



Interdisziplinäres Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“



Interdisziplinäres Glossar

“Geriatric und Gerontologie

in Österreich“

Impressum:

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit, Sektion II

Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Sektionschef Hon. Prof. Dr. Robert Schlögel, Leiter der Sektion II, BMG

Autorinnen und Autoren:

Sabine Pleschberger, Elisabeth Reitingner, Klaus Wegleitner,

Alexandra Hornek, Katharina Heimerl

Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik, Interdisziplinäre Fakultät
für Forschung und Fortbildung (IFF) Wien, Alpen-Adria Universität
Klagenfurt,

unter Mitarbeit von Daniel Kainz

Wien, im September 2009

Coverfoto: Elisabeth Reitingner

Druck: Druckstelle des BMF

Im Auftrag von:

Bundesministerium für Gesundheit, Sektion II

Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren!

Sprachliche Kommunikation ist Grundelement und Grundvoraussetzung für menschliches Zusammenleben. Richtiges Miteinander entsteht nur, wenn Menschen im wahrsten Sinne des Wortes einander verstehen. Umso bedeutsamer ist dieser Umstand in professionellen Kontexten und beruflichen Handlungsfeldern. Besonders wichtig wird das bei der institutionellen Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Fachdisziplinen in komplexen Arbeitswelten wie dies im Gesundheits- und Sozialbereich der Fall ist. Man denke nur an die möglichen fatalen Folgen bei Verständigungsproblemen.

Eine zusätzliche Steigerung erfährt die Notwendigkeit eines differenzierten, aber gemeinsamen Verständnisses in der Betreuung und Pflege von Alten und Hochbetagten, die von der Hilfe anderer Personen abhängig sind. Deshalb war es eine der ersten Handlungen des im Jahr 2007 im damaligen BMGF installierten Beirates für Altersmedizin, ein interdisziplinäres Glossar zur stetigen Weiterentwicklung der professionellen Versorgung dieser wachsenden Personengruppe zu entwickeln.

Als zuständiger Gesundheitsminister bin ich stolz und sehr dankbar für diese Handreichung an alle involvierten Berufsgruppen. Ich bin auch überzeugt davon, dass dieses kleine Büchlein vielfältig in Gebrauch genommen wird und einen wichtigen Beitrag für das österreichische Gesundheitssystem zu leisten imstande ist.

Ihr



Alois Stöger

Bundesminister für Gesundheit

Einleitung

Alle jene, die im Bereich der Altersmedizin, Altenpflege sowie der sozialen Arbeit und in anderen Berufen mit älteren Menschen arbeiten, sind in der Regel mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Begrifflichkeiten konfrontiert. Dies ist zum einen dem interdisziplinären Charakter des Feldes geschuldet, zum anderen den Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Sozialsystems. Die Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen und die Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Ländern haben ihren Niederschlag in einer Vielfalt von verschiedenen Angeboten und Berufsbildern gefunden. Zusätzliche Dynamik verleihen diesem Arbeitsfeld der demografische Wandel und die damit verbundenen gesellschaftspolitischen Herausforderungen. Auch wenn mittlerweile Maßnahmen zur Harmonisierung eingeleitet wurden - am stärksten ist dies bei den Berufsbildern der Fall - gilt nach wie vor: Wer den Überblick bewahren will und wer über die Grenzen einer Profession, einer Einrichtung oder einer Region kooperieren möchte, muss die Sprache der jeweils anderen verstehen, d.h. zentrale Begriffe und deren Entsprechungen in anderen Berufen und den einzelnen Bundesländern kennen.

Für Deutschland liegt eine „Nomenklatur der Altenhilfe“ vor, herausgegeben vom „Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.“. Sie ist im Jahr 2005 in dritter Auflage erschienen (1. Aufl. 1979) und listet zentrale Begriffe samt Erklärungen lexikalisch auf. Diese Nomenklatur ist angesichts der unterschiedlichen gesundheitssystemischen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen nicht einfach auf Österreich übertragbar. Vor diesem Hintergrund wurde im Herbst 2008 die Erstellung des vorliegenden Glossars vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend beauftragt und über den Beirat für Altersmedizin dieses Bundesministeriums vorangetrieben. Das vorliegende „interdisziplinäre Glossar Geriatrie und Gerontologie in Österreich“ versteht sich als Handreichung für Professionelle in Gesundheitsberufen (Health Professionals) ebenso wie für Verantwortliche in der Politik oder Leistungsträger. Durch gut verständliche Erklärungen und Verweise auf gesetzliche Bestimmungen soll die Arbeit und Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure in den verschiedenen Arbeitsfeldern unterstützt werden. Das Glossar ist somit für ein Fachpublikum verfasst worden und nicht mit Blick auf die Zielgruppe von Seniorinnen und Senioren bzw. deren Angehörige.

Die Liste der Begriffe wurde in einem komplexen Prozess von den Autorinnen und Autoren in Abstimmung mit dem Beirat für Altersmedizin erstellt und sukzessive erweitert. So umfasst das Glossar nun 130 Begriffe, davon 42 Begriffe, die als Querverweise aufgenommen sind. Sehr häufig gibt es mehrere Bezeichnungen aus unterschiedlichen fachlichen Traditionen sowie angesichts der föderalistischen Angebotsstruktur in diesem Sektor in Österreich.

Wir haben versucht, dem komplexen Feld der Geriatrie mit einer interdisziplinären Herangehensweise Rechnung zu tragen und sind dabei von einem erweiterten Verständnis ausgegangen, weshalb beispielsweise auch Begriffe aus dem Bereich Palliative Care enthalten sind.

Für die Erklärung der Begriffe wurde zum einen auf wissenschaftliche Literatur zurückgegriffen, um den aktuellen Diskurs in Forschung und Theorie zu den Themen aufzunehmen. Zum anderen dienten Positionspapiere, gesetzliche Bestimmungen und nationale Expertisen als Grundlage. Ganz bewusst haben wir Erklärungen nicht auf die Übernahme von wörtlichen Definitionen aus gesetzlichen Bestimmungen reduziert. Vielmehr erscheint eine Ergänzung aus der Perspektive geriatrischer und gerontologischer Wissenschaft und Praxis in Hinblick auf die Anwendbarkeit für die Benutzerinnen und Benutzer sinnvoll zu sein. Daher sind die aus der Praxis kommenden alltagstauglichen Verwendungen mancher Begriffe, die sich insbesondere im Dialog mit Expertinnen und Experten aus den jeweiligen Berufsfeldern ergaben, als zentrale relevante Quellen zu nennen. Die hier veröffentlichten Begriffe sind in diesem Sinn auch als Ergebnis eines immer weiter zu führenden Verständigungsprozesses zu verstehen, der durch die fortlaufenden Diskurse lebendig bleibt. Eine ausführliche Literaturliste einschließlich der erwähnten Referenzen am Ende ermöglicht eine vertiefende und weiterführende Auseinandersetzung.

Im Anschluss an diese Einleitung haben wir ein alphabetisches Inhaltsverzeichnis einschließlich der Verweisbegriffe angeführt. Es folgen, ebenfalls alphabetisch gereiht, die Begriffe und erklärenden Kurztexte. In einem Anhang findet sich eine Liste aller gesetzlich definierten Gesundheitsberufe. Diese haben wir nicht gesondert in das Glossar aufgenommen, da sie umfassend in einer eigenen Publikation, herausgegeben vom damals zuständigen Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, dargestellt und dokumentiert sind.

Besonderen Dank möchten die Autorinnen und Autoren allen Mitgliedern des Beirats für Altersmedizin für konstruktive Kritik und Mitarbeit aussprechen. Namentlich erwähnen möchten wir Prof. Dr. Thomas Frühwald, Mag. Sigrid Boschert und DDr. Mag. Monique Weissenberger-Leduc für ihr besonderes Engagement im Rahmen dieses Projekts, Ilona Wenger von der IFF-Abteilung für das Lektorat, sowie Daniel Kainz und Sigrid Poppa für ihre Mitarbeit. Für das Bundesministerium danken wir im Besonderen Frau Dr. Magdalena Arrouas, Frau Mag. Renate Plasser sowie Herrn Johann Wolfgang Salomon für die gute Zusammenarbeit.

Wir hoffen mit diesem Glossar einen Beitrag zu einer gelungenen multi-professionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit zum Wohle aller an der Versorgung von alten und hoch betagten Menschen beteiligten Personen zu leisten.

Sabine Pleschberger, Elisabeth Reitingner, Klaus Wegleitner,
Alexandra Hornek, Katharina Heimerl

Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik, IFF - Wien,
Alpen-Adria Universität Klagenfurt

Alphabetisches Glossar - Index

<u>Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung</u>	<u>9</u>
<u>Ageism</u>	<u>9</u>
<u>Akutgeriatrie/Remobilisation</u>	<u>10</u>
<u>Alten- und Pflegeheime</u>	<u>10</u>
<u>Altenfachbetreuerin bzw. -betreuer → Sozialbetreuungsberufe</u>	<u>12</u>
<u>Altenhelferin bzw. -helfer → Sozialbetreuungsberufe</u>	<u>12</u>
<u>Alter</u>	<u>12</u>
<u>Alternative und Komplementäre Heilverfahren</u>	<u>13</u>
<u>Alternsforschung</u>	<u>13</u>
<u>Altersdiskriminierung → Ageism</u>	<u>14</u>
<u>Altersmedizin → Geriatrie</u>	<u>14</u>
<u>Angehörigenberatung</u>	<u>14</u>
<u>Anti-Aging</u>	<u>15</u>
<u>Basale Stimulation</u>	<u>15</u>
<u>Beirat für Altersmedizin</u>	<u>16</u>
<u>Benchmarking → Qualitätsmanagement</u>	<u>16</u>
<u>Besuchsdienst</u>	<u>16</u>

<u>Bewohnervertreterin bzw. -vertreter → Heimaufenthaltsgesetz</u>	<u>17</u>
<u>Biogerontologie → Alternsforschung</u>	<u>17</u>
<u>Biografiearbeit</u>	<u>17</u>
<u>Bundespflegegeldgesetz (BPGG)</u>	<u>17</u>
<u>Care Management</u>	<u>18</u>
<u>Case Management</u>	<u>19</u>
<u>Dementia Care Mapping</u>	<u>20</u>
<u>Ehrenamtliche → Freiwilliges Engagement</u>	<u>20</u>
<u>Entlassungsmanagement</u>	<u>20</u>
<u>Extramurale Dienste → Mobile Dienste</u>	<u>21</u>
<u>Familienhospizkarenz</u>	<u>21</u>
<u>Frailty → geriatrische Syndrome</u>	<u>21</u>
<u>Freiheitsbeschränkende Maßnahmen</u>	<u>21</u>
<u>Freiwilliges Engagement</u>	<u>22</u>
<u>Gedächtnistraining</u>	<u>23</u>
<u>Genderaspekte des Alterns</u>	<u>23</u>
<u>Geriatricerin bzw. Geriater</u>	<u>25</u>
<u>Geriatric</u>	<u>25</u>

<u>Geriatriezentrum → Alten- und Pflegeheime</u>	<u>26</u>
<u>Geriatrische Krankheitsbilder</u>	<u>26</u>
<u>Geriatrische Patientin bzw. Geriatrischer Patient</u>	<u>26</u>
<u>Geriatrische Rehabilitation</u>	<u>26</u>
<u>Geriatrische Syndrome</u>	<u>27</u>
<u>Geriatrisches Assessment</u>	<u>28</u>
<u>Gerontologie → Alternsforschung</u>	<u>28</u>
<u>Gerontopsychologie → Alternsforschung</u>	<u>28</u>
<u>Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)</u>	<u>28</u>
<u>Gesundheitsberufe</u>	<u>29</u>
<u>Gesundheitsförderung im Alter</u>	<u>29</u>
<u>Gewalt</u>	<u>30</u>
<u>Hausbetreuungsgesetz (HBeG)</u>	<u>31</u>
<u>Hauskrankenpflege</u>	<u>31</u>
<u>Heilbehelfe/Hilfsmittel</u>	<u>32</u>
<u>Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG)</u>	<u>33</u>
<u>Heimhelferin bzw. Heimhelfer</u>	<u>33</u>
<u>Heimhilfe → Heimhelferin bzw. Heimhelfer</u>	<u>34</u>

<u>Heimvertrag</u>	<u>34</u>
<u>Hospiz- und Palliativeinrichtungen</u>	<u>35</u>
<u>Hospiz</u>	<u>36</u>
<u>Impfungen im Alter → Prävention in der Geriatrie</u>	<u>37</u>
<u>Informations- und Kommunikationstechnologien im Alter</u>	<u>37</u>
<u>Integrierte Versorgung</u>	<u>37</u>
<u>Intergenerative Pädagogik</u>	<u>38</u>
<u>Komplementärmedizin → Alternative- und Komplementäre Heilverfahren</u>	<u>39</u>
<u>Konsiliar- und Liaisondienst</u>	<u>39</u>
<u>Kunsttherapie</u>	<u>39</u>
<u>Kurzzeitpflege</u>	<u>39</u>
<u>Langzeitpflege</u>	<u>40</u>
<u>Memory Klinik → Gedächtnistraining</u>	<u>40</u>
<u>Medizinische Hauskrankenpflege → Hauskrankenpflege</u>	<u>40</u>
<u>Mittagstisch → Teilstationäre Angebote</u>	<u>40</u>
<u>Mobile Beratung → Pflegeberatung</u>	<u>40</u>
<u>Mobile Dienste</u>	<u>40</u>
<u>Mobiles Hospiz → Hospiz- und Palliativeinrichtungen</u>	<u>41</u>

Multimorbidität → geriatrische Krankheitsbilder	41
Multiprofessionelles Team	41
Musiktherapie	41
Nahtstellenmanagement	42
Notruftelefon → Rufhilfesysteme	43
Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)	43
Palliative Care	43
Palliativmedizin → Palliative Care	44
Palliativstation → Hospiz- und Palliativeinrichtungen	44
Palliativteam → Hospiz- und Palliativeinrichtungen	44
Patientenanwaltschaft	44
Patientenverfügung	45
Personenbetreuerin bzw. -betreuer	45
Persönliche Assistenz	46
Personenzentrierter Ansatz	46
Pflegeanstalten für chronisch Kranke → Alten- und Pflegeheime	47
Pflegeassessment → Pflegeprozess	47
Pflegebedarf → Bundespflegegeldgesetz (BPGG)	47

<u>Pflegeberatung</u>	<u>47</u>
<u>Pflegediagnose → Pflegeprozess</u>	<u>48</u>
<u>Pflegedokumentation → Pflegeprozess</u>	<u>48</u>
<u>Pflegegeld → Bundespflegegeldgesetz (BPGG)</u>	<u>48</u>
<u>Pflegeplanung → Pflegeprozess</u>	<u>48</u>
<u>Pflegeprozess</u>	<u>48</u>
<u>Pflegestandards</u>	<u>49</u>
<u>Pflegestufen → Bundespflegegeldgesetz (BPGG)</u>	<u>49</u>
<u>Pflegeüberleitung → Überleitungspflege</u>	<u>49</u>
<u>Physiologischer Alterungsprozess → Alter</u>	<u>49</u>
<u>Prävention in der Geriatrie</u>	<u>49</u>
<u>Psychobiografisches Pflegemodell</u>	<u>50</u>
<u>Psychosoziale Dienste für ältere Menschen</u>	<u>51</u>
<u>Qualitätsmanagement in der Altenbetreuung und -pflege</u>	<u>51</u>
<u>Reaktivierende Pflege → Psychobiografisches Pflegemodell</u>	<u>52</u>
<u>Rehabilitation → Geriatriische Rehabilitation</u>	<u>52</u>
<u>Rufhilfesysteme</u>	<u>52</u>
<u>Rund-um-die-Uhr-Betreuung → 24-Stunden-Betreuung</u>	<u>53</u>

<u>Sachwalterin bzw. Sachwalter</u>	53
<u>Seniorennotruf → Rufhilfesysteme</u>	54
<u>Seniorenorganisationen</u>	54
<u>Soziale Gerontologie → Altersforschung</u>	54
<u>Sozialbetreuungsberufe</u>	54
<u>Soziale Dienste</u>	55
<u>Stationäres Hospiz → Hospiz- und Palliativeinrichtungen</u>	55
<u>Sterbebegleitung</u>	55
<u>Sterbehilfe</u>	55
<u>Tageshospiz → Hospiz- und Palliativeinrichtungen</u>	56
<u>Tagesklinik</u>	56
<u>Tageszentrum → Teilstationäre Angebote</u>	56
<u>Teilstationäre Angebote</u>	56
<u>Therapeutische Dienste</u>	57
<u>Tiergestützte Therapie</u>	57
<u>Übergangspflege → Psychobiografisches Modell</u>	58
<u>Überleitungspflege</u>	58
<u>Urlaubspflege → Kurzzeitpflege</u>	58

<u>Validation</u>	<u>58</u>
<u>Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens</u>	<u>59</u>
<u>24-Stunden-Betreuung</u>	<u>60</u>
<u>Vorsorgevollmacht</u>	<u>60</u>
<u>Wohnen im Alter</u>	<u>61</u>

Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

In Ergänzung zu den in Österreich länderweise entwickelten Plänen zur Umsetzung von Palliative Care und Hospizarbeit (z.B. Stmk, V, N , O , Bgld.) wurde im Jahr 2004 unter Koordination des  sterreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) das Konzept der „Abgestuften Versorgung“ entwickelt. Es sieht vor, dass ausgehend von einer palliativen Grundversorgung in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens (z.B. Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte und Therapeutinnen bzw. Therapeuten) die palliative Betreuung abgestuft durch spezialisierte Versorgungsangebote erfolgen soll. Dazu gehören nach dem Subsidiaritätsprinzip zunächst „unterstützende Angebote“ (Hospizteams, Palliativkonsiliardienste, Mobile Palliativteams) und schließlich „betreuende Angebote“ (Palliativstationen, Stationäre Hospize, Tageshospize) (  Hospiz- und Palliativeinrichtungen).

Alle diese Bausteine werden durch eine genaue Definition des Angebotes, die jeweilige Zielgruppe, Auftrag und Zielrichtung des Angebotes sowie Zugangskriterien für „Palliativpatientinnen und -patienten“ beschrieben. Erkenntnisse aus der palliativen Geriatrie (  Palliative Care) unterstreichen die Relevanz dieser möglichen Angebote auch für die Gruppe der hochbetagten Menschen bzw. für Menschen mit Demenz.

Ageism

In den angelsächsischen Ländern werden Vorurteile gegen eine Person aufgrund ihres Alters seit den 60er Jahren unter dem Begriff „ageism“ diskutiert. Der Begriff Ageism bezeichnet die Stereotypisierung einzelner Personen oder Gruppen aufgrund ihres Lebensalters. Führen diese Vorurteile zur Diskriminierung wird von „age discrimination“ gesprochen. Ageism wird im deutschsprachigen Raum meist mit Altersdiskriminierung übersetzt und beinhaltet sowohl soziale, als auch ökonomische Benachteiligung. Sie kann beispielsweise im Bereich des Wohnens, der Gesundheits- und Pflegeleistungen, der Kreditvergabe, bei Versicherungsverträgen, aber auch im Zusammenhang mit Bildungschancen sowie Berufstätigkeit beobachtet werden. Europarechtliche Vorgaben zum Schutz vor Diskriminierung harren in Österreich - etwa in Form eines nationalen Antidiskriminierungsgesetzes - noch einer umfassenden Umsetzung. Dennoch, Diskriminierung am Arbeitsplatz wegen des Alters, der Religion, der Weltanschauung, der ethnischen Zugehörigkeit oder der sexuellen Orientierung ist in Österreich seit 01. Juli 2004 gesetzlich verboten. Eine besondere Form der Altersdiskriminierung wird im „compassionate ageism“ gesehen. Dieser Ausdruck beschreibt die Stereotypisierung älterer Menschen als generell arm, hilfebedürftig und abhängig. Ebenfalls können herabwürdigende Bezeichnungen sowie die Verwendung von Begriffen wie z.B. „Überalterung“ in Medien und Öffentlichkeit als Ausdruck von Ageism bewertet werden.

Akutgeriatrie/Remobilisation

Als Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) wird im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2008) die fächerübergreifende Primärversorgung direkt aufgenommener → geriatrischer Patientinnen und Patienten sowie die Weiterführung der Behandlung akutkranker geriatrischer Patientinnen und Patienten durch ein geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team und durch ein multidimensionales Behandlungs- und Betreuungsangebot bezeichnet. Dieses multidimensionale Behandlungs- und Betreuungsangebot berücksichtigt somatische, funktionelle, psychische, kognitive und soziale Aspekte der Erkrankung geriatrischer Patientinnen und Patienten gleichermaßen. Als Versorgungsstrukturen wurden Abteilungen oder Departments geschaffen, im Rahmen der Fächer Innere Medizin oder Neurologie (Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten dieser oder anderer Fachrichtungen). In diesen Organisationseinheiten ist ein geriatrisch qualifiziertes → multiprofessionelles Team tätig und bietet Akutversorgung verschränkt mit Maßnahmen der → geriatrischen Rehabilitation an. Für weitere Informationen bzgl. Aufnahme-kriterien, Leistungsangebot, Personalausstattung und Infrastruktur sei auf den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2008) verwiesen. Dieser geht von einem Bedarf von 3.400 Betten im Jahr 2005 aus, der bis 2010 auf rund 3.700 Betten ansteigen wird (ÖSG 2008). Mit Stand Mai 2008 gab es in Österreich 39 solcher Abteilungen bzw. Departments mit 1.220 Betten in sechs Bundesländern.

