



RAM - Fotolia

# Kranken- heime?

**D**as Wort ‚Pflegeheim‘ beschreibt weder international, national noch regional das Gleiche“, benennt Regina Roller-Wirnsberger, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie, ein Grundsatzzproblem. Diese Institutionen haben höchst unterschiedliche Ausstattung, Strukturen – inklusive der konkreten Zusammensetzung des Personals – und Leistungen. Gleichzeitig sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen ebenso alles andere als einheitlich. Das sieht auch Markus Mattersberger so, der Präsident von „Lebenswelt Heim“, dem Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs: „Die Pflege ist ja Landessache.“ Fakt ist: Noch nie wurden in Europa Menschen so alt wie heute. Je höher das Alter, desto höher die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität und Gebrechlichkeit – wobei gleichzeitig heute ganz andere Möglichkeiten bestehen, Defizite bis zu einem gewissen Grad mit verschiedenen Hilfsmitteln zu kompensieren.

## Älter, aber weniger gesund

„Das österreichische Gesundheitssystem ist rein reaktiv, und nicht auf Prävention ausgerichtet. Dies ist ein wesentlicher Grund, warum gerade Hochaltrige hierzulande im Vergleich mit anderen europäischen Ländern zwar älter werden, aber die Zahl der gesunden Jahre geringer ist. Wir werden also schlechter älter“, kritisiert Roller-Wirnsberger. Weiters sei in Österreich

**Immer mehr Menschen werden immer älter. Damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität, Gebrechlichkeit und Pflegebedarf. Wie viele Plätze in Heimen Österreich wirklich braucht und wie genau diese aussehen müssen, weiß niemand so recht.**

Christian F. Freisleben

auch die Health Literacy sowie die Eigenverantwortung für die Gesundheit nicht so stark ausgeprägt – „es herrscht eher die Haltung vor: Es wird schon jemand reparieren ...“. Die Alpenrepublik ist aber ähnlich wie andere Länder Europas auch von weiteren gesellschaftlichen Trends gezeichnet, etwa der Zunahme von Singlehaushalten. Damit einher gehen eine höhere Wahrscheinlichkeit für Einsamkeit im höheren Alter sowie mangelnde langjährig gewachsene Sozialstrukturen, die sich nur bedingt durch neu erstarkte Phänomene wie Nachbarschaftshilfe ausgleichen lassen. In Österreich fehlen letztlich Strukturvorgaben, was denn nun ein Altersheim, was ein Pflegeheim ist oder wie genau weitere Betreuungsleistungen für hochaltrige Menschen aussehen müssen, also etwa betreutes Wohnen.

## Gewinnorientierung hat Vorrang

Roller-Wirnsberger sieht ein weiteres Grundproblem in Bezug auf Alters- und Pflegeheime: Die heimische Politik würde diese teils auch als Gelegenheit für Geschäfte sehen. „Das bedeutet,



Geriaterin Regina Roller-Wirnsberger:  
„Österreichs Gesundheitssystem ist reaktiv.“

dass oft eher eine Gewinn- als eine Dienstleistungsorientierung den Alltag in Heimen prägt.“

„Die Bundesländer drängen momentan darauf, dass in Pflegeheimen nur noch Personen aufgenommen werden, die mindestens Pflegestufe 4 oder noch besser 5 haben“, so Roller-Wirnsberger. Wobei ein weiteres Grundsatzproblem ist, wie aktuell Pflegestufen definiert werden, bzw. präziser gesagt, wie genau jemand einer bestimmten Pflegestufe zugeordnet wird. Wobei gilt: Wer einen langen Atem hat

und oft genug nachfragt bzw. Einsprüche einlegt, bekommt in den meisten Fällen eine höhere Pflegegeldstufe zugesprochen. „Für das Assessment dazu bräuchte es eigentlich eine Kombination aus medizinischen, pflegerischen und physiotherapeutischen Faktoren – alles mit einem geriatrischen Fokus, der ebenso auf Fähigkeiten bzw. Defizite in Bezug auf Aktivitäten des täglichen Lebens blickt. Und: Es darf kein einmaliges ‚Messen‘ sein, wichtig wäre eine regelmäßige Begleitung und Evaluierung“, meint Roller-Wirnsberger. Auch hier sei man in Österreich internationalen Standards weit hinterher. Ein Transfer in eine Langzeitpflege-Einrichtung dürfe jedenfalls nicht automatisch mit einem Ausgleich des fortlaufenden Verlusts an Körperfunktionen gleichgesetzt werden, es bräuchte eine Kombination aus mobilen und stationären Angeboten und erst dann ein Leben in einem Heim, wenn alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

