

Nationaler Informationstag 2007

Pflegedienstleistungen- Aktuelle Erfahrungen und Ausblicke



Tagungsbericht

20. November 2007

Ort:

NH Danube City, 1220 Wien, Wagramer Straße 21

Veranstalter:

Österreichische
Arbeitsgemeinschaft für
Rehabilitation (ÖAR)

Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs



Im Auftrag und mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums
für Soziales und Konsumentenschutz

Organisationsteam

Martha Dohnal

Dr. Anthony Williams

Eduard Riha

Gebärdensprachdolmetsch

Christian Bruna

Markus Schmidt

Gesamtmoderation

Birgit Primig

Impressum

Herausgeber:

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs (ÖAR)

1010 Wien, Stubenring 2/1/4

Redaktion: Birgit Primig - Training & Public Relations

Layout: Martha Dohnal

Druck: Eigenvervielfältigung

Wien, März 2008

Alle Rechte vorbehalten.

Der Abdruck, auch auszugsweise, bedarf der ausdrücklichen Genehmigung.

© 2008

Inhalt

24-Stunden-Pflege: politisch heiß diskutiert	3
Soziale Systeme im Vergleich	4
Wien: Flexibilität führt zu neuen Herausforderungen	4
Vorarlberg: Träger dürfen Fehler machen	5
Betreute Wohnformen konkret	7
Psychiatrische Klienten: Immer weniger für immer mehr.....	7
Menschen mit kognitiven Behinderungen: Positive Entwicklungen können negativ werden	9
Demente Patienten: Ungelöste Probleme sind kein Mangel an Professionalität.....	11
Ganzheitliche Rehabilitation: keine neuen Strukturen notwendig	13
Wohnraum adaptieren mit Zuschüssen	15

Die Referenten

Oberin Monika Pinaz, Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

Dr. Stefan Allgäuer, Psychologe und Psychotherapeut
Geschäftsführer des Instituts für Sozialdienste

DSA Georg Peneder
pro mente Oberösterreich

Dr. Walter Schaffraneck, Geschäftsführer
Jugend am Werk

MMag. Bisserka Weber, Pflegedirektorin
Seniorenschlössl Simmering

Prim. Dr. Karl Schrei, Ärztlicher Leiter des Rehabilitationszentrums
„Weißer Hof“ der AUVA

Ing. Maria Rosina Grundner, „Sekretariat Barrierefrei“
Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR)

24-Stunden-Pflege: politisch heiß diskutiert

In einem Herbst, in dem ein Kongress dem nächsten folgte, fand der nationale Informationstag 2007 in kleinerem Rahmen als gewohnt statt.

Präsident Dr. Klaus Voget erinnerte daran, dass die ÖAR in der Geschichte des Nationalen Informationstages immer brisante und wichtige Themen aufgegriffen habe. Das Thema Pflege sei am Puls der Zeit, gesellschaftspolitisch eminent wichtig. Er hoffe auf Fortentwicklung. Voget: „Das darf aber nicht bedeuten, dass sich bisherige Errungenschaften im wahrsten Sinn des Wortes „fort entwickeln“, sondern es muss eine noch stärkere Hinwendung zu den Bedürfnissen der betroffenen Menschen geschehen.“

Sozialminister Dr. Erwin Buchinger betonte, dass ihm seine persönliche Anwesenheit wichtig sei. Er wolle damit betonen, dass ihm die Pläne der Regierung im Bereich Pflege auch ein persönliches Anliegen seien. Er verwies darauf, was in den ersten Monaten der neuen Regierung bereits beschlossen wurde: die Neuregelung der Pensionsversicherung für pflegende Angehörige und die Lösung des Problems der 24-Stunden-Pflege.

Pflege: persönliches
Anliegen

Die inhaltliche Kritik an der 24-Stunden-Pflege sei ihm bewusst. Wichtig sei ihm ein Praxistest, damit aus den Rückmeldungen entsprechende Veränderungen gesetzt werden können. Er sprach sich deutlich gegen eine weitere Verlängerung der Pflegeamnestie aus. „Wenn diejenigen, die ihre Energie in die Forderung einer Verlängerung der Amnestie investieren, dieselbe Energie in Information über die konkreten Lösungen investierten, dann wären wir einen bedeutenden Schritt weiter.“ Er bat um Unterstützung bei der Verbreitung der Information, dass legale Kosten für Pflege auch steuerlich absetzbar sind.

24 Stunden-Pflege-
ein Mosaikstein

Die 24-Stunden-Pflege sei nur ein Mosaiksteinchen, das aber deshalb wichtig sei, weil es bislang keine legale Alternative gab. Evident seien aber auch die Verbesserung bei der ambulanten, teilstationären und stationäre Pflege und Betreuung. Die Angebote seien nicht flächendeckend, Zugangssicherung und Qualitätssicherung seien unterschiedlich. Buchinger sehe sich als Moderator der Länder, um den Korridor der Unterschiedlichkeiten zu verengen. „Das Gute aus meiner Sicht liegt darin, dass das Thema nicht nur in der politischen Agenda so prominent besetzt ist, sondern auch in der Öffentlichkeit zum Gegenstand einer breiten Diskussion wurde. Information und Dialog sind wesentliche Voraussetzung für eine gemeinsame Basis, eine gemeinsame Richtung für Veränderungen.“

Soziale Systeme im Vergleich

Pflege und Betreuung fällt in die Kompetenz der Bundesländer. DGKS Monika Pinaz, Wien, und Dr. Stefan Allgäuer, Vorarlberg, stellten ihre völlig unterschiedlichen Systeme vor.

Wien: Flexibilität führt zu neuen Herausforderungen

In Wien wurde im Jahr 2004 die gesamte Struktur reformiert. Bis zu diesem Zeitpunkt stellte die Magistratsabteilung 47 die primäre Drehscheibe dar und war für Leistungsvergabe, Finanzierung und die behördliche Aufsicht zuständig. Im Zuge der Reform wurden die Bereiche Behinderung Wohnungslosenbetreuung und Pflege zum Fonds Soziales Wien (FSW) zusammengeführt.

Pinaz: „Jetzt gibt es einen einzigen direkten Vertrag zwischen Kunde und leistungsanbietender Organisation. Die Dienstleister müssen sich einem Prüfprozess unterziehen, um vom FSW anerkannt zu werden.“ Damit wurde weitgehend auf Subjektförderung umgestellt. Jeder Klient leistet entsprechend seinem Einkommen einen sozial verträglichen Beitrag selbst, die Differenz wird vom FSW übernommen.

