

BERICHT

der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und
Patientenanwaltschaft eingerichteten

WIENER HEIMKOMMISSION

2010

Liebe Wienerin, lieber Wiener!



Pflege und Betreuung sind angesichts der demographischen Entwicklung zu einem zentralen gesellschaftspolitischen Thema geworden. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie Pflege und Betreuung organisiert werden können, damit pflege- und betreuungsbedürftige Menschen eine bedarfsgerechte Versorgung bekommen, die für sie leistbar ist. Auf der einen Seite stehen hier in Wien ein abgestuftes Pflegenetzwerk von mobiler Betreuung, Betreutem Wohnen in Wohngemeinschaften und auf der anderen Seite Seniorenwohnhäuser sowie Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren zur Verfügung. In dieser Vielfalt von regional über Wien verteilten Angeboten liegt die Stärke des Wiener Geriatriekonzepts, denn es

braucht nicht jede und jeder Pflege- und Betreuungsbedürftige dasselbe. So können Seniorinnen und Senioren mit Betreuungsbedarf auch möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung und damit in der vertrauten Umgebung leben. Gleichzeitig kann durch so unterschiedliche Unterstützungsformen auf spezielle Bedürfnisse, etwa von Menschen mit Demenzerkrankung, eingegangen werden.

Wenn das Leben in den eigenen vier Wänden nicht mehr möglich ist, werden pflegebedürftige Wienerinnen und Wiener in den städtischen und gemeinnützigen privaten Wiener Pflegeeinrichtungen bestens betreut. Auch Lebensqualität und „sich zu Hause zu fühlen“, steht dann auf der Wunsch- und Bedürfnisliste der Menschen ganz oben. Die Wiener Heimkommission und auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihrer bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsstelle eingerichteten Geschäftsstelle achten darauf besonders. Neben den Sitzungen der Heimkommission halten die Mitglieder auch persönlich Sprechstage in den Pflegeeinrichtungen ab und die Geschäftsstelle organisiert Vernetzungstreffen, wie die Plattform der Bewohnerinnen- und Bewohnerservicestellen. Im Rahmen dieser Plattform werden Erfahrungen ausgetauscht und Problemlösungen entwickelt. Auch für die Alltagsarbeit mit pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen werden wertvolle Informationen, etwa durch Vorträge von Expertinnen und Experten, gegeben. Deshalb wird das Angebot der Plattform von den Leiterinnen und Leitern der Bewohnerinnen- und Bewohnerservicestellen sehr gut angenommen.

Die Anliegen der Bewohnerinnen und Bewohner fließen über die Sprechstage in den Heimen in den Bericht ein. Die Erfahrungen der Bewohnerinnen- und Bewohnerservicestellen, die täglich mit den pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen Kontakt haben, gehen über die Plattform und durch Berichte an die Geschäftsstelle, aber auch durch Mitglieder aus dem Kreis der Bewohnerinnen- und Bewohnervertreterinnen und -vertreter zu den Mitgliedern der Heimkommission. Damit ist ein guter Informationsfluss gewährleistet, um Wünsche und Beschwerden rasch bearbeiten zu können.

Ich danke den Mitgliedern der Heimkommission sowie den Mitarbeiterinnen und dem Mitarbeiter der Geschäftsstelle für ihren Einsatz für pflegebedürftige Wienerinnen und Wiener. Der jährliche Bericht der Wiener Heimkommission ist ein wertvoller Beitrag in der Umsetzung des Wiener Geriatriekonzepts.

Mag.^a Sonja Wehsely

Stadträtin für Gesundheit und Soziales

Einleitung



Der Bericht der Wiener Heimkommission für das Jahr 2010 an den Magistrat im Sinne des § 29 Abs. 1 WWPG liegt nunmehr vor. Die Kommission versteht ihren Auftrag zur Berichterstattung nicht etwa primär in einer Darstellung des Status quo, sondern vor allem darin Vorschläge zu erstatten und Empfehlungen abzugeben. Damit soll es den Entscheidungsträgern erleichtert werden die Entwicklung der Wohn- und Pflegeheime bedürfnis- sowie bewohnerinnen- und bewohnerorientiert zu lenken.

Natürlich kommt der korrekten Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben im Sinne des WWPG hohe Bedeutung zu. Dort setzt aber ohnehin die behördliche Pflegeheimaufsicht an. Das Gesetz regelt den Standard, den Wohn- und Pflegeheime jedenfalls zu erfüllen haben und die Heimaufsicht kontrolliert, ob dem Gesetz entsprochen wird. Die Heimkommission legt ihren Fokus aber auch auf eine weitere Ebene, nämlich auch auf die der so genannten Softskills: Nicht was Wohn- und Pflegeheime an Mindeststandards erfüllen müssen, sondern was sie erfüllen sollen, steht im Zentrum der Betrachtung der Heimkommission. Es geht dabei um Anliegen, die auch gar nicht so leicht durch ein Gesetz vorgegeben oder darin nur schwierig oder nur sehr unbestimmt umschrieben werden können. Die Pflegeheimaufsicht könnte etwa kaum einen gesetzlichen Begriff wie „Lebensqualität“ für Bewohnerinnen und Bewohner mittels eines verwaltungsbehördlichen Bescheides gewährleisten. Zu unbestimmt ist ein solcher Begriff, als dass er rechtlich ausreichend erfassbar und beschreibbar wäre. Dazu fehlen auch allgemein brauchbare Messinstrumente. Jede(-r) hat eine Vorstellung davon, was mit Lebensqualität gemeint ist und wahrscheinlich decken sich diese Vorstellungen über weite Strecken, dennoch sind sie aber im Detail individuell unterschiedlich. Das Idealziel ist es Menschen in Wohn- und Pflegeheimen sowohl hinsichtlich der gemeinsamen, aber auch hinsichtlich der persönlichen Vorstellungen zu dieser Lebensqualität zu verhelfen. Idealziele scheinen zwar oft unerreichbar zu sein, dennoch sollte das aber kein Hindernis darstellen, dieses Ziel trotzdem anzusteuern.

Ein ganz wesentliches Thema aus dem vorliegenden Bericht sei herausgegriffen, nämlich die Ernährung. Einerseits handelt es sich um ein lebenswichtiges Grundbedürfnis im Sinn von Nahrungsaufnahme. Andererseits isst und genießt man mit mehreren Sinnen, etwa mit dem Geruchs- und Geschmacksinn. Aber sprichwörtlich isst man auch „mit den Augen“. Kann man etwa nur noch breiige Nahrung zu sich

nehmen, bleibt der appetitanregende Blick auf den bunten Gemüseteller oder das goldbraun gebackene Schnitzel verborgen. Nur faschierter Brei oder ständig Püree erfreuen das Auge nicht. Essen wird mit der Zeit zu einer lästigen „biologischen Pflicht“. Es geht aber auch anders: Auch bei Breikost muss nicht auf Garnierung verzichtet werden. Es muss auch nicht sein, dass ein Schöpfer Brei mehr oder weniger lieblos auf dem Teller landet. Es gibt Formen, mit denen man auch Brei optisch aufbereiten kann und er muss auch nicht so beschaffen sein, dass alles zu einem Einheitsbrei wird. Der Tisch muss auch nicht kahl sein, sondern kann mit Blumen geschmückt sein und auch der Raum, in dem gegessen wird, muss nicht schmucklos oder ausschließlich zweckmäßig sein, damit er nur ja schnell und effizient gereinigt werden kann. Schon eine Mischung aus Zweckmäßigkeit und etwas freundlicher Gestaltung des Essbereiches kann kleine Wunder in Bezug auf den Appetit bewirken. Natürlich wirkt sich das letztlich auch gesundheitlich aus, denn ausreichende und abwechslungsreiche Ernährung ist gerade bei älteren Menschen mit körperlichen Abbauerscheinungen ein ganz wichtiger Faktor. Mit der Lebensqualität steigt auch die Lebensfreude und schließlich vielleicht sogar die Lebenserwartung.

Das ist nur ein Beispiel dafür, was getan werden kann um Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf verbesserte Lebensqualität und nicht bloß Unterbringung und „Versorgung“ zu bieten. Zu einem erheblichen Teil geht es um relativ einfache Maßnahmen, die keine tiefen Löcher ins Budget reißen, sondern die auch mit geringem oder gar keinem finanziellen Aufwand die Zufriedenheit und Lebensfreude der Bewohnerinnen heben.

Als Vorsitzender der Wiener Heimkommission und auch als Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwalt hoffe ich im Namen aller Kommissionsmitglieder, dass der vorliegende Bericht für das Jahr 2010 im Zuge der Umsetzung des Wiener Geriatriekonzeptes, aber auch für den laufenden Betrieb der Wiener Wohn- und Pflegeheime viele Anregungen, Ideen und Empfehlungen enthält, die den Bewohnerinnen und Bewohnern zu Gute kommen.

Wien, im April 2011

Hon. Prof. Dr. Konrad Brustbauer
Vorsitzender der Wiener Heimkommission

Inhaltsverzeichnis

1 Über die Wiener Heimkommission

1.1 Die Errichtung der Wiener Heimkommission/Allgemeines	6
1.2 Die Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission	6
1.3 Die Aufgaben der Wiener Heimkommission	9
1.4 Die Tätigkeit der Wiener Heimkommission	10
1.5 Die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission	11
1.6 Arbeitsablauf in der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission	12
1.7 Kontaktaufnahme mit der Wiener Heimkommission	13
1.8 Plattform – Bewohnerservicestellen	14
1.9 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen	15

2 Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten

2.1 Lehrstuhl für Geriatrie	16
2.2 Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime	17
2.3 Studie zum Thema Demenz der Caritas Socialis	18
2.4 Prävalenzerhebung – ein Erfahrungsbericht	19

3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge zur Förderung der Rechte und Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner in Wiener Wohn- und Pflegeheimen

3.1 Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung – Vorbereitung eines Pilotprojekts	20
3.2 Freiheitsbeschränkungen in Wohn- und Pflegeheimen	23
3.3 Gelingende Symptomkontrolle durch patientinnen- und patientengerechte ärztliche Kommunikation	25
3.4 Betreutes Wohnen – neuer Leistungsschwerpunkt in den Häusern zum Leben	26
3.5 Methodische und konzeptionelle Ansätze in der Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen	28

3.6 Heilmittel – Hilfsbehelfe im Wohn- und Pflegeheim, Selbstbehalte für Krankenkassenleistungen	33
3.7 Eden-Alternative® – Betreuungsphilosophie in der Langzeitpflege	34
3.8 Selbstbestimmung trotz Betreuungsnotwendigkeit?	38
3.9 Kinästhetik im Sozialmedizinische Zentrum Sophienspital – Geriatriezentrum	39
3.10 Implementierung und Evaluierung eines bewohnerorientierten Maßnahmenpakets zur Förderung der Lebensqualität in der geriatrischen Langzeitpflege	40
3.11 Implementierung und Evaluierung einer „Offenen Gruppe für pflegende Angehörige“	42
3.12 Verpflegungskonzept NEU im Geriatriezentrum Klosterneuburg	44
3.13 Die Antwort auf Mangelernährung ist Kreativität	45
3.14 „Ernährungssituation in den stationären Bereichen des Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser („nutritionDay“ – Ergebnisse und Maßnahmen)“	47
3.15 Ethische Herausforderungen in der Langzeitbetreuung	51
3.16 Aggression und Gewalt in der Betreuung und Pflege	52

4 Statistischer Überblick

4.1 Erläuterungen zum Organisationsablauf und zur Statistik der Wiener Heimkommission	56
4.2 Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2010	57
4.3 Anzahl der Kontaktaufnahmen mit der Wiener Heimkommission bei Sprechtagen nach Rechtsträgern	58
4.4 Anzahl der aktiven und passiven Kontaktaufnahmen bei den Sprechtagen in den Wohn- und Pflegeheimen	59
4.5 Erledigung der bei Sprechtagen erfolgten Kontaktaufnahmen in den Wohn- und Pflegeheimen	65

5 Anhänge	66
-----------------	----

1 Über die Wiener Heimkommission

1.1 Die Errichtung der Wiener Heimkommission/Allgemeines

Das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz - WWPG, LGBl. für Wien Nr. 15/2005, (WWPG), trat mit 30. 6. 2005 in Kraft (siehe Punkt 5). Gemäß § 29 WWPG ist bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtschaft 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 Mitglieder und Ersatzmitglieder für die dritte Funktionsperiode (Beginn mit 19. November 2010) der Wiener Heimkommission finden sich unter Punkt 1.2.

1.2 Die Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission

Fachleute aus dem Pflegebereich	
Mitglieder	 Gabriele Thür, MBA, Oberin (stv. Vorsitzende) Wiener Krankenanstaltenverbund Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser mit sozialmedizinischer Betreuung Bereich für Gesundheits- und Krankenpflege
	 Eva Mutz-Amon akad. gepr. Krankenhausmanagerin Pflegedirektorin Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse und Tokiostraße

Ersatzmitglieder	 Mag.^a Doris Stelzhammer Pflegeexpertin Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
	 PhDr.ⁱⁿ Elisabeth Tuma, MAS Leitende Direktorin und Pflegedienstleiterin Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Geriatriezentrum Favoriten

Vertreter der Heimträger	
Mitglieder	 Norbert Koblinger Leiter der Stabsstelle Bewohnerservice Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser
	 Mag. Robert Oberndorfer Geschäftsführer Caritas Socialis GmbH und CS Pflege- und Sozialzentrum Rennweg GmbH Vorstand Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
Ersatzmitglieder	 Dr.ⁱⁿ Susanne Drapalik (tätig bis 19. 11. 2010) Leiterin des Geschäftsbereichs Medizinmanagement und Sofortmaßnahmen Wiener Krankenanstaltenverbund – Generaldirektion
	 Dr.ⁱⁿ Karin Mosser (tätig ab 19. 11. 2010) Wiener Krankenanstaltenverbund Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser mit sozialmedizinischer Betreuung Leiterin des Bereiches Medizin
	 Ing. Karl Svoboda, MBA Geschäftsführer Fortuna aktiv Betriebsgesellschaft für Senioren-Wohnanlagen mbH

Ärzte	
Mitglied	 <p>Prim. Dr. Georg Psota Chefarzt des Psychosozialen Dienstes Wien</p>
Ersatzmitglied	 <p>Prim. Dr. Nadia Sterba Vorstand der 9. Med. Abteilung mit psychischen Störungen des höheren Lebensalters und ärztliche Leitung der Abteilung für psychosoziale Rehabilitation Geriatriezentrum Am Wienerwald</p>
Auf Beschwerdemanagement in der Pflege spezialisierte Personen	
Mitglied	 <p>Charlotte Sühs Leiterin – Beratungszentrum Wohn- und Pflegeheime Fonds Soziales Wien</p>
Ersatzmitglied	 <p>Susanne Winkler Assistentin der Geschäftsleitung Fonds Soziales Wien</p>
Juristen	
Mitglied	 <p>Hon. Prof. Dr. Konrad Brustbauer (Vorsitzender) Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft</p>
Ersatzmitglied	 <p>Mag. Siegfried Weilharter, OMR Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft</p>

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 (siehe Punkt 5) 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 Patienten-anwaltschaft (WPPA), haben sich mit den Pflege- und Betreuungskonzepten zu befassen.

Um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden wird eine zweckmäßige und die 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 Sprech-tage:

- 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 sammelt bei ihren regelmäßigen Sprechtagen Erfahrungen vor Ort. Ergänzt wird dies durch die hohe fachliche Kompetenz und die eigene Erfahrung der Mitglieder/Ersatzmitglieder aus deren beruflichem Umfeld.

Um die Arbeit in den Wohn- und Pflegeheimen zu optimieren, informiert die Wiener Heimkommission vor Ort über die gesetzlichen Bestimmungen, die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner und die von ihr als „best practice“ angesehenen Vorgangsweisen. Diese Informationen sollen als unterstützendes Angebot verstanden werden.

Im Jahre 2010 wurden 173 Sprechtage von den Vertreterinnen und Vertretern der Wiener Heimkommission in 89 (mit 2 Neueröffnungen) Wiener Wohn- und Pflegeheimen, den 3 in Niederösterreich befindlichen Wohn- und Pflegeheimen des Krankenanstaltenverbundes der Stadt Wien und in 3 Wiener Sonderkrankenanstalten (Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse und Tokiostraße, Sanatorium Liebhartstal) abgehalten.

Auf die in Niederösterreich (NÖ) befindlichen Pflegeheime der Stadt Wien (Geriatrizentrum Klosterneuburg, Geriatrizentrum St. Andrä/Traisen und Geriatrizentrum Ybbs/Donau) und auf die genannten Sonderkrankenanstalten findet das WWPG keine Anwendung. Im Einvernehmen mit dem NÖ Patienten- und Pflegeanwalt halten die Mitglieder/Ersatzmitglieder als Serviceleistung auch Sprechstunden in diesen in NÖ befindlichen Wohn- und Pflegeheimen des Wiener Krankenanstaltenverbundes ab. Ebenso haben die Rechtsträger der erwähnten Sonderkrankenanstalten eingeladen, auch in ihren Häusern Sprechstunden abzuhalten.

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

1.5 Die Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission

Die Geschäftsstelle ist in der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatur eingerichtet. Mit der Leitung ist Herr OMR Mag. Siegfried Weilharter betraut.

Das Team besteht des Weiteren aus Frau OARⁱⁿ Sonja-Maria Grünsteidl (auch Referentin der WPPA), abgelöst von Frau DSA Gabriele Sulek-Frank (auch Referentin der WPPA) sowie Frau Oberin Gabriele Allmer (auch Referentin der WPPA). Das Sekretariat der Geschäftsstelle wurde von Frau Eva Raffetseder, Kanzleibeamtin und in Einschulung von Frau Sandra Zawrel, Kanzleibedienstete besetzt.

Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission



Mag. Siegfried Weilharter



Sonja-Maria Grünsteidl



Gabriele Sulek-Frank



Gabriele Allmer



Eva Raffetseder

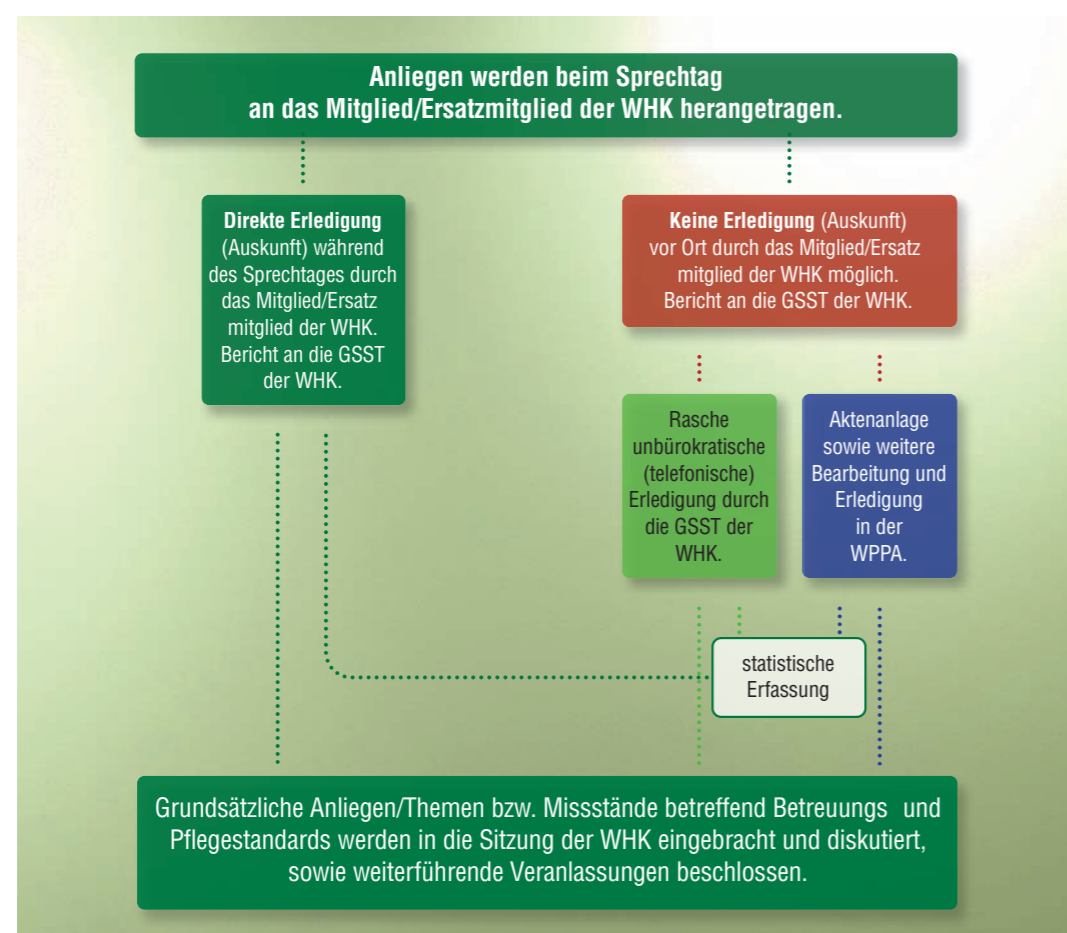


Sandra Zawrel
(tätig ab 16. 3. 2010)

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 Patienten-anwaltschaft

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
 Schönbrunner Straße 108/Eingang Sterkgasse, 4. Stock
 1050 Wien

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

per Fax: 4000/82 510

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

Internet: www.patientenanwalt.wien.at

öffentliche Verkehrsmittel:

U4 Station Margaretengürtel/Ausgang Morizgasse
 Straßenbahn Linie 6, 18, Station Margaretengürtel
 Autobus Linie 12A, Station Am Hundsturm

Ein Behindertenparkplatz steht von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr vor dem Haus Schönbrunner Straße 108 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
- u. a.

Wofür ist die Wiener Heimkommission zuständig?

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

Die Anliegen werden auf Wunsch anonym behandelt.



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

Die Wiener Heimkommission beauftragte die Geschäftsstelle (GSST) am 22. 5. 2006, eine Plattform der Leiterinnen und Leiter bzw. stellvertretenden Leiterinnen und Leiter der Bewohnerservicestellen (BSST) einzurichten, um einen institutionalisierten Meinungs-, Erfahrungs- und Informationsaustausch zu ermöglichen. Frau Oberin Gabriele Allmer leitet diese Plattform.

Wie auch im Vorjahr wurden von der Geschäftsstelle der Wiener Heimkommission zwei Treffen der Leiterinnen/Leiter und stellvertretenden Leiterinnen/Leiter der BSST organisiert und gestaltet.

Von den 89 Wiener Wohn- und Pflegeheimen (davon 3 Sonderkrankenanstalten und 3 Heime in NÖ) verfügt das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser über ein zentrales Bewohnerservice für seine 31 Wohnhäuser. Ebenso steht den 8 Wohn- und Pflegeheimen der Caritas der Erzdiözese Wien eine zentrale Bewohnerservicestelle zur Verfügung.

Der Wiener Heimkommission wurden insgesamt 44 Bewohnerservicestellen genannt, da auch Häuser/Heime mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Häuser, die nicht dem WWPG (siehe 5. Anhänge) unterstehen, eine solche eingerichtet haben.

Das erste Treffen im Jahr 2010 fand im April auf Einladung in der Kursana Residenz Wien Tivoli, 12., Hohenbergstraße 58, statt. Es nahmen 39 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 33 Häusern/Heimen teil. Finanzierung war keine erforderlich, Räumlichkeiten und Bewirtung wurden von der Hausleitung zur Verfügung gestellt.

Für diese Veranstaltung konnte Frau MMag.^a Annemarie Entschev, Leiterin der Bewohnerservicestelle aller Senioren- und Pflegehäuser der Caritas der Erzdiözese Wien, mit dem Impulsreferat: „Rechtsethik in der Medizin und Pflege“ gewonnen werden. Ebenso Herr OA Dr. Erwin Meisl, Leiter der Bewohnerservicestelle des Geriatriezentrum Am Wienerwald, mit einem Impulsreferat zum Thema: „Ernährung und Alter“. Im Anschluss daran gab es ausreichend Möglichkeit zu fragen und zu diskutieren, dies wurde auch rege in Anspruch genommen.

Der zweite Teil der Veranstaltung bestand aus dem „Erfahrungs- und Meinungsaustausch – Gruppenarbeit“, in dem folgende Themen behandelt wurden:

- Welche Profession bringe ich mit?
- Welcher Berufsgruppe gehöre ich in meiner derzeitigen Funktion an?
- Welche meiner bisherigen Ausbildungen und Erfahrungen sind für meine Funktion in der Bewohnerservicestelle hilfreich?
- Was wünsche ich mir für die Zukunft (bzw. wäre hilfreich) zur Ausübung meiner Aufgaben in der Bewohnerservicestelle?

Das zweite Treffen fand im Oktober auf Einladung des Kuratorium Fortuna, Generationenhaus Baumgasse, statt. Es konnten 36 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 31 Häusern/Heimen begrüßt werden. Auch hier war keine Finanzierung erforderlich, Räumlichkeiten und Bewirtung wurden ebenfalls von der Hausleitung zur Verfügung gestellt.

Als Referenten standen Frau Ministerialrätin Dr.ⁱⁿ Eva Souhrada-Kirchmayer, Geschäftsführendes Mitglied der Datenschutzkommission und Leiterin der Geschäftsstelle der Datenschutzkommission, mit einem Impulsreferat zum Thema: „Datenschutz in Wiener Wohn- und Pflegeheimen“

und Frau Mag.^a (FH) Christina Schöppl und Herr DSA Dipl.-Päd. Georg Preitler, Sucht- und Drogenkoordination Wien GmbH, Abteilung Liaisondienste, mit dem Impulsreferat: „Konsumentinnen/Konsumenten illegaler Substanzen und substituierte Personen – eine neue Herausforderung in Pflege und Betreuung und Kurzvorstellung des Liaisondienstes Konnex der Sucht und Drogenkoordination Wien“ zur Verfügung. Die anschließende Diskussion erfreute sich reger Teilnahme.

Im zweiten Teil der Veranstaltung fand der obligatorische „Erfahrungs- und Meinungsaustausch – Gruppenarbeit“ statt, bei dem folgende Themen behandelt wurden:

- Worin bestehen derzeit die Herausforderungen bei meiner Aufgabe als BSST-Leiterin/Leiter beziehungsweise stellvertretenden BSST-Leiterin/Leiter?
- Was wäre hilfreich, um diese Herausforderungen besser bewältigen zu können?
- Was hat mir an den letzten 9 Plattfortmtreffen gefallen?
- Was wünsche ich mir für die nächsten Plattfortmtreffen?

Wie auch bei den vorangegangenen Plattform-Treffen organisierte die jeweilige Heimleiterin/der Heimleiter im Anschluss an die Veranstaltungen Führungen durch ihre Einrichtungen, welche mit großem Interesse in Anspruch genommen wurden.

Das Feedback der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie der zahlreiche Besuch dieser Plattform werden aus Sicht der Wiener Heimkommission als Aufforderung gesehen, diese Treffen auch weiterhin anzubieten. Für das 10. Plattfortmtreffen ist eine Jubiläumsveranstaltung, als Dank an die Leiterinnen/Leiter und stellvertretenden Leiterinnen/Leiter der BSST, geplant.

