Pflegende Angehörige

Das Beratungsmagazin für pflegende Angehörige & Zugehörige Ausgabe 1/2017

In Zusammenarbeit mit „Pflege Professionell“

EDITORIAL

Markus Golla, BScN
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Lehrer und Vortragender im Bereich Gesundheit- und Krankenpflege – Kommunikation & Projektmanagement, Pflegewissenschaft BScN (Absolvent UMIT/ Wien), Kommunikationstrainer & Incentives-Experte, Masterstudent Pflegewissenschaft (Student UMIT/ Hall)

Karin Eder, BSc. MSc.
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Advanced Practice Nurse, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule St. Pölten, Leitung der Weiterbildung Pflege bei Demenz.

Raphael Schönborn, MA
Sozialwirtschaft und Soz. Arbeit, BA Erziehungs- und Bildungswissenschaften, DPGKP, Sonderausbildung für Lehrtätigkeit § 65b GuKG; Lehrgangsleiter Dementia Care (Kardinal König Haus, Wien), Projektleitung ABDem (BMASK, VAEB), langjährige Praxis in der Begleitung und Beratung von Menschen mit Demenz und deren Nahestehenden (raphael-schoenborn.at), Fort- und Weiterbildungstätigkeiten, Leiter der Gesprächsgruppe „Meine Frau hat Demenz." (Caritas, Wien)

Birgit Meinhard-Schiebel
Schauspielerin, Erwachsenenbildnerin, Werbekonsulentin, Sozialmanagerin, seit 2016 Präsidentin der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger, seit 2015 Gemeinderätin/Landtagsabgeordnete Wien

Sonja Schiff, MA
MA (Gerontologie), diplomierte psychiatrische Pflegefachkraft. Gerontologische Beraterin und Trainerin, Altenpflegeexpertin, Bloggerin und Autorin. Ihr aktuelles Buch: „10 Dinge, die ich von alten Menschen über das Leben lernte. Einsichten einer Altenpflegerin"

Alexander Eder, MBA
Dipl. Gesundheits und Krankenpfleger, Pflegedienstleitung Wiener Rotes Kreuz, Health Care Management, Referent im Bereich Gesundheitswesen, Vorstandsmitglied Österreichische Gesellschaft für Case- und Caremanegement

Michael Tesar
Gesundheits- und Krankenpfleger. Sonderausbildung Intensivpflege, SAB Führungskräfte, Lehrtätigkeit, Konsulent für Pflegeeinrichtungen und Krankenanstalten, Student Uni Klagenfurt (Healthcare- Social and Non-Profit-Management), Geschäftsführer und Gründer der CURAplus gmbh, Experte für ausserklinische Intensivpflege, Mitarbeit bei div. Interessensvertretungen.

Dr. Margarethe Grasser
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz - Sektion IV/B Gruppenleiterin „Abteilung Pflegegeld und Grundsatzfragen der Pflegevorsorge", Autorin bei NWV - Neuer Wissenschaftlicher Verlag

MAS Alzheimerhilfe
Die MAS Alzheimerhilfe ist seit 1997 Anlaufstelle in allen Fragen zu Demenz/Alzheimer für Betroffene und Angehörige. http://www.alzheimer-hilfe.at/

LEBENSGESCHICHTEN

05 **Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)**
Markus Golla, BScN

09 **So begann der schlimmste Abschnitt meines Lebens**
Herausgeber MAS Alzheimerhilfe

13 **Pension – Zeit sich neu zu erfinden!**
Sonja Schiff, MA

IM INTERVIEW

17 **„Was macht ein gutes Pflegeheim aus?“ Interview mit Fr. Mag. Lisa Haderer**
Markus Golla, BScN

INFORMATIV

21 **Das Pflegegeld in Österreich**
Dr. Margarethe Grasser

29 **Ich glaub ich hab Alzheimer...**
Birgit Meinhard-Schiebel

31 **Was kommt nach der Intensivstation**
Michael Tesar

35 **Wenn Männer ihre Partnerinnen pflegen**
Raphael Schönborn, MA

41 **Mit einer Behinderung ins Märchenland**
Markus Golla, BScN

43 **Internet und Tablet für alte Menschen?**
Karin Eder, BSc. MSc.

51 **Wenn´s alleine zuhause nicht mehr geht**
Alexander Eder, MBA

61 **REZENSION**

IMPRESSUM

Medieninhaber
Markus Golla, BScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at

Herausgeber
Markus Golla, BScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Mag. Katrin Schützenauer & Karin Eder, BSc. MSc.

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla, BScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

Druckerei der Printausgabe
Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) Ocskay Bence
(C) 2017 Markus Golla, BScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

PDF Version: ISSN 2517-9780
Printversion: ISSN 2518-0258

Birgit Meinhard-Schiebel
Präsidentin der IG Pflegende Angehörige

Lieber Leserinnen und Leser!

Eines der wichtigsten Anliegen der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger ist es, mit pflegenden Angehörigen und Zugehörigen in Kontakt zu kommen. Mehr noch, ihnen alle Wege zu bieten, wo ihre vielen, dringenden Fragen beantwortet werden können. Sie – die pflegenden Angehörigen und Zugehörigen -, stehen hier im Mittelpunkt, gemeinsam mit den Menschen, die sie betreuen und pflegen – und das oft über Jahre.

Informelle, das heißt private-häusliche Pflege und Betreuung birgt Gefahrenpotentiale der Isolation, der Vereinsamung, bis hin zu vielen persönlichen Einschränkungen, in sich. Wer immer weniger Zeit für sich selbst hat, ist rascher erschöpft, lebt im Teufelskreis, der oft unauflösbar zu sein scheint.

Die Idee, ein eigenes Magazin nur für Sie zu gestalten, das zu jedem Zeitpunkt online verfügbar ist und vielleicht eines Tages in Printformat in jedem Supermarkt oder wo immer aufliegt, hat uns zusammengeführt. Nicht nur an einem Tisch sitzen und miteinander davon träumen, wie es wäre wenn... sondern es ins Leben bringen, das ist das Anliegen.

Als Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger haben wir mit ehrenamtlicher Arbeit Erfahrungen gesammelt. Sie können im Magazin gemeinsam mit vielen anderen wichtigen und nützlichen Beiträgen das tun, was uns seit Jahren unter den Nägeln brennt - pflegende Angehörige und Zugehörige zu erreichen, sie auch zu Wort kommen lassen und ihnen eine Stimme zu geben. Es sind Tausende, nein, Hunderttausende, denen wir die Hand reichen wollen.

Birgit Meinhard-Schiebel

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Mit dieser Ausgabe geht ein Wunschtraum für uns in Erfüllung. Vor einem dreiviertel Jahr haben wir beschlossen, ein Magazin für pflegende Angehörige herauszubringen. Doch mit welchen Themen füllt man eine solche Ausgabe? Brauchen die Menschen eine Fachzeitschrift oder viele Erzählungen von anderen pflegenden Angehörigen & Zugehörigen? Wer gibt Ihnen Informationen ohne ausufernden Fachchinesisch? Fragen über Fragen die uns täglich beschäftigten…

Doch nun halten Sie unsere erste Ausgabe in den Händen!

Pflegende Angehörige & Zugehörige verdienen den allergrößten Respekt und ungeteilte Aufmerksamkeit. Sie haben sich entschlossen für Ihre Verwandten oder Bekannten einen Teil der Verantwortung zu übernehmen. Damit übernehmen sie eine große Bürde, die für viele wirklich schwer zu tragen ist. Eine Belastung, die sich nur wenige vorstellen können. Hierfür würden wir gerne unsere Hochachtung aussprechen.

Dies ist nicht selbstverständlich, es ist absolut einzigartig!

Doch wir wollen Sie nicht alleine auf diese Reise schicken. Wir wollen Ihnen die notwendigen Informationen geben, damit es ein wenig leichter wird. Wir möchten Ihnen von ähnlichen Geschichten berichten, damit Sie wissen, dass es noch andere gibt, die diese Aufgabe auf sich genommen haben. Lebensgeschichten, die Sie vielleicht bestärken…

Wir wünschen Ihnen eine schöne Weihnachtszeit und einen guten Rutsch ins neue Jahr.

Viel Kraft und Freude

Markus Golla

Herausgeber

Markus Golla, BScN

QR-Code / Link zu
www.pflege-professionell.at

Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

Gefangen im eigenen Körper - Eine Angehörige erzählt...

Als Nervenkrankheit ist die Amyotrophe Lateralsklerose schon lange bekannt, allerdings sind die Ursachen der Erkrankung bis heute weitgehend ungeklärt. Ein gesunder Geist „gefangen“ in einem Körper, der nicht mehr agieren möchte. Beginnend mit den Extremitäten endet es mit dem totalen Stillstand der Muskeltätigkeit. In vielen Fällen ist der Verlauf schnell und eine absolute Tragödie für alle. Wie geht es den Angehörigen damit? Pflege Professionell durfte ein Ehepaar aus Deutschland interviewen, um ihre Odyssee im Gesundheitswesen auf Papier zu bringen.

(C): Dron

Alles begann mit einem ersten Schwächeanfall beim Stiegen steigen im Dezember 2011. Der Hausarzt meinte, mein Mann sei einfach nur überarbeitet und brauche ein wenig Entspannung und Ruhe. Also beschlossen wir kurzer Hand im Februar eine kleine Karibikreise zu machen. Doch trotz der wunderschönen entspannenden Umgebung war mein Mann die ganze Reise über müde. Am Anfang haben wir es noch auf die angebliche Überarbeitung geschoben. Doch irgendwann kamen wir zu der Erkenntnis „Es passt etwas einfach nicht." Als wir zurückgekehrt sind, ist mein Mann zu einem Facharzt gegangen. Die Diagnose war schnell und unmenschlich ausgesprochen, einfach verbal „vor die Füße geschmissen". Schon allein dies war eigentlich ein Todesurteil an sich. Schnell meinte der Arzt, wir sollen doch im Zweifelsfalle einfach zu einem zweiten Experten gehen, er gäbe uns alle Unterlagen mit. Trotz der Auswertungen aller Tests und der ausgesprochenen Diagnose, stand auf dem Befund einfach nur „Starker Verdacht auf ALS". Der Arzt fügte noch hinzu: „Genau wissen wir es erst, wenn er im Rollstuhl sitzt bzw. wenn er sich nicht mehr bewegen kann."

Natürlich haben wir uns eine zweite Meinung eingeholt, doch die Diagnose blieb dieselbe. Auch hier bekamen wir die gleiche Präsentationsart zu spüren „Lassen Sie sich am besten gleich einen Schwerbehindertenausweis ausstellen." Für uns war das damals unvorstellbar, schließlich konnte mein Mann noch gehen, reden und hatte keine Einschränkungen. Die ganze Situation war so irreal. Wir beiden dachten uns nur „Sind wir hier in einem Film? Ist das real? Ist irgendwo eine versteckte Kamera?" Das konnte es einfach nicht geben. Nicht wir!

Bis wir realisierten, was ALS überhaupt ist und was auf uns zukommen würde, verging einige Zeit. Wir flogen nach Wien und wagten einen weiteren Arztbesuch in einer Privatpraxis. Der dortige Arzt kümmerte sich nur um die Befunde der deutschen Ärzte und würdigte meinem Mann kaum eines Blickes. „Ja, das wird schon ALS sein.", bekamen wir als Antwort. Dies war auch das Frustrierende bei den meisten Arztbesuchen. Keiner machte sich mehr die Mühe noch einmal den Fall komplett neu aufzurollen. Schnell wurde die Meinung der vorigen KollegInnen einfach übernommen.

Irgendwie vermittelte es einfach das Gefühl „Wenn du diese Krankheit hast, dann schaut keiner mehr hin." Es wurde weder eine Muskelbiopsie gemacht, noch andere mögliche Untersuchungen. Im Frühling konnte mein Mann dann schon nicht mehr richtig gehen. Es

ging einfach blitzschnell. Wir nahmen natürlich jeden Tipp an. Von der Entfernung der Amalgamplomben bis hin zu Alternativmethoden. Wir waren beide mit der Situation komplett überfordert.

Mein Mann war während dieser ganzen Zeit genauso ratlos wie ich. Bei unseren Arztbesuchen bekamen wir immer nur verbale Brocken a la „Überlegen sie sich schon jetzt, ob sie beatmet werden wollen.“ oder Ähnliches serviert. Dies machte für uns die ganze Situation noch irrealer, als sie sowieso schon war. Wir beide haben den Umstand von Anfang an nicht akzeptiert und das tun wir auch heute noch nicht. ALS ist für uns einfach ein Krankheitsbild, dem die Schulmedizin einen Namen gegeben hat, ohne seine Entstehungsart zu kennen oder eine Gegenmaßnahme. Genau aus diesem Grund ist es für mich keine Krankheit, sondern ein Krankheitsbild. Also warum sollten wir dann aufgeben? Wir haben deswegen nie locker gelassen.

Seither versuchen wir mit allen Mitteln dagegen zu halten: Logotherapie, Physiotherapie und Alternativmethoden. Vielleicht ist es auch zu viel, aber wie soll man das wissen? Im Laufe der Zeit haben wir uns intensiv mit dem Krankheitsbild auseinandergesetzt. Es ist irgendwie auffallend, dass die meisten Leute die ALS bekommen, im Leben höchst aktiv sind. Das sind Menschen, die Extremsport machen oder eine Menge Hobbies haben neben der Arbeit. Menschen, die hunderte Dinge gleichzeitig anfangen, immer auf Touren sind. Vielleicht ist ALS ja auch eine Art des Körpers, die Notbremse zu ziehen. Vielleicht fordert der Körper mit ALS Ruhe ein.

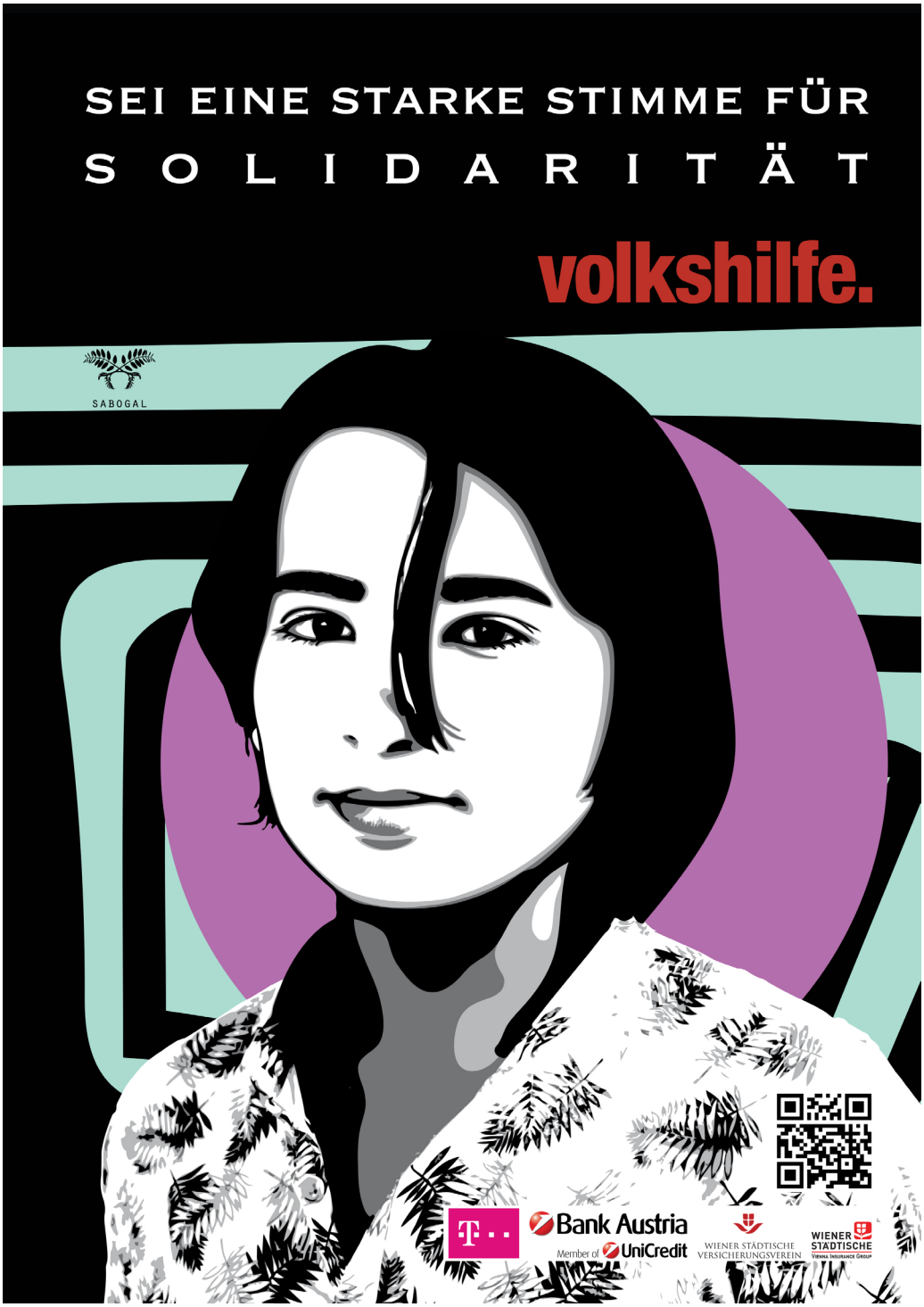
Mein Mann hat auch immer fünf Sachen zugleich gemacht, hatte aber immer ein gutes Gefühl dabei. Er sah diese Menge nie als Überforderung. Neben seiner Arbeit hatte er sich eine eigene Tischlerei eingerichtet, spielte mit Leidenschaft ein Musikinstrument, kochte und machte meistens mehrere Sachen gleichzeitig. Es gab nur bedingt Ruhephasen, da er einfach bei seinen Aktivitäten immer mit Liebe dabei war. Sitzen und einfach nur mal Fernseher zu sehen, das funktionierte bei ihm einfach nicht. Auch nach der Diagnose ging zu Beginn alles seinen normalen Lauf. Wir wussten ja auch nicht, wie wir auf diese Situation angemessen reagieren sollen. Doch es wurde alles anders… komplexer… Es kam die Zeit, in der mein Mann kaum mehr gehen konnte. Also blieb er im Sessel einfach sitzen. Seine Mutter hatte zu diesem Zeitpunkt beginnende Demenz. Bei Besuchen kam es immer wieder zu Problemsituationen. Sie interpretierte sein „Sitzen bleiben“ mit Faulheit. „Beweg dich endlich, du kannst dir ja deine Sachen selber aus der Küche holen.“ Die Situation wurde immer schwieriger. Dann folgten Stürze und zu guter Letzt konnte er sich nicht mehr selbst versorgen. Es wurde immer unklarer, wie es wohl nun weitergehen würde. Zusätzlich reduzierten sich unsere sozialen Kontakte. Die guten Freunde von früher, die zum Essen kamen, blieben von heute auf morgen weg. Übrig blieben wir zwei.

Dann kam eine Lungenembolie und wir verbrachten eine lange Zeit in diversen Einrichtungen. Es wurde schlagartig schlechter. Zu Hause ging es seither nur mit Pflegepersonal. Am Anfang war ich über jede Hilfe froh. Ich hatte damals kaum Ahnung und dachte mir bei jedem Handgriff „Das muss richtig sein, denn es kommt von einer Fachkraft.“ Im Laufe der Zeit, wir hatten viel verschiedenes Personal im Einsatz, merkte ich aber, dass nicht alles Gold ist was glänzt. Nach und nach begann ich zu erkennen, ob jemand wirklich fachlich versiert ist oder einfach nur gut schauspielern kann. Irgendwann schraubt man auch seine Ansprüche zurück. Zum Glück hat sich das Ganze einigermaßen in der Waage gehalten, fachlich waren die meisten gut. Es scheiterte meist nur an der Menschlichkeit der Personen. Für viele gab es nur „Dienst nach Vorschrift und nur mit Anweisungen“. Oft habe ich mir eine Pflegefachkraft gewünscht, die ein wenig Abwechslung oder neue Innovationen in die Pflege mit eingebracht hätte. Eine Zeit lang hatten wir ein gutes und eingespieltes Team, doch leider kündigte der mobile Pflegedienst einen Teil der Mitarbeiter und so zerfiel dieses wunderbare Team und die Suche begann erneut. Wir wechselten dann den Anbieter in der Hoffnung, dass es besser werden würde, doch es wurde eine absolute Katastrophe. Zusätzlich verschlechterte sich der Zustand meines Mannes rapide. Wir hatten den Zeitpunkt erreicht an dem es ohne Beatmungsmaschine, Absauggerät und einen Hebelifter gar nicht mehr funktionierte.

Die Krankenkassa hatte uns zum Glück von Anfang an super unterstützt. Eine eigene Person half uns bei den Versorgungsprodukten, eine weitere bei den Einreichungen und Rechnungslegungen. Bis heute funktioniert diese Zusammenarbeit sehr gut. Im Herbst 2015 wollten wir dann nach Österreich, um hier mit meiner Familie Weihnachten zu feiern. Mein ehemaliger Arbeitgeber organisierte uns den Transport nach Wien. Über das Internet

suchte ich uns eine Pension, die in der Nähe meiner Familie war und die entsprechende Möglichkeiten anbot. Ein Wiener Unternehmen übernahm die pflegerische Betreuung. Es tut unheimlich gut hier wieder mein soziales Umfeld um uns zu haben. Meine Mutter, der es leider selbst gesundheitlich nicht gut geht, versucht ab und an zu kommen. Leider verkraftet mein Vater die Situation nicht und kommt uns deswegen nicht besuchen. Er kannte meinen Mann immer nur als „Macher“ und kann ihn so nicht sehen. Aber wer weiß, vielleicht ändert sich das noch. Wie lange wir in Österreich bleiben kann ich noch nicht sagen.

Rückblickend kann ich nicht sagen, ob wir alles richtig gemacht haben. Es ist wirklich eine schwierige Situation. Wir haben im Laufe der Zeit einige Personen kennengelernt, die dieselbe Diagnose erhalten haben. Jeder ist damit unterschiedlich umgegangen. Es ist auf jeden Fall die Einstellung zur Situation und zur Krankheit wichtig. Wir werden weiterkämpfen so lange es geht…



(C) bilderstoeckchen

So begann der schlimmste Abschnitt meines Lebens

Wahrscheinlich hat Gretas Erkrankung schon vor Jahren begonnen. Anfang der 1970er-Jahre gab es bereits Anzeichen von Depressionen, die später immer wiederkehrten. Die Antidepressiva, die sie von den Ärzten verschrieben bekam, empfand ich – zumindest vorübergehend – wie „Wundermittel“. Die Zeiten von akuten Depressionen waren für uns beide trotzdem nicht leicht. Ich frage mich, ob es einen Zusammenhang zwischen Depressionen und Demenz gibt?
1997 war ich mit 65 in Pension gegangen. Da gab es wohl schon die ersten Anzeichen einer Demenz, die ich nun wahrnahm, weil wir ja jetzt den größten Teil des Tages beisammen waren. Was ich aber natürlich nicht als Demenz interpretieren konnte und auch nicht ernst nahm. Man wird ja mit dem Alter selber auch ein bisserl vergesslich.

Was dann folgte, war ein besonderer Abschnitt meines Lebens, ein sehr, sehr schlimmer, der schlimmste meines Lebens: die Krankheit meiner Frau.

