

**DIE GRÜNE  
BILDUNGSWERKSTATT  
OBERÖSTERREICH**



**Dokumentationen**

# **ALTENPFLEGE ANDERS**

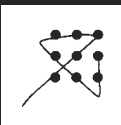
## **TAGUNGSBERICHT**

**OKTOBER 2005, LINZ**



**edition zuDritt**





Alle Rechte vorbehalten

© Edition zuDritt

Verlag der Grünen Bildungswerkstatt OÖ  
Römerstraße 48, A-4800 Attnang-Puchheim

Deutsche Bibliothek - CIP Einheitsaufnahme

**Die Grünen Linz (Hg.)**

**Tagungsbericht**

**Altenpflege anders**

1. Auflage 2006

ISBN: 3-902009-28-4

Bildmaterial: Kästle (St. Anna-Hilfe für ältere Menschen GmbH);

Sozialzentrum Altsch; bilderbox.at;

Lektorat: studio b - Barbara Vanek

Satz & Gestaltung: cxgratzer

Printed in Austria



# ALTENPFLEGE ANDERS

## TAGUNGSBERICHT

OKTOBER 2005, LINZ

### Inhaltsverzeichnis

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <b>V</b> | <b>Vorwörter</b>  | <b>5</b>  |
|  | von Jürgen Himmelbauer, Doris Eisenriegler und Ursula Roschger  |           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <b>A</b> | <b>Wohnbedürfnisse im Alter</b>                                 | <b>11</b> |
|  | Franz Kolland   |           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <b>B</b> | <b>Altersheime im Wandel der Zeit</b>                           | <b>19</b> |
|  | Margit Scholta  |           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <b>C</b> | <b>DEMENZ - eine neue Herausforderung in der Altenbetreuung</b> | <b>25</b> |
|  | Christian Jagsch  |           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <b>D</b> | <b>Hausgemeinschaftsmodell</b>                                  | <b>33</b> |
|  | Doris Kollar  |           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <b>E</b> | <b>Landes- Pensionisten- und Pflegeheim Retz</b>                | <b>39</b> |
|  | Stefan Fehringer  |           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <b>F</b> | <b>Sozialzentrum Altach</b>                                     | <b>43</b> |
|  | Gerhard Fend  |           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <b>G</b> | <b>Das Wohnstubenkonzept – Idee und Umsetzung</b>               | <b>47</b> |
|  | Bärbel Jordan-Ruef-Stabentheiner                                |           |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <b>H</b> | <b>Anhang</b>   | <b>53</b> |
|  | Programmablauf vom 14. Oktober 2005                             | 54        |





**Vorwörter**

## **Hohes Alter. Hohen Ansprüchen gerecht werden!**

Menschen werden älter, entwickeln sich weiter. Ansprüche und Bedürfnisse ändern sich. Wir alle kennen das Bild: rüstige SeniorInnen, die in vollen Zügen ihr Leben genießen. Es gibt kaum ein Reisebüro, das keine speziellen Angebote für die Gruppe der 50+ im Angebot hat. Kultureinrichtungen richten genauso wie Bildungsinstitutionen verstärktes Augenmerk auf SeniorInnen. Während es für FriseurInnen, Gastronomiebetriebe und viele andere Wirtschaftsbranchen selbstverständlich ist auf veränderte Bedürfnisse einzugehen, scheint die Entwicklung in der Sozialpolitik gerade für den Bereich der Altenpflege zu stagnieren.



Dabei ist es das Alltägliche der Alltag selbst, der über Lebensqualität entscheidet. Mit den Lebensjahren steigt häufig auch der Bedarf an Pflege. Es ist unsere gesellschaftliche Verpflichtung Standards festzusetzen, die die Qualität der Betreuung ebenso absichern wie sie dafür sorgen, dass das hohe Engagement, die Motivation und die Professionalität der ArbeitnehmerInnen in diesem anspruchsvollen Bereich endlich anerkannt wird.

Verabschieden wir das Schreckgespenst „Altersheim“ endgültig! Wenden wir uns neuen, innovativen und individuellen Wohn- und Lebensmodellen zu, die bedürfnisorientiert sind und hohe Lebensqualität tatsächlich bis ins höchste Alter sicher stellen.

*Stadtrat **Jürgen Himmelbauer**  
Bezirkssprecher der Grünen Linz*

## Wo bleiben die Bedürfnisse der alten Menschen in Oberösterreich?

Im Jahre 2011 – so sagt die Statistik – wird in Oberösterreich die Anzahl der über 85jährigen von derzeit 21.120 auf 30.797 angewachsen sein. Ein Viertel dieser Bevölkerungsgruppe wird nach Schätzungen einen Heimplatz benötigen. Das heißt, daß in 10 Jahren der Anteil der über 85jährigen an den HeimbewohnerInnen von derzeit 42 % auf 67 % gestiegen sein würde.



Geht man weiters davon aus, daß die Hälfte der alten Menschen, welche in ein Heim eingewiesen werden, innerhalb eines halben Jahres stirbt, kommt man sehr leicht zu dem Schluss, daß es sich bei den Alten- und Pflegeheimen der Zukunft eigentlich um Sterbeanstalten handeln dürfte, welche an das Personal sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht ungeheure Anforderungen stellen wird.

Diese Zahlen zeigen eindrucksvoll, daß mit den Antworten von gestern nicht die Fragen von morgen beantwortet werden können. Es muß einen Strukturwandel geben in Richtung barrierefreier Wohnbau, mobiler Betreuung und Hilfen, sowie einer verstärkten Gesundheitsvorsorge.

Die positive Seite der demografischen Entwicklung ist die, dass es künftig nicht nur mehr Pflegebedürftige geben wird, sondern möglicherweise auch immer mehr alte Menschen, die ihren Lebensabend bewusst planen und ihre Bedürfnisse äußern werden. Diese Bedürfnisse und ein neuer Generationenvertrag sollen die Grundlage für künftige Sozialplanung sein, welche mehr auf dezentrale individuelle Lösungen als auf Groß-Institutionen setzt.

Die Tagung „Altenpflege anders“ konnte dazu beitragen, auch in Oberösterreich die dringend notwendige öffentliche Diskussion über das „Alter“ in Gang zu bringen. Gemeinsam müssen politische Ziele formuliert und diese dann schrittweise umgesetzt werden. Autonomie, Integration und Lebensqualität im Alter und nicht die Betonung der altersbedingten Defizite sollen dabei die Leitlinien sein.

### **Doris Eisenriegler**

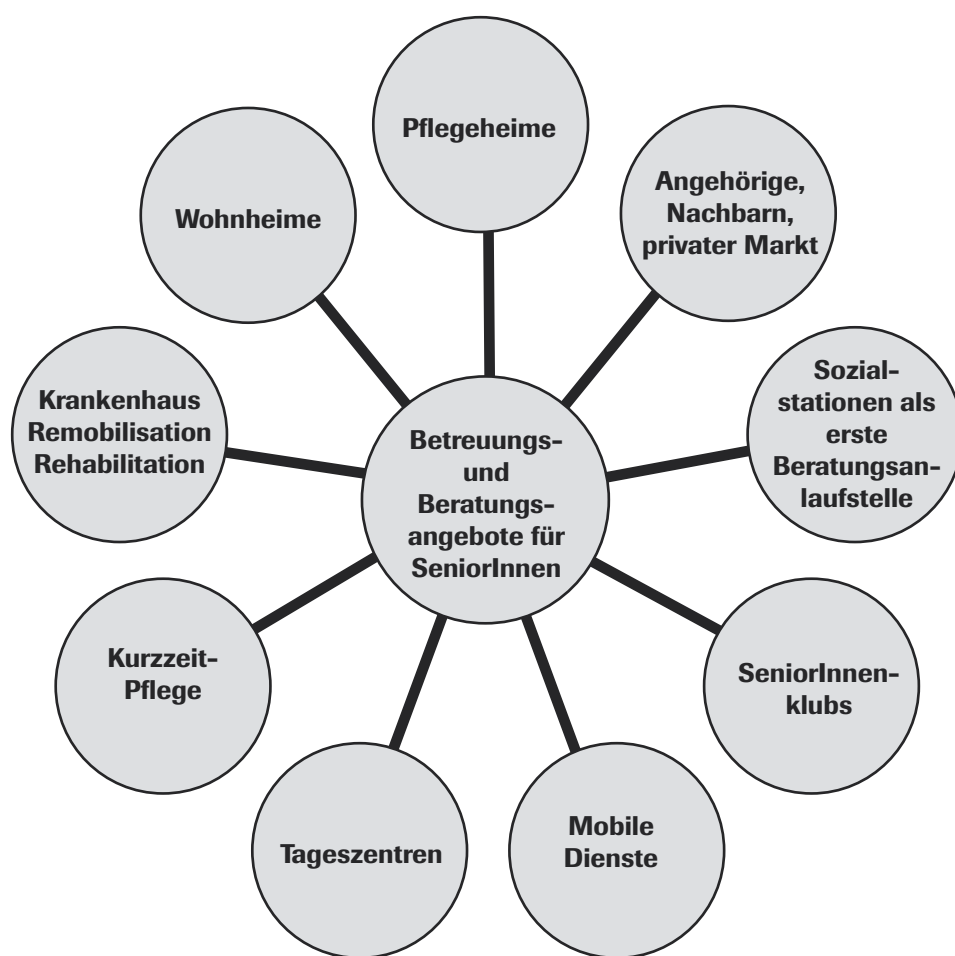
*3. Landtagspräsidentin,  
Sozialsprecherin der Grünen OÖ*

## Beratung und Betreuung in Linz

Ich möchte die Ist-Situation im Bereich SeniorInnenberatung und -betreuung in Linz kurz darstellen, um den Ausgangspunkt der Diskussion klar zu haben:

Das Serviceangebot für SeniorInnen in der Stadt Linz reicht von der Freizeitgestaltung in den SeniorInnenklubs über die Tageszentren bis zur 24-Stunden Betreuung in den Pflegeeinrichtungen. Doch lässt dieses Angebot nicht viel an Mut und Neugier für neue Formen der Betreuung erkennen. Die Angebote bewegen sich fast ausschließlich in traditionellen, herkömmlichen Bahnen: SeniorInnenklubs, Mobile Dienste (die seit der Strukturreform des Magistrates nur mehr von privaten Vereinen angeboten werden), Tageszentren, Wohn- und Pflegeheime, Betreubares Wohnen, ...

8 städtische und 7 private Heime beherbergen ca. 2.100 SeniorInnen, 3 Tageszentren mit 110 Plätzen für umfassende Pflege an Wochentagen, 24 SeniorInnenklubs und 18 Betreubare Wohnungen ergänzen das Angebot.



In einer Informationsbroschüre der Stadt Linz ist zu lesen:

„Es werden verschiedene Dienstleistungen mit aktivierendem Betreuungsansatz angeboten, die SeniorInnen und deren Angehörige dabei unterstützen, ihren Lebensabend möglichst lange in der gewohnten Umgebung verbringen zu können. Das Angebot ist abgestimmt auf die körperliche und psychische Verfassung und auf die Betreuungsmöglichkeiten in ihrem Umfeld. Dazu gehören mobile sowie stationäre Angebote. In gemeinsamen Gesprächen mit den Sozialarbeiterinnen in den Sozialstationen wird der individuelle Betreuungsbedarf erhoben, über Möglichkeiten informiert und auf Wunsch die jeweilige Dienstleistung vermittelt beziehungsweise in die Wege geleitet.“

Durch die Objektivierung der Zuteilung von öffentlich finanzierten sozialen Dienstleistungen wird sichergestellt, dass jede/jeder, die/der dringend Betreuungsleistungen braucht, diese auch erhält. Fachleute im Bereich Sozialberatung, Pflege und Betreuung sorgen dafür, dass jeweils individuell die Betreuung optimiert wird.

Es werden die Grundlagen der aktivierenden Pflege und Betreuung nach dem Motto „so viel Leistungen wie nötig, aber so wenig wie möglich“ umgesetzt. Ziel ist es, Fähigkeiten und persönliche Autonomie der KlientInnen zu fördern und keine Überbetreuung zu bewirken.“

Das Bild, das von den verantwortlichen PolitikerInnen der Stadt gezeichnet wird, ist immer ein rosiges. Es steht außer Frage, dass sich das Angebot für SeniorInnen durchaus sehen lassen kann. Nur wird der Schwerpunkt zu sehr auf herkömmliche SeniorInnenheime gelegt. Die Stadt nimmt Unmengen an Geld in die Hand um Heime Neu- bzw. auszubauen.

Wir Grünen meinen, dass es an der Zeit wäre sich auch mutig und innovativ mit anderen Formen des Wohnens im Alter zu befassen. Weiters steht es an in den bestehenden Heimen offen und ehrlich über Qualitätsstandards zu diskutieren, um BewohnerInnen und Angehörigen transparent zu machen, mit welchen Leistungen sie rechnen können und mit welchen aber auch nicht. Außerdem schaffen solche Standards auch für die engagierten MitarbeiterInnen in den Heimen Arbeitsbedingungen mit denen sie ihre Arbeit lange und Lustvoll ausführen können. Es reicht nicht, Heime zu bauen. Qualitätssicherung und Personal müssen oberste Priorität im städtischen Sozialbudget haben.

Um den Diskurs über Wohnformen für SeniorInnen in Linz einen Anstoß zu geben, haben die Grünen Linz im Oktober 2005 die Tagung „Altenpflege anders“ organisiert. Die Resonanz und der Zuspruch waren groß, was uns dazu anhält dieses Zukunftsthema in den Köpfen der LinzerInnen zu halten und vielleicht auch einmal die eingesessenen SPÖ-PolitikerInnen dazu zu bewegen sich dieser Diskussion nicht weiter zu verschließen.

***Ursula Roschger***

*Gemeinderätin,*

*Sozialsprecherin der Grünen Linz*





**A** **Wohnbedürfnisse im Alter**

## **Wohnbedürfnisse im Alter**

Die Wohnung und die unmittelbare Wohnumgebung sind im höheren und höchsten Lebensalter wichtige Lebensräume. Empirische Befunde zeigen, dass ältere Menschen einen großen Teil des Tages im eigenen Wohnbereich verbringen (Saup 1999). Alltag im Alter heißt vor allem Wohnalltag (Baltes et al. 1996). Dabei findet Wohnen nicht nur innerhalb der Wohnung statt, sondern umfasst auch das unmittelbare Wohnumfeld (Wahl/ Mollenkopf/ Oswald 1999). Vieles spricht also dafür, dass die Lebensqualität im Alter, wozu die selbständige Lebensführung gehört, mit zunehmendem Alter von den Bedingungen der Wohnung und den Gegebenheiten des unmittelbaren Wohnumfelds abhängt. Die Wohnbedingungen sollten dabei nicht nur hinsichtlich ihrer Barrierehaftigkeit gesehen werden, sondern auch unter der Perspektive von Anregung und sozialem Austausch. Bereits 1958 fand der amerikanische Gerontologe Robert Havighurst heraus, dass das Bedürfnis nach gutem Wohnen im Alter als das zweitstärkste nach der Befriedigung materieller Belange kommt. An dritter Stelle folgt „the need to be needed“, d.h. das Gebrauchtwerden.

