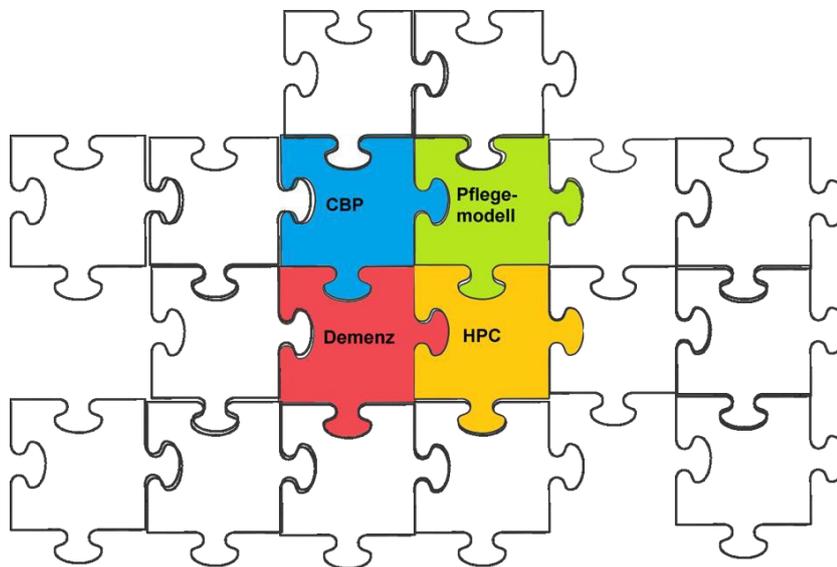


Caritas der Erzdiözese Wien, Caritas Pflege

# Caritas Lebensqualitätskonzept

Caritas Pflege Wien und Caritas Pflege Niederösterreich Ost





## **IMPRESSUM**

**Herausgeber\*in** Caritas der Erzdiözese Wien, Caritas Pflege  
Albrechtskreithgasse 19-21, 1160 Wien

**Freigegeben von** Gabriela Hackl, Barbara Wiesbauer-Kriser

Erstellt am 15.12.2016

Version 2

Version freigegeben am 23.11.2021

### **Autorinnen**

Doris Pfabigan

Elisabeth Rappold

**Gesundheit Österreich**  
GmbH ● ● ●



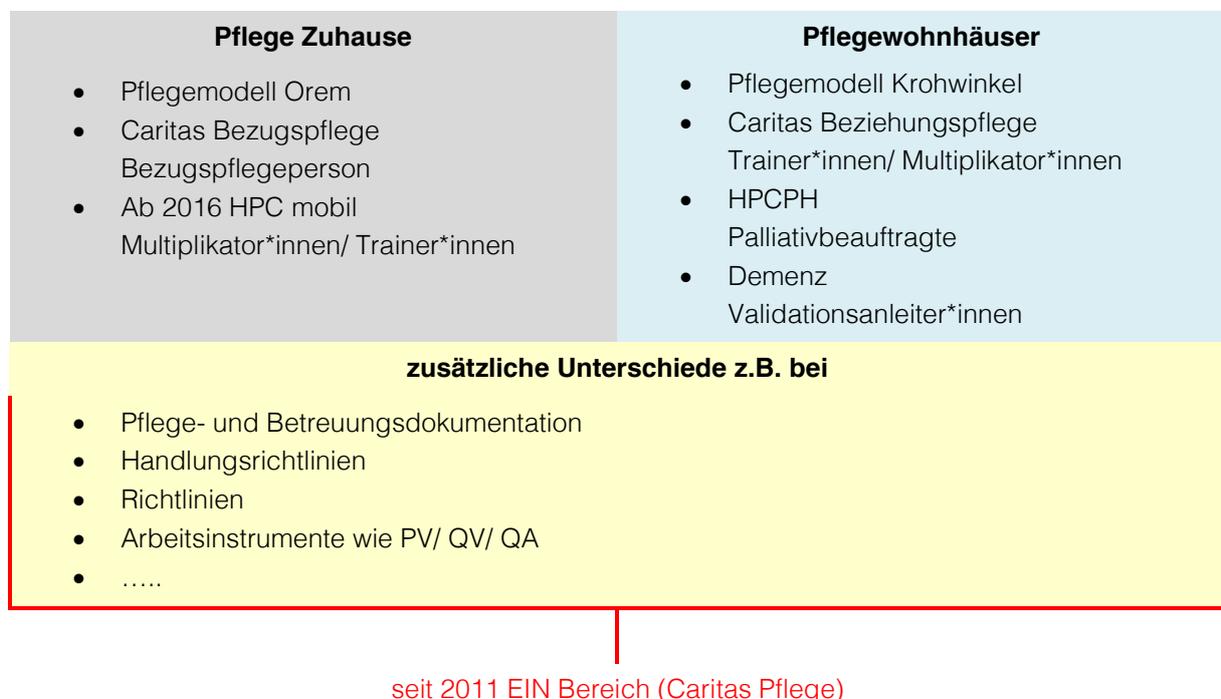
# Ausgangslage

Der Anlass für die Entwicklung des vorliegenden Konzeptes hatte mehrere Gründe. Die Bemühungen die Pflegequalität kontinuierlich zu verbessern und an die aktuellen Pfegetrends anzupassen, führten über die Jahre zunehmend zu Differenzierungen der fachlichen Schwerpunkte in den unterschiedlichen Leistungssegmenten. Offensichtlich wurden die Unterschiede als 2011 die bis dahin getrennt geführten Leistungsbereiche der Pflegewohnhäuser und der Pflege Zuhause in einer gemeinsamen Organisationsstruktur zusammengeführt wurden. Diese Neuausrichtung führte zum Einsatz eines zentralen Pflegemanagements, das die Chance hatte, den Blick auf beide Leistungsbereiche gleichermaßen zu haben.

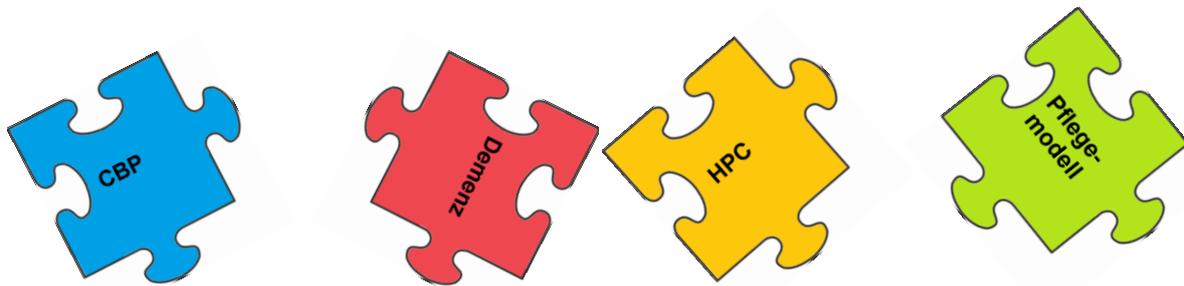
Dabei zeigten sich unterschiedliche Pflege- und Organisationskonzepte, Dokumentationssysteme, Richtlinien, Standards, Instrumente und Spezialisierungstrends. Der Umfang und die Komplexität der genannten Grundlagen hatte eine Dimension erreicht, die in der Praxis teilweise nicht mehr überschau- und anwendbar war. Diese Tatsache führt auf Dauer zur Ermüdung und Orientierungslosigkeit bei den Mitarbeiter\*innen und verhindert die Konzentration auf die Bedürfnisse und die Lebensumstände der pflegebedürftigen Menschen.

Die folgende Grafik zeigt beispielhaft einige Unterschiede zwischen der Pflege Zuhause und den Pflegewohnhäusern.

