

# **COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen, 2020**

Endbericht Stand: Juli 2020

## **Impressum**

### **Medieninhaber und Herausgeber:**

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)  
Stubenring 1, 1010 Wien

### **Verlags- und Herstellungsort:** Wien

**Mit Beiträgen von:** Bachner, Florian; Edtmayer, Alice; Juraszovich, Brigitte; Rappold, Elisabeth; Schmidt, Andrea; (alle GÖG) Schmid, Daniela; Pfeiffer, Sabine; (beide AGES)

**Druck:** Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Wien, 2020

### **Alle Rechte vorbehalten:**

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten ist als Quellenangabe anzugeben: BMSGPK (Hg.): COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen, 2020.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

**Bestellinfos:** Kostenlos zu beziehen über das Broschürens-service des Sozialministeriums unter der Telefonnummer 01 711 00-86 2525 oder per E-Mail unter [broschuerenservice@sozialministerium.at](mailto:broschuerenservice@sozialministerium.at).

## Vorwort



Rudolf Anschober  
© BKA/Andy Wenzel

Sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Leserinnen und Leser,

die Corona Pandemie hat nicht nur Österreich, sondern die ganze Welt getroffen. In Österreich ist es uns gelungen, mit gutem Krisenmanagement rasch Maßnahmen zu setzen, um im internationalen Vergleich gesehen gut durch das erste Halbjahr 2020 gekommen zu sein.

Ältere Personen zählen zu den Risikogruppen in Bezug auf das Coronavirus und müssen besonders geschützt werden. Die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz erarbeiteten Handlungsempfehlungen für den Bereich der Langzeitpflege und -betreuung haben daher aus meiner Sicht einen wichtigen Rahmen für den Umgang mit COVID-19 in Einrichtungen der Pflege und Betreuung geboten.

Es freut mich besonders, dass die vorliegende Studie zeigt, dass viele Institutionen angeben, dass sie diese Empfehlungen kennen, und nahezu alle, die sie kennen, auch umgesetzt haben.

Dennoch wird auch aufgezeigt, dass wir weiteren Handlungsbedarf haben. Diese kritische Reflexion ist gerade in der jetzigen Phase der Corona Krise wichtig und bietet Möglichkeit zur weiteren Verbesserung unseres Krisenmanagements.

Ich möchte mich ausdrücklich bei allen tatkräftigen Pflegekräften bedanken, die sich in dieser herausfordernden Zeit über die Maßen engagiert haben und ihren besonders wertvollen Einsatz geleistet haben. Vor allem ist es ihnen zu verdanken, dass wir in Österreich in den Einrichtungen der Langzeitpflege und –betreuung die gute Versorgung aufrechterhalten konnten und weiterhin gemeinsam an Verbesserungen arbeiten können.

Rudolf Anschober  
Bundesminister  
Juli 2020



# Kurzfassung

Im vorliegenden Bericht erfolgt im ersten Teil eine Analyse der vorhandenen epidemiologischen Daten zu SARS-CoV-2-Infektionen und -Todesfällen in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege.

Bis zum 22. Juni 2020 wurden insgesamt 923 SARS-CoV-2-Infektionsfälle in stationären Alten- und Pflegeheimen erfasst, dies entspricht rund 1,3 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner (kumulative Inzidenz). In Summe infizierten sich in 117 Einrichtungen Bewohnerinnen und Bewohner mit SARS-CoV-2. Das hauptsächliche Infektionsgeschehen in Alten- und Pflegeheimen verläuft annähernd parallel zum bundesweiten Epidemieverlauf. Die Vulnerabilität von Menschen in Alten- und Pflegeheimen wird besonders am hohen Anteil an COVID-19-Todesfällen sichtbar: Mehr als die Hälfte aller Frauen, die aufgrund von COVID-19 in Österreich verstarben, lebten in Alten- und Pflegeheimen (52,1 %), ebenso ein Viertel aller Männer (24,5 %). Bis zum 22. Juni 2020 verstarben in Summe 260 Bewohnerinnen und Bewohner an COVID-19, dies entspricht einem Anteil von rund 36,8 Prozent an allen bis zu diesem Zeitpunkt verstorbenen COVID-19-Fällen in Österreich.

Die Maßnahmen, die in Alten- und Pflegeheimen in Österreich gesetzt wurden, haben dazu beigetragen, dass der Anteil an COVID-19-Fällen in diesen Einrichtungen im internationalen Vergleich niedrig ausfällt. Die verstärkte Aufmerksamkeit für diesen Bereich zeigt sich auch in einer umfassenden Screening-Strategie für Pflegekräfte und Bewohner/-innen. Sie ist ein wichtiges Mittel, um auch bei einem möglichen höheren Infektionsgeschehen in der Lage zu sein, Infektionsfälle rasch zu identifizieren und entsprechend zu reagieren.

Eine der ersten und wesentlichen Schutzmaßnahmen in Österreich war „physical distancing“. Zum Schutz der Risikogruppe der älteren Menschen wurden Besuchsbeschränkungen in Pflegeheimen in allen Bundesländern Mitte März 2020 umgesetzt. Darüber hinausgehend wurden vom BMSGPK Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2-Infektionen mit Relevanz für den Langzeitpflegebereich publiziert, in der Folge auch Empfehlungen für Lockerungsmaßnahmen. Um die Umsetzbarkeit und Praktikabilität dieser Empfehlungen in den Pflegeheimen evaluieren zu können, wurde eine systematische Umfrage gestartet. Bis zu 90 % der befragten Institutionen geben an, die Empfehlungen zu kennen, und nahezu alle, die sie kennen, haben sie auch umgesetzt.

Aus der Umfrage ergeben sich auch Maßnahmvorschläge, die dazu beitragen sollen, für eine ähnliche Situation in Zukunft möglichst gut vorbereitet zu sein. Dabei sind fünf Themenbereiche angesprochen:

- Rahmenbedingungen für Pflege in Krisensituationen
- Personal in Alten- und Pflegeheimen
- Kooperationen und Zusammenarbeit
- Partizipation und Selbstbestimmung von Bewohnerinnen und Bewohnern
- Forschungsarbeiten zu COVID-19

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>3</b>
<b>Kurzfassung</b> .....	<b>5</b>
<b>Inhalt</b> .....	<b>7</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>9</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>10</b>
<b>Abkürzungen</b> .....	<b>12</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>13</b>
<b>2 Epidemiologische Analyse</b> .....	<b>15</b>
2.1 Inhalte, Daten und Methoden .....	15
2.2 Kontext: COVID-19 in Österreich .....	16
2.3 Ergebnisse: COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen .....	21
2.3.1 Epidemiologische Merkmale der Betroffenen .....	22
2.4 Betroffene Einrichtungen .....	27
<b>3 Internationaler Vergleich</b> .....	<b>29</b>
3.1 COVID-19-Todesfälle in der Gesamtbevölkerung.....	31
3.2 Internationaler Vergleich von Fällen in Alten- und Pflegeheimen .....	33
<b>4 Evaluierung der Empfehlungen für Schutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen</b> ... <b>36</b>	
4.1 Ziele und Grundlagen.....	36
4.2 Methodisches Vorgehen.....	39
4.3 Ergebnisse .....	40
4.3.1 Wichtige Partner während der Krise .....	40
4.3.2 Die Empfehlungen zu Schutzmaßnahmen und Lockerungen des Sozialministeriums im Einzelnen.....	42
<b>5 Diskussion</b> .....	<b>55</b>
Themenbereich 1: Rahmenbedingungen für Pflege in Krisenzeiten .....	55
Maßnahmen .....	56
Themenbereich 2: Personal in Alten- und Pflegeheimen .....	56
Maßnahmen .....	57
Themenbereich 3: Kooperationen und Zusammenarbeit.....	58
Maßnahmen .....	58

Themenbereich 4: Partizipation und Selbstbestimmung von Bewohnerinnen/Bewohnern.....	59
Maßnahmen:.....	59
Themenbereich 5: Forschungsarbeiten zu COVID-19 .....	60
Maßnahmen .....	60
<b>Literatur.....</b>	<b>61</b>



# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kumulative Fälle, Inzidenz, Todesfälle und geheilte Fälle mit bestätigter SARS-CoV-2-Infektion (Stand: 22.6.2020) .....	17
Tabelle 2:	Anzahl der Fälle nach Altersgruppe (Stand: 22.6.2020) .....	19
Tabelle 3:	Todesfälle und Letalität (Tote pro 100 Infektionsfälle) pro Bundesland und BL-spezifische altersstandardisierte Letalität (Stand: 22.6.2020) .....	21
Tabelle 4:	COVID-19-Fälle in Alten- und Pflegeheimen nach Altersgruppen und Geschlecht (Stand: 22.6.2020) .....	24
Tabelle 5:	COVID-19-Fälle in Alten- und Pflegeheimen nach Bundesländern (Stand: 22.6.2020) .....	27
Tabelle 6:	Überblick über potenzielle und umgesetzte präventive Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen .....	30

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Epidemiologische Kurve (Stand: 22.6.2020) .....	17
Abbildung 2:	Kumulative Anzahl der Fälle und Inzidenz nach Altersgruppen (Stand: 22.6.2020).....	18
Abbildung 3:	Kumulative Anzahl der COVID-19-Todesfälle und kumulative Mortalität nach Altersgruppe und Geschlecht (Stand: 22.6.2020) .....	20
Abbildung 4:	Letalität (COVID-19-Todesfälle pro 100 Infektionsfälle) nach Altersgruppe (Stand: 22.6.2020).....	20
Abbildung 5:	Epidemiologische Kurve von Infektionsfällen in Alten- und Pflegeheimen (Stand: 22.6.2020) .....	22
Abbildung 6:	Anzahl der SARS-CoV-2-Infektionen in Alten- und Pflegeheimen nach Geschlecht und Altersgruppen (Stand: 22.06.2020).....	23
Abbildung 7:	Letalität nach Geschlecht in Alten- und Pflegeheimen, in absoluten Zahlen und in Prozent (Stand: 22.6.2020) .....	25
Abbildung 8:	Letalität nach Altersgruppen in Alten- und Pflegeheimen (Stand: 22.6.2020) .....	26
Abbildung 9:	SARS-CoV-2-Infektionen (absolut) inkl. Verstorbenen in Alten- und Pflegeheimen nach Altersgruppen und Geschlecht (Stand: 22.6.2020)..	26
Abbildung 10:	Inzidenz Gesamtbevölkerung je 100.000 Einwohner/-innen und Inzidenz in Alten- und Pflegeheimen (Stand: 22.6.2020) .....	28
Abbildung 11:	Internationaler Vergleich: Mortalität nach Altersgruppen in Österreich und 11 OECD-Ländern (Gesamtbevölkerung).....	31
Abbildung 12:	Internationaler Vergleich: COVID-19-Mortalität in der Altersgruppe 60+ in Österreich bzw. in 11 OECD-Ländern.....	32
Abbildung 13:	Internationaler Vergleich: COVID-19-Mortalität je 100.000 Einwohner/- innen im europäischen Vergleich .....	33
Abbildung 14:	Internationaler Vergleich: Letalität Bewohner/-innen in Alten- und Pflegeheimen .....	34
Abbildung 15:	Internationaler Vergleich: Anteil der COVID-19-Todesfälle in Alten- und Pflegeheimen an allen Todesfällen.....	35
Abbildung 16:	Empfehlungen des Sozialministeriums: Anteil der Einrichtungen, welche diese kennen bzw. umgesetzt haben (in Prozent, n = 304) .....	43
Abbildung 17:	Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung, Antworten der Einrichtungen in Prozent (n = 304) .....	45