Die Strategie der Planung und Finanzierung wird in Zusammenarbeit mit anderen Magistratsabteilungen festgelegt. Neben der Subjektförderung werden über Objektförderung Zuschüsse zum laufenden Betrieb gewährt. Die Projektförderung gibt es für befristete Vorhaben.

Pinaz erläuterte im Detail die einzelnen ambulanten Angebote von der medizinischen Hauskrankenpflege bis hin zur Kinderbetreuung für akut erkrankte Kinder, deren Eltern keinen Anspruch mehr auf Pflegeurlaub haben. „Ich erkenne sozusagen an den Abrechnungsblättern, ob gerade Scharlachzeit oder Rötelzeit ist.“

Die Mobile Palliativbetreuung werde nur als Paket kompletter interdisziplinärer Teams gefördert. Im Bereich der Nachbarschaftshilfe sei das Ehrenamt wesentlich. „Das müssen wir in Wien hochhalten“, so Pinaz. Eine immer größere Rolle spielten die präventiven Kontaktbesuche bei Menschen über 65 Jahren in Kooperation mit den Bezirksvorstehungen. Anhand standardisierter Fragebögen werden die SeniorInnen über Freizeit- und Kulturangebote im Bezirk aufgeklärt und über Pflege- und Betreuungsmaßnahmen beraten.

Seit 1. Oktober gibt es einen akuten Interventionsdienst. Rund um die Uhr werden Pflege- und Betreuungsmaßnahmen im Akutfall oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt.

An einem raschen Ausbau interessiert sei der FSW bei den Wohngemeinschaften für Senioren. Ende 2007 stehen 123 Plätze zur Verfügung,

Umstellung auf
Subjektförderung

präventive
Kontaktbesuche

weitere 94 kommen 2008 dazu. „Und ein zusätzliches Projekt ist in Diskussion“, verrät Pinaz.

Die Umstrukturierung hätte insgesamt mehr Flexibilität gebracht, bereichsübergreifende Angebote sind möglich. Pinaz: „Wir können überall hingehen, wenn es uns die Finanzierungsmöglichkeiten erlauben.“ Damit leitete Pinaz zu den kritischen Faktoren über: „Neben aller Flexibilität kommt es auch zu speziellen Herausforderungen.“

mehr Flexibilität

Zunächst die Frage der Finanzierbarkeit: „Wenn Angebote ausgebaut und Kapazitäten erhöht werden sollen, sind wir von den Dotationen der Stadt Wien, aber auch von der Weiterentwicklung der NPOs abhängig.“ Betriebe suchen um zusätzliche Mittel an, wenn die Finanzierung über die Krankenkassen nicht ausreicht.

Daneben seien auch inhaltliche Fragen relevant. „Der Zugang zu ambulanter Rehabilitation ist für Senioren ein ganz anderer als für Berufstätige. Überall dort, wo wir Leistungen zu Menschen bringen, sind sie erfolgsversprechender, als wenn wir sie mit Fahrtendiensten irgendwo hin bringen.“

ambulante
Rehabilitation

Der Bedarf an psychiatrischen Diensten werde immer größer, so Pinaz. „Wir brauchen immer mehr Mitarbeiter mit spezifischer Ausbildung.“

Abschließend meinte Pinaz: „Wir warten gespannt auf die Evaluation der 24-Stunden-Pflege, die uns für Mitte 2008 versprochen wurde. Wir brauchen Daten und Fakten, um die Auswirkungen besser einschätzen zu können.“

Oberin Monika Pinaz

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, zehn Jahre leitende Funktion im AKH Wien; Fachbereichsleitung für ambulante Pflege und Betreuung im Fonds Soziales Wien

Vorarlberg: Träger dürfen Fehler machen

Stefan Allgäuer

Dr. Stefan Allgäuer, Geschäftsführer des Institutes für Soziale Dienste in Vorarlberg, begann seinen Vortrag mit einer kurzen Geschichte: „Als Gott die Welt erschaffen hatte, lehnte er sich am siebten Tag zufrieden zurück. Da kam der Teufel und meinte, er werde das nun alles organisieren.“

Allgäuer definierte den Begriff Organisation als Abweichung von oder Annäherung an ein Ideal, niemals aber als Ideal. Bei der Betrachtung der Strukturen der sozialen Dienste in Vorarlberg sei die Frage spannend, wie sich das von unten Gewachsene zu den Impulsen von oben verhalte.

Auch die Fragen nach den Rahmenbedingungen und der Entstehung sozialer Dienste seien maßgeblich. Ein Modell aus einer kleinen Gemeinde sei nicht sofort in eine Großstadt zu übertragen. In Vorarlberg wurde Ende der 1960er Jahre mit dem Aufbau differenzierter sozialer Dienstleistungen

von Null an begonnen

begonnen worden. Allgäuer: „Wir konnten von Null an beginnen und auf stark familiären Strukturen aufbauen.“ In Vorarlberg hätte alles eine „überschaubare Größe“, nur zehn bis 20 handelnde Personen seien über lange Zeiträume aktiv. Durch die gute wirtschaftliche Entwicklung Vorarlbergs hatte es immer entsprechende Mittel gegeben. Es sei den Impulsen von Beamten und PolitikerInnen mit visionären Zielen zu verdanken, dass die sozialen Strukturen ausschließlich privat organisiert seien. Von Beginn an gäbe es ein Finanzierungssystem, das sich am Einzelfall orientiert.

klare Grundsätze

Die Grundsätze der sozialen Dienste wurden sehr klar und konsequent umgesetzt: ambulant vor stationär; stark präventiv, lebensraumnah und niederschwellig, mit klarer Aufgaben- und Rollenteilung zwischen Land und privaten Trägern.

Krankenpflege:
Solidarisches System

Seit etwa zehn Jahren wird die Finanzierung vom „Vorarlberger Sozialfonds“ organisiert und entschieden. Der Fonds wird aus Mitteln des Landes und der Gemeinden gespeist und paritätisch geführt.

