

Abschlussarbeit

ÖÄK Diplomlehrgang für Geriatrie 2020

Die ärztliche rund um die Uhr Versorgung in
Langzeitpflegeeinrichtungen- Vorteile und Nachteile

Dr. Nicole Vykypel

Inhalt

Inhalt	2
Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	3
1 Einleitung	4
2 Begriffsklärung: Pflegeeinrichtung, ärztliche Präsenz	9
2.1 Stationäre bzw. Langzeitpflegeeinrichtung	9
2.2 Ärztliche Präsenz.....	10
3 Die steigende Zahl an Pflegebedürftigen führt zu erhöhtem Bedarf an medizinischer Versorgung	13
3.1 Die demographische Entwicklung zeigt eine Alterung der Bevölkerung	13
3.2 Das Bundespflegegeld.....	15
3.3 Medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen	18
4 Modelle der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen	19
4.1 Wie erfolgt die medizinische Versorgung in Pflegeheimen?	19
5 Vorteile und Nachteile einer ärztlichen Betreuung rund um die Uhr in Pflegeheimen	22
5.1 Vorteile.....	22
5.1.1 Kontinuität in der Betreuung.....	22
5.1.2 Vermeidung von Krankenhaustransporten	23
5.1.3 Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung.....	25
5.1.4 Patientinnen- und Patientenzufriedenheit.....	27
5.1.5 Vermeidung von Versorgungsdefiziten.....	28
5.2 Nachteile.....	29
5.2.1 Hohe Personalkosten durch hohes Ausmaß an ärztlicher Präsenz	29
5.2.2 Hohe Personalkapazitäten erforderlich.....	29
5.2.3 Einschränkung der Kompetenz des Pflegepersonals	30
6 Zusammenfassung	31
7 Literaturverzeichnis	33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Bevölkerung nach Altersgruppen.....	14
Abbildung 2: Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen, EU-28, 2017-2080.....	15
Abbildung 3: Bundespflegegeldbezieherinnen und – bezieher, sowie Ausgaben für das Bundespflegegeld 1997-2017.....	17
Abbildung 4: Pflegeheimplätze in den 9 Bundesländern	20
Abbildung 5: Entwicklung der stationären Endkosten je Belagstag	25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Pflegeheime und Infrastruktur der ärztlichen Versorgung.....	11
---	----

1 Einleitung

Der demographische Wandel mit zunehmender Überalterung der Bevölkerung und die damit einhergehend steigende Zahl an pflegebedürftigen Menschen rücken immer weiter in den Fokus gesundheitspolitischer Diskussionen.

Die Statistik Austria (Austria, 2018) prognostiziert, dass die Zahl an Personen im Alter von 75 Jahren und älter von rund 437.000 im Jahr 2017 auf knapp eine Million im Jahr 2030 steigt, also beinahe auf das 2,5 -fache. Diese Altersgruppe beinhaltet naturgemäß sehr viele pflegebedürftige Menschen. Diese sind eine durchwegs multimorbide Population, die großteils somatische und psychische Probleme aufweist, insbesondere Demenz, Bewegungseinschränkungen und Inkontinenz. Eine entsprechende medizinische Betreuung ist somit ein wichtiger Bestandteil der Versorgung dieser Personengruppe und die Sicherstellung derselben ist ohne Frage zu gewährleisten. Ist aber eine solche medizinische Versorgung in den kommenden Jahren ausreichend gewährleistet? Werden die finanziellen Ressourcen ausreichen, um den steigenden Betreuungsbedarf der alternden Bevölkerung auch in der Zukunft garantieren zu können?

Wenn man den oben erwähnten demographischen Wandel mit der stetig zunehmenden Überalterung der Bevölkerung betrachtet, wird man wohl als betroffene Pensionistin oder Pensionist kaum mit viel Vertrauen in die Zukunft blicken. Die enorme und hochaktuelle Bedeutung dieses Themas liegt klar auf der Hand. Die österreichische Ärztezeitung (Markaritzer, 2010) titelte schon im Jahr 2010: „Alten- und Pflegeheime: Zu rasch ins Krankenhaus!“ In der medizinischen Versorgung in Pflege- und Altenheimen geschieht noch viel zu wenig. Und das, was geschieht, ist oft unkoordiniert, wie Studien aus Oberösterreich und Kärnten zeigen. Der Referent für Altersmedizin und Hauskrankenbehandlung in der Ärztekammer Oberösterreich, Wolfgang Ziegler, beschreibt die Lage kurz und bündig: „Wir müssen bessere Lebensbedingungen für die Bewohner in Alten- und Pflegeheimen schaffen. Der Bedarf an grundlegenden Reformen ist offenkundig, denn derzeit herrscht in Sachen Pflege in ganz Österreich Chaos. Es gibt viele Träger, Betreiber und Finanziere von Heimen, aber höchst unklare Qualitätskriterien, soweit solche überhaupt existieren.“

Die medizinische Betreuung in den Heimen ist zum Beispiel sehr unterschiedlich geregelt.

So gibt es in Wien einige Heime, die von Ärzten geleitet werden und auch rund um die Uhr ärztliche Betreuung anbieten, in anderen Bundesländern hat man sich für andere Modelle entschieden. In Oberösterreich zum Beispiel gilt das Hausärztinnen- oder Hausarztmodell. Hier betreut die Hausärztin oder der Hausarzt seine Patientinnen und Patienten auch nach der Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung weiter. Dies führt allerdings in der täglichen Praxis zu Problemen, die daher rühren, dass zum Teil 30 verschiedene Ärztinnen und Ärzte die Versorgung der Patientinnen und Patienten in größeren Pflegeeinrichtungen übernehmen. Die Koordination mit dem Pflegepersonal gestaltet sich entsprechend schwierig, wenngleich sehr patientinnen- und patientenfreundlich. Eine weitere Problematik ist die häufige Ansicht mancher Sozialpolitiker, dass Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner nicht als krank angesehen werden und somit keine kontinuierliche ärztliche Betreuung in den Heimen bräuchten. Dies führt zu den so häufigen Spitalweisungen, welche oftmals vermeidbar wären, wie an anderer Stelle in dieser Arbeit noch erläutert wird. Diese aktuell bedeutende Thematik, wie die medizinische Versorgung in Pflege- und Altenheimen künftig geregelt sein soll, stellt sich nicht nur in Österreich, sondern auch in anderen EU-Ländern. Europa ist ein überalterter Kontinent mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung der EU-Bürgerin und des EU-Bürgers von 81 Jahren. Die Ausgaben für die Altenbetreuung und Altenpflege werden je nach EU-Land unterschiedlich finanziert. Eine Kostenexplosion in den kommenden Jahren ist aber unausweichlich und trifft auf alle EU-Staaten gleichermaßen zu, insbesondere aber auf die wohlhabenden. Die Kostenfrage ist aber nur eines von vielen Problemen, welche derzeit noch im Raum stehen. Weitere Beispiele sind die Ressourcenfrage (Fachkräftemangel), fehlende Institutionen, sowie teilweise eine fehlende altersgerechte Infrastruktur im privaten, wie auch öffentlichen Bereich.

Es ist durchaus schon seit vielen Jahren und sogar Jahrzehnten bekannt, dass dieses Phänomen der Überalterung auf die österreichische, und auch europäische Bevölkerung zukommen wird.

Die kommenden Jahrzehnte bringen eine sogenannte „doppelte Alterung“ der Bevölkerung mit sich. Es wird sowohl die absolute Zahl an alten Menschen in Österreich ansteigen, als auch deren Anteil an der Gesamtbevölkerung. Die Statistik Austria erhebt und veröffentlicht Daten zur Bevölkerungsentwicklung seit dem Jahr 1869 (Austria, 2019a). Unter anderem, wie eingangs erwähnt, dass die Zahl der über

75jährigen Personen bis auf knapp eine Million im Jahr 2030 steigt. Dieser demographische Wandel führt demnach bereits bis 2030 zu einem markanten Anstieg der Nachfragen und Ausgaben für medizinische und pflegerische Versorgungsleistungen. Künftige Entwicklungen die eine Erhöhung der Ausgaben begünstigen sind eine kontinuierlich steigende Lebenserwartung, die Zunahme der Zahl älterer Menschen und des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung, weiters die Abnahme des Anteils der erwerbstätigen Personen an der Gesamtbevölkerung, Rückgang der informellen Pflege, höhere Qualität und damit verbundene höhere Kosten der Pflegedienstleistungen, sowie geringere staatliche Pensionen (Schneider et al., 2006).

Anhand der Zahl an Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher in Österreich kann man einen Eindruck gewinnen, in welchem Bereich sich die finanziellen Ausgaben allein für diesen Bereich der Versorgung bewegen. Im Jahr 2017 gab es laut Statistik Austria 458.783 Menschen (Austria, 2019c), die Bundespflegegeld erhielten, während es 20 Jahre zuvor erst knapp 270.000 waren. Dies bedeutete einen Jahreskostenaufwand von 2,5 Millionen Euro im Vergleich zu 1,26 Millionen im Jahr 1997, also zirka eine Verdoppelung der Ausgaben.

Ressourcenschonung ist daher ein häufig genanntes Ziel. Übergeordnet allerdings ist gleichzeitig aber auch eine erwartete gute Qualität. Neben der Betreuung durch qualifiziertes Pflegepersonal, stellt die medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen einen wichtigen Bestandteil und ein Qualitätskriterium der Versorgung älterer Menschen dar.

Wieviel ärztliche Präsenz ist aber nötig für eine „gute Qualität“. Braucht es Ärztinnen oder Ärzte, die rund um die Uhr im Pflegeheim im Einsatz sind? Wieviel Ärztinnen und Ärzte sind für die Betreuung von wieviel Patientinnen und Patienten erforderlich?