Abbildung 18:	Umsetzung von Empfehlungen zur räumlichen Ausstattung, Antworten der Einrichtungen in Prozent (n = 304) .....	46
Abbildung 19:	Umsetzung der Empfehlungen zum Personal, Angaben der Einrichtungen in Prozent (n = 304) .....	47
Abbildung 20:	Verfügbarkeit von Schutzausrüstung und Schutzmaterialien, Antworten der Einrichtungen in Prozent (n = 304) .....	50
Abbildung 21:	Maßnahmen zu Kommunikation und Information, Antworten der Einrichtungen in Prozent (n = 304) .....	52
Abbildung 22:	Lockerung der Besuchsbeschränkungen, Antworten der Einrichtungen in Prozent (n = 304).....	53

# Abkürzungen

AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
BMAFJ	Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
OPCAT-Kommission	Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment - Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe
RKI	Robert-Koch-Institut
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
WHO	World Health Organisation

# 1 Einleitung

Für kaum einen anderen Bereich wurde die Bedeutung von Professionalität und Qualität im Rahmen der COVID-19-Krise so deutlich wie für den Sektor der Langzeitpflege und -betreuung. Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sind aufgrund ihres Alters sowie diverser Vorerkrankungen vielfach besonders gefährdet, von einem schweren Verlauf in Folge einer COVID-19-Erkrankung betroffen zu sein. Die Infektionsgefahr ist zudem in stationären Einrichtungen durch den Kontakt mit Personal und anderen Bewohnerinnen und Bewohnern im Allgemeinen hoch. Auch die Clusteranalysen der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) zeigen, dass stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege und -betreuung ein besonders betroffenes Setting sind, in welchem das SARS-CoV-2-Virus häufig Verbreitung gefunden hat. Rund ein Drittel aller COVID-19-Todesfälle betrifft Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Maßnahmen, die in Alten- und Pflegeheimen in Österreich gesetzt wurden, haben dazu beigetragen, dass der Anteil an COVID-19-Fällen in diesen Einrichtungen im internationalen Vergleich niedrig ausfällt. Die verstärkte Aufmerksamkeit für diesen Bereich zeigt sich auch in einer umfassenden Screening-Strategie für Pflegekräfte und Bewohner/-innen. Sie ist ein wichtiges Mittel, um auch bei einem möglichen höheren Infektionsgeschehen in der Lage zu sein, Infektionsfälle rasch zu identifizieren und entsprechend zu reagieren.

Eine der ersten und wesentlichen Schutzmaßnahmen in Österreich war „physical distancing“. Zum Schutz der Risikogruppe der älteren Menschen wurden Besuchsbeschränkungen in Pflegeheimen in allen Bundesländern Mitte März 2020 umgesetzt. Darüber hinausgehend wurden vom BMSGPK Empfehlungen mit Relevanz für den Langzeitpflegebereich publiziert:

- Empfehlung zu COVID-19-Schutzmaßnahmen für Pflege und Betreuung: Teil-/Stationäre Einrichtungen und Mobile Dienste (8.5.2020)
- Empfehlung zum Umgang mit SARS-CoV-2 Kategorie I-Kontaktpersonen – bei versorgungskritischem Gesundheits- und Schlüsselpersonal (29.3.2020)
- Empfehlungen zur schrittweisen Lockerung der aufgrund der COVID-19-Pandemie erlassenen Besuchsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen ab 4. Mai 2020 (28.4.2020)

- Empfehlungen zur schrittweisen Rückkehr zum Alltag in Alten- und Pflegeheimen und teilstationären Einrichtungen ab 9. Juni 2020 (09.06.2020)

Begleitend zur Lockerung der Besuchsbeschränkungen werden systematische Testungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Alten- und Pflegeheime durchgeführt wie auch eine kontinuierliche Beobachtung der SARS-CoV-2 Verbreitung in hoher zeitlicher Dichte, um so bei Bedarf rechtzeitig reagieren zu können. Auf Basis dieser Evaluierung werden die Entscheidungen für eine zweite Phase getroffen.

Dieser Bericht umfasst vier Teile: erstens eine Analyse der vorhandenen epidemiologischen Daten zu Infektionen und Todesfällen in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (Stand: 22. Juni 2020, siehe Kapitel 2.3), zweitens einen Überblick über die Zahlen und Fakten Österreichs im internationalen Vergleich (siehe Kapitel 3), drittens das Ergebnis der systematischen Erhebungen in Pflegeheimen zur Umsetzung der Schutzmaßnahmen (siehe Kapitel 4) und viertens eine Diskussion geeigneter Maßnahmen (siehe Kapitel 5), um auch in Zukunft auf eine ähnliche Situation vorbereitet zu sein.

# 2 Epidemiologische Analyse

## 2.1 Inhalte, Daten und Methoden

Die vorliegende Analyse basiert auf Daten des österreichischen Epidemiologischen Meldesystems (BMSGPK 2020). Relevante Falldaten wurden von der Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance der AGES (Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit) bei den zuständigen Behörden erhoben und im EMS komplettiert. Die Auswertung wurde mit Daten zum Stand 22. Juni 2020 durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt waren österreichweit insgesamt 17.306 SARS-CoV-2 Infektionsfälle erfasst.

Im Zentrum der vorliegenden Studie steht die Zielgruppe der Bewohner/-innen von stationären Alten- und Langzeitpflegeeinrichtungen. Im Rahmen der Schutzmaßnahmen gegen Sars-CoV-2-Infektionen kam es weitgehend zur Einstellung von Kurzzeitpflege und teilstationären Tagesbetreuungen, weshalb die zugrundeliegende Studienpopulation ausschließlich auf Langzeitbetreuungsformen im Sinne von stationären Diensten und alternativen Wohnformen beschränkt wurde.

Die Identifikation betroffener Bewohner/-innen in stationärer Alten- und Langzeitpflege erfolgte über epidemiologische Abklärungen in Form von Clusteranalysen und eines Abgleichs von Wohnadressen von Personen mit positiven Sars-CoV-2 Laborbefunden. Zur Identifikation wurde seitens des BMSGPK eine Liste mit insgesamt 930 Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Im Auftrag des BMSGPK ist es Aufgabe der AGES, durch epidemiologische Abklärungen jedes Ausbruchs – und somit auch des COVID-19-Ausbruchs – Quellen der Infektion bzw. Übertragungsketten der Fälle zu identifizieren.

Infektionsfälle von SARS-CoV-2 werden durch das diagnostizierende Labor innerhalb von 24 Stunden webbasiert in das EMS eingepflegt. Die fallbasierten Informationen im EMS beinhalten folgende Daten: Fall-Demografie (z. B. Alter, Geschlecht, Wohnort, gegenwärtiger Aufenthaltsort, Nationalität), Labordaten (z. B. Labormelde-Datum, Labordiagnose-Datum), klinische Daten (Erkrankungsdatum, klinische Manifestation, Erkrankungsausgang, Hospitalisation), Reise-Historie und epidemiologische Daten (wahrscheinlicher Quellenfall, Folgefälle, wahrscheinliches Setting von Infektionserwerb und -verbreitung – z. B. Freizeitsetting, Arbeitsstätte, Haushalt, Schule/Kindergarten, Pflegeheim/Altenheim/ Seniorenresidenz). Die fallbasierten Daten werden täglich zweimal

(7.00 Uhr, 16.00 Uhr) aktualisiert, hinsichtlich Datenqualität geprüft und vervollständigt. Anschließend werden die Fälle in Cluster zusammengeführt und diese in Zusammenschau des Erkrankungsbeginns, des seriellen Intervalls und der Inkubationszeit in Transmissionsketten aufgelöst (Borkovec et al. 2020).

## 2.2 Kontext: COVID-19 in Österreich

Die COVID-19-Pandemie nahm im Dezember 2019 in der chinesischen Metropole Wuhan der Provinz Hubei ihren Anfang und erreichte Österreich am 25. Februar 2020 mit der Registrierung der ersten beiden Infektionsfälle in Tirol. Am 11. März 2020 erklärte die WHO die Erkrankung aufgrund der weltweiten Verbreitung zur Pandemie (WHO 2020b).

Bis zum 22. Juni 2020 wurden österreichweit insgesamt 17.306 SARS-CoV-2 Infektionsfälle erfasst, wovon 706 Todesfälle<sup>1</sup> verzeichnet wurden (4,1 %). Zu diesem Zeitpunkt galten 14.669 Fälle als geheilt.<sup>2</sup> Tabelle 1 fasst die Fallentwicklung in Österreich kumulativ zusammen. Die höchste kumulative Inzidenz bezogen auf 100.000 Einwohner/-innen wurde in Tirol mit 470,1 Fällen, die niedrigste in Kärnten mit 75,6 registriert.

---

<sup>1</sup> Definition „Covid-19-Todesfall“: inkludiert Fälle von SARS-CoV-2-Infektion mit Ausgang Tod, wobei die SARS-CoV-2-Infektion die zugrunde liegende Ursache oder die mit zum Tod führende Ursache sein kann; Fälle, bei denen keine gesicherten Angaben zu einer dieser Kriterien vorliegen, werden ebenfalls inkludiert (Borkovec et al. 2020).

<sup>2</sup> Definition „geheilt“: bei Heimpflege 14-tägige Heimisolation, wobei davon mindestens die letzten zwei Tage beschwerdefrei sind; bei Hospitalisation Beschwerdefreiheit plus PCR-basierter Nachweis einer Virus-Clearance (Borkovec et al. 2020).



Tabelle 1: Kumulative Fälle, Inzidenz, Todesfälle und geheilte Fälle mit bestätigter SARS-CoV-2-Infektion (Stand: 22.6.2020)

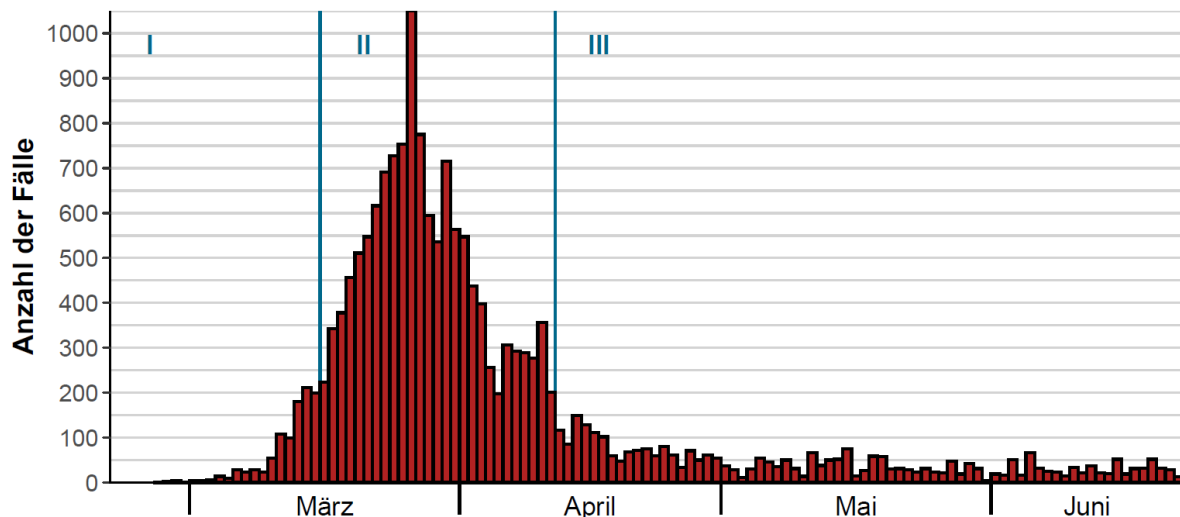
	Fälle	Inzidenz je 100.000 EW	Todesfälle	Genesen
<b>Österreich</b>	<b>17.306</b>	<b>195,4</b>	<b>706</b>	<b>14.669</b>
Burgenland	348	118,6	11	318
Kärnten	424	75,6	13	402
Niederösterreich	2.953	176,0	105	2.686
Oberösterreich	2.350	158,6	62	2.209
Salzburg	1.244	224,1	37	1.186
Steiermark	1.852	149,0	151	1.673
Tirol	3.548	470,1	112	3.431
Vorarlberg	907	230,0	19	884
Wien	3.680	193,9	196	1.880

