

TECHNIK UND MENSCHLICHKEIT

AAL – Ambient Assisted Living und Assistierende
Technologien im Bereich Pflege und Behinderung



TECHNIK UND MENSCHLICHKEIT

**AAL – Ambient Assisted Living und Assistierende
Technologien im Bereich Pflege und Behinderung**

**DOKUMENTATION DER
JAHRESKONFERENZ 2014**

21. November 2014



Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

Gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und
Konsumentenschutz (BMAŠK)

REDAKTIONSTEAM

Irene Köhler

Claudia Klambauer

IMPRESSUM

Redaktion und Herausgeber:

Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit
Geigergasse 5–9/3. Stock
1050 Wien

Tel.: (01) 548 29 22

Fax: (01) 545 01 33

E-Mail: office@oeksa.at

www.oeksa.at

Produktion: Info-Media, 1010 Wien, office@info-media.at

INHALTSVERZEICHNIS

LIED: Musikalische Umrahmung

„Die Kunterbunten 14er“ unter der Leitung von Michel Widmer 4

VORWORT

Michael Chalupka 7

ERÖFFNUNG

Rudolf Hundstorfer 9

Heinrich Schellhorn 13

REFERATE

Wolfgang Zagler

Welche Möglichkeiten eröffnen technische Hilfsmittel?

Was passiert in Österreich und auch international? 15

Natalie Röll

Technische Hilfen im Alter – welche konkreten Projekte gibt es? 31

Ina Wagner

Zwischen Selbstbestimmtheit und Vereinsamung:

Ethische Aspekte 35

STUDIOGESPRÄCH zur Anwendung von Assistierenden Technologien

Praxiserfahrungen aus der Sicht von AnbieterIn und AnwenderIn 43

Mario Marusic

Wolfgang Dihanits

Birgit Nikolowsky

Hermann F. Hagleitner

Moderation: Teresa Lugstein

Notwendige Rahmenbedingungen für die breitere Umsetzung 51

Heinrich Schellhorn

Cornelia Schneider

Eva Bauer

Florian Lupfer-Kusenberg

ANHANG

Mitwirkende 58

Teilnehmende Organisationen 59

„Kunterbunte Klänge“

Die inklusive Band „Die kunterbunten 14er“ am Carl-Orff-Institut für Musik- und Tanzpädagogik Salzburg



In den Räumlichkeiten der Universität Mozarteum Salzburg ertönen täglich Klänge der unterschiedlichsten Art. Chorgesänge, Opernarien oder Klaviersonaten gehören hier zum alltäglichen Klangbild. Einmal wöchentlich kann man im Orff-Institut, der Abteilung für Musik- und Tanzpädagogik der Universität Mozarteum, bekannte Lieder in besonderen Arrangements hören, in die sich fröhliche Kommentare und Lachen mischen.

Dann proben die „Kunterbunten 14er“, eine Band der ganz besonderen Art, in der Studierende gemeinsam mit Behinderten der Lebenshilfe und ihren Betreuern musizieren, singen und Spaß haben. Die Stimmung bei einer solchen Probe pendelt zwischen Begeisterung, Ausgelassenheit und Disziplin. Dabei wird auf die Bedürfnisse des Einzelnen eingegangen, die Songs werden den verschiedenen individuellen

Fähigkeiten angepasst. Die herzlichen Umarmungen und fröhlichen „Bis nächste Woche“-Rufe am Ende der Probe zeigen deutlich, wie sehr sich alle Beteiligten auf das Wiedersehen freuen.

Dies scheint umso bemerkenswerter, als die musikalischen, tänzerischen, sozialen sowie die persönlichen Voraussetzungen innerhalb der Gruppe sehr unterschiedlich sind. Ursachen dafür sind die enorme Altersspanne aller teilnehmenden Personen – von 18 bis 59 Jahren –, die unterschiedlichen Erfahrungen und Vorbildungen und die Vielfältigkeit der Behinderungen. In den Proben wird daran gearbeitet, dass sich jeder nach seinen Fähigkeiten spielerisch einbringen und ausdrücken kann, z.B. durch Singen, das Spielen von Rhythmen, Harmonie- und Melodiefolgen oder das Entwickeln von Texten und Klangbildern. Zudem werden neue Spieltechniken gelernt und das Formprinzip eines Liedes wird durch Bewegung und Tanz erfahren. Durch Dirigier-Spiele und spielerische Abläufe werden Dynamik, Timing, Emotion und Ausdruck erlebbar, und jeder kann sich unabhängig von speziellem instrumentalem Können spontan und kooperativ musikalisch ausdrücken. Durch die wechselnde Rollenverteilung innerhalb der Band entstehen für die einzelnen Mitglieder immer wieder neue Herausforderungen in Form von begleitenden Funktionen oder Soloparts.

Vor zweieinhalb Jahren wurden die „Kunterbunten14er“ von Michel Widmer gegründet, dessen schwerpunktmäßige Arbeit mit Behinderten, Kindern, Jugendlichen und Familien sich auch in seiner Lehrtätigkeit am Orff-Institut niederschlägt. Mit der Band verfolgt er vielfältige Ziele, wie z. B. den Aufbau einer Band-Gemeinschaft und die Entwicklung von Kompetenzen für eine aktive Teilnahme am sozialen und kulturellen Geschehen; aber auch die Entwicklung eines neuen, inklusiven Handlungsfeldes für Studierende und Betreuer ist ein angestrebter Effekt. Dazu gehören natürlich auch öffentliche Auftritte, um für inklusives Leben zu werben.

Kontakt: michel.widmer@moz.ac.at

Vorwort

Der steigende Bedarf an Pflege und medizinischer Versorgung stellt das Gesundheits- und Pflegesystem vor neue Herausforderungen. Diskutiert und erprobt wird dabei auch der verstärkte Einsatz moderner Technik, und zwar nicht nur in Spitälern, sondern auch in der häuslichen Betreuung und Pflege.

Die ÖKSA-Jahreskonferenz 2014 in Salzburg hat sich daher mit der Diskussion über notwendige Rahmenbedingungen beschäftigt, ebenso wie mit Berichten aus Forschung und Praxis, aber auch mit den ethischen Aspekten der „High-Tech-Pflege“. Im Fokus standen Konzepte, Produkte und Dienstleistungen, die neue, sogenannte assistierende und assistive Technologien und das soziale Umfeld miteinander verbinden.

Zu Wort kamen dabei nicht nur nationale und internationale Expertinnen und Experten, sondern auch Selbstvertreterinnen und Selbstvertreter. Ziel in der Diskussion um elektronische und technische Hilfsmittel kann, so der Tenor, letztlich nur die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen und Menschen im Alter sein. Denn die Technik muss sich am Menschen orientieren, und nicht umgekehrt.

Das Österreichische Komitee für Soziale Arbeit (ÖKSA) möchte in seiner Funktion als Kommunikationsplattform zwischen Bund, Ländern, Trägern der Freien Wohlfahrt sowie Städte- und Gemeindebund auch dieses Jahr die Ergebnisse der Jahreskonferenz mit der vorliegenden Dokumentation zur Verfügung stellen.

Michael Chalupka
Präsident des ÖKSA

Rudolf Hundstorfer
ERÖFFNUNG

Wir leben in einer Gesellschaft, in der Alter und Individualisierung zunehmen. Der demografische Wandel verändert auch unser Land. Diese Entwicklung zieht folglich auch einen vermehrten Bedarf an neuen Handlungs- und Unterstützungsangeboten nach sich.

Ambient Assisted Living – ein sperriger Begriff, hinter dem sich die so notwendige Unterstützung im alltäglichen Leben – nicht nur für ältere und benachteiligte Menschen – durch innovative Technik und Assistenzsysteme verbirgt.

Was wollen wir alle? Ein selbstbestimmtes Leben, das durch innovative Technik situationsabhängig und unaufdringlich unterstützt wird.

Wenn man Ambient Assisted Living richtig versteht, dann sind dabei die verwendeten Techniken und Technologien nutzerzentriert, also auf den Menschen ausgerichtet, und integrieren sich in dessen direktes Lebensumfeld. Die Technik passt sich folgerichtig an die Bedürfnisse des Nutzers an und nicht umgekehrt, sodass AAL-Technologie untrennbar mit den Begriffen Barrierefreiheit und Inklusion im weitesten Sinne verbunden ist.

AAL zielt auf ein möglichst langes, gesundes und autonomes Leben in den eigenen vier Wänden ab. Die Entwicklung von AAL-Technologien wird daher im Wesentlichen auch durch den demografischen Wandel getrieben. Die Gesundheit und Funktionsfähigkeit von älteren Menschen zu erhalten

Diese Gedanken im NAP Behinderung: Den Themen „Selbstbestimmt leben“ sowie „Gesundheit und Rehabilitation“ sind eigene Kapitel gewidmet. Ziel ist die inklusive Gesellschaft.

Geld- und Sachleistungen machen es Menschen mit Behinderungen leichter, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Anzuführen sind in dem Zusammenhang etwa das Pflegegeld, die persönliche Assistenz sowie verschiedenste soziale Dienstleistungen und Maßnahmen. Ebenso sind verstärkte Ansätze in den Bereichen Prävention (Beratung) und Rehabilitation (Ausbau) zu nennen.

Durch den Pflegefonds sollen verstärkt innovative Maßnahmen gesetzt werden, die der Schließung von Lücken in der Betreuung dienen und zu einer bedarfsgerechten Ausweitung der Angebotspalette führen.

Dem Bereich der Hilfsmittel wurde im Nationalen Aktionsplan (NAP) Behinderung ebenfalls ein eigenes Kapitel gewidmet. Dabei sollen insbesondere eine engere Zusammenarbeit aller Kostenträger, die Schaffung zentraler Hilfsmittel-Anlaufstellen für Menschen mit Behinderung, besonders für Kinder, sowie die Schließung von Lücken bei der Finanzierung der benötigten Hilfsmittel für Menschen mit Behinderung angestrebt werden.

Die Zunahme der Privathaushalte von über 60-Jährigen, besonders der Einpersonenhaushalte, in hoch entwickelten Industrienationen ist unübersehbar. Auch hier sehe ich, als Minister, der für ältere Menschen zuständig ist, einen weiteren Anknüpfungspunkt meines Ministeriums zu den Entwicklungen im Bereich AAL.

Ein gutes nachbarschaftliches Verhältnis und Unterstützung aus der eigenen Familie bieten zwischenmenschliche Hilfe: Im Idealfall findet sich beispielsweise im persönlichen Umfeld des allein lebenden, älteren Menschen jemand, der zweimal pro Woche beim Einkaufen hilft. Von jedem freiwilligen Helfer allerdings beim Verlassen der Wohnung des Hilfsbedürftigen zu erwarten, dass er überprüft, ob nicht noch irgendwo ein Bügeleisen oder eine Herdplatte eingeschaltet ist, wäre oft zu viel verlangt. Dies kann die AAL-Technologie übernehmen und trägt damit entscheidend zum selbstbestimmten Leben der Betroffenen bei.

Basis für AAL-Technologien sind Fortschritte in der Mikrosystemtechnik, die u. a. dazu führen, dass Sensoren und sonstige Elemente in ihrer Größe so reduziert werden, dass sie in die Umgebung integriert werden können.

Zu den AAL-Technologien zählen auch Telemonitoring-Systeme, die dabei helfen können, Erkrankungen zu lindern und Folgeerkrankungen zu vermeiden. Die Betroffenen sind dabei über eine Basisstation, die die Messdaten erfasst, mit einem Krankenhaus bzw. einem Arzt verbunden, der die Daten regelmäßig auswertet und entsprechende Therapiemaßnahmen veranlasst.

Langfristig ist es wünschenswert, dass die Akzeptanz derartiger Systeme so hoch ist, dass sie sich wie selbstverständlich in den Alltag der Menschen integrieren.

Ein Beispiel für eine solche Entwicklung aus dem Automobilbereich ist das ABS.

AAL-Systeme agieren selbsttätig im Auftrag des Nutzers – daraus ergeben sich rechtliche Fragen zur informationellen Selbstbestimmung, beispielsweise zum Schutz personenbezogener Daten!

Entscheidend für die Akzeptanz und den Markterfolg solcher Systeme wird deshalb die verantwortungsvolle Abwägung zwischen technisch möglichen Assistenzfunktionen einerseits und der hierfür nötigen Überwachung und Datenübermittlung andererseits sein.

Neue Technologie, kombiniert mit zwischenmenschlicher Hilfe für ältere, beeinträchtigte oder behinderte Menschen, trägt zweifellos zu der Entscheidung bei, das Leben noch länger selbstbestimmt und selbstständig in den eigenen vier Wänden zu führen. Neue Technologien können und sollen uns helfen, werden aber niemals den verständnisvollen, zuhörenden und fühlenden Mitmenschen ersetzen können.

Danke und viel Erfolg für diese Veranstaltung!

Technik soll den Menschen entlasten, nicht ersetzen!

Scheinbar Widersprüchliches kann harmonisch zueinanderfinden. Vieles ist notwendig, gut brauchbar, oder eine wertvolle Ergänzung. Es kommt auf die konkreten Umstände und die konkreten Menschen an. So verstanden sind Professionalität und Liebe niemals Gegensätze, Menschlichkeit und Technik natürlich auch nicht.

In der Pflege können die Basis des Handelns nur der Respekt vor der Würde jedes Menschen, die Anerkennung seiner Rechte, das Übernehmen von Verantwortung für ihn und die Liebe zum Menschen sein. Wissenschaftliche Erkenntnisse, Medizin, gute Technik, praktisches Design, menschliche Erfindungen kommen dazu.