Neben den alters- und kohortenbedingten Veränderungen in den Wohnformen beeinflusst der allgemeine Wandel der Wohnung und des architektonischen Gehäuses das Wohnen im Alter. Unter den strukturellen gesellschaftlichen Veränderungen sind der Wandel von Ehe und Familie, von gesellschaftlicher Arbeitsteilung und Herrschaftsorganisation sowie von Geschlechterverhältnis und Charakterstruktur zu nennen (Häußermann / Siebel 1996). Der Idealtypus des modernen Wohnens zeigt sich in der Trennung von Öffentlichkeit und Privatheit, in der symbolischen Funktion der Wohnung (z.B. Wohnung als Statussymbol) und in der Individualisierung, d.h. der eigenständigen Haushaltsführung der verschiedenen familialen Generationen. Die Wohnung wird in der Moderne industrialisierter Gesellschaften zum Ausdruck für die richtige Art des Lebens.

### **Lebensformen im Wandel**

Gezeigt werden können hinsichtlich der Wohn- und Lebensformen für ältere und hochaltrige Menschen Veränderungen in den Bedürfnissen. Dies liegt daran, weil neue Generationen ins Alter kommen, die sowohl in ökonomischer als auch sozialer und kultureller Hinsicht vielfältig sind. Die Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen beschränken sich heute nicht mehr auf die Alternative „Daheim oder Heim“. Neben den traditionellen Wohnformen geraten neue, innovative Modelle in den Blickpunkt. Wohnen im Alter reicht von privatem Wohnen aktiver, gesunder Menschen bis zu betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige.

Die demografische Alterung rückt die Wohnbedürfnisse älterer Menschen ins Zentrum wissenschaftlicher und öffentlicher Diskussionen. Dabei geht es sowohl um Bedingungen und Bedürfnisse im Bereich des privaten als auch institutionellen Wohnens.

Lebten im Jahr 2001 rund 7.000 über 95-Jährige in Österreich, so werden es im Jahr 2050 mehr als 55.000 Personen sein. In der Altersgruppe 80-84 Jahre wird die Zahl der Personen sich fast verdreifachen, nämlich von 154.000 im Jahr 2001 auf rund 435.000 im Jahr 2050. Die Mehrheit pflegebedürftiger alter Menschen lebt in Privatwohnungen, jedoch bestehen innerhalb der Gruppe der Hochaltrigen erhebliche Unterschiede. Nach der Volkszählung 2001 lebte von den 65-69-Jährigen 1% in Heimen, während der Anteil unter den über 95-Jährigen 31,7% beträgt.

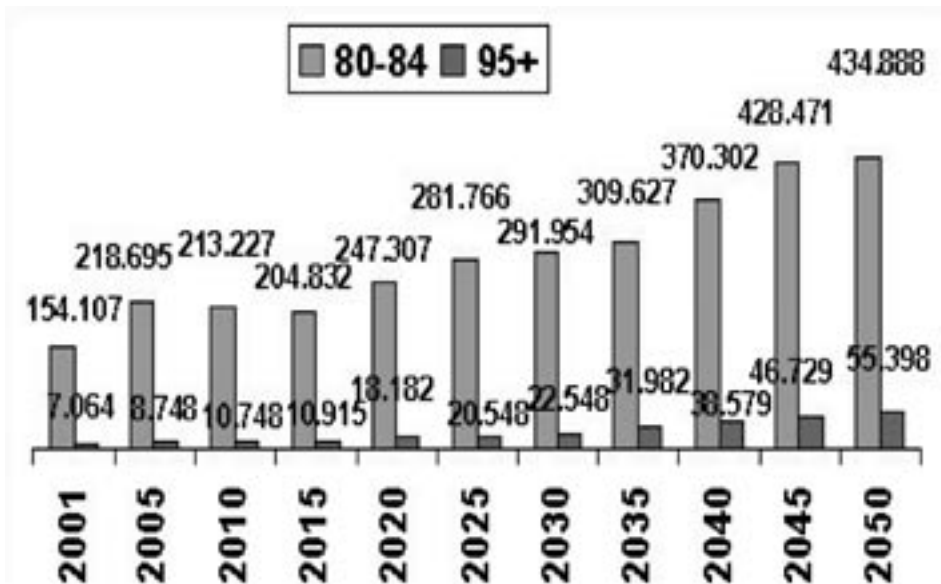


Abbildung: **Bevölkerung 2001-2050; 80-84-Jährige, 95+**

Quelle: Statistik Austria

Für das späte 20. Jahrhundert lassen sich für die zu Hause lebende ältere Bevölkerung mehrere Veränderungen feststellen (vgl. Höpflinger 2004):

>> Von der Lebensform her finden wir einen generellen Trend in Richtung Ein-Personen-Haushalte. 2030 wird es voraussichtlich 1,3 Mio Einpersonenhaushalte geben, wobei in 830.000 Haushalten Menschen über 60 Jahre leben werden. Dieser Trend ist nicht negativ zu bewerten, da das Leben im Einpersonenhaushalt den großen Vorteil aufweist, privaten Freiraum und soziale Beziehungen individuell kombinieren zu können. Eine negative Bewertung dieser Entwicklung ergibt sich nur, wenn das Wohnen in einem Ein-Personenhaushalt von vornherein mit Alleinleben und sozialer Isolation gleichgesetzt wird. Aus diesem Grund braucht es eine Vielfalt von Wohnangeboten.

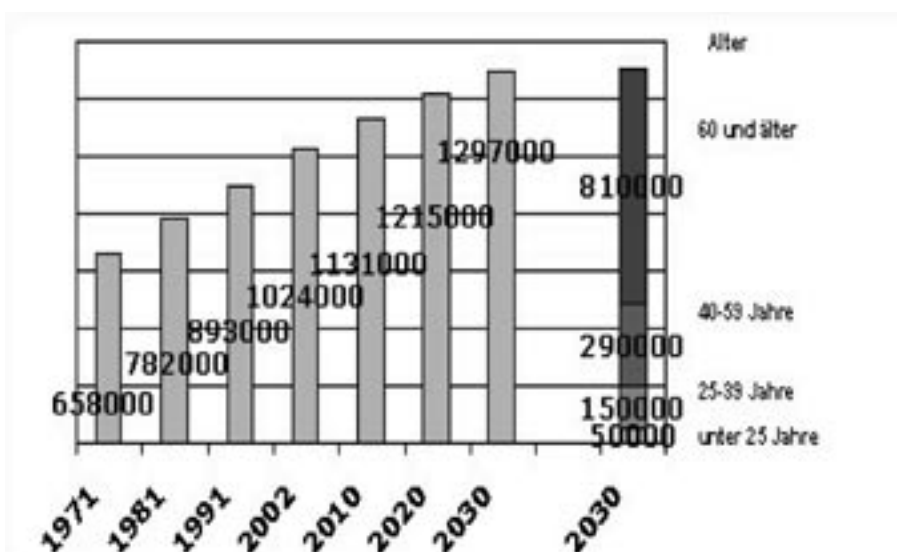


Abbildung: **Einpersonenhaushalte: Entwicklung (1971-2030) und nach Altersgruppen (2030)**

Quelle: Statistik Austria

- >> Es steigt der Anteil von Menschen, welche auch im Alter in einer Ehebeziehung leben. Dies ist primär darauf zurückzuführen, dass es sich bei den heutigen älteren Menschen um ehfreundliche Generationen handelt.
- >> Verringert hat sich der Anteil älterer Menschen, welche mit oder bei einem ihrer Kinder wohnen.
- >> Schließlich zeigt sich ein deutlicher Rückgang im Anteil komplexer Haushaltsformen. Ein Zusammenleben mit anderen Verwandten oder Bekannten ist seltener geworden.

Wenn auch der Anteil von Menschen kurzfristig steigt, die im Alter in einer Ehebeziehung leben, wird sich längerfristig das Pflegepotenzial von Ehepartner/innen einschränken. Auszugehen ist davon, dass steigende Kinderlosigkeit und steigende Scheidungszahlen auch hinsichtlich lang dauernder Ehen das familiäre Versorgungs- und Pflegepotenzial reduzieren.

Deutlich steigt Zahl der alleinlebenden hochaltrigen Frauen. Gegenwärtig leben rund 50% der über 80-jährigen Frauen allein. Sie können ihre Unabhängigkeit schwerer bewahren und sind abhängiger von ambulanter und stationärer Hilfe. Deshalb sind es eher Frauen, die in Heimen wohnen und die Struktur und das Bild von Pflegeeinrichtungen prägen.

Wohnfragen im höheren Lebensalter umfassen sehr unterschiedliche Aspekte des Lebens. Soziale Aspekte (Kontakte, Anregung) sind ebenso wichtig wie privates Leben und Selbstbestimmung oder die räumlich-dingliche Gestaltung der Wohnung. Von den räumlichen Faktoren her gesehen, sind Bedingungen günstig, die die Menschen veranlassen, teilzunehmen. Verhalten im Alter ergibt sich immer aus der Wechselwirkung zwischen gegebenen Kompetenzen (z.B. Gesundheit, Sensorik, geistige Leistungsfähigkeit) und räumlich-sozialen Umweltbedingungen (z.B. Qualität der Wohnbedingungen, Verfügbarkeit eines Fahrstuhls, Entfernung zur nächsten Haltestelle). Gelungene Anpassung (im Alter) setzt bei hohem Umweltdruck (etwa schlechter Beleuchtung) eine hohe Kompetenz (z.B. gutes Sehvermögen) voraus. Mit herabgesetzter Kompetenz des älteren Menschen steigt jedenfalls der Einfluss von Umweltmerkmalen (Powell-Lawton/ Simon 1968).

## **Wohnbedürfnisse/ Wohnwünsche**

Ein wesentliches Wohnelement ist das Erleben von Vertrautheit mit der eigenen Wohnung und der Wohnumgebung. Das Gefühl, heimisch zu sein, wächst aus einer engen Vertrautheit mit der eigenen Wohnung heraus. In einer vertrauten Wohnung findet man sich selbst nachts bei Dunkelheit zurecht. Wo man sich zugehörig fühlt, fühlt man sich auch identisch und authentisch. Biografische und identitätsstiftende Aspekte des Wohnens führen auch bei niedriger Wohnqualität zu hoher Wohnzufriedenheit.

Laut Erhebungen in der Schweiz (siehe Höpflinger 2004) steht die Gemütlichkeit der Wohnung für die Mehrheit der befragten älteren Menschen an vorderster Stelle. Dies hängt damit zusammen, dass im höheren Lebensalter die Wohnung häufig den zentralen Lebensmittelpunkt darstellt und viel Zeit in der Wohnung verbracht wird. Ein weiterer Wunsch bezieht sich auf die Kosten, wobei diese nicht an vorderer Stelle einer Rangreihe stehen. Subjektiv von Bedeutung ist die Wohnumgebung, d.h. eine ruhige Wohnung ist bei vielen älteren Menschen ein zentraler Wohnaspekt. Dazu kommt der Wunsch nach nahen Einkaufsmöglichkeiten. Soziale Aspekte (Platz für Gäste, Nähe zu Angehörigen, Haustiere) stehen für die Mehrheit der befragten Personen weniger im Zentrum. Sie werden zwar vielfach als wichtig bis sehr wichtig erachtet, genießen jedoch meist keine erstrangige Priorität.

## **Wohnzufriedenheit/ Wohnmobilität**

Die Wohnzufriedenheit ist ein Kriterium zur Beurteilung der Wohnsituation. Der Wohnstandard einer großen Mehrheit älterer Menschen (städtischer Raum) kann als gut bis sehr gut eingeschätzt werden, und er ist in den

letzten Jahrzehnten gestiegen (Kolland/ Rosenmayr 2002). Der hohe Wohnstandard beim privaten Wohnen führt auch gegenüber Alten- und Pflegeeinrichtungen zu hohen – und möglicherweise allzu hohen – Ansprüchen. Für eine beträchtliche Minderheit älterer Menschen ist weniger die Wohnung als die unmittelbare Wohnumgebung ein Problem. Innovative Wohnprojekte müssen deshalb auch auf eine Verbesserung der Wohnumgebung zielen. Eine gute individuelle Wohnlage bei schlechter Wohnumgebung führt zum Rückzug ins Private, wodurch sich das Risiko der Vereinsamung älterer Menschen erhöht.

Empirische Studien zeigen einen engen Zusammenhang zwischen der Wohnzufriedenheit und dem Wohnstandard. Dies lässt sich auch für eine Untersuchung in Wien belegen, wonach mehr als 80% der Befragten mit der Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, der Wohnungslage und der Wohnungsgröße zufrieden sind (IFES 2003). Dabei gibt es nur geringe Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Eher unzufrieden sind die Befragten mit der Lärmbelastung und dem Wohnviertel, in dem sie leben (rund ein Drittel). Die Angaben zur Wohnzufriedenheit stehen zusätzlich auch unter dem Einfluss anderer Faktoren. Zu nennen sind hier insbesondere der Gesundheitszustand, die soziale Einbindung im Wohngebiet und die Versorgung mit Dienstleistungen.

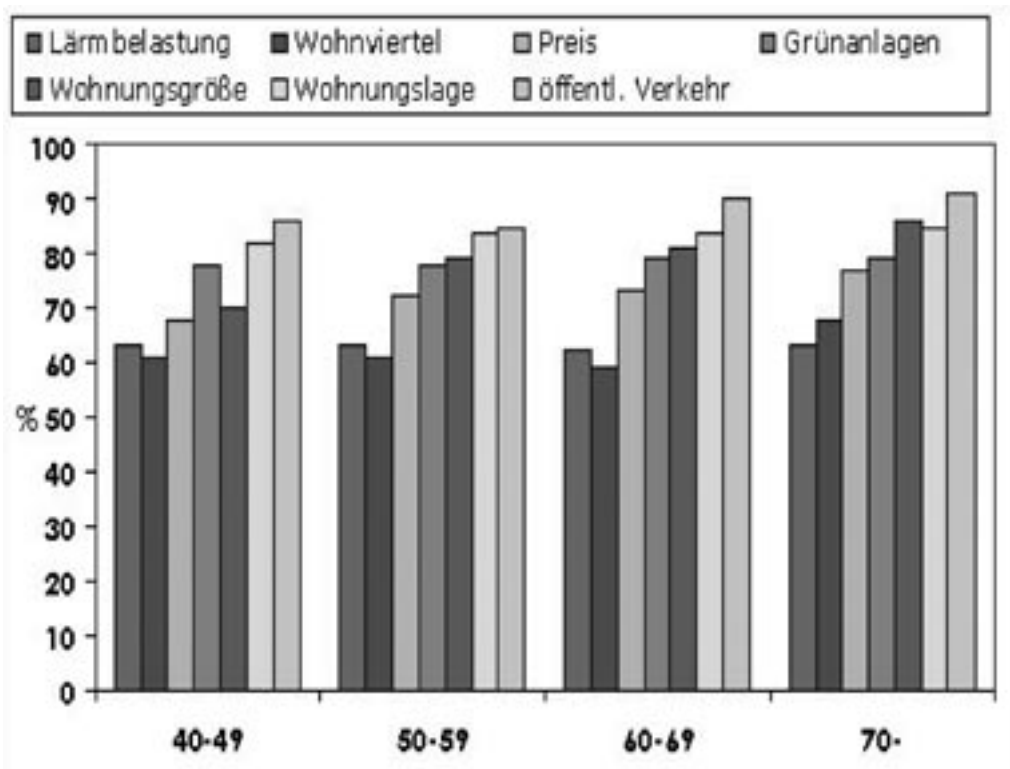
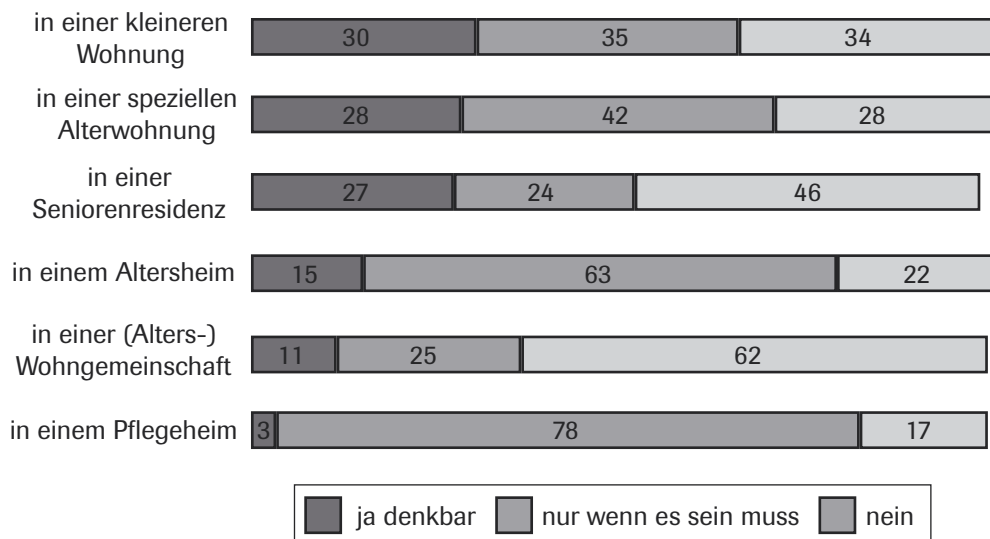


Abbildung: **Indikatoren der Wohnzufriedenheit nach Altersgruppen (Wien 2003, n=8.300); es sind ...% der Befragten sehr zufrieden/zufrieden mit...**

Quelle: IFES, MA 18

Die hohe Wohnzufriedenheit älterer Menschen ist allerdings kein guter Gradmesser dafür, ob eine Wohnung altersgerecht eingerichtet ist. Die hohe Wohnzufriedenheit älterer Menschen widerspiegelt nicht allein einen hohen Wohnstandard, sondern sie ist auch das Ergebnis einer gegenseitigen Anpassung von Person und Wohnung. Dadurch werden manche Wohnungsmängel nicht oder nur bedingt wahrgenommen. Ältere Menschen gewöhnen sich häufig allzu leicht an unbefriedigende oder nicht altersgerechte Wohnbedingungen.