Um das System aus der Praxis zu erläutern, ging Allgäuer näher auf die ambulante Hauskrankenpflege ein. In fast jeder Gemeinde gibt es einen Krankenpflegeverein, der diese Leistungen organisiert, Personal anstellt und einsetzt. Die Vereine haben 57.000 Familienmitgliedschaften. Allgäuer: „Der Zweck ist Solidarität. Junge Familien zahlen pro Jahr 30 Euro in der Erwartung, dass sie später einmal kostenlos oder günstig Pflege und Betreuung bekommen.“ 40 Prozent der Kosten würden dadurch aus Eigenleistungen finanziert.

Das System würde auf diese Weise von Klienten und Anbietern gesteuert. „Tendenziell bewegen wir uns in Zeiten geringerer finanzieller Mittel von der Anbietersteuerung zu politischer Steuerung. Damit könnte die Qualität gefährdet sein, wenn sie nur noch am Output gemessen wird.“

Die sozialen Dienste in Vorarlberg arbeiten in Bezug auf Qualität sehr wenig mit Standardisierungen. „Der Rechnungshof kritisiert immer wieder, dass jeder tut was er will. Die Mitarbeiter vor Ort produzieren die richtige Qualität für die einzelnen Klienten. Wir müssen lernen, unsere Tätigkeiten noch viel besser zu erklären, auch wissenschaftlich zu erforschen, sonst verlieren wir diesen Kampf.“

Finanzierung -
leistungsbezogen und
Subjektorientiert

Die eindeutige leistungsbezogene und subjektorientierte Finanzierung „macht auch ein bisschen Markt möglich.“ Das sei zugleich Vorteil, aber auch Nachteil. Das System fördert Wachstum, jede und jeder hat Anspruch auf Leistung. „Vereinbarungen zwischen Land und Trägern müssen mittlerweile auch Mengen beinhalten.“ Ein derartiges System sei für die Politik auch insofern eine Herausforderung, weil es nicht planbar sei.

Betrachte man das System, so Allgäuer, im Sinne der Veränderung, Innovation, Weiterentwicklung, so seien private Systeme durchaus imstande, entsprechende Entwicklungen zu vollziehen, weil sie klein und flexibel sind. „Sie dürfen Fehler machen - das Land oder der Staat müssen

immer perfekt sein -, sie können etwas ausprobieren. Dazu gibt es einen klaren Innovationsauftrag in den Tarifen.“

Soziale Systeme hätten immer die Anforderung, so frühzeitig wie möglich Angebote zu den Menschen zu bringen, „damit wir nicht zum Schluss kostenintensiv betreuen müssen. Der Mensch geht nicht mit seinen Problemen zum Staat. Private Organisationen sind ganz bürgernah und daher können sie sehr präventiv sein.“ Land und Organisationen stünden dabei immer „im Dilemma zwischen „müssen“ und „wollen“. Wenn das Geld knapp ist, fehlen Mittel für Prävention.“ Aber auch dazu gäbe es einen klaren Auftrag.

Angebote
frühzeitig machen

Dr. Stefan Allgäuer

Psychologe und Psychotherapeut,
Geschäftsführer des Instituts für Sozialdienste

Betreute Wohnformen konkret

Georg Peneder

Menschen mit psychiatrischen Erfahrungen, mit kognitiven und mehrfachen Behinderungen, mit Demenz: die Wohnformen für drei völlig unterschiedliche Zielgruppen wurden im zweiten Teil des Nationalen Informationstages beleuchtet.

Psychiatrische Klienten: Immer weniger für immer mehr

Laut WHO ist etwa ein Viertel der Bevölkerung irgendwann im Leben mit psychischer Erkrankung konfrontiert. Georg Peneder arbeitet seit 22 Jahren in diesem Bereich als Mitarbeiter von „pro mente Oberösterreich“. „Bei meinem Einstieg waren wir 45 Mitarbeiter, heute sind es 1270. Das zeigt das enorme Wachstum über Jahre. Momentan findet aufgrund der Einsparungsmaßnahmen eher ein Rückbau statt.“

Mitarbeiterzuwachs

Die Finanzierungsform hat sich über die Jahre verändert. Zunächst lief sie überwiegend pauschal über das Land, später erfolgte der Umstieg auf Tagsätze. „Jetzt finden Verhandlungen für ein Leistungsfinanzierungsmodell statt, das vermutlich 2009 schlagend wird.“

Etwa 22.000 Personen werden jährlich in Oberösterreich betreut. Dabei ist von reiner Beratung bis zur Vollzeitbetreuung alles abgedeckt. Die Wohnformen sind nach dem Grad der Betreuungsintensität abgestuft und reichen wiederum vom ambulant betreuten Einzelwohnen über Kurzzeit- und Übergangswohneinrichtungen bis hin zu Wohnformen für spezielle Zielgruppen.

22.000 Personen
pro Jahr

stabilisieren
neu orientieren

Auf das „Übergangshaus Kaisergasse“ ging Peneder näher ein. Seit 1981 besteht diese intensiv betreute Wohneinrichtung für Erwachsene. Peneder: „Intensiv beschreibt hier die Beziehungsarbeit, nicht Pflege.“ Der Aufenthalt in einer der drei Wohngemeinschaften im Haus ist auf ein Jahr beschränkt und soll dazu führen, dass sich die betroffenen Menschen stabilisieren, neu orientieren. Durchschnittlich nach sieben bis acht Monaten verlassen die Klienten das Haus. „Nach ihrem Auszug ist eine mobile Begleitung in beschränktem Ausmaß möglich, um einen optimalen Übergang zum nächsten weiterführenden Betreuungssystem zu ermöglichen.“

Begleitung statt
Lösungsangebot

Zu den Aufnahmevoraussetzungen gehören ein gewisser Grad an Eigenmotivation und Freiwilligkeit. „Manchmal wollen Angehörige eine Aufnahme. Die Widerstände der Klienten gegen ihre Eltern werden gegen uns ausgelebt, hier findet viel Übertragung statt“, schildert Peneder. Die Wünsche der Betroffenen und ihrer Angehörigen seien nicht immer deckungsgleich. Oft sei es zu einem Bruch in den Familien gekommen. „Die Angehörigen fühlen sich schuldig, die Betroffenen Scham. Dadurch entsteht Distanzierung, die den Zustand verfestigt und verhärtet. Durch entsprechende Informationen können Knoten wieder aufgelöst werden.“

Die Bewohner müssen gruppenfähig sein, um mit fremden, nicht selbst gewählten Personen in Wohngemeinschaften leben zu können. „Jeder bringt gewisse Eigenheiten mit, die oft mit anderen schwer kompatibel sind.“ Bei Spannungen und Konflikte über Alltägliches bieten die Mitarbeiter Begleitung, aber nicht Lösung an, um den Umgang mit Konflikten zu lernen.