Der steigende Bedarf an Pflege und medizinischer Versorgung stellt das Gesundheits- und Pflegesystem vor neue und große Herausforderungen. Das soll uns aber keine Angst machen. Es ist vor allem einmal schön, dass wir immer länger leben. Es ist gut, dass das auch für Menschen mit Behinderung und mit Pflegebedarf gilt. Unsere Gesellschaft muss und kann sich das auch leisten. Es kommt „nur“ darauf an, wie wir das privat, gesellschaftlich und politisch gestalten. Da gibt es bestimmt viel zu tun. Aber wir können es bewältigen!

Präzise definierter Stellenwert

Ich freue mich als Salzburger Soziallandesrat, dass bei der Tagung des „Österreichischen Komitees für Soziale Arbeit“ in der Salzburger Residenz der Einsatz assistierender Technologien im Bereich Pflege und Betreuung (Ambient Assisted Living) fachlich diskutiert wurde. Nur wenn der Stellenwert dieser Technologien präzise definiert wird, können sie einen wertvollen Beitrag zur Unterstützung in der Pflege, Begleitung und Betreuung leisten. Dann werden sie auch nicht zum Ersatz für persönliche Beziehung und Betreuung. Denn der Mensch braucht den Menschen.

Erprobte Unterstützungssysteme, die es Menschen etwa ermöglichen, länger angenehm zu Hause zu leben, gibt es ja bereits viele. Grundvoraussetzung für das „gute Leben“ im Alter oder mit einer Behinderung ist das Zusammenspiel von barrierefreiem Wohnbau, Gesundheit, Bildung, Familie und Sozialem. Gute Technik kann mithelfen, Systeme für die Menschen zu entwickeln, die genau auf ihre Bedürfnisse abgestimmt sind, und von ihnen angenommen werden.

Wolfgang Zagler

AAL – Ambient Assisted Living

Welche Möglichkeiten eröffnen technische Hilfsmittel? Was passiert in Österreich und auch international?

1. Einleitung und Vorstellung

Der Autor hat an der TU Wien Elektrotechnik studiert und befasst sich ab 1974 (also bereits während des Studiums) mit Assistierenden Technologien (Reha-Technik). 1986 wurde an der TU Wien „fortec“, die Forschungsgruppe für Rehabilitationstechnik, gegründet. Seit 2005 wird im Rahmen von AAL-Initiativen verstärkt an technischen Hilfestellungen für ältere Menschen geforscht. 2012 wurde „fortec“ in die Fakultät für Informatik eingegliedert und in das Institut für Gestaltungs- und Wirkungsforschung (IGW) integriert. Damals erfolgte auch die Umbenennung in „Zentrum für Angewandte Assistierende Technologien (AAT)“.

2012 wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie AAL Austria – die Innovationsplattform für intelligente Assistenz im Alltag gegründet. Die Ziele des Vereins sind der Aufbau einer AAL-Community in Österreich, das Zusammenführen von Anbietern und Anwendern/Anwenderinnen und der Erfahrungsaustausch zwischen den Stakeholdern. Ende 2014 hat AAL Austria ein Positionspapier „AAL-Vision Österreich“ fertiggestellt, die Veröffentlichung ist für das erste Quartal 2015 vorgesehen.

2. Die demografische Herausforderung

Unter dem Titel „Der Weg zum Innovations-Leader – Potenziale ausschöpfen, Dynamik steigern, Zukunft sichern“ hat die österreichische Bundesregierung im März 2011 ihre Strategie für Forschung, Technologie und Innovation publiziert.

In diesem Strategiepapier werden drei „Grand Challenges“ angeführt: „Herausgefordert wird unser Innovationssystem (...) auch durch große gesellschaftliche und ökonomische Aufgabenstellungen, die in der Zukunft auf uns zukommen und für die wir Antworten finden müssen.“

Es gilt, dem Klimawandel und den von ihm ausgehenden Bedrohungen zu begegnen. Wir müssen die globalen Knappheiten von Energie- und Naturressourcen bewältigen, unter anderem durch den Umstieg auf neue und erneuerbare Ressourcen.

Wir müssen Antworten auf den demografischen Wandel mit seiner Konsequenz einer alternden und zunehmend interkulturellen Gesellschaft finden, um den Menschen in unserem Land ein Leben in Sicherheit, Gesundheit und mit hoher Lebensqualität zu sichern.

Der „demografische Wandel“ in praktisch allen Industrienationen bedeutet, dass

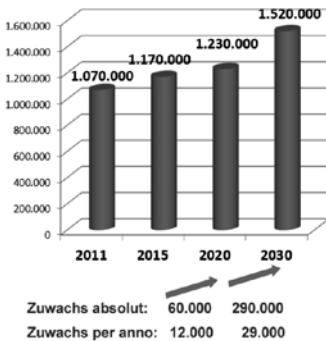
- die Lebenserwartung steigt,
- die Geburtenraten rückläufig sind,
- geburtenstarke Jahrgänge (Baby-Boomer) ins Pensionsalter kommen,
- die Mobilität (neue Wohnorte) steigt und daher mehr ältere Menschen in Ein-Personen-Haushalten leben.

Für die Entwicklung in der Altersschicht „Junge Alte“ (65 bis 79 Jahre) wird für Österreich die untenstehende Entwicklung prognostiziert. Neben den absoluten Zahlen ist vor allem der jährliche Zuwachs bemerkenswert. Zwischen 2015 und 2020 wird mit einer jährlichen Zunahme um 12.000 Personen gerechnet. In den Jahren zwischen 2020 und 2030 wird dieser Wert auf mehr als das Doppelte ansteigen.

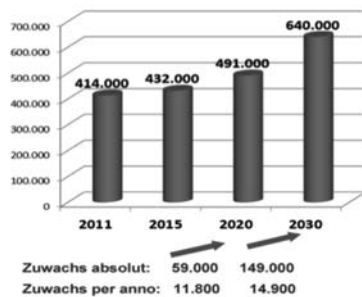
(Quelle: Statistik Austria, Werte gerundet, Grafik ergänzt)

Bei den sogenannten „Betagten und Hochbetagten“ (80+ Jahre) ist eine ähnliche Entwicklung zu erwarten. Der jährliche Anstieg zwischen 2015 und 2020 wird mit 11.800 Personen in der gleichen Größenordnung liegen wie bei den „jungen Alten“ (65 bis 79 Jahre), allerdings werden die jährlichen Zuwächse in dieser Gruppe im darauffolgenden Jahrzehnt nur unwesentlich ansteigen (14.900 Personen).

Junge Alte



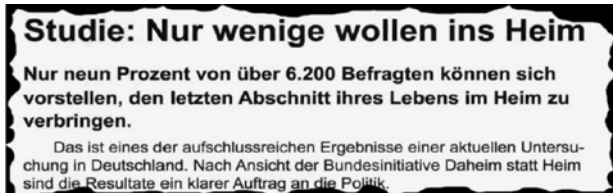
Betagte und Hochbetagte



(Quelle: Statistik Austria, Werte gerundet, Grafik ergänzt)

2.1. Pflegekosten und Pflegeleistung

Im Jahr 2012 haben in Österreich ca. 440.500 Personen Pflegegeld bezogen (alle Stufen 1–7 zusammen), wofür ca. 2,457 Mrd. Euro aufgewendet wurden. Von 2014 auf 2015 wird in den Pflegegeldstufen 1 und 2 mit einem Zuwachs von ca. 71.000 Personen oder ca. 15,5 Mio. Euro gerechnet. Aus diesem Grund wird 2015 der Zugang zu den beiden untersten Stufen erschwert werden, um den Zuwachs auf 65.000 Personen zu beschränken („Die Presse“ vom 18. November 2014).



Eine höhere Selbstständigkeit älterer Menschen und eine Reduktion von institutioneller Pflege zugunsten von mobilen Diensten, die das Altwerden in den gewohnten eigenen vier Wänden (Ageing in Place) ermöglichen, wirken sich nicht nur kostensenkend aus, sondern sind durchaus der Wunsch der meisten älteren Menschen:

- Eine Befragung von 6.200 Personen in Deutschland hat ergeben, dass 91% der älter werdenden Menschen, solange es geht, zu Hause leben und dort alt werden wollen.
- Mobile Betreuung und Pflege in der Wohnumgebung ist signifikant günstiger als jede Institutionalisierung.

Das heißt: Alle Maßnahmen, die einen längeren Verbleib älterer Menschen in der bisherigen Wohnumgebung ermöglichen, und alle Maßnahmen (organisatorisch und/oder technisch), die die Selbstständigkeit einer älter werdenden Person verlängern, bringen einen doppelten Gewinn:

- höhere Lebensqualität
- Senkung der öffentlichen und privaten Kosten

2.2. Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013–2018

Als Reaktion auf diese Entwicklungen und Erkenntnisse hat die derzeitige österreichische Bundesregierung im Arbeitsprogramm 2013–2018 unter anderem festgehalten:

„Um die Selbstständigkeit älterer Menschen in gewohnter Wohnumgebung länger zu erhalten und pflegende Angehörige – insbesondere auch Kinder – zu unterstützen, sollen folgende

Maßnahmen gesetzt werden: [...] Ausbau von anwendungsorientierten „Ambient Assisted Living“-Programmen (Technologien, Produkte und Dienstleistungen) mit dem Fokus auf deren nachhaltige Implementierung.“

3. Was ist AAL ? – Ziele und Zielgruppen

3.1. Was ist nun AAL genau?

Das Positionspapier „AAL Vision Österreich“ definiert AAL wie folgt:

„Ambient Assisted Living“ (kurz AAL), das sind altersgerechte Assistenzsysteme für ein umgebungsunterstütztes, gesundes und unabhängiges Leben“. AAL trägt dazu bei, dass insbesondere ältere und in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen bis ins hohe Alter ein möglichst selbstständiges, selbstbestimmtes und sozial integriertes Leben führen können. Vor diesem Hintergrund werden unter dem Begriff AAL technologische Entwicklungen zusammengefasst, die das alltägliche Leben älterer Menschen situationsabhängig und unaufdringlich unterstützen, zu Sicherheit und Wohlbefinden beitragen und auf diese Weise ein selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung ermöglichen.

(Positionspapier AAL Vision Österreich, erscheint im 1. Quartal 2015)

Anders ausgedrückt: „Unter dem Begriff Ambient Assisted Living werden Konzepte, Produkte und Dienstleistungen subsumiert, die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden, mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten, vor allem im Alter, zu erhöhen.“

AAL umfasst daher einzelne Produkte im Sinn von Geräten, komplexen Systemen, wie z. B. Smart-Homes und Dienstleistungen, die AAL-Technologie verwenden. Zur Erreichung der Wirkung und der Ziele wird vorrangig moderne IKT (Informations- und Kommunikationstechnik) eingesetzt. Die Vernetzung (bzw. Vernetzbarkeit) von Komponenten ist ein weiteres Kriterium.

3.2. An wen wendet sich AAL?

AAL Austria unterscheidet drei Zielgruppen („Stakeholder“):

Primäre Stakeholder (Nutzer)

- Ältere Menschen
- Privatpersonen mit Pflege- und Betreuungsverpflichtungen – üblicherweise Angehörige
- Menschen jeden Alters mit Bedarf/Interesse an assistierenden und Lifestyle-Technologien

Sekundäre Stakeholder (Anbieter)

- Gesundheits- und Sozialeinrichtungen
- Kleine/mittlere Gewerbebetriebe und Handel
- Geförderter Wohnbau (Genossenschaften), Bauwirtschaft, Architekten/Architektinnen
- Große Unternehmen mit industriellem Fokus auf bestimmte technologische Lösungen im AAL-Bereich
- Anbieter von IKT-Infrastruktur (Provider): Telekommunikation, Netzwerkspezialisten/-spezialistinnen, Datenbanken
- Universitäre und außeruniversitäre Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen

Tertiäre Stakeholder (Finanzierer/Gesetzgeber)

- Politik und „Policy Makers“
- Öffentliche Hand (Bund, Länder, Städte, Gemeinden)
- Medienlandschaft (Fachzeitschriften, Printmedien, öffentliche Einschaltungen)
- Standardisierungs- und Normierungsorganisationen
- Sozialversicherungsträger, private Versicherungsgesellschaften

4. Die Handlungsgrundsätze von AAL

Für die Entwicklung und die Anwendung von AAL-Produkten, -Systemen und -Dienstleistungen gelten folgende Leitlinien:

Der Mensch steht im Mittelpunkt, der Erhalt bzw. die Verbesserung seiner Lebensqualität ist daher oberstes Ziel.

- Anwendung höchstmöglicher ethischer Standards
- Anwendung von User-centred und Universal Design
- Schutz der Privatsphäre
- Datenschutz (persönliche und medizinische Daten)
- Usability und „Generationen-Design“

Der (ältere) Mensch wird nie isoliert betrachtet.

- Das gesamte soziale Gefüge ist zu beachten.
- Technik darf nie menschliche Beziehungen ersetzen, sondern ist auf die Verstärkung sozialer Beziehungen hin auszulegen.
- Die Möglichkeiten der Kommunikation mit dem sozialen Umfeld müssen verstärkt werden.
- Auf die bevorzugte Wohnsituation (Lebensraum) ist Rücksicht zu nehmen.
- Die Technik muss unaufdringlich, nachrüstbar und nachhaltig gestaltet werden.

AAL-Technik muß sich dem Menschen unterordnen.

- AAL-Technik darf nicht diskriminierend wirken.
- Sie darf keine zusätzliche Belastung bewirken.
- Sie muss in kürzester Zeit und ohne wesentliche Umbaumaßnahmen installierbar sein.
- Sie darf die Wohnung nicht entstellen oder als störend empfunden werden.
- Sie muss selbsterklärend und verständlich sein und in keiner Weise bedrohlich wirken.
- Akzeptanz und Sympathie sind wesentliche Forderungen, die den Anwender/ die Anwenderin an AAL stellen darf.
- Die Kosten für AAL müssen sozial verträglich sein.