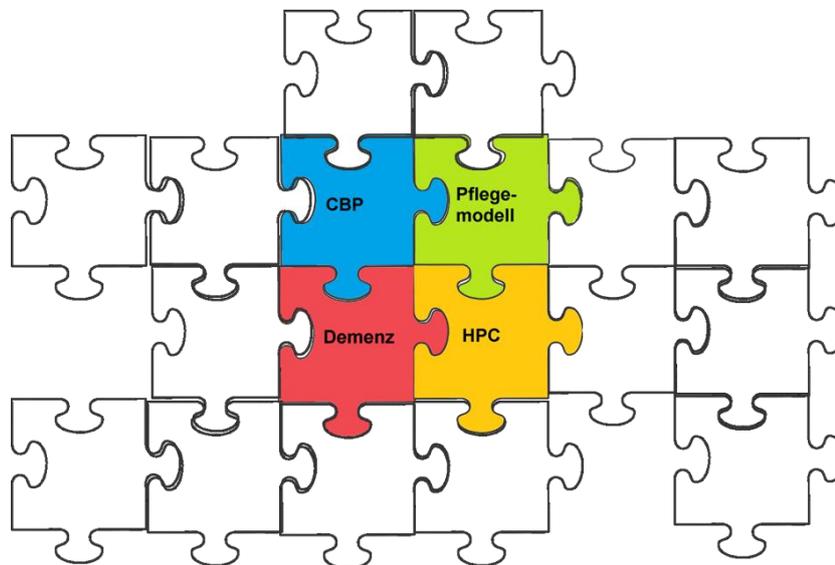
## Ausgangssituation



Es galt also die einzelnen Puzzleteile zu einem sinnvollen und praktikablen Ganzen zusammenzuführen.



Die Verschmelzung sollte aber so gelingen, dass wesentliche Spezialisierungs- und Entwicklungserfolge, wie die Beziehungspflege, Hospiz und Palliative Care oder die begonnene Demenz Expertise nicht verloren gingen. Das bedeutete konkret die inhaltliche Vernetzung aller fachlichen Schwerpunkte in einem Gesamtkonzept.



Ferner wurde deutlich, dass die Einführung von Konzepten, z. B. die Beziehungspflege zur Delegation der pflegfachlichen Entwicklung an Expert\*innen/ Multiplikator\*innen führte. Dies war wenig befriedigend, da Expert\*innen in der Regel auf ihre Beratungskompetenz beschränkt und mit keiner Entscheidungskompetenz ausgestattet sind. Durch den Rückzug der Pflegeleiter\*innen aus der fachlichen Führung, konnte die Einführung von Konzepten oder Instrumenten nur mehr punktuell realisiert werden.

Vor diesem Hintergrund wurde die Entscheidung getroffen, ein Pflegekonzept zu entwickeln, das den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen gerecht wird und ihre Lebensqualität ins Zentrum der Pflegearbeit setzt.

Pflege als Dienstleistung ist der Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen verpflichtet und das fordert ein werteorientiertes Konzept. Dabei war die Erfahrung aus der Pflege Zuhause sehr hilfreich, wo man bereits erfolgreich ein Audit zur Messung der Lebensqualität in Bezug zur Dienstleistung in der Langzeitpflege eingesetzt hat. Somit war es eine logische Entscheidung das Pflegekonzept an den Domänen der Lebensqualität auszurichten.

Weitere Ansprüche an dieses Gesamtkonzept sind, dass relevante bestehende fachliche Grundlagen zusammengeführt werden und, dass es auf jegliche Fachrichtung und Zielgruppe anzuwenden und erweiterbar ist. Wesentlich ist auch, dass die Pflegeleiter\*innen erneut ihre Energie in die Führung der fachlichen Entwicklung lenken.

Ein hohes Ziel, dass nur in der gemeinsamen Kraftanstrengung aller Mitarbeiter\*innen verwirklicht werden kann.



# Inhalt

1	Entwicklungsprozess .....	1
2	Theoretischer Hintergrund und wissenschaftliche Fundierung.....	3
2.1	Lebensqualität und die Frage nach dem guten Leben .....	3
2.2	Lebensqualität beeinträchtigter erwachsener Menschen.....	4
2.3	Theoriegeleitete Orientierungspunkte eines guten Lebens .....	5
3	Individuell gutes Leben im Bereich der Caritas Pflege verwirklichen .....	8
3.1	Würde und Selbstwertgefühl .....	9
3.2	Selbstbestimmung .....	10
3.3	Persönliche Sicherheit.....	11
3.4	Körperpflege und körperliches Wohlbefinden.....	12
3.5	Essen und Trinken.....	13
3.6	Sauberes und wohnliches Zuhause .....	14
3.7	Sozialleben .....	15
3.8	Aktivitäten und Beschäftigung .....	16
4	Umsetzung.....	17
5	Literatur .....	18



# 1 Entwicklungsprozess

Die Auftraggeberinnen wollten ein werteorientiertes Konzept, das die Lebensqualität von Menschen, die in Pflegewohnhäusern und der Pflege Zuhause von Caritas Pflege in Wien & NÖ Ost gepflegt werden, in den Mittelpunkt stellt. Ausgangspunkt dazu war ein in England im Jahr 2010 entwickeltes Set von Erhebungsinstrumenten (Adult Social Care Outcome Toolkit) das Lebensqualität in Bezug zur Dienstleistung in der Langzeitpflege und –betreuung setzt.

Der Entwicklungsprozess folgte einem partizipativen Ansatz und bezog - interdisziplinär und hierarchieübergreifend - Mitarbeiter\*innen in den Entwicklungsprozess ein, wobei die Perspektive von Bewohner\*innen und Kund\*innen ebenso berücksichtigt wurde. Die Arbeitsaufgaben wurden in folgenden, nachstehenden Gremien (siehe Anhang) bearbeitet:

Die Steuerungsgruppe setzte sich aus den Auftraggeberinnen und weiteren Personen zusammen, die die Auftraggeberinnen auswählten. Die Steuerungsgruppe definierte den Auftrag, traf prozessrelevante Entscheidungen und nahm die Arbeitsergebnisse ab. Inhaltlich beteiligte sie sich am Erarbeiten von Prämissen und Grundsätzen zu Werthaltungen und normativen Ausrichtungen des Bereichs Pflege in der Caritas der Erzdiözese Wien.

Ausgewählte Mitarbeiter\*innen bildeten die Projektarbeitsgruppe. Sie entwickelte Prämissen, Grundsätze, die normative Ausrichtung und konkretisierte die Dimensionen von Lebensqualität sowie Handlungsempfehlungen für die Umsetzung des Konzepts.

## **Methodische Herangehensweise**

Im ersten Arbeitsschritt klärten Projektarbeitsgruppe und Steuerungsgruppe den theoretischen/werteorientierten Hintergrund und priorisierten die Themen.

Um von Kund\*innen und Bewohner\*innen die Perspektive auf Lebensqualität zu erfahren, wurde eine Gruppe von zehn Personen eingeladen, die zuhause oder in Pflegewohnhäusern der Caritas gepflegt werden. Besonderheiten der Lebensqualität in den beiden Settings *Pflege Zuhause* und *Pflegewohnhäuser* wurden erfasst. In anregender Gesprächssituation mit gestalteten Stationen, die in Bezug zu unterschiedlichen Dimensionen der Lebensqualität stehen - wie Kleidung, Waschutensilien, Pflegehilfsmittel, Freizeitartikel oder ein gedeckter Jausentisch – wurde ihre Sicht auf Lebensqualität erhoben.

Auf dieser Basis und unter Einbeziehung der Grundsatzpapiere der Caritas sowie fundierter theoretischer Erkenntnisse diskutierte die Projektarbeitsgruppe Werthaltungen und normative Ausrichtungen für die Pflege innerhalb der Dienstleistungen des Bereichs Caritas Pflege. Die Diskussionsergebnisse führten zu Textvorschlägen für acht Dimensionen von Lebensqualität. Die Textvorschläge wurden an der beruflichen Realität gemessen, insbesondere die Umsetzbarkeit im Alltag wurde kritisch beleuchtet und diskutiert. Die Auseinandersetzung mit Begrifflichkeiten und Formulierungsvorschlägen führten zu einem intensiven Diskurs

bezüglich des jeweiligen Berufsverständnisses, intendierter beruflicher Haltungen und Verantwortlichkeiten. Gemeinsam wurde daran gearbeitet, die theoretisch fundierten Grundlagen zu den jeweiligen Dimensionen von Lebensqualität verständlich und komprimiert darzustellen und mit der Wertorientierung der Bereiche Caritas Pflege in Beziehung zu setzen. Eingeplante Feedbackschleifen ermöglichten den Teilnehmer\*innen und der Steuerungsgruppe zu Arbeitsergebnissen Stellung zu nehmen.