Die Diagnose: Fast wie aus heiterem Himel

Am Ostersonntag 2001 hat mir Greta sozusagen „offiziell“ gesagt, dass bei ihr Morbus Alzheimer diagnostiziert worden ist. Sie teilte es mir mit, indem sie mir einen Zeitungsartikel über Alzheimer zu lesen gab. Dazu sagte sie: „Das erwartet dich in Zukunft.“ Greta hatte selbst, ohne Drängen (und auch ohne Wissen) seitens der Familie, wie es sonst meistens der Fall ist, den Psychiater Dr. M. aufgesucht. Sie hatte sich offenbar schon länger mit dieser Krankheit beschäftigt, auch hatte sie im Rahmen ihrer Krankenpflegeausbildung in England mit dementen Patienten zu tun gehabt, sodass sie im Bild war, wie sie abläuft. Gesprochen hat sie ja schon mehrmals davon, ich habe das aber eben nicht ganz ernst genommen. Doch in der letzten Zeit habe ich es aus verschiedenen Anzeichen doch mehr und mehr geahnt. Bei der Feier ihres 70. Geburtstages im Februar 2001 hatte ich zufällig mitgehört, wie sie die Diagnose gegenüber ihrer Nichte „im Vertrauen“ erwähnte. Ich wollte es aber immer noch nicht ganz glauben.

Eine unserer Töchter hatte es offenbar schon von Mutti selbst erfahren gehabt, sie wollte mich aber vorerst damit verschonen. Bei einem gemeinsamen Besuch mit der Tochter bei Dr. M. nach Ostern 2001 wollte der uns zunächst mit Berufung auf die ärztliche Schweigepflicht keine Auskunft geben, ist aber dann doch mit der Bestätigung der Diagnose herausgerückt.

Die Krankheit bringt uns noch näher zusammen

Ende Oktober 2001 habe ich die erste deutliche Verschlechterung festgestellt. Noch nicht dramatisch, aber zumindest für mich erkennbar und der Krankheit zuordenbar. Greta hat zum Beispiel ein und dieselbe Sache innerhalb einer halben Stunde zwei-, dreimal erzählt, ohne sich zu erinnern, dass sie es schon einmal gesagt hat. Es war nicht mehr wegzuleugnen, dass die Diagnose richtig ist. Damit begann für mich die schwerste Zeit meines Lebens, vorerst „nur“ die Angst vor dem, was noch kommen würde. Aber unsere partnerschaftliche Zuneigung zueinander wurde dadurch noch intensiver.

Greta erkennt engste Bezugspersonen nicht mehr

Seit Jahresanfang ist zum Beispiel der Termin der Bundespräsidentenwahl bekannt: der 25. April. Fast jeden Tag wird im Fernsehen darüber gesprochen, aber Greta fragt immer wieder, wann die Wahl sei und um welche Wahl es sich handle. Einerseits zeigt Greta sich interessiert, andererseits hat sie den Termin und alles rundherum sofort wieder vergessen.

Ähnlich ist es, wenn sich von den Kindern oder Enkeln jemand anmeldet. Sie verwechselt, wer kommt, woher und wann. In den Osterferien war unsere Enkelin N. auf einem Judo-Trainingskurs in Rohrbach. Sie ist am Gründonnerstag mit einer Freundin über Linz heimgefahren. Ich habe sie am Bahnhof vom Autobus abgeholt und zum richtigen Zug geleitet. Obwohl es ganz feststand, dass sie nicht bei uns übernachten würde, hatte Greta schon das Bett vorbereiten wollen, als ich vom Bahnhof heimkam. In der Woche darauf fuhr unsere Enkelin nach Wien zu ihrer Tante. Sie übernachtete auf der Hinfahrt bei uns. Greta glaubte nunmehr, sie käme wieder aus Rohrbach, und fragte immer wieder: „Kommt die Freundin mit? Wann kommt sie? Was will sie zum Essen?“ Ebenso war es am Ende der Woche, als unsere Enkelin von Wien zurückfuhr.

„Wir sollten uns scheiden lassen“, sagt sie plötzlich

So um den 1. Juli war es wieder der Fall, dass ich den Eindruck hatte, es gehe ihr recht gut und wir seien tatsächlich beide glücklich – glaubte ich. Am 4. Juli konfrontierte sie mich ganz überraschend mit dem Vorschlag: „Wir sollten uns scheiden lassen“, und begründete das mit: „Ich bin immer alleine. Du lädst mich nie ein, irgendwohin mitzugehen.“ Ich war perplex, weil es genau umgekehrt ist und immer war. Jede Einladung lehnt sie ab und hat sie auch früher meistens abgelehnt. Nicht einmal zur Taufe unseres Enkels konnte (oder wollte?) sie mitfahren. Außerdem warf sie mir noch weitere, ganz absurde und unmögliche Dinge vor. „Scheidung kommt für mich nicht in Frage, schließlich habe ich vor 45 Jahren versprochen: Bis dass der Tod uns scheidet”, erklärte ich. Nach etwa einer Woche, und später noch einmal, machte sie neuerlich den Scheidungsvorschlag, wobei ich den Eindruck hatte, dass sie nicht mehr wusste, dass sie das schon einmal gesagt hatte. Dr. M. verschrieb ihr daraufhin ein Antidepressivum, das wieder fast Wunder wirkte. Damit ging es ihr besonders gut und wir verlebten eine glückliche Zeit, von Scheidungsabsichten wusste sie überhaupt nichts mehr. Ich bin dem Herrgott dankbar für jede Minute, in der es ihr gut geht. Allerdings, der „Scheidungsschock“ sitzt bei mir noch immer tief und nagt nach wie vor an mir.

Warum gerade Greta, warum gerade wir?

Oft frage ich mich – meistens nachts, wenn ich nicht schlafen kann: „Warum gerade Greta? Warum gerade wir? Warum ich?“ Natürlich finde ich keine Antwort darauf. Ich frage mich auch oft, ob diese Krankheit zu verhindern gewesen wäre, wenn Greta weniger Kinder geboren hätte, wenn sie weniger arbeiten hätte müssen, wenn wir weniger Sorgen gehabt hätten? Vielleicht hat es einfach so sein sollen, leider. Ausgesprochene Glücksgefühle löst es bei mir aus, wenn es ihr manchmal gut geht, wenn ich merke, dass sie so richtig gut drauf ist, wenn es so aussieht, als wenn alles wie früher wäre. Da träume ich davon, dass alles nicht wahr ist, dass die Diagnose falsch ist und dass es nicht ganz so arg werden wird.

Seit etwa Oktober 2005 weiß Greta innerhalb einer Viertelstunde oder einiger Minuten meistens nicht mehr, mit wem sie gesprochen hat, und schon gar nicht worüber. Auch bei Telefongesprächen mit unseren Kindern ist das so. Ja, sie fragte einmal, ob wir vier oder fünf Kinder hätten, und konnte nicht mehr alle unsere Kinder aufzählen. Jahreszeiten verwechselt.

Demenz und pflegende Angehörige

Demenz/Alzheimer hat enormen Einfluss auf betroffene Familien. Die emotionale und körperliche Belastung ist sehr hoch. Zudem hat die Stigmatisierung dieser Krankheit und der betroffenen Menschen oft zur Folge, dass sich diese Familien völlig aus der Gesellschaft zurückziehen. Viele Betroffene trauen sich nicht, darüber zu sprechen und fremde Hilfe zu suchen. Dabei ist eines sicher: Je stärker die Erkrankung fortschreitet, desto umfassender benötigen auch Angehörige von Betroffenen Betreuung. Allzu oft sind sie völlig erschöpft und erkranken selbst. Nachdem 80 Prozent der Menschen mit Demenz zu Hause gepflegt werden, kann man die Dimension des Problems ungefähr erahnen.

Darum ist das vorliegende Buch auch so wichtig. Denn Herr G. hat erlebt, was es alles braucht, um den Alltag mit einem Menschen mit Demenz zu meistern. Immer wieder. Die zuständigen MAS DemenztrainerInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen der MAS Alzheimerhilfe haben mir oft berichtet, dass er ein großes Vorbild für andere Angehörige in der Angehörigengruppe war und mit welch unglaublicher Energie und enormem Willen und Wissen er sich dieser Herausforderung über all die Jahre gestellt hat. Es zeigt aber auch, welche Kraft es braucht, sich für Informationsarbeit zur Verfügung zu stellen. Auch heute noch, im Jahr 2017. Das sollte uns nachdenklich stimmen.

Zwei Dinge sind es, die uns Herr G. mit auf den Weg gibt und die wir besonders hervorheben möchten:

Seinen Appell: Bitte holen Sie sich professionelle Hilfe!

Wissen um Demenz und entlastende Angebote helfen Ihnen. Denn wer rund um die Uhr für einen anderen Menschen da ist, benötigt auch regelmäßig Zeit für sich selbst, um zufriedener zu sein und selbst gesund zu bleiben, um gut betreuen und begleiten zu können. Sie werden selbst erfahren, dass mit Unterstützung so manche Situation leichter fällt.

Der Kontakt zu Menschen, die sich in einer ähnlichen Lage befinden, hilft, mit der eigenen Situation besser zurechtzukommen.

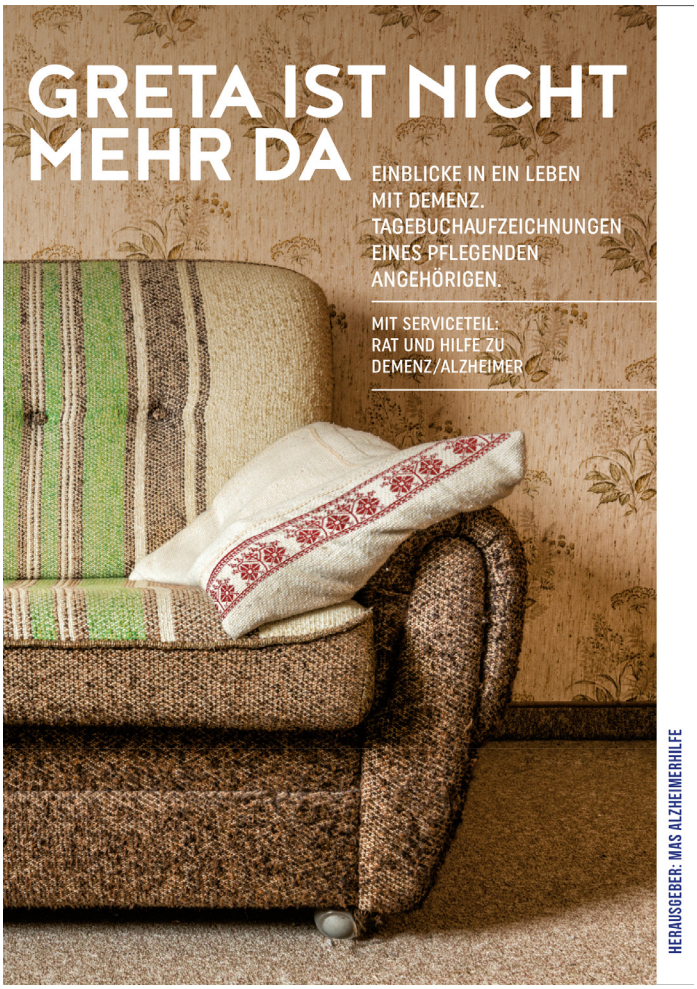
Nicht umsonst sagt Herr G.: „Angehörigentreffen waren eine große Hilfe. Der Gedankenaustausch war für mich immens wichtig, um frühzeitig zu erfahren, was mich erwartet, aber auch das Gefühl zu haben: Ich bin nicht alleine.“

Hilfe zu holen und anzunehmen, ist kein Zeichen von Schwäche, sondern zeigt ganz im Gegenteil Stärke. Die MAS Alzheimerhilfe will Ihnen mit diesem Buch Mut machen. Trauen Sie sich, Hilfe zu holen. Sie sind nicht alleine. Es gibt viele Unterstützungsangebote.

Die MAS Alzheimerhilfe ist auf das Thema Demenz/Alzheimer spezialisiert und ist gerne für Sie da!

Dies waren Auszüge aus dem einzigartigen Tagebuch eines pflegenden Angehörigen.

„GRETA IST NICHT MEHR DA“ bestellbar über http://www.alzheimer-hilfe.at/



„Ich möchte, dass sich meine Mutter wohlfühlt und die Demenz besser bewältigen kann. Wie kann ich am besten helfen?“

Dieser Ratgeber liefert Hintergrundinfos zur Erkrankung, die helfen, Betroffene zu verstehen und bestmöglich zu unterstützen. Dazu bietet er viele konkrete Beispiele für Beschäftigungsübungen in den verschiedenen Demenzstufen – stadiengerecht, alltagsnah und abwechslungsreich. Das motiviert, stärkt das Vertrauen und macht Spaß – und kann den Fortschritt der Erkrankung oft deutlich verzögern.

Plus:

- aktivierende Übungen (Begriffe raten, Was gehört zusammen?, Bilderrätsel, Rechenspiele, Puzzles)
- Infos zur Lebenswelt von Menschen mit Demenz
- Tipps und Tricks für den Alltag
- verfasst von ExpertInnen mit viel Erfahrung im Bereich Demenz

Jetzt neu!

MAS Alzheimerhilfe

Motivieren, Aktivieren, Stärken.

facultas 2017, 156 Seiten, EUR 19,90
ISBN 978-3-7089-1604-0

MAS ALZHEIMERHILFE

facultas

Pension – Zeit sich neu zu erfinden!

Die Babyboomer kommen in die Jahre. Ab 2020 verabschieden sich die geburtenstarken Jahrgänge aus dem Erwerbsleben, es werden Jahr für Jahr viele Menschen gleichzeitig in Pension gehen. Eine Herausforderung für Unternehmen, Gesellschaft und für die Menschen, die am Übergang in den Ruhestand stehen. Der nachfolgende Artikel stellt die Vorstellung auf den Kopf, Ruhestand wäre immerwährender Urlaub und zeigt auf, wie mit einer guten Vorbereitung der Ruhestand zu einer erfüllenden Lebensphase werden kann.

„Ich habe alle Reisen gemacht, die ich immer schon machen wollte. Ich habe alle Bücher gelesen, die ich lesen wollte. Und jetzt ist mir plötzlich langweilig. Unendlich langweilig. Da ist nichts mehr wofür ich brennen kann."

Sabine R., 62, ehemalige Pflegedienstleiterin, 2 Jahre nach ihrem Pensionsantritt.

Pensionierung, Ruhestand – viele Menschen verbinden mit diesen beiden Begriffen Freiheit, Freizeit, unbegrenzten Urlaub und freuen sich darauf, Zeit zu haben und tun zu können, was sie immer schon tun wollten. Endlich viel und lange reisen, endlich stundenlang Bücher lesen, endlich ausschlafen und danach lange und voll Genuss frühstücken. Die Medien zeigen uns täglich das Bild der rüstigen, freizeithungrigen, fitten, sportlichen und den Urlaub genießenden Senioren in der Blüte ihrer Zeit. Doch da gibt es in unserer Umgangssprache auch das Wort „Pensionsschock" und fast jeder kennt in seinem Umfeld einen Menschen, der den Übergang in die Pension nicht so gut geschafft hat. Den Freund etwa, der zwei Jahre nach der Pension den ersten Herzinfarkt erlebt. Den Bekannten von Bekannten, der seine Zeit vor allem vor dem Fernseher oder Computer verbringt. Die Nachbarin, die keine sozialen Kontakte mehr hat und sichtbar vereinsamt.

Nicht alle Menschen schaffen den Übergang in den Ruhestand so einfach und ohne Probleme. Es lohnt sich daher, genauer hinzusehen auf die zukünftige Lebensphase und sich auseinanderzusetzen mit den Veränderungen und Chancen der nächsten Lebensjahrzehnte.

(C) Jürgen Fälchle

Arbeit – mehr als nur Geld verdienen

Unsere Arbeitswelt ist schnell geworden, der Druck ist in den letzten Jahrzehnten gestiegen und steigt weiter. Daher ist es kein Wunder, dass viele Menschen jenseits der 50 ihren Pensionsantritt herbeisehnen und sich bei erster gebotener Gelegenheit in die Pension flüchten. Die Organisation Senior4Success hat 2014 eine große Marktforschungsstudie unter webaktiven Personen zwischen 18 und 70 Jahren mit dem Titel „Was denkt der Österreicher über die Pension“ in Auftrag gegeben und dabei herausgefunden, dass 50,7 Prozent der Befragten in diese Kategorie fallen. Sie wollen einfach nur raus und weg, dem Druck entfliehen, dem Zeitkorsett, der Fremdbestimmung. Sie wollen ab in die große Freiheit und glauben, dass damit alle Probleme gelöst sind.

Dieselbe Befragung hat allerdings auch gezeigt, dass es rund einem Fünftel der sich in Pension befindenden Menschen schlechter oder sogar viel schlechter geht im Ruhestand als erwartet. Genauer nachgefragt wurden folgende Nachteile vom Pensionsleben genannt:

- Weniger soziale Kontakte
- Weniger zur Verfügung stehendes Geld
- Fehlende Aufgabe im Leben
- Wenig Anerkennung und Wertschätzung

Auch wenn wir oberflächlich die Arbeit vor allem als Mittel zur Finanzierung unseres Lebens betrachten, müssen wir uns eingestehen, dass sie bei genauerem Hinsehen doch eine viel größere Rolle in unserem Leben spielt. Arbeit prägt und bestimmt unser halbes Leben. Arbeit sichert unsere Existenz und ermöglicht den kleinen Luxus, aber sie strukturiert auch unser Leben, sie schafft Identität und Prestige, sie ist ein Ort sozialer Kontakte, sie fordert uns und entwickelt uns weiter.

Wir stehen morgens auf, um den Bus in die Arbeit rechtzeitig zu erreichen. Wir freuen uns auf die Mittagspause mit oder ohne KollegInnen, im Park oder im Bistro. Dann die Fahrt von der Arbeit nach Hause und ab geht’s in den Feierabend, Zeit für uns, für Familie, Hobbies und Freunde. Dass wir den Feierabend so wunderbar finden, liegt daran, dass er nach einem langen Arbeitstag stattfindet. Aufs Wochenende oder freie Tage freuen wir uns, weil sie eingegrenzt sind von Arbeitstagen. Und auch der Urlaub, unser jährliches Highlight, wird umrahmt vom letzten Arbeitstag vor dem Urlaub und dem ersten Arbeitstag nach dem Urlaub. Erst die Begrenzung der zur Verfügung stehenden Zeit macht die freie Zeit so kostbar. Es ist also die Arbeit, die unsere freien Tage zu besonderen Tagen macht.

Wir sind Diplompflegefachkraft, Pflegehelferin und Fachsozialbetreuer. Kein gegenseitiges Kennenlernen ohne Frage nach dem Beruf des Gegenübers. Sie sind Krankenschwester? Schon hat man ein ausgiebiges Gesprächsthema und beginnt das eben kennen gelernte Gegenüber gesellschaftlich zuzuordnen. Die Nennung des Berufes schafft soziale Orientierung. Wir sind was wir arbeiten. Über Arbeit erhalten wir Rollen und Funktionen, man ist „jemand“ geworden. OP-Schwester, Intensivpfleger, Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegedienstleiterin, Stationsleiter oder Pflegeberaterin. Je nach Rolle und Position schafft Arbeit sichtbar oder auch unsichtbar Prestige.

Dem Arbeitsplatz kommt auch im sozialen Leben eine wesentliche Rolle zu. So ist etwa bekannt, dass Partnerschaften häufig am Arbeitsplatz ihren Ausgang nehmen. Viele der persönlichen Kontakte und Bekanntschaften hängen mit dem Arbeitsplatz zusammen. Da gibt es den Kollegen mit dem man regelmäßig die Mittagspause teilt. Mit der lieben Kollegin vom zweiten Stock geht man am Freitag gern auf einen abschließenden Drink und tratscht über die Ereignisse der Woche. Mit einem anderen Kollegen macht man regelmäßig Sport und mit der netten Kollegin von der Station nebenan geht man einmal im Monat in die Sauna.

Arbeit stellt uns immer wieder vor neue Herausforderungen und entwickelt uns auf diese Weise weiter. Wir sind ständig mit Aufgabenstellungen konfrontiert, die uns fordern. Wir besuchen Fortbildungen, lesen Fachliteratur, wir sind mit unserer Kreativität und Flexibilität gefragt. Arbeit zwingt uns zur Auseinandersetzung mit Neuem und Unbekanntem und ermöglicht dadurch permanente Weiterentwicklung. Arbeit trägt wesentlich bei zu unserer Lebenszufriedenheit. Wir erhalten Lob, Anerkennung, wir werden gebraucht. So verwundert es nicht, dass bei der bereits genannten Befragung der Organisation Senior4Success auch 32,9 Prozent der Befragten meinten, sie würden gerne nach der Pensionierung in irgendeiner Form weiterarbeiten. Als Begründung gaben sie beispielsweise an, mit der Arbeit soziale

Kontakte aufrecht erhalten zu wollen, die Zeit sinnvoll nutzen zu wollen und sich durch Arbeit gebraucht zu fühlen.

Übergang in den Ruhestand – ein Prozess

In der Soziologie wird der Übergang in die Pension als Rollenübergang beschrieben. Die in Pension gehende Person erfährt ein Loslösen aus dem Status der Erwerbstätigen, ein Loslösen vom Arbeitgeber, aus dem sozialen Umfeld der Arbeitswelt und aus einer vorgegebenen Zeitstruktur. Danach muss die betroffene Person ihre neuen Rollen in der Gesellschaft finden, ihren neuen Platz und neue Aufgaben.

Der Amerikaner Robert Atchley beschrieb 1971 ein Phasenmodell am Übergang in den Ruhestand. Die Zeit rund um den Pensionsantritt bis etwa ein Jahr nach dem Pensionsantritt nannte er die „Honeymoon-Phase“. Der Blick auf die Pension wäre in dieser Zeit euphorisch und verklärt, überwiegen würde die Vorfreude auf die neue Freiheit. Das Ende des Erwerbslebens wird als Befreiung erlebt und die frisch gebackenen PensionstInnen genießen es länger zu schlafen und endlich tun zu können, was das Herz begehrt.

Doch schon nach einigen Monaten merken die Neu-PensionistInnen, dass Ruhestand nicht gleichzusetzen ist mit Urlaub, dass kein Mensch es erträgt fünfzehn, zwanzig oder sogar mehr Jahre auf der faulen Haut zu liegen und sich die Sonne auf den Bauch scheinen zu lassen.
Atchley nennt die Zeit dieser Erkenntnis die „Ernüchterungsphase“. Plötzlich ist Langeweile ins Leben getreten, die erste Euphorie ist verflogen und die Menschen merken „Da fehlt etwas“, Urlaub alleine ist kein Lebenssinn, es braucht Aufgaben.

Die Phasen danach nannte Atchley die „Neuorientierungsphase“ und die „Stabilitätsphase“. In der Neuorientierungsphase suchen und finden die betroffenen Menschen Aufgaben und eine neue Zeitstruktur für ihren Alltag im Leben. In der Stabilitätsphase haben die Menschen ihre neuen Rollen verinnerlicht und damit ihre neue Identität gefunden.

Die Frage am Übergang in den Ruhestand ist also: Wie gelingt der RuheständlerIn die Bewältigung der Ernüchterungsphase? Welche Veränderungen liegen vor ihr/ ihm? Was könnten neue Aufgaben und neue Rollen im Leben sein?

Die Pensionszeit als Chance „sich neu zu erfinden“
Unser halbes Leben lang müssen wir Kompromisse eingehen, weil wir unsere Existenz sichern müssen und deshalb damit beschäftigt sind, Privatleben und Beruf unter einen Hut zu bringen. Wir wollen uns ein Auto kaufen, also machen wir einen Job weiter, den wir im Moment nicht ganz so gut finden. Wir haben uns eine Wohnung gekauft, müssen den Kredit abbezahlen, also arbeiten wir mehr als wir eigentlich wirklich arbeiten wollen. Wir bekommen Kinder, wollen ihnen eine gute Ausbildung finanzieren, also stellen wir das eigene Leben hinten an.