5. Die Teilbereiche von AAL und Beispiele dazu

AAL ist vorrangig in folgenden sieben Teilbereichen im Einsatz:

- Gesundheit, Pflege/Betreuung und Medizin
- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Kommunikation und soziale Teilhabe
- Sicherheit
- Spielen und Lernen
- Mobilität
- Komfort und Lifestyle

5.1. Gesundheit und Pflege

Die „**smarte Toilette**“ (das vollwertige mobile WC zur Verwendung beim Bett)

- Batteriebetrieben, daher ohne Kabel und Schläuche
- Motorische Aufstehhilfe
- Wasserspülung und selbsttätige Reinigung



- Entleerung und Befüllung über automatische Dockingstation (Personal kommt mit Fäkalien nicht in Kontakt)

Die „**Trockendusche**“ für bettlägerige Patienten/Patientinnen

- Mobil und batteriebetrieben
- Einsatz direkt am Bett (kein Umbetten erforderlich)
- Duschkopf mit echtem Wasserstrahl
- Kein Austreten von Flüssigkeit in das Bett
- Entleerung und Befüllung über automatische Dockingstation



5.2. Kommunikation und soziale Teilhabe

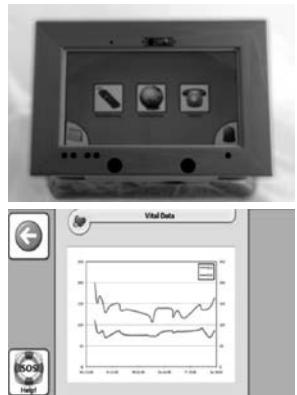
Videotelefonie

- Einfach zu bedienen
- Wohnliches Design (sieht nicht wie ein Computer aus)
- Schafft soziale Nähe
- Multimodale Kommunikation mit Audio, Video und Text (Untertitel)
- Unterstützung bei Betreuung und Pflege



Übermittlung von Vitaldaten

- Tägliche Messungen z. B. von Blutdruck oder Blutzucker können an den Arzt oder die Ärztin übermittelt werden.
- Der Anwender/die Anwenderin kann die Messwerte auch selbst einfach dargestellt am Bildschirm verfolgen.
- Ein sofortiges und anschauliches Feedback ist somit gegeben.



5.3. Aktivitäten des täglichen Lebens

Die „intelligente Wohnungstüre“

- Torsprechanlage mit Videofon verbunden
- Dialogmöglichkeiten auch für sprechbehinderte Bewohner/-innen
- Zutritt mit Schlüssel, Code, Karte oder über Smartphone möglich
- Bei Notruf erhalten Rettungskräfte einen Zutrittscode



5.4. Erhöhung der Sicherheit

Nachtlicht mit Funkübertragung

- Basisstation mit Sensor (Master, Netzbetrieb)
- Zusatzleuchten, werden durch Master per Funk ausgelöst (batteriebetrieben, beliebig platzierbar)
- Senkung des Sturzrisikos
- In einem AAL-System als Aktivitätsmonitor einsetzbar

(Quelle: Pearl Versand; www.pearl.at)



Herdüberwachung

- Schaltet bei Überschreiten einer kritischen Temperatur und/oder nach Ablauf einer fix eingestellten Zeit (5 bis 250 Minuten) die Herdplatten ab.
- Reduktion der Brandgefahr

(Quelle: Rehatronik; www.rehatronik.at)



5.5. Komfort und Lifestyle

Beispiele für „soziale Roboter“

- Dieses Gebiet ist derzeit noch im Forschungs- und Entwicklungsstadium. Mit ersten markttauglichen Produkten ist voraussichtlich in den nächsten 5 bis 8 Jahren zu rechnen.
- Projekt DOMEO mit Roboter „Kompai“ als universelle mobile Kommunikationsplattform



- Projekt HOBBIT:
 Roboter mit Greifarm, um Gegenstände vom Boden aufzuheben
 Multimodales Touch-Screen-Interface zur Telekommunikation (Telefonie, Videotelefonie, Chat etc.)
 Breites Angebot an Spielen und Unterhaltung (Musik, Hörbücher, Filme)
 Einfacher Internetzugang für wichtige Informationen (Wetter, Tageszeitung, Fernsehprogramm etc.)



6. Probleme und Chancen von AAL

6.1. Markt und Marktpotenzial

Das Marktpotential von AAL ist unbestritten. Dies belegen zahlreiche Studien und Statistiken. Durch den demografischen Wandel entsteht für die Wirtschaft eine wachsende, lukrative Zielgruppe – von der aktiven 50plus-Generation bis zu hochbetagten Menschen.

Damit sich AAL-Lösungen auch wirtschaftlich erfolgreich entwickeln können, braucht es regulatorische, gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen durch die Politik. Vonseiten der Anbieter gilt es, innovative, modulare Geschäftsmodelle zu entwickeln. Auch die AAL-Anwender/-innen gestalten den Markt durch ihre Erwartungshaltungen und Forderungen mit.

AAL ist bereits Gegenstand zahlreicher nationaler und internationaler Forschungsprojekte. Für eine überregionale und flächendeckende Umsetzung von AAL-Lösungen sind jedoch umfassende Maßnahmen auf politischer, wissenschaftlicher und wirtschaftlicher Ebene erforderlich.

6.2. Kosten-Nutzen-Abschätzungen

Seit 1993 ist die Zahl der Pflegegeldbezieher/-innen in Österreich von 259.000 kontinuierlich auf 440.000 (2012) gestiegen.

Wenn künftig auch nur ein Drittel der älteren Personen zum „Pflegefall“ wird, werden die steigenden Kosten für die öffentliche Hand beträchtlich sein. Die Prognosen gehen von 800.000 „Pflegefällen“ im Jahr 2030 aus. Daher rechnet das Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO) mit mehr als einer Verdoppelung des öffentlichen Aufwandes im Pflegebereich bis zum Jahr 2030.

Zitat aus dem „Deutschen Ärzteblatt“, 2009:

„Für die (deutsche) Volkswirtschaft geht man von einem Einsparpotenzial von rund drei Milliarden Euro aus, wenn nur etwa ein Zehntel der älteren Menschen mit Hilfe von Assistenzsystemen ein Jahr länger als bisher im eigenen Haushalt verbleiben könnte ...“ (Dtsch Ärztebl 2009; 106[7])

Zitat aus der „Saarbrücker Zeitung“ vom 13. Nov. 2014:

Mit moderner Technik den Alltag zu Hause erleichtern. Netzwerk will Senioren mit Geräten und Dienstleistungen unterstützen – Service-Büro soll in Dudweiler eingerichtet werden. (...) Laut einer aktuellen Studie könnten nämlich mehr als fünf Milliarden Euro jährlich eingespart werden, wenn von 750.000 Heimbewohnern ein Drittel zu Hause gepflegt werden könne.

Ausgehend von den Schätzungen aus Deutschland sei hier der Versuch einer „Pi mal Daumen“-Rechnung (also einer sehr groben Abschätzung ohne Anspruch auf Genauigkeit) für Österreich gewagt:

- Alle Werte sind bezogen auf 2012.
- Alle Werte sind pessimistisch gerundet.
- Für die Pflege werden immer nur die Mindeststunden in einer bestimmten Pflegestufe gerechnet.

Pflegegeldbezug in Österreich in EUR (2012):

Stufe	Personen	Pfl.-Geld/Mo.	Pfl.Geld/Jahr	Summe
1	99.000	154	1.848	182.952.000
2	131.800	284	3.408	449.174.400
3	76.400	442	5.304	405.225.600
4	62.500	664	7.968	498.000.000
5	43.800	902	10.824	474.091.200
6	18.000	1.242	14.904	268.272.000
7	9.000	1.656	19.872	178.848.000
	440.500		Total 2012 --->	2.456.563.200

6.3. Szenario 1: Investition aus dem Pflegegeld

Für ein erstes grobes AAL-Szenario werden folgende Annahmen getroffen:

- 50 % aller Bezieher/-innen von Pflegegeld (das wären rund 220.000 Personen) erhalten einen Betrag xy zur Finanzierung von AAL-Technologie (soll die Anschaffung, die Installation und den Betrieb für ein Jahr abdecken).
- Durch diese Maßnahme treten diese Personen erst ein Jahr später in den Pflegegeldbezug ein bzw. steigen ein Jahr später in eine höhere Pflegegeldstufe auf.

Damit hätte sich für 2012 folgende Rechnung ergeben:

Stufe	Personen	Pfl.-Geld/Mo.	Pfl.-Geld/Jahr	Summe
1	115.400	154	1.848	213.259.000
2	104.100	284	3.408	354.772.800
3	69.450	442	5.304	368.362.800
4	53.150	664	7.968	423.499.200
5	30.900	902	10.824	334.461.600
6	13.500	1.242	14.904	201.204.000
7	4.500	1.656	19.872	89.424.000
	391.000		Total 2012 --->	1.984.983.600

Die Zahl der Pflegegeldbezieher/-innen wäre von 440.500 auf 391.000 gesunken, also um 49.500 Personen. Die Pflegegeldausgaben wären von 2,456 Mrd. Euro auf 1,985 Mrd. Euro gesunken, also um 471,6 Mio. Euro geringer ausgefallen.

Die Frage, die heute, ohne entsprechende Studien und groß angelegte Feldversuche, (noch) nicht zuverlässig beantwortet werden kann, ist: „Wie hoch muß der Betrag xy für AAL-Investitionen angesetzt werden, um diesen Effekt auszulösen?“

Für das Szenario wurde für eine einfache Erstausrüstung (inkl. ein Jahr Betriebskosten) ein durchaus realistischer Betrag von EUR 2.000,- pro Person (bzw. Haushalt) angenommen. Das bedeutet, 220.000-mal den durchschnittlichen Betrag von 2.000,- Euro, also insgesamt 440 Mio. Euro für mit AAL auszustattende Wohnungen zu investieren.

Diese fast halbe „AAL-Milliarde“ ist zwar ein stattlicher Betrag, aber unter dem Strich wäre trotzdem ein „Gewinn“ von 31,6 Mio. Euro zu erzielen – dies entspräche einer stattlichen Verzinsung von rund 7,2 %.

6.4. Szenario 2: Investition außerhalb des Pflegegeldes

Durch das Pflegegeld wird bekanntlich nur ein sehr geringer Teil der realen Pflegekosten abgedeckt. Für die Pflegegeldstufe 1 ist ein monatlicher Pflegebedarf von 60 Stunden nachzuweisen, um monatlich 154,00 Euro zu erhalten (Basis 2012) – das sind 2,57 Euro pro Stunde. Die von (professionellen) Dienstleistern verrechneten Sätze liegen jedoch zwischen 35,- und 45,- Euro. Allein durch das Pflegegeld werden also nicht einmal 10 % der Kosten bzw. des Aufwandes abgegolten.

Die realen monetären Kosten informeller Pflege (z. B. durch Angehörige) sind üblicherweise deutlich geringer. Es wird hier trotzdem mit den vollen Beträgen gerechnet, um Verdienstentgang, Opportunitätskosten etc. zu berücksichtigen. In den untersten Pflegegeldstufen wird der Mindesttarif von 35,- Euro angenommen, bei höheren Stufen wird bis auf 45,- Euro erhöht.

Kalkuliert man daher die realen Pflegeaufwendungen von allen Beziehern/Bezieherinnen von Pflegegeld zu volkswirtschaftlichen Kosten und setzt man allein die für jede Pflegegeldstufe festgelegten Mindeststunden ein, ergibt sich folgendes Bild (wobei alle gepflegten Personen, die 2012 kein Pflegegeld erhalten haben, unberücksichtigt bleiben):

Stufe	Mind. Std.	EUR/h	Wert/Mo.	Wert/Jahr	Gesamte Stufe
1	60	35	2.100	25.200	2.494.800.000
2	85	35	2.975	35.700	4.705.260.000
3	120	35	4.200	50.400	3.850.560.000
4	160	35	5.600	67.200	4.200.000.000
5	180	40	7.200	86.400	3.784.320.000
6	180	40	7.200	86.400	1.555.200.000
7	180	45	8.100	97.200	874.800.000
					21.464.940.000

Für das zweite AAL-Szenario werden wieder die gleichen Annahmen getroffen:

- 50 % aller Bezieher/-innen von Pflegegeld (das wären 220.000 Personen) erhalten einen Betrag xy zur Finanzierung von AAL-Technologie.
- Durch diese Maßnahme treten diese Personen erst ein Jahr später in den Pflegegeldbezug ein bzw. steigen ein Jahr später in eine höhere Pflegegeldstufe auf.

Damit hätte sich für 2012 folgende Rechnung ergeben:

Stufe	Mind. Std.	EUR/h	Wert/Mo.	Wert/Jahr	Gesamte Stufe
1	60	35	2.100	25.200	2.908.080.000
2	85	35	2.975	35.700	3.716.370.000
3	120	35	4.200	50.400	3.500.280.000
4	160	35	5.600	67.200	3.571.680.000
5	180	40	7.200	86.400	2.669.760.000
6	180	40	7.200	86.400	1.166.400.000
7	180	45	8.100	97.200	437.400.000
					17.969.970.000

Die Zahl der Pflegegeldbezieher/-innen wäre wieder von 440.500 auf 391.000 gesunken, also um 49.500 Personen. Der Wert der Pflegeleistung (unabhängig davon, ob professionell oder informell erbracht) wäre von 21,465 Mrd. Euro auf 17,970 Mrd. Euro gesunken, also pro Jahr um 3,495 Mrd. Euro geringer ausgefallen (Basis 2012).