In der anschließenden Reflexionsphase beschäftigte sich jedes Mitglied der Projektarbeitsgruppe mit jeweils einer Domäne von Lebensqualität. Dem partizipativen Ansatz folgend wurden nun auch die Vorgesetzten der Projektmitarbeiter\*innen und weitere Bewohner\*innen und Kund\*innen in den Entwicklungsprozess eingebunden. Überlegungen von Mitarbeiter\*innen sowie Bewohner\*innen und Kund\*innen standen im Mittelpunkt. Diese Ergebnisse lieferten wichtige Hinweise für die Umsetzung des Lebensqualitätskonzeptes und können in Folge als Grundlage für Mitarbeiter\*innenschulungen herangezogen werden.

Erfahrungen und Erkenntnisse der Reflexionsphase wurden anschließend in einer Arbeitsgruppensitzung diskutiert und als Handlungsempfehlungen für die Umsetzungsphase verschriftlicht. Im abschließenden Workshop diskutierten Projektarbeits- und Steuerungsgruppe diese Handlungsempfehlungen nochmalig.

Das vorliegende Lebensqualitätskonzept der Caritas Pflege mit seinem Fokus auf Kund\*innen und Bewohner\*innen mit ihren Bedarfen und Bedürfnissen, die durch die Mitarbeiter\*innen der Caritas Pflege im Rahmen der erbrachten Dienstleistungen beeinflussbar sind, soll mit Leben erfüllt werden um für Bewohner\*innen und Kund\*innen einen sicht- und spürbaren Unterschied in ihrer Lebensqualität zu erreichen.

## 2 Theoretischer Hintergrund und wissenschaftliche Fundierung

Pflegebedürftig zu sein beeinflusst das physische, psychische, soziale und spirituelle Wohlbefinden der Betroffenen. Mit der Orientierung an der Lebensqualität ist die Zielrichtung vorgegeben - d. h. das WAS, das mit der professionellen Versorgung pflegebedürftiger Personen erreicht werden soll. Für die Beschreibung des Wegs, also dessen, WIE dieses Ziel erreicht werden kann, empfiehlt die Pflegewissenschaft<sup>1</sup> unterschiedliche Konzepte zu kombinieren, um den komplexen Versorgungssituationen pflegebedürftiger Personen gerecht zu werden. Deshalb wurden im Caritas-Lebensqualitätskonzept verschiedene Konzepte so verknüpft, dass das WAS und das WIE der professionellen Ausrichtung ein gut lebbares und verständliches Bild ergeben und unterschiedliche Schwerpunkte berücksichtigt werden.

### 2.1 Lebensqualität und die Frage nach dem guten Leben

Lebensqualität als Forschungsbereich hat noch eine relativ junge Tradition und steht in engem Zusammenhang mit der Wohlfahrtsforschung. Mittlerweile ist Lebensqualität zentraler Bestandteil der Gesundheits- und Altersforschung, Psychologie sowie der Pflegewissenschaft. Lebensqualität ist mit der Frage verbunden, was ein gutes Leben ausmacht.<sup>2</sup> Diese Frage wird in den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen allerdings unterschiedlich beantwortet. Einigkeit besteht weitgehend darin, dass die Vorstellungen vom guten Leben davon geprägt sind, was eine Gesellschaft als wertvoll erachtet. Diese Wertvorstellungen werden beispielsweise durch Moralvorstellungen, Gesetze und andere Regelwerke geschützt bzw. durch politische Entscheidungen gefördert. Wie eine Person ihr eigenes Leben bewertet, hängt wiederum von ihren individuellen Werthaltungen ab. Das bedeutet, dass das gute Leben bzw. Lebensqualität objektive und subjektive Anteile haben: Zu den objektiven Anteilen zählen beispielsweise gute Gesundheit, ein guter Zugang zu Gesundheits- und Pflegeleistungen, ein Einkommen, das zum Leben reicht, qualitätsvolle soziale Beziehungen und soziale Unterstützung.

Wie eine Person ihre eigene Lebenslage einschätzt, ist subjektiv und abhängig von ihren individuellen Wertvorstellungen, die gesellschaftlich beeinflusst sind. Zu den subjektiven Merkmalen von Lebensqualität zählen beispielsweise das Würdeempfinden, Selbstwertgefühl sowie Selbstbestimmung oder Sicherheit, aber auch Wohnen.

Nicht immer stimmen die objektiven Merkmale mit der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität überein. So kann ein Mensch, der bettlägerig ist, seine Lebensqualität als gut empfinden, weil er/sie noch lesen kann oder viel soziale Unterstützung erhält und ihm/ihr diese Dinge sehr wichtig sind. Individuelle Anpassungsmechanismen und -strategien spielen in der Bewertung der Situation eine zentrale Rolle und fördern mehr oder weniger Lebensqualität.

Es mag aber durchaus vorkommen, dass sich ein älterer Mensch trotz Selbständigkeit und guter Gesundheit nicht wohl fühlt. Die Gründe dafür können vielfältig sein, einer der häufigsten ist jedoch Einsamkeit.

Forschungsergebnisse zeigen deutlich, dass für Betroffene die subjektiv empfundene Lebensqualität – gerade bei Pflegebedürftigkeit und eingeschränkter Gestaltungsmöglichkeit – in den Vordergrund rückt.<sup>3</sup> Werte wie etwa Würdeempfinden, Selbstwertgefühl, Selbstbestimmung oder Sicherheit gewinnen im Falle der Pflegebedürftigkeit zunehmend an Bedeutung.<sup>4</sup>

## 2.2 Lebensqualität beeinträchtigter erwachsener Menschen

Das Caritas-Lebensqualitätskonzept fokussiert auf die Situation beeinträchtigter erwachsener Menschen. Das von einem internationalen Forschungsteam in England entwickelte Konzept Social care related quality of life – SCRQoL richtet den Blick auf jene Lebensqualitäts-Dimensionen von beeinträchtigten Erwachsenen, die durch Betreuungs- und Pflegeleistungen beeinflusst werden können.<sup>5</sup> Folgende acht durch Pflege beeinflussbare Bereiche der Lebensqualität werden als zentral herausgestellt<sup>6</sup>:

- Würde und Selbstwertgefühl
- Selbstbestimmung
- Persönliche Sicherheit
- Körperpflege und körperliches Wohlbefinden
- Essen und Trinken
- Sauberes und wohnliches Zuhause
- Sozialleben
- Aktivität und Beschäftigung

In diesem Ansatz von Lebensqualität werden immaterielle sowie wertbezogene Dimensionen gleichrangig mit körperlichen Aspekten der Lebensqualität behandelt. Die Autor\*innen machen sichtbar, dass professionelle Orientierung und professionelles Handeln immer auch mit dem Achten der Würde und Selbstbestimmung von Bewohner\*innen und Klient\*innen einhergehen.

Das Konzept Social care related quality of life – SCRQoL integriert den Befähigungsansatz (Capability-Ansatz) von Amartya Sen und Martha Nussbaum<sup>7</sup>. Zentral ist dabei der Gedanke, dass das individuelle Wohlergehen – also die Lebensqualität einer Person – wesentlich von ihrer Lebenssituation und der Möglichkeit ihr Leben selbst zu bestimmen, beeinflusst wird. Mit Lebenssituation sind Tätigkeiten, Zustände und Fähigkeiten gemeint (functionings), wie Essen und Trinken, Aktivitäten und Beschäftigungen nachgehen, Würde und Selbstwertgefühl.