Wie hängt nun die Wohnzufriedenheit mit der Wohnmobilität zusammen? Die meisten Älteren wollen am angestammten Wohnort, und solange es geht, in der bisherigen Wohnung bleiben. In diesem Sinne wird unter dem Stichwort der „Kontinuitätsthese“ der „Wunsch nach Beibehaltung der gewohnten Wohnumwelt“ genannt.



**Abbildung:** Wohnen in der Zukunft (Schweiz 2003, über 60-Jährige; n=1.248)

Quelle: Höpflinger 2004

In der Schweiz geben rund 60% der zu Hause lebenden älteren Menschen an, sich noch keine Gedanken über einen altersbedingten Wohnwechsel gemacht zu haben. Nur eine kleine Minderheit hat sich schon gründlich mit einem Wohnungswechsel befasst. Eine Veränderung dieser Einstellung ist erst bei den Hochaltrigen, d.h. den über 80-Jährigen gegeben. Die Untersuchung zeigt auch, dass der Anteil der Personen steigt, die ein gemeinschaftliches Wohnen allgemein positiv einschätzen. 1986 waren dies in der Schweiz 18% und 2002 waren es 49%.

Erwartungsgemäß befürworten primär Befragte das Leben in einer Wohngemeinschaft, die ein Zusammensein mit anderen Menschen als wichtig erachten. Hingegen variiert die konkrete Bereitschaft zum Leben in einer Wohngemeinschaft kaum nach Geschlecht, Alter, aktueller Wohnlage oder Zivilstand. Auch die meisten allein lebenden älteren Menschen bevorzugen das Alleinleben gegenüber einem gemeinschaftlichen Leben. Die Einstellungsunterschiede nach sozialen Merkmalen (Bildungsniveau, familiale und nichtfamiliale Netzwerke) sind ebenfalls gering, mit Ausnahme, dass mit steigendem Haushaltseinkommen die Ablehnung dieser Lebensform ansteigt.

Nicht überraschend ist, dass mit höherer Wohnzufriedenheit eher die Absicht verknüpft ist, in der bestehenden Wohnung zu verbleiben. Es sind besonders diejenigen, die auch im jüngeren und mittleren Alter wenig mobil waren, die ein hohes Interesse daran haben, im angestammten Wohnraum zu verbleiben, etwa um die gewachsenen sozialen Beziehungen zu erhalten. Neben den Wohnkosten dürfte dies ein entscheidender Erklärungsfaktor dafür sein, warum im Alter Veränderungen der Haushaltszusammensetzung nur selten zu einem Umzug führen. Die räumliche Fixierung bleibt erhalten und verstärkt sich unter Umständen gerade dann, wenn die sozialen Bezüge innerhalb des Haushalts bereits weggefallen sind.

Gedanken über einen Wohnungswechsel sind also bei den jungen Alten nicht vorhanden. Diese Ergebnisse decken sich mit Studien aus dem Ausland. Erst gesundheitlich bedingte Einschränkungen des Alltagslebens sowie eine fehlende Eignung der aktuellen Wohnung führen zu Gedanken über eine Veränderung. Erst konkrete Erfahrungen mit Erschwernissen führen zu Handlungen. Im fortgeschrittenen Alter steht also die erzwungene Mobilität im Vordergrund der Motivlage für einen Wohnungswechsel. Häufigeres Wohnungseigentum bei den nun folgenden Altengenerationen wird die Umzugsbereitschaft weiter gering halten.

Es sind meist ungünstige Bedingungen privaten Wohnens und schlechte Gesundheitsbefindlichkeit, die dazu führen, dass der Umzug in ein Heim erwogen wird. Der Umzug in ein Alten- bzw. Pflegeheim dann auch als eine Strategie verstanden werden, die höhere biologische Vulnerabilität auszugleichen und als ein Versuch, den Altersprozess zu bremsen (Tulle-Winton 1999).

Zu den neuen Wohnformen im Alter gehört gemeinschaftliches Wohnen. Gemeinschaftliche Wohnformen haben unbestreitbar klare Vorteile (gegenseitige Hilfe und Unterstützung, vermehrte Anregungen und Kontakte, aber auch Einsparungen durch gemeinsames Haushalten). Umgekehrt stellt gemeinschaftliches Wohnen hohe Ansprüche, nicht allein, was geeignete Wohnräume betrifft, sondern auch bezüglich sozialer Kompetenzen der Bewohner. Voraussetzung ist eine gemeinschaftliche Haltung, die weit über jene einer unverbindlichen Nachbarschaft hinausgeht. Ein häufiges Grundproblem bei vielen Projekten liegt darin, dass sich ältere Menschen primär für das Wohnen, jedoch weniger für die Gemeinschaft interessieren.

Selbständige Wohnung und Betreuung/ Versorgung ist kein Nullsummenspiel, d.h. wenn jemand versorgt werden will, dann muss er nicht seine Selbständigkeit aufgeben. Gemeinschaftliches Wohnen kennzeichnet sich gerade dadurch aus, dass es im Unterschied zum „Betreuten Wohnen“ nicht von Betreuung ausgeht, sondern vom gemeinsamen Wohnen, welches auf der Übernahme gegenseitiger Verantwortung beruht. Damit rückt das Wohnen stärker in den Vordergrund. Denn grundsätzlich besteht ein Widerspruch zwischen Betreuung und Wohnen. Steigt die Betreuung, vor allem durch externe Hilfe, dann sinkt das Wohnen.

### **ao. Univ. Prof. Dr. Franz Kolland**

Promotion und Habilitation an der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien. Seit 1998 Außerordentlicher Professor für Soziologie an der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien. Seit 1999 wissenschaftlicher Leiter des Ludwig Boltzmann-Instituts für Sozialgerontologie und Lebenslaufforschung Wien; Mitglied verschiedener internationaler wissenschaftlicher Netzwerke, u. a. Sprecher des Arbeitskreises Geragogik der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie; Mitglied der Task Force der EU zur Umsetzung des UN-Weltaltersplans.

## **Literatur**

- Baltes, M.M./ Maas, I./ Wilms, H.-U./ Borchelt, M. 1996. Alltagskompetenz im Alter. In: Mayer, K.U./ Baltes, P.B. (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 525-542.
- BauWohnberatung Karlsruhe (Hrsg.). 2004. Neues Wohnen fürs Alter. Was geht und wie es geht. Frankfurt a.M.: Anabas Verlag.
- Havighurst, R.J. 1958. A World View of Gerontology. In: Journal of Gerontology, 13 (Suppl 1), 2-5.
- Häußermann, H./ Siebel, W. 1996. Soziologie des Wohnens. München: Juventa.
- Höpflinger, F. 2004. Traditionelles und neues Wohnen im Alter. Zürich: Seismo.
- IFES. 2003. Leben und Lebensqualität in Wien. Wien: Magistrat der Stadt Wien.
- Kolland, F./ Rosenmayr, L. 2002. Älterwerden in Wien. Wien: Forschungsbericht (MA18).
- Lawton, M.P./ Simon, B.B. 1968. The Ecology of Social Relationships in Housing for the Elderly. In: The Gerontologist 8, 108-115.
- Motel, A./ Künemund, H./ Bode, C. 2000. Wohnen und Wohnumfeld. In: Kohli, M./ Künemund, H. (Hrsg.). Die zweite Lebenshälfte. Opladen: Leske & Budrich, 124-175.

Saup, W. 2001. Ältere Menschen im Betreuten Wohnen. Augsburg: Verlag für Gerontologie.

Tulle-Winton, E. 1999. Growing Old and Resistance: Towards a New Cultural Economy of Old Age. In: *Ageing and Society*, 19, 281-299.

Wahl, H.W./ Mollenkopf, H./ Oswald, F. (Hrsg.). 1999. Alte Menschen in ihrer Umwelt. Opladen: Westdeutscher Verlag.



**B** **Altersheime**  
**im Wandel der Zeit**

## **Altersheime im Wandel der Zeit**

Altenheime stellen keine isolierten Institutionen dar, sondern sind Teil eines bestimmten gesellschaftlichen Systems mit all seinen Werten, Interessen, Vorstellungen, Machtverhältnissen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Daher beinhalten Betrachtungen über den Wandel von Organisationen auch immer Analysen früherer und gegenwärtiger Verhältnisse.

Wie sich beispielsweise Werte oder Sichtweisen wandeln, kann man an den Begriffen darstellen, mithilfe derer man die Gruppe der über 60jährigen beschreiben möchte: hießen sie früher Rentner/innen, manchmal Altersrentner/innen, wurden sie zu Senior/innen, Älteren, Betagten, Best Agers, 50+-Generation, um nur die gängigsten zu nennen.

Die Bezeichnung „Alte Menschen“ scheint seit Jahrzehnten unangemessen, zur Zeit wird die Bevölkerungsgruppe der autonomen, mobilen, unternehmungslustigen, kaufkräftigen unabhängigen Männer und Frauen in der nachberuflichen Phase mit Begriffen aus der Werbung und dem Marketing beschrieben. Während sich die Reise- und Freizeitbranche auf diese Konsument/innengruppe einzustellen beginnt und über erfreuliche Zuwächse berichten kann, kommt ein anderer Teil dieser Altersgruppe nicht aus der negativen Berichterstattung: es sind dies jene älteren Menschen, die aufgrund von biografischen Ereignissen, körperlichen und/oder geistigen Veränderungen in ihren Lebensaktivitäten so beeinträchtigt sind, dass sie die Hilfe anderer Personen benötigen. Sie nennt man Belastung, drohender Altenberg und verantwortlich dafür, dass der Generationenvertrag reißen wird.

Auf diesem Hintergrund muss auch die Darstellung einer Geschichte des Wandels von Altenheimen – sowohl was den baulichen Aspekt betrifft als auch den konzeptionellen – gesehen werden. Und schließlich ist auch noch darauf hinzuweisen, dass Vergleiche zwischen dem Früher und dem Heute keine Aussagen über bestimmte Standards oder Bewertungen darstellen. Heime wurden gebaut und betrieben mit dem Wissen und den Möglichkeiten der damaligen Zeit. Allerdings ist es zulässig, derzeit bestehende Konzepte anhand des heutigen Wissens zu überprüfen und gegebenenfalls zu adaptieren.

Wo immer vom oder besser über das höhere Lebensalter gesprochen wird, tauchen insbesondere zwei Behauptungen auf, die unausrottbar zu sein scheinen:

Ab 60 zählt man zu den Seniorinnen bzw. Senioren und alle Angehörigen dieser Altersgruppe gleichen sich in ihren Bedürfnissen und Erwartungen, sind sie doch „die Alten“.

Mit dem Bezug einer Wohnung in einer Altenhilfeeinrichtung ändern sich automatisch auch die Lebensgewohnheiten, Lebensansichten und Ansprüche in Richtung gleichförmiger Bedürfnisse und einheitlicher Tagesgestaltung.

Sie alle werden beipflichten, dass diese Behauptungen nicht stimmen, da eine Altersgruppe, die 40 Lebensjahre umfasst, weder aufgrund der unterschiedlichen Sozialisationsprozesse noch aufgrund der erlebten und gelebten „Geschichte“ niemals „gleich“ sein kann.

Und die Erwachsenen, die durch die Eingangstüre eines Heimes kommen, werden dadurch nicht anders – obgleich man natürlich die Auswirkungen, die eine solche Lebensumstellung bewirkt, nicht unterschätzen darf. Daher bleiben die neuen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner erwachsene, lebenserfahrene und lebenserprobte Menschen, ganz gleich, was der Anlass zur Übersiedlung war.

Werden daher „neue“ Konzeptionen für den Bau und den Betrieb von Dienstleistungsangeboten für ältere Menschen überlegt, sind sie auf der Basis von Normalität, Individualität und Lebensweltorientierung anzustellen.

Die Veränderungen im Aufgabenfeld „Altenpolitik und Altenhilfe“ gehen mit rasanter Geschwindigkeit vor sich. Was an theoretischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen in den Fachzeitschriften publiziert wird, erfährt aller-

dings ihre Umsetzungsgrenzen am Alltagsverständnis und an historisch gewachsenen Strukturen und Einstellungen. Selbst wenn Heime in der Zwischenzeit anders benannt, anders gebaut, anders geführt werden, halten sich die Bilder längst vergangener Zustände in den Köpfen der Menschen, der Nutzerinnen und Nutzer genau so wie in denen der „interessierten“ Bevölkerung.

Vier Generationen von Heimen lassen sich inzwischen unterscheiden. Weit zurück zu liegen scheint die erste Generation, das Armenhaus, Greisenasyl, Gemeindehaus für jene, die nicht mehr konnten und die niemanden hatten oder die niemand wollte. Sie erhielten mangels anderer sozialer Absicherungen „das Gaudenbrot“ als Einleger oder eben in einem Heim, sie mussten dankbar sein für den Platz zum Schlafen und etwas zu essen, und sie zeigten das auch, waren sie doch zur Mithilfe und Mitarbeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten verpflichtet. Oft waren es große Einrichtungen mit Schlafsälen für viele Menschen, mit wenig Privatraum und kaum Mitbestimmung oder Eigenverantwortung. Manch ein Besucher wundert sich auch heutzutage, dass die „Insassen“ in den Heimen so viele Freiheiten und so viel Luxus haben. Und vielleicht fragen sich manche auch insgeheim, ob denn dieser Aufwand überhaupt notwendig ist. Dankbarkeit und Zufriedenheit mit dem Gebotenen wird auf jeden Fall eingefordert, wo sie es doch „so schön haben“!