In den Pflegeeinrichtungen des Wiener Gesundheitsverbundes (ehem. Krankenanstaltenverband, KAV) beispielsweise, sieht die ärztliche Versorgung im Vergleich zu anderen Pflegeheimen etwas anders aus. In den 2 Geriatriezentren und 8 Pflegewohnhäusern des Wiener Gesundheitsverbundes gibt es medizinische Betreuung rund um die Uhr. Pflegebedürftige Menschen, bei denen der Pflege- und Betreuungsbedarf in so hohem Ausmaß erforderlich ist, dass eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist, werden in diesen Einrichtungen gepflegt und medizinisch behandelt. Eine Ärztin oder ein Arzt ist hier 24 Stunden täglich im Dienst. Eine

umfassende medizinische Betreuung ist hier in größerem Ausmaß als anderswo gewährleistet. In der großen Mehrheit der sonstigen Pflegeeinrichtungen beschränkt sich die ärztliche Versorgung auf Visiten, welche mehr oder weniger regelmäßig stattfinden.

In der medizinischen Versorgung in Langzeitpflegeeinrichtungen gibt es aktuell offensichtlich sehr große Unterschiede in den einzelnen Institutionen (private Pflegeheime, Pflegewohnhäuser des Wiener Gesundheitsverbundes, Hospize, Pflegeanstalten, Seniorenheime, Seniorenresidenzen, Altenheime, Altersheime, Betagtenheime, Geriatrienzentren, Seniorenhäuser etc.).

Die ärztliche Betreuung variiert von üblicher Hausarztversorgung, über regelmäßig organisierte ärztliche Visiten bis hin zu ärztlicher Betreuung (rund um die Uhr) im Haus. Jede Betreuungsform hat gewisse Vor- und Nachteile. Wie gut wurde dies bisher diskutiert? Und welche Betreuungsform ist eigentlich die Beste für pflegebedürftige Menschen? Die Antwort darauf ist bisher noch offen. Es gibt eine gewisse Lücke in der Literatur.

Die vorliegende Arbeit versucht eben diese Lücke zu schließen. Die daraus abgeleitete Frage lautet daher: Welche Vor- und Nachteile hat eine ärztliche rund um die Uhr Versorgung in Langzeitpflegeeinrichtungen. Ärztliche Präsenz und damit die medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen- in welchem Ausmaß (24 Stunden pro Tag, 7 Tage die Woche, 30 Tage im Monat) ist diese Versorgung optimal für die einzelnen Patientinnen und Patienten und wie ressourcenschonend kann diese gleichzeitig sein?

Diese Fragen sollen in der vorliegenden Arbeit erläutert und diskutiert werden.

Ziel dieser Arbeit ist es, nach einer zunächst angeführten Übersicht über die unterschiedlichen Formen der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen, also einer Darstellung der IST-Situation und des aktuellen Bedarfes, eine Prognose für den Bedarf an v.a. medizinischer Betreuung von Pflegebedürftigen für die Zukunft zu geben.

Nicht zuletzt werden die Vor- und Nachteile einer ärztlichen rund um die Uhr Versorgung in Langzeitpflegeeinrichtungen aufgezeigt.

Nichtziele dieser Arbeit sind die Beurteilung und Diskussion der Versorgung von Pflegebedürftigen Menschen im eigenen Haushalt, im ambulanten Bereich,

beziehungsweise in Tageszentren oder ähnlichen Pflegeeinrichtungen ohne kontinuierliche ärztliche Betreuung.

Die diskutierte Frage wird systematisch mittels Literatur beantwortet.

Statistiken und Gesetzestexte bilden zunächst die Grundlage. Wissenschaftliche Studien, Theorien und Diskussionen werden verglichen und Schlüsse daraus gezogen, um die zentrale Frage dieser Arbeit aus Sicht der Theorie zu beantworten (Van den Bussche et al., 2009).

Es folgt zunächst eine Erklärung der zwei zentralen Begriffe, die dieser Arbeit zugrunde liegen in Kapitel zwei und eine Ausführung der grundlegenden Problemstellung, nämlich die demographische Entwicklung mit daraus resultierendem Anstieg der pflegebedürftigen Personen und deren medizinische Versorgung in Kapitel drei. Anschließend widmet sich das Kapitel vier der Darstellung der unterschiedlichen Modelle und Möglichkeiten der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen. In Kapitel fünf folgen eine Anführung der Vorteile und Nachteile der ärztlichen Versorgung rund um die Uhr in Pflegeeinrichtungen und dieses beantwortet somit die zentrale Frage dieser Arbeit. Den Abschluss bildet Kapitel sechs mit einer Zusammenfassung der Arbeit.

2 Begriffsklärung: Pflegeeinrichtung, ärztliche Präsenz

Im vorliegenden Kapitel wird zunächst, als Grundlage für das Verständnis der Inhalte dieser Arbeit, auf einige Definitionen und Begriffserklärungen eingegangen.

„Langzeitpflegeeinrichtung“ und „Ärztliche Präsenz“ sind die zwei zentralen Begriffe dieser Arbeit, weshalb diese zunächst hier erläutert werden. Des Weiteren wird auch auf das Ausmaß der ärztlichen Präsenz in Bezug auf die Pflegeheime eingegangen.

Es existieren sehr viele unterschiedliche Formen von Pflegeeinrichtungen, welche sich zum Teil überschneiden. Zunächst erfolgt hier die Abgrenzung stationärer von nicht stationären Pflegeeinrichtungen. Letztere werden in dieser Arbeit nicht bzw. kaum betrachtet.

2.1 Stationäre bzw. Langzeitpflegeeinrichtung

In stationären Pflegeeinrichtungen (geriatrische Einrichtungen, Pflege- und Seniorenheime) erfolgt eine zeitlich unbegrenzte Pflege und Betreuung von Menschen jeden Alters mit entsprechender chronischer Erkrankung oder/und Beeinträchtigung. Die mobilen Dienste sowie Hauskrankenpflege werden nicht dazu gezählt, ebenso ist in der Akutversorgung (Krankenhauseinrichtungen) keine Langzeitpflege vorgesehen (Pflege.at, 2019).

Als gesetzliche Grundlage dient in Wien das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WPPG), §1 (Bundes, 2019b). Dieses definiert Pflegeheime als Einrichtungen, in denen mindestens drei Personen dauerhaft oder auf bestimmte Zeit aufgenommen, betreut und bei Bedarf gepflegt und auch fallweise ärztlich betreut werden. Im §12 ist die medizinische Betreuung geregelt. Der Heimträger hat in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf die medizinische Betreuung der Bewohner sicherzustellen. Die Betreuung kann durch im Heim tätige Ärzte oder durch rasche Erreichbarkeit von Ärzten erfolgen. Des Weiteren schreibt der §13 des WPPG vor, dass ein Arzt mit Jus practicandi als medizinisch Verantwortlicher verpflichtend zu bestellen ist.

Das Infoservice des Sozialministeriums unterscheidet stationäre Wohnplätze (ohne jegliche Verpflegung) wie z.B. Altersheime oder Seniorenheime, von stationären Pflegeplätzen, in welchen die Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 3 und höher) eine Voraussetzung darstellt. Dazu zählen u.a. Langzeitpflegeeinrichtungen, Pflegewohnhäuser, Geriatriezentren und Pflegeheime. Hier werden Pflege- und Betreuungsleistungen in eigens dafür geschaffenen Einrichtungen erbracht, bei

durchgehender Präsenz des Pflege- und Betreuungspersonals (Bundesministerium für Arbeit, 2019a).

Hinsichtlich der zeitlich eingeschränkten Dauer einer stationären Betreuung in Pflegeeinrichtungen, sei an dieser Stelle der Vollständigkeit halber noch die Übergangspflege, die Kurzzeitpflege und die Urlaubspflege erwähnt.

Bei der Übergangspflege erstreckt sich der Aufenthalt in einem Pflegeheim nur auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit (z.B. nach einem Spitalsaufenthalt zur Rehabilitation). Pflege und Therapie ermöglichen unter Umständen eine Rückkehr in die vertraute häusliche Umgebung.

Die Kurzzeitpflege ist für den Fall gedacht, dass pflegende Angehörige die Pflege z.B. aus gesundheitlichen oder beruflichen Gründen für eine gewisse Zeit nicht ausüben können. Es besteht dann die Möglichkeit einer vorübergehenden stationären Betreuung des pflegebedürftigen Menschen in einem Alten- oder Pflegeheim in einem Ausmaß von längstens 8 Wochen.

Um pflegende Angehörige zu entlasten, können pflege- und/oder betreuungsbedürftige Personen während der Urlaubszeit in einem Alten- oder Pflegeheim betreut werden. Dies bezeichnet man als Urlaubspflege. Hier beträgt die maximale Dauer 5 Wochen pro Kalenderjahr (oesterreich.gv.at, 2019).

2.2 Ärztliche Präsenz

An dieser Stelle sei gleich vorausgeschickt, dass die bestehende Daten- und Studienlage im Hinblick auf die ärztliche Betreuungssituation in Pflegeeinrichtungen in der Literatur vor allem im Vergleich zur pflegerischen Betreuung deutlich geringer vorhanden ist. Sowohl Österreich betreffend als auch internationale Literatur. Ein Health Technology Assessment (HTA) Bericht zur medizinischen Versorgung in Pflegeheimen aus Deutschland (Balzer et al., 2013) zeigt auf, dass derzeit kaum empirische Evidenz besteht auf deren Basis Empfehlungen für Organisation und Gestaltung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen abgeleitet werden können. Gesundheitliche Auswirkungen und eine daraus abzuleitende Unter-, Über-, oder Fehlversorgung sind bis dato kaum erfasst.

Die Versorgungssituation wird hier anhand von Struktur- oder Prozessdaten dargestellt, wie auch im Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die medizinische Versorgung von Pflegeheimen in Österreich (Wilbacher et al., 2017d).

Abrechnungsdaten wurden hier analysiert und ein deskriptiver Überblick zur Pflegeheiminfrastruktur und Personalbesetzung und zur medizinischen Versorgung gegeben.