Alten- und Pflegeheime

Diese Einrichtungen werden zum einen von Land, Gemeinde oder Gemeindeverband und zum anderen von privaten bzw. konfessionellen Trägern betrieben. Die Kompetenz zur Erlassung von Rechtsvorschriften über die Errichtung, den Betrieb, die Aufsicht und allenfalls die Finanzierung von Alten- bzw. Pflegeheimen fällt in die Zuständigkeit der Länder (Sozial- bzw. Sozialhilferecht). Die Rechtslage ist somit in den neun Bundesländern unterschiedlich. Darüber hinaus finden die Bestimmungen des Heimaufenthaltsgesetzes sowie des Heimvertragsgesetzes Anwendung. Es haben sich neben der traditionellen Bezeichnung „Altenheim“ oder „Pflegeheim“ eine Reihe unterschiedlicher Bezeichnungen für diese Einrichtungen entwickelt, z.B. Seniorenheim, Seniorenresidenz, Pensionistenheim, Pensionistenwohnhaus usw. Die Bewohnerinnen und Bewohner verfügen über ein eigenes Zimmer, manchmal auch ein Appartement, in manchen Fällen, häufiger in Pflegeheimen, gibt es Mehrbettzimmer. Zumeist gehören gemeinsame Mahlzeiten zum integrierten Angebot, Gemeinschaftsräume, Freizeitaktivitäten und unterschiedliche Therapiemöglichkeiten bilden einen sozialen und unterstützenden Rahmen für das Alltagsleben. Ein wesentliches Unterscheidungskriterium bei diesen Einrichtungen ist jenes zwischen „Wohnplätzen“ und „Pflegeplätzen“. Wohnplätze schließen eine bei Bedarf

anfallende Pflege (meist über Pflegestufe 3 hinaus) aus. Sollte ein Pflegebedarf auftreten, ist zumeist eine Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung oder eine Pflegestation notwendig. Voraussetzung für einen Pflegeplatz wiederum ist das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit (mindestens der Pflegestufe 3). Zunehmend werden von den Heimträgern jedoch Vorkehrungen getroffen, um im Bedarfsfall die notwendige Pflege und Betreuung in derselben Wohneinheit durchführen zu können. In diesem Fall ist keine Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung oder Pflegestation erforderlich, es handelt sich somit um Wohnplätze mit Pflege. Aus dieser Unterscheidung ergeben sich auch unterschiedliche Qualitätsanforderungen hinsichtlich der Personalausstattung der Einrichtungen. Konzeptionell steht bei allen diesen Einrichtungen der Erhalt möglichst hoher Autonomie und Selbständigkeit bei gleichzeitiger Möglichkeit, Betreuung und Pflege zu intensivieren, wenn dies notwendig wird, im Vordergrund. Die medizinische Versorgung erfolgt in der Regel durch Visiten von Hausärztinnen bzw. -ärzten der Bewohnerinnen und Bewohner. In einigen Bundesländern bzw. Heimen gibt es jedoch für Menschen in Pflegeheimen (bzw. -abteilungen oder -plätzen) auch das Modell von „Heimärztinnen bzw. -ärzten“, die mit dem Einrichtungsträger in Vertragsbeziehung stehen. Qualifizierte Pflege steht in diesen Fällen rund um die Uhr zur Verfügung. Die demografischen Veränderungen und veränderten Bedarfslagen älterer Menschen führen dazu, dass in den österreichischen Heimen ein immer größerer Anteil der Wohnplätze in Pflegeplätze umgewidmet wird. Die Finanzierung erfolgt über Eigenmittel der Betroffenen (z.B. Pension, Pflegegeld, Vermögen). Falls diese nicht ausreichen, um die Heimkosten selbst zu tragen, kann bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden. Im positiven Fall werden die (Differenz-)Kosten durch den Sozialhilfeträger übernommen. Dieser Finanzierung unterliegen in Österreich auch die *Geriatriezentren* sowie die *geriatrischen Pflegekrankenhäuser* und *Pflegeanstalten für chronisch Kranke*. Diese Einrichtungen erfüllen prinzipiell alle gesetzlichen Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes. Das heißt beispielsweise, dass sie medizinische Betreuung rund um die Uhr anbieten und ein breites diagnostisches sowie therapeutisches geriatrisches Leistungsangebot aufweisen. Hingewiesen sei an dieser Stelle auch noch auf die zahlreichen Initiativen rund um das Qualitätsmanagement in diesen Einrichtungen (→ Qualitätsmanagement in der Altenbetreuung und -hilfe).

Altenfachbetreuerin bzw. -betreuer → Sozialbetreuungsberufe

Altenhelferin bzw. -helfer → Sozialbetreuungsberufe

Alter

In der → Alternsforschung ist die Unterscheidung zwischen Alter und Altern von großer Bedeutung. Altern beschreibt den lebenslangen Prozess der Veränderung des Organismus, welcher als Funktion der Zeit unumkehrbar ist. Wann der Lebensabschnitt des Alters beginnt und eine Person als „alt“ gilt, wird einerseits durch gesellschaftliche Konventionen festgelegt und liegt andererseits im subjektiven Empfinden. Da die Lebensphase Alter sehr lang sein kann, Lebensformen und -stile heterogen sind, wird in der sozialwissenschaftlichen Betrachtung des Alters von Lebensphasen und unterschiedlichen Lebenslagen und Lebenswelten im Alter gesprochen. Insbesondere der Anstieg der Lebenserwartung hat zu einer Ausdifferenzierung des Lebensabschnitts „Alter“ geführt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schlägt eine Unterscheidung in ältere Menschen (60-75), alte Menschen (75-90), hoch betagte (über 90) und langlebige Menschen (über 100) vor. Im deutschsprachigen Raum hat sich auch die Rede vom „dritten“ (Personen 50+) und „vierten Alter“ (pflegebedürftige, hochbetagte Menschen) durchgesetzt. Dennoch, starre Altersgrenzen lösen sich immer mehr auf und auch eine Festlegung auf die Lebenszeit nach der Erwerbsarbeit erscheint unbefriedigend. Der Lebensabschnitt „Alter“ und auch die so bezeichnete Lebensphase muss in den jeweiligen Relationen und Bedeutungen bestimmt und analysiert werden, eine rein kalendarische Bestimmung greift zu kurz. Der psychische und physische Zustand einer Person hängt vielmehr von genetischen Voraussetzungen, individueller Lebensführung sowie sozialen Bedingungen und Umweltfaktoren ab. Die Demographie verheißt einen weiteren Anstieg der Lebenserwartung. Dies liegt jedoch maßgeblich an den sozialen Bedingungen, wie allgemeiner Wohlstand und Zugang zu Gesundheitsleistungen (präventiver wie therapeutischer Art). Auch vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, in der Auseinandersetzung mit dem Alter(n) sorgfältig zu unterscheiden zwischen dem Alter(n) als gesellschaftlichem Phänomen und den Perspektiven des individuellen Alter(n)s. Zusammenfassend wird das Alter in unserer Gesellschaft somit von einer breiten Spanne unterschiedlicher Lebenslagen bestimmt, es pendelt zwischen der „späten Freiheit“, Vitalität und Kompetenz auf der einen und Abhängigkeit, Gebrechlichkeit und Isolation auf der anderen Seite.

Alternative und Komplementäre Heilverfahren

Alternative und komplementäre Heilverfahren dienen im westlichen Kulturkreis als Sammelbezeichnung für unterschiedliche, zur konventionellen Medizin (oft auch „Schulmedizin“ oder „Biomedizin“ genannt) alternative und komplementäre Therapieformen, Heilweisen oder diagnostische Konzepte, deren Wirkung aus naturwissenschaftlicher Sicht (derzeit noch) nicht oder nur teilweise nachgewiesen bzw. gesichert ist.

Synonym für den Bereich der alternativen und komplementären Heilverfahren werden unter anderen folgende Begriffe verwendet: Erfahrungsheilkunde; Naturmedizin; Ganzheitsmedizin; Außenseitermedizin; Ethnomedizin; Naturheilverfahren; Paramedizin; Sanfte Medizin, Traditionelle Medizin, Unkonventionelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. -therapien. Im angloamerikanischen Raum hat sich der Begriff „Complementary and Alternative Medicine“ (CAM) durchgesetzt. Insgesamt können mehr als zweihundert unterschiedliche Verfahren unter die komplementären und alternativen Heilverfahren subsummiert werden. Bei vielen Verfahren bestehen Unsicherheiten bezüglich Ein- und Ausschlusskriterien, wobei ein und dasselbe Verfahren sowohl als komplementär als auch als alternativ bezeichnet werden kann. Die folgende Klassifikation von Pietroni (1986) ist daher nur ein Beispiel für viele andere. Darin wird unterschieden zwischen „Psychologische- und Selbsthilfeansätze“ (z.B. Atemtechniken, Meditation), „Spezifische therapeutische Methoden“ (z.B. Massage, Aromatherapie), „Diagnostische Methoden“ (z.B. Kinesiologie) und „Vollständige Medizinsysteme“ (z.B. Homöopathie, Osteopathie, Ayurveda, Traditionelle Chinesische Medizin). Es lassen sich kaum Therapieformen ausmachen, die speziell für alte und hochbetagte Menschen entwickelt bzw. angewendet werden. In einigen Alten- und Pflegeheimen sowie Hospizen gibt es Angebote für → Kunsttherapie sowie → tiergestützte Therapie.

Alternsforschung

Die Alternsforschung ist die Wissenschaft vom Alter und vom Altern und wird auch als Gerontologie bezeichnet (griech.: geron = alter Mensch; logos = Lehre). Sie untersucht die mit dem Älterwerden und Altsein verbundenen Phänomene, Probleme und Ressourcen interdisziplinär und bezieht ihre Quellen aus verschiedenen Natur-, Human-, Sozial- und Geisteswissenschaften. Die Gerontologie ist seit ihren Anfängen in den USA der 30er Jahre durch die Trias von Theorie, Empirie und Anwendung bestimmt. Aufgaben der Gerontologie umfassen daher neben der Forschung auch Beschäftigung mit Aufklärung, Prävention und Versorgung auf allen Ebenen der Gesellschaft einschließlich des einzelnen Individuums. Seit Ende der 70er Jahre ist die Alternsforschung zunehmend von der Überzeugung geprägt, dass mit dem → Alter nicht nur Risiken und Verluste verbunden sind, sondern dass es auch große Potentiale und

Entwicklungschancen birgt. Im Zusammenhang mit der gestiegenen Lebenserwartung rückte seit Anfang der 90er Jahre zudem das hohe Alter in den Fokus. Anders als im jüngeren Alter geht es darin stärker um die Herausforderung, dass gesundheitliche Risiken steil ansteigen und die Alltagskompetenz einschränken. Seitens der Politik wurden sowohl in Deutschland als auch in Österreich in den letzten Jahren „Altenberichte“ mit Schwerpunkt auf das hohe Alter erarbeitet. Die Alternsforschung verfügt über mehrere Arbeitsfelder und Teildisziplinen. Dazu gehört neben den nachfolgend kurz beschriebenen insbesondere auch die → Geriatrie. Die *Gerontopsychologie* entwickelte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts aus der Entwicklungspsychologie und beschäftigt sich neben den Aspekten des Erlebens und Verhaltens auch mit kognitiven und emotionalen Aspekten des Alter(n)s. Gerontopsychologische Interventionen und Therapieansätze (z.B. Lebensrückschau-therapie) verfolgen das Ziel, die Lebensqualität alter Menschen zu verbessern. An erster Stelle steht das Wohlbefinden im Alter. Die *soziale Gerontologie* (auch Gerontosozio-logie) widmet sich den gesellschaftlichen Bedingungen des Alterns. Auswirkungen unterschiedlicher gesellschaftlicher Einflüsse, wie beispielsweise soziale Schichtzugehörigkeit, Kultur, Beruf und Politik auf alte Menschen werden untersucht. Aspekte sozialer Ungleichheit aufgrund von Alter sind ebenfalls Gegenstand sozialwissenschaftlicher Alternsforschung. Damit soll auch dem → Ageism entgegengewirkt werden. Die *Biogerontologie* beschäftigt sich mit der Erforschung der Ursachen des biologischen Alterns und damit verbundenen molekularen Mechanismen der Zellalterung. Diese ist sowohl Grundlage für das Altern und den Funktionsverlust von Organen als auch ein wesentlicher Einflussfaktor für das Entstehen altersassoziierter Erkrankungen. Die Zellalterung ist ein multifaktorieller Prozess. Ziel der Biogerontologie ist es, die Zellalterung und deren Konsequenzen möglichst lange hinaus zu zögern um ein möglichst gesundes Altern zu ermöglichen. Eine Einflussnahme auf die maximale Lebenserwartung ist mit wenigen Ausnahmen für die Biogerontologie kein Forschungsziel.

Altersdiskriminierung → **Ageism**

Altersmedizin → **Geriatrie**

Angehörigenberatung

Unter Angehörigenberatung können verschiedene Maßnahmen wie Beratung, Anleitung, Schulung und Unterstützung für pflegende Angehörige sowie andere Betreuungspersonen zusammengefasst werden. Besonderes Augenmerk wird auf die psychische und physische Belastung von Angehörigen und Betreuungspersonen gelegt, um einerseits deren Gesundheit zu fördern und zu erhalten und andererseits auch, um den Verbleib der pflegebedürftigen Personen

zu Hause zu ermöglichen. Leistungen zur Beratung und Unterstützung von Angehörigen sind auch eine Maßnahme im Sinne der Prävention von → Gewalt in der Pflege. Mittlerweile gibt es auch in Österreich ein breites Spektrum an Angeboten. Dazu gehören etwa Einzelberatungen, Gruppensitzungen sowie die Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Unter Trägerschaft des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gibt es seit 2001 eine Internetplattform, die neben Informationen auch die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches für pflegende Angehörige enthält (www.pflegedaheim.at).

Weitere Angebote sind Kurse und Vorträge über medizinische, rechtliche und finanzielle Themen. Häufig beziehen sich die Angebote auch auf spezielle Zielgruppen, z.B. Angehörige von Menschen mit Demenz.

Anti-Aging

Anfang der 90er Jahre wurde in den USA die sogenannte Anti-Aging-Medizin entwickelt. Sie versteht sich als medizinische Teildisziplin, die auf der Anwendung von wissenschaftlichen und medizinischen Technologien beruht, die für die Früherkennung, Prävention, Behandlung und Umkehr von altersbedingten Funktionsstörungen, Behinderungen und Krankheiten eingesetzt werden. Ziel von Anti-Aging ist es also, Alterungsprozesse zu bremsen oder umzukehren. Dies ist allerdings nach derzeitigem Stand der Forschung nur sehr begrenzt möglich. Das Spektrum an eingesetzten Maßnahmen ist sehr breit. Es reicht von extra Dosen an Vitaminen über Hormontherapien, Chelatoren und Statinen bis hin zu gentechnologischen Verfahren. Anti-Aging hat sich zu einem wachsenden Markt entwickelt, angesiedelt zwischen Medizin, Wellness und Kosmetik. Darin spiegeln sich die Bedürfnisse der westlichen Gesellschaft nach „ewiger Jugend“ wider, was auch mit einer Abwertung des Alters einhergeht (vgl. → Ageism).

Basale Stimulation

Das Konzept der Basalen Stimulation wurde Mitte der 1970er Jahre für Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung entwickelt und in den 1980er Jahren u.a. von Christel Bienstein und Andreas Fröhlich für die Pflege von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen weiterentwickelt. Ausgehend von einem ganzheitlichen Menschenbild ist die Basale Stimulation zunächst ein körperorientiertes Konzept, das sämtliche Sinne des menschlichen Körpers anspricht, wobei die Würde des Menschen, sein Streben nach Autonomie und der Respekt vor dem Individuum im Vordergrund stehen. Der Basalen Stimulation liegt ein Menschenbild zugrunde, das sich als → Personenzentrierter Ansatz bezeichnen lässt. Pflege wird als „Berührungsberuf“ bezeichnet. Das Ziel ist es, „gute Berührungen“ zustande zu bringen, die insbesondere Menschen in existentiellen und isolierenden Situationen Angst nehmen, Sicherheit erleben lassen und Vertrauen aufbauen. So soll Basale Stimulation auch ganz grund-

legend gute Kommunikation fördern und gesundheitsförderlich wirken. Kriterien wie der bewusste Anfang und das bewusste Ende einer Berührung, ihre Konstanz, ihre Intensität, der Rhythmus und die Sicherheit der Berührung machen eine „gute Berührung“ aus. Diese Erkenntnisse werden in der Basalen Stimulation in den Schwerpunkten des pflegerischen Handelns umgesetzt, z.B. bei Bädern, Waschungen, Lagerungen, Einreibungen, in der Mundpflege oder bei der Nahrungseingabe. Um die o.g. Ziele zu erreichen, geht das Konzept über unmittelbare pflegerische Handlungen hinaus und bezieht die Biografie der Betroffenen, ihren Pflegebedarf und ihren Bewusstseinsgrad als Voraussetzung für die Basale Stimulation mit ein. Sie nimmt Einfluss auf die Gestaltung des Umfeldes der Patientinnen und Patienten, wie beispielsweise die Tages- und Lebensgestaltung, die räumliche Gestaltung des Zimmers oder das Bett, das für eine bestimmte Zeit zur „ökologischen Nische“ für den betroffenen Menschen werden soll.

Beirat für Altersmedizin

Als Antwort auf die mit der demographischen Entwicklung einhergehenden Herausforderungen wurde 2007 im damals zuständigen Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend auf Initiative von Hon.-Prof. Dr. Robert Schlögel und Dr. Magdalena Arrouas der „Beirat für Altersmedizin“ eingerichtet. Dieses Gremium ist interdisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzt und besteht aus ausgewählten Expertinnen und Experten im Bereich der Geriatrie und Gerontologie aus ganz Österreich. Die Aufgabe des Beirats besteht einerseits in der beratenden Tätigkeit für den Bundesminister in allen Fragen der Altersmedizin wie auch darin, Defizite im Bereich der Versorgung alter Menschen zu orten und darauf aufbauend konkrete Vorschläge und Stellungnahmen für entsprechende Maßnahmen zu erarbeiten (www.bmg.gv.at).

Benchmarking

→ Qualitätsmanagement

Besuchsdienst

Der Besuchsdienst ist eine Dienstleistung mit der Menschen ermöglicht werden soll, ihre Kontakte zur Gesellschaft aufrecht zu erhalten, wieder herzustellen und/oder zu ersetzen. Das Ziel ist die soziale (Re-)Integration von Menschen, die durch Alter, Erkrankung oder Behinderung bzw. aufgrund von sozialen Faktoren in ihren Kontakten zu anderen Menschen eingeschränkt sind. Die „Besucherinnen und Besucher“ verbringen regelmäßig Zeit mit den Betroffenen, gestalten mit ihnen die Freizeit und stehen als Gesprächspartnerinnen bzw.-partner zur Verfügung. Der Besuchsdienst ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt, es gibt keine einheitliche, flächendeckende Angebotsstruktur. In der Regel bieten gemeinnützige Organisationen, Kirchengemeinden

oder Sozialsprengel Besuchsdienste im Rahmen von ehrenamtlicher bzw. freiwilliger Tätigkeit an (→ Freiwilliges Engagement).

Bewohnervertreterin bzw. -vertreter → Heimaufenthaltsgesetz

Biogerontologie → Altersforschung

Biografiearbeit

Ganz allgemein wird die Beschäftigung mit der Biografie eines Menschen als Biografiearbeit bezeichnet. Bei der Pflege und Betreuung eines alten Menschen nach dem biografischen Ansatz werden die individuellen Lebenserfahrungen und Potentiale des Menschen berücksichtigt. Dafür sind Grundkenntnisse über den Lebenslauf und die Lebenseinstellung sowie historische Kenntnisse aus der Generation des betreffenden Menschen nötig. Ziele der Biografiearbeit sind die Unterstützung bei der Sinnfindung, Selbsterkenntnis und der Suche nach neuen Lebenszielen in biografischen Umbruchsituationen. Zusätzlich bietet sie eine Hilfestellung bei der Überwindung von Einsamkeitsgefühlen sowie die individuelle Förderung von Interessen. Angewandte Techniken in der Biografiearbeit sind unter anderem Einzelgespräche mit Einbeziehung von Angehörigen und/oder Freundinnen bzw. Freunden, themenbezogene Gespräche zu einem bestimmten Lebensabschnitt und Reflexion der Gespräche zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien für Krankheits- und Krisensituationen. Die Beschäftigung mit lebensgeschichtlichen Materialien wurde in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts durch das Interesse bildungs-bürgerlicher Kreise an den Lebenserinnerungen „der einfachen Leute“ geweckt. Nach dem ersten Weltkrieg griffen verschiedene Wissenschaftsdisziplinen die biografische Methode auf, wobei das soziologische Werk von W.I. Thomas und F. Znaniecki „The Polish Peasant in Europe and America“ (1919/1921) als Pionierwerk des biografischen Ansatzes gesehen wird. Nach der Ablehnung der biografischen Methode durch den Faschismus erfolgte dann erst in den 70er und 80er Jahren eine „Wiederbelebung“. Die wachsende Bedeutung der Biografiearbeit in der Altenpflege und Geriatrie liegt v.a. in ihrem großen Potenzial für die Kommunikation mit demenziell veränderten Menschen begründet (→ Personenzentrierter Ansatz).

Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

Das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) regelt seit 01. Juli 1993 den Bezug von Pflegegeld. Das Pflegegeld trägt dazu bei, dass ein pflegebedürftiger Mensch ein selbstbestimmtes und ein nach den persönlichen Bedürfnissen orientiertes Leben führen kann. Pflegebedingte Mehraufwendungen werden mit dem

Pflegegeld pauschal abgegolten und monatlich ausbezahlt. Es ist nicht kostendeckend angelegt, sondern vielmehr als ein pauschalierter Zuschuss zu den effektiven Pflegekosten zu verstehen. In Österreich beziehen rund 354 000 Menschen Pflegegeld vom Bund und rund 61 000 Menschen von den Bundesländern (Stand November 2008).

Anspruch auf Pflegegeld besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung ein ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf von mehr als 50 Stunden monatlich für mindestens sechs Monate gegeben ist und der gewöhnliche Aufenthalt in Österreich liegt. Unter gewissen Voraussetzungen gebührt Pflegegeld auch bei Aufenthalt in einem EWR-Staat. Auch eine befristete Gewährung ist möglich. Das Ausmaß des Pflegegeldes richtet sich nach dem Pflegebedarf. Die Ermittlung des Pflegebedarfs ergibt sich aus der Summe von Zeitaufwendungen für einzelne Pflegeleistungen, die sich an durchschnittlichen Mindest- und Richtwerten im Monat orientieren. In Österreich findet eine Kategorisierung nach 7 Pflegestufen statt. Stufe 1 umfasst einen Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 50 Stunden monatlich (seit 01. Jänner 2009: € 154,20), die Stufe 7 einen Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich, wenn a) keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder b) ein gleich zu achtender Zustand vorliegt (seit 01. 01. 2009: € 1.655,80). Die dazwischen liegenden Abstufungen richten sich einerseits nach der durchschnittlichen Zeitaufwendung und andererseits nach Erschwernissen, z.B. Bedarf nach dauernder Anwesenheit einer Pflegeperson. Die Einstufung erfolgt unter Zugrundelegung einer ärztlichen Begutachtung. Sie kann unter Einhaltung einer gesetzl. Frist beeinsprucht werden bzw. das Pflegegeld im Streitfall beim zuständigen Arbeits- und Sozialgericht eingeklagt werden.

Mit 01. Jänner 2009 traten zahlreiche Neuerungen in der Pflegevorsorge in Kraft, darunter erhöhte Pflegegeldbeiträge in allen Stufen, Begünstigungen bei der Einstufung von schwer geistig oder psychisch behinderten, insbesondere demenziell erkrankten Personen und schwerst behinderten Kindern und Jugendlichen (Erschwerniszuschläge) sowie die Ausweitung des förderbaren Personenkreises für Kurzzeitpflegemaßnahmen (→ Kurzzeitpflege).

Nähere Informationen zum Pflegegeld finden sich auf der Plattform „Österreich sozial“ des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (www.bmask.gv.at), ebenso steht das dort eingerichtete Pflegetelefon (0800 20 16 22) für Auskünfte zum Pflegegeld zur Verfügung.