1.9 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

- Büro der geschäftsführenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales
- Fonds Soziales Wien
- Soziale Dienste (u. a.: Heimhilfe, Besuchsdienste, Reinigungsdienste, mobile Krankenpflege)
- Wiener Krankenanstaltenverbund
- Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
- Magistratsabteilung 40 – Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht, Fachbereich Sozialrecht, Referat Heimaufsicht
- VertretungsNetz – Sachwalterschaft, Patientenrechtsanwaltschaft, Bewohnervertretung, vormals Verein für Sachwalterschaft, Patientenrechtsanwaltschaft & Bewohnervertretung
- Heimträger, Heimleiterinnen und Heimleiter der Wiener Wohn- und Pflegeheime
- Bewohnerservicestellen
- Sozialversicherungsträger
- Bundesbehindertenanwalt
- Seniorenbeauftragter der Stadt Wien
- Pensionistenverband Österreich

2 Umsetzungen der Empfehlungen der Wiener Heimkommission aus den Vorberichten

Zu den in Vorberichten enthaltenen noch weiterhin aktuellen Empfehlungen:

2.1 Lehrstuhl für Geriatrie (im Bericht 2009 unter Punkt 2.1)

Empfehlungen aus den Vorberichten:

- In einem Lehrspital z. B. des Krankenanstaltenverbundes sollten Betten für den Bereich Geriatrie zur Verfügung gestellt und die Gespräche zwischen den Bereichsleitungen der Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales, der Medizinischen Universität Wien und der Direktion des Allgemeinen Krankenhauses Wien möglichst bald positiv abgeschlossen werden.
- Die Empfehlung der Wiener Heimkommission bezüglich der Schaffung eines Lehrstuhls für Geriatrie waren bisher noch nicht von Erfolg begleitet, das Interesse besteht jedoch weiter.
- Die Bemühungen zur Schaffung eines Lehrstuhls für Geriatrie waren auch im Jahr 2008 nicht von Erfolg begleitet.
- Die diesbezügliche Empfehlung der Wiener Heimkommission ist weiterhin aufrecht. Ein Lehrstuhl für Geriatrie würde auch einen erhöhten Anreiz für junge Medizinerinnen und Mediziner schaffen, diese Fachrichtung zu wählen und könnte zu einer fachspezifischeren Betreuung pflegebedürftiger chronisch Kranker führen.
- Die diesbezügliche Empfehlung der Wiener Heimkommission bleibt weiterhin aufrecht. Die endgültige Etablierung des Zusatzfaches „Geriatrie“, welches auch von praktischen Ärzten erwerbbar sein wird, ist dringend empfohlen.

➔ Die Empfehlung des Vorjahres bleibt aufrecht. Die Errichtung des Additivfaches Geriatrie ist geplant und wird seitens der Wiener Heimkommission begrüßt.

2.2 „Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime“ (im Bericht 2009 unter Punkt 2.3)

Empfehlungen aus den Vorberichten:

- Die Wiener Heimkommission begrüßt die Arbeit an diesen Fragen und sieht mit größtem Interesse der Implementierung entgegen.
- Die Wiener Heimkommission spricht daher die Empfehlung aus, dass die Adaption des Qualitätsprogramms auf den neuesten Stand der Wissenschaft, evidence based practice und best practice als kontinuierliche Qualitätsarbeit gesehen werden sollte.
- Das Qualitätsprogramm für die stationäre Altenpflege stellt eine Grundlage zur Sicherung der Qualität in den Wohn- und Pflegeheimen dar. Um die Wirksamkeit des Programms nachhaltig sicherzustellen, ist die kontinuierliche Prüfung und Adaptierung im Hinblick auf neue Erkenntnisse und Entwicklungen im Bereich der Pflege erforderlich.

Im Jahr 2008 wurde mit der Weiterarbeit im Sinne einer Vertiefung der acht im Qualitätsprogramm genannten Qualitätsindikatoren begonnen.

Im Laufe des Jahres wurden von einer Arbeitsgruppe „Empfehlungen für Instrumente zur Schmerzeinschätzung“ sowie „Empfehlung für Instrumente zur Sturzrisikoeinschätzung und Sturzdokumentation“ entwickelt, die jetzt in schriftlicher Form den Mitgliedern des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen vorliegen.

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung und die Implementierung des Qualitätsprogramms wurde der Entschluss gefasst, in weiterer Folge zu jedem der Indikatoren Handlungsleitlinien auf der Mesoebene zu entwickeln. Die vorliegenden Empfehlungen zu den Indikatoren Sturz und Schmerzmanagement können dafür als Grundlage behilflich sein und werden in die weitere Arbeit eingebunden.

Die zu bearbeitenden Indikatoren lauten Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Dekubitus, Kontinenz/Inkontinenz, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Sturz, Schmerzmanagement, Mobilität/Immobilität und Demenz.

Die Wiener Heimkommission nimmt diese positive Entwicklung zustimmend zur Kenntnis.

- 2009 wurde von zwei Arbeitsgruppen damit begonnen, einerseits zu jedem der im Qualitätsprogramm definierten Qualitätsindikatoren evidenzbasierte Handlungsleitlinien zu entwickeln und andererseits ein Ablaufmodell zu entwerfen, das vom Ein- bis zum Auszug von Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohn- und Pflegeeinrichtungen reicht und der Qualitätsweiterentwicklung dient. Die Arbeit der beiden Arbeitsgruppen wird miteinander verschränkt und Implementierungsempfehlungen werden entwickelt.

Die Wiener Heimkommission sieht mit großem Interesse der weiteren Entwicklung entgegen.

Seit 2009 beschäftigt sich im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen eine Arbeitsgruppe mit der Entwicklung von evidenzbasierten Handlungsleitlinien zu den definierten Qualitätsindikatoren Hautintegrität, Sturzprophylaxe, Kontinenzmanagement, Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement, Schmerzmanagement, Mobilität/Immobilität, Freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Demenzielle Erkrankungen. Eine zweite Gruppe erarbeitete ein Ablaufmodell „Bewohnerinnen und Bewohner in Wohn- und Pflegeeinrichtungen pflegen und betreuen“, der die bewohnerinnenrelevanten/bewohnerrelevanten Punkte für den Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung vom Einzug bis zum Austritt darstellt und zum Beispiel Checklisten und Formularentwürfe beinhaltet.

2010 wurden die ersten vier Handlungsleitlinien sowie das Ablaufmodell fertig gestellt; als Unterstützung bei der Implementierung wurde für alle Mitgliedsorganisationen des Dachverbands dazu ein Workshop veranstaltet. Die Umsetzung innerhalb der Einrichtungen sowie die jeweiligen Maßnahmen zur Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleiben den Organisationen individuell überlassen.

An den weiteren vier Handlungsleitlinien wird bis 2011 gearbeitet. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Entwicklung der Handlungsleitlinie Demenzielle Erkrankungen (siehe Bericht 2009, Punkt 2.3) gelegt; die Erkenntnisse der Arbeitsgruppe „Demenzielle Erkrankungen“, die ebenfalls im Rahmen des Dachverbands stattfand, werden dabei berücksichtigt und fließen in die Erarbeitung ein.

➔ Die Wiener Heimkommission sieht mit großem Interesse der weiteren Entwicklung entgegen.

2.3 Studie zum Thema Demenz der Caritas Socialis (im Bericht 2009 unter Punkt 2.6)

Empfehlungen aus den Vorberichten:

- Die Wiener Heimkommission empfiehlt, dass die Arbeitsgruppe Demenz im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen weitergeführt wird sowie das Ausmaß von Demenzerkrankungen im stationären und ambulanten Bereich auch bei anderen Trägern im Rahmen dieser oder ähnlicher Studien erhoben wird.
- Die Demenzstudie wurde bei mehreren Kongressen präsentiert (Wien, Berlin, Hamburg). Diese Studie wird heuer wiederholt werden, um die Auswirkungen und den Verlauf festzustellen.

➔ Die Demenzstudie der Caritas Socialis wurde 2009 wie geplant wiederholt. Der endgültige Bericht beziehungsweise die Auswertungen liegen noch nicht vor. Die Wiener Heimkommission wird die Ergebnisse im Bericht 2011 darstellen.

2.4 Prävalenzerhebung – ein Erfahrungsbericht (im Bericht 2009 unter Punkt 3.14)

Empfehlung aus dem Vorbericht:

- Die Wiener Heimkommission empfiehlt die jährliche Teilnahme an der internationalen Prävalenzstudie der Universität Maastricht/Graz als wichtigen Beitrag zur Qualitätsmessung zu häufig auftretenden Pflegeproblemen.

➔ Im Berichtsjahr 2010 haben mehrere Standorte sowohl von der Caritas Socialis als auch von dem Wiener Krankenanstaltenverbund an der Prävalenzstudie teilgenommen und somit einen zusätzlichen Beitrag zur Qualitätssicherung geleistet.





3 Grundsatzprobleme, Empfehlungen und Vorschläge zur Förderung der Rechte und Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner in Wiener Wohn- und Pflegeheimen

3.1 Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung – Vorbereitung eines Pilotprojekts

Gesundheitsförderung ist nicht nur ein Thema für Kinder, Jugendliche und Personen im Erwachsenenalter, sondern auch, wie in den letzten Jahren von vielen Seiten, so von der Weltgesundheitsorganisation, aber auch der österreichischen und Wiener Gesundheitsförderung betont wurde, für ältere Menschen. Für diese Gruppe wurden bereits eine Reihe von Maßnahmen und Interventionen entwickelt bzw. eingesetzt, allerdings vor allem für die relativ „jungen Alten“. Bisher noch kaum beachtet hat die Gesundheitsförderung die Gruppe der betreuungs- und pflegebedürftigen „Hochbetagten“ mit vielfältigen gesundheitlichen Problemen, wie chronischen Krankheiten, funktionellen Einschränkungen, schlechter subjektiver Lebensqualität sowie ausgedünnten sozialen Netzwerken.

Was kann Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung von älteren Menschen bedeuten? Bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Langzeitbetreuungseinrichtungen gilt das primäre Interesse nicht der Vermeidung neuer Erkrankungen, sondern der Verhinderung oder Verzögerung der Ausweitung und Verschlimmerung der vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Insbesondere sollen die verbliebene Gesundheit im Sinne von Funktionsfähigkeit und die noch vorhandenen Ressourcen und Autonomiepotenziale gestärkt werden. Eine wesentliche Aufgabe ist die Steigerung und Erhaltung der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Bewohnerinnen und Bewohner – das stellt unter Expertinnen und Experten eine weitgehend unstrittige Zielsetzung dar.

Bei Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung geht es aber nicht nur um die Betreuungs- und Pflegebedürftigen, sondern auch um die Betreuenden und die sonst Mitbetroffenen – das heißt um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Angehörige. Ein besonders wichtiger Punkt eines umfassenden, lebensweltorientierten Ansatzes der Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung ist es, dass Gesundheitsförderung für die eine Gruppe nicht auf Kosten der anderen (z. B. Gesundheitsförderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Kosten der Bewohnerinnen und Bewohner oder umgekehrt) gelebt werden soll, sondern Maßnahmen zu setzen sind, die zu gemeinsamen Gesundheitsgewinnen führen.

Eine Literaturrecherche des „Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research“ (LBIHPR) zeigt, dass sowohl in Bezug auf spezifische, gruppen- (Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Angehörige, freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) und themenbezogene (Mobilität, Ernährung, etc.) Interventionen als auch in Bezug auf komplexe, lebensweltbezogene Ansätze (die Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeitbetreuungseinrichtungen)

erheblicher Entwicklungsbedarf besteht. Im Bereich der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Altenbetreuungs- und Pflegeeinrichtungen zeigt der Literaturreview ein relativ hohes Belastungsniveau, aber auch Interventionsmöglichkeiten und in diesem Zusammenhang auch schon einige Erfahrungen.

Die Ergebnisse einer Status Quo Analyse auf Basis einer österreichweiten Expertinnen- und Expertenbefragung bestätigen, dass Gesundheitsförderung im Bereich der Langzeitbetreuung und -pflege von den Expertinnen und Experten als relevant eingeschätzt wird, bisher aber noch kaum etabliert ist.

Die Literaturanalyse des LBIHPR zeigte weiters, dass zumindest im deutschsprachigen Raum, bisher vor allem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Langzeitbetreuungseinrichtungen bzw. -diensten Ziel von Gesundheitsförderungsaktivitäten waren. In den letzten Jahren zunehmend ins Blickfeld gerät auch der Bedarf von zu Hause betreuenden bzw. pflegenden Angehörigen nach Unterstützung allgemein und damit auch Krankheitsprävention und Förderung ihrer Gesundheit.

Jedoch wie sieht es mit den Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenbetreuungs- und Pflegeeinrichtungen aus? Bisher wurden – wie erwähnt – die Nutzer dieser Wohn- einrichtungen noch kaum als Zielgruppe von Gesundheitsförderung gesehen. Ein im Rahmen des LBIHPR entwickeltes Arbeitskonzept zeigt, dass es Ansatzpunkte nicht nur für klassische medizinische bzw. pflegerische Interventionen gibt, sondern ein systematischer Bezug auf „positive Gesundheit“ einen Mehrwert verspricht – auf positive Gesundheit, die der Wiener Soziologe und Gesundheitsforscher Jürgen Pelikan als zusammengesetzt aus (körperlicher) Funktionsfähigkeit, (psychischem) Wohlbefinden und sozialer Attraktivität versteht.

Ebenfalls nicht vergessen werden dürfen die Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner, die sowohl als Mitbetroffene in diesem Setting gesehen werden sollen, als auch als mögliche „Koproduzenten“ der Betreuung (gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Steigerung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner).

Eine weitere wichtige Gruppe in Langzeitbetreuungseinrichtungen stellen ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar, die vor allem im Falle des Fehlens von Angehörigen eine individuellere Betreuung bzw. Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner möglich machen. Sie verkörpern eine zusätzliche Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Angehörigen und sind deshalb eine relevante Ressource der Einrichtungen.

Aufgrund dieser verschiedenen Analysen des Langzeitbetreuungsfeldes wurde schon 2009 von Seiten der Partner des LBIHPR entschieden, ein Projekt zur Gesundheitsförderung als Entwicklungsstrategie für stationäre Einrichtungen der Altenbetreuung und -pflege zu entwickeln. Aus wissenschaftlicher, professioneller gesundheitsförderlicher und gesundheitspolitischer Sicht scheint dies als eine wichtige Entwicklungsstrategie.

Das Pilotprojekt „Gesundheitsförderung in der Altenbetreuung und -pflege“ startet mit Jänner 2011 und hat eine 24-monatige Projektlaufzeit. Das Projekt wird von der Wiener Gesundheitsförderung, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Fonds Gesundes Österreich finanziert und organisiert und vom Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research wissenschaftlich begleitet. Das Projekt wird in drei Wiener Piloteinrichtungen durchgeführt.

Im Rahmen eines seit Oktober 2010 laufenden Informations- und Einladungsprozesses haben sich unterschiedliche Träger und Einrichtungen interessiert, nach ausführlichen Gesprächen ist die Entscheidung dann für die Durchführung in drei Einrichtungen des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) gefallen.

Die Gesamtzielsetzung des Projekts ist die Initiierung bzw. Unterstützung eines Entwicklungsprozesses der beteiligten Einrichtungen in Richtung „Gesundheitsförderliche Lebenswelt“ für alle betroffenen Gruppen. Ein erster systematischer Schritt dafür ist die Durchführung einer Bedarfserhebung und -analyse mit spezifisch adaptierten Instrumenten für die Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Management beteiligt sich an der Ausgangsdiagnose mit Hilfe eines Selbstbewertungsinstrumentes, exemplarisch werden auch Angehörigenperspektiven einbezogen. Ein weiterer Schritt sind Interventionen für die Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf der Organisationsebene (primär durch das Management). Für die Bewohnerinnen und Bewohner wird unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Bedarfserhebung eine Mobilitätsintervention geplant, mit der die Autonomie und Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner erhalten bzw. verbessert werden soll. In Bezug auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden Gesundheitszirkel in den Einrichtungen durchgeführt (mit entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer verbunden). Auf der Organisationsebene wird im Rahmen des Managements ein Beraterisch unterstützter Strategieentwicklungsprozess als erster Schritt einer umfassenden Umsetzung von Gesundheitsförderung durchgeführt, unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Bedarfserhebung.

Über die lokale Entwicklung hinaus geht die Zielsetzung, die Implementations-erfahrungen in einer verallgemeinernden Perspektive zu analysieren und übertragbare Instrumente zu entwickeln bzw. zu erproben. Im Anschluss an die Erhebungs-, Interventions- und Evaluationsphase werden diese Ergebnisse im Rahmen eines Handbuchs zu Verfügung gestellt. Das soll es Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Zukunft leichter machen, Gesundheitsförderung in diesem Setting zu realisieren. Eine weitere wichtige praktische Zielsetzung ist Agenda Setting in der Wiener und österreichischen Szene. Das Pilotprojekt und seine Ergebnisse sollen in der Öffentlichkeit zur Verbreitung von Gesundheitsförderung in der Altenbetreuung und -pflege führen. Schließlich ist die wissenschaftliche Analyse und Publikation der Erfahrungen und Ergebnisse in der internationalen wissenschaftlichen Diskussion zu nennen, mit der das Projekt einen Beitrag auch im internationalen Kontext leisten wird, sowohl im Rahmen der Gesundheitsförderungsforschung als auch in anderen für die Langzeitbetreuung und Pflege relevanten wissenschaftlichen Kontexten.

➔ **Die Wiener Heimkommission begrüßt dieses Pilotprojekt, welche 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.**

3.2 Freiheitsbeschränkungen in Wohn- und Pflegeheimen

Das Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (HeimAufG) regelt sowohl

- die Voraussetzungen, als auch
- die Vornahme und
- die gerichtliche Überprüfung

von Freiheitsbeschränkungen in Heimen. Diese sind: Alten-, Pflege- und Behindertenheime sowie sonstige Einrichtungen, in denen wenigstens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen (= Bewohnerinnen und Bewohner) ständig betreut oder gepflegt werden können.

Bei **Vornahme** der Freiheitsbeschränkungen sollten deren im Gesetz umschriebenen **Voraussetzungen** vorliegen, die dann auch der **gerichtlichen Überprüfung** standhalten. Kurz: Sowohl der Vornahme und der Aufrechterhaltung einer Freiheitsbeschränkung sollten dieselben Voraussetzungen zugrunde gelegt werden, wie bei einer etwaigen späteren gerichtlichen Überprüfung.

Das aber ist das Kern- und zugleich das Hauptproblem dieser Regelung. Ein Problem deshalb, weil das Gesetz für die Voraussetzungen keine beschreibenden, sondern wertausfüllende Begriffe nennt, deren Inhalt somit nicht von vorneherein und ein für allemal unverrückbar und unveränderbar feststeht, sondern einer laufenden Interpretation bedarf. Solche unbestimmten Gesetzesbegriffe, bedürfen der Rückführung auf die jeweils gegebene Situation unter entsprechender Auslegung. Kommt es dabei zu unterschiedlichen Auslegungen, dann kann es passieren, dass bei Anordnung einer Freiheitsbeschränkung deren Voraussetzungen als gegeben angenommen werden, bei der allenfalls folgenden gerichtlichen Nachprüfung aber nicht – eine Fallgestaltung, welche zumindest unerwünscht ist.

Um dies zu verhindern ist es angebracht, schon vorweg einheitliche Auslegungsgrundsätze bzw. -regelungen zu haben, die bei dem gegebenen Gesetzeswortlaut und gleichen Sachverhalten auch zu einigermaßen gleichen Ergebnissen führen.

Diesen Gleichklang wünschen sich Juristinnen und Juristen meist durch die Rechtsprechung herbeizuführen:

Auf Grund von Entscheidungen der Gerichtsinstanzen sollen dann die Auslegungsergebnisse erarbeitet und für ähnlich gelagerte Fälle – wenn schon nicht bindend, so doch – als Richtschnur verwendet werden.

Dieser Weg, um solcherart eine Beurteilungs- und Entscheidungsgrundlage zu schaffen ist selbstverständlich nie ausgeschlossen. Dieser ist aber nicht erste Wahl für die Erarbeitung konkreter Anhaltspunkte für die hier zur Diskussion stehenden Freiheitsbeschränkungen. Denn die oder der die Freiheitsbeschränkung Anordnende hat die Situation zur Abwehr einer akuten Gefahr unmittelbar vor sich, und damit keine Zeit für langwierige Überlegungen und Erwägungen, wie sie hernach in einem zeitlich aufwändigen, oft durch Einholung von Gutachten geprägten Gerichtsverfahren dazu angestellt werden und dort dann noch der Anfechtung und damit auch der Abänderung im Instanzenzug unterliegen. Die oder der Anordnende soll vielmehr in der bestehenden Krisensituation rasch die fachlich zutreffende Entscheidung fällen, das Abwarten einer Revision steht dafür nicht zur Verfügung.

Im nachprüfenden Gerichtsverfahren fußt die Entscheidung meist auf einem Sachverständigengutachten. Sachverständige sind aber nicht immer derselben Meinung, sodass der Ausgang des Gerichtsverfahrens jeweils von der Meinung des bestellten Sachverständigen abhängt oder doch zumindest sehr ähnlichen Fallgestaltungen sind aber im menschlich besonders sensiblen Bereich der Freiheitsbeschränkung unerwünscht und für diejenigen, die seinerzeit die – später als unzulässig erkannte – Freiheitsbeschränkung angeordnet haben, auch unerfreulich.

Der Weg, divergierende Ergebnisse bei weitgehend gleicher Sachlage zu vermeiden, kann nur in der Koordinierung der Fachmeinungen sein und zwar außerhalb und ohne Druck von Gerichtsverfahren.

Im Medizinischen- und im Pflegebereich sind Richtlinien und fachliche Standards durchaus gängige Praxis. Der Stand der Wissenschaft ist in diesen Bereichen Grundlage des Handelns. Die Ärztinnen und Ärzte bzw. das geschulte Gesundheits- und Pflegepersonal, welches die Freiheitsbeschränkung anordnet, stellt daher nicht so sehr rechtliche als vielmehr fachliche Überlegungen an, obwohl eine derartige Anordnung ein behördliches Handeln darstellt.

Dem Gesetzgeber war dieser Umstand wohl bewusst, er hat daher bewusst zahlreiche unbestimmte Gesetzesbegriffe in die Vorschriften zur Freiheitsbeschränkung in Heimen aufgenommen.

Als Beispiel seien genannt:

Unter welchen Voraussetzungen ist

- eine Freiheitsbeschränkung **überhaupt gegeben**, beispielsweise bei einer medikamentösen Behandlung mit Bewegungsdämpfung als Nebenwirkung
- eine Selbst- oder Fremdgefährdung **ernstlich und erheblich**
- eine Abwehrmaßnahme **unerlässlich und verhältnismäßig**
- eine Gefahrenabwendung durch **schonenderes Vorgehen** möglich

Damit hat der Gesetzgeber bewusst für die Anordnung von Freiheitsbeschränkungen im Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) fachlichen Überlegungen einen breiten Raum gelassen. Es ist eine Frage des Engagements, ob dieser Raum vorweg durch allgemeine fachliche Regelungen ausgefüllt wird oder nicht. Vorweg erstellte Regelungen haben den Vorteil, dass sie nicht nur dem Anordnenden, sondern auch der nachprüfenden Kontrolle die Entscheidung leichter, aber auch sicherer machen. Wovon letztlich auch die Betroffenen profitieren. Die Anordnung einer Freiheitsbeschränkung sollte nach dem HeimAufG (aber auch nach dem ähnlich gefassten Unterbringungsgesetz) für alle abschätzbar und kalkulierbar sein, was weitgehend nur durch vorweg im Konsens erstellte Interpretationshilfen möglich ist.

➔ **Die Wiener Heimkommission regt an, dass für die zahlreichen unbestimmten Gesetzesbegriffe nach dem Heimaufenthaltsg (aber auch nach dem Unterbringungsg) im Konsensweg erstellte fachlich klare Regelungen geschaffen werden sollten.**

3.3 Gelingende Symptomkontrolle durch patientinnen- und patientengerechte ärztliche Kommunikation

Der rasch zunehmenden Zahl der biologisch und kalendarisch Hochbetagten mit fortgeschrittener Multimorbidität, die sich großteils in Wohn- und Pflegeheimen wiederfinden, gebührt besondere Aufmerksamkeit. Diese Menschen sind meist schwer kontaktierbar und leiden häufig an Schmerzen und anderen quälenden somatischen sowie psychischen Beschwerden. Ihre Palliativbedürftigkeit beginnt nicht erst dann, wenn Sterben sich ankündigt, sie brauchen Palliative Care in ihrer oftmals langen letzten Lebensphase. Palliative Geriatrie darf sich daher nicht damit begnügen, „End of Life Care“ zu sein. Viele der Betroffenen sind an Demenz erkrankt und daher nicht mehr in der Lage, ihren Anspruch auf adäquate Hilfe selbst zu vertreten.

Diese in ihren Möglichkeiten stark eingeschränkten Menschen fordern ihre Ärztinnen und Ärzte heraus, sich auf ihre Haltung zu besinnen. Häufig handeln Ärztinnen und Ärzte zwar präzise und verlässlich als medizinische Fachkräfte, investieren aber angesichts hochaltriger, schwerhöriger, verlangsamter, kognitiv deutlich eingeschränkter Patientinnen und Patienten kaum Zeit in Kommunikation und Beziehung.

Das medizinische Verstehen der Signale, das herantastende Erkennen der Leiden eines uns in seinem Anderssein fremd gewordenen Menschen beginnt mit der Reflexion des eigenen Verhaltens.

- „Die an Demenz erkrankte Patientin schreit, ist aggressiv, stößt mit den Füßen etc. Welcher Frage gehe ich nach, bevor ich eine therapeutische Maßnahme setze? Frage ich mich, was meine Patientin quält oder beschäftigt mich das störende Verhalten?“
- Denke ich nach, wie ich meiner Patientin helfen kann? Oder geht es mir vor allem darum, die störende Situation in den Griff zu bekommen?
- Stelle ich mir, wenn die Situation beherrscht ist, die Frage, ob die medikamentös „beruhigte“ Kranke sich tatsächlich wohler fühlt? Oder höre ich mit dem Ende der Störung auf, mich mit ihr zu beschäftigen?“

Ziel der Palliativmedizin ist es, den Betroffenen die bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Die Mehrzahl der palliativbedürftigen Demenzkranken wird noch immer nicht oder nur unzureichend behandelt. Solange es nicht gelingt, mit den Kranken in Beziehung zu treten, bleiben sie für uns unzugänglich. Gelingende Kommunikation ist die Brücke zum Du, der Grundpfeiler guter Lebensqualität.