In einer Liste des BMASK aus dem Jahr 2014 gibt es in Österreich 889 eingetragene Pflegeheime. In diesen Pflegeheimen werden insgesamt 10.635 Wohnplätze, 44.885 Pflegeplätze, 16.975 Wohnplätze mit Pflegemöglichkeit und 1.419 Plätze für betreutes Wohnen angegeben. Zur ärztlichen Betreuung finden sich bei diesen Pflegeheimen folgende Angaben: 52 Pflegeheime haben eine ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus. 166 haben eine regelmäßige Ordination/ Visite im Pflegeheim eingerichtet. Zu dieser Kategorie wurden auch teilingestellte Heimärztinnen und Heimärzte gerechnet. 571 geben „freie Arztwahl“ mit oder ohne Zusatz an, gemeint ist hier die Weiterbetreuung durch die eigene Hausärztin bzw. den eigenen Hausarzt. Bei 31 Pflegeheimen ist die Angabe zur ärztlichen Betreuung nicht klar interpretierbar.

Eine zusammenfassende Übersicht über die ärztliche Versorgung nach Bundesländern findet sich in der Tabelle 1 (Wilbacher et al., 2017c).

Tabelle 1. Pflegeheime und Infrastruktur der ärztlichen Versorgung

Land	ärztliche Betreuung im Haus	regelmäßig organisierte ärztliche Visiten	übliche Hausarztversorgung	unklare Angaben
Burgenland		14	25	1
Kärnten	4	10	64	
Niederösterreich	5	41	55	2
Oberösterreich	1	17	103	1
Salzburg		13	58	3
Steiermark	1	37	140	9
Tirol	2	10	66	3
Vorarlberg		3	43	5
Wien	39	21	17	7
Österreich*	52	166	571	31

(Tabelle aus Wilbacher et al., 2017)

Die ärztliche Betreuung im Haus ist, wie aus der Tabelle deutlich hervorgeht, die am wenigsten gebräuchliche Betreuungsform bei Betrachtung der Zahlen aus Gesamtösterreich. Wenn man die Bundeshauptstadt Wien mit 39 Pflegeheimen, welche ärztliche Betreuung im Haus anbieten, herausnimmt, dann bleibt gar nur ein verschwindend kleiner Anteil in den restlichen Bundesländern übrig. Wien und hier insbesondere der Wiener Gesundheitsverbund mit seinen Pflegewohnhäusern und Geriatriezentren, stellt somit eine Ausnahme dar, was die intensive ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen betrifft. An dieser Stelle soll erwähnt sein, dass dies nicht nur österreichweit, sondern auch über die Grenzen hinweg, der Fall ist. Deutschland, um nur ein Beispiel im internationalen Vergleich zu nennen, verfügt nur in 1 Prozent aller Alten- und Pflegeeinrichtungen über eine eigene Heimärztin oder einen eigenen Heimarzt.

3 Die steigende Zahl an Pflegebedürftigen führt zu erhöhtem Bedarf an medizinischer Versorgung

Die aktuelle demographische Entwicklung zeigt eine Überalterung der Bevölkerung, welche auch künftig zunehmen wird. Ein größerer Anteil älterer Menschen führt nicht nur zu erhöhten Anforderungen an das Gesundheitssystem generell, sondern auch an die Bereitstellung von Betreuungs- und Pflegeleistungen für diese Bevölkerungsgruppe. Damit einhergehend erhöht sich auch der Bedarf an medizinischen Versorgungsleistungen, welche mit den pflegerischen in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Die Behandlung von akuten Erkrankungen beim alten pflegebedürftigen Menschen ergeben üblicherweise andere, meist höhere Anforderungen für die medizinische Versorgung, als bei jungen Menschen ohne multiple Grunderkrankungen. Komorbiditäten, Polypharmazie mit möglichen Interaktionen seien hier beispielhaft genannt.

In diesem Kapitel werden zunächst die demographische Entwicklung, weiters die Definition von Pflegebedürftigkeit anhand der Beschreibung des Bundespflegegeldes inklusive aktueller Datenlage, sowie das Problem einer ausreichenden medizinischen Versorgung in den Pflegeheimen, welche das Hauptthema der vorliegenden Arbeit darstellt, erläutert.

3.1 Die demographische Entwicklung zeigt eine Alterung der Bevölkerung

Dass Österreichs Bevölkerung wächst und altert und diese Entwicklung sich auch weiter fortsetzt, zeigen die Ergebnisse der letzten Bevölkerungsprognose aus dem Jahr 2018 der Statistik Austria (Austria, 2019d).

Ausgegangen wird bei dieser Entwicklung von einer anhaltenden Zuwanderung, stagnierenden Geburtenhäufigkeiten und einer weiterhin steigenden Lebenserwartung. Die Babyboom-Jahrgänge verstärken dabei den Alterungsprozess dadurch, dass sie kontinuierlich ins Pensionsalter übertreten. Ausgehend von aktuell 8,8 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern wird Österreich im Jahr 2022 rund 9 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner zählen und 2080 knapp 10 Mio.

Dabei nimmt die Zahl der über 65-Jährigen in den nächsten 20 Jahren um die Hälfte zu. Ihr Anteil steigt künftig von derzeit knapp einem Fünftel auf über ein Viertel. Die Absolutzahl der unter 20-jährigen Personen steigt zunächst zwar leicht an, der Anteil

an der Gesamtbevölkerung geht langfristig aber zurück. Die Gruppe der Erwerbsfähigen im Alter von 20 bis 65 Jahren bleibt kurzfristig auf dem Niveau von 2017, wird aber mittelfristig ebenfalls sinken. Somit gewinnen die älteren Menschen weiterhin an Gewicht. Die Abbildung 1 (Austria, 2019e) zeigt die Bevölkerungsprognose für Österreich bis zum Jahr 2080 aufgeteilt nach 3 Altersgruppen.

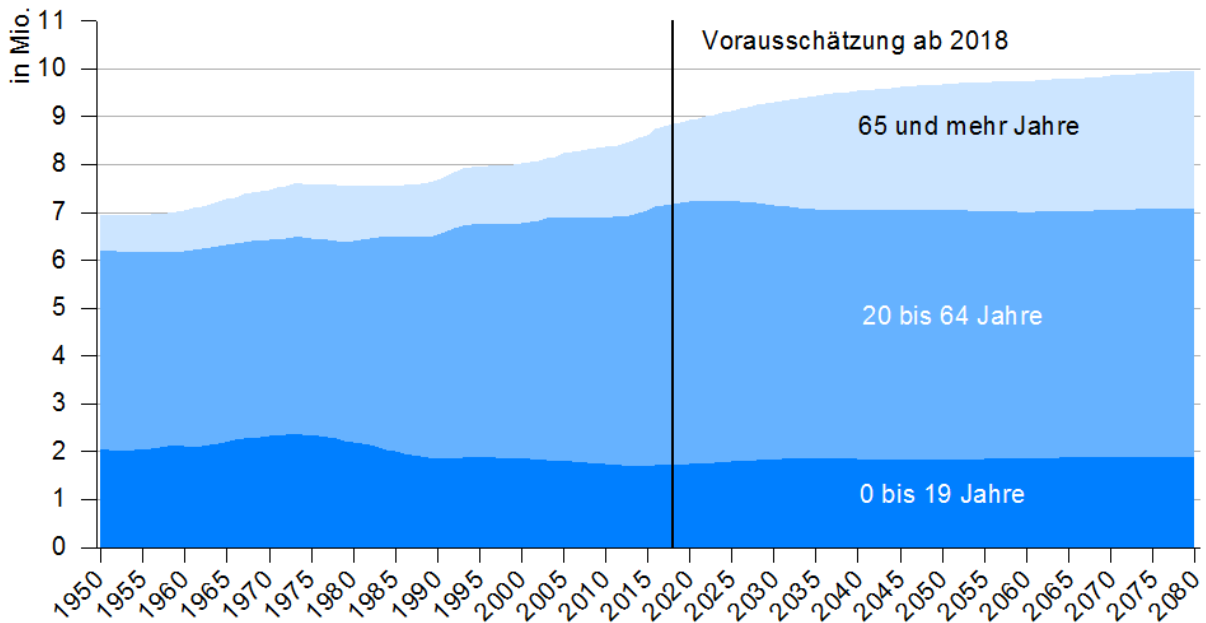


Abbildung 1. Bevölkerung nach Altersgruppen

(Abbildung aus Statistik Austria, 2019)

Nicht nur Österreichs Bevölkerung wächst und altert, Europa in seiner Gesamtheit ist ein alternder Kontinent. Auch in den Ländern der EU kommt es durchwegs zu einem Anstieg der Alten, wie in der nachstehenden Abbildung 2 (EUROSTAT, 2018), ebenfalls am Anteil der über 65-Jährigen dargestellt wird. Die Bevölkerungsalterung ist ein langfristiger Trend, der laut Eurostat in Europa bereits vor einigen Jahrzehnten eingesetzt hat. Abzulesen ist dieser Trend an den Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung, wobei ein zunehmender Anteil an älteren Menschen und damit verbunden ein Rückgang des Anteils an Personen im erwerbsfähigen Alter an der Gesamtbevölkerung zu erkennen ist. Die geburtenstarken Jahrgänge infolge des Babybooms mit hohen Fruchtbarkeitsziffern in den Mitte 60er Jahren erreichen jetzt

das Pensionsalter und sind ein Grund für den Anstieg des Anteils der älteren Menschen. Ein weiterer ist das höhere Lebensalter, das inzwischen erreicht wird. Die Lebenserwartung steigt nun bereits seit einigen Jahrzehnten. Dazu kommen anhaltend niedrige Fruchtbarkeitsziffern, was zur Folge hat, dass der Anteil junger Menschen an der Gesamtbevölkerung sinkt.

