNetz Erwachsenenvertretung**

Die anhaltende Pandemie blieb eine große Herausforderung für alle Menschen, die in Wohn- und Pflegeeinrichtungen wohnen und arbeiten. Das Bestreben, vulnerable Personen vor Infektionen zu schützen, musste weiterhin abgewogen werden gegen das Bedürfnis der Bewohner\*innen nach persönlicher Freiheit und Kontakt mit Freund\*innen, Familie und anderen Bezugspersonen. Erwachsenenvertreter\*innen standen seit Beginn der Pandemie vor der Herausforderung, als Besucher\*innen regelmäßigen Zugang und persönlichen Kontakt zu den Bewohner\*innen zu erlangen, um sie vertreten zu können. Die COVID-Zugangsvoraussetzungen variierten je nach Wohn- oder Pflegeeinrichtung und änderten sich im Lauf der Zeit immer wieder. Die über mehrere Monate hinweg geltende 2G-Regel für Heime hatte zur Folge, dass nicht genesene oder geimpfte Erwachsenenvertreter\*innen keinen direkten Kontakt mehr zu den von ihnen vertretenen Menschen hatten.

Schon Anfang 2021 wurde ein hoher Prozentsatz der Wohn- und Pflegeheimbewohner\*innen gegen COVID geimpft. Im Erwachsenenschutzgesetz ist festgelegt, dass alle entscheidungsfähigen Menschen selbst entscheiden dürfen, ob sie einer medizinischen Behandlung wie einer Impfung zustimmen oder nicht, und zwar unabhängig davon, ob sie eine Erwachsenenvertretung bzw. Vorsorgevollmacht haben. Diese Regelung war nicht in allen Einrichtungen bekannt. Der Erwachsenenschutzverein VertretungsNetz berichtet, dass mitunter Erwachsenenvertreter\*innen gebeten wurden, für ihre Klient\*innen zu entscheiden, ob diese geimpft werden sollen oder nicht, obwohl sie das selbst entscheiden hätten können.

Im 2. Pandemiejahr traten aus Sicht des VertretungsNetz Erwachsenenvertretung die psychosozialen Auswirkungen der Pandemie immer deutlicher hervor. Viele Bewohner\*innen von Wohn- und Pflegeeinrichtungen fühlten sich vereinsamt,



ihre psychische und physische Gesundheit litt, weil der Kontakt zu Zu- und Angehörigen oft nicht möglich war.

Empfehlung des VertretungsNetz Erwachsenenvertretung:

Es sollte zukünftig darauf geachtet werden, dass jede Beschränkung der Ausgangs- und Besuchsrechte von Heimbewohner\*innen verhältnismäßig bleibt. Darüber hinaus sollte darauf hingearbeitet werden, dass die seit einigen Jahren geltenden Richtlinien zu medizinischen Behandlungen im Erwachsenenschutzgesetz dem Personal von Wohn- und Pflegeeinrichtungen auch umfassend bekannt sind.

### 2.3 Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und "Wiener Krankenanstaltenverbund" (im Bericht 2020 unter Punkt 2.3)

#### Empfehlungen aus den Vorberichten:

- **2013: Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH) Caritas, CaSa und KAV (Zwischenbericht zur Projekthalbzeit 2013)**  
Die Wiener Heimkommission begrüßt das Projekt Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (HPCPH), das einen wesentlichen Beitrag zur Integration einer palliativen Kultur in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen leistet. Die ersten Erfahrungen sind sehr vielversprechend.
  - **2014: Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim – Caritas, CaSa und "Wiener Krankenanstaltenverbund"**  
Die Heimkommission begrüßt die weitere Verstärkung des Themas Hospiz- und Palliativkultur in den Alten- und Pflegeheimen (HPCPH). Ein besonderes Anliegen ist vor allem die Nachhaltigkeitssicherung der, während des Projektes erarbeiteten, Inhalte und die Fortführung der starken Auseinandersetzung mit dem Thema in den Häusern. Eine weiterhin intensive Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Palliativkultur soll auch nach der Projektphase stattfinden.
  - **2015: Palliative Care im Kuratorium Fortuna am Standort Haus Gartensiedlung**  
Die Wiener Heimkommission begrüßt das Vorhaben, "Palliative Care" auch nach dem Projektende nachhaltig in das Alltagsleben der Gartensiedlung FORTUNA zu implementieren. Ebenso die Absicht, "Palliativ Care" auch in den anderen Standorten vom Kuratorium Fortuna einzuführen.
- Der Vorsorgedialog – Advance Care Planning im Wohn- und Pflegeheim**  
Die Wiener Heimkommission empfiehlt die nachhaltige Einführung des Vorsorgedialogs in allen Wiener Wohn- und Pflegeheimen. Dafür braucht es die Finanzierung der notwendigen palliativmedizinischen und geriatrischen Kompetenz sowie entsprechende Ressourcen in Form von Zeit und Knowhow für die Pflegenden in den Wohn- und Pflegeheimen.
- **2016: Die Finanzierung von Hospiz- und Palliativ Care**  
Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Finanzierung für den Ausbau der

mobilen und stationären Hospiz- und Palliativversorgung sicherzustellen und den Ausbauplan entsprechend der Empfehlungen der Enquete-Kommission in Wien vorzunehmen. Der Ausbau entspricht zudem der "Strategie 2030 Pflege und Betreuung" der Stadt Wien. Eine Vollfinanzierung der Hospiz- und Palliativangebote muss so rasch wie möglich gewährleistet werden.

### **Der Vorsorgedialog im Rahmen von Hospiz- und Palliativarbeit in und für Wohn- und Pflegeheime**

Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Empfehlungen der Enquete-Kommission aufzunehmen und schrittweise umzusetzen. Insbesondere soll die Erprobung des Vorsorgedialoges seitens der öffentlichen Hand in den Langzeitpflegeeinrichtungen aktiv und finanziell zu unterstützen. Über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit des Vorsorgedialogs besteht Konsens. Daher ist darüber hinaus die Aufnahme des Vorsorgedialogs in den Leistungskatalog der Sozialversicherungsträger notwendig, um eine breite Umsetzung im Sinne aller Beteiligten rasch zu ermöglichen. Die Wiener Heimkommission empfiehlt weiter, die ärztliche Versorgung der Wohn- und Pflegeheime auf neue Beine zu stellen (vom Hausarztssystem zu einer mobilen medizinischen Versorgung) um spezialisierter und zeitnäher mit den schwierigen Situationen rund um das Lebensende umgehen zu können.

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

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

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

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

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

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

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

Der vierte Durchgang des Projekts Hospizkultur in Pflegewohnhäusern des KAV, der Barmherzigen Schwestern und der Diakonie geht seinem Ende zu und ein fünfter Durchgang befindet sich in Vorbereitung. Für stationäre Hospize in bestehenden Pflegeeinrichtungen gibt es eine Förderzusage des FSW. Wegen fehlender Finanzierung der ärztlichen und therapeutischen Leistungen durch die



Gesundheitskassen konnte bisher aber nur ein Pilotbetrieb in einem Haus des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnheime aufgenommen werden. MOMO-Wiens mobiles Kinderhospiz erhält erstmals eine Förderung des FSW. Die Hospizteams und das Tageshospiz für Erwachsene werden weiterhin nicht öffentlich gefördert und müssen ausschließlich über Spenden finanziert werden. Das Hospiz Forum Österreich tagt laufend. Der Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen ist mit seiner Geschäftsführerin, Frau Sandra Frauenberger als Ländervertretung für Wien aktiv eingebunden. Das Ziel ist weiterhin bis 2021 eine österreichweit einheitliche Regelfinanzierung für alle Hospiz und Palliative Care-Einrichtungen der spezialisierten Versorgung und der Regelversorgung zu schaffen. Die Gesundheit Österreich GmbH ist mit der Evaluierung der Ausgangssituation und Entwicklung von Modellvorschlägen beauftragt. Die Wiener Heimkommission erkennt die Bemühungen um den Ausbau der mobilen und stationären Hospiz- und Palliativversorgung an und empfiehlt den Ausbauplan rasch umzusetzen sowie die Finanzierung sicherzustellen.

- **2020:** Wichtiges Ziel bleibt weiterhin eine österreichweit einheitliche Regelfinanzierung für alle Hospiz- und Palliative Care-Einrichtungen der spezialisierten Versorgung und der Regelversorgung zu schaffen. In der Task Force Pflege, eingesetzt im Herbst 2020 von Gesundheitsminister Rudolf Anschober, wurde die Notwendigkeit einer soliden Finanzierungsgrundlage für diese Leistungen erneut von Seiten der Träger, Hospiz Österreich sowie den Bundesländern bekräftigt. Die Gesundheit Österreich GmbH hat dem Hospizforum seine nun abgeschlossene Studie zur Evaluierung der Ausgangssituation zur österreichweit einheitlichen Regelfinanzierung aller Hospiz- und Palliativeinrichtungen präsentiert. Die Gespräche dazu mit den Ländervertreterinnen und -vertretern folgen. Unterstützt werden diese Ziele durch die Aufnahme dieser Forderungen in der Task Force Pflege und den Entschließungsantrag der Bundesregierung zur Sicherstellung der Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung vom 17.11.2020. Der Ausbaugrad in Wien ist unverändert zum Jahr 2019. In Wien haben mittlerweile 20 Wohn- und Pflegeheime HPCPH umgesetzt, den Vorsorgedialog acht Einrichtungen. Der HPCPH Durchgang 5 wurde mit drei Wohn- und Pflegeheimen in Wien gestartet. Die Workshops konnten aber coronabedingt nicht fortgeführt werden, sondern wurden auf Herbst 2021/ Jänner 2022 verlegt. Der VSD Vorsorgedialog® als Dokument für die Kontexte Wohn- und Pflegeheime, Hauskrankenpflege, Allgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner wurde am 9. Juli 2020 vom Beirat HPC in der Grundversorgung verabschiedet. Es liegt eine Kostenberechnung zum VSD für den Kontext Alten- und Pflegeheime vor: Es wurden einige Unterlagen für die Pandemiesituation entwickelt und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt, wie z. B.: "VSD Vorsorgedialog im Pflegeheim in Zeiten mit COVID-19". Der Pilot-Betrieb für ein stationäres Hospiz in einem Haus des Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser wurde umgesetzt und folgende Erkenntnisse und Empfehlungen daraus gewonnen:
  - » Alle Patientinnen und Patienten, die während des Piloten betreut wurden, litten an einer Krebserkrankung. Umfassende Leistungen medizinischer und pflegerischer Art (z.B. Sauerstoffverabreichung, Sucht- und Schmerzmittel, Einzelgespräche, interdisziplinäre Besprechungen, Seelsorge, palliativmedizinische Versorgung, etc.) waren erforderlich. Die Leistungen sind hoch individualisiert und können schwer getaktet werden.
  - » Ein stationäres Hospiz sollte idealerweise ein infrastrukturell eigenständiger Bereich sein. Das Inklusionsmodell (also diese Leistung integriert in einem Pflegewohnheim) hat sich als nicht erfolgreich erwiesen.

- » Um die Leistung in einem stationären Hospiz fachlich einwandfrei anbieten zu können, wird ein Tarif von ca. 460 Euro (2020) als erforderlich errechnet. Dies inklusive der ärztlichen und therapeutischen Leistungen. Dies natürlich exklusive Medikamentenkosten, die von der Kassa übernommen werden.
- » Dauerhafte ärztliche Versorgung, z.B. in der Nacht, ist nicht notwendig, allerdings muss die Erreichbarkeit einer Ärztin bzw. eines Arztes sichergestellt werden.

Die Möglichkeit, auch ins Freie gehen zu können, wird als besonders wertvoll für die Patientinnen und Patienten erachtet. In Wien wurden die Mobilen Palliativteams 2020 erstmalig seitens des FSW nicht nur durch eine pauschale Objektförderung, sondern ergänzend durch eine am Betreuungstag orientierte gedeckelte Subjektförderung unterstützt. Tageshospize und Hospizteams finden in dieser Förderung noch keine Berücksichtigung.

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

### **2021:**

Ein österreichweiter Rechts- und Finanzierungsrahmen zum bedarfsorientierten Ausbau der Hospiz- und Palliativangebote wurde – auch in Zusammenhang mit der Neuregelung der Sterbeverfügung – im Jahr 2021 entwickelt und konnte am 24.2.2022 im Nationalrat als HosPalFG (Hospiz- und Palliativfondgesetz) beschlossen werden.

Der Hospiz- und Palliativfonds ist im Sozialministerium verankert und wird vom Sozialminister im Einvernehmen mit dem Finanzminister verwaltet. Aus dem Fonds werden Zweckzuschüsse an die Länder für die Hospiz- und Palliativversorgung erbracht. Dabei ist eine Drittelfinanzierung vorgesehen: Ein Drittel finanziert der Bund, mindestens ein weiteres Drittel das jeweilige Bundesland und maximal ein Drittel die Sozialversicherungsträger. Für das Jahr 2022 sind Bundesmittel von 21 Mio. Euro vorgesehen. 2023 soll es 36 Mio. und 2024 51 Mio. Euro aus Bundesmitteln geben. Ab 2025 soll der Betrag jährlich nach einem festgelegten Valorierungsmodus erhöht werden.

Die Gelder sind zweckgewidmet und können von den Ländern für mobile Palliativteams, Palliativkonsiliardienste, Hospizteams, Tageshospize und stationäre Hospize – jeweils für Kinder und Erwachsene – verwendet werden. Damit die Bundesländer die Zweckzuschüsse erhalten, müssen sie einige Bedingungen erfüllen. Sie müssen einen Zielwert für den Auf- und Ausbau von entsprechenden Angeboten erreichen, ein Qualitätsmanagement einführen und österreichweit einheitlich geregelte Tarife anwenden. Außerdem sind die Bundesländer etwa zur Erhebung und Übermittlung von Daten sowie zur Mitwirkung am Berichtswesen verpflichtet.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Etablierung des Hospiz- und Palliativfonds durch das Hospiz- und Palliativfondgesetz.

- Es ist für die Umsetzung wesentlich, dass die nötige Konkretisierung der Mittelnutzung zwischen der Stadt Wien und den Träger\*innen der Sozialversicherung nun rasch erfolgt. Anbieter\*innen von Hospiz- und Palliativleistungen benötigen eine\*n förderzuständige\*n Partner\*in für alle Abwicklungsfragen.



- Der Ausbau der Angebote bzw. die kostendeckende Leistungsabgeltung soll in allen Angebotsbereichen auf dieser Basis unter Einbindung der Anbieter\*innen von Hospiz- und Palliativleistungen ohne Verzug geplant, koordiniert und umgesetzt werden. In Wien kann dies wesentlich zum nötigen Ausbau stationärer Hospizplätze, genauso wie zur kosten deckenden Finanzierung von Hospizteams und Tageshospizen beitragen.
- Besonders zu begrüßen ist auch, dass die Mittel des HosPalF auch im Rahmen der Grundversorgung für Aus-, Fort- und Weiterbildung und die Durchführung von Vorsorge- und Informationsgesprächen zur Verfügung stehen. Dies ermöglicht eine Grundfinanzierung und eine Intensivierung für in vielen Einrichtungen bzw. Angeboten der Grundversorgung bereits etablierten Qualitätssicherungsmodelle, wie HPCPH (Hospiz und Palliative Care in Wiener Wohn- und Pflegeheimen) oder HPC Mobil (Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause). Genauso können Schulungen für Schmerztherapie und Symptomkontrolle unterstützt werden. Hierzu nötige Abklärungen sollten ebenfalls umgehend begonnen werden.
- Das HosPalFG soll auch die breitflächige Implementierung des VSD Vorsorgedialogs® für alle Bewohner\*innen von Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen ermöglichen, welche bisher durch die fehlende Klärung der Honorierung der beteiligten Hausärzt\*innen nur pilotweise möglich war.
- Auf Ausbau und Finanzierung der Hospiz- und Palliativangebote für Kinder- und Jugendliche ist spezifisch zu achten.

## 2.4 ELGA – Ombudsstelle: Standort Wien bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft (im Bericht 2020 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 Behandlerin bzw. den Behandler zur systematischen Dokumentation der Krankengeschichte fördert die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität. Die geplante E-Medikation ist ein besonderer Vorteil für diese Zielgruppe, weil die Gefahr der Doppelverschreibung und der unerwünschten Wechselwirkungen hintangehalten werden kann. Die Pflegeeinrichtungen der Stadt Wien sind daher aufgefordert, Gesundheitspersonal, Bewohnerinnen bzw. Bewohner und Angehörige sachlich über ELGA zu informieren und zur Teilnahme zu ermutigen.
- **2016: ELGA – Auch in den Wiener 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](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



Geriatrizentren 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 Geriatrizentren 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](http://www.gesundheit.gv.at/elga/inhalt) sowie unter der Adresse: [www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/ELGA.html](http://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/ELGA.html) (Berichte).

- **2020:** ELGA ist ein Informationssystem, das Patientinnen und Patienten sowie berechtigten Gesundheitsdiensteanbietern, also Spitälern, Ärztinnen und Ärzten, Pflegeeinrichtungen etc. den zeit- und ortsunabhängigen Zugang zu bestimmten Gesundheitsdaten ermöglicht. Mit ELGA werden Daten, die verteilt im Gesundheitssystem entstehen, durch eine Verlinkung vernetzt. Ziel von ELGA ist die Unterstützung der medizinischen Behandlung und Betreuung durch einen besseren Informationsfluss, vor allem wenn mehrere Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten. Patientinnen und Patienten können über einen sicheren Internetzugang auch selbständig ihre medizinischen Befunde und auch die eigene Medikationsliste abrufen und verwalten. Für die behandelnden Gesundheitseinrichtungen sind diese Informationen ebenfalls als unterstützende Entscheidungsgrundlage für die weitere Diagnostik und Therapie verfügbar. Zu den ELGA-Gesundheitsdaten zählen ärztliche und pflegerische Entlassungsbriefe aus Krankenhäusern, Labor- und Radiologiebefunde sowie die e-Medikationsliste, in der die von Ärztinnen und Ärzten verordnete und in der Apotheke abgegebene Medikamente für ein Jahr in ELGA verfügbar gemacht werden. Über das ELGA Portal können ELGA-Teilnehmerinnen und ELGA-Teilnehmer ihre Befunde, Entlassungsbriefe und die e-Medikationsliste einsehen.  
Im Berichtsjahr erfolgte auch die Umsetzung der Pilotierung des elektronischen Impfpasses in Wien. Der e-Impfpass steht als neue e-Health Anwendung auf der Basis der ELGA –Infrastruktur zur Verfügung. Die Impfdaten werden künftig in einem zentralen österreichischen Impfregister gespeichert. Bürgerinnen und Bürger haben das Recht, elektronisch im Wege des Zugangsportals oder schriftlich gegenüber der ELGA Ombudsstelle Auskunft über die sie betreffenden Impfdaten und Protokolldaten bzw. einen Ausdruck zu erhalten.  
Detaillierte Ausführungen dazu und zur ELGA allgemein stehen unter [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at) und [www.elga.gv.at](http://www.elga.gv.at) zur Verfügung.  
Gemäß § 17 Gesundheitstelematikgesetz 2012 wurde von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen (BMGF) durch Verordnung eine ELGA-Ombudsstelle eingerichtet, deren Aufgabe die Information, Beratung, Unterstützung und Wahrung der Rechte der Teilnehmerinnen bzw. der Teilnehmer der elektronischen Gesundheitsakte und des Datenschutzes ist.  
Entsprechend der ELGA-Verordnung 2015 wurden seitens des BMGF zur Wahrnehmung dieser Aufgabe die Patientinnen- und Patientenanwaltschaften in den einzelnen Bundesländern herangezogen. Es wurde dazu eine Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bund und dem Land Wien getroffen.

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

Seit der Einrichtung der ELGA - Ombudsstelle Standort Wien wurden zahlreiche Beratungs- und Informationsgespräche geführt. Zu Beginn der Aufnahme der Tätigkeit der ELGA – Ombudsstelle erfolgten die Kontaktaufnahmen der Bürgerinnen und Bürger in erster Linie im Zusammenhang mit allgemeinen Anfragen zu ELGA, wie etwa Inhalt der elektronischen Gesundheitsakte, Zugriffsberechtigungen, Vor- und Nachteile von ELGA oder Widerspruch bzw. „Opt-Out“ zu ELGA. In weiterer Folge waren verstärkt Einsichtnahmen in die jeweiligen elektronischen Gesundheitsakten im Wege der ELGA – Ombudsstelle festzustellen. Die ELGA–Ombudsstelle bietet ELGA- Teilnehmerinnen bzw. -Teilnehmern, die nicht mit einer Handy-Signatur oder Bürgerkarte über das Gesundheitsportal in ihre eigene ELGA einsteigen, auch die Möglichkeit an, im Wege dieser Serviceeinrichtung Einsicht zu nehmen. So können die persönlichen ELGA-Befunde und auch das Zugriffsprotokoll eingesehen oder Zugriffsberechtigungen individuell geändert werden. Für die jederzeit mögliche Abmeldung von ELGA („Opt-Out“) wurde eine eigene Widerspruchsstelle eingerichtet. Auch dazu wird seitens der ELGA–Ombudsstelle Information gegeben. Es besteht eine Zusammenarbeit und Koordination mit der im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eingerichteten Koordinierungsstelle und den einzelnen dezentralen Standorten in den Bundesländern sowie eine Zusammenarbeit mit den ELGA-Systempartnerinnen und -partnern zur Weiterentwicklung der ELGA. Die Fall- und Anfragezahlen der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien werden statistisch erfasst und in regelmäßigen Berichten der Koordinierungsstelle mitgeteilt.

Gemäß § 11 ELGA – Verordnung 2015 ist durch die Koordinierungsstelle im Bundesministerium ein jährlicher Tätigkeitsbericht zu erstellen. Zu den Zahlen und Details der Tätigkeiten insbesondere der ELGA – Ombudsstelle Standort Wien darf auf diesen Bericht verwiesen werden:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/ELGA.html>

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

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



**2021:** Im Berichtsjahr kam es in der ELGA Ombudsstelle Standort Wien bedingt durch die Corona-Impfungen zu zahlreichen Anfragen in Zusammenhang mit dem e-Impfpass. Im e-Impfpass werden alle Impfungen eingetragen, die eine Person erhalten hat. Die Dokumentation erfolgt im elektronischen Impfregeister auf der technischen Basis der ELGA-Infrastruktur. Um einen Ausdruck des Impfnachweises zu erhalten, wandten sich viele Bürger\*innen, die über keine Handysignatur verfügen, an die ELGA Ombudsstelle Standort Wien. Dabei wurden auch Fragen und Anliegen in Zusammenhang mit dem e-Impfpass behandelt. Ebenso gab es zahlreiche Beschwerden, da der Eintrag der vorgenommenen Impfung nicht im e-Impfpass sichtbar war oder eine fehlerhafte Eintragung vorgenommen wurde.

Infolge der Corona Pandemie kam es auch in Zusammenhang mit den Gratis-Antigentests zu einem weiteren Anstieg des Arbeitsanfalls. Zunächst wurden den Bürger\*innen zur Eindämmung der Corona Pandemie Gratis-Antigentests zur Selbstanwendung („Wohnzimmertests“) zur Verfügung gestellt. Diese konnten ab März 2021 in den Apotheken kostenlos bezogen werden. Die Abrechnung erfolgte über das ELGA System. Bürger\*innen, die von ELGA abgemeldet waren, konnten diese Möglichkeit nicht nützen, was zu einer Verärgerung vieler betroffener Bürger\*innen führte. Zahlreiche telefonische Kontaktaufnahmen betrafen diese Thematik. Im April 2021 wurde es ermöglicht, dass auch von ELGA abgemeldete Bürger\*innen diese Antigentests gratis in der Apotheke beziehen konnten. Dazu war das Ausfüllen eines Online-Formulars der Sozialversicherung erforderlich. Bürger\*innen, die Hilfestellung beim Ausfüllen benötigten bzw. keinen Internetzugang hatten, konnten sich an die ELGA Ombudsstelle Standort Wien wenden, die dann die erforderlichen Schritte für die Bürger\*innen durchführte. So kam es zu einem massiven Anstieg der Kontaktaufnahmen.

Durch eine Novelle zum Epidemiegesetz wurde vorgesehen, dass ein Ausdruck der Impf-, Test- und Genesungszertifikate in Zusammenhang mit dem „grünen Pass“ neben den Gemeinden und Bezirksverwaltungsbehörden auch durch die ELGA-Ombudsstelle möglich ist. Da die ELGA-Ombudsstelle Standort Wien nicht über die dafür notwendigen personellen und sachlichen Ressourcen verfügt und vom Bund keine Aufstockung der Ressourcen für diese Aufgabenerweiterung vorgenommen wurde, konnte diese Leistung nicht angeboten werden. Da es vor allem beim Erhalt von Genesungszertifikaten oftmals zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen kam, haben sich zahlreiche betroffene Bürger\*innen auch in diesem Zusammenhang telefonisch und schriftlich an die ELGA Ombudsstelle Standort Wien gewandt. Es folgten dazu Beratungen und Auskünfte.

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

### 2.5 Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030" (im Bericht 2020 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 derinformell Pflegenden zu betonen.

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

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

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

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

- **2020:** Wie können Pflege und Betreuung für die Zukunft gesichert werden? Antworten auf diese Frage gibt das Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ (MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung, 2016) aus dem Jahr 2016, an dessen Erstellung der Fonds Soziales Wien (FSW) wesentlich mitgearbeitet hat. Die daraus abgeleiteten und bereits umgesetzten Maßnahmen haben die Wiener Pflegelandschaft verändert. Aber auch andere Rahmenbedingungen (z.B. die Abschaffung des Pflegeregresses) haben zwischenzeitlich Einfluss auf die Entwicklungen im Bereich der Pflege und Betreuung genommen. Aus diesem Grund wurde der auf dem Strategiekonzept basierende Maßnahmenkatalog (MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung; unveröffentlichte Ausgabe) im ersten Halbjahr 2020 einer Evaluierung unterzogen. Im nun vorliegenden Evaluierungsbericht ist einerseits den Umsetzungsstand der Einzelmaßnahmen übersichtlich dargestellt und er gibt andererseits einen Ausblick auf noch kommende Einzelmaßnahmen. Der Evaluierungsbericht ist auf der Homepage des Fonds Soziales Wien abrufbar (<https://www.fsw.at/downloads/ueber-den-FSW/infos-fuer-organisationen/evaluierungsbericht-pflege-und-betreuung-2030-standortbestimmung.pdf>). Unabhängig vom Evaluierungsprozess wurden 2020 diverse inhaltliche Maßnahmen vorangetrieben. Dazu zählt beispielsweise die Umsetzung der neuen Leistung „Seniorinnen- und Senioren- Wohngemeinschaft – Basispaket“,

## 2 Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten

- die Weiterentwicklung der „Mehrstündigen Alltagsbegleitung“ oder Ausbildungsinitiativen im Bereich der Pflegeberufe.  
Die Wiener Heimkommission begrüßt ausdrücklich die weitere Umsetzung der Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ sowie die vorgenommene Evaluierung der zugehörigen Maßnahmenplanung.

**2021:** Das Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ (MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung, 2016) bzw. die daraus abgeleiteten Maßnahmen wurden im Jahr 2020 einer Evaluierung unterzogen. Durch diese Aktualisierung blieb das Strategiekonzept auch im Jahr 2021 richtungsweisend für die Entwicklungsschritte in die Zukunft der Wiener Pflegelandschaft.

Im Jahr 2021 sah sich der gesamte Bereich der Gesundheits- und Pflegeversorgung weiterhin durch die COVID-19-Pandemie vor immense Herausforderungen gestellt. Es ist vor allem dem hohen Engagement und der gemeinsamen Tatkraft aller Beteiligten zu verdanken, dass diese Herausforderungen bestmöglich gemeistert wurden.

Obwohl der Fokus also noch immer auf der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie lag, wurde trotzdem an Maßnahmen des Strategiekonzepts weitergearbeitet. Neben der Imagekampagne #WissenSchafftPflege, die einen neuen Blick auf den Pflegeberuf wirft und über Ausbildungswege informiert, fand beispielsweise eine Befragung pflegender Angehöriger statt, deren Ergebnisse in die Konzeptionierung zukünftiger Entlastungsangebote einfließen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt ausdrücklich die weitere Umsetzung der Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ sowie der zugehörigen Maßnahmen.



### 3.1 Die Beihilfe zum Suizid muss auch in Wiener Wohn- und Pflegeheimen ermöglicht werden

Der VfGH (Verfassungsgerichtshof) hat das Verbot des assistierten Suizids mit Ende 2021 aufgehoben. Eine Neuregelung der Sterbehilfe wurde notwendig, sonst wäre die Beihilfe zum Suizid ab 2022 ohne Einschränkungen erlaubt worden. Das Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen ist zu Jahresbeginn 2022 in Kraft getreten. Begleitend zum Sterbeverfügungsgesetz soll die Hospiz- und Palliativversorgung ausgebaut werden. Bis zum Jahr 2024 sollen rund 153 Mio. Euro dafür zur Verfügung gestellt werden.

Das Recht auf freie Selbstbestimmung, insbesondere im medizinischen Bereich, war die Basis für die Lockerung beim assistierten Suizid. Um abzusichern, dass die Entscheidung zum Suizid frei getroffen werden kann, sollten Drucksituationen vermieden werden. Neben dem Recht auf die Gestaltung des Lebens betonte der VfGH auch das Recht auf menschenwürdiges Sterben.

Leider verzichtete die Politik im vergangenen Jahr auf eine rechtzeitige und breite Einbindung der Zivilgesellschaft in die öffentliche Debatte über dieses so kontroverse, demokratiepolitisch und gesellschaftlich wichtige Thema im Vorfeld der Gesetzgebung. Das „Dialogforum mit Organisationen“, das im Frühjahr 2020 anberaumt wurde, konnte diesen Mangel nicht wettmachen. Außerdem war die Begutachtungsfrist sehr knapp bemessen, was zum Unmut bei vielen Institutionen, die mit den Auswirkungen des Gesetzes befasst sein werden, beitrug.

Eine zentrale Schwäche des Gesetzes besteht darin, dass die Gruppe, die assistierten Suizid in Anspruch nehmen darf, nicht klar definiert ist.

- Laut Gesetz müssen zwei Ärzt\*innen – eine/r mit Zusatzdiplom in Palliativmedizin – die Aufklärung durchführen. Eine umfassende Information über mögliche palliative Behandlungsmöglichkeiten ist sicher angemessen. Ergänzend wäre sinnvoll gewesen, die Beratung durch ein/e Spezialist\*in für die jeweilige Erkrankung bzw. für das jeweilige Fachgebiet verpflichtend vorzusehen.

Eine wesentliche Frage ist zudem, wie Menschen mit stark eingeschränkter Mobilität zwei aufsuchende Ärzt\*innen finden sollen, die gewillt sind die Aufklärung zum assistierten Suizid zu übernehmen, falls die betreuenden Ärzt\*innen dazu nicht bereit sind. Werbung für assistierten Suizid ist mit hohen Strafen verbunden. Wo verläuft die Trennlinie zwischen Werbung und Information über ein bestehendes Leistungsangebot?

Das Gesetz sieht vor, Sterbeverfügungen durch Notare und die Patient\*innenanwaltschaften Österreichs zu errichten. Die Patient\*innenanwaltschaften Österreichs, die bereits in den Ablauf der Errichtung von Patient\*innenverfügungen federführend einbezogen wurden, sind bereit, sich dieser Aufgabe zu stellen. Ihre Erfahrung ermöglicht es, Sterbeverfügungen in bestmöglicher juristischer Qualität zu errichten. Zudem stellt die Einbeziehung der Patient\*innenanwaltschaften Österreichs einen effektiven Beitrag zur Missbrauchskontrolle dar. Bei den Patient\*innenverfügungen haben die Patient\*innenanwaltschaften ein österreichweit verwendetes Formular und einen strukturierten Ablauf erarbeitet und implementiert, das auch Notar\*innen und Rechtsanwält\*innen verwenden. Diese einheitliche und

standardisierte Vorgangsweise ist auch bei der Errichtung der Sterbeverfügungen, wo es sich um eine noch deutlich sensiblere Materie unter z.T. schwierigeren Rahmenbedingungen handelt, dringend geboten.

Einige ungelöste Probleme werden die Umsetzung sicherlich erschweren. So kann eine Sterbeverfügung nur eine Person errichten, die nach § 6 Absatz 3 Z. 2 „an einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leidet, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen“. Aus der oben zitierten Formulierung geht nicht klar hervor, wie die Krankheit geartet sein bzw. sich auswirken muss, damit eine Sterbeverfügung rechtswirksam errichtet werden kann. Auch die Erläuterungen bringen hierzu kaum Klarheit: Könnte also z. B. ein/e Rollstuhlfahrer\*in, der/die selbständig atmen, essen kann, dessen Ausscheidung normal funktioniert, der keine Schmerzen, keinen Dekubitus hat, eine Sterbeverfügung errichten? Ist (bloße) Gehunfähigkeit eine „schwere Krankheit“? Oder kommt es auf die Höhe der Querschnittslähmung etc. an? Laut den Erläuterungen kann z. B. ein chronischer Asthmatiker oder eine von Neurodermitis betroffene Person keine Sterbeverfügung machen – ansonsten geben die Erläuterungen keine genügende Klarheit. Hier sollte unbedingt eine Klarstellung erfolgen!

Geregelt ist auch nicht, welche medizinischen Maßnahmen getroffen werden, wenn die Verabreichung nicht zum Ziel, dem Tod, führt.

Eine Sterbeverfügung kann innerhalb eines Jahres nach der zweiten ärztlichen Aufklärung ohne neuerliche Bestätigung einer ärztlichen Person errichtet werden. Dieser Zeitraum erscheint – insbesondere in Hinblick darauf, dass für die Errichtung einer Patient\*innenverfügung bereits ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen ärztlicher und rechtlicher Aufklärung und Bestätigung verlangt wird – jedenfalls zu lange.

Im Fall einer Aufgabe des Sterbewillens ist das Präparat bei der Apotheke zurückzugeben. Hier bestehen massive Bedenken, ob diese Bestimmung ausreicht, um einen allfälligen Missbrauch des Präparates zu verhindern. Es sollten Regelungen getroffen werden, wonach das tödliche Präparat nach einer bestimmten – kurzen – Frist (z. B. drei Monate) nach Unwirksamkeit der Verfügung von der Behörde einzufordern ist.

Außerdem stellt sich die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass nach einem Todesfall ein bezogenes Präparat jedenfalls zurückgegeben bzw. eingezogen wird. Für den Fall, dass jemand, an den ein Präparat abgegeben wurde, an einer anderen Ursache als der Einnahme des Präparats stirbt, ist keine Regelung getroffen.

Insgesamt führt die geringe Regelungsdichte des Gesetzes zu einer Rechtsunsicherheit für sterbewillige ebenso wie für Hilfe leistende Personen. Zusätzlich ist das Selbstbestimmungsrecht gefährdet, weil die sterbewillige Person in der Umsetzungsphase auffallend wenig Unterstützung durch rechtliche Qualitätsvorgaben erfährt. Sowohl hinsichtlich der individuellen Ausgestaltung der Umsetzung – Ort, Zeitpunkt, Ablauf etc. – als auch hinsichtlich eines möglichen Abstandnehmens vom Sterbewunsch.

Es braucht ergänzend einen begleitenden rechtlichen und fachlichen Rahmen, um die Verwirklichung des tatsächlichen Patient\*innenwillens sicherzustellen sowie möglichen Druck- und Missbrauchssituationen vorzubeugen.

Die Wiener Heimkommission hat sich bereits während der gesellschaftspolitischen Debatte im vergangenen Jahr über die anstehende Neuregelung ausführlich Gedanken über die Auswirkungen des neuen Gesetzes auf das Leben und Sterben in den Pflegeeinrichtungen gemacht. So wurde der renommierte Strafrechtsprofessor, Herr Dr. Birklbauer – Mitglied in der Bioethikkommission im Bundeskanzleramt – gebeten einen Vortrag zu halten und die Fragen der Wiener Heimkommission zu beantworten. Zentral in der Debatte war das Thema des Zugangs zu Beratung und Umsetzung des Wunsches nach assistiertem Suizid für vulnerable Bewohner\*innen. Nach Einschätzung vieler Verantwortlicher werden Pflege- und Betreuungsteams mit diesem Gesetz vor eine neue große Herausforderung gestellt. Die Pflege- und Betreuungsteams verbinden mit ihrer Arbeit das Ziel einer möglichst langen und hohen Lebensqualität der Bewohner\*innen.

Hier sind alle Einrichtungen gefordert: Sie müssen die Unterschiede zwischen den institutionellen und persönlichen Zielsetzungen der Beteiligten und den Respekt vor der Selbstbestimmung der Bewohner\*innen überbrücken. Das muss auch beim Wunsch nach Errichtung einer Sterbeverfügung gelten. Es ist sehr wichtig, allen Menschen, die durch das Gesetz adressiert werden, auch faktisch die notwendigen Schritte zu ermöglichen.

Dazu gehören Information, Aufklärung und Offenheit für Personen, die beraten können und wollen, Hilfe bei der Ermöglichung der notwendigen organisatorischen Schritte und persönliche Begleitung der sterbewilligen Person im von ihr erwünschten Ausmaß. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass durch diese Information und Unterstützung kein indirekter Entscheidungsdruck auf die Bewohner\*innen aufgebaut wird.

Außer Streit steht ohnehin, dass niemand, weder Organisationen noch Personal, gezwungen werden dürfen, sich aktiv an der Assistenz zu beteiligen. Gleichzeitig dürfen Sterbewillige in der Pflegeeinrichtung aber nicht durch Tabuisierung, Verschweigung, Abwertung der gesetzlichen Möglichkeit oder indirekte institutionelle Behinderungen von ihren Rechten auf Selbstbestimmung abgehalten werden.

Die Pflege- und Betreuungsteams haben eine langjährige Erfahrung, wie auf einen Wunsch zu sterben reagiert werden kann, welche Bedingungen zu diesem Wunsch führen und ob bzw. wie dieser eventuell verändert werden kann. Gerade in den Pflegeeinrichtungen muss das Know-How über palliative Behandlungsmöglichkeiten weiter verbreitert, der Zugang zu Palliative Care erleichtert und mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet werden. Pflege- und Betreuungsteams müssen für sich vorstellbare Rollen zwischen einer offenen Diskussion mit Sterbewilligen und einer eventuellen Beteiligung an einem assistierten Suizid finden. Aufgrund der vielen offenen Fragen in der Umsetzung sollte für die Weiterentwicklung der Organisationen und Mitarbeiter\*innen ausreichend Zeit vorgesehen werden. Es ist zu erwarten, dass im Jahr 2022 in den Organisationen Regelungen und Richtlinien dazu entwickelt werden.

Die Wiener Heimkommission fordert:

- Gesicherte Finanzierung für den Ausbau von palliativer Medizin und Pflege in den Wohn- und Pflegeheimen.
- Palliativ-Fort-/Ausbildung für das Personal.
- Eine angemessene Personalausstattung, vor allem auch nachts und an den Wochenenden und Feiertagen.
- Fachärztliche Konsiliar- und Liaisondienste.
- Information, Sensibilisierung und Begleitung des Pflege- und Betreuungspersonals über den Rechtsrahmen und die sich daraus ergebenden Praxisanforderungen in den Einrichtungen.
- Verfügbare und umfassende Information über das Gesetz in den Einrichtungen für Bewohner\*innen, Vertrauenspersonen/Zu- und Angehörige und Personal.
- Aktive Zusammenarbeit mit Mediziner\*innen, die Aufklärung für sterbewillige Bewohner\*innen durchführen.
- Rasche Klärung offener rechtlicher, finanzieller und organisatorischer Fragen
- Unterstützung stark pflegebedürftiger oder an das Bett gebundener Menschen, damit sie die gewünschte Assistenz in Anspruch nehmen können.
- Trägerübergreifender Austausch und Reflexion über die Praxiserfahrungen im Umgang mit dem assistierten Suizid.
- Konzept und Ressourcen für die Begleitung involvierter Pflgeteams bei belastenden Erfahrungen im Umgang mit dem assistierten Suizid.

### 3.2 Österreichische Gesellschaft für Geriatrie & Gerontologie – assistierter Suizid bei älteren Menschen

**Gastbeitrag der ÖGGG (Österreichische Gesellschaft für Geriatrie & Gerontologie) zum Entscheid des Österreichischen Verfassungsgerichtshofes vom 11.12.2020 zum assistierten Suizid.**

#### **Perspektive der Geriatrie und Gerontologie**

- Geriatrie, Palliative Care und Beihilfe zum Suizid stehen im Widerspruch zueinander. Geriater\*innen, Palliative Care-Teams, Ärzt\*innen und Pflegepersonen müssen in die Beratung und bei Bedarf auch in die Betreuung der Patient\*innen eingebunden sein.
- Eine Prüfung des Antrages auf Suizidassistenz bei einem alten Menschen muss durch zwei unabhängige Ärzt\*innen erfolgen. Beide müssen eine geriatrische und palliativmedizinische Expertise aufweisen. Diese Prüfung muss innerhalb von 4 Wochen erfolgen und sie darf keinesfalls bewusst verzögert werden.
- Älteren Menschen, die einen assistierten Suizid in Anspruch nehmen möchten, muss der Zugang zu einem Palliativgespräch mit einer/m auch in Palliative Care erfahrenen Ärztin/Arzt ermöglicht werden.
- Assistierter Suizid darf nicht geschäftsmäßig angeboten werden.
- Ein- und Ausschlusskriterien für den Zugang zum assistierten Suizid müssen eindeutig und verständlich formuliert werden. Es gilt, Missbrauch unbedingt zu verhindern.

### Assistierter Suizid

Der VfGH (Verfassungsgerichtshof) hat mit seiner am 11.12.2020 verkündeten Entscheidung festgestellt, dass der im § 78 Abs 2 des Strafgesetzbuches beschriebene Tatbestand der Hilfeleistung beim Selbstmord verfassungswidrig und daher aufzuheben ist. Bisher galt der § 78 Abs 2 „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren zu bestrafen“. Nach dem Entscheid des VfGH wird der Passus „oder ihm dazu Hilfe leistet“ künftig wegfallen. Diese Änderung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2021 automatisch in Kraft.