Mit den 60er Jahren entstand die zweite Generation von Heimen, ausgerichtet auf eine perfekte und effiziente Organisation der Wohn- und Pflegebedarfe der alten Menschen. Hier das Seniorenwohnhaus mit eigenem Appartement und selbst bestimmtem Tag wie zu Hause, nur in einer wesentlich besseren Wohnqualität, für die gesunden, mobilen alten Menschen, und dort die Pflegestation oder das Pflegeheim mit Mehrbettzimmern, einem Nachtkästchen und einem Kleiderschrank mit wenig Intimität. Die Häuser und die Konzepte wurden nach funktionellen und rationalen Überlegungen geplant, Professionalität wurde zu einem wichtigen Bestandteil und die organisatorischen Arbeitsabläufe orientierten sich in einem erheblichen Ausmaß am Krankenhaus, deutlich gemacht an Dienstkleidung, Bezeichnung von Räumen (Fäkalraum, Stützpunkt), Effizienz sichtbar in Tages- bzw. Wochenrhythmen (Badetage). Den Häusern fehlte das Normale, das Alltägliche. In den Köpfen ist die Erwartung geblieben, dass in einem Heim für alle gesundheitlichen Schwierigkeiten eine Lösung parat ist, dass die alten Menschen gleichsam unsterblich werden, wenn sie erst einmal ins Heim übersiedelt sind. Es kann und darf ihnen nichts passieren! Dieser große Druck wirkt nach wie vor auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die diese Erwartungen insbesondere der Angehörigen erfüllen sollen.

In den 80ern entstanden die Alten- und Pflegeheime der 3. Generation, jenes Typs, nach dem sich heute die meisten Heime ausrichten: hotelähnlich, großzügig in der Bauweise, bunter und alltagsnaher, jedoch mit gleich gebliebenen Strukturen: einheitlicher Tagesablauf, eingespielte Rituale, viel freie Zeit ohne Aktivitäten oder Anreize.

Obwohl der Baustandard hoch ist, die Professionalität in der Begleitung der alten Menschen immer weiter entwickelt wird, haben viele Menschen Angst vor einem Heim und alle Gruppierungen wollen die Strategie „mobil vor stationär“ noch intensivieren und ausbauen, um möglichst vielen Menschen eine Übersiedlung in „so ein Heim“ zu ersparen. Da viele Heimbewohner/innen nach einiger Zeit des Umgewöhnens durchaus zufrieden in und mit ihrer neuen Umgebung sind, ist allerdings zu vermuten, dass weniger die Übersiedlung in ein Heim die Ablehnung hervor ruft, sondern eher die Angst vor Lebenskrisen im Vordergrund steht oder einfach vor Gebäuden, in denen sich eine Vielzahl von Menschen mit gleichen Schicksalen aufhalten. Oft steckt in der Erinnerung noch das Bild der Säle voll pflegebedürftiger Alter, das abschreckt und ängstigt.

Tatsache ist jedoch, dass die meisten Menschen lieber zu Hause leben und dort bleiben möchten, als in einem noch so gut ein- und konzeptionell ausgerichteten Heim zu sein. Die konsequente Umsetzung dieser Strategie hat jedoch für die Struktur und die Atmosphäre in den Heimen große Auswirkungen gezeigt:

Während früher der Großteil der Bewohnenden aktiv war und viel unternehmen konnte, sich gegebenenfalls die alten Menschen auch gegenseitig ein wenig unterstützten und damit auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Kommunikationspartner/innen waren, hat sich die innere Struktur der Heime dahingehend verändert, dass die dort lebenden Menschen sehr viel mehr Anregungen von den Mitarbeiter/innen benötigen. Die Menschen

kommunizieren anders, sie müssen anders motiviert und ermuntert werden als mobile aktive Seniorinnen und Senioren. Und sie benötigen ein großes Ausmaß an Unterstützung und Zuwendung bei ihren täglichen Lebensaktivitäten.

Ein kurzer Blick auf die Heimlandschaft in Oberösterreich ergibt folgendes Bild:

Von 1996 bis April 2005 sind die Heimplätze von 10.597 auf 11.613 gestiegen, seit 1996 erhöhte sich die Anzahl der Heime von 98 auf 115.

Das Eintrittsalter liegt zur Zeit bei 81,2 Jahren, das Durchschnittsalter der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner beträgt 82,8 Jahre.

Am deutlichsten zeigt sich die Veränderung in der Struktur der Heimbewohner/innen in der Verteilung der Pflegegeldstufen:

|                 | 1994 | 2004                             |
|-----------------|------|----------------------------------|
| Ohne Einstufung | 20%  | 2,7%                             |
| Stufe 1         | 4,9  | 4,8                              |
| Stufe 2         | 30,8 | 18,0                             |
| Stufe 3         | 19,5 | 17,4                             |
| Stufe 4         | 10,2 | 24,3 (Umstufung per Gesetz 2000) |
| Stufe 5         | 11,3 | 21,8                             |
| Stufe 6         | 2,2  | 6,1                              |
| Stufe 7         | 1,3  | 5,0                              |

Das Pflegepersonal erhöhte sich von 1816 Personaleinheiten auf 3.862 Vollzeitäquivalente. Einen Hinweis auf den Pflegebedarf der Heimbewohner/innen gibt das Verhältnis von Personaleinheit zu Anzahl der Bewohnenden:

|       | 1996   | 1999   | 2002  | 2003   | 2004   | 2005  |
|-------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|
| PE:HB | 1:5,84 | 1:4,19 | 1:3,4 | 1:3,28 | 1:3,08 | 1:2,9 |

Da jedoch viele Menschen in ein Heim übersiedeln, ohne vorher in eine Pflegegeldstufe eingeordnet worden zu sein, ist der Pflegebedarf meist höher als es die Verteilung der Bewohner/innen über die Pflegegeldstufen darstellt. Es kommen auch zunehmend Bewohner/innen nach wenigen Tagen Krankenhausaufenthalt zurück ins Heim und haben einen größeren Pflegebedarf als zuvor und es geschieht natürlich auch, dass Menschen im Heim akut erkranken und auch dann vermehrte Pflege erforderlich ist. Dadurch verdichtet sich die Arbeit und erhöht sich der Arbeitsdruck auf die Mitarbeiter/innen.

Während eines Jahres versterben etwa 20% aller Heimbewohner/innen, davon 35% im Krankenhaus. Von den innerhalb eines Jahres Verstorbenen lebten 28% nur bis 6 Monate im Heim (2003: 26,2%).

Inzwischen sind neue Bedarfe entstanden, die die Träger der Heime, aber auch die Mitarbeiter/innen vor neue Herausforderungen stellt.

Es gilt immer mehr jüngere Menschen mit hohem Pflegebedarf (multiple Sklerose) entsprechend zu begleiten,

für Menschen mit apallischem Syndrom oder beatmungspflichtige Personen suchen Angehörige adäquate Betreuungsmöglichkeiten. Dafür wird es ebenso nötig sein neue stationäre Serviceprofile zu entwickeln wie für die große Herausforderung, die sich schon längere Zeit abzeichnet: für entsprechende und bedürfnisgerechte Begleitkonzepte für Menschen mit dementiellen Erkrankungen.

Aber nicht nur für diese speziellen Gruppen, sondern für alle, die in Betreuungseinrichtungen leben, sind die Fragen zu stellen: wer wünscht was? Welche Wünsche und Bedürfnisse haben Vorrang? Welche Impulse kann ich Menschen anbieten, die körperlich schwach sind, wie kann ich die erreichen, die anders kommunizieren als wir, wie kann ich auch für sie eine anregende Umgebung schaffen?

Es ist sehr viel im Umbruch. Die Alten- und Pflegeheimverordnung ist inzwischen 9 Jahre alt. Sie hat seither vieles bewirkt und Qualitätsstandards geschaffen, die inzwischen von anderen Bundesländern übernommen wurden. Neue Bedarfe schaffen aber neue Situationen, die auch neue Regelungen erfordern.

So werden im In- und Ausland Strukturen diskutiert, die für demenziell erkrankte Personen Schutz und Sicherheit bieten sollen, die sie nicht überfordern, sondern ihre Fähigkeiten unterstützen, Orientierung bieten, ihnen Angst, Verunsicherung, Einsamkeit und Sprachlosigkeit nehmen und ihre Beschämung, anders zu sein, nicht mit zu können oder aufzufallen. Es geht dabei um Hausgemeinschaften, Wohngemeinschaften, ambulant betreute Pflegegruppen, integrative oder homogene Betreuungskonzepte.

Die Landschaft in den Alten- und Pflegeheimen ist tatsächlich im Wandel. Man darf jedoch nicht davon ausgehen, dass dieser Wandel isoliert in den jeweiligen Häusern stattfinden wird, sondern der Wandel muss sich in allen Bereichen des gesellschaftlichen Systems bemerkbar machen, damit sich neue Ideen ausbreiten und Verständnis für veränderte Bedürfnisse und für veränderte Reaktionen darauf geweckt werden kann. Zuvor ist es auch erforderlich, einen gesellschaftlichen oder besser nationalen Konsens darüber herzustellen, was denn Altenarbeit sein soll, was sie leisten kann und was geschehen muss. Es ist auch über ihre Grenzen zu diskutieren, und zwar nicht erst dann, wenn wieder einmal Mängel oder Schwierigkeiten diagnostiziert werden.

Nur dann wird es möglich sein, dass Altenheime oder besser die Menschen in diesen Einrichtungen auch „außerhalb der Mauern“ wahrgenommen werden und wieder zu dem werden, was sie trotz ihrer Hilfeabhängigkeit immer waren: ein Teil unserer Gesellschaft.

### **Dr.<sup>in</sup> Margit Scholta**

Soziologin; Sozialplanerin (Gemeinwesenprojekte zur Untersuchung sozialer Hilfestrukturen, Konzeptentwicklung für Menschen mit demenziellen Veränderungen und deren Angehörige, Planung und Umsetzung neuer Wohnformen); Begleitung von (Selbst)Hilfegruppen für pflegende Angehörige; Erwachsenenbildnerin (Vortragstätigkeit mit Schwerpunkt „Leben und arbeiten mit desorientierten alten Menschen“, Lehrtätigkeit an der Akademie für Sozialarbeit und an Fachhochschulen); 11 Jahre Direktorin der Altenbetreuungsschule des Landes Oberösterreich; Referatsleiterin „Sozialhilfe“, Sozialabteilung beim Amt der oö. Landesregierung; Vorsitzende von pro Senectute Österreich, E-Qalin-Partnerin





**DEMENTZ -**

**eine neue Herausforderung**

**in der Altenbetreuung**

Einleitung:

Der demografischen Entwicklung mit einem deutlichen Älterwerden der Bevölkerung folgt eine Zunahme demenzieller Erkrankungen und eine vermehrt benötigte Betreuung und Pflege betroffener Menschen.

Da die Versorgung durch Familienangehörige deutlich zurückgehen wird, muss die Betreuung zukünftig von professionell ausgebildeten Pflegefachkräften übernommen werden.

In meinem Vortrag möchte ich auf die Symptomatik demenzieller Erkrankungen eingehen, vor allem auf diese Bereiche, die die Pflege und Betreuung besonders herausfordern, wie Verhaltensstörungen und Verwirrheitszustände, sowie Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Therapie aufzeigen.

In einem zweiten Teil möchte ich einige Ergebnisse meines Projektes „Lebensqualität im Seniorenheim“ berichten und vor allem die Befragung des Pflegepersonals in den Mittelpunkt stellen und die Wünsche und Anregungen zur Diskussion einbringen.

## I. Teil

### **Demenzielle Erkrankungen, Verhaltensstörungen und Verwirrheitszustände**

#### **Epidemiologie:**

Einige epidemiologische Daten zur Bevölkerungsentwicklung in Österreich:

- derzeit leben in Österreich 650.000 Personen über 75 Jahre
- 130.000 Personen über 85 Jahre
- im Jahre 2050 werden es 1,4 Mio. über 75jährige sein und
- 500.000 Personen über 85 Jahre

Eine Studie aus 1999 die eindeutig belegt, dass die Demenzerkrankungen zunehmen, je älter jemand wird. Bei über 90jährigen kann man von einem Drittel Betroffener ausgehen (Bickel, 1999)

Derzeit, also im Jahr 2005, leben 100.000 Demenzerkrankte in Österreich, das sind 3 bis 5 % der über 65-jährigen. 70.000 davon sind an einer Alzheimer Demenz erkrankt.

Im Jahre 2050 können wir von 240.000 Demenzerkrankten ausgehen.

Ein wichtiger Faktor ist auch die Relation der arbeitenden Menschen, die auf einen an demenzerkrankten Menschen kommen (Wancata J., Weltkongress biologische Psychiatrie in Wien, 2005):

1951 kamen auf einen an demenzerkrankten Menschen 168 arbeitende Menschen, im Jahr 2000, 69 arbeitende Menschen und im Jahr 2050 werden nur mehr 21 arbeitende Menschen auf einen Demenzerkrankten kommen.

Ein weiterer Aspekt ist die Versorgungssituation demenzerkrankter Menschen, derzeit leben vier von fünf Demenzerkrankte zu Hause, drei von vier werden von Familienangehörigen betreut und zwei von drei dieser betreuenden Angehörigen sind selbst schon über 60 Jahre alt.

#### **Häufigkeit demenzieller Erkrankungen:**

Laut Untersuchungen ist der größte Anteil mit 60 % die Alzheimer Demenz, gefolgt von 10 % Lewybody Demenz, 8 % vaskuläre Demenz, 4 % gemischte Alzheimer Demenz und vaskuläre Demenz und 18 % andere Formen.

Die Alzheimer Demenz wurde erstmals von Alois Alzheimer beschrieben, als „eine eigenartige schwere Erkrankung der Hirnrinde“, bei einem Vortrag der 37. Versammlung Süd-Westdeutscher Irrenärzte in Tübingen am 03.11.1906. Es wurde diese Fallgeschichte dann auch publiziert in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychische gerichtliche Medizin, Band 64, Berlin 1907.

Alois Alzheimer lebte von 1864 bis 1915.

### **Definition der Alzheimer Erkrankung:**

Es handelt sich um eine fortschreitende neurodegenerative Erkrankung mit einem kontinuierlichen Untergang von Nervenzellen und ihren Verbindungen (Synapsen). Es kommt zu einer Atrophie beider Gehirnhälften, beginnend mit den tiefer gelegenen Abschnitten im Schläfenlappen (Temporallappen) und breitet sich dann weiter aus (Parietallappen und Frontallappen). Typisch sind eine Fröhschädigung cholinergner Neurone und die verminderte Verfügbarkeit des Neurotransmitters Acetylcholin. Diese Neurone haben eine wichtige Rolle bei der Lern- und Gedächtnisfunktion und bei der Aufmerksamkeit. Typisch sind weiters histopathologische Veränderungen (Verlust von zentralen Nervenzellen, extrazellulären Plaques, sowie Amyloid und Fibrillen, als Ablagerungen in der Nervenzelle).

Wichtig zu erwähnen ist, dass bei dem typischen Verlauf der Alzheimer Erkrankung oft zunächst zu Beginn Stimmungsschwankungen, wie Ängste und Depressionen auftreten können, bevor es zu Störungen kognitiver Funktionen kommt – wie Gedächtnis und Aufmerksamkeit. Im weiteren Verlaufe kommen dann zunehmend Verhaltensstörungen und der Verlust der Motorik hinzu (Gauthier et al. 1996).