Nur wenn die Kommunikation gelingt, können wir

- die Signale schwer Beeinträchtigter wahrnehmen, besser verstehen und richtiger deuten. Erst dann sind wir in der Lage, chronische Schmerzen und andere quälende Beschwerden gezielt zu behandeln,
- die Arbeit mit ihnen und für sie als sinnvoll und befriedigend erleben.

Solange Schmerzen, quälende Beschwerden, körperliche und seelische Belastungen und Bedürfnisse nicht erkannt werden, müssen ärztliche Kompetenz und Fachwissen vergeblich bleiben. Gelingende Kommunikation sowohl mit den Patientinnen und

Patienten als auch mit ihren Betreuerinnen und Betreuern (Pflegekräfte, Angehörige) macht daher einen wesentlichen Teil der ärztlichen Professionalität aus. Palliativ-geriatrisches Handeln scheitert oft nicht an der fehlenden Kompetenz in Geriatrie und/oder Palliativmedizin, sondern an der distanzierten Zugangsweise der Ärztin/des Arztes.

- ➔ **Einstellung und Haltung, Zuwendung, Empathie und patientengerechte Kommunikation bilden – vor allem bei dementiell Erkrankten – die unabdingbare Voraussetzung für gelingende Symptomkontrolle. Die Wiener Heimkommission regt an, den Stellenwert von Soft Skills und Kommunikationskompetenz bei der Qualifikation von in Pflegeheimen tätigen Ärztinnen und Ärzten mit einzubeziehen und entsprechende Ausbildungen zu fördern.**

3.4 Betreutes Wohnen – neuer Leistungsschwerpunkt in den Häusern zum Leben

Das Jahr 2010 gilt als Jahr der Wegbereitung für die Zukunft des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP). Die höhere Lebenserwartung und die steigende Zahl hochaltriger Menschen (85 plus), die Veränderung der sozialen Lebensformen in der Gesellschaft (Steigen der Single-Haushalte und Berufstätigkeit der Frauen) sowie der starke Rückgang der Substandardwohnung (auf rund 5 %) erfordern eine stärkere Ausdifferenzierung der Bedürfnisse alter Menschen in Wien. Die meisten Menschen haben den Wunsch, auch im hohen Alter in den eigenen „vier Wänden“ zu bleiben. Die Stadt Wien bietet daher vielfältige mobile Dienstleistungen wie zum Beispiel Essen auf Rädern, Hauskrankenpflege, Heimhilfen etc. an, und es ist davon auszugehen, dass diesen extramuralen Dienstleistungen zukünftig eine noch größere Bedeutung zukommt.

Umgelegt auf das KWP bedeutet das, dass sich unsere Zielgruppe bereits im Laufe der letzten Jahre wesentlich verändert, so wie auch deren Bedarf an Pflege- und Betreuung sich dazu kontinuierlich intensiviert hat. Die verstärkte Hochaltrigkeit und Demenz tragen das ihre bei. Ausgehend von dieser Datenlage sieht der neue KWP-Strategieplan aus 2010 eine maßgebliche Anpassung und Veränderung des Leistungsangebotes vor, mit dem Ziel, bis zum Jahr 2015 den überwiegenden Teil aller Appartementplätze der *Häuser zum Leben* auf *Betreutes Wohnen* umgewandelt zu haben. Unterschiedliche professionelle Pflege- und Betreuungskonzepte, die auf die unterschiedlichen Bewohnerinnen- und Bewohnerbedürfnisse individuell eingehen, sind allesamt um den längst möglichen Erhalt der eigenen Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner bemüht. Hohe medizinisch-pflegerische Qualität bei gleichzeitiger Orientierung an einer Alltagsnormalität sind dabei wegweisend. Nicht nur beim Einzug, sondern auch bei jedem sich verändernden betreuenden und/oder pflegerischen Bedarf einer Bewohnerin und eines Bewohners wird künftig ein geriatrisches (Re-)Assessment durch ein interdisziplinäres Casemanagementteam durchgeführt werden.

Bis zum Jahr 2015 werden auch vier so genannte *Innovative Wohn- und Pflegehäuser* (IWP) in Ottakring, in Döbling und in Hietzing fertig gestellt sein. Kernstück des Konzeptes hier ist, dass Wohnappartements bei Bedarf in Pflegeappartements umgewandelt werden können, sodass den Bewohnerinnen und Bewohnern eine Übersiedlung in den stationären Bereich erspart bleibt.

Integriertes Leistungsangebot – Betreutes Wohnen und Präventionsarbeit der Pensionistenklubs

Neben dem *Betreuten Wohnen* in den *Häusern zum Leben* spielt die Präventionsarbeit in den Wiener Grätzeln eine besondere Rolle. Das *Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser* führt über 140 Pensionistenklubs – verteilt auf alle Wiener Bezirke – sowie je einen Klub in seinen 31 Häusern mit insgesamt rund 17.000 eingeschriebenen Klubbesucherinnen und Klubbesuchern. Diese Klubs sind ein niederschwelliges Angebot zur Vermeidung von sozialer Isolation und stehen allen Wienerinnen und Wienern ab 60 Jahren kostenlos zur Verfügung. Besonders Frauen verbringen ihren Lebensabend häufig allein, vor allem in der Altersgruppe ab 80 Jahren, während Männer bis in die höchsten Altersgruppen großteils in Partnerschaften leben. Allein zu wohnen bedeutet häufig soziale Einsamkeit einhergehend mit beschleunigtem körperlichen und psychischen Abbau. Um dem entgegenzuwirken, bieten die Klubs geselliges Beisammensein bei Spaß und Spiel, Speisen und Getränke zum kulinarischen Wohl sowie diverse kulturelle Veranstaltungen und Ausflüge. Die Klubs sind für viele Wienerinnen und Wiener auch der erste Berührungspunkt mit dem KWP. In Zukunft wird daher dieses besondere Angebot noch mehr in Richtung Prävention ausgebaut – Seniorinnen und Senioren werden in ihrer Entwicklung begleitet und bei Bedarf über Unterstützungsangebote, welche die Stadt für Seniorinnen und Senioren anbietet, zeit- und bedarfsnah informiert.

Der Kontakt zu den 31 *Häusern zum Leben* wird darüber hinaus durch Angebote wie dem „Offenen Mittagstisch“ gefördert, bei dem es auch Angehörigen oder Personen aus dem Grätzel möglich ist, in unsere Häuser zu kommen.

Ein weiterer besonderer Aspekt in der Weiterentwicklung unseres Leistungsprogramms ist die Auseinandersetzung mit dem Thema *Diversität*, wo unter anderem auf die besonderen und vielfältigen kulturellen Kontexte, die mit dem steigenden Migrantinnen- und Migrantanteil unserer Bewohnerinnen und Bewohner und Klubbesucherinnen und Klubbesucher in den Bezirksklubs an Bedeutung gewinnen, als Bereicherung mehr und mehr nutzbar gemacht werden.

Wichtige Partnerinnen und Partner auf unserem Entwicklungsweg

Damit wir mit unserem Leistungsangebot gegenwärtig und für die Zukunft inhaltlich richtig liegen, bedarf es (im wahrsten Sinn des Wortes) der sorgfältigen Umsicht und der Abstimmung mit den wichtigsten Partnerinnen und Partnern. Das KWP ist Teil des sozialen Netzes der Stadt Wien. Es setzt als größter Anbieter und Themenführer in der Seniorinnen- und Seniorenbetreuung das Ziel, eine flächendeckende und für alle leistbare Versorgung alter Menschen in Wien, entscheidend um. Gemeinsam mit dem Fonds Soziales Wien (FSW) wurde 2010 in intensiver Zusammenarbeit das neue KWP-Leistungsangebot und ein neues Konzept für die Förderung und Aufnahme gemäß den FSW-Richtlinien für KWP-Bewohnerinnen und Bewohner entwickelt. Beides wird bereits im Jahr 2012 zur Umsetzung gelangen und damit eine gute Basis für eine gezielte und zukunftsorientierte Pflege und Betreuung alter Menschen in dieser Stadt gewährleisten sein.

- ➔ **Die Wiener Heimkommission begrüßt die laufenden Initiativen zur Weiterentwicklung der Leistungsangebote der Stadt Wien für Betreuung und Pflege basierend auf die sich verändernden Bedürfnisse der Wiener Seniorinnen und Senioren. Ebenso zählt der Ausbau der Präventionsarbeiten in den Wiener Grätzeln in den Pensionistenklubs zu einer sehr wichtigen Maßnahme.**



3.5 Methodische und konzeptionelle Ansätze in der Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Inzidenz und Prävalenz von Demenzerkrankungen steigen mit dem Alter an, was auch die demografische Entwicklung belegt. Demenzerkrankungen führen häufig zu Pflegebedürftigkeit und erhöhen das Risiko einer Aufnahme ins Pflegeheim. Die Diagnostik von Demenzerkrankungen stellt einen wichtigen Faktor für die weitere Behandlung, Beratung, Pflege und Betreuung dar.

Die Sicherstellung einer bedürfnis- und bedarfsorientierten Pflege und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen stellt hohe Anforderungen und Herausforderungen an die Pflegeeinrichtungen. Auf Grundlage der verschiedenen Pflegemodelle wurden in den letzten Jahren unterschiedliche Konzepte und Methoden entwickelt, welche die Betreuung der Menschen mit Demenz beeinflussen.

In diesem Beitrag werden Methoden und konzeptionelle Ansätze vorgestellt, welchen eine bedürfnisorientierte, umfassende und individuelle Pflege und Betreuung unterstützt werden können. Dazu bedarf es differenzierter Biografiearbeit, prozessbegleitender Assessments, Evaluation und Dokumentation. Ebenso wie die Biografie sind Stimmungs- und Gesundheitslage in der Gegenwart des Menschen nicht zu unterschätzen und müssen in den Alltag miteinbezogen werden.

Die Auswahl der Angebote muss sich an den Bedürfnissen der in Wiener Wohn- und Pflegeheimen lebenden Menschen orientieren. Es soll kontinuierlich überprüft werden, ob Angebote wirksam sind und Erhalt und Förderung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner dienen.

Die u. a. Methoden sind bezüglich Nutzen und Wirken nicht hinreichend wissenschaftlich belegt, bilden aber die derzeit am häufigsten angewendeten Methoden/Konzepte ab, welche in unterschiedlicher Form und Ausmaß in Einrichtungen, in Einzel- oder Gruppenangeboten angewendet werden.

Milieuthherapie

Seit Mitte der 90er Jahre kommt die Milieuthherapie in der stationären Altenpflege als Handlungs- und Betreuungsprinzip im Umgang mit Menschen mit Demenz zur Anwendung.

„Unter Milieuthherapie wird ein therapeutisches Handeln zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen der Demenzkranken verstanden“ (J. Wojnar, 2001).

Durch diese Maßnahme soll eine Umgebung geschaffen werden, welche Personen mit Demenz ein menschenwürdiges, der persönlichen Lebensgeschichte angepasstes Leben ermöglicht und ihre sensorischen, emotionalen, kognitiven und psychischen Einschränkungen ausgleichen soll. Die Maßnahmen erfolgen unter Einbeziehung aller Kontakte.

Eine einfühlsame und feste Beziehung der betreuenden Personen bildet den Mittelpunkt der Milieuthherapie. Vier Aspekte stehen im Vordergrund:

- materielle (räumlich-sachlich-atmosphärische) Gesichtspunkte
- organisatorische Gesichtspunkte (u. a. Biografiearbeit, Tagesstrukturierung)
- Gesichtspunkte der Wahrnehmung, Einstellung und das Wissen der Betreuer (menschliche Umgebung, Beziehungsarbeit und -fähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Wertschätzung der Personen mit Demenz)
- der Umgang mit Personen mit Demenz (z. B. bewusste Alltagsgestaltung, individuelle Beschäftigungsangebote auf Grundlage der Biografie).

Darauf aufbauend wurden verschiedene Versorgungskonzepte für den stationären Bereich entwickelt.

Personenzentrierte Pflege nach Kitwood

Der Erhalt und die Stärkung des Personseins ist oberstes Ziel in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Die aus diesem Konzept resultierende Grundhaltung gegenüber Menschen mit demenziellen Erkrankungen und die positive Arbeit mit der Person bilden die Basis. Kitwood stellt die Hypothese auf, dass eine personenzentrierte Pflege den Prozess einer Demenzerkrankung positiv beeinflussen kann. Durch eine Vielzahl von Maßnahmen (z. B. Validation, Snoezelen, Basale Stimulation, Umgang mit Tieren, Humor, Feste) soll die Person motiviert werden.

Menschen mit Demenz werden durch die Gestaltung des Ambientes sowie durch therapeutische Maßnahmen ermöglicht, Person zu sein und als solche behandelt zu werden.

Eine Grundvoraussetzung dafür ist die Befriedigung ihrer demenzspezifischen Bedürfnisse, die unterschiedlich ausgeprägt sind, z. B. Bedürfnis nach Liebe, Trost, Sicherheit, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. Deren Befriedigung ermöglicht es dem Menschen mit Demenz, sich als Person wahrzunehmen und positive Gefühle zu erleben.

Pflegequalität in der Demenzbetreuung hängt primär von der Qualität der Pflegebeziehung und der Interaktionsfähigkeit des Pflegepersonals ab.

Palliativpflege, Schmerzmanagement und Pflege am Lebensende bei Demenzkranken

Pflege von Personen mit Demenz sollte ein palliativpflegerisches Konzept enthalten, welches darauf abzielt, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu fördern und ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Wichtig ist, dass auch Angehörige miteinbezogen werden bzw. eine Begleitung dieser möglich ist.

„Die Würde der Demenzkranken ist auch in ihrem Sterben unantastbar. Für ein würdevolles Sterben sind die individuellen Bedürfnisse der Kranken wichtig und in den Mittelpunkt zu stellen, insbesondere die Sicherung der Lebensqualität, die Linderung der körperlichen Beschwerden (u. a. Schmerz) und das Bedürfnis nach Geborgenheit“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2009).

Validation

Validation wurde ab Mitte der 60er Jahre von Naomi Feil entwickelt und von Nicole Richard zur „Integrativen Validation“ (IVA) und von Brigitte Scharb zur „Speziellen validierenden Pflege“ modifiziert.

Validation ist eine verbale und nonverbale Kommunikationsform mit praktischen Techniken, die einen Zugang zur Erlebniswelt von Menschen mit Demenz ermöglicht. Sie orientiert nicht in die Realität zurück, sondern holt den desorientierten Menschen dort ab, wo er steht.

Durch die Validation soll eine Wertschätzung der Person mit Demenz zum Ausdruck gebracht und Stress abgebaut werden, damit er Würde und Glück wiedererlangen kann.

Erlebensorientierte Pflege – mäeutischer Ansatz

Die erlebensorientierte Pflege basiert auf einem mäeutischen Konzept, das vom „Institut für mäeutische Entwicklung in der Pflegepraxis“ (Cora van der Kooij) in den 90er Jahren entwickelt wurde.

Die Fähigkeit der Pflegenden zur Kommunikation mit den Menschen mit Demenz soll gefördert und Lernprozesse initiiert werden, die es den Pflegenden ermöglichen, sich ihrer Gefühle und Erfahrungen bewusst zu werden, sie zu erkennen, zu benennen,

zu beherrschen und gegebenenfalls zu verarbeiten. Bei der Mäeutik sind Kontakt und Begegnung zwischen Pflegeperson und Bewohnerin und Bewohner Ausgangspunkt und Ziel.

Im Gegensatz zur Validation ist das Erleben des Menschen mit Demenz im Hier und Jetzt bedeutsam. Man geht davon aus, dass Menschen mit Demenz nicht immer alle ihre Gefühle äußern, und dass nicht alle Betroffenen Ereignisse aus der Vergangenheit verarbeiten, die sie zuvor verdrängt hatten.

Das Konzept beinhaltet keine neue Methode, vielmehr geht es darum, die Pflegepersonen im Kombinieren und Anwenden bestehender Herangehensweisen zu unterstützen, wissenschaftliche Erkenntnisse anzuwenden und Erfahrungswissen umzusetzen.

Basale Stimulation®

Dieses Konzept wurde in den 70er Jahren vom Psychologen und Sonderpädagogen Andreas Fröhlich zur Frühförderung von schwerst- und mehrfach behinderten Kindern entwickelt und in den 80er Jahren von Christel Bienstein (gemeinsam mit Fröhlich) für die Pflege modifiziert. Dabei handelt es sich um keine Technik, sondern ein pflegepädagogisches Förderkonzept, das über gezielte Reizung der Sinne der Förderung und Aktivierung von Menschen mit Bewegungs-, Kommunikations- und Wahrnehmungsstörungen dient.

In der Betreuung von Menschen mit Demenz stellen visuelle, olfaktorische und akustische Stimulationen eine weitere Möglichkeit dar, um mögliche sensorische und kommunikative Isolationen zu durchbrechen. Basal stimulierende Pflege ist ein wechselseitiger Lernprozess zwischen Pflegenden und Erkrankten.

Psychobiografische Modell nach Erwin Böhm®

Basierend auf einem „Reaktivierungsmodell“, das an die teilweise verschütteten Fähigkeiten der Betroffenen anknüpfen will, sollen Pflegenden nicht alles für die Person mit Demenz übernehmen, sondern so Unterstützung anbieten, dass der Betroffene in die Lage versetzt wird, früher gewohnte und vertraute Tätigkeiten wieder selbst auszuführen. Grundvoraussetzung für die Anwendung dieses Modells ist die Biografiearbeit.

Die psychogeriatrische Pflege nach Böhm berücksichtigt alte Gewohnheiten und die persönliche Art, wie diese Menschen mit dem Leben fertig geworden sind (Coping oder Lebensbewältigungsstrategien).

Die Umsetzung solcher Pflege stellt hohe Anforderungen an Reflexionsfähigkeit und die soziale Kompetenz der Pflegepersonen, die durch ein professionelles Management unterstützt werden müssen.

Das Integrative Pflegekonzept®

Das Konzept von Maria Riedl wurde aus der Praxis der Pflege und Betreuung von alten Menschen entwickelt. Es kann in der Familie, der Nachbarschaftshilfe, der Hauskrankenpflege, in den Heimen und in Krankenhäusern eingesetzt werden. Es zeichnet sich durch eine eindeutige Betonung und Förderung des Selbsthilfepotentials alter Menschen durch Biografiearbeit aus.

Zu den Zielen des Integrativen Pflegekonzepts gehört es, alte Menschen verstehen zu lernen, Hilfen zur Anpassung zu geben, die Würde des Menschen zu erhalten, den verbrauchten Körper zu trainieren, das veränderte Gedächtnis zu nützen, die Weisheit des Alters anzuerkennen und nicht zu korrigieren, Familienangehörige und Freunde zu begleiten, den Menschen als den, der er immer war, zu integrieren, die Gegenwart und Zukunft an der Vergangenheit des alten Menschen zu orientieren und durch Verbindung anerkannter Konzepte eine zeitgemäße Begleitung und Pflege zu ermöglichen.

Der dazu entwickelte Pflegeprozess berücksichtigt für die Diagnostik körperliche, psychische, soziale und biografische Gegebenheiten.

Realitätsorientierungstraining (ROT)

ROT ist ein verhaltenstherapeutisches Betreuungskonzept mit einem 24-Stunden-Programm, an dem sich alle Betreuerinnen und Betreuer sowie Angehörige beteiligen. Wesentliche Elemente sind Kommunikation und Umgebungsgestaltung, Realitätsbezug ist das Kernelement der Therapie.

Mit ROT soll die Gedächtnisleistung, eine zeitliche, örtliche und persönliche Orientierung verbessert werden, wodurch Identität, Selbstständigkeit, Wohlbefinden und soziale Kompetenz von Menschen mit Demenz gefördert werden.

Die Wirkungsweise wurde in zahlreichen Studien mit heterogenen Ergebnissen untersucht. ROT bewirkt im Bereich der verbalen Orientierung Verbesserung, kann aber bei Menschen mit herausforderndem Verhalten und fortgeschrittener Demenz nicht angewendet werden. Heute liegt der Schwerpunkt in der Orientierungshilfe, Wohnraumgestaltung und Tagesstrukturierung.

Reminiszenz-Therapie (REM)

Sie wurde speziell für Menschen mit Demenz und Depressionen entwickelt und stellt eine spezielle Form der Erinnerungsarbeit dar, bei der Lebenserinnerungen therapeutisch eingesetzt werden.

Das Ziel der Erinnerungsarbeit besteht nach Lohmann et al. (1995) darin, „Ereignisse aus dem Gedächtnis zu rekonstruieren, um dieses Material durch Erklären und Bewerten zu bearbeiten“. Durch Aktivierung des Langzeitgedächtnisses wird eine Aufrechterhaltung der kognitiven Aktivitäten des Betroffenen angestrebt.

Zur Umsetzung dieses Konzepts sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit umfassender psychotherapeutischer Kompetenz erforderlich.

Erinnerungspflege

Der Begriff „Erinnerungspflege“ wurde in den Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe (Bartholomeyczik, S. et al., 2006) in Abgrenzung zu REM und Erinnerungsarbeit, die psychotherapeutische Ziele verfolgen, gewählt.

In der Erinnerungspflege wird die Biografie eines Menschen als essenzieller Bestandteil seiner eigenen Integrität gesehen und als solche in der Pflege beachtet. Erinnerungen werden bewusst mittels markanter Gegenstände oder Materialien ausgelöst. Musik, Tänze, Gerüche können ebenfalls die Sinne anregen und als Auslöser dienen.

Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass es positive Effekte hinsichtlich Wohlbefinden, Aufhebung der Stimmung und sozialer Integration gibt. Erinnerungsaktivitäten können aber auch negative Emotionen auslösen, die u. a. Depression zur Folge haben können.

Zehn-Minuten-Aktivierung

Ausgehend von den Erkenntnissen der Altersforschung, dass Menschen mit Demenz sich nur begrenzte Zeit konzentrieren können, wurde Anfang der 90er Jahre die Zehn-Minuten-Aktivierung entwickelt.

Sie stellt eine Form der Erinnerungsarbeit dar, die über vertraute Gegenstände, z. B. aus dem Alltagsleben der Menschen, Erinnerungen wachruft und so zur allgemeinen Aktivierung und Lebendigkeit beiträgt. Sie wurde speziell für Menschen mit demenziellen Erkrankungen entwickelt, um sie körperlich und geistig zu aktivieren und ihre Sinne anzuregen, ohne zu überfordern.

Tiere

Tiere nehmen oftmals eine wichtige Rolle in der Biografie eines Menschen ein. Sie können das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner fördern und eine positive Wirkung auf den kognitiven, sozialen, emotionalen und damit gesundheitlichen Status eines/einer Erkrankten haben.

Tiergestützte Therapien können bei Menschen mit hochgradiger Demenzerkrankung eingesetzt werden, da Tiere durch ihre nonverbale Verständigungsmöglichkeiten Kontaktprozesse initiieren können, die nicht von kognitiven und verbalkommunikativen Fähigkeiten abhängig sind. Die wortlos auf einer tiefen emotionalen Ebene verlaufende Verständigung zwischen Personen mit Demenz und Tieren kann dazu führen, dass sich die Erkrankten gegenüber ihrer Umwelt öffnen.

Vor dem Einsatz von Tieren müssen organisatorische Rahmenbedingungen geklärt sein, wie z. B. Allergien, hygienische Aspekte, Unfallgefahr oder artgerechte Haltung der Tiere.

Snoezelen

Snoezelen wurde in den 70er Jahren als Freizeitaktivität in der Behindertenarbeit entwickelt und seit den 90er Jahren auch im Altenpflegebereich bei Menschen mit Demenz eingesetzt.

Beim Snoezelen soll eine sinnliche Aktivierung mit Entspannung verbunden werden. Es ist wie die basale Stimulation eine Methode zur sensorischen Stimulation, wobei beim Snoezelen eher die Umgebungsgestaltung durch die Pflege ergänzt wird, und die Wirkung sich auch ohne Anwesenheit der Pflegeperson entfalten kann. Es soll zum Abbau aggressiver und autoaggressiver Verhaltensweisen führen und sensorischer Deprivation entgegenwirken und vor allem das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz fördern.

Die praktische Umsetzung erfolgt mittels „Snoezelenraum“ oder „Snoezelenwagen“.

Zur Wirkungsweise des Snoezelen liegen einzelne Studien vor, von einer ausreichenden evidenzbasierten Studienlage kann aber nicht ausgegangen werden.

Musiktherapie

Der Musik werden neben ordnenden und strukturierten Eigenschaften auch erinnerungsauslösende und bewegungsfördernde Effekte zugeschrieben.

Die musiktherapeutischen Möglichkeiten für Menschen mit Demenz und anderen geronto-psychiatrischen Erkrankungen sind im Rahmen stationärer Versorgung bereits weit verbreitet. Musik stärkt emotionale Ressourcen, weckt Erinnerungen und lässt Identität erlebbar werden. Sie verhilft zum Ausdruck, wo logisches Denken und verbale Fähigkeiten fehlen, bietet Orientierung an Vertrautem und lindert Ängste und Schmerzen.

Maltherapie

Der künstlerische Ausdruck durch das Malen und der Umgang mit Farben können bei den Bewohnerinnen und Bewohnern Emotionen auslösen, die ihre momentane Gefühlslage darstellen. Ausgebildete Kunsttherapeutinnen und Therapeuten sollten diese Therapie begleiten.

Humor in der Pflege

Bei diesem Pflegekonzept ist es nicht nur das Ziel, Menschen zum Lachen zu bringen, vielmehr sollen entspannte und heitere Gelassenheit als Lebensstimmung erreicht werden, die die Lebenssituation erleichtern und Genesungsprozesse beschleunigen. In der Literatur werden positive physiologische und psychologische Wirkungen des Lachens beschrieben, z. B. Abwehrkräfte steigern, Anregung des Immunsystems, Erhöhung des Selbstvertrauens, Verringerung der Hilflosigkeit, Förderung der Kommunikation und Entschärfung von kritischen Situationen.

Strukturierte Abläufe geben Menschen mit Demenz Hilfestellung, sich zu orientieren, einen Rhythmus zu erleben und dadurch Sicherheit zu erfahren. Durch die Gleichförmigkeit der Angebote und der Tages- und Wochenstruktur soll ein Wiedererkennungseffekt entstehen, der den Alltag für Menschen mit demenziellen Erkrankungen erleichtert.

Um sinnvolle Beschäftigungsangebote anzubieten, haben Pflege- und Betreuungspersonen die Aufgabe, Ziele und Angebote auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und gegebenenfalls neue Ziele und Maßnahmen gemeinsam zu erarbeiten, welche fordern aber nicht überfordern. Dafür ist das Zusammenwirken eines multidisziplinären Teams erforderlich.

➔ **Die Wiener Heimkommission empfiehlt den verantwortlichen Personen in Wiener Wohn- und Pflegeheimen sich mit Methoden, Konzepten und deren Implementierung auseinanderzusetzen, um eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung entsprechend den Anforderungen von Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu gewährleisten.**

3.6 Heilmittel – Hilfsbehelfe im Wohn- und Pflegeheim Selbstbehalte für Krankenkassenleistungen

Der Umfang der von den Krankenkassen gedeckten Leistungen in Wohn- und Pflegeheimen wird immer wieder hinterfragt. Durch die schwierige Finanzsituation werden seitens der Krankenkassen immer mehr Leistungen abgelehnt bzw. steigt der Umfang der Selbstbehalte. Manche Leistungen werden zu Hause übernommen, allerdings nach einem Umzug in ein Wohn- und Pflegeheim abgelehnt.