§ 78 Abs. 1 Tatbestand Verleitung zum Selbstmord und § 77 Tötung auf Verlangen sieht der VfGH als verfassungskonform an.

Die Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs, dass das Verbot der Suizidbeihilfe verfassungswidrig ist, stellt die Autonomie in den Vordergrund. Man hat Recht auf Selbstgestaltung des Lebens und Recht, das Leben selbstbestimmt zu beenden.

Der Gesetzgeber ist nun gefordert bis Ende des Jahres 2021 ein dementsprechendes Maßnahmenpaket um dieses Höchstgerichtsurteil zu schnüren.

Bis dahin kann die Regierung gesetzliche Rahmenbedingungen und Regelungen beschließen, die Kontrolle und den Schutz vor Missbrauch sicherstellen.

Die Regierung kann in dieser Hinsicht aber auch untätig bleiben, dann wäre die Suizidbeihilfe nach dem 31. Dezember 2021 ohne gesetzliche Regelung möglich.

### Einleitung

Das Suizidrisiko steigt mit zunehmendem Alter. Die Zahl der Suizidversuche nimmt zwar ab, jedoch steigt die Zahl der vollzogenen Suizide an. In Österreich wurden laut dem letzten, 2018 veröffentlichten Bericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ des Österr. Gesundheitsministeriums, 1.209 Selbsttötungen vollzogen, wobei von einer großen Dunkelziffer auszugehen ist. Seit den 1980-er Jahren ist wohl von einem deutlichen Rückgang der Suizidhäufigkeit zu berichten. Dieser hat sich aber in den letzten Jahren stark verlangsamt, um ein gewisses Plateau zu erreichen. 40% der Suizide erfolgen bei Menschen, die älter als 60 Jahre sind, wobei der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung ca. 20% beträgt. Das Suizidrisiko steigt mit zunehmendem Alter. Es ist mit 75 Jahren doppelt so hoch und ab dem 85. Lebensjahr drei Mal so hoch wie bei unter 65-Jährigen. Männer älter als 85 Jahre haben ein 5 Mal so hohes Suizidrisiko wie Männer, die jünger als 65 sind. Männer über 70 Jahre begehen ca. 3 Mal so viele Suizide wie gleichaltrige Frauen. Der Suizid gehört zu den zehn häufigsten Todesursachen der geriatrischen Bevölkerungsgruppe, somit ist dies auch ein Thema für die Geriatrie. Umso mehr als eines der Motive für den Suizid in der Angst vor den negativen Folgen des Alterns liegt. Diese befürchteten Folgen des Alterungsprozesses sind die Kernthemen, mit denen sich die Geriatrie beschäftigt.

### Suizid im Alter

Bei der Beurteilung der Risikofaktoren für den Suizid im Alter muss das Zusammenspiel verschiedener biologischer, sozialer, psychologischer und kultureller Faktoren berücksichtigt werden. Es geht allgemein um körperliche, psychische und soziale Funktionseinbußen:

### 3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge

- soziale Isolation, fehlender sozialer Rückhalt
- Verluste von Bezugspersonen
- negative Lebensereignisse („stressful life events“), z.B. Pensionierung, neue Wohnsituation (Pflegeheim), schon hier wäre präventiv anzusetzen
- chron. Krankheiten
- Multimorbidität, chronische Schmerzen
- Gebrechlichkeit – Frailty, daraus resultierender Verlust an Selbständigkeit und Autonomie
- kognitive Beeinträchtigung (Demenz) – die Zeit der Diagnosestellung ist eine Risikosituation für Suizide, hier ergeben sich auch komplexe ethische Fragen bei der Abwägung der Frage der Sinnhaftigkeit einer Frühdiagnostik

Es gibt eine vermutlich große Dunkelziffer in der Suizidinzidenz – die "maskierten Suizide": dass "Sich-gehen-lassen", der bewusste Verzicht auf medizinische Behandlung, die medikamentöse Non-Compliance, Ablehnung von Ernährung, Verwahrlosung („Diogenessyndrom“).

Bei der Selbsttötung als ultimative Folge des Todeswunsches ist zu bedenken, dass es gerade die älteren Menschen wirklich ernst meinen: bei jüngeren Erwachsenen ist das Verhältnis von Suizidversuch zu vollzogenem Suizid ca. 20:1, bei den über 65-Jährigen ist es 4:1!

Die Zunahme der Selbstmordrate ist bei über 85-Jährigen am höchsten. Es gibt auch einen Gender-Aspekt: Die Selbstmordrate ist bei Männern je nach Altersgruppe 4 - 8 Mal höher als bei Frauen. Männer, insbesondere geschiedene oder verwitwete, sind besonders gefährdet – letztere haben ein mehr als doppelt erhöhtes Suizidrisiko im ersten Jahr nach dem Tod der Partnerin.

Der suizidale Akt wird bei älteren Menschen oft länger und konsequenter geplant.

Der Suizid erfolgt vielfach als Abwägen und Entscheiden unbeeinflusst von Affekten, im Glauben „am Ende eines erfüllten Lebens“ angelangt zu sein, im Sinne eines „Completed Life“ mit der Folge eines „Bilanzsuizids“. Der Alterssuizid ist meist eine Reaktion auf altersspezifische Situationen mit mehrfachen Belastungen, die als wenig oder gar nicht beeinflussbar eingeschätzt werden. Manchmal ist der Suizid als quasi altruistischer Akt der Befreiung der Umwelt von der Last, die man darzustellen glaubt, zu verstehen.

Als Risikofaktoren zu betrachten sind neben den schon genannten Suizidversuchen in der Anamnese „Suizidankündigungen“, Suizide von Angehörigen, psychiatrische Erkrankungen (Depression bei 50%, Schizophrenie, Sucht), Beziehungskrisen, familiäre Konflikte, fehlende emotionale, spirituelle oder religiöse Bindung, materielle Probleme.

Beim Thema des Erkennens der Suizidalität ist zu bedenken, dass die objektive Einschätzung der Gesamtsituation weniger maßgeblich ist als das Ausmaß der negativen Bewertung durch den Betroffenen/die Betroffene selbst. Auch gilt es zu beachten, dass ältere Menschen den Suizid seltener ankündigen als jüngere, dass 70% der Suizidanten im Monat vor dem Suizid den Hausarzt aufsuchen, dass häufig Depressionen mit Agitiertheit, Reizbarkeit, Unzufriedenheit, Leistungsinsuffizienz, Interesseverlust, Schlafstörungen, vegetativen, somatischen, oft hypochondrisch anmutenden Beschwerden, die oft wahnhaft gesteigert sind, assoziiert sind, dass weniger eine tiefe,

traurige Verstimmung beobachtet wird und dass es sich oft um arbeitsame, leistungsorientierte, wenig flexible Persönlichkeiten handelt.

Als Hinweise auf mögliche Suizidalität sollten beachtet werden:

- Äußerungen über Sterben und Tod
- Ordnen von eigenen Angelegenheiten
- Verschenken von Besitz, Verfassen von Testamenten
- Aufsuchen des Arztes ohne klaren Grund
- Veränderung von Gewohnheiten (Essen, Schlafen)
- Vernachlässigung
- plötzliches ruhiger Werden
- vermehrte Aktivität nach einer apathischen Phase

### **Todeswunsch im Alter**

Der Todeswunsch im Alter ist ein multifaktorielles, multidimensionales Geschehen. Psychosoziale und spirituelle Faktoren spielen eine größere Rolle als körperliche. Es entwickelt sich ein Gefühl der Nutzlosigkeit, eine Last zu sein. Einsamkeit, soziale Isoliertheit, Verzweiflung ob des wahrgenommenen Kontrollverlustes über die eigene Lebenssituation sind verstärkende Faktoren. Es kommt zur existentiellen Angst im Sinne einer „Total Pain“, zum Anhedonismus. Dies ist die Unfähigkeit, positive Emotionen wie Glück, Wohlbefinden oder Zufriedenheit zu empfinden. Somit ergibt sich ein Unvermögen, sich des Lebens zu erfreuen.

Ein schwindendes Selbstwertgefühl entsteht insbesondere bei den „Hochaltrigen“. Ab ca. 85 Jahren fühlen sich die meisten Menschen subjektiv „wirklich alt“. Progrediente körperliche Defizite im Rahmen des Gebrechlichkeitssyndroms, der s.g. Frailty, werden manifest: Inkontinenz, rezidivierende Stürze, Immobilität, kognitive Behinderung, Vergesslichkeit, fortschreitende Defizite der Selbsthilfefähigkeit mit zunehmendem Hilfs-, Betreuungs- und Pflegebedarf.

„Ein geäußertes Sterbewunsch eines älteren Menschen ist zunächst lediglich die Vorstellung, dass er oder sie sich den Tod als besseren Zustand als das Leben vorstellt. Die Frage, was hinter dieser Vorstellung steht, ist sorgfältig zu ergründen.“

Dieser Todeswunsch kann sowohl bei Menschen in Institutionen der Langzeitbetreuung, aber auch bei zuhause betreuten Personen wahrgenommen werden und lässt sich dann in dem durch das betreuende Umfeld oft problematisierten freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) beobachten. Solange dies die wohl überlegte freiwillige Entscheidung eines Menschen ist, der sich der Tragweite einer solchen Entscheidung bewusst ist, ist sie zu akzeptieren. Auszuschließen ist in jedem Fall, dass diese nicht Ausdruck einer behandelbaren Depression oder einer ebenfalls behandelbaren somatischen Erkrankung ist und wirklich selbstbestimmt und autonom, ohne äußeren – sozialen – Druck geschah. Solch ein sozialer Druck kann auch entstehen, wenn der alte Mensch ständig zu spüren bekommt, als Belastung wahrgenommen zu werden – z.B. durch Kosten, die durch Betreuung und Pflege generiert werden.

Zum Erfüllen des Todeswunsches im Alter wird Sterbefasten, der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, als „natürlicher Suizid“, als Ausweg am Lebensende dargestellt – „wenn das Leben durch Alter und Leiden zur Last wird“. Dabei seien keine aktiven lebensverkürzenden Maßnahmen notwendig

Wie soll nun dem potentiell zum Suizid führenden Todeswunsch im Alter begegnet werden? Was tun, damit alte Menschen nicht das Gefühl bekommen nutzlos, eine zunehmende Last zu sein? Die Gesellschaft soll nicht nur jene verteidigen und unterstützen, die eine herzeigbare, messbare Leistung erbringen. Familien, die oft durch die Betreuung und Pflege nicht nur in materieller Hinsicht überfordert sind, müssen aktiv unterstützt werden, das inkludiert auch das Angebot kompetenter ambulanter und stationärer palliativer Betreuung.

Wir benötigen eine realistische, durchaus nicht primär negative Perspektive auf das Alter und den Alterungsprozess. Die Mehrzahl der alten und hochaltrigen Menschen ist bis zuletzt nicht gebrechlich (frail), nicht pflegebedürftig – sondern vital, robust, fit, kognitiv intakt, kreativ, potentiell produktiv, zufrieden. Das zeigte auch die Österreichische Interdisziplinäre ÖIHS (Hochaltrigenstudie), die 2015 von der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen durchgeführt wurde. An einem repräsentativen Sample 80-85 jähriger (n = 410) konnte gezeigt werden, dass 39,0% mit ihrer Lebenssituation sehr zufrieden, 40,2% eher zufrieden, nur 14,9% mittelmäßig zufrieden und 3,7% eher nicht zufrieden bzw. 1,2% gar nicht zufrieden waren.

Der irische Geriater und Gerontologe Prof. Desmond O'Neill vom Dubliner Trinity College spricht von einer Dividende des Alterns. Er fragt: Menschen werden alt, sie werden gebrechlicher, langsamer, anstrengender... Sind sie deswegen weniger wertvoll? Dazu beklagt er das Unvermögen unserer Gesellschaft in der zunehmenden Langlebigkeit einen Schatz zu sehen statt ausschließlich der eindimensionalen Perspektive der Last und des Niedergangs. Es resultiert daraus eine „perniziöse“ Abwertung der Potentiale im Alter. Denn man stelle sich nur vor: Was wäre die Welt – was wären wir – ohne die jetzt gebrechlichen, pflegebedürftigen, sterbenden Alten?

#### **Aufgabe der Geriatrie am Lebensende**

Das medizinische Spezialfach Geriatrie wirkt im Spannungsfeld zwischen der Todesnähe und dem Sichern bestmöglicher Lebensqualität unabhängig von der Länge der noch verbleibenden Lebensspanne. Eine weitere Herausforderung liegt darin, sowohl die Förderung der Selbständigkeit und Autonomie, als auch Schutz, Hilfe und Betreuung sicher zu stellen. In der Geriatrie ist die Betreuungsqualität an der Grenze zwischen „Was kann getan werden“ und „Was soll getan werden“ angesiedelt. Dies verlangt ein großes Maß an Empathie, hoher fachlicher geriatrischer, palliativ-medizinischer und vor allem ethischer Kompetenz. Die Todesnähe der geriatrischen Patienten ergibt sich aus der demographischen Realität, aus dem mit dem Alter steigenden Risiko für chronische Multimorbidität und geringer werdende Kapazitäten, mit zusätzlichen akuten Krankheitsereignissen fertig zu werden. Der Tod ist in der geriatrischen Patientenpopulation viel präsenter als in jeder anderen Altersgruppe. Eine zunehmende Zahl von Menschen erreicht das Endstadium chronischer Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, respiratorische und zerebrale Erkrankungen, auch Krebserkrankungen. Mit der größer werdenden Wahrscheinlichkeit sehr alt – hochaltrig – zu werden steigt das Risiko fortschreitende Gebrechlichkeit (Frailty) und kognitive Defizite (Demenz) zu erleben, damit einhergehend eine progrediente Abhängigkeit von Pflege und Betreuung sowie einen Verlust von Autonomie und Selbständigkeit. Diese nur kurz skizzierte Situation wird gefürchtet, erzeugt Angst und den Wunsch, sie nicht erleben zu müssen.

Der Todeswunsch im Alter ist eine Realität, der es zu begegnen gilt. Psychosoziale und spirituelle Faktoren spielen sehr oft eine größere Rolle als körperliche Symptome,

insbesondere wenn das soziale Umfeld einem das Gefühl vermittelt, nutzlos und eine Last zu sein, oder man selbst sich so erlebt. Eine nur eindimensionale negative Perspektive des hohen Alters als Last und Niedergang resultiert in einer Abwertung der positiven Potentiale des Alters. Diese aufzuzeigen ist auch eine der Aufgaben der Geriatrie und Gerontologie, die mehr Lebenssinn am Lebensende verhelfen können.

### **Geriatric und Palliative Care**

Die palliative Betreuung alter Menschen unterscheidet sich von den Ansätzen und Methoden die für jüngere Menschen, vor allem Krebspatienten entwickelt wurden, durch einige Besonderheiten. Zu den klassischen Symptomen der Palliative Care gesellen sich die typisch geriatrischen Syndrome/Symptome gepaart mit verminderter funktioneller Kapazität und Funktionseinschränkungen: Gebrechlichkeit, Mobilitätsverlust, Gedächtnisschwäche, Depression unwillkürlicher Harn- oder Stuhlverlust (Inkontinenz), Sturzerkrankung, sowie psychische (vor allem Depression) und soziale (Einsamkeit, Isolation, Armut) Faktoren.

Hinzu kommt, dass viele alte Patienten ihre Bedürfnisse nicht ausreichend formulieren können oder wollen. Natürlich haben sich die meisten in einem langen Leben Mechanismen erarbeitet, mit Krisen umzugehen, aber in dieser Grenzsituation unseres Seins sind sie oft zu schwach und überfordert, häufig auch hilflos.

Die Erkrankungen, seien sie nun körperlicher oder seelischer Natur, können von den Patienten gänzlich Besitz ergreifen, sie verändern, beugen, sie auch ihrer Autonomie berauben.

Die Behandlung und Begleitung muss daher immer individuell angepasst, funktionalitäts-, problem- und symptombezogen sein.

Um den vielen und vielfältigen Aspekten in der geriatrischen Palliativmedizin gerecht zu werden, braucht es ein in der Betreuung alter Menschen erfahrenes Team.

Die Palliative Geriatrie vereint die Prinzipien und die Praxis von Geriatrie und Palliative Care – Geriatrische Palliativmedizin

- arbeitet auf Basis des geriatrischen Assessments, welches die funktionellen Probleme, aber auch die Ressourcen der Patienten erfasst und erstellt auf Basis der Ergebnisse einen umfassenden Therapie- und Betreuungsplan. Sie bekennt sich zu einem individualisierten, multiprofessionellen und interdisziplinären Zugang zum alten Menschen, sowie zu seinen Angehörigen.
- bezieht neben der Behandlung somatischer und psychischer Probleme auch soziale und spirituelle Aspekte sowie das persönliche Umfeld in das Betreuungskonzept mit ein
- zielt auf gute Schmerz- und Symptomkontrolle unter besonderer Berücksichtigung funktioneller und kognitiver Einschränkungen und verlangt daher besondere Kompetenz im Umgang mit hochbetagten, kommunikativ oder kognitiv beeinträchtigten Menschen
- erkennt die besonderen Charakteristika von Symptom- und Krankheitspräsentation im Alter, die wechselseitige Beeinflussung verschiedener Erkrankungen und die Notwendigkeit einer sicheren Pharmakotherapie.
- erkennt ethische Problemsituationen, nutzt zur Problemlösung unter anderem das „Vier Prinzipien Modell“ (Childress and Beauchamp, 2001), sowie Strukturen wie klinische Ethikberatung (Ethikkommission) und Ethikboard und bezieht die Betroffenen und ihr Umfeld in den Entscheidungsprozessen mit ein

- greift die Bedürfnisse alter Menschen und ihres Umfeldes in den verschiedenen Betreuungssituationen auf (zu Hause, im Krankenhaus, in einer Pflegeeinrichtung, im Hospiz)
- beachtet insbesondere das Versorgungsnetz der Patient\*innen und unterstützt An- und Zugehörige darin, mit den Herausforderungen in der Pflege und Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase zurechtzukommen.

#### **Frailty und Palliative Care**

Gebrechliche alte Menschen wirken schwach und energielos, können sich nur langsam fortbewegen und sind jederzeit gefährdet, zu stürzen oder Komplikationen einer bereits bestehenden Erkrankung zu erleiden. Frailty entwickelt sich als eine Folge der altersbezogenen Abnahme mehrerer physiologischer Systeme und führt zu Vulnerabilität und plötzlicher Veränderung des funktionellen Status bei nur geringen Auslösern. Zwischen 25 und 50% der alten Menschen über 85 Jahre sind davon betroffen.

Frailty ist ein prognostischer Faktor, der mit deutlich erhöhter Mortalität verbunden ist

Frailty erfordert aber auch einen palliativmedizinischen und ethischen Zugang, wenn ein fortgeschrittenes oder schon weit fortgeschrittenes Stadium erreicht ist.

#### **Demenz und Palliative Care**

Mit zunehmender Lebenserwartung steigt auch die Zahl der Menschen mit dementiellen Syndromen. Zugang zu Palliative Care ist auch für diese Patientengruppe essentiell. Dadurch kommt es auch in Palliativeinrichtungen zu einer Zunahme an zu betreuenden Patienten. 1995 hatten weniger als 1% der Hospizpatienten als Hauptdiagnose eine Demenz, 2014 waren es schon 15%.

Um den steigenden Ansprüchen gerecht zu werden, braucht es entsprechende gerontopsychiatrische und geriatrische Strukturen mit der entsprechenden Expertise, um die Betroffenen optimal zu betreuen.

Die Erkrankung zeigt in allen Stadien durchaus eine Heterogenität der Ausprägung, vor allem in der frühen Phase. In den fortgeschrittenen Stadien sind alle Kriterien für den Bedarf an Palliative Care erfüllt. Es kommt zu progredientem funktionellen Abbau, zu Sarkopenie und Frailty. Es treten zusätzliche medizinischen Komplikationen auf und die Betroffenen haben ein mittleres Überleben von nur mehr ca. 5 Jahren (Wolf-Klein et al., 2007).

Das Vermitteln von einschneidenden Diagnosen erfordert das ehrliche, aber sehr oft auch das schwierige Gespräch. Schwierig für die Ärztin/den Arzt, schwierig für die Patient\*innen. Es erfordert eine entsprechende ernsthafte Vorbereitung, das „Abholen“ des Patienten zum Gespräch, das Geben von Zeit, Mut und Hoffnung, aber auch das aktive Nachfragen.

Wenn das Schweraussprechliche, das Unaussprechliche gesagt ist, brauchen schwerkranke Menschen laufend unseren Beistand.

Diese Gespräche finden leider nur unzureichend statt. Untersuchungen zeigen, dass nur jeder fünfte Angehörige über die Prognose von Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung aufgeklärt wird. Dieser Faktor, verbunden mit einer sicher noch

unzureichenden palliativen Ausrichtung der Therapie bei schwer demenzkranken Menschen führt sehr oft noch zu einer Übertherapie bei diesen Patienten. Eine Untersuchung an 323 Pflegeheimbewohnern mit fortgeschrittener Demenz ergab, dass bei 40,7% der Betroffenen in den letzten 3 Monaten ihres Lebens noch eine der folgenden belastenden Interventionen durchgeführt wurden: parenterale Ernährung, PEG Sonde, Transfer in ein Krankenhaus oder in eine Notfallambulanz.

### **Demenz und Schmerz**

Chronische Schmerzen treten bei Menschen mit Demenz sehr häufig auf, wobei mit einer Prävalenz von über 50% bei zu Hause lebenden und mit über 80% bei Pflegeheimbewohner\*innen ausgegangen werden muss.

Ein großer Anteil von Personen mit Demenz und Nichttumorschmerzen erhält keine ausreichende pharmakologische Behandlung. Alte Menschen mit moderater, mittelschwerer und schwerer Demenz und Personen mit Behinderungen sind die höchsten Risikogruppen für eine nicht suffiziente Schmerztherapie.

Das hat sich leider bis heute noch nicht ausreichend verändert. Vorurteile, mangelnde Kompetenz in Schmerztherapie, mangelhafte Kommunikation und unzureichende interdisziplinäre Zusammenarbeit sind die Gründe dafür.

### **Kooperation Geriatrie und Palliativmedizin**

Es gibt eine Fülle an Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zwischen Geriatrie, Palliativmedizin und der Hospizbewegung. Dies erfordert den Dialog zwischen und innerhalb der entsprechenden Fachgesellschaften hinsichtlich der Betreuung und Begleitung von schwerkranken alten Menschen. Die Herausforderungen der Zukunft können durch eine entsprechende Zusammenarbeit sicher besser und effektiver gelöst werden.

In einer gemeinsamen Stellungnahme der EAPC (European Association of Palliative Care) und der EuGMS (European Union Geriatric Medicine Society) wird eine bessere Palliativversorgung für alte Menschen in Europa gefordert. Viel zu oft werden alte Menschen unnötigen Untersuchungen, Behandlungen, Krankenhauseinweisungen oder intensivmedizinischen Behandlungen unterzogen. Das ist belastend für die Patienten, ihre Familien und teuer für die Gesellschaft. Dafür wird ihnen einfühlsame Begleitung, optimale Symptomkontrolle sowie die Möglichkeit nicht nur am Leben zu sein, sondern ein Leben zu haben, vorenthalten.

Der Zugang zu einer hochwertigen Palliativversorgung für alte Menschen und ein enges Zusammenspiel zwischen geriatrischen und interdisziplinären Palliativteams könnte die Bedürfnisse dieser Patientengruppe besser berücksichtigen und Kosten in der sozialen und Gesundheitsversorgung einsparen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt eine eingehende, kontinuierliche Befassung der an der Betreuung von pflege- und betreuungsabhängigen, gebrechlichen, in ihrer letzten Lebensphase angelangten Menschen beteiligten stationären Einrichtungen mit den durch den Entscheid des österreichischen Verfassungsgerichtes aufgeworfenen weiteren ethischen Fragen und Problemen.

### 3.3 Gesundheitsberufe-Mangel – die besondere Herausforderung in der Langzeitpflege

Die Errungenschaften der modernen Medizin und der Pflegewissenschaften bringen es mit sich, dass die Menschen (nicht nur) in Österreich immer älter werden. Viele von ihnen können die Zeit nach ihrem aktiven Berufsleben oder auch dem Familienleben endlich für sich selbst nützen und in vollen Zügen all das genießen, wofür davor viel zu wenig oder gar keine Zeit vorhanden war.

Doch längst nicht allen beschert das Schicksal die nötige geistige und körperliche Gesundheit und Fitness, um den Alltag bis zu ihrem letzten Tag alleine, selbständig und unbeschwert bewältigen zu können.

Die Österreicher\*innen durften sich in den letzten Jahrzehnten zu jeder Zeit auf ein hervorragendes Sozial- und Gesundheitssystem verlassen, das weltweit seinesgleichen sucht! Insbesondere in Großstädten, wie im mehrfach zur lebenswertesten Stadt der Welt (Quelle: Quality of Living City Ranking | Mercer) ausgezeichneten Wien, können derzeit noch all jene Leistungen durch Allgemeinmediziner\*innen, Pflegeeinrichtungen oder Fachärzt\*innen bereitgestellt werden, die notwendig sind.

Die Entwicklungen in Zusammenhang mit den dafür notwendigen Ressourcen an ausgebildeten Fachkräften sind jedoch besorgniserregend. Der seit Jahren prognostizierte Personalmangel – insbesondere in den Bereichen Medizin und Pflege – ist zunehmend auch in der Praxis spürbar. Laut einer Studie der Gesundheit Österreich GmbH aus dem Jahr 2019 wird bis 2030 allein für die Pflege und Betreuung in der Langzeitpflege von einem zusätzlichen Bedarf von über 30.000 Personen ausgegangen (Quelle: Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich; Gesundheit Österreich GmbH, Wien 2019). Der Trend ist seit Jahren bekannt und ebenso lang warnen Expert\*innen aus den Bereichen Pflege und Medizin vor dem drohenden Versorgungsengpass des Gesundheitssystems in Österreich.

Die in Zusammenhang damit gesetzten politischen Maßnahmen, welche die verstärkte Ausbildung von Fachkräften und deren Verbleib im Gesundheitsbereich anstreben, sind in der Praxis allerdings noch nicht ausreichend spürbar. Die Zahl jener jungen Menschen, welche sich für die Ausbildung und den Berufsweg in der Pflege und/oder der Medizin entscheiden, diesen dann auch umsetzen und langfristig auf gemeinnütziger Ebene zur Verfügung stehen, ist im Sinken begriffen und führt zu einem zunehmenden Personalmangel.

Die Ursachen dafür sind vielfältig, wie beispielsweise:

#### **Fehlen von Nachwuchskräften:**

- Die Nachbesetzung offener Dienstposten ist zunehmend schwierig – wo vor 20 Jahren oftmals Dienstposten für qualifizierte Mitarbeiter\*innen gefehlt haben, fehlen heute qualifizierte Mitarbeiter\*innen für offene Dienstposten.
- Hohe Zugangsbeschränkungen für die Ausbildung (insbesondere in der Medizin).
- Fehlende Zugangsmöglichkeiten für berufsbegleitende Höherqualifizierungen: Interessent\*innen müssen teilweise unzumutbar weite Wege und/oder hohe finanzielle Investitionen in Kauf nehmen, da regionale Angebote häufig fehlen.
- Änderung des Anspruchsverhaltens der neuen Generationen in Zusammenhang mit der „work-life-balance“: die Bereitschaft der Nachwuchsgenerationen für eine permanent hohe Arbeitsbelastung, häufiges Einspringen und ständige Verfügbarkeit sinkt.
- Geringe Verweildauer im Beruf (insbesondere im Bereich der Pflege).

- Die aktuellen Gehaltsschemata werden den hohen körperlichen und psychischen Belastungen von Gesundheitsberufen nicht ausreichend gerecht.
- Abwanderungen in das Ausland oder in Bereiche der Privatmedizin: in diesem Fall ist der Verlust auch für die österreichischen Steuerzahler\*innen gegeben, welche in die Ausbildung investiert haben.

Eine wesentliche Herausforderung ist angesichts der genannten Entwicklungen die Beibehaltung eines fundierten und realisierbaren Qualitätsanspruches. Die in den letzten Jahrzehnten aufgebaute, hohe Erwartungshaltung an das Leben im Alter stellen vor allem die institutionelle Pflege und medizinische Betreuung vor eine große Herausforderung. Hinzu kommt, dass durch das Auftreten der COVID-19 Pandemie die Dringlichkeit des Handlungsbedarfes deutlich zugenommen hat. Ein weiterer Anstieg von gesundheitsbedingten Personalausfällen, Erschöpfung bei bestehenden Gesundheitsberufen und die Zunahme von Berufsausstiegen sind in der Praxis zu beobachten.

Noch funktioniert das System – nicht zuletzt auch durch die schier endlose Empathie, die von vielen Menschen in Pflege- und medizinischen Berufen gelebt wird.

Aber: Es werden weitere Maßnahmen brauchen, um den künftigen Bedarfen der Generation unserer Eltern und Großeltern gerecht werden zu können. Strukturierte Gesamtkonzepte für Recruiting, Ausbildungsoffensiven und zur Vermeidung der Drop-out-Rate sind ebenso notwendig, wie ein deutliches Plus an finanzieller Zuwendung und Wertschätzung. Pflege und Medizin müssen aufgewertet werden, wenn die Menschen nicht auf die Bewahrheitung einer alten Volksweisheit warten wollen, die sagt: „Oft merkt man erst, dass einem etwas fehlt, wenn es nicht mehr da ist.“

Die Wiener Heimkommission begrüßt die bereits politisch gesetzten Maßnahmen, um dem Personalmangel in Pflege und Medizin entgegenzuwirken und empfiehlt die strukturierte Weiterentwicklung an Konzepten, um Gesundheitsberufe attraktiver zu machen.

### 3.4 Die COVID-19-Pandemie trifft auf akuten Personal-Mangel

#### Casa-Strategie zur langfristigen Stärkung der Mitarbeiter\*innen im Bereich Pflege und Betreuung

##### Demografische Veränderungen beeinflussen den Pflege-Sektor

Die stationäre Langzeitpflege stand bereits vor der COVID-19-Pandemie vor großen Herausforderungen: Demografische Faktoren beeinflussen die Personalsituation stark und werden auch in Zukunft weitreichende Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen in der stationären Langzeitpflege haben. Sinkende Beschäftigungszahlen in Pflege- und Betreuungsberufen treffen auf einen stetig wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen. Darüber hinaus sinkt, bedingt durch anstehende Pensionierungen und unzureichende Nachbesetzungen, die Anzahl der erwerbstätigen Fachkräfte in Pflegeberufen kontinuierlich. Dem gegenüber steht der steigende gesellschaftliche Bedarf an Betreuungs- und Pflegeleistungen. Dies wird ausgelöst durch die Abnahme des innerfamiliären Pflegepotenzials, sowie die fortschreitende Alterung der Gesellschaft verbunden mit dem steigenden Bedarf an Betreuungs- und Pflege(fach)personen. Der Anstieg demenzieller Erkrankungen und die Veränderung

von altersbedingten Krankheitsbildern beeinflussen die Anforderungen an das Betreuungs- und Pflegepersonal dabei noch zusätzlich.

#### **Verstärkte Effekte durch die COVID-19-Pandemie**

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie sind zu diesen demografischen Effekten weitere Faktoren hinzugekommen, die den Personalmangel in der stationären Langzeitpflege verstärken. Während im ersten Jahr der Pandemie die Fluktuation vergleichsweise niedrig war und weniger Mitarbeiter\*innen als in den Vorjahren dem Wunsch nach beruflicher Veränderung nachgegangen sind, hat sich dieser Trend ab dem Frühjahr 2021 verändert. Führten die erzwungene geringe Reisetätigkeit und die große Ungewissheit zum weiteren Verlauf der Pandemie zwischen März 2020 und Februar 2021 zunächst noch zu einer messbar verringerten Mitarbeiter\*innenfluktuation, stieg die Anzahl der Betreuungs- und Pflege(fach)personen mit dem Wunsch nach beruflicher Veränderung ab März 2021 wieder merklich an. Die „Ausnahmesituation Pandemie“ war zum traurigen Alltag geworden, in dem auch dem Wunsch nach

Veränderung und Verbesserung der persönlichen Arbeitssituation wieder bewusst Platz eingeräumt wurde. Die enorm herausfordernden Arbeitsbedingungen von Betreuungs- und Pflegeberufen waren auch bereits davor immer wieder thematisiert worden, mit Ausbruch der Pandemie verschärfte sich die Situation jedoch erneut. Die sich rasch ändernden gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen führen für das Betreuungs- und Pflegepersonal zu steigender Überforderungen durch psychische und körperliche Mehrbelastungen und fehlender Planungssicherheit durch Einspringen für erkrankte und in Quarantäne befindliche Kolleg\*innen. Schwelende Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation gipfelt dann bei so mancher Betreuungs- und Pflegeperson in dem Wunsch, sich beruflich zu verändern, das Tätigkeitsfeld der stationären Langzeitpflege hinter sich zu lassen und eine neue Beschäftigung ohne die ständige Verantwortung für die Betreuung und Pflege von hilfsbedürftigen hochaltrigen Bewohner\*innen zu finden. Das Ausscheiden von Mitarbeiter\*innen aus dem Betreuungs- und Pflegedienst führt wiederum zu einer Mehrbelastung für die verbleibenden Kolleg\*innen und erschwert die Aufrechterhaltung der Umsetzung besonderer Pflegekonzepte wie beispielsweise der personenzentrierten Pflege in der stationären Langzeitpflege. Besonders schwerwiegend ist die Personalsituation bei Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen (DGKP). Durch die Novellierung der Ausbildung und die geänderten Zugangsvoraussetzungen (Matura) gibt es zunehmend weniger Personen, die Ausbildungen mit dieser Qualifikation abschließen.

An den Fachhochschulen wird vorrangig medizinisches Fachwissen und zu wenig Praxiserfahrung in der Arbeit mit hochaltrigen Personen vermittelt. Zusätzlich erscheinen Praktika ebenso wie anschließende Arbeitsverhältnisse in der Akutpflege für junge Menschen interessanter und attraktiver als die Arbeit in der stationären geriatrischen Langzeitpflege. Die Bewerbungssituation wird als kritisch eingestuft und zeigt, dass dem Pflege-Sektor nicht mehr ausreichend Bewerber\*innen zur Verfügung stehen, um den Personalbedarf zu decken.

#### **Casa-Strategie zur Stärkung von Mitarbeiter\*innen**

Die angeführten Entwicklungen verändern die Rahmenbedingungen der Arbeit von Betreuungs- und Pflege(fach)personen nachhaltig und haben teils enorme Auswirkungen auf die Bewerbungslage. Diese Entwicklungen führten Casa Leben zur Formulierung einer Strategie zur langfristigen Stärkung der Mitarbeiter\*innen im Bereich Pflege. Casa Leben betreibt fünf Pflegewohnhäuser in Wien und Nieder-

österreich und beschäftigt 390 Mitarbeiter\*innen. In den Casa-Pflegewohnhäusern wird nach dem Casa-Hausgemeinschaftsmodell betreut und gepflegt und ein personenzentrierter Ansatz in der Betreuung und Pflege angewendet. Die Strategie zur Stärkung der Mitarbeiter\*innen umfasst einerseits die Gewinnung von neuem Betreuungs- und Pflege(fach)personal und andererseits die langfristige Bindung bestehender Mitarbeiter\*innen an die Organisation. Zentral für Casa Leben ist dabei das Wissen, wie essentiell wichtig Mitarbeiter\*innen für eine Organisation sind und dass diese ihre Arbeit als Berufung sehen, die neben fachlicher Professionalität auch mit Herzlichkeit, Empathie und Humor ausgeführt wird. In der Strategie wurden Recruiting, Onboarding, Arbeits- und Rahmenbedingungen, Benefits für Mitarbeiter\*innen sowie Führungskompetenz als Handlungsfelder definiert. Es konnten unter Einbindung von Mitarbeiter\*innen und Führungskräften kurz-, mittel- und längerfristige Maßnahmen formuliert und bereits zur Umsetzung gebracht werden. Diese Maßnahmen haben zum Ziel die Attraktivität von Casa Leben als Arbeitgeberin für neue Mitarbeiter\*innen zu steigern und die Zufriedenheit bestehender Mitarbeiter\*innen weiter zu erhöhen und sie so langfristig an die Organisation zu binden.

### **Maßnahmen für Mitarbeiter\*innen**

Für Mitarbeiter\*innen steht die Verbesserung der Rahmenbedingungen und die Weiterentwicklung der fachlichen und persönlichen Kompetenz im Vordergrund. Maßnahmen für Mitarbeiter\*innen sollen zur personellen Stabilität und Kontinuität in der Betreuung und Pflege beitragen und die Attraktivität von Casa Leben als Arbeitgeberin nach innen und außen erhöhen. Langfristig werden positive Auswirkungen auf die Fluktuation sowie Krankenstandstage erwartet wodurch wiederum die Planungssicherheit für Dienstzeiten sichergestellt werden soll. Insgesamt gilt es, die Zufriedenheit der Mitarbeiter\*innen zu erhöhen und ihre Verbundenheit zu Casa Leben zu festigen. Klare Arbeitsanweisungen und zeitnahe Verfügbarkeit von Informationen zu aktuellen Veränderungen schaffen Transparenz und Klarheit bei Mitarbeiter\*innen. Prozessleitfäden und offene Teamkommunikation verbessern die Zusammenarbeit. Zusätzlich zu finanziellen Aspekten wie Gehalt und monetärer Abgeltung für die Bereitschaft, Dienste zu übernehmen, wird trotz der angespannten Personalsituation ein größeres Augenmerk auf Planungssicherheit für Einsatzzeiten gelegt. Weiters sollen Maßnahmen umgesetzt werden, welche die Wertschätzung seitens der Organisation für ihre Mitarbeiter\*innen zum Ausdruck bringt. Diese Maßnahmen umfassen unter anderem die tägliche Bereitstellung von Mahlzeiten, betriebliches Gesundheitsmanagement, sowie Aufmerksamkeiten zu Festen und Dienstjubiläen. Flexible Arbeitszeitmodelle, wie Home-Office oder der Bevorzugung bestimmter Dienstzeiten respektieren und unterstützen die Work-Life-Balance unserer Mitarbeiter\*innen.

Durch passende Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen können sich Mitarbeiter\*innen in ihrem Job und auch entlang eines Karriereweges entwickeln. Wo möglich, werden Maßnahmen zur Höherqualifizierung durch Aufschulungen gesetzt. Kooperationen mit Ausbildungsstätten sollen junges Betreuungs- und Pflege(fach)personal in die Organisation bringen und die Verbindung zur Organisation durch Praktika stärken. Diese Unterstützungsmaßnahmen wurden bereits eingeführt und verbessern täglich die Rahmenbedingungen der Betreuungs- und Pflegepersonen.

### **Maßnahmen für Führungskräfte**

Zu Führungskräften bei Casa Leben zählen Mitarbeiter\*innen mit Team- und Leitungsverantwortung. Ein gezieltes Führungskräfte-Entwicklungsprogramm

unterstützt die Führungskräfte in ihrer Rolle und sorgt für ein gemeinsames Führungsverständnis innerhalb der Organisation und fördert sowohl Führungs- als auch Management-Fähigkeiten. Führungskräfte werden in den Themenfeldern Resilienz, agile Führung, Personalentwicklung und Selbstwirksamkeit gestärkt. Durch Supervision und Coaching ist es möglich, abseits des Arbeitsalltags Situationen zu reflektieren und daraus Verbesserungen abzuleiten. Supervision wird eingesetzt zur Klärung und Gestaltung von Aufgaben, Aufträgen, Funktionen und Rollen, als Begleitung bei Veränderungsprozessen und deren Bewältigung, sowie zur Mobbing- und Burnout- Prophylaxe.

#### **Weitere Angebote zur Nutzung von neuen Potenzialen**

Obwohl die obengenannten Maßnahmen gute und wichtige Schritte zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Betreuungs- und Pflegepersonal darstellen, sind darüber hinaus kreative Ansätze gefragt, um bislang nicht ausgeschöpfte Potenziale zu nutzen. Durch neue Technologien können Arbeitsumfeld und -alltag besser gestaltet werden, Prozessverbesserungen bringen Erleichterung in administrativen Tätigkeiten. Die Gewinnung von Mitarbeiter\*innen aus Drittstaaten kann zur Deckung des zukünftigen Bedarfs an Betreuungs- und Pflegepersonal beitragen, dafür ist es notwendig den Berufseinstieg in Österreich zu vereinfachen und die Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen zu gewährleisten. Entsprechende Pilotprojekte sind derzeit in Planung. Bei grenzüberschreitenden Arbeitsverhältnissen kam es vor allem zu Beginn der COVID-19-Pandemie zu Problemen bei Ein- bzw. Ausreise. Hierbei wurden seitens der Politik Ausnahmeregelungen von Quarantänebestimmungen im Reiseverkehr und durch Flexibilität der Organisationen Unterkünfte geschaffen, um den Einsatz des betroffenen Personals sicherzustellen.

#### **Fazit und Ausblick**

Derzeit gibt es keine Aussicht auf Verbesserung der externen Faktoren – der Personal-Mangel im Bereich der Langzeitpflege ist bereits allgegenwärtig und stellt die in diesem Bereich tätigen Organisationen tagtäglich vor Herausforderungen. Es gibt kaum verfügbares Pflegefachpersonal, das rekrutiert werden kann. Damit ist es umso wichtiger, Mitarbeiter\*innen in der Organisation zu halten, die Rahmenbedingungen und das Arbeitsumfeld zu verbessern und den Mitarbeiter\*innen die Wertschätzung entgegen zu bringen, die ihnen gebührt – abseits des Klatschens, das zu Beginn der COVID-19-Pandemie Aufmerksamkeit auf das Betreuungs- und Pflegepersonal und die herausragenden Leistungen gelenkt hat und nun wieder in Vergessenheit gerät.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Die Planungssicherheit im Dienstplan zu gewährleisten, um Vereinbarkeit Beruf und Familie für die Mitarbeiter\*innen zu ermöglichen und dadurch Mitarbeiter\*innen in der Organisation zu halten.
- Die forcierte Entwicklung spezieller Förderprogramme zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiter\*innen zu unterstützen und dadurch die Mitarbeiter\*innen in der Organisation zu halten.
- Ein Überdenken des Einsatzes von einzelnen Tätigkeitsfeldern in bestimmten Settings, beziehungsweise des Personalschlüssels, da dies zur Entspannung der schwierigen Personalsituation beitragen kann.