### **Symptome:**

#### **1. Gedächtnisstörungen:**

Es besteht eine eingeschränkte Fähigkeit neue Informationen zu speichern und wieder abzurufen. Weiters eine zunehmende Vergesslichkeit mit Vergessen von Gesprächsinhalten, Verlegen von Gegenständen, Verlust von gespeicherten Informationen und biographischen Daten, sowie ein verändertes Zeitempfinden und eine Störung der zeitlichen Orientierung.

#### **2. Denkstörungen:**

Die herabgesetzte Fähigkeit nach Wichtigkeiten zu trennen und eine Abnahme der Fähigkeit komplexe Verhaltensweisen zu koordinieren. Es kommt weiters zu einer Reduktion des Urteilsvermögens, sowie die Schwierigkeit

Zusammenhänge zu erkennen (Problem erkennen, logische Schlussfolgerungen, Argumente abwägen, mangelndes Problembewusstsein).

#### **3. Sprachstörungen:**

Es beginnt zunächst mit der Schwierigkeit Gegenstände und Situationen zu benennen, es werden umschreibende Formulierungen verwendet und man bemerkt auch unpräzise und umständliche Ausdrucksweisen. Es kommt zu einem Verlust von Wortbedeutungen und zu einer zunehmenden Inhaltsarmut.

#### **4. Optisch – räumliche Störung:**

Es kommt zu einer Störung der Koordination visueller Reize und sinnvoller Bewegungen, z.B. sichtbare Schwierigkeiten beim Einparken, Schwierigkeiten beim Lesen und auch die Koordination Auge – Hand wird erschwert. Im fortgeschrittenen Stadium geht auch das Erkennen von Gesichtern verloren und es kommt zu örtlichen Orientierungslosigkeit.

#### **5. Verhaltensstörungen:**

Bei den Verhaltensstörungen können einerseits Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit, Unruhe und Depression auftreten. Auf der anderen Seite eine Gereiztheit und Aggressivität, gepaart oft mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

Auf die Verhaltensstörungen im Alter möchte ich nun etwas näher eingehen, die werden auch im englischen Sprachgebrauch als BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) bezeichnet.

Es gibt mehrere Arten von Verhaltensstörungen. Auf der einen Seite eher eine Agitation, Hyperaktivität, Aggressivität und Schreien mit Enthemmungsphänomenen und Störung der Impulskontrolle.

Auf der anderen Seite begegnen wir einem Rückzug, einer Apathie und einer depressiven Symptomatik, gepaart mit Angst, Panik oder Katastrophenreaktionen.

Weitere Formen von Verhaltensstörungen wären das Weglaufen, das Umherirren, das ständige Suchen und auch das Horten und Verstecken von Gegenständen. Es kommt dann immer wieder auch zu wiederholten Fragen, Rufen und Schreien und auch zu einer Tag - Nachtumkehr (Sundowning Syndrom). Es können dann auch immer wieder Misstrauen, Wahnideen oder Halluzinationen beobachtet werden, sowie Fehlidentifikationen von Situationen und Personen.

Oft sind Verhaltensstörungen früher festzustellen, als Störungen des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit, bei ca. 30% (Haupt 1999). Manche Symptome bleiben relativ stabil, andere ändern sich im Verlauf.

Die motorische Unruhe, Agitiertheit und die physische Aggressivität steigen an, während Wahnideen und Halluzinationen sich im Verlauf ändern können.

### **Allgemeine Therapievorschläge der Verhaltensstörungen:**

- a) Angehörige als Co- Therapeuten gewinnen
- b) Potenzielle Gründe identifizieren und behandeln (Krankheit, Umgebung, Betreuer, Medikation)
- c) Aktivierungsprogramme, Ablenkung
- d) Medizinische Versorgung erhöhen
- e) Psychotherapeutisches Setting (Verhaltenstherapie, Gespräche, Gruppe, Validation)

Symptome, wie das Hin und Her - Wandern, Verräumen, Verlegen und Sammeln von Gegenständen, sowie Persönlichkeitsveränderungen und Distanzlosigkeit, sowie ständiges Rufen und Schreien und Perseverationen sind medikamentös schwer zu beeinflussen.

Hingegen sind Symptome wie paranoide Ideen, Wahnerleben, Halluzinationen, Depressionen, Agitation und Apathie günstiger medikamentös zu beeinflussen.

### **Medikamentöse Therapie der Verhaltensstörungen:**

Als medikamentöse Therapien stehen uns andererseits Antipsychotika zur Verfügung, es sollten vor allem die modernen atypischen Antipsychotika verwendet werden (z.B. Risperdal, Seroquel), weiters stehen uns Antidepressiva zur Verfügung, hier sollten die modernen SSRI verwendet werden (z.B. Tresleen, Cipralex).

Wichtige Basismedikamente sind Antidementiva, einerseits die Acetylcholinesterasehemmer (Aricept, Reminyl, Exelon) sowie die Memantine (Ebixa, Axura).

Zur Behandlung starker Erregungszustände und Ängste sind vorübergehend Benzodiazepine einsetzbar, ebenso können stimmungsstabilisierende Medikamente (Moodstabilizer z.B. Trileptal, Depakine) bei Stimmungsschwankungen eingesetzt werden.

Im fortgeschrittenen Stadium der Alzheimer Erkrankung kommt es dann zu einer sichtbaren äußerlichen Vernachlässigung, die Betroffenen sind oft unordentlich gekleidet, verlangsamt, apathisch, verwirrt, desorientiert und nur eingeschränkt kontaktfähig.

Im Endstadium tritt dann eine Bettlägerigkeit auf, die Patienten sind dann körperlich steif, kaum mehr ansprechbar, weitgehend stumm und es besteht eine Harn - und Stuhlinkontinenz.

### **Die Therapiemöglichkeit bei Alzheimer Demenz:**

- a) Information und Beratung der Betroffenen und der Angehörigen (Krankheitsverlauf, soziale Fragen etc.)
- b) Kognitives Training

- c) Medikamentöse Therapie
- d) Acetylcholinesterasehemmer (Aricept, Reminyl, Exelon), Memantine (Ebixa, Axura), Psychopharmaka (Antidepressiva, Antipsychotika), Antioxidativa gegen freie Radikale (Vitamin E, Ginkobiloba) sowie Nootropika (Nootropil, Pirazepam).

**Nicht - medikamentöse Therapiemöglichkeiten (psychosoziale Strukturierung und Milieuthherapie):**

- a) Therapeutisch (Validation, Musiktherapie, Realitätstraining, körperliche Bewegung)
- b) Tagesstruktur und Wohnstruktur
- c) Angehörigenbetreuung
- d) Betreuung durch professionelle Helfer
- e) Ethische und rechtliche Aspekte

Neben den Verhaltenstörungen sind die Verwirrheitszustände eine besondere Herausforderung an die Pflege und Medizin.

Akut auftretende Verwirrheitszustände, die man früher als Durchgangssyndrom, akutes organisches Psychosyndrom oder akuten exogenen Reaktionstyp bezeichnet hat, wird in der modernen Nomenklatur als Delir oder deliranter Zustand bezeichnet.

**Definition:**

Es kommt bei einem deliranten Zustand zu einem akuten Versagen hoher zentraler Funktionen mit Beeinträchtigung vor allem kognitiver Leistungen.

Es sind bestimmte Hirnstrukturen und Neurotransmitter daran beteiligt, bei unterschiedlicher Ätiologie der Delirien.

**Symptomatik:**

- a) Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit
- b) Störung der kognitiven Funktionen (Orientierung, Wahrnehmung, Gedächtnis)
- c) typische Fluktuationen im Tagesverlauf
- d) psychomotorische Störungen (Sprache, Aktivität)
- e) Störung des Schlaf- Wachrhythmus
- f) Affektive Störung (Depression, Angst, Reizbarkeit, Euphorie, Apathie, Ratlosigkeit)

**Prädisponierende Faktoren:**

- a) Alter
- b) Demenz (ca. 40 % der im Krankenhaus aufgenommenen Patienten im hohen Alter werden delirant).
- c) Schwere Allgemeinerkrankungen
- d) Komorbidität mit anderen Erkrankungen
- e) Substanzmissbrauch (Alkohol, Tranquilizer)
- f) Behinderungen (Sehbehinderung, niedrige Intelligenz)
- g) Schmerzen
- h) Mangelernährung, Flüssigkeitsmangel
- i) Männliches Geschlecht

**Oft auslösende Faktoren:**

- a) zu hoher oder zu niedriger Blutzucker
- b) anticholinerge Medikamente
- c) Hypoxie
- d) Blutverlust
- e) Schwere Verletzung
- f) Schwere Infektion
- g) Operationen

Es gibt eine Reihe von Medikamenten die eine anticholinerge Wirkung haben, d.h. die zu Verwirrtheiten führen können (z.B.: Schmerzmittel, anticholinerge Medikamente, Antiparkinson -Medikamenten, Blutdrucksenkende Medikamente, Psychopharmaka).

In jedem Fall ist es wichtig genau abzuklären, ob hier die Ursache liegen kann.

In einer Studie unserer Klinik wurden 37 Patienten untersucht, um die möglichen Ursachen der Verwirrheitszustände zu identifizieren.

Bei 15 Patienten waren die Ursache Medikamente, bei 9 Infektionen, bei 6 Exsikkose (Flüssigkeitsmangel) und bei 7 andere Ursachen.

Wenn man die Medikamente genauer analysiert, so sieht man, dass bei 10 Patienten überhaupt zu viele Medikamente verabreicht wurden, bei 5 Patienten besonders delirogene Substanzen (Ziproxin, Tramal, Cisordinol, sowie trizyklische Antidepressiva).

Bei den 9 Patienten mit Infektionen konnten 6 Harnwegsinfekte, 2 Lungenentzündungen und 1 Rotlauf festgestellt werden.

Unter anderen Ursachen konnten bei 7 Patienten Über- oder Unterzucker festgestellt werden, ein Alkoholentzug, ein Entzug von Beruhigungsmitteln, sowie eine unzureichende Schmerztherapie, ein postoperativer Zustand, sowie ein vor kurzem stattgefundenem Umzug ins Altersheim.

### **Therapie:**

Zunächst symptomatisch wird versucht Flüssigkeit zuzuführen, Sauerstoff anzubieten, sowie den Blutzucker zu stabilisieren. Weiters muss überlegt werden welche Medikamente gerade etabliert worden sind.

Als medikamentöse Therapie können akut Antipsychotika verwendet werden (Haldol, Risperdal, Olanzapin), Tranquilizer sollten mit Vorsicht gegeben werden. Es ist auch schon versucht worden, Antidementiva erfolgreich einzusetzen.

## **II. Teil**

### **Lebensqualität im Seniorenheim (Projekt gemeinsam mit dem Institut für Soziologie, Univ.-Prof. Dr. Zapotoczky, Universität Linz):**

#### **Mögliche Definition für Qualität in der Altenpflege:**

Dass „... die Qualität in der Pflege von der Gesamtheit aller Faktoren, die auf einen pflegebedürftigen alten Menschen und auf die Pflegekraft einwirkt“ abhängt.

Je mehr die Bedürfnisse und die Probleme des alten Menschen, sein Wunsch nach Selbständigkeit und Unabhängigkeit und die Achtung seiner Würde und Individualität berücksichtigt werden, umso besser ist die Pflege (Kötter I, Gnamm E., Vogel A. Altenpflege in Ausbildung und Praxis (1990)).

Im Rahmen der soziologischen Forschung wurden die Schwestern und Pfleger in einem Seniorenheim befragt, 130 Fragebögen wurden ausgesandt, es kamen 28 zurück (in Klammer % der Nennungen).

Einige wenige Aspekte möchte ich hier darstellen und auch zur Diskussion bringen:

#### **1) Berufszufriedenheit der Pflege aufgrund von:**

- a) positiven Mitarbeiterkontakten (75%)
- b) guter Arbeitsplatzsicherung (71%)
- c) gutem Klima zu Vorgesetzten (71%)
- d) Abwechslung im Beruf (46%)
- e) gutem Einkommen (32%)
- f) guten Entfaltungsmöglichkeiten (29%)

## 2) Problembereiche der Pflege:

Probleme im Wohnbereich:

- a) bauliche Mängel (36%)
- b) Personalmangel (25%)
- c) große Entfernungen im Heim (21%)
- d) zuwenig Zeit für Bewohner (18%)

Probleme im Pflegebereich:

- a) Fehlen von Pflegemitteln (14%)
- b) Personalmangel (14%)
- c) Schwere der Demenz der Bewohner (11%)
- d) bauliche Mängel

Probleme mit Bewohnern:

- a) Launenhaftigkeit der Bewohner (21%)
- b) Umgang mit schwer verwirrten oder psychisch kranken Menschen (14%)
- c) Beschwerdestelle für alles (11%)

Probleme mit Angehörigen:

- a) Beschwerden bei der Heimleitung (21%)
- b) Angehörige wollen keine Verantwortung tragen (18%)
- c) hohe Ansprüche an das Pflegepersonal

Probleme mit Kollegen/Innen:

- a) Misstrauen und fehlende Teamarbeit (18%)
- b) Mangelnde Informationsweitergabe (14%)

## 3) Positive Bereiche der Pflege:

Positive Bereiche mit Bewohnern

- a) glückliche Gesichter und Dankbarkeit (29%)
- b) Umgang mit alten Menschen (25%)
- c) Etwas Positives bewirken zu können (18%)
- d) Großes Vertrauen der Bewohner (15%)

Positive Bereiche mit Angehörigen:

- a) gute Zusammenarbeit (29%)
- b) Anerkennung durch Angehörige (14%)
- c) Vertrautheit und Verständnis (14%)
- d) Gute Informationsweitergabe (11%)

Positive Bereiche mit Arbeitskollegen/Innen:

- a) gutes Arbeitsklima (29%)
- b) gute Teamarbeit (25%)
- c) Kommunikation untereinander (18%)
- d) Ehrlichkeit und Wertschätzung (14%)

## 4) Erwartungen an die Supervision:

- a) Lernen wie man Konflikte lösen kann (54%)
- b) Besprechung beruflicher Probleme (50%)
- c) Verbesserung des Arbeitsklimas (43%)
- d) Steigerung des persönlichen Wohlbefindens (39%)

In der Supervision des Pflegepersonals wurden verschiedene Konflikte und Probleme angesprochen.

- 1) Mangelndes Vertrauen der Mitarbeiter untereinander – viele haben die Sorge, wenn sie sich offen äußern, dass andere dies ausnützen oder gegen sie verwenden könnten.
- 2) Überlastungen, Personalmangel, bauliche Situation
- 3) Pflege wird immer aufwändiger, die Bewohner werden auch immer kränker
- 4) Konflikte zwischen dem Diplompflegepersonal und Altenfachbetreuer wird nicht ausreichend wahrgenommen.

Die Wünsche des Pflegepersonals im Rahmen der Supervision:

- 1) Ein Arzt im Seniorenheim sollte fix zuständig sein für die Bewohner und auch für die Angestellten, bei Teambesprechungen dabei sein und auch ein fixer Ansprechpartner sein
- 2) Die fachärztliche Versorgung im Seniorenheim wäre notwendig
- 3) Mehr Fortbildung über Erkrankung und Machbarkeit in der Behandlung der Erkrankungen
- 4) Verbesserung der Lebensqualität, sowohl des Pflegepersonals als auch für die Bewohner, z.B.: ist das Frühstücksbuffet die bessere Lösung als das Tablettensystem, man sollte auch mehr Zeit haben, auf den Einzelnen einzugehen, (tagsüber Beschäftigung der Bewohner durch andere Berufsgruppen wäre eine Entlastung für das Pflegepersonal).
- 5) Fallbesprechungen über einzelne Bewohner wären wichtig und notwendig.