EW = Einwohner/-innen

Quelle: EMS 2020

Im zeitlichen Verlauf der Epidemie in Österreich zeigte sich der bisherige Höhepunkt am 26. März 2020 mit 1.064 Neuerkrankungen. Unter anderem aufgrund der von der Regierung ergriffenen Maßnahmen kam es danach zu einem raschen Abflachen der epidemiologischen Kurve auf ein konstant niedriges Niveau (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Epidemiologische Kurve (Stand: 22.6.2020)



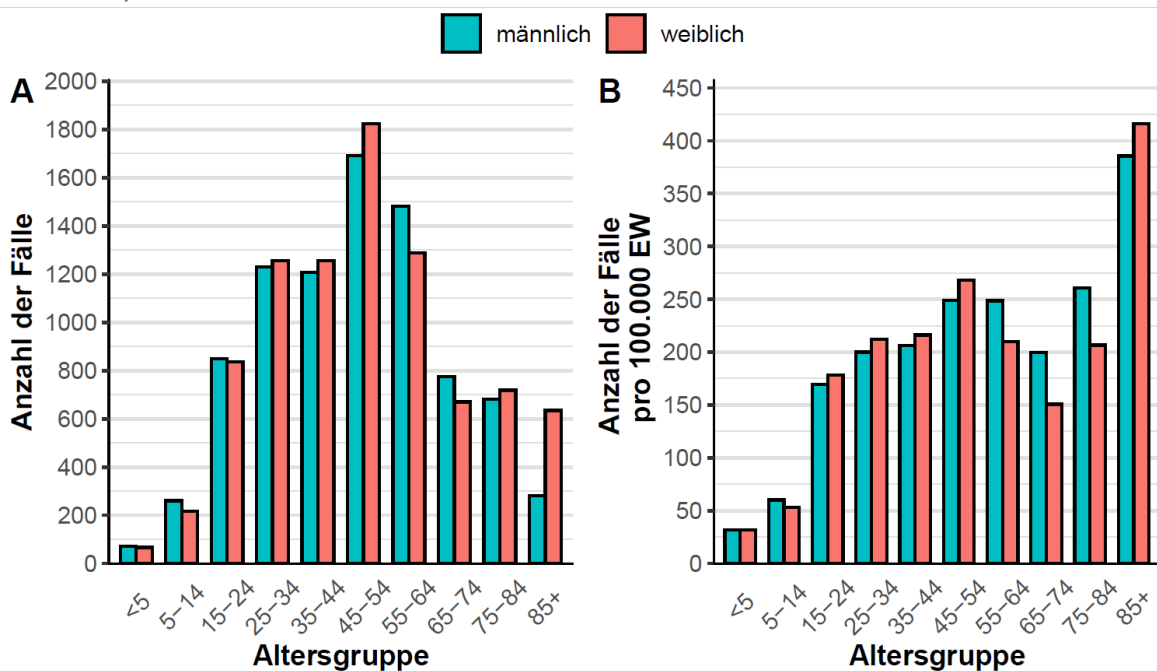
Anmerkung: neu identifizierte Fälle bestätigter SARS-CoV-2-Infektion nach Tag der Labordiagnose bzw. Labormeldung (bei fehlender Information zum Labordiagnose-Datum wird der Tag der positiven Labormeldung herangezogen, der üblicherweise innerhalb der 24 Stunden nach Labordiagnose liegt); die Epidemie wird in drei Phasen unterteilt. Phase I: Naive Phase bis zum 15.03.2020, Phase II: Lockdown ab dem 16.03.2020 bis zum 11.04.2020, Phase III: Zunehmende Lockerungen ab dem 12.04.2020.

Quelle: Borkovec et al. 2020

Die meisten dieser Fälle (75 %) sind zwischen 15 und 64 Jahre alt. Das Geschlechterverhältnis der betroffenen Fallpopulation ist relativ ausgewogen. Bezogen auf 100.000 Einwohner/-innen waren 195,9 männliche und 194,9 weibliche Personen betroffen (8.534 bzw. 49,3 % männliche und 8.772 bzw. 50,7 % weibliche Fälle). Werden alle Altersgruppen in absoluten Zahlen betrachtet (nach 10-Jahres-Altersgruppen), so sind die Fallzahlen in den Altersgruppen 45-54 Jahre und 55-64 Jahre am höchsten. Diese Altersgruppen stellen demografisch auch die größten Bevölkerungsgruppen dar. Wird die Größe der jeweiligen Altersgruppe mitberücksichtigt, so zeigt sich, dass die Fallzahlen in den höheren Altersgruppen deutlich ansteigen, insbesondere in der Altersgruppe der über 85-Jährigen (siehe Abbildung 2 und Tabelle 2), welche auch den größten Bewohneranteil in stationären Alten- und Pflegeheimen ausmachen.

Die am stärksten betroffene Altersgruppe ist mit 405,9 Fällen je 100.000 Einwohner/-innen die Altersgruppe der über 85-Jährigen, gefolgt von der Altersgruppe 45-54 mit einer kumulativen Inzidenz von 258,7 Fällen und der Altersgruppe 75-84 mit 229,8 Fällen je 100.000 Einwohner/-innen. Sowohl in der weiblichen wie auch in der männlichen Bevölkerung ist die Altersgruppe der über 85-Jährigen mit 415,7 weiblichen und 385,3 männlichen Fällen am stärksten betroffen (Borkovec et al. 2020).

Abbildung 2: Kumulative Anzahl der Fälle und Inzidenz nach Altersgruppen (Stand: 22.6.2020)



EW=Einwohner/-innen

Quelle: Borkovec et al. 2020

Tabelle 2: Anzahl der Fälle nach Altersgruppe (Stand: 22.6.2020)

Altersgruppe	Fälle	in %	je 100.000 EW
<5	138	0,8	31,7
5-14	479	2,8	56,8
15-24	1.687	9,7	174,0
25-34	2.487	14,4	206,1
35-44	2.465	14,2	211,3
45-54	3.514	20,3	258,7
55-64	2.772	16,0	229,1
65-74	1.447	8,4	173,6
75-84	1.400	8,1	229,8
85+	917	5,3	405,9

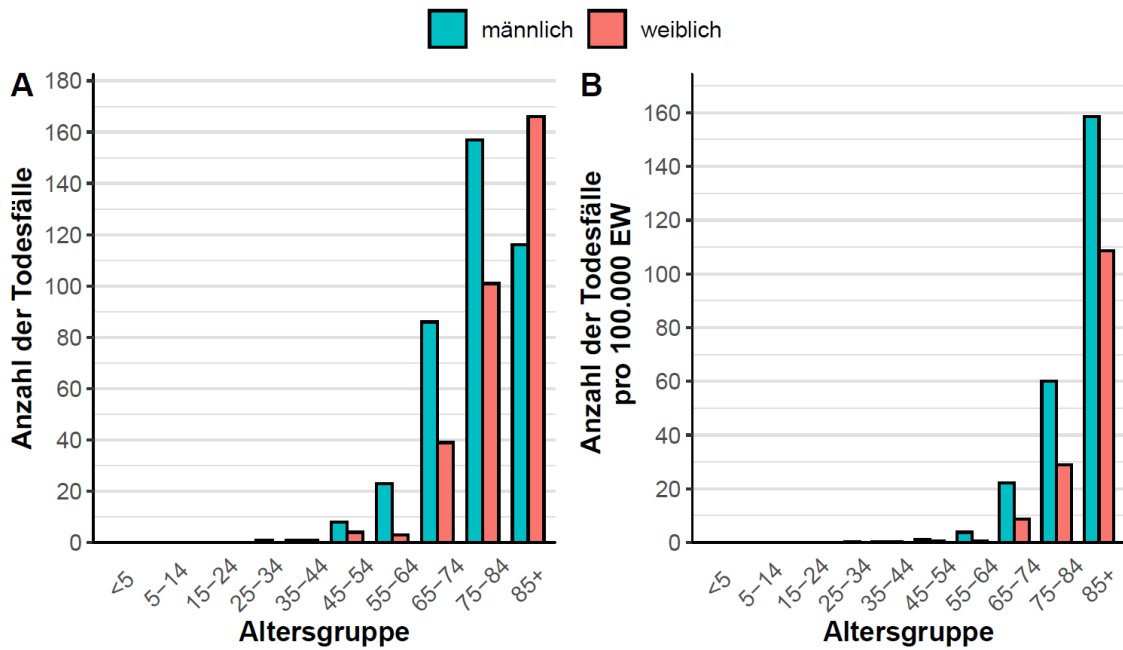
EW=Einwohner/-innen

Quelle: EMS 2020

Zum Berichtszeitpunkt (22.6.2020) wurden insgesamt 706 Todesfälle mit einer laborbestätigten SARS-CoV-2-Infektion im EMS erfasst. Die Letalität (COVID-19-Todesfälle in Relation zu allen Infektionsfällen) beläuft sich über den gesamten Epidemieverlauf österreichweit zum Berichtszeitpunkt auf 4,1 %. 76,5 % der Todesfälle und 13,4 % der Infektionsfälle sind älter als 74 Jahre. Unter den Todesfällen sind Männer (55,4 %) stärker als Frauen (44,6 %) vertreten. Aus Abbildung 3 und Abbildung 4 wird ersichtlich, dass die Wahrscheinlichkeit, an COVID-19 zu versterben, in höheren Altersgruppen zunimmt und wiederum in der Altersgruppe der über 85-Jährigen am höchsten ist. Von 100 Infektionsfällen in der Altersgruppe der über 85-Jährigen verstarben bis zum Berichtszeitpunkt durchschnittlich rund 31 Personen.

Im Bundesländervergleich zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der Letalität. Die rohe Fallsterblichkeitsrate war in der Steiermark mit 8,1 % am höchsten und in Vorarlberg mit 2,1 % am niedrigsten. Hier spiegelt sich auch die besondere Betroffenheit von stationären Alten- und Langzeitpflegeeinrichtungen in der Steiermark wider (siehe Abschnitt 2.4). Bereinigt um altersbedingte Effekte zeigt Wien die höchste altersstandardisierte Letalitätsrate von 5,2 % (standardisiert mit der österreichischen Fallpopulation), gefolgt von der Steiermark mit 4,4 % (siehe Tabelle 3).