Bevölkerungsstruktur nach Hauptaltersgruppen, EU-28, 2017-2080
(in % der Gesamtbevölkerung)

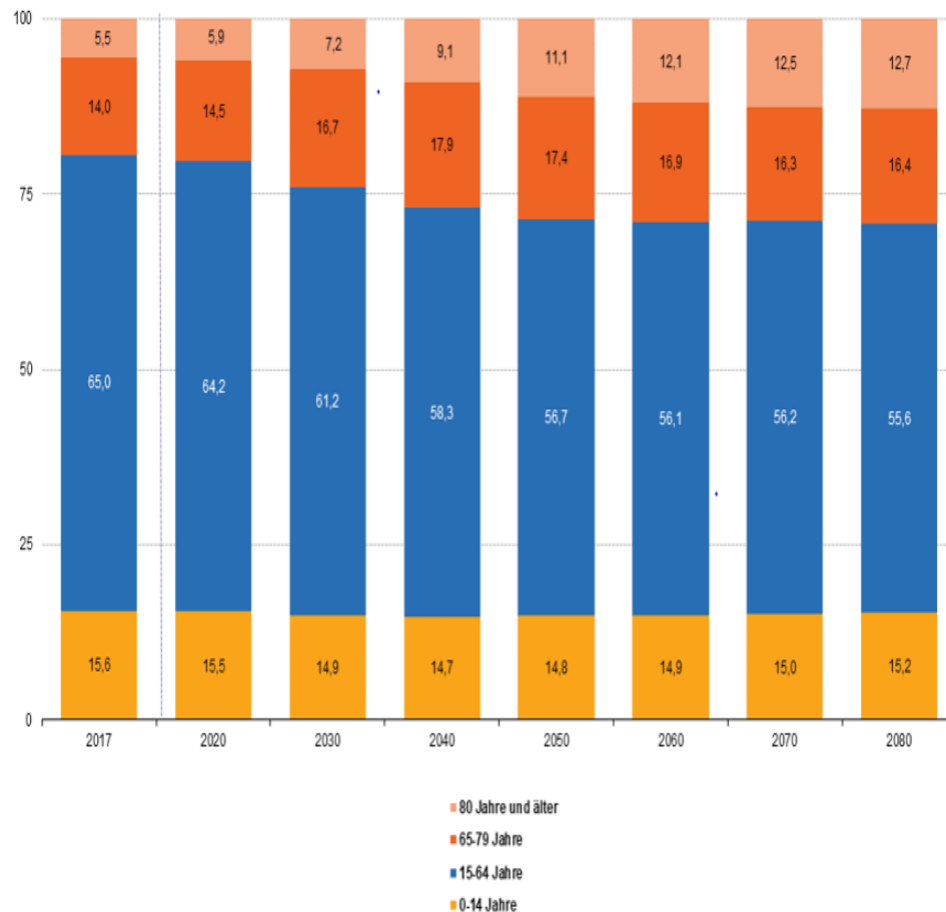


Abbildung 2: Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen, EU-28, 2017-2080

(Abbildung aus EUROSTAT, 2018)

3.2 Das Bundespflegegeld

Durch die zunehmende Überalterung der Bevölkerung steigt gleichzeitig auch der Anteil an chronisch kranken und multimorbiden Menschen, welcher einen erhöhten Betreuungs- und Pflegeaufwand mit sich bringt und damit eine Herausforderung für das österreichische Gesundheitssystem darstellt.

Das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) sieht ein bedarfsorientiertes 7-stufiges System vor, bei dem die Stufen 1 bis 4 nach quantitativen Kriterien, die Stufen 5 bis 7 durch zusätzliche qualitative Kriterien unterschieden werden. Daneben sieht das BPGG auch noch diagnosebezogene Mindesteinstufungen vor. Ab dem Jahr 2012 wurde mit dem Pflegegeldreformgesetzes die Zuständigkeit im Pflegegeldwesen gänzlich auf den Bund übertragen (ÖBAK, 2017). Je nach physischer und auch psychischer Einschränkung erfolgt eine Einordnung in 7 verschiedene Pflegestufen mit entsprechender finanzieller Abgeltung in Form des Pflegegeldes.

Die Grundidee des Pflegegeldes laut Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Bundesministerium für Arbeit, 2019b) ist folgende.

Mit dem Pflegegeld wird ein Teil der pflegebedingten Mehraufwendungen durch eine Geldleistung abgegolten. Dadurch soll die notwendige Pflege gesichert und ein möglichst selbstbestimmtes und bedürfnisorientiertes Leben ermöglicht werden. Dies ist auch im Paragraf 1 des Bundespflegegeldgesetzes verankert. (Bundes, 2019a)

Für einen Anspruch auf Pflegegeld müssen gewisse Voraussetzungen, wie ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) aufgrund körperlicher, geistiger oder psychischer Behinderung, oder einer Sinnesbehinderung, der voraussichtlich mindestens 6 Monate andauern wird, sowie gewöhnlicher Aufenthalt in Österreich, gegeben sein. Pflegegeld wird in sieben Stufen gewährt. Dies hängt vom Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfes ab und ist unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit. Ein Antrag auf Pflegegeld ist beim zuständigen Versicherungsträger zu stellen. Danach erfolgt eine Begutachtung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt oder in manchen Fällen durch eine diplomierte Pflegefachkraft, um den Pflegebedarf festzustellen und eine Zuordnung zu einer Pflegestufe zu treffen.

Die Bedeutung des enormen Finanzierungsaufwandes für die pflegebedürftige multimorbide Bevölkerung verdeutlicht die Abbildung 3 (Austria, 2019b).

Die Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher lag 2017 bei knapp 460.000. Die Jahresausgaben betragen in diesem Jahr etwas über 2,5 Mrd. Euro. 20 Jahre zuvor waren es ca. 270.000 Menschen, die Bundespflegegeld erhielten bei einem finanziellen Jahresaufwand von

1,26 Mrd. Euro. Das bedeutet in etwa eine Verdoppelung der Kosten für das siebenstufige Pflegegeldsystem innerhalb der letzten 20 Jahre. Das österreichische

Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) zeichnet einen weiterhin stark ansteigenden Trend die Kostenentwicklung betreffend (Famira-Mühlberger et al., 2017). Die öffentlichen Gesamtkosten für Pflege und -Betreuungsdienste, finanziert durch Länder und Gemeinden, bis zum Jahr 2050 steigen demnach rasant und zwar auf 9 Mrd. Euro. Das entspricht einer Steigerung um 360 Prozent. Es ist langfristig eine Ausgabensteigerung von 4,5 Prozent pro Jahr zu erwarten, welche zunächst moderat scheint. Ab 2025 bis 2050, also in 25 Jahren, kommt es zu einer Verdreifachung der Kosten.

31.12.	Bezieherinnen und Bezieher insgesamt	Davon in Stufe							Ausgaben ^{*)} - Jahressumme, Mio. Euro
		1	2	3	4	5	6	7	
1997	268.995	34.449	125.380	56.837	25.388	19.777	4.265	2.899	1.266,3
1998	273.020	40.275	118.586	59.422	26.220	20.743	4.630	3.144	1.299,5
1999	278.887	45.571	112.964	48.701	40.581	21.889	5.630	3.551	1.355,6
2000	285.500	50.379	110.605	49.644	42.156	22.743	6.058	3.915	1.397,6
2001	292.019	54.485	109.551	50.304	43.594	23.460	6.410	4.215	1.426,9
2002	303.528	58.830	109.891	52.285	45.720	24.960	7.092	4.750	1.432,5
2003	307.999	62.172	109.944	52.507	46.365	25.085	7.090	4.836	1.470,6
2004	320.258	67.039	111.971	53.348	48.830	26.069	7.758	5.243	1.489,3
2005	323.288	70.437	112.150	52.865	49.215	25.409	8.052	5.160	1.566,4
2006	337.322	74.294	115.455	54.986	51.458	26.578	8.848	5.703	1.621,4
2007	351.057	76.444	119.086	57.372	53.942	28.397	9.732	6.084	1.691,5
2008	358.545	78.004	121.587	59.091	54.881	28.542	10.210	6.230	1.774,3
2009	365.810	76.522	121.253	60.775	54.249	33.389	12.644	6.978	1.943,1
2010	372.763	78.901	124.522	62.118	53.750	34.092	12.820	6.560	2.002,2
2011	371.198	81.082	117.803	62.765	53.533	35.794	13.510	6.711	2.070,6
2012	440.896	98.989	131.843	76.410	62.534	43.751	18.183	9.186	2.632,5
2013	451.159	104.393	130.803	78.170	63.463	46.089	18.806	9.435	2.477,2
2014	457.576	106.980	130.021	79.544	64.518	47.657	19.300	9.556	2.493,5
2015	452.601	112.788	118.882	79.919	64.479	48.121	19.212	9.200	2.530,1
2016	455.354	118.662	110.859	81.591	65.495	49.496	19.894	9.357	2.569,8
2017	458.783	123.312	105.191	83.469	66.358	51.167	19.906	9.380	2.551,1

Abbildung 3: Bundespflegegeldbezieherinnen und – bezieher, sowie Ausgaben für das Bundespflegegeld 1997-2017

(Abbildung aus Statistik Austria, 2019)

Ebenso wie die Ausgaben für die öffentlichen Pflege- und Betreuungsdienste ist laut WIFO auch mit einem Anstieg für das Pflegegeld zu rechnen. Die Prognose für die Zahl an Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher zeichnet ein Wachstum von aktuell knapp 450.000 Personen auf bis zu 750.000 im Jahr 2050. Damit kommt es zu Jahresausgaben für das Pflegegeld von derzeit 2,5 Mrd. Euro auf 4,2 Mrd. Euro, was einem Anstieg von 67 Prozent gegenüber 2015 bedeutet.

Somit wird die Pflege eine immer größere Herausforderung für die öffentlichen Finanzen und die Sozialpolitik.

Die öffentliche Hand ist gefordert mit den zur Verfügung stehenden Mitteln weiterhin für gute Rahmenbedingungen zu sorgen.

3.3 Medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen

Die in der Einleitung angeführte Bevölkerungsentwicklung mit Überalterung der Menschen, welche eine künftig stark steigende Zahl an Patientinnen und Patienten zur Folge hat, führt auch im Bereich der Medizin zu einer Herausforderung. Die Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohnerinnen und Heimbewohner bringt viele sehr typische Herausforderungen mit sich. Dieses Patientenkontingent bietet üblicherweise multiple geriatrische Morbiditäts- und Risikokonstellationen. Oftmals bestehen auch sehr individuelle medizinische Bedürfnisse, die vielfältig sein können und bis hin zu ethischen Diskussionen führen. Die Bewohnerinnen und Bewohner haben oft aufgrund unterschiedlicher Diagnosen, wie zum Beispiel Demenz, Aphasie nach Schlaganfall etc., nur eingeschränkte Möglichkeiten eigene Interessen und Bedürfnisse wahrzunehmen. Dementsprechend sind die Patientinnen und Patienten in einer hohen Abhängigkeit nicht nur die Pflege betreffend, sondern auch von einer kontinuierlichen qualifizierten ärztlichen Kontrolle ihres Gesundheitszustandes. Weiters benötigen sie eine ärztliche Versorgung bzw. Begutachtung im Idealfall in der eigenen Pflegeeinrichtung, da Transporte ins Krankenhaus beschwerlich, zeit- und kostenaufwändig sind und häufig vermieden werden (Schröfel et al., 2009).