In Zukunft wird es besonders wichtig sein, auf die Lebensqualität des Pflegepersonals und der Altenfachbetreuer zu achten. Es muss im Rahmen einer positiven Atmosphäre, begleitender Supervision und Fallbesprechungen, sowie flexiblen Arbeitszeitmodellen eine berufliche Lebensqualität gewährleistet werden.

### **OA Dr. med. Christian Jagsch**

geb. 1963

Studium der Humanmedizin in Wien

Arzt für Allgemeinmedizin (seit 3/1995)

Facharzt für Psychiatrie (seit 9/1999)

Oberarzt in der Psychiatrischen Klinik in Wels seit 9/1999

Stellvertreter des Primars und Ärztlichen Leiters seit 3/2005

Leiter der Qualitätssicherungskommission seit 7/1997

Psychotherapeut (Fachspezifikum Psychoanalyse) im Arbeitskreis für Psychoanalyse Linz/Graz seit 1997

Eintragung in die Gerontopsychotherapeutenliste 6/2000

Lehrbeauftragter für Theorie und Praxis der Psychoanalyse 2/2005

Zusatzausbildungen zum Arzt für psychosoziale und psychosomatische Medizin, sowie Geriatrie

Privatordination in Wels als Wahlarzt und Psychotherapeut seit 1997

FA für Psychiatrie, OA an der Psychiatrischen Klinik Wels

Arzt für Allgemeinmedizin

Arzt für Psychosoziale und Psychosomatische Medizin, Geriatrie und Palliativmedizin

Psychotherapeut (Psychoanalyse), Gerontopsychotherapeut

### **Dr. med. Christian Jagsch**

FA für Psychiatrie, OA an der Psychiatrischen Klinik Wels

Arzt für Allgemeinmedizin

Arzt für Psychosoziale und Psychosomatische Medizin, Geriatrie und Palliativmedizin

Psychotherapeut (Psychoanalyse), Gerontopsychotherapeut



**D** **Hausgemeinschaftsmodell**

## □□D **Hausgemeinschaftsmodell**

### **Stationäre Hausgemeinschaften** – die neue Generation der Pflegeheime

Ein Praxisbericht aus dem Sozialzentrum Kloster Nazareth in Stadl Paura

Die wenigsten älteren Menschen entscheiden sich freiwillig, in ein Pflegeheim einzuziehen. Viele haben sogar große Angst davor und wehren sich mit allen Kräften, obwohl eine angemessene Pflege und Betreuung zu Hause häufig kaum mehr möglich ist und Familienangehörige und Nachbarn an ihre Belastungsgrenzen bringt. Auch wenn es viele individuelle Gründe für diese Abneigung gegen Pflegeheime gibt, lässt sich doch eines feststellen: Fast immer schwingt die Angst vor dem Verlust der Autonomie mit, also der Möglichkeit, Leben und Alltag selbst zu bestimmen.

Und tatsächlich sind Pflegeheime vielfach so organisiert, dass sie trotz vermeintlich bestmöglicher Orientierung an den Bedürfnissen der BewohnerInnen eine sehr starke Anpassung an organisatorische Vorgaben, Abläufe und Zeiten einfordern. Deshalb hat sich die St. Anna-Hilfe für ältere Menschen gGmbH entschlossen, ihr neues Pflegeheim in Stadl Paura nach dem Hausgemeinschaftskonzept zu errichten und zu betreiben. Dieses Konzept wird seit Ende der 90er-Jahre in mehreren Ländern Europas diskutiert. Es orientiert sich an Leitbildern wie „Alltagsnormalität“ und „Familienleben“ und knüpft am Bedarf vieler SeniorInnen an, die trotz Schutz-, Betreuungs- und Pflegebedarf an ihren gewohnten Lebensweisen festhalten möchten. Das Leben in der Hausgemeinschaft ermöglicht den BewohnerInnen ein deutlich höheres Maß an Autonomie und Selbstständigkeit. Zugleich wird eine Wohnatmosphäre geschaffen, die es ihnen erleichtert, sich auch im Pflegeheim zu Hause zu fühlen, ohne auf Geborgenheit und größtmögliche Sicherheit zu verzichten.

In anderen Ländern wurden solche Hausgemeinschaften bereits erfolgreich realisiert. Die St. Anna-Hilfe hat dieses Konzept zunächst in Stadl Paura (seit April 2005) und inzwischen auch in ihrem neu errichteten Haus in Nüziders (Vorarlberg) umgesetzt.



### **Das Konzept der Hausgemeinschaften**

Ziel der Hausgemeinschaften ist es, pflegebedürftigen Menschen ein ihnen eingeschränkten Möglichkeiten angepasstes Wohnumfeld zu schaffen, in dem Selbstständigkeitspotenziale erhalten bleiben oder verloren geglaubte Fähigkeiten wieder aktiviert werden. Selbstverständlich werden auch die notwendigen pflegerischen Hilfen geleistet. Im Unterschied zu herkömmlichen Pflegeheimstrukturen sollen diese originär pflegerischen Tätigkeiten aber nicht mehr organisations- und ablaufbestimmend sein, sondern weitgehend als gesonderte Dienstleistungen erbracht werden. Das Kuratorium Deutscher Altenhilfe (KDA) beschreibt diesen anderen Ansatz in einer Broschüre schlagwortartig als „Ersetzung des Primates der Pflege durch ein Primat des Wohnens“.

Räumliches Zentrum jeder Hausgemeinschaft ist die Wohnküche, so wie es viele BewohnerInnen auch von ihrem früheren Zuhause gewohnt waren. Helle, wohnlich gestaltete Bewohnerzimmer bieten Rückzugsmöglichkeiten in die Privatsphäre. Zusätzliche großzügige und klar strukturierte Gemeinschaftsflächen und der beschützende Garten ermöglichen Geselligkeit und Kontakt, Orientierung und Mobilität.

### **Organisation der Hausgemeinschaften**

Bisher verhinderte die – aufgrund bestehender organisatorischer Erfordernisse vorgegebene – Fremdbestimmung des Alltags in einer Institution wie einem Alten-Pflegeheim die Eigeninitiative der BewohnerInnen und die Übernahme von Verantwortung für eine individuelle Lebensführung. Mit dem Hausgemeinschaftskonzept verfolgen wir in der St. Anna-Hilfe Österreich einen neuen Ansatz in der Versorgung von pflege- und betreuungsbedürftigen alten Menschen.

Weg von einer zentralen Versorgung, hin zu familienähnlichem Wohnen wie vormals in den eigenen vier Wänden – jedoch mit dem notwendigem Maß an Sicherheit und individueller Pflege und Betreuung kennzeichnet die Organisation der Hausgemeinschaften. Mit dem neuen Wohnkonzept haben sich auch die Aufgaben der MitarbeiterInnen verändert. Neben dem gewohnten Pflegeteam kam jetzt das Team der AlltagsmanagerInnen dazu. Auch sind die MitarbeiterInnen der Wäscherei und der Reinigung in das Alltagsgeschehen direkt in der Hausgemeinschaft integriert. Alle Dienstleistungen werden in einer interdisziplinären Zusammenarbeit direkt am oder vor den Bewohnern erbracht.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Hauses orientieren sich an den Interessen, Bedürfnissen und pflegerischen Notwendigkeiten der hier lebenden Menschen und versuchen für die Bewohner und Bewohnerinnen ein Zuhause zu schaffen. Dabei findet der persönliche Lebensstil des Einzelnen besondere Beachtung in der Betreuung und Pflege und wirkt sich somit auf die Gestaltung seines Alltags aus. So wie sich ein Bewohner in der Wohnküche jederzeit sein Frühstück machen kann, unabhängig von festen Essenszeiten, entscheidet er auch, ob und wie er sich an der gemeinsamen Haushaltsführung beteiligen möchte. Die passionierte Büglerin findet hier ebenso ein Betätigungsfeld wie der Hobby-Gärtner, der einen Kräutergarten anlegt und pflegt.

Angehörige sind in der Hausgemeinschaft willkommene Gäste und werden in das Geschehen selbstverständlich einbezogen.

### **Praktische Erfahrungen bestätigen das Konzept**

Am 16. Juni 2005 wurde das Sozialzentrum Kloster Nazareth feierlich eröffnet. Erstmals in Oberösterreich wurde innerhalb der gültigen Förderrichtlinien und Vorgaben der Alten- und Pflegeheimverordnung ein neues Alten- und Pflegeheim nach dem Modell der stationären Hausgemeinschaften konzipiert, strukturiert und errichtet.



In den acht Hausgemeinschaften in Stadl Paura leben jeweils zehn Bewohnerinnen und Bewohner. Dort werden weitgehend alle Angelegenheiten des täglichen Lebens in die Wohngruppe integriert. Hier wird gekocht, gespült, Wäsche gewaschen und versorgt. Die Bewohner erleben diese vertrauten Alltagstätigkeiten mit, können sehen, riechen und hören, was passiert und sie können sich je nach Lust und Fähigkeit dabei auch einbringen und mitmachen. Doch wie zu Hause ist es auch erlaubt, nur zuzuschauen.



Alle Dinge des täglichen Lebens, die nicht von den Bewohnern selbst geleistet werden können, werden von den so genannten AlltagsmanagerInnen im Zusammenhang mit den Tagesaktivitäten und/oder durch das Pflegeteam erbracht. Zugleich sind die AlltagsmanagerInnen Ansprechpartner und Bezugspersonen für die Bewohner, ebenso wie für ihre Gäste. Dadurch entsteht in den einzelnen Hausgemeinschaften auf Dauer eine familienähnliche Struktur, die Geborgenheit, Überschaubarkeit und Gemeinschaft bietet.



Die AlltagsmanagerInnen übernehmen in den Einrichtungen der St. Anna-Hilfe keine pflegerischen Aufgaben. Diese obliegen weiterhin ausschließlich den MitarbeiterInnen des Pflegeteams. Befürchtungen, dass die Trennung der Aufgaben zur Unzufriedenheit vor allem bei Pflegemitarbeitern führen könnte, haben sich nicht bestätigt. Das Zusammenwirken von PflegemitarbeiterInnen und AlltagsmanagerInnen wird zwischenzeitlich von allen Beteiligten als sehr förderlich betrachtet, weil sich jeder auf seine Kernaufgaben konzentrieren kann.

Am wichtigsten sind natürlich aber die Verbesserungen für die BewohnerInnen. Es ist eine Freude zu erleben, wie viele Bewohner nach dem Umzug in die Hausgemeinschaften aktiver geworden sind, häufiger ihr Zimmer verlassen und die Gemeinschaft suchen oder sich beispielsweise an der Zubereitung des Essens beteiligen. Sie reden mit, was es zu essen gibt oder wie etwas gekocht werden soll. Es gelingt, dass sich die Bewohner in den Hausgemeinschaften weitaus mehr als bislang daheim fühlen und bereit sind dieses Daheim aktiv mit zu gestalten.



„Die Linien des Lebens sind verschieden  
wie Wege sind und wie Berge Grenzen.  
Was hier wir sind, kann dort ein Gott ergänzen  
Mit Harmonien und ewigem Lohn und Frieden.“

*Friedrich Hölderlin*

Wir sind davon überzeugt, mit den stationären Hausgemeinschaften eine interessante Alternative zum klassischen Alten- und Pflegeheim für ältere Menschen und deren Angehörige bieten zu können. Für nähere Informationen stehen wir ihnen gerne zur Verfügung.

**Doris E. Kollar, MAS**

Krankenpflegeausbildung am AKH / Linz, Universitätslehrgang für Krankenhausmanagement an der Wirtschaftsuniversität Wien - Master of advanced studies; TOEM Führungskräfte Training; EU-Heimleiterlehrgang.

1993 / 2000 Leitende OP – DGKS für Gefäß-, Thorax- und Herzchirurgie AKH Linz,

ab 1992 Mitarbeit beim Aufbau der Kinderherzchirurgie am AKH Linz; Praktikum an der OP –

Abteilung f. Herzchirurgie der Charité – Medizinische Fakultät der Humboldt Universität zu Berlin

2001/2004 Pflegedirektorin im Diakonissen Krankenhaus Linz;

seit 2004 Regionalleitung für OÖ in der St. Anna-Hilfe für ältere Menschen gGmbH

**Doris E. Kollar**

Regionalleitung Oö

*doris.kollar@st.anna-hilfe.at*

**Sozialzentrum Kloster Nazareth**

Am Bräuberg 1

4651 Stadl Paura

*stadl-paura@st.anna-hilfe.at*

*www.st.anna-hilfe.at*



**E** **Landes- Pensionisten- und  
Pflegeheim Retz**

## **Mit durchdachter Führungsphilosophie zum Erfolg**

Das NÖ Landes- Pensionisten- und Pflegeheim Retz ist ein Dienstleistungsunternehmen, das 108 BewohnerInnen betreut. Es beschäftigt rund 85 MitarbeiterInnen und 20 ehrenamtliche MitarbeiterInnen.

Wir sehen unsere BewohnerInnen als gleichwertige Partner und wollen eine gute Lebensqualität für beide Seiten (BewohnerInnen und MitarbeiterInnen).

## **Das Leitbildkonzept:**

Grundlage des Zusammenlebens und aller Arbeit bildet so wie in vielen Unternehmen das Leitbild und Pflegeleitbild. Die Besonderheit des Pflegeleitbildes ist, dass es nicht nur aus einem schön formulierten Text besteht, sondern, dass der Inhalt bis zur Basis nachvollziehbar gemacht wird. Dazu war es notwendig, ein Lexikon zu Schlüsselbegriffen zu formulieren, sich ebenso Ziele zu setzen und darauf aufbauend Maßnahmen für jeden Bereich. Wichtig dabei ist auch, dass das Leitbild ständig in den Köpfen lebt, durch permanente Evaluierung und Aktualisierung.

## **Die Führungsphilosophie:**

Das Wohlbefinden und die Gesundheit der MitarbeiterInnen tragen wesentlich zum Erfolg der Dienstleistung bei. Aus diesem Grund ist es notwendig, Konzepte zu entwickeln, durch die diese Philosophie umgesetzt werden kann. So wurden z. B. ein Wohlfühlpaket und ein Mitarbeitergesundheitspaket geschnürt, in denen durch viele Maßnahmen sehr auf Gesundheitsbewusstsein und Wohlfühlen wertgelegt wurde. (Gemeinsamer Besuch einer Therme, Familienwandertag, Yogakurse, Feng Shui Beratung, Familienfest, Wohlfühl- und Motivationsseminar,...) Genau so wichtig für die Motivation aller ist das Eingehen auf besondere Bedürfnisse der MitarbeiterInnen bei der Dienstplangestaltung und eine flexible Arbeitseinsatzplanung sowie regelmäßige Fortbildungsangebote und ein partnerschaftliches Miteinander von Führung und MitarbeiterInnen.

Die dadurch erzielte Motivation bewirkt einen gelasseneren Umgang mit den in dieser Zeit überall begrenzten Ressourcen und somit auch eine bessere Qualität in der Dienstleistung am Kunden.