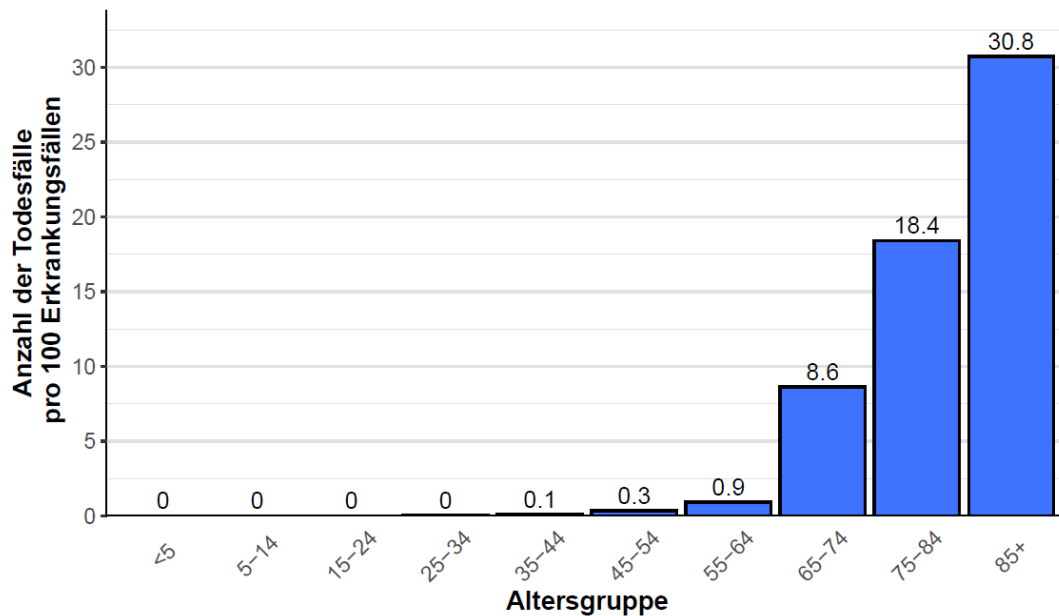
Abbildung 3: Kumulative Anzahl der COVID-19-Todesfälle und kumulative Mortalität nach Altersgruppe und Geschlecht (Stand: 22.6.2020)



EW=Einwohner/-innen

Quelle: Borkovec et al. 2020

Abbildung 4: Letalität (COVID-19-Todesfälle pro 100 Infektionsfälle) nach Altersgruppe (Stand: 22.6.2020)



Quelle: Borkovec et al.2020

Tabelle 3: Todesfälle und Letalität (Tote pro 100 Infektionsfälle) pro Bundesland und BL-spezifische altersstandardisierte Letalität (Stand: 22.6.2020)

	Todesfälle absolut	Letalität	altersstandardisierte Letalität
<b>Burgenland</b>	<b>11</b>	3,2 %	3,9 %
<b>Kärnten</b>	<b>13</b>	3,1 %	4,3 %
<b>Niederösterreich</b>	<b>105</b>	3,6 %	3,9 %
<b>Oberösterreich</b>	<b>62</b>	2,6 %	3,5 %
<b>Salzburg</b>	<b>37</b>	3,0 %	3,6 %
<b>Steiermark</b>	<b>151</b>	8,2 %	4,4 %
<b>Tirol</b>	<b>112</b>	3,2 %	3,2 %
<b>Vorarlberg</b>	<b>19</b>	2,1 %	2,9 %
<b>Wien</b>	<b>196</b>	5,3 %	5,2 %
<b>Österreich</b>	<b>706</b>	4,1 %	

Anmerkung: Die Verzögerung zwischen Erkrankungsbeginn und Eintritt des Todes wurde bei dieser Analyse nicht korrigiert.

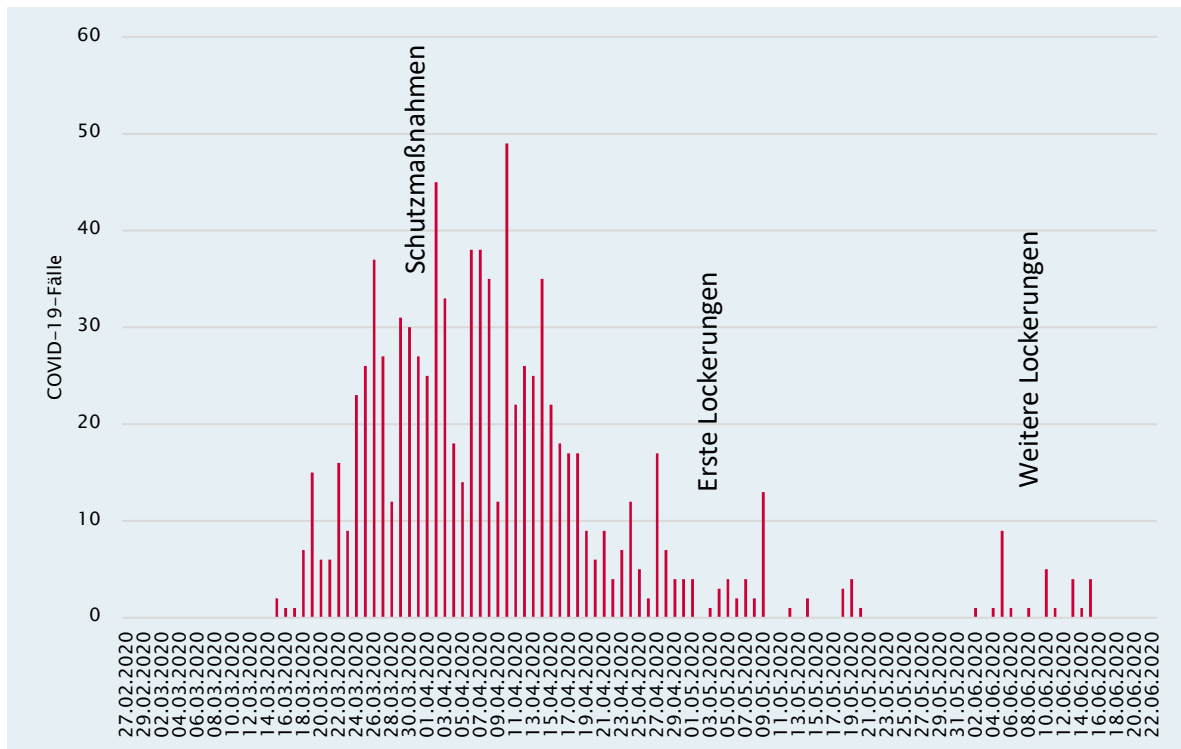
Quelle: Borkovec et al. 2020

### 2.3 Ergebnisse: COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen

Bis zum 22. Juni 2020 wurden insgesamt 923 COVID-19-Fälle in stationären Alten- und Pflegeheimen erfasst. Insgesamt wurden rund 1,3 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner in Alten- und Pflegeheimen in Österreich positiv getestet (kumulative Inzidenz). Laut Pflegedienstleistungsstatistik lebten Ende 2018 insgesamt 72.825 Personen in Einrichtungen für Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste sowie in alternativen Wohnformen (BMASGK 2019).

In Summe infizierten sich in 117 Einrichtungen Bewohnerinnen und Bewohner mit SARS-CoV-2. Das hauptsächliche Infektionsgeschehen in Alten- und Pflegeheimen verläuft annähernd parallel zum bundesweiten Epidemieverlauf (siehe Abbildung 5). Der Großteil der Infektionen mit SARS-CoV-2 fand demnach zwischen dem Lockdown ab dem 16. März 2020 bis zur Phase der zunehmenden Lockerungen Mitte April 2020 statt. So infizierten sich zwischen 16. März und 16. April 2020 rund 79 % aller Fälle in Alten- und Pflegeheimen. Mit einem Abflachen der Infektionsfälle kam es mit 4. Mai 2020 zu ersten Lockerungsschritten (u. a. Aufhebung des Besuchsverbots). Im Mai 2020 konnte ein beinahe vollständiges Erliegen von Ansteckungen erreicht werden. Am 9. Juni wurden weitere Lockerungsschritte verlautbart (u. a. Besuche von Kindern). Von Anfang bis Mitte Juni 2020 traten wieder vereinzelte Cluster auf. Zwischen 15. und 22. Juni 2020 wurden keine neuen Fälle in Alten- und Pflegeheimen verzeichnet.

Abbildung 5: Epidemiologische Kurve von Infektionsfällen in Alten- und Pflegeheimen (Stand: 22.6.2020)

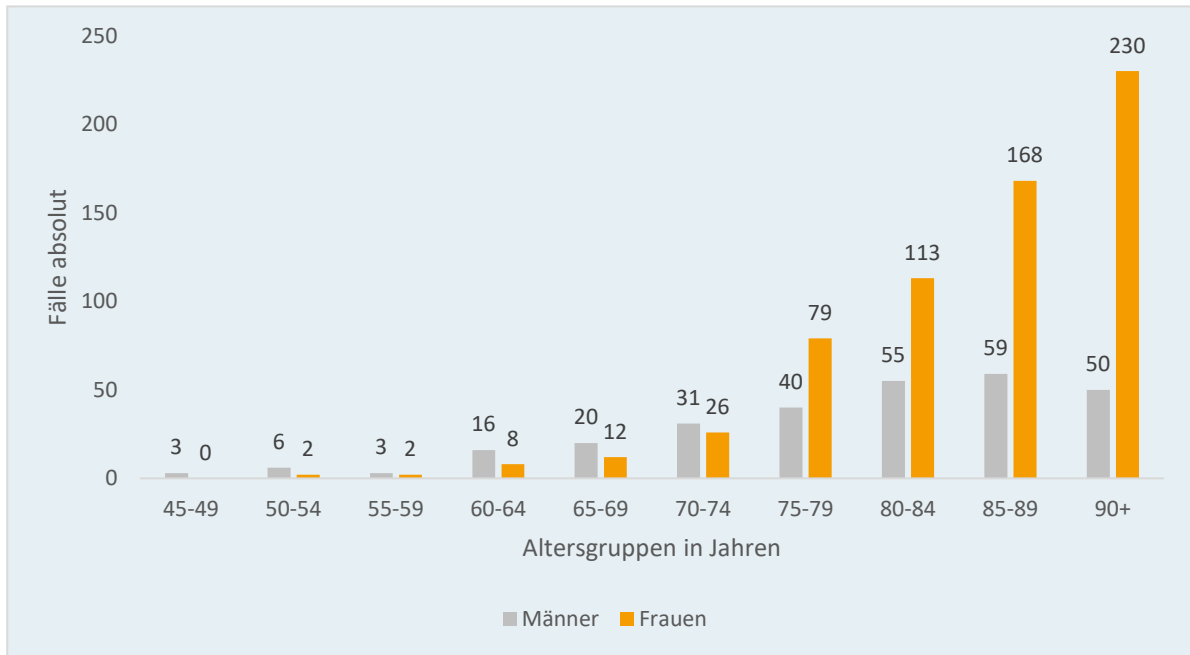


Quelle: Darstellung GÖG, basierend auf EMS-Daten

### 2.3.1 Epidemiologische Merkmale der Betroffenen

Absolut betrachtet waren mehr als zwei Drittel der von SARS-CoV-2 betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner weiblich (69 %, n = 640) und nur rund ein Drittel männlich (31 %, n = 283). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass deutlich mehr Frauen als Männer in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. alternativen Wohnformen leben: Im Jahr 2018 waren es 51.836 Frauen und 20.989 Männer, was einem Frauenanteil von 71,2 Prozent entspricht (BMASGK 2019). In Relation zur Geschlechtsverteilung der Bewohner/-innen waren geringfügig mehr Männer (1,3 %) als Frauen (1,2 %) betroffen.

Abbildung 6: Anzahl der SARS-CoV-2-Infektionen in Alten- und Pflegeheimen nach Geschlecht und Altersgruppen (Stand: 22.06.2020)



Quelle: Darstellung GÖG, basierend auf EMS-Daten

Der hohe Anteil an älteren und hochaltrigen SARS-CoV-2-Infektionen ist primär auf die allgemeine Altersstruktur in Alters- und Pflegeheimen zurückzuführen, wenngleich Personen in den Altersgruppen 75 bis 84 Jahre sowie 85 Jahre und älter im Vergleich zur Bewohnerstruktur bei COVID-19-Fällen etwas überrepräsentiert sind. Eine detaillierte Aufstellung der SARS-CoV-2-Infektionen in Alten- und Pflegeheimen nach Altersgruppen und Geschlecht findet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4: COVID-19-Fälle in Alten- und Pflegeheimen nach Altersgruppen und Geschlecht (Stand: 22.6.2020)

Alter	Männer		Frauen		gesamt	
	Fälle (absolut)	in %	Fälle (absolut)	in %	Fälle (absolut)	in %
45-49	3	1,1 %	0	0,0 %	3	0,3 %
50-54	6	2,1 %	2	0,3 %	8	0,9 %
55-59	3	1,1 %	2	0,3 %	5	0,5 %
60-64	16	5,7 %	8	1,3 %	24	2,6 %
65-69	20	7,1 %	12	1,9 %	32	3,5 %
70-74	31	11,0 %	26	4,1 %	57	6,2 %
75-79	40	14,1 %	79	12,3 %	119	12,9 %
80-84	55	19,4 %	113	17,7 %	168	18,2 %
85-89	59	20,8 %	168	26,3 %	227	24,6 %
90+	50	17,7 %	230	35,9 %	280	30,3 %
<b>gesamt</b>	<b>283</b>	<b>100 %</b>	<b>640</b>	<b>100 %</b>	<b>923</b>	<b>100 %</b>

Quelle: Darstellung GÖG, basierend auf EMS-Daten

Die Vulnerabilität von Menschen in Alten- und Pflegeheimen wird besonders am hohen Anteil an COVID-19-Todesfällen sichtbar: Mehr als die Hälfte aller Frauen, die aufgrund von COVID-19 in Österreich verstarben, lebten in Alten- und Pflegeheimen (52,1 %), ebenso ein Viertel aller Männer (24,5 %).