All diese hier erwähnten Herausforderungen der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern stellen ein zentrales Problem dar, welches es seitens der Sozialpolitik zu lösen gilt. Mögliche bzw. aktuell praktizierte Modelle der Versorgung werden im folgenden Kapitel dargestellt.

4 Modelle der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen

4.1 Wie erfolgt die medizinische Versorgung in Pflegeheimen?

Die medizinische Versorgung in Pflegeheimen wird in Österreich nicht einheitlich gehandhabt, auch nicht nach Gesetzesvorgaben. Es existieren in jedem Bundesland unterschiedliche Pflegeheimgesetze, das bedeutet in den 9 Bundesländern gibt es 9 verschiedene Pflegeheimgesetze.

Generell hat der jeweilige Rechtsträger von Pflegeheimen eine subsidiäre Sicherstellungspflicht für die medizinische Versorgung, wobei die freie Arztwahl zu gewährleisten ist (Wilbacher et al., 2017b). Dies beinhaltet, dass für ärztliche Hilfe und Heilmittel wie zum Beispiel Medikamente, Spitalsbesuche und gegebenenfalls auch der Transport in das Spital gesorgt werden muss. Laut Bundesgesetzblatt 866/1993, strebt die Vereinbarung zwischen Bund und den Ländern gemäß Art. 15 a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (Bundes, 1993), ein ausreichendes und vielfältiges Angebot integrierter ambulanter Hilfs- und Betreuungsdienste und stationärer bzw. teilstationärer Pflegeeinrichtungen an. Bezüglich der ärztlichen Betreuung in den Pflegeheimen gibt es, wie auch bei der pflegerischen Betreuung keine einheitliche gesetzliche Regelung, außer dieser erwähnten Sicherstellung der ärztlichen Betreuung mit freier Arztwahl.

In einem Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (Wilbacher et al., 2017b) wurde die medizinische Versorgung in Pflegeheimen in Österreich betrachtet. Darin wurden 889 eingetragene Pflegeheime in den 9 Bundesländern aufgelistet, 820 davon wurden analysiert. In diesen stehen alten Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf über 10.000 Wohnplätze, knapp 45.000 Pflegeplätze, weiters ca. 17.000 Wohnplätze mit Pflegemöglichkeit und in etwa 1400 Plätze für betreutes Wohnen zur Verfügung. Dies wird in der nachfolgenden Abbildung 4 veranschaulicht (Wilbacher et al., 2017a).

Tabelle 21: Pflegeheimplätze

Land	Anzahl von Pflegeheimen	Wohnplätze	Pflegeplätze	Wohnplätze mit Pflegemöglichkeit	Betreutes Wohnen
Burgenland	40	41	1522	356	6
Kärnten	78	469	4230	795	89
Niederösterreich	103	784	9731	663	86
Oberösterreich	122	95	6473	5352	189
Salzburg	74	282	2165	2617	150
Steiermark	187	137	8117	3489	165
Tirol	81	276	2213	3033	264
Vorarlberg	51	125	2137	90	80
Wien	84	8426	8297	580	390
Österreich*	820	10635	44885	16975	1419

*ohne Einrichtungen, die vom Server gelöscht wurden

Abbildung 4: Pflegeheimplätze in den 9 Bundesländern

(Abbildung aus Wilbacher, 2017)

Die ärztliche Betreuung in den analysierten 820 Pflegeeinrichtungen sieht, wie auch schon in der Einleitung in der Tabelle 1 verdeutlicht, wie folgt aus. Lediglich in 52 Heimen wird eine ärztliche Betreuung rund um die Uhr angeboten. Das entspricht ca. 6 Prozent. Im Vergleich der Bundesländer zeigt sich, dass Wien mit 39 Heimen, welche eine 24 Stunden Präsenz anbieten, klar heraussticht. Das sind 75 Prozent aller vollzeitbetreuten Pflegeheime in ganz Österreich. Neben der medizinischen rund um die Uhr Versorgung, werden die Patientinnen und Patienten in den Pflegeeinrichtungen alternativ durch Hausärztinnen und Hausärzte medizinisch betreut, welche bei Bedarf oder in regelmäßigen Abständen ihre Visiten vor Ort

durchführen. Hier liegt der Prozentsatz bei beinahe 70, also in der großen Mehrheit. Eine weitere Möglichkeit der Versorgung besteht in der Durchführung von ärztlichen Visiten, die regelmäßig organisiert in den Pflegeeinrichtungen stattfinden. Diese Variante wird in einem Fünftel aller 820 Pflegeheime praktiziert. 2,5 Prozent konnten nicht eindeutig zugeordnet werden. Zusammenfassend kann man sagen, dass die zeitliche Intensität der medizinischen Versorgung in den Pflegeheimen Österreichs nur in einem äußerst geringen Prozentsatz in einer Vollzeitbetreuung und mit einer großen Mehrheit ausschließlich durch Hausärztinnen- und Hausarztversorgung im Bedarfsfall besteht. Damit wird der medizinischen Betreuung augenscheinlich keine große Bedeutung beigemessen, was für die einzelnen Patientin und den Patienten nicht zum Vorteil, sondern wohl eher nur zum Nachteil sein kann. Die Vorteile und Nachteile der ärztlichen Versorgung rund um die Uhr in Pflegeeinrichtungen werden in Kapitel 5 erläutert.

5 Vorteile und Nachteile einer ärztlichen Betreuung rund um die Uhr in Pflegeheimen

Dieses Kapitel widmet sich der Beantwortung der zentralen Frage dieser Arbeit.

Welche Vorteile und welche Nachteile bringt das Ausmaß einer Vollzeitbetreuung durch Ärztinnen und Ärzte von Pflegeheimpatientinnen und -patienten im Vergleich zu einer medizinischen Versorgung, die zeitlich deutlich geringer ausgeprägt ist und lediglich in einzelnen Tagesvisiten oder gelegentlichen hausärztlichen Besuchen besteht? Welche Erfahrungen wurden bereits in der Vergangenheit gesammelt, welche Lösungsansätze sind bisher in der Literatur vorhanden und welche Schlussfolgerungen für die Zukunft im Sinne und zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten kann man aus dem vorhandenen Wissen und aus Erfahrungswerten ableiten.

5.1 Vorteile

5.1.1 Kontinuität in der Betreuung

Ein bedeutender Vorteil einer ständigen Ärztinnen- und Ärztepräsenz in Langzeitpflegeeinrichtungen liegt in der Kontinuität der Betreuung von Patientinnen und Patienten. Diese wird durch multiprofessionelle Sicht auf die jeweiligen Betreuungsfälle in Zusammenarbeit mit Therapeutinnen und Therapeuten, Psychologinnen und Psychologen etc., weiters durch kontinuierliche und bei Bedarf rasche Verfügbarkeit erforderlicher Therapien und das Vorhandensein verschiedenster diagnostischer Prozesse vor Ort ermöglicht und optimiert. Die kontinuierliche Versorgung durch ein nicht ständig wechselndes Team bringt einerseits für die behandelnde Ärztin und den behandelnden Arzt den Vorteil, dass er die einzelnen Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten und deren Beschwerdebilder schon kennt und sich nicht im Akutfall erst damit vertraut machen muss. Auf der Seite der Patientin und des Patienten besteht der Vorteil darin, und das ist vor allem beim dementen alten Menschen von großer Bedeutung, dass der Zugang von bekannten vertrauten Personen unkomplizierter ist und eher zugelassen wird, als die Behandlung durch fremdes Personal, externe Notärzte, etc. welchen möglicherweise ablehnend oder gar mit Aggression entgegnet wird.

5.1.2 Vermeidung von Krankenhaustransporten

Durch eine ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Pflegeheim und damit einer Kontinuität in der Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten ist meist eine Verlegung in ein Krankenhaus bei somatischer Verschlechterung nicht notwendig und somit vermeidbar (Staudinger et al., 2003). Die Bewohnerinnen und Bewohner werden durch die betreuende anwesende Ärztin oder den Arzt vor Ort im Pflegeheim kontinuierlich versorgt und beobachtet, sodass bei etwaiger Verschlechterung des Gesundheitszustandes sofort reagiert und entsprechende Maßnahmen gesetzt werden können. Die Vermeidung von Krankenhaustransporten bedeutet für die Patientinnen und die Patienten gleichzeitig auch eine Vermeidung von unterschiedlich gearteten negativen Folgen, die ein solcher Transport und Ortswechsel oftmals mit sich bringt. Laut einem Artikel von Olivia Kada aus dem Jahr 2014, das Phänomen „vermeidbarer Krankenhaustransporte aus dem Pflegeheim“ - Die Notwendigkeit multiperspektivischer Forschung (Kada et al., 2014), umfassen die gesundheitlichen Gefahren eines Krankenhausaufenthaltes iatrogene und nosokomiale Infektionen, Funktionseinbußen, Inkontinenz und Delir. Weiters wird die psychische Belastung durch einen Wechsel der Versorgungssettings verdeutlicht mit Begriffen wie „relocation stress“ (Relokationsstress wird definiert als der Wechsel von einer Umgebung in eine andere, der physische und psychische Veränderungen bei Patientinnen und Patienten hervorrufen kann) (Kalbermatten, 2010) oder „transfer trauma“ (Transfertrauma ist ein Begriff, der verwendet wird, um den Stress zu beschreiben, den eine Person erfährt bei einem Wechsel ihres Lebensumfeldes) (Warchol, 2015).