## 3.5 Prozess „Pflege Zukunft Wien“ 2021

### Aus der Sicht des Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen

Investitionen in die Pflege sind Investitionen in die Zukunft!

Um sich auf den steigenden Pflegebedarf in Folge der demografischen Entwicklung vorbereiten zu können, haben der FSW (Fonds Soziales Wien) und der DWS (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen) bereits 2019 eine Erhebung des Personalbedarfs durch die GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) in Auftrag gegeben. Die Prognose des Personalbedarfs in der Pflege und Betreuung wurde auf Basis einer Modellrechnung erstellt und umfasst die mobile und stationäre Langzeitpflege sowie teilstationäre und einige Einrichtungen der Behindertenarbeit. Nicht inkludiert ist der Krankenhausbereich.

Mit den Ergebnissen und Empfehlungen der Erhebung, dem Strategiekonzept „Pflege und Betreuung 2030“ sowie den Überschriften der mehrfach angekündigten Pflegereform arbeiten nun alle gemeinsam daran, eine flächendeckende Versorgung mit einer ausreichenden Anzahl an gut qualifizierten Pflegekräften sicherzustellen. Notwendig dafür sind unter anderem Prozesse am Arbeitsmarkt, in der Ausbildung, bei der Digitalisierung, der Innovationsfähigkeit und der Finanzierung der Pflege.

#### Prozesse und Ergebnisse

Viele der notwendigen Maßnahmen, um den prognostizierten Personalbedarf decken zu können, liegen bereits auf dem Tisch. Wenn diese gut aufeinander abgestimmt werden und alle beteiligten Organisationen eine gemeinsame Zugkraft entwickeln, können auch 2030 ausreichend viele qualitativ hochwertige Pflegeangebote für die Wiener\*innen bereitgestellt werden. Deshalb setzt der DWS den koordinierten Prozess „Pflege Zukunft Wien“ auf, um alle Anstrengungen im Pflegebereich zu bündeln.

Im Herbst 2020 wurde im Beisein von Stadtrat Hacker eine Steuerungsgruppe für diesen Prozess eingesetzt. Ergänzend dazu speisen Mitgliedsorganisationen im Rahmen eines Boards ihre Erfahrungen, Projekte und aktuelles Wissen in den Prozess ein und werden im Gegenzug über Anstrengungen, Pilotprojekte und etwaige Ergebnisse aus dem laufenden Prozess sowie über weitere Schritte informiert.

Der Prozess gliedert sich im Wesentlichen in fünf Teilbereiche, deren Ideen und Maßnahmen sich gegenseitig ergänzen und unterstützen. Dabei sollen Expertisen von Mitgliedsorganisationen, Systempartner\*innen und externen Partner\*innen in unterschiedlicher Form einfließen.

Nachstehend finden sich die Themenfelder im Prozess „Pflege Zukunft Wien“, an denen kontinuierlich gearbeitet wird:

#### Aus-, Fort- und Weiterbildung:

Um den Bedarf an zusätzlichen Pflegekräften in Wien sicherzustellen, hat die Stadt Wien eine Ausbildungsinitiative in der Pflege gestartet.

Im Rahmen von „Pflege Zukunft Wien“ haben sich die FH Campus Wien, der FSW und der WiGev (Wiener Gesundheitsverbund) zusammengeschlossen, um gemeinsam an der Aufstockung der Ausbildungsplätze zu arbeiten.

Im Vollausbau werden rund 60 Prozent mehr Studienplätze für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege an der FH Campus Wien geschaffen. Zudem entstehen im AWZ (Aus- und Weiterbildungszentrum Soziales Wien) über sechzig Prozent mehr Ausbildungsplätze im Bereich der Pflegeassistenz beziehungsweise Pflegefachassistenz. Seit Herbst 2020 bietet das AWZ gemeinsam mit Partnerbildungseinrichtungen an zwei Standorten eine neue Ausbildung an – Pflege mit Matura.

Die Informations-Kampagne #WissenSchafftPflege (<https://pflegezukunft.wien>), die derzeit in der Stadt in Form von Plakaten, Inseraten und einem Online-Schwerpunkt zu sehen ist, soll die verschiedenen Facetten und Kompetenzen des Pflegeberufs veranschaulichen und Menschen zur Ausbildung in der Pflege motivieren.

Neben der großartigen Ausbildungsoffensive sind Themen wie ausreichend qualifiziertes Lehrpersonal, ein kostenfreier Zugang zur Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie finanzielle Unterstützung für alle Auszubildenden ebenso von Bedeutung, um den Einstieg in die Ausbildung zu attraktiveren.

Das AMS Wien (Wiener Arbeitsmarktservice) und der waff (Wiener Arbeitnehmer\*innenförderungsfonds) unterstützen daher gemeinsam angehende Pflegekräfte während ihrer Ausbildung. In Programmen wie zum Beispiel „Job PLUS Ausbildung“ oder dem Fachkräftestipendium werden über eintausend Auszubildende im Pflegebereich gefördert und die Kosten für Lebensunterhalt und Ausbildung übernommen.

Beispiele von Förderungen zum Einstieg in die Pflege:

- Zielgruppenstiftung „Jugend und Zukunftsberufe“- JUZU
- Fachkräftestipendium
- Implacementstiftung Wiener Fachkräfteinitiative Sozial- und Gesundheitsberufe Zukunft Wien
- Wiener Ausbildungsgeld.

Die Themen Nostrifizierung/Anerkennungsverfahren und Wiedereinsteiger\*innen wurden bereits aufgegriffen und werden 2022 weiterbearbeitet.

#### **Arbeitsmarkt und Personalmanagement**

Arbeitssuchende Menschen die sich vorstellen können, eine Zukunft in der Pflege zu starten, und dazu geeignet sind, werden durch Förderungen unterstützt.

**Pflegescreening:** Beim AMS Wien werden aktiv Personen gesucht, die für eine Umschulung und einen Neueinstieg in der Pflege geeignet sind. Interessierte werden bis zu ihrem Einstieg in die Ausbildung begleitet.

**Jobqualität:** Studien zeigen, dass Pflegekräfte häufiger als andere Berufsgruppen über Jobwechsel nachdenken. Daher muss die Arbeitsplatzqualität verbessert werden. Dabei geht es auch um optimierte Rahmenbedingungen wie einen fachlich fundierten Mindestpersonalschlüssel oder die Ausstattung mit moderner Ausrüstung. Flexible Arbeitszeitmodelle und aktiv geförderte Bildungs- und Fachkarrieren sind zu fördern. Ziel ist, dass sich Mitarbeiter\*innen möglichst gut der Betreuung ihrer Kund\*innen widmen können und für diese wichtige Aufgabe die gebührende Wertschätzung erfahren.

In diesem Feld ist neben arbeitsmarktpolitischen Herausforderungen auch die Verbesserung und Schaffung zeitgemäßer Rahmenbedingungen ein großes Thema.

### **INNOVATION „Pflege Zukunft Wien“ schafft neue Perspektiven**

Eine wichtige Zukunftsfrage sind u.a. auch präventive und niederschwellige Angebote, um ein möglichst langes selbstständiges Leben im Alter zu ermöglichen. Mehrstündige Alltagsbegleitung: Wien ist mit Leistungen wie der mehrstündigen Alltagsbegleitung pflegebedürftiger Menschen neue Wege gegangen. Die mehrstündige Alltagsbegleitung bildet einen Lückenschluss zur 24-Stunden-Betreuung und entlastet Angehörige. Befragungen haben gezeigt, dass die mehrstündige Alltagsbegleitung nicht nur die Aktivität der betreuten Personen, sondern auch das Sicherheitsgefühl von Kund\*innen und Angehörigen steigert. Das Angebot wird von Betroffenen durchgehend weiterempfohlen und soll künftig durch weitere niederschwellige Leistungen ergänzt werden.

In diesem Feld werden auch Pilotprojekte und „Best Practice“ Beispiele in und außerhalb von Organisationen vorgestellt und über deren Herausforderung und/oder Umsetzung berichtet. Ebenso sind Pilotprojekte wie zum Beispiel „Community Nursing“ und ihre Umsetzung beziehungsweise Auswirkung ein Thema.

### **Digitalisierung**

Pflege Zukunft Wien unterstützt die Nutzung digitaler Angebote. Die elektronische Gesundheitsakte ELGA muss weiter geöffnet werden und soll zur Unterstützung, Vereinfachung und Entlastung der betroffenen Personen und der Berufsgruppen ausgebaut und flexibilisiert werden. In der Pflege spielt die Dokumentation eine tragende Rolle. Es braucht daher praktikable digitale Tools, mit denen Pflegekräfte Aufgaben z.B. im Rahmen der Kommunikation oder dem Berichtswesen durchführen können. So wären etwa Beratungsgespräche mobil und online möglich. Dazu müssen wesentliche Schnittstellen verbessert werden.

Digitaler Onboarding-Prozess: Gefördert durch den Digifonds der Arbeiterkammer Wien entwickelt der DWS derzeit ein digitales Tool, das eine modellhafte Einschulung im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung begleitet. Durch eine spielerisch und niederschwellig gestaltete digitale Erlebniswelt soll der Onboarding-Prozess neuer Mitarbeiter\*innen unterstützt werden.

Digitalisierung bedingt nicht automatisch eine Einsparung von Pflegepersonal, aber sie kann Erleichterung und Unterstützung bringen und Ressourcen umverteilen. Dafür bedarf es bereits in der Ausbildung und in Folge in den Unternehmen verschiedener Unterstützungsmaßnahmen wie zum Beispiel, Begleitung und Fortbildungen für Mitarbeiter\*innen, damit diese gut abgeholt und die Neuerungen auch angenommen und umgesetzt werden (das Ausbildungsniveau ist oft unterschiedlich). Dies führt in weiterer Folge zu einer Steigerung der Mitarbeiter\*innen- und Kund\*innenzufriedenheit.

Die Transformation hat begonnen und vor allem durch die Pandemie einen großen Aufschwung erhalten. Diese gilt es zu nutzen und weiterzuentwickeln.

### **Finanzierung**

Die Expert\*innen im Strategiedialog „Pflege Zukunft Wien“ sprechen sich für eine Finanzierung der Pflege durch einen Pflegegarantiefonds aus, in dem die derzeitigen Finanzierungsströme gebündelt werden. Bund, Sozialversicherung und Länder sollten diese gemeinsame Plattform zur Finanzierung und Organisation der Pflege etablieren. Die Pflege- und Betreuungsleistungen sollen, so wie in der Gesundheitsversorgung, nur aus der Pflegefinanzierung gedeckt werden und nicht mehr aus der Sozialhilfe. Gefordert wird eine Abkehr vom Zuschussprinzip hin zur qualitätsvollen

Sachleistungsfinanzierung, eine Weiterentwicklung beim Pflegegeld sowie eine neue Definition von Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit.

Wie eine künftige Finanzierung aussehen wird, ist ein wichtiger Part in der Pflegereform, die mit Anfang 2022 wieder einen Anlauf nehmen soll.

Im DWS fanden im Jahr 2021 zu den fünf Themenfeldern Vorträge, Diskussionen und Workshops statt. Zusätzlich fanden zwei Treffen mit den Mitgliedern des Boards und eine Steuerungsgruppensitzung statt. Diese mündete in einen Strategiedialog, in dem weitere Herausforderungen für die nächsten Jahre festgehalten wurden und deren Bewältigung von allen Einrichtungen und Verantwortlichen im Pflegebereich eingefordert wird:

- Mehr Anreize für Menschen unterschiedlichen Alters, eine Ausbildung in einem Gesundheits- und Krankenpflegeberuf zu starten
- Ausbau der Praktikumsplätze in der Praxis und neue Praxisorte, damit jede Ausbildung auch dual absolviert werden kann
- Ausweitung der Kriterien für die Kostenübernahme der Ausbildung
- Weiterentwicklung des Zugangs zu Förderungen für potenzielle Auszubildende
- Rasche Abwicklung von Verfahren für im Ausland erworbene Qualifikationen mit begleitendem Mentoring und Deutschkursen

Mit diesen und weiteren Themen wird sich der DWS 2022 im Rahmen von Pflege Zukunft Wien auseinandersetzen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Initiative, einen Prozess „Pflege Zukunft Wien“ zu starten. Expert\*innen aus dem Feld und alle Partner\*innen in der Stadt Wien sollen die angesprochenen Herausforderungen bei der Pflege gemeinsam angehen. Dazu gehört vor allem auch die Rekrutierung einer ausreichenden Anzahl an qualifiziertem Pflege- und Betreuungspersonal.

#### 3.6 Ergebnisse „Führungsbarometer Pflege 2021“

Im zweiten Corona-Jahr wurde abermals das Gesundheitssystem und hier vor allem der Langzeitpflegebereich mit sehr vielen komplexen Herausforderungen konfrontiert. Vor allem das Pflegemanagement war sehr gefordert. Ständig neue Veränderungen durch gesetzliche Vorgaben hinsichtlich Besucherregelungen, Impfungen, Testungen, Kompensation von Personalausfällen bedingt durch COV-19, aber auch durch Überlastung der Mitarbeiter\*innen sowohl körperlich als auch psychisch. Die Sorge um die anvertrauten Bewohner\*innen und deren besorgten Angehörigen hat die Teams und allen voran auch die Führungskräfte an den Rand ihrer Kräfte gebracht. Wie bereits 2016 führte EUCUSA, Spezialisten für Feedbacksysteme, eine österreichweite Befragung zur Einschätzung der Situation aus Sicht der Führungskräfte im Pflegebereich durch - Führungsbarometer 2016 (vgl. Qualitas 04/16). 2021 nahmen nahezu 1.600 Führungskräfte aus ganz Österreich und aus allen Pflegesettings teil, davon 427 aus der Langzeitpflege.

Die Ergebnisse können österreichweit Grundlagen für zukünftige Maßnahmen und Strategien aus Sicht des Pflegemanagements und datenbasierte Informationen für

Entscheidungsträger\*innen für gezielte Weiterentwicklung des Handlungsfeldes „Führung“ in der Pflege bieten.

Die Ergebnisse zeichnen ein aktuelles Bild der Arbeitssituationen, und unter welchen Voraussetzungen die Aufgaben des Pflegemanagements als zufriedenstellend empfunden werden. Für den Wettbewerb am Arbeitsmarkt und für die Attraktivität des Berufsfeldes spielen auch veränderte Erwartungen von Mitarbeiter\*innen und Führungskräften eine bedeutende Rolle.

Kompetente Führungskräfte sind DER wesentliche Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen. Sie sorgen für bestmögliche Pflege- und Betreuungsqualität und für die organisatorische und personelle Weiterentwicklung ihrer Verantwortungsbereiche. Für die Sicherstellung der Zukunftsfähigkeit von Gesundheits- und Pflegeorganisationen erfordert dies eine verstärkte Einbeziehung in strategische Entscheidungen, auch auf politischer Ebene.

Positive Aspekte und Auswirkungen innerhalb von Gesundheitsorganisationen wurden vielfach untersucht und beschrieben: Höhere Zufriedenheit, Commitment und Bindung von Mitarbeiter\*innen an die Organisation, stärker erlebte soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und somit bessere Möglichkeiten, berufliche Belastungen – speziell bei Veränderungsprozessen und Fusionen – zu reduzieren, wirken sich im Sinne eines kybernetischen Regelkreises positiv auf die Betreuungsqualität aus (vgl. Schäfer, 2021; Bakker & Van Rhenen, 2009).

### **Was bewegte die Führungskräfte der Pflege 2021?**

Durchgängig sehr positiv wurde von allen Teilnehmenden aus allen Pflegesettings die Freude an den Kernaufgaben und ein konstruktives, wertschätzendes Teamklima bewertet.

Deutlichen Veränderungsbedarf sehen die Führungskräfte bei den zur Verfügung stehenden Ressourcen, um Pflege und Betreuung in hoher Qualität leisten zu können.

Besonders kritisch wird die Personalsituation, Entlohnung, mangelnde Einbindung in Entscheidungen und das Image der Pflegeberufe gesehen.

„Ausreichend Personal für den Regelbetrieb“ hat für die Führungskräfte die höchste Bedeutung und wird von jungen Führungskräften am schlechtesten beurteilt. Dies spiegelt auch die derzeitige Situation in der Praxis wider, da nur schwer Führungskräfte für das mittlere Pflegemanagement gewonnen werden können.

Die größte Diskrepanz in der Beurteilung durch die jeweiligen Pflegesettings zeigt das Thema „Einbindung in Entscheidungen“. Der Akutbereich beurteilt diese Frage negativ. Führungskräfte werden nicht oder zu wenig in Entscheidungen die Gesamtorganisation betreffend einbezogen.

Im Langzeitpflegbereich ist dies anders. Hier beurteilen die Führungskräfte dieses Thema positiv.

### **Positive Erkenntnisse für die Langzeitpflege**

Zum Unterschied anderer Pflegesettings werden viele Aspekte von den Führungskräften in der Langzeitpflege positiver eingeschätzt.

Die Rolle, die Identifikation und das Gefühl, für die eigenen Führungsaufgaben gut gerüstet zu sein, wie auch ausreichend Unterstützung von der eigenen Führungskraft zu bekommen wird im Langzeitbereich positiver eingeschätzt als in allen anderen Pflegesettings. Weiters wird auch die Möglichkeit, sich in schwierigen Situationen ausreichend Unterstützung einholen zu können, als positiv beurteilt.

Besonders die Gestaltungsmöglichkeiten zur Veränderung der Arbeitsbedingungen und das Ernstnehmen von Verbesserungsinitiativen sowie das Eingebundensein bei wichtigen, das Haus betreffenden Themen und Entscheidungen, werden von Führungskräften im Langzeitbereich – als einziger Bereich in allen Pflegesettings – positiv bewertet.

Wertschätzung von Mitarbeiter\*innen, von Kolleg\*innen und von den direkten Vorgesetzten sowie besonders vom Dienstgeber werden im Langzeitbereich durchgehend als funktionierend beurteilt.

Die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeiter\*innen unterschiedlicher ethnischer Herkunft, unterschiedlicher Altersgruppen und das Teamklima werden ebenso positiv bewertet. Hervorzuheben ist insbesondere, dass speziell im Langzeitbereich die klare Regelung von Kompetenzen zwischen Medizin und Pflege und die Zusammenarbeit mit Ärzt\*innen sowie mit anderen Berufsgruppen als gut funktionierend beurteilt wird.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Aufgabenbereiche durch die Stellenbeschreibungen klar definiert sind und rechtliche Bestimmungen ebenfalls eindeutig sind. Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung sowie die Bewältigbarkeit der Koordination aller Pflegeberufe werden positiv beurteilt. Auch für die Bewältigbarkeit der administrativen Aufgaben wird kein akuter Veränderungsbedarf eingeschätzt.

Die Arbeitsorganisation im Langzeitbereich funktioniert zum Unterschied zu allen anderen Pflegesettings sehr gut. Die Arbeitsbedingungen werden grundsätzlich gut eingeschätzt, ebenso die Balance zwischen Berufs- und Privatleben. Mit der Covid-Situation können die Befragten gut umgehen.

#### **Dringender Verbesserungsbedarf in der Langzeitpflege**

Die derzeitigen Personalressourcen werden – um eine gute Pflege- und Betreuungsqualität leisten zu können – als nicht ausreichend beurteilt, ebenso die Entlohnung.

Kritisch wird das Image der professionellen Pflege in der Öffentlichkeit gesehen. Auch in der Zeit der Pandemie werden trotz der medialen Präsenz keine Verbesserungen erkannt.

Jüngere Befragungsteilnehmer\*innen beurteilen die Fragen zu den einzelnen Aspekten durchgehend schlechter. Dies zeigt deutlich, dass eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Führungskräfte und der Realität besteht. Die Tendenz zum verstärkten Einsatz von digitalen Lösungen zeigt sich in dieser Befragung eher gering.

#### **Vergleich Ergebnisse 2016 und 2021**

Der Vergleich mit den Ergebnissen des Führungsbarometer Pflege 2016 zeigt, dass es die gleichen Aspekte sind, welche die Führungskräfte der Pflege motivieren.

Der Gestaltungsspielraum im eigenen Verantwortungsbereich und die Zusammenarbeit im Team sind die Hauptmotivatoren für Führungskräfte der Pflege.

Es zeigt sich aber leider auch, dass die größten Probleme von 2016 fünf Jahre später unverändert aktuell sind bzw. sich teilweise noch verschärft haben.

Nach wie vor gilt es die berufliche Identität der Pflegeberufe insgesamt, welche ein wesentlicher Punkt in der Positionierung pflegerelevanter Themen darstellt, weiterzuentwickeln. Führungskräfte nehmen in der Gesamtversorgung eine bedeutende Rolle ein. Es liegt in ihrer Verantwortung, den kritischen gesundheits- und pflegepolitischen Diskurs zu führen, zu fördern und so die Bedeutung der Pflegeberufe gesamtgesellschaftlich zu unterstreichen.

### **Träger- und organisationsübergreifende Vernetzung und Entwicklungsplanung**

Expert\*innen verschiedener Träger, Organisationen und Einrichtungen aus allen Versorgungsbereichen haben es sich zum Ziel gesetzt, auf Basis der Ergebnisse sowie vertiefender Analysen Maßnahmen zur Stärkung der bestehenden Ressourcen und der Steigerung der Attraktivität von Führungspositionen zu entwickeln und diese in gesundheitspolitische Prozesse und Gremien einzubringen.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

Um weiterhin eine hohe Pflege- und Betreuungsqualität gewährleisten zu können, braucht es kompetente und engagierte Führungskräfte in allen Pflegesettings.

Diese wiederum brauchen bestimmte Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, ihren Wirkungsbereich ohne ständige Überlastung des Systems und somit der Mitarbeiter\*innen zu führen. In Zeiten des Fachkräftemangels gewinnt der Ansatz des „New Work“ und „New Leadership“ an Bedeutung. Ein Umdenken in den obersten Führungsgremien ist erforderlich, Partizipation darf kein Schlagwort sein.

Eine ausreichende Personalausstattung, die den jetzigen Anforderungen an die Pflege entspricht, ist unabdingbar. Diese erreicht man nur durch eine zeitgemäße Personalbedarfsberechnung, bei der auch andere Faktoren als direkte Pflegehandlungen bewertet werden. Höherqualifizierungsmaßnahmen, Weiterbildungen, regelmäßige Supervision und Coaching müssen für Führungskräfte und Mitarbeiter\*innen ohne Vorbehalte möglich sein, als Arbeitszeit bewertet werden und zu 100% finanziert werden. Dieser zusätzliche finanzielle Aufwand muss den jeweiligen Organisationen erstattet werden.

Eine faire und den heutigen und zukünftigen Anforderungen an die Pflegenden gerechte Entlohnung ist dringend erforderlich.

Um die Wichtigkeit der Pflegeberufe für die Gesellschaft und die positiven Aspekte der professionellen Pflege darstellen zu können, braucht es entsprechende Imagekampagnen. Nur so kann der Berufsstolz bei den bestehenden Pflegenden gestärkt werden und das Interesse in einem Pflegeberuf arbeiten zu wollen erweckt werden.

#### 3.7 „Advanced Care“ im Langzeitpflegebereich

Österreich altert dramatisch und damit steigt die Herausforderung der bedürfnisgerechten Versorgung der hochaltrigen pflegebedürftigen Menschen. Spätestens seit der COVID-19 Pandemie ist der bestehende Fachkräftemangel in der professionellen Pflege schonungslos – auch medial aufbereitet – offengelegt.

Es fehlt grundsätzlich an Pflegefachpersonal, aber im Speziellen an solchem, welches entsprechend fort- bzw. weitergebildet ist, um auf die spezifischen Bedürfnisse von geriatrischen Patient\*innen eingehen zu können.

Es ist bekannt, dass das frühe Erkennen und das adäquate Reagieren auf geriatrische Pflegephänomene wie zum Beispiel Frailty, Sarkopenie, Stürze, Mangelernährung und kognitive Beeinträchtigungen die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen steigern, deren Einschränkungen und Folgeschäden minimieren, den funktionellen Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten verbessern sowie vermeidbare Krankenhausaufenthalte und Kosten verringern (Fougère et al. 2018; Donald et al. 2013). Um diesen Aspekten entgegenzuwirken, werden innovative Versorgungskonzepte benötigt, die mit einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis APN (Advanced Nursing Practice) sowie mit der Eigenverantwortung Pflegenden in speziell definierten Handlungsfeldern einhergehen. Weltweit entwickeln sich zunehmend spezialisierte und erweiterte Pflegerollen im Sinne sogenannter APNs (Advanced Practice Nurses). ANP (Advanced Nursing Practice) wird in vielen Ländern erfolgreich eingesetzt, um die Qualität und Kosteneffektivität im Gesundheitssystem zu steigern (Blanck-Köster et al. 2020). So kann der Einsatz von APNs dazu beitragen, den funktionalen Gesundheitsstatus der Patient\*innen zu verbessern, Hospitalisierungen zu reduzieren, die Mortalität der Patient\*innen zu senken und die Zufriedenheit der Patient\*innen, An- und Zugehörigen sowie der Kolleg\*innen zu erhöhen (Fougère et al. 2018, Ulrich et al. 2010). APN-Rollen ermöglichen zudem das Nutzen des vollen Potenzials von Pflegefachpersonen, die auf Masterniveau oder höher ausgebildet sind (Institute of Medicine 2011).

Vorliegender Bericht zeigt den Bedarf nach geriatrischen APNs auf und beschreibt am Beispiel eines Langzeitpflegekrankenhauses (Haus der Barmherzigkeit/Seeböckgasse) ein mögliches Rollen- und Qualifikationsbild. Die Funktion der sechs im Haus tätigen APNs entspricht der Rolle einer APN nach dem „Hamric-Modell“ (2014). Die APNs sind in der direkten Pflegepraxis tätig, wobei im Vordergrund das fachliche Leadership (Clinical-Leadership), das Coaching sowie die Beratung von Pflegepersonen, Bewohner\*innen sowie An- und Zugehörigen, aber auch die multiprofessionelle Zusammenarbeit sowie die ethische Entscheidungsfindung stehen. Forschungskompetenz sowie das Gestalten und die kontinuierliche Weiterentwicklung einer umfassenden geriatrischen bewohner\*innenorientierten Pflege mit all ihren Herausforderungen sind weitere wichtige Aufgaben.

#### Herausforderungen

Mit der Zunahme der älteren und hochaltrigen Bevölkerungsgruppe steigt der Bedarf an Pflegefachpersonen, die geriatrische Syndrome erkennen und managen können. Besonders anspruchsvoll werden Pflege und Betreuung von multimorbiden Bewohner\*innen in medizinisch sehr komplexen Situationen (Søndergaard & Grauers Willadsen, 2015; Fougère et al. 2018). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern ist rückläufig (BMSGPK 2020), daraus resultiert eine Verlagerung von der Akutbetreuung in den ambulanten und Langzeitbereich. Betroffene Menschen

benötigen eine komplexe und gut strukturierte Pflege und Betreuung, vor allem auch um belastende Krankenhaus(wieder)einweisungen zu vermeiden. Besonders zeigt sich dies auch in der Pandemie, wo Pflegepersonen im Langzeitbereich beispielsweise auf Grund fehlender Personalkapazitäten im Akutbereich hochspezialisierte Pflege leisten müssen. Auf diese Aufgaben waren sie zum Teil nicht ausreichend vorbereitet und es hat von allen Beteiligten ein hohes Maß an Flexibilität und Lernbereitschaft sowie eine entsprechende Lerninfrastruktur gebraucht. Wir befinden uns mitten in einem „doppelten“ Generationenwandel was bedeutet, dass Generationen mit individualisierten Lebens-, Partnerschafts- und Gesundheitsbiografien ins Alter nachkommen und andererseits die nächste Generation von pflegenden An- und Zugehörigen höhere Ansprüche an professionelle Pflegeangebote stellen. An- und Zugehörige haben einen erhöhten Edukationsbedarf und werden künftig auch nicht mehr in gewohntem Ausmaß für die Laienpflege zur Verfügung stehen. Diese Veränderungen stellen alle Pflegepersonen vor hohe Anforderungen.

In der Langzeitpflege tätige Pflegepersonen brauchen ein mannigfaltiges Wissen, welches über eine singuläre Spezialisierung hinausgeht. Daher bietet gerade der Langzeitbereich Pflegepersonen ein großes Entwicklungs- und Entfaltungspotential. Die geriatrische Gesundheits- und Krankenpflege kann somit als „Königsdisziplin“ der Pflege bezeichnet werden. Das Entwicklungs- und Entfaltungspotential von Pflegepersonen wird aber stark durch die Qualität und Quantität der vor Ort zur Verfügung stehenden Pflegefachpersonen beeinflusst und hier wird das Problem zirkulär. Rasanter technischer, medizinischer aber vor allem auch zunehmend pflegewissenschaftlicher Fortschritt fordern Pflegepersonen tagtäglich heraus. Dem im § 12 GuKG geforderten Anspruch nach einer evidenzbasierten Pflege nachzukommen, ist für Praktiker\*innen eine kaum bewältigbare Herausforderung. Moralischer Stress, der sich aus dem Anspruch ergibt, so pflegen zu wollen, wie es dem eigenen Berufsethos und den wissenschaftlichen Grundlagen entspricht, dies aber auf Grund der Rahmenbedingungen nicht zu können, ist ein weiteres Problem. Steigende Ansprüche und eine De-Professionalisierungstendenz stehen im Widerspruch. Häufig muss auf niedrig qualifiziertes Personal zurückgegriffen werden, um Pflege und Betreuung im Mindestmaß gewährleisten zu können. Neben dem Einsatz von Hilfskräften muss parallel die Professionalisierung der Gesundheits- und Krankenpflege vorangetrieben werden (Spichinger et al. 2018). International gibt es hierfür Best Practice Modelle im Sinne von ANP-Konzepten. Professionelle Pflegepersonen sind zunehmend gefordert und damit überfordert, brauchen daher Entlastung sowie kontinuierlich edukative Maßnahmen, im Sinne von Information, Beratung, Schulung, Supervision und Coaching, um den hohen Ansprüchen gerecht zu werden und dabei selbst gesund zu bleiben. Darüber hinaus brauchen sie attraktive Perspektiven im Sinne von Fachkarrieremöglichkeiten, die entsprechend monetär abgegolten werden müssen. Anstrengung und Investition in die eigene fachliche und professionelle Weiterentwicklung muss sich lohnen.

### **ANP im Haus der Barmherzigkeit/Seeböckgasse**

Als eines von zwei Langzeitpflegekrankenhäusern in Wien, setzt das Haus der Barmherzigkeit/Seeböckgasse das Konzept ANP bereits seit einigen Jahren, wenngleich unter einem anderen Synonym (Pflegeentwicklung), sehr erfolgreich um. Das Management des Hauses hat den Bedarf an erweiterter, vertiefter und spezieller pflegerischer Praxis erkannt und damit in die Entwicklung neuer Rollen investiert. Das Ziel war und ist es, neue Rollen in der Langzeitpflege zu etablieren und zu festigen, um für die kommenden Herausforderungen auch fachlich gewappnet zu sein.

Mittlerweile arbeiten alle sechs im Haus der Barmherzigkeit/Seeböckgasse tätigen APNs zu 70 % in der direkten Pflegepraxis und zu 30 % in bewohner\*innenfernen Bereichen. Die APNs haben sich in unterschiedlichen Bereichen spezialisiert (Pain Nurse, Palliative Care, Wundmanagement, Stoma- und Kontinenzmanagement, Dementia Care, elektronische Pflegedokumentation, Emotionsarbeit, ...) und entwickeln als fachliche Leader\*innen die Praxis kontinuierlich weiter. Die Funktion der im Haus tätigen APNs ist vergleichbar mit der Rolle einer „Advanced Practice Nurse“ nach dem „Hamric Modell“ (2014).

#### **Primärkriterien**

Hamric et al. (2014) formulieren Voraussetzungen für die Tätigkeit einer APN, welche sie als Primärkriterien im APN-Modell festhalten (Villiger & Grandits, 2018).

Dazu gehören:

- ein Master im Pflegebereich
- eine klinische Spezialisierung mit Zertifikatabschluss in einem medizinisch-pflegerischen Fachgebiet oder in Bezug auf eine spezifische Erkrankung
- und die Fokussierung ihrer Praxistätigkeit auf Bewohner\*innen sowie deren An- und Zugehörige

**Praktische Umsetzung:** In unserem Haus arbeiten APNs mit einer akademischen Ausbildung, größtenteils auf Masterniveau. Pflegepersonen mit einem Bachelorabschluss in ANP werden zwar ebenfalls eingesetzt, diese müssen den Masterabschluss jedoch zu einem definierten Zeitpunkt nachholen. Pflegepersonen mit hoher fachlicher Expertise und jahrelangem Erfahrungsschatz, aber ohne akademische Ausbildung oder dem Wunsch, diese zu absolvieren, haben die Möglichkeit als Fachexpert\*innen (bspw. für Basale Stimulation, Kinästhetik, Wundmanagement ...) tätig zu werden. Sie werden in ihrer Schwerpunkttätigkeit durch APNs unterstützt und begleitet. Pflegepersonen, die einen akademischen Abschluss nachholen möchten, werden dabei unterstützt, beispielsweise durch die Möglichkeit einer Bildungsteilzeit oder -karenz. Damit soll gewährleistet werden, dass allen Kolleg\*innen die gebührende Wertschätzung entgegengebracht und ihre berufliche Weiterentwicklung gefördert wird.

#### **Zentralkompetenz: direkte klinische Pflegeerfahrung**

Im „Hamric Modell“ wird die Exzellenz in der direkten klinischen Praxis als Zentralkompetenz definiert. Sie bildet die Grundlage für die sechs Kernkompetenzen und ermöglicht in Kombination mit einer spezifischen Fachexpertise eine professionelle Begleitung, Beratung und Unterstützung von Bewohner\*innen und deren An- und Zugehörigen sowie von Pflegepersonen.

**Praktische Umsetzung:** Pflegefachkarriere bedeutet für uns nicht „ein weg vom Bett“, wie es ein häufiges Vorurteil gegenüber der akademischen Pflege ist, sondern ein innovatives zielgerichtetes Pflegeangebot für unsere Bewohner\*innen, An- und Zugehörige sowie Kolleg\*innen. Im Mittelpunkt steht eine kontinuierliche therapeutische Pflegebeziehung von Bewohner\*innen sowie An- und Zugehörigen.

**Kernkompetenz:** Coaching- und Führungsqualität & Fähigkeit zur Konsultation/Beratung

Diese Kernkompetenzen umfassen nach Hamric et al. (2014) die Beratung von Individuen, deren An- und Zugehörigen aber auch von Pflegepersonen, Pflegeteams

sowie Personen aus anderen Gesundheitsberufen, in komplexen oder neuen Pflegesituationen. Hierzu verfügen APNs über pflegespezifisches und evidenzbasiertes Fachwissen und ziehen bei Bedarf die Ressourcen des multiprofessionellen Teams hinzu. Zusätzlich befähigen APNs Pflegepersonen dazu, deren Kompetenzen fortlaufend zu erweitern und zu festigen. Dafür interagieren sie mit allen beteiligten Personen und sind fähig, die jeweils andere Perspektive einnehmen zu können.

**Praktische Umsetzung:** Wir verpflichten uns in unserem Leitbild die Pflegequalität kontinuierlich weiterzuentwickeln und aktuelle Evidenzen in die klinische Praxis zu transferieren. Dem Management ist bewusst, dass Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen allein häufig nicht ausreichen, um die Praxis positiv zu beeinflussen. Es benötigt zusätzliche Methodenkompetenz um Lerninhalte im konkreten Einzelfall umsetzen zu können (Larsen et al., 2020). Um dies zu gewährleisten, werden im HB/SBG APNs als fachliche Leader eingesetzt. Leadership sehen wir dabei als Schlüssel zum Lernen, was Einfluss auf die Entwicklung einer entsprechenden Unternehmenslernkultur nimmt. Die fachlichen Leader\*innen stellen im HB/SBG eine Verbindung zum Management her und unterstützen und beraten dieses bei der Lösung fachlicher Fragestellungen. Fachliche Leader\*innen und Manager\*innen arbeiten dabei Hand in Hand im Team zusammen. Konkurrenz- bzw. Machtverlängsten sowie einer potenziellen Doppelhierarchie wird durch eine klare Rollenfunktion, die in einer Funktionsbeschreibung festgehalten ist, entgegengewirkt.

#### **Kernkompetenz: Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen**

APNs erwerben in ihrer Ausbildung die Kompetenz ethische Dilemmata, Konflikte und Problemstellungen frühzeitig zu erkennen und aktiv anzugehen. Hierzu wird der ethische Entscheidungsfindungsprozess eingeleitet und in Anwesenheit aller involvierten Personen differenziert angewendet. Des Weiteren transferieren APNs ihr Expertenwissen in den Praxisalltag und bieten anderen Pflegepersonen bei Bedarf Unterstützung an (Villiger & Grandits, 2018).

**Praktische Umsetzung:** Als Langzeitpflegekrankenhaus sind wir mit einer Reihe hochkomplexer ethischer Herausforderungen konfrontiert, die sich u.a. aus dem häufig bestehenden Spannungsfeld zwischen Autonomie und Sicherheit ergeben. Im Rahmen der Sturzprävention müssen Kolleg\*innen bspw. zwischen der persönlichen Freiheit der Bewohner\*innen und deren körperlicher Unversehrtheit abwägen. Mit dem erst kürzlich verabschiedeten Sterbeverfügungsgesetz tun sich weitere komplexe ethische Fragestellungen auf. Der Langzeitbereich kann sich all diesen Themen nicht verschließen und muss sich aktiv damit auseinandersetzen. Um den ethischen Diskurs in der Praxis zu fördern und ethische Entscheidungsfindungen anzubahnen, benötigen Pflegepersonen entsprechende Kompetenzen. APNs werden in ihrem Studium gezielt darauf vorbereitet ethische Diskurse zu fördern und mitzugestalten. APNs werden daher im HB zur Mitwirkung bei der Klärung ethischer Fragestellungen bspw. im Rahmen multiprofessioneller Fallbesprechungen herangezogen.

#### **Kernkompetenz: Forschungsfähigkeiten**

Die Forschungsfertigkeiten von APNs nach Hamric et al. (2014) umfassen verschiedene Teilbereiche. APNs benennen dringenden Forschungsbedarf in ihrem Fachgebiet und evaluieren Pflegestandards oder -Richtlinien auf deren Validität. Wird von APNs ein dringender Forschungsbedarf festgestellt, wird dieser der Thematik und Wichtigkeit entsprechend bearbeitet. Hierzu wird Fachliteratur systematisch recherchiert und

kritisch betrachtet. APNs erstellen in intra- und interdisziplinärer Zusammenarbeit Standards und Pflegeleitlinien. Sie verfügen über die Kompetenz das evidenzbasierte Fachwissen im interdisziplinären Austausch einfließen zu lassen.

**Praktische Umsetzung:** APNs werden im HB/SBG für den Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis eingesetzt. Um diese Rolle einnehmen zu können, erhalten sie Zeitressourcen, beispielsweise für die Bearbeitung von Literatur, und die dafür notwendige Infrastruktur (Büroarbeitsplatz, Zugang zu Fachzeitschriften...). Die persönliche Fort- und Weiterbildung der APNs wird ebenfalls gefördert.

#### **Kernkompetenz: Teamfähigkeit**

APNs arbeiten ziel-, zweck- und ergebnisorientiert mit den betroffenen Personen, deren Angehörigen, mit Berufskolleg\*innen sowie mit dem interdisziplinären Team zusammen. APNs haben zudem oftmals den Überblick über den gesamten Behandlungsprozess und koordinieren die Kommunikation sowie den Austausch zwischen den involvierten Personen und Disziplinen (Villiger & Grandits, 2018, S. 17).

**Praktische Umsetzung:** In unserem stark wertebezogenen Leitbild betonen wir den achtsamen Umgang mit uns und unserem Gegenüber. Dabei ist uns Vertrauen, Offenheit und Wertschätzung auf allen Ebenen wichtig. APNs erwerben in ihrem Studium vertiefte kommunikative Fähigkeiten, die sie in die Teams einbringen. Dies beeinflusst die Teamkultur positiv.

#### **Kernkompetenz: Berufspolitische Führungsqualität**

APNs übernehmen Verantwortung für die Entwicklung ihrer eigenen Rolle. Lobbyarbeit und Interessensvertretung gehören ebenfalls dazu, wie das Definieren und Legitimieren der eigenen Rolle sowie das Sichern deren nachhaltiger Qualität (Schober & Affara, 2006).

**Praktische Umsetzung:** Die Langzeitpflege hat ein Imageproblem, umso wichtiger ist es, dass Pflegepersonen professionell nach außen in Erscheinung treten und das Berufsbild entsprechend vertreten. Mit überholten Klischees den Pflegeberuf betreffend gilt es aufzuräumen und das Potential professioneller Pflege vor allem auch im Langzeitbereich klar zu definieren und nach außen zu tragen. Das HB/SBG unterstützt durch sein ANP-Konzept diese Intentionen.

#### **Fazit**

Obwohl sich die Rolle der ANP aus einer Notlage in den 70er Jahren entwickelt hat, zeigt sich in der Praxis, dass sie einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege leisten kann. Innovative ANP-Modelle unterstützen und entwickeln die immer komplexer werdende Pflegepraxis. APNs agieren dabei als Brückenbauer\*innen zwischen Theorie und Praxis und ermöglichen eine evidenzbasierte Pflege, die sich am Versorgungsbedarf der Zielgruppe orientiert. Besonders wertvoll ist die Tätigkeit der ANP im geriatrischen Bereich, wo es durch die komplexen Krankheitsbilder zu einem hohen Anspruch an fachlichem Wissen kommt. Speziell hier finden die hoch gebildeten Pflegepersonen ein anspruchsvolles und sinnstiftendes Aufgabenfeld. ANP-Konzepte stellen dabei attraktive Fachkarrieremöglichkeiten für Pflegepersonen dar und sollen einer Fluktuation bzw. einem Berufsausstieg vorbeugen. Leider fehlt es in Österreich an staatlichen-rechtlichen Regelungen, welche die Aus-, bzw. Weiterbildung sowie den Praxiseinsatz betreffen. ANP ist nicht im Berufsgesetz (GuKG 2016) verankert und es gibt keinen Titelschutz, was die Implementierung und Akzeptanz von neuen ANP-Rollen in die Praxis erschwert.