Care Management

Care Management oder Netzwerkmanagement strebt auf der Systemebene eine Verbesserung und Entwicklung der Zusammenarbeit unterschiedlicher formeller und informeller Unterstützungsangebote im Sozial- und Gesundheitsbereich an. Ziel ist es, über die Hilfe für den Einzelfall hinausgehende, nachhaltige Ver-

besserungen auf der Strukturebene zu erwirken. Damit ist sowohl die Integration unterschiedlicher Leistungsanbieter wie z.B. von häuslicher Versorgung, Krankenhäusern und Pflegeheimen gemeint (→ Integrierte Versorgung), als auch die Zusammenarbeit von professionellen und informellen Unterstützerinnen bzw. Unterstützern. Insbesondere durch den Aufbau und die Etablierung von regionalen Netzwerken soll die integrierte Organisation der einzelnen Versorgungsleistungen gewährleistet werden. Auf der Grundlage von vereinbarten Kooperationsregeln und über die Zuständigkeit von unterschiedlichen Kostenträgern soll eine betroffenenorientierte Zusammenarbeit im Einzelfall ermöglicht werden. Care Management reagiert damit auf die Herausforderungen der Nahtstellenproblematik, indem es die Kontinuität der Versorgung fördert und die Effektivität der Leistungen sicherstellt (→ Nahtstellenmanagement). Care-Management-Strukturen müssen unter Beteiligung aller Akteurinnen und Akteure immer wieder neu verhandelt und formuliert werden. Ziel ist damit auch die Entwicklung einer gemeinsamen Versorgungskultur und Arbeitsweise in einer Region.

Case Management

Case Management oder Unterstützungsmanagement soll betroffenen Menschen in komplexen und schwierigen Situationen Hilfe aus einer Hand ermöglichen. Die Case Managerin bzw. der Case Manager erstellt nach einem umfassenden Assessment einen sog. Hilfeplan, der zumeist Leistungen verschiedener Kostenträger und Leistungserbringer umfasst. Ziel ist es, ausgehend von diesem individuellen Hilfebedarf ein professions- und einrichtungsübergreifendes Hilfsnetz aufzubauen, das orientiert an der hilfebedürftigen Person ineinander greift. Zentrale Aufgabe von Case Management ist es, den Kontakt zur Adressatin bzw. zum Adressaten der Hilfe und den Dienstleistungen im Versorgungsnetz zu gestalten. Case Management ist damit einerseits Fallmanagement (Optimierung der Hilfe in einer konkreten Situation) und andererseits Systemmanagement (Optimierung der Versorgung über Professions- und Organisationsgrenzen hinweg). Die Übergänge von Systemmanagement zu → Care Management sind dabei fließend. Voraussetzung für ein gelingendes Case Management ist immer, dass die Leistungsnehmerinnen bzw. -nehmer und die beteiligten Leistungserbringerinnen bzw. -erbringer bereit sind, mit der Person die das Case Management durchführt, zu kooperieren. Im Case Management werden unterschiedliche Funktionen sichergestellt, die miteinander in Beziehung stehen und teilweise widersprüchliche Anforderungen in sich tragen: (1) Die Funktion der sozialen Unterstützung („Social Support“), (2) die Funktion der „anwaltlichen“ Vertretung der Interessen der Adressatinnen und Adressaten der Hilfe („Advocacy“), (3) die Funktion der Vermittlung unterschiedlicher Dienste auch im Sinne einer Makler-Funktion („Broker“) sowie (4) die Funktion der Erschließung des Erforderlichen („Gatekeeping“), die auch Effektivität und Effizienz der Dienste berücksichtigt.

Dementia Care Mapping

Das Dementia Care Mapping (DCM) ist eine Methode zur Evaluation von Dienstleistungen für Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Mit Hilfe von standardisierter Beobachtung soll ein Abbild („Mapping“) erstellt werden. DCM setzt sich zum Ziel, zur Verbesserung der Qualität der Pflege von Menschen mit Demenz beizutragen.

DCM beruht auf dem → Personenzentrierten Ansatz, der von Tom Kitwood in den 1980er Jahren formuliert wurde. Die Personenzentriertheit findet im DCM unter anderem einen starken Ausdruck darin, dass die Beobachterinnen bzw. die Beobachter (jene Personen, die DCM durchführen) bestrebt sind, den Standpunkt der Person mit Demenz einzunehmen und eine subjektive Beurteilung dessen zu treffen versuchen, was die Person erlebt. Das heißt, sie sind bestrebt, „in ihren Schuhen zu gehen“. Das Verfahren wurde von Tom Kitwood und Kathleen Bredin in den 1980er Jahren an der Universität Bradford in England entwickelt, mittlerweile liegt die 8., mehrfach überarbeitete Auflage des Ausbildungsbuches der Bradford Dementia Group vor. Die breitere Anwendung von DCM, so wie sie derzeit im englischsprachigen Raum aber auch international erfolgt, bleibt nicht ohne Kritik. Unter anderem führen Kritikerinnen bzw. Kritiker des DCM an, dass die Methode vergleichsweise „hart“ zu messen versucht, dies stehe im Widerspruch zur Sanftheit der zugrunde liegenden Philosophie.

Ehrenamtliche

→ Freiwilliges Engagement

Entlassungsmanagement

Entlassungsmanagement ist eine stationsübergreifende Dienstleistung für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Sie dient der koordinierten und vorausschauenden Organisation der Entlassung von Patientinnen und Patienten mit einem komplexen Nachversorgungsbedarf (therapeutisch, pflegerisch, sozial). Die Entlassungsmanagerin bzw. der Entlassungsmanager erhebt in einem Assessment den individuellen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten für die Betreuung zu Hause. Dazu werden vom Stationsteam mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Betroffenen und ihren Angehörigen Informationen über die vorhandenen Ressourcen eingeholt. Bis zum Zeitpunkt der Entlassung erfolgt dann die Organisation des notwendigen professionellen Netzwerkes, die Beschaffung von benötigten Hilfsmitteln und die Initiierung von etwaigen Schulungsmaßnahmen. Diese Form des stationsübergreifenden Entlassungsmanagements wird „indirektes Entlassungsmanagement“ genannt. „Direktes Entlassungsmanagement“ erfolgt dort, wo die Planung und Organisation des Nachversorgungsbedarfs von einer Pflegekraft im Rahmen ihrer Arbeit an der Station übernommen wird. Das Entlassungsmanage-

ment wird als ein Qualitätskriterium für ein gelingendes → Nahtstellenmanagement angesehen. Österreichweit gibt es dazu eine Reihe von Modellprojekten (→ Überleitungspflege).

Extramurale Dienste

→ Mobile Dienste

Familienhospizkarenz

Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer nach §§ 14a, 14b und 15 Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz (AVRAG) haben seit 01. Juli 2002 die Möglichkeit, zur Begleitung sterbender Angehöriger oder schwerst erkrankter Kinder ihre Arbeitszeit zu ändern (Reduzierung der Stundenanzahl) oder eine völlige Dienstfreistellung (Karenzierung) in Anspruch zu nehmen. Diese sog. „Familienhospizkarenz“ kann vorerst für einen Zeitraum von maximal drei Monaten verlangt werden, eine Verlängerung auf insgesamt sechs Monate ist pro Anlassfall möglich (längere Fristen gelten für die Begleitung eines schwerst erkrankten Kindes). Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber muss auf jeden Fall unter Angabe des Grundes für die Sterbebegleitung schriftlich informiert werden. In der Regel kommt in der Folge eine Vereinbarung zustande, anderenfalls muss die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber binnen fünf Tagen eine Klage beim zuständigen Arbeits- und Sozialgericht einbringen. Im Zeitraum der Familienhospizkarenz ist die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer voll kranken-, pensionsversichert und kündigungsgeschützt. Da der gänzliche Entfall des Einkommens erhebliche finanzielle Belastungen mit sich bringen kann, bietet das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung für pflegende Angehörige in Form eines Härteausgleichs an. Darüber hinaus wurden im → Bundespflegegeldgesetz flankierende Maßnahmen zur finanziellen Unterstützung von pflegenden Angehörigen gesetzt. Eine Evaluierung dieser Maßnahmen unterstreicht die Bedeutung für ältere Menschen. Demnach kamen mehr als die Hälfte der in Anspruch genommenen Karenzierungen der Betreuung von Eltern bzw. Schwiegereltern zugute, über ein Viertel derer, die betreut wurden, waren 81 Jahre und älter.

Frailty

→ geriatrische Syndrome

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden generell als eine Form der → Gewalt angesehen. Sie werden auch als „Einschränkung der Bewegungsfreiheit“ oder „freiheitsentziehende Maßnahmen“ bezeichnet. Was als freiheitsbeschränkende Maßnahme gilt, ist in Österreich durch das am

01.Juli.2005 in Kraft getretene → Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) geregelt. Eine Freiheitsbeschränkung liegt vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln unterbunden wird. Solche Maßnahmen sind nur zulässig, wenn (1) die Bewohnerin bzw. der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und sie oder er in diesem Zusammenhang die Gesundheit und das Leben von sich oder anderen ernstlich und erheblich gefährdet, (2) die Freiheitsbeschränkung zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen ist, (3) diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen abgewendet werden kann.

Freiheitsbeschränkung kann in unterschiedlichen Formen erfolgen: Körperlich erfolgt Freiheitsbeschränkung mit Fixierstühlen, Gitterbetten, Schlafsäcken oder geschlossenen Türen. Medikamentös bewirkte Freiheitseinschränkungen erfolgen vor allem durch Psychopharmaka wie sedierende Medikamente zur Einschränkung des Bewegungsdranges. Freiheitseinschränkung durch das soziale oder architektonische Pflegeumfeld erfolgt beispielsweise, wenn einer mobilitätseingeschränkten Person ein Zimmer zugewiesen wird, das nur über eine Treppe zugänglich ist. Die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Kontext von Altenpflegeheimen ist zunehmend auch im deutschsprachigen Raum ein Gegenstand wissenschaftlicher Forschung geworden. Bei Entscheidungen rund um freiheitsbeschränkende Maßnahmen müssen jedenfalls nicht nur juristische sondern stets auch ethische und fachliche Gesichtspunkte einfließen.

Freiwilliges Engagement

Alle unbezahlten gemeinnützigen Leistungen, die außerhalb der beruflichen Tätigkeit und außerhalb des rein privaten, familiären Bereiches erbracht werden, gelten als „freiwilliges Engagement“. Daneben gibt es eine Reihe von weiteren Begriffen, die häufig synonym verwendet werden, so z.B. Freiwilligenarbeit, ehrenamtliches Engagement oder bürgerschaftliches Engagement. Eine eindeutige Definition und klare begriffliche Trennung ist nur schwer möglich, vielmehr bestimmen verschiedene gesellschaftspolitische Diskurse bzw. kulturelle Traditionen auch die Begriffswahl. Wichtig erscheint es dabei, freiwilliges Engagement von anderen Tätigkeiten abzugrenzen, insbesondere von (unbezahlten) Praktika im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen sowie von versteckten (sozialversicherungs- und steuerpflichtigen) Arbeitsverhältnissen.

Unterschieden wird schließlich noch zwischen formellem freiwilligem bzw. ehrenamtlichem Engagement, das im Rahmen von Organisationen, Vereinen oder Körperschaften ausgeübt wird sowie dem informellen Engagement, wozu beispielsweise die nicht organisierte Nachbarschaftshilfe gehört. Im Bereich der Betreuung und Versorgung alter Menschen gibt es eine breite Palette an

Dienstleistungen, die vornehmlich von freiwillig Engagierten getragen werden, so etwa → Besuchsdienste, die von verschiedenen Organisationen angeboten werden, Seniorentreffs, Essen auf Rädern (wird in vielen Kommunen von freiwilligen Helferinnen und Helfern verteilt), Aktivitäten in Selbsthilfegruppen bis hin zur → Hospizarbeit, die fast mehrheitlich auf Basis freiwilligen Engagements geleistet wird. Seit knapp zehn Jahren erfahren diese Arten von Tätigkeiten zunehmend gesellschaftspolitische Aufmerksamkeit, da ihr soziales sowie ökonomisches Potenzial erkannt wird und dieses Engagement nachhaltig gefördert werden soll. So wurden mittlerweile zehn Freiwilligenzentren als Drehscheiben für die Vermittlung von Freiwilligen aufgebaut. In vielen Organisationen und Vereinen gibt es eine breite Palette an Gratifikationen für freiwillig Engagierte, besonders öffentlichkeitswirksam sind auch die jährlichen 15 Auszeichnungen für besonders engagierte Bürgerinnen und Bürger durch den Bundeskanzler. Auf dem Server des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz ist ein eigenes Portal für Freiwilligenarbeit eingerichtet (www.freiwilligenweb.at).

Gedächtnistraining

Unter Gedächtnistraining versteht man sämtliche aktivierende Interventionen, die dazu dienen, auf spielerische Weise kognitive Fähigkeiten zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen. Dabei werden verschiedenste Fähigkeiten trainiert, unter anderem die Merkfähigkeit, das Konzentrationsvermögen und das assoziative Denken. Es sollen auch angenehme Erinnerungen wachgerufen und Erfolgserlebnisse vermittelt werden. Gedächtnistraining wird im Rahmen von stationären Kurz- und Langzeitpflegeeinrichtungen sowie teilstationären Einrichtungen (→Wohnen im Alter) angeboten. Darüber hinaus sei auch auf die wachsende Zahl an Kursangeboten in Volkshochschulen, Bildungswerken sowie anderen gemeinnützigen Vereinen bzw. Selbsthilfegruppen hingewiesen. Besondere Bedeutung hat das Gedächtnistraining als präventive, klinisch-psychologische und therapeutische Intervention im Zusammenhang mit demenziellen Veränderungen erhalten. So gibt es Spezialkliniken für Menschen mit Gedächtnisproblemen (Memory Klinik). Dort sollen vor allem demenzielle Veränderungen möglichst früh erkannt und durch ein multidisziplinäres Team adäquat behandelt werden. Bei Demenzen hängt die Indikation für Gedächtnistraining jedoch stark vom Verlaufsstadium und von individuellen Faktoren ab.

Genderaspekte des Alterns

Geschlechteraspekte und Geschlechterperspektiven bleiben im Alter und Altern bedeutsam. Der englische Begriff „Gender“ meint die soziale Konstruktion von Geschlechterrollen in den jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Zusammenhängen. Demgegenüber wird vielfach mit dem Begriff „sex“ das biologische Geschlecht benannt. Im deutschen Sprachraum wird in der Arbeit

mit „Gender-Aspekten“ oft auch von Geschlecht, Geschlechterrollen, Geschlechtererwartungen und Geschlechterverhältnissen gesprochen.

In den letzten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts wurde die geschlechtergerechte Verteilung der Lebenschancen auf Frauen und Männer als eine wesentliche soziale Grundfrage für das gesellschaftliche Zusammenleben erkannt. Für ältere Frauen, Männer und Transgender in ihren individuellen Lebensgeschichten spielt das Strukturmerkmal Geschlecht eine zentrale Rolle. Die im Lebenslauf angelegten Geschlechterverhältnisse erfahren gegenwärtig im Alter eine Zuspitzung. So suchen Männer häufiger in nachberuflichen Beschäftigungen eine Möglichkeit, einen berufsähnlichen Alltag aufrecht zu erhalten. Frauen demgegenüber konzentrieren sich mehr auf Haushalt und Familie. Auch von gesellschaftlicher Seite werden Frauen und Männern unterschiedliche Altersrollen zugewiesen (z.B. Sexualität). Eigenständige soziale Sicherung im Alter ist aufgrund von Erwerbstätigkeit oft Männern vorbehalten. So sind alte Frauen auch weit mehr von sozial problematischen Lebenslagen, wie Armut oder chronischer Krankheit, bedroht. Insbesondere hochaltrige pflegebedürftige Frauen, die aufgrund der höheren Lebenserwartung („Verwitwungsrisiko“) oft alleine leben, sind häufiger auf institutionelle Hilfe angewiesen und bilden daher auch die Mehrheit der in Österreich lebenden Personen in Alten- und Pflegeheimen. Dies spiegelt sich auch in der Anzahl der Pflegebedürftigen wider: Von den 351.057 Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher im Jahr 2007 in Österreich waren 237.109 (67,55%) weiblich und 113.948 (32,45%) männlich.

Die informelle Unterstützung im Alltag, die Betreuung und Pflege alter bedürftiger Männer und Frauen wird vor allem von Ehefrauen, Partnerinnen, Töchtern und Schwiegertöchtern übernommen. Darin spiegelt sich der im Generationenvertrag implizierte Geschlechtervertrag wider. Ebenso ist bekannt, dass professionelle Pflege, insbesondere alter, multimorbider und auch demenziell veränderter Menschen „Frauensache“ ist. Fürsorge („Care“) gilt nach wie vor als „weibliche“ Domäne. Der Pflegeberuf zählt zu den am stärksten geschlechtersegregierten Arbeitsmärkten.

Mit der rechtlichen Verankerung von „Gender Mainstreaming“ im Amsterdamer Vertrag und dessen Inkrafttreten im Jahr 1999 bekam auch die Geschlechterfrage in der Europäischen Union eine neue politische und gesetzliche Relevanz. Gender Mainstreaming besteht „in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten Akteurinnen und Akteure einzubeziehen“. Dies hat auch für Organisationen im Gesundheits- und Sozialsystem Bedeutung.

Geriaterin bzw. Geriater

Als Geriaterin bzw. Geriater werden in der Regel Fachärztinnen bzw. -ärzte für → Geriatrie bezeichnet. In Österreich ist das Fach Geriatrie, im Gegensatz zu den meisten Ländern Europas, noch nicht akademisch etabliert. Als Vorreiter gelten Großbritannien mit der längsten Tradition, ebenso Schweden und die Niederlande. Gegenwärtig wird auch hierzulande ein entsprechendes Berufsbild entwickelt. Dabei soll es sich zunächst um ein Additivfach Geriatrie handeln, das aufbauend von Fachärztinnen bzw. -ärzten für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation, Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin erworben werden kann. Bis dato werden geriatrische Zusatzqualifikationen im Rahmen eines Diplomlehrganges der Österreichischen Ärztekammer in Kooperation mit der → Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie erworben.

Geriatrie

„Die Geriatrie ist ein Spezialgebiet der Medizin. Es umfasst die präventive, kurative, rehabilitative und palliative Betreuung älterer Patientinnen und Patienten unter besonderer Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Aspekte.“ So lautet die Definition der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG). Um den komplexen Aufgaben gerecht zu werden, setzt die Geriatrie neben den modernen Standards entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen das multidimensionale → geriatrische Assessment ein. Darauf basieren die geriatrischen Interventionen durch das → multiprofessionelle Team im psychosozialen Kontext. In der Geriatrie liegen somit nicht nur Krankheiten, sondern auch Behinderungen und Funktionseinschränkungen im Blickfeld, ebenso wie der Rehabilitation ein besonderes Augenmerk zukommt. Zudem ist der Stellenwert nicht-ärztlicher Berufsgruppen in der Geriatrie traditionell anders, da diese Berufsgruppen in höherem Maße an den Entscheidungsprozessen von Diagnose und Therapie beteiligt sind als in anderen Fächern der Medizin. Entscheidendes Charakteristikum für die Geriatrie ist schließlich auch die Todesnähe. Neben dem Fokus auf Rehabilitation ist daher stets auch der palliative Aspekt der geriatrischen Betreuung zu beachten (→ Palliative Care), weil es primär um die Verbesserung der Lebensqualität alter Menschen geht und nicht lediglich um eine möglicherweise sogar sinnlose Lebensverlängerung. Somit berührt die Geriatrie auch eine Reihe von ethischen sowie gesellschaftspolitischen Spannungsfeldern.

Geriatrische Krankheitsbilder

Krankheiten, die ausschließlich dem Alter vorbehalten sind, gibt es kaum. Allerdings steigt das Risiko der Manifestation vieler Krankheiten mit zunehmendem Alter, d.h. Krankheiten kommen im Alter häufiger vor bzw. sie manifestieren sich anders. Ein zentrales Charakteristikum ist dabei die Multimorbidität. Darunter versteht man das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer behandlungsbedürftiger, häufig chronischer Erkrankungen, somatischer wie psychischer Art. So können beispielsweise bei über 70-jährigen Menschen je nach Untersuchung drei bis neun Krankheiten gleichzeitig erwartet werden. Dadurch ergibt sich die Gefahr der medikamentösen Polypragmasie (Mehrfachmedikation mit dem Risiko von Nebenwirkungen).

Geriatrische Patientin bzw. Geriatrischer Patient

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind durch folgende Merkmale charakterisiert: Sie weisen ein höheres biologisches Alter auf sowie Multimorbidität. Des Weiteren kann bei ihnen eine unspezifische Symptomatik und ein atypischer Krankheitsverlauf sowie eine veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik beobachtet werden. Sie haben ein erhöhtes Risiko für Selbstständigkeitsverlust und Pflegebedürftigkeit. Der Krankheitsverlauf ist in der Regel protrahiert und die Genesung verzögert. Sehr häufig finden sich auch die sogenannten → geriatrischen Syndrome. Geriatrische Patientinnen und Patienten sind bei akuten gesundheitlichen Problemen immer in funktioneller Hinsicht gefährdet und benötigen daher parallel zur akuten klinischen Diagnostik und Therapie eine spezifisch geriatrische Diagnostik, das → geriatrische Assessment.

Geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitation hat die Rückführung einer geriatrischen Patientin bzw. eines geriatrischen Patienten zur größtmöglichen Selbständigkeit in einen selbst bestimmten Alltag zum Ziel. Dabei gilt es, die Betroffenen zu einem möglichst selbständigen Leben in einem selbst gewählten sozialen Umfeld zu befähigen. Sie dient aber nicht nur der Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, sondern auch der Förderung von Kompetenz bei bestehender Pflegebedürftigkeit sowie der Kompensation oder Substitution verloren gegangener Fertigkeiten. Aufgrund ihrer umfassenden Erfahrungen in der Bewältigung praktischer Lebenserfahrungen weisen alte Menschen häufig ein besonders hohes Potenzial an Kreativität in der Entwicklung kompensatorischer Strategien auf. Rehabilitation ist stets ein indi-

vidueller Prozess, der zu seiner Bestimmung nicht nur die Patientin bzw. den Patienten sondern auch die Angehörigen oder Bezugspersonen aktiv einbeziehen muss. Ausgangslage zur Bestimmung von Rehabilitationspotenzial, -zielen sowie -maßnahmen ist das → geriatrische Assessment. Rehabilitation muss immer als Leistung des → multiprofessionellen Teams angesehen werden. Das Leistungsspektrum ist sehr breit und umfasst eine Vielzahl an pflegerischen Maßnahmen, z.B. Bewegungstherapie, Medikation, Hilfsmittelversorgung, Logopädie, Ergotherapie, physikalische Therapie und klinisch-psychologische Behandlung.