Weiter geht Sen davon aus, dass Personen über ein gewisses Maß an Entscheidungsspielräumen verfügen müssen – Sen spricht von Verwirklichungschancen – um ein Leben führen zu können, für das sich Menschen aus guten Gründen entschieden haben und das ihr Würdeempfinden nicht in Frage stellt.<sup>8</sup>

Verwirklichungschancen hängen zum einen von persönlichen Ressourcen ab, wie beispielsweise körperliche Gesundheit und kognitive Fähigkeiten sowie von individuellen Wertvorstellungen. Zum anderen werden Verwirklichungschancen von sozialen Faktoren bestimmt. Im Falle von Pflegebedürftigkeit sind das beispielsweise Pflegeangebote, die bereit

stehen; Grundhaltungen, die in einer Pflegeeinrichtung vorherrschen; der verfügbare Personalstand usw.

Die Befähigung einer Person zu einem für sie trotz Pflegebedürftigkeit als gut empfundenen Leben ist damit abhängig vom Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren. Individuelle Wertvorstellungen und Ressourcen spielen eine ebenso wichtige Rolle wie die Rahmenbedingungen, unter welchen Pflege geleistet werden. Auch jene Werte und Normen, an denen sich eine Dienstleistungsorganisation orientiert, haben in diesem Zusammenhang große Bedeutung.

## 2.3 Theoriegeleitete Orientierungspunkte eines guten Lebens

Das Caritas-Lebensqualitätskonzept zielt auf die Befähigung zu einem individuell guten Leben der Bewohner\*innen und Kund\*innen ab. Auf die Bedeutung dieser Befähigung für chronisch kranke Menschen geht das Modell der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve von J. Corbin und A. Strauss ein. In der Langzeitpflege ist dieses Modell gut anwendbar, da hier ältere Menschen häufig chronisch krank und multimorbid sind und verschiedene Phasen von Krisen und Phasen der Restabilisierung bis zur fortschreitenden Verschlechterung der körperlich-seelischen Verfassung durchlaufen.<sup>9</sup> Das Modell berücksichtigt auch die Phase des Sterbens und die Begleitung in dieser Zeit. Das Modell der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve fokussiert auf Lebensorientierung, Biografiearbeit, Ressourcen- und Beziehungsorientierung. Es basiert auf einem multidimensionalen und interdisziplinären Ansatz. Damit bietet es gute Orientierungspunkte für die Umsetzung des Caritas-Lebensqualitätskonzepts.

### **Lebensorientierung**

Corbin und Strauss fanden in ihren Forschungsarbeiten heraus, dass das Bewältigungshandeln der betroffenen Personen nicht primär auf das somatische Krankheitsgeschehen gerichtet ist. Eine chronische Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit berührt alle Lebens-Dimensionen der Betroffenen, konfrontiert sie mit zahlreichen Veränderungen, provoziert Unsicherheiten und führt zum Verlust der „Normalität“. Bewältigungshandeln der Betroffenen richtet sich in erster Linie auf das durch diese Ereignisse irritierte Leben.<sup>10</sup>

Ziel ist es, so Corbin und Strauss, Menschen, die von einem chronisch fortschreitenden Krankheitsgeschehen betroffen sind, in ihrer Selbständigkeit, Selbsthilfe, Selbstbestimmung zu unterstützen und sie zu befähigen neue Lebensinhalte und Ziele zu entwickeln. Pflegebedürftige Personen sollen trotz zunehmender Einschränkungen in der jeweiligen Phase „Alltagsnormalität“ auf einem veränderten Niveau leben können.

Die Perspektive auf Lebensorientierung, wie es Corbin und Strauss nahelegen, verlangt nach einem Blickwechsel von der problemorientierten und defizitären Sichtweise hin zu Ressourcenorientierung und zu realisierbaren Verwirklichungschancen.

Liegt der Fokus auf Lebensorientierung, so gilt es der subjektiven Sichtweise pflegebedürftiger Personen stärkeres Gewicht zu verleihen. Die Kunst der Pflege besteht darin, pflegebedürftige Personen zu ermutigen und zu befähigen in den Dimensionen der

Lebensqualität, die durch Pflege- und Betreuungsdienstleistungen beeinflussbar sind, jene Dinge zu finden und zu tun, die den Betreuten wichtig sind und ihr Alltagsleben für sie wert- und sinnvoll machen.

Körperliche Symptome bzw. Beschwerden sind immer im Zusammenhang mit psychosozialen und psychischen Faktoren zu sehen und zu berücksichtigen. Die Bedeutsamkeit von Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen geben die Zielrichtung vor und setzen Prioritäten für Pflege- und Betreuungsleistungen. Erst wenn Pflege- und Betreuungspersonen verstehen, welchen Einfluss die jeweilige Beeinträchtigung auf die subjektiv empfundene Lebensqualität hat, kann auch dem körperlichen Pflegebedarf angemessen begegnet werden.

Diese Art und Weise der Betroffenenorientierung stimmt Pflege- und Versorgungshandeln systematisch und konsequent auf die pflegebedürftige Person und ihren Bedarf in den einzelnen Bereichen der Lebensqualität ab.<sup>11</sup>

Erfolgreiches Handeln im Sinne der Betroffenen setzt wiederholte Aushandlungsprozesse und ein Ineinandergreifen der Vorstellungen der Betroffenen, der Angehörigen und der professionellen Pflege- und Betreuungspersonen voraus. Die aus professioneller Sicht notwendigen pflegerischen Interventionen sind die Mittel, mit denen es pflegebedürftigen Menschen ermöglicht werden soll, ihren Alltag zu bewältigen und befähigt zu sein, die Dinge zu tun, die für sie bedeutungsvoll sind. Dabei müssen die professionell eingesetzten Mittel immer auf die sich verändernden Situationen und Lebensumstände des Einzelnen abgestimmt sein.

### **Multidimensionale und interdisziplinäre Ausrichtung**

Eine chronische Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit berührt alle Dimensionen des Lebens der Betroffenen. Um diese Situation zu bewältigen und trotz zunehmender Einschränkungen „Alltagsnormalität“ auf einem veränderten Niveau leben zu können, benötigen pflegebedürftige Personen unterstützende Leistungen unterschiedlichster Art. Corbin und Strauss verstehen diesen Bewältigungsprozess als einen hoch arbeitsteiligen Prozess. Dieser darf nicht nur medizinisch und pflegerisch, sondern muss vielmehr interdisziplinär und multidimensional ausgerichtet sein.

Jede Berufsgruppe hat einen stark von ihrer Profession geprägten speziellen Blick auf die pflegebedürftige Person. Niemand kann die pflegebedürftige Person mit ihren Problemen und Bedürfnissen als Gesamtes erfassen und verstehen. An- und Zugehörige übernehmen in den verschiedenen Phasen des Pflege- bzw. Krankheitsverlaufes unterschiedliche wichtige Aufgaben, die den Betroffenen helfen können, die jeweilige Lebenssituation zu bewältigen. Die Ressourcen bzw. die Belastungen, die für die Angehörigen aus der Betreuungsarbeit erwachsen, gilt es über den gesamten Prozess im Blick zu behalten. Durch einen gemeinsamen Austausch der involvierten Berufsgruppen sowie durch das Einbeziehen der An- und Zugehörigen ist es möglich sich dem Ganzen anzunähern und über die eigenen Grenzen und Denkweisen hinauszublicken.<sup>12</sup> Ein fallbegleitendes Bezugspflegesystem soll integrative, kontinuierliche Versorgung gewährleisten.