In Langzeiteinrichtungen können APNs als auch Pflegemanager\*innen als visionäre Pionier\*innen bezeichnet werden. Denn das Gelingen von ANP-Konzepten hängt maßgeblich vom Engagement und Durchhaltevermögen der agierenden Personen ab. Knappe (personelle) Ressourcen erschweren das Etablieren einer vertieften und erweiterten Pflegepraxis und bergen die Gefahr der Rollenvermischung, wenn APNs bspw. zunehmend in der Rolle als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eingesetzt werden, um Personalknappheit zu kompensieren. Zudem fehlen Mentor\*innen bzw. Tutor\*innen in der Praxis. ANP steckt in Österreich noch in den Kinderschuhen. Es bleibt zu hoffen, dass auch in Österreich ein ähnlicher Effekt wie in angloamerikanischen bzw. nordeuropäischen Ländern eintritt, und der entstandene Funke ein Feuerwerk der Veränderung in Gang setzt (Spirig, 2010). Wir sind optimistisch.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Implementierung von APN's im Langzeitpflegebereich. Damit kann sowohl die fachliche Weiterentwicklung – trotz De-Professionalisierungstendenzen – gewahrt, aber auch das Berufsbild der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege gestärkt werden. Die Wiener Heimkommission empfiehlt eine Verankerung der APN-Rolle im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG 2016).

#### Glossar:

- Advanced Nursing Practice (ANP) bezeichnet das Handlungsfeld, in dem eine erweiterte pflegerische Versorgung erbracht wird.
- Eine Advanced Practice Nurse (APN) ist eine Pflegefachperson, die sich durch ein zusätzliches Studium (auf Master-Niveau) Expertenwissen, die Fähigkeit zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten sowie klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis (ANP) angeeignet hat.
- Mit Advanced Practice Nursing (APN) werden erweiterte Pflegeinterventionen bezeichnet, welche die klinischen Ergebnisse beeinflussen – bei Einzelpersonen, Familien und weiteren unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.
- Als Clinical Nurse Specialist (CNS) wird eine Advanced Practice Nurse (APN) bezeichnet, die auf Grundlage feststehender Diagnosen ihre fachkundige klinische Beratung und Pflege in speziellen patientennahen, klinischen Tätigkeitsfeldern erbringt.
- Als Nurse Practitioner (NP) wird eine Advanced Practice Nurse (APN) bezeichnet, die in der Primärversorgung auf Basis ihrer klinischen Kompetenzen aus Pflege und Medizin sowohl bei akut Erkrankten als auch bei chronisch kranken Patienten\*innen eine Ersteinschätzung vornimmt und den weiteren Behandlungsverlauf koordiniert und steuert (DBfK 2020 nach ICN 2020).

#### 3.8 „Onboarding“ – mehr als bloße Einstellung

Für Führungskräfte im Gesundheitswesen – allen voran jenen in (Langzeit-)Pflege- und Betreuungseinrichtungen – ist es schon lange kein Geheimnis mehr, dass aufgrund der immer angespannteren Personalsituation – insbesondere im Bereich des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege – Unternehmen sich um neue Mitarbeiter\*innen bewerben müssen, statt umgekehrt. Ein erfolgreiches, gut geführtes Bewerbungsgespräch ist essentiell – aktuell jedoch nicht mehr als eine Initialzündung. Das Bewerbungsgespräch sollte jedenfalls nicht das letzte direkte, ausführliche Gespräch mit der/dem Vorgesetzten bleiben!

Dennoch ist es oftmals immer noch gängige Praxis, dass neue Mitarbeiter\*innen quasi „ins kalte Wasser“ gestürzt und nach ersten Begrüßungs- oder Vorstellungsrunden sich selbst und/oder der Obhut von Kolleg\*innen überlassen werden, im Vertrauen darauf, dass der Integrationsprozess ein „Selbstläufer“ ist. Dabei sind gerade die ersten 100 Tage der Einarbeitungszeit für viele Mitarbeiter\*innen eine große Herausforderung und es kann rasch zu Missverständnissen und damit zu Fehlern und wechselseitiger Unzufriedenheit führen. Auch treffen – besonders im Umfeld der Pflege und Betreuung – häufig unterschiedliche Kulturen und Sprachen aufeinander, was rasch zu Verständigungsschwierigkeiten und Problemen in der Kommunikation führen kann.

Lässt man neue Mitarbeiter\*innen in dieser für den gemeinsamen Erfolg so entscheidenden Zeit zu viel alleine, riskiert man, dass diese frustriert oder enttäuscht sind und das Unternehmen relativ rasch wieder verlassen. In diesem Fall haben beide – Mitarbeiter\*in und Einrichtung – wertvolle Zeit und viele Investitionen in die Zukunft verloren.

Eine ausführlichere Beschäftigung mit dem Thema „Onboarding“ ist daher nicht nur für die neuen Mitarbeiter\*innen, deren Kolleg\*innen und Vorgesetzte lohnend, sondern lässt sich auch in Zahlen messen: Zufriedene, gut integrierte Mitarbeiter\*innen, die sich an ihrem neuen Arbeitsplatz wohlfühlen, sind produktiver, kreativer und à la longue auch gesünder. Sie fühlen sich mit dem Unternehmen rasch verbunden und bleiben.

Der Begriff „Onboarding“ – frei übersetzt das „An Bord nehmen“ – vermittelt in treffender Weise einen komplexen Prozess, der für eine gelungene Aufnahme neuer Mitarbeiter\*innen zwingend notwendig ist: Ein Mensch geht über eine Schiffsrampe an Bord, wird Teil der Mannschaft und mitgenommen auf die große Reise. Jeder hat seine Aufgabe und bringt seine individuellen Stärken und Talente ein. Man unterstützt einander und hat ein gemeinsames, im Unternehmensleitbild verankertes Ziel. Ein gelungenes „An Bord nehmen“ stellt die Grundlage für ein erfolgreiches Miteinander dar. Fortuna legt großen Wert darauf, dass alle an Bord sind und im sprichwörtlich selben Boot sitzen. Neue Mitarbeiter\*innen sind der frische Wind in den Segeln und es ist entscheidend, sie abzuholen und zu integrieren.

Um neue Mitarbeiter\*innen dort abzuholen, wo sie sind, hat Fortuna ein Onboarding-Konzept entwickelt. Dieses Onboarding-Konzept begleitet neue und etablierte Mitarbeiter\*innen in unterschiedlichen Rollen die ersten 100 Tage durchs Unternehmen.

### 1.1 Das Individuum zählt – Jeder ist wichtig!

Das Onboarding-Konzept beinhaltet die strukturierte Integration neuer Mitarbeiter\*innen. Unabhängig vom jeweiligen Bereich ist eine schnelle und reibungslose Einarbeitung und Integration ins multiprofessionelle Team für alle Beteiligten von Vorteil. Um dieses übergeordnete Ziel zu erreichen, braucht es in der Regel zumindest

- eine/n geeignete/n Mentor\*in und ein motiviertes multiprofessionelles Team;
- einen Einarbeitungsplan in Form von Checklisten;
- klar formulierte Erwartungen und Ziele von beiden Seiten und
- regelmäßige Gespräche zwischen dem/der neuen Mitarbeiter\*in und der Führungskraft.

### 1.2 Die Rolle neuer Mitarbeiter\*innen

Neu zu sein bedeutet in der Regel, viele Informationen auf einmal zu bekommen. Man lernt viele Menschen – Bewohner\*innen und deren An- und Zugehörige, andere Mitarbeiter\*innen, Geschäftspartner\*innen etc. – in kurzer Zeit kennen. Auch erhält man viele Informationen zu Arbeitsabläufen, Regelungen (die vielfach in Standards, Leit- oder Richtlinien verschriftlich sind) und gegebenenfalls zu unbekanntem Instrumenten (verschiedene Medizinprodukte, bestimmte Software etc.).

Unter all den vielen neuen Eindrücken ist es wichtig, sich selbst die Zeit zuzugestehen, um all diese Informationen zu reflektieren und zu verarbeiten. Dazu gehört auch zu beobachten, Fragen zu stellen, sich eventuell Notizen zu machen und aktiv Feedback einzuholen. Checklisten sollen dabei unterstützen diese informationsintensive Integrationsphase zu strukturieren und einen Überblick zu wahren sowie zu jeder Zeit zu wissen, wo man im Prozess zur Einarbeitung am neuen Arbeitsplatz steht.

Neue Mitarbeiter\*innen sollten ...

- ihre Beobachtungen an Mentor\*in und Führungskraft kommunizieren;
- rückmelden, wenn sie mehr Zeit für einzelne Einarbeitungsschritte benötigen;
- sich selbst für ihren persönlichen Integrationsfortschritt verantwortlich zeigen, bei Bedarf Fragen stellen, sich gegebenenfalls selbstständig Regelwerke durchlesen und proaktiv Unklarheiten ansprechen.

### 1.3 Die Rolle des/der Mentor\*in

Mentor\*innen sind in der Regel erfahrene Mitarbeiter\*innen, welche sich in ihrem Bereich mit allen Arbeitsabläufen sicher fühlen. Sie kennen Regelwerke inhaltlich gut und können diese durch Erfahrung und Wissen praxisnah vermitteln. Nach Möglichkeit begleiten sie neue Mitarbeiter\*innen regelmäßig im Arbeitsalltag, leiten an, geben Feedback und beantworten anfallende Fragen. Für die Führungskraft sind sie verdienstvolle Mitarbeiter\*innen, welche beratend zur Seite stehen und rückmelden, wenn abseits der Checklisten ein gesonderter oder vermehrter Schulungsbedarf besteht. Voraussetzung ist das beiderseitig gute Einverständnis zwischen allen Beteiligten.

Mentor\*innen sollten ...

- neuen Mitarbeiter\*innen regelmäßig Feedback geben;
- offen und wertschätzend rückmelden, wenn neue Mitarbeiter\*in mehr Unterstützung benötigt;
- anderen Kolleg\*innen ermöglichen, neue Mitarbeiter\*innen tätigkeitsbezogen zu begleiten und anzuleiten.

#### 1.4 Die Rolle der Führungskraft

Als Führungskraft bedeuten neue Mitarbeiter\*innen ein großes Zeitinvestment. Sie bedeuten aber auch eine große Chance. Sie haben den sprichwörtlichen Blick von außen – sehen Dinge, die man im Arbeitsalltag durch gewohnte Routine nicht mehr (sofort) sieht.

Es ist wichtig, neue Mitarbeiter\*innen möglichst schnell ins bestehende, multiprofessionelle Team zu integrieren, ohne zeitlichen Druck zu erzeugen. Je rascher ein/e Mitarbeiter\*in erfolgreich integriert ist, desto rascher kann er/sie selbstständig und erfolgreich arbeiten. Demgemäß sollten Führungskräfte in regelmäßigem Austausch mit neuen Mitarbeiter\*innen und deren Mentor\*innen sein, um auftretenden Ängsten oder Problemen zeitnah begegnen zu können.

Führungskräfte sollten ...

- den Fortschritt neuer Mitarbeiter\*innen kennen;
- neuen Mitarbeiter\*innen und Mentor\*innen so viel Unterstützung und/oder Zeit wie notwendig ermöglichen;
- das multiprofessionelle Team ganzheitlich am Integrationsprozess beteiligen.

#### 1.5 Die Rolle des multiprofessionellen Teams

Neue Mitarbeiter\*innen haben durch ihre Mentor\*innen und der direkten Führungskraft zwei Ansprechpersonen. Mit Fortlauf der Einarbeitung und Integration sollten Mentor\*in und Führungskraft nach und nach in den Hintergrund rücken und alle etablierten Mitarbeiter\*innen am Einarbeitungs- und Integrationsprozess teilhaben lassen.

Jede/jeder Mitarbeiter\*in hat persönliche Talente und individuelle Stärken, jede und jeder kann etwas besonders gut und alle im Team haben die Möglichkeit, neuen Mitarbeiter\*innen eine wichtige Stütze bei der Einarbeitung und Integration zu sein. Bestehende Mitarbeiter\*innen verfügen über viel Wissen und Erfahrung, welches sie weitergeben können. Neue Mitarbeiter\*innen verfügen möglicherweise über Wissen, von dem das gesamte multiprofessionelle Team profitieren kann.

- Jede/jeder sollte sich für die Einarbeitung und Integration neuer Mitarbeiter\*innen verantwortlich zeigen.
- Jede/jeder kann etwas besonders gut, wovon andere profitieren können.
- Jede/jeder ist ein wichtiger Teil des multiprofessionellen Teams.

#### 1.6 Empfehlungen für gelungenes Onboarding

- Festlegen und Planen einer Onboarding-Strategie inkl. fix eingeplanter Gespräche/Jourfixes.
- Unternehmens- und bereichsspezifische Check- und To Do-Listen für Vorgesetzte, Mentor\*innen und neue Mitarbeiter\*innen.
- Konsequente Nachverfolgung und Evaluierung der gesetzten Ziele, Erwartungen und Erfolge.
- Probleme offen ansprechen und gemeinsam (eventuell auch im Team mit anderen Kolleg\*innen) Lösungsvorschläge erarbeiten.

#### 1.7 Fazit

Gelungenes Onboarding trägt dazu bei, dass ...

- Mitarbeiter\*innen rasch und langfristig an das Unternehmen/die Einrichtung gebunden werden können;

- die Loyalität zum Unternehmen/der Einrichtung erhöht wird;
- starke und für das Unternehmen/die Einrichtung kostenintensive Fluktuation eingebremst werden kann;
- keine Zeit und kein Geld für beiderseitige „Fehlinvestitionen“ verschwendet werden;
- alle Mitarbeiter\*innen rasch und erfolgreich durch die neue Kraft entlastet werden.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Festlegung einer Onboarding-Strategie zur gelungenen Integration neuer Mitarbeiter\*innen und damit in weiterer Folge zum Wohle der Bewohner\*innen.

### 3.9 Supervision als notwendige Maßnahme in der „Pflege und Betreuung“

Fachkräftemangel, Personalmangel, Ressourcenknappheit, Mehrbelastung, Arbeitsverdichtung, steigender Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand, Zeitdruck, hoher Gesamtdruck, Berufsausstieg, Pandemie – nur einige Schlagwörter, welche in der letzten Zeit verwendet wurden, wenn von der „Pflege“ gesprochen wird.

Nimmt man den Blickwinkel der einzelnen Pflegeperson ein, kann die Situation durchaus noch prekärer ausfallen. Laut einer aktuellen „Nordcare-Erhebung“ schildert nahezu die Hälfte der Pflegekräfte in Wohn- und Pflegeheimen, dass sie in den letzten Jahren eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen verspüren. Als Grund werden viele erhöhte Anforderungen, Personal- und Zeitmangel genannt, weiß Heidemarie Staflinger, Referentin der Abteilung Arbeitsbedingungen der AK Oberösterreich (vgl. Langzeitpflege: Neue Herausforderungen, altes System - Arbeit & Wirtschaft [arbeit-wirtschaft.at](http://arbeit-wirtschaft.at)). Eine 2021 für den Akutbereich durchgeführte Studie kommt zum Ergebnis, dass bereits 64% der Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen zumindest einmal oder sogar öfters an einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf gedacht haben. Dies entspricht österreichweit 39.524 Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen, die somit potenziell aus dem Pflegeberuf abwandern könnten. Mit 45% denkt sogar fast jede zweite Gesundheits- und Krankenpflegeperson im Krankenhausbereich immer wieder an einen Berufsausstieg. In Zahlen bedeutet dies für Österreich 27.791 Personen, die an einen Ausstieg denken. Diese Zahl wird, bei einem bereits bestehenden Personalmangel, seitens der Autorinnen als alarmierend erachtet. 5% seien derzeit dabei ihren Berufswechsel zu planen und umzusetzen. In Zahlen bedeutet dies für Österreich, dass aktuell 3.088 Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen aktiv dabei sind, aus dem Pflegeberuf auszusteigen (vgl. Gferer & Gferer, 2021, S.5).

Zusätzlich zur allgemeinen beruflichen Situation, welche eine ganze Branche betrifft, besteht in der Regel für die einzelne Pflegeperson der Wunsch, die Arbeit gut zu verrichten, was durchaus bedeuten kann, sich an die eigenen Grenzen – und darüber hinaus – bringen zu können. Die Arbeit gut zu verrichten bedeutet: Die Patient\*innen und Bewohner\*innen qualitativ hochwertig zu begleiten und zu pflegen und auch noch Zeit für die menschliche Komponente zu finden. Den Beruf so ausüben zu können, ohne ständige Angst aus Zeitdruck einen Fehler zu begehen. Eventuellen Fehlern auch die Aufmerksamkeit geben zu können und aus ihnen zu lernen. Die Erwartungen der

Vorgesetzten und der Organisation erfüllen, ein\*e gute\*r Mitarbeiter\*in sein, eine gute Pflegeperson sein. Nahezu in keinem anderen Bereich haben Fehler, Fehlhandlungen, Versäumnisse oder Überforderung so eklatante Auswirkungen. Stellt ein solches Arbeiten nicht aber eine Dauerüberlastung dar? Welche Möglichkeiten gibt es überhaupt, trotz der gegebenen Restriktionen mit der Situation zufriedenstellend umzugehen?

Welche Unterstützungsmöglichkeiten hat die einzelne Pflegeperson um ihre Ressourcen zu erkennen, Handlungsspielräume zu sehen und gegebenenfalls auch zu erweitern? Frei nach Aristoteles „wir können den Wind nicht ändern, aber die Segel anders setzen“ gilt es Wege zu finden, um Einzelpersonen und Teams in ihrer Arbeit zu unterstützen. Da müsste doch in einem derart sozialen Bereich wie der Pflege, Supervision ein bekanntes und bewährtes Instrument sein! Oder doch nicht?

#### **Welche Anwendungsgebiete der Supervision ergeben sich in der Pflege?**

Der österreichische Verein für Supervision definiert Supervision als professionelle Beratungsmethode für alle beruflichen Herausforderungen von Einzelpersonen, Teams bzw. Gruppen und Organisationen. Die/der Supervisand\*in wird dabei unterstützt, berufliche Handlungen zielgerichtet, effizient und erfolgreich zu gestalten. Im Einzelgespräch, im Team oder in der Gruppe, sollen berufliche Situationen reflektiert werden und die Teilnehmenden dazu befähigt werden, die damit verbundenen Probleme und Herausforderungen konstruktiv zu bewältigen (vgl. Beratungsformate (oevs.or.at)). Supervision zielt explizit auf höhere Professionalität ab. Sie lässt sich als Beratung von Arbeitszusammenhängen beschreiben. Als wichtigstes Instrument in der Supervision ist die Reflexion von Arbeitssituationen im Kontext der Person, der Profession und der Organisation zu nennen. Im Mittelpunkt steht der Berufsrollenträger in seiner Berufspersönlichkeit. Konkreten Interventionen, Gefühle, Werte sowie die Haltung gegenüber den Klient\*innen, Kund\*innen, Kolleg\*innen, Vorgesetzten, die in seinen Handlungen zum Ausdruck kommen, sind Gegenstand der Sitzungen (vgl. Neumann- Wirsig, 2017, S.20).

#### **Die konkreten Einsatzgebiete von Supervision sind sehr facettenreich.**

Supervision als Reflexions- und Entscheidungshilfe bei aktuellen Anlässen – der Vorteil kann durch gezielte Reflexion entstehen und den Supervisand\*innen zu neuen Blickwinkeln verhelfen. Auch kann eine Situation, wenn sie besprochen wird als weniger belastend empfunden werden. Unter Umständen kann auch das Ausbleiben einer Lösung eher akzeptiert werden.

Supervision als Unterstützung in herausfordernden oder belastenden Arbeitssituationen und Konflikten – wohl der bekannteste Einsatzbereich dieses Beratungsformates. Gerade in angespannten Zeiten wie sie derzeit pandemiebedingt sind, kommt es sehr häufig zu Situationen welche als schwierig wahrgenommen werden können. Im Einzelsetting den Raum zu haben und ihn sich zu nehmen, akzeptieren zu können, dass nicht jede Situation unter voller Kontrolle stehen kann. Und auch hier steht Reflexion, Erweiterung der Handlungsspielräume und neue/andere Blickwinkel zu eröffnen im Vordergrund. In der Teamsupervision eine Situation gemeinsam und strukturiert zu begleiten und viele Ideen und Lösungsansätze als Ressource nützen zu können. Die Lösung ist bei den handelnden Personen bereits vorhanden, ist jedoch lediglich nicht sichtbar und bewusst. Die/der Supervisor\*in initiiert durch gezieltes kreatives Denken und überraschendes Fragen neue Antworten und Lösungen. Auch im Bereich der Konfliktbearbeitung ist ein solcher Zugang sehr hilfreich.

Supervision zur Klärung und Gestaltung von Aufgaben, Aufträgen, Funktionen und Rollen – ein Ausbleiben dieser Klärung birgt hohes Konfliktpotential. Ebenso steigt die Fehleranfälligkeit, da Zuständigkeiten unterschiedlich verstanden und gelebt werden können. Häufig kann eine Optimierung der Abläufe aber auch Entlastung einzelner Personen durch die nähere Beleuchtung der Strukturen geschaffen werden. Erneut wird das Augenmerk auf die „Triade Person“, Profession und Organisation gelegt.

Supervision als Begleitung bei Veränderungsprozessen und deren Bewältigung – Der Wandel als Chance oder auch die Notwendigkeit mit einer ungewollten Veränderung zurecht zu kommen. Nicht beeinflussbares erkennen und damit umgehen lernen, vorhandene Ressourcen wahrnehmen und lösungsorientiert einsetzen. Damit verbunden innovative Lösungen bei neuen Herausforderungen wagen.

Supervision als Mobbing- und Burnout- Prophylaxe – die psychische Gesundheit als eine der Säulen der menschlichen Ganzheitlichkeit zu sehen. Das Ansetzen im prophylaktischen Bereich, in welchem die Betroffenen noch rechtzeitig und ohne größere Folgen Unterstützung erleben, ist als Einstellung von hoher Relevanz (vgl. Beratungsformate (oevs.or.at)).

Um der derzeitigen Entwicklung entgegenzuwirken, ist es notwendig Angebote zu erweitern. „Präventive Maßnahmen wie gezielte Weiterbildungen für den Umgang mit belastenden Situationen und veränderten Krankheitsbildern werden hier ebenso benötigt wie ein verbessertes Angebot an Supervision und adäquaten Arbeitsmitteln. Denn das hohe psychische und physische Erschöpfungserleben der Beschäftigten zeigt sich zumindest bei 18 Prozent von ihnen in einem schlechten Gesundheitszustand – und dieser ist erwiesenermaßen ausschlaggebend für einen langfristigen Verbleib im Pflegeberuf“, so Gudrun Bauer, Sozioökonomin und Pflegewissenschaftlerin (vgl. Mittermann, 2019).

Insgesamt ist es dringend notwendig die Blicke in Richtung der in der Pflege tätigen Personen zu richten. Unterstützungsangebote in ausreichendem Maß anzubieten, nicht, weil die Personen schwach sind und ihnen geholfen werden muss, sondern weil sie unglaubliche Arbeit leisten, die tagtäglich ein Übermaß an Energie fordert.

Um von Aristoteles etwas abzuweichen: **Es ist an der Zeit in der Pflege den Wind zu erkennen, um die Segel anders zu setzen!**

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den regelmäßigen Einsatz von Supervision in der Pflege. Supervision als Maßnahme in Form von Einzel-, Gruppen oder Teamsupervision ist ein geeignetes und notwendiges Unterstützungsangebot zur Reflexions- und Entscheidungshilfe, zur Klärung und Gestaltung von Aufgaben, Aufträgen, Funktionen und Rollen, Begleitung und Bewältigung bei Veränderungsprozessen, sowie als Mobbing- und Burnoutprophylaxe. Die Wiener Heimkommission erachtet Supervision als Maßnahme zur Unterstützung und Entlastung des Pflegepersonals als dringend notwendig.

#### 3.10 „Psychosoziale Gerontopsychiatrie in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen“ & „Das Schottische Modell“

##### Psychosoziale Gerontopsychiatrie

„Psycho-sozial“ bzw. Sozialpsychiatrie bedeutet, die soziale Dimension der Entstehung, Folgen und Behandlung psychischer Erkrankungen ins Zentrum der psychiatrischen Versorgung zu rücken. Es ist ein ganzheitlicher Ansatz mit einem ganzheitlichen – und deshalb sozialen – Bild vom Menschen in jedem Lebensalter, und von seiner psychischen Gesundheit bzw. Krankheit und deren Versorgung. Psychische Erkrankungen finden mitten in der Gesellschaft statt, und dies nicht nur im Sinne ihrer Entstehung und Folgen. Auch ihre Behandlung sollte deshalb mitten in der Gesellschaft – mitten im Leben! – stattfinden, und zwar auf allen sechs „Achsen“ des Lebens gemäß dem erweiterten sozialpsychiatrischen Achsenmodell (nach Kalousek, Psota & Sepandj, in: Psota 2017, Spectr Psychiat):

1. Medizinische Versorgung (Psyche und Soma)
2. Wohnen
3. Tagstruktur (Arbeit, Bildung, Freizeit)
4. Angehörige
5. Professionelle Helfer
6. Ethische, rechtliche, finanzielle Aspekte

Gerontopsychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie und beschäftigt sich in Forschung und klinischer Praxis mit älteren Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden (Psota & Schuett 2020, Spectr Psychiat). Bei älteren Menschen steht meist die körperliche Gesundheit bzw. Krankheit im Fokus – für sie selbst, aber auch für ihre Betreuer\*innen und Behandler\*innen: „Das unsichtbare Organ Psyche hingegen wird noch zu oft vernachlässigt“ (Prof. Dr. Stephan Rudas). Im Sinne der Sozialpsychiatrie geht es um ein ganzheitliches Bild von Gesundheit bzw. Krankheit, die nicht nur körperlich, sondern auch psychisch ist. Es geht um die ganzheitliche bzw. integrierte Versorgung von Menschen mit ihren psychischen und körperlichen Erkrankungen, einschließlich der sozialen Dimension ihrer Entstehung und Folgen – und das in jedem Alter (Rásky, Stolz, Jagsch 2020, Neuropsychiat). Viele ältere Menschen leiden unter einer oder mehreren psychischen Erkrankungen bzw. häufig unter mehreren psychischen und körperlichen Erkrankungen (psychisch-körperliche Multimorbidität). Laut einer europaweiten Studie hatte jede/r Zweite der untersuchten 65- bis 84-Jährigen einmal im Leben eine psychische Erkrankung, jede/r Dritte innerhalb des letzten Jahres und jede/r Vierte ist aktuell psychisch erkrankt (Andreas et al 2017, Brit J Psychiat).

Hierbei geht es insbesondere um die folgenden drei Patient\*innen-Gruppen (Jagsch et al 2015, J Neurol Neurochir Psychiat):

1. Menschen, die mit einer psychischen Störung älter werden bzw. alt geworden sind
  - » insb. chronische schizophrene und rezidivierende affektive Störungen
2. Menschen, die im Alter erstmalig an einer psychischen Störung erkranken
  - » insb. die sog. 3 D's: Demenz, Depression, Delir
  - » aber auch Angst- und Suchterkrankungen
  - » aufgrund von „Covid bzw. Long Covid“ ist diese Gruppe noch mehr zu berücksichtigen! (Tarquet et al 2021, Lancet)
3. Menschen, die multimorbid erkrankt sind (d.h. mit geriatrisch-internistisch-psychiatrischem Versorgungsbedarf)

In Wohn-/Pflegeeinrichtungen leiden sogar die Mehrheit aller Menschen (ca. 65-91%) unter einer oder mehreren psychischen Erkrankungen, wobei auch die Gruppe derjenigen mit nicht-demenziellen psychischen Erkrankungen zu wachsen scheint. Man spricht von einer „Trans- bzw. Re-Institutionalisierung“ psychisch kranker älter werdender bzw. alter Menschen (Schäufele M et al 2013, Psychiat Prax; Kirchen-Peters et al 2012, Psychiat Prax).

Außerdem: Ältere Menschen, v.a. in Wohn-/Pflegeeinrichtungen, gehören zur Risikogruppe, was die Covid-19-Ansteckungsgefahr, schwere Verläufe und psychosoziale Folgen der Pandemie betrifft. Eine davon ist die sich verschlimmernde Einsamkeit und soziale Isolation, von der ältere Menschen am häufigsten betroffen sind. Und: Einsamkeit/soziale Isolation wiederum gilt als Risikofaktor für Suizidalität im höheren Lebensalter — neben den Faktoren psychische Erkrankungen (insb. unbehandelte Depression), körperliche Erkrankungen und Schmerz, Verlust geliebter Menschen, Verlust der gewohnten Umgebung (Umzug in ein Pflegeheim) sowie Erleben steigender Abhängigkeit (insb. abhängige Pflegebedürftigkeit) (WFMH 2019).

Insgesamt braucht es ein Mehr an „Psychosoziale Gerontopsychiatrie“ mit präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen im Rahmen von regionalen, integrierten Versorgungskonzepten (Jagsch & Psota 2013, in Klug et al, Mabuse-Verlag) in Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen:

- Umfassende und integrierte Versorgung gemäß dem sozialpsychiatrischen Achsenmodell: insb. frühe Diagnose und Behandlung (auch rechtzeitige Information, Beratung, Betreuung), medizinische Versorgung, Vernetzung sämtlicher Handlungspartner\*innen, Abbau von bürokratischen Hürden — und von Vorurteilen
- Suizidprävention und Notfallversorgung, inkl. Liaison-Gerontopsychiatrie, auch um inadäquate Transfers in gerontopsychiatrische Abteilungen zu vermeiden
- Palliative Psychiatrie für ein „gutes Sterben“ als Teil eines guten Lebens...

### „Das Schottische Modell“

Die schottische Regierung hat es sich 2007 zu einem Hauptziel gemacht, die Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern. Die Vision: Menschen mit Demenz, sowie Personen die diese pflegen, erfahren professionelle und systematische Unterstützung von der Diagnosestellung bis zum Lebensende. Um dieser Zielsetzung nachzukommen wurde 2010 die erste nationale schottische Demenzstrategie, welche durch Zusammenarbeit aus den Professionen des gesamten Sozial- und Gesundheitsbereiches, sowie NPOs entstand, vorgestellt. Dieser erste Strategieplan fokussierte hauptsächlich auf eine raschere Diagnosestellung und eine bessere Versorgung und Behandlung von Demenzerkrankten. In den Vorbereitungsarbeiten der Strategie wurden dazu im Rahmen nationaler Demenz-Dialog-Veranstaltungen immer wieder Betroffene, d.h Menschen mit Demenz, deren Familien und Pflegenden, eingeladen, ihre Ansichten und Ideen einzubringen. Der 2. Demenzstrategieplan Schottlands behandelte vor allem den Ausbau der postdiagnostischen Unterstützung für Demenzerkrankte und deren Umfeld (Scottish Government (2017): National dementia strategy: 2017-2020, aufgerufen am 13.01.2022 unter: <https://www.gov.scot/publications/scotlands-national-dementia-strategy-2017-2020/>).

Von 2017-2020 verfolgte Schottland seine mittlerweile dritte nationale Demenzstrategie, mit dem Ziel die Versorgungsqualität für Demenzerkrankte und deren Pflegenden

und Familien weiter zu verbessern. Mit der 3. nationalen Demenzstrategie wurden unter anderem folgende Ziele und Verpflichtungen festgehalten um die Versorgung von Demenzkranken und ihre Pflegenden nachhaltig sicherzustellen (Scottish Government (2017): National dementia strategy: 2017-2020, aufgerufen am 13.01.2022 unter: <https://www.gov.scot/publications/scotlands-national-dementia-strategy-2017-2020/>):

- Menschen mit Demenz haben ein Anrecht auf sichere, professionelle und würdevolle Behandlung, Pflege und Betreuung – egal ob im häuslichen Umfeld, in Pflegeeinrichtungen, in der Akutversorgung oder in National Health Service (NHS) Spezialeinrichtungen. Sie haben die Möglichkeit zu Hause bzw. in häuslicher Umgebung ein sicheres begleitetes Leben zu führen, solange sie und ihre Angehörigen dies wünschen
- Demenz Diagnosen sollen möglichst frühzeitig stattfinden und den Betroffenen und deren Umfeld ermöglichen sich ebenso frühzeitig und aktiv in die Pflegeplanung einzubringen
- Demenzerkrankte und die die sie pflegen erfahren frühe qualifizierte postdiagnostische Unterstützung. Jeder demenzdiagnostizierten Person wird der Anspruch auf mindestens ein Jahr postdiagnostische Unterstützung und einen individuellen Unterstützungsplan garantiert (Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa; Merkle (2015): Nationale Demenzstrategien – Europa im Vergleich, Frankfurt am Main, aufgerufen am 13.01.2022 unter: <https://beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/schwerpunktthemen/aelteremenschen>). Das fünf Säulenmodell der postdiagnostischen Versorgung (Alzheimer Scotland) zeigt Strategien auf, um das Leben nach Diagnosestellung bestmöglich zu planen (<https://www.alzscot.org/our-work/campaigning-for-change/current-campaigns/5-pillar-model-of-post-diagnostic-support>). Die postdiagnostische Unterstützung wird von qualifizierten zugewiesenen "Link Workers" koordiniert.
- Intensive Betreuung zu Hause soll nach dem 8-Säulen Modell ermöglicht werden. Das 8-Säulen Programm der integrierten Gemeindeunterstützung von Alzheimer Schottland zeigt Möglichkeiten für eine koordinierte Versorgung für Menschen in mittel- bis schwergradigen Demenzstadien auf (<https://www.alzscot.org/our-work/campaigning-for-change/current-campaigns/8-pillars-model-of-community-support>).
- Betroffene erhalten frühzeitigen Zugang zu professioneller Palliativ- und Sterbebegleitung.
- Arbeitskräften in der Demenzversorgung stehen umfassende Qualifikations-, Entwicklungs- und Schulungsprogramme zur Verfügung (Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa; Merkle (2015): Nationale Demenzstrategien – Europa im Vergleich, Frankfurt am Main, aufgerufen am 13.01.2022 unter: <https://beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/schwerpunktthemen/aelteremenschen>).
- Pflegende Angehörige werden in allen Phasen nach Diagnosestellung unterstützt und entlastet.
- Es wird ein konstanter Transformationsprozess in der Demenzversorgung angestrebt, der es ermöglicht auf die sich verändernde Anzahl älterer Menschen mit Demenz und zusätzlichen (chronischen) Erkrankungen, angemessen zu reagieren. Damit sollen auch zukünftig Dienstleistungen schnell und bedürfnisorientiert angeboten werden können. Die demographischen Veränderungen fordern mehr Pflege in den Gemeinden und die Sicherstellung individueller und flexibler

Palliativpflege und Sterbebegleitung (Scottish Government (2016): Estimated and Projected Diagnosis Rates for Dementia in Scotland 2014-2020, aufgerufen am 13.01.2022 unter: <http://www.gov.scot/Publications/2016/12/9363/0>).

- Demenzfreundlichen Gemeinden und Initiativen, sowie Organisationen und Institutionen die Demenzkranke unterstützen, werden stärker gefördert
- Qualitätssicherung durch Demenzforschung (Scottish Government (2016): Estimated and Projected Diagnosis Rates for Dementia in Scotland 2014-2020, aufgerufen am 13.01.2022 unter: <http://www.gov.scot/Publications/2016/12/9363/0>).

Neben der eigenen umfassenden Demenzstrategie koordinierte Schottland auch das EU-weite Aktionsprogramm Act on Dementia (<http://www.actondementia.eu>) und kann seit Jahren eine Vielzahl an demenzfreundlichen Serviceleistungen und Innovationen, wie beispielsweise die virtuellen Online-Ressourcen des Dementia Services Development Centre (DSDC), vorweisen. Diese demonstrieren mit ihrem "Virtual Care Home" und "Virtual Hospital" Designbeispiele wie die häusliche Umgebung, Pflegeheime und Krankenhäuser demenzfreundlich gestaltet werden können (<https://dementia.stir.ac.uk/design/virtual-environments> Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa; Merkle (2015): Nationale Demenzstrategien – Europa im Vergleich, Frankfurt am Main, aufgerufen am 13.01.2022 unter: <https://beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/schwerpunkt-themen/aelteremenschen>).

- Die Wiener Heimkommission empfiehlt den Aufbau eines zweiten Gerontopsychiatrischen Zentrums für Wien.
- Die Wiener Heimkommission empfiehlt eine möglichst weitgehende Annäherung an das „Schottische Modell“ – da aktuelles „best practice“ – anzustreben.

### 3.11 Zur Nationalen Demenzstrategie

Die Plattform der NDS (Nationale Demenzstrategie) wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gegründet. Sie soll Wissenstransfer und Informationsaustausch fördern, die Umsetzung der Handlungsempfehlungen vorantreiben und so ein abgestimmtes Vorgehen für ein gutes Leben mit Demenz ermöglichen. Die Demenzstrategie soll den gemeinsamen Orientierungsrahmen für eine zielgerichtete Kooperation zwischen den Stakeholdern bilden. Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung sowie zahlreiche Einrichtungen und Organisationen setzen bereits Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung von Menschen mit Demenz um (<https://www.demenzstrategie.at/de/Plattform.htm>, Stand: 17.12.2021).

Das Bundesland Wien ist durch den FSW (Fonds Soziales Wien) vertreten. Um die Entwicklungen auf nationaler Ebene weitergeben zu können, wurde durch den FSW ein Information-Mail-Verteiler aufgebaut. Anerkannte und geförderte Trägerorganisationen, aber auch andere Wiener Initiativen zum Thema Demenz, erhalten so die neuesten Informationen. Eine davon war die Veröffentlichung des Sprachleitfadens „Demenz in Sprache und Bild, Leitfaden für eine demenzgerechte

Darstellung – Von einer defizit- zur stärkenorientierten Berichterstattung“. Dieser Leitfaden soll dazu beitragen, wie die Umwelt – also wir alle – den Betroffenen begegnet und welche Vorstellungen und Bilder wir von Menschen mit Demenz und ihrem Leben haben.

Der FSW arbeitet aktiv an den Wirkungszielen der NDS. Zum Ziel „Information breit und zielgruppenspezifisch ausbauen“ wurde der Folder „Demenz-Ratgeber für den Alltag“ neu aufgelegt. Weiters wurde in verschiedenen Medien über die geförderten Leistungen des FSW und das Casemanagement berichtet, wie beispielsweise #demenzraum des KWP (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser). Ein Höhepunkt mit der Auseinandersetzung über die Leistungsangebote war die Premiere des dänischen Dokumentarfilms „Mitgefühl“ über eine Pflegeeinrichtung für Menschen mit Demenz. Bei der anschließenden Podiumsdiskussion wurde auch mit einer Betroffenen über die bis jetzt geschaffenen Angebote und Leistungen, aber auch über die noch erforderlichen Weiterentwicklungen, gesprochen.

Die Wiener Heimkommission begrüßt und unterstützt die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie in Wien und ersucht alle Stakeholder, die Zusammenarbeit zu intensivieren.

#### 3.12 Mehr Vielfalt in der Langzeitpflege

In der Statistik werden die Plätze in Pflegeeinrichtungen oft als einheitliche Leistung „Stationärer Pflegeplatz“ bezeichnet. Diese Bezeichnung bildet nicht das bereits bestehende Angebot und nicht die auf Grund der verschiedenen Bedürfnisse der Bewohner\*innen notwendige Angebotsvielfalt ab.

In Wien bestehen die meisten Anerkennungen seitens des FSW (Fonds Soziales Wien) für „Betreutes Wohnen“, „Pflegeplatz – Allgemeine Pflege und Betreuung“ sowie „Pflegehäuser mit ärztlicher Betreuung“. Als spezielle Leistungen wurde in Wien bereits anerkannt: Demenz, Gerontopsychiatrie, Sozialpsychiatrie, Neurologie, Instabilität, Wachkoma, Langzeitbeatmung, Kurzzeitpflege/Remobilisation, Milieubetreuung, Blindheit und Sehbehinderung, Demenz bei Blindheit und Sehbehinderung, Stationäres Hospiz und Wohngemeinschaften mit Spezieller Leistung Demenz. Von der Anzahl gesehen gibt es die meisten FSW-Anerkennungen rund um das Thema Demenz, der häufigsten Begründung für eine Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung.

Die überwiegende Anzahl der Bewohner\*innen leben in Häusern, die „Allgemeine Pflege und Betreuung“ anbieten und erfahren hier eine adäquate Betreuung und Pflege, unabhängig davon, ob sie an einer Demenz erkrankt sind, an einer Sehbehinderung leiden und/oder eine palliative Versorgung brauchen.

Die Speziellen Leistungen werden nur zuerkannt, wenn besondere Bedarfe bestehen und auch durch die Begutachtungen des FSW Kund\*innenservice bestätigt wurden. Insbesondere hinsichtlich der speziellen Leistungen Demenz und Sozialpsychiatrie beobachtet die Wiener Heimkommission schon seit mehreren Jahren einen Anstieg

der Personen, die einen überdurchschnittlichen Betreuungsbedarf haben. Regelmäßig wurde in den Berichten auf diesen Anstieg hingewiesen und ein Ausbau dieser speziellen Leistungen gefordert.

Zudem melden sich Bewohner\*innen in den Sprechtagen der Heimkommission und berichten, wie belastend und herausfordernd das Verhalten einiger Mit-Bewohner\*innen ist. Geschildert wird beispielsweise, dass ein/e Nachbar\*in in der Nacht ins Zimmer kommt, sich im Bett dazulegt, oder fremde Kästen durchsucht oder andere – verständlicherweise nicht zumutbare – Verhaltensweisen zeigt. Oft entsteht dann Unsicherheit, Angst und Rückzug ins eigene Zimmer.