Krankenhaustransporte aus Pflegeheimen sind trotz alledem, vor allem am Lebensende häufig. In der Forschung sind sie mittlerweile stark repräsentiert, nicht zuletzt aus ökonomischen Erwägungen heraus. In den letzten Jahren erschienen zu dem Thema vermeidbare bzw. nicht indizierte Krankenhaustransporte aus Pflegeheimen sieben Papers, allerdings fast zur Gänze den US-amerikanischen Raum betreffend. Einige Beispiele aus der Literatur seien hier angeführt. In der Studie „Reducing avoidable hospital transfers from nursing homes in austria“ aus dem Jahr 2017, zeigte sich, dass durch eine Erhöhung der ärztlichen Präsenz in den Pflegeheimen die Rate an Krankenhauseinweisungen deutlich reduziert werden konnte (Kada et al., 2017). In einem Kärntner Projekt aus dem Jahr 2012 mit dem Titel „Versorgungsoptimierung in

Kärntner Pflegeheimen- Simulation des Regelbetriebs“ (Pinter et al., 2015a), wurde das Ziel verfolgt, unnötige Krankenhaustransporte zu reduzieren, um so die Belastungen für Bewohnerinnen und Bewohner zu reduzieren, und damit auch die Lebensqualität derselben zu verbessern mit dem zusätzlichen Effekt, Kosten auf Seiten des intramuralen Bereichs zu minimieren. Das Ziel wurde in diesem Projekt erreicht durch Optimierung der medizinischen Vor-Ort-Versorgung der Patientinnen und Patienten im Pflegeheim, wobei bei akuten Krankheitsereignissen die übliche hausärztliche Basisbetreuung durch Integration einer internistisch-fachlichen Versorgung ergänzt wurde. Beinahe 50 Prozent der Krankenseinweisungen aus Pflegeheimen konnten durch Verbesserung der medizinischen Versorgungssituation vor Ort im Rahmen einer amerikanischen Studie aus dem Jahr 2013 vermieden werden, wie in dem Artikel „Nursing home characteristics and variation in potentially avoidable hospitalizations“ (Xing et al., 2013) gezeigt wird. Eine weitere Studie, die in 147 nursing homes in New York State im Jahr 2010 durchgeführt wurde, „factors associated with potentially preventable hospitalization in nursing home residents“ (Young et al., 2010), zeigte 4 Faktoren auf, welche zu einer signifikanten Reduktion von Krankenseinweisungen aus den Pflegeheimen geführt haben. Zunächst eine kontinuierliche und effektive Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Ärztinnen und Ärzten, weiters der rasche und einfache Zugang zu (Labor-) Befunden, die Schulung des Personals auf end-of-life care und nicht zuletzt die Betreuung der Patientinnen und Patienten durch Ärztinnen und Ärzte vor Ort im Pflegeheim. Zusammenfassend kann man aus sämtlichen erwähnten Studien nur einen eindeutigen Vorteil in der Vermeidung von Krankenhaustransporten bei einer rund um die Uhr Ärztinnen- und Ärztepräsenz im Pflegeheim erkennen. Als Nebeneffekt bringt die Vermeidung dieser Transporte ins Krankenhaus eine Einsparung von Kosten mit sich, die einerseits durch die Transporte selbst und andererseits durch Versorgung der Patientinnen und Patienten in Notfallambulanzen bzw. in noch größerem Ausmaß bei stationärer Aufnahme im Krankenhaus entstehen. Wobei in Österreich mit Kosten für ein Akutbett von immerhin 856 Euro pro Tag gerechnet werden kann, wie die Abbildung 5 (Bundesministerium für Arbeit, 2017) zeigt.

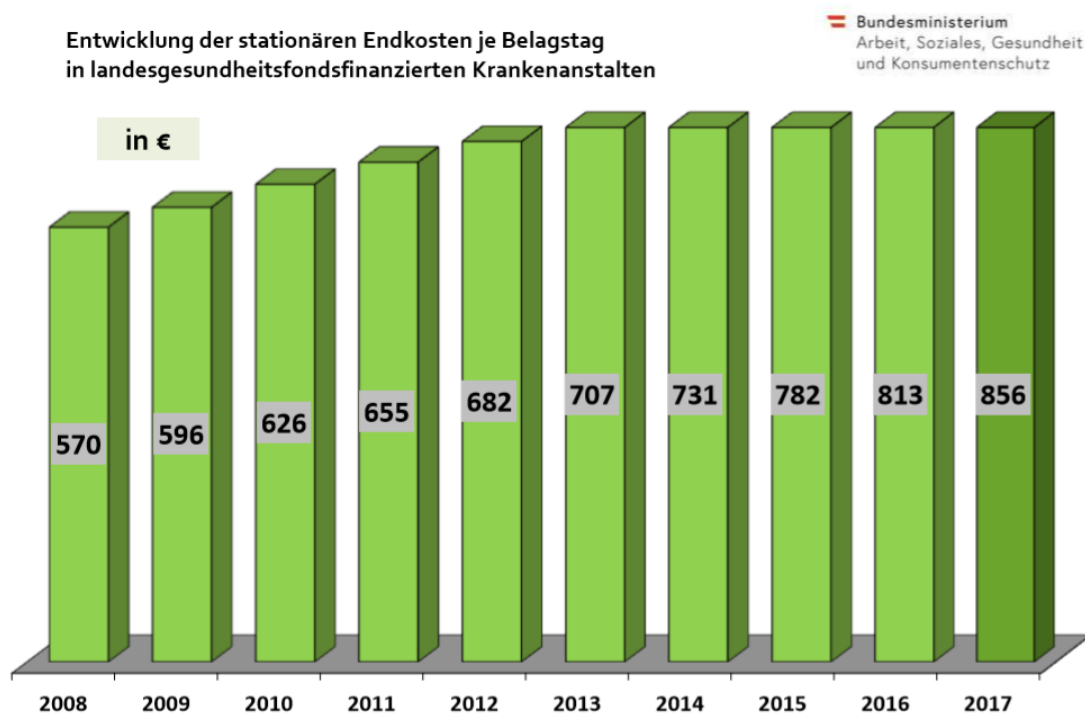


Abbildung 5: Entwicklung der stationären Endkosten je Belagstag

(Abbildung aus BMASGK, 2017)

5.1.3 Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung

Die medizinische, in Zusammenarbeit mit der therapeutischen und psychologischen Betreuung von älteren Menschen stellt zusätzlich zu pflegerischen Maßnahmen einen wesentlichen Faktor für die Sicherstellung der Qualität der Betreuung dar (Staudinger et al., 2003). In der Literatur wird in diversen Studien über die medizinische Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen berichtet. In einem Manuskript von Paul Katz, welches im Jahr 2011 veröffentlicht wurde, „nursing home medical staff organization: correlates with quality indicators“ (Katz et al., 2011), wird der Zusammenhang der Patientinnen- und Patientenversorgung durch Anwesenheit von Ärztinnen und Ärzten in Pflegeheimen mit einer positiven Beeinflussung der Qualität dargestellt. Es konnten Qualitätsverbesserungen im Sinne einer Reduktion von Freiheitsbeschränkungen und Pneumokokkenimpfungen festgestellt werden, weiters kam es zum Rückgang des Auftretens von Schmerzzuständen, Katheterisierung und der Häufigkeit von Druckgeschwüren.

Ein weiteres Kriterium für die Qualität der medizinischen Versorgung betrifft die Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten bei akuten Ereignissen in ein Krankenhaus einweisen zu müssen. Bei verstärkter Ärztinnen- und Ärztepräsenz können die Fallzahlen für diese vermeidbaren Krankenhauseinweisungen durch adäquate stationäre medizinische Betreuung vor Ort verhindert werden. Untersuchungen belegen laut Katz (Katz et al., 2012) dass der unmittelbare Zugang zu ärztlicher Expertise einer jener Faktoren ist, welcher sich günstig auf die Qualität der Versorgung auswirkt, wie eben die Krankenhaushäufigkeit. In einer Arbeit von Henrik van den Bussche aus dem Jahr 2009, „die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien“ (Van den Bussche et al., 2009), wurden 5 größere Studien herangezogen, um die Frage zu beantworten, ob Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner nach Art, Umfang und Qualität ärztlich gut versorgt werden.

Eine dieser Studien, ist die umfangreiche SÄVIP-Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen von Hallauer. Sie beruht auf Angaben von Pflegedienstleitungen. Hierbei wurden 782, das sind 9% aller deutschen Pflegeheime einbezogen und als Untersuchungseinheit bezüglich der ärztlichen Versorgung die Kontakthäufigkeit der Facharzttrichtungen pro Heim und Jahr gezählt. Die MuG-IV Studie befragte 609 Heime mit über 4000 Bewohnerinnen und Bewohnern zu Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen. Auf ca. 1300 betreuten Patientinnen und Patienten basieren die Ergebnisse der Studien des Mannheimer Zentralinstituts für seelische Gesundheit. Ebenfalls auf Befragung der Pflegedienstleitungen aus 56 Pflegeheimen beruht die eqs-Studie (Studie des Privat Institutes für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen). Die Bremer GEK Studie bezieht sich auf Routinedaten der Gmündner Ersatzkasse bezogen auf ICD-10 Diagnosen auf den Krankenscheinen der Vertragsärzte im Jahr 2006 bei über 60-Jährigen. Die Untersuchungseinheit ist hier der Behandlungsfall pro Quartal, womit eine differenziertere Untersuchung der Kontakthäufigkeiten nicht möglich ist. Aufgrund methodischer Grenzen (Subjektive Einschätzungen von Pflegedienstleitungen, regional begrenzte Populationen, bloße Annahmen über erforderliche Zahl von Behandlungsfällen pro Jahr als Vergleichsnorm etc.) erlauben all die durchgeführten Studien nur begrenzte Aussagen über die Qualität der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. In der SÄVIP und eqs Studie wurde die

Qualität der hausärztlichen Versorgung als zufriedenstellend und eher positiv bewertet. Allerdings wurden defizitäre Bereiche genannt, wie die Palliativversorgung, die Versorgung von psychiatrischen Erkrankungen, sowie Wund- und Schmerzbehandlung. Kritisiert wurden weiters zeitlich begrenzte Visiten und eingeschränkte Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte mit dem Pflegepersonal. In allen 5 verglichenen Studien ergaben sich auch Defizite in der fachärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohnerinnen- und Bewohner. Zusammenfassend kann man wie gesagt nur begrenzte Aussagen über die Intensität oder Angemessenheit der medizinischen Versorgungsqualität in den Pflegeeinrichtungen machen, aber einiges lässt sich aus den Studien ableiten. Es gibt Hinweise für einen großen Bedarf an Fortbildung in Geriatrie und Palliativmedizin. Die Versorgung von multimorbiden und pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen- und Heimbewohnern stellt eine komplexe Aufgabe dar, für die definierbare Qualifikationen eine Voraussetzung sind. Die Verbesserung der geriatrischen Qualifikationen sollte durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen gefördert werden und damit auch die Versorgungsqualität in der medizinischen Versorgung der Pflegeheime gewährleisten. Der positive Einfluss der Anwesenheit von Ärztinnen und Ärzten auf die Qualität der Patientinnen- und Patientenversorgung kommt in allen erwähnten Studien klar zum Ausdruck. Die qualifizierte geriatrische Kompetenz der Ärztin und des Arztes ist ein weiterer Faktor, der positive Auswirkungen zeigt.