### **Biografiearbeit und Ressourcenorientierung**

Seelische und körperliche Erfahrungen der Vergangenheit wirken sich auf Gegenwart und Zukunft aus. Pflegebedürftigkeit bzw. chronische Erkrankungen sowie der Prozess des Alterns machen die Endlichkeit des Lebens bewusst. Die vergangene Zeit, die in Gesundheit gelebt wurde, und die zukünftige Zeit mit Pflegebedürftigkeit beeinflussen wiederum die Vorstellungen zur Gestaltung der Gegenwart mit ihren bleibenden gesundheitlichen Einschränkungen. Werden die Biografie der Betroffenen, ihre bisherigen Erfahrungen mit gesundheitlichen Einschränkungen und deren Behandlung sowie ihre individuellen Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wertvorstellungen und Bewältigungsstrategien berücksichtigt, ermöglicht dies Ressourcen zu erkennen, neue für die pflegebedürftige Person bedeutsame Ziele zu entwickeln und damit die Lebensqualität positiv zu beeinflussen.<sup>13</sup>

### **Beziehungsorientierung**

Bestimmt das individuelle Erleben erkrankter oder beeinträchtigter Personen das professionelle Handeln der Betreuer\*innen, ist es besonders wichtig die erkrankte Person auch wirklich zu verstehen. Zentral geht es um das Verstehen ihrer Lebenssituation, ihrer Werthaltungen, Wünsche und Bedürfnisse. Informationen dazu ermöglichen es Ziele zu entwickeln und Entscheidungen zu treffen. Erst durch den Aufbau einer professionellen, vertrauensvollen Beziehung können die dazu notwendigen Informationen gewonnen werden.<sup>14</sup> Tragfähige Beziehungen schaffen größere Sensibilität für Veränderungen. Beziehungsorientierung ist ein zentraler Baustein, um die Leitgedanken dieses Konzeptes in der Praxis umzusetzen.

### 3 Individuell gutes Leben im Bereich der Caritas Pflege verwirklichen

Wenn es um Lebensqualität – das gute Leben bis zuletzt – für Kund\*innen und Bewohner\*innen geht, so kann dies nur interdisziplinär durch gemeinsame Bemühungen gelingen. Wenn im Folgenden der Begriff Pflege verwendet wird, so ist darunter das gemeinsame Dach zu verstehen, unter dem alle Mitarbeiter\*innen der Caritas das Ziel verfolgen, die Lebensqualität der Kund\*innen/Bewohner\*innen zu erhalten und zu fördern.

Die im Folgenden beschriebenen Dimensionen von Lebensqualität dienen einem gemeinsamen Verständnis, bilden den Rahmen professionellen Handelns und geben Orientierung für Mitarbeiter\*innen und Bewohner\*innen bzw. Kund\*innen. Inhaltlich entwickelt wurden die Dimensionen in einem partizipativen Prozess mit Mitarbeiter\*innen der Caritas sowie Bewohner\*innen und Kund\*innen. Die zentralen Werte der Caritas wurden ebenso integriert wie theoretisch fundiertes Fachwissen.

## 3.1 Würde und Selbstwertgefühl

### Zielsetzung

Die gepflegte Person fühlt sich durch die Art und Weise, wie sie unterstützt wird, in ihrer Identität, in ihrem Selbstwert und in ihrem Würdeempfinden bestätigt.

Menschen schreiben sich selbst eine Identität zu, die sie von anderen unterscheidet und unverwechselbar macht. Die persönliche Lebensgeschichte/Biografie ist wesentlicher Teil der Identität und prägt Werte und Individualität. Der eigene Körper, wie man sich darin fühlt, die sexuelle Orientierung, wer man selbst sein möchte, was im Leben wichtig ist, woran man glaubt und wie man von anderen gesehen werden möchte, sind Teil dieser Identität. Menschen drücken ihre Identität durch äußere Merkmale wie Kleidung und Frisur aus. Auch in Gewohnheiten, in der Ausübung der Religion und Spiritualität bringt eine Person ihre Individualität zum Ausdruck. Grundlegendes Bedürfnis der Menschen ist der eigenen Identität und dem eigenen Leben Wert und Würde zu geben.<sup>15</sup> Aus diesem Empfinden erwachsen ein positives Selbstbild, Lebenskraft, Halt, Motivation und Hoffnung. Pflegebedürftig zu werden ist meist verbunden mit dem Verlust von Handlungsfähigkeit und Körperkontrolle. Dies wird von den Betroffenen oftmals als schmerzhafter Verlust empfunden und kann das Selbstwertgefühl und Würdeempfinden beeinträchtigen.<sup>16</sup>

Durch diese Verluste ist der Mensch besonders verletzlich. In dieser Situation kann das Vorenthalten von Respekt und Wertschätzung Folgen haben wie: Empörung, Wut, Trauer, Rückzug, Verlassenheitsgefühle, das Gefühl extremer Hilflosigkeit, der Wertlosigkeit, körperliche Beschwerden bis hin zum Wunsch zu sterben.<sup>17</sup>

Wir verstehen Würde als Gestaltungsauftrag, der aus gegenseitiger Achtung und gegenseitigem Respekt erwächst. Menschen ernst zu nehmen, ihnen auf gleicher Augenhöhe zu begegnen, auf die Besonderheiten des Einzelnen einzugehen, Offenheit, Taktgefühl und Rücksichtnahme sowie Selbstbestimmung zu ermöglichen, sind wesentlich Aspekte unserer Arbeit. Damit persönliche Spiritualität und individueller Glaube erfüllt gelebt werden können, suchen wir nach Möglichkeiten und schaffen Raum.

Wichtiger Teil von Identität und zentraler Aspekt eigener Körperlichkeit ist die Sexualität. Wir gehen mit diesem Thema respektvoll um, bieten Raum für Rückzug und versuchen einer Tabuisierung des Themas Sexualität entgegenzuwirken.

Diese Prinzipien begleiten alle Mitarbeiter\*innen durch den Arbeitsalltag. Wir fördern ein wertschätzendes und respektvolles Miteinander und fördern damit die Lebenskraft der pflegebedürftigen Menschen.

Unser Credo ist Würde bis zuletzt. Hilfe und Unterstützung bei belastenden körperlichen Symptomen sowie spirituelle, psychische und soziale Fragen stehen in der letzten Lebensphase im Mittelpunkt. Die Betreuung und Begleitung eines kranken Menschen am Lebensende ist auch für An- und Zugehörige eine belastende Situation. Deshalb ist es uns wichtig, sie einfühlsam zu begleiten und aktiv in den Pflegeprozess mit einzubeziehen. Zusammenarbeit und Kooperation innerhalb der Einrichtung wie z. B. der Kontaktstelle Trauer, wie auch über diese hinaus tragen dazu bei, Ängste und Stress für alle Betroffenen und Beteiligten zu reduzieren.

## 3.2 Selbstbestimmung

### Zielsetzung

Die gepflegte Person hat das Gefühl Kontrolle über ihr Leben zu haben, verfügt über Entscheidungsspielräume bezüglich der Dinge, die ihr wichtig sind und kann diese gegebenenfalls für sich erledigen lassen.

Selbstbestimmung – entsprechend den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Vorstellungen zu entscheiden und zu handeln – hat bedeutenden Einfluss auf Gesundheit, Würdeempfinden und Lebensqualität. Wichtige Dinge nicht selbst entscheiden zu können, kann hingegen dazu führen sich ausgeliefert, ohnmächtig und wertlos zu fühlen. Die Folge ist häufig der Verlust von Lebensmotivation.<sup>18</sup> Die Lebensgeschichte eines Menschen zeigt seine Wertorientierung auf und damit auch, was für ihn wichtig und wertvoll ist. Kenntnisse der Biografie liefern maßgebliche Hinweise auf Haltungen und Vorstellungen und nicht zuletzt Gewohnheiten der pflegebedürftigen Person. Erst mit diesem Wissen kann die pflegebedürftige Person in ihrer Selbstbestimmung unterstützt werden.

Bei abnehmenden geistigen und körperlichen Fähigkeiten geht es uns darum, Halt und Sicherheit zu vermitteln und durch übersichtliche und laufend angepasste Angebote Wahlfreiheit zu ermöglichen. Menschen mit kognitiven Einschränkungen erfassen Alltagssituationen gefühlsmäßig. Ein achtsamer und empathischer Umgang, das bewusste Wahrnehmen von Reaktionen erleichtern es uns, auf das Befinden in der jeweiligen Situation einzugehen.