Die Praxis zeigt, dass auch Betreuungs- und Pflegekräfte immer wieder an ihre Grenzen stoßen, wenn es um den Umgang mit Bewohner\*innen mit herausforderndem Verhalten geht. Hier geht es nicht nur um die Kommunikationskompetenz von Mitarbeiter\*innen, sondern auch um strukturelle und organisationale Bedingungen in den Einrichtungen. Maßnahmen, die Personen mit herausforderndem Verhalten stark und unzulässig beschränken, dürfen nicht gesetzt werden. Allerdings können Einrichtungen durch die Schaffung von speziellen Bereichen die Toleranzgrenzen des zulässigen Verhaltens erweitern und flexibler gestalten.

Für diese speziellen Leistungen sind oft mehr Ressourcen notwendig, mindestens ebenso wichtig ist es überdurchschnittliche spezielle Kenntnisse bei den Mitarbeiter\*innen aufzubauen. Auch wenn alle Mitarbeiter\*innen in der Langzeitpflege viel Know-how zu Demenz besitzen, ist es möglich einem Team besondere Schulungen (z.B. Deeskalationstrainings) und noch gezieltere Unterstützung zukommen zu lassen. Dieses Wissen erweitert die Handlungsspielräume und auch die Sicherheit der Mitarbeiter\*innen. Oft ist es leider nicht möglich diese Kenntnisse und Fertigkeiten bei allen Mitarbeiter\*innen in einer Einrichtung in kurzer Zeit aufzubauen. Das gilt auch in besonderem Maße für Menschen mit besonderen Krankheitsbildern (z.B.: MS, Neurologie, Wachkoma ...). Das besondere zielgruppen-spezifische Know-How in diesen Teams ermöglicht eine bessere Betreuungsqualität.

Der für alle für den Einzug in eine Pflegeeinrichtung offensichtliche Bedarf der Bewohner\*innen bezieht sich auf den Bereich der Pflege und Medizin. Der eigentliche Bedarf ist es einen sicheren Platz zum Leben zu haben, an dem sich die/der Bewohner\*in wohl fühlen kann, ihre/seine Person ernst genommen wird und sie/er Möglichkeiten erhält soziale Kontakte zu pflegen und ein gutes Leben führen kann. Sobald es um ein gutes Leben für Bewohner\*innen in der Langzeitpflege geht, wird klar, dass einheitliche, eingefahrene Strukturen diesem Bedürfnis nicht gerecht werden können.

So gibt es bei der Gestaltung von Aktivitäten in den Wiener Pflegeeinrichtungen ein breites Angebot, z.B. Messbesuche, Gedächtnisstrainings, Tiertherapie, Museumsausflüge, Fußballabende und vieles andere mehr. Für Bewohner\*innen ist es hier gut möglich, sich entsprechend ihrer individuellen Vorlieben zu beteiligen. Für die Zukunft sind die Träger der Einrichtungen gefordert, diese Angebote laufend zu aktualisieren und im Sinne der veränderten Lebenswirklichkeiten und -geschichten der Bewohner\*innen weiter zu entwickeln.

Die räumlichen Gegebenheiten sind in den Pflegeeinrichtungen oft sehr stark standardisiert (nahezu völlig idente Zimmertypen in der gesamten Einrichtung), die individu-

ellen Ausgestaltungsmöglichkeiten manchmal auf Bilder beschränkt. Das entspricht nicht immer den Bedürfnissen der Bewohner\*innen, manchen ist ein Schreibtisch oder ein Bücherschrank besonders wichtig, anderen reicht die angebotene Standardmöblierung.

Auch der Wunsch nach Gemeinsamkeit ist sehr unterschiedlich ausgeprägt. Manche nutzen ihr Zimmer nur zum Schlafen und verbringen den gesamten Tag im Gemeinschaftsraum, manche bleiben lieber in ihrem Zimmer und kommen zum gemeinsamen Essen oder zu gemeinsamen Aktivitäten dazu. Dementsprechend ist mitunter der gesamte Wohnbereich „die eigene Wohnung“ und andere wünschen sich eher ein „eigenes Appartement“. Hier sind die Pflegeeinrichtungen gefordert mehr Möglichkeiten anzubieten.

Die Bedürfnisse der Bewohner\*innen verändern sich im Zuge ihres Aufenthalts, dies im Auge zu behalten ist Aufgabe von gut ausgebildeten und engagierten Mitarbeiter\*innen, die sich der Individualität und der Vielfalt der Bedürfnisse der Bewohner\*innen stellen.

Herausforderndes Verhalten kann sich auch reduzieren oder die Bedürfnisse ändern sich nach einer Phase einer überwiegenden Bettlägrigkeit (z.B. „zurückgezogenes Ich“ in einer fortgeschrittenen Phase der Demenz). Daraus kann die Notwendigkeit einer Übersiedlung bzw. eines Bereichswechsels entstehen. Im Fall der fortgeschrittenen Demenz könnte das Angebot einer Pflegeoase die Lebensqualität unter Umständen verbessern. Diese Wechsel können und müssen von den Trägern (wie z.B. auch beim Einzug in die Einrichtung) gut vorbereitet, mit Vertrauenspersonen/Angehörigen besprochen und begleitet werden.

Idealerweise ist eine Pflege- und Betreuungseinrichtung in der Lage am selben Standort unterschiedliche Leistungen anzubieten. Insbesondere bei der Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankung, sollte jedes Haus die Phasen der Erkrankung, insbesondere auch bei herausforderndem Verhalten, gut begleiten können.

Die Träger können geeignete Konzepte entwickeln, erstellen und evaluieren, sofern der Fördergeber FSW (Fonds Soziales Wien) die Entwicklung neuer Betreuungsformen anerkennt und ausreichend finanziell fördert.

Pflege und Betreuung sind Dienstleistungen, die einerseits wissenschaftlichen Erkenntnissen folgen und im überwiegenden Maß individuellen Bedürfnissen von Bewohner\*innen gerecht werden müssen. Die Art und Weise wie die Träger Pflege und Betreuung jetzt und in Zukunft leisten, soll der Vielfalt der speziellen Bedürfnisse gerecht werden und Lebensqualität gewährleisten. Daher braucht es bei allen Stakeholdern des Systems „Langzeitpflege“ ein kontinuierliches, an den Bedürfnissen der Bewohner\*innen und Mitarbeiter\*innen orientiertes Veränderungsmanagement.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Ausbau der Vielfalt der Pflege- und Betreuungsangebote in Wien.
- Weiterer bedarfsgerechter Ausbau der spezialisierten Leistungen in Wien.
- Schaffung eines spezialisierten Leistungsbereichs „Demenz“ in jeder Einrichtung.

### 3.13 Frailty – ein multidimensionales Syndrom

Mit dem Begriff „Frailty“ wird in der Geriatrie ein multidimensionales Syndrom bezeichnet, welches mit einem progredienten Verlust von diversen Funktionen vergesellschaftet ist. Dazu kommt ein ebenfalls fortschreitendes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Es gibt noch keinen klaren Konsens über eine Definition von Frailty. Einigkeit besteht darüber, dass Frailty eine Reihe von biologischen und medizinischen sowie psychologischen und sozialen Faktoren mit nachteiligem Einfluss auf normale körperliche und psychische Funktionen umfasst. Diese führen zu einer verminderten Kapazität auf negative Krankheits- und Umgebungseinflüsse kompensatorisch zu reagieren.

#### Definitionsversuche

Der großen Komplexität und der Mehrdimensionalität des Themas wird der englischsprachige Begriff „Frailty“ eher gerecht als die Versuche es mit Worten wie „Gebrechlichkeit, Hinfälligkeit, Reduktion von Fähigkeiten und funktioneller Autonomie oder Gedeihstörung“ zu umschreiben. Diese zunächst oft synonym verwendeten und inhaltlich nur teils zutreffenden Begriffe werden auch in der deutschsprachigen geriatrischen Literatur zunehmend durch die alleinige Verwendung von „Frailty“ ersetzt.

In ihrer ausgeprägten Form ist Frailty irreversibel, sie gilt als Vorbote des Todes. Die Entwicklung hin zur Frailty bedeutet den Wechsel von Selbständigkeit und Autonomie hin zur Abhängigkeit von Hilfe und Betreuung bis zur vollständigen Erosion von Autonomie und Selbständigkeit. Die zunehmenden Funktionsbehinderungen, der Zuwachs an Betreuungs- und Pflegebedarf, inklusive medizinischem Interventionsbedarf machen in dieser Situation auch Entscheidungen über die Formen, Strukturen und Rahmenbedingungen der weiteren Betreuung des Patienten notwendig.

Frailty wurde vielfach als ein Zustand höchster Vulnerabilität für eine Reihe von negativen Outcomes wie Stürze und ihre Folgen, Immobilität, Funktionsverluste im Bereich der Selbsthilfefähigkeit, Abhängigkeit von kontinuierlicher Betreuung und Pflege bezeichnet. Frailty bedeutet aber auch einen alternsassozierten biologischen Prozess, welcher einerseits unabhängig von spezifischen Krankheitszuständen existieren kann, andererseits aber durch diese ausgelöst werden kann. Wesentlich für das Verständnis des Konzepts von Frailty ist die Tatsache, dass es sich um eine Dysregulation mehrerer komplex, interagierender biologischer Systeme handelt und nicht nur um die Veränderungen in einem einzigen Organsystem. Die Spezifität der Geriatrie, ihre Expertise als medizinisches Sonderfach besteht u.a. darin, dass sie sich gezielt der komplexen Zusammenhänge, Interaktionen von Dysregulation in multiplen Systemen des alternden Organismus und deren mehrdimensionaler Auswirkungen annimmt – Frailty ist somit Kernkomäne der Geriatrie.

Frailty ist nicht mit Multimorbidität und/oder funktioneller Behinderung gleichzusetzen. Multimorbidität kann, muss aber nicht zur Frailty beitragen, sie stellt einen Risikofaktor dafür dar. Man kann multimorbid und funktionell behindert, aber nicht „frail“ (gebrechlich, schwach) sein.

Frailty wird als ein durch alternsassozierte strukturelle Veränderungen auf zellulärer und molekularer Ebene sowie durch Krankheiten ausgelöstes klinisches Syndrom dargestellt, welches sich u.a. durch Schwäche, mangelnde Belastbarkeit, Gewichtsverlust und Sarkopenie (Verlust von Muskelmasse und Kraft) manifestiert.

#### Epidemiologie

In Ermangelung einer eindeutigen Definition von Frailty ist es sehr schwer genaue Aussagen über deren Prävalenz und Inzidenz in der geriatrischen Population zu treffen.

Unter Berücksichtigung der in weiterer Folge erläuterten phänomenologischen Charakteristika fanden Fried et al in der von ihnen untersuchten Kohorte von 5.317 über 65-Jährigen aus der Cardiovascular Health Study (2001) bei ca. 7% Frailty. Die Prävalenz war bei den über 80-Jährigen bereits 20%.

Bei den 65-69-Jährigen Frauen der Women's Health Observational Study Initiative (n 40.657) fand sich eine Frailty-Prävalenz von 16,3% und eine drei Jahres Inzidenz von 14,8% (2005). Frailty war dann ein Prädiktor von Outcomes wie Tod, hüftnahe Fraktur, ATL-Defizite und Hospitalisierung. Bemerkenswert ist eine starke Assoziation von Depression und Frailty – somit ein Hinweis auf mögliche psychosoziale Komponenten.

Das Risiko für Frailty ist abhängig von Faktoren wie: höheres Alter, chronische Krankheit, Rauchen, Malnutrition sowohl im Sinne von Untergewicht als auch Obesität.

#### Ätiologie und Pathophysiologie von Frailty

Eine Reihe von biologischen/somatischen und möglicherweise auch psychischen und sozialen Faktoren kann die physiologische Kapazität diversen Umgebungsstressoren zu widerstehen so weit reduzieren, dass Frailty resultiert:

- Gewichtsverlust, Malnutrition, Obesität
- Sarkopenie
- Infektionen
- Multimorbidität mit Polypharmazie
- Entzündliche Prozesse mit Anstieg proinflammatorischer Zytokine
- verminderte Produktion von Sexualhormonen
- Osteoporose
- verminderte Sauerstoffzufuhr
- Hyperkoagulabilität
- kognitives Defizit
- Depression
- Vereinsamung
- ökonomische Situation
- „dünnere“ Soziales Netzwerk

Fried und Walston illustrierten die komplexe Interaktion zwischen ätiologischen und pathophysiologischen Faktoren, dem in daraus resultierenden Syndrom und dessen Folgen als ein „Cycle of Frailty“ (1998):

Der Verlust von Muskelmasse (Sarkopenie) wird als Folge des physiologischen, ev. genetisch determinierten Alternsprozesses sowie von exogenen Einflüssen dargestellt. Dies führt zur Minderung von Kraft und Belastbarkeit, zur Gangunsicherheit, Immobilisierung, Aktivitätsminderung, Senkung des Grundumsatzes, Mangelernährung oder Katabolie und somit zu einem weiteren Verlust von Muskelmasse, zur vermehrten Insulinresistenz, zur Osteopenie... Eine allgemeine Folge ist auch die Reduktion der Sauerstoffutilisation. Dieser Zyklus kann sich zu einer immer mehr in Richtung Behinderung führenden Spirale beschleunigen. Verschiedene Ansatzpunkte für eine mögliche Intervention mit dem Ziel einer Verlangsamung dieses Prozesses

werden deutlich: z.B. die Minimierung der Sarkopenie, der Malnutrition, der Katabolie, der Osteoporose, des Sturzrisikos etc.

Die Sarkopenie ist also ein zentrales Element des Erklärungsmodells der Frailty. Sie entsteht im Rahmen des alternsassozierten Verlustes an Typ I Muskelfasern, begünstigt durch Veränderungen im Hormonhaushalt und im peripheren sowie zentralen Nervensystem.

Das Endokrinium spielt dabei eine wesentliche Rolle: der postmenopausale Rückgang der Östrogenproduktion bei der Frau und der etwas weniger abrupte, aber kontinuierliche Rückgang der Testosteronsekretion des alternden Mannes führen mit zur Verminderung der Muskelmasse und der Muskelkraft.

Die im Alter herabgesetzte Produktion von Wachstumshormon und dessen wichtigstem Messenger IGF-1 (Insulin-like-Growth-Factor 1) tragen ebenfalls zur Verringerung der Muskelmasse und Muskelkraft und somit zur Beschleunigung des „Cycle of Frailty“ bei.

Entzündungsprozesse mit chronischer Aktivierung des Immunsystems führen zu einer Steigerung des Serumspiegels des proinflammatorischen Cytokins Interleukin 6 (IL6). Dieses ist mit zunehmendem Alter ebenfalls erhöht, insbesondere aber in der Gruppe der als „frail“ charakterisierten Patienten. Es gibt eine klare positive Korrelation mit dem erhöhten IL-6 Spiegel und Frailty.

IL-6 führt zu einer erhöhten Produktion des C-reaktiven Proteins (CRP), welches somit auch als ein „Biomarker“ von Frailty gelten kann. IL-6 beeinflusst die Hämatopoese negativ – mit der Folge signifikant niedrigerer Hämoglobin- und Hämatokritwerte bei Patienten mit Frailty. Es dürfte durch Induktion der Produktion des Peptids Hepcidin in der Leberzelle in den Eisenstoffwechsel eingreifen. Hepcidin hemmt die intestinale Resorption von Eisen. Bedingt durch eine Reihe von Krankheiten wird IL-6 vermehrt produziert: Infektionen, Traumata, Myokarderkrankungen, einige Neoplasien u.a. Die Auswirkungen der chronischen IL-6 Erhöhung bei diesen Krankheiten ähneln der Frailty: Leistungsminderung, Fatigue, Anorexie, Anämie, Katabolie, Osteopenie, reduzierte Muskelmasse. IL-6 ist ein Prädiktor von funktioneller Behinderung und Mortalität beim älteren Menschen – also von „Endpoints“ der Progression von Frailty.

Es wird eine Interaktion zwischen der Dysregulation des Endokriniums und des Immunsystems angenommen – Individuen mit Frailty haben Spiegel von IGF-1 und Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEA-S), die in dem Maß niedriger werden als der Spiegel von IL-6 ansteigt. Diese Zusammenhänge benötigen weiterer Erforschung.

### **Manifestation von Frailty – klinische und psychosoziale Aspekte**

Die klassische Herangehensweise an ein medizinisches Problem ist die Suche nach spezifischen, einer bestimmten Diagnose zuzuordnenden Symptomen, man kann auch eine typische „Hauptbeschwerde“ identifizieren. Frailty passt nicht in dieses Muster, sie produziert nicht ein einheitliches, klares Beschwerden- und Symptombild. Ihr Vorhandensein ist oft klinisch asymptomatisch.

Frailty manifestiert sich mit der Zeit als besondere Vulnerabilität durch Stressoren, als reduzierte Fähigkeit nach destabilisierenden Ereignissen die körperliche und auch psychische und soziale Homöostase zu erhalten oder wieder zu erreichen.

Man identifiziert sie derzeit vor allem durch Merkmale, die direkt mit der physischen Funktionalität im Zusammenhang stehen. Sie sind Folgen einer Akkumulation klinischer (oft nur subklinischer) Zustände, akuter und chronischer Erkrankungen sowie psychischer und sozialer Risiken.

Es gibt einen Zusammenhang zwischen drei für die Geriatrie charakteristischen Gesundheitssituationen: Multimorbidität, funktionelle Behinderung und Frailty. Diese werden verwendet um vulnerable ältere Menschen zu beschreiben. Es sind Situationen, die sich zwar oft gegenseitig beeinflussen, aber es besteht Konsensus, dass es sich dabei um eigenständige klinische Zustände handelt.

Um eine optimale kurative, rehabilitative und palliative Betreuung älterer Menschen zu gewährleisten ist es wichtig die Zeichen und Symptome des Syndroms Frailty und auch die damit assoziierte Prognose zu kennen.

Es gibt einen wachsenden Konsensus über folgende klinische Zeichen von Frailty – sie machen in ihrer Summe das Vollbild des Syndroms aus:

- Verminderte Muskelkraft, Sarkopenie
- Gewichtsverlust
- herabgesetzte physische Belastbarkeit, rasche Ermüdung, Fatigue, mangelnde Ausdauer
- Gleichgewichtsstörung, Gangunsicherheit

Diese entwickeln sich – begünstigt durch akute und chronische Erkrankungen – auf dem Boden alternsabhängiger molekularbiologischer und physiologischer Veränderungen. Je mehr dieser Faktoren zusammentreffen, desto wahrscheinlicher kommt es zu Folgen wie:

- Stürze und Frakturen
- Behinderungen in den instrumentalen bis basalen ATL's
- Hospitalisierungsbedarf
- zeitweiser bis kontinuierlicher Betreuungs- und Pflegebedarf
- Mortalität

Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Folgen steigt mit der Zahl der beim betroffenen Individuum beobachteten Frailty Symptome.

#### **Frailty erkennen**

Frailty Marker werden gesucht und erforscht um eine möglichst frühe Identifikation des Frailty Syndroms bzw. des Risikos dafür zu ermöglichen und die Grundlage für die Indikation von präventiven oder therapeutischen Interventionen zu liefern. Solche Marker sollten einen prädiktiven Wert für funktionelle Behinderung und Mortalität des Individuums haben. Sie sind dadurch charakterisiert, dass sie in multiplen Organsystemen vorkommen, denn die Dysregulation multipler, komplex interagierender Organsysteme ist eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung von Frailty.

Neben den im Rahmen der ätiologischen Überlegungen (s.o.) erwähnten „Biomarker“ sei noch die erhöhte Plasmaosmolarität genannt, sie ist multifaktoriell bedingt: durch Anorexie, Flüssigkeitsdefizit, hypothalamische und hypophysäre Störungen, Alterationen im Glukosestoffwechsel, alternsassozierte Veränderungen der Funktionen von Haut, Nieren und Gastrointestinaltrakt etc.

### Einige „Biomarker“ von Frailty:

- Sexualhormone
- Wachstumshormon
  - » IGF-1
  - » IL-6
  - » IL-2
- » TNF
- » Interferon
- » CRP
- » Hb
- » Hkt
- » Osmolarität

Die phänotypischen Charakteristika die Fried et al applizierten um in der Kohorte der Über-65-Jährigen aus der Cardiovascular Health Study (n 5217) jene mit Frailty zu identifizieren waren folgende:

- Gewichtsverlust, Sarkopenie (> -10 Pfund/Jahr)
- geringe Ausdauer, Ermüdbarkeit, Fatigue („self reported“)
- Schwäche (Handgriffstärke – niedrigste Quintile, geschlechts- u. BMI korrigiert)
- langsamer Gang (Gehzeit f. eine 15 Fuß – Strecke, niedrigste Quintile, korrigiert nach Geschlecht und Körpergröße)
- niedriges physisches Aktivitätsniveau (Kcal/Woche, niedrigste Quintile, differenziert nach Geschlecht)

Das Vorhandensein von drei und mehr dieser Charakteristika ist mit der Diagnose Frailty gleichzustellen. Individuen mit keinem dieser Merkmale kann man als „robust“ oder „rüstig“ bezeichnen. Bei ein bis zwei Merkmalen spricht man von einem klinischen Vorstadium der Frailty. Diese validierten klinisch diagnostischen Kriterien werden zunehmend angewandt.

Eine strukturierte geriatrische Anamnese und ein erweitertes geriatrisches Assessment sind die in der Geriatrie standardisiert anzuwendenden Verfahren um auch die die Frailty diagnostizierenden Merkmale zu erkennen und zu quantifizieren. Das Screening nach phänotypischen – klinischen – Merkmalen der Frailty führt naturgemäß zur Identifizierung schon präsenster, manifester Frailty, subklinische Stadien bzw. Risikokonstellationen werden nicht erfasst.

Diesbezüglich könnte in Zukunft die Erfassung von „Biomarkern“ (s.o.) eine zusätzliche Bedeutung erlangen, insbesondere wenn die Diagnostik eine präventive bzw. rehabilitativ-therapeutische Intervention zur Folge hätte.

Eine niederländische Arbeitsgruppe entwickelte ein Screening Instrument – den Groningen Frailty Indicator (GFI) – welches Funktionsverluste und noch vorhandene Ressourcen auf physischer, psychischer, kognitiver und sozialer Ebene erfasst. Frailty korreliert signifikant mit der Fähigkeit zur Selbständigkeit („Self management ability“) und nicht nur mit dem Alter, welches somit als ein ungeeigneter Indikator für die Wahl adäquater geriatrisch-gerontologischer Interventionen bestätigt wird.

Differentialdiagnostisch sind folgende, im Alter häufiger vorkommende, mit Frailty gemeinsame Symptome besitzende, oder Frailty mit auslösende chronische Erkrankungen zu berücksichtigen:

- Kardiale Insuffizienz
- Okkulte Neoplasien
- Rheumatoide Arthritis
- Polymyalgia rheumatica
- Depression
- Morbus Parkinson

#### **Interventionsmöglichkeiten**

Frailty bedeutet das Auftreten typischer geriatrischer Syndrome auf dem Hintergrund der Multimorbidität kombiniert mit Gebrechlichkeit, Hinfälligkeit, Pflegeabhängigkeit, Reduktion von Autonomie und Selbständigkeit. Frailty ist aber kein unbeeinflussbares Schicksal – gezielte Prävention, Therapie und Rehabilitation können die Abhängigkeit signifikant hinauszögern.

Primär- oder sekundär-präventive Intervention gegen Frailty macht nur dann Sinn, wenn sie multifaktoriell ist, dazu gehören körperliches Training, pharmakologische Therapien im Sinne gezielter Therapien spezifischer Risikofaktoren und Krankheiten. Die Substitution defizitärer Hormone od. die pharmakologische Beeinflussung der Frailty-Mediatoren wären naheliegend, gesicherte Ergebnisse dazu sind noch nicht eindeutig positiv.

Es konnte nachgewiesen werden, dass durch gezielte Maßnahmen wie Training von Kraft und Balance die weitere Progression der Funktionsverluste bei noch zuhause lebenden älteren Menschen mit Frailty signifikant und nachhaltig verlangsamt wird.

Der positive Effekt von körperlicher Aktivität und Training auf die Qualität des Alterns ist unbestritten. Er lässt sich sogar durch niedrigere Spiegel von IL-6 und CRP bei physisch aktiveren älteren Menschen illustrieren.

Körperliche Aktivität dürfte sozusagen eine antiinflammatorische Wirkung ausüben. Die dafür verantwortlichen Mechanismen sind noch nicht genau aufgeklärt. Muskeltraining kann z.B. auch die Expression des katabolen Cytokins TNF hemmen.

Die pharmakologische Intervention bedeutet derzeit noch nicht einen direkten Eingriff in die Wirkungsweise der Mediatoren der Frailty, sie ist aber effektiv, wenn es um die Therapie von Krankheiten und Risikofaktoren, die die Frailty mit auslösen geht. Dies betrifft u.a. die Behandlung von Osteoporose, M. Parkinson, Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis, Diabetes mellitus, Schilddrüsendysfunktionen, Depression etc. Für die Effizienz einer ernährungstherapeutischen Intervention bei Malnutrition gibt es ausreichend Evidenz.

Es ist erwiesen, dass spezialisierte geriatrische Strukturen im Akutkrankenhaus, wie die s.g. „ACE-Units“ (Acute Care for the Elderly – Units), die Abteilungen oder Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation (AGR) den bereits vorhandenen und durch die Hospitalisierung bedingten zusätzlichen Funktionsverlust hinsichtlich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's) bei älteren Patienten eher minimieren können, als die konventionellen Krankenhausstrukturen, sie können auch nachweislich den Bedarf an Langzeitinstitutionalisierung sowie die Mortalität und die Rehospitalisierungsrate reduzieren. Es ist klar, dass die Vorteile dieser speziellen geriatrischen Strukturen vor allem bei der von der geriatrischen Expertise und Intervention am meisten profitierenden Patientengruppe, den hochaltrigen Patient\*innen mit Frailty manifest werden. Die „Targetting“ (Kriterien für die Strukturen der Akutgeriatrie) entsprechen den phänotypischen Charakteristika der Frailty.

#### **Zusammenfassung:**

Frailty ist ein geriatrisches Syndrom das diverse körperliche und psychische Zustände bedeutet, die mit vermehrter Hilfsbedürftigkeit, Morbidität und Mortalität assoziiert sind. Frailty verlangt eine ganzheitliche Sichtweise. Neben den medizinischen müssen

auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt werden. Wenn auch die Definition von Frailty noch nicht gesichert ist, werden die pathophysiologischen Zusammenhänge immer klarer. Das Frailty Konzept ist nur im Rahmen der interdisziplinären Geriatrie sinnvoll und konsequent zu erforschen. Effektive Interventionsstrategien zu entwickeln und anzuwenden ist eine vordringliche Aufgabe der Geriatrie.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den geriatrischen Betreuungsstrukturen sich mit dem Konzept der Frailty vertraut zu machen, es obligat in den Inhalt von interdisziplinären Fortbildungsprogrammen zu integrieren und an dessen Weiterentwicklung aktiv teilzunehmen.

### 3.14 Die Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen auf das psychische Befinden

#### **...von Bewohner\*innen/Patient\*innen, Angehörigen und Mitarbeiter\*innen in einem Pflegewohnhaus**

Die Corona-Pandemie hat vermutlich zahlreiche, noch nicht abschätzbare Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und auf die Lebensqualität aller Menschen. Wirtschaftliche Folgen, einschränkende Maßnahmen, direkte und stetige Konfrontation mit Krankheit, Sterben und Tod haben auf das alltägliche Leben massiven Einfluss und dadurch auch auf das psychische Wohlbefinden.

Unter den negativen Auswirkungen der Pandemie leiden besonders jüngere Menschen, Frauen, Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, arbeitslose Personen, alte und kranke Menschen sowie Personen mit psychischen Erkrankungen. Als weitere Risikogruppe aufgrund der direkten Exposition gilt das Gesundheitspersonal.

Infolge vermehrter Verfügbarkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse aber auch „Fake“-News, sind Meinungsdivergenzen und zwischenmenschliche Konflikte innerhalb von Familien, im Freundeskreis und Arbeitsumfeld (Pro-Kontra Impfung, Impfpflicht etc.) auffallend.

Im Zuge der Pandemie wurde immer wieder auf die psychische Resilienz als wesentliche Fähigkeit des Individuums, aber auch der Gesellschaft im Allgemeinen, bei der Bewältigung einer Krise hingewiesen. Das Wort Resilienz stammt vom lateinischen „resiliere“ („abprallen, zurückspringen“) ab. Darunter wird die Widerstandsfähigkeit mit belastenden Lebensumständen und negativen Stressfolgen erfolgreich umzugehen bzw. sich in krisenhaften, neuen Situationen zurechtzufinden und neu zu orientieren, ohne daran zu zerbrechen, verstanden.

Im Folgenden werden auf die speziellen psychischen Belastungen im Lauf der Corona-Pandemie der einzelnen Stakeholder (Bewohner\*innen und Patient\*innen, Angehörige und sämtliche Mitarbeiter\*innen) in einem Pflegewohnhaus eingegangen.

#### **Bewohner\*innen/Patient\*innen**

Zu Beginn der Pandemie entstand der Eindruck, dass die Bewohner\*innen/ Patient\*innen im Pflegewohnhaus am wenigsten von der neuen Situation belastet waren und durchaus gutes Coping zeigten, ganz nach dem Motto: „Wir haben schon Schlimmeres

erlebt, da werden wir das auch noch schaffen!". Je länger die Unsicherheiten und Einschränkungen dann anhielten, desto mehr begannen die Bewohner\*innen/Patient\*innen unter der Situation zu leiden, die Resilienz ließ nach.

Vorbestehende depressive oder ängstliche Tendenzen wurden verstärkt und mitunter zu behandlungswürdigen psychischen Erkrankungen inklusive Traumafolgestörungen.

Vor allem die anfänglich strikten Einschränkungen der Besuchsmöglichkeiten wurden als sehr belastend erlebt. Die Menschen hatten Sorge und Angst, möglicherweise ihre Angehörigen gar nicht mehr sehen zu können. Dies betraf natürlich vor allem hochbetagte und lebensbedrohlich erkrankte Bewohner\*innen.

Auch fühlten sich viele um ihre ohnehin schon knappe Lebenszeit betrogen.

In der Folge war gerade bei der Klientel in der Langzeitbetreuung in vielen Fällen ein deutlich beschleunigter, kognitiver und auch physischer Abbau feststellbar.

Zur Entscheidungsfindung, ob Abweichungen zur verordneten Besuchsregelung vertretbar sind und um der aktuellen Lebenslage der Bewohner\*innen/Patient\*innen entsprechen zu können (z.B. Palliativ- oder Wachkomapatient\*innen), wurde in dieser Zeit ein multiprofessionell zusammengesetzter Ethikbeirat etabliert.

Wir hatten zwar das Glück, dass in unserem Haus niemand an Corona verstorben ist, aber die Pandemie und angeordnete Lockdowns haben doch deutliche Spuren in der Befindlichkeit vieler Bewohner\*innen/Patient\*innen hinterlassen. Nicht nur soziale Kontakte nach Außen, sondern auch innerhalb der Einrichtung (Gruppenangebote, Heilige Messe, Kaffeehausbesuche, diverse Feste im Jahreskreis, Konzerte, Veranstaltungen, Ausgänge und Ausflüge, Friseurbesuche, Fußpflege, Clinic Clowns etc.) waren nicht oder nur eingeschränkt möglich. Seitens des Personals wurde versucht, die mangelnden Sozialkontakte zu kompensieren. Es wurden alternative Kontaktmöglichkeiten mit Angehörigen gesucht und umgesetzt (Telefon- und Skypekontakte, „Fenster-/Balkonbesuche“), was einen großen zeitlichen Mehraufwand für das Personal bedeutete.

Bei Bewohner\*innen/Patient\*innen in den Pflegewohnhäusern, besonders bei jenen mit neurokognitiven Defiziten, waren Hygienemaßnahmen, Abstandsregelungen und Quarantänebestimmungen sowie notwendige Abweichungen von der Alltagsroutine häufig schwierig einzuhalten. Zusätzlich stellt das ständige Tragen von FFP2-Masken eine deutliche Erschwernis in der Kommunikation dar und ist besonders bei schwerhörigen und dementen Bewohner\*innen/Patient\*innen eine Herausforderung für beide Seiten (Sender und Empfänger).

Bei manchen Bewohner\*innen/Patient\*innen entstand das Missverständnis, dass Angehörigen die Besuche untersagt würden. Diese konnten oder wollten jedoch die behördlichen Auflagen für einen Besuch (z.B. Organisation eines gültigen Tests) nicht erfüllen, was wiederum einen erheblichen Erklärungs- und Kompensationsbedarf durch das Personal zur Folge hatte.

Als dann endlich Impfstoffe verfügbar waren, kam es mitunter zu Unverständnis und Ernüchterung bei den Bewohner\*innen/Patient\*innen, dass die Pandemie – trotz des politischen Versprechens – mit der Impfung noch nicht „vorbei“ sei und weiterhin Vorsichtsmaßnahmen und Regeln eingehalten werden müssen.

### **An- und Zugehörige sowie Besucher\*innen**

Auch für die Angehörigen stellt die Zeit der Pandemie eine große Herausforderung dar. Es zeigten sich zu Beginn sehr große Unsicherheiten und auch großer Unmut bis zu Misstrauen bezüglich der eingeschränkten Besuchsmöglichkeiten. Gewohnte Besuchsfrequenzen und Treffen konnten nicht eingehalten werden, die bisherige Unterstützung der Bewohner\*innen/Patient\*innen (z.B. Reinigung der Wäsche, Einkauf, organisatorische und pflegerische Hilfestellungen, etc.) nicht aufrechterhalten werden. Emotionen wie Angst (z.B., dass sich Bewohner\*innen/Patient\*innen mit COVID19 anstecken und versterben könnten), Hilflosigkeit, Wut und Schuldgefühle waren präsent und führten zeitweise zu angespannten Verhältnissen. Um die Situation zu deeskalieren, musste oft vom Pflegepersonal der Stationen interveniert werden.

Viele Angehörige hatten Schwierigkeiten am letzten Stand der gesetzlichen Vorgaben zu bleiben und alle Auflagen zu erfüllen (aktuell gültige Besuchsvorschriften, Organisation eines vorgeschriebenen Antigen- bzw. PCR Tests, 2G-Nachweis etc.).

Auch war es leider nicht allen Angehörigen möglich, das Angebot des Hauses einer Videotelefonie zu nutzen, da technische Voraussetzungen und Kompetenzen fehlten.

Bedauerlicherweise muss darauf hingewiesen werden, dass trotz intensiver Bemühungen der Einrichtung nicht alle Angehörigen genügend Verständnis für die Situation entwickelten und sich mitunter nicht an die aktuell gültigen Verordnungen halten wollten. Erschwerend kam hinzu, dass politische und organisatorische Beschlüsse und Vorgaben sehr rasch wechselten und umgesetzt werden mussten. Der Ärger darüber wurde infolge von den Angehörigen an den Mitarbeiter\*innen ausagiert.

Die Etablierung eines Sicherheitsdienstes am Empfang erschien – zusätzlich zu bereits bestehenden Beschwerdeanlaufstellen – notwendig und konnte zu einer deutlichen Entspannung der Lage beitragen.

### **Mitarbeiter\*innen**

Wie bereits einleitend erwähnt, ist das Gesundheitspersonal durch die besondere Exposition in der Pandemie verstärkt belastet. Neben der Sorge um die eigene Familie (gesundheitlich und wirtschaftlich) und den Erhalt der eigenen Gesundheit, Problemen mit der Vereinbarung von Arbeit und Kinderbetreuung und dem anfänglichen Informationsdefizit, zeigte sich zusätzlich eine erhöhte Belastung durch veränderte Arbeitsbedingungen und Anforderungen. Im Folgenden ein grober Überblick darüber:

- tragen der persönlichen Schutzausrüstung, die Notwendigkeit diese häufig zu wechseln, anfänglich Probleme mit der Verfügbarkeit von ausreichend Schutzausrüstung
- Ermöglichung von Sozialkontakten für die Bewohner\*innen per Telefon/Video
- Koordination der Besucher\*innen (Terminvereinbarungen)
- vermehrter Gesprächsbedarf von Bewohner\*innen/Patient\*innen, Angehörigen und Mitarbeiter\*innen
- psychoedukative und deeskalierende Gespräche (persönlich, telefonisch)
- Erholungsphasen reduzieren sich durch Mehrdienste (z.B. durch die Quarantäne von Kolleg\*innen) oder fallen völlig weg. Dies führt meist zu Erschöpfung, Frustration und Burn-out
- moralisches Dilemma (Entscheidungen bezüglich Besuchsregelungen oder auch notwendigen Verlegungen)

- zu Beginn der Pandemie zeigte sich das Spannungsfeld, den Bewohner\*innen/Patient\*innen die eigene Unsicherheit/Angst nicht spüren zu lassen und trotzdem Sicherheit und Zuversicht zu vermitteln
- soziale Stigmatisierung im privaten und beruflichen Kontext
- Zunahme v.a. verbal-aggressiver Übergriffe

Zur Unterstützung der Mitarbeiter\*innen in der Corona-Pandemie wurden Angebote wie Covid-Info-Telefon, Psychologische Beratungsstelle im Wiener Gesundheitsverbund, spezielles Gesundheitsförderungsangebot zum Thema Resilienz, Einschulung in Deeskalationstechniken und Erleichterung der regelmäßig vorgeschriebenen Testungen durch Gurgeltests geschaffen. Durch das anfängliche aufheben der Kurzparkzonen in Wien, wurde den Mitarbeiter\*innen die Anreise erleichtert und das Infektionsrisiko minimiert.

#### **Fazit**

Die Unsicherheit der Situation (Gegenwart und Zukunft) und die Unklarheiten hinsichtlich der sehr häufig wechselnden Regelungen zehrte bei allen Betroffenen massiv an den Kräften und verringerte im Laufe der Zeit bei vielen die Bereitschaft, sich mit den Maßnahmen auseinander- und diese auch umzusetzen.

Durch die Corona-Maßnahmen können soziale Vulnerabilitätsfaktoren und Alltagsstressoren verstärkt werden, wie z.B. finanzielle Sorgen, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit, familiäre Konflikte, Sorge um die eigene Gesundheit und jene der Angehörigen. Gleichzeitig entfallen bewährte Strategien zur Stressbewältigung (z.B. Austausch im Freundeskreis), das Risiko ungünstiger Coping-Strategien (z.B. Alkoholkonsum) steigt.

Gewisse Aspekte der Corona-Krise können aber auch als positiv erlebt werden und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit stärken (z.B. Gefühle der Dankbarkeit, engere soziale Beziehungen).

An personalen Resilienz stärkenden Faktoren in dieser Krise können für alle Stakeholder, insbesondere für Mitarbeiter\*innen, folgende Aspekte aufgelistet werden:

- physische Aktivität (Sport, gut genutzte Freizeit)
- psychische Flexibilität
- ökonomische Ressourcen
- positive Coping Strategien (Informationen über das aktuelle Geschehen aus wissenschaftlich anerkannten Quellen, Aufrechterhalten sozialer Kontakte, gegenseitige Stärkung im Team, die Fähigkeit trotz Krise positive Aspekte zu sehen und Angst und negative Emotionen zu tolerieren, Optimismus, Humor, Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit)

#### **An organisatorischen Schutzfaktoren lassen sich folgende Punkte anführen:**

- gute Kommunikation in der Krise (offene transparente Kommunikation, ehrlicher und kontinuierlicher Dialog – wichtig für die Vertrauensbildung und Fehlermanagementkultur)
- klare nachvollziehbare Entscheidungen
- Anerkennung der erbrachten Leistungen und des persönlichen Engagements jeder/s Einzelnen durch die Organisation

Die Wiener Heimkommission würdigt die Leistungen und den professionellen Umgang mit den Herausforderungen in der Pandemie und empfiehlt, dass nicht nur Infektionsrisiken, sondern auch die sozialen und psychologischen Konsequenzen der Schutzmaßnahmen ernst genommen werden. Die Personalbedarfsberechnung und die psychosozialen Leistungen für die Betreuung der Bewohner\*innen/Patient\*innen sollten berücksichtigt werden. Zusätzlich gibt es Erweiterungsbedarf bei klinisch-psychologischen und psychosozialen Angeboten.

### 3.15 Einsamkeit? – Nicht mit den Klubs!

Die Pensionist\*innenklubs für die Stadt Wien sind eine echte Wiener Institution. Als moderne Freizeiteinrichtung für die Wiener Senior\*innen liegt der Auftrag darin, der Isolation und Vereinsamung entgegenzuwirken und präventive Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit auf allen Ebenen zu setzen.

Die Wiener Pensionist\*innenklubs nehmen ihren Auftrag ernst. Sie stehen seit 75 Jahren im Dienste der Senior\*innen. Das Klubangebot wird kontinuierlich erweitert und angepasst, um am Puls der Zeit zu sein. Die „Klubs“ bieten die Möglichkeit die Freizeit bunt, aktiv und gemeinsam zu gestalten.

Mit der kostenlosen Klubkarte und –mitgliedschaft haben die Wiener Senior\*innen die Möglichkeit, täglich an zahlreichen Aktivitäten in einem der knapp 150 Pensionist\*innenklubs teilzunehmen. Das Angebot ist breit gestreut, hier ein Auszug:

- Einheiten wie Yoga, Trommeln, Qi Gong, Tanz zu lateinamerikanischen Tänzen, Line Dance, Hula-Hoop
- „Offene Bühne“, bei der jeder/jede interessierte Senior\*in etwas auf der Bühne darbieten kann
- gemeinsames Lernen von Sprachen und Internet
- Modellieren mit Ton und Malen mit Acrylfarben
- Sporteinheiten wie Smoovey oder Nordic Walking
- Abtanzen am Discoschiff auf der Donau
- Speed-Datings zum Freund- oder Liebschaften finden
- Karten- und Brettspielgruppen
- auf der Bühne am Donaukanal das Unterhaltungsprogramm gemeinsam gestalten
- gemeinsame Ausflüge in die Bundesländer und Urlaube in senior\*innengerechten Unterkünften
- Chöre unserer Klubbesucher\*innen als gern gehörte Künstler\*innen in unseren Häusern und auf Veranstaltungen
- modelnde Senior\*innen für unsere Jahres-Stehkalender oder bei Fotoshootings für Werbekampagnen
- Weihnachten bei einer gemeinsamen Weihnachtsjause feiern

In den Klubs steht Freude am Tun und Gemeinschaft im Vordergrund. Um auch unsere jungen Senior\*innen (Babyboomer) in ihren Interessen und Bedürfnissen abzuholen und um ein zusätzliches und modernes Angebot zu bieten, setzen die Pensionist\*innenklubs für die Stadt Wien seit Kurzem auf Themenklubs. Themenklubs sind vereinzelte Klubs mit einem definierten Themenschwerpunkt wie:

Kunst, Sport, Musik, Redaktionelles, Spiritualität, Neue Medien und mehr. Senior\*innen erhalten hier die Möglichkeit der Programm-Mitgestaltung und Klub-Mitverwaltung.