Für dieses Szenario wurde, verglichen mit dem ersten Szenario, ein wesentlich höherer AAL-Investitions-Betrag von 5.000,- Euro pro Person (bzw. Haushalt) angenommen, womit sich bereits deutliche Verbesserungen bei Sicherheit und Kommunikation erzielen lassen.

Es werden bei dieser Annahme also je 5.000,- Euro für 220.000 mit AAL auszustattende Wohnungen investiert, was 1,1 Mrd. Euro Gesamtkosten für 2012 ergeben hätte. Diese Investition von 5.000 Euro pro Haushalt könnte auch ganz oder teilweise über einen „Investitions-Scheck“ (Seniorencheck) erfolgen und damit nicht unwesentlich zur Wirtschaftsbelebung beitragen.

Der bei dieser Annahme erzielte „volkswirtschaftliche“ Gewinn ergibt sich wie folgt: 3,495 Mrd. Euro gesamte „Ersparnis“, davon würden 1,1 Mrd. Euro Gesamtkosten für die AAL-Investitionen abgezogen, somit wäre der erzielte „Gewinn“ rund 2,4 Mrd. Euro.

6.5. Zusammenfassung und Ausblick

Diese Berechnungen sind wohlgermerkt nur grobe Vereinfachungen und sollen nur die Größenordnungen zeigen, in denen sich ein breit angelegter Einsatz von AAL in Österreich bewegen könnte. Was uns neben dringend nötigen Studien zur Wirtschaft-

lichkeit und Akzeptanz von AAL (um die oben getroffenen Annahmen zu rechtfertigen oder auch zu widerlegen) in Österreich (noch) fehlt, sind:

- ein akkordiertes Vorgehen aller AAL-Stakeholder.
- wesentlich deutlichere Vorgaben und Erwartungen aus der Gruppe der primären Stakeholder.
- der politische Wille und die entsprechenden Signale, in AAL zu investieren und bei der Umsetzung finanziell in Vorlage zu treten.

Benötigt wird ein AAL-Lenkungsgremium, das

- in ausgewogener Weise nach wirtschaftlichen und sozialen Gesichtspunkten Szenarien erstellt und Handlungsempfehlungen für alle hier erwähnten Stakeholder ausarbeitet.
- Forschung und Entwicklung (auch die Forschungsförderung) bedarfsorientiert koordiniert und steuert.
- Klein- und Mittelbetriebe berät und fördert.
- Normen (Interoperabilität) und Qualitätskriterien für AAL-Produkte anregt und beauftragt.

Zwei Ansätze sind bereits vorhanden. Diese müssen aber noch viel breiter aufgestellt und mit Befugnissen ausgestattet werden:

- Der Verein AAL Austria – Innovationsplattform für intelligente Assistenz im Alltag
- Eine interministerielle Arbeitsgruppe (bestehend aus BMWF, BMWFJ, BMVIT, BMASK und BMG) zum Themenbereich „Lebensqualität und demografischer Wandel“ prüft derzeit (Stand: Oktober 2014) die Einrichtung eines solchen ressortübergreifenden Schwerpunkts.

Daher der dringende Appell, diese Ansätze zu stärken und mit Leben zu erfüllen!

7. Kontaktdaten

Technische Universität Wien

Fakultät für Informatik, Institut für Gestaltungs- und Wirkungsforschung (IGW)

Zentrum für Angewandte Assistierende Technologien

1040 Wien, Favoritenstraße 11/187-2b,

Tel.: +43 1 588 01/187700

E-Mail: zw@fortec.tuwien.ac.at,

Web: www.aat.tuwien.ac.at

AAL AUSTRIA

Innovationsplattform für intelligente Assistenz im Alltag

1010 Wien, Wollzeile 1

Mail: kontakt@aal.at

Web: www.aal.at

Technische Hilfen im Alter – welche konkreten Projekte gibt es?

Das Themengebiet „hilfreiche Technik“, welches in der Fachsprache Ambient Assisted Living (AAL) – „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben“ genannt wird, ist sehr breit aufgestellt. Das allgemeine Ziel ist jedoch immer, das lange selbstständige Leben vor allem älterer Menschen in den eigenen vier Wänden mithilfe häuslicher Assistenzsysteme zu gewährleisten.

1. Die Unterstützung hierzu gibt es für verschiedene Zielgruppen.

- Unterstützung der Älteren selbst durch „Sicherstellung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit im Alter“. Dies beinhaltet die folgenden Themen:
 - Assistenz für Alltagsaktivitäten
 - Gefahrenschutz/Notfallhilfe
 - Integration im sozialen Umfeld
 - Gesundheitsmanagement

2. Entlastung der pflegenden Angehörigen

- Beratung und Assistenz bei Pflege
- Austausch mit anderen Betroffenen
- Überwachung der Sicherheit der Gepflegten

3. Verbesserung der Versorgungsinfrastruktur

- Bedarfsgerechte Dienstleistungen
- Effizienz der Dokumentation/Administration
- Kommunikation und Informationsaustausch

Durch diese Vielschichtigkeit der Anwendungsfelder und Zielgruppen bedarf es ebenfalls vielschichtiger Forschungsprojekte, die die individuellen Bedürfnisse der Anwender adressieren und ggf. verbinden. Der folgende Beitrag stellt Forschungsprojekte des FZI, des Forschungszentrums Informatik, dar, welche diese Zielgruppen und Themen betrachten.

BMBF-gefördertes Forschungsprojekt TrinkTracker

Die Problemstellung dieses Projekts ist das verminderte Durstgefühl bei älteren Menschen. Dies führt zu Dehydration oder anderen krankhaften Folgeerscheinungen. In vielen Fällen wird dies durch Trickassessments- und -management gelöst, indem Pflegende den Älteren häufig Flüssigkeit anbieten. Da dies eine zeitaufwendige, fehleranfällige und papierbasierte Pflegedokumentation für den MDK (Medizinischen

Dienst der Krankenkassen) nach sich zieht, beabsichtigt das Projekt TrinkTracker die Entlastung der Pflegekräfte durch automatische Erfassung der Trinkmengen und eine elektronische Pflegedokumentation derselben. Dies soll erreicht werden durch ein intelligentes Trinkgefäß, welches algorithmisch auswertet und Feedbackmechanismen zur Trinkanimierung und Trinkerinnerung in einem Tablet ergänzt.

BMBF-gefördertes Forschungsprojekt Chico

Das Forschungsprojekt Chico soll mit bereits existierenden Technologien eine Unterstützung im Alltag bieten. Ältere sollen durch ihre Angehörigen eine unterstützte Video-Assistance aus der Ferne erhalten. Insbesondere im Umgang mit technischen Geräten, wie weißer Ware, ist die Remote-Unterstützung für Angehörige oder Serviceteams häufig schwer, wenn Sie nicht vor Ort sind, um das Gerät zu sehen. Mit Hilfe der Chico-Tablet-App auf den Tablets der Angehörigen und der Älteren werden eine gleiche Ansicht und ergänzendes Einzeichnen ermöglicht. So kann schnelle Hilfe von Angehörigen, Serviceteams oder Handwerkern in einer einfachen Umgebung ermöglicht werden.



Das am häufigsten angefragte Themenfeld assistiver Technologien ist das der Sicherheitstechnologien, sowohl bei Pflegebedürftigen als auch bei Angehörigen. Dies spiegelt auch die hohe Bedeutung des Sicherheitsbedürfnisses in der ambulanten Versorgung wider.

Die Probleme heutiger Sicherheitstechnologien, wie des Hausnotrufs, sind jedoch

- geringe Akzeptanz (Funkfinger, Sensorik am Körper)
- hohe Rate an Nichtnutzern

Ein Lösungsansatz, der ursprünglich aus der Forschung kommt, ist der der intelligenten Notrufsysteme. Diese haben folgende Vorteile:

- Ambiente (in die Wohnung integrierte) Sensorik statt körpernaher
- Können Notfallsituationen automatisch identifizieren (passive Alarmierung)
- Bieten ein gewisses Maß an Sicherheit und Beruhigung für Bewohner/-innen, Angehörige und Pflegekräfte

Die BMBF-geförderten **Forschungsprojekte easyCare** und **OptimAAL** beschäftigten sich mit der Entwicklung solcher Systeme. In 100 Senioren-Haushalten wurden Gebäudeautomationssensoren (Kontaktsensoren, Bewegungssensoren und Feuchtig-

keitssensoren) eingebaut, um gesundheitliche Veränderungen über 18 Monate zu erkennen. Über diese Zeit hinweg wurden Gesundheitsassessments und Interviews mit den Probanden geführt, um die Sensorinformationen mit der Realität abzugleichen und so ein automatisches System zu entwickeln.

Die vielversprechenden Ergebnisse dieser Studie zeigten den Bedarf und auch das Interesse an intelligenten Assistenzsystemen, welche insbesondere Problemsituationen, aber auch langfristige gesundheitliche Veränderungen erkennen können.

Eine Ausgründung des FZI hat mit dem Wissen über die technischen Hürden und Potenziale des Forschungssystems ein marktfähiges Produkt entwickelt. Das **easierLife-System** erkennt Gefahrensituationen in der Wohnung mit Hilfe eines Sensorsystems. Angehörige oder Betreuer/-innen können den aktuellen Zustand per Smartphone abrufen und werden im Notfall per Telefon, App oder SMS informiert. Auch die Einbindung von Dienstleistern ist damit möglich.



Wie das easierLife-System existieren bereits zahlreiche technische Assistenzlösungen, die ein selbstständiges Leben im Alter unterstützen und auf dem Markt sind:

- Sicherheitskomponenten (Rauchmelder, Bügeleisen mit Abschaltautomatik)
- Alltagshelfer (Lichtsteuerung, Objektfinder)
- Technologien aus Gesundheit & Fitness (digitale Blutdruckmessgeräte, Medikamentendispenser)
- Komforttechnologien (Rollladensteuerung, Beleuchtungssteuerung)

Da die Potenziale von technikerunterstützten Assistenzsystemen der breiten Bevölkerung kaum bekannt sind, beschäftigt sich das FZI als Forschungstransferinstitution mit der Frage: **Wie gelangen die Technologien zur Zielgruppe?** In dem vom Sozialministerium Baden-Württemberg geförderten Projekt „**Wegweiser Pflege und Technik**“ wurde diese Frage untersucht und folgender Lösungsweg erarbeitet:

Rollende Ausstellung – mobile Modellwohnung

- a. Realitätsnahe Umgebung mit Technologien, um Anwendungsmöglichkeiten zu demonstrieren
- b. Standort flexibel wechselbar
- c. Zielgruppen sind professionelle Pflegepersonen, Berater/-innen und Bevölkerung.
- d. Aktuelle Technologien zur Unterstützung im häuslichen Bereich werden demonstriert.
- e. Technologien sollen für die Bevölkerung greifbar gemacht werden, um so Akzeptanz zu schaffen
- f. Buchbar durch Veranstalter



Im BMBF-geförderten Projekt „Besser leben im Alter durch Technik“ wurde zudem das Informationsportal www.wegweiseralterundtechnik.de erstellt.

- g. Übersicht über vorhandene Produkte
- h. Strukturierte Informationsbereitstellung in Kategorien
- i. Leichte Einstiegspunkte durch Filterung und Beschreibung von Anwendungsfällen
- j. Fördert Informationsaustausch zu den Technologien
- k. Ermöglicht Broschüreneerstellung für die Beratungssituation
- l. Zielgruppe sind Beratungsstellen und Betroffene.



Dieses Portal dient 22 kommunalen Beratungsstellen in Deutschland als Überblick über aktuelle Assistenztechnologien und begleitet damit die fallbezogene Beratungstätigkeit in Bezug auf die Bedürfnisse individueller Klienten.

Kontakt:

FZI, Forschungszentrum Informatik
Natalie Röll
Haid-und-Neu-Str. 10–14, 76131 Karlsruhe
natalie.roell@fzi.de

Zwischen Selbstbestimmtheit und Vereinsamung: Ethische Aspekte

Ausgangspunkte

- ▶ AAL - ein vor allem technologie-getriebenes Forschungsfeld, eine wachsende Industrie, starke ökonomische Interessen
- ▶ Die Vorstellung einer mit 'intelligenten' Technologien ausgestatteten Wohnumgebung: 'looking after people' - doch Pflege ist mehr als Überwachen und Versorgen
- ▶ Die enorme Vielfalt der Lebensbedingungen und Bedürfnisse älterer/behinderter Menschen
- ▶ Notwendigkeit von alltäglichen Lebenssituationen auszugehen



Überblick

Verknüpfung lebenspraktischer
und ethischer Fragestellungen



Anforderungen an das Design
von AT

- ▶ Die Orte an denen AT eingesetzt werden
- ▶ Die involvierten Personen - die Arbeit, die diese erbringen müssen
- ▶ Ethische Fragestellungen
 - Ethik der Arbeit
 - Verantwortung
 - 'Mastery' versus Abhängigkeit
 - Datenschutz, Überwachung der Privatsphäre
- ▶ Die Arbeit, die von 'Dingen' übernommen wird
 - Die 'Ironies of automation'
- ▶ Sozialethische Fragestellungen

AT - die Orte

Das Zuhause

- › Ist nicht unbedingt für medizinische Interventionen und Pflege eingerichtet
- › Ist Ausdruck der Biographie und ästhetischen Präferenzen seiner BewohnerInnen - Probleme einen Platz für AT zu finden, die erforderlichen Reinlichkeitsstandards einzuhalten, usw.
- › Ist ein Ort eingewöhnter Alltagspraktiken - PflegerInnen als 'Gäste', die Raum für ihre Aktivitäten finden müssen



Wir wollen nicht, dass es in unserem Zuhause wie in einem Spital aussieht (Blythe et al, 2005)



Ethische Herausforderung:
AT sollten auch in beeinträchtigte Verhältnisse passen und die ästhetischen Präferenzen der BewohnerInnen berücksichtigen

AT erfordert Arbeit

Die Betroffenen



- › 'Machine work' (Strauss et al. 1985)
 - Kompetente Verwendung einer technischen Applikation/Vorrichtung (mag z.B. bei abnehmendem Augenlicht schwierig sein); Tücken 'kleiner Dinge' (z.B. Batterie wechseln)
- › 'Body work'
 - Den Körper mit einer 'Maschine' verbinden; eine bestimmte Körperhaltung einnehmen; Übungen korrekt durchführen
- › Im Prozess der Diagnose kooperieren
 - z.B. Wann schlägt mein Herz unregelmäßig?