In Österreich wird die umfassende rehabilitative Betreuung meist als Remobilisation bezeichnet. Einen Schwerpunkt bilden dabei die Abteilungen und Departments für → Akutgeriatrie/Remobilisation. Geriatrische Rehabilitation wird beispielsweise in Wien auch im Rahmen der → Kurzzeitpflege angeboten. Ergänzend dazu stellen Einrichtungen wie → Tageskliniken eine gute Brücke zur ambulanten Versorgung dar. Die geriatrische Rehabilitation in der häuslichen Versorgung erfolgt häufig über → mobile Dienste. Wesentliche Eckpfeiler der geriatrischen Rehabilitation, wie etwa das multiprofessionelle Team, können extramural aufgrund der meist fehlenden Gesamtkoordination sowie angemessener Finanzierungsmöglichkeiten nur schwer verwirklicht werden. In Pflegeheimen fällt die Einrichtung von Möglichkeiten zur Rehabilitation in die Verantwortung der einzelnen Heimleitungen.

Geriatrische Syndrome

Bei einem Syndrom handelt es sich um einen Symptomenkomplex, d.h. einer Gruppe gleichzeitig auftretender Symptome, die unterschiedliche Grunderkrankungen als Ursache haben können. Angesichts der charakteristischen → Multimorbidität von geriatrischen Patientinnen bzw. Patienten treten sog. Geriatrische Syndrome gehäuft auf. In der Regel muss bei der Behandlung dieser Syndrome ein Kompromiss aus ursächlicher Behandlung und Symptomanagement getroffen werden, da das ursächliche Problem nur in seltenen Fällen zufrieden stellend gelöst werden kann. Vier Syndrome sind aufgrund ihrer hohen Bedeutung in der Geriatrie als „Giganten der Geriatrie“ („Vier I“) berühmt geworden: Immobilität, Instabilität (sowohl Sturzgefahr als auch labile Homöostase), Inkontinenz sowie intellektueller Abbau. Auch die sog. Medikamentöse Polypragmasie, als Resultat von Multimedikation, auf die der geriatrische Mensch besonders sensibel reagiert, kann unter den Begriff der geriatrischen Syndrome gefasst werden. Weitere geriatrische Syndrome sind etwa Frailty („Gebrechlichkeit“), Schlafstörungen, Schluckstörungen, Dekubitus, Malnutrition (Mangelernährung), chronische Obstipation, das Delir uvm.

Geriatrisches Assessment (G.A.)

Geriatrisches Assessment (G.A.) ist die Bezeichnung für den diagnostischen Prozess in der Geriatrie. Es handelt sich dabei um eine multidimensionale Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Situation von Patientinnen und Patienten. Konkret geht es um eine Bestandsaufnahme der individuellen Bedürfnisse der älteren Menschen, mit ihrem Risiko multimorbid, gebrechlich („frail“), hilfs- und betreuungsbedürftig zu werden. Es impliziert schließlich auch die weitergehende sinnvolle Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Das G.A. wird unterschiedlich intensiv, gestuft und unter Einsatz einzelner oder mehrerer Elemente aus einer breiten Palette an Testinstrumenten durchgeführt. Dimensionen des Assessments sind z.B. Selbsthilfefähigkeiten, Mobilität, Sturzrisiko, kognitive Funktion, emotionales Befinden, soziale Situation, Ernährungsstatus usw. In Österreich wurde eine Sammlung der am häufigsten angewandten Testverfahren abgestimmt von einer Expertinnen- bzw. Experten-Gruppe als „das österreichische Geriatrische Basisassessment“, herausgegeben (www.geriatrie-online.at).

Die Auswahl der jeweils adäquaten Assessmentverfahren ist abhängig vom Schwerpunkt der jeweiligen Abteilung, von den zu klärenden Fragen und nicht zuletzt von der Belastbarkeit der Patientin bzw. des Patienten. Als Grundanforderung gilt, dass für die funktionelle Diagnostik ein validierter Test herangezogen wird. Damit soll auch ein vergleichender Nachweis des Effekts der Behandlung ermöglicht werden. Die Ergebnisse des Assessments werden im Rahmen von interdisziplinären Therapiebesprechungen zur klinischen Beurteilung herangezogen. Daraufhin folgt die Formulierung von Therapie- bzw. Rehabilitationszielen und deren Durchführungsplanung inklusive der Planung von Verlaufskontrollen (Re-Assessment).

Gerontologie

→ Altersforschung

Gerontopsychologie

→ Altersforschung

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)

Das GuKG (Stammfassung aus dem Jahr 1997) enthält Regelungen über das Berufs- und Ausbildungsrecht der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Pflegehilfe). Neben Berufsbild und allgemeinen Berufspflichten sind qualitätssichernde Regelungen betreffend die Tätigkeit von Sozialbetreuungsberufen, die Personenbetreuung und die persönliche Assistenz enthalten. Seit dem Inkrafttreten wurden eine Reihe von Novellen sowie nähere Regelungen zu Ausbildung, Weiterbildung und Sonderausbildung in mehreren Durchführungsverordnungen erlassen.

Gesundheitsberufe

Unter einem Gesundheitsberuf ist ein gesetzlich geregelter Beruf zu verstehen, dessen Berufsbild die Umsetzung von Maßnahmen zur Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfasst. Darunter sind Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu verstehen, die unmittelbar am bzw. unmittelbar oder mittelbar für den Menschen zum Zwecke der Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens erbracht werden (Grundlage Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“, Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG). Österreich verfügt über eine breite Palette von auf Bundesebene gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen. Zu den Gesundheitsberufen zählen Ärztinnen bzw. Ärzte, Zahnärztinnen bzw. -ärzte, die psychologischen und psychotherapeutischen Berufe, die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz), die gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) wie z.B. Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten, Logopädinnen bzw. Logopäden, Ergotherapeutinnen bzw. -therapeuten und biomedizinische Analytikerinnen bzw. biomedizinische Analytiker, der kardiotechnische Dienst, der medizinisch-technische Fachdienst, Sanitäterinnen bzw. Sanitäter, medizinische Masseurinnen bzw. Masseur und Heilmasseurinnen bzw. -masseure sowie die Sanitätshilfsdienste. Im Anhang dieses Glossars sind sämtliche gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe angeführt, nähere Informationen dazu finden sich in der Broschüre „Gesundheitsberufe“ des Bundesministeriums für Gesundheit (s. Anhang). Diese Broschüre behandelt jedoch nicht den ebenfalls gesetzlich reglementierten Gesundheitsberuf „Apothekerin bzw. Apotheker“ und „Pharmareferentin bzw. Pharmareferent“. Die Regelung der → Sozialbetreuungsberufe fällt in die Zuständigkeit der Länder.

Gesundheitsförderung im Alter

Gesundheit im Alter stellt eine wichtige Basis für die selbständige Lebensführung dar. Gesundheitliche Einschränkungen im Alter sind oftmals verhaltensbedingt und können daher über Gesundheitsförderung und präventive Maßnahmen (→ Prävention) beeinflusst werden. Gesundheitsförderung versteht sich dabei als Ansatz, der vor allem von der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen ausgeht (Ottawa Charta der WHO 1986). Sowohl einzelne Frauen und Männer als selbstverantwortliche Akteurinnen bzw. Akteure mit ihrem jeweiligen Gesundheitsverhalten als auch gesellschaftspolitische Maßnahmen können Inhalt gesundheitsförderlicher Aktivitäten sein. Für die Umsetzung von Gesundheitsförderung hat der sog. Setting-Ansatz besondere Bedeutung, wonach Organisationen als Lebenswelten von Menschen eine zentrale Rolle einnehmen. Unter „Setting“ werden Organisationen wie z.B. Krankenhäuser, Schulen oder Betriebe sowie Netzwerke von Organisationen wie

etwa Kommunen oder die Gesellschaft als Ganzes verstanden. Die von diesen Kontexten vorgegebenen Verhältnisse haben maßgeblich Einfluss auf die Gesundheit der darin lebenden und arbeitenden Menschen. Eine Veränderung dieser Verhältnisse, etwa durch Maßnahmen der Organisationsentwicklung sowie andere projektbezogene Vorhaben, kann demnach unmittelbar positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen haben. Nennenswert sind in diesem Kontext etwa Projekte wie z.B. „Das gesunde Pflegeheim“, „Das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ oder die „Gesunde Gemeinde“.

Gewalt

Gewalt gegen ältere Menschen wird in unterschiedlichen Ländern mit unterschiedlichen Begriffen beschrieben. In einem aktuellen europäischen Projekt werden für Österreich drei Begriffe angeführt: Gewalt, (sexueller) Missbrauch und Verwahrlosung (Strümpel und Hackl 2008). Die sogenannte Toronto-Deklaration der Weltgesundheitsorganisation (2005) definiert „elder abuse“ (Gewalt gegen alte Menschen) als „...eine einzelne oder wiederholte Handlung, oder das Fehlen einer angemessenen Handlung, die im Rahmen einer Beziehung geschieht, in der Vertrauen erwartetet wird und die einer älteren Person Schaden oder Leid zufügt“. Über die verschiedenen Ausprägungen von Gewalt gegen ältere Menschen sowie der Problematik einer konkreten Erfassung des Ausmaßes für Österreich gibt der sog. „Gewaltbericht“, herausgegeben vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen aus dem Jahr 2001 Auskunft. Zweifelsohne handelt es sich hierbei um ein gesellschaftlich unterschätztes Problem, das Frauen häufiger betrifft als Männer.

Gewalt gegen ältere Menschen tritt im öffentlichen Raum, im häuslichen und im institutionellen Umfeld auf. Als Ursachenfaktoren können jeweils strukturelle (z.B. Gesetzeslage, Armut, Abhängigkeiten), kulturelle (z.B. Religion, Ideologie, Medikalisierung des Alters, negative gesellschaftliche Einstellungen) und persönliche (z.B. Motivation und Biografie) Komponenten beschrieben werden. Maßnahmen bei Anzeichen von Gewalt beziehen sich zunächst auf das sorgfältige Objektivieren des Verdachtes, auf das Feststellen und Behandeln von Verletzungen und Mangelzuständen sowie auf die Einflussnahme auf persönliche Faktoren (bei Gewalt im häuslichen Umfeld) und auf strukturelle Gegebenheiten im institutionellen Umfeld. Die Vielfältigkeit und Komplexität von Situationen, in denen Gewalt ausgeübt wird, kann es schwierig machen, geeignete Hilfen und Lösungen zu finden. Entscheidend ist, dass Gewalt-handlungen prinzipiell nicht bagatellisiert oder entschuldigt werden dürfen, sondern dass Alternativen gefunden werden müssen. Maßnahmen zur Prävention von Gewalt bestehen unter anderem darin, den Betroffenen Informationen über lokal verfügbare Unterstützungsangebote zukommen zu lassen. In Institutionen können klare Richtlinien zum Feststellen und zum Umgang mit Gewalt formuliert werden oder eine für das Thema beauftragte

Mitarbeiterin bzw. ein für das Thema beauftragter Mitarbeiter benannt werden. Auf gesellschaftlicher Ebene sind politische Maßnahmen durchzuführen.

Hausbetreuungsgesetz (HBeG)

Das 2007 in Kraft getretene Hausbetreuungsgesetz (BGBl. I Nr. 33/2007) hat zum Ziel, die arbeits-, sozial- und berufsrechtlichen Belange der häuslichen → 24-Stunden-Betreuung pflegebedürftiger Menschen zu regeln. Dieses Bundesgesetz gilt für die Betreuung von Personen in deren Privathaushalten, wobei die Betreuung im Rahmen einer selbständigen oder unselbständigen Erwerbstätigkeit erfolgen kann. Das Gesetz definiert, unter welchen Umständen Personen zur Betreuung beschäftigt werden dürfen. Das Hausbetreuungsgesetz umfasst nur die so genannte „Betreuung“, d.h. die Hilfestellung insbesondere bei der Haushaltsführung und Lebensführung sowie sonstige auf Grund der Betreuungsbedürftigkeit notwendige Anwesenheiten. Ergänzend dazu sind daher die Regelungen des → Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes zu berücksichtigen, wo die Erbringung entsprechender pflegerischer Tätigkeiten geregelt ist (→ Personenbetreuerin bzw. -betreuer). Für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen wird durch das HBeG der Rahmen für legale Beschäftigungsverhältnisse in der Versorgung zu Hause geschaffen sowie für eine finanzielle Förderung (vgl. § 21b BPGG) daraus entstehender Mehrkosten (→ 24-Stunden-Betreuung).

Hauskrankenpflege

Hauskrankenpflege ist eine zeitlich unbegrenzte Pflege und Betreuung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie Pflegehelferinnen bzw. Pflegehelfer zuhause. Dabei steht eine ganzheitliche Betreuung nach dem Prinzip der aktivierenden und reaktivierenden Pflege (→ psychobiografische Pflege) sowie der Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit im Vordergrund. Aufgaben der Hauskrankenpflege sind beispielsweise die Remobilisierung nach einem Krankenhausaufenthalt, Wundversorgung, Körperpflege oder Medikamentenverteilung (Dispensieren) bzw. Medikamentenverabreichung (z.B. Injektionen). Ergänzend dazu spielen im professionellen Selbstverständnis der Hauskrankenpflege auch Beratungstätigkeiten zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen (→ Angehörigenberatung) sowie → Prävention und → Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle.

In den Bundesländern bestehen unterschiedliche Regelungen und Verfahren bzgl. des Zuganges und der Wahlfreiheit sowie des Umfangs der finanziellen Förderung von Leistungen der Hauskrankenpflege. Die Finanzierung der Hauskrankenpflege erfolgt auf verschiedenen Wegen, die Krankenversicherung deckt in der Regel Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege ab (s.u.). Das Gros der Leistungen im Rahmen der Hauskrankenpflege wird über das Pflegegeld abgedeckt, dem geht ein Begutachtungs- und Einstufungsverfahren zur

Bedarfsfeststellung voraus. In Abhängigkeit von der Höhe des Einkommens können schließlich subsidiär Kosten von der Sozialhilfe übernommen werden. In vielen Fällen ist ein erheblicher Anteil an Eigenkosten von den Betroffenen selbst zu bezahlen. Fast alle Anbieter arbeiten mit der öffentlichen Hand auf Basis eines Vertrags zusammen. Verbindliche Qualitätsstandards müssen eingehalten werden, die Kontrolle obliegt den Aufsichtsbehörden (z.B. verantwortliche Abteilungen der Landesregierungen).

Die *medizinische Hauskrankenpflege* (MHKP) ist eine krankenhäusersetzende Maßnahme. Im § 151 des ASVG gesetzlich definiert und geregelt, sind die Sozialversicherungsträger zur Finanzierung dieser medizinisch-pflegerischen Maßnahmen verpflichtet. Sie umfasst ausschließlich Pflegeleistungen, die von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen erbracht werden, wie z.B. Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung oder Verbandswechsel. In jedem Fall muss eine medizinische Hauskrankenpflege ärztlich beantragt und von der jeweiligen Krankenkasse bewilligt werden. In der Regel wird die MHKP für 28 Tage bewilligt, eine Verlängerung ist möglich. Seit ihrer Einführung im Jahr 1992 wird die Möglichkeit der medizinischen Hauskrankenpflege in Österreich allerdings nur in sehr geringem Umfang genützt, und dies obwohl der Sektor der Hauskrankenpflege generell in den letzten 15 Jahren enormen Zuwachs sowohl in der Inanspruchnahme als auch hinsichtlich der politischen Aufmerksamkeit erfahren hat.

Heilbehelfe/Hilfsmittel

Heilbehelfe dienen zur Heilung oder Linderung eines Krankheitszustandes oder Gebrechens, dazu zählen z.B. Brillen, Inhalatoren, Schuheinlagen uvm. Hilfsmittel werden gewährt, wenn die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen durch Verstümmelung, Verunstaltung oder körperliche Gebrechen eingeschränkt wird (z.B. Rollstühle, Körperprothesen,...). Sämtliche Heilbehelfe und Hilfsmittel müssen von einer Ärztin bzw. einem Arzt verordnet werden, damit die dafür entstehenden Kosten von den Krankenkassen übernommen bzw. bezuschusst werden können. Sowohl für Heilbehelfe als auch für Hilfsmittel ist von den Versicherten ein Kostenanteil zu entrichten. Einige Heilbehelfe und Hilfsmittel werden auch leihweise zur Verfügung gestellt.

Es gibt keine österreichweite einheitliche Definition von Heilbehelfen und Hilfsmitteln, die spezifischen Regelungen obliegen den jeweiligen Krankenkassen. Beachtenswert ist daher auch, dass es je nach Krankenkasse eine Reihe von „bewilligungspflichtigen“ Heilbehelfen und Hilfsmitteln gibt, die eines besonderen Prozederes bei der Antragstellung bedürfen.

Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG)

Das mit 01. Juli 2005 in Kraft getretene „Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen“ - Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG, BGBl. I Nr. 11/2004) hat zum Ziel, die persönliche Freiheit und Würde von Menschen, die aufgrund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit der Pflege oder Betreuung bedürfen, zu schützen und zu wahren. Dafür sind die mit der Pflege oder Betreuung betrauten Menschen besonders zu unterstützen. Geltungsbereich des HeimAufG sind Alten- und Pflegeheime, Behindertenheime sowie andere Einrichtungen, in denen wenigstens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden können. In Krankenanstalten ist es nur auf Personen anzuwenden, die dort wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen.

Zentrale Regelungsinhalte betreffen → freiheitsbeschränkende Maßnahmen, die Vernetzung von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie die Möglichkeiten, die Zulässigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu überprüfen. Zusätzlich zu den üblichen Formen der Vertretung von Bewohnerinnen bzw. Bewohnern zur Wahrnehmung ihrer bzw. seiner Rechte durch nahe Angehörige, Rechtsanwältin bzw. -anwalt oder Notarin bzw. Notar, werden kraft Gesetz *Bewohnervertreterinnen bzw. -vertreter* beigelegt, sobald eine Freiheitsbeschränkung vorgenommen oder in Aussicht gestellt wird. Diese werden vom örtlich zuständigen Verein für Sachwalterschaft namhaft gemacht. Eine Bewohnervertreterin bzw. ein Bewohnervertreter prüft, ob bei Anordnung und Durchführung der Freiheitsbeschränkung die Zulässigkeitsvoraussetzungen erfüllt wurden und die Maßnahme angemessen und erforderlich ist. Dazu kann sie bzw. er ein Heim unangemeldet besuchen, sich einen persönlichen Eindruck von der Bewohnerin bzw. dem Bewohner verschaffen und von der anordnungsbefugten Person sowie anderen Personen Informationen einholen. Sie bzw. er ist auch befugt, Einsicht in die Pflegedokumentation und die Krankengeschichte zu nehmen. Für den Fall, dass die Bewohnervertreterin bzw. der Bewohnervertreter die Freiheitsbeschränkung für nicht zulässig hält und mit der Einrichtung kein Einvernehmen über Alternativen bzw. einer Aufhebung der Beschränkung findet, kann sie bzw. er beim zuständigen Bezirksgericht einen Antrag auf gerichtliche Überprüfung der Freiheitsbeschränkung stellen. Bewohnervertreterinnen bzw. -vertreter unterliegen der Verschwiegenheitspflicht.

Heimhelferin bzw. Heimhelfer

In den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe ist das Berufsbild „der Heimhelferin bzw. des Heimhelfers“ einheitlich geregelt. Demnach unterstützt die Heimhelferin bzw. der Heimhelfer „betreuungsbedürftige Menschen“, das sind Personen aller

Altersstufen, die durch Alter, gesundheitliche Beeinträchtigung oder schwierige soziale Umstände nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens Unterstützung brauchen, im Sinne der Unterstützung von Eigenaktivitäten und der Hilfe zur Selbsthilfe. Insbesondere sind dies Personen, die dennoch in ihrer Wohnung bzw. betreuten Wohneinheit oder Wohngemeinschaft bleiben möchten. Als wichtiges Bindeglied zwischen der Klientin bzw. dem Klienten, deren bzw. dessen sozialem Umfeld und allen anderen Bezugspersonen arbeitet die Heimhelferin bzw. der Heimhelfer im Team mit der → Hauskrankenpflege und den Angehörigen der → mobilen Dienste. Im Rahmen der Betreuungsplanung führt die Heimhelferin bzw. der Heimhelfer Aufgaben im hauswirtschaftlichen Bereich eigenverantwortlich auf Anordnung von Klientinnen bzw. Klienten und Angehörigen der Sozial- und Gesundheitsberufe die Tätigkeiten der Basisversorgung ausschließlich unter Anleitung und Aufsicht von Angehörigen der Gesundheitsberufe durch (BGBl. I Nr. 55/2005).

In der Anlage 2 der Vereinbarung ist formuliert, dass zu den Tätigkeiten der Basisversorgung „die Unterstützung bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden, bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und im Zusammenhang mit Ausscheidungen, die Unterstützung und Förderung der Bewegungsfähigkeit, die Unterstützung beim Lagern und bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln“ zählen.

Der Beruf der Heimhelferinnen bzw. der Heimhelfer darf ausschließlich im Rahmen einer Einrichtung ausgeübt werden, deren Rechtsträger der Verantwortung des Berufs entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzunehmen hat. Eine freiberufliche Ausübung der Heimhilfe ist nicht vorgesehen.

Heimhilfe

→ Heimhelferin bzw. Heimhelfer

Heimvertrag

Der Heimvertrag ist eine schriftliche Vereinbarung zwischen Trägereinrichtung und Bewohnerin bzw. Bewohner über das Ausmaß und die Inhalte von Leistungen und Rechten während des Aufenthalts in einem Heim. Grundlage dafür ist das Heimvertragsgesetz. Es ist in das Konsumentenschutzgesetz (KSchG) eingebettet und trat mit 01. Juli 2004 in Kraft (BGBl. I 12/2004). Das Heimvertragsgesetz regelt bestimmte Aspekte zivilrechtlicher Verträge zwischen den Trägereinrichtungen und den Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenheimen, Pflegeheimen und anderen Einrichtungen, in die wenigstens drei Menschen aufgenommen werden können. Sie gelten für Verträge über die dauernde oder auch nur vorübergehende Unterkunft, Betreuung und Pflege in solchen Einrichtungen (Heimverträge). Ausgenommen vom Geltungsbereich des Gesetzes sind Verträge über die Aufnahme in Krankenanstalten oder Rehabilitationsanstalten oder über die Aufnahme von Minderjährigen in Heimen.

Heimverträge müssen bestimmte Mindestinhalte aufweisen. Dazu gehören jedenfalls Angaben über Name und Anschrift der Heimträgerin bzw. des Heimträgers, Dauer des Vertrages, Angaben über Räumlichkeiten, deren Ausstattung, Wäscheversorgung, Reinigung, allgemeine Verpflegung, Leistungen im Rahmen der Grundbetreuung, Höhe und Fälligkeit des Entgelts samt dessen Aufschlüsselung sowie der Vorgangsweise bei Beendigung des Heimvertrages. Über spezielle Leistungen sind detaillierte Angaben zu machen bzw. ist anzumerken, wenn derartige Leistungen nicht erbracht werden. Unter diese Leistungen fallen z.B. besondere Verpflegungsleistungen, besondere Pflegeleistungen und medizinische und therapeutische Leistungen (Anwesenheit bzw. Erreichbarkeit von Ärztinnen bzw. Ärzten bzw. Pflegepersonal und Ausstattung zur Leistungserbringung, sonstige Dienstleistungen, die von dritten Personen erbracht werden sowie soziale und kulturelle Betreuung).