So haben sich die Klubs in den Zeiten des Lockdowns auf Grund der Covid-19 Pandemie nicht zurückgelehnt, sondern weitere, der Situation angepasste Programme, gestaltet.

Ein Auszug aus unserem Corona Lockdown-Programm:

#### **Klub+ Im Freien**

Hierbei handelt es sich um einen mobilen Klub, der durch Wien tourt und vielfältige Unterhaltung für Körper, Geist und Seele bietet. Mit dem Klub+ im Freien haben Wiener Senior\*innen die Möglichkeit an Bewegungs-, Tanz- oder Gymnastikeinheiten an öffentlichen Plätzen und in der Natur teilzunehmen.

Nordic Walking im Prater, Wanderungen durch die Lobau oder in die nahe Umgebung Wiens, Tanzen am Mexiko-, Wallenstein- und Reumannplatz, Yoga oder Lesungen im Grünen, Plaudern oder Garteln in den Schanigärten der Klubs.

Die Aktivitäten des Klub+ im Freien sorgen für Abwechslung vom Alltag und für die Extraportion Bewegung. Natürlich den jeweiligen Corona-Vorgaben der Stadtregierung angepasst.

#### **Aktion „Von Mensch zu Mensch“**

Mit der Aktion „Von Mensch zu Mensch“ bieten die Pensionist\*innenklubs in der Zeit des Lockdowns ein niederschwelliges Beratungsangebot für die Wiener Senior\*innen. Kostenlos und diskret. Reden und gehört werden ist ein Grundbedürfnis jedes Menschen und kann in schweren Zeiten seelische Entlastung bringen.

Um der Vereinsamung entgegenzuwirken, bieten die Klubs im Rahmen der Aktion „Von Mensch zu Mensch“ persönliche Gespräche im Einzelkontakt an. Die Gespräche finden in einem Klub oder bei einem gemeinsamen Spaziergang statt. Eine Anmeldung hierfür erfolgt über unsere telefonische Klubhotline.

#### **Klub+ Online**

Die Klubs sorgen auch während der Corona-Pandemie für Unterhaltung, Bewegung und Zusammenhalt. Kurzerhand wurden Teile unseres Klubprogramms so adaptiert, dass diese im Internet angeboten werden können. Online-Kurse werden gegenwärtig überall angeboten, wir schaffen dieses Angebot für die Zielgruppe 60+.

Über eine Videotelefonie-Plattform bieten wir unsere Yoga-, Tanz-, Smoovy-Einheiten, Gedächtnistraining, Plauderstunden und vieles mehr an. Von Montag bis Freitag ist ein bunt gefüllter Stundenplan über unsere Homepage abrufbar.

#### **Der Draht zum Klub**

Die telefonische Klub-Hotline, besetzt von Montag bis Freitag von 8:00 bis 16:00 Uhr, wurde jeweils in den Zeiten des Lockdowns verstärkt. Hier kann neben Informationen auch ein Schwätzchen gehalten werden. Zudem kontaktieren die Mitarbeiter\*innen der Hotline unsere Kund\*innen aktiv.

### **Rat im Netz**

Die Online Beratung der Häuser zum Leben bietet Senior\*innen eine Beratung zu Themen wie Einsamkeit, Beziehung, Sterben, Trauer, Finanzielles, Psychologie und Sozialarbeit. Selbstverständlich anonym und kostenlos.

### **Online-Unterhaltung**

Für Weihnachten 2020 und zum Vorlesetag 2021 wurden Videos mit Prominenten aus Fernsehen und Radio gedreht. Diese einstündigen „Shows“ konnten über unsere Homepage abgerufen werden.

Die Wiener Heimkommission sieht in den Pensionist\*innen Klubs der Stadt Wien, neben maßgeschneiderten Angeboten für Freizeit, speziell in den Jahren der Pandemie den Auftrag gegen Isolation und Vereinsamung von Wiener Senior\*innen aufzutreten. Hier wurden mit speziellen Angeboten und Formaten wie der Aktion „Mensch zu Mensch“ oder auch „Rat im Netz“ entsprechende Möglichkeiten geschaffen. Diese Angebote, welche im Bereich von Wiener Wohn- und Pflegeheimen angesiedelt sind, werden von der Wiener Heimkommission sehr positiv bewertet und wahrgenommen.

## **3.16 COVID-19 Krisenmanagement des Fonds Soziales Wien**

Das Strategische Management des FSW (Fonds Soziales Wien) bildet seit Beginn des Jahres 2020 den strategischen Krisenstab des FSW. Im Sinne des Auftrages des FSW werden alle Themenstellungen in den entsprechenden Krisenstäben der Stadt Wien, im Krisenstab Pflege sowie in regelmäßigen Sitzungen mit dem Gesundheitsdienst MA 15, dem Einsatzstab, dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen sowie Vertreter\*innen der Wiener Betreuungseinrichtungen eingebracht.

Ziele sind, die Stadt Wien bestmöglich in der Bewältigung der Pandemie zu unterstützen und die Interessen der FSW-Unternehmensgruppe und seiner Kund\*innen sowie Partner\*innenorganisationen zu vertreten. Diese Ziele wurden auch 2021 weiterverfolgt, wofür die FSW-Krisenstruktur unverändert aufrechterhalten wurde.

Basierend auf den aktuellen Rechtsvorschriften, Fachinformationen und Handlungsempfehlungen zu COVID-19 trug auch das Krisenmanagement des FSW in enger Zusammenarbeit mit den Partner\*innenorganisationen und dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen im vergangenen Jahr dazu bei, dass die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in Wien gesichert werden konnte.

### **Zu den 2021 getroffenen bzw. fortgesetzten Maßnahmen zählen beispielweise:**

#### **COVID-19-sichere Beratungen durch das FSW-Kund\*innenservice**

Die Beratungsleistungen sowie der Parteienverkehr in der FSW-Unternehmensgruppe wurden vom persönlichen Kund\*innenkontakt auf telefonische Beratungen und Bedarfserhebungen umgestellt. Seit November 2020 wurden zusätzlich Video-Beratungen und Video-Bedarfserhebungen angeboten. Ist ein persönlicher Kontakt dennoch erforderlich, so wurden und werden persönliche Beratungs- und

Betreuungsleistungen – unter strenger Einhaltung aller gesetzlicher Regelungen und Hygienebestimmungen erbracht.

#### **COVID-19-Tests bei Sofortaufnahmen**

Seit Februar 2021 werden durch geschulte Mitarbeiter\*innen der Beratungszentren Pflege und Betreuung vor Sofortaufnahmen in eine Wohn- und Pflegeeinrichtung verpflichtende Antigen-Testungen vorgenommen. Die Kund\*innen erhalten ihr Testergebnis schriftlich und können es so bei der Aufnahme vorlegen. Dies dient dem Schutz der vulnerablen Personengruppe in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen.

#### **Hygiene-Mentoring-Team**

Besetzt aus Expert\*innen und Hygienefachkräften u.a. der MA 15, des Wiener Gesundheitsverbundes, des Haus der Barmherzigkeit und der Wiener Sozialdienste unterstützt das Hygiene-Mentoring-Team bei der Beantwortung hygienerelevanter, inhaltlicher Fragestellungen im Zusammenhang mit COVID-19. Nutzen können dieses Angebot sowohl Wohn- und Pflegeeinrichtungen als auch Anbieter von mobiler Pflege und Betreuung.

#### **Quarantänequartiere (QQ) für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf**

Das „QQ Pflege“ ist ein spezielles Pflege- und Betreuungsangebot für Menschen aus unterschiedlichen Settings (z.B. Einrichtungen der Behinderten- oder Wohnungslosenhilfe), die aufgrund einer COVID-19-Erkrankung einen Pflege- und Betreuungsbedarf entwickeln, der im bestehenden Setting nicht mehr ausreichend abgedeckt werden kann. Die Quarantänequartiere werden im „Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser“ umgesetzt.

Im „QQ Demenz“ können Personen fachgerecht betreut werden, wenn sie an COVID-19 erkranken und die Einhaltung von Schutzmaßnahmen (Verbleib im eigenen Zimmer, Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, Einhalten des Sicherheitsabstands etc.) aufgrund einer dementiellen Erkrankung schwer möglich ist. Das „QQ Demenz“ wird im „Wiener Gesundheitsverbund – Teilunternehmung Wiener Pflegewohnhäuser“ umgesetzt. Das Konzept und die Abläufe beider Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf und COVID-19 wurden mit der Wiener Pflege-Patientinnen- und Patientenanzwtschaft sowie dem Vertretungsnetz abgestimmt.

#### **Die „Pflegetnotversorgungsteams“**

Um Wohn- und Pflegeeinrichtungen bei COVID-19-bedingten Personalengpässen (erkrankte oder abgesonderte Mitarbeiter\*innen) zu unterstützen, wurde gemeinsam mit dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen ein Modell („Pflegetnotversorgungsteams“) zur gegenseitigen Unterstützung der FSW-Partnerorganisationen erarbeitet. Bei Personalengpässen können sich die Organisationen gegenseitig mit Personal unterstützen. Ansprechpartner\*innen und Kontaktdaten wurden hierfür allen Organisationen zur Verfügung gestellt.

#### **Unterstützung beim Impfen**

Sowohl die Planung der Impfungen in den Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen wurde vom FSW-Krisenmanagement unterstützt als auch die Impfbegleitung von Kund\*innen im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung.

Durch die gemeinsamen Anstrengungen konnten die COVID-19-Infektionszahlen im Frühherbst des Jahres 2021 in den Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen

weitestgehend stabil gehalten werden. Sie spiegelten den dramatischen Anstieg der Infektionszahlen in der Gesamtbevölkerung erfreulicherweise nicht wider.

Solange es aufgrund der pandemischen Situation notwendig ist, wird der FSW das Krisenmanagement fortsetzen und die Krisenstruktur zum Wohl der Wiener\*innen mit Betreuungs- und Pflegebedarf aufrechterhalten.

Die Wiener Heimkommission begrüßt und unterstützt die umfangreichen, COVID-bezogenen Maßnahmen des Fonds Soziales Wien und empfiehlt, für die Dauer der Pandemie die Unterstützung der Wiener Bevölkerung durch den „FSW-Krisenstab“ unbedingt fortzusetzen. Herzlichen Dank an alle Mitarbeiter\*innen des Fonds Soziales Wien und des gesamten Gesundheits- und Sozialwesens!

### 3.17 Die Situation in Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie

#### Eine erste Bestandsaufnahme

Bereits zu Beginn der COVID-19-Pandemie Anfang 2020 stand der Schutz der Bewohner\*innen in Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen im Fokus. In Wien werden rund 22.000 Bewohner\*innen in knapp 90 Wohn- und Pflegeeinrichtungen begleitet, betreut und gepflegt. Auch wenn die Einschätzung des Risikos für schwere COVID-19-Krankheitsverläufe äußerst komplex ist, da es eine Vielzahl von Prädispositionsfaktoren gibt, ist seit Beginn der Pandemie klar, dass dieses Risiko für Personen mit bestimmten Vorerkrankungen und für Menschen ab 50-60 Jahren mit zunehmendem Alter stetig ansteigt (BMSGPK: Die Covid-19-Pandemie in Österreich, [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0c4db1d5-e448-4d25-8a97-26fdf8c44987/COVID-19-Pandemie\\_Bestandsaufnahme\\_Handlungsrahmen.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0c4db1d5-e448-4d25-8a97-26fdf8c44987/COVID-19-Pandemie_Bestandsaufnahme_Handlungsrahmen.pdf), 2021, S.27).

Bewohner\*innen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen „sind aufgrund ihres Alters sowie diverser Vorerkrankungen vielfach besonders gefährdet, von einem schweren Verlauf in Folge einer COVID-19-Erkrankung betroffen zu sein. Die Infektionsgefahr ist zudem in stationären Einrichtungen durch den Kontakt mit Personal und anderen Bewohnerinnen und Bewohnern im Allgemeinen hoch (BMSGPK: COVID-19 in Alten und Pflegeheimen, [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0889c607-9583-4d65-b965-5a1a53b678db/COVID19\\_APH\\_final\\_Stand%204.8.2020.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0889c607-9583-4d65-b965-5a1a53b678db/COVID19_APH_final_Stand%204.8.2020.pdf), 2020, S.13).

Zum Schutz dieser vulnerablen Gruppe und um der pandemischen Ausbreitung von COVID-19 in Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen entgegen zu wirken, hat der medizinische Krisenstab der Stadt Wien bereits im April 2020 den Beschluss gefasst, einen Krisenstab Pflege unter Federführung des FSW (Fonds Soziales Wien) einzurichten. Seit diesem Zeitpunkt tagen der Gesundheitsdienst der Stadt Wien (MA 15), Geschäftsführungen von Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen sowie der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, der Einsatzstab der Stadt Wien, wie auch der Wiener Gesundheitsverbund und weitere Magistratsabteilungen der Stadt Wien regelmäßig, um Maßnahmen zum Schutz der vulnerablen, älteren Risikogruppe zu erarbeiten.

Trotz aller Sicherheitsvorkehrungen und Präventionsmaßnahmen sind Einrichtungen der stationären Pflege und Betreuung keine „abgeschotteten Inseln“, sondern der Wohnort von Menschen. So macht auch das COVID-19-Virus keinen Halt vor den Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Mit Stand Ende November 2021 haben sich rund 4.550 Bewohner\*innen mit dem COVID-19-Virus infiziert – rund 760 Bewohner\*innen sind an/mit einer COVID-19-Infektion verstorben.

Bundesweit liegen Zahlen für Wohn- und Pflegeeinrichtungen bis Juli 2020 vor: 52,1% aller Frauen und 24,5% aller Männer, die in Österreich mit einer COVID-19-Infektion verstorben sind, lebten in einer Wohn- und Pflegeeinrichtung. Bis zum 22. Juni 2020 verstarben in Summe 260 Bewohnerinnen und Bewohner an COVID-19, dies entspricht einem Anteil von rund 36,8 Prozent aller bis zu diesem Zeitpunkt verstorbenen COVID-19-Patient\*innen in Österreich (BMSGPK: COVID-19 in Alten und Pflegeheimen, [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0889c607-9583-4d65-b965-5a1a53b678db/COVID19\\_APH\\_final\\_Stand%204.8.2020.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0889c607-9583-4d65-b965-5a1a53b678db/COVID19_APH_final_Stand%204.8.2020.pdf), 2020, S.5).

#### **Aber wie sind diese Zahlen zu interpretieren?**

Das zugrundeliegende Ziel aller Maßnahmen der Pandemiebewältigung – so der Bericht des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – ist unter anderem die Reduktion der Morbidität und Mortalität in der Gesamtbevölkerung. So kommt dem Monitoring der Sterblichkeit eine besondere Bedeutung im Rahmen der COVID-19 Pandemie zu (BMSGPK: Die Covid-19-Pandemie in Österreich, [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0c4db1d5-e448-4d25-8a97-26fdf8c44987/COVID-19Pandemie\\_Bestandsaufnahme\\_Handlungsrahmen.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0c4db1d5-e448-4d25-8a97-26fdf8c44987/COVID-19Pandemie_Bestandsaufnahme_Handlungsrahmen.pdf), 2021).

Die Stadt Wien, Magistratsabteilung 23 - Wirtschaft, Arbeit und Statistik, hat sich daher seit Beginn der Pandemie speziell mit der Frage auseinandergesetzt, inwieweit und wann die COVID-19-Pandemie zu einer erhöhten Gesamtsterblichkeit in der Bundeshauptstadt geführt hat. Als methodische Grundlage zur Beurteilung, ob eine sogenannte Unter- oder Übersterblichkeit vorliegt, werden Prognoseintervalle (eine Bandbreite der auf Basis der vergangenen Jahre statistisch erwartbaren Todesfälle) herangezogen. Liegt die tatsächliche Anzahl der Todesfälle im betrachteten Referenzzeitraum außerhalb dieses Prognoseintervalls, liegt eine Unter- oder Übersterblichkeit vor (Bauer, Frühwirt, Seidl, Springer & Trautinger: Mortalitätsmonitoring in Österreichs Bundesländern seit 2020, <https://wien1x1.at/mortalitaet-bundeslaender>, 2021).

Die Ergebnisse des Monitorings für die Wiener Gesamtbevölkerung zeigen, dass es bereits im Jahr 2019 – also im Jahr vor der Pandemie – Zeitpunkte gab, an denen eine erhöhte Sterblichkeit an der Grenze zur Übersterblichkeit festgestellt werden konnte. Als Ursache können hierbei die Hitze- bzw. Grippewellen vermutet werden. Mit Blick auf die Statistik für 2020 und 2021 zeigt sich, dass es vor allem in den Kalenderwochen 44 (2020) bis 4 (2021) zu einer Übersterblichkeit bei Personen im Alter von 65 Jahren und älter gekommen ist (Bauer, Frühwirt, Seidl, Springer & Trautinger: Mortalitätsmonitoring in Österreichs Bundesländern seit 2020, <https://wien1x1.at/mortalitaet-bundeslaender>, 2021).

Um eine mögliche Übersterblichkeit in Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen feststellen zu können, hat der FSW im Sommer 2020 eine eigene Analyse begonnen. Als Grundlage dafür diente u. a. die für ganz Österreich durchgeführte Auswertung der Statistik Austria bzw. die für Wien erstellte Analyse der Übersterblichkeit der Stadt Wien.

Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass es je nach gewählter Auswertungsmethodik (z.B. Wahl des Konfidenzintervalls, Betrachtungsintervalle etc.) auch zu leicht unterschiedlichen Ergebnissen kommen kann. In der vorliegenden Auswertung wurden zur besseren Vergleichbarkeit die statischen Parameter der Stadt Wien, Magistratsabteilung 23 - Wirtschaft, Arbeit und Statistik, angewendet.

### Auswirkungen in den Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen

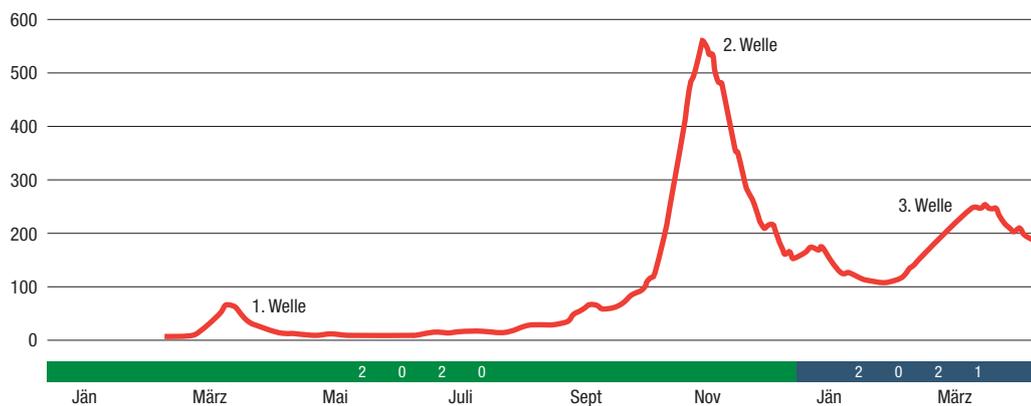


Abb.1.: 7-Tagesinzidenz der Wiener Bevölkerung auf 100.000 Einwohner\*innen von Beginn der Pandemie bis November 2021. Quelle: AGES Dashboard COVID19, <https://covid19-dashboard.ages.at/>, 2020

Die Ergebnisse zeigen, dass es trotz einer erhöhten Sterblichkeit in der ersten, dritten und vierten Welle der Pandemie keine beobachtete, signifikante Übersterblichkeit in diesen Zeiträumen gab. Während der ersten Welle der Pandemie in KW 13 und KW 15 2020 kam es zwar zu einer Annäherung an die Obergrenze der zu erwarteten Prognosebreite, jedoch aber zu keiner Überschreitung.

In der zweiten und bisher größten Welle der Pandemie ist im Dezember 2020 und Jänner 2021 auch eine messbare Übersterblichkeit (Exzessmortalität) zu verzeichnen. Die Obergrenze der Prognosebreiten wurde erstmalig in der Kalenderwoche 44 und folgend in den Kalenderwochen 47 bis 52/2020 überschritten, was statistisch auf

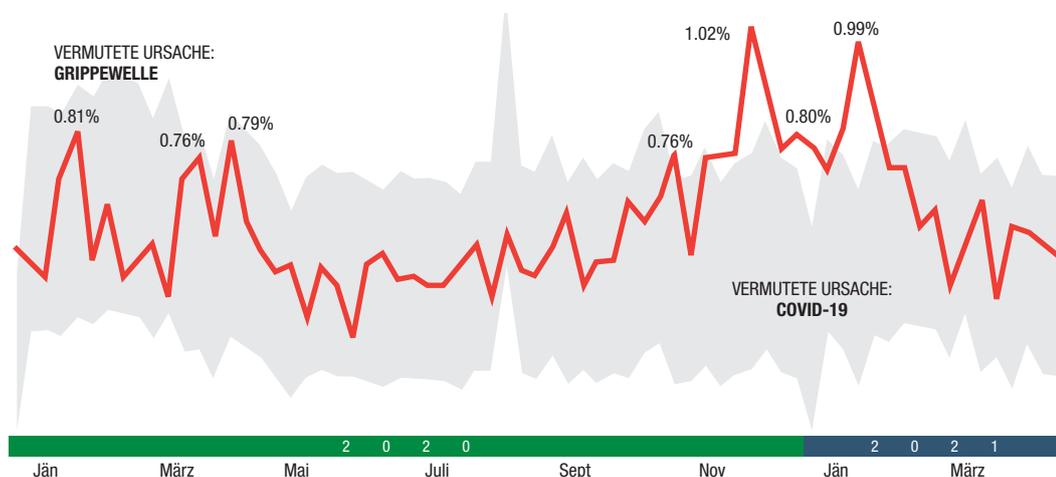


Abb.2.: Übersterblichkeit (Exzessmortalität) in Wiener Wohn- und Pflegeheimen Jänner 2020 bis April 2021.

eine Übersterblichkeit in diesen Wochen schließen lässt. Dieser Trend setzte sich im Jänner 2021 bis in Kalenderwoche 5 weiter fort und zeigt sich auch im Monitoring der Stadt Wien. Ab Februar 2021 wurde auch in den folgenden Wellen der Pandemie bis heute (Dezember 2021) keine Übersterblichkeit mehr festgestellt.

Die Analyse dieser Pandemie wird die Praxis wie die Forschung wahrscheinlich noch in den nächsten Jahren beschäftigen. Für die notwendigen Diskussionen und die Interpretation der Zeit der Pandemie soll mit dieser Bestandsaufnahme eine Basis dafür geschaffen werden.

Die Wiener Heimkommission bedankt sich für die Zurverfügungstellung dieser Daten und hebt die Bedeutung ähnlicher Beobachtungsstudien hervor, um die Gesamtsituation künftig richtig einschätzen und die richtigen Entscheidungen treffen zu können.

#### 3.18 „Taschengeld“ in Wiener Wohn- und Pflegeheimen

Im Zuge einer Beschwerde über angefallene Rezeptgebühren bei einer/m Bewohner\*in wurde versucht grob zu analysieren, welche Beträge zusätzlich zu den laufenden Pflegekosten laufend anfallen und aus dem sogenannten „Taschengeld“ abgedeckt werden müssen.

Grundsätzlich sind in Wiener Wohn- und Pflegeheimen in den monatlichen Abrechnungen fast alle Kosten abgedeckt. Jedenfalls enthalten sind die Kosten für das Zimmer (inkl. Heizung, Strom, Reinigung), die Verpflegung, die Grundbetreuung und die Pflege. Bei Förderung durch den FSW (Fonds Soziales Wien) wird ein Kostenbeitrag berechnet der so gestaltet ist, dass einer/einem Bewohner\*in 20% der monatlichen Nettopension (bzw. mindestens 137,60 EUR), 13. und 14. Pension sowie 10% der Pflegegeldstufe 3 für private Ausgaben verbleiben.

Selbst zu bezahlen sind private Kosten wie z.B. Rezeptgebühren und Selbstbehalte, privat bestellte Medikamente, zusätzliches Verbandsmaterial, Friseur, Fußpflege, privat zu bezahlende Therapien und natürlich private Einkäufe, Kleidung, Taxikosten etc.

Hinsichtlich der Rezeptgebührenbefreiung gelten auch in den Pflegeeinrichtungen die allgemeinen Regeln der Sozialversicherung (z.B. Befreiung ohne Antrag für Bezieher\*innen der Ausgleichszulage, wenn Rezeptgebühren 2% des Einkommens bzw. mindestens 240,50 EUR beträgt). In der CS (Caritas Socialis) sind nur relativ wenige Bewohner\*innen rezeptgebührenbefreit (ca. 12% der Bewohner\*innen teilweise mit zeitlichen Begrenzungen). Die Regelungen sind allerdings nicht für alle Wiener Pflegeeinrichtungen ident, überwiegend werden in den Einrichtungen Rezeptgebühren verrechnet.

Im Zuge der oben angeführten Nachfrage über die Höhe der Rezeptgebühren hat sich herausgestellt, dass für diese/r Bewohner\*in eine recht umfangreiche Medikation verschrieben wurde und die Verschreibungen auch sehr häufig und sehr kurzfristig angepasst wurden. Dadurch entstanden Rezeptgebührenkosten von ca. 50-70 EUR pro Monat und zuzüglich noch privat zu bezahlende Medikamente bis zu 100 EUR pro Monat. Die Kosten konnte durch eine Änderung der Verschreibungspolitik (weniger Dosierungs/Medikamentenwechsel) und Verbesserungen in der Bestelllogistik

deutlich reduziert werden. Durch die Umstellung auf Medikamentenlieferung im Blister dürfte eine Reduktion der Bestände und dadurch auch der damit verbundenen Rezeptgebühren erleichtert werden.

Die Bandbreite der monatlichen Kosten je Bewohner für Rezeptgebühren und privat zu bezahlende Medikamente ist recht hoch. Typische Beträge schwanken zwischen insgesamt 50-100 EUR, gelegentlich entstehen auch Beträge bis zu 200 EUR, in seltenen Einzelfällen sogar darüber hinaus.

Fast alle Bewohner\*innen besuchen den Frisiersalon und die Fußpflege, natürlich gibt es auch hier große individuelle Unterschiede. Typische Beträge liegen hier bei ca. 30-50 EUR pro Monat. Üblicherweise besitzen viele Bewohner\*innen ein eigenes Handy und müssen auch diese Kosten selbst bezahlen.

Damit ist das monatliche Taschengeld im Normalfall bereits weitgehend ausgeschöpft.

Für weitere Ausgaben stehen die 13./14. Pension oder ein eventuell vorhandenes Vermögen zur Verfügung. Oft werden weitere Kosten von Angehörigen übernommen. Psycho-, Physio- und andere ärztlich angeordnete Therapien werden in den privaten Pflegeeinrichtungen nach Anordnung chefärztlich genehmigt und können dann in Anspruch genommen werden. Allerdings werden die Kosten nicht zur Gänze von der Sozialversicherung übernommen, sondern sind vorab privat zu finanzieren. Die Refundierung deckt nur einen Teil der Kosten ab. Sehr häufig können die Kostenbeiträge nicht aus dem "Taschengeld" gedeckt werden und es kommt daher regelmäßig vor, dass notwendige Therapien nicht in Anspruch genommen werden können. Soweit bekannt ist seitens der Sozialversicherung zwar geplant, die voll finanzierten Therapieangebote für Physio- und Psychotherapie auszubauen, allerdings dürfte das nur das Angebot außerhalb von Pflegeeinrichtungen betreffen.

Es ist bekannt, dass besonders bei Demenz nicht-medizinische Interventionen positive Effekte erzeugen. Dazu zählen z.B. Musiktherapie, Shiatsu und andere. Jene die über genügend finanzielle Mittel verfügen, nehmen sehr gerne zusätzliche Leistungen in Anspruch. Wenn hier eine Therapieeinheit ca. 50-60 EUR kostet, ergibt sich ein monatlicher Budgetbedarf von 200-240 EUR, den sich nicht jede/r Bewohner\*in leisten kann.

Insgesamt wird durch diese knappen finanziellen Mittel die Lebensqualität oft recht stark limitiert. In der Regel sind zum Beispiel nicht möglich

- bezahlte Begleitsdienste bei Ausflügen, kostenpflichtige Ausflüge, Taxi- oder andere Fahrtkosten
- Zigaretten, Kaffeehausbesuche, Restaurant, Theater/Museum, Streaming-Abos und viele andere Dinge einer üblichen sozialen Teilhabe
- Hilfsmittel (Zahnersatz, Hörgerät...) zu reparieren oder zu erneuern
- Kosten für Tablets, Handys, Lesehilfen, Audiogeräte etc. abzudecken

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Genauere Analyse und Erhebung der für Bewohner\*Innen frei verfügbaren Beträge in Wohn- und Pflegeheimen.
- Erhöhung des Mindesttaschengelds bzw. Befreiung von den Rezeptgebühren.
- Ausreichender Ausbau des Therapieangebots (vor allem Psycho-, Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie) ohne Selbstbehalte.

### 3.19 Leistungsreduktion in der Inkontinenzversorgung

Im Berichtsjahr 2021 wurde die Umstrukturierung im Bereich Hilfsmittel bei der Inkontinenzversorgung auch ein Thema in den Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Die Neuregelung sah eine Vereinheitlichung der Vorgangsweise in den Bundesländern vor. Dies hat jedoch zu einer Leistungsreduktion für die Bewohner\*innen bis zu einem Drittel der bisherigen Versorgung geführt.

Die Inkontinenzversorgung war mit 1.4.2021 von einer Sozialversicherung mittels eines Gesamtvertrags an die Bundesinnung für Gesundheitsberufe übertragen worden. Durch einen weiteren Vertragspartner konnte das Produktangebot vergrößert werden. Die Vertragspartner\*innen hatten sich laut Sozialversicherung verpflichtet, Bewohner\*innen die passenden sowie die den medizinischen Bedürfnissen entsprechende Anzahl der Tarif-Produkte auszuhändigen. Infolge einer erhöhten Versorgungsqualität der Bewohner\*innen wäre möglicherweise ein deutlich geringerer Verbrauch zu erzielen.

#### **Kriterien beim Bezug von Inkontinenzprodukten (ausgenommen Pants) ab 1.4.2021**

- nur mehr bei der Erstversorgung ist eine Verordnung notwendig. Diese ist als Dauerbewilligung gültig
- die Abgabemenge hat keine Obergrenze – entsprechend der medizinischen Notwendigkeit
- Ausschlusskriterium ist ein Bezug vor Vollendung des vierten Lebensjahres

**Anmerkung der Wiener Heimkommission: Die Praxis hat gezeigt, dass es sehr wohl eine Obergrenze für die Abgabemenge gibt, da pro Bewohner\*in ein Pauschalbetrag zur Verfügung steht. Dieser beträgt ca. €25.–.**

**Personen mit erheblicher Behinderung (Nachweis mit Behindertenpass mit mindestens 50 % Behinderung) oder schwerer Demenz mit MMSE-Wert < 5) haben Anspruch auf einen erhöhten Bedarf (6 Stück pro Tag, egal welche Saugstärke). Bei Bewohner\*innen mit MS (Multipler Sklerose) konnte man sich mit der Ausstellung von Behindertenausweisen helfen. Bei Bewohner\*innen im Wachkoma reichte jedoch wiederum alleine die Diagnose.**

**Es stellt sich die Frage, weshalb andere hochbetagte, pflegebedürftige Menschen mit einer ebenso hohen Pflegeabhängigkeit sowie einer bestehenden schweren Inkontinenz von diesem erhöhten Bedarf ausgenommen sind?**

#### **Kriterien beim Bezug von Pants ab 1.4.2021**

- Pants unterliegen weiterhin der Bewilligungspflicht durch die Sozialversicherung und die Verordnung gilt für drei Monate

#### **Im Wesentlichen können Pants verordnet werden**

- bei leichter bis mittlerer Demenz und gegebener eigenständiger Mobilität
- Pants können auch verordnet werden bei leichter bis mittlerer Inkontinenz mit funktionellen Einschränkungen der oberen Extremitäten (Parese, Plegie), bei neurologischen Erkrankungen (z.B.: Z.n. Insult, MS, Parkinson)
- beim Vorliegen einer Amputation mit funktionellen Einschränkungen im vergleichbaren Ausmaß bei gegebener eigenständiger Mobilität/Selbstständigkeit
- Bezug von max. 2 Stück pro Tag oder Mischversorgung von max.1 Pants pro Tag und unbegrenzter Versorgung mit anderen Inkontinenzprodukten wie

- Inkontinenzschutzhosen oder Einlagen – nach medizinischer Notwendigkeit
- Ausschlusskriterien sind Bettlägerigkeit, schwere Inkontinenz oder der Bezug vor dem vierten Lebensjahr

Ab dem Stichtag wandten sich zahlreiche Bewohner\*innen, Zu- und Angehörige bzw. gesetzliche Vertreter\*innen aber auch Verantwortliche der Wohn- und Pflegeeinrichtungen an die Wiener Heimkommission. Die ausgefolgte Menge der Inkontinenzprodukte für ein Quartal war um bis zu 75% weniger geworden. Die Vertragsfirmen gaben die Erklärung ab, dass sie durch den Gesamtvertrag mit der Sozialversicherung weniger Spielraum haben würden. Die Sozialversicherung wiederum schien auf die Entscheidung nicht einwirken zu können, denn diese Kompetenz sei an die Vertragspartner\*innen übergegangen.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass der Pauschalbetrag pro Bewohner\*in für die Produkte zu niedrig ist. Bei einer schweren Harninkontinenz und bestehender Stuhlinkontinenz sowie einer Trinkmenge von ca. 2.000ml/Tag sind drei saugstarke Produkte nicht ausreichend. Im Falle einer Episode von Stuhlinkontinenz ist zudem das Produkt unverzüglich zu entfernen und durch ein neues Produkt zu ersetzen.

Auf dem Hintergrund der drastischen Leistungskürzung war es den Betroffenen unerklärlich, wieso dieses sensible Thema offensichtlich aus der Perspektive der Kosteneinsparung behandelt wurde und die zu erwartenden negativen Begleiterscheinungen unberücksichtigt blieben. Ihrer Meinung nach war der Bedarf unzureichend erhoben worden. Mittels Fragebogen wurden die Trinkmenge, das Körpergewicht und die Art der Inkontinenz abgefragt, um die Ausscheidungsmenge berechnen und die richtige Größe des Produkts ermitteln zu können. Andere wichtige Kriterien seien nicht berücksichtigt worden, wie das Zustandsbild der Haut, die Einnahme von entwässernden Medikamenten, weitere bedeutsame Diagnosen und die Teilhabe am sozialen Leben. Somit wäre der medizinische, pflegerische und soziale Bedarf nicht ausreichend erfasst worden.

### **Auswirkungen auf Bewohner\*innen und ihr Umfeld**

Die Umstrukturierung der Inkontinenzversorgung, welche vor allem als Leistungskürzung wahrgenommen wurde, verursachte gesundheitliche, psychische und finanzielle Probleme.

Die Schädigung des Hautzustandbildes durch Urin und/oder Stuhl war in manchen Pflegesituationen vorauszusehen, sodass Angehörige die fehlende Anzahl an Inkontinenzmaterialien privat zukaufen mussten. Zudem war die Geruchsbelästigung, die nun von zu langem Tragen der Inkontinenzeinlage ausging, für Bewohner\*innen, Zu- und Angehörige und Mitarbeiter\*innen mitunter sehr unangenehm. Zudem würde es eine Einschränkung in der Bewegungsfreiheit hervorrufen, so die fachliche Einschätzung von Gesundheitsdienstleistenden. Wie sollten sich die Betroffenen Menschen damit wohlfühlen und an Aktivitäten weiter teilnehmen können? Es kam vermehrt zur Verunreinigung der Bettwäsche und der persönlichen Kleidung. Dies hat erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden (Schamgefühl) der Bewohner\*innen. Noch dazu besteht ein erhöhtes Risiko einer Hautschädigung (Inkontinenz assoziierte Dermatitis und Dekubitus).

Die Vorsitzende der Wiener Heimkommission und Leiterin der Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatur Wien, Frau Dr.<sup>in</sup> Sigrid Pilz, übergab die Beschwerden der

betreffenden Sozialversicherung zur Überprüfung. Zudem widmete sich der ORF dieser Problematik in der Sendung „Bürgeranwalt“. Die Resonanz auf die TV-Ausstrahlung zeigten vermehrt die Probleme auf.

In weiterer Folge versicherte der medizinisch Verantwortliche der Sozialversicherung auf Systemebene zu überprüfen, welche Schritte gesetzt werden können, sodass es zu einer höheren Zufriedenheit kommt.

Über Einzelfalllösungen und mit Engagement der Pflegeverantwortlichen in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen konnten schließlich die Wiederherstellung der ursprünglichen Inkontinenzversorgung für die Betroffenen bzw. eine andere zufriedenstellende Lösung erzielt werden.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt den Sozialversicherungen hinkünftig vor der Einführung so massiver Änderungen einen Probetrieb mit den Wohn- und Pflegeeinrichtungen durchzuführen, damit künftige Regelungen bedarfs- und bedürfnisorientierter gestaltet werden können.

Zudem sollten die Kontinenzberater\*innen der Wohn- und Pflegeeinrichtungen bei maßgeblichen Veränderungen in der Inkontinenzversorgung miteingebunden werden. Eine individuelle, professionelle und pflegerische Einschätzung des Bedarfs ist jedenfalls erforderlich.

## 3.20 Gewaltprävention in der Pflege und Betreuung

### Erfahrungen aus der Präventionsarbeit und Perspektiven

Gewalt und Aggression sind ein menschliches Phänomen und Teil unseres Lebens. Gewalt passiert. Vielfach subtil, unvorhergesehen und oft nicht vorsätzlich.

Der Caritas Pflege Wien ist es ein Anliegen, eine Etablierung der Kultur der Achtsamkeit zu fördern, das Thema zu enttabuisieren und ein strukturiertes Aggressions- und Gewaltpräventionsmanagement zu leben. Das Ziel ist es, einen gewaltfreien Umgang zu fördern, Ursachen und Formen von Gewalt aufzuzeigen und konkrete Vorgangsweisen im Umgang mit Vorfällen zu etablieren. Es geht um Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung, um pro aktives Handeln, um aggressives und gewalttätiges Verhalten zu erkennen, zu verringern und zu verhindern sowie um Problemlösungskompetenz.

Das Präventionskonzept der Caritas Pflege Wien wird im Sinne der Primär-, Sekundär- und Tertiärpräventionsstufen seit 2019 mit unterschiedlichen Maßnahmen umgesetzt.

Für alle Mitarbeiter\*innen in den Pflegewohnhäusern werden Workshops unter dem Titel: GAP (Gewalt- und Aggressions- Prävention Sensibilisierungsworkshop) angeboten. Bis Ende 2021 haben in mehr als 50 Seminaren circa 78 % aller Mitarbeiter\*innen teilgenommen. Diese Fortbildung dauert fünf Stunden und wurde

aufgrund der Pandemie Situation im Jahr 2021 als Online-Variante abgehalten. Inhalte sind Definition und Formen von Aggression und Gewalt sowie Ursachen und Auslöser für aggressives oder gewalttätiges Verhalten. Weiters wird über Kontakt- und Anlaufstellen sowie über Caritas interne Richtlinien informiert. In Gruppenarbeiten werden anhand von Praxisbeispielen Möglichkeiten von deeskalierenden und präventiven Maßnahmen erarbeitet, basierend auf den Erfahrungen der Teilnehmer\*innen. Die Förderung und Stärkung von Sicherheit und Selbstschutz stehen im Fokus.

Im Rahmen dieser GAP-Workshops wurden im Zeitraum März 2020 bis Juni 2021 von den Teilnehmer\*innen anonymisierte Online-Fragebögen zum eigenen Gewalterleben und Fragen zur Erfassung von Gewalt- Aggressions- und Präventionsmanagement in ihrem Arbeitsumfeld beantwortet.

Der Fragebogen, die Caritas benennt diesen „GAP-Tool“, erfasst den Entwicklungsstand der Caritas Organisation und des Einzelnen im Umgang mit Aggression und Gewalt, evaluiert das Wissen und die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen und zeigt auf, in welcher Ausprägung eigene Aggressionserfahrungen stattgefunden haben.

Die Ergebnisse zeigen die Entwicklung zum Thema Gewalt und Aggression im Pflegebereich und helfen, nötige Handlungsoptionen für Präventionsmaßnahmen zu initiieren.

- Insgesamt haben 813 Personen eine Einladung für diese Umfrage erhalten, die sowohl an Mitarbeiter\*innen der stationären als auch der mobilen Einrichtungen gesendet wurde. Die Auswertung erfolgte gesondert in Daten für den stationären Bereich und den mobilen Bereich. In diesem Bericht beziehen sich die Daten auf die Pflegewohnhäuser. Die Rücklaufquote der vorliegenden Auswertung liegt bei 97%, wovon 71% den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben und als Datengrundlage für diese Auswertung dient.
- 61% der Teilnehmer\*innen sind Vollzeit beschäftigt. Der Großteil der Befragten stuft sich als erfahrene Pflegende (45%), gefolgt von kompetent Pflegende (27%) ein. 24% stufen sich als Anfänger\*in/fortgeschrittene Anfänger\*in ein und 4% als Pflegeexpert\*in. Gesamt gesehen fühlen sich 44% nicht belastet durch ihre Arbeitssituation, 49% eher belastet und 7% geben an, sehr belastet zu sein. Vollzeit Arbeitskräfte geben hingegen häufiger an eher oder sehr belastet zu sein als Teilzeit Arbeitskräfte. Bei den Angaben gefiltert nach Berufserfahrung zeigt sich, dass mit der Höhe der Einstufung in der Berufserfahrung die empfundene Belastung durch die Arbeitssituation steigt.
- Der Themenblock Führung und Organisation wird durchwegs positiv beurteilt. Die summierten Angaben für trifft zu/ trifft eher zu liegen in allen Fragen in etwas bei 80%. Die Fragen bezogen sich auf organisationsweite Richtlinien zum Umgang mit Gewalt, das Verhalten im Notfall und das Kennen von Strategien und Methoden im Gewalt und Aggressionsmanagement in der Caritas. Im Arbeitsalltag werden zwischenmenschliche Grenzen respektiert und die Mitarbeiter\*innen bestätigen, dass sie angehalten sind Fälle von Aggression und Gewalt zu melden.
- Eine verpflichtende Teilnahme an praxisrelevanten Schulungen zur Gewaltprävention und Deeskalation finden 94% sinnvoll, sowie dass diese zu einem reflektierten Handeln (96%) führe. 74% bestätigen, dass regelmäßige Schulungen, Anleitungen und dergleichen zum Thema stattfinden.