Ihre informellen BetreuerInnen



- › 'Trajectory work'
 - Koordinierung (Termine, Dokumente, Transport); Informationsarbeit ('networking, scouting out, coaching and training, providing and clarifying instructions, distinguishing between needs and wants', etc.; Corbin and Strauss 1985, p. 244)
- › Im Prozess der Diagnose kooperieren
 - 'Beobachten' (von oft subtilen Veränderungen); 'Monitoring'
- › 'Comfort work'
 - Unterstützung beim Aufrechterhalten von Unabhängigkeit und 'Normalität'

Ein Netzwerk von Personen (z.B. mobile PflegerInnen), Institutionen, Services

Ethik der Arbeit

- ▶ (Teilweise) Verlagerung von professionalisierten Tätigkeiten in ein häusliches Umfeld
 - Beachtung von 'Protokollen'
 - Berücksichtigen von klinischen Standards (Sicherheit, Genauigkeit)
- ▶ Neue und zusätzliche Anforderungen und Möglichkeiten
 - Einschulung von Betroffenen und informellen BetreuerInnen
 - Emotionale Unterstützung/Motivierung
 - Mehr Zeit für 'Comfort work' - 'Wir können das Wohlbefinden der PatientInnen mittels einfacher Maßnahmen ändern ... beispielsweise ein Gefühl von Geschmack vermitteln, während ein/e PatientIn durch eine PEG Sonde ernährt wird' (Bjuresäter et al. 2007).

Ethische Herausforderungen:

Gestaltung von AT, sodass diese die notwendige Arbeit von Betroffenen und BetreuerInnen optimal unterstützen

Berücksichtigung der Lern- und Unterstützungsbedürfnisse aller involvierten Personen

Das Problem der Verantwortung

'Verlagern eines Teils professioneller Tätigkeiten und Verantwortung auf informelle BetreuerInnen, in der Erwartung, dass diese (teilweise spezialisierte) pflegerischen Tätigkeiten meistern, die ... eine beträchtliches Ausmass an Lernen und 'praktischer Intelligenz' erfordern mögen' (Bratteteig/Wagner 2013)

- ▶ Welche Aufgabenanteile können an Technologien bzw. informelle BetreuerInnen übertragen werden?
- ▶ Werden sie in der Ausführung ihrer pflegerischen Tätigkeit (mit oder ohne IT) ausreichend unterstützt?
- ▶ Inwieweit können informelle BetreuerInnen für die Konsequenzen von Fehlern in der Interpretation und Bedienung komplexer Technologien zur Rechenschaft gezogen werden? Unter welchen Umständen dürfen diese Maßnahmen einleiten, die rechtlich dem Arzt vorbehalten sind?
- ▶ Wie verändert sich das Leben der informellen BetreuerInnen? - Beispiel invasive Beatmungstherapie: Belastung für Angehörige: ist eine solche dauernde Behandlung mit dem Leben in einer Familie verträglich?

Die Betroffenen: 'Mastery' versus Abhängigkeit

'Mastery' (Csikszentmihalyi 1990;1993) als Schlüsselkonzept für das Design von AT

- › Freude, Genugtuung beim Ausführen einer Tätigkeit
- › Stellt sich ein, wenn Schwierigkeitsgrad und Können sich die Waage halten
- › 'Mastery' ist stark mit physischem und emotionalem Wohlbefinden verbunden und ist eine wichtige soziale Ressource

Wie entstehen neue Abhängigkeiten?

- › Wenn AT Betroffenen bestimmte Tätigkeiten abnehmen, statt ihre (noch) bestehenden Fähigkeiten zu unterstützen und zu ergänzen
- › Wenn sie Fähigkeiten wie jene zur Abstraktion voraussetzen (z.B. Karten und Symbole beim Navigieren im öffentlichen Raum) - das Gefühl von Versagen bei jenen, die diese Fähigkeit nicht mehr besitzen, schaffen
- › Wenn sich Geräte nicht einfach konfigurieren, an die Lebensgewohnheiten der Betroffenen anpassen lassen
- › Wenn Applikationen die Motivation reduzieren, das Haus zu verlassen (z.B. Einkaufen), aktiv soziale Kontakte zu pflegen
- › ...

'Independent living'

- › Basierend auf Konzepten wie Autonomie und Selbst-Sorge
- › Aber: neue Abhängigkeiten von Angehörigen, mobilen PflegerInnen, Call-Centern, Herstellern, Wartungsfirmen ...
- › Welche Formen von persönlicher Betreuung und Kontakt, sowie der aus diesem entstehenden gesamtheitlichen Sicht der Lebenssituation und Befindlichkeit von PatientInnen, werden mit dem Einsatz von AT aufgebeben?

Wenn 'Mastery' erschwert wird

Cognitive mastery - Anforderungen:

- › Tablets: Info über freie Zeiten in Gym
- › Desktop Computer um Daten auf Smart Card zu übertragen
- › Touch Interface auf Maschinen (Culèn et al. 2013)



Eine Bewohnerin benutzt ihre 'Smart card'. Es ist leicht, zur nächsten Übung überzugehen, aber schwierig die Einstellungen zu ändern, mehr Wiederholungen einzubauen.



Die kulturelle Sprache moderner Computertechnik wirkt oft als Barriere für ältere Menschen.



Medikamenteneinnahme:
Kluft zwischen Alltagspraxis des Erinnern und Computerunterstützung, die Fähigkeit zur Abstraktion voraussetzt (Paleri/Aalokke, 2006)



Die Arbeit die von 'Dingen' übernommen wird

- ▶ Eine Bandbreite von Technologien
 - Unterstützen Koordinierung (z.B. geteilte Kalender) und Erinnern (z.B. Medikamenteneinnahme)
 - Stellen Informationen in 'geeigneter Form' dar (z.B. Sound für Blinde, Applikationen für Menschen mit Demenz)
 - Übernehmen bestimmte Formen der Arbeit (z.B. medizinische oder 'Smart Home' Applikationen)
 - Helfen gefährliche Situationen zu vermeiden (z.B. Alarmer), usw.
- ▶ Delegation von Arbeit an 'Maschinen'
 - Erfordert von den AnwenderInnen häufig 'Maschinenarbeit'
 - Mag von den AnwenderInnen zusätzliche Formen der Arbeit erfordern (z.B. neue Dinge erlernen)
 - Mag Handlungsspielräume öffnen, diese aber auch begrenzen (Dinge korrekt ausführen, bestimmten Prozeduren folgen)
 - Häufig werden komplexe Pflegeleistungen in Aufgaben transformiert, die sich leicht automatisieren lassen - 'ironies automation' (Bainbridge 1983)
 - Generieren neuer Arbeitsaufgaben, Erweitern des Arbeitsumfangs
 - Splitten komplexer Aktivitäten

'Ironies of automation'

Das Beispiel Monitoring

- ▶ Ziel, die Sicherheit der Betroffenen in Situationen, in denen sie alleine sind zu erhöhen
- ▶ Aber: Notwendigkeit sich an die Regeln einer 'programmierten' Umgebung zu halten
- ▶ Problem 'falscher' Alarmer (aufgrund zu sensibler Sensoren), die die Sensibilität gegenüber Risiken schwächen
 - Care+ (Oslo): Apartments ausgestattet mit Info-Assistent (Portal zu allen In-House Services), Sicherheitsalarm, Sensoren für Wasserhähne, Nachtbeleuchtung
 - Zahlreiche Fehlalarme: z.B. Anzeigen des falschen Ortes, zu schwache Batterie, Abschalten der Badezimmerbeleuchtung, wenn Person die Duschvorhänge zuzieht



Problem:

Überwachen des physischen Zustands einer Person (Blutzucker, Herzrhythmus) oder der Sicherheit trennt die sozialen Aspekte des Monitoring von der Aufgabe definierte gefährliche Zustände zu registrieren
Ethische Herausforderung:

Sicherheit erfordert mehr als das automatisierte Überwachen

Datenschutz, Überwachung der Privatsphäre

Monitoring - Ausstattung von PatientInnen mit tragbaren Sensoren sowie die Einbettung von Sensoren in den Wohnbereich erlaubt im Prinzip die kontinuierliche Erfassung einer Vielzahl von Parametern

▶ 'Klassische Datenschutzprobleme:

- Nicht autorisierter Zugriff - Konflikt zwischen Sicherheit der Daten und einfacher Bedienbarkeit
- Fehlende Kontrolle der Patienten über Monitoring (Problem Demenz)
- Unnötige Erfassung von klinisch nicht relevanten Daten

▶ Überwacht-Werden

"Monitoring mittels einer Kamera fühlt sich wie an wie Überwachung"

"Für mich ist Augenkontakt mit einer Kamera ausgesprochen unangebracht, selbst wenn ich krank bin"

"Ich will einfach nicht beobachtet werden"

"Ich mag das einfach nicht - man ist sich nie sicher, ob man beobachtet wird" (Ziefle et al. 2011).

▶ Privatheit im öffentlichen Raum

Ich mag nicht, dass es so laut ist. Manchmal denke ich, soll ich hier wirklich ein ECG machen? Ich bin gerade in einer belebten Strasse und denke: warte lieber bist Du zuhause bist. Aber das wird es wieder zu spät. Während der Aufnahme geht es 'wiew ... wiew ... wiew'. Du hörst Dein Herz schlagen und zwar ziemlich laut. Jeder kann das hören. Deshalb bist Du auch nicht mehr entspannt. Ich würde es öfter verwenden, wenn es nicht so laut wäre. Ich will einfach nicht mit so einer Sirene im Supermarkt herumlaufen (Interview, Mann, 28 Jahre) (Oudshoorn 2011).

Sozialethische Fragestellungen

- ▶ Zugang zu AT im öffentlichen Gesundheitswesen unter dem Gesichtspunkt der Verteilungs- bzw. Teilhabegerechtigkeit
- ▶ Zugangsbarrieren: Bildungsgrad, Angst, Depression, Verfügung über ein für die Installierung der Technologien geeignetes häusliches Umfeld, informelle BetreuerInnen
- ▶ Inwieweit stärken/schwächen AT die noch vorhandenen kognitiven, mentalen und motorischen Ressourcen von PatientInnen? (Mastery)
- ▶ Nachteile bezüglich einer medizinischen und pflegerischen Weiterbetreuung aus einer Ablehnung von AT im häuslichen Bereich?
- ▶ Verstärkung der Dominanz von objektiven Daten in Medizin und Gesundheitswesen?

Anforderungen an das Design von AT

Es fehlt häufig die Einbettung von AT in das Lebensumfeld älterer Menschen

- Bedacht nehmen auf die Orte, an denen AT verwendet werden
- 'Mastery' als Designprinzip
- Konfigurierbarkeit: AnwenderInnen müssen die angebotenen Alternativen verstehen und es müssen ihnen einfache Interaktionsmöglichkeiten angeboten werden
- Lern- und Unterstützungsbedürfnisse des medizinischen und pflegerischen Personals
- Integration von AT in bestehende Netzwerke zur Versorgung bzw. Entwicklung neuer Services

Partizipative Technikentwicklung als Methode

- Nimmt von Lebensgewohnheiten, Erwartungen, Motivator, Wohnsituation usw. der alten Menschen Ausgang und bezieht Umfeld von Familie und BetreuerInnen mit ein
- Evaluierung in realen Anwendungssituationen

Literatur

- Bainbridge, L. (1983): 'Ironies of Automation'. *Automatica*, vol. 19, no 6, pp. 775-779.
- Bjuresäter, K., M. Larsson, et al. (2008): 'Cooperation in the care for patients with home enteral tube feeding throughout the care trajectory: nurses' perspectives'. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, pp. 3021-3029.
- Blythe M, Monk AF & Doughty K (2005) Socially dependable design: the challenge of ageing populations for HCI. *Interacting with Computers* 17 (6) 672-689.
- Bratteteig, T., & Wagner, I. (2013, January). Moving healthcare to the home: The work to make homecare work. In *ECSCW 2013: Proceedings of the 13th European Conference on Computer Supported Cooperative Work, 21-25 September 2013, Paphos, Cyprus* (pp. 143-162). Springer London.
- Corbin, J. and A. Strauss (1985): 'Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of Work'. *Qualitative Sociology* vol. 8, no. 3, pp. 224-247.
- Culén, A., Finken, S. and T. Bratteteig (2013): 'Design and Interaction in a Smart Gym: Cognitive and Bodily Mastering', in *Proceedings of SouthCHI'13*, July 1-3, 2013.
- Csikszentmihalyi, M. (1990) *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: HarperPerennial.
- Oudshoorn, Nelly. "How places matter: Telecare technologies and the changing spatial dimensions of healthcare." *Social studies of science* 42.1 (2012): 121-142.
- Palen, L., & Aalokke, S. (2006, November). Of pill boxes and piano benches: home-made methods for managing medication. In *Proceedings of the 2006 20th anniversary conference on Computer supported cooperative work* (pp. 79-88). ACM.
- Strauss, A., S. Fagerhaugh, et al. (1985): *Social Organization of Medical Work*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ziefle, Martina, Simon Himmel, and Wiktoria Wilkowska. *When your living space knows what you do: Acceptance of medical home monitoring by different technologies*. Springer Berlin Heidelberg, 2011.