Selbstbestimmung hängt nicht nur von den jeweiligen Fähigkeiten der Person ab, sondern auch von den Bedingungen der Umwelt und den Kompetenzen der Betreuungspersonen.<sup>19</sup> Wir machen uns diese Tatsache laufend bewusst und reflektieren sie. Verständliche Informationen und Beratung über Wahl- und Entscheidungsmöglichkeit sind wichtig für das Gefühl selbst bestimmen zu können. Wir ermutigen Bewohner\*innen/Kund\*innen und Zu-/Angehörige Wünsche und Vorstellungen zu artikulieren und ermöglichen bzw. unterstützen in der Wahl- und Entscheidungsfindung. Entscheidungen der pflegebedürftigen Personen respektieren wir, auch wenn sie für uns nicht nachvollziehbar oder vernünftig erscheinen. Auch wenn pflegebedürftige Personen herausforderndes Verhalten zeigen, bleiben wir in Beziehung. Ein respektvoller Umgang mit Entscheidungen bedeutet aber auch, den zu pflegenden Menschen auf der Basis professionellen Fachwissens Notwendigkeiten und eigene Grenzen aufzuzeigen.

In unseren Pflegeangeboten bemühen wir uns, ein Zuhause zu erhalten oder zu schaffen und Zugehörigkeitsgefühl zu fördern. Dies sind wichtige Voraussetzungen, um das Gefühl von Selbstbestimmung erleben zu können.

Übernehmen pflegebedürftige Personen je nach vorhandenen Fähigkeiten auch Verantwortung für sich selbst und die Gestaltung des Tagesablaufes, trägt dies zur Selbstbestimmung bei. Wir unterstützen sie darin und stärken damit ihr Selbstwertgefühl und das Gefühl selbst etwas bewirken zu können.

Um Selbstbestimmung auch in der letzten Lebensphase zu ermöglichen, besprechen wir mit den betroffenen Menschen, wie und wo sie die verbleibende Lebenszeit verbringen möchten

und ob lebenserhaltende Maßnahmen oder ein Verzicht darauf in Frage kommen. Fachliche Grundsätze der Palliativpflege und Hospizkultur werden dabei unterstützend eingesetzt.

### 3.3 Persönliche Sicherheit

#### Zielsetzung

Die gepflegte Person fühlt sich in ihrem Zuhause und in ihrer Wohnumgebung sicher und geborgen.

Sicherheit zählt zu den grundlegenden Bedürfnissen des Menschen. Bei körperlichen, psychischen und kognitiven Einschränkungen steigen Unsicherheit und Abhängigkeit. Parallel dazu wächst das Sicherheitsbedürfnis. Bei Bedarf kompetente und angemessene Hilfestellung zu bekommen ist einer der wesentlichen Gründe, warum sich viele pflegebedürftige Menschen für eine Pflege Zuhause oder einen Eintritt in ein Pflegewohnhaus entscheiden. Schon ein geringfügiges Mehr an persönlichem Sicherheitsempfinden wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden aus.<sup>20</sup>

Mit fachlicher Handlungskompetenz fördern wir größtmögliche Sicherheit. Indem wir Anliegen wahrnehmen und darauf eingehen, drücken wir Wertschätzung gegenüber der pflegebedürftigen Person aus, selbst wenn nicht alle Wünsche erfüllt werden können. Zuwendung, Menschlichkeit, fachliche Kompetenz und vertrauensbildende Maßnahmen sind für uns Voraussetzungen, um den von uns gepflegten Menschen das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Wir stärken die Selbständigkeit und unterstützen dabei die Umwelt sicher zu gestalten.

Wir legen Wert darauf, dass Mitarbeiter\*innen befähigt sind, Veränderungen im Sicherheitsbedürfnis sowie in Bewältigungsstrategien der pflegebedürftigen Personen zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu veranlassen. Mit dem möglichen Spannungsverhältnis von Recht auf Selbstbestimmung und der Sorge um die Sicherheit für pflegebedürftige Personen gehen wir reflektiert um.

Kontaktmöglichkeiten für pflegebedürftige Personen zum Team, zur Bewohnervertretung und weiteren geben Möglichkeiten Anliegen zu besprechen und Veränderungen zu bewirken.

Insbesondere Personen mit kognitiven Veränderungen, psychischen Beeinträchtigungen und palliativem Versorgungsbedarf können sich in ihrem Sicherheitsgefühl stark eingeschränkt und bedroht fühlen. Durch Achtsamkeit und Zuwendung, mit einem verlässlichen und vorhersehbaren Umfeld stärken wir ihr Sicherheitsgefühl. Fachliche Grundlagen wie Validation, Basale Stimulation, Kinästhetik wie auch Grundsätze der Palliativpflege und Hospizkultur können dabei unterstützend eingesetzt werden.

## 3.4 Körperpflege und körperliches Wohlbefinden

### Zielsetzung

Die gepflegte Person fühlt sich sauber und gepflegt und ist – im Idealfall – auch so gekleidet, wie es ihren persönlichen Vorlieben entspricht. Sie ist weitestgehend frei von Schmerzen und fühlt sich wohl.

Die Identität einer Person hängt immer auch von der Wahrnehmung des eigenen Körpers ab. Veränderungen des Aussehens und der körperlichen Fähigkeiten im Alter sowie bei chronischen Erkrankungen können die Identität einer Person erschüttern.<sup>21</sup> Dazu kommt, dass Menschen in der Regel ohne Hilfe bei intimen körperlichen Verrichtungen auskommen wollen. Von dieser Unterstützung abhängig zu sein, wird von den Betroffenen häufig als Kränkung und Kontrollverlust empfunden.

Wir nehmen diese Gefühle ernst und fördern die Selbständigkeit ohne die Betroffenen zu überfordern. Ebenso sind wir bedacht auf den Schutz der Intimsphäre und des individuellen Schamgefühls. Nach Möglichkeit wird bei körpernahen Unterstützungsleistungen der Wunsch nach weiblichen oder männlichen Pflegepersonen berücksichtigt. Situationen wie beispielsweise den Toilettengang versuchen wir so unaufdringlich wie möglich zu gestalten.

Ein respektvoller Umgang mit individuellen Wünschen, Fähigkeiten und Gewohnheiten stärkt das Gefühl, Kontrolle über die Situation zu haben. Damit werden auch Selbstvertrauen und Wohlbefinden gefördert.

Vitale Funktionen wie Kreislauf, Atmung und Wärmeregulation halten das Leben aufrecht. Bei Auffälligkeiten oder Veränderungen wird für entsprechende medizinische und pflegerische Interventionen gesorgt. Die körperliche Gesundheit wird unterstützt, auch indem beispielsweise auf intakte Haut geachtet wird, Wunden und Hautdefekte fachgerecht versorgt und prophylaktische Maßnahmen korrekt durchgeführt werden. Ebenso indem auf die Einnahme der Medikamente nach ärztlicher Anordnung geachtet wird. Lebensqualität und -freude werden durch Schmerzen stark eingeschränkt, sie müssen aktiv angesprochen werden. Bei Menschen, die nicht mehr sprechen können, zeigen Gesichtsausdruck und Körperhaltung das individuelle Empfinden wie Schmerz an, aber auch Wohlbefinden, Freude, Angst usw.

Bewegungsfähigkeit hat entscheidenden Einfluss auf intakte Haut und unterschiedliche Körperfunktionen wie Muskelkraft und funktionierende Verdauung. Weiters wirkt sie sich positiv auf das Selbstwertgefühl, das Gefühl der Selbstbestimmung und damit auf die Lebensqualität aus.<sup>22</sup> Mit ressourcenorientierter, d. h. auf Fähigkeiten und Vorlieben der pflegebedürftigen Personen abgestimmter Pflege unterstützen wir Selbständigkeit und fördern Autonomie. Konzepte wie basale Stimulation, Kinästhetik u. a. kommen hier zur Anwendung.

## 3.5 Essen und Trinken

### Zielsetzung

Die gepflegte Person hat die Möglichkeit sich ausgewogen und entsprechend den individuellen Wünschen/Bedürfnissen zu ernähren.

Das Sprichwort „Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“ sagt schon, dass Nahrung nicht nur den Körper mit Energie und wichtigen Stoffen versorgt, sondern auch mit Genuss verbunden ist und Wohlbefinden schenkt. Essen und Trinken haben soziale und kulturelle Funktionen, sie strukturieren den Tag und bieten die Möglichkeit zum Kennenlernen und für Gespräche. Es ist wichtig, dass Personen, die sich gerne miteinander unterhalten, zusammensitzen. Ebenso wichtig ist es zu berücksichtigen, dass es Bewohner\*innen in unseren Pflegewohnhäusern unangenehm sein kann, mit Menschen, die Tischregeln nicht mehr einhalten können, an einem Tisch zu sitzen. Gemeinsam versuchen wir, individuelle Lösungen zu finden.