„Erfolgreiches Altern im LPPH Retz“:

## **Ziel ist es,**

- Selbstständigkeit erhalten
- Erhöhung der Lebensqualität
- Verbesserung der sozialen Kompetenz im Pflegebereich
- Verringerung der Medikamente

## **Durch gezieltes Bewusstmachen der für die Altenpflege wichtigen 5 Säulen:**

- Selbstbestimmung
- Sinn finden
- Soziale Kontakte
- Gesundheit
- Beschäftigung

sollen die MitarbeiterInnen selbst Wege entwickeln, den BewohnerInnen noch mehr die Lebensqualität zu bewahren oder sogar zu steigern, sodass wir dem Leitsatz- „Wir pflegen so, dass eine gute Lebensqualität für beide Seiten ermöglicht wird – es darf auch Spaß machen.“ – gerecht werden.

### **DGKP Stefan Fehringer**

Nach der Matura einige Semester Theologie- und Anglistikstudium.

Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in Horn.

Intensivstation allgm. öffentl. KH Hollabrunn

Stationsleitung LPPH Retz

Stationsleitungslehrgang St. Pölten

Seit 2001 Pflegedienstleiter LPPH Retz

2004 Abschluss Universitätslehrgang für leitendes Krankenpflegepersonal – Med. Uni Wien

Seit 2004 (zusätzlich zur Aufgabe als Pflegedienstleiter) Projektkoordinator für elektronische Pflegedokumentation der NÖ Landesheime im Auftrag der NÖ Landesregierung.

### **DGKP Stefan Fehringer**

Akademischer Leiter des Pflegedienstes

#### **NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheim Retz**

Rudolf Resch Gasse 6 / A-2070 Retz

Tel.: 0 29 42 - 22 48

Mail: [lp-ph.retz@noelandesheime.at](mailto:lp-ph.retz@noelandesheime.at)

Web: <http://www.lp-ph-retz.at>



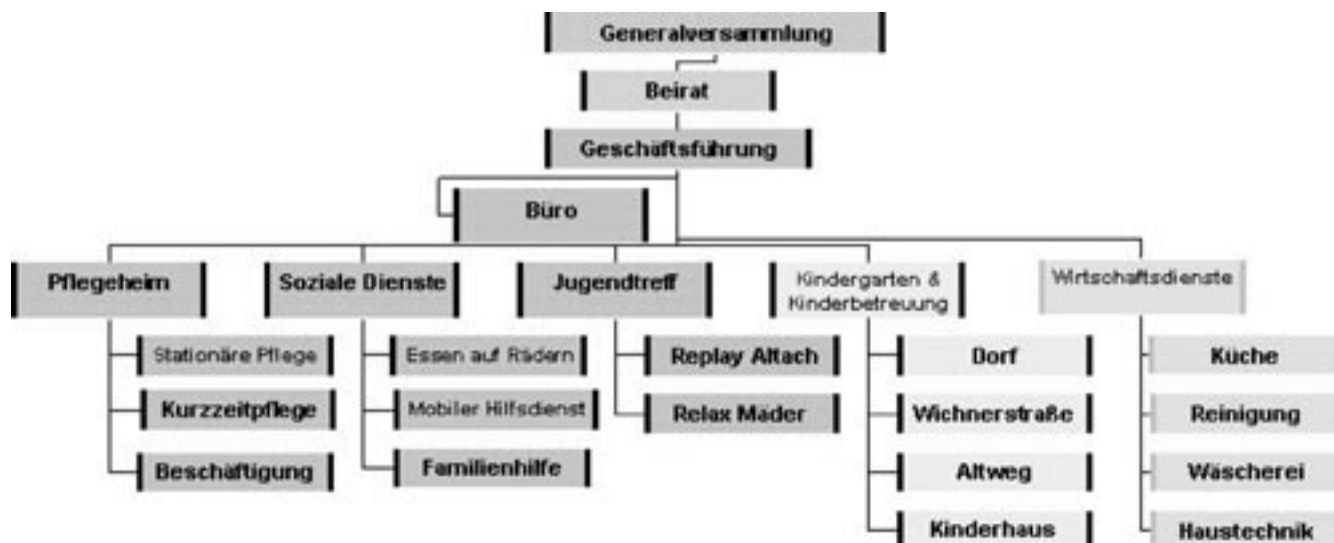


**☐☐E Sozialzentrum Altach**

**Das Generationenmodell:**

Das Sozialzentrum Altach wurde von der Gemeinde Altach im Jahr 1997 gegründet. Es wird als gemeinnützige Gesellschaft mbH geführt, die Arbeit geschieht ohne Absicht auf Gewinn. Aufbauend auf die Erfahrungen im Pflegeheim haben sich die Aufgaben kontinuierlich erweitert, die Vielfalt des Angebots trägt heute zu einer verbesserten Lebensqualität der Altacher Bevölkerung bei.

Das Sozialzentrum Altach ist ein Ort für Menschen, die vorwiegend in unserem Dorf oder in der Region geboren werden, hier aufwachsen, leben, arbeiten und alt werden. Es ist ein Raum, der die Geborgenheit der Familie auf die Gemeinschaft hin erweitert: Die Angebote richten sich an Kinder, Jugendliche und ihre Eltern, an Familien, an alte oder pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige.



Das Generationenmodell ist ein gewachsenes und gelebtes Modell. Es umschließt die organisatorisch internen Bereiche Pflegeheim, Kindergarten und Kinderbetreuung, Jugendtreff und die organisatorisch externen Bereiche Volksschulklasse (im selben Gebäude) und Hauptschule.

Kernstück des Generationenmodells ist die Volksschulklasse, welche sich im selben Gebäude wie das Pflegeheim befindet. Aus einer Platznotsituation hat sich ein sehr lebendiges Stück Integration entwickelt. Dabei spielen auf der einen Seite die spontanen täglichen Kontakte zwischen VolksschülerInnen und BewohnerInnen in den Unterrichtspausen eine wichtige Rolle. Auf der anderen Seite geplante Projekte wie z.B. das Projekt „ich habe einen alten Freund/eine alte Freundin im Sozialzentrum“. Dabei haben die SchülerInnen die „Betreuung“ von HeimbewohnerInnen übernommen im Sinne regelmäßiger Kontakte durch Spazieren gehen, Spielen, Gespräche führen, Briefe schreiben und Ähnlichem. Da die SchülerInnen über den kompletten Zeitrahmen von vier Volksschuljahren dieselben BewohnerInnen betreuen, werden zum Teil sehr intensive Kontakte gepflegt. Nicht selten sprengen diese den Rahmen des Projekts – BewohnerInnen werden privat von Familien eingeladen, manchmal auch noch nach Abschluss der Volksschule.

Die Volksschulklasse sorgt des weiteren noch für Rahmenprogramme bei Festen wie Nikolausfeier, Weihnachtsfeier oder Faschingsfeier.

Der Bereich Kindergarten & Kinderbetreuung umfasst die Kindergärten mit verschiedenen Standorten und die Kinderbetreuung im Kinderhaus.

Gemeinsame Veranstaltungen mit der Kinderbetreuung haben bereits Tradition wie z.B. in der Vorweihnachtszeit ein gemeinsam organisierter Basar. Die BewohnerInnen des Pflegeheims und die



Kinder der Kinderbetreuung basteln und backen z.T. gemeinsam die Produkte, welche sie beim Basar verkaufen. Im Verlauf des Jahres gibt es immer wieder Kontakte bei Turnstunden, Bastel- und Spielnachmittagen aber auch bei Besuchen der HeimbewohnerInnen im Garten des Kinderhauses.

Jedes Jahr hat einer der vier Kindergärten einen Schwerpunkt zum Thema „Jung und Alt“. Beginnend mit einer Hausführung werden dann regelmäßig gemeinsame Veranstaltungen gemacht. Dabei steht die spielerische Komponente im Vordergrund. Gemeinsame Bastel- und Spielnachmittage sowie Turnstunden werden durchgeführt.

Nach dem Motto „Qualität vor Quantität“ sind die Kontaktpunkte zwischen Jugendlichen des Jugendtreffs „Replay“ und den BewohnerInnen des Pflegeheims organisiert.

Bei den Veranstaltungen steht der Dialog im Vordergrund. So wurde z. B. eine Veranstaltung mit dem Titel „Freizeitgestaltung früher und heute“ organisiert. Die Jugendlichen haben dabei einen selbst gedrehten Film präsentiert und anschließend wurde in einer großen Runde über die Unterschiede zu früher gesprochen. Weiters werden vom Jugendtreff sporadisch Seniorencafes angeboten.



Die Caritas Vorarlberg hat 2004 und 2005 das Projekt „Generationen zusammen“ durchgeführt. In diesem Rahmen waren Jugendliche der Hauptschule Altach im Pflegeheim. Dabei ging es um soziales Lernen. Je zwei SchülerInnen haben dabei eine BewohnerIn betreut. Es wurden dabei regelmäßige Besuche durchgeführt, bei denen, den Wünschen der HeimbewohnerInnen entsprechend, Programm gemacht wurde.

Ein klassisches Beispiel für einen gewachsenen und gelebten Teil des Generationenmodells stellen Kinder von MitarbeiterInnen und BesucherInnen dar. Eingebunden in die laufenden Aktivitäten des Alltags spielen diese eine nicht unwesentliche Rolle vor allem wenn es um die Akzeptanz des Generationenmodells bei MitarbeiterInnen und BesucherInnen geht.



### **Aspekte zum Thema Nutzen des Generationenmodells:**

Der Fokus der folgenden Betrachtung ist eindeutig auf die Sicht des pflegebedürftigen Menschen im Heim und dessen Umwelt gerichtet. Über den Nutzen für Kinder und Jugendliche kann an dieser Stelle nur auf positives Feedback der MitarbeiterInnen aus diesen Bereichen verwiesen werden.

Aus der Sicht der HeimbewohnerInnen sollte zunächst der Aspekt der „Normalisierung“ der Heimsituation angesprochen werden. Viele Menschen kommen aus Familien und sind gewohnt, mehrere Generationen an einem Tisch zu haben. Durch regelmäßige Kontakte mit denselben Personen ergibt sich auch die Möglichkeit, Beziehungen aufzubauen. Gespräche mit Kindern fördern ein Erinnern, was sich speziell bei verwirrten Menschen positiv auswirken kann.

Durch gemeinsame Aktivitäten von Jung und Alt wird der Heimalltag unterbrochen – gelegentliche Konflikte wegen Lärm sind eher selten und stellen auch eine „Normalität“ dar.

Die meisten Angehörigen betrachten das Generationenmodell als Bereicherung mit hoher gesellschaftlicher Akzeptanz. Das Sozialzentrum als Ort der Begegnung wird dadurch offen womit einer Gettoisierung vorgebeugt werden kann.

Aus der Sicht der MitarbeiterInnen steht vor allem die steigende Attraktivität des Arbeitsplatzes durch mehr Abwechslung im Vordergrund. Die PflegemitarbeiterInnen können agieren und nicht nur reagieren und es besteht



die Möglichkeit mehr über die zu pflegenden Menschen zu erfahren. Ein nicht zu unterschätzender positiver Aspekt ist, dass das in der Öffentlichkeit nicht immer gute Bild der Pflege verbessert werden kann. Über das Vehikel „Kinder“ können Pflege-themen besser transportiert werden.

Ein gewachsenes und gelebtes Projekt setzt motivierte, kompetente und kreative MitarbeiterInnen voraus. Entscheidend aus Sicht der Leitung ist, allen beteiligten klare Rahmenbedingungen zu schaffen und sie innerhalb dieser autonom arbeiten zu lassen.



### **Mag. Gerhard Fend**

Abschluss Krankenpflegeschule Innsbruck  
Anstellung als DGKP an der Universitätsklinik in Innsbruck  
Studium der Politikwissenschaft an der Universität Innsbruck  
Anstellung als DGKP im Pflegeheim Dornbirn  
Anstellung als Pflegedienstleiter im Altenwohnheim Höchst  
Ausbildung zum Pflegeexperten beim IGK in Bregenz  
Anstellung als Pflegedienstleiter im Sozialzentrum Altach

### **Mag. Gerhard Fend**

Pflegedienstleiter

#### **Sozialzentrum Altach Gemeinnützige GmbH**

Achstraße 8 / 6844 Altach

Tel. 05576/7172-0

Mail: [sozialzentrum@altach.at](mailto:sozialzentrum@altach.at)

Web: <http://www.altach.at/sozialzentrum>



**G** **Das Wohnzimmerkonzept –  
Idee und Umsetzung**

## ☐☐G Das Wohnstubenkonzept – Idee und Umsetzung

### Stiftung Nothburgaheim, Innsbruck



Die Nothburgastiftung in Innsbruck wurde 1932 von der katholischen Dienstmädchenorganisation gemeinsam mit dem Wiltener Chorherrn Dominikus Dietrich gegründet mit dem Ziel der Altersversorgung für Dienstmädchen.

Als Vorsitzender der Stiftung und Leiter des Kuratoriums, das die Stiftung verwaltet, wurde der Dompropst von Innsbruck eingesetzt. Ziel und Zweck der Stiftung war und ist das Betreiben eines Altenheimes. Damals wurde das Haus am Innrain 39 erbaut und gemeinsam mit dem danebenliegenden Krausenheim bezogen.

Im Laufe der Jahrzehnte und der sich ändernden Bedürfnisse alter Menschen wurde das Konzept weiterentwickelt und im Jahre 1999 der Start für den Bau eines neuen Hauses gegeben. Das alte Gebäude konnte an die Stadtgemeinde verkauft werden. Gemeinsam mit dem Kapuzinerorden wurde ein „Haus der Generationen“ errichtet. Der Kindergarten des Seraphischen Liebeswerkes sowie das Altenwohn- und Pflegeheim befinden sich unter einem Dach. Im angrenzenden Wohnhaus ist ein Stockwerk mit betreuten Wohnungen mit dem Heim verbunden.

Im Frühjahr 2005 erweiterte sich das Angebot um eine Tagesbetreuungseinrichtung, die „Nothburgastube“.

Von 1982 bis 2002 leitete Frau Helga Stabentheiner, die aus der ambulanten Altenbetreuung langjährige Erfahrungen mitbrachte, das Nothburgaheim und entwickelte in dieser Zeit gemeinsam mit den MitarbeiterInnen ein Betreuungskonzept, das auf 4 Säulen ruht:

- 1) Normalitätsprinzip** – normal ist es, dass ein alter Mensch zu Hause alt werden möchte. Die Herausforderung ist es also, soviel Normalität wie möglich auch im Heim anzubieten. Das geht von den Stofftischdecken über den Tagesablauf bis hin zu Haustieren, Kindern, Blumen, etc.
- 2) Individualitätsprinzip** – jeder Mensch ist einzigartig, sagt sich leicht. Wie kann ich das aber in einem Heimbetrieb mit 65 BewohnerInnen gewährleisten? Eigene Möbel, eigene Bilder, Vorhänge und Lampe, Haustiere, soziales Umfeld miteinbeziehen, Biographiearbeit. Das Wohnstubenkonzept und die hauseigene Küche ermöglichen einen größeren Spielraum bei den Essenszeiten, sodass auf individuelle Gewohnheiten eingegangen werden kann.
- 3) Bedürfnisorientierung** – Basis ist das Abdecken der Grundbedürfnisse Wohnen, Essen, Pflege und Betreuung; darüber hinaus geht es um das Erspüren und Wahrnehmen der Bedürfnisse der Seele und des Herzens: Sicherheit, Zuwendung, Wertschätzung, Anerkennung, etwas beitragen können, mit sich und der Welt ins Reine kommen, mit dem Leben gut abschließen können. In diesem Bereich sind die

ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sehr wertvoll, die im Rahmen von Besuchsdiensten Zeit zur Verfügung stellen und Vertrauensbeziehungen aufbauen. Auch die geistliche und spirituelle Begleitung sollte als Angebot vorhanden sein.