Studiogespräch zur Anwendung von Assistierenden Technologien

Teresa Lugstein, Mädchenbeauftragte des Landes Salzburg und freiberufliche Erwachsenenbildnerin, moderiert das Studiogespräch. **Lugstein** ist Mitglied im **Behindertenbeirat der Stadt Salzburg** und im **Runden Tisch Menschenrechte**.

Bereits am Vormittag, so Lugstein einleitend, seien zahlreiche Möglichkeiten, die sich durch den Einsatz von technischen Hilfsmitteln auftun, diskutiert und diesbezügliche Entwicklungen, sowohl in Österreich als auch auf internationaler Ebene, beleuchtet worden. Auch ethische Aspekte – zwischen Selbstbestimmtheit und Vereinsamung – seien zur Sprache gekommen. Die Studiogespräche im Rahmen der ÖKSA-Jahrestagung hätten nun schon Tradition, sie sollten den Raum öffnen für einen lebendigen Austausch zwischen Politik, Wissenschaft und Praxis. Dabei stünden die Erfahrungen aus der Praxis im Zentrum: Was funktioniert gut, was wird benötigt, was hat sich bewährt, wo tauchen Probleme auf? Der Schwerpunkt der diesjährigen Tagung liege auf der Anwendung von Assistierenden Technologien.

Dazu sei zunächst eine Gesprächsrunde mit den direkten NutzerInnen, danach mit weiteren ExpertInnen vorgesehen.

Als TeilnehmerInnen der ersten Runde begrüßt Lugstein zum Thema

Praxiserfahrungen aus der Sicht von AnbieterIn und AnwenderIn

Mario Marusic

Birgit Nikolowsky

Wolfgang Dihanits

Hermann Hagleitner

Mario Marusic bedient seinen Computer mittels einer speziellen, über den Mund gesteuerten Maus und kann auf diese Weise dem Beruf des DJs, den er vor einem schweren Unfall ausgeübt hat, weiterhin nachgehen. Im Internet hat Marusic sich als DJ Ridinaro einen Namen gemacht. Musikprogramme steuert er mit dem Mund mit Hilfe der IntegraMouse Plus von LIVETool. Es wird ein Video¹ gezeigt, das unter

¹ www.youtube.com/watch?v=m4-a3HQeVGM&list=UUzO6dxDx-s_rf36zdgVg63Q

anderem den Einsatz der IntegraMouse demonstriert, zu deren Entwicklung Marusic als Nutzer und Tester beigetragen hat. Seine Rückmeldungen waren für die Feinabstimmung der neuen Funk-Mund-Maus von wesentlicher Bedeutung.

Neben der IntegraMouse Plus, so Marusic, seien in seinem Lebensalltag noch weitere technische Hilfsmittel vonnöten, und zwar der Rollstuhl (e-motion), das Telefon, Sprachsteuerung und Fernbedienung. An Informationen, was alles an technischen Hilfsmitteln verfügbar sei, sei er über LIVETool, über Mundpropaganda und über Reha-Zentren gelangt. Die Finanzierung dieser Hilfsmittel gestalte sich schwierig: Die Mittel müssten vorfinanziert werden, erst im Nachhinein könne versucht werden, sie über Behörden und Ämter ersetzt zu bekommen, Wartezeiten bei der Antragsstellung seien vorprogrammiert und kaum kalkulierbar, der bürokratische Aufwand sehr hoch. Man befinde sich dabei ständig in einer Bittstellerposition, immer wieder seien Rechtfertigungen erforderlich. Der Selbstbehalt werde durch Spendenaufrufe der Familie und des Freundeskreises aufgebracht, anders seien die erforderlichen Anschaffungen kaum möglich.

Marusic hat zur Weiterentwicklung der IntegraMouse Plus durch das Einbringen der eigenen Erfahrungen wesentlich beigetragen. Diese funktioniert ähnlich wie ein Joystick; bei den ersten Modellen seien die Feinheiten mit der Lippenbewegung noch nicht gegeben gewesen, mittlerweile funktioniere sie einwandfrei. Fragen der Wartung der technischen Hilfsmittel, Einschulung und Neuanschaffung hätten sich – so Marusic auf eine Anfrage Lugsteins – bisher noch nicht gestellt, es sei somit noch unklar, wie lange im Bedarfsfall etwa auf Ersatzteile gewartet werden müsse.

Auf persönliche Assistenz warte Marusic nunmehr seit bereits zwei Jahren; bislang sei er von seiner Familie bzw. Freunden begleitet worden. Neben dem technischen Aufwand sei auch viel menschlicher Einsatz erforderlich. Vorrangig ist bei Marusic der Wunsch nach einer Vereinfachung des Procedere sowie nach einer einheitlichen Finanzierung. Lugstein merkt hierzu an, dass es, welche Hilfsmittel zur Verfügung gestellt und finanziert würden; nicht zuletzt auch von den Sozialversicherungsträgern abhängen, die Unterschiede seien hier oft erheblich.

Birgit Nikolowsky (Caritas Salzburg) ist in der Einrichtungsleitung der Caritas Saalfelden mit Schwerpunkt mobile Hauskrankenpflege und Haushaltshilfe tätig. Darüber hinaus ist sie vor Ort verantwortlich für die Bereiche „Betreutes Wohnen – Saalfelden“ und „Betreutes Wohnen – Niedersill“.

Nikolowsky berichtet über das AAL-unterstützte Pilotprojekt „Betreutes Wohnen – Obsmarktstraße, Saalfelden“. Hierbei handelt es sich um ein Gemeinschaftsprojekt von Caritasverband der Erzdiözese Salzburg, Heimat Österreich, media Services und Stadtamt Saalfelden.²

In der Obsmarktstraße leben derzeit 58 BewohnerInnen im Alter von 24 bis 89 Jahren in 43 geförderten Mietwohnungen (gemäß Salzburger Wohnbauförderung) mit barrierefreier Ausstattung und AAL(Ambient Assisted Living)-Technik (Pilotprojekt). Die Betreuung erfolgt durch die Caritas Saalfelden. Das Gebäude befindet sich in zentraler Lage, mit Wohnungen von 53 m² bis 69 m², es existiert ein Gemeinschaftsraum mit Kleinküche. Auch das Gebäude ist barrierefrei ausgestattet. Zwei MitarbeiterInnen stehen 3 Stunden pro Tag zur Verfügung, halten regelmäßigen Kontakt zu den Bewohnern, leisten Hilfestellung in Notsituationen, und organisieren regelmäßige Treffen sowie Freizeitangebote und informieren über Angebote für SeniorInnen.

Die AAL-Technik, so Nikolowsky, biete sowohl Sicherheit als auch Komfort. Unter dem Aspekt Sicherheit seien zu nennen: zentrale Strom- Aus/ Einschalter, Sicherheits-Check bei Verlassen der Wohnung, Kühlschrankschrankwarner (Tür länger offen), Wasserstopp/ Wassersensor Küche, Wasserstopp für Badewannen, Überhitzungssensor Herd (Abschaltfunktion), Rauchmelder, Inaktivitätsfunktion (von 6 Uhr bis 22 Uhr im 4-Stunden-Intervall). Verbessertes Komfort wird erreicht durch mobilen Zugang zu diversen Funktionen mit Hilfe von zwei Tablets, durch ein von der Wohnung aus einschaltbares Außengang-/Stiegenhauslicht, Fahrstuhlruf von der Wohnung aus, durch Lichtsteuerung in der Wohnung über eine Bedienungseinheit, Nachlicht mit Nachtmodus, Video-Gegensprechanlage mit Besucherhistorie sowie zusätzliche mögliche Funktionen wie etwa Uhr, Wecker und fernwartbarer Kalender mit Erinnerungsfunktion.

Das Projekt, so Nikolowsky, funktioniere nach anfänglichen Schwierigkeiten mittlerweile sehr gut, die Zufriedenheit der PatientInnen sei sehr groß. Unter den BewohnerInnen seien auch drei RollstuhlfahrerInnen: Diesen sei es etwa möglich, via Tablet das Licht aus- und einzuschalten oder den Lift von der Wohnung aus zu holen.

² www.caritas-salzburg.at/hilfe-einrichtungen/betreuung-pflege/betreutes-wohnen/saalfelden

Die mit Tablets ausgestatteten BewohnerInnen seien zum Teil auch hinsichtlich des Internets zum Teil sehr „fit“. Während ein Teil der BewohnerInnen den neuen technischen Möglichkeiten sehr offen gegenüberstehe, gäbe es jedoch auch Fälle von Technikverweigerung. In vielen Fällen seien Mehrfacheinschulungen erforderlich gewesen. Ein Problem könne hierbei allerdings der Abbau von kognitiven Fähigkeiten, etwa fortschreitende Altersvergesslichkeit, darstellen.

Von der Moderatorin auf ältere Menschen mit Migrationshintergrund angesprochen, erwidert Nikolowsky, dass dieser Personenkreis im Pilotprojekt nicht zu finden sei; für MindestpensionistInnen sei das Heim nur schwer leistbar. – Für die Angehörigen der betreuten Personen stehe der Sicherheitsaspekt klar im Vordergrund, von diesen würde die AAL-Ausstattung der Wohnungen als beruhigend empfunden. – Auf Anfrage, was unter „betreutem Wohnen“ genau zu verstehen sei, antwortet Nikolowsky, dass dies besonders in Salzburg ein sehr weit gefasster Begriff sei. Die MitarbeiterInnen seien angehalten, die Hausgemeinschaft zu erhalten und zu fördern, es würden auch gemeinsame Aktivitäten veranstaltet, zugleich würde auch von Wohnung zu Wohnung gegangen, um etwaige Probleme zu eruieren und organisatorische Dinge zu klären. Die Technik solle die menschlichen Beziehungen keineswegs ablösen: Persönliche Betreuung sei das Um und Auf und nicht ersetzbar.

Verbesserungsbedarf, so Nikolowsky abschließend, bestehe etwa für den Fall einer Verschlechterung der individuellen Situation des Patienten/der Patientin (hinsichtlich Mobilität, kognitiver Fähigkeiten): Ob der Patient/die Patientin auch dann noch fähig sei, die vorhandene Technik selbstständig zu nutzen, sei aus ihrer Sicht fraglich.

Mag. Wolfgang Dihanits ist Geschäftsführer des Samariterbundes Burgenland³ und verantwortlich für kaufmännische Angelegenheiten, speziell im Bereich Pflege und Rettung. Der Schwerpunkt seines Interesses liegt auf technischen Lösungen in diesen beiden Bereichen.

Der Samariterbund stattet derzeit im Rahmen eines Projekts 50 Wohnungen und Pflegeheime mit AAL-Technologie aus, mit der Besonderheit, dass ein Übergang von betreubarem Wohnen ins Pflegeheim problemlos möglich sein soll. Wichtig sei, dass die Menschen nicht aus ihrer Umgebung herausgerissen würden; die Möglichkeiten der Technologie sollten in verschiedenen Bereichen hinsichtlich ihrer Einsetzbarkeit ausgelotet und getestet werden. Etwa im Bereich Selbstbestimmung könne ange-

³ www.samariterbund.net/gruppen/landesverband-burgenland/startseite

dacht werden, dass Blutdruckmessungen von den PatientInnen selber durchgeführt würde. Hinsichtlich des Sicherheitsfaktors würden etwa Sensoren eingesetzt, die Verhalten erkennen und anschlagen, wenn ein Patient/eine Patientin gestürzt sei. Von wesentlicher Bedeutung sei als dritter Faktor der Bereich Kommunikation.

AAL solle, so Dihanits weiter, eine Produktgruppe bilden, eventuell sei ein AAL-Zertifikat anzudenken, insbesondere sei es unabdingbar, dass auf bestehende Technologien zugegriffen werden könne. Derzeit existiere keine Schnittstellen- oder Source Code-Freigabe, wodurch ein sehr hoher finanzieller Aufwand entstehe.

Von Lugstein auf die Entwicklung neuer Produkte angesprochen, betont Dihanits, dass diese (etwa für Seniorenheime) modular und ständig erweiterbar sein sollten, auch dies werde im Rahmen des erwähnten Projekts erarbeitet.

Dihanits betont besonders, dass durch neue Technologie nicht Vereinsamung verstärkt werden solle, und bringt als Beispiel Skype, mit dem im SeniorInnenbereich sehr gute Erfahrungen gemacht worden seien. Den AnwenderInnen wurde die Technik zunächst erklärt, was nur mäßig positive Resultate zeigte; sodann wurde direkt mit ihnen „geskyped“, was eine alsbaldige regelmäßige Nutzung dieser Möglichkeit durch mehrere BewohnerInnen zur Folge hatte (Kommunikation mit Angehörigen). Angedacht sei etwa auch der Einbau von Sturzsensoren in Smartphones. Diese Entwicklungen, so Dihanits, bräuchten jedoch Zeit; provokant formuliert stehe man nicht zuletzt vor dem Problem, dass heute mit Leuten von gestern die Technologie von morgen getestet würde.

Auf Lugsteins Frage nach Menschen, die daheim betreut würden, räumt Dihanits ein, dass es hierzu noch keine Erfahrungen gäbe, nach dem betreubaren Wohnen solle dies die nächste Phase sein.

Derzeit würde an einem Grundpaket gearbeitet, das auch leistbar sei müsse, und damit dies gegeben sei, bestünde der Wunsch, die entsprechenden Geräte in den Heilmittelbereich der GKK aufnehmen zu können.