5.1.4 Patientinnen- und Patientenzufriedenheit

Die Patientinnen- und Patientenzufriedenheit stellt eine zentrale Kategorie der Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen dar. Eine einheitliche Definition für den Begriff Patientinnen- und Patientenzufriedenheit ist bisher nicht vorhanden. In der Sozialforschung ist Patientinnen- und Patientenzufriedenheit ein Konzept, das die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit den in Anspruch genommenen Leistungen im Gesundheitswesen beschreibt (Wikipedia, 2019). Konkret wird darunter die Differenz zwischen der von der Patientin und vom Patienten erwarteten Qualität einer medizinischen Versorgung und der von ihnen wahrgenommenen Qualität im Rahmen ihrer bzw. seiner Versorgung verstanden. Das Konstrukt Patientinnen- und Patientenzufriedenheit stellt sozusagen einen Sammelbegriff für sämtliche Leistungen dar, die eine Patientin bzw. ein Patient im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung wahrnimmt und mit denen sie bzw. er zufrieden oder unzufrieden ist.

Diese Leistungen kann man in drei Bereiche zusammenfassen, medizinische, pflegerische und sogenannte Hotelleistungen. Zur Messung der Zufriedenheit von Pflegeheimbewohnerinnen- und bewohnern gibt es zwei verschiedene Möglichkeiten, die Befragung und die Erhebung mittels Fragebogen. Bei einem Patientinnen- und Patientenklintel, welches in einer stationären Pflegeeinrichtung aufgenommen ist, besteht bei einem Großteil das Problem, dass aufgrund psychischer und physischer Erkrankungen die Erhebung oder die Befragung nicht durchgeführt werden kann. Neben der Befragung von Patientinnen und Patienten werden daher häufig auch Angehörigenbefragungen durchgeführt. Eine Befragung in den Pflegewohnhäusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes aus dem Jahr 2005, in der 905 Bewohnerinnen und Bewohner einbezogen wurden, ergab, dass 40 Prozent der Befragten auf medizinische Hilfe zur Alltagsbewältigung angewiesen sind. Dies bedeutet also, dass die Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes erforderlich ist. Diese medizinische Leistung ist, wie oben erwähnt eine der drei Leistungen, welche wiederum für die Patientinnen und Patientenzufriedenheit mitbestimmend ist.

Das Ausmaß der ärztlichen Präsenz im Pflegeheim geht also mit dem Ausmaß der Zufriedenheit einher und stellt somit einen weiteren Vorteil in der Versorgung der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner dar.

5.1.5 Vermeidung von Versorgungsdefiziten

Ein Mangel an ärztlicher Versorgung in Pflegeheimen hat eine Reihe vielfältiger Defizite in der Betreuung der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner zur Folge. Diese Defizite können durch eine durchgehende Ärztinnen- und Ärztepräsenz vermieden werden. Versorgungsdefizite entstehen ursächlich durch die defizitäre Schnittstelle „ärztliche Versorgung im Pflegeheim“, d.h. durch die mangelnde ärztliche Präsenz und die schlechte intra- und interprofessionelle Kommunikation in der stationären Langzeitpflege. Angesichts ihrer somatischen und psychischen Multimorbidität sind Pflegebedürftige häufig auf ärztliche Leistungen angewiesen (Jacobs et al., 2018). Aufgrund kognitiver- und Mobilitätseinschränkungen ist ein Ärztinnen- oder Arztkontakt im Pflegeheim vor Ort erforderlich. Insbesondere die Polymedikation ist ein problematischer Bereich, wenn keine Kontinuität in der ärztlichen Betreuung gewährleistet ist. Es kommt zu risikobehafteten Verordnungen von für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Medikamenten (Holt et al., 2015). Außerdem werden die Patientinnen und Patienten fehlversorgt, was Psychopharmaka

und Antidementiva bei dementiellen Bewohnern betrifft (Balzer et al., 2013). Weitere Defizite werden im Bereich der Diagnostik und Versorgung bezogen auf Demenz und Depressionen, sowie Diabetes mellitus aufgezeigt. Mit einer 24 Stunden Betreuung durch ärztliches Personal in den Pflegeeinrichtungen können solche Versorgungsdefizite vermieden werden. Hiermit bestätigt sich ein weiterer Vorteil dieser Form der medizinischen Versorgung in Langzeitpflegeeinrichtungen.

5.2 Nachteile

Dieser Aspekt spiegelt sich im Großen und Ganzen in einer Kosten- und Kapazitätsfrage wider.

5.2.1 Hohe Personalkosten durch hohes Ausmaß an ärztlicher Präsenz

Ohne hier auf konkrete Zahlen eingehen zu wollen, ist in der Zukunft mit einer Steigerung der Kosten für die Pflege und somit auch für Langzeitpflegeeinrichtungen zu rechnen (Bundesministerium für Arbeit, 2010). Primär sind die Kostensteigerungen zurückzuführen auf die demographische Entwicklung mit Überalterung der Bevölkerung, welche bereits an vorderer Stelle dieser Arbeit dargestellt wurde. Daneben spielen eine Steigerung des Nettoförderaufwandes eine Rolle durch den Rückgang der Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten, welcher wiederum durch einen Rückgang der Einkommen bedingt ist. Weiters wird auch eine Kostensteigerung für den Betreuungsplatz erwartet aufgrund Veränderung der Personalqualifikation. Begründung hierfür ist ein steigender Pflegebedarf. Diese Entwicklung kann erwartet werden, wenn Menschen immer später und mit höherem Pflegebedarf ins Heim kommen und sich dies in Zukunft auch noch verstärken wird. Erhöhter Pflege- und Betreuungsbedarf der Pflegeheimbewohnerinnen- und Bewohner impliziert einen erhöhten Bedarf an medizinischer Betreuung mit entsprechender Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte.

Durch vermehrte Anwesenheiten der Ärztinnen und Ärzte in den Pflegeeinrichtungen entstehen logischerweise höhere Personalkosten, was sich auf der nachteiligen Seite einer ärztlichen rund um die Uhr Präsenz niederschlägt.

5.2.2 Hohe Personalkapazitäten erforderlich

Die Ärztekammer warnt vor einem akuten Ärztemangel in Österreich (Egyed, 2019). In 10 Jahren werden durch Pensionierung jährlich 938 Ärztinnen und Ärzte im

niedergelassenen Bereich fehlen, wobei noch nicht das Bevölkerungswachstum und die immer älter werdende Bevölkerung einberechnet ist. Gleichzeitig verfügt Österreich aber über eine hohe Ärztinnen- und Ärztedichte (5,05 pro tausend Einwohnerinnen und Einwohner). Nur Griechenland hat laut OECD mehr Ärztinnen und Ärzte pro tausend Einwohnerinnen und Einwohner. Laut IHS-Experten Thomas Czypionka, wird auf Österreich dann ein Problem zukommen, wenn der gegenwärtige Zustand bei der ärztlichen Versorgung aufrechterhalten wird. Es gibt derzeit ungewöhnlich viele Einzelpraxen in Österreich, international üblich sind hingegen ein bis drei Ärztinnen und Ärzte, die mit medizinischem Personal zusammenarbeiten. Man könnte die Kapazitäten mit einem solchen Versorgungsmodell deutlich erhöhen. Der aktuell herrschende Ärztinnen- und Ärztemangel aber unter der gegebenen Versorgungssituation stellt ein Defizit dar. Dies macht sich auch in den Langzeitpflegeeinrichtungen bemerkbar. Der Präsident der Wiener Ärztekammer, Thomas Szekeres, spricht von Nachteilen und Mangelversorgung, die in Kauf genommen würden (Wien, 2016). Im Bereich der Pflegewohnhäuser des Wiener Gesundheitsverbundes wurde bereits eine Reihe von Nachtdiensten ersatzlos gestrichen. Wobei es sich um vielfach schwer kranke, teilweise Wachkomapatientinnen- und Patienten handelt. Ein Aufrechterhalten der ärztlichen rund um die Uhr Versorgung, wie es aktuell in den Pflegewohnhäusern des Wiener Gesundheitsverbundes noch der Fall ist, wird in der Zukunft möglicherweise nicht mehr gewährleistet sein.

5.2.3 Einschränkung der Kompetenz des Pflegepersonals

Viele der ärztlichen Routinetätigkeiten werden in anderen Ländern durch diplomiertes Pflegepersonal durchgeführt. In Österreich wird eine Veränderung diesbezüglich zugunsten des Pflegepersonals verhindert. Eine effizientere Aufteilung zwischen ärztlichem- und Pflegepersonal wäre erstrebenswert und könnte helfen, das Gesundheitssystem in der derzeitigen Situation aufzuwerten und zu mehr Effizienz verhelfen. Das Pflegepersonal ist aktuell hinsichtlich ihrer Kompetenz insbesondere in den Pflegeeinrichtungen mit ärztlicher rund um die Uhr Präsenz eingeschränkt. Routinetätigkeiten, wie Blutabnahmen und Infusionen setzen werden hierorts noch immer nicht (vollständig) vom Pflegepersonal übernommen. Solange Ärztinnen und Ärzte diese Aufgaben erledigen, wird dies indirekt eine Einschränkung der Kompetenz des Pflegepersonals zur Folge haben.