Auch Feststellungen über die der Bewohnerin bzw. dem Bewohner zustehenden Persönlichkeitsrechte sind im Heimvertrag zu treffen. Dazu gehören u.a. das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf freie Meinungsäußerung sowie politische und religiöse Selbstbestimmung. Auch das Recht auf Verkehr mit der Außenwelt und auf Besuch von Angehörigen sowie das Recht auf Gleichbehandlung ungeachtet des Geschlechts, der Abstammung und Herkunft, der Rasse, der Sprache, der politischen Überzeugung und des religiösen Bekenntnisses sind festzustellen. → Heimaufenthaltsgesetz

Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Im Kontext von Hospizbewegung sowie Palliative Care wurde eine Reihe von spezialisierten Angeboten entwickelt (→ Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung). Auch wenn die Angebote der Hospiz- und Palliativeinrichtungen derzeit überwiegend auf krebskranke Menschen ausgerichtet sind, werden dort auch hochbetagte geriatrische Patientinnen bzw. Patienten versorgt. *Palliativstationen (Ps.)* sind eigenständige Stationen innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus, die auf die Versorgung von Palliativpatientinnen bzw. -patienten spezialisiert sind. Ps. übernehmen die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen und Dienste nicht bewältigt werden, und die durch die Notwendigkeit von besonderer ärztlicher Expertise gekennzeichnet sind. Die Finanzierung erfolgt nach LKF-Punkten (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) in Pauschalen. Entlassungen innerhalb von 21 Tagen sind ein erklärtes Ziel der Versorgung gemäß den Strukturqualitätskriterien. *Stationäre Hospize* sind Einrichtungen mit einer eigenen Organisationsstruktur, die einer stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet sein können. Sie übernehmen die stationäre Versorgung, wenn die pflegerische und psychosoziale Betreuung stärker in den Vordergrund tritt. Basis ist eine Mischfinanzierung, getragen von einem beträchtlichen Anteil an Spenden.

Tageshospize bieten die Möglichkeit, dass Menschen tagsüber - in der Regel ein Mal in der Woche - außerhalb ihrer gewohnten Umgebung an verschiedenen Aktivitäten teilhaben können.

Palliativkonsiliardienste werden in der Regel ausgehend von einer Palliativstation durch je eine qualifizierte Ärztin bzw. einen qualifizierten Arzt und eine diplomierte Pflegefachkraft gebildet. Sie stehen anderen Abteilungen, Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern auf Stationen oder in Ambulanzen, auf Anfrage konsiliarisch zur Verfügung und bieten ihre Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlicher Pflege und psychosozialer Begleitung an. *Mobile Palliativteams* sind multiprofessionell zusammengesetzte Teams, die sich in erster Linie an die Betreuenden zu Hause und in Heimen wenden. Die Teams sind beratend und anleitend tätig und unterstützen auch beim Übergang von Krankenhaus bzw. Klinik nach Hause. Sie sind in ihrer Ausgestaltung und Finanzierung sehr heterogen, zumeist jedoch in hohem Maße von Spenden und öffentlichen Zuwendungen abhängig.

Hospizteams begleiten Palliativpatientinnen bzw. -patienten und ihre Angehörigen in allen Versorgungskontexten. Sie bestehen in erster Linie aus qualifizierten Hospizbegleiterinnen bzw. -begleitern, die im Rahmen eines → freiwilligen Engagements tätig sind; in einigen Fällen gibt es auch hauptamtliche Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren. Das Aufgabenspektrum umfasst die psychosoziale Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen einschließlich der Trauerbegleitung, traditionell auch Öffentlichkeitsarbeit.

Hospiz

Die Bezeichnung Hospiz geht zurück auf den lateinischen Ausdruck *hospitium*, Gastfreundschaft, Herberge. Im Mittelalter entstanden solche Häuser zum Schutz von Pilgerreisenden etwa an Alpenübergängen. Eine inhaltliche Wendung erfuhr der Begriff Hospiz durch die englische Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders. Sie eröffnete nach jahrelanger Vorbereitung im Jahr 1967 in London das St. Christopher's Hospice. Diese Einrichtung, finanziert ausschließlich durch Spendengelder, setzte sich zum Ziel, sterbenden Menschen ein Zuhause bis zuletzt anzubieten, ergänzt durch wissenschaftlich fundiertes Fachwissen, insbesondere im medizinischen Sektor etwa in der Schmerztherapie. Bei Hospiz handelt es sich um ein flexibles Konzept, eine Idee und eine Haltung, die prinzipiell überall umgesetzt werden kann.

Ausgehend von England breitete sich die Hospizidee weltweit aus, wobei sich allmählich der Begriff → Palliative Care durchsetzte. Nach Österreich kam die Hospizbewegung in den achtziger Jahren, und begann hier in erster Linie als „Bildungsbewegung“. Ausgehend von Kursen zur Sterbebegleitung formierten sich Hospizgruppen als ehrenamtlich getragene Vereine, die ihrerseits Fortbildungen anboten sowie regional in der Sterbebegleitung tätig wurden.

Nachdem im Herbst 1989 das erste mobile Hospizteam unter Trägerschaft der Caritas der Erzdiözese Wien seine Arbeit aufnahm, wurde 1992 das erste stationäre Angebot, das Hospiz St. Raphael im Krankenhaus zum Göttlichen Heiland, Wien, eröffnet. Neben dem breiten ehrenamtlichen Engagement in Hospizgruppen ist seit den neunziger Jahren schließlich ein sprunghafter Anstieg von verschiedenen stationären und ambulanten Angeboten zur Palliativversorgung zu verzeichnen (→ Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung). Seitens der Politik gibt es zudem im Zusammenhang mit dem Aufkeimen der so genannten „Sterbehilfedebatte“ ein klares Bekenntnis zum Ausbau der Hospizarbeit und Palliative Care (vgl. dazu den Beschluss des Nationalrates vom 13.12.2001). Hospizidee sowie Palliative Care verstehen sich als Konzepte zur → Sterbebegleitung in klarer Abgrenzung zur → Sterbehilfe.

Impfungen im Alter

→ Prävention in der Geriatrie

Informations- und Kommunikationstechnologien im Alter

Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wie z.B. Mobiltelefonie und Internet, haben im Alltagsleben an Bedeutung zugenommen. Dementsprechend sind Informationen über digitale technische Systeme sowie die Möglichkeiten zur technisch unterstützten Kommunikation für immer mehr Menschen verfügbar. Eine wichtige Voraussetzung dafür sind neben der technischen Ressourcenausstattung die entsprechenden Kompetenzen, diese Hilfsmittel zu benützen. Diese Voraussetzungen sind bei Menschen in höherem Lebensalter und bei Personen mit Einschränkungen mit vielfältigen Maßnahmen zu unterstützen. Das beinhaltet einerseits die Ausstattung mit den technischen Hilfsmitteln, andererseits entsprechende Bedienungsfreundlichkeit sowie Schulungen und Begleitung im Erlernen entsprechender Handhabung. Vor allem bei eingeschränkter Mobilität können Online-Dienste, wie beispielsweise Teleshopping oder elektronische Zeitungen, erhebliche Erleichterungen für den Alltag mit sich bringen. Technische Hilfsmittel wie → Notrufsysteme erhöhen die Sicherheit und tragen zu einem Verbleib in den eigenen vier Wänden trotz Pflegebedürftigkeit bei.

Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung hat zum Ziel, durch vertraglich geregelte, professions-, einrichtungs- und sektorenübergreifende (Ärztinnen bzw. Ärzte, Krankenhäuser, stationäre Altenbetreuung, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Dienste, Apotheken, usw.) Kooperationen die Kontinuität und Qualität in der Betreuung von Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten zu sichern, sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Das Konzept der Integrierten Versorgung reagiert damit auf die großen Abstimmungsprobleme

(Nahtstellenproblematik) zwischen den jeweiligen Sektoren des Sozial- und Gesundheitssystems.

Die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und Professionellen erfolgt auf fachlicher, organisatorischer und ökonomischer Ebene. Auf fachlicher Ebene sollen z.B. medizinische und pflegerische Situationsbeschreibungen zwischen Krankenhaus und behandelnder Hausärztin bzw. Hausarzt korrekt weitergegeben werden. Dafür sind organisatorische Rahmenbedingungen wie etwa Datenverwaltung und -transfer notwendig. Die ökonomische Ebene betrifft einheitliche Kriterien der Verrechnung in den unterschiedlichen Versorgungskontexten. Zentral dabei sind vertragliche Vereinbarungen von gemeinsamen bedarfsorientierten Zielen, Prozessen, Qualitätskriterien, Datenaustausch und Informationsfluss. Gute Vertrauensbeziehungen zwischen den unterschiedlichen Beteiligten werden daher als Basis für das Funktionieren von Integrierter Versorgung angesehen.

Besonders auch für ältere Patientinnen bzw. Patienten sollen durch diese Form der Zusammenarbeit Informations-, Organisations- und Abstimmungsnotwendigkeiten mit unterschiedlichen Vertreterinnen bzw. Vertretern von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen erleichtert werden.

In Deutschland wurde integrierte Versorgung (IV) mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 eingeführt und ist nach § 140 a des Sozialgesetzbuches (SGB) V auch gesetzlich geregelt. In Österreich besteht von Seiten der Politik spätestens seit den → Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ein Bekenntnis zu Integrierter Versorgung. Auf regionaler Ebene werden Pilotprojekte mit dem Ziel, Versorgungsleistungen besser aufeinander abzustimmen, durchgeführt. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2008) orientiert sich an „integrativer regionaler Versorgungsplanung und an Nahtstellenmanagement“ (→Nahtstellenmanagement).

Intergenerative Pädagogik

Immer mehr Kindertages- und Altenhilfeeinrichtungen praktizieren „intergenerative“ oder „generationsübergreifende“ Pädagogik. Die pädagogisch angestrebte Begegnung und der Dialog zwischen Jung und Alt sollen das institutionelle Leben bereichern und Kindern und Seniorinnen bzw. Senioren wertvolle Impulse und identitätsstiftende Erfahrungen schenken. Dahinter steht die Idee, dass die direkten Begegnungen einer Generationenentfremdung sowie der damit einhergehenden Vorurteilsbildung und Verfestigung stereotyper Altersbilder bei Kindern entgegenwirken. Von ihrem Anspruch geht die intergenerative Pädagogik weit über die traditionellen Adventsbesuche im Altenheim oder die Großelternnachmittage im Kindergarten hinaus. Damit ein solches Projekt gelingt, bedarf es einer engen Kooperation zwischen den Leiterinnen bzw. Leitern beider Institutionen sowie des Mutes, neue Wege

gehen zu wollen. In Österreich bestehen bereits einige Kindergärten, die in Altenpflegeeinrichtungen untergebracht sind.

Komplementärmedizin → Alternative- und Komplementäre Heilverfahren

Konsiliar- und Liaisondienst

Das Angebot Konsiliar- und Liaisondienst umfasst eine fachärztliche, gegebenenfalls auch psychotherapeutische, klinisch-psychologische und pflegerische konsiliarische Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten einer Behandlungseinheit (auf Anforderung durch das Behandlungsteam dieser Einheit oder routinemäßig) sowie die Mitwirkung bei Fallbesprechungen, Visiten und Beratung des Behandlungsteams (=Liaison). Ausgehend von Abteilungen und Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) kann ein Konsiliar- und Liaisondienst für andere Abteilungen innerhalb des Hauses angeboten werden. Dieser trägt neben einer bedarfsgerechten Betreuung geriatrischer Patientinnen bzw. Patienten außerhalb der Abteilung bzw. des Departments zu einer „Geriatrisierung der Medizin“ bei, d.h. sie fördert die geriatrische Kompetenz der gesamten Einrichtung. Wesentlicher Bestandteil ist hierbei das geriatrische Assessment, das u.a. auch die Entscheidung über eine Aufnahme von Patientinnen bzw. Patienten in die AG/R ermöglicht.

Kunsttherapie

Therapie mit bildnerischen Mitteln wird als Kunsttherapie bezeichnet. Dabei werden Mittel der Grafik, Malerei, Plastik, Drucktechnik oder Fotografie im rehabilitativen, klinisch-psychologischen und therapeutischen Bereich eingesetzt. Kunsttherapie bei alten Menschen muss nicht unbedingt „Therapie“ sein, sondern ist auch ein Angebot symbolischer Ausdrucksmittel, die mit den Begriffen „Malen“, „Spiel“, „Entspannung“ und „Kreativität“ umschrieben werden können. In diesem Sinne ist sie besonders als Ausdrucksmöglichkeit auch für demenziell veränderte Menschen geeignet.

Kurzzeitpflege

Unter dem Begriff Kurzzeitpflege wird die vorübergehende, stationäre Pflege einer pflege- und betreuungsbedürftigen Person verstanden, die ansonsten zuhause versorgt wird. Generell wird der Begriff in Österreich sehr unterschiedlich verwendet (→ Überleitungspflege). Kurzzeitpflege dient jedenfalls der Sicherstellung von Pflege, wenn pflegende Angehörige ihren Aufgaben vorübergehend nicht nachkommen können, beispielsweise bei Krankheit oder Urlaub. In

diesem Sinne wird die Kurzzeitpflege auch als eine wichtige Maßnahme zur Entlastung pflegender Angehöriger gesehen. Hinsichtlich der Finanzierung von Kurzzeitpflege gibt es unterschiedliche Regelungen in den Bundesländern, sie ist zumeist mit einem Eigenanteil verbunden. Im Rahmen der jüngsten Novelle des → Bundespflegegeldgesetzes wurde der anspruchsberechtigte Personenkreis für eine Förderung von Kurzzeitpflegemaßnahmen auf Bundesebene (aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung) erweitert. Kurzzeitpflege ist demnach nicht nur auf eine vorübergehende stationäre Versorgung beschränkt, sondern umfasst auch den Einsatz einer Ersatzpflege bei Verhinderung der Hauptpflegeperson in der häuslichen Versorgung.

Langzeitpflege

Unter den Begriff Langzeitpflege wird die zeitlich unbegrenzte Pflege und Betreuung von Menschen unabhängig von einer spezifischen Erkrankung gefasst. Der Ausdruck bezieht sich in der Regel auf stationäre Pflegeeinrichtungen, z.B. Geriatriezentren oder Pflegeheime, und dient der Abgrenzung zu Angeboten der Akutversorgung (Krankenhaus) sowie zu den → mobilen Diensten (Hauskrankenpflege). Im Kontext der finanziellen Absicherung von Langzeitpflege findet in der jüngeren Vergangenheit zunehmend der Begriff „Pflegevorsorge“ Verwendung. Eine maßgebliche Rolle spielen dabei die Eigenmittel der Betroffenen, Leistungen aus der Sozialhilfe der Bundesländer sowie das Pflegegeld (→ Bundespflegegeldgesetz).

Memory Klinik

→ Gedächtnistraining

Medizinische Hauskrankenpflege

→ Hauskrankenpflege

Mittagstisch

→ Teilstationäre Angebote

Mobile Beratung

→ Pflegeberatung

Mobile Dienste

Als Mobile Dienste, auch extramurale Dienste, werden all jene Angebote bezeichnet, mit denen pflege- und betreuungsbedürftige Personen in ihrem eigenen Zuhause versorgt und unterstützt werden. Das Ziel ist, ein möglichst langes Verbleiben in der häuslichen Umgebung zu gewährleisten. Insgesamt lässt sich unter dieser Bezeichnung eine breite Palette an Angeboten zusammenfassen, von denen einige in dieses Glossar aufgenommen wurden. Beispiele für solche Angebote sind die → Heimhilfe, die → Hauskrankenpflege,

→ Besuchsdienste, Essen auf Rädern, uvm. In Deutschland ist für diese Angebote der Ausdruck „ambulante Dienste“ gebräuchlich, in der Schweiz „Spitex“.

Mobiles Hospiz Palliativeinrichtungen

→ Hospiz- und

Multimorbidität

→ geriatrische Krankheitsbilder

Multiprofessionelles Team

Adäquate Problemlösungen kommen in der Geriatrie nicht vorwiegend aus dem Zuständigkeitsbereich einer Berufsgruppe. Die ganzheitliche Analyse der Situation einer Patientin bzw. eines Patienten ergibt in der Regel so viele unterschiedliche Fragestellungen und Lösungsansätze, dass der Einsatz verschiedener wechselnder Fachkompetenzen notwendig ist. Daher bedarf es eines multiprofessionellen Teams. Dieses besteht zumindest aus geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, (geriatrisch erfahrenen bzw. spezialisierten) Pflegepersonen, Physio- und Ergotherapeutinnen bzw. -therapeuten, klinischen Psychologinnen bzw. Psychologen, Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten sowie Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern. Zusätzlich werden fallbezogen noch weitere Berufsgruppen benötigt, z.B. Logopädinnen bzw. Logopäden, Seelsorgerinnen bzw. Seelsorger, Fachärztinnen bzw. -ärzte unterschiedlicher Disziplinen, Orthoptistinnen bzw. Orthoptisten, Diätologinnen bzw. Diätologen, uvm..

Eine solche professionelle und disziplinäre Vielfalt erfordert auch hohe soziale Kompetenzen in der Zusammenarbeit. Expertinnen und Experten betonen, dass der Erfolg in der Geriatrie ganz wesentlich davon abhängt, ob es gelingt, eine Struktur und Atmosphäre zu schaffen, in der ein echter Austausch von Informationen stattfindet und in der gemeinsam geplant und interveniert wird.

Musiktherapie

Durch bewusstes Hören von Musik (rezeptive Musiktherapie) bzw. aktives Musizieren (aktive Musiktherapie) können über das limbische System im Zentralnervensystem körperliche und psychische Symptome positiv beeinflusst werden. Die Wirkung von Musiktherapie wird in der Literatur in einer Reduktion der Schmerzwahrnehmung, verbesserter Krankheitsbewältigung und einer Reduktion von Hilflosigkeitsgefühlen beschrieben. Auch im Bereich der Betreuung und Versorgung alter Menschen wird Musiktherapie eingesetzt, so werden beispielsweise in Seniorenwohn- bzw. Pflegeheimen sowie Tageseinrichtungen entsprechende Angebote gemacht. In der Musik liegt zweifelsohne

auch ein großes Potenzial, um einen Zugang zur Lebenswelt demenziell veränderter Menschen zu finden bzw. diesen zusätzliche emotionale Ausdrucksmöglichkeiten anzubieten.

Nahtstellenmanagement

Unter dem Begriff Nahtstellenmanagement „wird die Organisation jener Versorgungsübergänge im Gesundheitswesen verstanden, die im Zuge des Behandlungsverlaufs von Patientinnen bzw. Patienten passiert werden“, so lautet die Definition im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (2006). Das Ziel ist demnach, die Kontinuität der Betreuung von Patientinnen und Patienten über Professions- und Organisationsgrenzen hinweg sicher zu stellen. Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit dem Nahtstellenmanagement sind in der Vereinbarung gemäß → Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens explizit ausgeführt.

Nahtstellenmanagement reagiert, so wie auch die → Integrierte Versorgung, auf das Problem der Fragmentierung im Sozial- und Gesundheitssystem („Nahtstellenproblematik“). Ein funktionierendes Nahtstellenmanagement umfasst laut ÖSG (2008, S. 33) „soziale, ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgungsbereiche bzw. ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Gesundheitsförderung und Prävention sind ebenfalls als Teile eines funktionierenden Nahtstellenmanagements zu betrachten“. Ein an den Betroffenen orientierter, rascher, reibungs- und lückenloser, effektiver, effizienter und sinnvoller Betreuungsverlauf soll durch entsprechende Organisation der Versorgungsübergänge gewährleistet werden. Als Voraussetzung für Verbesserungen im Nahtstellenmanagement werden im ÖSG verbindliche Vereinbarungen zwischen unterschiedlichen Leistungsanbietern sowie einheitliche Dokumentationssysteme angesehen. Als Zielgruppen werden insbesondere jene Patientinnen und Patienten angeführt, „die aufgrund der komplexen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und/oder sozialen Situation eine individuell spezifische Unterstützung in der Organisation und Koordination der Betreuungsangebote benötigen“ (S. 33). Damit wird eindrucksvoll die Situation vieler → geriatrischer Patientinnen und Patienten beschrieben.

Zur Erfassung und Sicherung der Qualität des Nahtstellenmanagements sind im ÖSG (2008) Kriterien definiert. Diese beziehen sich vorerst auf den akutstationären Bereich, die Entwicklung weiterer muss noch abgewartet werden. Zur Illustration sollen einige Beispiele genannt werden, wie im Sinne von Nahtstellenmanagement die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen durch das Versorgungssystem begleitet werden sollen: Standards zum Aufnahmemanagement, institutionalisiertes → Entlassungsmanagement (s. auch → Überleitungspflege), standardisierte Arztbriefe und Informationsweitergabe sowie institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in einer

Versorgungsregion. Damit wird deutlich, dass Maßnahmen aus → Case- oder → Care-Management eng einhergehen mit der Umsetzung eines gelungenen Nahtstellenmanagements.

Notruftelefon

→ Rufhilfesysteme

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)

Die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) ist ein gemeinnütziger wissenschaftlicher Verein, dessen Ziel die Förderung von Forschung und Lehre über das Altern und die Verbreitung von geriatrischen und gerontologischen Erkenntnissen ist. Die Gesellschaft vertritt die Interessen all jener Hochschulabsolventinnen und -absolventen, die sich mit Altersforschung und der Betreuung alter Menschen befassen, in drei Sektionen: (1) Sektion für Biogerontologie, (2) Sektion für Sozialgerontologie, (3) Sektion für Geriatrie. Neben der Vielzahl an Aktivitäten sind die Veranstaltung von internationalen wissenschaftlichen Kongressen, Herausgeberschaft der Zeitschrift Geriatrie Praxis sowie die enge Kooperation mit anderen internationalen Gesellschaften erwähnenswert.