Ein großer Teil der Arbeit bewege sich in Krisen- und Psychosebegleitung. „Wir wollen auch im außerstationären Rahmen Krisen zulassen, bei präpsychotischen Zuständen nicht sofort eine stationäre Aufnahme in Erwägung ziehen.“ In vielen Fällen sei es möglich, eine Psychose frühzeitig abzufangen und zu stabilisieren.

über $\frac{2}{3}$ Männer

Mehr als zwei Drittel der Bewohner sind männlich und jünger als 31 Jahre, fast alle haben mindestens einen stationären Aufenthalt hinter sich. 75 Prozent der Klienten bewegen sich diagnostisch im Formenkreis der Schizophrenie, an zweiter Stelle stehen stark zunehmend Persönlichkeitsstörungen. In der Biografie sind bei allen sehr dramatische oder traumatische Erlebnisse zu finden. Suizidgefährdung ist ein großes Thema, etwa 60 bis 70 Prozent haben bereits einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich oder der Gedanke daran ist permanent da.

Akute Suchtproblematik ist bei der Aufnahme ein Ausschlussgrund, aber bei allen ein Thema. „Oft besteht ein Alkoholproblem, das aber nicht vordergründig ist.“ Bei den jüngeren Klienten sind auch Drogen ein Thema. „Wir machen auf Verdacht unangemeldete Harntests und Alkoholkontrollen.“ Alle Bewohner sind Raucher, teilweise schwere. Ungesunde Lebensweise ist gekennzeichnet durch Bewegungsmangel und falsche Ernährung. „Wir versuchen, den Klienten beizubringen, wenigstens zehn einfache Gerichte selbst zu kochen.“

Typisch für die Bewohner ist auch, dass sie in keinen aufrechten Beziehungen leben. Klassische Beziehungen wie Familie, Freunde und Arbeitskollegen sind meist nicht existent.

Beziehungsarmut

Peneder beschrieb die zukünftigen Herausforderungen: Durch die Zunahme der Kleinfamilien und Singlehaushalte fallen wichtige Ressourcen weg. Die Klientel wird älter und benötigt zunehmend auch Pflegebedarf.

Problematisch wird, so Peneder, auch die Finanzierung. Durch den Sparkurs verengen sich Möglichkeiten für Kreativität und Spielräume. Die Ökonomisierung führt über weite Strecken zu qualitativem Rückbau auf Kosten der Betroffenen, der Angehörigen und der Mitarbeiter. Jahrelange gut funktionierende, aus der Praxis entstandene Qualitätsstandards werden gefährdet. Peneder: „Der Rückbau tarnt sich gerne mit Qualitätsbegriffen, aber in der Praxis heißt das: immer weniger Personal mit geringerer Qualifikation steht zur Betreuung von mehr betroffenen Menschen in zunehmend komplexeren Situationen zur Verfügung.“

bedenklicher Rückbau

DSA Georg Peneder

„pro mente Oberösterreich“,
seit 1998 Einrichtungsleiter

Menschen mit kognitiven Behinderungen: Positive Entwicklungen können negativ werden

Walter Schaffraneck

Dr. Walter Schaffraneck schöpfte in seinem Referat aus seinem beruflichen Erfahrungsschatz. Er hatte als Betreuer von Menschen mit geistiger Behinderung sein Berufsleben begonnen, war von 1986 bis 1992 Koordinator der „Arbeitsgemeinschaft Wohnplätze“ und ist seit zwölf Jahren Geschäftsführer von „Jugend am Werk“.

An den Beginn stellt er einen kurzen Vergleich der europäischen Länder. Skandinavien habe am meisten Erfahrungen bei integrativen Wohnformen. „Dort wurde das 1945 schon diskutiert, als diese Menschen bei uns noch als lebensunwert galten.“ In Deutschland und Frankreich herrschen die Großeinrichtungen vor. In England zeichne sich in den letzten zehn Jahren ein starker Trend zu kleinen Einrichtungen ab. In den südeuropäischen Ländern gäbe es teils ganz tolle Modelle vor allem im ländlichen Raum, teilweise aber auch besonders negative. Spannend, so Schaffraneck, sei die Entwicklung in den neuen EU-Ländern. Es herrsche eine Aufbruchstimmung, sehr viel Wissenstransfer werde genutzt. „Einige verstehen den Ansatz der gemeinwesenintegrierten Wohnformen und gehen in Strukturen, die lokal üblich sind.“ Daneben gäbe es neue Großeinrichtungen. Hier sei der Unterschied besonders deutlich spürbar: „Wir gehen rein, kennen uns aus, aber alles ist tot. Daneben sieht es vielleicht nicht so toll aus, womöglich sogar ärmlich, aber es lebt.“

Europa im Überblick

Trend zu kleinen
Einrichtungen

Auch Österreich tendiert zu kleineren Einrichtungen. Im ländlichen Bereich sind es Wohnhäuser, im städtischen Wohngemeinschaften und Einzelwohnungen. In Wien stehen derzeit etwa 2500 Wohnplätze zur Verfügung, davon 1450 in Vollzeit betreute. Circa 1100 Menschen leben in Einzelwohnungen, die von Stützpunkten aus betreut werden. Der Grundsatz laute: Jeder Mensch soll so leben, wie die anderen Bewohner dieser Stadt auch.

Noch herrsche in Wien das Modell der Wohngemeinschaft mit acht bis zwölf Bewohnern vor. Nur noch drei wohnheimähnliche Gebäude existieren, die aber intern in Form von familienähnlichen Wohngemeinschaften strukturiert sind. In den Bundesländern ist das Wohnhaus mit zwölf bis 15 Bewohnern vorherrschend, einzelne große Wohnheime bestehen noch.