Die Pensionszeit mit der regelmäßigen Pensionsauszahlung ist die einzige Phase im Erwachsenenleben, in der die Existenz voll oder teilweise gesichert ist. Jeden Monat kommt eine bestimmte Summe Geld aufs Konto ohne dass der Mensch dafür noch etwas leisten muss. Daraus ergeben sich enorme Chancen, selbst bei kleiner Pension. Es wird Energie frei, die vorher gebunden war an Arbeit. Diese Energie könnten nun genützt werden, um endlich Seiten von sich zu leben, die bislang unterdrückt werden mussten. Überspitzt formuliert: Die regelmäßige Existenzsicherung durch die Pension schafft die Möglichkeit sich, wenigstens ein Stück, neu zu erfinden.

Hannah G. war viele Jahre in Teilzeit als DGKS in einem Krankenhaus tätig und sie war alleinerziehende Mutter von 3 Kindern. Das Geld war immer knapp. Trotzdem schaffte sie es allen Kinder Ausbildungen zu ermöglichen. Ihren eigenen Traum von längeren Auslandsaufenthalten hat Hannah immer verscheucht, er hatte keinen Platz in ihrem Leben. Durch die Teilzeittätigkeit war abzusehen, dass Hannah im Ruhestand nur eine mäßige monatliche Pensionsauszahlung erhalten würde.

Hannah G. hat sich aber auf ihre Pensionszeit vorbereitet. Sie hat ihre Wohnung rechtzeitig gegen eine kleinere und günstigere Wohnung getauscht. Sie hat ihr Auto weggegeben und mit einer Freundin ein Car-Sharing gestartet. Sie hat sich überlegt, welche Stärken sie hat. Sie hat die Erwartungen der Kinder an Sie als Pensionistin geklärt. Und sie hat das Internet genützt um zu recherchieren, welche Möglichkeiten sie als Pensionistin hat Reisen und Arbeiten zu verbinden. Dabei wurde Hannah G. fündig.

Heute befindet sich Hannah G. seit vier Monaten in Island. Als Granny-AuPair lebt sie bei einer Familie mit Kindern und übernimmt dort die Rolle der Großmutter, bei ausreichend Freizeit daneben Land und Leute kennen zu lernen. Über ihre Erlebnisse bloggt sie und lässt so ihre Familie und Freunde dabei sein virtuell und bleibt auf diese Weise in Kontakt mit der Heimat.

Die nächste Reise ist übrigens auch bereits geplant. Hannah G. geht, nach einem mehrwöchigen Aufenthalt in Österreich, für sechs Monate nach Namibia.

Lesen Sie in der nächsten Ausgabe wie eine gute Vorbereitung auf die Pension aussehen kann, welche Veränderungen Menschen durch die Pensionierung erfahren und warum es wichtig ist die PartnerIn in die Vorbereitung auf die Pension einzubeziehen.

Weiterführende Literatur:

Heck, H. (2008): Beugen Sie dem „Pensionsschock“ vor!“ In: Informationen für Ihre Gesundheit. Freie Krankenkasse. Ausgabe 04.

Stieger, L. (2016): Pension. Lust oder Frust? Wien. Edition Va Bene.

Senior4Success (2014): Studienpräsentation: Wie die Österreicher über die Pension und die neue Lebensphase denken. Abgerufen am 27.07.2016 http://www.seniors-4success.at/images/Artikel/pressekonferenz.pdf

„Was macht ein gutes Pflegeheim aus?“

Der Pflegeskandal in Niederösterreich war vor kurzer Zeit in aller Munde. Doch was heißt das? Ein Einzelfall? Wie geht man damit um? Was macht ein gutes Pflegeheim aus? Auf was muss ich als Angehörige achten?

Fragen, die uns die letzten Tage beschäftigt haben. Zu diesem Thema gab es im ORF (Sendung Konkret) eine kleine Sendung. Leider gab man hier Frau Mag. Lisa Haderer, Leiterin des Fachbereichs „Team Pflegeanwaltschaft“ nur wenige Minuten. Natürlich ein Grund für uns, diese TV Minuten entsprechend zu erweitern.

Redaktion: Wie schätzen sie die Qualität in den Pflegeheimen ein?

Lisa Haderer: Da sprechen Sie gleich zu Beginn etwas Interessantes an – es gibt nämlich keine einheitlich geltenden Qualitätskriterien für Pflege und Betreuung und wir merken auch, dass Qualität vielschichtig ist und zum Teil unterschiedlich wahrgenommen wird. So sind wir z.B. schon in Häusern gewesen, in denen die „Qualität am Papier“ in Form von bspw. Kennzahlen zu Decubitalulcera, Mangelernährung etc. vermeintlich belegt ist, in Gesprächen mit den dort lebenden Menschen jedoch sagen sie uns, dass sie ihre Lebensqualität vermissen und auf die

Wohlfühlatmosphäre wenig Wert gelegt wird. Und dann gibt es Häuser, wo uns Menschen sagen, dass sie hier genau das bekommen, was sie brauchen und sich wünschen.

Redaktion: Was macht für Sie ein gutes Pflegeheim aus?

Lisa Haderer: Dass man sich schon beim Betreten willkommen fühlt, dass eine Atmosphäre der Offenheit spürbar ist. Dass Menschen, die in diesem Haus leben zu sehen sind und unterwegs sind mit für sie adäquaten Hilfsmitteln zur Fortbewegung. Es ist auch interessant zu sehen, ob und wie die alten Menschen Notiz von einem Gast nehmen – ist es für sie normal, dass Gäste kommen oder wirken sie irritiert, weil sie nicht gewöhnt sind, dass sich jemand „hierher verirrt".

Es ist auch immer schön und zeugt von kompetenter Dienstleistung und Interesse, wenn jemand aus dem Team aktiv auf einen zukommt, fragt, ob er behilflich sein kann / Unterstützung anbietet.

Normalität und Individualität – dass sich Menschen frei bewegen können im gesamten Areal, ihren Wohnbereich / ihr Zimmer nach eigenen Vorstellungen mitgestalten können zb mit kleinen Möbelstücken, Bildern, – unlängst haben wir im Zimmer eines Jägers ein Geweih gesehen.

Dass es verständliche Informationen und Angebote gibt, die angepasst sind an die Bedürfnisse – auch an jene von Menschen, die sehbeeinträchtigt oder demenziell verändert sind.

Ich finde es auch wichtig, dass eine ungezwungene Atmosphäre zu spüren ist – lachen die Menschen miteinander, gibt es Plaudereien an den Tischen, besuchen die Menschen einander in ihren Zimmern, kann man Wünsche und Anliegen unkompliziert deponieren und finden diese Gehör. Hier könnte ich wohl noch lange aufzählen..

Redaktion: Wie erkennen Angehörige ein gutes und ein schlechtes Pflegeheim?

Lisa Haderer: Durch Beobachtung UND aktive Kommunikation mit den Führungskräften, den Mitarbeitenden und den im Haus lebenden Menschen.

Vor jedem Einzug sollten sich die Angehörigen das Haus selbst ansehen. Wir haben auch schon gehört, dass jemand aus dem Team vor dem Einzug des alten Menschen in die Pflegeeinrichtung zu ihm nach Hause gefahren ist, bebilderte Broschüren mitgenommen und vom Haus erzählt hat – das ist eine tolle Serviceleistung – der alte Mensch baut vielleicht ein bisschen Scheu ab, hat ein konkretes Gesicht zu diesem neuen Zuhause.. und in der Pflegeeinrichtung kann man den Einzug besser vorbereiten, weil man schon mal einen groben Überblick bekommen hat, mit welchen Ressourcen und welchem Unterstützungsbedarf der alte Mensch einzieht.

Mit offenen Augen durchs Haus gehen. Dabei können sie sehen, ob sich die Menschen im Haus individuell entfalten können. Dies beginnt mit der eigenen Zimmergestaltung, den öffentlichen Bereichen, dem Badezimmer (ist es einladend gestaltet oder ein Ersatzlager, kahl und rein funktionell) bis hin zur Gestaltung des Tages- und Nachtablaufes. Wird auf die Bedürfnisse bezüglich Ernährung, Aktivität und Ruhe, Zuwendung, etc. eingegangen oder muss sich „der Mensch am System orientieren". Wie ist der Umgangston zwischen den Mitarbeitenden, zwischen BewohnerInnen und Mitarbeitenden? Wird laut über den Gang gerufen, wird meine Mutter anstatt mit ihrem vollen Namen mit „Omi" oder „Schatzilein" angesprochen, auch wenn sie das nicht möchte.

Was wird unternommen, damit sich die Menschen wohl fühlen? Habe ich den Eindruck, dass Rücksicht genommen wird auf sie als Individuum? Laute Pop-Musik während der Essenseingabe, diese vielleicht noch so, dass der alte Mensch sitzt, die Pflegeperson steht, Menschen, die fernab von Essenszeiten mit Kleidungsschutz („Schutzlätzchen") zu sehen sind.. Haben sie individuelle Wahlfreiheit in verschiedenen Bereichen? Werde ich als Angehöriger aktiv angesprochen oder muss ich jeder Information hinterher laufen? Fragt man mich, wie ich früher mit meinem dementen Vater zurecht gekommen bin, würdigt man meine Strategien und baut diese in den pflegerischen Alltag ein, wenn sie meinem Vater gut getan haben? Bekommt meine alte Tante seit Jahren Butterbrot mit Himbeermarmelade zum Frühstück, nur weil ich bei ihrem Einzug ein Mal erwähnt habe, dass ihr das schmeckt.. Wie können sich Menschen einbringen? Traut man ihnen etwas zu?

Wenn man als Besucher in einem Haus ständig neue Gesichter im Team sieht, kann dies ein Zeichen dafür sein, dass es für Profis hier nicht leicht auszuhalten ist und sie sich für einen anderen Arbeitsplatz entscheiden.

Redaktion: Muss es nach diesem Skandal verschärfte Qualitätskontrollen geben?

Lisa Haderer: Der Begriff „verschärft" ist relativ – (sind hier häufigere Kontrollen gemeint?) – ich denke, es gibt große Unterschiede, ob es um Qualität im Sinne von Hygiene, baulichen Standards und Personalausstattung etc. geht, oder um die Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen.

Bauliche oder hygienische Mängel können mit Kontrollen aufgezeigt und mit Zahlen, Daten und Fakten gemessen bzw. überprüft werden. Hier gibt es ausreichend Kontrollen.

Redaktion: Was muss es ihrer Meinung nach dann geben?

Lisa Haderer: Geht es jedoch tiefer in den Bereich der soft skills und der Lebensqualität der Menschen, die im Haus wohnen und der Arbeitsqualität der MitarbeiterInnen, begeben wir uns in einen Bereich, der viel subtiler ist und nicht messbar im Sinne von oben beschriebenen Methoden. Gerade im Umgang mit Menschen – und die Pflege berührt vielfach den hochpersönlichen und intimen Lebensbereich – ist nicht alles, was zählt, auch messbar!!! Ich kann gut nachvollziehen, dass jemand, der nicht in diesem Bereich arbeitet, ein Verlangen nach mehr Kontrolle hat, weil man damit womöglich mehr Sicherheit assoziiert. Aber das Haus in Kirchstetten ist ein guter Beleg dafür, dass Qualität nicht in ein Haus hineingeprüft werden kann. An der Eingangstüre befanden sich schon letztes Jahr im Oktober zahlreiche Planketten und Qualitätsgütezeichen. Sie haben durchaus ihre Berechtigung, bilden jedoch nur einen Teil der Wirklichkeit ab. In diesem Fall haben sie nichts dazu beigetragen, die Übergriffe an wehrlosen Menschen zu verhindern.

Genau an diesem Punkt müssen wir ansetzen. Was es braucht, ist eine Wertehaltung, die von allen im Haus verinnerlicht ist. Diese zu erreichen, kann ein Knochenjob sein für Führungskräfte. Man kommt dabei um die großen Themen nicht herum. Welches Menschenbild haben wir? Welche Pflegephilosophie möchten wir leben? Worauf können wir uns verständigen? Was tun wir, wenn jemand aus dem Team das nicht lebt bzw. umsetzt? Und hier meine ich wirklich alle aus den Teams. Es ist auch nicht egal, wie wertschätzend die Dame am Telefon in der Verwaltung mit jemandem spricht, der ratlos nach einer guten Betreuungsmöglichkeit für seine Mutter sucht. Begegnung auf Augenhöhe muss für alle gelten, nicht nur für Pflegepersonen!

Für mich fällt so vieles in den Bereich „Unternehmenskultur“ – auch, wie mit Fehlern umgegangen wird oder wie ernst ich als Mitarbeiter genommen werde, wenn mir etwas an meinem Kollegen auffällt, was dem vereinbarten Umgang widerspricht. Aus dem Falter-Artikel wissen wir, dass die Reinigungskraft aussagte, „etwas gewusst zu haben“, aber davon ausging, dass ihr niemand

(C) Kzenon

Glauben schenken würde aufgrund ihrer Profession. Hier gilt es, anzusetzen! Wie kann es sein, dass sie denkt, sie wäre weniger Wert? Wer hat ihr das zu verstehen gegeben? Wieso gab es offenbar niemanden im gesamten Haus, zu dem sie ausreichend Vertrauen hatte? Es gilt, eine Kultur des Hinschauens zu etablieren – und die hat letztlich auch mit Zivilcourage zu tun.

Und weil Sie fragen, was es dann oder stattdessen geben soll: Die überprüfende Behörde in Niederösterreich fordert im Rahmen von kommissionellen Aufsichtsverfahren von Häusern der Langzeitpflege vorab Konzepte an zu den Bereichen Pflege- und Betreuung, Demenz (wenn das Haus einen offiziellen diesbezüglichen Schwerpunkt hat – wobei in den meisten Häusern auch ohne ausgewiesenen Schwerpunkt rund 80% der dort lebenden Menschen demenziell verändert sind) sowie Hygiene. Wir werden anregen, dass ein „Gewaltpräventionskonzept" – oder wie auch immer es dann ausgefeilt in der Praxis heißen wird, eine sinnvolle Ergänzung darstellt.

Dies ist nicht nur aufgrund der jüngst medial präsenten Ereignisse ein Gebot der Stunde. Auch eine aktuelle Studie aus Deutschland zeigt auf, dass es dazu noch massiven Bedarf an der Auseinandersetzung mit dieser vielschichtigen Thematik und den Konsequenzen geben muss. Gewalt ist schwierig zu messen, kommt zT versteckt vor, Betroffene schämen sich vielfach, darüber zu berichten oder können es schlichtweg nicht mehr. Der Umgang mit Gewalt und Aggressionen sollte Teil des Qualitätsmanagements sein. Ein einheitliches Beschwerde- und Fehlermeldesystem können einen Mosaikstein dazu beitragen. Um die Haltung langfristig zu verinnerlichen, stellen neben aktiver Auseinandersetzung (Workshops etc.) auch Leitlinien eine Möglichkeit dar, in denen sich das Haus zu gewaltfreier Pflege bekennt. Und hier sind wir wieder beim Thema Haltung aller Beteiligten und dem Vorleben. Wahrscheinlich gibt es Häuser, in denen diese Ansätze im Pflege- und Betreuungskonzept integriert sind, wir haben jedoch auch schon Häuser besucht, wo es noch keinerlei strukturierte Auseinandersetzung mit dieser Thematik gibt.

Redaktion: Was kann man machen, wenn man im Heim Missstände mitbekommt?

Lisa Haderer: Es kommt darauf an, um welche Art von Missständen es sich handelt. Wir in der Patienten- und Pflegeanwaltschaft plädieren dafür, primär den Kontakt zu jemandem aus dem Haus zu suchen, zu dem man Vertrauen hat. Für Aussenstehende können Situationen oft seltsam wirken, weil man den Hintergrund nicht kennt. So kann man zum Beispiel irritiert sein, wenn man einen alten Menschen wiederkehrend laut rufen hört, weil für uns als Besucher der Eindruck entstehen könnte „Was ist denn da los, wieso reagiert da keiner, wieso hört denn dieser Mensch nicht auf - dem muss es wohl schlecht gehen!" - aber in Wahrheit gehören diese Rufe zu seiner Möglichkeit, Gefühle auszudrücken und sind Teil seines veränderten Gesundheitszustandes. Alte Menschen, die um 11 Uhr noch im Pyjama beim Frühstück sitzen oder gar im Bett liegen müssen kein Zeichen für Gleichgültigkeit des Teams sein, sondern können Ausdruck dafür sein, dass man die Wünsche und Gewohnheiten der alten Menschen respektiert. Oft fällt es ja uns Besuchern nicht so ganz leicht, das auszuhalten. Wenn ein alter Herr, der früher Bankdirektor war und immer Anzüge getragen hat, in seinem neuen Zuhause nur noch mit Jogginghose herumlaufen will, so ist das Respektieren dieser Kleidungsstücke Zeichen dafür, dass er nicht zwangsbeglückt wird mit anderem Gewand. Wir alle verändern uns wohl im Laufe unseres Lebens - auch wenn das für unsere Umgebung - gerade im Alter - wahrscheinlich nicht immer leicht ist. Wenn einem Dinge auffallen, die mit einem unguten Gefühl einhergehen, wie zum Beispiel, dass alte Menschen beim Mobilisieren ruppig oder grob angegriffen werden, sie kaum die Chance haben, etwas beizutragen, weil sie beim Tempo ihres Gegenübers nicht mitkönnen, dann kann man es natürlich direkt ansprechen, wenn man sich das traut. Wenn man dieses direkte Gespräch scheut, wäre es gut, sich an die Leitung des jeweiligen Wohnbereichs / der jeweiligen Station zu wenden und konkret zu sagen, was man gesehen hat und dass man den Eindruck hat, dass dies nicht im Sinne des alten Menschen gewesen ist. Sollten Sie hier kein für Sie zufriedenstellendes Gespräch führen können, können Sie sich an den jeweiligen Betreiber wenden oder gerne auch an unsere Institution. Wir würden das jeweilige Haus dann besuchen und uns vor Ort Eindruck verschaffen. Je nachdem, worum es sich handelt, sind wir verpflichtet, die überprüfende Behörde einzuschalten, die bei groben Mängeln, beispielsweise wenn es um mangelnde Sicherheit oder hygienische Standards geht, auch die Schließung eines Hauses erwirken kann. Sich „an die Medien" zu wenden, wie manchen Menschen als adäquate Methode vorschwebt, ist für kein Garant für Verbesserungen. Es kann passieren, dass hier dann von jemandem ohne fachliches Hintergrundwissen Halbwahrheiten in die Welt gesetzt werden, die eine ganze Branche in ein schlechtes Licht rücken, ohne dass konkret vor Ort etwas zum Besseren bewegt wird.

Generell ist unsere Empfehlung also, aufmerksam zu sein, Dinge, die einem komisch vorkommen, zu hinterfragen und vor Ort anzusprechen.

Das Pflegegeld in Österreich

Die Pflege und Betreuung älterer Menschen ist in den letzten Jahren zu einem sehr wichtigen Thema in der österreichischen Sozialpolitik geworden, und das zu Recht. Derzeit haben mehr als 455.000 Personen, das sind mehr als 5 % der österreichischen Bevölkerung, einen Anspruch auf Pflegegeld. Und diese Zahl wird infolge der demographischen Entwicklung und der erfreulicherweise steigenden Lebenserwartung in den nächsten Jahren weiter zunehmen.

Anspruchsberechtigte (Juni 2017)

Stufe	Frauen	Männer	Summe
1	78.619	42.008	120.627
2	67.824	39.819	107.643
3	51.843	30.581	82.424
4	41.631	24.570	66.201
5	33.814	16.637	50.451
6	11.912	8.049	19.961
7	5.790	3.442	9.412
Gesamt	291.613	165.106	456.719

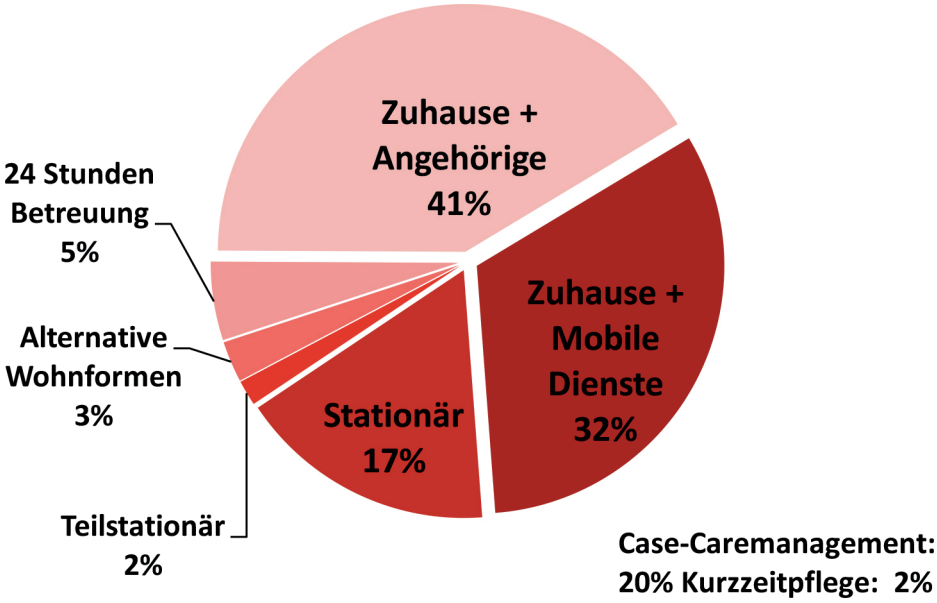
Mit dem folgenden Beitrag sollen grundlegende Informationen über das Pflegegeld und praktische Tipps dazu gegeben werden.

Was ist der Zweck des Pflegegeldes?

Das Pflegegeld ist ausschließlich für jene finanziellen Mehraufwendungen bestimmt, die für die Pflege und Betreuung erforderlich sind. Es stellt einen pauschalierten Beitrag dar, die im Einzelfall tatsächlich anfallenden Kosten sind nicht entscheidend für die Höhe des Pflegegeldes. Zu erwähnen ist auch, dass das Pflegegeld nicht als Einkommen der pflegebedürftigen Person gewertet wird (zB unterliegt es nicht der Einkommensteuer).

Durch das Pflegegeld soll pflegebedürftigen Menschen ein weitestgehend selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben ermöglicht werden. Sie sollen selbst über die Art und den Ort der Pflege - mit oder ohne professionelle Hilfe zu Hause oder teilstationär bzw. stationär in einem Pflegeheim - bestimmen können.

Der Großteil der PflegegeldbezieherInnen bevorzugt die Betreuung und Pflege in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung, was auch aus dem folgenden Diagramm ersichtlich ist (Daten des Soialministeriums).



Wer hat Anspruch auf Pflegegeld, an wen wird es ausbezahlt?

Das Pflegegeld gebührt allen pflegebedürftigen Menschen, die für voraussichtlich mindestens 6 Monate einen durchschnittlichen Pflegebedarf von mehr als 65 Stunden pro Monat haben – unabhängig vom Alter, von der Ursache der Pflegebedürftigkeit und vom Einkommen. Es gebührt ab dem Monat nach der Antragstellung. Dieser Zeitpunkt gilt auch bei Erhöhungsanträgen. Wenn der Antrag beispielsweise im Juni gestellt wird, wird das (höhere) Pflegegeld ab Juli gewährt.

Das Pflegegeld wird zwölfmal pro Jahr direkt an die pflegebedürftige Person ausbezahlt und nur bei Geschäftsunfähigkeit an ihren gesetzlichen Vertreter oder Sachwalter.

Wie viele Pflegegeldstufen gibt es und wie hoch ist das Pflegegeld?