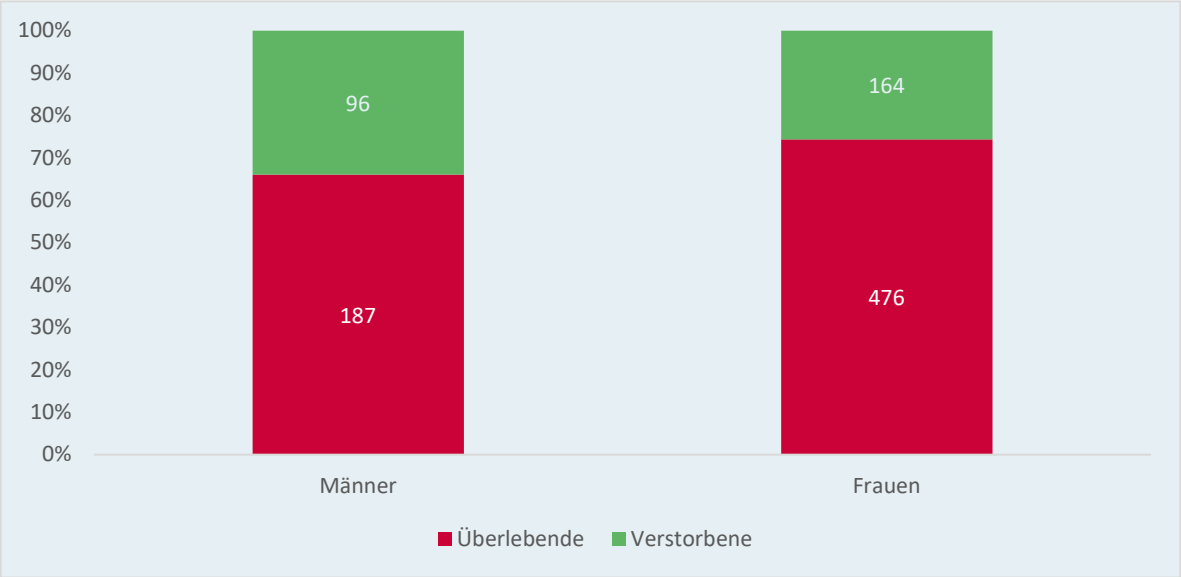
Bis zum 22. Juni 2020 verstarben in Summe 260 Bewohnerinnen und Bewohner an COVID-19, dies entspricht einem Anteil von rund 36,8 Prozent an allen bis zu diesem Zeitpunkt Verstorbenen in Österreich. 36,9 Prozent der Verstorbenen waren Männer (n = 96) und 63,1 Prozent Frauen (n = 164). Die geschlechtsspezifische Mortalität unter den Bewohnerinnen und Bewohnern war mit 0,5 Prozent bei Männern, wie auch in der Gesamtbevölkerung, höher als jene der Frauen mit 0,3 Prozent. Insgesamt verstarben rund 0,4 Prozent aller in Österreich in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Bewohner/-innen an COVID-19, womit Österreich im internationalen Vergleich eine relativ niedrige Mortalität in dieser Gruppe aufweist (siehe auch Kapitel 3).

Ein weiterer relevanter Indikator in diesem Zusammenhang ist die rohe Fallsterblichkeit (Letalität), welche ausdrückt, wie hoch der Anteil der Fälle ist, die an COVID-19 versterben. Bei Männern in Alten- oder Pflegeheimen beträgt die Letalität ein Drittel. Dies bedeutet, dass jeder dritte infizierte männliche Fall, der in einer stationären Einrichtung getestet wurde, verstarb (33,9 %). Bei Frauen traf dies etwa auf jede vierte positiv Getestete in Alten- und Pflegeheimen (25,6 %) zu (siehe Abbildung 7). Insgesamt lag die Fallsterblichkeit in



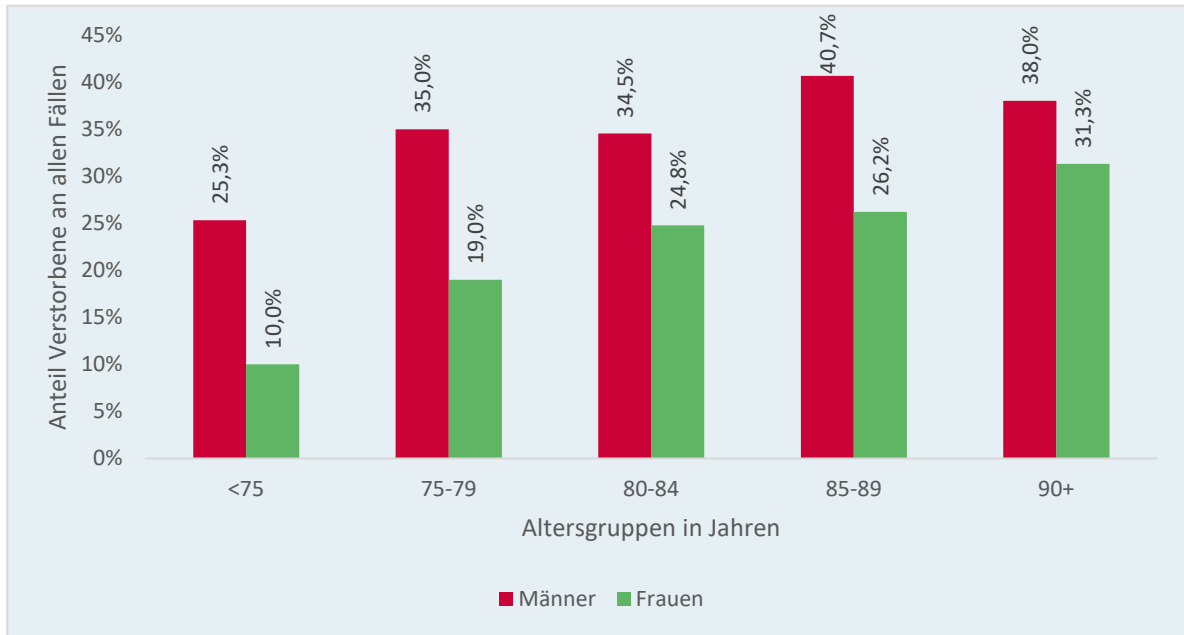
Alten- und Pflegeheimen bei 28,2 Prozent. Sie ist deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung (mit 4,1 %, siehe Tabelle 3). Die höchste Wahrscheinlichkeit, zu versterben, hatten hochaltrige Männer: Von allen männlichen Fällen in Alten- und Pflegeheimen verstarben in der Altersgruppe 85 Jahre und älter knapp vier von zehn Personen an COVID-19 (siehe Abbildung 8).

Abbildung 7: Letalität nach Geschlecht in Alten- und Pflegeheimen, in absoluten Zahlen und in Prozent (Stand: 22.6.2020)



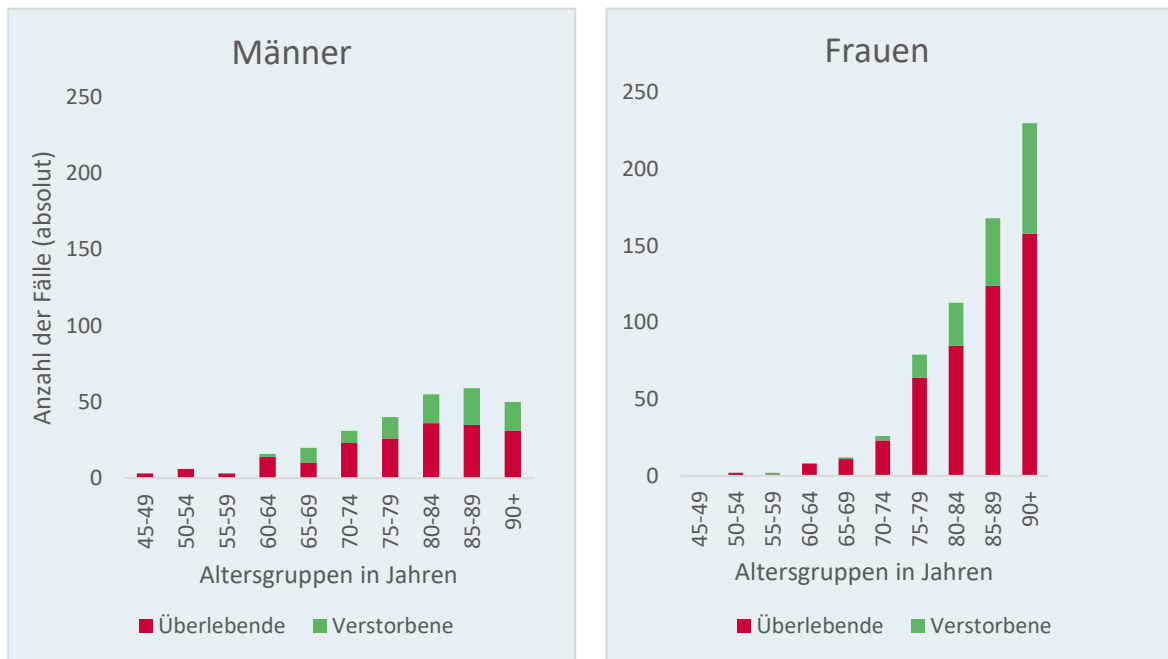
Quelle: Darstellung GÖG, basierend auf EMS-Daten

Abbildung 8: Letalität nach Altersgruppen in Alten- und Pflegeheimen (Stand: 22.6.2020)



Quelle: Darstellung GÖG, basierend auf EMS-Daten

Abbildung 9: SARS-CoV-2-Infektionen (absolut) inkl. Verstorbenen in Alten- und Pflegeheimen nach Altersgruppen und Geschlecht (Stand: 22.6.2020)



Quelle: Darstellung GÖG, basierend auf EMS-Daten

## 2.4 Betroffene Einrichtungen

Insgesamt wurden in 117 von 930 Einrichtungen Bewohnerinnen und Bewohner mit SARS-CoV-2 infiziert (12,6 %). Im Durchschnitt waren größere Einrichtungen stärker betroffen. Die durchschnittliche Anzahl an Pflege- oder Betreuungsplätzen betrug in den betroffenen Einrichtungen 105 (Median: 96 Plätze). Hingegen beträgt die durchschnittliche Anzahl an Betreuungsplätzen in allen Einrichtungen 73. Die Anzahl der Plätze in Alten- und Pflegeheimen ist statistisch signifikant mit dem Auftreten von COVID-19-Fällen assoziiert.

Rund 42,7 Prozent der betroffenen Einrichtungen waren unter privater Trägerschaft (50 Einrichtungen) und 57,3 Prozent öffentlich (67). Es konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Trägerschaft und dem Auftreten von COVID-19-Fällen festgestellt werden.