- 4) Ansatz an den Familienstrukturen** – ganz bewusstes Miteinbeziehen der Angehörigen aber auch des sonstigen sozialen Umfeldes (Freunde, Nachbarn) und organisatorischer Aufbau in familienähnlichen Wohngruppen. Die Teams in den Stockwerken arbeiten autonom, die Leitung ist als Team organisiert.

Die Pflege und Betreuung orientiert sich an dem **Konzept der Wahrnehmenden Pflege und Betreuung**, bei der ein wichtiger Grundsatz die Stärkung der MitarbeiterInnen ist.

Mit dem Neubau des Nothburgaheimes in Innsbruck wurde vor fünf Jahren ein **Wohngruppenkonzept** verwirklicht, das immer wieder Interesse hervorruft. Im Folgenden ein Interview mit der damaligen Heimleiterin, Frau Helga Stabentheiner.

*Wie entstand die Idee der Wohnstuben?*

**„Den ersten Impuls gab der Großvater.**

Wir pflegten ihn zu Hause. Ich beobachtete, wie er immer, wenn in der Küche etwas los war, kam und sich an den Küchentisch setzte. Er genoss es sichtlich, einfach dabei zu sein und zu sehen, was vor sich ging. Hier erfuhr er die Neuigkeiten und konnte seine Geschichten erzählen. Er sah, was gekocht wurde – er war eingebunden in den normalen Alltag, er gehörte dazu.

Bei der Planung des neuen Nothburgaheimes führten wir viele Gespräche, konnten viele Heime besuchen, Pflege- und Betreuungskonzepte kennen lernen. Wir befragten immer wieder alte Menschen selbst, Angehörige und Pflegende: Wie kann aus einem Alten- und Pflegeheim ein menschengerechtes Zuhause werden?

Ein Vorteil war, dass wir **jahrelange Erfahrung in der Altenarbeit** hatten, sowohl in stationären als auch in familiären und ambulanten Organisationen.

Nach einem **Besuch in Heimen in Holland** wuchs die Idee des Wohnstuben-Konzeptes.

Unter anderem besichtigten wir ein Heim für Menschen mit Demenzerkrankungen. Es war abends, als wir in diesem Hause ankamen.

Trotz fortgeschrittener Zeit war im Haus noch viel Aktivität. Wir wurden in einem Cafe empfangen, in dem die BewohnerInnen mit Angehörigen oder Freunden saßen. Einige tanzten zur Musik der 30-er Jahre, eine kleine Band spielte.

Nach einem Rundgang durch das Haus fanden wir uns in einem großzügig angelegtem Wohnzimmer wieder, inzwischen war es 22 Uhr. In diesem Wohnzimmer befanden sich ca. 15-20 Menschen. Einige von ihnen sahen fern, einige spielten Brettspiele, andere sahen einfach zu. Mitarbeiter assistierten und eine Frau leitete das ganze Geschehen. Uns wurde erklärt, dass dieser Mensch, der die Verantwortung für ein solches Wohnzimmer trägt, „lebende Mitte“ genannt wird.

Wir waren fasziniert, was um eine solche „lebende Mitte“ passieren kann. Wie viel Sicherheit, Orientierung, Gelöstsein, Natürlichkeit in dieser Stube zu erkennen war.

Wir bemerkten den Unterschied zwischen den Heimen, mit und ohne diesem Wohngruppenkonzept.

In der Planung des Nothburgaheimes nahmen wir diese Ideen auf. **Wir waren sicher, dass dieses Konzept nicht nur für demenzerkrankte Menschen Zufriedenheit, Orientierung und Sicherheit bringt, sondern auch für orientierte BewohnerInnen ein maßgeblicher Qualitätsbeitrag sein kann.“**

## Wie schaut denn so eine Stube aus?

„Architekt Richard Gratl und Architekt Sieghard Zimmermann haben mit der baulichen Gestaltung die Grundlage gelegt: ein heller zum Gang hin offener Raum mit Zugang zu Balkon oder Terrasse. Die Ausstattung mit einem Kachelofen, verschiedenen Tischen, Sitzecken, Kredenzen und einem Küchenblock ermöglichen ein vielfältiges Miteinanderleben und arbeiten.

Ein wesentliches Element ist hier, dass die Bewohnerinnen und Bewohner eingeladen sind, auch die Stube, also ihren Wohnbereich, mit eigenen Möbeln oder Gegenständen zu bereichern. Die Idee war, den BewohnerInnen nicht nur ein Zimmer (in den meisten Debatten ist überhaupt nur von „Betten“ die Rede) zur Verfügung zu stellen, sondern auch den Gangbereich vor dem Zimmer und die Stuben als Wohn- und Esszimmer in der Gemeinschaft.

Die Leitung dieser Stube hat eine Hausfrau.

Die Voraussetzungen, die eine Hausfrau benötigt, sind vor allem Herzenswärme, integrative soziale Kompetenz und Umsicht. Die Ausbildung zur AltenfachbetreuerIn wäre förderlich, wiedereinsteigende Frauen nach der Familienphase haben meist die beste Qualifikation.“



## Wie läuft das nun im Konkreten ab?

„In den Stuben wird das Essen eingenommen, zusammen gearbeitet, geredet, gesungen, gefeiert. Es kann zusammen gekocht, gebügelt, aufgedeckt, Blumen umgetopft, Besucher empfangen werden - wie zuhause in der Küche auch. Und in der Mitte ist die Hausfrau. Die persönlichen Talente und Vorlieben der Hausfrau machen die Individualität in den Stuben sichtbar. In einer Stube wird viel gesungen, in einer anderen wieder oft gekocht und in der dritten wird viel gewerkt.“



## Das klingt sehr gemütlich, aber ich kann mir vorstellen, dass es auch Menschen gibt, die lieber allein sind?

„Ein wichtiger Hinweis. **Die Freiheit des Wählen Könnens** ist von großer Bedeutung - nicht jeder alte Mensch will das gleiche. Es wurde auch die Essmöglichkeit in einem restaurantähnlichen Raum im Parterre oder in der eigenen Wohneinheit eingeplant.

Wählen können bringt Entspannung, Wohlbefinden, und ein Freiheitsgefühl.

Ich bin hier zuhause. Ich habe die Wahl.“

*Entstehen da nicht Konflikte?*

„Natürlich. Dürfen sie das nicht? Das ist das Leben. Man kann ja nicht erwarten, dass wildfremde Menschen, die im Altersheim zusammenkommen, auf Knopfdruck ein Herz und eine Seele sind. **Es ist vielmehr die Frage – wie löst man die Konflikte** wieder so, dass wir aus Fehlern gelernt haben und einen Schritt weitergekommen sind. Wenn uns das gelingt, tragen wir möglicherweise auch dazu bei, dass durch ein ganzes Leben getragene Konflikte befriedet werden können.“

*Was ist deiner Meinung nach das Wesentliche, damit das Konzept aufgeht?*

„**Die Wohnstube sollte das prägende Element des Heimes sein.** Um dieses Element herum findet Pflege, Hauswirtschaft und andere Tagesaktivitäten statt. Wichtig ist das Ineinandergreifen der verschiedenen Berufssparten – Multiprofessionalität ohne hierarchische Anordnung – ein familienähnliches Team. Damit Gemeinschaft entstehen kann, muss auch der Bewohner und die Bewohnerin gleichberechtigt mitgestalten können. Sie denken und planen mit, äußern Kritik und sind eingebunden in den Alltag, sie sind letztendlich die Hausherren und Damen – wir sind die Dienstleister.“

*Siehst du Entwicklungsperspektiven dieses Wohngruppenkonzeptes?*

„Eine Entwicklungsperspektive ist sicherlich noch **mehr Autonomie** für die einzelnen Wohnstuben. Angedacht wird z.B. ein eigenes Budget, aus dem kleinere Anschaffungen, Nachschaffungen, zum Ablauf notwendiger Dinge bezahlt werden. Das geht von Tischdecken bis zum Fernseher, von den Blumen bis zu einer Festgestaltung. Und dann sehe ich schon auch die Möglichkeit, **dass sich ein Altersheim überhaupt auflöst in kleinere Wohneinheiten** – wie es ja im Behindertenbereich auch passiert ist. Ziel muss sein und bleiben, dass wir den alten Menschen bis an sein Lebensende als vollwertigen Menschen sehen, dessen Körper, Geist und Seele mehr oder weniger Unterstützung und Pflege brauchen, dessen Lebens- und Wohnbedürfnisse aber die gleichen sind wie in anderen Lebensaltern. Wir bleiben Menschen, die das Leben leben können, bis es sich in ein anderes verwandelt.“

### **Bärbel Jordan-Ruef-Stabentheiner**

geb. am 6.12.1957 in Innsbruck

Matura am Wirtschaftskundlichen Realgymnasium der Ursulinen; 2 jähriges Fremdenverkehrskolleg, Kunstgeschichtestudium (nicht abgeschlossen)

Familienphase (3 inzwischen erwachsene Kinder), Arbeit in einer Werbeagentur, Öffentlichkeitsarbeit in einem Sozialökonomischen Betrieb, 10 Jahre in der Geschäftsführung der Landespartei der Tiroler Grünen, seit November 2000 Angestellte der Stiftung Nothburgaheim mit folgenden Aufgabenbereichen: Öffentlichkeitsarbeit, PR-Management, Betreuen des Freundeskreises und der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, Sponsoring, Tagesgestaltung, Projekte mit Studierenden, SchülerInnen; Aufbau und Leitung der Tagesbetreuungseinrichtung „Nothburgastube“.

### **Bärbel Jordan-Ruef-Stabentheiner**

Leiterin der Tagesbetreuung

**Stiftung Nothburgaheim** Altenwohn- und Pflegeheim

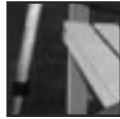
Kapuzinergasse 4a / 6020 Innsbruck

Tel.: 0512 – 9398

Mail: [stiftung@nothburgaheim.at](mailto:stiftung@nothburgaheim.at)

Web: <http://www.nothburgaheim.at>





□□G **Anhang**

## **PROGRAMMABLAUF**

### **Fachtagung ‚Altenpflege anders‘**

**vom 14. Oktober 2005, Linz - Altes Rathaus**

09:00 - 09:15 Begrüßung durch **Stadtrat Jürgen Himmelbauer**, Bezirkssprecher der Grünen Linz, und  
3. Landtagspräsidentin **Doris Eisenriegler**, Sozialsprecherin der Grünen OÖ

09:15 - 09:45 Impulsreferat - **Univ.Prof. Dr. Franz Kolland** (Institut für Soziologie, Universität Wien):  
„Wohnbedürfnisse und Lebensqualität im Alter“

10:00 - 10:30 Impulsreferat - **Dr.<sup>in</sup> Margit Scholta** (Sozialabteilung des Landes OÖ, ehem.  
Leiterin der Altenpflegeschule Linz): „Altersheime im Wandel der Zeit“

10:45 - 11:15 *Kaffeepause*

11:15 - 11:45 Impulsreferat - **Doris E. Kollar, MAS** (Regionalleiterin St. Anna Hilfe für  
ältere Menschen gGmbH): „Hausgemeinschaftsmodell – die neue Generation  
der Heime?“

### **Mittagspause**

14:30 - 15:00 Impulsreferat - **OA Dr. Christian Jagsch** (Psychiatrische Klinik Wels):  
„Demenz, eine neue Herausforderung in der Altenbetreuung?“

15:15 - 15:30 Kurzreferat - **DGKP Stefan Fehringer** (Pflegedienstleiter):  
Pfleheim Retz (NÖ) - Innovationspreisträger der  
Österreichischen Altenpflege 2004

15:30 - 15:45 Kurzreferat - **Mag. Gerhard Fend** (Pflegedienstleiter):  
Sozialzentrum Altach (Vbg.): „Das Generationen-Modell“

15:45 - 16:00 Kurzreferat - **Bärbel Jordan-Ruef-Stabentheiner** (Leiterin der Tagesbetreuung):  
Nothburgaheim Innsbruck (Tirol): „Das Wohnstuben-Modell“

16:00 - 17:00 Zusammenfassung und Fragen an die Referierenden







## **edition zuDritt** Der Verlag der Grünen Bildungswerkstatt OÖ

Die „edition zuDritt“ wurde 1999 gegründet und ist der Verlag der Grünen Bildungswerkstatt Oberösterreich. Die Aufgabe dieses Verlages ist die Herausgabe von Publikationen, die sich mit der Politik der Grünen beschäftigen bzw. Aktivitäten und Themen der Grünen Bildungswerkstatt dokumentieren. Weiters werden damit auch Menschen unterstützt, die sich aktiv am gesellschaftspolitischen Geschehen beteiligen.

### **Neuerscheinungen**



**Elisabeth KLATZER / Michaela NEUMAYR**  
**Das geschlechtergerechte Gemeindebudget**

Ein Leitfaden zur Einführung des Gender Budgeting auf kommunaler Ebene

1. Auflage 2006, 80 Seiten, A4 broschürt, Preis: Euro 7,90  
Subskriptionspreis für Grüne Mitglieder Euro 5,50



**Erich Dallhammer**  
**Den Räumen mehr Ordnung**

Ein Leitfaden zur Raumordnungspolitik in den oberösterreichischen Gemeinden

1. Auflage 2006, 78 Seiten, A4 broschürt, Preis Euro 7,90  
Subskriptionspreis für Grüne Mitglieder Euro 5,50

### **Vor kurzem erschienen:**



**Andrew Kilpatrick:**  
**Sanfte Mobilität in der Gemeinde**

Ein Leitfaden für eine andere Verkehrspolitik in kleinen und mittleren Kommunen

Erscheint Ende Mai 2005,  
ca. 70 Seiten, A 4 broschürt, Preis: Euro 7,90  
Subskriptionspreis für Grüne Mitglieder Euro 5,50



**Rolf Moser:**  
**Das Handyhandbuch**

Kritische Bestandsaufnahme der Mobilfunktechnologie  
3. und vollkommen überarbeitete Auflage,

Erscheint Ende Mai 2005  
ca. 74 Seiten, A 4 broschürt, Preis Euro 7,90  
Subskriptionspreis für Grüne Mitglieder Euro 5,50



**Rainer Stangl**  
**Gentechnik in der Landwirtschaft**

Hintergründe, Risiken, gesetzliche Regelungen – Chancen für gentechnikfreie Lebensmittel aus gentechnikfreien Regionen

1. Auflage 2005, 64 Seiten, A 4 broschiert, Preis Euro 7,90  
Subskriptionspreis für Grüne Mitglieder: Euro 5,50

Das komplette Verlagsprogramm, sowie nähere Informationen, Bestell- und Downloadmöglichkeit zu allen edition zuDritt-Broschüren gibt es unter [www.ooe.gb.w.at](http://www.ooe.gb.w.at)



**Die Grünen Linz**

# **ALTENPFLEGE ANDERS**

## **TAGUNGSBERICHT**

**OKTOBER 2005, LINZ**

**Zum Inhalt:**

Die Tagung beschäftigt sich mit Alternativen zu herkömmlichen Altersheimen und gibt einen Einblick in den Alltag der BewohnerInnen, die hier ihr gewohnt selbstbestimmtes Leben im Alter fortsetzen können.

Die gehaltenen Impulsreferate sowie Heim-Präsentationen wurden von den jeweiligen ReferentInnen für diesen Tagungsbericht zusammengefasst und illustriert.

ISBN: 3-902009-28-4  
Euro 7,90