6 Zusammenfassung

Wie aus vielen nationalen und internationalen Studien hervorgeht, ist die Implementierung von Vollzeitärztinnen und Vollzeitärzten in Pflegeheimen generell nicht empfehlenswert. Das bedeutet aber nicht, dass diese Form der ärztlichen Versorgung gänzlich abzulehnen ist, sondern in Einzelfällen die Gesamtversorgungssituation im Gesundheitssystem betrachtet und danach entschieden werden muss. Die Begründung für diese Schlussfolgerung beruht zum Teil darauf, dass die ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen sehr unterschiedliche Strukturen aufweist und eine Verallgemeinerung nicht zulässig ist. Allein schon aufgrund der kaum ausreichenden personellen Kapazitäten ist eine generelle Anstellung von Vollzeitärztinnen und -Ärzten unmöglich, wenngleich der Mehrwert einer Ärztespräsenz rund um die Uhr in den Pflegeheimen unbestritten ist. Ärztinnen und Ärzte in den Pflegeheimen, sollen eine solide geriatrische bzw. altersmedizinische Ausbildung als Grundlage für die Behandlung der vielfältigen gesundheitlichen Probleme der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mitbringen. Die ärztliche Betreuung sollte regelmäßig und strukturiert erfolgen und Kontinuität haben. Dies kann in unterschiedlichen Versorgungsmodellen geschehen. Das Beispiel GEKO (Pinter et al., 2015b) (Geriatrischer Konsiliardienst) ist ein Modell, welches erfolgreich erprobt wurde und vielversprechend erscheint. In diesem Modell ergänzen geriatrische Konsiliarärztinnen oder Konsiliarärzte die Versorgung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner im Pflegeheim, um die Vor-Ort-Versorgung zu optimieren. Die Grundidee ist es, bei akutem Versorgungsbedarf die ärztliche Behandlung ins Pflegeheim zu integrieren und damit Spitaleinweisungen, sowie häufig damit einhergehende weitere gesundheitliche Komplikationen des Patienten, zu vermeiden. Als weiteres Modellprojekt, das positive Ergebnisse zeigte, ist „Ärztliche Koordination in Pflegeheimen“ (Fredersdorf et al., 2015), welches in Vorarlberg durchgeführt wurde, zu erwähnen. Unter Mitwirkung einer ärztlichen Koordination im Pflegeheim führte multiprofessionelle Zusammenarbeit zu besserer Versorgungsqualität, mehr Zufriedenheit im Betreuungsteam und schließlich auch zu einer Kostenreduktion. Neben diversen erfolgreichen ärztlichen Versorgungsmodellen von Pflegeheimen sei auch, angesichts sinkender Zahlen an Ärztinnen und Ärzten und im Sinne einer optimalen Auslastung, die Telemedizin erwähnt. Dies scheint vor allem in ländlichen

Regionen, wo die Verfügbarkeit von geriatrisch geschultem Personal problematisch ist, sinnvoll.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sämtliche Modelle auf verstärkter Koordination, Kooperation und Kommunikation der involvierten Berufsgruppen aufbauen. Als Basis ist eine solide altersmedizinische Ausbildung erforderlich, die postgraduell gefördert werden sollte.

7 Literaturverzeichnis

- Austria, S. (2018) *Bevölkerung nach Alter und Geschlecht. 7* www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html: Zugegriffen
- Austria, S. (2019a) *Bevölkerungsstand*
- Austria, S. (2019b) *Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher sowie Ausgaben für das Bundespflegegeld 1997-2017*
- Austria, S. (2019c) *Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher sowie Ausgaben für das Bundespflegegeld 1997-2017*.
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/020069.html
- Austria, S. (2019d) *Bevölkerungsprognosen*
- Austria, S. (2019e) *Bevölkerung nach Altersgruppen*
- Balzer, K., Butz, S., Bentzel, J., Boukhemair, D. & Lühmann, D. (2013) *Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland*
Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information,
- Bundes, R. d. (1993) *Bundesgesetzblatt 866/1993*
- Bundes, R. d. (2019a) *Bundespflegegesetz*
- Bundes, R. d. (2019b) *Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz*,
- Bundesministerium für Arbeit, S., Gesundheit und Konsumentenschutz (2017) *Entwicklung der stationären Endkosten je Belagstag in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten*
- Bundesministerium für Arbeit, S., Gesundheit und Konsumentenschutz (2019a) *Alten und Pflegeheime*
- Bundesministerium für Arbeit, S., Gesundheit und Konsumentenschutz (2019b) *Pflegegeld*
- Bundesministerium für Arbeit, S. u. K. (2010) *Betreuungs- und Pflegeangebote in Österreich Darstellung der Pläne der Bundesländer bis 2020*
- Egyed, M.-T. (2019) Warum der Ärztemangel keiner ist. *Der Standard*,
- EUROSTAT (2018) *Bevölkerungsstruktur nach Hauptaltersgruppen, EU-28, 2017-2080*
- Famira-Mühlberger, U., Firgo, M., Fritz, O. & Streicher, G. (2017) *Österreich 2025 – Pflegevorsorge – Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen*.
<https://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/main.jart?rel=de&content-id=1487278189573&j-cc-node=news&j-cc-id=1496906589258>
- Fredersdorf, F., Lorünser, D. & Mos, S. (2015) *Evaluation des Vorarlberger Modellprojekts „Ärztliche Koordination“ 2014/2015*
- Hallauer, J., Bienstein, C., Lehr, U. & Rönsch, H. (2005) *SÄVIP-Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*.
- Holt, S., Schmiedl, S. & Thürmann, P. A. (2015) *PRISCUS-Liste*
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinge, A. (2018) *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege*.
- Kada, O., Janig, H., Hollerer, A. & Isak, A.-M. (2014) Das Phänomen „vermeidbare Krankenhaustransporte aus dem Pflegeheim“. Die Notwendigkeit multiperspektivischer Forschung
- Kada, O., Janig, H., Likar, R., Cernic, K. & Pinter, G. (2017) *Reducing Avoidable Hospital Transfers From Nursing Homes in Austria*.
- Kalbermatten, G. (2010) *Präventive Massnahmen gegen Relokationsstress bei IPS – Patienten Eine systematische Literaturübersicht*
- Katz, P. R., Karuza, J., Lima, J. & Intrator, O. (2011) *Nursing Home Medical Staff Organization: Correlates with Quality Indicators*

- Katz, P. R., Karuza, J., Intrator, O. & Mor, V. (2012) *Nursing Home Physician Specialists: A Response to the Workforce Crisis in Long-Term Care*
- Markaritzter, K. (2010) *Alten- und Pflegeheime: Zu rasch ins Krankenhaus!*
ÖBAK (2017) *Bundespflegegeld.*
<https://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577694> –
Abgefragt am: 02.05.2019.
- oesterreich.gv.at (2019) *Allgemeines zu Alten - und Pflegeheimen*
Pflege.at (2019) *Pflege nach Arten-Langzeitbetreuung.*
<https://www.pflege.at/contents/13599/langzeitpflege>
- Pinter, G., Likar, R., Janig, H., Kada, O. & Cernic, K. (2015a) *Versorgungsoptimierung in Kärntner Pflegeheimen-Simulation des Regelbetriebs.*
- Pinter, G., Likar, R., Janig, H., Kada, O. & Cernic, K. (2015b) *Versorgungsoptimierung in Kärntner Pflegeheimen.*
- Schneider, U., Österle, A., Schober, D. & Schober, C. (2006) *Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung.*
- Schröfel, S.-C., Lübke, N., Van den Bussche, H. & Löschmann, C. (2009) *Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland*
- Staudinger, C., Rosenberger-Spitzky, A. & Gatterer, G. (2003) *Multiprofessionelle Altenbetreuung, ein praxisbezogenes Handbuch:* Springer-Verlag, Wien
- Van den Bussche, H., Weyerer, S., Schäufele, M., Lübke, N., Schröfel, S.-C. & Dietsche, S. (2009) *Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland–eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien.* 85, 240-246
- Warchol, K. (2015) *How to reduce transfer trauma for a person with dementia.*
<https://www.crisisprevention.com/Blog/November-2010/A-Real-Issue-for-Many-Individuals-With-Dementia>
- Wien, Ä. f. (2016) *Ärztelkammer warnt vor massiven Versorgungsengpässen in Wien Kapazitäten der Spitäler werden heruntergefahren – Teilweise monatelange Wartezeiten auf*
<https://www.aekwien.at/-/arztekkammer-warnt-vor-massiven-versorgungsengpassen-in-wien>
- Wikipedia (2019) *Patientenzufriedenheit.* <https://de.wikipedia.org/wiki/Patientenzufriedenheit>
- Wilbacher, I., Scheffel, S., Glock, B. & Zechmeister, M. (2017a) *Medizinische Versorgung in Pflegeheimen in Österreich*
- Wilbacher, I., Scheffel, S., Glock, B. & Zechmeister, M. (2017b) *Medizinische Versorgung in Pflegeheimen in Österreich.*
- Wilbacher, I., Scheffel, S., Glock, B. & Zechmeister, M. (2017c) *Medizinische Versorgung in Pflegeheimen in Österreich*
- Wilbacher, I., Scheffel, S., Glock, B. & Zechmeister, M. (2017d) *Medizinische Versorgung in Pflegeheimen in Österreich.*
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.647827&version=1513857256>
- Xing, J., Mukamel, D. B. & Temkin-Greener, H. (2013) *Hospitalizations Among Nursing Home Residents in the Last Year of Life: Nursing Home Characteristics and Variation in Potentially Avoidable Hospitalizations.*
- Young, Barhydt, Broderick, Colello & Hannan (2010) *Factors associated with potentially preventable hospitalization in nursing home residents in New York State: a survey of directors of nursing.*
- Hallauer et al., 2005