### Valide Daten fehlen

Wie viele Heime es nun wirklich braucht und wie diese jeweils ausgestattet sein müssten, ließe sich für Österreich aus der Sicht von Roller-Wirnsberger aktuell nur sehr schwer beantworten. „Es fehlen valide Daten. Alles kreist dann letztlich um

Alles kreist um die Höhe des Pflegegelds.

die Höhe des Pflegegelds – und hier stehen die Kriterien eben auf sehr wackeligen Beinen. Bei Menschen mit Pflegestufe 5 gibt es etwa sehr große Unterschiede, welche gesundheitlichen und sozialen Probleme diese genau haben und welche Pflegeleistungen

daraus resultieren.“ Mattersberger meint dazu: „In Österreich ist der Grad der Institutionalisierung von Pflege im Vergleich zu anderen Ländern Europas sehr gering – es gibt zu wenige Einrichtungen bzw. Angebote an stationären Leistungen.“

Es fehlen auch Gesundheitsdaten für ältere Menschen: Es lässt sich zwar statistisch sagen, welche Medikamente verschrieben werden, aber Zahlen zur Prävalenz verschiedener Krankheiten bei Menschen über 70 – vor allem in Kombination mit Daten zur Funktionalität und Selbstversorgungsfähigkeit – gibt es nicht. „Es braucht den medialen Druck auf jene, die für die Gesundheitsversorgung zuständig sind, damit wir endlich auf alle erfor-

derliche Daten zugreifen können, bzw. damit diese überhaupt einmal ordentlich erhoben werden“, ist Roller-Wirnsberger überzeugt. Gemeint sind dabei auch seriöse Einblicke in Alltagswelten von Senioren zu Lebensbedingungen, Freizeitaktivitäten, Ernährung usw.

### Medizinische Versorgung vor Ort

Worüber sich Roller-Wirnsberger sicher ist: Alters- und Pflegeheime benötigen eine medizinische Versorgung vor Ort sowie geriatrisch geschultes Personal. In Bezug auf Mediziner in Heimen könnte sich Österreich Inspiration von der American Medical

### Heime in Zahlen

850 Alten- und Pflegeheime bieten in Österreich über 75.000 Plätze. Träger sind bei knapp der Hälfte öffentliche Einrichtungen wie Gemeinden und Sozialhilfverbände. An die 450 Alten- und Pflegeheime haben private Träger, davon 79 konfessionelle. Ein knappes Drittel aller Alten- und Pflegeheime hat ein Qualitätsmanagement-System eingeführt und sich zertifizieren lassen.

Im Jahr 2015 bezogen 450.000 Menschen in Österreich Pflegegeld, dafür wendete die öffentliche Hand ca. 2,5 Milliarden Euro im Jahr auf.

## SurgeonAir®

**MOBILE STERILLUFTVERSORGUNG**

Einsatz nach  
ONORM H6020,  
SWKI 99-3 und  
DIN1946-4

REDUZIERT INFektionsRISIKEN  
- IM OPERATIONSFELD

**Vorteile:**

- Signifikant reduzierte Infektionsrisiken
- Garantierte Schutzzone
- Kostenschonendes „Up-Grade“ des OPs
- Mobiles und flexibles Sterilluftsystem
- Zusätzliche Keimreduktion im OP-Bereich
- Keine aufwendigen Schulungen

**Cleanroom Technology Austria**

Tel. +43 (0)2236 320053-0 | www.cta.at

Ihr Spezialist für reine Luft!

Directors Association (AMDA) holen, die ein eigenes Curriculum für Mediziner entwickelt hat, die in Pflegeinstitutionen tätig sind.