Abhängig vom Ausmaß des Pflegebedarfes wird das Pflegegeld in sieben Stufen geleistet. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach dem notwendigen Pflegebedarf.

Während für die Stufen 1 bis 4 ausschließlich der zeitliche Pflegebedarf maßgeblich ist, müssen für die Stufen 5 bis 7 auch zusätzliche Kriterien vorliegen.

Für Stufe 5

Ein außergewöhnlicher Pflegebedarf liegt vor, wenn

- die dauernde Bereitschaft, nicht jedoch die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson notwendig ist oder
- eine regelmäßige Nachschau einer Pflegeperson in relativ kurzen, planbaren Zeitabständen, wobei zumindest eine in den Nachtstunden (22 bis 6 Uhr) erfolgt oder
- die Pflege koordinierbar in mehr als 5 Pflegeeinheiten (zumindest eine davon in den Nachstunden) geleistet wird und ein Pflegeplan eingehalten werden kann
-

Beispiel: Ein pflegebedürftiger Mensch ist bettlägerig, inkontinent, wird gewaschen und gekleidet sowie zum Essen und Trinken motiviert. Eine selbständige Lagerung ist nicht möglich. Er muss in regelmäßigen Abständen - auch während der Nachtstunden - umgelagert werden, um einen Decubitus zu vermeiden.

Monatlicher Pflegebedarf mehr als

Stufe	Stufe	Betrag
1	65 Stunden	157,30
2	95 Stunden	290,00
3	120 Stunden	451,80
4	180 Stunden	677,60
5	180 Stunden und außergewöhnlicher Pflegebedarf	920,30
6	180 Stunden und 1. zeitlich unkoordinierbare Pflege bei Tag und Nacht oder 2. dauernde Anwesenheit wegen Eigen- oder Fremdgefährdung erforderlich	1285,20
7	180 Stunden und 1. keine zielgerichtete Bewegung der 4 Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich oder 2. es liegt ein gleich zu achtender Zustand vor	1688,90

Für Stufe 6

Unkoordinierbare Pflege bedeutet, dass ein Pflegeplan nicht eingehalten werden kann, da unerwartet eine gefährdende Situation auftritt und unverzüglich eine Pflegemaßnahme durchgeführt werden muss.

Beispiel: Wegen einer Schlucklähmung ist häufiges, nicht im Vorhinein planbares, Absaugen oder Aufsetzen des Pflegebedürftigen notwendig.

Auch wenn dauernd eine Pflegeperson anwesend sein muss, um gefährdende Situation zu verhindern, gebührt Pflegegeld der Stufe 6.

Beispiel: Ein Mann mit einer fortgeschrittenen demenziellen Beeinträchtigung, dem jegliches Orientierungsvermögen fehlt und der sich aggressiv verhält, versucht immer wieder seine Wohnung zu verlassen. Wegen seiner Orientierungsstörung wäre er im öffentlichen Raum gefährdet. Er muss rund um die Uhr beobachtet und am Verlassen der Wohnung gehindert werden.

Für Stufe 7

Unmöglichkeit zielgerichteter Bewegungen bedeutet, dass weder mit zumindest einer Hand oder den Beinen eine solche Restbeweglichkeit besteht, die sinnvoll genutzt werden kann, um die Pflege zu erleichtern.

Beispiel: Eine pflegebedürftige Frau liegt regungslos, völlig apathisch mit geschlossenen Augen im Bett. Sie kann einen vorbereiteten Trinkbecher, der am Nachttisch steht nicht selbst nehmen und auch keine sonstigen zielgerichteten Bewegungen durchführen.

Ein gleich zu achtender Zustand liegt dann vor, wenn die pflegebedürftige Person zielgerichtete Bewegungen durchführen könnte, jedoch durch technische, lebenserhaltende Geräte daran gehindert wird.

Was sind „diagnosebezogene Mindesteinstufungen“?

Einzelne Gruppen von pflegebedürftigen Menschen haben wegen einer bestimmten Behinderung einen typischen weitgehend gleichartigen Pflegebedarf. Hochgradig sehbehinderte und blinde Personen sowie aktive RollstuhlfahrerInnen erhalten daher aufgrund ihrer Diagnose mindestens ein Pflegegeld in einer gewissen Höhe, und zwar

Hochgradig sehbehinderte Menschen	Stufe 3
Blinde Menschen	Stufe 4
Taubblinde Menschen	Stufe 5

Tipp: Wenn in letzter Zeit eine Untersuchung beim Augenfacharzt erfolgte, ist es empfehlenswert, den Befund dem Pflegegeldantrag beizulegen.

Die Mindesteinstufung für Rollstuhlbenützer setzt voraus, dass bestimmte Diagnosen vorliegen und der Rollstuhl selbständig benützt werden kann.

RollstuhlfahrerInnen	Stufe 3
RollstuhlfahrerInnen mit Inkontinenz	Stufe 4
RollstuhlfahrerInnen mit einer funktionellen Einschränkung der oberen Extremitäten	Stufe 5

Sollte wegen zusätzlicher Leiden ein höherer Pflegebedarf festgestellt werden, gebührt selbstverständlich ein höheres Pflegegeld.

Was ist Pflegebedarf?

Ein Pflegebedarf liegt vor, wenn lebenswichtige Verrichtungen nicht (mehr) selbständig durchgeführt werden können und dafür die Unterstützung anderer erforderlich ist. Dabei ist es unerheblich, ob der Pflegebedarf aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung oder einer Sinnesbehinderung besteht.

Lebenswichtige Verrichtungen sind zum Beispiel das An- und Auskleiden, die tägliche Körperpflege, die Verrichtung der Notdurft und die Reinigung bei Inkontinenz, das Kochen oder die Einnahme von Mahlzeiten und Medikamenten. Außerdem wird die Hilfe beim Einkaufen, bei der Wohnungsreinigung, der Wäschepflege, der Beheizung und bei Wegen außer Haus berücksichtigt.

Für die Unterstützung bei diesen Tätigkeiten sind pauschalierte Zeitwerte (Mindestwerte, Richtwerte und Fixwerte) festgelegt, die von ExpertInnen erarbeitet wurden und in der Regel herangezogen werden. Diese Mindest- und Richtwerte stellen Durchschnittswerte dar, die über- oder unterschritten werden können, wenn der tatsächliche Pflegebedarf von diesen Werten um annähernd die Hälfte abweicht.

Tipp: Im Bescheid ist der festgestellte zeitliche Gesamtpflegebedarf angegeben, in der Beilage der Pflegegeldbescheide sind die Verrichtungen angeführt, die bei der Entscheidung über den Anspruch auf Pflegegeld berücksichtigt wurden.

Wie wird der Pflegebedarf bei psychisch kranken und Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen festgestellt?

Auch bei diesen Personengruppen wird der Pflegebedarf wie oben beschrieben festgestellt. Die Besonderheit ist, dass sie aufgrund der körperlichen Fähigkeiten einzelne Verrichtungen selbständig vornehmen könnten, dazu aber motiviert oder angeleitet bzw. beaufsichtigt werden müssen.

Wenn ein Motivationsgespräch ausreicht, um die Verrichtung(en) ohne Anwesenheit der Pflegeperson durchzuführen, ist dafür ein pauschalierter Zeitaufwand bei der Berechnung des Pflegebedarfes hinzuzurechnen.

Beispiel: Mit der pflegebedürftigen Person werden am Morgen ein Kochplan und eine Einkaufsliste für die nächsten Tage besprochen. Dadurch kann er selbständig einkaufen und seine Mahlzeiten zubereiten.

Wenn zur Anleitung oder Beaufsichtigung während der Verrichtung selbst eine Betreuungsperson anwesend sein muss, werden die für die Maßnahme festgesetzten Zeitwerte herangezogen.

Beispiel: Ein psychisch kranker Mensch könnte aufgrund seines körperlichen Gesundheitszustandes selbständig essen, muss während der Einnahme der Mahlzeiten allerdings bei jedem Bissen aufgefordert werden, die Gabel zum Mund zu führen und zu kauen. Die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während der Nahrungsaufnahme ist erforderlich, der Zeitwert für die Einnahme von Mahlzeiten ist zu berücksichtigen.

Die Pflege und Betreuung von Menschen mit einer schweren geistigen oder psychischen Behinderung, insbesondere mit einer demenziellen Beeinträchtigung, ist besonders intensiv und belastend. Unter bestimmten Voraussetzungen kann daher bei der Feststellung des Pflegebedarfes zusätzlich ein sogenannter Erschwerniszuschlag angerechnet werden.

Wo und wie ist der Antrag auf Pflegegeld zu stellen?

Zuständig für die Gewährung und die Leistung des Pflegegeldes ist grundsätzlich jene Stelle, von der die Pension bezogen wird, das sind die

- Pensionsversicherungsanstalt
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

(C): CandyBox Images

- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau und
- das BVA-Pensionsservice.

Wenn keine Pension, Rente oder ähnliche Leistung bezogen wird, ist die Pensionsversicherungsanstalt zuständig. Sollte der Antrag irrtümlich an eine unzuständige Stelle gerichtet werden, wird er automatisch weitergeleitet und der Antrag gilt als richtig eingebracht.

Wenn keine Pension, Rente oder ähnliche Leistung bezogen wird, ist die Pensionsversicherungsanstalt zuständig. Sollte der Antrag irrtümlich an eine unzuständige Stelle gerichtet werden, wird er automatisch weitergeleitet und der Antrag gilt als richtig eingebracht.

Tipp: Das Pflegegeld kann auch ohne Formblatt mit einem kurzen Schreiben beantragt werden. Den Antrag können auch Familienmitglieder oder andere im Haushalt lebende Personen stellen.

Was passiert nach der Antragstellung?

Nach der Antragstellung wird ein ärztlicher Sachverständiger oder eine diplomierte Pflegefachkraft mit der Begutachtung betraut, die in der Regel im Rahmen eines Hausbesuches erfolgt, der rechtzeitig angekündigt wird. Im Ankündigungsschreiben werden auch die Daten (Name, Telefonnummer) des Begutachters/der Begutachterin angegeben und ein Zeitrahmen, in dem der Hausbesuch durchgeführt werden soll.

Tipp: Die pflegebedürftige Person hat das Recht, dass bei der Untersuchung auch eine Vertrauensperson anwesend ist und vom Gutachter/der Gutachterin angehört wird. Häufig wird dies die Hauptpflegeperson sein, die auch Angaben zur konkreten Pflegesituation machen kann.

Tipp: Wenn für die Pflege soziale Dienste in Anspruch genommen werden, soll die Pflegedokumentation vorgelegt werden, die wertvolle Informationen über die Art und den Umfang der Pflege enthält und von der Sachverständigen/dem Sachverständigen bei der Erstellung des Gutachtens berücksichtigt werden muss.

Auf Grundlage des Gutachtens wird mit einem Bescheid über den Anspruch auf Pflegegeld entschieden. Der Zeitraum zwischen dem Einlangen des Antrages und der Entscheidung beträgt derzeit im Durchschnitt 60 Tage.

Wie kann ein höheres Pflegegeld zuerkannt werden?

Wenn bereits ein Pflegegeld gewährt wurde und sich der Gesundheitszustand seither verschlechtert hat, kann - formlos mit einem kurzen Schreiben - die Erhöhung des Pflegegeldes beantragt werden. Dann folgt das gleiche Verfahren wie bei einem

Erstantrag. Die Erhöhung wird mit Beginn des Monats wirksam, der auf den Erhöhungsantrag folgt.

Tipp: Wenn ein Erhöhungsantrag innerhalb eines Jahres nach der letzten Entscheidung gestellt wird, muss eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht werden. In diesem Fall sind dem Antrag medizinische Unterlagen (zB Krankenhausbefunde, ärztliches Attest) beizulegen.

Welche Möglichkeiten gibt es, wenn man mit der Entscheidung nicht einverstanden ist?

Innerhalb von 3 Monaten nach Zustellung des Bescheides kann eine Klage beim zuständigen Arbeits- und Sozialgericht oder bei der entscheidenden Stelle (zB Pensionsversicherungsanstalt) eingebracht werden. Mit einer Klage sind keine Kosten verbunden und es ist auch keine Vertretung vor dem Gericht (zB durch einen Rechtsanwalt) erforderlich. Durch die Klage tritt der angefochtene Bescheid außer Kraft und das Gericht prüft in einem neuen Verfahren, ob und allenfalls in welcher Höhe ein Pflegegeld gebührt.

Der Pflegebedürftige kann durch eine Klage nicht schlechter gestellt werden. Er erhält vom Gericht zumindest wieder jene Pflegegeldstufe zuerkannt, die im angefochtenen Bescheid angeführt ist.

In der Klage sind die Daten der pflegebedürftigen Person (Name, Sozialversicherungsnummer), des Bescheides, gegen den geklagt wird und ein sogenanntes Klagebegehren (zB „Ich beantrage das Pflegegeld im gesetzlichen Ausmaß“) anzuführen.

Tipp: Zu empfehlen ist die Klage auf ein „Pflegegeld im gesetzlichen Ausmaß“ und nicht auf eine bestimmte Pflegegeldstufe.

Das Arbeits- und Sozialgericht beauftragt eine/n gerichtlich beeideten Sachverständige/n mit der Erstellung eines neuerlichen Gutachtens und entscheidet mit Urteil über die Klage. Es kann aber auch ein Vergleich über den Pflegegeldanspruch abgeschlossen werden.

Gegen das Gerichtsurteil ist binnen 4 Wochen ab Zustellung des Urteils eine Berufung an das Oberlandesgericht möglich. Dafür ist allerdings eine „qualifizierte Vertretung“ (zB Vertreter der Arbeiterkammer, Wirtschaftskammer) oder ein Rechtsanwalt erforderlich.

Die Entscheidung des Oberlandesgerichts kann mit einer Revision beim Obersten Gerichtshof (Vertretung durch Rechtsanwalt notwendig) angefochten werden.

Was geschieht, wenn der pflegebedürftige Mensch stirbt, bevor über das Pflegegeld entschieden wurde?

Wenn jemand, der die Zuerkennung oder Erhöhung des Pflegegeldes beantragt hat, stirbt, bevor über den Antrag entschieden wurde, wird das Verfahren eingestellt.

Allerdings können Personen, die den Verstorbenen vor dessen Tod überwiegend und ohne angemessene Bezahlung gepflegt haben, die Fortsetzung des Verfahrens beantragen.

Sind solche Personen nicht vorhanden, haben Personen, die zum Großteil für die Pflegekosten aufgekommen sind, das Recht, das Verfahren weiterzuführen. Gibt es auch solche Personen nicht, sind dazu die Erben berechtigt.

Tipp: Ein Antrag auf Fortsetzung des Verfahrens muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Tod des Betroffenen gestellt werden.

Wird das Pflegegeld auch während eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt?

Während eines stationären Spitalsaufenthaltes wird dort die erforderliche Pflege geleistet, ohne dass dafür Kosten entstehen. Daher wird das Pflegegeld ab dem zweiten Tag des Aufenthaltes nicht ausbezahlt und erst wieder ab dem Entlassungstag angewiesen. Allerdings kann das Pflegegeld in gewissen Fällen – etwa wenn aus einem Betreuungsverhältnis für eine 24-Stunden-Betreuung während des Krankenhausaufenthaltes Kosten entstehen oder wenn ein Kuraufenthalt nur mit einer Begleitperson absolviert werden kann – weitergeleistet werden.

Tipp: Die Weiterzahlung des Pflegegeldes während eines stationären Aufenthaltes muss beim Versicherungsträger beantragt werden.

Wird das Pflegegeld bei Übersiedlung in ein Heim weitergezahlt?

Wenn mit dem Pflegegeld, der Pension oder einem sonstigem Einkommen die gesamten Heimkosten bezahlt werden können, ändert sich nichts; das Pflegegeld wird wie bisher angewiesen.

Oft reichen die Pension und das Pflegegeld aber nicht aus, um die Heimkosten zur Gänze abzudecken. In diesem Fall werden 80% der Pension und 80% des Pflegegeldes zur Bezahlung herangezogen und direkt an den Sozialhilfeträger (zB Bezirkshauptmannschaft), der für die Restkosten aufkommt, überwiesen. Der pflegebedürftigen Person verbleiben 20% der Pension, die Pensionssonderzahlungen ein Teil des Pflegegeldes (derzeit monatlich € 45,20).

Tipp: Weitere Informationen zum Thema „Pflege“ finden sich auf der Website des Sozialministeriums (www.pflegedaheim.at).

Die MitarbeiterInnen des BürgerInnenservice des Sozialministeriums bieten Montag bis Freitag von 8 bis 16 Uhr unter der Telefonnummer 01/71100 – 86 22 86 Beratungen über Pflege und alle Aufgabenbereiche des Sozialministeriums an.

CARITAS SOCIALIS

4. Dezember 2017 ab 14.00 Uhr

Tag der offenen Tür

Wiedereröffnung CS Hospiz Rennweg

#mehrRaum im CS Hospiz Rennweg

Seit Anfang des Jahres wird im CS Hospiz Rennweg umgebaut. Das gesamte CS Hospiz Rennweg ist für die Umbauzeit in einen Pavillon des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe übersiedelt. Der Umbau neigt sich dem Ende zu und im Dezember kehren Hospizgäste, MitarbeiterInnen und Ehrenamtliche wieder an den ursprünglichen Standort in der Oberzellergasse im 3. Bezirk zurück. Das „neue" Hospiz bietet #mehrRaum für Hospizgäste, ihre Familien und Angehörigen, um die letzten Tage oder Wochen würdevoll und in Geborgenheit verbringen zu können und sich in Ruhe zu verabschieden. Familien- und Einzelzimmer statt Zweibettzimmer, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige, ein zweiter Verabschiedungsraum, ein Wohlfühlbad und vieles mehr.

Am 4. Dezember 2017 wird das „neue" CS Hospiz Rennweg offiziell wiedereröffnet und alle Interessierten sind eingeladen, einen Blick in die neuen Räumlichkeiten zu werfen.

4. Dezember 2017 ab 14.00 Uhr, CS Hospiz Rennweg, Oberzellergasse 1, 1030 Wien

Andrea Schwarz, Bereichsleitung CS Hospiz Rennweg, Sr. Maria Judith Tappeiner CS, stv. Stiftungsvorstand, Robert Oberndorfer, Geschäftsführer CS Caritas Socialis und Christine Schäfer, Stiftungsvorstand CS Caritas Socialis Privatstiftung, freuen sich auf die Eröffnung des „neuen" CS Hospiz Rennweg.

www.cs.at/mehrraum

Ich glaub, ich hab Alzheimer...

Leicht gesagt, wenn etwas vergessen wird, mit dem verschämten Lächeln und der Hoffnung, dass es nicht wahr ist.

Alzheimer, eine der demenziellen Erkrankungen, geistert seit einigen Jahrzehnten durch unser aller Leben, als möglicher Preis für die Chance auf ein langes Leben. Dass nicht jede Vergesslichkeit, jede Unkonzentriertheit – besonders im höheren Alter – ein Alarmzeichen ist, aber Angst macht, kennen wir alle.

Was aber, wenn?

Demenz ist der Sammelbegriff für die verschiedensten Formen dieser Erkrankung, die oft schleichend einsetzt und im Laufe der Jahre immer mehr geistige und körperliche Funktionen einschränkt. Für davon betroffene Menschen sind die Symptome oft erschreckend. Dort, wo üblicherweise der Alltag gut funktioniert, alles sozusagen im Griff ist, tauchen schwarze Löcher auf. Für pflegende Angehörige und Zugehörige wird sichtbar und erlebbar, dass „etwas nicht mehr funktioniert". So lange es geht, versuchen viele Betroffene noch rasch wegzusehen.

Wenn, dann?

Wenn das Vergessen zum immer größeren Problem wird, beginnt die Suche nach Hilfe. Um Klarheit zu gewinnen, ob es so ist oder ob es „noch reparierbar" ist. Immer deutlicher rückt die Frage ins Zentrum, wie es im Leben weitergeht. Die Angst vor der Gewissheit, daß es eine Demenz ist, ist ein dunkler

Schatten, der sich über das Leben legt. Kann ich noch allein zurechtkommen, so wie immer? Dürfen wir als pflegende Angehörige und Zugehörige eingreifen und Entscheidungen treffen, die offensichtlich nicht mehr getroffen werden können? Wie und wann noch alles regeln, um für die kommenden Jahre gewappnet zu sein? Und – was werden die Nachbarn sagen, die miterleben, dass ein Mensch mit einer demenziellen Erkrankung sich verändert, langsam im Nebel des Vergessens verschwindet?

Nicht nur in Österreich, auch in anderen Ländern hat man begonnen, Demenzstrategien zu entwickeln.

In ihnen wird von der Diagnosemöglichkeit bis zur Therapie eine Angbotspalette präsentiert, die auf Forschungsgrundlagen basiert. Zugleich ist es wichtig, dafür zu sorgen, dass wir alle lernen, was Demenz ist, wie wir Menschen mit dieser Erkrankung unterstützen können, wie eine Sensibilisierung weit über die persönliche Situation hinaus hergestellt werden kann, im öffentlichen Raum ebenso wie in allen Einrichtungen, die Menschen zu unterschiedlichsten Themen aufsuchen. Mit dem Ziel, betroffenen Menschen ein Leben zu ermöglichen, indem sie weder aus Scham noch aus Angst unsichtbar werden. Indem pflegende Angehörige und Zugehörige Hilfe finden, weil ihr Leben ihnen in diesem Kreislauf besondere Herausforderungen aufbürdet.

Demenz ist bis heute nicht heilbar, aber allen Betroffenen ein möglichst gutes Miteinander und die bestmögliche Therapie und Betreuung anzubieten, das geht uns alle an.

Weitere, laufend aktualisierte Informationen finden Sie auf

www.demenzstrategie.at

(C) Edler von Rabenstein

Was kommt nach der Intensivstation?

Durch den Fortschritt in der Medizin überleben Betroffene immer öfter schwere Erkrankungen und Verletzungen. Ist die akute Situation überstanden, kommt es manchmal vor, dass die eigene Atmung eingeschränkt ist oder völlig ausfällt. Dies kann vorübergehend aber auch dauernd von Nöten sein, man spricht hier von beatmungspflichtigen Patienten. Die Entwöhnung von der Beatmung (Weaning) ist ein sehr komplexer und langwieriger Prozess. Trotz aller Bemühungen, kann dies nicht immer gleich auf der Intensivstation erfolgen und sollte durch Profis zu Hause weitergeführt werden.

Man unterscheidet zwischen Beatmung mit einer Maske (nicht-invasiv) bzw. einer Kanüle (invasiv). Für die Beatmung über eine Kanüle wird operativ ein Loch angelegt, in welches dann ein starrer Kunststoffschlauch, mit oder ohne abdichtendem Ballon, eingeführt werden kann. Dies ist deutlich komfortabler als der Atemwegszugang über den Mund (Tubus) und erleichtert die Pflege sowie die Entwöhnung vom Beatmungsgerät.

Auf Grund der modernen Intensivmedizin und Technik ist es heutzutage deutlich einfacher ein Leben mit Beatmung UND guter Lebensqualität zu führen. Die Geräte dazu sind kaum größer als eine Handtasche, sind mit einem Akku ausgestattet und verfügen trotzdem über beinahe alle Funktionen eines Beatmungsgerätes auf einer Intensivstation.

Angehörige stehen vor vielen Herausforderungen!

Dennoch fühlen sich Angehörige in dieser Situation oftmals alleine gelassen und sind überfordert. Abgesehen vom menschlichen Schicksal, scheint die Bewerkstelligung der Pflege und Betreuung mit Beatmung ein kaum überwindbares Hindernis zu sein.