Tabelle 5: COVID-19-Fälle in Alten- und Pflegeheimen nach Bundesländern (Stand: 22.6.2020)

Bundesland	Fälle in APH	Betroffene APH	% der APH im BL	Männer	%	Frauen	%	Median Alter	Inzidenz in APH je 1.000 BW	Inzidenz BL je 100.000 EW	Letalität
Burgenland	6	2	4,4 %	4	66,7 %	2	33,3 %	79,5	2,6	118,6	0 %
Kärnten	0	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	-	0,0	75,6	0 %
Niederösterreich	53	13	11,9 %	18	34,0 %	35	66,0 %	80,0	6,0	176	23 %
Oberösterreich	59	15	11,4 %	21	35,6 %	38	64,4 %	86,0	5,2	158,6	27 %
Salzburg	49	9	11,5 %	16	32,7 %	33	67,3 %	85,0	10,8	224,1	37 %
Steiermark	305	23	10,5 %	92	30,2 %	213	69,8 %	86,0	22,5	149	27 %
Tirol	168	24	23,5 %	51	30,4 %	117	69,6 %	87,0	28,1	470,1	24 %
Vorarlberg	46	3	5,3 %	11	23,9 %	35	76,1 %	85,0	19,9	230	28 %
Wien	237	28	31,1 %	70	29,5 %	167	70,5 %	86,0	13,0	193,9	32 %
<b>Österreich</b>	<b>923</b>	<b>117</b>	<b>12,6 %</b>	<b>283</b>	<b>30,7 %</b>	<b>640</b>	<b>69,3 %</b>	<b>86,0</b>	<b>12,7</b>	<b>195,4</b>	<b>28 %</b>

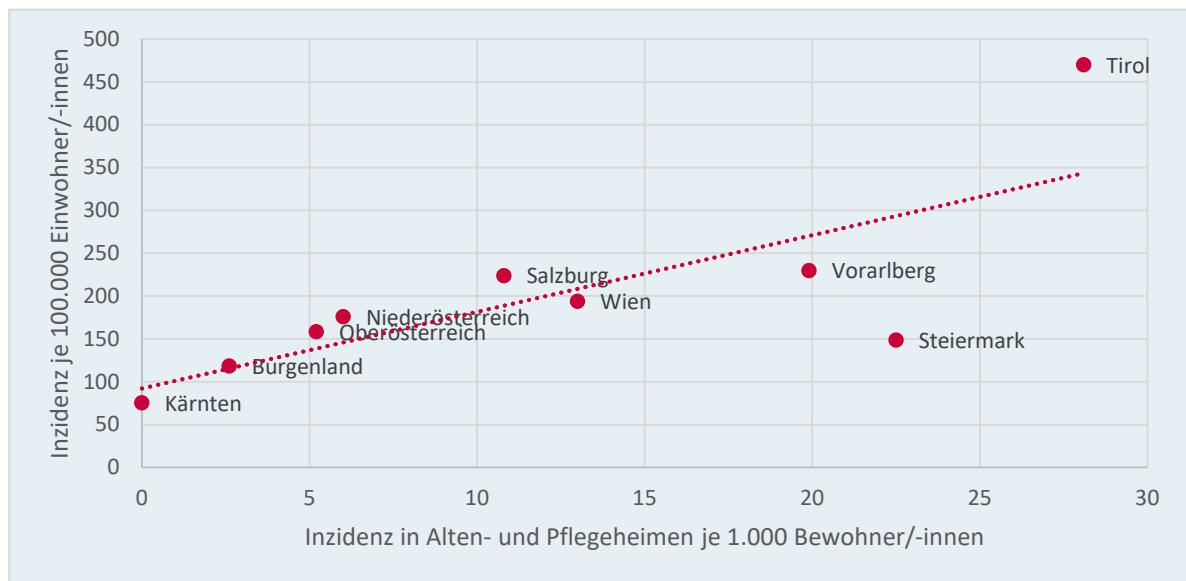
APH=Alten- und Pflegeheime, BL=Bundesland, BW= Bewohner/-innen, EW=Einwohner/-innen

Quelle: Darstellung GÖG, basierend auf EMS-Daten

Die höchste kumulative Inzidenz sowohl bezogen auf die Gesamtbevölkerung wie auch bezogen auf Pflegeeinrichtungen ist in Tirol zu finden, wo rund drei Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden (2,9 %), gefolgt von der Steiermark (2,2 %) und Vorarlberg (1,9 %). Kaum Fälle gab es in Alten- und Pflegeheimen im Burgenland (n = 6) und keine Fälle in Kärnten. Am jüngsten waren die Betroffenen in

Alten- und Pflegeheimen in Niederösterreich (Medianalter: 79,5 Jahre), am ältesten in Tirol (Medianalter: 87 Jahre). Die höchste Letalität – als Anteil an allen Infizierten in stationären Einrichtungen – gab es in Salzburg mit 37 Prozent, die niedrigste mit 23 Prozent in Niederösterreich (siehe Tabelle 5). Tendenziell ist die Inzidenz der Gesamtbevölkerung mit jener in Pflegeheimen je Bundesland positiv assoziiert (siehe Abbildung 10), was auch den Ergebnissen aus internationalen Studien entspricht (Kapitel 3).

Abbildung 10: Inzidenz Gesamtbevölkerung je 100.000 Einwohner/-innen und Inzidenz in Alten- und Pflegeheimen (Stand: 22.6.2020)



Quelle: Darstellung GÖG, basierend auf EMS-Daten

Die Gründe für die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind vielschichtig und lassen sich anhand der vorliegenden Daten nicht analysieren. In Kanada, dem Land mit der höchsten bekannten Letalitätsrate in Alten- und Pflegeheimen, konnten Zusammenhänge mit prekären Personalsituationen und Fallhäufungen in Pflegeheimen hergestellt werden (Comas-Herrera, Adelina et al. 2020).

In Relation zu allen Einrichtungen je Bundesland waren in Wien 31,1 Prozent, gefolgt von Tirol mit 23,5 Prozent aller Einrichtungen betroffen. Im Burgenland gab es hingegen nur in 4,4 Prozent aller Einrichtungen COVID-19-Fälle.

# 3 Internationaler Vergleich

Im internationalen Vergleich lassen sich Maßnahmen, die in Alten- und Pflegeheimen im Zuge der COVID-19-Krise gesetzt wurden, in vier Blöcke einteilen ((Comas-Herrera, Adelina et al. 2020), (WHO 2020a)) (siehe Tabelle 6). Zum ersten Block zählen Maßnahmen, um Alten- und Pflegeheime auf einen COVID-19-Ausbruch vorzubereiten, z. B. das Einrichten einer koordinierenden Taskforce in stationären Einrichtungen, die Nutzung von Informationssystemen, um die Versorgung mit Schutzausrüstungen und Medikamenten zu steuern, Monitoringsysteme für Infektionsfälle und Personalausstattung, das Erstellen von Richtlinien für den Umgang mit Infektionsfällen sowie für das Freimachen von Kapazitäten. Österreichische Maßnahmen sahen in diesem Kontext vor, dass etwa leere Reha-Anstalten als potenzielle Reserve vorgehalten wurden, zudem wurden umfassende Empfehlungen für den Bereich der Alten- und Pflegeheime im Umgang mit dem Virus herausgegeben<sup>3</sup>.

Im zweiten Block werden präventive Maßnahmen gesetzt, die Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen verhindern sollen. Hier sind die in Österreich im März 2020 gesetzten Besuchsbeschränkungen zu nennen sowie Maßnahmen zur Isolation von Bewohnerinnen und Bewohnern, die z. B. aus dem Krankenhaus zurückkehren.

Im dritten Block werden Maßnahmen klassifiziert, die zur Infektionskontrolle und zum Infektionsmanagement beitragen, wie etwa die Supervision des Personals oder Unterstützung durch externe Einsatzkräfte. In Österreich wurden beispielsweise Zivildienstler zur Unterstützung herangezogen.

Schließlich fallen in den vierten Maßnahmenblock Unterstützungsleistungen für Bewohnerinnen und Bewohner, um negative Effekte auf die Lebensqualität zu verringern, wie etwa Zugang zu virtueller Kommunikation mit Angehörigen, was in Österreich von unterschiedlichen Einrichtungen bzw. Trägern ebenfalls umgesetzt wurde. Insgesamt ist aus Tabelle 6 ersichtlich, dass Österreich in nahezu allen Bereichen Maßnahmen umgesetzt hat,

---

<sup>3</sup> siehe insbesondere die folgenden drei Dokumente: „Empfehlung zu COVID-19 Schutzmaßnahmen für Pflege und Betreuung: Teil-/Stationäre Einrichtungen und Mobile Dienste (08.05.2020)“, „Empfehlung zum Umgang mit SARS-CoV-2 Kategorie I Kontaktpersonen –bei versorgungskritischem Gesundheits- und Schlüsselpersonal (29.03.2020)“ und „Empfehlungen zur schrittweisen Lockerung der aufgrund der COVID-19 Pandemie erlassenen Besuchsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen ab 4. Mai 2020 (28.04.2020)“

wenngleich nicht immer auf Bundesebene, sondern in einigen Fällen nur auf Bundesländerebene.

Tabelle 6: Überblick über potenzielle und umgesetzte präventive Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen

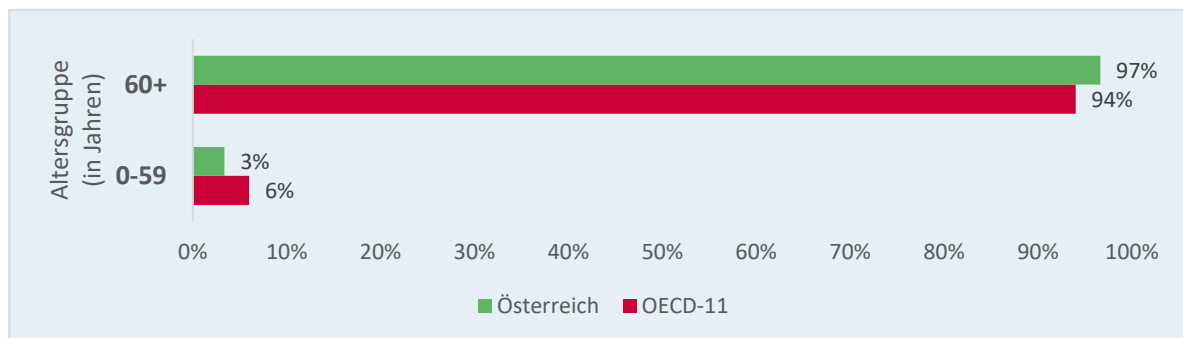
<b>Internationale Strategien</b>	<b>Umsetzung in Österreich</b>
<b>1 – Maßnahmen, um Alten- und Pflegeheime auf einen Ausbruch vorzubereiten</b>	
nationale Taskforce	ja
Informationssysteme (Fälle, Schutzausrüstung, Personal, Medikamente)	teilweise
Richtlinien und Training für Personal	ja
Rapid Response Teams	nein
Freimachen von Pflegeheimkapazitäten bzw. Bereitstellen zusätzlichen Personals	ja
Beurteilung der Ausstattung für Isolationsmaßnahmen	nein
Advance Care Directives o. ä. anpassen	Einrichtungsebene
<b>2 – Maßnahmen, um Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen zu verhindern</b>	
Besuchsbeschränkungen	ja
Vermeidung von Infektionen des Personals	teilweise
keine Infektionen durch zurückkehrende oder neue Bewohner/-innen	teilweise
systematisches Monitoring potenzieller Infektionen (z. B. Screening)	geplant
<b>3 – Maßnahmen zur Kontrolle und zum Management von Infektionen in Alten- und Pflegeheimen (inkl. Contact Tracing, Isolation)</b>	ja
Zugang zu Gesundheits- und Palliativversorgung	teilweise
zusätzliche Unterstützung, z. B. durch Einsatzkräfte	teilweise
Supervision des Personals	Einrichtungsebene
<b>4 – Maßnahmen, um negative Effekte des Distancing bei Bewohnerinnen und Bewohnern zu kompensieren</b>	ja

Quelle: Comas-Herrera, Adelina et al. 2020, Darstellung GÖG

### 3.1 COVID-19-Todesfälle in der Gesamtbevölkerung

Im internationalen Vergleich stehen derzeit nur für 11 OECD-Länder Daten für COVID-19-Todesfälle nach Altersgruppen zur Verfügung. Die Sterblichkeit ist in Österreich in den höheren Altersgruppen geringfügig höher als in den anderen erfassten Ländern. In Österreich entfielen von allen COVID-19-Verstorbenen 97 Prozent auf die Altersgruppe 60 Jahre und älter, in den Vergleichsländern waren es 94 Prozent (siehe Abbildung 11). Dieser geringfügige Unterschied ist vor allem auf eine etwas höhere Sterblichkeit in den Altersgruppen 70 bis 79 Jahre und über 80 Jahre in Österreich zurückzuführen (siehe Abbildung 12). Zu berücksichtigen ist bei der Interpretation, dass Schwankungen im internationalen Vergleich möglich sind, da sich auch die Methodik für die Erfassung von Todesfällen aufgrund von COVID-19 international unterscheiden kann<sup>4</sup>. Der europäische Vergleich der COVID-19-Mortalität für alle Altersgruppen und gemessen an der Bevölkerungsgröße zeigt, dass Österreich mit 7,8 Todesfällen je 100.000 Einwohner/-innen zu den Ländern mit einer niedrigen Mortalität zählt (siehe Abbildung 13). Die höchste Mortalität wies zum Berichtsstand 22. Juni 2020 Belgien mit mehr als 84 Fällen je 100.000 Einwohner/-innen auf, gefolgt vom Vereinigten Königreich und Spanien. Der EU-Durchschnitt lag bei 21,3 Todesfällen je 100.000 Einwohner/-innen.