- Im Fragenteil zur Personalpräsenz und Personalstruktur geben über 79% der Befragten an, dass die Dienstplanung/-einteilung, Pausengestaltung etc. so gewählt ist, dass die andauernde Überbelastung vorgebeugt wird, Rahmenbedingungen eingehalten werden und die Mitarbeiter\*innen über alternative Dienstzeitmodelle Bescheid wissen. Nur 3-4% sind der Meinung, dass dies nicht oder eher nicht zutrifft.
- Das Pflegeleitbild „Caritas Lebensqualitätskonzept“ hilft nach Ansicht von 89% der befragten Mitarbeiter\*innen Aggression und Gewalt zu erkennen und zu reduzieren. 86% sehen dadurch die Rechte, Würde und Interessen der Kund\*innen besser gewahrt. Weiters geben die Befragten an, dass herausfordernde Vorkommnisse besprochen werden (88%) und alternative Deeskalationsstrategien in den Betreuungsplan aufgenommen werden (79%).
- Die Kommunikation mit den Betroffenen und Angehörigen aber auch den Kolleg\*innen wird mit über 89% als sehr gut bewertet und respektvoll und wertschätzend gesehen. Informationen zu Gewaltprävention erhalten lt. Angaben der Befragten 70% der Kund\*innen zu Betreuungsbeginn. Der sichere Umgang mit und die gesetzlichen Vorgaben der freiheitsbeschränkenden/freiheitseinschränkenden Maßnahmen sind 88% bzw. 83% der Teilnehmer\*innen bekannt.
- Der Themenblock Bewertung und Qualitätsverbesserung bezieht sich auf die Dokumentation von Vorfällen von Aggression und Gewalt, die Datensammlung und Auswertung der Vorfälle, um daraus Maßnahmen und organisationale Lernprozesse abzuleiten. Auch in diesem Bereich wird in einem sehr hohen Bereich (über 80%) angegeben, dass diese Abläufe bekannt sind bzw. eingehalten werden.
- Bei den Angaben zum eigenen Gewalterleben im gesamten Arbeitsumfeld geben 12,5% an, oft oder sehr oft Aggression oder Gewalt im eigenen Arbeitsbereich zu erleben und 6% fühlen sich dabei überfordert. In 34% der Angaben werden Aggressions- und Gewaltereignisse oft oder sehr oft bei Teambesprechungen thematisiert und in 29% unter Kolleg\*innen besprochen. Bei der Frage nach den Aggressionseignissen treten am häufigsten (oft, sehr oft, manchmal) „lärmen, fluchen, beleidigen oder schreien“ (50%), am zweit häufigsten „absichtlich störende, provozierende, manipulierende oder verweigernde Verhaltensweisen“ (31%) und an dritter Stelle „Wutausbrüche, Drohungen, angstmachende oder demütigende Verhaltensweisen“ (26%) auf. Weniger oft werden schlagen, kratzen, beißen oder stoßen (13%), demolieren und gezieltes zerstören (11%) und sexuelle Belästigung (10%) angegeben. Gezielte körperliche Angriffe mit Verletzung (7%), sexuelle Übergriffe (4%) sowie Selbstverletzung (2%) werden am seltensten angegeben.
- Das Auftreten von Aggression und Gewalt wird an erster Stelle „beim Mobilisieren, bei der Körperpflege oder beim Essen“ angegeben (26%), gefolgt von „bei der Medikamenteneinnahme oder anderen medizinischen Aktivitäten“ mit 21% und „beim Warten auf etwas“ mit 18%. Bei Gesprächen oder Gruppenaktivitäten tritt Aggression und Gewalt am seltensten (12%) auf.
- Die Mitarbeiter\*innen in den Pflegewohnheimen geben an, dass zum überwiegenden Teil (80%) die Gewalt von Bewohner\*innen ausgeht, 27% geben von An- und Zugehörige an, 19% von Kolleg\*innen, 2% von Ärzt\*innen oder Therapeut\*innen und 4% sagen von sich selbst.
- Betrachtet man die Ergebnisse nach Arbeitsgebiet (mobil/stationär) dann zeigen sich folgende Unterschiede:
  - » Stationäre Mitarbeiter\*innen geben an, eher die Möglichkeit zu haben (80%) sich zwischendurch kurz zu erholen als mobile Kolleg\*innen (59%).
  - » Im stationären Bereich wurde häufiger (oft/sehr oft) von Aggressions- und Gewalterlebnissen (12,5%) berichtet als im mobilen Bereich (7%).

- » Gewaltbezogene oder aggressive Verhaltensweisen werden im stationären Bereich häufiger in der Befragung rückgemeldet als im mobilen Bereich. Verhaltensweisen „lärmen, fluchen, beleidigen,“ (11% mobil zu 32% stationär), „Wutausbrüche, Drohungen, angstmachendes Verhalten“ (4% mobil zu 12% stationär), „beißen, ziehen, stoßen, schlagen“ (1,5% mobil zu 9% stationär), „absichtlich störende, provozierende, manipulative Verhalten (6% mobil zu 9% stationär) und „demolieren, gezieltes zerstören“ (1% mobil zu 6% stationär) werden berichtet.

Das Gewaltpräventionskonzept der Caritas Pflege Wien wird anhand dieser Kenntnisse weiterentwickelt. Die GAP-Workshops bilden einen ersten wichtigen Schritt, um Mitarbeiter\*innen gezielte Fortbildungen und Trainings zur Thematik Gewalt und Gewaltprävention anzubieten. Im nächsten Schritt nehmen wir uns vor, nicht nur mit den Mitarbeiter\*innen zum Thema zu arbeiten, sondern das Pflegewohnhaus unter dem Aspekt der Gewaltprävention als gesamtes System zu betrachten. Das bedeutet, dass der Fokus auf alle Involvierten-Gruppen – auf Bewohner\*innen, An- und Zugehörige, freiwillige Mitarbeiter\*innen, aber auch auf Mitarbeiter\*innen im Pflegewohnhaus, die nicht unmittelbar in der Pflege und Betreuung eingebunden sind – ausgeweitet wird. Um diesen Schritt zu realisieren, wird das dreijährige geförderte Projekt zur Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen „Gemeinsam stark gegen Gewalt“ durchgeführt. Gefördert wird das Projekt aus Mitteln der „Gesundheitsförderung 21+“ und des „Fonds Gesundes Österreich“. Es werden in den Pflegewohnhäusern, nach einer eingehenden Analyse, individuelle Maßnahmen unter Beteiligung aller involvierten Gruppen erarbeitet.

Partizipation, Empowerment, Nachhaltigkeit, Vernetzung sowie Ressourcen- und Bedürfnisorientierung sind Grundlagen in diesem Projekt. Es geht um Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner\*innen, um gesundheitsfördernde Arbeitsqualität für alle Mitarbeiter\*innen und um ein wertschätzendes, freundliches Miteinander.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt weiterhin die Auseinandersetzung mit diesem sensiblen Thema und regt an, 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 sowie die Entwicklung eines spezifischen Projektförderungsprogramms (aus öffentlichen Mitteln) für Maßnahmen zur Gewaltprävention in den Wiener Wohn- und Pflegeheimen. 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 gemacht wird.

#### 3.21 Sexualität und Intimität im Alter – Praxisansätze in Pflegeeinrichtungen

Sexualität und Intimität werden in Pflegekonzepten meist als zentrale Aspekte von Körperlichkeit und Identität verortet. Ziel ist es, in Wohn- und Pflegeheimen respektvoll mit dem Thema umzugehen, Raum für Rückzug und Privatsphäre zu gestalten und somit einer Tabuisierung des Themenfeldes entgegenzuwirken.

Die Pflege bemüht sich darum, Kund\*innen und Bewohner\*innen in ihrer Personenwürde und ihrem Selbstwertgefühl zu stärken, indem sich Pflegeverantwortliche mit dem Thema Sexualität im Alter in den Dimensionen Privatsphäre, Intimität und Sexualität auseinandersetzen. Es sollen Möglichkeiten und Räume geschaffen werden, diese Bedürfnisse zu artikulieren. Für eine Umsetzung der genannten Zielsetzungen sind folgende Maßnahmen ausschlaggebend:

##### 1. Sensibilisierung und Enttabuisierung

Um Mitarbeiter\*innen achtsamer bezüglich der Themen Sexualität und Intimität im Rahmen des Berufslebens handeln zu lassen, ist es ratsam, regelmäßige Fortbildungen, Schulungen und Besprechungen abzuhalten.

Fragen, Unsicherheiten, Befürchtungen etc. sollten offen und ohne Vorbehalte im Team angesprochen werden können, um passende Lösungen für alle Beteiligten zu finden. Durch eine Sensibilisierung der Mitarbeiter\*innen können sexuelle Übergriffe frühzeitig abgefangen und Bewohner\*innen bzw. Kund\*innen, die sexuelle Bedürfnisse und Wünsche zeigen, überhaupt erst wahrgenommen werden.

Es gilt zu beachten, dass alle Geschlechter, sexuelle Orientierungen, Altersgruppen und Diagnosen in Bezug auf Sexualität und Intimität berücksichtigt werden.

##### 2. Erweiterung der Handlungskompetenz

Um Mitarbeiter\*innen zu erhöhter Handlungskompetenz im Pflegealltag zu befähigen, ist es unerlässlich, dass Fachwissen, Einfühlungsvermögen und eine Bereitschaft zur Reflexion aufgebaut werden. Persönliche Erfahrungen, familiäre Traditionen, religiöse Überzeugungen usw. haben unwillkürlich einen Einfluss auf das Leben jedes Einzelnen.

Menschen gehen zumeist davon aus, dass die eigene persönliche Sexualität die einzig „richtige“ Art und Weise ist, Sexualität und Intimität zu leben. Ohne Reflexion führt diese Sichtweise dazu, dass die Lebensweise der Mitarbeiter\*innen den einzigen Orientierungsrahmen darstellt.

Es ist notwendig, dass Mitarbeiter\*innen ein Verständnis dafür generieren, dass es nicht nur eine Form der Sexualität gibt, sondern dass Sexualität und Intimität von jedem Menschen unterschiedlich gestaltet wird. Mitarbeiter\*innen müssen den Umgang mit Ihrer eigenen Sexualität von den der Bewohner\*innen bzw. Kund\*innen trennen, deren individuelle Bedürfnisse und Wünsche wertfrei annehmen und respektvoll damit umgehen.

##### 3. Ansprechperson definieren

Damit Sexualität und Intimität in Pflegewohnhäusern und in der Pflege Zuhause besonders berücksichtigt wird, sollten konkrete Personen ausgewählt werden, welche die Verantwortung tragen, die Thematik immer wieder anzusprechen und im Auge zu behalten.

Wenn Mitarbeiter\*innen bemerken, dass Bewohner\*innen bzw. Kund\*innen Bedürfnisse oder Wünsche bezüglich Sexualität und Intimität zeigen, sollte die zuständige Ansprechperson direkt kontaktiert werden. Um Irritationen sowie Rollenvermengungen bei Bewohner\*innen bzw. Kund\*innen zu vermeiden, hat die Ansprechperson die Aufgabe, klar zu kommunizieren, dass ausschließlich sie für den Arbeitsbereich zuständig ist. Sie klärt Wünsche der Bewohner\*innen bzw. Kund\*innen ab und nimmt eine Koordination der weiteren Maßnahmen vor.

Kennzeichen für ein potentiell Interesse von Bewohner\*innen bzw. Kund\*innen an den Themen Sexualität oder Intimität:

- direktes oder indirektes Ansprechen sexueller oder liebesbezogener Themen
- vermehrtes Berühren anderer Personen
- entkleiden vor anderen Personen (z. B. im Tagraum)
- Berührungen im eigenen oder fremden Intimbereich sowie Aufforderungen dem nachzukommen
- Masturbation
- verbale oder körperliche sexuelle Übergriffe

### **Umsetzung in Pilotprojekten**

Um Handlungskompetenzen im Pflegealltag zu erweitern, wurde von der Caritas eine „Handreichung zum Thema Privatsphäre, Intimität und Sexualität in der Pflege“ herausgegeben, welche Mitarbeiter\*innen aus Pflegewohnhäusern und der Pflege Zuhause breitflächig zur Verfügung gestellt wird.

Zeitgleich fanden mehrere Pilotprojekte in Pflegewohnhäusern statt, die sich intensiv mit den Themen Sexualität und Intimität im Alter auseinandersetzten. Seitens des Ethikteams der Caritas Wien wurden mit Bewohner\*innen und Pflegekräften Gesprächsrunden nach dem Modell „Art of Hosting“ gestaltet. Damit eine Sprachfähigkeit zu einem tabuisierten Thema entstehen und vertrauensvoll abgehandelt werden kann, müssen Räume des Vertrauens entstehen. „Art of Hosting“ ist ein hoch effizienter Weg, in einer Gruppe wertschätzend und respektvoll nach sogenannten Achtsamkeitsregeln die „kollektive Weisheit“ herauszufiltern. In der Umsetzung der Gesprächsrunden als Dialogrunden in festgelegtem zeitlichem Umfang konnten themenrelevante Bedürfnisse artikuliert werden. Vor allem Bewohner\*innen von Pflegewohnhäusern äußerten in den Dialogrunden ihr Bedürfnis nach Rückzug und Privatsphäre für intime Momente. Eine wesentliche Maßnahme aus den Pilotprojekten bestand darin, dass in Einrichtungen spezifische Rückzugsräume, die explizit für die Erfüllung von Bedürfnissen und Wünschen von Bewohner\*innen dienen, zur Verfügung gestellt werden konnten.

Um Mitarbeiter\*innen zum Thema „Sexualbegleitung/Sexualassistenz“ fachlich fortzubilden, wurden externe Seminare durch „SOPHIE“, dem Beratungszentrum für Sexarbeiterinnen, durchgeführt. Zudem fanden regelmäßige „Inhouse-Schulungen“ durch die Psychologie statt. Mitarbeiter\*innen sollten im Kolleg\*innenkreis Befürchtungen äußern, organisatorische Fragen klären sowie Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner\*innen besprechen können.

Insgesamt können vier Personengruppen differenziert werden, die in Pflegewohnhäusern von Rückzugsräumen profitieren:

#### **„Bestehende Partnerschaft“**

Oftmals sind Paare örtlich getrennt, da ein/e Partner\*in im Pflegewohnhaus lebt und sich die/der andere Partner\*in noch im gemeinsamen Haushalt befindet. Gerade bei bettlägerigen oder immobilen Personen kann ein Besuch zu Hause schwierig werden. Auch Paare, die in einem gemeinsamen Zimmer im Pflegewohnhaus leben, können durch einen Rückzugsraum mehr Privatsphäre genießen.

#### **„Neue Partnerschaft“**

In Wohn- und Pflegeheimen bilden sich immer wieder Partnerschaften von Personen, die in verschiedenen Zimmern oder Wohnbereichen leben. Gerade in Doppelzimmern stellt sich ein Rückzug mit einer/einem Partner\*in als sehr schwierig dar, da ungestörte Zweisamkeit aufgrund der Zimmernachbar\*innen nicht immer möglich ist.

#### **„Punktuelle Partnerschaft“**

Einzelpersonen ohne Partner\*innen können ein Bedürfnis nach gelebter Sexualität und Intimität zeigen. Sexualbegleitung bzw. Sexualassistenz ist bei ausreichenden finanziellen Mitteln hier eine Möglichkeit.

#### **„Keine Partnerschaft“**

Personen, die ein Bedürfnis nach ungestörter Masturbation zeigen, können den Rückzugsraum in Anspruch nehmen. Wenn Bewohner\*innen zeitweise keine finanziellen Mittel für eine punktuelle sexuelle Begegnung zur Verfügung stehen, kann über sexualitätshaltige Medien im Rückzugsraum die Zeit bis zum nächsten Treffen überbrückt werden.

Ebenso können Bewohner\*innen, die ein Bedürfnis nach Ruhe und Privatsphäre äußern (z. B. zum Lesen, Musik hören, für ungestörten Familienbesuch), den Raum nutzen.

Im Laufe der Pilotprojekte konnte ein zunehmendes Verständnis der Mitarbeiter\*innen für die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner\*innen generiert werden. Bewohner\*innen wie auch Angehörige zeigten sich in Gesprächen über die zusätzliche Leistung und die erhöhte Lebensqualität erfreut.

#### **Ausblick**

In den kommenden Jahren werden sich immer mehr pflegebedürftige Menschen in Betreuung befinden, die einen offeneren Umgang in Bezug auf ihr Bedürfnis auf Körperlichkeit, Sexualität und Intimität besitzen. Erforderlich sind Haltungen von Pflegekräften, die wertschätzend und respektvoll im Umgang mit Sexualität, Intimität und Privatsphäre umgehen können.

Die Optimierung der Lebensqualität kann jedoch heute schon angestrebt werden, denn: „Kein Genuss ist vorübergehend, denn der Eindruck, den er zurücklässt, ist bleibend.“ (Johann Wolfgang von Goethe)

Die Wiener Heimkommission empfiehlt Sensibilisierungs- und Bildungsveranstaltungen rund um Sexualität und Intimität im Alter aus öffentlichen Mitteln zu fördern, den einrichtungsübergreifenden Austausch zu stärken und Formate der Kommunikation mit Bewohner\*innen hierzu weiterzuentwickeln.

## 3.22 Sozialpädagogik als Ressource und Werkzeug im sozialpsychiatrischen und geriatrischen Kontext

### Was ist Sozialpädagogik?

Sozialpädagogik hat das Ziel, Menschen, die sich aufgrund verschiedenster Umstände in einer marginalisierten Position befinden, in ihrer Lebensgestaltung zu unterstützen und Stabilisierung anzubieten. Sozialpädagog\*innen sorgen durch ihre Arbeit dafür, dass für sozial benachteiligte Gruppen und Personen eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglicht wird und beugen damit Benachteiligung und sozialer Ausgrenzung vor. Sozialpädagogische Arbeit wirkt integrativ, stabilisierend und ressourcenfördernd und versteht sich als Antwort auf Integrationsprobleme, die durch diverse Diskriminierungsformen entstehen.

Was für die meisten Menschen selbstverständlich ist – die Gestaltung des persönlichen Alltags, das Zurechtfinden in der Gesellschaft, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben – ist für Personen, die aus verschiedenen Gründen benachteiligt sind, teils mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Benachteiligung kann sich aus verschiedensten Faktoren ergeben, zum Beispiel hohes Alter, die Herkunft, Krankheiten oder Behinderungen. Gemein ist allen Betroffenen, dass sie häufig Unterstützung brauchen, um ihren Alltag meistern zu können. An diesem Punkt setzt Sozialpädagogik an. Sie möchte Benachteiligung und Diskriminierung erkennen, einordnen und präventiv daran arbeiten, diese auszugleichen und Betroffenen ein weitestgehend „normales“ Leben ermöglichen.

Im Rahmen einer sozialpädagogischen Betreuung bringen die Mitarbeiter\*innen sich selbst als Werkzeug ein und begleiten aktiv und in Zusammenarbeit mit der betroffenen Person deren Entwicklung. Betroffene werden dabei nicht als defizitär betrachtet, sondern es wird ein ressourcenorientierter Blick auf sie geworfen, so dass gemeinsam an der Alltagsgestaltung gearbeitet werden kann.

Auch wenn der Name es vielleicht vermuten lässt, hat Sozialpädagogik wenig mit Erziehung zu tun und richtet sich auch nicht ausschließlich an Kinder und Jugendliche. Zwar treten Sozialpädagog\*innen hierzulande hauptsächlich in der Kinder- und Jugendhilfe in Erscheinung (beispielsweise in Wohngemeinschaften für Kinder mit psychischen Erkrankungen oder gerade in den letzten Jahren im Bereich der Flüchtlingshilfe), sie entwickelt sich jedoch ständig weiter, auch in Hinblick auf Methoden und Zielgruppen.

Es lohnt sich also, einen Blick auf das zu werfen, was ein sozialpädagogischer Zugang auch in anderen Bereichen leisten kann.

### Sozialpädagogik im sozialpsychiatrischen und geriatrischen Bereich

Gerade im sozialpsychiatrischen Bereich ist die Zielgruppe mit vielerlei Vorurteilen und erschwerten Bedingungen konfrontiert. So sorgen Menschen mit psychischen Erkrankungen oftmals für Verunsicherung, sie werden für „gefährlich“ und „unberechenbar“ gehalten. Vorurteile ihnen gegenüber halten sich hartnäckig. Daher sind die Betroffenen nicht nur mit einer eingeschränkten Teilhabe aufgrund ihrer Erkrankung(en) selbst, sondern auch aufgrund der Vorbehalte ihrer Mitmenschen konfrontiert.

Bei der geriatrischen Zielgruppe wiederum ist es vor allem das hohe Alter, welches die Teilnahme oftmals einschränkt. Erworbene Fähigkeiten nehmen ab, Schicksalsschläge und der Verlust von jahrelangen Bezugspersonen führen nicht selten zu unfreiwilligem Rückzug.

Auch das Leben in einer Einrichtung kann einen Teil dazu beitragen, dass sich Menschen nicht mehr selbstwirksam fühlen. Sie sind nun von einer Institution mit teils strengen Vorgaben und Regeln abhängig, die eigene Entscheidungsfreiheit ist dadurch automatisch eingeschränkt. Gerade für Personen, die ein autonomes und aktives Leben geführt haben, kann dies einen schweren Schlag bedeuten.

Bei der Betreuung beider Gruppen kann eine sozialpädagogische Betrachtungsweise helfen, präventiv anzusetzen, um Beeinträchtigungen bestmöglich entgegenzuwirken. Bewohner\*innen in einer pflegerischen und/oder sozialpsychiatrischen Einrichtung sollen sich trotz der institutionellen Einbindung und dem damit einhergehenden Autonomieverlust selbstwirksam und so selbstständig wie möglich erleben können. Die Sozialpädagogik liefert die geeigneten Mittel, dies plan- und evaluierbar und dennoch individuell auf den oder die jeweilige\*n Bewohner\*in angepasst zu tun.

Dazu gilt es, sich mit den Bewohner\*innen individuell auseinanderzusetzen und zu eruieren, was für diese Person wichtig ist, welche Fähigkeiten sie besitzt und wie ein als sinnvoll erlebter Alltag gestaltet werden kann. Dabei steht nicht im Vordergrund, was „die Gesellschaft“ als sinnvoll erachtet, sondern vielmehr, wie die Bewohner\*in sich selbst auch weiterhin als ganzer, selbstwirksamer und erfüllter Mensch wahrnehmen kann. Dies kann sich individuell sehr unterschiedlich darstellen, weshalb eine eingehende Beschäftigung mit der betreffenden Person sowie kontinuierliche Beziehungsarbeit unerlässlich sind.

Am Beispiel des „Betreuten Wohnen Kabelwerk“ zeigt sich, wie dieser Ansatz sinnvoll in die Praxis einer Pflegeeinrichtung integriert werden kann.

#### **Implementierung im „Betreuten Wohnen Kabelwerk“**

Beim „Betreuten Wohnen Kabelwerk“ besteht die Zielgruppe zum Großteil aus Bewohner\*innen, die der Leistung Sozialpsychiatrie zugeordnet sind. Während viele Personen in der Lage sind, den eigenen Tag so zu gestalten, wie es ihren Bedürfnissen entspricht, und dazu auf jene Angebote zurückzugreifen, die ihnen dafür passend erscheinen, finden sich vor allem unter Bewohner\*innen, die unter die Leistung Sozialpsychiatrie fallen, viele, denen dies nicht möglich ist. Das selbstständige Aufrechterhalten einer Tagesstruktur stellt eine große Herausforderung dar, für die mitunter Unterstützung notwendig ist. Gleichzeitig spielt diese eine große Rolle für das positive Erleben der eigenen Person. Der Betreuungsbedarf dieser Personen ist daher von einem starken Fokus auf eine stützende Tagesstruktur sowie ein an den individuellen Fähigkeiten und Interessen orientiertes Angebot gekennzeichnet. Seit 2020 gibt es mit dem Sozialpädagogischen Konzept einen konkreten Leitfaden, an dem sich die Planung von Betreuung und Beschäftigung orientiert. Dabei wird besonderes Augenmerk auf fünf Grundprinzipien gelegt:

#### **Nutzung von Ressourcen**

Die individuellen Fähigkeiten und Interessen der Bewohner\*innen sollen genutzt und gefördert werden. Ebenso soll auf die Persönlichkeit der Bewohner\*innen, deren Interessen und Vorlieben eingegangen werden.

### **Begleiten und unterstützen statt erziehen**

Die Bewohner\*innen werden als ganzheitliche Personen mit eigener Geschichte in den Blick genommen. Der betreuerische Ansatz ist dementsprechend kein „erzieherisch-strafender“, sondern ein begleitend-unterstützender.

### **Erlebte Selbstwirksamkeit**

Bewohner\*innen sollen sich als selbstwirksam erleben, sie sollen spüren, dass sie in der Lage sind, Herausforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können.

### **Miteinbeziehung in den Alltag in der Wohngemeinschaft**

Bewohner\*innen erleben sich als Teil einer Gemeinschaft. Durch das Mitwirken in der eigenen Wohngemeinschaft sind sie nicht nur Konsument\*innen, sondern aktive Mitgestalter\*innen ihrer Umwelt.

### **Hilfe zur Selbsthilfe**

Durch die Orientierung am Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ wird die Selbstständigkeit der Bewohner\*innen weitestgehend aufrechterhalten.

Ausgehend von diesen Grundprinzipien wird im „Betreuten Wohnen Kabelwerk“ individuell für jede\*n Bewohner\*in mittels sozialpädagogischer Beschäftigungsplanung ein Angebot geschaffen, das deren Persönlichkeit und Ziele bestmöglich gerecht werden soll. Dazu wird individuell unter Miteinbeziehung der Bewohner\*innen geplant, welche alltagsstrukturierenden Maßnahmen für den/die Bewohner\*in zur Erreichung ihrer persönlichen Ziele wichtig sind und für die gewünschte Stabilität und das Empfinden von Selbstwirksamkeit sorgen. Je nach persönlichen Fähigkeiten und dem Grad an Unterstützungsbedarf werden diese Maßnahmen begleitet oder unbegleitet in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Dabei kann es sich beispielsweise um die tägliche Unterstützung bei Haushaltserledigungen handeln, die dem/der Bewohner\*in wichtig, aber alleine nicht (mehr) möglich sind, oder das Miteinbeziehen beim Kochen für die Wohngemeinschaft. Ziel ist dabei nicht, diese Aufgaben für die Bewohner\*innen zu erledigen, sondern sie dabei zu unterstützen, ins Tun zu kommen und sich als Akteur\*innen zu erleben.

Zusätzlich zu den individuellen tagesstrukturierenden Beschäftigungen wurde das Angebot im Haus dahingehend ausgeweitet, dass es nunmehr eine große Bandbreite an Aktivitäten und Projekten im kreativen, handwerklichen, musikalischen und alltagspraktischen Bereich gibt, die von dafür intern geschulten Mitarbeiter\*innen angeleitet und durchgeführt werden. Ziel ist, dass sich möglichst viele Bewohner\*innen in diesen Angeboten wiederfinden und persönlich abgeholt fühlen. So gibt es von Tanz- und Musikgruppen über Kunst-Workshops bis hin zu einer Werkstätte für kreatives Schreiben diverse Gruppenangebote, die die unterschiedlichsten Interessen fördern und das Gemeinschaftsgefühl stärken. Eine wichtige Ergänzung ist auch therapeutische Angebot der Psycho- und Ergotherapie sowie Kunst- und Gartentherapie.

Die Zusammenarbeit mit allen vertretenen Berufsgruppen ist in der Planung und Durchführung unerlässlich. Gemeinsame Fallbesprechungen, Reflexion und Evaluation geben Platz für Fragen und Unsicherheiten. Besonders bei der Arbeit mit Bewohner\*innen der Leistung Sozialpsychiatrie treten oft Unsicherheiten auf, weshalb auch ein grundlegendes Verständnis für die verschiedenen Krankheitsbilder vonnöten ist, um adäquat planen und umsetzen zu können. In der Zusammenarbeit

zwischen Pflege, Psychologie und Sozialpädagogik wird ein umfassendes Bild der Bewohner\*innen geschaffen, an dem die sozialpädagogische Planung wie zuvor beschrieben ausgerichtet wird.

#### **Fazit**

Nach der schrittweisen Implementierung des Sozialpädagogischen Konzepts im „Betreuten Wohnen Kabelwerk“ über die letzten Monate können wir bereits ein erstes positives Fazit ziehen. Es ist gelungen, für viele Bewohner\*innen einen persönlichen Tagesablauf zu kreieren, der ein positives Selbstbild stärkt und sie trotz ihrer Einschränkungen selbstwirksam agieren lässt. Das breite Angebot an Projekten und Aktivitäten wird gut angenommen und erreicht durch die Abdeckung vieler unterschiedlicher Bereiche auch Personen, die davor eher weniger Interesse an Aktivitäten zeigten und zum Rückzug neigten. Der positive Effekt macht sich sowohl durch direktes gutes Feedback als auch durch spürbar mehr Ausgeglichenheit und Zufriedenheit auf Seiten der Bewohner\*innen bemerkbar.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Implementierung eines sozialpädagogischen Konzepts im „Betreuten Wohnen Kabelwerk“. Gerade auch in Zeiten der Corona-Pandemie benötigen Menschen, die in Wohn- und Pflegeheimen leben verstärkt Unterstützung, um ihren Alltag, ihr Selbstbild und die positiven Seiten des Lebens trotz Einschränkungen sinnvoll gestalten und erleben zu können.

### **3.23 Europäische Empfehlungen zur Reduktion von Mangelernährung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Ernährung**

#### **...bei älteren, betreuungsbedürftigen Menschen**

Im Juni 2021 wurden von der EAN (European Ageing Network) Empfehlungen für die Förderung einer bedarfsgerechten Ernährung in Senioreneinrichtungen herausgegeben.

Das „European Ageing Network“ besteht aus mehr als 10.000 Mitgliedern unterschiedlicher Pflegeanbieter in ganz Europa. Die Mitglieder repräsentieren alle Arten von Organisationen und Personen, die für ältere Menschen tätig sind, einschließlich gewinnorientierter, gemeinnütziger und staatlicher Organisationen. Ihre Vision und Mission ist es, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern und sie dabei zu unterstützen, jeden Tag zu einem besseren Tag zu machen.

Das EAN ist in 25 europäischen Ländern vertreten. Mit der EAHSA (European Association of Homes and Services of the Ageing) in Nordwesteuropa und der E.D.E. (European Association for Directors and Providers of Long-Term Care Services for the Elderly) im Südosten ist das EAN somit eine paneuropäische Organisation. Im Verfolgen seiner Vision, Werte und Mission ist EAN nicht allein. EAN ist dem GAN (Global Ageing Network) angeschlossen, einem globalen Netzwerk mit Büro in Washington D.C. EAN und GAN bringen Expert\*innen aus der ganzen Welt zusammen, leiten Bildungsinitiativen und bieten einen Platz für innovative Ideen in der Seniorenbetreuung. Sie ebnen den Weg, um bewährte Methoden in der Altenpflege noch weiter zu verbessern, damit ältere Menschen gesünder, stärker

und unabhängiger leben können (<https://www.ean.care/en/articles/promoting-well-nutrition-in-elderly-care>).

Gestartet wurde die Entwicklung der Empfehlungen Anfang des Jahres 2020 in einer Projektgruppe mit insgesamt elf Teilnehmer\*innen aus den Ländern Belgien, Frankreich, Griechenland, Schweden, Schweiz, Slowenien, Tschechien und Österreich.

Als alleinige Vertreterin aus Österreich war Frau Bayer als Delegierte des Bundesverbandes „Lebenswelt Heim“ Teil der Projektgruppe. Frau Bayer ist seit zwanzig Jahren als Diätologin im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser tätig und bringt daher viel praktische Erfahrung in der Ernährungsversorgung älterer Menschen ein. Aufgrund dieser Expertise durfte sie bereits einige Artikel für die Zeitschrift von „Lebenswelt Heim“ verfassen und wurde gebeten, ihr Fachwissen in das Projekt einzubringen.

Das erste Treffen fand 2020 in Prag statt, alle weiteren Abstimmungen waren aufgrund der Corona-Situation nur virtuell möglich. Trotzdem entwickelte sich eine sehr engagierte Gruppe, die intensiv an den Handlungsempfehlungen gearbeitet hat. Das Ergebnis wurde im Sommer 2021 publiziert.

Das Dokument enthält Schlüsselempfehlungen, Abläufe und Prozesse sowie Praxisbeispiele. Es soll für Führungskräfte, Pflege- und Betreuungskräfte, Köch\*innen und Küchenmitarbeiter\*innen, sowie allen anderen an der Versorgung älterer Menschen Beteiligter hilfreich sein und die Diskussion zur Verbesserung des Appetits und der Lebensqualität fördern. Der Report beschäftigt sich nicht nur mit den medizinischen Aspekten der Mangelernährung, sondern auch mit den ökonomischen Kosten, den sozialen und kulturellen Aspekten der Ernährung sowie den Rollen und Verantwortlichkeiten im Rahmen der institutionalisierten Senior\*innenbetreuung. Ein eigenes Kapitel beschäftigt sich mit der Ernährung im Rahmen der Palliative Care.

**Ein Punkt wurde im Rahmen der Diskussionen klar: Eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Ernährung erfordert Aufmerksamkeit hinsichtlich der oben genannten Probleme und ein multiprofessionelles Vorgehen um die Gefahren zu bewältigen.**

Die folgenden Tipps aus den Empfehlungen können bei der Umsetzung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Ernährung helfen:

#### **Soziale Aspekte:**

- Erfragen und berücksichtigen Sie die persönlichen Bedürfnisse bei den Mahlzeiten.
- Implementieren Sie einheitliche Abläufe und Routinen um die Essensituation für alle angenehm zu gestalten.
- Betrachten Sie das Essen als einen Teil Ihrer Zuwendung und als Ressource eine gesellige Umgebung zu gestalten.
- Gemeinsames Essen ist ein wichtiger Faktor in der Betreuung – wenn von den Betroffenen gewünscht.
- Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter\*innen helfen dabei die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des Essens zu richten.
- Bieten Sie Treffpunkte und präventive Aktivitäten an, um soziale Isolation zu verhindern.

#### **Kulturelle Aspekte:**

- Seien Sie offen für unterschiedliche Sichtweisen auf Essen hinsichtlich religiöser, kultureller und persönlicher Unterschiede.
- Erfassen Sie die individuellen Ernährungsbiografien inklusive kultureller Bedürfnisse.
- Berücksichtigen Sie kulturelle Gewohnheiten bei der Planung von Ernährungsinterventionen.
- Bieten Sie eine unternehmensweite Philosophie und Schulungen an, die den Mitarbeiter\*innen helfen, ihre interkulturellen Kompetenzen zu erkennen und zu erweitern.

#### **Ökonomische Aspekte:**

- Entwickeln Sie Strategien um einen ökonomischen Lebensmitteleinsatz zu fördern. Dazu gehört, die eigenen Gewohnheiten und Einstellungen immer wieder zu hinterfragen.
- Fördern Sie das Bewusstsein für einen kostenbewussten Umgang mit Speisen.
- Definieren Sie Verantwortlichkeiten und Rollen.
- Bieten Sie flexible Portionsgrößen an und erfassen Sie den tatsächlichen Bedarf

#### **Medizinische Aspekte:**

- Um Bewohner\*innen mit einem Mangelernährungsrisiko zu identifizieren, setzen Sie ein validiertes Screening ein.
- Evaluieren Sie das Screening alle drei Monate in institutionellen
- Pflegeeinrichtungen und zumindest jährlich bei daheim lebenden älteren Menschen.
- Ein auffälliges Screening sollte immer von einem Assessment gefolgt werden.
- Passen Sie die allgemeinen Ernährungsempfehlungen an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen an. Dafür ist eine gute multiprofessionelle Zusammenarbeit wichtig.

#### **Ernährung und Palliative Care:**

- Seien Sie selbstkritisch und reflektieren Sie getroffene Maßnahmen – es gibt ein weites Feld zwischen „Essen bis zum Ende“ und „Nichts mehr tun“. Eine palliative Betreuung kann sich über Jahre erstrecken, hier können Ernährungsmaßnahmen den Erhalt der Lebensqualität fördern. In der Sterbephase selbst verliert Essen und Trinken an Bedeutung.
- Binden Sie Ernährungsexpert\*innen in das Palliativ-Team ein. Die Beendigung nicht notwendiger Diäten, aber auch die Unterstützung bei vorhandenen Problemen wie Übelkeit, Verdauungsproblemen oder Kau- und Schluckstörungen erfordert Fachwissen und viel Erfahrung.
- Seien Sie flexibel, die individuelle Autonomie der Betroffenen steht im Vordergrund.
- Bieten Sie Schulungen zum Thema an. Ernährung im palliativen Kontext sollte Teil jeder professionellen Ausbildung sein

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Empfehlungen des European Ageing Network in Bezug auf die Ernährung in Senioreneinrichtungen. Neben relevanten medizinischen Aspekten spielen kulturelle, soziale und ökonomische Aspekte sowie die Freude am Essen eine große Rolle.

### 3.24 ZAB – Reflektion und Lerneffekt

Im Bericht der Wiener Heimkommission 2019 wurde ausführlich über das Projekt ZAB (Zu- und Angehörigenbeirat) im KWP (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser) berichtet. Heute, mehr als zwei ereignisreiche Jahre später, möchten wir Bilanz ziehen.

Diese ist durchaus selbstkritisch und hat das klare Ziel – gestützt auf Erfahrungen und Lerneffekte aus diesem Projekt – einen ZAB in angepasster Form weiter zu führen. Die Entwicklung der letzten drei Jahre im Bewohner\*innenservice zeigt eindeutig, dass Bewohner\*innen als Ansprechpartner\*innen zunehmend in den Hintergrund treten und Angehörige an Bedeutung gewinnen. Kamen 2019 noch 37 % aller Rückmeldungen von Angehörigen, hat sich deren Anteil bis Juli 2021 nahezu verdoppelt. Diese deutliche Veränderung ist zu einem guten Teil auf die Pandemie zurückzuführen und hat den Trend beschleunigt.

Ein Einfluss auf das Gelingen des Projektes ZAB war auch durch die Pandemie bedingt. So konnten Treffen nur mehr via Videokonferenzen abgehalten werden und ein projektbezogenes Arbeiten wurde schwierig bis unmöglich. Dazu kamen die schwierigen persönlichen Situationen und die Betroffenheit von einzelnen ZAB Mitgliedern, weitestgehend hervorgerufen durch die strengen Schutzmaßnahmen. Diese haben häufig dazu geführt, dass Themen im ZAB überlagert wurden und ein konstruktives Arbeiten verunmöglicht wurde.

Es wäre jedoch kurzfristig, die Ursachen von Stolpersteinen ausschließlich in der Pandemie zu suchen. Vielmehr hat sich herausgestellt, dass es bei der Herangehensweise zu Fehleinschätzungen kam. Die Verwaltung stellte sich als deutlich aufwändiger als prognostiziert heraus. Die Anzahl der Mitglieder erwies sich als zu groß und die entstandene Gruppendynamik hat dazu geführt, dass sich die Gruppe überwiegend mit dem Gremium selbst (und der aktuellen Corona Lage) beschäftigt hat. Für die wechselseitigen Erwartungen konnte nur in geringem Ausmaß ein gemeinsames Verständnis etabliert werden.

In Summe haben wir gelernt: das Ergebnis stand in keiner vertretbaren Relation zum Aufwand. Nicht zuletzt diese Erkenntnis stellt sich als wertvolle Erfahrung und Basis für eine angepasste Weiterführung des ZAB dar. In eben diesem vermeintlichen „Scheitern“ liegt der große Benefit dieses „Experiments“.

#### Was haben wir daraus gelernt?

Salopp formuliert: „Weniger ist mehr!“

Der ZAB ist eine Gruppe freiwillig und ehrenamtlich engagierter Zu- und Angehöriger, die einen Beitrag leisten wollen, die Zukunft und Entwicklung des KWP zum Wohle aller Bewohner\*innen mitzugestalten.

Jedem ehrenamtlichen Engagement liegt – deutlich mehr als bei Erwerbsarbeit – auch ein persönliches, man könnte fast sagen „egoistisches“, Bedürfnis zu Grunde. Wenn man Motivation als den ureigenen Grund etwas zu tun (oder zu lassen) versteht, stellt sich dieser „Egoismus“ als starke Energie dar. Diese Energie kann in der Gruppe sehr viel Positives bewirken, kann aber auch belastend für die Gruppe werden.

Gelernt haben wir auch, dass der ZAB kein Organ ist, welches die Gesamtheit von Angehörigen und deren Meinung repräsentiert. Sie wurden nicht von den Angehörigen

gewählt und haben somit kein Mandat für diese zu sprechen. Es gilt, diese Tatsache regelmäßig in Erinnerung zu rufen.

#### **Erwartungsmanagement ist essentiell wichtig**

Es muss sehr klar ausgesprochen und eng umrissen werden, was konkret erwartet/ gesucht/gebraucht wird und, mindestens genauso wichtig, was nicht.

Beschreibungen einer Vision, einer Vorstellung, einer Idee – und sei sie noch so revolutionär – führen zu unterschiedlichen Interpretationen und Herangehensweisen. In Folge sind Unverständnis, Konflikt und Frust vorprogrammiert.