Mit einem Auszug der Fragen, die sehr häufig an uns gestellt werden und die die meisten Betroffenen und Angehörigen sehr beschäftigen, versuche ich für Sie hier mit diesem Artikel etwas „Licht ins Dunkel“ zu bringen:

Muss ich mein Haus/meine Wohnung umbauen? Wie muss diese beschaffen sein?

Sie brauchen zu Hause keine Intensivstation!

Ein eigener Raum (mind. 15m²) für die Pflege, ein paar Steckdosen sowie ein paar günstige Kästen oder Abstellflächen sind die Grundvoraussetzung für die Unterbringung eines Betroffenen zu Hause.

Idealerweise ist die Wohnung/das Haus ebenerdig zugängig oder mit einem Aufzug erreichbar. Für mobile KlientInnen ist eine Durchfahrtsbreite bei Türen von 80cm meist ausreichend.

Jeder Fall ist individuell. Daher ist die häusliche Umgebung im Vorfeld immer von einem erfahrenen Fachmann zu begutachten. Dies ist auch ein Merkmal, ob Sie es mit einem professionellen Pflegedienst zu tun haben oder nicht.

Ich kann die Pflege zu Hause nicht (nicht größtenteils) übernehmen!

Das können, sollen und müssen Sie nicht!

Die Pflege von beatmeten Menschen ist eine 24 stündige-Herausforderung. Lassen Sie sich nicht in eine Situation drängen, die Sie nicht wollen. Niemand muss und darf entlassen werden ohne dass ein funktionierendes Unterstützungs- und Pflegekonzept vorliegt.

Die fälschlicherweise 24h-Pflege genannte Personenbetreuung durch meist unqualifizierte und angelernte Hilfskräfte ist KEINE OPTION! Betreuung (Personenbetreuung) ist Hilfe bei Tätigkeiten aber keinesfalls die Übernahme der Pflege eines beatmeten Menschen. Dies ist weder aus fachlicher noch aus rechtlicher Sicht zulässig. Bestehen Sie darauf, dass die Agentur in Österreich anerkannte Diplome (Gesundheits- und Krankenpflege) von den Betreuenden vorlegt. Ich möchte Ihnen keine Illusion machen, dies gibt es in den wenigsten Fällen.

Sie benötigen auf alle Fälle zumindest stundenweise Unterstützung von Intensivpflegepersonal. Die Finanzierung derselben ist ein Rechtsanspruch, den jeder Betroffene hat und sollte Ihnen daher auch nichts kosten.

LASSEN SIE SICH NICHT AUF HALBGARE LÖSUNGEN EIN!

Wo bekomme ich Informationen, Ratschläge und Hilfe bei allen nötigen Schritten?
Welche Behördenwege sind nötig und wie soll ich diese bewerkstelligen?

Ein professioneller Fachpflegedienst kann Ihnen auf die meisten Fragen schlüssige und nachvollziehbare Antworten geben. Meist finden Sie Informationen über den Internetauftritt. Beauftragen Sie einen mit der Pflege von beatmeten Menschen spezialisierten Pflegedienst, machen sie dies ihrem Angehörigen zu Liebe.

Wo kann mein Angehöriger zur Rehabilitation untergebracht werden?

Derzeit (Stand 10/2017) gibt es in Österreich keine Möglichkeit der Rehabilitation für über Kanüle beatmete Betroffene (Kinder und Erwachsene!). Dieser Missstand wurde von mir schon mehrmals aufgezeigt und urgiert. Ab 2020 soll es eine erste Einrichtung für Erwachsene in Österreich geben.

Wer übernimmt die ärztliche und therapeutische Betreuung?

Die Zusammenstellung eines Behandlungsteams für das häusliche Umfeld ist einer der Kernpunkte. Der behandelnde Arzt/Ärztin muss sich der Aufgabe gewachsen fühlen und eine Zusammenarbeit mit der behandelnden Klinik eingehen.

Dasselbe gilt für alle Therapieberufe und die Pflege: Physiotherapie und Logopädie sind wesentlich bei der Betreuung zu Hause. Im Idealfall AtemphysiotherapeutInnen und LogopädInnen mit Erfahrung bei beatmeten Menschen.

Das koordinierte und akkordierte Zusammenspiel PFLEGE-MEDIZIN-THERAPIEBERUFE ist für die häusliche Versorgung bei Heimbeatmung unumgänglich und sollte immer das Ziel sein!

Kann man mit Beatmung in den Urlaub fahren?

JA! Auch mit dem Flugzeug!

Mit einem gewissen Voraufwand und Kenntnissen der „special aviation“ (Sondertransporte im

Flugverkehr) ist auch das kein Problem. Wir führten zuletzt eine Flugbegleitung von Salzburg nach Johannesburg (Südafrika) eines beatmungspflichtigen Patienten durch bzw. betreuen auch PatientInnen aus dem Ausland während Ihres Urlaubsaufenthaltes in Österreich. Auch Barrierefreie Hotels im DACH-Raum finden Sie zum Beispiel auf www.holidayson-wheels.com.

Werden auch Kinder und Jugendliche beatmet?

JA, natürlich!

Auch bei unseren Kleinsten kann die Atmung eingeschränkt sein oder ausfallen. Gerade bei der Pflege von Kindern sind eine hervorragende Qualifikation und überdurchschnittliche Kenntnisse in der Intensivpflege erforderlich. Vertrauen Sie keinen Amateuren und fragen Sie das Personal, wie lange es auf einer (Kinder-)Intensivstation gearbeitet hat!

Mindestens ein Viertel der in Österreich Betroffenen sind Kinder und Jugendliche!

Wie erkenne ich einen professionellen Pflegedienst?

Jemand der Ihnen all diese Fragen kompetent und zuverlässig erklären kann und qualifiziertes Fachpersonal (diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger mit Intensivdiplom) statt Personenbetreuer einsetzt. Lassen Sie sich die Qualifikation in der Beatmungspflege von der Einsatzleitung vorlegen.

Personenbetreuung (24h-Pflege (sic!)) ist nicht empfehlenswert, sofern die eingesetzten BetreuerInnen kein in Österreich anerkanntes Pflegediplom vorweisen können – dh. Finger weg!

Letzten Endes: Wer bezahlt die Pflege zu Hause und welches Personal ist dafür geeignet und erforderlich?

Die Pflege von über Kanüle beatmeten Kindern und Erwachsenen zu Hause ist von öffentlicher Hand zu finanzieren. Da es sich um eine doch sehr beträchtliche Summen handelt, versuchen öffentliche Stellen sich aus dieser Verantwortung zu ziehen. Wenn ihr Pflegedienst Ihnen nicht ausreichend Informationen geben kann (was natürlich nicht sein sollte!), wenden Sie sich an die Volksanwaltschaft oder Pflege- bzw. Behindertenanwaltschaft in Ihrem Bundesland.

Für Angehörige wesentlich:

- Ansprechpartner Übersetzer- Troubleshooter
- Unterstützung bei organisatorischen und finanziellen Belangen
- Interdisziplinäres Team
- Heil und Hilfsmittel
- Umbau zu Hause
- Reha
- Zwerchfellschrittmacher
- Urlaub mit Beatmung
- Rechtsanspruch auf Finanzierung der Pflege zu Hause

Unfällen im Alltag vorbeugen!

Kandioler, Kuderna, Lang, Sprengseis

Erste Hilfe für mein Kind

Gewusst wie – Im Ernstfall schnell und richtig reagieren!

maudrich 2016, 2., überarb. Aufl., 144 Seiten
durchgehend 4-farbig, Klappenbroschur
EUR 19,90 (A) / 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP

- Was Sie bei kleineren und größeren Notfällen tun können
- Viele Beispiele und bebilderte Schritt-für-Schritt-Anleitungen
- Spannendes Hintergrundwissen und Tipps zur Unfallverhütung
- Checklisten zu Basismaßnahmen, Hausapotheke und hilfreiche Adressen

maudrich

LEBEN mit Beatmung zu Hause?

Was kommt nach der Intensivstation? Manche Erkrankungen oder Verletzungen gehen mit einer vorübergehenden oder dauerhaften Abhängigkeit von der Beatmung über Kanüle einher. Für die Pflege zu Hause benötigt es fachlich qualifiziertes und erfahrenes Pflegepersonal. CURAplus betreut und pflegt ausschließlich invasiv beatmete Kinder und Erwachsene im häuslichen Umfeld.

- Kompetente Beratung bereits in der Klinik
- Hilfestellung bei der Adaptierung des häuslichen Umfelds
- Organisation eines Betreuungsteams zu Hause (Medizin, Pflege, Therapieberufe)
- Unterstützung bei Behördenwegen
- Fachpflege statt Personenbetreuung
- Transportbegleitung
- Stundenweise Unterstützung bis zur 24h- FACH-PFLEGE
- „Reha zu Hause"
- LEBEN mit Beatmung
- Telemedizinische Anwendungen
- Enge Kooperation mit der behandelnden Klinik
- Schaffung eines vertrauten Umfelds
- Organisation der Entlassung

Der Entlassungsprozess kann mehrere Wochen dauern. Daher ist es sinnvoll, diesen so schnell wie möglich einzuleiten. ***Vereinbaren Sie einen unverbindlichen und kostenlosen Beratungstermin.***

CURAPLUS
MEHR ALS PFLEGE
www.curaplus.at

CURAplus ...mehr als Pflege

9020 Klagenfurt I Villacherstrasse 161
6280 Zell am Ziller I Talstrasse 2
3804 Allentsteig I Am Lagerberg 14

0664 22 78 750

office@curaplus.at

Wenn Männer ihre Partnerinnen pflegen

Die Gesprächsgruppe „Meine Frau hat Demenz.“ stellt sich vor.

In Österreich werden Tätigkeiten wie Betreuung und Pflege traditionell von Frauen im privaten Umfeld der Familie ausgeübt. Männer sind hier eindeutig in der Minderzahl [1]. Im Gegensatz zu Frauen wird von Männern selten erwartet, dass sie die Betreuung und Pflege ihrer Nahestehenden übernehmen.

Diese klare Trennung der Rollen und Aufgaben der Geschlechter ist besonders bei der älteren Generation vorzufinden: Männer sind für die Erwerbsarbeit zuständig, und Frauen für die Haus- und Sorgearbeit. Diese geschlechtsspezifische Arbeitsteilung besteht seit Generationen, und wird daher als natürliche Ordnung wahrgenommen [2].

Trotz aller emanzipatorischen Bemühungen der vergangenen Jahrzehnte wird (Für-)Sorgearbeit, von der Geburt bis zum Tod der Nahestehenden, noch heute mehrheitlich von Frauen geleistet. Betreuung und Pflege ist zwischen den Geschlechtern ungleichverteilt. Für mehr Gerechtigkeit unter den Geschlechtern ist es notwendig, dass Männer festgeschriebene Rollenbilder überschreiten und das „geschlechtsfremde Arbeitsfeld“ der Betreuung und Pflege für sich ergreifen. Dafür gilt es, männliches Pflegeengagement zu stärken und durch (geschlechts-) spezifische Angebote zu fördern [3].

Auch schon heute gibt es Männer, die nicht davor zurückschrecken, die Pflege ihrer Nahestehenden zu übernehmen- und es werden immer mehr, wie nationale und internationale Erhebungen belegen [4]. Entgegen klassischen Rollenerwartungen sind es vor allem Männer um die 70 Jahre, die sich bei anbahnender Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit für die Sorge ihrer (Ehe-)Partnerinnen entscheiden [5]. Im Gegensatz dazu sind Frauen häufiger zwischen ihrem 50. und 55. Lebensjahr mit der informellen Pflege und Betreuung ihrer (Schwieger-)Eltern beschäftigt.

Darüber hinaus sind auch Unterschiede zwischen den Motiven für die Übernahme eines Betreuungsarrangements im Rahmen der informellen Pflege bei Frauen und Männern auszumachen. Anders als bei Frauen, bei denen die Motivation für die Betreuungsübernahme hauptsächlich in moralischen Gründen (Verantwortungs- und Pflichtgefühle) liegt, besteht bei Männern dieser gesellschaftliche Erwartungsdruck kaum. [6] Das könnte mitunter eine Ursache dafür sein, dass Männer häufig als Hauptgrund für die Entscheidung zur Übernahme der Betreuung ihrer Nahestehenden ein Gefühl der Verbundenheit und Liebe zur (Ehe-)Partnerin angeben [7]. Die Motive der Männer sollten jedoch nicht generell idealisiert werden, sind doch auch hier praktische Gründe für die Aufrechterhaltung der Betreuung zuhause entscheidend, darunter die Vermeidung einer Heimaufnahme und daraus resultierende Kosten. Grundsätzlich kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Männer die Pflegeübernahme eher reflektieren können, während bei Frauen ein verinnerlichtes Gefühl der Verpflichtung dazu besteht, welches weniger Raum für Reflexion zulässt [8].

Zudem weisen Männer ein anderes Pflegeverständnis als Frauen auf, wie sich in der Selbstdarstellung und Bewertung der eigenen Sorgetätigkeit zeigt. Pflege wird von Männern als „Arbeit begriffen“ und in die Nähe der eigenen Erwerbstätigkeit gerückt. Dieses Verhalten hat durch Langehennig et al. (2012) unter dem Begriff „Arbeitsorientierung“ in die Literatur Eingang gefunden. Äußerungen wie „Für mich ist es [die Pflege meiner Frau] wie in die Arbeit gehen.“ bringen zum Ausdruck, wie Männer dazu tendieren ,den klassisch weiblichen Tätigkeiten der Betreuung und Pflege einen „männlichen Stil“ zu verleihen: Sie greifen zum Beispiel auf Begrifflichkeiten und Bilder ihrer Erwerbstätigkeit zurück, um ihre Sorgetätigkeit zu umschreiben und darzustellen, und sprechen von eigens entwickelten Techniken und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Pflegesituationen. Dabei ist es ihnen wichtig, dass diese „funktionieren“ [9]. . Dieses Verhalten ist für die Aufrechterhaltung und laufenden Herstellung der männlichen Identität im klassisch „weiblichen Arbeitsfeld“ [10] der Pflege von großer Bedeutung.

Allerdings lassen sich auch Gemeinsamkeiten zwischen der Sorgearbeit von Männern und Frauen im An-und Zugehörigenbereich

erkennen, zum Beispiel, wenn es um die ausgeübten Tätigkeiten und den Grad der Belastung geht. Denn auch Männer üben körpernahe Tätigkeiten wie Körperpflege, Inkontinenzversorgung, und Haushaltsführung, aus- jedoch berichten sie meist nur auf Nachfrage davon.

Vor allem informell betreuende und pflegende Männer von (Ehe-) Partnerinnen mit Demenz verspüren eine besondere Belastung. Dies konnte durch die Evaluierung der Projektphase des Gesprächskreises „Meine Frau hat Demenz. Ein Gesprächskreis für Männer“, der Caritas Wien, mit Unterstützung des BMASK (Boschert, Schönborn 2014), belegt werden. Als zentrale Belastungsfaktoren wurden von den teilnehmenden Männern unter anderem die empfundene Hilflosigkeit, die auftretenden Verhaltensänderungen, die erschwerte Kommunikation sowie der Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten ihrer demenzkranken Partnerinnen angeführt. Aus der Erhebung konnte keine wesentliche Differenz beim Belastungsgrad im Vergleich zu Frauen ausgemacht werden [11].

Die Angehörigengruppe „Meine Frau hat Demenz. Ein Gesprächskreis für Männer.“ wird von der Psychosozialen Angehörigenberatung im Teilbereich Angehörigenarbeit der Caritas der Erzdiözese Wien seit 2013 angeboten. Die geschlechtsspezifische, durch eine männliche Honorarkraft professionell geleitete Gesprächsgruppe hat sich zur Aufgabe gemacht, die Teilnehmer bei der Betreuung zuhause zu unterstützen und zu fördern. Die Entscheidung für ein geschlechtsspezifisches und gendersensibles Angebot wurde getroffen, da regulär angebotene Gruppen, Seminare und Kurse für betreuende und pflegende An- und Zugehörige mehrheitlich von Frauen aufgesucht werden und sich dort Männer durch den hohen Frauenanteil unterrepräsentiert fühlen. Die Wahl der Gruppe der Männer von Frauen mit Demenz ist darauf zurückzuführen, dass diese als besonders belastet und Unterstützungsbedürftig bekannt sind [12].

Um einen Einblick in die Gesprächsgruppe „Meine Frau hat Demenz.“ gewähren zu können, wurde ein Teilnehmer, Herr Paul Träxler, gebeten, den folgenden Bericht aus seiner persönlichen Perspektive zu verfassen.

Meine Frau hat Demenz – wie geht Man(n) damit um? (Paul Träxler)

In den Medien wird viel von Demenz berichtet, doch es kümmert einen nur bedingt bis man selbst betroffen ist – sei es als Kranker oder als Partner. Ich bin vor einigen Jahren in die Rolle eines Pflegenden geraten, in der ich teilweise völlig ungewohnte und unbekannte Aufgaben übernehmen musste. Vieles davon konnte ich im Laufe der Zeit erlernen, anders wird durch Hilfe von Dritten erbracht. Einen wesentlichen Aspekt, den ich am Beginn vernachlässiget habe, ist aber meine persönliche emotionale Situation; der Umgang mit der Krankheit der lang vertrauten Partnerin und der damit manchmal empfundenen Unzulänglichkeit meiner Leistungen.

In vielen Fällen konnten mir Verwandte, Freunde und der Vertrauensarzt durch positives, aufbauendes Feedback und gute Anregungen helfen, doch in letzter Konsequenz fehlt diesem Personenkreis – mangels eigener Betroffenheit - das letzte Quäntchen der Identifikation und das Verständnis eines Involvierten.

Aus diesem Grund und habe ich mich auf Hinweis einer Psychotherapeutin entschlossen, an einer Gruppe pflegender Männer teilzunehmen. Warum eine reine Männergruppe, wo doch zwischen 75% und 80% der pflegebedürftigen Menschen von zumeist weiblichen Angehörigen betreut werden? Vielleich gerade deswegen! Während Frauen meist traditionell mehr Erfahrung mit der Führung eines Haushalts und auch vielen Pflegetätigkeiten haben, sind diese Tätigkeiten für viele Männer Neuland Es herrscht somit großer Aufholbedarf bei Dingen, die für viele Frauen alltäglich sind. Des Weiteren haben Männer aus meiner Erfahrung untereinander eine andere Gesprächskultur – auch was emotionale Zustände bzw. Aussagen betrifft. Diese gemeinsame Sprache und das damit verbundene gegenseitige Verstehen ist gerade im Zusammenhang mit sehr persönlichen Emotionen sehr wichtig.

Unter diesen Umständen treffen wir uns also einmal im Monat, wobei jeder die Möglichkeit hat, Probleme in einer Runde Betroffener vorzutragen. Da die Gruppe professionell moderiert wird, ist sichergestellt, dass auch tatsächlich jeder die Chance bekommt, seine aktuellen Schwierigkeiten und Herausforderungen loszuwerden. Unter Beachtung strengster Vertraulichkeit werden sowohl emotionale als auch organisatorisch - technische Fragen diskutiert. Der übliche Bericht über die Erlebnisse und Veränderungen des vergangenen Monats ermöglicht

es mir, den anderen Teilnehmern ein Bild vom aktuellen Stand der Krankheit zu vermitteln. Allein durch das Erzählen und Teilen meiner Situation und dem daraus resultierenden Gefühl, damit nicht allein zu sein, wird vieles leichter. Natürlich gibt es auch Empfehlungen erfahrenerer Teilnehmer und beigezogener Spezialisten zu organisatorischen Themen wie Pflegepersonal, finanziellen Problemen und Lösungen, technischen Hilfsmittel und so weiter.

Einer der wichtigsten Aspekte des Gesprächskreises ist allerdings für mich dies: trotz aller widrigen Umstände, welche die Krankheit meiner Frau mit sich bringt, fühle ich mich dank der Gruppe mit den täglichen Herausforderungen nicht allein gelassen.

Literaturverzeichnis:

Appelt, Erna; Reiterer, Albert F. (2010): Demografische Grundlagen des Pflegebedarfs in Österreich. Status quo und Prognose. In: Erna Appelt, Maria Heidegger, Max Preglau und Maria A. Wolf (Hg.): Who cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Perspektive. Innsbruck, Wien, Bozen: Studien-Verl, S. 129–142.

Becker, Regina (2007): Beratung von pflegenden Angehörigen. Eine queer – feministische Diskursanalyse. Univ, Kassel, Kassel. Online verfügbar unter http://nbn-resolving.de/urn=urn:nbn:-de:0002-4010, zuletzt geprüft am 01.12.2017.

Hammer, Eckart (2014): Unterschätzt: Männer in der Angehörigenpflege. Was sie leisten und welche Unterstützung sie brauchen. 1. Aufl. Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag.

Höfler, Sabine; Bengough, Theresa; Winkler, Petra; Griebler, Robert (Hg.) (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und. Wien. Online verfügbar unter http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/7/8/3/CH1690/CMS1308577521270/bericht_demenz2_2_2015_final.pdf, zuletzt geprüft am 27.11.2017.

Langehennig, Manfred (2012): In der Angehörigenpflege seinen „Mann“ stehen - Einblicke in die gender-konstruierte Sorge-Arbeit pflegender Männer. In: Manfred Langehennig, Detlef Betz und Erna Dosch (Hg.): Männer in der Angehörigenpflege. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 13–44.

Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege (2016): Auswertung der von den diplomierten Gesundheits-/Krankenpflegepersonen durchgeführten Hausbesuche im Zeitraum von Jänner bis Dezember 2016. Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege; Sozialversicherungsanstalt der Bauern sowie dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Online verfügbar unter https://www.svb.at/cdscontent/

(C) Inga Bartussek

(C) Pololia

load?contentid=10008.635431&version=1493811773, zuletzt geprüft am 01.12.2017.

Pochobradsky, Elisabeth; Bergmann, Franz; Brix-Samoylenko, Harald; Erfkamp, Henning; Laub, Renate (Hg.) (2005): Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit Generationen u. Konsumentenschutz. Online verfügbar unter https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=176, zuletzt geprüft am 22.11.2017.

Fußnoten

[1] 80% der betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen leben zuhause und werden von ihren An- und Zugehörigen unterstützt, von denen zweidrittel Frauen sind (vgl. Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege 2016; Pochobradsky et al. 2005).

[2] Vgl. Becker 2007: 148.

[3] Vgl. Appelt, Reiterer 2010: 139.

[4] Der Anteil männlicher Hauptbetreuungspersonen liegt laut der letzten Erhebung (2016) der „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ des BMASK bei 26,66 Prozent (vgl.: 30).

[5] Aufgrund der geringeren durchschnittlichen Lebenserwartung von Männern gibt es im höheren Lebensalter immer weniger Männer, wodurch für Frauen die Wahrscheinlichkeit, ihrer Partner zu betreuen, sinkt. Söhne im berufsfähigen Alter, die ihre (Schwieger-)Elternteil betreuen, sind noch immer ein Randphänomen (vgl. Langehennig 2012: 16 f.).

[6] Vgl. Bauernschmidt, Dorschner 2014: 298.

[7] Vgl. ebd.: 35.

[8] Vgl. Langehennig 2012: 22.

[9] Vgl. Boschert, Schönborn 2015: 19.

[10] Becker 2007: 148.

[11] Vgl. ebd.: 21 f.

[12] Höferl et al. 2014.

Man(n) pflegt anders

Meine Frau hat Demenz

Ein Gesprächskreis für Männer

In Österreich sind ungefähr ein Viertel aller betreuenden und pflegenden Angehörigen Männer. Zu einem großen Anteil betreuen sie ihre an Demenz erkrankte Partnerin.
Der Gesprächskreis „Meine Frau hat Demenz“ will Männer in ihrem Betreuungs- und Pflegeengagement unterstützen und stärken. Der Austausch in der Gruppe gibt Rückhalt und Unterstützung bei der Betreuung und Pflege. Die Erfahrungen aller Gruppenteilnehmer und das Wissen des Gruppenleiters geben wichtige Impulse für die eigene Betreuungssituation.