Abbildung 11: Internationaler Vergleich: Mortalität nach Altersgruppen in Österreich und 11 OECD-Ländern (Gesamtbevölkerung)



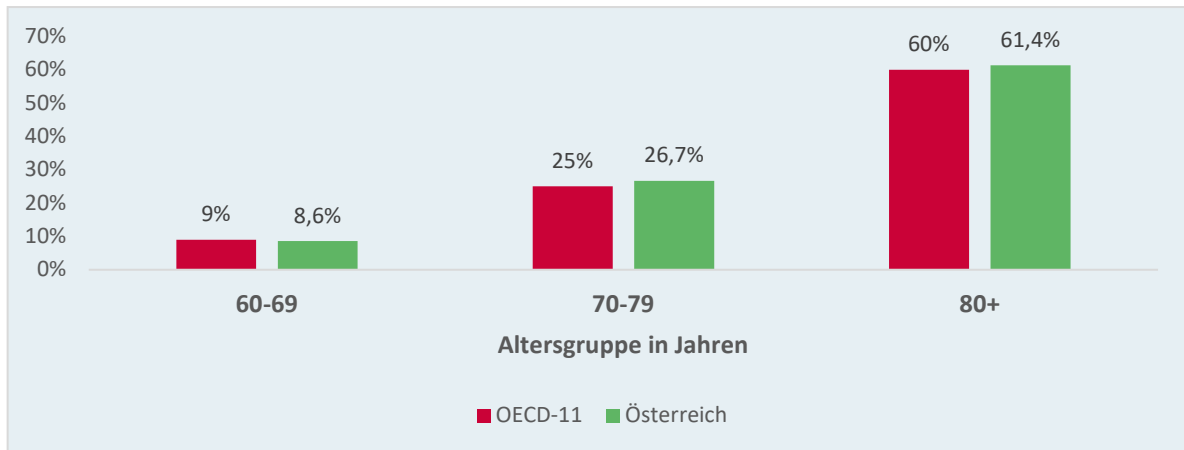
Anmerkungen: Daten zu Australien, Kanada (Quebec), Deutschland, Italien, Japan, Niederlande, Spanien, Schweden, Frankreich, UK (England und Wales), USA für die Altersgruppen 0-59 Jahre, 60+, 80+. In UK

<sup>4</sup> Grundsätzlich wird zwischen den folgenden Methoden unterschieden: Verstorbene, die dem ICD-10-Code für COVID-19 zugeordnet wurden, Verstorbene, bei denen der Verdacht einer SARS-CoV-2-Infektion besteht, und das Feststellen von „excess mortality“, d. h. einer höheren Mortalität etwa im Vergleich zum Vorjahr (Comas-Herrera, Adelina et al. 2020).

beziehen sich die Daten auf die Altersgruppen 65+ und 85+. Daten der OECD vom 14.6.2020, Daten für Österreich vom 22.6.2020.

Quellen: EMS 2020 (Daten für Österreich), OECD 2020

Abbildung 12: Internationaler Vergleich: COVID-19-Mortalität in der Altersgruppe 60+ in Österreich bzw. in 11 OECD-Ländern

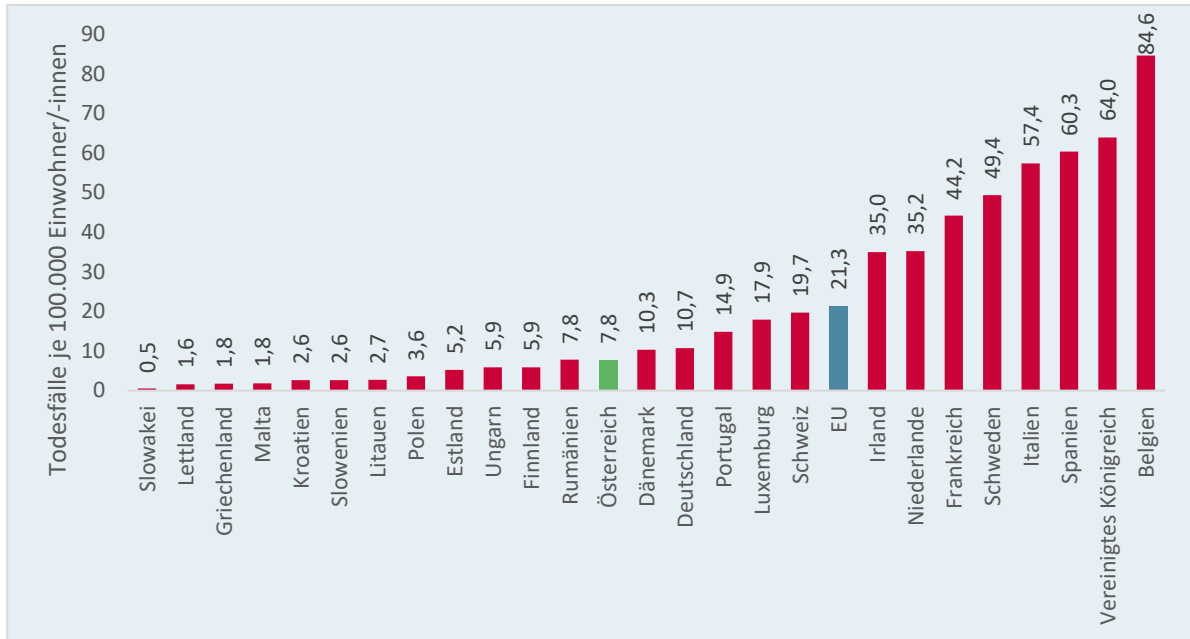


Anmerkungen: Daten zu Australien, Kanada (Quebec), Deutschland, Italien, Japan, Niederlande, Spanien, Schweden, Frankreich, UK (England und Wales), USA für die Altersgruppen 0-59 Jahre, 60+, 80+. In UK beziehen sich die Daten auf die Altersgruppen 65+ und 85+. Daten der OECD vom 14.6.2020, Daten für Österreich vom 22.6.2020.

Quellen: EMS 2020 (Daten für Österreich), OECD 2020



Abbildung 13: Internationaler Vergleich: COVID-19-Mortalität je 100.000 Einwohner/-innen im europäischen Vergleich



Quelle: Borkovec et al. 2020, Darstellung GÖG

### 3.2 Internationaler Vergleich von Fällen in Alten- und Pflegeheimen

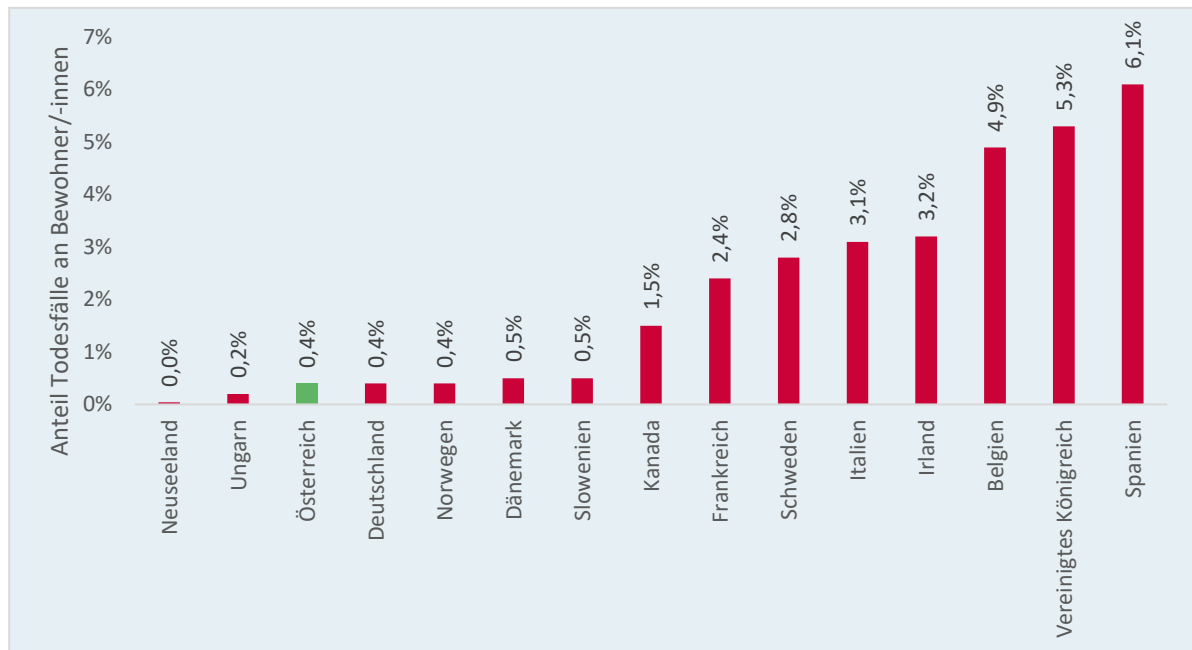
Bei Vergleichen auf internationaler Ebene im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektionen in Alten- und Pflegeheimen sind einige Einschränkungen zu berücksichtigen. Zu Beginn der Krise standen diese Daten nur für wenige Länder zur Verfügung, mit steigendem Bewusstsein über die Vulnerabilität des Settings im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie stehen inzwischen umfassendere Datengrundlagen zur Verfügung. Unterschiedliche Verfügbarkeit von Tests bzw. unterschiedliche Testkriterien spielen auch hier – wie bei anderen internationalen Vergleichen im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 – eine Rolle. Hinzu kommt, dass Alten- und Pflegeheime mitunter verschieden definiert werden und die Struktur von Langzeitpflegesystemen stark variiert. Bei Vergleichen ist zudem zu beachten, dass je nach Erfassungsmethode der Todesursache Bewohnerinnen und Bewohner erfasst werden, auch wenn sie in anderen Settings (z. B. in einem Krankenhaus) versterben, oder aber nicht (Comas-Herrera et al., 2020b).

In Österreich verstarben 0,4 Prozent aller Menschen in Alten- und Pflegeheimen an COVID-19 (Stand 22.6.2020). Damit zählt Österreich zu jenen Ländern, in denen stationäre Pflegeeinrichtungen vergleichsweise schwach betroffen waren (siehe Abbildung 14). Spanien weist die höchste Rate auf: Hier sind rund 6 Prozent aller Menschen in stationären

Pflegeeinrichtungen in Folge der Pandemie verstorben, gefolgt vom Vereinigten Königreich und Belgien.