Dir. Mag. Hermann Hagleitner ist Geschäftsführer des Hilfswerks Salzburg, er hat ein Studium in Psychologie und ein Wirtschaftsstudium in Sozialmanagement abgeschlossen. Seine Forschungsschwerpunkte sind Systemtheorie, Organisationsentwicklung, Männerforschung, alleinerziehende Väter/Eltern und die Frage der Produktion sozialer Dienstleistungen im Spannungsfeld zwischen „volkswirtschaftlicher Effizienz“

und Qualitäts(anspruch).⁴ Hagleitner widmet sich der Frage „AAL aus Sicht der Pflege und SeniorInnenversorgung“. Das Hilfswerk Salzburg ist seit rund fünf Jahren an mehreren Forschungsprojekten beteiligt und hat u. a. Modellwohnungen mit dem Fokus Smart-Home/AAL getestet.

Eingangs weist Hagleitner auf das enorme demografische Wachstum bei älteren Menschen hin, das bis 2030 zu erwarten sei, und den gleichzeitigen Anspruch, den Zugang zu Pflegeleistungen in gleicher Weise wie bisher zu gewährleisten. Das Problem, neue MitarbeiterInnen zu finden, sei groß, AAL werde somit zur Gewährleistung der Basisversorgung eine wesentliche Rolle spielen müssen.

Man beschäftige sich daher im Rahmen von Projekten auch mit der Logistik und der Steuerung und angesichts der Auflösung traditioneller Familienverbände auch mit Community Building. Hier gehe es etwa um die Frage: Wie können Menschen dazu gebracht werden, in Communitys oder Netzwerke einzutreten, um Betreuungsbelange in Zukunft sicherzustellen? Wesentlich sei es, die Problemstellung nicht nur von der technischen Seite her zu betrachten. Es würden natürlich im Rahmen des genannten Projekts auch SmartHomes auf ihre Nutzbarkeit getestet, zur Aufrechterhaltung der Versorgungslandschaft sei jedoch die Frage nach dem zu schaffenden Mehrwert weiter zu fassen, wesentlich sei dabei nicht zuletzt, die Begegnungsqualität aufrechtzuerhalten.

Lugstein fragt nach der Wählbarkeit, etwa wenn PatientInnen, nicht zuletzt aus Kostengründen, kein AAL wollten. Hagleitner betont, dass, solange AAL überteuert sei, es den KundInnen auch nicht verkauft würde, es sei nötig, dass diese im selben Kostenrahmen wie bisher blieben. Das beste Smart-Home sei derzeit immer noch die Heimhilfe, diese könne auch durch die besten Sensoren nicht ersetzt werden. Wesentlich sei es jedoch, den Nutzen, der aus AAL erwachse, sehr deutlich zu machen: Da dies bereits sehr viele Aufgaben abdecken könne, sei dann etwa statt für vier Stunden nur mehr für drei Stunden eine Haushaltshilfe erforderlich, wodurch AAL mittelfristig auch finanzierbar sei. Einschränkend sei allerdings anzumerken, dass viele Produkte, die gebraucht würden, noch nicht vorhanden seien, bzw. gäbe es auch Negativbeispiele, etwa den Kuschelroboter „Paro“ (kaum jemand habe das Bedürfnis, mit einem Tablet zu sprechen).

Im Vordergrund der Bemühungen müsse stehen, durch AAL menschliche Ressourcen für eine bessere Betreuungsqualität freizubekommen. Eine Öffnung der Schnittstellen zwischen den Anbietern sei dafür auch im Sinne der Finanzierbarkeit unerlässlich.

⁴ www.hilfswerk.at/salzburg

In der nachfolgenden kurzen Diskussion wird seitens der HerstellerInnen angeregt, positive Beispiele bereits existierender (und sich in Entwicklung befindlicher) Produkte nicht unerwähnt zu lassen. Hinsichtlich der Schulung der MitarbeiterInnen für AAL wird eingeräumt, dass zwar die Komplexität der Aufgaben sich erweitere, dass aber gerade dadurch auch neue und motivierte MitarbeiterInnen gewonnen werden könnten. Um AAL entsprechend entwickeln zu können, sei eine Anschubfinanzierung notwendig, da die Forschungsförderung nicht bis in den Alltag hineinreiche. Besser verdienende Personen würden sich auch nach wie vor um eine persönliche Betreuung bemühen, diese würde jedoch nicht für alle leistbar bleiben. AAL werde also nicht in erster Linie für Privilegierte, sondern für die breite Masse wichtig werden.

Lugstein dankt der ersten Diskussionsrunde und begrüßt zum Thema

Notwendige Rahmenbedingungen für die breitere Umsetzung

Eva Bauer

Cornelia Schneider

Florian Lupfer-Kusenber

Heinrich Schellhorn

Mag.a Eva Bauer ist Leiterin des wohnwirtschaftlichen Referats des österreichischen Verbandes gemeinnütziger Bauvereinigungen. Sie befasst sich mit den Bereichen Wohnungskosten, Finanzierung Wohnungsbedarf, internationale Vergleiche, Baukosten, qualitative und energetische Anforderungen und Wohnen im Alter. Bauer berichtet über Befunde zu Wohnen im Alter, siehe z. B. Artikel: www.gbv.at/Ausgabe/View/4412, und greift Fragen des barrierefreien Bauens auf.

Die Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Assistenztechnologie, so Bauer eingangs, hängen ab von der Sinnhaftigkeit, von baulich-technischen Voraussetzungen sowie von Kosten und mietrechtlichen Fragen. Im Gegensatz zur Barrierefreiheit und energetischen Ausstattung sei die Assistenztechnologie derzeit noch nicht in den Bauvorschriften verankert. Die Herausforderungen, mit denen man hinsichtlich der Kriterien für altersgerechtes, barrierefreies Wohnen konfrontiert sei, ergäben sich bereits auf einem sehr viel niedrigeren technologischen Niveau als dem bisher besprochenen, nämlich etwa bereits beim Fehlen eines Lifts: Nicht einmal die Hälfte aller Geschoßwohnungen befände sich in Häusern mit Lift; ein Teil davon würde zwar nachgerüstet werden, bei kleineren Gebäuden sei eine solche Nachrüstung aufgrund der hohen Kosten jedoch eher unwahrscheinlich. Die Baukosten würden von den VermieterInnen getragen, die ihrerseits für die Finanzierung sorgen und MieterInnen finden müssten. Im Neubau sei man hier an eine Grenze gestoßen: Werde den energetischen Anforderungen und Anforderungen an Barrierefreiheit Genüge getan, schlage sich dies mit etwa 100,- Euro plus in den Mieten nieder.

Die BauträgerInnen befänden sich hier also in einem Spannungsfeld zwischen Anforderungen (auch etwa sicherheitstechnischer Art, z. B. Brandschutz) einerseits und der Leistbarkeit der Mieten andererseits. Angesprochen auf Standards, nach denen gebaut würde, und auf eine entsprechende Schulung der ArchitektInnen hinsichtlich Barrierefreiheit, erwidert Bauer, es seien die BauträgerInnen, die hierbei auf dem jeweils letzten Stand zu sein hätten. Die Standards seien, da Ländersache, recht unter-

schiedlich. Zu bedenken sei, dass neun Landesbauordnungen existierten, eine Bundesstelle für EU-Richtlinien, die in die Länder-Verordnungen Eingang finden sollten, und zusätzlich noch spezifische Richtlinien der Wohnbauförderung. Generell würde im Neubaubereich barrierefrei adaptierbar gebaut, d. h., das Gebäude müsse barrierefrei zugänglich sein, Wohnungen müssten eine entsprechende Gangbreite und Wendekreisbreite aufweisen und adaptierbar sein. Unterschiedlich nach Ländern geregelt sei auch der Einbau von Aufzügen, mancherorts sei ein solcher ab dem dritten Geschoß bereits vorgeschrieben.

Es existieren, so Bauer weiter, im Wesentlichen zwei Positionen bezüglich barrierefreien Wohnens: Im Sinne einer Kostendämpfung im Neubau könnte man eine Quote barrierefreier Wohnungen andenken (was allerdings die Wahlfreiheit einschränken würde). Wie mit dem Bestand zu verfahren sei, wäre zu diskutieren, es existiere derzeit dazu noch kein Programm, es würde sich aber jedenfalls um einen langsamen, mehrere Jahrzehnte dauernden Prozess handeln, der allein mit dem mit Lifteinbau bei kleineren Gebäuden sehr kostenintensiv sei. Aufzüge seien in den Zinshäusern vor 100 Jahren noch kein Thema gewesen, erst ab den 50-er und 60-er Jahren seien größere Gebäude mit Aufzügen entstanden. In Neubauten seien barrierefreie Zugänge sowie adaptierbare Wohnungen jedenfalls Pflicht.

Zur Rolle der Genossenschaften führt Bauer abschließend aus, dass diese als Bauträger fungieren, die Wohnungen gemäß der Bauordnung ausstatten, aber auch etwa auf Niedrigenergie Rücksicht nehmen; sie seien sozusagen für die „Hardware“ zuständig.

Florian Lupfer-Kusenberg⁵ ist Geschäfts- und Vertriebsleiter der Tunstall GmbH, Deutschland, und seit 1993 im Bereich Vertrieb, Marketing von Telehealthcare-Lösungen aktiv⁶.

Bedingt durch die demografische Entwicklung und den dadurch entstehenden Fachkräftemangel in der Pflege können technische Hilfsmittel den neuen „dritten Pflegeort“ zu Hause sicherer sowie angenehmer gestalten und dadurch die Verweildauer in der häuslichen Umgebung erhöhen. AAL-Lösungen sollten selbstbestimmt und eigenverantwortlich genutzt werden und gleichzeitig Mindestanforderungen an Sicherheit/Funktionalität nicht unterschreiten. Eine neutrale bzw. diskrete Installa-

⁵ Schriftlich ausgearbeitete Antworten wurden von Herrn Lupfer-Kusenberg zur Verfügung gestellt und nur geringfügig ergänzt, Anm. H. König-Porstner

⁶ www.tunstall.de

tion sowie Integration in die häusliche Umgebung werden erwartet und müssen daher durch den Hersteller sowie Integrator (Verband/HandwerkerInnen etc.) sichergestellt werden. Der Bedarf an Aufklärung über derartige praktikable Lösungen ist immens, und es kann von einem gewissen Informationsstau bei NutzerInnen sowie Angehörigen ausgegangen werden. Gemeinsam sollten Wege gefunden werden, wie man den Nutzen solcher Lösungen hervorheben und gleichzeitig Stigmatisierung vermeiden kann.

Lupfer-Kusenberg stellt angesichts der für Österreich bis 2030 prognostizierten Kostensteigerung um 150 % im Betreuungs- und Pflegebereich die Frage, ob eine Wahl, in Menschen oder Technik zu investieren, überhaupt bestehe – in jedem Fall würde AAL eine große Rolle spielen.

Wer ist Tunstall?

Tunstall ist weltweit führender Anbieter für Tele-Healthcare- und Kommunikationslösungen und ist in über 40 Ländern weltweit mit 3000 Mitarbeitern aktiv. Ca. 2,4 Millionen AnwenderInnen weltweit profitieren von Tunstall-Produkten. Tunstall Healthcare umfasst Komplettlösungen, umfassende Software- und Hardwareentwicklung, Design und Produktion, Installation und Kundenservice.

Was sind Eintrittsbarrieren bzw. woran scheitert eine breitere Umsetzung von AAL?

- Technikaffinität ist noch nicht bei allen AnwenderInnen ausgeprägt; eine Barriere kann auch Technik sein, die stigmatisiert – sie sollte daher nicht auffällig gestaltet sein.
- Angst vor „Überwachung“. Menschen können sich durch Sensoren oder Kameras belästigt fühlen; hier seien akzeptable Lösungen zu schaffen.
- Kann es sein, dass die Pflegekasse bestimmte Geräte eines Tages vorschreibt?
- Mentalität: „Ich schaff das auch ohne!“, „Ich bin noch gar nicht so alt!“

Wie kann man diese Barrieren umgehen?

- Technik noch benutzerfreundlicher gestalten (plug & play)
- Diskret in die häusliche Umgebung integrieren
- Gemeinsam (Hersteller/Anbieter) mehr Aufklärung betreiben, Nutzen darstellen

Wie steht es um das Thema Datensicherheit

Gespeicherte Daten werden anonymisiert (Kundennummer), es kommt zu keiner Speicherung von Bewegungsdaten im Zusammenhang mit persönlichen Daten. Alle relevanten Normen – wie z. B. DIN27001 – werden eingehalten.

Was könnte aus Tunstall-Sicht ein mögliches Modell für die breitere Umsetzung der AAL-Technologie sein?

- Engere Vernetzung von HandwerkerInnen, Verbänden und EndnutzerInnen
- Überregulierung vermeiden

Wie könnten AAL-Modelle finanziert werden bzw. wie sehen Finanzierungsmodelle in verschiedenen Ländern aus?

In Deutschland ist der Hausnotruf als Pflegehilfsmittel zugelassen und über die Pflegekasse beantragbar, ebenso wie Wasser- und Rauchmelder, dies gilt jedoch nicht für AAL-Lösungen (Selbstzahler). In England entscheidet die Kommune je nach Bedarf über den Einsatz von Telecare/AAL-Lösungen, um die Dauer des häuslichen Verweilens zu erhöhen. Die Akzeptanz ist dort sehr groß; wenn durch AAL Personen zu Hause betreut werden können, spart dies die Kosten für den stationären Aufenthalt.

DI (FH) Cornelia Schneider hat Software Engineering für Medizin und Gesundheitswissenschaften studiert und arbeitet seit 2009 bei Salzburg Research, wo sie den Kompetenzschwerpunkt eHealth und AAL mitaufgebaut hat. Ihr Schwerpunkt sind die Anliegen und Bedürfnisse älterer Menschen, die durch Technologie adressiert werden könnten, und somit der Bereich Active Assisted Living.