Heimträger sind weder vertraglich/gesetzlich verpflichtet noch finanziell in der Lage notwendige, aber von der Krankenkasse abgelehnte Leistungen, zu übernehmen.

Für die Bewohnerinnen und Bewohner führt dies zu sehr schwierigen Situationen, da sie notwendige Heilbehelfe/Hilfsmittel selbst kaufen müssen bzw. auch teilweise nicht erhalten. Die meisten Heimbewohnerinnen und Heimbewohner verfügen allerdings in der Regel nur mehr über ein relativ geringes Taschengeld und sind finanziell nicht in der Lage teure Heilbehelfe zu kaufen oder nennenswerte Selbstbehalte zu übernehmen.

Als Beispiel soll hier die Situation von Frau R. beschreiben werden, die an Multipler Sklerose erkrankt ist und seit mehreren Jahren in einem Wiener Pflegeheim wohnt, wobei die Kosten über eine Fonds Soziales Wien (FSW)-Förderung gedeckt werden.

Im Mai 2009 wurde für Frau R. bei der Wiener Gebietskrankenkasse ein Multifunktionsrollstuhl beantragt, der entsprechend ihrer Erkrankung speziell adaptiert werden muss. Dies wurde im Jänner 2010 von der Gebietskrankenkasse abgelehnt. Fr. R. klagte im Februar 2010 auf Gewährung des Multifunktionsrollstuhls, im August erging das erstinstanzliche Urteil, gegen das sowohl Frau R. als auch die Gebietskrankenkasse berufen haben.

Ein im Zuge des Verfahrens eingeholtes Sachverständigengutachten bestätigte klar die medizinische Notwendigkeit eines Multifunktionsrollstuhls zur Ermöglichung der Mobilität und Verhinderung von Symptomverschlimmerungen der Krankheit oder auch eines Dekubitus.

Seitens der Gebietskrankenkasse wird argumentiert, dass (1) es sich beim Zustand von Frau R. nicht um eine Krankheit, sondern um ein Gebrechen handle, (2) der Multifunktionsrollstuhl nur der Unterstützung im Lebensalltag und der Erleichterung bei der

Pflege diene und (3) die Vermeidung eines Dekubitus als Maßnahme der Prävention vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse ausgeschlossen wäre.

Die Abgrenzung von Krankheit und Gebrechen ist juristisch schwierig, das Berufungsurteil bleibt abzuwarten. Grundsätzlich liegt eine Krankenbehandlung wohl auch vor, wenn Verschlechterungen verhindert werden sollen. Andererseits ist bei Multipler Sklerose nicht mehr von der Wiedererlangung der vollen Beweglichkeit auszugehen. Die Einstufung der Situation von Frau R. als Gebrechen, würde dazu führen, dass die Leistungspflicht der Gebietskrankenkasse stark begrenzt wird (max. das 3-fache der Höchstbeitragsgrundlage). Frau R., die ja bereits Sozialhilfe bezieht, hätte keinesfalls die finanziellen Möglichkeiten aus dem ihr verbleibenden Resttaschengeld einen Selbstbehalt von mehreren Tausend Euro zu bezahlen.

Da auch im medizinischen Gutachten die Notwendigkeit eines Multifunktionsrollstuhls zur Vermeidung von Symptomverschlimmerungen bestätigt wird, ist die Argumentation, es handle sich um einen reinen Pflegebehelf, nicht nachvollziehbar. Die Argumentation, dass präventive Ausgaben nicht von der Krankenkasse geleistet würden, würde dazu führen, dass man erst die Symptomverschlimmerungen bzw. einen Dekubitus abwarten müsste, bevor die Leistungspflicht der Krankenkasse eintreten würde. Für Frau R. wäre das sicherlich nicht wünschenswert.

Eine Vorfinanzierung auf eigene Kosten ist finanziell nicht möglich. Die lange Verfahrensdauer birgt die Gefahr, dass Verschlechterungen währenddessen eintreten.

➔ **Die Wiener Heimkommission weist darauf hin, dass in diesem und ähnlich gelagerten Fällen, die unbefriedigende Situation eintreten kann, dass Bewohnerinnen und Bewohner medizinisch notwendige Heilbehelfe/Hilfsmittel aufgrund unklarer Rechtsbeurteilungen bzw. der jeweiligen persönlichen finanziellen Situation nicht erhalten und schlägt vor, dass für derartige Situationen eine besondere Fördermöglichkeit geschaffen wird.**

3.7 Eden-Alternative® – Betreuungsphilosophie in der Langzeitpflege Chance zur Veränderung

Ausgangslage

Im Zuge der Umsetzung des Wiener Geriatriekonzeptes wird besonders ein Umfeld gefordert, das die Lebensqualität der Bewohnerinnen und der Bewohner in den Mittelpunkt stellt. Der Aspekt des „Wohnens“ soll im Vordergrund stehen, und die Stadtregierung möchte sicherstellen, dass alle Menschen, welche einen Pflegeplatz brauchen, diesen in bester Qualität bekommen. Dem gegenüber steht allerdings der Wunsch der Bevölkerung, ihren Lebensabend möglichst nicht in einem Wohn- und Pflegeheim verbringen zu müssen. Bei Befragungen gibt die absolute Mehrheit der Wienerinnen und Wiener den Wunsch an, zuhause betreut zu werden, doch die demografischen Entwicklungen zeigen, dass sich dieser Wunsch voraussichtlich nicht erfüllen wird.

Es braucht daher Konzepte und Modelle, um den Menschen das Leben in Wohn- und Pflegehäusern lebenswert zu gestalten. Doch was wünschen sich potenzielle Bewohnerinnen und Bewohner von einer Institution? In der Literatur sind folgende Ergebnisse zu finden: Besonders wichtig sind Kriterien der autonomen Lebensführung sowie die

Möglichkeit von sozialen Kontakten und Beziehungen. Weiters wurde festgestellt, dass Wohn- und Pflegeheime bei älteren Menschen eine enorme Angst hervorrufen. Dieses Angstpotential muss abgebaut werden, und herkömmliche Strukturen in der Versorgung älterer Menschen sollten überdacht werden. Neue Modelle, mehr Individualität, somit die Teilnahme am Leben und die soziale Betreuung benötigen daher einen größeren Stellenwert. Da das Bild in der Öffentlichkeit auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bzw. Angehörigen beeinflusst wird, müssen Organisationskonzepte künftig neben der Perspektive der betroffenen Menschen auch deren Bedürfnisse integrieren.

Theorie der Eden-Alternative®

Eine relativ junge Betreuungsphilosophie, das Konzept der Eden-Alternative®, wird von Dr. William Thomas beschrieben. Es zeigt einen möglichen Weg den Paradigmenwechsel in der Betreuung von geriatrischen Langzeitbewohnerinnen und Langzeitbewohnern zu vollziehen. Thomas setzt sich für „Normalität“ in Wohn- und Pflegeheimen ein, allerdings – und das ist der große Unterschied zu anderen Konzepten – sieht er es als unbedingt notwendig an, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Institution (vergleichbar mit einer Großfamilie) bei der Umsetzung mit einzubeziehen. Aus dieser Sicht wird das Leben im Wohn- und Pflegeheim als ein gemeinsames, abwechslungsreiches und menschliches Miteinander gesehen. Es gibt Platz für Tiere und Pflanzen, sowie genügend Raum für Entscheidungen und Kontakte mit der Außenwelt. Weg von der Defizitbetrachtung, weg von der Institutionalisierung hin zum Normalitätsprinzip im Alltag eines Lebensabends.

Exemplarisch soll hier eine der Hauptaussagen von Thomas zitiert werden, natürlich ist das Gesamtkonzept weitaus umfassender.

„Die drei Qualen – **Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile** – sind für den Großteil des Leides unserer alten Menschen verantwortlich“.

Einsamkeit wird definiert als der Schmerz, der gefühlt wird, wenn Gemeinschaft gewünscht wird, aber nicht möglich ist. Eine einfache Lösung gegen Einsamkeit ist also Gemeinschaft. In einem Wohn- und Pflegeheim sind viele Menschen, die ihre Arbeit verrichten – von der Reinigungsperson bis zur Heimleitung – diese Menschen müssen zum sozialen Umfeld der Bewohnerinnen und Bewohner werden. Das bedeutet, persönliche Beziehungen zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern und Personal sind unumgänglich. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden nicht nur in ihrer Funktion wahrgenommen, sondern als Menschen, die Interessen haben und auch von der Lebenserfahrung der Bewohnerinnen und Bewohner lernen können. Auch Tiere gehören zu dieser Gemeinschaft, Menschen und Tiere leben schon seit jeher in enger Gemeinschaft und sind Bestandteil des alltäglichen Lebens. Tiere bringen den Menschen rund um die Uhr ihre bedingungslose Zuneigung entgegen und wirken so ideal gegen Einsamkeit.

Hilflosigkeit bedeutet immer nur nehmen, aber nie geben können. Bewohnerinnen und Bewohner in einem Wohn- und Pflegeheim werden zu Hilflosigkeit regelrecht erzogen. Die Pflegepersonen dieser Institutionen übernehmen sehr viele Tätigkeiten für die Bewohnerinnen und Bewohner, dies ermöglicht einen rascheren Ablauf, und damit werden die betroffenen Menschen zunehmend mehr in die Hilflosigkeit gedrängt. Niemand macht das absichtlich, es ist schlicht eine ungewollte Konsequenz des Lebens in einer herkömmlichen Einrichtung. Menschen haben aber das Bedürfnis nach Ausgewogenheit, niemand will immer nur nehmen, ohne zu geben, daher werden Bewohnerinnen und Bewohner immer hilfloser und unglücklicher. Das Mittel gegen Hilflosigkeit ist demzufolge, für jemanden oder etwas zu sorgen sowie Verantwortung

zu übernehmen. Möglichkeiten dafür bestehen in der Betreuung von Haustieren, da Tiere Fürsorge brauchen, aber ihre Bedürfnisse wesentlich weniger komplex sind als die Bedürfnisse eines Menschen. Außerdem werden Pflanzen umsorgt und auch kleinere Aufgaben im Heim können von den Bewohnerinnen und Bewohner übernommen werden.

Unter **Langeweile** wird der Schmerz beschrieben, wenn im Leben Abwechslung und Spontaneität fehlen. Wohn- und Pflegeheime sind gut strukturiert und organisiert, der tägliche Ablauf ist von Regeln, Standards, Vorschriften und Pflegeplänen geprägt. Wir brauchen aber alle in unserem Alltag eine Brise der Veränderung. Unerwartete Ereignisse und Vorfälle durchbrechen die Routine und liefern Stoff für Gespräche. Gegen Langeweile helfen Kinder, Haustiere und humorvolle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, denn sie tun immer wieder einmal etwas Unerwartetes.

Die Darstellung des Konzepts der Eden-Alternative® wirkt einerseits simpel, da die wesentlichen Grundlagen – Kinder, Pflanzen, Tiere – an sich nichts Neues bei der Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Einrichtungen sind. Dahinter steht unser humanistisches Menschenbild mit den Werten wie Würde, Autonomie, Recht auf Selbstbestimmung und eine ganzheitliche Betrachtung von Körper, Geist und Seele. Das Neue daran ist, dass Thomas die Probleme in der geriatrischen Langzeitbetreuung: Einsamkeit, Langeweile und Hilflosigkeit erkannte und diese Grundlagen neu aufbereitete und konzeptualisierte. Besonders wesentlich ist der gesamtbetriebliche Ansatz, die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und der Bewohner in den Mittelpunkt zu stellen und weg zu kommen vom spitalorientierten Modell.

Umsetzung in der Praxis

am Beispiel der Station 2 rechts, Pav.1, im Geriatriezentrum Am Wienerwald

Die Station 2 rechts im Pav.1 im Geriatriezentrum am Wienerwald orientiert sich seit 2007 am Konzept der Eden-Alternative® und erkannte als wesentliches Element für die Umsetzung den Beziehungsprozess zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Pflegenden. Bei den Pflegenden muss der Umdenkprozess einsetzen, dass jeder alte Mensch schwächer wird, Kräfte und Fähigkeiten einbüßt und damit leben muss, dass seine Welt kleiner wird. Aber alte Menschen sind keine Opfer, die gerettet werden müssen, indem sie von allen Fragen des Lebens abgeschirmt werden und alles für sie perfekt strukturiert und durchgeführt wird. Es soll gemeinsam mit den älteren Menschen eine Welt geschaffen werden, in der ein lebenswertes Leben stattfindet. Daher war es unbedingt notwendig das Pflegesystem der Bezugspflege einzuführen um eine größtmögliche „Normalität in der Geriatrie“ mit Selbstbestimmung, Autonomie, „Person sein können“ zu gewährleisten. Die Stärkung der eigenen Fähigkeiten, des Selbstvertrauens, von Mitbestimmungsrecht und Wahlmöglichkeiten stehen im Vordergrund. Der Weg vom Institutionsmodell – Fremdbestimmung zwecks eines fremdbestimmten Ziels –, hin zum Modell Leben mit Unterstützung – selbstbestimmt trotz Einschränkungen, ist ein schwieriger. Doch wenn die wirklichen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner aktiv wahrgenommen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die nötigen Handlungskompetenzen zur Umsetzung gegeben werden, steigert dieser Weg die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner enorm.

Das Wohlbefinden hängt ganz erheblich von den Beziehungen zu anderen ab und diese Beziehungen müssen aktiv gefördert werden. Zum Beispiel im Rahmen von „Granny-Kids“, wo es bei regelmäßigen, gemeinsame Aktionen zwischen Kindern und Bewohnerinnen und Bewohnern ermöglicht wird, dass die Jungen die Bedürfnisse der Älteren kennen lernen und umgekehrt. Neben wöchentlichen Gruppenstunden stehen auch viele Ausflüge, gemeinsame Feste und die Erhaltung von Traditionen am Programm. Ein weiterer Schwerpunkt sind Tiere, in Institutionen der Eden-Alternative® sind sie

fester Bestandteil des täglichen Lebens, so auch bei uns. Sie gehören zum Alltag, leben mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und tragen damit viel dazu bei, die Einsamkeit zu lindern. Hasen und Meerschweinchen werden beobachtet, gefüttert und gestreichelt. Vom ganzen Haus kommen Bewohnerinnen und Bewohner (teilweise mit Angehörigen) und freuen sich am lebhaften Treiben der Kleintiere. Auch das Aquarium und die große Vogelvoliere sind ein beliebter Treffpunkt und die Tiere dienen als Anknüpfungspunkt für Gespräche, daraus entstehen Geschichten und somit kommt Leben in den Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner. Einer der großen Vorzüge von Haustieren liegt darin, dass sie Fürsorge brauchen und daher wird versucht, den Wunsch älterer Menschen für jemanden zu sorgen, mit dem Bedürfnis von Tieren nach Betreuung und Fürsorge, zu verbinden.

Auch Pflanzen gehören zur ganzheitlichen Sichtweise des Lebens, die im Alter nicht verloren gehen soll. Garten, Beete, Blumen und die Beschäftigung damit sind ein Teil dieser ganzheitlichen Sichtweise. Darüber hinaus haben die Pflanzen den Nebeneffekt, dass sie eine Verbesserung des Raumklimas schaffen. Wir haben den Grünbereich vor dem Pavillon als „1er-Gartl“ hergerichtet, Beete angelegt, Blumen und Sträucher gepflanzt und auch die Hasen und Meerschweinchen haben einen Auslauf bekommen. Diese Gartenfläche bildet einen informellen Bereich, wo alle Menschen in Kontakt treten – Personal, Bewohnerinnen und Bewohner, Besucherinnen und Besucher und auch Tiere. Da auch die Beziehungen unter den Bewohnerinnen und Bewohnern gepflegt werden müssen, legen wir großen Wert auf gemeinsame „Erinnerungsstunden“ in denen nach dem personenzentrierten Ansatz vorgegangen wird. Diese Gruppenaktivität wird mittlerweile 3x pro Woche durchgeführt und ist ein fixer Bestandteil des Wochenablaufes. In diesen strukturierten Stunden werden, im jahreszeitlichen Kontext und zu Wochenthemen, kognitive, taktile und kreative Übungen durchgeführt. Auch Ausflüge stehen regelmäßig am Programm, meist entstehen die Ausflugsziele aus den Gesprächen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, ganz im Sinne der Mitbestimmung und Mitgestaltung. Ein jährlicher Höhepunkt ist der gemeinsame Urlaub im Rahmen „Granny-Kids“, bei dem sowohl Kinder als auch Bewohnerinnen und Bewohner und Betreuerinnen und Betreuer die „Normalität“ einer Großfamilie erleben können.

Es ist unsere – sehr verantwortungsvolle – Aufgabe, die Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner zu gestalten, und wir sehen es als unsere Pflicht, dafür zu sorgen, dass für die alten Menschen der Zugang zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, Kindern, Tieren und Pflanzen selbstverständlich bleibt.

Die Praxis hat es schon bewiesen: Es ist möglich das Konzept der Eden-Alternative® in Wohn- und Pflegeheimen zu implementieren. Auch im deutschsprachigen Raum gibt es schon mehrere Häuser, welche von sehr guten Erfolgen berichten. Sowohl die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner als auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist gestiegen und aus betriebswirtschaftlicher Sicht konnten Einsparungen, zum Beispiel beim Medikamentenverbrauch, verzeichnet werden.

Ausblick – Chance für Veränderung

Das Alter braucht einen Ort, an dem der Widerspruch zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit aufgehoben ist, wo Ideen und Praktiken, die mit einem neuen Leben im Alter zusammenhängen, wachsen und reifen können. Wesentlich dabei ist, dass diese Orte einem normalen Wohnhaus ähneln sollen und nicht einem öffentlichen Gebäude mit pseudo-medizinischer Ausstattung. Außerdem ist eine Eingliederung in die öffentliche Umgebung wichtig, damit sich ein „gemeinsames Tun“ entwickeln kann. Die Integration eines Kindergartens, Friseurs, Kosmetikstudios und Kaffeehauses wirkt gegen Einsamkeit, fördert den Bezug zur Außenwelt und damit das Gemeinschaftsgefühl.

Die architektonische Planung muss sich an der Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner orientieren. Das Design eines Umfelds hat großen Einfluss auf die körperlichen, seelischen, geistigen und spirituellen Erfahrungen eines Menschen. Danach haben die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner Vorrang vor denen des Betreuungspersonals. Die Architektur muss berücksichtigen, dass Tiere und Pflanzen als fester Bestandteil einer Einrichtung akzeptiert werden. Ebenso sollen Räume geschaffen werden, die Gelegenheit bieten, Kinder zu betreuen und Familienangehörige mit einzubinden.

➔ Die Wiener Heimkommission zeigt einen möglichen Weg in der Betreuung von geriatrischen Langzeitbewohnerinnen und Langzeitbewohnern in Form des Konzept der Eden-Alternative® auf. Dieses Konzept steht für das Prinzip „Normalität des Alltags“ in Wohn- und Pflegeheimen und sieht es als unbedingt notwendig an, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Institution (vergleichbar mit einer Großfamilie) bei der Umsetzung mit einzubeziehen. Aus dieser Sicht wird das Leben im Wohn- und Pflegeheim als ein gemeinsames, abwechslungsreiches und menschliches Miteinander gesehen, wobei auch Platz für Tiere und Pflanzen, sowie genügend Raum für Entscheidungen und Kontakte mit der Außenwelt, zur Verfügung stehen.

3.8 Selbstbestimmung trotz Betreuungsnotwendigkeit?

Ein disziplin- und methodenübergreifendes Forschungsprojekt der Universität Wien, welches vom Ministerium für Forschung und Wissenschaft gefördert wird, beschäftigt sich mit dem „selbst bestimmten und würdevollen Altern“. In Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten Bereichen wurde der Frage nachgegangen, was zur Wahrung der Würde und Selbstbestimmung jener pflegebedürftigen Personen beiträgt, die entweder in stationären Einrichtungen leben oder im herkömmlichen Sinn Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen. In der ersten Arbeitsphase wurden relevante philosophische Konzepte von Würde und Autonomie hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit in der pflegerischen Praxis untersucht und durch pflegewissenschaftliche Erkenntnisse ergänzt. Dadurch konnten die abstrakten Begriffe Würde und Autonomie stärker konkretisiert werden. Anschließend wurden pflegebedürftige Menschen danach gefragt, wie sie ihren Entscheidungs- und Handlungsspielraum erleben, wie wichtig ihnen dieser in unterschiedlichen Lebensbelangen ist, und welche Zusammenhänge sich mit der Würde herstellen lassen. In den Gesprächen mit den Angehörigen ging es vorrangig darum, welche Vorstellungen, Erwartungen oder auch Befürchtungen sie als jene Personen haben, die mit der Situation der Pflegebedürftigkeit und institutionellen Versorgung zwar eng vertraut, aber selbst nicht in dieser Lage sind zu pflegen und zu versorgen. Die Aussagen der Interviewten wurde in Kapitel wie „Dimensionen der Würde“ und unterschiedliche Lebensbereiche wie „Pflegehandlungen“, „Sinnvolle Tätigkeit“, „Soziale Beziehungen“, „Materielle Sicherheit und ökologische Eingebundenheit“ zusammengefasst. Dargestellt wird, in welchem Bedeutungszusammenhang das Empfinden der eigenen Würde steht, was dazu beiträgt sie zu wahren, in welchen Situationen sie gefährdet ist und mit welchen Gefühlen derartige Missachtungserfahrungen verbunden sind. Deutlich wird, dass fehlende Anerkennung und Wertschätzung, Respektlosigkeit und das Vorenthalten von Möglichkeiten der Selbstbestimmung heftige negative Emotionen auslösen, wie Empörung, Trauer, Rückzug, das Gefühl der Wertlosigkeit, Scham, Verlassenheitsgefühle, das Gefühl extremer Hilflosigkeit bis hin zum Wunsch zu sterben.

In den Gruppendiskussionen mit pflegenden, betreuenden und behandelnden Personen wurde unter anderem der Frage nachgegangen, welche Unterstützungsmöglichkeiten die Helferinnen und Helfer in die Lage versetzen, um eine würdevolle Pflege und Betreuung zu ermöglichen. Diese Thematik wurde anschließend auch mit Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern sowie mit Expertinnen und Experten aus dem Bereich der geriatrischen Langzeitpflege diskutiert. Wie sollen nun Pflege- und Betreuungsbeziehungen gestaltet werden, und welche organisatorischen Rahmenbedingungen braucht es, um einen Kontext zu schaffen in dem ein würdevolles und selbstbestimmtes Altern trotz Pflegebedürftigkeit möglich ist?

In der Zusammenfassung des Projektes wird hervorgehoben, dass der Orientierung an und die Auseinandersetzung mit Werten und Haltungen im Hinblick auf Qualitätspolitik und Qualitätszielen gerade im Bereich der geriatrischen Langzeitpflege, in dem viele Widersprüche bewältigt werden müssen, eine hohe Bedeutung zukommt. Nur wenn eine realistische Diskussion von Wert- und Zielkonflikten in und zwischen allen Hierarchieebenen geführt wird, kann eine Grundlage geschaffen werden, die Orientierung und Sicherheit bietet.

Ebenso gefordert ist die Einbindung des Themas Würde in die Aus- und Weiterbildungsangebote der Betreuungs- und Pflegepersonen, um Beziehungssituationen reflektieren zu können und einen sorgsam Umgang mit sich selbst zu lernen. In diesem Zusammenhang kann auf das neue Projekt „ethik&gesundheit“ hingewiesen werden, das ebenfalls am Institut für Philosophie der Universität Wien angesiedelt ist. Ziel dieses Projekts ist es Lehr- und Lernmaterialien für den Ethikunterricht auch für Pflege- und Betreuungsberufe zu entwickeln. Dabei wird konzeptionell von dem Gedanken ausgegangen, dass es nicht ausreicht nur die rationale Ebene des Bewusstseins anzusprechen, wenn es um den Erwerb ethischer Kompetenz geht, vielmehr müssen solche Methoden zum Einsatz kommen, die auch die Fähigkeit der Lernenden fördert, sich in andere Menschen einzufühlen. Das wiederum setzt voraus, die Welt aus der Perspektive des Gegenübers sehen und verstehen zu können (Empathiefähigkeit). Denn Situationen aus der Perspektive anderer zu betrachten zu können, ist eine ethisch bedeutsame Fähigkeit von Pflege- und Betreuungspersonen.

➔ Die Heimkommission begrüßt es, dass mit dem Projekt „ethik&gesundheit“ versucht wird, Pflege- und Betreuungspersonen schon in der Ausbildung auf das sensible Thema „Selbstbestimmung und Würde in der Pflege“ vorzubereiten.

3.9 Kinästhetik im Sozialmedizinischen Zentrum Sophienspital – Geriatriezentrum

Was bedeutet Kinästhetik genau?

Das Wort Kinästhetik kommt aus dem Griechischen, *kinesis* bedeutet Bewegung und *aesthesie* Wahrnehmung. Es geht um die Wahrnehmung und Analyse menschlicher Bewegungsmuster im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Im Hinblick auf die Bewohnerinnen und Bewohner ist die zentrale Aufgabe, physiologische Bewegungsabläufe zu nützen und ihnen so zu ermöglichen, verlernte Bewegungen unter Anleitung oder Hilfe wiederzuerlangen. Eine zusätzliche Herausforderung besteht vor allem im verstärkten Eingehen auf individuelle Bedürfnisse beispielsweise durch Schmerz, Angst oder Lähmung. Dadurch wird ein Fortschritt in der Aktivität erzielt – bei Bewohnerinnen und Bewohnern und auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Wie sich ein Mensch bewegt, steht, sitzt oder atmet, wird bewusst wahrgenommen und pflegerisch genützt.

Die Pflegedirektion des Sozialmedizinischen Zentrum Sophienspital – Geriatriezentrum beschloss in Übereinstimmung mit den Stationsleitungen im Jahr 2001, Kinästhetik als Instrument zur umfassenden Gesundheitsentwicklung für Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu implementieren. Damit sollten Lernprozesse in Gang gesetzt werden, welche die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Berufsleben lang begleiten, die Qualität der Bewegungen beeinflussen und damit die Gesundheit nachhaltig verbessern. Kinästhetik wurde im Leitbild des Hauses verankert und in den für jede Station individuell entwickelten Zielvereinbarungen festgeschrieben.