Palliative Care

Im Jahr 1990 wurde Palliative Care von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eigenständiges Versorgungskonzept definiert, basierend auf den Ideen der Hospizbewegung (→ Hospiz). Nach einer Aktualisierung im Jahr 2002 lautet demgemäß die Definition: „Palliative Care ist ein Ansatz mit dem die Lebensqualität von Patientinnen bzw. Patienten und ihren Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Dies soll durch Vorsorge und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, fehlerlose Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen.“ (WHO 2002). Der Begriff „Palliativ“ leitet sich vom Lateinischen „pallium“, der Mantel, ab. „Care“ kann in die deutsche Sprache am ehesten mit dem Terminus „Versorgung“ übersetzt werden. „Palliativversorgung“ kann somit in der deutschen Sprache synonym mit „Palliative Care“ verwendet werden. Palliativpflege und Palliativmedizin sind Teildisziplinen, deren Vertreterinnen und Vertreter sich unter dem umfassenden Dach Palliative Care versammeln, genauso wie z.B. freiwillige Helferinnen und Helfer im Rahmen der Hospizbewegung (→ Hospiz). Das Konzept wurde ursprünglich für Menschen mit onkologischen Erkrankungen entwickelt, mittlerweile gibt es jedoch keine Einschränkung mehr hinsichtlich einer bestimmten Diagnose oder Personengruppe. Spätestens seit Erscheinen

einer Publikation der WHO mit dem Titel „Better Palliative Care for Older People“ (www.who.int) hat sich der Fokus auf alte Menschen auch international durchgesetzt. Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium mit ihrer häufig anzutreffenden Multimorbidität (einschließlich Tumorerkrankungen) sind allerdings nach wie vor eine vernachlässigte Personengruppe. Ausgehend von den USA und Großbritannien gibt es auch im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren zunehmend Modellprojekte und Organisationen, die der Frage nach der Umsetzung von Palliative Care für alte Menschen, insbesondere in Pflegeheimen, nachgehen. Dafür hat sich v.a. in Österreich der Begriff „Palliative Geriatrie“ durchgesetzt.

Palliativmedizin

→ **Palliative Care**

**Palliativstation
Palliativeinrichtungen**

→ **Hospiz- und**

**Palliativteam
Palliativeinrichtungen**

→ **Hospiz- und**

Patientinnen- bzw. Patienten-anwaltschaft

Die Patienten-anwaltschaft ist ein rechtlich verankertes, unabhängiges und weisungsfreies Organ der jeweiligen Bundesländer zur Umsetzung der Patientinnen- und Patientenrechte. Ziel ist die Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen von Personen in allen Angelegenheiten des Gesundheitswesens und Pflegebereichs. Grundlage dafür ist das Vereinssachwalter- und Patienten-anwalts-gesetz (VSPAG) aus dem Jahr 1990.

Die Patienten-anwaltschaft, auch als Pflege-anwaltschaft bezeichnet, versteht sich als Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten, deren Vertrauenspersonen, Verantwortliche oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Patienten-anwältinnen und -anwälte unterliegen der Verschwiegenheitspflicht. Zu den Kernaufgaben gehören die Information und Rechtsberatung über alle Fragen zu den Patientenrechten, die Behandlung von Beschwerden von Personen oder deren Angehörigen in allen Angelegenheiten des Gesundheitswesens und Pflegebereichs, die Aufklärung von Mängeln oder Missständen, die kostenlose außergerichtliche Vertretung von Patientinnen und Patienten, wenn der Verdacht auf medizinische oder pflegerische Behandlungsfehler gegeben ist, sowie die Beratung der Verantwortlichen und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen über die Patientenrechte und über ihre praxisgerechte Umsetzung.

Patientinnen- bzw. Patientenverfügung

Der Wunsch vieler Menschen möglichst selbst bestimmt zu sterben wurde in Österreich erst jüngst in das Patientenverfügungsgesetz aufgenommen (PatVG 2006). Das Gesetz unterscheidet zwischen beachtlichen und verbindlichen Patientenverfügungen und bietet damit zwei Formen an, den persönlichen Willen ausdrücklich festzuhalten.

Für eine verbindliche Patientenverfügung müssen laut Gesetz die Kriterien hinsichtlich Inhalt (§ 4), Aufklärung (§ 5), Errichtung (§ 6) sowie Erneuerung (§ 7) erfüllt sein (BGBl Nr. 55/2006). So bedarf es zur Wirksamkeit u.a. einer bestätigten ärztlichen Aufklärung sowie der Errichtung vor einer Rechtsanwältin bzw. einem Rechtsanwalt, Notarin bzw. Notar oder einer rechtskundigen Mitarbeiterin bzw. eines rechtskundigen Mitarbeiters der Patientenvertretungen. Dies geht für die Betroffenen somit mit finanziellen Kosten einher. Eine beachtliche Patientenverfügung erfüllt zwar nicht alle Voraussetzung der §§ 4 bis 7 PatVG („verbindliche Patientenverfügung“), ist dennoch für die Ermittlung des Willens von Patientinnen und Patienten beachtlich. Eine beachtliche Patientenverfügung ist bei der Ermittlung des Patientinnen- oder Patientenwillens umso mehr zu beachten, je eher sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt (BGBl Nr. 55/2006).

Neben der → Vorsorgevollmacht mag die Patientenverfügung als Instrument individualistischer Vorausbestimmung überzeugen, die Komplexität vieler Entscheidungssituationen am Lebensende kann darin freilich nur unzureichend abgebildet werden. Sie kann den gesellschaftspolitischen Diskurs nicht ersetzen, wie gute Vertrauensbeziehungen in der Medizin und den Gesundheitseinrichtungen hergestellt werden können, sowie wer sich für Menschen einsetzt, wenn diese es selbst nicht mehr für sich tun können.

Personenbetreuerin bzw. -betreuer

Die Berufsgruppe der Personenbetreuerinnen bzw. -betreuer ist aus der Legalisierung der → 24-Stunden-Betreuung im Rahmen des → Hausbetreuungsgesetzes (HBeG) hervorgegangen. Die Tätigkeit einer Personenbetreuerin bzw. eines Personenbetreuers kann selbständig oder unselbständig ausgeübt werden. Betreuung im Sinne des → HBeG umfasst Tätigkeiten, die in der Hilfestellung, insbesondere bei der Haushaltsführung und der Lebensführung bestehen, sowie sonstige aufgrund der Betreuungsbedürftigkeit notwendige Anwesenheiten. Ergänzend dazu normiert das → Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, dass Personen, die betreuungsbedürftige Menschen als Betreuungskräfte nach den Bestimmungen des → Hausbetreuungsgesetzes oder im Rahmen des Gewerbes der Personenbetreuung nach den Bestimmungen der Gewerbeordnung 1994 unterstützen, befugt sind, einzelne pflegerische Tätigkeiten an der betreuten Person im Einzelfall unter bestimmten Voraus-

setzungen durchzuführen (§ 3b GuKG). Welche Tätigkeiten das sind, ist ebenfalls im GuKG definiert und hängt von den jeweils konkreten Umständen einer Betreuungssituation ab (z.B. gesundheitlicher Zustand der betreuten Person). Die Delegation von pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten (§ 3b und § 15 GuKG) an Personenbetreuerinnen bzw. -betreuer setzt jedenfalls das Einverständnis der betreuten Person oder deren gesetzlicher Vertretung oder deren Vorsorgebevollmächtigten voraus. (Quelle: Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz BGBl. I Nr. 57/2008)

Persönliche Assistenz

Die Persönliche Assistenz ist eine auf die individuellen Bedürfnisse „maßgeschneiderte“ Hilfe, die Menschen mit Hilfebedarf in die Lage versetzt, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. Sie umfasst unter anderem die Bereiche Körperpflege, Haushaltshilfe, Mobilitätshilfe sowie Kommunikationshilfe. Der spezifische Unterschied zu anderen mobilen Hilfsdiensten besteht darin, dass die Initiative von den Betroffenen ausgeht, die damit die Organisation ihrer Hilfe selbst in die Hand nehmen. Vor diesem Hintergrund wurde das Modell der Persönlichen Assistenz vor allem mit Blick auf die Förderung eines selbständigen Lebens von Menschen mit Behinderung geschaffen. Im Zuge der gesetzlichen Regelung der → 24-Stunden-Betreuung können an Persönliche Assistentinnen und Assistenten auch bestimmte pflegerische Leistungen delegiert werden (lt. § 3c GuKG, BGBl. I Nr. 57/2008 und §§ 50a, 50h ÄrzteG). Von den Ländern gibt es Direktzahlungen für die Betroffenen und viele organisieren sich ihre Assistenz im Arbeitgebermodell. In Oberösterreich ist die Persönliche Assistenz als → Sozialberuf landesgesetzlich geregelt.

Personzentrierter Ansatz

Der Personzentrierte Ansatz geht auf das Werk von Carl Rogers (Rogers 1961) und die von ihm entwickelte klientenzentrierte Gesprächstherapie zurück. Im Zentrum steht das Konzept der Empathie, eine Haltung verstehenden Zuhörens, die die Gefühle des Anderen nachvollzieht ohne sie zu übernehmen. Als einer der wichtigsten Grundpfeiler des Personzentrierten Ansatzes für Menschen mit Demenz gilt die Erhaltung des Personseins als der „Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen“ (Kitwood 2005, S. 27). Tom Kitwood setzt sich über die verbreitete Annahme hinweg, wonach herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz ausschließlich durch den hirnnorganischen Abbauprozess zu erklären sei. In sein „angereichertes Modell der Demenz“ gehen u.a. auch die Biografie der Betroffenen und ihre Persönlichkeit ein sowie das soziale Umfeld. Herausforderndes Verhalten lässt sich so zum Beispiel durch emotionales Unwohlsein der Person mit Demenz begründen. Nach Kitwood (1997) kann der Begriff „Personzentriert“ im Zu-

sammenhang mit Pflege verwendet werden, um Ideen und Ansätze zusammenzufassen, mit der gelebten Erfahrung von Menschen mit Demenz zu arbeiten, welche die Bedeutung von Kommunikation und Beziehung unterstreichen. Darauf aufbauend lassen sich generell jene Methoden des Umgangs mit Menschen mit Demenz, die ein humanistisches Menschenbild und die Würde der verwirrten Person in den Mittelpunkt stellen, als Methoden des Personzentrierten Ansatzes bezeichnen, wie z.B. die → Basale Stimulation und die → Validation, wobei das Ausmaß an Übereinstimmung bzw. Unterschiedlichkeit zwischen den einzelnen Methoden bzw. Modellen und ihren zugrunde liegenden Philosophien noch nicht ausreichend untersucht ist. Aus dem Personzentrierten Ansatz unmittelbar ging an der Bradford Dementia Group auch das → Dementia Care Mapping als Evaluationsmethode hervor.

Pflegeanstalten für chronisch Kranke → Alten- und Pflegeheime

Pflegeassessment → Pflegeprozess

Pflegebedarf → Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

Pflegeberatung

Diese soziale Dienstleistung bietet Information und Beratung zum Thema Pflege und Betreuung für Menschen, die Orientierung und Hilfestellung dazu benötigen. Pflegeberatung wurde zunächst in Krankenhäusern eingerichtet, wo sie ein fester Bestandteil des → Entlassungsmanagements ist (→ Überleitungs-pflege). Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oder Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter beraten Betroffene bzw. deren Angehörige hinsichtlich rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen, z.B. Pflegegeld, sowie Angeboten zur Unterstützung der häuslichen Versorgung. Es ist unterschiedlich, ob die Beraterinnen und Berater einer Anbieterorganisation zugehören oder dem Krankenhausträger zugeordnet sind.

In einigen Bundesländern gibt es das Angebot der mobilen Beratung. Das ist eine Dienstleistung für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen und Angehörige, sie beinhaltet die Beratung für Erstbezieherinnen bzw. -bezieher des Pflegegeldes sowie Personen nach einer geänderten Pflegegeldeinstufung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Als zugehendes Angebot wird damit auch ein Beitrag zur Förderung der Inanspruchnahme von professionellen Diensten zur Unterstützung und Entlastung von Angehörigen geleistet. Die Finanzierung erfolgt unterschiedlich je nach Bundesland, wobei

den Betroffenen in der Regel keine Kosten entstehen. Ergänzend dazu sei auf die vielfältigen Maßnahmen der → Angehörigenberatung verwiesen.

Pflegediagnose

→ Pflegeprozess

Pflegedokumentation

→ Pflegeprozess

Pflegegeld

→ Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

Pflegeplanung

→ Pflegeprozess

Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist ein systematisches Vorgehen in der Krankenpflege, das dazu dient, die Gesundheitsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten oder einer Gruppe zu erkennen, entsprechende Maßnahmen zu planen und durchzuführen und die erzielten Resultate anschließend zu beurteilen (WHO).

Im deutschsprachigen Raum setzte sich die Beschreibung des Pflegeprozesses in sechs Schritten durch: (1) Informationen sammeln (Erhebung der Pflegeanamnese), (2) Probleme und Ressourcen erkennen (Pflegediagnose), (3) Festlegung der Pflegeziele, (4) Planung der Pflegemaßnahmen, (5) Durchführung der Pflegemaßnahmen, (6) Beurteilen der Wirkung der Pflege auf die Patientin bzw. den Patienten.

Pflegediagnosen sind kurz und präzise formulierte, auf eine systematische Datensammlung abgestützte Aussagen über pflegerische Aspekte des Gesundheitszustandes und -verhaltens von Patientinnen und Patienten. Pflegediagnosen basieren auf der Pflegeanamnese und sind in der Regel nach dem PÄS-Format beschrieben, d.h. sie bestehen aus den Bestandteilen Problem (Name der Diagnose), Ätiologie (Ursache) und Symptome (Merkmale). Die konkrete Pflegeplanung beinhaltet die systematische Planung, Durchführung und Bewertung von Pflege und soll eine strukturierte Arbeitsweise aller beteiligten Pflegekräfte ermöglichen. Daher ist die Pflegeplanung ein wichtiges Element der Qualitätssicherung in der Pflege. Häufige Pflegeprobleme können mit → Pflegestandards abgedeckt werden. Der gesamte Pflegeprozess ist als Teil des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im österreichischen → Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) verankert. In diesem Gesetz ist auch die Verpflichtung zur Dokumentation der Pflege im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich verankert.

Die vielen Anforderungen an die Pflegedokumentation haben zu einer Vielzahl von Dokumentationssystemen geführt. Das Angebot reicht von unterschiedlichen handschriftlichen Systemen bis zu EDV-technischen Lösungen zur Dokumentation. In Modellprojekten zur integrierten Dokumentation arbeiten Pflegepersonen und Medizinerinnen bzw. Mediziner mit gemeinsamen Dokumentationsformularen. Dadurch wird die interdisziplinäre Kommunikation unterstützt und die Informationen beider Berufsgruppen können gemeinsam genutzt werden.

Pflegestandards

Die stetig wachsenden Aufgaben der Pflege benötigen zu ihrer Bewältigung Struktur und Systematik, Pflegestandards können dabei ein wichtiger Schritt sein. Adelheid von Stösser definierte Pflegestandards als „allgemein gültige und akzeptierte Normen, die den Aufgabenbereich und die Qualität der Pflege definieren. Pflegestandards legen themen- und tätigkeitsbezogen fest, was die Pflegepersonen in einer konkreten Situation leisten wollen/sollen und wie diese Leistung auszusehen hat“ (v. Stösser 1994). Wie generell in der Qualitätsdiskussion wird auch hier zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards unterschieden. In der Praxis gibt es einen sehr unterschiedlichen Umgang mit Pflegestandards. Einerseits erarbeiten Einrichtungen die in ihrer Praxis gängigen Pflegestandards im Rahmen von Qualitätszirkeln/Arbeitsgruppen. Darüber hinaus gibt es auch Bestrebungen, evidenzbasierte Standards für den Umgang mit häufigen pflegerischen Problemen zu entwickeln. Beispielhaft kann hierfür der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ genannt werden. Dieser wurde von einer Arbeitsgruppe am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke entwickelt. Die Umsetzung von Pflegestandards in die Praxis erfolgt im Rahmen des → Pflegeprozesses, d.h. Pflegestandards stellen per se keinen Widerspruch zu einem an den individuellen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten orientierten Vorgehen dar.

Pflegestufen → **Bundespflegegeldgesetz (BPGG)**

Pflegeüberleitung → **Überleitungspflege**

Physiologischer Alterungsprozess → **Alter**

Prävention in der Geriatrie

In Abgrenzung zur → Gesundheitsförderung werden unter dem Begriff Prävention alle jene Maßnahmen gefasst, die gezielt zur Verhinderung von Krankheiten gesetzt werden. Durch verstärkte *primäre Prävention* sollen

Erkrankungen im Alter aufgeschoben oder verhindert werden, zumindest aber die drohenden Risiken rechtzeitig erkannt werden. *Sekundäre Prävention* zielt darauf ab, Folgen von eingetretenen Erkrankungen zu lindern und trotz bestimmter Funktionsverluste die allgemeine Kompetenz und Selbständigkeit möglichst zu erhalten und zu fördern, sodass weiterhin ein selbstbestimmtes Leben möglich ist. Ein Beispiel hierfür ist die Sturzprophylaxe bei sturzgefährdeten Personen. Schließlich kommt Maßnahmen der *tertiären Prävention* (→ Geriatrische Rehabilitation) im Alter eine besondere Bedeutung zu. Generell müssen Präventionsmaßnahmen im Alter sowohl bei individuellen Verhaltensweisen der Person (Verhaltensprävention), bei Änderungen ihrer Lebensbedingungen (Verhältnisprävention) sowie in der medizinischen und pflegerischen Versorgung (Präventivmedizin) ansetzen, woraus sich durchaus Überlappungen mit dem Bereich der → Gesundheitsförderung ergeben.

Ein weiteres Beispiel für Präventionsmaßnahmen sind etwa *Impfungen* im Alter. Allerdings werden diese häufig von den Betroffenen in ihrer Bedeutung unterschätzt, bzw. erfolgt die richtige Anwendung nicht altersadäquat. Unter Berücksichtigung der Probleme des alternden Immunsystems müssen geeignete Impfstrategien für alte Personen beachtet werden, bis hin zur Entwicklung neuer Impfstoffe, die den Erfordernissen dieser Menschen besser gerecht werden. Prävention ist nicht nur eine Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten sondern auch der anderen Gesundheitsberufe. In einigen europäischen Ländern wird beispielsweise bereits das Modell „präventiver Hausbesuch“, bei dem ältere Menschen in ihrer häuslichen Umgebung durch Gesundheitsschwestern bzw. -pfleger untersucht und beraten werden, eingesetzt.

Psychobiografisches Pflegemodell

Das Psychobiografische Pflegemodell wurde von dem österreichischen Krankenpfleger Erwin Böhm zunächst unter der Bezeichnung „Reaktivierende Pflege nach Böhm“ in den 80er Jahren entwickelt und richtet sich an Menschen in hohem Alter mit psychiatrischen Erkrankungen bzw. psychischen Begleitscheinungen somatischer Erkrankungen. Die persönliche individuelle Lebensgeschichte wird als Schlüssel gesehen, um Zugang zu Menschen zu finden, die kognitiv nicht mehr erreichbar sind. Das Modell geht dabei von lebensgeschichtlichen Prägungszeiten aus und unterscheidet sieben Interaktionsstufen. Über die Biografiearbeit wird versucht, die Betroffenen wieder in die nächste höhere Interaktionsstufe zu bringen oder zu stabilisieren. Dabei wird sehr viel Wert auf Reaktivierung, das heißt auf Autonomie fördernde Impulse gelegt. Dies ist unter dem plakativen Ausdruck „Helfen mit den Händen in der Hosentasche“ zu verstehen.

In Zusammenhang mit der Entwicklung des Modells wurde auch der Begriff *Übergangspflege* geprägt. Übergangspflege ist der pflegerisch-therapeutische Beitrag zur Entlassung einer Patientin oder eines Patienten aus dem Krankenhaus in ihr bzw. sein primäres soziales Umfeld, zumeist die häusliche Um-

gebung. Im Unterschied zur → Überleitungspflege bezieht sich dieses Konzept jedoch ausschließlich auf ältere Menschen mit psychiatrischen Krankheiten oder psychischen Begleiterscheinungen somatischer Krankheiten.

Psychosoziale Dienste für ältere Menschen

Die psychosozialen Dienste haben zum Ziel, älteren Menschen vor allem außerhalb der stationären Versorgung eine psychosoziale Betreuung und Beratung zu bieten. Ein multidisziplinäres Team aus Psychologinnen bzw. Psychologen, Ärztinnen bzw. Ärzten, Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern bietet Beratung sowohl persönlich als auch über Telefon sowie Krisenintervention an. Psychosoziale Dienste für ältere Menschen gibt es in mehreren Bundesländern, sie sind jedoch sehr unterschiedlich geregelt. Unter dem Begriff wird häufig auch die gesamte extramurale Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung verstanden (z.B. Psychosozialer Dienst (PSD) in Wien, mit gerontopsychiatrischem Zentrum).

Qualitätsmanagement in der Altenbetreuung und -pflege

Das aus den Wirtschaftswissenschaften stammende Konzept des Qualitätsmanagements (z.B. Total Quality Management) hat mittlerweile in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens Einzug gehalten. Besonders im stationären Bereich der Alten- und Pflegeheime entwickelten sich differenzierte Modelle des Qualitätsmanagements (QM) und der Qualitätssicherung. Zu unterscheiden sind hausinterne Bemühungen um Verbesserungen in Bezug auf qualitätsvolle Pflege und eine entsprechende Organisation von externen Qualitätszertifizierungen. Ausgangsbasis unterschiedlicher Qualitätsmanagement-Modelle sind die Dimensionen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität, wobei den einzelnen Dimensionen je nach Modell mehr oder weniger Bedeutung zukommt.

Strukturqualität bezieht sich beispielsweise auf die baulichen Gegebenheiten und räumlichen Voraussetzungen wie Ein- oder Zweibettzimmer, aber auch auf die Personalausstattung oder die Beachtung hygienischer Standards. *Prozessqualität* beinhaltet die genaue Definition von Arbeitsschritten und Abläufen wie z.B. das Führen einer kontinuierlichen Pflegedokumentation, das Einbeziehen von Angehörigen in wichtige Entscheidungen aber auch konkrete Handlungsabfolgen wie z.B. bei der Mundpflege. *Ergebnisqualität* spiegelt sich u.a. in der Zufriedenheit von Bewohnerinnen und -bewohnern wider oder kann über die Ergebnisse von Reaktivierung beobachtet werden.

In Österreich kommen in Alten- und Pflegeheimen in erster Linie die QM-Systeme E-Qualin®, ISO und QAP (Qualität als Prozess) zum Einsatz. Während bei ISO schwerpunktmäßig die Prozessqualität überprüft wird, sehen die für die Branche entwickelten QM-Systeme E-Qualin und QAP auch Einschätzungen der

Ergebnisqualität vor. Im Zentrum steht bei diesen QM-Systemen die Selbstentwicklung der Organisation. Etwa 10% der Alten- und Pflegeheime in Österreich haben bereits ein Qualitätsmanagement-System eingeführt. Seit 2008 gibt es in Österreich eine bundesweite Initiative für ein *nationales Qualitätszertifikat* (NQZ) für Alten- und Pflegeheime. Hierfür wurde ein einheitliches Instrumentarium zur Fremdbewertung von Qualität entwickelt, im Vordergrund steht die Überprüfung von Prozess- und Ergebnisqualität. Mit dem Ziel von Qualitätsvergleich und -verbesserungen wird auch *Benchmarking* zunehmend als relevantes Managementkonzept in der Arbeit mit geriatrischen Patientinnen und Patienten eingesetzt. Den Abteilungen und Departments für Akutgeriatrie und Remobilisation wird ein softwarebasiertes Benchmarksystem angeboten. Dieses Benchmarksystem ermöglicht online sowohl die Erfassung von Patientendaten auf Basis eines standardisierten geriatricspezifischen Dokumentationsinstruments als auch die Analyse der erfassten Daten zur Beschreibung der einrichtungseigenen Patientencharakteristika und die Darstellung von Prozess- und Ergebnisqualität in Form von Feedback-Berichten. Dazu wurde Ende 2007 der Verein „Qualität in der Geriatrie und Gerontologie - QiGG“ ins Leben gerufen.