Trotz der technischen Möglichkeiten und des prognostizierten volkswirtschaftlichen Nutzens konnten, so Lugstein, die Potenziale von assistierenden Technologien am Markt bisher nicht realisiert werden. Wo lägen die Gründe dafür (z. B. Akzeptanz, Nutzen, Kosten etc.), wie könne hier Abhilfe geschaffen werden?

Die entsprechende Forschung in Österreich zeitige, so Schneider, sehr gute Ergebnisse, das Problem liege allerdings in der späteren Verwertung dieser Resultate. Hier sei eine Lücke festzustellen. Viele kleine und mittlere Unternehmen seien mit AAL befasst, es stelle sich häufig das Problem der Finanzierbarkeit.

Aus Entwicklersicht sei es wesentlich, AAL nicht nur für ältere Personen zu konzipieren, sondern es sollten auch jüngere Zielgruppen angesprochen werden, die diese Technologien später benützen könnten. Auch müsse der Nutzen von AAL-Technologien sofort (ein)gesehen werden können.

Auf die Frage Lugsteins nach einer speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen gerichteten Forschung erwidert Schneider, dass AAL für alle Arten von

Einschränkungen einsetzbar sei, wichtig sei es jedoch, hierfür zunächst Awareness zu schaffen und den Bedarf auch außerhalb der Community zu kommunizieren. Sodann könne auch eine entsprechende Forschung einsetzen.

Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit sei zu sagen, dass gewisse Bevölkerungsschichten sich AAL leisten werden können, andere nicht. Hier müssten Unterstützungen seitens der Länder und des Bundes gegeben sein und Anschubfinanzierungen.

Schneiders aktuelle Forschungsprojekte sind einerseits Systeme, die im Alltag kognitiv leicht eingeschränkten Personen unter die Arme greifen und ihnen ein weitgehend eigenständiges Leben ermöglichen sollen, andererseits ein Projekt zur Mobilitätsförderung, das insbesondere den Präventionsaspekt hervorhebt.

Landesrat Dr. Heinrich Schellhorn⁷ ist in der Salzburger Landesregierung für die Ressorts Soziales, Pflege und Kultur zuständig und weist eingangs auf die von Salzburg Research durchgeführte Studie ZENTRAAL hin. Ergebnisse dazu seien erst 2018 zu erwarten. Es handle sich hierbei um eine Querschnittsmaterie, von der außer dem Ressort Soziales auch Wohnbau, Gesundheit und Soziales, Bildung, Familie betroffen seien; im Land Salzburg gäbe es den Seniorenbeirat und das Referat für Generationen. Ein anderes Projekt, „Gut leben im Oberpinzgau“, habe jedoch bereits ergeben, dass die Menschen daheim leben und dort alt werden wollten. Derzeit sei dies aus mangelnder Barrierefreiheit und anderen Gründen allerdings noch nicht im gewünschten Ausmaß möglich.⁸

Für Menschen, die Hilfsmittel benötigen und entsprechende Anträge stellen, so Schellhorn weiter, solle nunmehr in Salzburg eine einzige Anlaufstelle geschaffen werden. Hierzu existiere derzeit eine Arbeitsgruppe; auch solle der Hilfsmittelkatalog hinsichtlich AAL erweitert werden, auch dazu seien Diskussionen im Gang.

Grundvoraussetzung für ein gutes Leben im Alter, so Schellhorn weiter, sei Barrierefreiheit in allen Dimensionen (baulich/infrastrukturell, administrativ, sozial, monetär). Im ländlichen Bereich sei Barrierefreiheit derzeit noch ein großes Problem, hierzu würden über die Wohnbauförderung Maßnahmen ergriffen werden.

⁷ www.salzburg.gv.at/pol/landesregierung/schellhorn.htm

⁸ webopac.fh-linz.at/Dokumente/masterarbeit_muellauer.pdf

AAL-Technologie könne ein Baustein auf dem Weg sein, anlass- und menschenbezogen auf die Veränderungen durch Alter etc. zu reagieren; AAL könne Dienstleistungen nicht ersetzen, allerdings gut flankieren und eben auch ein Sicherheitsgefühl (für Angehörige und auch für ältere Menschen) vermitteln. AAL und Dienstleistung müsste sich verzahnen. Ziel sei es jedenfalls, den Menschen möglichst lange ein Wohnen in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen; Salzburg strebe keine Erhöhung der Zahl der Pflegeplätze an.

Hinsichtlich der Begriffe „betreutes Wohnen“ bzw. „betreubares Wohnen“ sei eine Klärung nötig: Was können sich Menschen erwarten? Wo werden eventuell auch Erwartungen geweckt, die die Produkte nicht decken können? Seriöserweise müsse hier eine Begriffsklärung herbeigeführt werden.

Zur Frage nach der Kostenübernahme führt Schellhorn aus, dass es zwar nach wie vor viele MindestpensionistInnen gäbe, die Altersarmut nähme aber insgesamt ab, auch in Salzburg. In den Haushalten fehle häufig noch das Bewusstsein dafür, die Wohnung früh genug barrierefrei zu gestalten. Je nach Leistungsfähigkeit müsse sehr wohl auch eine Mitfinanzierung durch private Haushalte möglich sein.

Diskussion

Auf eine entsprechende Anfrage nach Rolle und Stellenwert der AAL in den Bereichen soziale Verantwortung und Nutzung gegebener Ressourcen führt Hagleitner aus, dass das Thema AAL und Social Community Building brandaktuell sei, hier würde derzeit europaweit geforscht. Ergebnisse lägen derzeit allerdings noch nicht vor. Es seien hier auch Fragen zu berücksichtigen, wie/ob etwa der „Essen auf Rädern“-Fahrer, der Breifträger etc. in Netzwerke eingebunden werden könnten, auch diese Personen(kreise) könnten als „Sensoren“ wirken.

Peter Fleissner stellt die Frage, wie Wissensentwicklung für die Ausbildungsstätten funktioniere. Die Auszubildenden könnten als MultiplikatorInnen fungieren und Menschen in der Entscheidung, AAL anzunehmen, wesentlich bestärken.

Auf eine Anfrage Manuela Blums (AK Wien) nach AAL-Erfahrungswerten aus der ArbeitnehmerInnensicht (hinsichtlich Beschwerden, von Angehörigen während der Betreuung gefilmt worden zu sein etc.), antwortet Hagleitner, dass im Fall einer Überwachung der ArbeitnehmerInnen durch Angehörige die Pflege unverzüglich eingestellt würde.

Gabriele Pöhacker (Pastoral mit Menschen mit Behinderung) warnt davor, die Bedürfnisse alter Menschen und von Menschen mit Behinderung zu sehr zu vermischen. Während bei Letzteren die persönliche Assistenz im Vordergrund stehe und es sich nicht eigentlich um Pflege handle, ginge es bei alten Menschen oft nur um Betreuung.

Heidi Koch-Niedermüller (Integration Salzburg) stellt die Frage, wohin man sich wenden könne für die Grundausstattung einer Wohnung, in der behinderte Jugendliche zusammen wohnen sollen. (Zu berücksichtigen wären dabei u. a. Lese- und Sehschwächen.) Wo könnten Informationen dazu verfügbar sein? Die Jugendlichen sollten mit technischen Mitteln selbstständig dort leben können, was einiger baulicher Voraussetzungen bedürfe. – Als Beispiel wird von David Hofer (LIVEtool) die Wohnung Marusics angeführt. Diese sei, so Marusic, eine Standard-Genossenschaftswohnung im 1. Stock, mit Lift, ebener Dusche, alle Bereiche seien mit Rollstuhl zugänglich, mit W-LAN, Sprachsteuerung und diversen technischen Geräten ausgestattet. Bauer fügt hinzu, dass hierzu die Bauträger vor Ort anzusprechen seien. In Salzburg könne die Pflegeberatungsstelle kontaktiert werden. Eine Anlaufstelle für AAL sei derzeit aber noch nicht existent. – Im Burgenland, wo derzeit ein Heim mit 12 Betten für behinderte junge Menschen sowie 12 weiteren für behinderte SeniorInnen ausgestattet werde, stehe man derzeit vor demselben Problem (das Projekt wird 2015 gestartet). Sandra Wals weist darauf hin, dass in Vorarlberg eine „Stelle für menschengerechtes Bauen“ existiere, in deren Rahmen auch AAL angedacht sei.

Lugstein dankt den Teilnehmenden und beschließt die Diskussion. Mit der Feststellung, dass zwischen den Polen Freiheit und Selbstbestimmung, Sicherheit und Betreuung sowohl für alte Menschen wie für Menschen mit Behinderung die Selbstbestimmung unbedingt ermöglicht und erhalten bleiben müsse, beschließt Michael Chalupka die Tagung. Die entscheidende Frage sei seiner Ansicht nach nicht, ob durch die Förderung von Technologien Kosten gespart werden könnten, sondern ob die Freiheit erhöht werden solle. Chalupka dankt Lugstein für die Moderation des Studiogesprächs, ferner dem Vorbereitungsteam und dem Land Salzburg (Christine Steger und Landesrat Heinrich Schellhorn). Dem Kulinarium der Diakonie Salzburg wird für die Bewirtung gedankt, ferner Sebastian Wolf (Technik), Herbert Gnigler (Schlossverwaltung), allen ReferentInnen und DiskutantInnen, der Musikgruppe „Kunerbunt 14“ für die musikalische Untermalung sowie Irene Köhler und Claudia Klambauer für die hervorragende Organisation.

Dokumentation: Heidi König-Porstner

MITWIRKENDE

Eva Bauer

Österreichischer Verband gemeinnütziger
Bauvereinigungen

Michael Chalupka

Diakonie Österreich

Wolfgang Dihanits

Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs

Hermann Hagleitner

Hilfswerk Salzburg Landesgeschäftsstelle

Rudolf Hundstorfer

BMASK

Teresa Lugstein

Land Salzburg, Jugendreferat

Florian Lupfer-Kusenberg

Tunstall GmbH

Mario Marusic

LIVETool

Birgit Nikolowsky

Caritas Salzburg, mobile Hauskrankenpflege

Natalie Röhl

FZI, Forschungszentrum für Informatik
Karlsruhe

Heinrich Schellhorn

Land Salzburg

Cornelia Schneider

Salzburg Research Forschungsgesellschaft mbH

Martin Staudinger

BMASK-Kabinett

Ina Wagner

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt

Michel Widmer

Musikalische Umrahmung

Wolfgang Zagler

AAT – Zentrum für Angewandte Assistierende
Technologien

DIE TEILNEHMER/INNEN DER JAHRESKONFERENZ 2014 KAMEN AUS FOLGENDEN ORGANISATIONEN

AAT – Zentrum für Angewandte Assistierende Technologien
AK Salzburg, Abt. Sozialpolitik
AK Wien, Abt. SV
Albert-Schweitzer-Klinik
alpha nova BetriebsgmbH
Land Niederösterreich, Abteilung GS 7
Land Oberösterreich, Sozialabteilung
Land Salzburg, Jugendreferat
Land Salzburg, Abteilung Soziales
Land Salzburg, Büro Dt. Schellhorn
Land Tirol, Landessanitätsdirektion
Land Tirol, Abteilung Soziales
Anwaltschaft für Menschen mit Behinderung
Arbeiter-Samariter-Bund Österreich
Arbeiter-Samariter-Bund, Pflegekompetenzzentren
Ausbildung Diakoniewerk Salzburg
AVOS Prävention und Gesundheitsförderung
Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt
BMASK, Sektion IV/B
BMASK, Abt. IV/A/10
BMASK, Sektion IV/1
BMASK, Abt. IV/A/10
BMASK-Kabinett
Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs
Caritas der Erzdiözese Wien
Caritas Salzburg, Hauskrankenpflege
Caritas Salzburg, mobile Hauskrankenpflege
Caritas St.Pölten, Bereich Familie und Pflege
Caritaszentrale, Grundlagenreferat
Diakonie Österreich
Diakonie.mobil Salzburg, Betreuung & Pflege
Diakoniewerk Gallneukirchen
DV Wiener Sozialeinrichtungen
FH St. Pölten
FH Technikum Wien, Institut für Informatik
Fonds Soziales Wien
FZI, Forschungszentrum für Informatik
Hilfswerk Österreich
Hilfswerk Salzburg
Hilfswerk Salzburg, Landesgeschäftsstelle
ifs-Familienberatung
Institut für Wissenschafts- und Technikforschung
Integration Salzburg
ITG – Innovationservice für Salzburg
Jugend am Werk
Land Wien, MA 24
Lebenshilfe NÖ Verein
Lebenshilfe Österreich
Lebenshilfe Salzburg, Landesleitung
Lebenshilfe Salzburg
LIVETool gemeinnützige GmbH
LIVETool
LIVETool, Beratungsstelle Wien
Land Wien, MA 15
Magistrat der Stadt Wels
MediaServices GmbH
Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit
Österreichisches Rotes Kreuz
Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband OÖ
Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband NÖ
Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Salzburg
Österreichisches Rotes Kreuz, Kufstein
Österreichischer Verband gemeinnütziger Bauvereinigungen
Pastoral mit Menschen mit Behinderung
Salzburg Research Forschungsgesellschaft mbH
Samariterbund Österreich
Schule für Sozialbetreuungsberufe
SFS – Sozialökonomische Forschungsstelle
Sozialministerium, Service-Zentrale
Stadt Salzburg
Stadt Salzburg, Senioreneinrichtungen
Tunstall GmbH
Universität Salzburg, disability & diversity
University of Applied Sciences, FH Joanneum
VDI/VDE Innovation+Technik GmbH
Vertretungsnetz
Volkshilfe Österreich