Für die Teilnehmer fallen KEINE Kosten an.
Bedingung für die Gruppenteilnahme ist ein Vorgespräch mit dem Gruppenleiter

Gruppentermine/Uhrzeit: Immer mittwochs, jeweils von 17 bis 19 Uhr

Termine 2017: 15. Februar, 15. März, 12. April, 17. Mai, 21. Juni,
13. September, 18. Oktober, 15. November, 13. Dezember

Ort: Servicestelle für Angehörige und Demenz
Strozzigasse 5, 1080 Wien
(Buslinie 13A v. Skodagasse kommend, Haltestelle „Strozzigasse“
sowie Straßenbahn 46, Haltestelle „Strozzigasse“)

Die Gruppe wird geleitet von Raphael Schönborn, MA Sozialwirtschaft und Soziale Arbeit, BA Erziehungs- und Bildungswissenschaften, Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger.

Anmeldung unter Tel 0680-501 63 09 oder office@raphael-schoenborn.at

Ein Angebot der Psychosozialen Angehörigenberatung der Caritas Wien

Angebote für pflegende Angehörige und Interessierte

SeniorInnen, die das Leben zu Hause nicht mehr meistern können, finden in Wien die 30 *Häuser zum Leben* des Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser. Neben der individuellen Betreuung und Pflege der SeniorInnen sind die erfahrenen MitarbeiterInnen auch kompetente AnsprechpartnerInnen für Angehörige.

Um pflegende Angehörige zu unterstützen bietet das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser unterschiedliche Entlastungsangebote an.

Unter anderem Info-Veranstaltungen. FachexpertInnen geben das ganze Jahr über wertvolle Tipps, beantworten Fragen und ermöglichen den Austausch der Betroffenen untereinander. Dieses Service ist kostenlos.

Alle TeilnehmerInnen sind eingeladen, ihre Angehörigen mitzubringen. Wir übernehmen während der Workshops gerne die Betreuung!

Informationen

Telefon: 01 313 99-0
www.haeuser-zum-leben.com

Alle Termine

Den neuen Veranstaltungskalender finden Sie auf unserer Website:
www.haeuser-zum-leben.com

Oder rufen Sie an. Wir senden Ihnen die Broschüre kostenlos zu.

HaeuserZumLeben

Anerkannte Einrichtung nach den Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien, gefördert aus Mitteln der Stadt Wien.

www.haeuser-zum-leben.com

Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Mit einer Behinderung ins Märchenland

Wir alle haben Kindheitsträume, sind mit Filmen von Disneyland aufgewachsen und erfreuen uns der Geschichten von Helden und Schurken. Für diese gezeichneten und verfilmten Geschichten wurde in Paris ein ganzer Vergnügungspark aufgemacht. Hier treffen wir die Prinzessinen und Ritter aus Kindheitstagen, erleben kindliche Spektakel die Jung und Alt erfreuen und genießen eine Atmosphäre abseits vom Alltag. Doch wie ist dies wenn man zum Beispiel in einem Rollstuhl sitzt oder eine geistige Behinderung hat? Stundenlanges Warten in den Attraktionsbereichen? Gedränge und keine freie Sicht auf Shows? Solche Parks sind für viele genau deswegen ein Horror. Nicht so in Disneyland Paris…

(C): Katrin Schützenauer

Es spielt keine Rolle, ob Sie in einem Disneyland Paris Hotel wohnen oder den Park von auswärts besuchen. Personen mit Behinderungen erhalten direkt am Informationsschalter, welcher sich am Eingang befindet, einen speziellen Aufenthaltspass. Hiermit haben Sie bei jeder Attraktion die Möglichkeit, über einen speziellen Eingang direkt in den Fahrbereich zu gelangen. Die MitarbeiterInnen helfen beim Ein- und Ausstieg in die jeweilige Bahn. Diese Option gibt es auch bei den einzelnen Shows: Zugänge und Aufenthaltsbereiche, in denen man besonders gut auf den Bühnenbereich einsehen kann, ermöglichen Teil eines Kinderwunsches zu werden. Während tausende Personen das Feuerwerk aus der Menge ansehen, stehen Rollstuhlfahrer in erster Reihe, um eine entsprechende Sicht auf das Finale des Tages zu haben. Dies gilt natürlich für alle Personen mit diesem Zutrittsausweis.

Jede Person darf eine Begleitperson mit sich bringen. So können Angehörige das Ganze entsprechend miterleben: Ein Spaß für die ganze Familie.

In den Hotels wurden die meisten Bereiche bereits entsprechend adaptiert. So gibt es genügend WCs und Räumlichkeiten, die trotz körperlicher Behinderung benutzt werden können. Alle MitarbeiterInnen waren bei unserem Aufenthalt stets freundlich und bemüht, allen Wünschen und Sonderanforderungen gerecht zu werden. Hierbei hatte das Disneyland Paris-Team keine Ahnung, dass es sich um ein Journalistenteam handelt! Wir haben das komplette Programm für Sie ausprobiert und auf Optionen geprüft. Unser Team ist mit dem Fazit zurückgekehrt: Ein Kindheitstraum der für alle in Erfüllung gehen kann! Inklusion wie sie sein sollte!

Internet und Tablet für alte Menschen?

Ambient Assisted Living (AAL) als Unterstützung für Zuhause

Frau A ist nun schon über 90 Jahre alt, sie lebt mit ihrem Mann in Deutschland. Früher sind sie viel gereist. Seit einigen Jahren ist dies nicht mehr möglich. Sie ist vor drei Jahren gestürzt und braucht nun Krücken zum Gehen. Ihre beiden Söhne leben im Ausland, so lebt ein Sohn und dessen Gattin auf einer Insel in der Karibik und der andere Sohn mit seiner Familie in Thailand. Trotzdem ist sie nicht einsam! Sie kommuniziert mit allen Mitgliedern der Familie regelmäßig nicht nur über Skype sondern ist auch über Facebook mit allen verbunden - und so treffe ich sie gerade beschäftigt am iPad an wie wir sie in ihrem Haus besuchen kommen.

Sie bastelt seit Jahren Schmuck, da dies als Therapie gegen das Fortschreiten ihrer Arthritis wirkt. Das dafür erforderliche Material und die erforderlichen Perlen erhält sie von ihrer Schwiegertochter aus Thailand per Post. Die Perlen werden akribisch von Frau A online vor dem Kauf betrachtet und selbst ausgewählt. Im Hotel der zweiten Schwiegertochter in der Karibik wurde einen Verkaufsstand für jene Ketten und Ohrringe eingerichtet, die Frau A herstellt. Regelmäßig werden über das Internet Fotos ausgetauscht und auch Informationen, was nun alles schon verkauft wurde und was wieder benötig wird.

Ich bin begeistert! Einfache technische Hilfsmittel wie ein Tablet und ein Internet-Anschluss können Menschen im hohen Alter toll unterstützen - sie aktivieren und halten fit.

Tablet-Lösung und Internet für eine bessere Lebensqualität?

Wir werden immer älter. Betrachtet man die Statistiken, so werden die Seniorinnen und Senioren in Österreich bis zum Jahr 2030 auch einen Anteil von fast einem Drittel der Bevölkerung erreichen. Natürlich müssen unsere Versorgungsstrukturen auch dieser Herausforderung angepasst werden. Ein Anstieg an Erkrankungen mit ausgeprägtem Altersbezug, gerade im Bereich der Bewegungsorgane, der Herz-Kreislauferkrankungen, des Diabetes und der Atmungsorgane wird in der Fachwelt erwartet. Daher braucht es neue Unterstützungsmöglichkeiten gerade für jene Betroffenen, die ein hohes Alter haben, chronische Erkrankungen haben (dadurch zum Beispiel eine eingeschränkte Bewegung vorliegt), womöglich wenig oder keine Angehörigen als soziales Netz besitzen bzw. wenn Angehörige weit entfernt wohnen. Moderne Technik wie Internet, Computersysteme, Tablet, Smartphone, etc. sollte also auch gerade in diesem Bereich unterstützend Einzug finden. Sogenannte assistive (=unterstützende) Technologien - elektronische Unterstützungs-möglichkeiten in Hardware

(C): Karin Eder

(Tablet, Smartwatch, etc.) und Software (Anwendungs-programme und sog. Apps), können hier nicht nur die betroffenen Seniorinnen und Senioren sondern auch die Angehörigen gut unterstützen, um den Lebensalltag und die Lebensaktivitäten gut zu meistern. Ebenso soll die Lebensqualität verbessert werden und Menschen in ihrem täglichen Alltag zu unterstützt. Allerdings sollte immer der Mensch und nicht alles an Technologien machbare im Fokus sein!

Es geht hier immer zentral um die Frage wie die, im Überbegriff zusammen gefassten AAL-Technologien, den einzelnen Menschen in seiner Autonomie und im sozialen Zusammenleben mit Anderen unterstützen können.

Was bedeutet nun genau Ambient Assisted Living (AAL)?

AAL wird definiert als „altersgerechte Assistenzsysteme für ein umgebungsunterstütztes, gesundes und unabhängiges Leben“. Oftmals im deutschsprachigen Raum auch übersetzt als Active Assisted Living, beschreiben diese Begriffe einen großen Wandel in der Interaktion zwischen Mensch und Lebensumgebung, denn AAL-Technologien sind elektronische Unterstützungssysteme, die direkt in das Lebensumfeld des Menschen eingebaut sind. Sie werden an die speziellen Anforderungen der Seniorinnen und Senioren angepasst und sollen die Lebensqualität in jedem Lebensalter erhöhen.

Unterstützungssysteme dieser neuen Technologien sind zum Beispiel: Tablet, Smartwatch, Sicherheits- und Steuerassistenten wie Herdabschaltung, Lichtsensorik, Wasserstopp, Tür- und Fenstersensoren, Heiz- und Beschattungssysteme, Tablets mit Apps die die Tagesplanung und Strukturierung ermöglichen oder Apps die interaktiv zu Turnübungen anleiten, Sturzalarmsysteme, Notfallsuhren und vieles mehr (einige Beispiele werden im Folgenden vorgestellt). Solche AAL-Lösungen sollen für den Alltag von Seniorinnen, Senioren und auch von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen geschaffen werden, um deren Lebensqualität und Selbstständigkeit zu verbessern. Die modernen Technologien können dazu beitragen, den Alltag sicherer und angenehmer zu gestalten, und so dabei helfen, möglichst lange ein sicheres, selbstständiges, selbstbestimmtes sowie sozial integriertes Leben zu führen.

Wie können technische Hilfsmittel/Systeme unterstützen?

Technische Hilfsmittel sollten den Alltag, die Tagesplanung und Tages-Struktur, sowie auch das soziale/familiale Netz positiv beeinflussen. Ein aufwendiges Erlernen im Umgang mit den Systemen sollte allerdings nicht notwendig sein. Sodass auch jene älteren Menschen, die sonst eigentlich solche Hilfsmittel noch nicht benutzt haben, trotzdem gut damit zurechtkommen können. Minimale Einschulungen und auch nur wenig laufende Begleitung sollten notwendig sein.

Sowohl gesunde, aktive ältere Menschen können von technischen Hilfsmitteln profitieren, wie auch hochbetagte Menschen mit chronischen Erkrankungen. Bei letzter Gruppe dient AAL dazu, die Selbstfürsorgedefizite (d.h. alles, wo sie Unterstützung von Anderen benötigen um den Alltag zu bewältigen) wenn möglich zu verringern oder auszugleichen. Dies kann zum Beispiel ein Erinnerungssystem sein, wo am Tablet ein elektronischer Kalender per Alarm an Termine oder auch die Medikamenteneinnahme erinnert. Möglich ist auch zum Beispiel eine App zur Erstellung der Einkaufsliste oder zum Vernetzen mit Menschen aus der Nachbarschaft für einen gemeinsamen Spaziergang, gemeinsames Einkaufen gehen oder zur sonstigen Freizeitgestaltung. Am bekanntesten ist vermutlich das Notrufarmband, welches der Trägerin oder dem Träger die Sicherheit vermittelt, dass ein Notruf jederzeit bei Bedarf möglich ist. Dies gibt auch den Angehörigen die Sicherheit, dass ihr Familienmitglied gut versorgt ist, auch wenn sie nicht dauernd in der Nähe sein können.

Gesunde, aktive Seniorinnen und Senioren profitieren davon, dass ihnen unterstützende Lifestyle-Funktionen mittels AAL zur Verfügung stehen. Die Unterstützungsmöglichkeiten beziehen das soziale Netz (Angehörige und Freunde, Pflege- und Betreuung, Nachbarschaft, uvm.) aktiv mit ein, zum Beispiel durch die Gestaltung eines optimierten Kommunikations-Netzes (auch die Möglichkeit zur Videotelefonie zum Beispiel).

Anwendungsmöglichkeiten zur Sturzvermeidung sollen der Steigerung der persönlichen Sicherheit bzw. des Sicherheitsgefühls dienen. Sie finden Anwendung in privaten Haushalten sowie in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Dies kann zum Beispiel dadurch passieren, dass LED-Lichtsensoren an bestimmten Stellen in der Wohnung in Verbindung mit einem Sensor-System sicherstellen, dass die Wohnumgebung immer

gut ausgeleuchtet ist, wenn der Bedarf besteht (zB. Toilettengang in der Nacht).

Was gibt es an Forschung dazu in Österreich?

Eine Vielzahl von Forschungsprogrammen/Projekten versucht den Folgen des demografischen Wandels entgegenzuwirken. AAL Programme dienen dazu, die Lebensbedingungen für ältere Generationen zu verbessern und die wirtschaftlichen Nutzungsmöglichkeiten durch die Verwendung von Informations- und Kommunikations-technologien wie Smart-Watch, Trakking- oder Aktivitätsbänder und Tablet-Lösungen auszubauen. So können zum Beispiel Tablet-Lösungen Turn- bzw. Übungskurzfilme von Bewegungstherapeutinnen beinhalten. Durch den gezielten Einsatz von AAL-Technologien kann die Gesundheit erhalten werden, Menschen mit chronischen Erkrankungen unterstützt werden und im optimalen Fall auch Krankenhausaufnahmen oder Aufnahmen in ein Pflegeheim vermieden werden. Ein möglichst langer Verbleib in den „eigenen vier Wänden“ durch Stärkung der Ressourcen und Erhalt der Selbstständigkeit wird dadurch ermöglicht.

Vier Projekte, die in Österreich gefördert/durchgeführt/beforscht werden, sind hier näher vorgestellt.

WAALTeR – Forschungsprojekt im Raum Wien

Die Wiener AAL TestRegion „WAALTeR“ setzt bei demografischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen an und verbindet die allgegenwärtige Digitalisierung des Alltags mit den Anforderungen aktueller Wiener Konzepte.

Um älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben im gewohnten Umfeld mit hoher Lebensqualität zu ermöglichen, entwickelt WAALTeR Servicepakete, die auf die Bedürfnisse der NutzerInnen zugeschnittenen sind. Diese umfassen die Bereiche Soziale Integration, Sicherheit und Gesundheit sowie das Querschnittthema Mobilität. Ab Anfang 2018 werden 83 Wiener Testhaushalte mit dem integrierten WAALTeR System ausgestattet und evaluiert. Die Erhaltung der Selbstständigkeit des Einzelnen steht im Vordergrund. Im Bereich Mobilität soll AAL bei der Bewältigung von Routinewegen und bei der Förderung der Mobilität helfen, dazu zählen zum Beispiel die Erinnerung an Termine, die Ermöglichung der Anforderung von Unterstützung durch Begleitung einer zusätzlichen Person oder Vorschläge/Erinnerung an Mobilitätsaspekte wie gemeinsame Spaziergänge und vieles mehr. Durch Videotelefonie-Lösungen und das Bereitstellen von und informieren über Nachbarschaftsnetzwerke online soll online (über Internet) die soziale Integration erhalten, unterstützt und gefördert werden. Durch die Möglichkeit der Installation von automatischen Nachtlichtern, Sturzdetektoren, Einbruchsmeldern oder Herdüberwachungs-technologien soll der Sicherheitsaspekt gestützt und hervorgehoben werden. Der Bereich Gesundheitsförderung soll durch einen einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen mittels Apps und Sensorik abgedeckt werden.

Bei Interesse an einer Teilnahme kann gerne die Projektleiterin kontaktiert werden:

julia.sauskojus@tinavienna.at

ZentrAAL – Forschungsprojekt im Raum Salzburg

ZentrAAL ist ein Projekt der Salzburger Testregion für AAL Technologien. Das Forschungskonsortium besteht aus Partnern aus der Forschung, der Wirtschaft und dem Hilfswerk Salzburg als Steakholder aus den mobilen sozialen Diensten. Verwendete Test-Komponenten waren ein mobiles Tablet (dies konnte überall hin mitgenommen werden), ein sogenanntes stationäres Tablet (welches fix in der Wohnung verblieb) und eine Fitness-/Notfalluhr (eine dafür konfigurierte Smartwatch). Ebenso waren die Testwohnungen ausgestattet mit einem Türspion (Camera, mit der man sehen kann, wer vor der Türe steht), einer Herdabschaltung, einem mobilen Lichtschalter, einem Zwischenstecker, mit Fenster-/Türkontakten (Meldung von offenen/Öffnung Fenstern oder Türen), der sogenannten ZentrAAL Box und einer Waage (mit WLAN Anbindung). Als Notfallfunktionen der Smartwatch wurde eine Rufhilfe mobil (Verständigung von Hilfe jederzeit und überall) sowie ein stiller Alarm (Automatische Alarmierung bei Inaktivität) konfiguriert. Durch die Kalenderfunktionen konnte man Termine und Erinnerungen verwalten (einmalig oder wiederkehrend) sowie eine Erinnerung zum definierten Zeitpunkt akustisch und visuell setzen/erhalten. Als Fitnessfunktionen wurden Übungsprogramme mit Videoanleitung für unterschiedliche Übungen bereitgestellt. Die Möglichkeit zur Aufzeichnung der Aktivitäten (Zeit, zurückgelegte Strecke, Puls und Kalorienverbrauch) sowie zur Speicherung der Daten für ein nachträgliches

Ansehen sowie die Vitaldatenübersicht (durch eine semi-automatische Aufzeichnung und Kontrolle von Gewicht und Puls) wurde gewährleistet. Im Bereich der Gemeinschaftsfunktionen gab es einerseits die Möglichkeit einer Veranstaltungsinformation, wo die Betreuungsperson Informationen über Veranstaltungen hinterlegen konnte und auch die Möglichkeit zur Nachbarschaftshilfe. Hier konnten die Seniorinnen und Senioren einerseits ihre Hilfe in der Nachbarschaft anbieten, oder andererseits auch um Unterstützung ansuchen. Im Bereich der Unterhaltungsfunktionen konnten Spiele, regionale Nachrichten, Zugang zum Internet, Wetter, Fotos, E-Mail in Anspruch genommen werden.

WestAAL – Forschungsprojekt im Raum Tirol/Vorarlberg

Im Rahmen des Projektes WestAAL gibt es zum einen öffentlich zugängliche Musterwohnungen, in denen AAL Lösungen hautnah und selbst erlebt sowie getestet werden können und zum anderen gibt es das AAL-Praxisforum Smarter Lives, eine Veranstaltung, die Anbietern von AAL Lösungen und Dienstleistungen eine Plattform bietet und somit einen Berührungspunkt zwischen Fachwelt und Öffentlichkeit schafft. In der Testregion West-AAL wurden innovative Technologien, die ein unabhängiges und sicheres Leben im gewohnten Wohnumfeld für ältere Menschen unterstützen in der Praxis getestet. Die Bedürfnisse an das Wohnen verändern sich im Laufe des Alterns, wie auch die Anforderungen an Komfort und Sicherheit. Die Unterstützung und Akzeptanz im Bedarfsfall funktioniert allerdings dann am besten, wenn schon vorher Vertrautheit

im Umgang mit assistierenden Technologien gewonnen wurde. West-AAL versteht sich in diesem Zusammenhang als innovatives und breit angelegtes Testregionen-Projekt.

Die Besichtigung einer Testwohnung in Innsbruck war sehr aufschlussreich. Man kann gut an der Zimmerdecke die beiden Sensoren (links und rechts oben) erkennen, die auch zur Sturzerkennung dienen. An der Eingangstüre befindet sich ein Sensor, welcher mit der Stehlampe neben der Türe elektronisch verbunden ist. Das Licht geht somit an, wenn die Türe geöffnet wird und geht wieder aus bei Schließung der Tür. Auf der Bodenleiste des Bettes befindet sich ein LED-Lichtstreifen, wobei mittels Sensor-Rückkoppelung das Licht eingeschalten wird, wenn die/der Betroffene aus dem Bett steigt. Dies reduziert das Sturzrisiko in der Nacht. Ebenso befinden sich Sensoren an den Fenstern, welche Rückmeldung an das System geben, ob diese geöffnet sind oder nicht. Am Tisch befindet sich das Tablet, mit dem sich die AAL-Technologien bedienen lassen. Eine Bedienung über das TV-Gerät mittels Programm „LISSI“ (Erklärung siehe weiter unten im Text) ist auch gegeben. Ebenso wurde die Küche seniorengerecht geplant.

Die Geräte wurden bedienerfreundlich und in passender Arbeitshöhe eingebaut, um auf die körperlichen Möglichkeiten der Seniorinnen und Senioren optimal Rücksicht zu nehmen. Der Herd und alle anderen elektronischen Geräte haben Knöpfe an Stelle von Touch-Sensor-Bedienung, damit wurde auf die Wünsche und Gewohnheiten der betroffenen Generation eingegangen.

RegionAAL – Forschungsprojekt im Raum Steiermark

Das Projekt RegionAAL beschäftigt sich mit der Frage, wie das subjektive Sicherheitsgefühl oder die faktische Sicherheit der Seniorinnen und Senioren erhöht werden kann. Das Ziel ist, jene Informations-Kommunikations-Technologie, die tatsächlich angenommen und verwendet wird, einzusetzen und deren Wirksamkeit im Einsatz empirisch zu belegen bzw. zu beurteilen. Die bereits verfügbaren Technologien sollen die Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren erhöhen und dazu dienen, so lange wie möglich im Eigenheim verbleiben zu können. Risikosituationen wie Stürze durch schlechte Beleuchtung, Brandgefahr oder Wasserschäden sollen vermieden werden. Durch die Installation eines modernen Tür-Öffnungssystems soll es Familienmitgliedern, Pflegediensten

oder Rettungsdiensten einfacher ermöglicht werden, bei Bedarf in die Wohnung oder das Haus zu gelangen. Ein Meldesystem zeigt auf, ob die Fenster alle geschlossen sind. Auch sollen die körperliche Mobilität, bzw. die Fitness und das Balancegefühl durch Übungsangebote mittels Videos per APP verbessert werden. Eine soziale Inklusion sowie die Unterstützung und Förderung der Kommunikation mittels assistiven Technologien soll die Möglichkeit zur einfachen Kontaktpflege bieten und der Vereinsamung vorbeugen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es grundsätzlich eine riesen Anzahl an AAL Technologieprodukten gibt, die eingesetzt werden können um den Alltag und die Lebensumstände von Seniorinnen und Senioren zu unterstützen und sicherer zu gestalten, ohne diese selbst zu belasten. Einige Produkte, die im Rahmen dieser vier Forschungsprojekte vorgestellt wurden, werden hier erwähnt. Dies ist allerdings nur ein kleiner Auszug an AAL Technologiemöglichkeiten und soll nicht zu Werbezwecken, sondern zu Informationszwecken erwähnt werden damit man eine Vorstellung machen kann über die vielfältigen Möglichkeiten der Nutzung von Ambient Assisted Living Technologien.