Einzelwohnungen
forciert

In Wien werden die Einzelwohnungen sowohl von Trägerseite als auch vom FSW stark forciert. Wesentlich dabei sei der Wohnverbund mit zwei bis drei Wohngemeinschaften im Grätzel, einem Betreuungszentrum und einer Unzahl kleinerer Wohnungen. „Alles muss zu Fuß erreichbar sein, sozialer Austausch ist möglich, der persönliche Kontakt kann leicht gewahrt werden.“

Die Arbeitsgemeinschaft Wohnplätze setzte das Ziel: zwei Drittel Wohngemeinschaften und mindestens ein Drittel Einzelwohnungen. Schaffranek: „Wir nähern uns 50:50. Ich persönlich meine, der Trend zur Einzelwohnung ist zu verstärken und zu begrüßen.“

Durchmischung
wichtig

Die Integration in übliche Wohnhausanlagen sei nur punktuell ein Problem. Nur eine einzige Trägerorganisation musste jemals aufgrund der Anrainerproteste aus einem Haus ausziehen. Schaffranek hält eine Durchmischung in allen Stadtteilen für wichtig. Idealtypisch sei die Einplanung in Neubauten. Alles kann absolut barrierefrei gestaltet werden, wenn möglich noch mit einem Pflegebad. Wohngemeinschaften werden in Wien kaum mehr geplant. „Sie funktionieren über längere Zeit nur dann gut, wenn die Bewohner gemeinsame Erfahrungen gemacht haben.“

Als eine der größten Chancen sieht Schaffranek die bewusste Wahrnehmung der Selbstvertreter und die Wahlmöglichkeiten für die betroffenen Menschen. Die Organisationen verstehen sich zunehmend als professionelle Dienstleister. „Als ich jung war, haben wir uns als Weltverbesserer verstanden, die immer gewusst haben, wie's besser geht.“ Das damalige Weltbild wurde von pädagogischen Konzepten geprägt, die sinngemäß besagten: „Wir entwickeln behinderte Menschen.“

Aktuell sehe er Entwicklungen, die „positiv sein, aber negativ werden können.“ Grundsätzlich positiv sei die gesetzliche Stärkung der Konsumenten, sie könne aber auch zur Verrechtlichung führen. Als Beispiel nannte er das Heimvertragsgesetz, das basierend auf den Erfahrungen der Pflegeheime in Hotelleistung, Betreuung und Pflegeleistung trennt. „Wenn die Bewohner selbst kochen, und das schlecht: beim wem sollen sie sich eine Leistungsminderung holen?“

Manche Regelungen seien einfach unsinnig, teilweise problematisch, so Schaffraneck.

Die Professionalisierung bringe zwar Standards, habe aber auch Gefahren. „Wenn wir immer mehr trennen, wer was darf, komme wir wieder weg von kleinen Einrichtungen. In großen kann ich viel leichter professionelle Spezialisten einsetzen.“

Die Differenzierung der Leistungsangebote bezeichnete Schaffraneck als „toll, weil man sie dann auspreisen kann“. Andererseits bewirke sie „eine fürchterliche Bürokratie: testen, prüfen, messen. Und wenn sich der Bedarf verändert: wie lange dauert das?“

Als größte Herausforderung für die Zukunft nannte Schaffraneck: „Wir müssen die Anliegen der Betroffenen wirklich ernst nehmen.“ Er verwies auf einen Kongress der Selbstvertreter wenige Wochen zuvor. „Wir haben die hohe Politik erreicht, aber niemand von der Fachöffentlichkeit war da.“ Auf einen Einwurf aus dem Publikum, eine bestimmte Person sei eben verhindert gewesen, meinte er: „Natürlich ist jeder irgendwie entschuldigt. Aber in der Masse, wenn überhaupt keiner da ist, wird's irgendwie komisch.“

Anliegen Betroffener
ernst nehmen

Dr. Walter Schaffraneck
Geschäftsführer Jugend am Werk

Demente Patienten: Ungelöste Probleme sind kein Mangel an Professionalität

Bisserka Weber

MMag. Bisserka Weber hielt ein Plädoyer für einen offeneren Umgang mit Problemsituationen in der Betreuung von demente Klientinnen.

Auf theoretischer Ebene gebe es für jede Problemsituation eine Lösung durch die Anwendung einer bestimmten Methode oder durch eine bestimmte Verhaltensweise, so Weber. „Über Erfolglosigkeit wird wenig berichtet. Die logische Folge ist Ausweglosigkeit, weil vieles nutzlos ist. Unsicherheit, Ratlosigkeit und letztlich Frustration der MitarbeiterInnen bleiben unreflektiert.“ Immer wieder würde auf medikamentöse Einstellung zurückgegriffen. „Die Wirkung ist nur vorübergehend und nicht optimal. Wenn Nebenwirkungen einsetzen, ist die Problematik nicht behoben, sondern verschoben.“

Ganz konkret entstehe immer wieder das Dilemma zwischen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und der Sicherheit der Patienten. Weber präsentierte den Fall eines Patienten in verwirrtem Zustand, der unbedingt das Haus verlassen wollte. Trotz aller, in der Theorie empfohlenen, Maßnahmen war er von diesem Wunsch nicht abzubringen. Das Gesetz verbietet es, ihn festzuhalten. Ihn gehen zu lassen bedeute aber Lebensgefahr, weil er nicht zurück findet, womöglich die Nacht im Freien

Freiheit versus
Sicherheit

verbringt. Eine in diesem Fall erlaubte elektronische Codierung war nicht möglich, weil der Patient äußerst aggressiv reagierte. „Hier sind wir mit vielen Fragen konfrontiert: Sollen wir ihm die Freiheit geben und um welchen Preis? Oder seine Freiheit stark einschränken und dafür sein Leben schützen? Wie wichtig ist die Freiheit den Betroffenen? Hätte er sie dem eigenen Leben vorgezogen?“

Priorität: Wünsche
der Bewohner

Auch die Arbeit mit Angehörigen in diesem Zusammenhang wird „ziemlich leichtfertig auf theoretische Ebene betrachtet“, so Weber. Die Wünsche der Bewohner haben Priorität, die Angehörigen sind entsprechend aufzuklären. „Der wichtigste Grund, Angehörige bei uns unterzubringen, ist die Fluchtgefährdung und Schutzlosigkeit. Ein grundsätzliches Unverständnis ist vorprogrammiert.“

Am Verbot der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen habe sie auch fachliche Zweifel. Demente Personen reagieren erfahrungsgemäß sehr verwirrt bis verzweifelt, erst bei der Rückkehr erleichtert und beruhigt.

„Es gibt eindeutig Grenzen. Keine Lösung zu finden bedeutet aber keinesfalls Unprofessionalität oder gar Versagen des Pflegepersonals.“ Die Problematik muss offen dargestellt und diskutiert werden. Nur so könne es zu realitätsbezogener Entwicklung in der Betreuung dementer Menschen kommen.