Wir stellen ausgewogene, nach Möglichkeit biologische und regionale Angebote bereit. Auf Wünsche und Vorlieben sowie kulturelle und religiöse Besonderheiten wird im Rahmen des Möglichen Rücksicht genommen. In Wohnbereichen mit Küche sowie in der Hauskrankenpflege bieten wir die Möglichkeit, sich selbst an der Zubereitung der Speisen zu beteiligen und stellen so ein Stück Normalität her.

In angenehmer, freundlicher Umgebung wird durch die mitbestimmte Auswahl und Menge des Essens das Essverhalten der pflegebedürftigen Personen positiv beeinflusst. Dazu trägt auch das Vermeiden von pflegerischen und therapeutischen Tätigkeiten während der Mahlzeit bei.<sup>23</sup>

Veränderter Energiebedarf, Probleme mit Fortbewegung, Verdauung, Kauen und Schlucken sowie nachlassender Hunger, Appetit und Durst können zu einseitiger Ernährung und damit zu Mangelernährung führen.<sup>24</sup> Im multiprofessionellen Team werden die bestmögliche Kostform, Verabreichungsart, kreative Darreichungsformen oder andere Maßnahmen besprochen. Wir informieren die gepflegten Personen und helfen individuell die richtige Ernährung zu gestalten. Zum Erhalt oder zur Wiederherstellung von Mundgesundheit werden pflegerische Maßnahmen getroffen und nach Möglichkeit zahnmedizinische Angebote organisiert.

Lehnt eine Person die Nahrungsaufnahme ab, stellt sich die Frage, ob sie nicht mehr essen kann oder will. Hier bedarf es einer multiprofessionellen Abklärung. Will eine Person nichts mehr essen oder trinken, kann das auf den Bedarf an palliativer Betreuung oder auf andere Krankheitsbilder hindeuten.

## 3.6 Sauberes und wohnliches Zuhause

### Zielsetzung

Das Zuhause der gepflegten Person ist ihren Ansprüchen gerecht, sauber und wohnlich.

Eine angenehme Wohnsituation dient der Aufrechterhaltung des Lebensraums, sie fördert das Wohlbefinden und die Gesunderhaltung. Wohnen bedeutet Vertrautheit, Überschaubarkeit, Privatheit, Abgrenzung und gibt Sicherheit. Pflegebedürftige Personen wollen sich im eigenen Lebensraum zu Hause fühlen. In ihrer Wohnung, in ihrem Haus, in ihrem Zimmer sind Pflegekräfte Gäste.

Mit der Pflegebedürftigkeit können Anpassungen in der Wohnsituation notwendig werden. Wir informieren und unterstützen dabei ein Leben im eigenen Zuhause zu ermöglichen. Sollte ein Leben zu Hause nicht mehr möglich sein, begleiten wir den Übergang in ein Pflegewohnhaus. In unseren Pflegewohnhäusern legen wir großen Wert auf eine angenehme Wohnsituation. Wir unterstützen neu ankommende Bewohner\*innen aktiv beim Einleben: Wir helfen ihnen dabei, sich mit allen Räumlichkeiten und Aufenthaltsmöglichkeiten vertraut zu machen und einen Platz in der bestehenden Gemeinschaft finden. Das ist uns deshalb wichtig, weil das Gefühl der Zugehörigkeit eine zentrale Voraussetzung für das Autonomieempfinden ist.

Jeder Mensch hat das Bedürfnis nach geschützter Privat- und Intimsphäre. Die Grenzen des Privaten und Intimen liegen für jeden Menschen woanders. Missachtung der Privatsphäre schränkt das Recht auf Selbstbestimmung ein, verursacht psychischen Stress und kann die Gesundheit beeinträchtigen.<sup>25</sup> Wir respektieren die Privatsphäre der pflegebedürftigen Personen und tragen damit wesentlich dazu bei, dass sie sich trotz Abhängigkeit nicht ausgeliefert fühlen. Dazu gehört beispielsweise, dass man nicht ohne anzuklopfen eine Wohnung oder ein fremdes Zimmer betritt und mit der persönlichen Wäsche der pflegebedürftigen Personen sorgsam umgeht.

Persönliche Einrichtungsgegenstände, Erinnerungsstücke oder persönlich Wertvolles unterstützen das Gefühl des „zu Hause Seins“. Wir drücken unseren Respekt aus, indem wir mit diesen Gegenständen im privaten Raum der pflegebedürftigen Personen achtsam umgehen und den wohnlichen Charakter erhalten.

In einem Mehrbettzimmer zu wohnen verlangt von den Bewohner\*innen viel Toleranz und kann belastend sein. Wir nehmen diese Situation ernst und vermitteln bei Konflikten. Wenn eine Mitbewohner\*in stirbt, betrachten wir die Zimmerkolleg\*innen/-nachbar\*innen als Zugehörige der verstorbenen Person und betreuen sie nach den Prinzipien des Palliativ- und Hospiz-Gedankens.

## 3.7 Sozialleben

### Zielsetzung

Die gepflegte Person hat Beziehungen zu Menschen, die sie mag und ihr wichtig sind. Sie fühlt sich als Teil einer Gemeinschaft, sollte ihr das wichtig sein.

Soziale Unterstützung zu erhalten und zu geben sowie fürsorgliche Beziehungen zu erleben, beeinflussen die Gesundheit und das Wohlbefinden positiv.<sup>26</sup> Soziale Bindungen sind Quellen der Anerkennung und Wertschätzung, die das Selbstwertgefühl, die Lebensfreude und das Würdeempfinden stärken.

Bei Krankheit, bei Behinderung und/oder in höherem Alter kann die Fähigkeit Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten eingeschränkt sein. Insbesondere Personen mit kognitiven Einschränkungen haben oftmals Schwierigkeiten sich anderen mitzuteilen und Kontakt zu halten. Ohne Hilfestellungen leiden Wohlbefinden und Gesundheit der pflegebedürftigen Person, ihrer An- und Zugehörigen sowie ihres Umfelds. Weiterer geistiger und körperlicher Abbau, psychische Veränderungen, soziale Isolation und Vereinsamung können die Folge sein.

An- und Zugehörige übernehmen bedeutsame Aufgaben in der Betreuung hilfebedürftiger Menschen. Abgestimmtes Zusammenwirken mit An- und Zugehörigen, Freunden und Bekannten fördert das Wohlbefinden aller Beteiligten maßgeblich. Wir beziehen Erfahrung und Kompetenz der An- und Zugehörigen in unsere Arbeit ein und verstehen sie als wichtige Unterstützung für die pflegebedürftige Person wie auch für das Gelingen unserer Aufgaben. An- und Zugehörige zu unterstützen, zu informieren, zu beraten und zu begleiten ist ein wesentlicher Teil unserer Aufgabe.

Mit unseren Aktivitäten fördern wir Beziehungen zu Freunden, zur Familie sowie die Teilhabe an sozialen Netzwerken. Bei sich reduzierenden sozialen Netzwerken sehen wir uns als Ansprechpartner\*innen für kleinere und größere Lebensfragen. Respekt, soziale Kompetenz, Verlässlichkeit und Kontinuität sind wichtige Merkmale unserer Arbeit und Voraussetzung um Bedürfnisse zu erkennen und auf diese einzugehen.

In unseren Pflegewohnhäusern fördern wir das Sozialleben, indem wir sie als offene Häuser gestalten, freiwillige Mitarbeiter\*innen einbinden und Kooperationen mit anderen Einrichtungen pflegen. Nicht zuletzt bieten Feste im Jahresverlauf, Ausflüge gemeinsam mit An- und Zugehörigen, Besuch von Gottesdiensten ein sinnstiftendes Beschäftigungsangebot sowie Möglichkeiten an der Gemeinschaft teilzuhaben.