2PCS

Diese Smart-Watch-ähnliche Uhr ist ein Notrufsystem mit GPS-Ortungssystem in Kombination. Die Anwendung kann über Hausnotruf

auch mit PC-Anwendungsschnittstelle im Haus bei einem betreuten Wohnen zum Beispiel erfolgen. Eine Ortung mittels GPS ermöglicht ein schnelles Auffinden, die Möglichkeit einen Notruf abzusetzen ist gegeben und Kommunikation mit einer Schnittstelle im Sinne einer Leitstelle oder der betreuenden Pflegeperson am Stützpunkt in einer Pflegeeinrichtung ist gewährleistet. Eine Sturzmeldung erfolgt auch als Notrufmeldung durch Alarm ohne, dass der Betroffene den Notrufknopf betätigen muss.

Dieses Produkt hat dadurch einen markanten Vorteil zum derzeit am Markt vorherrschenden Notrufarmband, da auch jene Betroffenen, die im Falle eines Notfalles es nicht mehr schaffen den Notrufknopf selbst zu drücken, wie zum Beispiel Menschen mit Epilepsie oder bei Bewusstseinsverlust, nun dadurch auch von der Notrufarmband-Funktion aktiv profitieren. Das Produkt wird derzeit in Innsbruck erprobt.

HomeMatic

Kontrolle der Haushaltsbereiche wie Energieverbrauch, Brandalarm, Beschattung, Heizung, Zutritt zur Wohnung, Einbruchsicherung, Wetterdaten

SmartHome Austria

Energiesparpaket, Beleuchtungseinstellungen, Brandschutzpaket, Bewegungssensoren als Sicherheitsmelder, Beschattung, Heizungssteuerung, Sensor der offene Türen/Fenster meldet

LISSI – Lebe Immer Selbstständig und Sicher

Als Assistenzsystem für Zuhause, welches einen längeren Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglicht. Die Nutzung erfolgt über das TV-Gerät, Benachrichtigung der Angehörigen erfolgt via SMS ans Handy. Ein Anschluss an eine Servicezentrale einer Pflegeeinrichtung oder einen Pflegedienst ist möglich.

DomoOne Air Control

Technologie zur Optimierung des Raumklimas

Bucinator

Dieses System dient der Sturzprophylaxe. Ein Sensor meldet wenn die Person aus dem Bett aufsteht, bzw. sich hinein legt.

Wie wird die Zukunft aussehen?

Die vier vorgestellten Forschungsprojekte haben den Fokus nicht auf Menschen mit Demenz gelegt, sondern jene Programmteilnehmer waren fit und Großteils mobil. Allerdings können aus den Projekten durch diese Forschung Instrumente definiert und entwickelt werden, welche Menschen mit jeglichen Beeinträchtigungen im Bereich Mobilität sowie im Bereich der Kognition gute Unterstützung geben können und deren Sicherheit im Alltag erhöht.

Im Bereich AAL im Bereich der Privatwohnung braucht es, sobald die Seniorinnen und Senioren auch medizinische Dienstleistungen oder ambulante Pflege und Betreuung haben, neben dem Ansprechpartner für häusliche Dienstleistungen auch einen medizinischen Ansprechpartner oder den eines Pflegedienstes. Damit auch eine optimale Beratung hinsichtlich der Möglichkeiten auch im Bereich AAL erfolgt. Hier muss eine Bündelung und Koordinierung der Angebote durch fachkompetente Experten erfolgen. Findet zum Beispiel eine Technische Lösung zur Sturzerkennung Einsatz so muss auch ein ausgefeiltes Eskalationsmanagement daran angeknüpft sein, da die funktionierende AAL-Technologie hier zwar notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung darstellt. Das heißt, es benötigt nicht nur das Sturzerkennungssystem, sondern auch passend dazu müssen bei einem Sturzereignis auch die richtigen Notfallmaßnahmen in Gang gesetzt werden.

Es wird davon auszugehen sein, dass die Marktentwicklung von einer konzentrierten Zusammenarbeit aller Akteure profitieren kann, ein Schulterschluss zwischen Politik, Forschung und Industrie wird den Einsatz von technischen Assistenzsystemen in den Haushalten schneller ermöglichen. Vielleicht gibt es ja in Zukunft auch Bauförderungen beim Einbau von assistiven Technologien in Neubauten!? Was angesichts der demographischen und sozialen Entwicklung wünschenswert scheint. Technische Hilfsmittel sollen auf jeden Fall den Seniorinnen und Senioren sowie deren Angehörigen als Unterstützung dienen.

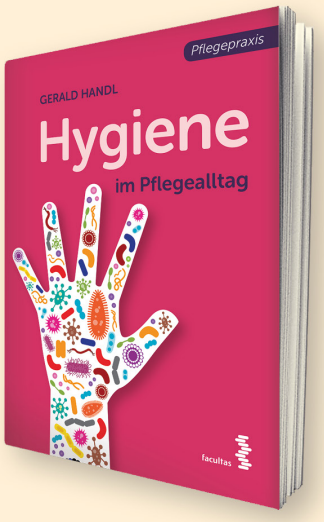
Die Zukunft wird also auch hier in unser Leben Einzug halten und hoffentlich die Lebensqualität verbessern.

Literatur/Links:

- Statistik Austria (2012) Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) Zu Bevölkerungsprognosen. Bearbeitungsstand: 25.02.2013

- Rode-Schubert, C. et al. (2012) Ambient Assisted Living – ein Markt der Zukunft, BMF/VDE Verlag GmbH
- http://www.aal.at/infocenter/publikationen/
- https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/wohnen-im-alter/ambient-assisted-living
- http://www.aal-deutschland.de/aal-1
- Peters, E., Pritzkuleit, R., Beske, F. et al. Bundesgesundheitsbl. (2010) 53: 417. doi:10.1007/s00103-010-1050-y (https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-010-1050-y)
- http://www.aal.at/pilotregionen-3/waalter/
- Schneider, C., Rieser, H., Willner, V., ZentrAAL trifft WAALTeR. (2017) Informationsveranstaltung
- https://www.youtube.com/watch?v=d_L12mXdHvM
- http://www.west-aal.at/
- WHO, Draft global action plan on the public health response to dementia. (2016) EB140/28 (download unter: http://www.lazarus.at/wp-content/plugins/pdf-viewer-for-wordpress/web/viewer-shortcode.php?file=http://www.lazarus.at/wp-content/uploads/2017/06/B140_28-en.pdf&set
- http://2pcs.eu/node/2
- http://www.2pcs-solutions.com/de/homepagede/
- http://regionaal.at/
- https://www.wu.ac.at/altersoekonomie/projekte/laufende-projekte/zentraal-outcomes/
- Projekt-Präsentationstag für REGIONAAL - die Steirische AAL-Testregion (2015-2018) Kurt Majcen, Kerstin Löffler, Josef Steiner; 5.7.2018, Albert Schweizer Klinik, Graz

Hygiene im Pflegealltag – eine verhängnisvolle Affäre?



Gerald Handl

Hygiene im Pflegealltag

facultas 2017, 224 Seiten, broschiert
EUR 19,90 (A) / EUR 19,40 (D) / sFr 24,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1553-1

Dieses Buch bringt die Basics zu Strategien und Standardmaßnahmen der Infektionsprävention – kompakt und unmissverständlich. Vor allem aber widmet es sich jenen Themen, die im Pflegealltag immer wieder zu Diskussionen und Kontroversen führen und wo oftmals Klarheit fehlt. Interdisziplinär, aktuell, humorvoll. Präzisiert mit konkreten Fallbeispielen und Gerichtsurteilen aus dem Pflegealltag und mit Anekdoten aus dem „Kosmos Mensch und Mikrobe“ aufgelockert.

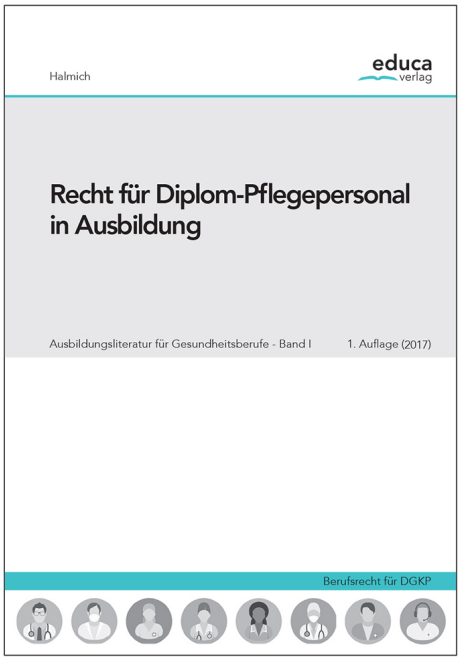
facultas

educa verlag

Juristische Literatur für die Gesundheits- und Sozialbranche

Für den Unterricht „Berufsspezifische Rechtsgrundlagen"

Rechtliches Basiswissen für den Pflege-Berufseinstieg



DGKP

PFA

PA

Bücher erhältlich unter:
www.educa-verlag.at

Wenn´s alleine zuhause nicht mehr geht

Mobile Pflege und Betreuung in Österreich

(C): Alexander Raths

Krankenhausaufenthalte werden immer kürzer. Menschen mit hohem Pflege und Betreuungsbedarf möchten zuhause bleiben können und auch über einen langen Zeitraum zu Hause gepflegt und betreut werden. Trotz veränderter Lebenssituationen aufgrund von Krankheit, Behinderung oder altersbedingten Bedürfnissen gestattet mobile Pflege & Betreuung älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen einen selbst bestimmten Verbleib in der gewohnten Umgebung bis ins hohe Alter und ermöglicht jene persönliche Betreuung, die sie wünschen und benötigen.

Diese und noch viele Gründe mehr zeigen eindeutig welchen wichtigen Standpunkt mobile Pflege und Betreuung in Österreich einnimmt. Durch professionelle Pflege werden KlientInnen sowie deren Angehörige in vielen verschiedenen Aspekten der Hauskrankenpflege unterstützt. Durch fachgerechte Pflege und Betreuung soll ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden erhalten bleiben und die zu Pflegenden müssen nicht auf die gewohnten Kontakte mit Familie, Nachbarn und Freunden verzichten.

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen haben sich die Länder verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass die sozialen Dienste dezentral und flächendeckend angeboten werden. Dabei wird der Ansatz von Case- und Caremanagement verfolgt. Das heißt: Die sozialen Dienstleistungen sind auf die Bedürfnisse der KlientInnen abgestimmt.

Die Tätigkeit der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste erfolgt auf Grundlage der geltenden gesetzlichen Bestimmungen,

insbesondere der Sozialhilfegesetze (SHG - in der geltenden Landesfassung), der Sozialbetreuungsberufegesetze (SBBG - in der geltenden Landesfassung) und des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) sowie der „Förderrichtlinien“ für mobile Pflege- und Betreuung in den jeweiligen Bundesländern.

Hauskrankenpflege steht auch an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung, allerdings gibt es im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung keine Betreuungsmöglichkeiten in der Nacht. In der nachstehenden Auflistung werden die Leistungen angeführt, die in vielen Bundesländern zur Verfügung stehen, wobei die Benennung in den einzelnen Leistungen in den Bundesländern unterschiedlich ausfallen kann.

- Hauskrankenpflege
- Psychiatrische Hauskrankenpflege
- Kinderhauskrankenpflege
- Heimhilfe
- Besuchs- und Begleitdienste
- Organisations- und Beratungsleistungen

Zusätzlich gibt es bundesweit die Leistung Medizinische Hauskrankenpflege, welche teilweise von den Sozialversicherungsträgern finanziert wird. Diese Leistung umfasst ausschließlich medizinische Tätigkeiten wie z.B. Verbandwechsel, subcutan Injektionen und wird als Ersatz für einen Krankenhausaufenthalt (spitalsersetzend) bewilligt. Die Grundlage für diese Leistung ist in den jeweiligen Sozialversicherungsgesetzen geregelt. Die Finanzierung der Sozialversicherungsträger ist allerdings nicht kostendeckend und somit muss in den einzelnen Bundesländern auch von den Sozialhilfeträgern ein gewisser Kostenanteil übernommen werden. Medizinische Hauskrankenpflege wird vom den niedergelassenen ÄrztInnen bzw. dem Krankenhaus verordnet und muss in bestimmten Fällen auch von der zuständigen Sozialversicherung bewilligt werden. Hinsichtlich Kostenbeitrag durch die KlientInnen wird die Leistung in manchen Bundesländern (z.B. in Wien) wird Medizinische Hauskrankenpflege kostenfrei angeboten. In anderen Bundesländern muss auch von den KlientInnen ein Kostenbeitrag entrichtet werden.

Mobile Pflege und Betreuung wird von Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegeassistentInnen und HeimhelferInnen durchgeführt. Neben hohen qualitativen Vorgaben und Ansprüchen steht dabei die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen wie etwa den betreuenden niedergelassenen Ärzten (HausärztInnen, FachärztInnen), PhysiotherapeutInnen, welche für eine optimale Versorgung zuhause unumgänglich ist, im Vordergrund.

Ein wesentlicher Grundsatz ist „Ambulant vor Stationär“. Dies bedeutet, dass sämtliche Möglichkeiten die in der mobilen Pflege und Betreuung – und darüber hinaus - zuhause zur Verfügung stehen ausgeschöpft werden müssen/sollen, bevor eine Aufnahme in einer stationären Wohnform (Pflegewohnhaus, Pflegeheim, Hausgemeinschaft, etc.) in Betracht gezogen werden sollte.

Nachdem es sich um eine Dienstleistung handelt die von vielen unterschiedlichen Organisationen erbracht wird, müssen auch Art und Ausmaß der Dienstleistung gemeinsam zw. KlientIn und der betreuenden Organisation, nach dem jeweilig vorhandenen Bedarf, festgelegt werden. In den meisten Bundesländern ist es auch möglich, dass sich die KlientInnen die betreuende Organisation selbst aussuchen bzw. wählen. Allerdings gibt es auch Bundesländer in denen diese freie Wahl nicht möglich ist und in den jeweiligen Sprengeln oder Gemeinden eine Organisation für Pflege und Betreuung zuständig ist.

Beratung hinsichtlich Pflege und Betreuung wird in ganz Österreich angeboten. Allerdings sind diese Beratungsleistungen je nach Bundesland unterschiedlich geregelt. So wird sie beispielsweise in Wien gratis durch den Fonds Soziales Wien – den Sozialhilfeträger der Gemeinde Wien – angeboten. In den anderen Bundesländern werden Beratungsleistungen jedoch meist durch die betreuenden Organisationen, wie beispielsweise dem Roten Kreuz, dem Hilfswerk, der Caritas, der Volkshilfe oder anderen, durchgeführt.

Das erforderliche Pflege- und Betreuungsausmaß hängt primär vom tatsächlich Bedarf der/des KlientIn ab und erst sekundär von der vorhandenen Pflegegeldstufe. Dies bedeutet, dass auch KlientInnen die keinen Anspruch auf Pflegegeld haben (z.B. kurzfristige Pflegebedürftigkeit, die kürzer wie 6 Monate andauert – wie beispielsweise nach einem Autounfall) oder wenn eine Pflegegelderhöhung im Laufen ist, jedoch noch nicht abgeschlossen ist, trotzdem die erforderliche Pflege und Betreuung in Anspruch nehmen können. Welche Pflege- und Betreuungsleistungen werden also erbracht um eine optimale Versorgung zu ermöglichen:

- Durchführung der erforderlichen Pflegemaßnahmen (Wundversorgung, Injektionen, Blutzucker- und Blutdruckkontrolle, Körperpflege, Mobilisation,...)
- Durchführung der erforderlichen Betreuungsmaßnahmen (Haushaltsführung, Besorgungen, Einkaufen, Begleitung zum Arzt oder in die KH-Ambulanz,…)
- Organisation der erforderliche Pflegebehelfsartikel (wie Inkontinenzmaterial, Pflegemittel,…)
- Kontaktaufnahme mit den betreuenden ÄrztInnen
- Beratung und Unterstützung bei Pflegegeldanträgen (Erst- bzw. Erhöhungsantrag)
- Beratung der KlientInnen und deren Angehörige zu den Fördermöglichkeiten in den jeweiligen Bundesländern
- Gesundheitsvorsorge
- Beratung zur Sturzvermeidung und Wohnraumadaptierung
- Vorbereitung und Durchführung einer reibungslosen Krankenhausentlassung

Nachdem mobile Pflege und Betreuung aus den Sozialhilfetöpfen der Länder finanziert wird, ist auch hier mit Kosten zu rechnen. Diese Kosten werden in den meisten Bundesländern unter anderem nach der Höhe des Einkommens, dem Familienstand und der Art und Menge der in Anspruch genommen Leistungen berechnet und sind sozial gestaffelt. Ein gewisser Anteil der anfallenden Kosten wird in der Regel auch durch das Pflegegeld abgedeckt. Die anteiligen Kosten die von den KlientInnen zu tragen sind, fallen je nach Bundesland unterschiedlich hoch aus, obwohl ggf. die gleiche Art und der gleiche Menge der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen erbracht wurden. Dies ist darin begründet, da jedes Bundesland eigene sozial gestaffelte Kostenbeitragsmodelle hat.

Nur in sehr bestimmten Fällen sind keine Kosten zu bezahlen (in Wien z.B. wenn der Bezug von Mindestsicherung vorhanden ist, aber kein Anspruch auf Pflegegeld besteht). Die Verrechnung erfolgt nach den tatsächlich an der/dem KlientIn erbrachten Stunden inklusive einer (tlw. pauschalierten) Wegzeit.

Im Gegensatz zur stationären Pflege und Betreuung erfolgte auch in der Vergangenheit in der mobilen Pflege und Betreuung in der Regel jedoch kein Zugriff vom Sozialhilfeträger auf das Vermögen der zu Betreuenden.

Ab Jänner 2018 wird jedoch auch in der stationären Pflege und Betreuung dieser Vermögensregress (Pflegeregress) abgeschafft. Das heißt, dass die Sozialhilfeträger – in Wien ist dies z.B. der Fonds Soziales Wien – für Leistungen ab 1. Jänner 2018 nicht mehr auf das Vermögen von Personen zurückgreifen dürfen, die in einer Wohn- und Pflegeeinrichtung betreut werden. Weiterhin geben wird es jedoch einen Kostenbeitrag aus Einkommen und Pflegegeld. Die Differenz zu den tatsächlichen Kosten tragen in den zuständigen Bundesländern die jeweiligen Sozialhilfeträger. Derzeit wird in der Regierungsbildung diskutiert, ob jedoch auch der 13. und 14 Monatsgehalt, der bisher den BewohnerInnen verblieben ist, für die Finanzierung in herangezogen wird.

Ein wichtiger Eckpfeiler in der Soziallandschaft in Österreich stellen Tagesbetreuungsstätten bzw. Tageszentren für Seniorinnen und Senioren dar.

Tageszentren für SeniorInnen

Dies sind Einrichtungen, in denen Seniorinnen und Senioren tagsüber betreut werden. Die Leistungen umfassen grundsätzlich auch ein Abhol- bzw. Heimtransport-Service, Verpflegung, bedarfsgerechte Pflege sowie je nach Bedarf und Interesse Ergo-, Physio- oder Psychotherapie, Ausflüge, Veranstaltungen und Beratung für pflegende Angehörige.

Das Betreuungsangebot in einem Tageszentrum besteht in der Regel werktags von 8:00 bis 17:00 Uhr. Gemeinsame Mahlzeiten wie Frühstück, Mittagessen, Jause strukturieren den Tag in dieser teilstationären Einrichtung. Dazwischen bleibt Zeit für Einzel- oder Gruppenangebote, wie z.B. Gedächtnistraining, Gesprächsrunden, Musik, kreatives Werken, Gymnastik oder Spaziergänge. Dadurch erhöht sich auch die Chance möglichst lange im vertrauten Zuhause leben zu können. Darüber hinaus ist die teilstationäre Betreuung eine vergleichsweise kostengünstige Form der institutionalisierten Pflege und Betreuung älterer Menschen.

Auf der anderen Seite bedeutet es für pflegende Angehörige Unterstützung und Entlastung, die Mutter oder den Vater tagsüber in „guten Händen“ zu wissen. Dies kann es auch ermöglichen einem Beruf nachzugehen oder einzelne „pflegefreie Tage“ zu gewinnen.

Essen auf Rädern

Personen, die nicht in der Lage sind, sich eine warme Mahlzeit zu beschaffen, können vorübergehend oder ständig „Essen auf

Rädern“ in Anspruch nehmen. Angeboten werden Normal-, Diabetiker- und leichte Kost. Dies täglich oder einmal die Woche in tiefgekühlter Form.

Wissenswertes zur mobile Pflege und Betreuung in den einzelnen Bundesländern:

(C) Ewald Fröch

Burgenland

Im Burgenland wird zw. Hauskrankenpflege und Heimhilfeleistungen unterschieden. Hauskrankenpflege wird je nach Kompetenzbereich durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal oder durch PflegeassistentInnen erbracht und bietet fachgerechte Pflege (wie Verbandswechsel, Wundpflege, Verabreichung von Insulin, Stomaversorgung, etc.) sowie kompetente Beratung der KlientInnen und deren Angehörigen. In der Heimhilfe wird Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen (wie hauswirtschaftliche Tätigkeiten, einfache Körperpflege, An- und Auskleiden,…) angeboten.

Die Inanspruchnahme der Dienste erfolgt bei einer der Trägerorganisationen, worauf Diplompflegepersonal anlässlich eines kostenlosen und unverbindlichen Erstbesuches den individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf erhebt, bzw. die Angehörigen beraten und ihnen wertvolle Anleitungen zur richtigen Pflege geben kann.

Information über das Angebot an sozialen Diensten im Burgenland bietet das Amt der Burgenländischen Landesregierung und auch die Leistungserbringenden Trägerorganisationen wie das Rote Kreuz Burgenland selbst.

Ein Teil der Gesamtkosten wird vom Land Burgenland getragen. Der hilfebedürftigen Person werden landeseinheitlich geregelte Stundensätze für die reine Pflegezeit (ohne Fahrtzeit) in Rechnung gestellt, und zwar für die Diplompflege 25,90 Euro, für Pflegeassistenz 20,90 Euro und für die Heimhilfe 16,90 Euro.

Wird vom Pflegebedürftigen ein Zuschuss aus der Sozialhilfe beansprucht, so muss ein entsprechender Antrag bei der Bezirksverwaltungsbehörde eingebracht werden. Übersteigen die Kosten einen vom jeweiligen Einkommen und dem Pflegegeld abhängigen „zumutbaren Kostenbeitrag“, wird die Pflege von der Behörde bescheidmäßig zuerkannt und die Gesamtkosten - vorbehaltlich der Rückverrechnung eines Kostenbeitrages mit dem Pflegebedürftigen - vorläufig übernommen.