#### **Ziele eindeutig formulieren, Aufgaben konkret beschreiben**

Das sind Grundvoraussetzungen, um gute Ergebnisse erzielen zu können. So haben wir es doch alle gelernt oder zumindest davon gehört. Aber gelingt es auch immer? Nehmen wir uns die Zeit und machen uns die Mühe konkret zu werden?

Gemeint ist damit keinesfalls, die Ergebnisse inhaltlich vorweg zu nehmen. Ein gemeinsames Verständnis über Umfang, Form und Zeitrahmen eines Ziels, einer Aufgabenstellung ist die sprichwörtliche „halbe Miete“.

#### **Handlungsspielraum klar abgrenzen**

Klar zu differenzieren ist, dass ein Beirat ein Gremium ist, das (Einzel)Meinungen - im konkreten Fall aus der Perspektive von Zu- & Angehörigen - beisteuert. Ein Beirat hat weder Kontrollfunktion noch bietet er fachliche Beratung. Diese Abgrenzung muss –wenn nötig – wiederholt stattfinden.

Der „Österreich hat acht Millionen Nationalteam-Trainer\*innen“-Effekt kann ganz einfach auch hier entstehen.

Ebenso müssen thematisch Grenzen gezogen werden. Themenstellungen, die außerhalb unseres Einflussbereichs oder außerhalb budgetärer Rahmenbedingungen liegen, werden nicht behandelt. Die Themen ergeben sich aus unserer Arbeit, unserer Strategie und den sich verändernden Anforderungen.

#### **Fazit**

Das Projekt ZAB wurde im Sommer 2021 offiziell und formal beendet. Die gewonnenen Erkenntnisse werden in ein neues Format für Angehörige einfließen. Dieses wird unter anderem freiwilligen, interessierten Angehörigen Raum geben, an Projekten und in Arbeitsgruppen mitzuwirken.

Wir werden weiter berichten.

Die Wiener Heimkommission begrüßt die Schaffung eines neuen Formats der Kommunikation und Mitwirkung für freiwillige und interessierte Zu- und Angehörige im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser.

### 3.25 In Zeiten von COVID-19 – Wenn personzentriertes Arbeiten an Grenzen stößt

#### Zwei Welten, wie sie unterschiedlicher kaum sein könnten

Die drastischen Auswirkungen, welche die COVID-19 Pandemie innerhalb kürzester Zeit auf den Alltag, menschliches Zusammenleben, die globale Wirtschaft aber auch die Gesellschaft(en) im Allgemeinen hatte, sind unbestreitbar. Eine weltweite Pandemie, die mittlerweile bald zwei Jahre dauert, stellt uns alle wiederholt vor große Herausforderungen. Als Gesundheitsdienstleister in der stationären Langzeitpflege bedeutet diese Pandemie, dass der Großteil unserer Dienstleistungsempfänger\*innen in unseren Pflegeheimen zur Hauptrisikogruppe für SARS-CoV-2 zählt: die meisten unserer Bewohner\*innen sind älter als 80 Jahre, haben mehrere chronische funktionelle und/oder kognitive Beeinträchtigungen und haben durch COVID-19 ein erhöhtes Infektions- und Mortalitätsrisiko. Sie gehören somit zur vulnerabelsten Gruppe was das Gefährdungspotenzial durch eine Infektion mit SARS-CoV-2 betrifft.

Ein wichtiges, ganzheitliches Konzept, welches insbesondere auch für hochaltrige, multimorbide Bewohner\*innen in der stationären Langzeitpflege seit Jahren als „State of the Art“ anzusehen ist und darauf abzielt, stets die Person hinter dem/r Patient\*in“ wahrzunehmen und zu kennen ist, die Personzentrierte Pflege. Personzentrierte Pflege wird von der Weltgesundheitsorganisation als ein Schlüsselkriterium der Versorgungsqualität beschrieben. Unter der Zielsetzung, fortwährend die Würde der jeweiligen Person zu wahren, Autonomie und Wahlmöglichkeiten zu bieten, Entscheidungen zu respektieren und auch subjektive Erfahrungen sowie Präferenzen und Bedürfnisse in die Betreuung und Pflege einzubeziehen, gilt Personzentrierte Pflege als Mittel der Wahl für eine „gute“ Betreuung und Pflege. Um einer pflege- und/oder unterstützungsbedürftigen Person dementsprechend optimale Wahlmöglichkeiten und Kontrolle anbieten zu können, und auch eine mehrseitige Entscheidungsfindung zu ermöglichen, sind (zwischen) menschliche Beziehungen von grundlegender Bedeutung. Kurzum: für Personzentrierte Pflege kennt die/der Mitarbeiter\*in den\*die Bewohner\*in und seine\*ihre Besonderheiten, Gewohnheiten und Vorlieben und berücksichtigt diese in sämtlichen Alltagssituationen.

#### COVID-19 Pandemie trifft das Setting stationäre Langzeitpflege

Bereits vor der COVID-19 Pandemie wurde im Gesundheitsbereich in Österreich wiederholt beobachtet, dass Personzentrierte Pflege in der stationären Langzeitpflege mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nicht optimal und umfassend umgesetzt werden konnte. Mit Beginn der Pandemie und den je nach epidemiologischer Lage häufig wechselnden gesetzlichen Einschränkungen im Betreuungs- und Pflegealltag, wurden die Möglichkeiten für personzentriertes Arbeiten in der Betreuung und Pflege abermals drastisch eingeschränkt. So waren mit einem Mal mehrere Schlüsselfaktoren personzentrierter Betreuung und Pflege durch die vorgeschriebenen restriktiven Maßnahmen zur Infektionskontrolle plötzlich nicht mehr Teil des Betreuungs- und Pflegealltags: es galt landesweit zwischenmenschliche Beziehungen auf ein unbedingt notwendiges Minimum zu reduzieren, individuelle Handlungsspielräume einzuschränken und zum Wohle aller direkte menschliche Interaktionen möglichst zu vermeiden – ja gegebenenfalls sogar kurzfristig in fast völliger Isolation zu leben, um unsere Mitmenschen zu schützen.

Die Bewohner\*innen der Pflegeheimen der Casa Leben gehören mehrheitlich jener Bevölkerungsgruppe (hochaltrige Senior\*innen) an, die auch ohne eine Pandemie mit weltweitem Infektionsgeschehen bereits am stärksten von sozialer Isolation bedroht ist.

Aufgrund mannigfaltiger Gründe (An- und Zugehörige sind noch erwerbstätig, der Lebensmittelpunkt befindet sich nicht in der näheren Umgebung des Pflegewohnhauses, aufgrund des eigenen Gesundheitszustands können keine Besuche mehr bzw. nur sehr eingeschränkt unternommen werden, oder aber es sind gar keine An- und Zugehörigen (mehr) verfügbar) liegt es an den Pflegewohnhäusern mit ihren Mitarbeiter\*innen, Maßnahmen zu setzen, um soziale Isolation bei den Bewohner\*innen zu verhindern und einen sozialen Alltag für die Bewohner\*innen aufrecht zu erhalten. Hatten vor der Pandemie noch Freiwillige und regelmäßige Besucher\*innen entscheidend dazu beigetragen, Abwechslung in den sozialen Alltag der Pflegewohnhaus-Bewohner\*innen zu bringen (beispielsweise durch Tierbesuche, Unterstützung bei Veranstaltungen etc.) fielen durch die Pandemie nun über große Strecken positive äußere Einflüsse in der Alltagsgestaltung innerhalb der Pflegewohnhäuser weg. Die Mitarbeiter\*innen der Betreuung und Pflege wurden so neben dem ohnehin gestiegenen

Arbeitspensum während einer Pandemie mit einem Mal für fast alle Bewohner\*innen die einzigen direkten Ansprechpartner\*innen.

Vor dem Hintergrund des chronischen Fachkräftemangels im Gesundheitsbereich ist es seit längerem bekanntermaßen immer schwerer, Bewohner\*innen personenzentriert zu betreuen und zu pflegen, da jene Konsistenz, die es zum Aufbau belastbarer Beziehungen zwischen Bewohner\*innen und Mitarbeiter\*innen braucht, häufig nicht gegeben ist. Mitarbeiter\*innen können nicht konstant im gleichen Bereich eingesetzt werden und so zu vertrauten Gesichtern werden, weil sie aufgrund von krankheitsbedingten Ausfällen oder Personalmangel regelmäßig in anderen Bereichen einspringen müssen. Das wiederum erschwert die Wahrnehmung und Berücksichtigung persönlicher Bedürfnisse und Werte einzelner Bewohner\*innen im Alltag. Mit Ausbruch der COVID-19 Pandemie und dem Verschieben des Schwerpunkts hin zu einer bestmöglichen Infektionskontrolle und konstant gelebtem Fremd- und Selbstschutz vergrößerte sich die Kluft zwischen Personenzentrierung und lediglicher Gewährleistung von „sicherer Pflege“ immer weiter.

#### **Handeln im Rahmen des Möglichen**

Insbesondere während des Auftretens von akutem Infektionsgeschehen innerhalb eines Pflegewohnhauses mussten viele personenzentrierte, bewohner\*innenorientierte Handlungen reduziert oder gar pausiert werden, um die zusätzlichen Schutzmaßnahmen und Quarantäneregelungen umsetzen zu können. Aber auch ohne das Auftreten akuter COVID-19-Fälle waren Bewohner\*innen mit einem Mal dazu aufgerufen, ihre Zeit möglichst innerhalb der Bewohner\*innenzimmer zu verbringen und auch mit ihren Mitbewohner\*innen innerhalb des eigenen Wohnbereichs bzw. der eigenen Hausgemeinschaft so wenig Kontakt wie möglich zu haben. Die Umsetzung einer regelkonformen Besucher\*innenverwaltung erlaubte dann zwar einzelne Besuchspersonen in den Pflegewohnhäusern, die Organisation der Besuche sowie das nötige Besucher\*innenmanagement zog aber gleichzeitig wertvolle Personalressourcen aus Verwaltung, Betreuung und Pflege ab.

So belastend, unvorhersehbar und restriktiv die Schutzmaßnahmen innerhalb der Pflegewohnhäuser, Wohnbereiche und Hausgemeinschaften für Bewohner\*innen und Mitarbeiter\*innen auch waren und sind, was sich dennoch innerhalb der letzten zwei Jahre zeigte, ist die unglaubliche Hingabe und Leidenschaft, mit der ein Großteil der Kolleg\*innen, die in den Pflegewohnhäusern tagtäglich ihren Dienst tun, zu Werke geht. Trotz der durch

den zusätzlichen Personalmangel noch herausfordernderen Situation wird seitens der Mitarbeiter\*innen alles darangesetzt, dass trotz gesteigertem Arbeitspensum nicht auf Herzlichkeit, Empathie und Humor im Umgang mit den Bewohner\*innen vergessen wird.

Als Arbeitgeber liegt der Fokus in den letzten zwei Jahren darauf, den Mitarbeiter\*innen der Pflegewohnhäuser einerseits das nötige Handwerkszeug zur Verfügung zu stellen und jene Rahmenbedingungen zu schaffen, mit denen die gegenwärtige Situation getreu der gesetzlichen Vorgaben bestmöglich und ressourcenschonend erledigt werden kann (klare Anweisungen und Anleitungen zur Information des Personals, verständliche Prozessleitfäden für relevante Abläufe während der Pandemie, Verbesserung der zeitnahen Teamkommunikation, zentrale Aufbereitung nützlicher Ressourcen und Dokumente, niederschwellige Zugänglichkeit aller benötigten Informationen und Materialien etc.) und andererseits Strategien, Mittel und Wege zur Gesunderhaltung und Stressminderung der Mitarbeiter\*innen zu finden und bereitzustellen (Organisation von Entlastungsangeboten wie Supervision und Coachings für alle Mitarbeiter\*innen bzw. ganze Pflege-Teams, Fortbildungen im Stressmanagement, Erfüllung der Grundbedürfnisse wie beispielweise die Bereitstellung täglicher Mahlzeiten direkt im Arbeitsbereich, Förderung von Aktivitäten und Angeboten zur Unterstützung der Gesundheit und des Wohlbefindens sowie regelmäßige Befragungen zur Belastungssituation am Arbeitsplatz inkl. Ableitung von entsprechenden Gegen- und Unterstützungsmaßnahmen).

### **Zusammenfassung und Ausblick**

Basierend auf den durch die Pandemie geänderten Gegebenheiten ist die stationäre Langzeitpflege ein beeindruckendes Beispiel dafür, wie man im Rahmen dessen, was (noch) möglich ist, ein System aufrechterhält, das seitens Politik und Gesellschaft nicht das Ausmaß an Finanzierung, Ressourcen und Wertschätzung erhält, das es bräuchte, um die Betreuung und Pflege hochaltiger Menschen langfristig in der optimalen Qualität sicherzustellen.

Die vormalige „Ausnahmesituation Corona-Pandemie“ ist mittlerweile Alltag geworden. Die negativen Auswirkungen von COVID-19 auf alle Mitarbeiter\*innen und Bewohner\*innen der Pflegewohnhäuser sind unbestreitbar. Die wiederkehrenden (Besuchs-)Einschränkungen und Verbote tragen in Kombination mit dem bereits davor herrschenden Fachkräftemangel seit nunmehr bald vierundzwanzig Monaten zu einer zunehmenden sozialen Isolation und Vereinsamung der Bewohner\*innen und zu einer abermals gesteigerten Arbeitsbelastung des Betreuungs- und Pflegepersonals bei. Dabei ist uns als Casa Leben bewusst, dass unsere Mitarbeiter\*innen unser wertvollstes Gut sind, um unseren Auftrag zur bestmöglichen Betreuung und Pflege hochaltriger Menschen erfüllen zu können.

Fast nebenbei hat die Pandemie es geschafft, die Einführung und den Einsatz neuer Technologien im Setting stationäre Langzeitpflege (Videotelefonie, Virtual Reality in der Pflege, Telemedizin etc.) markant zu beschleunigen, was davor häufig noch als nicht durchführbar abgetan wurde.

Zukünftig ist es unumgänglich, sowohl die Lebenssituation der Bewohner\*innen als auch die Arbeitssituation der Mitarbeiter\*innen langfristig zu verbessern, indem die Wertigkeit von Betreuung und Pflege insbesondere jenseits des Akutsettings entsprechend verbessert, die Finanzierung und Förderung an die aktuellen Anforderungen angepasst und das Berufsfeld Pflege auch für junge Generationen attraktiver gemacht wird.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt:

- Den Bewohner\*innen soll ein Höchstmaß an sozialer Teilhabe und Lebensqualität, auch unter COVID-19-Pandemiebedingungen, ermöglicht und aufrechterhalten werden.
- Es wird eine Offenheit gegenüber Innovationen und Technologien sowie der Ausbau einer entsprechenden virtuellen Versorgung für künftige Szenarien empfohlen, bei denen der persönliche Kontakt zur Pflege eingeschränkt ist.
- Ein weiteres großes Anliegen ist die Ausbildung und Unterstützung des Pflegepersonals (beispielsweise über E-Portale zur Informationsweitergabe, Beantwortung von Fragen, Fort- und Weiterbildung etc.).

#### 3.26 Gesundheitsförderung mit temperierten Ölkompresse bei chronischen Schmerz-Bewohner\*innen in herausfordernden Zeiten

Ältere, multimorbide Personen zählen zu den Risikogruppen für einen schweren Verlauf einer Covid-19 Erkrankung. In Pflegeeinrichtungen waren zum Schutz der Bewohner\*innen besondere Schutzmaßnahmen erforderlich, die sich vor allem auf soziale Kontakte bezogen (z.B.: Besuchsverbote, Abstandsregeln).

Hier zeigte sich seitens des Betreuungspersonals besonderes Engagement, um Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die Lebensqualität der Betroffenen zu kompensieren.

In der Pflege Leopoldstadt wurde 2016 die Aromapflege implementiert und immer wieder mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen ergänzt. Das neueste Projekt wurde auf Station Riesenrad geplant und ist seit Anfang Mai in der Umsetzungsphase.

##### **Die Forschungsfrage dieses interdisziplinären Projektes lautet:**

Kann das Schmerzepfinden bei chronischen Gelenksbeschwerden durch Anwendungen mit temperierten Ölkompresse mit dem Muskel- und Gelenk-Öl reduziert werden?

Das Projektziel ist aufzuzeigen, ob temperierte Ölkompresse mit dem Muskel- und Gelenk-Öl (Mandelöl, Tonkabohne, Orangenöl, Zedernholzöl, Lavendelöl und Cajeputöl) eine Verbesserung der Schmerzqualität und Intensität bieten und es dadurch zu einer Reduktion der angeordneten Schmerzmedikation und deren Kosten kommt.

In der Zukunft muss sich das Gesundheitssystem in zunehmendem Maße mit den speziellen Erfordernissen der schmerzmedizinischen und pflegerischen Versorgung von hochbetagten und älteren Personen beschäftigen. Schmerzhafte-chronische Erkrankungen nehmen im Alter zu, wie repräsentative Umfragen zeigen. Bei Personen über 65 Jahren leiden 41,7% unter mäßigen Schmerzen, 25,6% unter starken Schmerzen und 20,7% unter sehr starken oder unerträglichen Schmerzen leiden. 80%

der Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen leiden Untersuchungen zufolge an chronischen Schmerzen, die Schmerzhäufigkeit steigt mit der Nähe zum Lebensende. Schmerzen im Alter gehen oft mit Immobilität einher und setzen häufig einen Teufelskreis in Gang: der Verlust der Muskelmasse wird gefördert, wodurch sich Sturzrisiko und Immobilität verstärken. Dadurch werden andere

Begleiterscheinungen von chronischen Schmerzen wie Inkontinenz, Appetitlosigkeit und kognitiver Abbau gefördert, die Autonomie der Alltagsaktivitäten bedroht. Es besteht eine hohe ethische Verantwortung die bestmögliche Schmerztherapie unter Berücksichtigung der Besonderheit des Alters zu ermöglichen.

Das teilnehmende Projektteam setzt sich aus drei Ärzten, sechzehn Pflegepersonen, einer Physiotherapeutin und einer Apothekerin zusammen, die regelmäßig über die Evaluierungen der Schmerzskaleten (ECPA und NRS) informiert werden. Die Pflegepersonen wurden von Mitarbeiterin FBKP Girsch Sonja, Absolventin des Lehrgangs „Komplementärpflege – Aromapflege“ in der Durchführung der temperierten Ölkompreszen unterrichtet. Von der Mitarbeiterin STLP Jon Marina, Absolventin der Weiterbildung „Schmerzmanagement“ wurde für die Pflegepersonen eine Kurzinfo über die Wirkstoffe/Indikationen der bestellbaren Schmerzmedikamente erstellt, um darüber besser informiert zu sein.

Die teilnehmenden Ärzte verordneten am Pflegemaßnahmen-Blatt bei chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten das Muskel- und Gelenk Öl, welches in der Anstaltsapotheke bestellbar ist. Die verwendeten Wärmekissen entsprechen den Hygienestandards unserer Einrichtung. Zum Projekt sind Bewohner\*innen eingeladen, welche im vorgegeben Untersuchungszeitraum chronische Gelenksbeschwerden aufweisen, mit der Teilnahme einverstanden sind und keine Allergie gegen das Muskel- und Gelenk-Öl aufweisen. Der Projektzeitraum ist von Anfang Mai bis Ende Oktober geplant, doch bei großem Erfolg wird eine Verlängerung in Aussicht gestellt, in weiterer Folge eine Übernahme in den Regelbetrieb und Ausrollung im ganzen Haus.

Bei den monatlichen Projektevaluierungen wurde ersichtlich, dass die Schmerzmedikationen (besonders Opiate) um mehr als die Hälfte reduziert werden konnten. Besonders erwähnenswert sind nicht nur die signifikante Verbesserung des Schmerzempfindens der teilnehmenden Bewohner\*innen, sondern auch das Wohlbefinden und die Entspannung in der Corona-Pandemie. Zudem wurde die Stimmungslage der BewohnerInnen und Bewohner im bisherigen Projektzeitraum durch die temperierten Ölkompreszen deutlich gesteigert. Es konnten nicht nur die Schmerzen spürbar reduziert werden, sondern auch die Lebensqualität im Zeitraum der herausfordernden Corona-Pandemie signifikant gesteigert werden. Im bisherigen Projektzeitraum gab es 850 Anwendungen mit temperierten Ölkompreszen auf Station Riesenrad.

Die Wiener Heimkommission empfiehlt zielgerichtete Projekte die insbesondere in der Pandemie zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner\*innen beiträgt. Der Einsatz von temperierten Ölkompreszen bei chronischen Schmerzen ist eine nichtmedikamentöse pflegerische Maßnahme, die allein oder in Kombination mit einer angemessenen medikamentösen Therapie eingesetzt werden kann.

### 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. Bewohner\*innen, Mitarbeiter\*innen, Angehörige u. a. konnten – wie auch in den Vorjahren – persönlich, telefonisch oder schriftlich an die Wiener Heimkommission herantreten. Zunehmend wandten sich Heimleiter\*innen sowie Mitarbeiter\*innen von Wohn- und Pflegeheimen an die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission, um deren Expertise und Erfahrung zu nutzen.

Die telefonischen Kontakte wurden auch im Berichtsjahr 2021 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) 2021 wieder.

Die meisten Beschwerden bei den Sprechtagen der Wiener Heimkommission im Berichtsjahr 2021 wurden zum Thema „Heimorganisation“ vorgebracht. Des Weiteren wurden die Themen „Essen“, „Freizeitangebot“, „Kommunikation“ und „Hygiene/Sauberkeit“ bemängelt.

Betreffend Heimorganisation wurden des Öfteren Schwierigkeiten bei einer geplanten Übersiedlung eines Wiener Wohn- und Pflegeheims erwähnt. Aus Sicht der Bewohner\*innen wurde der Umzug nicht adäquat organisiert. Unsicherheiten bezüglich der neuen Räumlichkeiten (Können vorhandene Möbel mitgebracht werden? etc.) ließen Unruhe entstehen. In derselben Einrichtung wurde Kritik an „umständlichen“ Anmeldemodalitäten bezüglich der Covid-19-Besuchsregelungen geübt. Besucher\*innen mussten sich Tage vorher anmelden und es gäbe keine Flexibilität. Des Weiteren wurde der Wiener Heimkommission in anderen Einrichtungen über lange Wartezeiten für dringend benötigte Reparaturarbeiten in den Apartments berichtet, wie zum Beispiel die lange Reparaturdauer von Wasserleitungen, WC-Anlagen oder Waschmaschinen. Thematisiert wurde auch ein fehlender Greißler im Haus und die fehlende Begleitmöglichkeit für Einkäufe (da im Haus keine Möglichkeit dafür besteht).

Das Thema Essen stellte sich immer wieder als Herausforderung für die Bewohner\*innen dar, die sich eine individuellere und abwechslungsreichere Kost wünschten. Weniger Karotten und Erbsen, stattdessen ein vielfältigeres Angebot an Gemüse und Obst wurde erwähnt. Das Essen sei „ohne Geschmack“, „zerkocht“, „lieblos“ oder sei „zu wenig“. Manche Bewohner\*innen würden sich ihre Lebensmittel selbst kaufen und kochen, da die Mahlzeiten nicht ausreichen würden. Sonderkostformen wären schwierig zu bekommen, so wurde auch auf das fehlende Eingehen auf die Bewohner\*innen im Krankheitsfall (Stichwort Covid-19) und die nicht vorhandene Möglichkeit eines geänderten/individuellen Speiseplans kritisiert.

Das Freizeitangebot in den Einrichtungen empfanden Bewohner\*innen teilweise als zu einseitig und wenig ansprechend für „rüstige Senior\*innen“. Hier würde es neben Gedächtnistraining und Basteln ein „niveauvolleres Angebot“ brauchen. Weitere Bewohner\*innen wünschten sich generell mehr begleitete Aktivität im Alltag. In einem Haus wurde bemängelt, dass es keine Animation, keine Spiele oder Beschäftigung gäbe. Die Clubdamen wären „uninteressiert und gelangweilt“.

Mit dem Thema Freizeitangebot wurden gegenüber der Wiener Heimkommission auch Probleme Einsamkeit betreffend angesprochen.

Hinsichtlich Hygiene/Sauberkeit wurde insbesondere aus einer Einrichtung mitgeteilt, dass die Hygiene und Sauberkeit zunehmend vernachlässigt werde. Die Badezimmer in den Apartments würden nicht gründlich gereinigt und Mülleimer nicht ausgewaschen.

Insbesondere das Thema Kommunikation ist zentral beim Entstehen von Problemen, Unzufriedenheit und damit einhergehenden Beschwerden. Schwierigkeiten entstanden somit vorwiegend dort, wo die Kommunikation Bruchstellen aufwies. Zu wenig Information, das Gefühl, dass Anliegen oder Bedürfnisse nicht ernst genommen werden, zu wenig Zeit, zu wenig oder unfreundliche Ansprache wurden von den Bewohner\*innen verstärkt erwähnt. Mit mangelnder Kommunikation trat – so wurde in den Gesprächen ersichtlich – auch besonders das Thema „Einsamkeit“ vermehrt zum Vorschein.

So wurde der Wiener Heimkommission gegenüber Lob besonders dort mitgeteilt, wo Bewohner\*innen den Eindruck hatten, kompetente Ansprechpersonen seitens des Personals zu haben, sich daher gut informiert fühlten und so den Eindruck eines wertschätzenden Umgangs erlebten. Damit einher geht eine gut funktionierende Kommunikation, die von den Bewohner\*innen als „sehr höflich und freundlich“, „geduldig und verständnisvoll“ oder „ausgesprochen hilfsbereit“ zum Ausdruck gebracht wurde.

In diesem Zusammenhang stellte sich auch ein guter Kontakt zu den Heimleiter\*innen als besonders hilfreich heraus. Gelang hier ein stabiler Beziehungsaufbau, fühlten sich die Bewohner\*innen ernst genommen. Anliegen und Beschwerden konnten so rascher geklärt werden.

Hinsichtlich Heimorganisation zeigten sich Bewohner\*innen besonders lobend dort, wo die Möglichkeit gesehen wurde sehr autonom und selbstständig leben zu können und wo die medizinische- und pflegerische Versorgung als große Sicherheit empfunden wurde. Des Öfteren wurde von Bewohner\*innen erwähnt, dass sie diesbezüglich sehr zufrieden sind. Vereinzelt kamen Bewohner\*innen nur deshalb zum Sprechtag, um die Mitarbeiter\*innen und Heimleitungen zu loben.

Positiv aufgefallen zu sein scheint den Bewohner\*innen insbesondere auch ein freundlicher und höflicher Umgang seitens des Reinigungs-, Haustechnik- und Rezeptionspersonals.

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

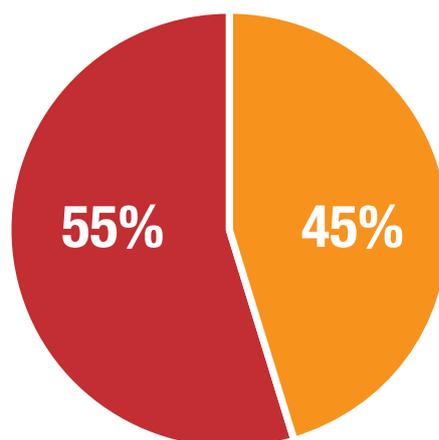
Auch im Berichtsjahr 2021 wurde auf rasche und niederschwellige Bearbeitung der Anliegen und Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner geachtet. Dabei stand ein lösungsorientiertes Vorgehen im Vordergrund. Angelegenheiten, welche einer näheren Überprüfung bedurften, wurden der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatur zugewiesen, dort bearbeitet und statistisch erfasst.

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

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

Die Wiener Heimkommission bündelt die gewonnenen Erfahrungen, Erkenntnisse, das fachliche Wissen und die Kompetenz ihrer Mitglieder und wird dies auch weiterhin für die Bewohner\*innen 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 2021 inklusive Vergleich mit den Vorjahren



<span style="color: orange;">■</span> Städtische Wohn- und Pflegeheime	368
<span style="color: red;">■</span> Private Wohn- und Pflegeheime	443
<span style="color: orange;">■</span> <b>Gesamt</b>	<b>811</b>

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

Jahr	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Städtische Wohn- und Pflegeheime (ab 2012 inkl. KWP)	731	866	682	957	1052	963	612	368
Private Wohn- und Pflegeheime (bis 2011 inkl. KWP)	894	929	938	1268	1125	1184	453	443
<b>Gesamt</b>	<b>1625</b>	<b>1795</b>	<b>1620</b>	<b>2225</b>	<b>2177</b>	<b>2147</b>	<b>1065</b>	<b>811</b>

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

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

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



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

In 86 der 89 Wohn- und Pflegeheimen wurden von Mitgliedern bzw. Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission auch im Jahr 2021 aufgrund der Corona-Pandemie nur ein Sprechtag abgehalten. Ausnahmen werden in Folge beschrieben.

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

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

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

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

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Alsheile	15 <sup>a)</sup>	0
Haus Am Mühlengrund	0	15
Haus An der Türkenschanze	3	0
Haus Atzgersdorf	2	0
Haus Augarten	8 <sup>b)</sup>	0
Haus Brigittenau	0	7
Haus Döbling	0	5
Haus Föhrenhof	0	30
Haus Gustav Klimt	1	0
Haus Haidehof	2	7
Haus Hetzendorf	0	0
Haus Hohe Warte	5 <sup>c)</sup>	0
Haus Jedlersdorf	0	30
Haus Laaerberg	1	15
Haus Leopoldau	0	10
Haus Liebhartstal	1	0
Haus Margareten	0	5
Haus Mariahilf	0	31
Haus Maria Jacobi	1	0

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neubau	0	30
Haus Penzing *)	0	0
Haus Prater	6 <sup>d)</sup>	0
Haus Rosenberg	1	4
Haus Rossau	2	9
Haus Rudolfsheim	0	35
Haus Schmelz **)	0	0
Haus Tamariske-Sonnenhof	0	8
Haus Am Trazerberg	1	0
Haus Wieden	0	10
Haus Wienerberg	0	4
<b>30 Häuser</b>	<b>48</b>	<b>256</b>

Rechtsträger: "Wiener Gesundheitsverbund"	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflege Baumgarten ***)	0	0
Pflege Liesing	0	8
Pflege Floridsdorf	0	5
Pflege Donaustadt	0	2
Pflege Leopoldstadt	0	8
Pflege Meidling	0	0
Pflege Simmering	0	13
Pflege Innerfavoriten	0	25
Pflege Rudolfshheim-Fünfhaus	2	0
<b>9 Häuser</b>	<b>3</b>	<b>61</b>

Rechtsträger: Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Franz Borgia	0	10
Haus St. Teresa	0	0
Haus Schönbrunn	0	1
Haus St. Antonius	0	15

Rechtsträger: <b>Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinnützige GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus St. Barbara	0	0
Haus St. Elisabeth	0	5
Haus St. Klemens	0	0
Haus St. Martin	0	15
<b>8 Häuser</b>	<b>0</b>	<b>46</b>

Rechtsträger: <b>CS Caritas Socialis GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflege- und Sozialzentrum Rennweg	0	4
Pflege- und Sozialzentrum Pramergasse	0	1
Pflege- und Sozialzentrum Kalksburg ****)	0	0
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Floridsdorf	0	7
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Liesing	0	13
<b>5 Häuser</b>	<b>0</b>	<b>25</b>

Rechtsträger: <b>Kuratorium Fortuna zur Errichtung von Senioren-Wohnanlagen</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Appartementshaus Fortuna	0	5
Baumgasse Fortuna	0	3
Gartensiedlung Fortuna	0	0
Schlosspark Fortuna	2	0
Wohnpark Fortuna	0	15
<b>5 Häuser</b>	<b>2</b>	<b>23</b>

Rechtsträger: <b>Casa Leben gemeinnützige GmbH <sup>1)</sup></b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflegewohnhaus Casa Sonnwendviertel	1	12
Pflegewohnhaus Casa Kagran	1	15
<b>2 Häuser</b>	<b>2</b>	<b>27</b>

Rechtsträger: <b>Institut Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Seeböckgasse	0	30
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>30</b>

## 4 | Statistischer Überblick

Rechtsträger: Haus der Barmherzigkeit – Pflegezentrum, Tokiostraße	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Tokiostraße	1	9
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>9</b>

Rechtsträger: Haus der Barmherzigkeit – Pflegeheim St. Josef BetriebsgesmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Am Maurerberg – St. Josef	0	15
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>15</b>

Rechtsträger: San Damiano, Pflegewohnhaus der Franziskanerinnen Wien GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
San Damiano	0	15
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>15</b>

Rechtsträger: Ärzteheim Betriebsgesellschaft mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Pflegezentrum Ärzteheim	0	15
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>15</b>

Rechtsträger: Kursana Residenzen GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenresidenz Wien-Tivoli	1	10
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Rechtsträger: Israelitische Kultusgemeinde	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Maimonides-Zentrum GmbH	0	8
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>8</b>

Rechtsträger: Hans und Margarethe Steger-Stiftung (Die Stiftung wird durch den Verein "HAUS MALTA", Senioren-Sitz der Malteser verwaltet)	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Malta	4 <sup>e)</sup>	5
<b>1 Haus</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Rechtsträger: SeneCura Residenz Oberdöbling gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
SeneCura Residenz Oberdöbling	0	0
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Rechtsträger: SeneCura Residenz Grinzing gemeinnützige GmbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
SeneCura Residenz Grinzing	3	20
<b>1 Haus</b>	<b>3</b>	<b>20</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Atzgersdorf Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Atzgersdorf	0	2
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Brigittenau Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Brigittenau	0	20
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>20</b>

Rechtsträger: "Wie daham" Seniorenschlössl Donaustadt Betriebsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus mbH	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Seniorenschlössl Wien-Donaustadt	0	13
Wie daham Generationendorf Töllergarten	0	15
<b>2 Häuser</b>	<b>0</b>	<b>28</b>

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

Rechtsträger: Fonds der Wiener Kaufmannschaft	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Park Residenz Döbling, Seniorenwohnen der Wiener Kaufmannschaft	0	12
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>12</b>

Rechtsträger: <b>VAMED Care gemeinnützige Betriebs-GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Vitality Residenz am Kurpark Wien Oberlaa	0	0
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Rechtsträger: <b>Kolpinghaus für betreutes Wohnen GmbH (Wien Favoriten)</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben	1	15
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>15</b>

Rechtsträger: <b>Kolping Altenpflege Wien Leopoldstadt GmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben Leopoldstadt	0	12
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>12</b>

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

Rechtsträger: <b>Österreichische Blindenwohlfahrt gemGmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Johann-Wilhelm-Klein-Haus der Österreichischen Blindenwohlfahrt	0	2
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

Rechtsträger: <b>ÖJAB – Österreichische Jungarbeiterbewegung</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Haus Neumargareten	0	25
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>25</b>

Rechtsträger: <b>Hubert Häussle gemGmbH</b>	Anzahl der Kontakt- aufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontakt- aufnahmen passiv**
Privatpflegeheim Rodaun	0	15
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>15</b>

Rechtsträger: Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen BKS GmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Wohn- und Pflegehaus Kaisermühlen	0	6
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>6</b>

Rechtsträger: "Helfende Hände" Familienhaus Talisman 1150 - Verein zur Sicherung der Qualität in der Pflege im Alten- und Behindertenbereich	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Familienhaus "Der Talisman – 1150" *****)	0	4
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>4</b>

Rechtsträger: Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Hausgemeinschaften Erdbergstraße	0	10
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>10</b>

Rechtsträger: Formanek GmbH (Sonderkrankenanstalt)	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Sanatorium Liebhartstal, Sonderkrankenanstalt	0	0
<b>1 Haus</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

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

Rechtsträger: Gesellschaft für soziale Dienste, SOZIAL GesmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Betreutes Wohnen im Kabelwerk	1	10
<b>1 Haus</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Rechtsträger: Residenz Josefstadt GmbH	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Residenz Josefstadt	4 <sup>0</sup>	15
<b>1 Haus</b>	<b>4</b>	<b>15</b>

Summe:	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
<b>Insgesamt 89 Häuser</b>	<b>70</b>	<b>741</b>

**<sup>\*)</sup> Haus Penzing:**

Das Haus Penzing wurde auch 2021 aufgrund einer Generalsanierung nicht besucht.

**<sup>\*\*)</sup> Haus Schmelz:**

Das Haus Schmelz wurde auch 2021 aufgrund einer Generalsanierung nicht besucht.

**<sup>\*\*\*)</sup> Pflege Baumgarten:**

Die Beschwerde wurde zwar beim Sprechtag eingebracht, betraf jedoch nicht das Haus Pflege Baumgarten, sondern die Klinik Floridsdorf und wurde entsprechend in der WPPA bearbeitet.

**<sup>\*\*\*\*)</sup> Haus Kalksburg**

Da es im Haus Kalksburg zum vereinbarten Termin im Herbst einen Corona-Cluster gab und danach ein Lockdown folgte, wurde das Haus nicht besucht.

**<sup>\*\*\*\*\*)</sup> Familienhaus „Der Talisman - 1150“**

Das Haus Talisman wurde mit 30.10.2021 geschlossen, konnte jedoch zuvor noch besucht werden.

<sup>1)</sup> Die Firma wurde von „Casa Leben im Alter gGmbH“ in „Casa Leben gemeinnützige GmbH“ umbenannt.

**<sup>a)</sup> Haus Alszeile**

Die Beschwerden betrafen Covid-bedingte Einschränkungen wie z.B., dass kein Greißler vorhanden ist und es auch an Begleitmöglichkeiten fehlt, wenn man einkaufen gehen möchte. Außerdem wurde die Reinigung im Haus kritisiert und das Essen als lieblos zubereitet und zerkoht beschrieben. Zudem fehle es an Animation und Beschäftigung sowie generell an Problemen im kommunikativen Bereich. Gelobt wurde ausdrücklich das technische Personal. Es wurden Anfragen zu Kosten gestellt und über das Problem mit der Österreichischen Gesundheitskassa hinsichtlich Inkontinenzprodukten berichtet.

**<sup>b)</sup> Haus Augarten**

Bewohner\*innen übten Kritik hinsichtlich der Kommunikation und Informationsweitergabe seitens der Direktion, als auch gegenüber der fehlenden Lösungsorientiertheit bezüglich Problemen mit der Wassertemperatur im Apartment. Ein Lob betraf die Mitarbeiter\*innen der Rezeption, welche sehr engagiert und hilfsbereit wahrgenommen wurden.

Es wurde zudem der Wunsch nach Beschäftigungsangeboten für geistig noch rüstige Bewohner\*innen geäußert, sowie Auswahl und der Geschmack der Speisen kritisiert. Bei chronischer Erkrankung wurde die medizinische Versorgung als nicht ausreichend empfunden.

**<sup>c)</sup> Haus Hohe Warte**

Eine Beschwerde betraf die Klinik Floridsdorf, in welcher der Gatte verstorben ist, ohne dass die Bewohnerin bei ihm sein durfte. Das Schmerzpflaster wurde einen Tag verspätet zur Verfügung gestellt. Man wünscht sich eine bessere Verständigung und mehr Verständnis für die Bewohner\*innen. Eine andere Bewohnerin äußerte, dass sie sich insbesondere am Wochenende einsam fühle; das Personal hätte zu wenig Zeit für sie.

**<sup>d)</sup> Haus Prater**

Im Rahmen der Sprechstunde gab es Beschwerden über einen unfreundlichen Arzt und über die Qualität des Essens. Des Weiteren wurde der Wunsch geäußert, dass bei nicht besetzter Rezeption eine Security eingesetzt wird, da schon mehrmals im Haus eingebrochen worden sei. Als schrecklich seien die 10 Tage in Quarantäne empfunden worden, da kaum Ansprache vorhanden war. In einem Fall wurde auch die Qualität der Pflege kritisiert.

**<sup>e)</sup> Haus Malta**

Die Einrichtung, insbesondere das Personal, wurde sehr gelobt. Sorgen wurden lediglich bezüglich der geplanten Übersiedlung geäußert da Befürchtungen bestehen, dass die derzeitige familiäre Atmosphäre nicht mehr vorhanden sein wird.

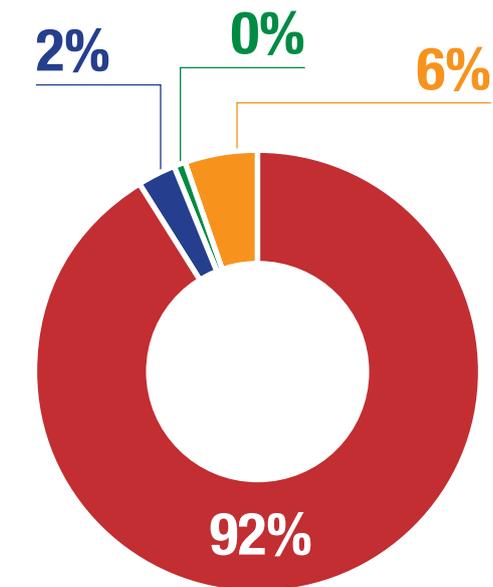
**<sup>f)</sup> Residenz Josefstadt**

Die Bewohner\*innen äußerten Interesse an der Tätigkeit der Wiener Heimkommission und lobten die Einrichtung.

**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.

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



<span style="color: red;">■</span> keine weitere Erledigung erforderlich*	746
<span style="color: blue;">■</span> vor Ort erledigt	17
<span style="color: green;">■</span> teilweise vor Ort erledigt**	0
<span style="color: orange;">■</span> nicht vor Ort erledigt**	48
<span style="color: blue;">■</span> <span style="color: green;">■</span> <span style="color: orange;">■</span> <span style="color: red;">■</span> Gesamt	811

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

\*\* Anliegen, die nur teilweise oder nicht vor Ort erledigt werden konnten, wurden von den Mitgliedern/Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission an die Geschäftsstelle weitergeleitet. Diese Anliegen wurden von den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle rasch und niederschwellig bearbeitet und erledigt. In 41 Fällen war eine aktenmäßige Bearbeitung durch die WPPA erforderlich.

---

**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:**

AV-Medien  
www.av-medien.at  
Fotos: Wiener Heimkommission, Shutterstock / Followtheflow

**Druck:**

Wograndl Druck GmbH  
7210 Mattersburg  
www.wograndl.com

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