Im Rahmen der Bundespflegegeldnovelle im Jahr 2001 wurde auch eine „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ eingeführt. Im gleichnamigen Pilotprojekt werden Hausbesuche durch diplomierte Gesundheits- und Pflegepersonen durchgeführt, die ein spezifisches Wissen über die häusliche Pflege aufweisen und über eine hohe Beratungskompetenz verfügen. Der Schwerpunkt dieser Besuche liegt auf Information und Beratung der Pflegegeldbezieherinnen bzw. -bezieher und ihren pflegenden Angehörigen.

Reaktivierende Pflege → **Psychobiografisches
Pflegemodell**

Rehabilitation → **Geriatrische Rehabilitation**

Rufhilfesysteme

Rufhilfesysteme sind technische Einrichtungen, die durch einfache Handhabung (beispielsweise Knopfdruck auf einen Handsender) Alarm an einer zentralen Stelle auslösen. Das bietet den Trägerinnen und Trägern solcher Geräte die Möglichkeit, jederzeit Soforthilfe herbeizuholen und erhöht deren Sicherheit und Eigenständigkeit. Die Kontaktaufnahme erfolgt im Bedarfsfall zunächst mit der jeweiligen Leitstelle des Anbieters, diese übernimmt dann die Organisation und Koordination der erforderlichen Hilfeleistungen. Nach demselben Prinzip funktioniert auch das Notruftelefon. Andere Modelle ermöglichen eine Sprechverbindung mit der Leitstelle. Die Finanzierung des jeweiligen Rufhilfesystems

erfolgt überwiegend durch Eigenleistung der Betroffenen, in einzelnen Bundesländern gibt es eine Förderung. Anbieterorganisationen sind häufig auch Träger von Hauskrankenpflegediensten sowie Rettungsdiensten.

Rund-um-die-Uhr-Betreuung Betreuung

→ 24-Stunden-

Sachwalterin bzw. Sachwalter

Gemäß dem Sachwalterrechts-Änderungsgesetz (SWRÄG) aus dem Jahr 2006 wird eine Sachwalterin bzw. ein Sachwalter für Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres beim Pflegschaftsgericht angeregt, wenn diese auf Grund einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Krankheit nicht fähig sind, ihre Geschäfte ohne Nachteil für sich selbst zu besorgen. Die Sachwalterin bzw. der Sachwalter übernimmt in einem solchen Fall die gesetzliche Vertretung der Person. Diese kann sowohl Rechtsgeschäfte (Vermögenssorge) als auch ärztliche oder soziale Betreuung (Personensorge) betreffen. Als Sachwalterin bzw. Sachwalter können nahe stehende Personen, Sachwaltervereine, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Notarinnen und Notare oder andere geeignete Personen bestellt werden, wobei nahe stehenden Personen (Angehörigen, Freundinnen bzw. Freunden, Bekannten) der Vorzug zu geben ist. Durch eine sogenannte Sachwalterverfügung kann unbestimmte Zeit vor Eintreten einer Sachwalterschaft eine geeignete Person für die Sachwalterschaft bestimmt werden. Dieser Wunsch ist dann im Fall einer Bestellung einer Sachwalterin bzw. eines Sachwalters zu beachten. Weiters ist vor Bestellung einer Sachwalterin bzw. eines Sachwalters darauf Rücksicht zu nehmen, ob andere Formen der Vorausverfügung vorliegen, wie z.B. → Vorsorgevollmacht, der → Patientenverfügung oder Vertretung durch Angehörige.

Die Aufgaben einer Sachwalterin bzw. eines Sachwalters als gesetzliche Vertreterin bzw. gesetzlicher Vertreter werden in jedem Fall vom Gericht individuell festgelegt. Immer jedoch hat eine Sachwalterin bzw. ein Sachwalter die notwendige Betreuung der Klientin bzw. des Klienten zu organisieren und zumindest einmal monatlich persönlichen Kontakt mit der Klientin bzw. dem Klienten zu halten (Personensorge).

Eine Sachwalterin bzw. ein Sachwalter wird auf unbestimmte Zeit bestellt. Das Gericht prüft jedoch regelmäßig, ob die Voraussetzungen für eine Sachwalterschaft weiter gegeben sind oder ein Änderungsbedarf besteht. Darüber hinaus unterliegen wichtige Entscheidungen der Sachwalterin bzw. des Sachwalters, wie z.B. die Zustimmung zu schwerwiegenden medizinischen Behandlungen, einer gerichtlichen Genehmigung. Es besteht auch regelmäßig Berichtspflicht gegenüber dem Gericht.

Seniorennotruf

→ Rufhilfesysteme

Seniorenorganisationen

Es gibt in Österreich eine Vielzahl an Seniorenorganisationen. Sie sind auf der Basis eigenständiger Vereine organisiert und haben zum Ziel, die Anliegen älterer Menschen nach außen zu vertreten sowie deren soziale Integration und Interessen zu fördern. Dafür wird von den jeweiligen Organisationen ein breites Angebot aus unterschiedlichen Bereichen, beispielsweise Kultur und Sport, zur Auswahl gestellt. Einige Seniorenorganisationen sind auch aus den politischen Parteien hervorgegangen bzw. weisen eine starke Nähe zu diesen auf, andere wiederum sind weltanschaulich unabhängig.

Soziale Gerontologie

→ Altersforschung

Sozialbetreuungsberufe

Die Regelung der Sozialbetreuungsberufe fällt in die Zuständigkeit der Länder. Zur Vereinheitlichung der Berufsbilder, der Tätigkeitsbereiche und der Ausbildung der Angehörigen der Sozialbetreuungsberufe wurde eine Vereinbarung gemäß Art.15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, BGBl. I Nr. 55/2005, abgeschlossen. Darin verpflichteten sich die Länder, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Berufsbilder und die Tätigkeitsbereiche nach den festgelegten Grundsätzen zu regeln. Weiters verpflichteten sie sich, die Ausbildung nach einem in der Vereinbarung festgelegten modularen und stufenweisen System zu regeln. Sozialbetreuungsberufe sind gegliedert in drei Qualifikationsniveaus: 1. Helferinnen bzw. Helfer-Niveau: Heimhelferinnen bzw. Heimhelfer, 2. Fachniveau: Fach-Sozialbetreuerinnen bzw. -betreuer, 3. Diplomniveau: Diplom-Sozialbetreuerinnen bzw. -betreuer. Auf Fach- und Diplomniveau gibt es im Hinblick auf unterschiedliche Zielgruppen und Arbeitsschwerpunkte folgende Spezialisierungen: 1. Altenarbeit („A“), 2. Familienarbeit (nur auf Diplomniveau) („F“), 3. Behindertenarbeit („BA“) und 4. Behindertenbegleitung („BB“). Die Ausbildung zur bzw. zum Pflegehelferin bzw. Pflegehelfer bildet einen integrierenden Bestandteil folgender Ausbildungen für Sozialbetreuungsberufe: Diplom-Sozialbetreuerin bzw. -betreuer Altenarbeit, Familienarbeit und Behindertenarbeit sowie Fach-Sozialbetreuerin bzw. -betreuer Altenarbeit und Behindertenarbeit. Daneben bestehen in einzelnen Bundesländern weitere Berufsbilder im Bereich der Sozialbetreuungsberufe. Für nähere Informationen empfiehlt sich eine Kontaktaufnahme mit dem Sozialreferat des betreffenden Bundeslandes.

Soziale Dienste

Eine allgemein gültige Definition von sozialen Diensten gestaltet sich als schwierig, weil dieser Begriff unterschiedlich verwendet wird. Zum einen wird damit der gesamte Bereich der sozialen Arbeit zusammengefasst. Kennzeichnend für diesen Sektor ist ein hoher Anteil an Tätigkeiten im extramuralen Bereich sowie ein hoher Frauenanteil bei den Beschäftigten. Weiters ist für soziale Dienste charakteristisch, dass sie an Personen gebunden sind und Dienstleistungen im Bereich der Betreuung, Beratung, Behandlung und Pflege direkt anbieten. Die Finanzierung der sozialen Dienste liegt in der Kompetenz der Bundesländer.

Stationäres Hospiz → Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Sterbebegleitung

Als Sterbebegleitung wird die ganzheitliche Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase bezeichnet. Sehr häufig wird Sterbebegleitung auch im Rahmen von weiteren Maßnahmen aus dem Bereich → Palliative Care bzw. Hospizarbeit (→ Hospiz) angeboten. Im Kontext von Hospizarbeit werden in Österreich in vielen Bundesländern derzeit 70-stündige, standardisierte Einführungskurse für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung angeboten. Zielgruppe für diese Kurse sind alle Menschen, die sich für dieses Thema interessieren und in diesem Bereich tätig werden möchten.

Sterbehilfe

Als Sterbehilfe können sämtliche Maßnahmen bezeichnet werden, die absichtlich die Beschleunigung des Todesintritts auf Verlangen des betroffenen Menschen herbeiführen. In diesem Sinne darf der Begriff Sterbehilfe nicht mit dem Terminus → Sterbebegleitung verwechselt werden. In den meisten Ländern gibt es gesetzliche Bestimmungen zur Sterbehilfe bzw. Euthanasie. In Österreich beispielsweise sind alle Maßnahmen der aktiven Sterbehilfe nach §§ 75, 77 und 78 StGB (Mord, Tötung auf Verlangen, Mitwirkung am Selbstmord) verboten.

Der Behandlungsverzicht bei Sterbenden oder der Abbruch von Maßnahmen, die den Sterbeprozess verlängern, wird als passive Sterbehilfe bezeichnet. Diese ist in Österreich nicht strafbar. Ebenfalls nicht strafbar ist das unbeabsichtigte Beschleunigen des Todesintritts durch Setzen einer sinnvollen therapeutischen Maßnahme (z.B. zur Linderung von Schmerzen), dies wird auch als indirekte Sterbehilfe bezeichnet. In einigen europäischen Ländern sind Maßnahmen der aktiven Sterbehilfe nicht strafbar sofern sie nach einem gesetzlich

definierten Prozedere durchgeführt werden, etwa in den Niederlanden, Belgien sowie Luxemburg. Dem werden gesellschaftspolitisch Forderungen nach einem Ausbau der Palliativversorgung entgegengesetzt (→Palliative Care).

Tageshospiz Palliativeinrichtungen

→ Hospiz- und

Tagesklinik

Die geriatrische Tagesklinik hat ihren festen Platz im abgestuften Behandlungs- und Versorgungskonzept älterer Menschen in Abhängigkeit von der Schwere des Krankheitsbilds und vom Krankheitsverlauf. Sie bietet eine Brückenfunktion zwischen vollstationärer Krankenhausbehandlung und ambulanter Therapie. Durch die geriatrische Tagesklinik kann unter Umständen ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt vermieden oder abgekürzt und ein gleitender Übergang in die häusliche Umgebung ermöglicht werden. Die Struktur einer Tagesklinik umfasst das diagnostische und therapeutische Angebot der vollstationären Betreuung. Die Pflege- sowie Hotelkomponente werden nur in geringem Maß angeboten. Dies setzt ein gewisses Maß an Selbständigkeit bzw. sozialem Netzwerk für die Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens voraus. Der Anfahrtsweg zur Tagesklinik sollte 30 Min. nicht überschreiten. Großer Wert wird auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Selbständigkeit und Alltagskompetenz gelegt. In solchen Tageskliniken wird deshalb ein breites Spektrum an Maßnahmen der → geriatrischen Rehabilitation angeboten. Einer flächendeckenden Verbreitung von Tageskliniken oder -zentren stehen in Österreich die Schwierigkeiten der Finanzierung teilstationärer Angebote entgegen.

Tageszentrum

→ Teilstationäre Angebote

Teilstationäre Angebote

Die Angebote der teilstationären Betreuung und Pflege sind ein Bindeglied zwischen mobilen Diensten und stationären Einrichtungen, mit dem Ziel, den Betroffenen einen Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen und gleichzeitig deren soziale Integration zu fördern. Beispiele für solche Angebote sind → (geriatrische) Tageskliniken, (geriatrische) Tageszentren oder Tagespflegeplätze sowie das → Tageshospiz. Hier können die Betroffenen unterschiedliche therapeutische Leistungen und Freizeitangebote in Anspruch nehmen. Auch für Menschen, deren pflegende Angehörige tagsüber nur eingeschränkt verfügbar sind, bieten sie eine gute Möglichkeit, sich in anderen räumlichen und sozialen Umwelten zu bewegen und Unterstützung zu erfahren.

Der Entwicklungs- und Ausbaugrad an teilstationären Angeboten ist in Österreich im internationalen Vergleich noch gering. Die im Gesundheitssystem noch dominierende Trennung von ambulant und stationär wirft zudem einige Hürden bei der Finanzierung solcher Angebote auf.

Ein in Österreich noch wenig übliches Angebot ist der *Mittagstisch*. Hier werden Menüs in Gasthäusern, Tageszentren oder Pflegeheimen preisgünstig und seniorengerecht (z.B.: Schonkost, Diabetikerkost) angeboten, freiwillige Helferinnen und Helfer (→ Freiwilliges Engagement) übernehmen die Begleitung der älteren Menschen von der Wohnung zur Lokalität.

Therapeutische Dienste

Unter diesem Begriff wird üblicherweise eine Reihe von Berufsbildern zusammen gefasst, die Frauen und Männer bei der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der körperlichen und sozialen Selbständigkeit unterstützen. Gemeinsam mit den anderen → Gesundheitsberufen und → Sozialbetreuungsberufen leisten diese therapeutischen Dienste sowohl präventiv als auch kurativ und palliativ einen wichtigen Beitrag zur interprofessionellen Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten. Neben physiotherapeutischem und ergotherapeutischem Dienst sowie Psychotherapie sind u.a. der Diätdienst und der ernährungsmedizinische Beratungsdienst als auch der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst und der orthoptische Dienst für ältere Menschen von Bedeutung.

Tiergestützte Therapie

Als tiergestützte Therapie werden alle Maßnahmen bezeichnet, bei denen durch den gezielten Einsatz eines Tieres positive Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten von Menschen auf physischer und psychischer Ebene erzielt werden. Sie zählt zu den → Alternativen und Komplementären Heilverfahren und wird häufig auch mit anderen Verfahren kombiniert. In einigen Alten- und Pflegeheimen bzw. auch auf Palliativstationen oder in Hospizen ist das Mitbringen von Haustieren durch Besucherinnen oder Besucher erlaubt oder es sind eigene Haustiere in den Einrichtungen vorhanden. Tiertherapeutische Vereinigungen bieten Rat und Fortbildung zur Haltung von Tieren in verschiedenen Einrichtungen sowie zu den erforderlichen Rahmenbedingungen (z.B. hygienische Vorschriften, Art des Tieres, Klären von Haftpflichtfragen uvm.).

Übergangspflege

→ Psychobiografisches Modell

Überleitungspflege

Überleitungspflege verfolgt das Ziel, den Übergang einer Patientin oder eines Patienten vom Krankenhaus in das häusliche Umfeld (oder eine andere Einrichtung) so reibungslos wie möglich zu gestalten. Dies kann beispielsweise durch den Einsatz einer Überleitungspflegeperson erfolgen, die bereits im Krankenhaus Kontakt mit den Patientinnen und Patienten bzw. deren Vertrauenspersonen aufnimmt und in Abstimmung mit dem interdisziplinären Team den Versorgungsbedarf erhebt. In weiterer Folge wird von der Übergangspflege auch die Organisation von extramuralen Diensten übernommen sowie Unterstützung bei der Beschaffung von notwendigen Hilfsmitteln und Pflegebehelfen geleistet. Neben der Organisation des maßgeschneiderten Hilfenetzwerks ist auch hier eine wesentliche Aufgabe die Schulung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen oder Vertrauenspersonen. Die Parallelen zum → Entlassungsmanagement sind offensichtlich und die Unterschiede häufig rein terminologischer Art. Überleitungspflege wird in Österreich vorwiegend in Oberösterreich und im Burgenland als Konzept und Begriff des → Nahtstellenmanagements verwendet. Darüber hinaus findet im deutschsprachigen Raum auch noch der Begriff „Pflegeüberleitung“ für diesen Aufgabenbereich Verwendung.

Urlaubspflege

→ Kurzzeitpflege

Validation

Die Validation dient dazu, mit hochbetagten, verwirrten Menschen zu kommunizieren und ihnen so zu helfen, ihre Würde zu respektieren, ihre Angst zu reduzieren und die Gefühle, die sie ausdrücken, wertzuschätzen. Die Validation geht von einem humanistischen Menschenbild aus, das jeden Menschen als einzigartig und wertvoll erachtet, unabhängig davon, wie desorientiert dieser Mensch ist (→ Personzentrierter Ansatz). Hinter jedem Verhalten eines hochbetagten Menschen wird ein Beweggrund gesehen. Das Verhalten von sehr alten Menschen wird nicht nur als ein Ausdruck von anatomischen Veränderungen des Gehirns gesehen, sondern als Kombination von körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklungen. Alte Menschen - so die Theorie der Validation - streben danach, unerledigte Aufgaben aufzuarbeiten, um in Frieden zu sterben. Gerade dieser letztgenannte Grundsatz wird in seiner Generalisierbarkeit von Kritikern der Validation in Frage gestellt. Die Validation geht auf Naomi Feil zurück, sie gilt als die Begründerin der Methode. 1932 in Deutschland geboren und in den USA aufgewachsen, ist Naomi Feil diplomierte Sozialarbeiterin. Die Validationstheorie beschreibt vier

Stadien der Desorientierung, für jedes Stadium wurden eigene Kommunikationstechniken entwickelt. Naomi Feil weist darauf hin, dass die Techniken der Validation einfach zu erlernen sind und täglich nur wenige Minuten in Anspruch nehmen. Neben der „Einzelevaluation“ wurden spezifische Techniken für die Arbeit mit desorientierten Menschen in Gruppen von 5 bis 10 Personen entwickelt.

Autorinnen und Autoren, die der Methode kritisch gegenüber stehen, weisen darauf hin, dass beispielsweise das von Feil erst später entwickelte Vier-Stadien-Konzept nicht unreflektiert übernommen werden könne, auch wird die Gefahr des Fokus auf Methoden statt auf Personen gesehen. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegehelferinnen bzw. Pflegehelfer können zur Erweiterung ihrer in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten eine Weiterbildung in Validation gemäß Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung absolvieren.

Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG regeln Bund und Länder als Vertragspartner die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Als deziertes Ziel ist darin festgehalten, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, solidarische, effektive und effiziente, allen Menschen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen, und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kosteneinsparungen abzusichern.

Die aktuelle Bund-Länder-Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (in BGBl. I Nr. 105/2008) gilt für die Kalenderjahre 2008 bis 2013. Die Planungsziele und Grundsätze werden demnach grundsätzlich in einem Österreichischen Strukturplan Gesundheit gemeinsam festgelegt und die Planung erfolgt in den regionalen Strukturplänen auf Landesebene. Unter Einbeziehung der intra- und extramuralen Bereiche sollen nach der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG insbesondere jene notwendigen Schritte gesetzt werden, die (a) eine gemeinsame integrierte und sektorenübergreifende Planung und Steuerung im Gesundheitswesen sicherstellen, (b) den Grad der Verbindlichkeit in der Gesundheitsplanung auf Länderebene durch wechselseitige Abstimmung der intra- und extramuralen Versorgungsplanung erhöhen und (c) eine sektorenübergreifende Finanzierung aufbauen.

So haben sich beispielsweise Bund und Länder darauf geeinigt, Projekte der → Integrierten Versorgung und Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, sowie die sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs über einen gemeinsamen Reformpool zu finanzieren. Voraussetzung für die Förderung

eben dieser Projekte ist, dass sich das jeweilige Land und die Sozialversicherung im Voraus auf diese Maßnahmen inhaltlich einigen.

24-Stunden-Betreuung

Die „24-Stunden-Betreuung“ ist in Österreich seit 01. Juli 2007 durch Schaffung eines neuen → Hausbetreuungsgesetzes (BGBl. I Nr.33/2007) sowie einer Novellierung der Gewerbeordnung gesetzlich geregelt. Hierzu normiert das → Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, dass Personen, die betreuungsbedürftige Menschen als Betreuungskräfte nach Bestimmung des Hausbetreuungsgesetzes oder im Rahmen des Gewerbes der Personenbetreuung nach den Bestimmungen der Gewerbeordnung 1994, unterstützen, befugt sind, einzelne pflegerische Tätigkeiten an der betreuten Person im Einzelfall unter bestimmten Voraussetzungen durchzuführen. Angehörige der in diesem Bereich tätigen Berufsgruppe werden als → Personenbetreuerinnen bzw. -betreuer bezeichnet. Es gibt drei Möglichkeiten zur Organisation einer solchen Betreuung in Privathaushalten:

1. Selbständigen-Modell: Die betreuungsbedürftige Person oder eine Angehörige bzw. ein Angehöriger schließt einen Werkvertrag mit einer gewerblichen Personenbetreuerin bzw. einem gewerblichen Personenbetreuer ab. Das ist die derzeit am häufigsten gewählte Variante.
2. Unselbständigen-Modell: Die betreuungsbedürftige Person oder eine Angehörige bzw. ein Angehöriger stellen eine Betreuerin bzw. einen Betreuer an.
3. Träger-Modell: Die betreuungsbedürftige Person oder die Angehörigen nehmen die Dienste einer Betreuungsperson in Anspruch, die bei einer Trägerorganisation angestellt ist. Dieses Modell ist bisher nicht in der Praxis zu beobachten.

Zu den Mehrkosten, die aus der legalisierten 24-Std. Betreuung entstehen, können unter bestimmten Voraussetzungen finanzielle Förderungen gewährt werden. Die Höhe der Förderung hängt u.a. von dem gewählten Modell ab (nähere Informationen sowie Broschüre abzurufen bei: www.bmask.gv.at).