Dazu auch Mattersberger: „Hier wird nach wie vor auf ein Hausarztssystem gesetzt, obwohl der medizinische Bedarf massiv ansteigt. Die grundlegende Idee dahinter ist sehr gut, jedoch in einer Zeit, wo es in manchen Regionen schier unmöglich ist, Nachfolger für Hausärzte zu finden, kaum haltbar.“ Weiters sei es sehr schwierig, beispielsweise Fachärzte für Psychiatrie oder Neurologie zu finden, die die Heimbewohner betreuen. Dazu kommt aus Mattersbergers Sicht ein weiteres Problem: Durch frühere Entlassungen aus den Kliniken seien in Pflege-

## Pflegeeinrichtungen werden zu Reservekliniken umfunktioniert.

einrichtungen vermehrt Leistungen zu erbringen, die in den Kompetenzbereich des Krankenpflegegesetzes fallen. „Im akutstationären Bereich besteht für diese Leistungen ein Anspruch auf Kostendeckung durch die Sozialversicherung, aber nicht in der Pflegeeinrichtung.“ Daraus ergeben sich zwei höchst ungünstige Konstellationen: Der Heimtarif ist neben der Hotelkomponente primär für Leistungen der pflegerischen Kernkompetenz und Betreuung ausgelegt. „Da nun aber anderweitige



Markus Mattersberger,  
Lebenswelt Heim:  
Alles Ländersache.

Leistungen zu erbringen sind, bezahlt der Bewohner durch den Heimtarif Leistungen, worauf er im Setting Klinikum einen Rechtsanspruch hätte – er bezahlt also zweimal“, kritisiert Mattersberger. Weiters braucht es für hochkomplexe Leistungen auch entsprechend geschultes Personal – „das ist wiederum durch die Heimtarife nicht gedeckt. So werden die Kosten auf die Bewohnerinnen und die Bewohner sowie die Heimträger umgewälzt und andererseits Pflegeeinrichtungen zu Reservekliniken umfunktioniert, ohne wirkliche ärztliche Präsenz – der Drehtüreffekt ist vorprogrammiert.“

### Überfordernde Situationen

Die strukturellen Mängel im Bereich Langzeitpflege führen dazu, dass es in Alters- oder Pflegeheimen eben immer wieder zu pflegerisch, medizinisch und sozial sehr herausfordernden, teils auch überfordernden Situationen kommt. Hier stellt sich zudem die Frage, inwieweit diese Strukturängel auch maßgeblich für freiheitsbeschränkende Maßnahmen sein können.

„Wir sehen das tagtäglich in den Notaufnahmen: Hier werden hoch vulnerable Menschen eingeliefert, die in einem Krankenhaus eigentlich nichts zu suchen haben, wo aber die betreuenden Personen in den Institutionen überfordert sind. Und dann müssen sie manchmal auch noch stundenlang in der Ambulanz warten ...“, ergänzt Roller-Wirnsberger. Abgesehen davon ist jedes Herausreißen aus einem Kontext, der als gewohnt, als Zuhause erlebt wird, eine zusätzliche soziale, gesundheitliche und psychische Belastung. Die wirkt sich oft in einer Verschlechterung des Allgemeinzustands aus, was die Wahrscheinlichkeit für eine weitere Spitalseinspeisung erhöht – ein Teufelskreis. „Ein angestellter Heimarzt wäre ganz in unserem Sinn“, so Mattersberger, „wobei wichtig zu sagen ist, dass die Versorgungsqualität in Heimen viel mit gut ausgebildeten und regelmäßig geschulten multidisziplinären Teams zu tun hat. Hier können wir sicher einiges etwa von den skandinavischen Ländern lernen.“ Auch Mattersberger betont die großen Belastungen für alle Beteiligten, die durch die Drehtürmedizin zwischen Heim und Spital für alle entstehen.

Laut Mattersberger wäre es auch notwendig, dass sich Heime zu Kompetenzzentren für die Betreuung älterer Menschen weiterentwickeln, die ebenso Anlaufstellen sind für Menschen, die zuhause leben oder dort gepflegt werden. Nötig seien verschiedenste Formen von Tagesstrukturen, von Kooperationen mit mobilen Diensten, von Beratungs- und Begleitungsangeboten sowohl für Pflegebedürftige selbst als auch deren Angehörige. ::

Mag. Christian F. Freisleben  
freisleben@schaffler-verlag.com