Die sechs Kinästhetik-Konzepte die für die Tätigkeiten in den letzten Monaten so große Bedeutung erlangt haben:

- **Interaktion** behandelt den kommunikativen Austausch zwischen Bewegungsgeber und Bewegungsempfänger
- **Funktionale Anatomie** betrachtet Gewichtsverläufe und die Möglichkeit der Beweglichkeit
- **Anstrengung** soll durch gezieltes Zeigen oder Drücken reduziert und die Eigenaktivität des Bewegungsempfängers gefördert werden.
- **Menschliche Funktion** bezieht sich auf die Körperposition und verbessert Balance
- **Umgebung** behandelt äußere Faktoren wie Raum oder Einrichtung und ob diese Bewegung fördern oder stören
- **Menschliche Bewegung** bezieht sich auf die Einzelbausteine einer Bewegung und Bewegungsmuster

Die Verantwortlichen in der Pflegedirektion haben sich für die „Originalversion“ der Kinästhetik „MH Kinaesthetics“ entschieden. Hier arbeiten die Begründer Majetta und Hatch wieder an ihrem Lebenswerk und stellen den Menschen bzw. die Organisation mit ihren individuellen Eigenschaften und ihrem Leitbild in den Mittelpunkt.

Am 23. 11. 2010 wurde das externe Audit von Kinäesthetics-mlh GmbH, De; MH Kinaesthetics Austria/Akademie Schloss Hollenegg und Maietta-Hatch Inc.; USA Assessorinnen: Carmen Steinmetz-Ehrt, Ulrike Resch-Kröll und Dr. Lenny Maietta und Dr. Frank Hatch durchgeführt.

Nach einem äußerst positiv verlaufenen Audit darf das Sozialmedizinische Zentrum Sophienspital und Geriatriezentrum sich als erste vollständig Kinästhetik-zertifizierte Gesundheitseinrichtung in Wien bezeichnen.

➔ **Die Wiener Heimkommission unterstützt Konzepte die gesundheitsfördernde Auswirkungen auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Wohn- und Pflegeheimen und die zu betreuenden Menschen haben.**

3.10 Implementierung und Evaluierung eines bewohnerorientierten Maßnahmenpakets zur Förderung der Lebensqualität in der geriatrischen Langzeitpflege

Projektidee und Projektablauf:

Im Geriatriezentrum Baumgarten wurde von Dezember 2008 bis März 2010 auf der Langzeitstation 1C ein Projekt durchgeführt, in welcher der Einfluss eines strukturierten, zielgerichteten Betreuungs- und Aktivierungsprogramms auf die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten untersucht wurde. Ziel und Leitbild stellten Maßnahmen zur

Verbesserung der Lebensqualität der zur Langzeitbetreuung aufgenommenen Patientinnen und Patienten dar, wobei Lebensqualität als Indikator für eine gelungene Anpassung an das Alter und damit verbundener Lebensveränderungen definiert wurde.

Zu Projektbeginn wurden Ressourcen und Defizite der insgesamt 18 Patientinnen und Patienten der Station mittels standardisierter Verfahren erhoben. Variablen, welche erfasst wurden, waren Lebensqualität, Pflegebedarf, kognitiver Status, Depressivität, Verhaltensauffälligkeiten und subjektives Schmerzempfinden. Auf Basis dieser Ergebnisse und der bereits erhobenen Biographie wurde für jede Person ein individuelles, auf Ressourcen und Bedürfnisse ausgerichtetes Aktivierungsprogramm entwickelt und durchgeführt. Besonderes Augenmerk wurde auf Personen mit fortgeschrittener Demenz und bettlägerige Patientinnen und Patienten gelegt, deren Einbeziehung in diverse Aktivierungsprogramme eine besondere Herausforderung darstellt.

Angeboten wurden u. a. Gesprächs- und Gedächtnisgruppen, Kochgruppen, Bewegungsrunden, biographiebezogene Ausflüge, Therapiehundgruppen, Einzel- und Gruppenvalidation, Aromapflege und basale Stimulation. Dabei wurden einerseits interne Ressourcen, Schwerpunkte und Spezialausbildungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern genutzt. Darüber hinaus wurden verstärkt externe Personen mit entsprechender Spezialausbildung miteinbezogen.

Für jede Person wurde ein eigener Aktivitätenplan erstellt und auf die Koordinierung mit laufenden Therapien geachtet. Parallel dazu wurde auf der Station Bezugspflege eingeführt.

Wesentlich für dieses Projekt war die Einbeziehung aller auf der Station tätigen Berufsgruppen, es wurden regelmäßig interdisziplinäre Team- und Projektbesprechungen abgehalten.

Nach Beginn dieser Maßnahmen wurde alle drei Monate eine Evaluierung durchgeführt, um die einzelnen Maßnahmen auf deren Effektivität und Sinnhaftigkeit hin zu untersuchen und gegebenenfalls Adaptierungen durchzuführen. Die letzte Evaluierung fand zum Projektende, ein Jahr nach Projektbeginn, statt.

Besonderes Augenmerk wurde auf die Erhebung der Lebensqualität gelegt, welche mittels Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen gemessen wurde. Die Erfassung der Lebensqualität stellt besonders bei fortgeschrittener Demenz eine methodische Herausforderung dar. Daher mussten primär Fremdbeurteilungsskalen eingesetzt werden. Die Einschätzung der Lebensqualität anhand dieser Skalen erfolgte durch das betreuende Pflegepersonal nach entsprechender Einschulung. Verwendet wurden dt. Übersetzungen der Skalen DEMQOL (Dementia-Quality-Of Life) und QUALID (Quality of life in late stage dementia).

Ergebnisse:

In der ersten Evaluierung nach drei Monaten waren hinsichtlich der erhobenen Bereiche noch keine wesentlichen Veränderungen erkennbar. Nach sechs Monaten zeigte sich in der Lebensqualität eine deutliche Verbesserung. Auch bezüglich Depressivität war eine Verbesserung erkennbar. Diese Verbesserungen blieben bis zum Projektende bestehen. Im Bereich kognitiver Status und Pflegebedürftigkeit konnte zumindest eine Stabilisierung erreicht werden. Die einzelnen Aktivitäten sind ein fixer und vor allem strukturgebender Bestandteil des Stationsalltags geworden. Seitens des Pflegepersonals zeigten sich positive Rückmeldungen in den Mitarbeiterorientierungsgesprächen.

Die Ergebnisse bestätigen die Bedeutung interdisziplinär ausgerichteter Betreuungsprogramme und Projekte. Dieses Projekt zeigte, dass auch bei multimorbiden, geriatrischen Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten eine Verbesserung vor allem im Hinblick auf die Lebensqualität möglich ist, die längerfristig anhält.

Ende 2010 wurde das Projekt auf zwei weiteren Stationen im Geriatriezentrum Baumgarten ausgeweitet. Dadurch ist es möglich, mehrere Personen einzubeziehen,

bisherige Erfahrungen umzusetzen und weitere Betreuungsstrategien zur Förderung der Lebensqualität in der geriatrischen Langzeitbetreuung zu entwickeln.

➔ Die Wiener Heimkommission begrüßt die Implementierung und Evaluierung des Projektes des bewohnerorientierten Maßnahmenpakets zur Förderung der Lebensqualität.

3.11 Implementierung und Evaluierung einer „Offenen Gruppe für pflegende Angehörige“

Ausgangssituation:

Im Rahmen des familiären, an den individuellen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientierten Betreuungssettings im Geriatriezentrum Favoriten ist es eine Selbstverständlichkeit die Angehörigen multiprofessionell in die Betreuung einzubeziehen.

Dabei zeigt sich deutlich, dass auch bei den Angehörigen unterschiedlicher Betreuungsbedarf besteht und ein Teil besonders intensive multiprofessionelle Unterstützung benötigt und in Anspruch nimmt.

Um den Bedürfnissen dieser Zielgruppe qualitativ hochwertig entgegenzukommen, wurde die „Offene Gruppe für pflegende Angehörige“ konzeptioniert.

Zielgruppe:

Das Angebot wendet sich speziell an jene Angehörigen, die:

- fast täglich zu Besuch kommen und mehrere Stunden bleiben
- die Verantwortung für die Pflege, welche sie bis zum Heimeinzug alleine getragen haben, können sie nur schwer an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Institution abgeben, was hohes Konfliktpotenzial für die Kommunikation und Begegnung mit dem betreuenden Team in sich birgt
- ihre eigenen basalen Bedürfnisse (eigene Person und soziales Umfeld) betreffend vernachlässigen bzw. nicht mehr wahrnehmen (Mahlzeiten einnehmen, Wohnung sauber halten, Friseurbesuch, Arztbesuche, Einkaufen, Sozialkontakte)
- aufgrund der massiven psychischen, körperlichen und emotionalen Belastungen vermehrt professionelle Einzelgespräche benötigen

Methode:

Im Rahmen einer regelmäßig stattfindenden Gruppe wird Zeit und Raum geschaffen, um Sorgen, Ängste, Befindlichkeiten und Bedürfnisse zu äußern.

Die Angehörigen stehen im Mittelpunkt des professionellen Blickfeldes.

Entlastung und Gesundheitsförderung finden auf zwei Ebenen statt. Einerseits durch die Gruppe selbst, andererseits durch gezielt eingesetzte professionelle Interventionen.

Durch die ständige Präsenz einer Klinischen Psychologin und Gesundheitspsychologin sowie einer psychiatrischen Diplomkrankenschwester finden professionelle Interventionen in der Gruppe, als auch im Bedarfsfall im Einzelkontakt statt.

Nach dem „Public-Health Prinzip“ und dem Empowerment Ansatz erfahren die einzelnen Personen innerhalb der Gruppe gegenseitige Unterstützung durch:

- den Austausch mit Menschen in ähnlichen Situationen
- das Kennenlernen praktischer Lösungsansätze für Probleme im Alltag

- das Entstehen eines sozialen Netzes
- Zuhören, Anerkennung und Wertschätzung

Rahmenbedingungen:

Durch die gemütliche Gestaltung der Räumlichkeit (saisonale Tischdekoration), sowie Bewirtung mit Getränken, Brötchen und Kuchen und die persönliche Einladung durch die Gruppenleitung werden die Angehörigen alle 14 Tage für ca. eineinhalb Stunden bewusst aus dem Pflegealltag herausgeholt.

Zielsetzung:

Gruppendynamische Erfahrungen sowie gezielt gesetzte Interventionen führen zu:

- eigenen Wahrnehmung und in weiterer Folge Befriedigung der eigenen Bedürfnisse sowie zur
- Wahrnehmung und Akzeptanz der eigenen Gefühle
- Erkennen eigener Stärken

Dadurch kommt es zu deutlichen Verbesserungen des psychischen Wohlbefindens und des subjektiven Gesundheitszustandes. Durch die Intensivierung sozialer Kontakte und den neu erworbenen Fähigkeiten bei der An- bzw. Wiederaneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie wird das Gesamtfeld an bio-psycho-sozialen Kompetenzen voll ausgeschöpft.

In weiterer Folge wird eine Entlastung der einzelnen Betreuungsteams mit deutlicher Verbesserung der Kommunikation herbeigeführt.

Evaluierung:

Mittels standardisierter Verfahren (Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Nottingham Health Profile) werden die soziale Unterstützung und der subjektive Gesundheitszustand der Angehörigen nach dem ersten Besuch der Gruppe erhoben, eine Evaluierung erfolgt nach sechs Monaten und einem Jahr.

Weiters finden regelmäßige Protokollführung und Rücksprachen mit den Stationsleitungen statt.

Erste bereits erkennbare Veränderungen:

- Zahlreiche und regelmäßige Teilnahme
- Bereits nach dreimonatiger Laufzeit Institutionalisierung der Gruppe
- Positive Rückmeldungen sowohl von Angehörigen als auch den Betreuungsteams
- Aufweichung bereits verhärteter Kommunikationsstrukturen mit einzelnen Angehörigen
- Verbesserung der Kommunikation im multiprofessionellen Team
- Veränderung der Themen in der Gruppe (weg von Krankheit und Belastung – hin zu Interessen, Freizeitbeschäftigung ...)
- Beginn der Vernetzung außerhalb der einzelnen Pflegewohnbereiche

➔ Die Wiener Heimkommission empfiehlt das Projekt „Offene Gruppe für pflegende Angehörige“ zur Komplettierung eines ganzheitlichen Betreuungskonzeptes. Die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen der Angehörigen und die damit verbundene Verbesserung der Kommunikationsstrukturen erhöht die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner und Angehörigen. Gleichzeitig findet eine Entlastung im multiprofessionellen Team statt, daher ist eine Umsetzung dieses Projekts in den anderen Pflegewohnhäusern wünschenswert.

3.12 Verpflegungskonzept NEU im Geriatriezentrum Klosterneuburg

Ein ernährungstherapeutisches Konzept wurde für Bewohnerinnen und Bewohner des Geriatriezentrum Klosterneuburg in einem groß angelegten, interdisziplinären Projekt von Mai 2008 bis Oktober 2010 entwickelt. Ziel war die adäquate Nährstoffversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Integration des palliativen Grundsatzes in den gesamten Verpflegungsprozess.

Das 12-köpfige Projektteam war multiprofessionell, mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Medizin (Ärztinnen und Ärzten, Diätologin, Ergotherapeutin, Physiotherapeutin), Pflege (DGKS, Pflegehelferin, Abteilungshelferin) und Verwaltung (Küchenregie, Küche) zusammengesetzt. In der ersten Phase wurden zwei große Befragungen von Bewohnerinnen und Bewohner und von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rund um Verpflegungszufriedenheit, Essgewohnheiten, Vorlieben und Wünsche durchgeführt. In kleinen Arbeitsgruppen wurden anschließend einzelne Themenbereiche bearbeitet.

Das Kernstück des ernährungstherapeutischen Konzeptes bildet der „Stufenplan Ernährungsmedizinische Versorgung“ als Betreuungsstandard. Auf Basis des kontinuierlichen Ernährungszustandsmonitorings (Software der Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung) findet monatlich eine interdisziplinäre Ergebnisbesprechung statt. Bei einer Veränderung im Gewichtsverlauf werden in der Ursachen-Analyse neben medizinischen auch psychodynamische Einflüsse sowie ein viertägiges Ernährungsprotokoll zur Erforschung möglicher Gründe herangezogen. Die Diagnose Untergewicht oder Malnutrition hat die umgehende Einleitung einer Ernährungstherapie zur Folge. Diese wird regelmäßig evaluiert und gegebenenfalls adaptiert. In diesem „Stufenplan Ernährungsmedizinische Versorgung“ werden ganz bewusst die palliativen Grundprinzipien von Anfang an mit einbezogen. „Standards“ in der ernährungsmedizinischen Betreuung sichern, dass die Bewohnerin/der Bewohner so viel Nahrung und Flüssigkeit erhält, wie sie/er für ihre/seine jeweilige individuelle Krankheits- und Lebenssituation braucht, unter Wahrung ihres/seines Willens und ihrer/seiner Wertvorstellungen.

Die Ernährungstherapie gliedert sich in eine „allgemeine Ernährungstherapie“, diese entspricht den Kostform- bzw. Diättempfehlungen laut Speiseplan, eine „individuelle Ernährungstherapie“, bei der ein individueller Kostplan erstellt wird und die „intensivierte Ernährungstherapie“ mit detaillierter Nährwertberechnung und -Optimierung. Als „enterale und parenterale Ernährung“ werden Ernährungstherapien bezeichnet, bei denen entweder mittels Sonde oder Kanüle die Nährstoffversorgung durchgeführt wird.

Einen wesentlichen Erfolgsfaktor der Ernährungstherapie stellt die ebenfalls im Projekt entwickelte „Esskultur“ dar. Sämtliche Aspekte, die ein Essen zum Erlebnis werden lassen, sind miteinbezogen. Jede Station hat mittlerweile spezielle Essens-Rituale. Die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner werden erhoben, Hilfestellung wird geboten nach dem Prinzip so viel wie nötig und so wenig wie möglich, um die Eigenständigkeit derer zu bewahren und genussvolles, selbstbestimmtes Essen zu ermöglichen. So fließen beispielsweise die Erkenntnisse aus der Ess-Biographie in das ganzheitliche ernährungstherapeutische Handeln ein. Individuelle Gewohnheiten, geschmackliche Vorlieben sogar der Essplatz oder die Wahl der Tischnachbarn sind für eine freudvolle Essenseinnahme entscheidend.

Palliative Grundhaltung bedeutet für das Team des Geriatriezentrum Klosterneuburg, das Essen und Vorbeugung von Mangelernährung als wesentliche Faktoren für Wohlbefinden und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zu erachten.

Das Team nützt sein Wissen und seine Fürsorge, um für selbst nicht entscheidungsfähige Bewohnerinnen und Bewohner die bestmögliche Linderung ihrer Leiden zu gewährleisten. Die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme kann für ältere oder kranke Menschen zum Problem werden, Nahrungs- und Essensablehnung ist oft Ausdruck eines zu Ende gehenden Lebens. Verantwortungsbewusst wird mit den schwierigen ethischen Fragestellungen am Lebensende umgegangen, aber auch den Tod als Teil des Lebens akzeptiert.

➔ **Die Wiener Heimkommission begrüßt dieses ernährungstherapeutische Konzept sowie den daraus resultierenden „Stufenplan Ernährungsmedizinische Versorgung“ als Betreuungsstandard. Eine Umsetzung eines solchen Konzeptes mit integriertem Palliativansatz wäre in allen Wohn- und Pflegeheimen wünschenswert.**

3.13 Die Antwort auf Mangelernährung ist Kreativität

Essen bleibt mit zunehmendem Alter ein wichtiges Thema. Essen soll trotz gesundheitlicher Beschwerden oder Probleme mit der Nahrungsaufnahme ein Genuss bleiben! Dass dies nicht immer der Fall ist, zeigen die Ergebnisse einiger Studien bezüglich Mangelernährung im hohen Alter.

In der europäischen Prävalenzerhebung werden die Prävalenz, Prävention und Behandlung auf BewohnerInnenebene und die Qualitätsindikatoren auf Einrichtung- und Wohnbereichsebene analysiert. Die Qualitätsindikatoren sind: Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen, wobei Dekubitus seit 1998, Mangelernährung seit 2004 verglichen werden. Der Vergleich findet in den deutschsprachigen Ländern Niederlande, Deutschland, Schweiz, Österreich statt.

Die Caritas Socialis (CS) hat herausgefunden, dass sie im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Organisationen eine höhere Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohnern mit Krebserkrankung, mit Demenz und mit Stoffwechselerkrankungen betreuen, Krankheiten die sich besonders auf die Ernährungssituation auswirken. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind durchschnittlich um 5 % pflegeabhängiger als im österreichischen Schnitt. Trotzdem wird ein geringerer Prozentsatz an Mangelernährung (15,2 % im Vergleich zum österreichischen Schnitt von 20,9 %) aufgewiesen.

Im CS Pflege- und Sozialzentrum Rennweg, die an der Prävalenzerhebung bereits 2009 und 2010 teilnahmen, sieht man, dass durch ein verbessertes Ernährungsmanagement – aus der Analyse der Daten 2009 wurden mehrere Maßnahmen entwickelt und umgesetzt – das Risiko der Mangelernährung und die Mangelernährung gesenkt werden konnten.

Besonders erfreulich ist, dass trotz einem höheren Risiko der Mangelernährung als der österreichische Schnitt – erklärbar durch die Krankheitsbilder und die höhere Pflegeabhängigkeit – sich dennoch eine niedrigere Prävalenz von Mangelernährung zeigt.

Die Daten zeigen einerseits die Brisanz des Themas, andererseits beschreiben sie auch die speziellen Probleme hochdementer, multimorbider und sterbender Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner. Die CS widmete sich dem Thema „Ernährung“ – nicht zuletzt durch die Sensibilisierung durch die Prävalenzerhebungen 2009, 2010

und die Handlungsleitlinie des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen zum Thema „Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement“ – in Zusammenarbeit mit der SV-Group (Caterer) besonders.

Unter Berücksichtigung der individuellen Essbiografien werden Menüs unter regionalen, saisonalen und ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten zusammengestellt. Die Wahlmöglichkeiten werden groß geschrieben. So stehen den Bewohnerinnen und Bewohnern – sollten sie unter den angebotenen Tagesmenüs einmal nichts finden, was sie anspricht – jederzeit beliebte Zusatzangebote wie Schnitzel, Spaghetti mit Tomatensauce, Frankfurter ... zur Verfügung.

Ein wesentlicher Faktor, ob Bewohnerinnen und Bewohner sich mit Freude zu den Mahlzeiten setzen, ist die Tischkultur. Mit viel Kreativität und Engagement haben sich CS Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter daran gemacht, rund um die Mahlzeiten so viel wie möglich wie zu Hause und so wenig wie nötig „krankenhausähnlich“ zu belassen. Das beginnt bei der Tischdekoration, beim Servier- und Essgeschirr, aber auch bei den vielen Ritualen, die besonders demente Menschen bei den gemeinschaftlichen Mahlzeiten dazu anregen, wieder mit mehr Freude zu essen oder zu trinken. Dazu zählen z. B. ein Anfangsritual, die Anregung sich gegenseitig zu helfen, ein gemeinschaftliches einander Zutrosten um zum Trinken anzuregen und vieles mehr.

Besonderes Augenmerk legt die CS auf Breikost mit Genuss, da ja gerade bei Kau- und Schluckproblemen die Gefahr der Mangelernährung steigt. Die SV-Group hat dazu Breikost kreiert, die sich optisch an Normalkost orientiert: Da sieht die Wurst aus wie eine Wurst und Fisch, Fleisch, Gemüse und Süßspeisen werden in Form gepresst. Mit Farbe, Geschmack und viel Abwechslung wird die Lust am Essen angeregt.

Um dieses Angebot auch dementsprechend umzusetzen wird das Personal aus Pflege und Küche in den CS Pflege- und Sozialzentren fachlich geschult. Wichtig ist das offene Gespräch über Breikost und die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden sensibilisiert und können sich so in die Situation der Bewohnerinnen und Bewohner hineinversetzen. Auch die Angehörigen werden bei einem Angehörigenabend informiert und können diese ansprechende Form der Breikost verkosten.

Besonders zu erwähnen sind auch die vielen Sonderaktionen, die die SV-Group in Zusammenarbeit mit den Stationen regelmäßig durchführen, bei denen Bewohnerinnen und Bewohner mit allen Sinnen angesprochen und zum Mitmachen eingeladen werden. Hier werden Gemüsesuppen zubereitet, gemeinsam Marmelade eingekocht oder Kaiserschmarren auf den Tisch gezaubert. Ein herausragendes Ereignis ist jährlich das „Candle Light Dinner“, bei dem Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen in festlicher Atmosphäre ein besonderes Abendessen genießen können.

Laut Empfehlung der Handlungsleitlinie „Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement“ gibt es eine klare Richtlinie, wann und wie oft das Mini Nutritional Assessment (MNA, ein Assessment zum Ernährungszustand), und zwar die Short Form, durchgeführt wird. Vom Ergebnis ist abhängig, ob eine Diätologin der SV-Group beigezogen wird. Die Diätologin führt auf Anforderung eine Ernährungsvisite durch, um den Ernährungszustand zu analysieren und gemeinsam mit der Pflege die Maßnahmen zu planen. Bei Gefahr der Mangelernährung (bei einem MNA unter 12) stellt die Küche eine kalorienreiche/eiweißreiche Kost zusammen. Bei der Diagnose Mangelernährung, die sich bei starken Schluckbeschwerden oder weit fortgeschrittener Demenz manchmal nicht vermeiden lässt, wird auf ärztliche Anordnung hochkalorische Zusatznahrung mit hohem Eiweißanteil oft nur noch schlückchenweise eingegeben.

Rund um Flüssigkeitsgabe und Ernährung treten besonders in der letzten Lebensphase viele praktische und ethische Fragestellungen auf. Daher wurde vom Ethikerteam der

CS ein Diskussionsprozess zu diesen Themen gestartet. Unter hoher Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbeteiligung entstanden daraus die Richtlinien: „Die Grundhaltung der Caritas Socialis zum Thema Nahrungsaufnahme in der stationären Betreuung“ und „Die Grundhaltung der Caritas Socialis zum Thema Flüssigkeitsbedarf“. Siehe Anlage! Diese Richtlinien geben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Orientierung und eine Grundlage, um eine ethische Fragestellung möglichst im Sinne des Bewohnerinnen- und Bewohnerwillens zu behandeln. Die Vorstellung der Richtlinien bei Angehörigenabenden führte zu interessanten Diskussionen und viel Verständnis und Wertschätzung der Anstrengungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Angehörigen.

➔ **Die Wiener Heimkommission empfiehlt die Umsetzung der Handlungsleitlinie „Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement“ des Dachverbandes Wiener Sozialdienste und die Teilnahme an der Prävalenzerhebung. In jedem Wohn- und Pflegeheim in Wien sollten die Essbiografien der Bewohnerinnen und Bewohner die Grundlage eines vielfältigen und ansprechenden Angebots an Speisen und Getränken sein. Besonders ist auf ansprechende Form, Farbe und Geruch der Breikost zu achten. Die Tischkultur sollte laufend weiterentwickelt werden, um möglichst zur Lebensqualität beizutragen.**

3.14 „Ernährungssituation in den stationären Bereichen des Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser („nutritionDay“ – Ergebnisse und Maßnahmen)“

Die adäquate Ernährung von Hochbetagten ist eine tägliche personelle und ethische Herausforderung.

Die Verhinderung einer Mangelernährung und deren Folgen ist eine wichtige interdisziplinäre Aufgabe.

Nicht so sehr das Übergewicht sondern die Mangelernährung ist jene Herausforderung, der sich Medizin, Therapie, Pflege und Betreuung sowie die Gastronomie in der Langzeitpflege stellen müssen.

Unter dem Begriff „Mangelernährung“ wird ein Fehlen an Nahrungsstoffen wie Eiweiß, Energieträgern, Vitaminen, Elektrolyten und Spurenelementen verstanden. Sie ist keine eigenständige Erkrankung, aber an der Entstehung und/oder Verschlechterung vieler Beschwerden beteiligt. Neben dem erhöhten Sturzrisiko, verzögerter Wundheilung und einer reduzierter Immunabwehr kommt es auch zu einer Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten.

Mangelernährung führt zu einer längeren Spitalsliegedauer, höherer Morbidität und Mortalität – dies erhöht wiederum die Kosten für das Gesundheitssystem.

„Ein gesundes Älterwerden bedeutet so lange wie möglich selbstständig zu sein.“ Die Folgen einer Mangelernährung können zu einer früheren Pflegebedürftigkeit führen, die häufig mit einer Einschränkung der Lebensqualität einhergeht.

Studien präsentieren Zahlen zwischen 15 % und 65 % Mangelernährter in Pflegeeinrichtungen und 25 % bis 65 % in Krankenhäusern.

Die meisten dieser Untersuchungen wurden in Deutschland, England oder Amerika durchgeführt, Erhebungen aus Österreich gab es nur vereinzelt.

Schon 2003 wurde in einer Resolution des Europarates über die Verpflegung und Ernährungsversorgung eine verstärkte Beachtung dieses Themas in Krankenhäusern gefordert, die Inhalte können ident auf die Langzeitpflege umgelegt werden.

Daraufhin wurde die Betreuung im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) durch Fachexpertinnen und Fachexperten (Diätologinnen und Diätologen) in den stationären Bereichen verstärkt, zahlreiche Schulungen und die Etablierung eines Ernährungsscreenings sowie regelmäßiger Ernährungsvisiten haben zu einer erhöhten Aufmerksamkeit für diese Thematik geführt.