Weber beschrieb detailliert, welche umfangreichen Bemühungen in ihrem Haus gesetzt werden, um demente Menschen möglichst optimal zu betreuen. Der beschriebene Fall sei noch ein Einzelfall, aber mit der demografischen Entwicklung sei mit einem Anstieg solcher Fälle zu rechnen.

Schwächen -
erkennen, benennen,
beheben

„Nur durch erkennen, benennen und beheben von Schwächen kann langfristiger Erfolg erzielt werden. Die Mängel von heute sind die Probleme von morgen.“

MMag.a Bisserka Weber
Pflegedirektorin im Seniorenschlössl Simmering

Ganzheitliche Rehabilitation: keine neuen Strukturen notwendig

Karl Schrei

Prim. Dr. Karl Schrei vermisste während der ersten Vorträge die Erwähnung seiner Berufsgruppe. „Ich habe mir aber vorgenommen, nicht über andere Berufsgruppen zu schimpfen, sondern über meine eigene, die viel dazu beigetragen hat, dass ich als einziger Arzt hier stehe.“

In Österreich gäbe es keine einheitliche Definition von Rehabilitation, dementsprechend werde höchst unterschiedliche Qualität angeboten, so Schrei. Die Definition der WHO müsse Basis jeder Rehabilitation sein. An dieser Definition sei ihre Komplexität zu erkennen:

Definition

Rehabilitation ist der koordinierte Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Maßnahmen zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so selbständig wie möglich wird.

Die Trennung in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation führe, so Schrei „zu einer Filetierung des Individuums“. Seiner Meinung nach gibt es nur die ganzheitliche Rehabilitation. Außerordentlich viele Berufsgruppen haben mit Rehabilitation zu tun. „Nur wenn sie alle mit und am Patienten arbeiten, kommt letztendlich etwas heraus.“

Filetierung des Individuums

Schrei erläutert den Unterschied von Akutmedizin und Rehabilitationsmedizin. „So wichtig es ist, aufklärend in der Akutmedizin tätig zu sein, so klar ist es, dass die Möglichkeit der Mitsprache limitiert ist.“ In der Rehabilitation sei dagegen das Individualbedürfnis des Patienten in den Vordergrund zu stellen. Mitsprache des Patienten und seiner Angehörigen müsse daher gewährleistet sein.

Ganzheitliche Rehabilitation wird in einem Schema mit drei Ebenen beschrieben. Schrei beschrieb sie anhand des Beispiels „verletztes Kniegelenk“. Auf der Ebene der Funktion steht die Beugung und Streckung des Kniegelenks absolut im Vordergrund. Noch sei kein Bedacht zu nehmen auf die Auswirkungen des Defizits des Kniegelenks auf das übergeordnete System „Bein“ oder „Gesamtpersönlichkeit“.

Auf der Ebene der Aktivität wird das verletzte Kniegelenk schon im Zusammenhang mit dem Bein betrachtet: wie findet Fortbewegung statt?

Die dritte und in der Rehabilitation wichtigste Ebene sei, so Schrei, die Partizipation, das Einbezogenensein in Lebenssituationen. Schrei: „Die persönliche Ebene wird durchforstet, natürlich auch die des gesamten Ambientes und, wenn möglich, die berufliche Situation des Patienten. Es wird viel schwieriger sei, einen Patienten im hohen Waldviertel wieder zu integrieren als in der Großstadt Wien.“ Umweltfaktoren – äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung – und personenbezogene

gesamte Lebenssituation betrachten

Faktoren spielen dabei eine Rolle. „Die Persönlichkeit des Patienten ist von ganz großer Wichtigkeit.“

In der Planung und Gestaltung der Rehabilitation müssen Rehabilitationspotential und Rehabilitationsfähigkeit berücksichtigt werden. Schrei erläuterte die Begriffe wieder an einem Beispiel: „Ein Mensch, der sein Bein durch Amputation verloren hat, hat grundsätzlich das Potential in sich, mit einer technischen Prothese versorgt zu werden. Es ist aber ein Unterschied, ob ich diese Prothese einem 20jährigen aktiven Patienten zu geben habe oder einer 80jährigen Dame, die eine technisch hochwertige Prothese mit all ihren Möglichkeiten womöglich gar nicht nutzen kann. Vielleicht ist es ja nur wichtig, dass die Dame vom Schlafzimmer ins Wohnzimmer kommen kann, da wird mitunter auch eine Rollstuhlversorgung geeigneter sein.“

Mensch im
Vordergrund

Schrei fasste zusammen: „Rehabilitation ist sicher nicht ein Kuraufenthalt, sicher nicht eine Sechsserserie in einem physikalischen Institut, sicher nicht drei Mal in der Woche Nachbehandlung.“ Damit ging er über zur Entlassung aus der Rehabilitation.

Schon während des Aufenthaltes müssten im Wohnbereich und am Arbeitsplatz die möglichen Adaptierungen und die Bereitstellung von Hilfsmitteln erfolgen. Dazu sei während des gesamten Rehabilitationsaufenthaltes eine dauernde Interaktion aller Berufsgruppen notwendig. Es bedarf kanalisierter und strukturierter Methoden, um den richtigen Zeitpunkt für erste Gespräche für einen Ausblick und die Entlassung zu finden.

Die Grundvoraussetzung, um in der richtigen Phase die richtige Berufsgruppe einzusetzen, die richtige Maßnahme zu treffen, ist es, den Patienten so ehrlich wie möglich über seinen Zustand zu informieren, so Schrei. „Da haben wir Ärzte immer wieder Fehler gemacht und machen es noch heute. Mit dem ‚wird schon werden‘, meinen wir etwas anderes als der Patient es versteht. Der Patient meint bei ‚es wird schon werden‘, dass er zu 100 Prozent wieder hergestellt wird. Wir aber meinen, dass er mit dem Zustand, der ein Dauerzustand sein wird, klarkommen wird.“ Ein Patient will das aber nicht hören, er kann es auch gar nicht hören. Es sei ein mühsamer Prozess den Ärzten zu erklären, dass Patienten das nicht böswillig überhören, sondern in einer extremen Ausnahmesituation sind. Meistens seien viele Gespräche notwendig, bis ein Patient die Aufklärung auch wahrnimmt.

das Gespräch suchen

„Arzt und Patient gehen meist mit einer Animosität auseinander. Ein gelähmter Mensch, der zu uns kommt, will der sein, der unter 1000 der einzige ist, der wieder gehen wird. Und ich muss ihm mitteilen, dass er aber zu den 999 gehört.“

Arzt: aktiv
einmischen

Zum Abschluss seines Referates griff Schrei den Begriff des Entlassungsmanagements vehement an. Ärzten zu verbieten, selbst Telefongespräche zu führen, könne er absolut nicht nachvollziehen. Es gehöre zu den wichtigsten Aufgaben eines Arztes im Rehabilitationszentrum, mit

Patienten und bei Bedarf mit anderen, leistungserbringenden Stellen zu reden und nicht anderen die Gespräche zu überlassen.