Vorsorgevollmacht

Mit der im Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006 (BGBl. Nr. 92/2006) geregelten Vorsorgevollmacht kann eine Person (Vollmachtgeberin oder Vollmachtgeber) schon vor dem Verlust der Geschäftsfähigkeit, der Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder der Äußerungsfähigkeit selbst bestimmen, wer als Bevollmächtigter bzw. Bevollmächtigte für sie in bestimmten Angelegenheiten (zum Beispiel Entscheidung über medizinische Behandlungen) entscheiden und sie vertreten kann. Es ist auch möglich, mehrere Personen zu bevollmächtigen, die unterschiedliche Aufgaben übernehmen. Die Bevollmächtigte bzw. der

Bevollmächtigte darf nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung zu einer Krankenanstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung stehen, in der sich die Vollmachtgeberin oder der Vollmachtgeber aufhält oder von der diese oder dieser betreut wird. Für eine solche Vollmacht gibt es drei Möglichkeiten. Sie kann (1) zur Gänze eigenhändig geschrieben und unterschrieben werden oder es erfolgt (2) die Errichtung vor einer Notarin, einem Notar, einer Rechtsanwältin bzw. einem Rechtsanwalt oder bei Gericht, oder (3) es wird ein Formular von der betroffenen Person oder mit Hilfe einer dritten Person ausgefüllt. Dieses wird von der Vollmachtgeberin bzw. vom Vollmachtgeber selbst sowie von drei Zeuginnen bzw. Zeugen unterschrieben.

Die Errichtung vor einer Notarin bzw. einem Notar, einer Rechtsanwältin bzw. einem Rechtsanwalt oder bei Gericht ist vor allem dann nötig, wenn die Vollmacht auch Einwilligungen in medizinische Behandlungen umfasst, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden sind, oder wenn sie Entscheidungen über dauerhafte Änderungen des Wohnortes sowie die Besorgung von nicht zum ordentlichen Wirtschaftsbetrieb gehörenden Vermögensangelegenheiten umfasst. In diesem Fall wird auch von einer „qualifizierten Vorsorgevollmacht“ gesprochen. Wer beispielsweise eine qualifizierte Vorsorgevollmacht bei einer Notarin bzw. einem Notar oder einer Rechtsanwältin bzw. einem Rechtsanwalt abschließt, benötigt mit großer Wahrscheinlichkeit keine bzw. keinen → Sachwalterin bzw. Sachwalter mehr. Es besteht jedoch die Möglichkeit, im Rahmen der Vorsorgevollmacht auch eine Sachwalterin bzw. einen Sachwalter zu benennen (Sachwalterverfügung). Aus Expertinnen- und Expertensicht wird Modellen wie der Vorsorgevollmacht, in denen auf wechselseitige Verantwortungsübernahme und soziale Beziehungen gesetzt wird, gesellschaftspolitisch eine große Rolle eingeräumt. Dennoch tritt diese Option in der aktuellen Diskussion um die Wahrung des mutmaßlichen Patientinnen- bzw. Patientenwillens angesichts der öffentlichkeitswirksameren → Patientenverfügung deutlich in den Hintergrund.

Wohnen im Alter

Wohnen, Wohnraum und das Wohnumfeld gewinnen im Alter an Bedeutung. Besonders in Lebenssituationen, in denen Beweglichkeit und Mobilität abnehmen und Unterstützungs- oder Pflegebedarf steigen, wird mehr Zeit im örtlichen Nahraum und in der Wohnung selbst verbracht. Dementsprechend stark beeinflusst das nahe räumliche und soziale Umfeld alternder Menschen ihre selbständige Lebensführung. Im Zusammenhang mit alters- oder krankheitsbedingten Einbußen oder aber auch aufgrund von sozialen Veränderungen stehen ältere Menschen häufig vor der Entscheidung, die eigene Wohnsituation zu verändern. Wenn die Umgestaltung des bisherigen Wohnraums (barrierefreies Wohnen) und die Unterstützung durch → mobile Dienste nicht möglich

oder ausreichend sind, dann ergibt sich die Notwendigkeit der Übersiedlung in ein → Alten- und Pflegeheim. Alternativ dazu hat sich in den letzten Jahren auch in Österreich ein breites Spektrum an Wohnformen etabliert, die allerdings eine große begriffliche Heterogenität aufweisen. Daher ist es wichtig, sich im Einzelfall an den im jeweiligen Bundesland vertretenen Angeboten zu orientieren. Wachsende Bedeutung kommt beispielsweise den Konzepten des *Betreuten Wohnens* zu. Ziel dieses Angebots ist es, größtmögliche Unabhängigkeit und Selbständigkeit jeder einzelnen Bewohnerin bzw. jedes einzelnen Bewohners mit jederzeit verfügbaren Betreuungs- und Hilfsangeboten jeder Art zu verbinden. Voraussetzung ist, dass die Bewohnerin bzw. der Bewohner noch selbständig leben und sich weitgehend selber versorgen kann. Betreute Wohnungen können in eine stationäre Einrichtung integriert sein oder auch vollkommen ohne Anbindung an ein Heim angeboten werden. In letzterem Fall wird zuweilen auch der Begriff „Betreubares Wohnen“ verwendet. *Betreute Seniorenwohngemeinschaften* sind Einrichtungen, in denen ältere Personen gemeinsam leben, die aus physischen, psychischen oder sozialen Gründen nicht mehr alleine leben können oder wollen. Die Bewohnerinnen und Bewohner können verschiedene soziale Dienste sowie mobile Pflegedienste in der Wohngemeinschaft in Anspruch nehmen. Eine Wohngemeinschaft besteht aus einer behinderten- und altengerechten Großwohnung mit vier bis acht individuellen Wohnräumen. Bad, Küche, WC und Wohnraum werden gemeinsam benutzt.

Der Aufenthalt in einer Wohngemeinschaft ist auf Dauer angelegt, solange die Bewohnerin bzw. der Bewohner selbständig, aber mit mobiler Betreuung auskommt. Die Privatsphäre ist durch individuelle Wohnräume gewährleistet. Ein spezielles Angebot stellen in diesem Kontext Wohngemeinschaften für demenziell veränderte Menschen, sog. „*Demenz-WGs*“ dar. Sie erfreuen sich in Deutschland großer Popularität und bieten eine 24-Stunden-Betreuung in der Wohngemeinschaft an, womit demenziell veränderten Menschen der Verbleib bis zum Lebensende ermöglicht werden kann. Wohngemeinschaften können von einer Bürgerinitiative, einer privaten gemeinnützigen Organisation oder aber auch von einem Profitunternehmen getragen werden. *Haus- oder Nachbarschaftsgemeinschaften, Mehr-Generationen-Wohnen oder Siedlungsgemeinschaften* sind weitere neuere Formen, auf geänderte Wohnbedürfnisse im Alter zu reagieren. Im Modell der *Hausgemeinschaften* werden unter einem Dach mehrere eigenständige Wohngruppen zusammengefasst, wo Menschen neben eigenem Zimmer und Sanitärräumen über einen geteilten Wohnraum mit Küche verfügen. Im Vordergrund steht das Wohnen und die gemeinsame Alltagsgestaltung orientiert an den Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner, z.B. das Kochen. Hilfebedürftigkeit und Pflege sollten in den Hintergrund treten. Sogenannte „Alltagsmanagerinnen“ bzw. „Alltagsmanager“ bieten Unterstützung an, bei Bedarf kann professionelle Pflege rund um die Uhr abgerufen werden. *Mehr-Generationen-Wohnen* beispielsweise ist dadurch gekennzeichnet, dass Angehörige unterschiedlicher

Altersgruppen, entweder als Familien oder aber auch gerade unabhängig von Familienzusammengehörigkeit, zusammen leben. Gegenseitige Unterstützungsleistungen werden aus den jeweiligen Lebenszusammenhängen erwünscht und erwartet. Diese Konzepte erfordern jedoch eine Initiative auf Ebene der Kommune. Während es in Deutschland hierfür bereits einige Beispiele gibt, befindet sich die Entwicklung in Österreich hier noch am Anfang.

Literatur und Quellen

Albrecht Elisabeth, Orth Christel, Schmidt Heida (2006): Hospizpraxis. Ein Leitfaden für Menschen die Sterbenden helfen wollen. 5. Neub. Aufl., Herder spectrum, Freiburg

Backes Gertrud, Lasch Vera, Reimann Katja (2006): Gender, Health and Ageing. European Perspectives on Life Courses, Health Issues and Social Challenges. Verlag: VS Verlag für Sozialwissenschaft, Wiesbaden

Badelt Christoph, Leichsenring Kai (2000): Versorgung, Betreuung, Pflege. In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hg.): "Ältere Menschen - Neue Perspektiven". Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. Styria Graz, 408-453

Badelt Christoph, Hollerweger Eva (2001): Das Volumen ehrenamtlicher Arbeit in Österreich. Working Paper No. 6. Abteilung für Sozialpolitik, Wien

Bauer Annemarie, Gröning Katharina (2008) (Hrsg.): Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main

Bausewein Claudia, Roller Susanne, Voltz Raymond (2007): Leitfaden Palliativmedizin – Palliative Care. 3. Aufl., Urban&Fischer München

Böhm Erwin: Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm. Band I u. II (1999). Wilhelm Maudrich, Wien

Böhmer Franz, Füsgen Ingo (Hg.) (2008): Geriatrie. Der ältere Mensch mit seinen Besonderheiten. Verlag Böhlau, Wien, Köln, Weimar

Bradford Dementia Group (2005) *DCM 8 User's Manual*. University of Bradford. Bradford

Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (2001): Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen im Hanusch-Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse. Case Management an der Schnittstelle Krankenhaus und extramurale Betreuung, Wien

Ewers Michael, Schaeffer Doris (Hg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber Verlag, Bern

Frommelt Mona, Klie Thomas, Löcherbach Peter, Mennemann Hugo, Monzer Michael, Wendt Wolf-Rainer (2008): Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Verlag Forschung - Entwicklung - Lehre, Freiburg

Frühwald Thomas, Gosch Markus (2008): Geriatriisches Assessment. Auswahl von Screening- und Assessmentverfahren. In: Böhmer Franz, Füsgen Ingo (Hg.) (2008): Geriatrie. Der ältere Mensch mit seinen Besonderheiten. Verlag Böhlau, Wien, Köln, Weimar, 37-62

- Gatterer, Gerald (Hg.) (2007): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. 2. Auflage. Springer, Wien
- Gleichweit, Sonja; Rossa, Martina (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung. (Hg.) Wiener gebietskrankenkasse, Wien
- Grundböck Alice, Rappauer Anita, Müller Gerhard (2003): Evaluation des Dienstleistungsangebotes Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen im Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien. Forschungsbericht. Wien: Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste
- Heimerl Katharina, Heller Andreas & Kittelberger Frank (Hg.) (2005): Daheim sterben. Palliative Kultur im Pflegeheim. Band 11. Reihe Palliative Care und OrganisationsEthik, Lambertus, Freiburg i.Br
- Heller Andreas, Heimerl Katharina, Husebø Stein (Hg.) (2007): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 3. Neub. Aufl., Lambertus, Freiburg i. Br.
- Heller Andreas, Heimerl Katharina, Metz Christian (Hg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. Aufl. Lambertus, Freiburg
- Hofmarcher Maria, Rack Herta (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. WHO Regionalbüro im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Wien
- Hörl Josef und Spannring Reingard (2001): Gewalt gegen alte Menschen. Teil IV des Berichtes „Gewalt in der Familie“, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.), Wien
- Hörmann Brigitte, Weinbauer Birgit (2006): Musizieren mit dementen Menschen. Ratgeber für Angehörige und Pflegenden. Verlag Ernst Reinhard, München
- Innes Anthea (Hg.) (2004): Die Dementia Care Mapping (DCM) Methode. Hans Huber, Bern
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2005): Nomenklatur der Altenhilfe. Heft 65 (KS). 3. Neub. Aufl., Eigenverlag des DV, Berlin
- Klie Thomas, Brandenburg Hermann (Hg.) (2003): Gerontologie und Pflege: Beiträge zur Professionalisierungsdiskussion in der Pflege Alter Menschen. Vincentz Network, Hannover
- Kratky Karl (2003): Komplementäre Medizinsysteme. Vergleich und Integration. Verlag Ibero, Wien

- Kremer-Preiß Ursula, Stolarz Holger (2003): Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung - eine Bestandsanalyse. Verlag KDA, Köln
- Kruse Andreas (2007): Was stimmt? Alter. Die wichtigsten Antworten. Verlag Herder spektrum, Freiburg
- Kruse Andreas, Martin Mike (Hg.) (2004): Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Verlag Hans Huber, Bern et al.
- Kuhlmey Adelheid, Schaeffer Doris (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber, Bern
- Löcherbach Peter (2003): Qualifizierung im Case Management - Bedarf und Angebote. In: Löcherbach Peter, Klug Wolfgang, Remmel-Faßbender Ruth, Wendt Wolf-Rainer (Hg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. 2. Aufl., Luchterhand. Neuwied, 201 - 232
- Marin Bernd, Strümpel Charlotte, Pleschberger Sabine (1999): Freiwilliges Engagement in Niederösterreich. Status quo und internationale Beispiele der Förderung. Projektbericht. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien
- Mollenkopf Heidrun (2008): Neue technische Entwicklungen und Erhalt der Selbständigkeit im Alter. In: Kuhlmey Adelheid, Schaeffer Doris (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber, Bern
- Müller-Hergl Christian (2004): Vorwort der deutschen Ausgabe. In: Innes Anthea (Hg.) (2004): Die Dementia Care Mapping (DCM) Methode, Hans Huber, Bern, 9 -12
- ÖBIG (2009) Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008, (ÖSG 2008) inkl. Großgeräteplan. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Wien
- ÖBIG (2008): Akutgeriatrie/Remobilisation in österreichischen Krankenanstalten. Überarbeitete Fassung auf Basis des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) 2006 der im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- ÖBIG (2006): Österreichischer Pflegebericht. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien
- ÖBIG (2004): Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Zwischenbilanz. Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hg.), Wien
- ÖBIG (2004): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien
- Pleschberger Sabine, Heimerl Katharina, Wild Monika (Hg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2.überarb. Aufl., Facultas, Wien

Pochobradsky Elisabeth, Bergmann Franz, Nemeth, Claudia, Preninger, Barbara (2008): Demenzhandbuch. Betreuungsangebote für demenziell erkrankte Menschen. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hg.), Wien

Reitinger Elisabeth, Heimerl Katharina, Heller Andreas (2007): Ethische Entscheidungen in der Altenbetreuung. Mit Betroffenen Wissen schaffen. Kursbuch palliative care 11/2007

Rieber Dunja (2008): Erkenntnisse der Alternsforschung: Sind unsere derzeitigen Altersgrenzen mit den Forschungsergebnissen der Gerontologie vereinbar? GRIN Verlag

Rosenmayer Leopold, Bömer Franz (Hg.) (2003): Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis. Verlag Facultas/ WUV-Universitätsverlag, Wien

Runge Martin, Rehfeld Gisela (1995): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Verlag Thieme, Stuttgart

Schnabl Christa (2005): Gerecht sorgen. Grundlagen einer soziaethischen Theorie der Fürsorge. Herder, Freiburg

Steidl Siegfried, Nigg Bernhard (2008): Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege und Gesundheitsberufe. 2. überarb. Auflage, Verlag Facultas, WUV-Universitätsverlag, Wien

Steyrer Johannes (2003): Case- und Prozessmanagement als Optionen für ein erweitertes Berufsverständnis der Pflege. In: Österreichische Pflegezeitschrift 11/03, 11 – 15

Strümpel Charlotte, Hackl Cornelia (2008): Breaking the Taboo. Empowering health and social service professionals to combat violence against older women within families. Daphne- European Report. Austrian red cross

Walter Ulla (2008): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmei Adelheid, Schaeffer Doris (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Verlag Huber, Bern, 245 - 262

Wendt Reiner (2003): Case Management - Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, Peter; Klug, Wolfgang; Rimmel-Faßbender, Ruth; Wendt, Wolf-Rainer (Hg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. 2. Aufl., Luchterhand, Neuwied, 13 - 37

WKO (2008): Daheim statt ins Heim. Schritt für Schritt zum Personenbetreuer. Broschüre. Leitfaden vom April 2008, Wien

WHO (2004): Better Palliative Care for Older People. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen

Gesetze, auf die im Text verwiesen wird

Bundesgesetz, mit dem Bestimmungen über die Betreuung von Personen in privaten Haushalten erlassen werden (*Hausbetreuungsgesetz - HBeG*) und mit dem die Gewerbeordnung 1994 geändert wird, BGBl. I - Ausgegeben am 29. Juni 2007 - Nr. 33

Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (*Heimaufenthaltsgesetz - HeimAufG*), BGBl. I - Ausgegeben am 27. Februar 2004 - Nr. 11

Bundesgesetz über Vereine zur Namhaftmachung von Sachwaltern, Patientenanwälten und Bewohnervertretern (*Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretergesetz - VSPBG*), BGBl. Nr. 156/1990

Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Hebammengesetz, das Kardiotechnikergesetz, das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz, das MTD-Gesetz, das Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, das Sanitätsgesetz, das Zahnärztegesetz, das Zahnärztekammergesetz, das Ärztegesetz 1998, das Hausbetreuungsgesetz, die Gewerbeordnung 1994 und das Bundespflegegeldgesetz geändert werden (*Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz GesBRÄG*), BGBl. I - Ausgegeben am 9. April 2008-Nr. 57

Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (*Gesundheits- und Krankenpflegegesetz- GuKG*) erlassen wird, sowie das Krankenpflegegesetz, das Ausbildungsvorbehaltsgesetz und das Ärztegesetz 1984 geändert werden, BGBl. I - Ausgegeben am 19. August 1997 - Nr. 108

Bundesgesetz über Patientenverfügungen (*Patientenverfügungs-Gesetz - PatVG*), BGBl. I - Ausgegeben am 8. Mai 2006 - Nr. 55

Bundesgesetz, mit dem im Konsumentenschutzgesetz Bestimmungen über den Heimvertrag eingeführt werden (*Heimvertragsgesetz - HverG*), BGBl. I - Ausgegeben am 27. Februar 2004 - Nr. 12

Bundesgesetz mit dem Bestimmungen zum Schutz der Verbraucher getroffen werden (*Konsumentenschutzgesetz - KSchG*), BGBl. I - Ausgegeben am 8. März 1979 - Nr. 140

Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (*Bundespflegegeldgesetz - BPGG*), BGBl. - Ausgegeben am 1. Mai 1996 - Nr. 110

Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (*Krankenanstaltengesetz - KAKuG*) BGBl. 1/1957

Anhang

In diesem Anhang sind sämtliche gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe angeführt, nähere Informationen dazu finden sich in der Broschüre „Gesundheitsberufe“ des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bmg.gv.at).

Liste der Gesundheitsberufe

Ärztin/ Arzt

Biomedizinische Analytikerin/ Biomedizinischer Analytiker

Desinfektionsgehilfin/ Desinfektionsgehilfe

Diätologin/ Diätologe

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/ Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

Diplomierte Kardiotechnikerin/ Diplomierter Kardiotechniker

Diplomierte Kinderkrankenschwester/ Diplomierter Kinderkrankenpfleger

Diplomierte medizinisch-technische Fachkraft

Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester/ Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger

Ergotherapeutin/ Ergotherapeut

Ergotherapiegehilfin/ Ergotherapiegehilfe

Gesundheitspsychologin/ Gesundheitspsychologe

Hebamme

Heilmasseurin/ Heilmasseur

Klinische Psychologin/ Klinischer Psychologe

Laborgehilfin/ Laborgehilfe

Logopädin/ Logopäde

Medizinische Masseurin/ Medizinischer Masseur

Notfallsanitäterin/ Notfallsanitäter

Operationsgehilfin/ Operationsgehilfe

Ordinationsgehilfin/ Ordinationsgehilfe

Orthoptistin/ Orthoptist

Pflegehelferin/ Pflegehelfer

Physiotherapeutin/ Physiotherapeut

Prosekturgehilfin/ Prosekturgehilfe

Psychotherapeutin/ Psychotherapeut

Radiologietechnikerin/ Radiologietechniker

Rettungssanitäterin/ Rettungssanitäter

Zahnärztin/ Zahnarzt

Mitglieder des Beirates für Altersmedizin

• Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer	Ärztlicher Direktor Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital
• Mag. (FH) Sigrid Boschert	Dipl.Sozialpädagogin (FH), Caritas Wien
• OA Prof. Dr. Thomas Frühwald	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel Abt. für Akutgeriatrie
• Univ.Prof. Dr.Christoph Gisinger	Institutsdirektor des Hauses der Barmherzigkeit
• Dir. Univ. Prof. Dr. Beatrix Grubeck-Loebenstein	Institute for Biomedical Aging Research of the Austrian Academy of Sciences
• Dr. Heidemarie Haydari	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
• Prim. Priv. Doz. Dr. Bernhard Iglseider	Universitätsklinik für Geriatrie, Christian Doppler Klinik Salzburg
• Univ.Prof.Dr.Franz Kolland	Institut für Soziologie, Universität Wien
• Univ.Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner	Vorstand des Instituts für Klinische, Biologische u. Differentielle Psychologie der Universität Wien
• Dir. Rosemarie Langbauer	Schule für allg. Gesundheits- u. Krankenpflege des Landes Steiermark/Frohnleiten

• Prim. A.o. Univ. Prof. Dr. Monika Lechleitner	Landeskrankenhaus Hochzirl Anna Dengel Haus
• Dr. Eva Mann	Ärztin für Allgemeinmedizin Geriatricreferentin der Vorarlberger ÄK
• OA Dr. Peter Mrak	LKH Hörgas-Enzenbach Abteilung Innere Medizin/Department für Akutgeriatrie
• Prim. Dr. Katharina Pils	Vorstand des Institutes für Physikalische Medizin und Rehabilitation Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital Leiterin des Ludwig Boltzmann Institutes für angewandte Gerontologie
• Prim. Dr. Georg Pinter	Haus der Geriatrie, Klagenfurt Akutgeriatrie/Remobilisation Abteilung für chronisch Kranke
• Dr. Sabine Pleschberger	IFF - Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
• Mag. Elisabeth Pochobradsky	Gesundheit Österreich GmbH- Geschäftsbereich ÖBIG
• Univ. Prof. Dr. Regina Roller- Wirnsberger	Medizinische Universität Graz, Abteilung für Angiologie
• Mag. DDr. Monique Weissenberger-Leduc	DGKS, Pflegewissenschaftlerin, Philosophin und Soziologin

• Dr. Magdalena Arrouas	Bundesministerium für Gesundheit
• MMag. Ludmilla Gasser	Bundesministerium für Gesundheit
• Hon.Prof. Dr. Robert Schlögel	Bundesministerium für Gesundheit
• Mag. Gabriela Wamprechtsamer	Bundesministerium für Gesundheit
• Dr. Susanne Weiss	Bundesministerium für Gesundheit

Das vorliegende Glossar richtet sich an alle, die im Bereich der Altersmedizin, der Altenpflege, in der sozialen Arbeit oder in anderen Berufen mit älteren Menschen tätig sind. Die Erklärung der verschiedenen Fachbegriffe soll einen Beitrag zu einer professionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Versorgung und Betreuung von alten und hoch betagten Menschen leisten.

Bestelltelefon:
0810 81 81 64