Um eine optimale Ernährungsversorgung zu erreichen, wurden unter anderem ein Frühstücks- und Mittagsbuffet eingeführt. Die Ergebnisse belegen den Erfolg dieser Maßnahmen.

Ein wesentlicher Faktor der Qualitätssicherung ist das Sichtbarmachen von Zahlen (Gewichtsverlauf, BMI, Ernährungsscreening etc.) und die Evaluierung von Entwicklungen. Dies dient unter anderem dazu Erfolge anschaulich zu machen oder bei Bedarf notwendige Anpassungen vorzunehmen.

Neben regelmäßigen internen Auswertungen ist es hilfreich, sich mit anderen Einrichtungen national und international vergleichen zu können. Dies wird mit der Teilnahme am „nutritionDay“ ermöglicht.

Das Projekt „nutritionDay in Europe“ ist eine weltweite Initiative, die den Ernährungsstatus und die Ernährungsversorgung von Krankenhauspatientinnen und Krankenhauspatienten bzw. Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner an einem vorgegebenen Stichtag mit standardisierten Fragebögen untersucht. Ziel ist aktuelle, vergleichbare und aussagekräftige Daten zu erheben, um daraus Handlungsfelder zu erkennen und Verbesserungen in die Wege leiten zu können.

Als Erweiterung zum bereits bestehenden „nutritionDay in Krankenhäusern“ hat 2007 der erste „nutritionDay in Pflegeheimen“ stattgefunden.

Der „nutritionDay“ wird durch das Interesse vieler Einzelner getragen. Das Projekt erhält unter anderem Unterstützung der Europäischen Gesellschaft für enterale und parenterale Ernährung (ESPEN), der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE), der Medizinischen Universität Wien (MUW) sowie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM).

Mit der Teilnahme am „nutritionDay“ wird sowohl der Zeitbedarf für die Ernährungsversorgung und das große Engagement der Pflegenden transparent gemacht als auch Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Die Dokumentation erfolgt anhand von 5 Fragebögen, diese werden anonymisiert:

- Bogen 1 erfasst die Organisation und Struktur der Station.
- Bogen 2 erhebt ernährungsrelevante Fragen über alle Bewohnerinnen und Bewohner.
- Bögen 3a und 3b beinhalten Fragen zum Essverhalten der Bewohnerinnen und Bewohner am Stichtag
- Bogen 4 dient der Ermittlung des Resultats (Outcomes) nach 6 Monaten.

Jeder stationäre Bereich erhält die eigenen Zahlen im Vergleich zur Gesamtauswertung. Weiters gibt es eine Zentrumsauswertung, die den Durchschnitt aller stationären Bereiche einer teilnehmenden Einrichtung mit der Gesamtauswertung vergleicht.

Die Ergebnisse der Auswertung für das KWP belegen die Wirksamkeit einer bedarfsgerechten Ernährung im Alter und den effizienten Einsatz von Diätologinnen und Diätologen im stationären Bereich. Eine außergewöhnlich gute multiprofessionelle Zusammenarbeit (Medizin, Pflege, Diätologie, Ergo- und Physiotherapie, Küche etc.) ist die Grundlage dieses Erfolges.

Wiederholte Teilnahmen an dieser Erhebung machen Verläufe sichtbar und zeigen die Auswirkungen von Veränderungsprozessen.

Insgesamt wurden beim „nutritionDay in Pflegeheimen“ 2010 mehr als 6.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfasst, diese kamen aus Deutschland, Norwegen, Schweden, Ungarn, Schweiz, Italien und Österreich.

Neben dem im europäischen Vergleich höheren Durchschnittsalter und der größeren Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohner mit der höchsten Pflegestufe sind die folgenden – für das KWP sehr positiven – Ergebnisse aufschlussreich:

- Die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Dekubitalulcera ist sehr niedrig. Wenn man bedenkt, dass die Kosten für die Behandlung eines einzigen Dekubitus in Studien mit € 15.000 bis € 25.000 angegeben werden, ist eine Reduktion der Anzahl an Dekubitalulcera auch aus ökonomischer Sicht unbedingt notwendig. Die Ernährung spielt eine zentrale Rolle in der Wundheilung.

- Ein **Ernährungsscreening wird standardisiert bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern** durchgeführt. Das – von vielen Fachgesellschaften sowie vom Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen empfohlene – Ernährungsscreening dient der einfachen und schnellen Erhebung und Evaluation sowie Dokumentation eines Mangelernährungsrisikos.

Es wird im KWP von den Pflegemitarbeiterinnen und Pflegemitarbeitern durchgeführt und regelmäßig evaluiert. Bei Bedarf werden Maßnahmen eingeleitet, die in den Pflegediagnosen festgehalten werden. Zu den Maßnahmen zählen unter anderem Zwischen- und Spätmahlzeiten, Anreicherung mit Ergänzungsmitteln und/oder Einbeziehung der/des Diätologin/Diätologen und Ärztin/Arztes zur Ernährungstherapie.

- Die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit einer/m Mangelernährung(-risiko) ist stark gesunken, der Beleg für die Wirksamkeit einer Vielzahl an interdisziplinär eingeleiteten Maßnahmen ist gegeben.

Interne Auswertungen von regelmäßig durch Diätologinnen und Diätologen durchgeführte Ernährungsvisiten bestätigen diese Einschätzung. So können nebenbei intern erhobene Zahlen einfach evaluiert und auf Plausibilität geprüft werden.

- Im internationalen Vergleich erhält eine relativ hohe Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohner eine **industriell hergestellte Trinknahrung zur Therapie** einer Mangelernährung. Diese Zahl wurde in den letzten Jahren durch verstärkte Schwerpunktsetzung im Ernährungsbereich, die Einführung eines Frühstücks- sowie Mittagsbuffets und dem Einsatz von selbst hergestellten, hochkalorischen Zwischenmahlzeiten reduziert. In jenen Fällen, wo eine industriell hergestellte Trinknahrung einer selbst zubereiteten überlegen ist, wurde und wird diese auch weiterhin eingesetzt und die Kosten von der Einrichtung übernommen.

- Besonders sichtbar werden die Leistungen der Pflege- und Betreuungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter bei der Auswertung der **Essmenge (Mittagessen am Stichtag)**. Es ist unbestritten, dass jene Bewohnerinnen und Bewohner, die an diesem Tag nichts gegessen haben, eine höhere Mortalitätsrate haben – was eventuell mit dem generell schlechteren Allgemeinzustand dieser Bewohnerinnen und Bewohner zusammenhängt, aber auch mit den Möglichkeiten der Unterstützung durch die Pflege- und Betreuungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter. Die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner, die nichts gegessen haben, konnte eindrucksvoll gesenkt werden. Hier zeigt sich, dass der Zeitaufwand der durch neue Angebote und verstärkte Zuwendung entsteht, besonders jenen Bewohnerinnen und Bewohnern zugute kommt, die unter Appetitmangel oder Essproblemen leiden.
- Viele der Bewohnerinnen und Bewohner sind auf **Unterstützung beim Mittagessen** angewiesen. Dieser im Rahmen der Erhebung ausgewiesene Zeitbedarf ist steigend, was auch im Pflegeaufwand berücksichtigt werden muss.

Bei der **Outcomeerhebung nach 6 Monaten** konnten weitere Erkenntnisse gewonnen werden:

- Die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit einem gravierenden Gewichtsverlust zeigt im Vergleich zur letzten Auswertung eine beträchtliche Reduktion. Dies belegt den Erfolg der in den letzten Jahren gesetzten Maßnahmen und die Bedeutung von Ernährungsscreening, Ernährungsvisiten und einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit im KWP. All diese Umstände erfordern Zeit, die in der Personalplanung miteinbezogen werden muss.
- Ähnliche Veränderungen sind bei der Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner, die in den 6 Monaten vor dem Outcome im Spital waren, zu sehen.

Selbstverständlich dürfen neben dem Ziel einer bedarfsgerechten Ernährung und eines optimalen Ernährungszustandes die individuellen Bedürfnisse jeder einzelnen/ einzelnen Bewohnerin/Bewohners nicht außer Acht gelassen werden, und alle Entscheidungen für oder gegen eine Ernährungstherapie müssen unter ethischen Gesichtspunkten getroffen werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden:

Dem Wunsch Lebensqualität und Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner zu erhalten, wird im KWP durch laufende interdisziplinäre Optimierung der Ernährungsversorgung sowie einer kontinuierlichen Qualitätssicherung Rechnung getragen – denn „Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“.

- ➔ **Die Heimkommission empfiehlt in den Wohn- und Pflegeheimen standardisiert den Ernährungszustand zu erheben, zu dokumentieren und mittels eines multiprofessionellen Managements bestmöglich zu erhalten. Dazu ist Begleitung und Schulung durch Fachexpertinnen und Fachexperten (Diätologinnen und Diätologen) hilfreich. Sie verbessern das Wissen bei den Pflege- und Betreuungsmitarbeiterinnen über die Bedeutung und die Inhalte einer optimalen Ernährung. Dadurch können die Zahl an Mangelernährten und die dadurch entstehenden Probleme und Kosten reduziert werden. Statistiken und Auswertungen dienen dem Vergleich mit anderen stationären Bereichen oder Einrichtungen und geben allen Beteiligten Feedback über die bereits erreichten Ziele. Der „nutritionDay“ ist eine zwar zeitintensive, aber empfehlenswerte Möglichkeit eine Auswertung über die wesentlichen Punkte einer guten Ernährungsversorgung zu erhalten.**

3.15 Ethische Herausforderungen in der Langzeitbetreuung

„Die persönliche Freiheit von Menschen, die aufgrund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit der Pflege bzw. Betreuung bedürfen, ist besonders zu schützen. Ihre Menschenwürde ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren. Die mit der Pflege oder Betreuung betrauten Menschen sind zu diesem Zweck besonders zu unterstützen.“ (§ 1 Abs. 1 HeimAufG)

Menschen im letzten Lebensabschnitt im Rahmen der institutionellen Betreuung und Pflege zu begleiten, bedeutet den Umgang mit Menschen, welche meist während ihres gesamten letzten Lebensabschnittes betreut werden, und das oft in einem Umfeld, welches von den wenigsten von ihnen freiwillig und selbstbestimmt gewählt wurde. Es handelt sich dabei um Personen, welche mit dem fortschreitenden Verlust der körperlichen, oft auch der psychischen Gesundheit konfrontiert sind, welche zunehmend in ihrer Autonomie und Selbständigkeit beeinträchtigt sind. Es betrifft Menschen, die auch mit dem Verlust des Partners, naher Angehöriger und auch des sozialen Netzes zu kämpfen haben. In der Sorge um die Lebensqualität und Würde der ihnen Anvertrauten sind die betreuenden und pflegenden Personen oftmals mit großen existentiellen und ethischen Fragen befasst.

Als Beispiele ethischer Probleme in der Betreuung und Pflege sind Fragen, wie der Umgang mit „schwierigen“ Angehörigen, der Umgang mit „ausgebrannten“ Kolleginnen und Kollegen, der Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen oder auch Aggression und Gewalt in der Geriatrie zu nennen.

Ethik meint in diesem Kontext den Versuch einer Übersetzungs- und Entscheidungshilfe in konkreten schwierigen Alltagssituationen, bedeutet die Suche nach Prinzipien und Grundlagen für ein gerechtes, sinnvolles, einsichtiges und gutes Handeln. Ethik ist dort hilfreich, wo moralische Differenzen vorherrschen, unterschiedliche Meinungen, Werte, Einschätzungen, Interessen, Vorstellungen bestehen und aufeinandertreffen. Eine ethische Auseinandersetzung kann dazu beitragen, dass Unterschiede im Interesse der zu betreuenden und zu pflegenden Personen bemerkt und beachtet werden. Ethische Fragestellungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie prinzipiell unentscheidbar und somit eigentlich unbeantwortbar sind, nie zu einem optimalen Ergebnis führen können. „Fast immer hat man zwischen schlechten, sehr schlechten und „hundsmiserablen“ Antworten (bzw. Handlungsmöglichkeiten) die Wahl“. (Loewy, Erich und Springer-Loewy, Roberta (2005), Ethische Fragen am Ende des Lebens). Betreuungs- und Pflegeteams, Leitungsverantwortliche und Trägerorganisationen stehen in der ständigen Herausforderung systematisch und strukturiert Fragen zu besprechen, dabei Vorurteile zu hinterfragen, Begriffe darzulegen und Perspektivenvielfalt zuzulassen.

Nach „bestem Wissen und Gewissen“, nämlich aufgeschlossen, offen, flexibel, behutsam, respektvoll, reflektiert, selbstkritisch zu handeln, ist im Betreuungsalltag im Sinne einer ethischen Qualität von Bedeutung und will das Leben als Ganzes betrachten. Es ist wichtig und von großer Bedeutung bei bestehender Alltagsroutine, vorhandenen Regelabläufen und Automatismen innezuhalten, sich Zeit und Raum zu nehmen, um sich schwierigen Fragen in der Langzeitbetreuung von betagten und multimorbiden Menschen überhaupt stellen zu können.

- ➔ **Die Wiener Heimkommission empfiehlt Strukturen, welche dementsprechende Kommunikations- und Entscheidungsprozesse in den Betreuungsinstitutionen ermöglichen, seitens der Verantwortlichen zu etablieren und zu kultivieren.**

3.16 Aggression und Gewalt in der Betreuung und Pflege

Ein zunehmend bedeutendes Thema für die Wiener Heimkommission betrifft Aggression und Gewalt in Wiener Wohn- und Pflegeheimen. Es wird sowohl von Heimleitungen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, als auch von Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörige um Präventivmaßnahmen angefragt und um Unterstützung bei Konflikten gebeten. Dies werten wir als großes Vertrauen und geben mit unserem Fachwissen und unserer Erfahrung, aber auch aus einer Metaposition heraus, umfassende Hilfestellung und Informationen.

Aggression und Gewalt, einschließlich unerwünschter Intimitäten und sexueller Belästigung, stellen allgemeine gesellschaftliche Probleme dar und sind somit nicht alleine Thema in der Betreuung und Pflege von Menschen in Wohn- und Pflegeheimen.

Dabei wird berichtet von Aggression und Gewalt in den stationären Einrichtungen:

- zwischen den einzelnen Bewohnerinnen/Bewohnern
- zwischen den Angehörigen und Bewohnerinnen/Bewohnern
- zwischen den Angehörigen und dem Pflege- und Betreuungspersonal
- zwischen Bewohnerinnen/Bewohnern und dem Pflege- und Betreuungspersonal

Einige medizinisch indizierte Gegebenheiten führen in Situationen, in denen aggressives Potential vorhanden ist, zu einer Verstärkung der aggressiven Tendenz. So kann beispielsweise bei demenzkranken Menschen aufgrund der frontalen Enthemmung ohne ersichtlichen Anlass Aggression auftreten. Die Prävalanz ist bei den Demenzarten verschieden ausgeprägt.

Da laut Untersuchungen zwei Drittel des Pflege- und Betreuungspersonals schon einmal Ziel von Aggression oder Belästigung am Arbeitsplatz war, ist es professionell, dies als ein vorwiegend strukturelles Problem für das Pflegepersonal und für die Pflege selbst anzusehen.

Eine Studie zeigte, dass im geriatrischen Bereich bereits zwei Drittel des Pflege- und Betreuungspersonals von Bewohnerinnen und Bewohnern oder deren Angehörigen geschlagen wurden. Jede/jeder Vierte wurde schon getreten. Negative Auswirkungen sind meist psychosoziale Beschwerden und regelmäßig leichte Verletzungen.

Vorfälle ohne Verletzungen oder Schäden können jedoch auch schwerwiegend sein. Es geht vorwiegend um das Erleben und um die Bedeutung der Ereignisse für die angegriffene Person, auch wenn man indirekt betroffen ist (Zeuge, gesehen, gelesen, dass andere ...).

In einer qualitativ verantwortlichen Bewohnerinnen- und Bewohnerbetreuung ist wichtig, dass das Pflege- und Betreuungspersonal in solchen Situationen adäquat, sicher und therapeutisch richtig mit solchen problematischen Verhaltensweisen umgehen kann.

Dabei sind hilfreich:

- vorurteilsfreie Unterstützung und Begleitung des Managements
- Schulungen
- Training
- Kenntnisse zum Thema Aggression
- Erlernen von körperlichen und kommunikativen Fähigkeiten – das Gefühl von Schutz und Sicherheit nimmt zu
- vor allem präventiv arbeiten

Definitionen von Gewalt und Aggression:

„Gewalt und Aggression entsteht fast nie von selbst. Ursache als Quelle kann die negative Äußerung eines Gefühls wie zum Beispiel Wut, Verärgerung, Zorn, Angst, von Schuldgefühlen, Hilflosigkeit, Machtlosigkeit, Frustration, Feindseligkeit, Lust, Liebe und von anderen (inneren) Konflikten sein. Diese Gefühle sind allesamt grundlegender Natur (Basisemotionen), die unteilbarer und integraler Bestandteil des menschlichen Lebens sind. Meist ist man sich dessen bewusst und reagiert auf diese Äußerungen von Emotionen und Impulsen nach den sozialen Konventionen; man weiß sich unter Kontrolle zu halten. Eine Zunahme der starken Gefühlsäußerungen, in der Häufigkeit, in der Intensität u/o in der Dauer kann aber Anlass zu problematischem Verhalten werden. Der unangepasste Ausdruck von Emotionen, mit der Schaden zugefügt wird und wobei Drohungen oder auch tatsächliche Angriffe mit psychischer Gewalt stattfinden, stellt eine Erscheinung dar, die als aggressives Verhalten beschrieben wird.“ (Defares, 1991)

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gewalt und Aggression „der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichen Zwang oder physische Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, physischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation (Zustand der Entbehrung, eines Entzuges oder der Isolation von etwas Vertrautem, eines Verlustes, eines Mangels oder das Gefühl einer sozialen Benachteiligung) führt.“ (WHO, 2002)

Bei einem Großteil der Aggressionen spielt Kommunikation die Hauptrolle. Pflegekräfte können Bewohnerinnen und Bewohner/Angehörige nicht ändern, sondern bei einer von beiden Seiten gewünschten Verhaltensänderung unterstützen oder durch das eigene Verhalten Spielräume anbieten, um eine Verhaltensänderung zu ermöglichen. Meist kann das Problem im Gesundheitswesen nicht von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder der Leitung der Einrichtung allein gelöst werden. Lösungen lassen sich am besten durch interdisziplinären, partnerschaftlichen, integrativen und sozialen Stil der Zusammenarbeit gemeinsam mit Bewohnerinnen und Bewohnern finden. Dabei werden diese nicht nur als Bewohnerinnen und Bewohner sondern auch als Individuen wahrgenommen und als autonomes Wesen behandelt.

Eine Problemlösung auf Institutionsebene kann in zwei Schritten erfolgen:

Erster Schritt:

- Die Bereitschaft das Problem zu erkennen.
- Der Wille in dieser Sache integriert und interdisziplinär handeln zu wollen.

Zweiter Schritt:

- Die Problematik systematisch analysieren, sowie die Zahl, Art und den Kontext von Aggressionsvorfällen zu erfassen und auf Basis dieser Information eine integrierte Sicherheitspolitik zu entwickeln.
- Eine funktionale Analyse der zugrunde liegenden Emotionen, Normen, Regeln und Werte vornehmen. Dabei werden die Faktoren identifiziert, die Aggression entstehen lassen, aufrecht halten oder aber anderweitig beeinflussen.

- Die Bekämpfung von Aggression als gemeinsame Aufgabe definieren und den Bewohnerinnen und Bewohnern und deren unterstützenden Instanzen (Pflegerpersonen/Betreuungspersonen und Organisation) sowohl gemeinsam die Verantwortung für die Lösung des bestehenden Problems als auch die Vermeidung von neuen Vorfällen zu übertragen.
- Bei Bedarf muss gegebenenfalls auch körperlich eingegriffen und dabei mit Techniken gearbeitet werden, die weder schädigen noch Schmerzen verursachen, dennoch effektiv wirken und einfach erlernt werden können.

Es gibt verschiedene Formen der Aggression. Beispielsweise werden persönliche Beleidigungen ausgesprochen, vor Wut unflätige Ausdrücke verwendet, bzw. abwertende Bemerkungen und/oder Gesten gemacht (Personal fühlt sich gedemütigt, kann Selbstwertgefühl und Berufsstolz verändern). Aggression kann sich auch durch Verhaltensweisen, welche störend, blockierend oder kontraproduktiv empfunden werden, ohne gleichzeitig offen aggressiv zu wirken (die unterschwellige Verhaltensweise wird als nicht kooperativ empfunden), darstellen. Durch manipulative Verhaltensweisen kann das Personal oder Bewohnerinnen und Bewohner gegenseitig ausgespielt oder gegeneinander aufgebracht werden (führt zu Streit oder Disharmonie). Mitunter wird mit Gegenständen geworfen, auf den Boden uriniert, geschlagen, getreten, gekratzt und an den Haaren gezogen, oder es werden sich selbst Verletzungen zugefügt.

Über schwere Gewalt (wie z. B. Suizid, schwere körperliche Gewalt, Vergewaltigung) wurde der Wiener Heimkommission nicht berichtet.

Viele unterschiedliche Ursachen können aggressives Verhalten in der Altenpflege auslösen. Meist geschehen Übergriffe insbesondere während der Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Dabei ist die Täter- und Opferrolle oft unklar, so der Koautor einer Wiener Studie (Studienautor Günter Dorfmeister, Direktor des Pflegedienstes am Wiener Wilhelminenspital) zum Thema Gewalt, Harald Stefan. Er räumt ein, dass es natürlich auch zu Gewalt durch Pflege- und Betreuungspersonen an Bewohnerinnen und Bewohner komme. Daher sei es auch sinnvoller, nicht von Tätern und Opfern zu sprechen, sondern von Beteiligten. Dies entspricht der Attributionstheorie, welche davon ausgeht, dass Aggression und Gewalt zwischen Bekannten auftritt, die eine bestimmte Beziehung haben. Es handelt sich um ein subjektives Erleben. Die Bedeutung der Interaktion (zwischen zwei oder mehreren Personen sowie Umgebungsfaktoren) wird betont, dynamische und kommunikative Aspekte sind vorhanden. Die Entwicklung bleibt bei der Zuweisung, „der Attribution“, stecken und nicht nur das Verhalten, sondern auch die Person wird abgelehnt (Diese verlangt noch mehr Aufmerksamkeit um seiner Meinung Aufmerksamkeit zu schenken. Vermeidung ist durch „Zuhören“ möglich).

Aggression und Gewalt entstehen, wenn von der anderen Person eine unausgesprochene Regel oder Norm verletzt wird („Meta-Vertrag“ – respektierst du meine Normen und Regeln, dann respektiere ich auch deine). Die Akteure werden nicht als Täter und Opfer angesehen, sie sind beides, die Rollen können ständig wechseln. Um Aggression zu vermeiden, sollten sich beide ihrer Rolle bewusst sein und ihren Beitrag in der Interaktion kennen. Es ist angebracht, gemeinsam zu prüfen sowie zu besprechen, was vor, während und nach dem Aggressionsereignis stattgefunden hat.

Ziel von präventiven Maßnahmen ist die Verhinderung eines drohenden Schadens. Das setzt voraus, dass ein unerwünschtes bzw. bedrohliches Ereignis mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorhergesehen werden kann. Zudem müssen Maßnahmen, dieses zu verhindern oder zu verringern, vorhanden sein.

Es gibt Instrumente zur Risikoeinschätzung, wie zum Beispiel die „HCR-20 Skala zur Bewertung des Gewaltrisikos – Version 2“ oder das „Short-Term Assessment of Risk and Treatability“ (START). Des Weiteren gibt es auch umfassend ausgearbeitete Klassifikationen wie unter anderem die „NIC – Interventionen bei Gewalttätigkeit (Nursing Interventions Classification)“. Diese wird seit 1987 an der Universität von Iowa, USA, bearbeitet und besteht derzeit aus 514 pflegerischen Interventionen (unterteilt in 30 Klassen und 7 Domänen). Aus pflegfachlicher Sicht sind sie äußerst hilfreich, um professionelle Maßnahmen im Sinne des Pflegeprozesses einzusetzen.

➔ **Die Wiener Heimkommission findet eine multiprofessionelle Auseinandersetzung mit dem Thema „Gewalt in der Pflege- und Betreuung“ wünschenswert und möchte weiter ermutigen, eine offene Diskussion zu ermöglichen und sich gegebenenfalls extern Unterstützung zu holen. Jedenfalls ist Prävention der wichtigste Faktor und somit unerlässlich. Die Wiener Heimkommission steht jedenfalls auch weiterhin unterstützend und beratend zur Seite.**

4 Statistischer Überblick

4.1 Erläuterungen zum Organisationsablauf und zur Statistik der Wiener Heimkommission

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

Die telefonischen Kontakte wurden auch im Berichtsjahr 2010 nicht differenziert registriert (die Menschen mit Anliegen werden nicht gefragt, ob sie die Wiener Heimkommission oder die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft-WPPA anrufen wollten) und finden sich somit im Bericht der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft 2010, im Abschnitt „Betreuung und Pflege“, wieder.

Bei den im Rahmen der Sprechtage herangetragenen Anliegen handelte es sich vorwiegend thematisch um das Essen (Beschwerden betreffend z. B. Speisen sind kalt, versalzen, zäh, hart, unzureichende Menüauswahl, Diabetikerspeisen sind zu wenig gekennzeichnet usw., aber auch vereinzelt Lob), die Heimorganisation (vor allem Lob, jedoch auch Beschwerden betreffend Hygienemaßnahmen, ungepflegter Garten, mangelndes Freizeit- und Beschäftigungsangebot, Verunreinigung des Balkons durch Taubenkot usw.).

Vereinzelt wurden auch Anfragen und Beschwerden zu den Themen, Pflege, Freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Kommunikation herangetragen.

Die häufigsten Anfragen betrafen das Thema „Information“ (z. B. zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, zu finanziellen Belangen, sowie zu Bewohnerrechten Internetanschluss, rauchfreie Einrichtung, Kostenerhöhungen, Förderbedingungen usw.).

Zu den Themen medizinische Versorgung, therapeutische Versorgung und Pflege wurden kaum Anliegen im Rahmen der Sprechtage herangetragen.

Auch 2010 wurde im Besonderen auf rasche und niederschwellige Bearbeitung und Unterstützung geachtet. Anliegen, die einer näheren Überprüfung bedurften, wurden der WPPA zugewiesen, dort bearbeitet und statistisch erfasst.