„Wenn wir alle uns selbst in diesen verschiedenen Berufsgruppen reflektieren und das tun, was unser Job ist, brauchen wir keine neuen Strukturen.“

tun was unser Job ist

Prim. Dr. Karl Schrei
Ärztlicher Leiter,
Rehabilitationszentrums „Weißer Hof“ der AUVA

Wohnraum adaptieren mit Zuschüssen

**Maria Rosina
Grundner**

Tragische Unfälle mit Folge einer lebenslangen Behinderung, Schlaganfälle oder eine fortschreitende Krankheit sind oft der Grund, die eigene Wohnung behindertengerecht adaptieren zu müssen. Als Schlüsselstelle stellt sich meist der Sanitärraum heraus. Um in der eigenen Wohnung leben zu können sind Umbaumaßnahmen notwendig. Ing. Maria Rosina Grundner erläutert die komplexe Förderlandschaft.

„Behindertengerecht ist ein Badezimmer dann, wenn es für den jeweiligen Nutzer/ die jeweilige Nutzerin optimal eingerichtet ist. Die Nutzung muss komfortabel und die Sicherheit gewährleistet sein.“ Dazu sind oft Umbaumaßnahmen notwendig: geeignete Armaturen und Waschtische, Halte- und Klappgriffe dort, wo sie benötigt werden angebracht sein. Eine bodengleiche Dusche mit Duschsitz ist eine wertvolle Installation, wofür ein Bodenausgleich zu erstellen ist. Estrich- und Fliesenlegerarbeiten sind unumgänglich. Der Maurer stellt Decken- oder Wanddurchbrüche her, trägt Mauern ab, stellt sie gegebenenfalls auch wieder auf.

individuell anpassen

Als Fördergeber kommen öffentliche und private Träger in Frage, auch die Krankenkassen übernehmen manchmal Restbeträge.

Meist wird ein Antrag an das jeweilige Bundessozialamt gestellt. Im Team mit den Sozialversicherungsträgern und dem Sozialamt wird über einmalige Zuschussleistungen entschieden.

Förderlandschaft
verwirrend

Konkrete Angaben über Förderhöhen der Sozialämter oder Behindertenhilfe gibt es keine. In Kärnten gewährt das Behindertenservice bei der Sozialstelle im Gemeindeamt einen Zuschuss von 75 bis 2.000 Euro.

Zuschüsse zur behindertengerechten Ausstattung von Eigenheimen und Wohnungen, können im Burgenland nur begünstigt Behinderte, die überwiegend auf den Gebrauch eines Rollstuhles angewiesen sind (oder bei Verlust beider Hände) oder wenn deren Behinderung einen gleichartigen Zustand darstellt, gewährt werden.

Einkommensgrenzen für Förderleistungen des Sozialamtes erhöhen sich, wenn unterhaltspflichtige Angehörige im gemeinsamen Haushalt leben.

Ob und wie viel Zuschussleistung erbracht wird, wird individuell entschieden. Grundner: „Der Eindruck entsteht, dass Förderleistungen je nach Umbaumaßnahme, Dringlichkeit und Haushaltszustand vergeben werden.“

Nach Angaben der Wohnbauabteilung in Klagenfurt werden in Kärnten nur Kostenvoranschläge mit einem Betrag über 120 Euro akzeptiert. Die Gesamtbaukosten müssen 2.400 Euro übersteigen. Es gibt keine Einkommensgrenze, die Gesamtfördermenge ist mit 36.000 Euro begrenzt, wobei maximal 300,00 Euro pro Quadratmeter gefördert werden können. Die Gesamtfördermenge richtet sich nach der förderfähigen Bausumme, das sind jene Kosten, die behinderungsbedingt entstehen. Eigenmittel sind im Land Kärnten höchst notwendig. Die Landesregierung behält sich vor, halbjährlich über 10 Jahre 60% der förderfähigen Bausumme auszubezahlen.

In Salzburg gewährt die Abteilung 10 - Wohnbauförderung ein Darlehen von 5.000 Euro über eine Laufzeit von 10 Jahren mit einer Verzinsung von 1,5%. Das gilt nur für Einfamilienhäuser. Eine Unzahl von Unterlagen muss vorgelegt werden, vom Grundbuchauszug bis hin zur Vorlage einer Einzugsermächtigung.

Im Burgenland kann man entscheiden zwischen einem 10.000, 25.000 oder 40.000 Euro Darlehen. Die Verzinsung liegt zwischen 1,5 und 2%. Der Antrag kann mit Kostenvoranschlägen und Rechnungen gestellt werden.

In Tirol kann man zwischen einen Annuitätenzuschuss von 25% (Laufzeit zehn bis zwölf Jahre) und einem Einmalzuschuss von 15%, (Auszahlung etwa sechs bis acht Wochen nach Antragstellung), wählen. Mieter sind mit 20.000 Euro förderbaren Kosten begrenzt, Eigentümer können beispielsweise bei einer 85 m² Wohnung mit förderbaren Kosten von bis zu 55.250 Euro gestützt werden. Förderbare Kosten unter 1.500 Euro werden vom Land Tirol nicht berücksichtigt.

In Wien liegt die Zuständigkeit bei der MA 50. Bei einer Wohnnutzfläche von 22 bis 150m² werden drei Förderarten angeboten: Für die Eigenmittelfinanzierung einen einmaligen, nichtrückzahlbaren 75% Zuschuss zur förderfähigen Bausumme; einen Annuitätenzuschuss bis zu 10 Prozent zu einem zehnjährigen Darlehen; und einen Annuitätenzuschuss bis zu 6 Prozent zum 15jährigen Darlehen.