Informationen zur Hauskrankenpflege im Burgenland: https://www.burgenland.at/gesundheit-soziales-arbeit/gesundheit/hauskrankenpflege/ambulante-pflege-und-betreuungsdienste/

Niederösterreich

Das Land NÖ bietet für seine BürgerInnen eine sogenannte Pflegehotline an. Die Pflege-Hotline bietet pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen und allen Personen, die mit Problemen der Pflege befasst sind, Beratung zum Thema Pflege und Betreuung an. Die Beratung erfolgt kostenlos durch MitarbeiterInnen des Amtes der NÖ Landesregierung. Erreicht werden kann die Pflege-Hotline unter der Telefonnummer 02742 / 9005 - 9095 von Montag - Freitag in der Zeit von 8:00 - 16:00 Uhr oder per Mail unter: post.pflegehotline@noel.gv.at

In Niederösterreich wenden sich KlientInnen welche Pflege und Betreuung benötigen direkt an eine Organisation (Rotes Kreuz, etc.) die mobile Pflege und Betreuung anbietet. Beratung, die Erhebung des Pflege- und Betreuungsbedarfs und auch die Berechnung der voraussichtlichen Kosten wird von den Organisationen selbst durchgeführt. Die Verrechnung der sozial gestaffelten Kostenbeiträge wird direkt mit den KlientInnen durchgeführt. Die Differenz vom sozial gestaffelten Kostenbeitrag zu den tatsächlich entstandenen Kosten für Pflege und Betreuung wird bei der Bewilligung einer Förderung vom Land NÖ getragen. An Sonn- und Feiertagen wird ein 100%iger Zuschlag zum errechne-

(C) JFL Photography

ten Kostenbeitrag verrechnet.

http://www.noe.gv.at/noe/SozialeDienste-Beratung/Sozmed_Betreuungsdienste.html

Oberösterreich

In OÖ wird in „Mobile Betreuung und Hilfe“ und in „Hauskrankenpflege“ unterschieden. Mobile Betreuung und Hilfe ist eine Unterstützung für hilfs- und pflegebedürftige Menschen, um den Verbleib im eigenen Wohnumfeld zu ermöglichen. Hauskrankenpflege wird auf Veranlassung des behandelnden Arztes durch diplomiertes Pflegepersonal im maximalen Ausmaß von 30 Stunden pro Monat durchgeführt.

Die „Mobilen Dienste“ nach dem OÖ. Sozialhilfegesetz 1998 fallen in die Zuständigkeit der Regionalen Träger Sozialer Hilfe (Sozialhilfeverbände und Städte mit eigenem Statut) und werden zu 80 Prozent aus öffentlichen Mitteln finanziert.

Die genannten Dienste können bei folgenden zuständigen Ämtern und Organisationen angefordert werden:

- Wohnsitzgemeindeamt
- Sozialberatungsstellen
- Anbieterorganisationen
- Sozialabteilungen der Magistrate und Bezirkshauptmannschaften

(C) JFL Photography

Für die Inanspruchnahme der sozialen Hauskrankenpflege und der Mobile Betreuung und Hilfe ist ein Kostenbeitrag zu entrichten, der sowohl vom Einkommen als auch vom Bezug des Pflegegeldes abhängig ist. Die vorläufige Berechnung des individuellen Kostenbeitrages erfolgt im Zuge eines Erstbesuches.

Information zum Thema Pflege und Betreuung sowie die zuständigen Anbieter in der jeweiligen Gebieten OÖ können auf der Plattform www.pflegeinfo-ooe.at gefunden werden. Auch unter https://www.land-oberoesterreich.gv.at/18790.htm sind Informationen zu Thema abrufbar.

(C) emiljovanov

Salzburg

In Salzburg werden die Leistungen Haushaltshilfe und Hauskrankenpflege angeboten. Die Haushaltshilfe unterstützt Menschen bei der Haushaltsführung, um den weiteren Verbleib in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. So werden Leistungen wie beispielsweise Reinigung der Wohnung, Einkaufen, Unterstützung bei der Körperpflege, An- und Auskleiden durchgeführt. Die Hauskrankenpflege richtet sich an Menschen, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung Pflege brauchen und umfasst unter anderem die Verabreichung von Injektionen, Verbandwechsel, Körperpflege oder das Bandagieren der Beine.

Um Zugang zu den erforderlichen Leistungen zu erhalten müssen KlientInnen einen häuslichen Pflege- bzw. Betreuungsdienst seiner Wahl kontaktieren. Gemeinsam von der/dem KlientIn und der betreuenden Organisation wird die erforderliche Leistung besprochen. Der Umfang der Betreuungs- und Pflegeleistungen orientiert sich am jeweiligen Betreuungs- und Pflegebedarf der Menschen. Um eine Förderung zu erhalten, muss ein Antrag auf einen Landeszuschuss gestellt werden um die erforderliche Leistung zu erhalten. Eine Vertretung der Behörde legt im Anschluss

daran bei einem Hausbesuch das Ausmaß der geförderten Stunden endgültig fest und berechnet bei den KlientInnen vor Ort den Kostenbeitrag für das gesamte Leistungsausmaß. Der Landeszuschuss für häusliche Betreuung und Pflege wird für maximal 100 Stunden pro Monat und Haushalt gewährt. Der Kostenbeitrag richtet sich nach dem Einkommen der pflegebedürftigen Person.

Das Lande Salzburg bietet im Rahmen seiner Pflegeberatung Information, Beratung und Unterstützung in allen Fragen rund um das Thema Pflege wie z.B. Zuschüsse, Förderungen, Hilfsmittel, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige.

Für die erforderlichen Pflege und Betreuungsleistungen wird eine monatliche Eigenleistung von € 30,00 (Pauschalbetrag) verrechnet. Hinzu kommt einen einkommensabhängiger Stundensatz, der zwischen € 7,00 und € 33,60 beträgt.

https://www.salzburg.gv.at/themen/soziales/pflege-und-betreuung/pflege-zuhause/kostenzuschuss

Betroffene können für ihre Betreuung und Pflege unter 16 privaten Organisationen auswählen. Jene Organisationen welche den Kostenzuschuss ihrer Kunden mit der Landesregierung verrechnen sind unter folgendem Link abrufbar: https://www.salzburg.gv.at/soziales_/Seiten/anbieter_pflegezuhause.aspx

Tirol

Für eine/n KlientIn steht in Tirol ein maximales Leistungsausmaß von insgesamt 90 Stunden (=reine Betreuungszeit) zur Verfügung, welche vom Land Tirol gewährt und gefördert wird.

Für die Leistung Hauswirtschaftsdienst kann für einen Klienten pro Monat ein maximales Leistungsausmaß von 30 Stunden verrechnet und gewährt werden. Für pflege- und betreuungsbedürftige Ehe- bzw. Lebenspartner, welche sich in einem gemeinsamen Haushalt befinden, kann für die Leistung Hauswirtschaftsdienst pro Haushalt und pro Monat ein maximales Leistungsausmaß von 40 Stunden verrechnet und gewährt werden.

Der/die KlientIn hat wie in jedem Bundesland auch einen Selbstbehalt zu bezahlen, welcher von der Art der Leistung, von der Pflegegeldstufe sowie von den Einkommens- und Lebensverhältnissen der/s KlientIn und dessen Ehe- bzw. Lebenspartners abhängig sind. Die Kosten pro Stunde können für Pflegeleistungen zw. € 6,36 und € 38,28 betragen sowie für Betreuungsleistungen zw. € 4,20 bis € 22,08 betragen. Bei Inanspruchnahme von Leistungen an Sonn- und Feiertagen hat der Klient einen 50%igen Zuschlag des Selbstbehaltes zu leisten.

Die Berücksichtigung der Einkommens- und Lebensverhältnisse erfolgt auf Grundlage des Leitfadens „Bemessungsgrundlage Klientenselbstbehalte“. Das Vermögen des Klienten wird dabei nicht berücksichtigt.

Weitere Informationen sind unter folgendem Link abrufbar:

https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/soziales/Gesetze_Richtlinien/

(C) alpegor

(C) Daniel Reitz

Richtlinie_des_Landes_Tirol_zur_Gewaehrung_von_Leistungen_der_mobilen_Pflege_und_Betreuung_in_Tirol.pdf

Vorarlberg

In Vorarlberg ist der örtliche Krankenpflegeverein ist Ihr erster Ansprechpartner für alle Pflege- und Betreuungsfragen in Ihrem Wohnumfeld. Diese Krankenpflegevereine sind in 66 Sprengel unterteilt, die eine klare Zuordnung der örtlichen Zuständigkeit aufweist.

Als Basis dient der jährliche Mitgliedsbeitrag, welcher im Durchschnitt 30 Euro jährlich beträgt. Das Modell zielt darauf ab, dass auch Menschen in diesem Verein Mitglied werden, lange bevor sie eine Leistung in Anspruch nehmen müssen. Mit diesem Mitgliedsbeitrag sichert sich jedoch jede Vorarlbergerin und jeder Vorarlberger das Recht auf Pflege und Betreuung in ihrem Zuhause, sobald sie diese benötigen.

Werden Leistungen in Anspruch genommen, kommt ein geringer Pflegebeitrag dazu. Dieser richtet sich nach einem definierten Leistungskatalog der Krankenpflegevereine. Kosten, die weder über den Mitgliedsbeitrag, noch über den Kostenbeitrag abgedeckt werden können, werden vom Land Vorarlberg, den Gemeinden und den Sozialversicherungsträgern getragen.

Von den Krankenpflegevereinen werden unter anderem folgenden Leistungen angeboten:

- Fachkundige Beratung, Schulung und Begleitung von pflegenden Angehörigen
- professionelle Pflege und Betreuung in Ihrem Zuhause
- Wundversorgung und medizinische Pflege auf Anordnung des Hausarztes.
- Bereitstellung und Vermittlung von Pflegebetten, Pflegebehelfen und -artikeln.

Neben den Krankenpflegevereinen gibt es zusätzlich die Arbeitsgemeinschaft Mobile Hilfsdienste (MOHI). MOHI soll ermöglichen, dass Menschen bis ins hohe Alter in ihrer gewohnten Umgebung leben können und jene persönliche Betreuung erhalten, die sie wünschen und benötigen. MOHI bietet folgende Dienstleistungen an:

- Betreuerische Hilfe

- wie z.B. zuhören, spazieren gehen, vorlesen,…
- Aktivieren und unterstützen von Eigeninitiativen, Fähigkeiten fördern
- Behördengänge, Besorgungen, Fahrdienste (zum Arzt ...)

- Hauswirtschaftliche Hilfe

- Reinigung des genutzten Wohnbereiches
- Wäsche in Ordnung halten (waschen, bügeln)
- Zubereiten von kleinen Mahlzeiten - den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend
- einkaufen - wenn möglich gemeinsam mit dem Klienten

- Hilfestellungen

- Unterstützung, einfache Handreichungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens - Hilfe zur Selbsthilfe
- In der Pflege - nach Anordnung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

Information zu Mobiler Pflege und Betreuung in Vorarlberg:
https://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesellschaft_soziales/soziales/seniorenundpflegevorsorge/weitereinformationen/ambulantepflege-hauskrank.htm

http://www.hauskrankenpflege-vlbg.at

http://mohi.at

Kärnten

In Kärnten wird unter dem Begriff „Mobile Soziale Dienste“ die Leistungen Hauskrankenpflege, Hauskrankenhilfe und Heimhilfe angeboten.

Die Hauskrankenpflege stellt eine zeitlich unbegrenzte Pflege und Betreuung in den eigenen vier Wänden dar. Sie wird von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oder PflegeassistentInnen durchgeführt. Im Vordergrund der Hauskranken-

(C) seder_3107

pflege stehen der Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit sowie die Entlastung der Angehörigen. Tätigkeiten im Rahmen der Hauskrankenpflege erfolgen in der Regel nach Anordnung des behandelnden Arztes.

Eine Hauskrankenhilfe bietet kranken, rekonvaleszenten und pflegebedürftigen Menschen Unterstützung. Neben dem körperlichen stehen vor allem auch das psychische und soziale Wohlbefinden der Menschen im Fokus der Betreuung.

Heimhilfe unterstützen hilfsbedürftige Personen bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens. Schwerpunkte sind Tätigkeiten im Haushalt, aber auch Unterstützung bei der Körperpflege, Ernährung oder der Förderung der Selbstständigkeit, (z.B. die Begleitung bei Arztbesuchen).

Information zu den erwähnten Leistungen können bei der Gemeinde bzw. beim Magistrat oder beim Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice (GPS) in den jeweiligen Bezirken eingeholt werden. Das Kärntner Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice (GPS) ist ein Beratungsangebot der Bezirkshauptmannschaften, das die Kompetenzen des jeweiligen Sozialamtes, des jeweiligen Sozial- und Gesundheitssprengels (SGS) sowie des ehemaligen Pflege- und Gesundheitsservice Kärnten (PGS) bündelt. Es steht den Bürgerinnen und Bürgern für Fragen und Anliegen aus den Bereichen „Gesundheit, Pflege und Soziales“ als Erstanlaufstelle und Kompetenzzentrum kostenlos zur Verfügung.

Wie auch in den anderen Bundesländern gibt es einen Selbstbehalt pro Leistungsstunde der mittels einer Tarifliste festgesetzt wird. Dieser einkommensabhängige Selbstbehalt ist laut Tarifliste der Anbieter der mobilen sozialen Dienste an diese zu bezahlen. Auf jeden Fall und unabhängig vom Einkommen beträgt der Kostenbeitrag aus dem vom Dienstleistungsnehmer bezogenen Pflegegeld € 8,00 für die Normstunde Hauskrankenpflege und € 7,00 in der Hauskrankenhilfe. Der Maximalbetrag für eine Stunde Hauskrankenpflege beträgt € 43,30 und für eine Stunde Hauskrankenhilfe €41,30. In der Leitung Heimhilfe werden keine anteiligen Kosten aus dem Pflegegeld herangezogen. Hier laufen sich die Kosten pro Normstunde auf € 9,00 bis € 37,30

https://www.ktn.gv.at/Themen-AZ/Details?thema=131&subthema=136&detail=598

Steiermark

In der Steiermark werden die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste von fünf – vom Land Steiermark anerkannten – Organisationen flächendeckend erbracht. Die erforderlichen Leistungen werden je nach erforderlicher Qualifikation durch Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegeassistentInnen und HeimhelferInnen erbracht.

Informationen, welche Organisationen für welche geografische Region zuständig sind (inkl. der Kontaktdaten) können bei den jeweiligen Gemeindeämtern sowie beim Sozialamt Graz in Erfahrung gebracht werden. Anschließend wenden sich betroffene Menschen direkt an die gewünschte Einrichtung des mobilen Pflege- und Betreuungsdienstes (z.B. Rotes Kreuz Steiermark) um Beratung, die Erstabklärung sowie die

(C) Spectral-Design

Einschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfes in Anspruch nehmen zu können.

Die Berechnung des anzuwendenden Tarifes für den Selbstkostenbeitrag der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen wird von der betreuenden Einrichtung durchgeführt und festgehalten. Die Ermittlung des Selbstkostenbeitrages und die vorzunehmende Einstufung erfolgt anhand der aktuellen Regelungen und Tarifsätze des Landes Steiermark (http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11684299_72773865/163a1118/Tarifliste%20ohne%20Graz%20Stadt.pdf).

Kommt KEINE Betreuungsvereinbarung zustande, wird der vom Land Steiermark festgesetzte Abklärungstarif lt. Tariftabelle verrechnet. Die Tarife werden sozial gestaffelt berechnet und belaufen sich beispielsweise für eine Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegeperson zw. € 2,91 und € 42,26 oder eine Heimhilfestunde € 1,45 und € 20,30.

Die Finanzierung der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste erfolgt anteilig durch das Land Steiermark, die Wohnsitzgemeinde und einem sozial gestaffelten Selbstkostenbeitrag des/der Betreuten. Eine Zuzahlung von Seiten der Gemeinde erfolgt ausschließlich bei Betreuung in Privathaushalten und nur bei Betreuten, die ihren Hauptwohnsitz in der Gemeinde haben. Eine Zuzahlung des Landes Steiermark erfolgt nur wenn der ordentliche Wohnsitz in der Steiermark ist.

Zu beachten ist, dass eine Zuzahlung des Landes für (ausschließlich) Heimhilfeeinsätze bei Klienten, die kein Pflegegeld beziehen oder deren monatliches Nettoeinkommen den Betrag von aktuell € 1.000 (Einzelperson) bzw. € 1.200 (Zwei Personen) pro Haushalt übersteigt.

Informationen zur Pflege und Betreuung in der Steiermark können unter folgendem Link abgerufen werden: http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/ziel/72574635/DE/

Wien

Wien hat das Ziel, dass alle Menschen die bestmögliche Pflege und Betreuung erhalten. Damit sich allem Menschen die erforderliche Pflege und Betreuung leisten zu können, sorgt im Auftrag der Stadt Wien der Fonds Soziales Wien (FSW). Neben der Finanzierung (mittel Förderung) sorgt der FSW für Beratung und unterstützt bzw. übernimmt die Organisation der erforderlichen Pflege und Betreuungsleistungen.

In Wien werden beispielsweise die Leistungen Hauskrankenpflege (erbracht durch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oder PflegeassistentInnen), Heimhilfe, Besuchsdienst, Essen auf Räder oder Wäschedienst angeboten.

Erste Anlaufstelle für Pflege und Betreuung ist der Fonds Soziales Wien. Er entscheidet ob die Voraussetzungen für die Zuerkennung einer Förderung erfüllt werden. Neben einer ersten Beratung und Bedarfseinschätzung durch das Casemanagement erfolgt zusätzlich die Berechnung und während der Betreuung die Einhebung

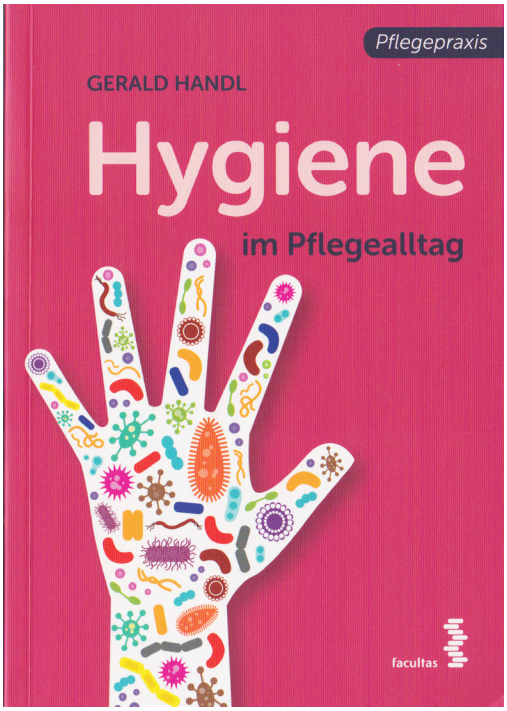
(C) mRGB

des Kostenbeitrages. Nach dem Wunsch der/des KlientIn wird eine Organisation (z.B. das Wiener Rote Kreuz) für die Erbringung der erforderlichen Pflege und Betreuung beauftragt. Diese Einrichtungen sind einerseits für die Durchführung und Umsetzung der erforderlichen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen und andererseits auch für die Erfassung von neuen Problemstellungen sowie die Anpassung der bestehenden Leistungen verantwortlich ist.

Der FSW ist jedoch nicht nur für mobile (Hauskrankenpflege) und stationäre (Pflegeheime) Pflege und Betreuung zuständig, sondern auch für den Bereich Behindertenhilfe sowie für Obdachlosigkeit und bietet in diesen Bereichen auch unterschiedliche Fördermöglichkeiten an.

Der Kostenbeitrag ist wie auch in den anderen Bundesländern sozial gestaffelt und richtet sich unter anderem nach dem Einkommen, nach der Art und der Menge der in Anspruch genommen Leistung, nach der Wohnmiete, nach dem Pflegegeld und noch weiteren Faktoren. So müssen für eine Stunden Heimhilfe zw. € 6,00 und € 19,00 von den KlientInnen oder für eine Stunden Hauskrankenpflege zw. € 7,86 und knapp € 25,00 übernommen werden.

Der Fonds Soziales Wien ist über die Telefonnummer 24 5 24 erreichbar. Wichtige Informationen über das gesamte Leistungsspektrum erhalten sie auch unter www.fsw.at.



Autor: Gerald Handl
Sprache: Deutsch
Seiten: 224 Seiten
Verlag: Facultas Verlag
ISBN: 978-3-7089-1553-1

PFLEGEBUCH DES MONATS

Hygiene im Pflegealltag

Im ersten Teil dieses Buches werden Strategien und Standardmaßnahmen zur Infektionsprävention kompakt und unmissverständlich dargestellt. Der zweite Teil ist jenen Themen gewidmet, die im Pflegealltag immer wieder zu Diskussionen und Kontroversen führen bzw. wo oftmals Klarheit fehlt – welches konkrete Risiko trage ich nach einer Nadelstichverletzung? Darf ich Schutzhandschuhe desinfizieren? Wie oft ist der Verband einer peripheren Venenverweilkanüle zu wechseln? Benötige ich bei multiresistenten Erregern eine Schutzmaske? Viele Fragen, noch mehr Antworten. Interdisziplinär. Aktuell. Humorvoll. Präzisiert mit konkreten Fallbeispielen und Gerichtsurteilen aus dem Pflegealltag und mit Anekdoten aus dem „Kosmos Mensch und Mikrobe“ aufgelockert

Persönliches Fazit

Wenn man ein Buch zum Rezensieren bekommt, auf dem „Hygiene“ als Titel steht, kommen sofort die inneren Fragen: „Was kann es da schon Neues geben?“, „Wie zäh kann das nun werden... Hygiene...“. Gibt es hier überhaupt noch eine Möglichkeit, neues Wissen zu vermitteln oder eine andere Präsentationsweise zu nutzen? Ein eindeutiges JA! Gerald Handl schafft es schon ab den ersten Seiten, das Interesse zu wecken. Bereits in den ersten Seiten gibt es tonnenweise Nebeninformationen. Fallbeispiele, geschichtliche Exkursionen, Rechtsurteile und ein ganzer Berg an Literaturverweisen macht jedes Kapitel zu einem Lese- und Lernerlebnis der besonderen Art. Zahlreiche Abbildungen helfen beim Verstehen dieses vielseitigen Themas. Allein das Kapitel über „Küchen im Gesundheitswesen“ zeigte mir schnell, wie groß dieses Spektrum wirklich ist. Ein eigener Bereich über „Infektionsprävention“ liefert die notwendigen Informationen über vorbeugende Maßnahmen bei der Harnwegsinfektion, Pneumonie und vielen anderen Gefahren. Ein Buch, welches mich durchgehend begeistert hat! (MG)

Über den Autor

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger mit praktischer Berufserfahrung in der Intensiv-, Langzeit- und mobilen Pflege; Pflegepädagoge an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Wilhelminenspital und Lektor an der Fachhochschule Campus Wien.

BUSINESS CIRCLE

Die Nr. 1 bei Konferenzen

10 JAHRE

Österreichs größte Plattform für Führungskräfte der Pflege

Pflege-Management Forum

8. / 9. März 2018

DAS KÖNNEN SIE ERWARTEN

- Umsetzung der GuKG-Novelle & Registrierung der Gesundheitsberufe
- Die Zukunft der Pflegeausbildung
- Digitalisierung als strategische Herausforderung für die Pflege
- Pflegekräfte in der Primärversorgung NEU

KEY-NOTE-SPEAKER „KOMPETENZEN DER ZUSAMMENARBEIT“

Wolfgang Mazal
Univ.-Prof. für Arbeits- & Sozialrecht

Sandra Mantz
Trainerin für Sprachkompetenz

Christoph Zulehner
Management-Coach für Ko-Kompetenz

ZUSAMMENARBEIT sozial MINISTERIUM | MINISTERIUM FRAUEN GESUNDHEIT

INFORMATIONEN businesscircle.at/pflegemanagementforum

Heute studieren,
was morgen gefragt ist.

PFLEGEWISSENSCHAFT

Pflege.
Studium.
Zukunft.

Pflegewissenschaft für diplomierte Pflegepersonen
als Bachelor-, Master- oder Doktorat-Studium
am modernen Uni-Campus in Hall in Tirol.

Kontakt: lehre@umit.at I www.umit.at

NEU ab Herbst 2017: Universitätslehrgang Health Information Management
Infos: www.umit.at/him

UMIT
the health & life sciences university