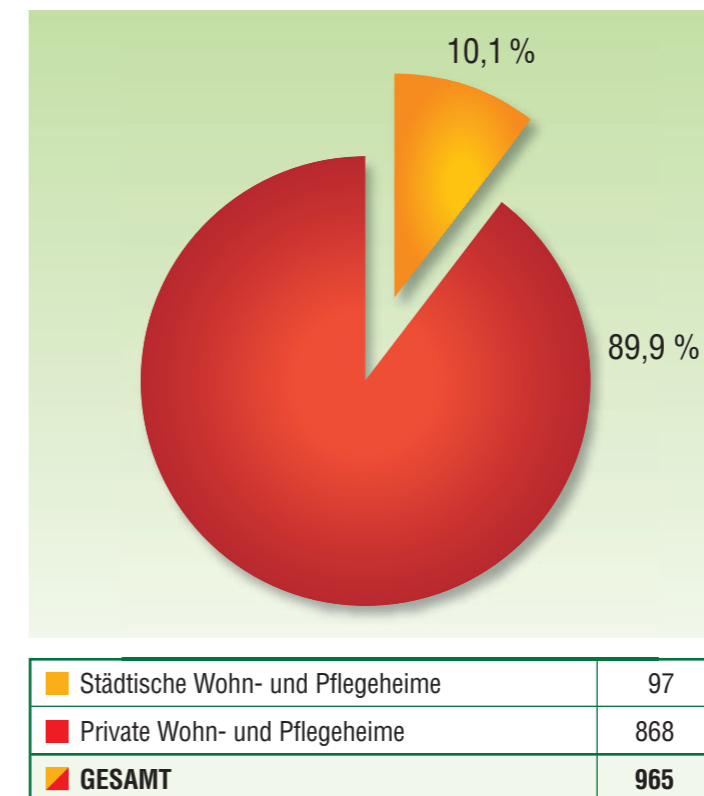
Anhand der Statistik Schlüsse auf die Qualität eines Wiener Wohn- und Pflegeheimes zu ziehen, ist nicht angeraten, da die Summe der vorgebrachten Anliegen nicht repräsentativ zur Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner steht. Die Kontaktaufnahmen der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner konnte aus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

Für die Wiener Heimkommission gilt es, aus den Informationen ihrer Mitglieder/ Ersatzmitglieder sowie den Hinweisen der WPPA 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.

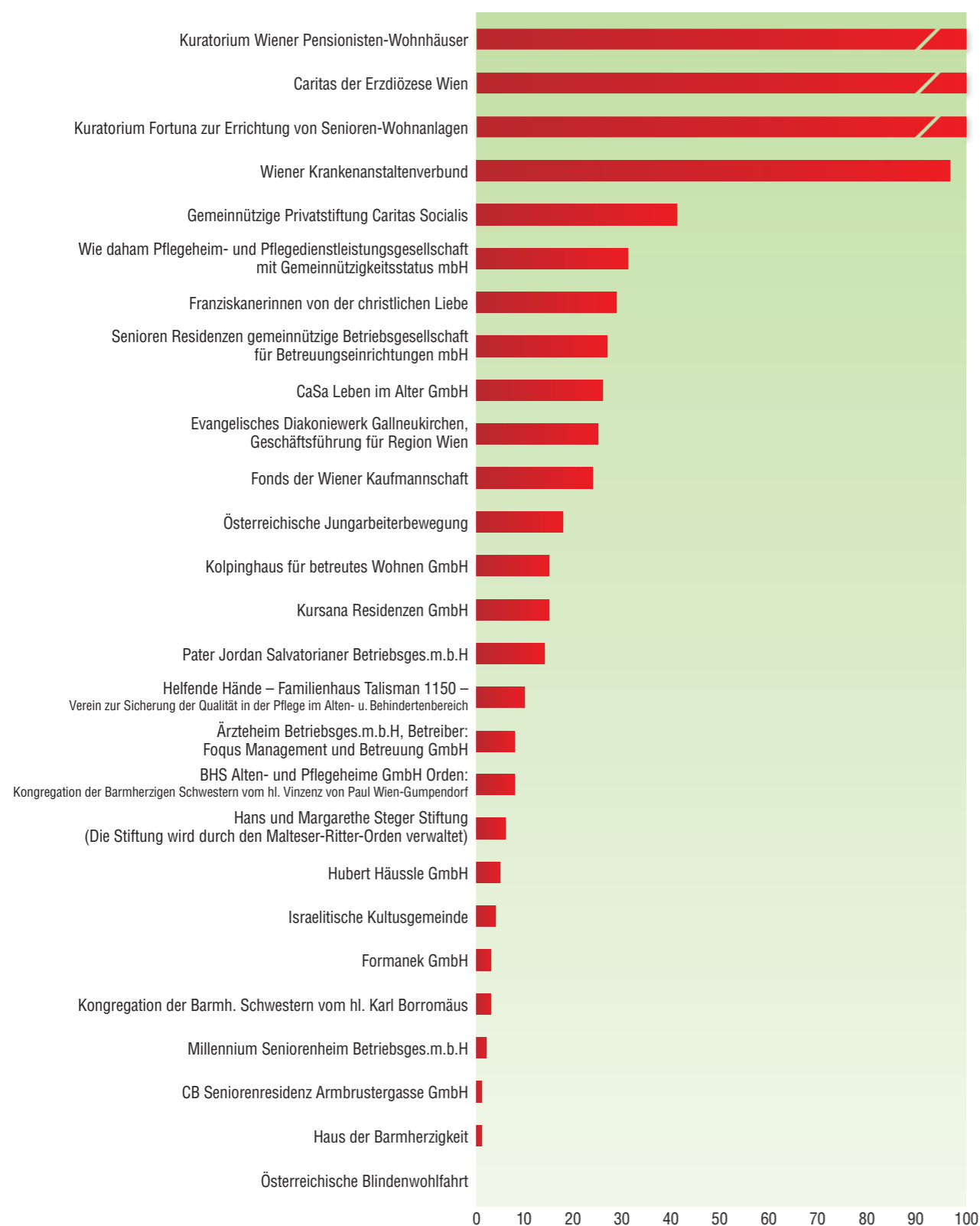
Die Wiener Heimkommission lässt die bisher gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse in das fachliche Wissen und Können einfließen und wird es auch weiterhin für die Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung stellen, um eine Weiterentwicklung des Raumes „Wohn- und Pflegeheim“ im Sinne einer hohen Lebensqualität zu ermöglichen.

4.2 Anzahl der Kontaktaufnahmen bei Sprechtagen mit der Wiener Heimkommission nach städtischen und privaten Wohn- und Pflegeheimen im Jahr 2010



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 Patienten-anwaltschaft wieder. Nähere Erläuterungen siehe Punkt 4.1.

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 89 Wohn- und Pflegeheimen wurden von Mitgliedern/Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission im Jahr 2010 grundsätzlich zwei Sprechtage abgehalten.

* Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv: Kontaktaufnahme mit dem Mitglied/Ersatzmitglied der Wiener Heimkommission z. B. durch Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige bzw. Besucher im Sprechtagsraum

** Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv: Kontaktaufnahmen durch Mitglieder/Ersatzmitglieder der Wiener Heimkommission mit Bewohnerinnen und Bewohner z. B. in Gemeinschaftsräumen bzw. auf der Bettenstation

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Haus Alzeile	2	2
Haus Am Mühlengrund	0	24
Haus An der Türkenschanze	2	6
Haus Atzgersdorf	0	17
Haus Augarten	4	4
Haus Brigittenau	0	8
Haus Döbling	3	10
Haus Föhrenhof	0	6
Haus Gustav Klimt	1	21
Haus Haidehof	2	10
Haus Hetzendorf	3	7
Haus Hohe Warte	1	3
Haus Jedlersdorf	1	6
Haus Laaerberg	0	22
Haus Leopoldau	0	6
Haus Liebhartstal I	0	11
Haus Liebhartstal II	2	4
Haus Margareten	0	30
Haus Mariahilf	1	9
Haus Maria Jacobi	3	2
Haus Neubau	0	5
Haus Penzing	5	10
Haus Prater	2	5
Haus Rosenberg	1	7
Haus Rossau	5	0
Haus Rudolfsheim	3	15

Rechtsträger: Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Haus Schmelz	2	3
Haus Tamariske-Sonnenhof	0	9
Haus Trazerber	6 ^{a)}	0
Haus Wieden	0	0
Haus Wienerberg	11 ^{b)}	0
31 Häuser	60	262

Rechtsträger:
Wiener Krankenanstaltenverbund

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Geriatrizentrum Am Wienerwald	3	0
Geriatrizentrum Baumgarten	0	0
Geriatrizentrum Liesing	0	0
SMZ Floridsdorf Geriatrizentrum	1	0
SMZ Baumgartner Höhe/Otto Wagner Pflegezentrum	0	13
SMZ Sophienspital Geriatrizentrum	0	4
SMZ/Ost Geriatrizentrum Donaustadt	1	16
SMZ/Süd Geriatrizentrum Favoriten	0	11
PWH Leopoldstadt mit sozialmedizinischer Betreuung *)	Noch kein Sprechtag, da Eröffnung des Hauses erst im September 2010	
Geriatrizentrum Klosterneuburg (in NÖ)	1	7
Geriatrizentrum St. Andrä/Traisen (in NÖ)	5	0
Geriatrizentrum Ybbs/Donau (in NÖ)	0	35
12 Häuser	11	86

Rechtsträger:
Caritas der Erzdiözese Wien

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Haus Franz Borgia	1	13
Haus Josef Macho	1	5
Haus Schönbrunn	0	30
Haus St. Antonius	0	16
Haus St. Barbara	12 ^{c)}	9
Haus St. Elisabeth	1	2
Haus St. Klemens	0	7
Haus St. Martin	0	23
8 Häuser	15	105

Rechtsträger: Ärzteheim Betriebsges.m.b.H.	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Pflegezentrum Ärzteheim	2	6
1 Haus		

Rechtsträger:
Kursana Residenzen GmbH

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Seniorenresidenz Wien-Tivoli	5	10
1 Haus		

Rechtsträger:
Israelitische Kultusgemeinde

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Sanatorium Maimonides-Zentrum	3	1
1 Haus		

Rechtsträger:
Kuratorium Fortuna zur Errichtung von Senioren-Wohnanlagen

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Appartementhaus Fortuna	0	25
Baumgasse Fortuna	0	3
Gartensiedlung Fortuna	2	61
Schlosspark Fortuna	6 ^{d)}	5
Wohnpark Fortuna	2	6
5 Häuser	10	100

Rechtsträger:
CaSa Leben im Alter Ges.m.b.H.

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Seniorenhaus Waldkloster	0	26
Seniorenhaus Kagran **)	Noch kein Sprechtag, da Eröffnung des Hauses erst im November 2010	
2 Häuser		

Rechtsträger:
Hans und Margarethe Steger-Stiftung
(Der Souveräne Malteser Ritter Orden verwaltet die Hans und Margarethe Steger-Stiftung)

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Haus Malta Seniorensitz der Malteser	2	4
1 Haus		

Rechtsträger:
Millennium Seniorenheim Betriebs GmbH

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Millennium Seniorenheim Döbling	0	2
1 Haus		

Rechtsträger:
„Wie daham“ Pflegeheim- und Pflegeheimdienstleistungsgesellschaft mit Gemeinnützigkeitsstatus GmbH

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Seniorenchloßl Wien-Atzgersdorf	0	8
Seniorenchloßl Wien-Brigittenau	0	4
Pflegezentrum Wien-Donaustadt	0	12
Seniorenchloßl Wien-Simmering	0	7
4 Häuser	0	31

Rechtsträger:
Franziskanerinnen von der christlichen Liebe

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Elisabethheim	0	29
Franziskusheim	0	0
2 Häuser	0	29

Rechtsträger:
CB Seniorenresidenz Armbrustergasse GmbH

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Seniorenresidenz und Pflegezentrum Armbrustergasse	1	0
1 Haus		

Rechtsträger:
Fonds der Wiener Kaufmannschaft

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Park Residenz Döbling, Seniorenwohnen der Wiener Kaufmannschaft	4	20
1 Haus		

Rechtsträger:
Haus der Barmherzigkeit

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse, Sonderkrankenanstalt	1	0
Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße, Sonderkrankenanstalt	0	0
2 Häuser	1	0

Rechtsträger:
Senioren Residenzen *)**
gemeinnützige Betriebsgesellschaft für Betreuungseinrichtungen GmbH

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Seniorenresidenz am Kurpark Wien Oberlaa	0	27
1 Haus		

Rechtsträger:
Kolpinghaus für betreutes Wohnen GmbH

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Kolpinghaus Gemeinsam leben	0	15
1 Haus		

Rechtsträger:
Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl. Karl Borromäus

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
St. Carolus-Altersheim	1	2
1 Haus		

Rechtsträger:
Österreichische Blindenwohlfahrt

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Blinden- und Sehbehindertenwohnheim	0	0
1 Haus		

Rechtsträger:
Österreichische Jungarbeiterbewegung

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Haus Neumargareten	2	16
1 Haus		

Rechtsträger:
Hubert Häussle GmbH

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Privatpflegeheim Rodaun	0	5
1 Haus		

Rechtsträger:
Pater Jordan Salvatorianer Betriebsges.m.b.H

	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Haus Pater Jordan	0	14
1 Haus		

Rechtsträger:	Anzahl der Kontaktaufnahmen aktiv*	Anzahl der Kontaktaufnahmen passiv**
Gemeinnützige Privatstiftung Caritas Socialis		
Pflege- und Sozialzentrum Rennweg	1	0
Pflege- und Sozialzentrum Pramergasse	0	8
Pflege- und Sozialzentrum Kalksburg	4	10
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Floridsdorf	0	11
Wohngemeinschaft für demente Menschen-Liesing	0	7
5 Häuser	5	36

Rechtsträger:
„Helfende Hände“ Familienhaus Talisman 1150
 Verein zur Sicherung der Qualität in der Pflege im Alten- und Behindertenbereich

Haus Talisman	0	10
1 Haus		

Rechtsträger:
Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen

Hausgemeinschaften Erdbergstraße	0	25
1 Haus		

Rechtsträger:
Formanek GmbH

Sanatorium Liebhartstal, Sonderkrankenanstalt	3	0
1 Haus		

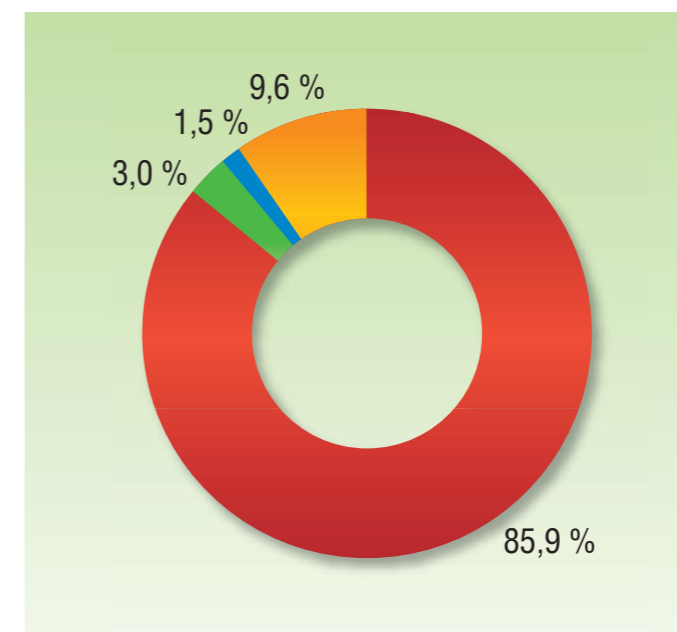
Rechtsträger:
BHS Alten- und Pflegeheime GmbH
 Orden: Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul Wien-Gumpendorf

Heim St. Katharina	0	8
1 Haus		

Summe:	125	840
Häuser insgesamt 89		

*) Wiener Krankenanstaltenverbund, Pflegewohnhaus Leopoldstadt mit sozialmedizinischer Betreuung: Eröffnung des Hauses im September 2010, der erste Sprechtag ist für 2011 geplant.
 **) CaSa Leben im Alter GesmbH, Seniorenhaus Kagran: Eröffnung des Hauses im November 2010, der erste Sprechtag ist für 2011 geplant.
 ***) Seniorenresidenz am Kurpark Wien Oberlaa – Umbenennung, da neuer Rechtsträger: „Senioren Residenzen gemeinnützige Betriebsgesellschaft für Betreuungseinrichtungen GmbH“.
 a) Die vorgebrachten Anliegen betrafen Beschwerden über das Essen und die Gartenpflege, sowie Anfragen zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.
 b) Der Großteil der Beschwerden bezogen sich auf die Auswahl und den Geschmack der Speisen.
 c) In einem hohen Ausmaß wurde die Pflege in dieser Einrichtung gelobt, jedoch wurde die Temperatur des Essens kritisiert und der Wunsch nach mehr Aktivität im Haus angesprochen.
 d) Der Wunsch nach mehr Sitzplätzen und Sonnenschirmen wurde geäußert und Anfragen zu finanziellen Förderungsmöglichkeiten gestellt.

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



keine weitere Erledigung erforderlich *	829
vor Ort erledigt	93
teilweise vor Ort erledigt **	14
nicht vor Ort erledigt **	29
GESAMT	965

* Keine weitere Erledigung erforderlich besagt, dass von den Mitgliedern/Ersatzmitgliedern Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geführt wurden, zum Teil auch professionelle Entlastungsgespräche. Aus diesen Gesprächen waren keine spezifischen Anliegen ableitbar.
 ** Anliegen, die nur teilweise oder nicht vor Ort erledigt werden konnten, wurden von den Mitgliedern/Ersatzmitgliedern der Wiener Heimkommission an die Geschäftsstelle weitergeleitet. Diese Anliegen wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle rasch und niederschwellig bearbeitet und erledigt. In 20 Fällen war eine aktenmäßige Bearbeitung durch die WPPA erforderlich (siehe auch Punkt 4.1).

**Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG,
LGBl. für Wien Nr. 15/2005 idgF.**

Inhaltsverzeichnis

1. ABSCHNITT – Allgemeine Bestimmungen

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

2. ABSCHNITT – Stellung der Bewohner

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

3. ABSCHNITT – Pflichten der Heimträger

- § 7 Betriebs- und Leistungsbeschreibung
- § 8 Heimordnung
- § 9 Personalausstattung
- § 10 Direktion
- § 11 Pflegedienstleiter
- § 12 Medizinische Betreuung
- § 13 Medizinischer Verantwortlicher
- § 14 Hygienefachkraft
- § 15 Sicherheitsbeauftragter
- § 16 Baulich – technische Ausstattung
- § 17 Dokumentation
- § 18 Qualitätsarbeit
- § 19 Statistikbericht
- § 20 Fortbildungen, Weiterbildungen und Supervision des Personals
- § 21 Arzneimittelvorrat
- § 22 Aufnahme, Änderung oder Einstellung des Betriebes
- § 23 Änderung des Heimträgers
- § 24 Bewilligung innovativer Modelle und Projekte

4. ABSCHNITT – Betriebspflichten

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

5. ABSCHNITT – Kontrollbestimmungen

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

6. ABSCHNITT – Strafbestimmungen

- § 31 Strafbestimmungen

7. ABSCHNITT – Schlussbestimmungen

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

1. ABSCHNITT

Allgemeine Bestimmungen

Begriffsbestimmung

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

Anwendungsbereich

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

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

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

(3) Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf:

1. die Pflege von Angehörigen im Familienkreis;
2. Einrichtungen, die keine Wohnmöglichkeiten anbieten;
3. Einrichtungen, die nur Wohnmöglichkeiten anbieten;
4. Einrichtungen, deren Betrieb durch
 - a) das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 23,
 - b) das Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz 1990 – WrJWG 1990, LGBl. für Wien Nr. 36,
 - c) das Wiener Behindertengesetz – WBHG, LGBl. für Wien Nr. 16/1986, jeweils in der geltenden Fassung geregelt wird;
5. Einrichtungen nach dem Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG, LGBl. für Wien Nr. 11/1973, in der geltenden Fassung.

Ziele des Gesetzes

§ 3. Ziele des Gesetzes sind:

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

2. ABSCHNITT

Stellung der Bewohner

Rechte der Bewohner

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

(2) Die Bewohner haben insbesondere folgende Rechte:

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

c) Recht auf Verteilung und Abfertigung der Postsendungen der Bewohner, wenn die Bewohner die Verteilung und Abfertigung der Postsendungen nicht selbst vornehmen können,
d) Recht auf jederzeitigen Ausgang unter Rücksichtnahme auf die anderen Bewohner und den Heimbetrieb;

21. Recht auf Sterben in Würde.

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

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

Sicherstellung der Rechte der Bewohner

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

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

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

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

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

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

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

Beendigung des Heimaufenthalts

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

3. ABSCHNITT

Pflichten der Heimträger

Betriebs- und Leistungsbeschreibung

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

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

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

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

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

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

Heimordnung

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

(2) Die Heimordnung hat jedenfalls zu enthalten:

1. Bestimmungen über den Vorgang bei der Aufnahme und Beendigung des Heimaufenthalts der Bewohner;
 2. Bestimmungen über die internen Organisationsabläufe, die nach den Bedürfnissen der Bewohnergemeinschaft auszurichten sind;
 3. Bestimmungen über die Befugnisse der im Heim tätigen Personen;
 4. Bestimmungen über die Mitwirkung der Bewohner;
 5. Bestimmungen über die Erreichbarkeit der Direktion und der Pflegedienstleitung;
 6. weitere für den zweckentsprechenden Betrieb des Heimes erforderliche Bestimmungen.
- (3) Die Heimordnung ist den Bewohnern bei ihrer Aufnahme zur Kenntnis zu bringen und im Heim gut sichtbar und lesbar anzuschlagen oder als Broschüre aufzulegen.
- (4) Bei wesentlichen Änderungen ist die Heimordnung anzupassen. Die Heimordnung ist im Heim zur jederzeitigen Einsichtnahme durch Organe des Magistrats und des nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträgers bereit zu halten.
- (5) Der Heimträger hat die Heimordnung und jede wesentliche Änderung derselben zum Zweck der öffentlichen Einsichtnahme auf seiner Homepage zu veröffentlichen, sofern er über eine solche verfügt. Die Heimordnung und jede wesentliche Änderung derselben ist jedenfalls vom Heimträger in einer für die Allgemeinheit zugänglichen Weise zur Einsicht bereit zu halten.

Personalausstattung

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

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

(3) Im Personalkonzept ist jedenfalls anzugeben:

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

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

Direktion

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

geeignet, wenn sie durch entsprechende Schulung über hinreichende Kenntnisse in der Organisation und Personalführung verfügt. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch eine qualifizierte Person sicherzustellen.

Pflegedienstleitung

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

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

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

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

Medizinische Betreuung

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

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

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

Medizinischer Verantwortlicher

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

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

1. Name des Arztes, der das Konzept erstellt hat, und dessen Erreichbarkeit;

2. Beschreibung der medizinischen Versorgung in Bezug auf die Betriebs- und Leistungsbeschreibung;

3. Liste der niedergelassenen Ärzte in der Umgebung des Heimes und deren Erreichbarkeit;

4. Liste der im Heim tätigen Ärzte, deren fachliche Ausbildung und Erreichbarkeit, sofern im Heim Ärzte tätig sind;

5. Notfallprogramm nach § 12.

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

1. Name des Arztes, der das Konzept erstellt hat, und dessen Erreichbarkeit;

2. Beschreibung der therapeutischen Versorgung in Bezug auf die Betriebs- und Leistungsbeschreibung;

3. Liste der niedergelassenen Therapeuten in der Umgebung des Heimes und deren Erreichbarkeit;

4. Liste der im Heim tätigen Therapeuten, deren fachliche Ausbildung und Erreichbarkeit, sofern im Heim Therapeuten tätig sind.

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

Hygienefachkraft

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

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

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

Sicherheitsbeauftragter

§ 15. (1) Der Heimträger hat zur Wahrung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der im Heim verwendeten medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen sowie zur Wahrung des Brandschutzes eine fachlich geeignete Person zum Sicherheitsbeauftragten zu bestellen. Eine Person ist als Sicherheitsbeauftragter fachlich geeignet, wenn sie durch entsprechende Schulung über hinreichende Kenntnisse auf dem Gebiet der technischen Sicherheit und des Brandschutzes verfügt. Das zeitliche Ausmaß der Tätigkeit hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot des Heimes zu richten.

(2) Der Sicherheitsbeauftragte hat die medizinisch-technischen Geräte und die technischen Einrichtungen des Heimes regelmäßig zu überprüfen oder für Überprüfungen zu sorgen und

festgestellte Mängel zu beheben oder für deren Behebung zu sorgen. Das zeitliche Intervall der Überprüfungen hat sich nach den technischen und sicherheitstechnischen Vorschriften zu richten.

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

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

Baulich – technische Ausstattung

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

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

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

Dokumentation

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

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

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

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

1. hauptverantwortliche Pflegepersonen;

2. Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand;

3. Angaben zu den Aktivitäten des täglichen Lebens wie insbesondere Angaben über Ernährung und Mobilität unter Berücksichtigung der Biographie der Bewohnerin oder des Bewohners;

4. Angaben über die Anamnese, die Diagnose und die Therapie;

5. Angaben über die Ziele bei der Aufnahme und im weiteren Verlauf;

6. Pflegemaßnahmen zur Erreichung dieser Ziele;

7. Angaben über allfällige Freiheitsbeschränkungen nach § 6 Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG, BGBl. I Nr. 11/2004;

8. Angaben über die Einstufung nach einem Pflegegeldgesetz.

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

(5) Zur Sicherung der Zwecke nach Abs. 4 hat der Heimträger organisatorische Vorkehrungen zu treffen, die den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen im Sinne des § 1 Abs. 2 Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000, BGBl. I Nr. 165/1999 in der Fassung BGBl. I Nr. 136/2001, sicherstellen. Als organisatorische Vorkehrungen sind insbesondere vorzusehen:

1. Schutz der Daten vor unbefugtem Zugriff;
2. Protokollierung der Zugriffe auf die Daten;
3. Verschlüsselung der Daten bei deren Übermittlung in offene Netze.

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

Qualitätsarbeit

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

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

Statistikbericht

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

(2) Im Statistikbericht ist jedenfalls anzugeben:

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

Fortbildung, Weiterbildung und Supervision des Personals

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

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

Arzneimittelvorrat

§ 21. Der Heimträger hat die für die erste Hilfeleistung in dringenden Fällen notwendigen Arzneimittel vorrätig zu halten. Darüber hinaus kann der Heimträger die für einzelne Bewohner notwendigen Arzneimittel vorrätig halten. Der gesamte Arzneimittelvorrat ist fachgerecht zu verwahren.

Aufnahme, Änderung oder Einstellung des Betriebes

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

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

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

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

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

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

(6) Im Fall der Anzeige der Aufnahme, der Erweiterung, der wesentlichen Einschränkung des

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

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

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

(9) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 5, 6 und 8 kann Berufung an den Unabhängigen Verwaltungssenat Wien erhoben werden.

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

Änderung des Heimträgers

§ 23. (1) Jede beabsichtigte Änderung des Heimträgers ist dem Magistrat spätestens drei Monate vor der Änderung schriftlich durch den bisherigen und den neuen Heimträger anzuzeigen. Der Anzeige über die beabsichtigte Änderung des Heimträgers sind entsprechende Nachweise des neuen Heimträgers gemäß § 22 Abs. 2 Z 1 bis 3 beizulegen.