## 3.8 Aktivitäten und Beschäftigung

### Zielsetzung

Die gepflegte Person verbringt ihre Zeit so, wie sie will, und tut Dinge, die ihr wichtig sind und Freude bereiten.

Beschäftigt zu sein und Aktivitäten nachzugehen ist Teil des Gleichgewichtes zwischen Aktivität und Erholung. Alltagsverrichtungen wie kochen, den privaten Raum sauber halten, sich um andere Menschen, Haustiere oder Pflanzen zu kümmern, Lesen, Fernsehen, Handarbeiten und ähnliche Tätigkeiten strukturieren den Tag. Entsprechen diese Tätigkeiten den individuellen Bedürfnissen, fördern sie das Gesundheitsempfinden.<sup>27</sup> Sie verschaffen dadurch Freude, Stolz und Lebenssinn und stärken Selbstwertgefühl und Würdeempfinden.<sup>28</sup>

Bei Krankheit, Behinderung und/oder im höheren Alter können die Fähigkeiten sich selbst zu beschäftigen eingeschränkt sein. Diesen Menschen fällt es oft schwer ihre Wünsche, Ideen, Meinungen zum Ausdruck zu bringen. Fehlt über längere Zeit der Zugang zu einer angemessenen und erwünschten Betätigung, so verursacht das Stress und hat negative Auswirkungen wie Konzentrationsschwäche, Gedankenverlust, Verlust von Fähigkeiten den Alltag zu bewältigen, vermindertes Selbstwertgefühl und Verlust von Lebenssinn.<sup>29</sup>

Wir sehen pflegebedürftige Personen als Akteure ihres eigenen Alltags an, die Verantwortung für ihre Tagesgestaltung übernehmen. Dabei werden sie von uns bestärkt und unterstützt.

Die von uns gepflegten Personen sollen ihr individuelles Gleichgewicht zwischen Aktivität und Erholung aufrechterhalten können, um so psychische wie auch physische Beeinträchtigungen zu vermeiden. Innerhalb der gegebenen Strukturen unterstützen und fördern wir Verhaltensweisen, die gesunden Schlaf ermöglichen und die Qualität der Erholung verbessern.

Mit vielfältigen, nach Möglichkeit individuell angepassten Angeboten unterstützen wir pflegebedürftige Personen Körper und Geist in Schwung zu halten, Sinn zu erfahren und Gemeinschaft zu erleben. Sinnliche Erfahrungen werden ermöglicht und religiöse/spirituelle Bedürfnisse berücksichtigt.

Multiprofessionelle Teams organisieren und begleiten diese Aktivitäten. Gruppen- und Einzelangebote sind an Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen angepasst und ermöglichen vielfältige Beschäftigung.

## 4 Umsetzung

Hier wird ergänzt, mit Hilfe von welchen (noch zu entwickelnden bzw. anzupassenden) Instrumenten, Dokumentations- und Kommunikationsformen usw. das Lebensqualitätskonzept umgesetzt wird.

### **Entwickelte Instrumente und unterstützende Dokumente**

- Qualitätsindikatoren PWH
- Bewohner\*innenbesprechung/Kund\*innenbesprechung
- Mitarbeiter\*innenkompetenz
- Richtlinie EDV-Dokumentation
- Handlungsrichtlinien
- Qualitätsaudit PDL
- Qualitätsaudit zPDL
- Lebensqualitätsaudit
- Feedbackmanagement
- Startpass
- Handbuch



## 5 Literatur

---

- 1 Michael Ewers (2002): Dimensionen von Patientenorientierung in der Pflege. In Pleschberger, Sabine, Heimerl, Katharina, Wild, Monika (Hrg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas 2002, 77-95
- 2 Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (2010): Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. [http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS\\_GERMAN.pdf](http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_GERMAN.pdf) (22. August 2016)
- 3 Elisabeth Seidl, Ilsemarie Walter, Elisabeth Rappold (2007): Diabetes. Der Umgang mit einer chronischen Krankheit. Wien: Böhlau
- 4 Kane, R. A. (2003): Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable practice, Research, and Policy Agenda. *U3%8M%/5'-5)50\$\*-*, 43, Special Issuell: 28-36
- 5 Netten, Ann; Beadle-Brown, Julie; Caiels, James; Forder, Julien; Malley, Juliette; Smith, Nick; Towers, Ann-Marie; Trukeschitz, Birgit; Welch, Elizabeth; Windle, Karen (2011): ASCOT adult care outcome toolkit. Main guidance v2.1. PSSRU Discussion Paper 2716/3 <http://www.pssru.ac.uk/ascot/downloads/guidance/main-guidance-v2.pdf>. (22. August 2016)
- 6 Trukeschitz, Birgit (2011): Worauf es letztlich ankommt. Ergebnisqualität in der Langzeitpflege und Betreuung. In: Kurswechsel, 26 (4). 22-35.
- 7 Sen, Amartya (2002): Ökonomie für Menschen: Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: Verlagsgesellschaft
- Nussbaum, Martha (2001): Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Berlin: Suhrkamp
- 8 Sen, Amartya (2002): Ökonomie für Menschen: Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: Verlagsgesellschaft
- 9 Corbin, Juliet; Strauss, Anselm (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. Auflage. Bern: Hans Huber
- 10 Schaeffer, Doris; Moers, Martin (2008): Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. In: Pflege und Gesellschaft 13.Jg. 2008, 6-30
- 11 Ewers, Michael (2002): Dimensionen von Patientenorientierung in der Pflege. In Pleschberger, Sabine, Heimerl, Katharina, Wild, Monika (Hrg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas 2002, 77-95
- 12 Scheichenberger, Sonja (2009): Ressourcenorientierte Interaktion in der Pflege. Wien; Facultas.wuv
- 13 Hüper, Christa; Hellige, Barbara (2009): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Frankfurt/Main: Mabuse

14 Elisabeth Rappold (2007): Aufgabe Diabetes: Eine qualitative Studie über die extramurale Pflege von Menschen mit Typ-2-Diabetes. Wien: Facultas

15 Chochinov, Harvey Max (2007): Dignity and the essence of medicine. The A, B, C and D of dignity conserving care. In: BMJ 335, 184- 187

16 Pfabigan, Doris (2011): Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege: Eine philosophische, disziplinen- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns. Hungern: hpsmedia

17 Ebda.

18 Brandenburg, Hermann (2005): Autonomieförderung durch Pflegende in der Langzeitpflege? In: Huber, Martin/Siegel, Siglinde Anne/Wächter, Claudia/ Brandenburg, Andrea (Hrg.): Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

19 Elisabeth Seidl, Ilsemarie Walter, Elisabeth Rappold (2005): Untersuchung zum Erleben und zu den Erfahrungen nierentransplantierte Menschen. In Elisabeth Seidl, Ilsemarie Walter (Hrg.): Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag. Wien: Wilhelm Maudrich, 61-200

20 Kreimer, Reinhard (2004): Altenpflege: menschlich, modern und kreativ. Grundlagen und Modelle einer zeitgemäßen Prävention, Pflege und Rehabilitation. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

<sup>21</sup> Corbin, Juliet; Strauss, Anselm (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. Auflage. Bern: Hans Huber

<sup>22</sup> Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (Hrg.) (2012): Handlungsleitlinien für die mobile und stationäre Langzeitpflege und –betreuung. Wien: Facultas

23 Ebda.

24 Ebda.

25 Huss, Norma May (2008): Schutz vor fremden Blicken. Eine Interventionsstudie zur Stressreduktion durch Sichtschutzelemente. Bern: Huber

26 Siegrist, Johannes; Dragano, Nico; dem Knesebeck, Olaf (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hrg. v. Richter Matthias-/Hurrelmann Klaus. 2. aktualisierte. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 167-180

27 Wilcock, Ann (2005): Older people and Occupational Justice. In: McIntyre, Anne/Atwal, Anita (Hrg.): Occupational Therapy and Older People. Oxford/ Malden/Carlton, 14-25

28 Pfabigan, Doris (2011): Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege: Eine philosophische, disziplinen- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns. Hungern: hpsmedia

29 Ebda.