Rosner: „Stellen wir die Bundesländer gegenüber, ergibt sich ein buntes Bild aus Darlehen, Einmalzuschüssen und Annuitätenzuschüssen.“

Die Beratung ist so unterschiedlich wie die Regelungen selbst. In Vorarlberg ist das Institut für Sozialdienste damit betraut, ein Fachgutachten zu erstellen. Dieses Gutachten ist eine notwendige Unterlage des Förderantrages. Die individuelle Beratung für den Kunden erfolgt sehr umfangreich und detailliert.

jedes Bundesland
anders

Beratung -
von perfekt
bis gar nicht

In Oberösterreich ist das Sozialamt der Landesregierung „gar nicht schlecht informiert“. Auch die Volkshilfe Oberösterreich bietet mit „Stufe & Schwelle“, eine Wohnberatung für behinderten- und altengerechtes Bauen und Wohnen gute Beratung an.

Die Homepage der MA 50 lässt keine Fragen offen. Ausführlich werden alle Details der Förderungen beschrieben. „In anderen Bundesländern ist das ganz und gar nicht üblich.“

MA 50 mustergültig

„Ein schnelles, unkompliziertes Verfahren, klar und einfach ist, ist erforderlich“, so Grundner. „Für die betroffenen behinderten Menschen ist es meist rasch notwendig, möglichst bald im eigenen Heim barrierefrei leben zu können.“

Verschiedene, attraktive Angebote, für jede Geldtasche passend, erleichtern die Umsetzung. Zinsfreie Darlehen ohne Deckelung, wie es bei der PVA möglich ist, geben die nötige Flexibilität. Grundner: „Äußerst unattraktive Angebote, Darlehen mit 1,5% Verzinsung für höchstens 5000 Euro, wie es in Salzburg gegeben ist, werden natürlich fast gar nicht genutzt.“ Förderarten, bei denen ein hoher Eigenmittelbetrag notwendig ist, seien für die Zielgruppe nicht immer von Nutzen.

Die Übersicht, somit auch der Zugang zur Förderung, muss verbessert werden. „Meine Recherchen waren sehr schwierig, auf den Websites erfährt man meist gar nichts. Wenn man anruft, telefoniert man mit jenen und diesen und bekommt unterschiedliche Antworten.“ Wo welche Förderungen möglich sind, Förderhöhen und Daten zu Darlehen sollten klar ersichtlich sein. Informationen dazu sollten lückenlos auf Homepages nachzulesen sein. Grundner abschließend: „Viele Fragen bleiben oft unbeantwortet und Verunsicherung liegt nahe.“

mehr Information

Es sind oft Firmen, die sich dieses Themas annehmen. Installateure oder andere private Gewerbetreibende stellen ein Angebot, bis hin zur Antragstellung für Förderansuchen. Sie begleiten die behinderten Menschen. „Es ist ein Armutszeugnis für Fördermaßnahmen, wenn solche Hilfe notwendig ist.“

Ing. Maria Rosina Grundner
Sekretariat Barrierefrei, ÖAR

Die TeilnehmerInnen

Dr. Stefan **Allgäuer**, IfS
Mag. Wolfgang **Bamberg**, Jugend am Werk
Dr. Irmgard **Bauer**, ÖAR
Michael **Bednar**, BM f. Soziales und Konsumentenschutz
DSA Manfred **Beigel**, Jugend am Werk
Dr. Erwin **Buchinger**, BM f. Soziales u. Konsumentenschutz
Martha **Dohnal**, ÖAR
Gerhard **Flöttl**, Jugend am Werk
RR Ing. Herbert **Friedl**, Therapiezentrum f. halbseitig Gelähmte
DSA Astrid **Gerstl**, Multiple Sklerose Gesellschaft Wien
Mag. Johann **Gibitz**, Behindertenanwaltschaft
Marita **Gmeiner**, pik-PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung
Kornelia **Götzinger**, Universität Wien - Behindertenbeauftragte
Hans-Jürgen **Groß**, Behindertenombudsmann, ÖZIV
Ing. Maria Rosina **Grundner**, ÖAR
Mag. Andreas **Gschaider**, VertretungsNetz-Bewohnervertretung Wien
DSA Monika **Haider**, Wiener Hilfswerk
Abg.z.NR Theresia **Haidlmayr**, Grüner Klub im Parlament
Mag. Herbert **Haupt**, Behindertenanwaltschaft
Peter **Heinemann**, ÖHTB
Anna **Hiller**, Österr. Gesellschaft f. Muskelkranke
Margit **Hromadka**, Österr. Gesellschaft f. Muskelkranke
Elisabeth **Janeba**, KoMiT GmbH
DI Willibald **Kremser**, HSM
Dr. Stephanie **Laimer**, KOBV
Abg. z. NR Mag.a Christine **Lapp**, Parlament
Margaretha **Maleh**, Österr. Verband f. Spastiker-Eingliederung
Karin **Miller**, BM f. Soziales u. Konsumentenschutz, Abt. IV/1
DSA Georg **Peneder**, pro mente Oberösterreich
Verwaltungsdirektor Leopold **Perzl**, Seniorenschlössl Simmering
Oberin Monika **Pinaz**, Fonds Soziales Wien
DI Evi **Pohl-Iser**, Wiener Hilfswerk
Alfred **Prammer**, BBRZ REHA GmbH
Generalsekretär Eduard **Riha**, Österr. Arbeitsgemeinschaft f. Rehabilitation
Dr. Max **Rubisch**, BM f. Soziales und Konsumentenschutz
Dr. Walter **Schaffranek**, Jugend am Werk
Christa **Schmid**, KoMiT GmbH
Markus **Schmid**
Hedi **Schnitzer**, ÖZIV
Prim. Dr. Karl **Schrei**, AUVA
Mona **Schuch**, Balance
Dr. Günther **Schuster**, Leiter d. Landesstelle Wien des Bundessozialamtes
Mag.a Eva **Singer**, Parlament - ÖVP-Klub
DI Klaus D. **Tolliner**, Lognostik
Präsident Dr. Klaus **Voget**, ÖAR
A. Univ.-Prof. Dr. Germain **Weber**, Lebenshilfe Österreich
MMag.a Bisserka **Weber**, Seniorenschlössl Simmering
Thomas **Weissenbacher**, Jugend am Werk
Mag.a Silvia **Weißenberg**, Lebenshilfe Österreich
Präsident Klaus **Widl**, CBMF
Mag.a Sabine **Wiesmühler**, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
Dr. Anthony **Williams**, ÖAR