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

1. der neue Heimträger oder die für ihn handelnde Person nicht verlässlich ist,
2. der neue Heimträger kein Eigentumsrecht oder sonstiges Recht zur Benützung des Heimes hat.
- (3) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 2 kann Berufung an den Unabhängigen Verwaltungssenat Wien erhoben werden.

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

Bewilligung innovativer Modelle und Projekte

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

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

geeignet ist, sind weitere Auflagen vorzuschreiben.

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

(4) Gegen Bescheide nach Abs. 1 bis 3 kann Berufung an den Unabhängigen Verwaltungssenat Wien erhoben werden.

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

(6) Die Bestimmungen über die Aufsicht gelten sinngemäß.

4. ABSCHNITT

Betriebspflichten

Verschwiegenheitspflicht

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

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn:

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

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

Datenschutz

§ 26. (1) Im Fall der Aufnahme einer Person in ein Heim nach einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt hat der Rechtsträger der Krankenanstalt eine Ausfertigung des Patientenbriefes nach § 38 Abs. 2 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG zum Zweck der Führung der Dokumentation sowie der weiteren Betreuung und Pflege der Bewohnerin oder des Bewohners kostenlos an den Heimträger auf dessen Anfrage weiterzugeben, sofern der Heimträger diese Daten benötigt, um seinen Verpflichtungen nach diesem Gesetz nachzukommen und die Bewohnerin oder der Bewohner nicht in der Lage ist, den Patientenbrief an den Heimträger zu übergeben.

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

Verbot der Annahme von Vermögen

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

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

5. ABSCHNITT

Kontrollbestimmungen

Aufsicht

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

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

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

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

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

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

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

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

1. schwerwiegende Mängel vorliegen, die nicht behebbar sind oder zu deren Behebung der Heimträger nicht bereit ist;
2. schwerwiegende Mängel trotz Erteilung eines Auftrages nach Abs. 4 nicht behoben wurden;
3. eine für das Leben oder die Gesundheit der Bewohner derart unmittelbar drohende Gefahr besteht, dass die Erteilung eines Auftrags nach Abs. 4 oder die Vorschreibung von Auflagen nach Abs. 5 nicht abgewartet werden kann.

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

(8) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 4 bis 7 kann Berufung an den Unabhängigen Verwaltungssenat Wien erhoben werden.

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

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

Heimkommission

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

(2) Der Heimkommission haben jedenfalls anzugehören:

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

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

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

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

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

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

7. Beschlussfassung;

8. Verschwiegenheitspflicht;

9. Protokoll;

10. Geschäftsführung.

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

Verordnungsermächtigung

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

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

1. Die Anzahl des einzusetzenden fachlich qualifizierten Personals richtet sich nach der Anzahl der Bewohner und deren Betreuungs- und Pflegebedarf.

2. Das Ausmaß des Pflegebedarfs ist nach der PflegegeldEinstufung zu beurteilen.

3. Für das Pflegepersonal ist ein Personalschlüssel festzulegen, wobei aus berücksichtigungswürdigen Gründen eine Bandbreite vorgesehen werden kann. Die Höhe der Abweichung und die Gründe für ihre Zulässigkeit sind in der Verordnung festzulegen.

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

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

6. ABSCHNITT

Strafbestimmungen

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

1. entgegen der Bestimmung des § 28 Abs. 3 den Organen des Magistrats die Wahrnehmung der Aufsicht nicht ermöglicht;

2. entgegen der Bestimmung des § 28 Abs. 3 den Organen des Magistrats den ungehinderten Kontakt mit den Bewohnern verwehrt;

3. einen Mangel nicht innerhalb der gemäß § 28 Abs. 4 gesetzten Frist behebt;

4. ein Heim trotz rechtskräftiger Untersagung gemäß § 22 Abs. 5 oder 6, § 28 Abs. 6 oder § 32 Abs. 3 oder 6 betreibt;

5. eine gemäß § 22 Abs. 1 oder § 23 Abs. 1 anzeigepflichtige Maßnahme trotz rechtskräftiger Untersagung gemäß § 22 Abs. 5 oder 6 oder § 23 Abs. 2 vornimmt;

6. ein von den Bestimmungen dieses Gesetzes abweichendes Modell oder Projekt nach § 24 ohne Bewilligung des Magistrats gemäß § 24 Abs. 1 oder trotz rechtskräftiger Zurücknahme dieser Bewilligung gemäß § 24 Abs. 3 betreibt.

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

1. der Verpflichtung zur Erstellung oder Änderung einer Betriebs- und Leistungsbeschreibung gemäß § 7 Abs. 1 und 2 oder 4 zuwiderhandelt;

2. der Verpflichtung zur Erstellung oder Änderung einer Heimordnung gemäß § 8 Abs. 1 und 2 oder 4 zuwiderhandelt;

3. der Verpflichtung zur Erstellung oder Änderung eines Personalkonzepts gemäß § 9 Abs. 2 und 3 oder 4 zuwiderhandelt;
 4. die Anzeigepflichten nach § 22 Abs. 1 bis 3, § 23 Abs. 1 oder § 32 Abs. 2 oder 5 verletzt;
 5. die in § 4 Abs. 1, 3 und 4, § 5 Abs. 1, 2, 5 und 6, § 6, § 7 Abs. 3 bis 5, § 8 Abs. 3 bis 5, § 9 Abs. 1 und 4, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16 Abs. 1, § 17, § 18, § 19, § 20, § 21, § 22 Abs. 4 oder § 24 Abs. 3 enthaltenen Pflichten verletzt;
 6. die Verschwiegenheitspflicht gemäß § 25 Abs. 1 verletzt;
 7. für sich oder für Dritte einen Vermögensvorteil entgegen der Bestimmung des § 27 annimmt;
 8. den Bestimmungen der Verordnung nach § 30 zuwiderhandelt.
- (3) Eine Verwaltungsübertretung nach den vorstehenden Bestimmungen liegt nicht vor, wenn die Tat den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet.
- (4) Entgegen § 27 angenommene Vermögensvorteile sind für verfallen zu erklären. Ist ein Verfall nicht möglich, so ist über den Täter eine Verfallsersatzstrafe zu verhängen, deren Höhe dem Wert des gewährten Vermögensvorteiles entspricht.
- (5) Der Erlös für die nach Abs. 4 verfallenen Vermögensvorteile bzw. der Wertersatz fließt dem Land Wien zu und ist für Belange des Gesundheitswesens zu verwenden.

7. ABSCHNITT

Schlussbestimmungen

Übergangsbestimmungen

- § 32. (1) Der Heimträger eines bestehenden Heimes hat spätestens ein Jahr nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes die Bestimmungen dieses Gesetzes einzuhalten.
- (2) Der Heimträger, der zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes ein Heim betreibt und weiter zu betreiben beabsichtigt, hat den Weiterbetrieb des Heimes spätestens ein Jahr nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes dem Magistrat schriftlich anzuzeigen. Der Anzeige sind anzuschließen:
1. Betriebs- und Leistungsbeschreibung;
 2. Heimordnung;
 3. Personalkonzept;
 4. pflegerisches Konzept;
 5. medizinisch-therapeutisches Konzept;
 6. Raumplan;
 7. maßstabgerechter Lageplan des Heimes;
 8. allgemeine Beschreibung der baulichen Anlagen.
- (3) Der Magistrat hat auf Grund einer Anzeige nach Abs. 2 binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen den Weiterbetrieb eines bestehenden Heimes, das der Personalausstattung oder der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entspricht, zu untersagen, wenn auf Grund von Überprüfungen durch den Magistrat feststeht, dass durch den Weiterbetrieb des Heimes eine Lebensgefahr oder schwerwiegende Gesundheitsgefahr der Bewohner besteht.
- (4) Untersagt der Magistrat nicht binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen nach Abs. 2 den Weiterbetrieb von bestehenden Heimen, die der Personalausstattung oder der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entsprechen, ist der Weiterbetrieb der Heime für fünf Jahre ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes zulässig.

- (5) Der Heimträger, der ein Heim fünf Jahre ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes nach Abs. 4 weiter betreibt und weiter zu betreiben beabsichtigt, hat den Weiterbetrieb des Heimes dem Magistrat spätestens sechs Monate vor Ablauf der fünfjährigen Frist schriftlich anzuzeigen. Der Anzeige sind die Unterlagen nach Abs. 2 anzuschließen.
- (6) Der Magistrat hat auf Grund einer Anzeige nach Abs. 5 binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen den Weiterbetrieb eines bestehenden Heimes, das der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entspricht, zu untersagen, wenn nicht auf Grund von Überprüfungen durch den Magistrat und auf Grund der allgemeinen Versorgungslage feststeht, dass der Weiterbetrieb des Heimes zur Sicherstellung der ausreichenden Versorgung für die Allgemeinheit unbedingt erforderlich ist.
- (7) Untersagt der Magistrat nicht binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen nach Abs. 5 den Weiterbetrieb von bestehenden Heimen, die der baulich-technischen Ausstattung nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 30 nicht entsprechen, ist der Weiterbetrieb für weitere fünf Jahre zulässig.
- (8) Der Magistrat kann den Weiterbetrieb gemäß Abs. 4 oder 7 binnen sechs Monaten ab Einlangen der Anzeige und der vollständigen Unterlagen unter Vorschreibung von Aufträgen im erforderlichen Ausmaß, die nach gesundheitlichen, organisatorischen, personellen, technischen oder sicherheitstechnischen Anforderungen unbedingt notwendig sind, zulassen.
- (9) Kommt der Heimträger der Verpflichtung zur Anzeige des Weiterbetriebes nach Abs. 2 und 5 innerhalb der dafür vorgesehenen Frist nicht nach, kann der Magistrat den Weiterbetrieb des Heimes jederzeit auch ohne Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 3 und 6 untersagen.
- (10) Gegen Bescheide des Magistrats nach Abs. 3, 6, 8 und 9 kann Berufung an den Unabhängigen Verwaltungssenat Wien erhoben werden.
- (11) Bescheide nach Abs. 3, 6, 8 und 9 sowie Berufungsvorentscheidungen und Bescheide der Berufungsbehörde sind von der Aufsichtsbehörde dem nach § 34 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG zuständigen Sozialhilfeträger in Abschrift zur Kenntnis zu bringen.

In- und Außer-Kraft-Treten

- § 33. (1) Dieses Gesetz tritt drei Monate nach dem Tag der Kundmachung in Kraft.*
- (2) Die Verordnung auf Grund dieses Gesetzes kann bereits vor In-Kraft-Treten dieses Gesetzes erlassen und kundgemacht werden. Sie darf aber frühestens zugleich mit diesem Gesetz in Kraft gesetzt werden.
- (3) Mit In-Kraft-Treten dieses Gesetzes treten die §§ 15 Abs. 2 und 3, 22a und 36 Abs. 3 Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG außer Kraft.

* 29. 6. 2005

Verordnung der Wiener Landesregierung betreffend Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen

(Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG),
LGBL. für Wien Nr. 31/2005 idgF.

Gemäß § 30 Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG, LGBL. für Wien Nr. 15/2005 idgF. wird verordnet:

1. ABSCHNITT

Inhalt und Anwendungsbereich

§ 1. Mit dieser Verordnung werden personelle und baulich-technische Mindeststandards für folgende Einrichtungen nach dem Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG, LGBL. für Wien Nr. 15/2005, festgelegt:

1. Pflegeheime für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf,
2. Wohnheimen angeschlossene Pflegestationen.

2. ABSCHNITT

Personelle Mindeststandards

Betreuungs- und Pflegepersonal

§ 2. (1) Grundlage des Angebotes an Betreuungs- und Pflegeleistungen bildet die Pflegegeldeinstufung der Bewohner.

(2) Im Rahmen der Betreuungs- und Pflegeleistungen sind jedenfalls zu berücksichtigen:

1. somatische Bedürfnisse,
2. psychosoziale Bedürfnisse,
3. die Möglichkeit der Erhaltung von sozialen Kontakten,
4. Leistungen, die nach ärztlicher Anordnung durchzuführen sind.

§ 3. (1) Der Heimträger hat die Betreuung und Pflege der Bewohner durch Betreuungs- und Pflegepersonal sicherzustellen.

(2) Zur Pflege der Bewohner dürfen nur Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegehelfer eingesetzt werden.

(3) Zur Betreuung der Bewohner dürfen Betreuungspersonen (wie Heimhelfer) und Angehörige von Hilfsdiensten (wie Abteilungshelfer) eingesetzt werden.

(4) Angehörige anderer als der in Abs. 2 und 3 genannten Berufsgruppen dürfen für Tätigkeiten nach Abs. 2 und 3 herangezogen werden, soweit diese von ihrem jeweiligen Berufsbild umfasst sind.

§ 4. (1) Das Verhältnis der Bewohnerinnen und Bewohner nach deren Betreuungs- und Pflegebedarf zur Anzahl des Betreuungs- und Pflegepersonals darf folgenden Stand nicht unterschreiten:

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

(2) Der in Abs. 1 festgelegte Personalschlüssel kann aus Gründen der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation oder aus besonders berücksichtigungswürdigen Gründen im Zusammenhang mit dem Personalkonzept eines Heimes bis zu 10 Prozent unterschritten werden, sofern der Schutzzweck dieser Verordnung dadurch nicht beeinträchtigt wird.

§ 5. Für Leistungen bei Bewohnern mit besonderem Betreuungs- bzw. Pflegebedarf ist über die in § 4 festgelegte Mindestpersonalausstattung hinaus eine diesen besonderen Betreuungs- und Pflegebedarf abdeckende Personalausstattung sicherzustellen.

§ 6. (1) Der Anteil der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege darf 30% der Mindestpersonalausstattung (§ 4) nicht unterschreiten.

(2) Der Anteil der Betreuungs- und Hilfspersonen darf 20% der Mindestpersonalausstattung (§ 4) nicht übersteigen.

Medizinisches Personal

§ 7. Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner die medizinische Betreuung durch Ärzte (und allenfalls erforderliches Hilfspersonal) sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Ärzte oder durch rasche Erreichbarkeit von niedergelassenen Ärzten erfolgen.

Therapeutisches Personal

§ 8. Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner die therapeutische Betreuung durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Therapeuten oder durch Vermittlung von niedergelassenen Therapeuten erfolgen.

Psychologische und psychotherapeutische Betreuung

§ 9. Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner die psychologische und psychotherapeutische Betreuung sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Psychologen und Psychotherapeuten oder durch Vermittlung von niedergelassenen Psychologen und Psychotherapeuten erfolgen.

3. ABSCHNITT

Baulich-technische Mindeststandards

Größe und Infrastruktur der Pflegeheime und Pflegestationen

§ 10. (1) Neu zu errichtende Pflegeheime dürfen nicht mehr als 350 Heimplätze aufweisen.
(2) Pflegeheime sind in baulich überschaubare Einheiten mit nicht mehr als 28 Heimplätzen zu gliedern. Auf Grund des pflegerischen Konzepts und der räumlichen Gegebenheiten kann die Anzahl der Heimplätze pro Einheit bis auf 36 erhöht werden.
(3) Pflegestationen dürfen nicht mehr als 28 Heimplätze aufweisen. Auf Grund des pflegerischen Konzepts und der räumlichen Gegebenheiten kann die Anzahl der Heimplätze pro Pflegestation bis auf 36 erhöht werden.

§ 11. (1) Neben den Räumen für die Bewohner (Wohneinheiten) sowie Funktions- und Nebenräumen müssen in ausreichender Anzahl und Eignung zumindest folgende Räume vorhanden sein:

1. Therapieraum,
2. Raum für Rehabilitationsangebote,
3. Sozialraum,
4. Aufenthaltsraum,
5. Raum für Dienstleistungen.

In Einrichtungen, die bereits am 29. Juni 2005 bestanden haben, können Therapien, Rehabilitationsangebote und Dienstleistungen auch in dafür geeigneten Wohneinheiten erfolgen.

(2) Eine geeignete Notrufanlage oder ein geeignetes Notfallsystem muss vorhanden sein.

Größe und Ausstattung der Wohneinheiten

§ 12. Die Mindestgröße der Wohneinheiten ohne Nasseinheit (Waschbecken, Dusche, WC) hat zu betragen:

1. bei Wohneinheiten für eine Person 14 m²,
2. bei Wohneinheiten für zwei Personen 20 m²,
3. bei Wohneinheiten für drei Personen 26 m²,
4. bei Wohneinheiten für vier Personen 32 m².

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

(2) Die Wohneinheiten müssen barrierefrei beschaffen sein.

(3) In den Wohneinheiten müssen vorhanden sein:

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

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

Verkehrswege

§ 14. (1) Ein- und Ausgänge sowie Verkehrswege müssen barrierefrei beschaffen sein und ein sicheres und gefahrloses Begehen und Befahren mit Rollstühlen und Betten ermöglichen.

Verkehrswege müssen so ausgestattet sein, dass eine leichte Orientierung möglich ist.

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

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

Brandschutz

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

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

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

4. ABSCHNITT

In-Kraft-Treten

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

* 29. 6. 2005

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

Beschlossen in der 1. Sitzung der Wiener Heimkommission (im Folgenden kurz: Heimkommission) am 13. 12. 2005; abgeändert in der 6. Sitzung am 18. 1. 2007, sowie in der 11. Sitzung der 2. Funktionsperiode der Heimkommission am 14. 9. 2009.

Sprachliche Gleichbehandlung

§ 1. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Aufgaben

- § 2. (1) Die Heimkommission hat die Aufgabe den Magistrat bei seiner Aufsicht und zu dessen Beratung in Heimangelegenheiten zu unterstützen. Die Heimkommission hat regelmäßig den Betreuungs- und Pflegestandard der Heime zu beurteilen und dem Magistrat jährlich darüber zu berichten. Dieser Bericht kann danach der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.
- (2) Die Heimkommission kann in grundsätzlichen Fragen der Betreuung und Pflege der Bewohner Empfehlungen abgeben und bei allen wichtigen, die Rechte und Interessen der Bewohner betreffenden Angelegenheiten, Vorschläge zur Förderung der Rechte und Interessen der Bewohner erstatten.
- (3) Die Heimkommission hat zur Ausübung ihrer Aufgaben das Recht zur Einsichtnahme in die Dokumentationen nach § 17 Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG.
- (4) Die Heimkommission hat ihre Vertreter zur Durchführung der regelmäßigen Sprechtag gemäß § 5 (7) Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz – WWPG zu bestimmen.

Zusammensetzung

- § 3. (1) Die Heimkommission setzt sich aus den vom Magistrat bestellten und vom Sozialhilfeträger entsandten Mitgliedern zusammen.
- (2) Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen bzw. zu entsenden.
- (3) Die Mitglieder haben an den Sitzungen teilzunehmen. Im Falle ihrer Verhinderung haben sie dafür zu sorgen, dass ihr Ersatzmitglied an den Sitzungen teilnimmt. Nehmen Mitglied und Ersatzmitglied an einer Sitzung teil, ist nur das Mitglied stimmberechtigt.
- (4) Stimmrechtsübertragungen von einem Mitglied auf ein anderes sind unzulässig.
- (5) Die Mitglieder/Ersatzmitglieder sind in Ausübung ihrer Tätigkeit unabhängig und weisungsfrei.
- (6) Die Mitgliedschaft und Ersatzmitgliedschaft ist ein unbezahltes Ehrenamt.
- (7) Die Heimkommission kann zu ihren Sitzungen weitere Personen, insbesondere informierte Vertreter und Sachverständige zur Auskunftserteilung beiziehen.
- (8) Die Mitgliedschaft/Ersatzmitgliedschaft dauert 3 Jahre ab Bestellung.

Vorsitz

- § 4. (1) Die Mitglieder haben aus ihrem Kreis den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter zu wählen.
- (2) Dem Vorsitzenden kommen insbesondere folgende Aufgaben zu:
1. Einberufung der Heimkommission
 2. Erstellung der Tagesordnung
 3. Feststellung der Beschlussfähigkeit und der Beschlusserfordernisse
 4. Leitung der Sitzungen
 5. Vertretung der Heimkommission nach außen
- (3) Im Falle der Verhinderung des Vorsitzenden obliegen seine Aufgaben dem Stellvertreter. Sind beide verhindert übernimmt diese Aufgaben das an Lebensjahren älteste Mitglied der Heimkommission.
- (4) Scheidet der Vorsitzende auf Dauer aus, übernimmt der Stellvertreter die Aufgaben des Vorsitzenden. Er hat unverzüglich die Wahl eines Vorsitzenden zu veranlassen.
- (5) Die Wahl des Vorsitzenden/Stellvertreters gilt jeweils für 3 Jahre.

Geschäftsführung

- § 5. (1) Die Geschäftsführung obliegt der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft.
- (2) Die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft richtet eine Geschäftsstelle ein, die den Vorsitzenden/Stellvertreter und die Mitglieder/Ersatzmitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen hat.
- (3) Der Leiter der Geschäftsstelle wird vom Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwalt bestellt.
- (4) Der Geschäftsstelle kommen insbesondere folgende Aufgaben zu:
1. Führung der laufenden Bürogeschäfte
 2. Organisation der Sprechtag
 3. Vorbereitung der Sitzungen der Heimkommission in Absprache mit dem Vorsitzenden
 4. Bereitstellung eines Protokollführers und aller für die Sitzung notwendigen Unterlagen
 - (5) Die der Geschäftsstelle angehörigen Bediensteten der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft sind der Heimkommission bekannt zu geben. Sie sind berechtigt an den Sitzungen der Heimkommission teilzunehmen.
 - (6) Die Unterlagen der behandelten Geschäftsfälle sind von der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft mindestens 10 Jahre aufzubewahren. Die Mitglieder/Ersatzmitglieder können in den Räumlichkeiten der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft Einsicht nehmen oder Kopien anfordern.

Rücktritt und Amtsenthebung

- § 6. (1) Der Vorsitzende/Stellvertreter sowie die Mitglieder/Ersatzmitglieder können ihr Amt jederzeit durch schriftliche Erklärung zurücklegen.
- (2) Die Heimkommission kann bei Vorliegen wichtiger Gründe einen Vorsitzenden/Stellvertreter abwählen.
- (3) Die Heimkommission kann dem Magistrat sowie dem Sozialhilfeträger bei Vorliegen wichtiger Gründe die Abberufung eines Mitgliedes/Ersatzmitgliedes vorschlagen.

Einberufung

§ 7. (1) Der Vorsitzende hat die Heimkommission nach Bedarf einzuberufen, mindestens aber 2 Mal pro Jahr.

(2) Die Heimkommission ist vom Vorsitzenden auch einzuberufen, wenn dies mindestens die Hälfte der Mitglieder unter Angabe der Tagesordnung verlangen.

Tagesordnung

§ 8. (1) In den Sitzungen der Heimkommission ist die Tagesordnung zu beschließen.

(2) Der Entwurf der Tagesordnung hat jedenfalls folgende Tagesordnungspunkte zu enthalten:

1. Beschluss über das Protokoll der vorangegangenen Sitzung
2. Bericht des Vorsitzenden
3. Tagesordnungsvorschläge der Mitglieder/Ersatzmitglieder
4. Sitzungstermin für die nächste Sitzung
5. Allfälliges

(3) Der Entwurf der Tagesordnung ist unter Anschluss der erforderlichen Unterlagen den Mitgliedern/Ersatzmitgliedern 2 Wochen vor der Sitzung zuzusenden.

(4) Jedes Mitglied kann die Aufnahme von Tagesordnungspunkten verlangen. Das Verlangen muss der Geschäftsstelle spätestens 3 Wochen vor der Sitzung mitgeteilt werden.

Beschlüsse

§ 9. (1) Die Heimkommission ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend sind.

(2) Zur Beschlussfassung ist die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich.

(3) Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Für die Beschlussfassung gem. § 6 (2) und (3) GO-HK bedarf es der Zweidrittelmehrheit der abgegebenen Stimmen.

(5) Eine Stimmenthaltung ist unzulässig.

Befangenheit

§ 10. (1) Kein Mitglied/Ersatzmitglied darf bei einem Tagesordnungspunkt mitstimmen, wenn wichtige Gründe vorliegen, seine volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

(2) Ein Befangenheitsgrund ist dem Vorsitzenden unverzüglich anzuzeigen.

(3) Bestreitet ein Mitglied/Ersatzmitglied seine Befangenheit, ist ein Beschluss über ihr Vorliegen zu fällen.

Protokoll

§ 11. (1) Über jede Sitzung ist von der Geschäftsstelle ein Protokoll anzufertigen.

(2) Für den Inhalt des Protokolls ist verantwortlich, wer den Vorsitz in der protokollierten Sitzung geführt hat.

(3) Das Protokoll hat insbesondere zu enthalten:

1. Datum, Beginn und Ende der Sitzung

2. Namen der anwesenden Mitglieder/Ersatzmitglieder und Feststellung der Beschlussfähigkeit

3. Tagesordnung

4. wesentliche Erwägungen zu den Tagesordnungspunkten, gestellte Anträge und gefasste Beschlüsse

5. zu Protokoll gegebene Äußerungen

(4) Das Protokoll ist vom Vorsitzenden und Protokollführer zu unterzeichnen.

(5) Das Protokoll ist jedem Mitglied/Ersatzmitglied zu übermitteln.

(6) Ein allfälliger Einspruch zum Protokoll ist in der auf dessen Versendung nächstfolgenden Sitzung zu erheben und zu behandeln. Das Protokoll ist zu berichtigen, wenn der Einspruch von der Heimkommission für gerechtfertigt erachtet wird. Andernfalls bleibt das Protokoll unverändert, der Einspruch ist dem Protokoll jedoch beizufügen.

Verschwiegenheitspflicht

§ 12. (1) Die Sitzungen sind nicht öffentlich.

(2) Die Mitglieder/Ersatzmitglieder, sowie die bei der Geschäftsstelle tätigen Bediensteten und gemäß § 3 (7) GO-HK beigezogenen Personen sind zur Wahrung der Verschwiegenheit über alle ihnen aus dieser Tätigkeit bekannt gewordenen Tatsachen und anvertrauten Geheimnisse verpflichtet.

(3) Die Heimkommission kann aber beschließen, die Vertraulichkeit für einzelne Sitzungen oder einzelne Tagesordnungspunkte aufzuheben.

Schlussbestimmungen

§ 13. Die Geschäftsordnung und Änderungen treten mit Beschlussfassung in Kraft und werden dem Magistrat zur Kenntnis gebracht.

Herausgeber:

Wiener Heimkommission bei der
Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtschaft
1050 Wien, Schönbrunner Straße 108
Telefon: (+43 1) 587 12 04
Fax: (+43 1) 4000/82510
E-Mail: heimkommission@wpa.wien.gv.at
www.patientenanwalt.wien.at

Grafische Gestaltung: Pinkhouse Design GmbH
Fotos: Shutterstock

Druck: AV+Astoria Druckzentrum GmbH, 1030 Wien, Faradaygasse 6

Gedruckt auf ökologischem Druckpapier aus der Mustermappe von „ÖkoKauf Wien“