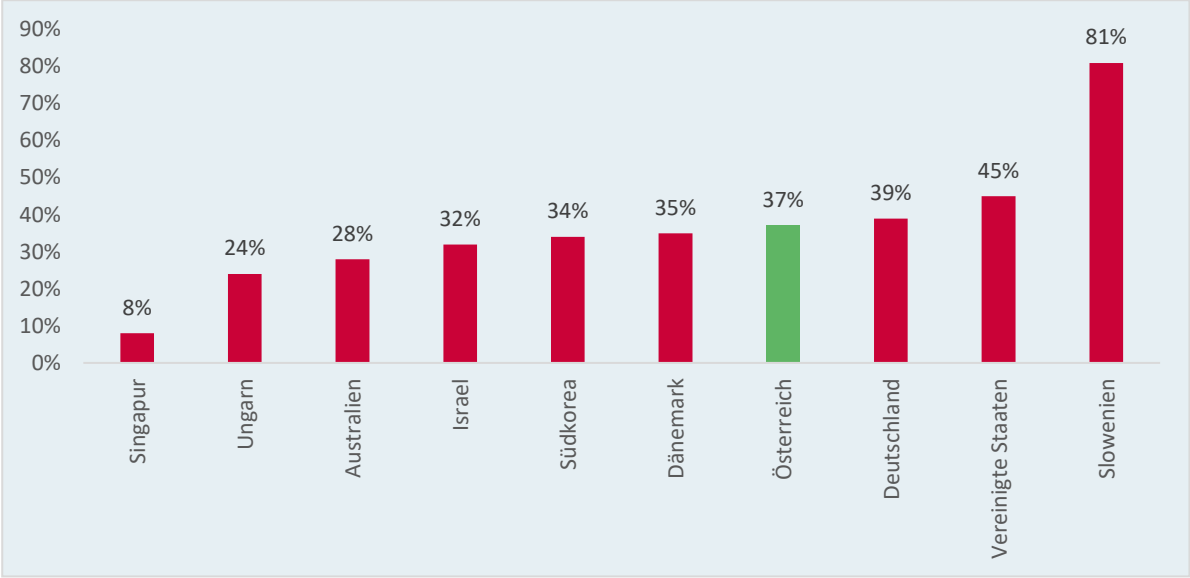
Wie bereits weiter oben angeführt, zeigt sich die Vulnerabilität von Menschen in Alten- und Pflegeheimen insbesondere darin, dass der Anteil aller COVID-19-Todesfälle maßgeblich auf dieses Setting entfällt. In Österreich waren rund 37 Prozent aller Verstorbenen Bewohnerinnen oder Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen, während dies etwa in Singapur nur acht Prozent waren. Nur für wenige Länder stehen diesbezüglich Informationen zur Verfügung, zu den Ländern mit den höchsten Anteilen zählen Slowenien, das Vereinigte Königreich und Belgien (siehe Abbildung 15).

Abbildung 14: Internationaler Vergleich: Letalität Bewohner/-innen in Alten- und Pflegeheimen



Quellen: EMS (Daten für Österreich), Comas-Herrera, Adelina et al. 2020

Abbildung 15: Internationaler Vergleich: Anteil der COVID-19-Todesfälle in Alten- und Pflegeheimen an allen Todesfällen



Quellen: EMS 2020 (Daten für Österreich), Comas-Herrera, Adelina et al. 2020

# 4 Evaluierung der Empfehlungen für Schutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen

## 4.1 Ziele und Grundlagen

Im diesem Teil der Studie wird die Umsetzung der Empfehlungen des Sozialministeriums für Schutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen evaluiert.

Die Evaluierung erfolgte auf drei Ebenen. Parallel zu einer umfassenden Online-Befragung der Alten- und Pflegeheime wurde eine Diskussion der Praktikabilität der Empfehlungen in zwei Fokusgruppen organisiert und ausgewertet. In einer Fokusgruppe wurde die Perspektive der Mitarbeiter/-innen von Alten-/Pflegeheimen eingeholt, die zweite fokussierte auf die Sicht der Aufsichtsorgane. Schließlich wurden vielfach stattgefundenene Online-Diskussionen zum Thema COVID-19-Pandemie und Alten-/Pflegeheime bzw. Schutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen systematisch mitverfolgt und analysiert.

Ziel der Evaluierung ist es, aus den gewonnenen Erkenntnissen für die Zukunft zu lernen und Empfehlungen abzuleiten.

Vom BMSGPK wurden zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie Empfehlungen als „Fachinformationen und Handlungsempfehlungen“ auf [sozialministerium.at](https://sozialministerium.at) bereitgestellt. Die Umsetzung und Konkretisierung dieser Empfehlungen oblag den Ländern bzw. zuständigen Behörden und Trägern der Einrichtungen. Für den Bereich der Alten- und Pflegeheime wurden konkret folgende drei Dokumente bereitgestellt:

1. Empfehlung zu COVID-19 Schutzmaßnahmen für Pflege und Betreuung: Teil-/Stationäre Einrichtungen und Mobile Dienste
2. Empfehlungen zur schrittweisen Lockerung der aufgrund der COVID-19 Pandemie erlassenen Besuchsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen ab 4. Mai 2020

### 3. Empfehlungen zur schrittweisen Rückkehr zum Alltag in Alten- und Pflegeheimen und teilstationären Einrichtungen ab 9. Juni 2020

Die **Empfehlung zu COVID-19 Schutzmaßnahmen für Pflege und Betreuung** wurde während des Lockdowns (Mitte März bis Ende April 2020) zur Unterstützung der Einrichtungen bereitgestellt. Dieses Dokument umfasst zwei Bereiche: 1. Empfehlungen für Bewohnerinnen und Bewohner / Klientinnen und Klienten sowie deren Zu- und Angehörige und 2. Maßnahmen für Mitarbeiter/-innen.

Maßnahmen zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner / Klientinnen und Klienten umfassen:

- Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung einer COVID-19-Erkrankung
- Empfehlungen zum Umgang im Verdachtsfall bzw. mit an COVID-19 erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern / Klientinnen und Klienten
- Empfehlungen zum Umgang mit An- und Zugehörigen von Bewohnerinnen und Bewohnern teil-/stationärer Einrichtungen

Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeiter/-innen umfassen:

- strukturelle Maßnahmen
- individuelle Maßnahmen und persönliche Schutzausrüstung für Pflege- und Betreuungspersonal
- Reinigung und Desinfektion von Gegenständen und Wäsche

Diese Empfehlungen sind mit dem Leitfaden der WHO zur Prävention von COVID-19 in Einrichtungen der Langzeitpflege und -betreuung bzw. mit den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts abgestimmt.

Die Umsetzung der **Empfehlungen zur schrittweisen Lockerung der aufgrund der COVID-19-Pandemie erlassenen Besuchsbeschränkungen** in Alten- und Pflegeheimen wurde auf Basis der verbesserten epidemiologischen Situation in Österreich ab 4. Mai 2020 eingeleitet, allerdings unter Einhaltung strenger Schutz- und Hygienemaßnahmen. Es sollte ein „ausgewogenes Verhältnis zwischen dem Schutz der Gesundheit und dem Recht auf Unversehrtheit sowie dem Recht auf soziale Kontakte, und Familie und persönliche

Bewegungsfreiheit“<sup>5</sup> hergestellt werden, jedenfalls unter besonderer Berücksichtigung des Schutzes der Risikogruppe der älteren und chronisch kranken Menschen. In diesem Dokument wurden Rahmenbedingungen für die Lockerung empfohlen, wie

- allgemeine Rahmenbedingungen und Hygienevorschriften
- Besuche von An- und Zugehörigen / Ehrenamtlichen / Erwachsenenvertretern/-vertreterinnen
- Erweiterung der (Dienst-)Leistungen für die Bewohner/-innen
- Spaziergänge und Ausgänge

Es wird im Dokument ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich um Rahmenempfehlungen handelt, da sowohl Bundesländer als auch Einrichtungen auf den konkreten lokalen bzw. regionalen Bedarf reagieren müssen.

Diese Empfehlungen wurden in einem gemeinsamen Prozess mit Vertreterinnen/Vertretern von Alten- und Pflegeheimen, Bewohnervertretungen bzw. der Volksanwaltschaft und den Bundesländern entwickelt.

Aufgrund der laufend verbesserten epidemiologischen Situation wurden Anfang Juni die **Empfehlungen zur schrittweisen Rückkehr zum Alltag in Alten- und Pflegeheimen und teilstationären Einrichtungen** erarbeitet, welche ab 9. Juni 2020 galten. Durch die schrittweise Rückkehr zum Alltag rückt das bio-psycho-soziale Wohlbefinden wieder stärker in den Vordergrund. Diese Phase der Lockerung stand unter dem Motto „der Einsamkeit entgegen und Menschenrechte wahren“. Nach wie vor galten die Maßnahmen und Empfehlungen im Umgang mit Verdachtsfällen bzw. Krankheitsfällen sowie die in den Einrichtungen festgelegten Hygienepläne, um das Übertragungsrisiko weiterhin gering zu halten. Jede Einrichtung sollte, basierend auf den vorliegenden allgemeinen Empfehlungen, eine individuelle Risikoabschätzung vornehmen und ein entsprechendes Konzept für die Regelung von Besuchen am eigenen Standort erstellen. Dieses kann und muss auf regionale Besonderheiten (inkl. Infektionszahlen) sowie auf den jeweiligen Standort Rücksicht nehmen. Daher wird in diesem Dokument explizit auf die systematische, kontinuierliche

---

<sup>5</sup> [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:fe2b164b-46b7-43c1-a899-8b03e51e8d5f/20200428\\_Empfehlungen%20zur%20schrittweisen%20Lockerung%20der%20aufgrund%20der%20COVID-19%20Pandemie%20erlassenen%20Besuchsbeschr%C3%A4nkungen%20in%20Alten-%20und%20Pflegeheimen%20ab%204.%20Mai%202020%20-%20Kopie.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:fe2b164b-46b7-43c1-a899-8b03e51e8d5f/20200428_Empfehlungen%20zur%20schrittweisen%20Lockerung%20der%20aufgrund%20der%20COVID-19%20Pandemie%20erlassenen%20Besuchsbeschr%C3%A4nkungen%20in%20Alten-%20und%20Pflegeheimen%20ab%204.%20Mai%202020%20-%20Kopie.pdf)

Beobachtung und Dokumentation von Symptomen bei Bewohnerinnen/Bewohnern hingewiesen.

Im Empfehlungspapier werden Maßnahmen beschrieben, die die schrittweise Rückkehr in den Alltag ermöglichen sollen. Dazu zählen

- Einhalten der generellen Schutzmaßnahmen,
- Einbinden von Angehörigen und Ehrenamtlichen,
- Flexibilisierung der Besuche,
- konsequentes Umsetzen präventiver Maßnahmen und vorausschauende Planung,
- systematische und kontinuierliche Beobachtung von Symptomen und
- flexibles Reagieren auf lokale Entwicklungen.

Auch bei der Entwicklung dieser Empfehlungen wurden Vertreter/-innen von Einrichtungen, Bewohnervertretungen, die Volksanwaltschaft und die Bundesländer miteinbezogen.

## 4.2 Methodisches Vorgehen

Ziel der Befragung der Pflegeheime war die Evaluierung der Bekanntheit, Umsetzbarkeit und Praktikabilität der Empfehlungen des Sozialministeriums und das Einholen von Verbesserungsvorschlägen. Die Fragestellungen der Umfrage orientieren sich daher an der **Empfehlung zu COVID-19 Schutzmaßnahmen für Pflege und Betreuung: Teil-/Stationäre Einrichtungen und Mobile Dienste** des Sozialministeriums.

In der Servicedatenbank des Sozialministeriums (bietet u. a. Informationen zu Alten- und Pflegeheimen in Österreich) sind mit Stand Juni 2020 insgesamt 930 Alten- und Pflegeheime mit rund 75.200 Plätzen eingetragen. Die Online-Umfrage wurde mit Unterstützung der Bundesländer und zum Teil durch die Gesundheit Österreich GmbH an diese Alten- und Pflegeheime verteilt und lief zwischen 9. Juni und 3. Juli 2020.

Im Rahmen der Online-Umfrage trafen 536 Rückmeldungen ein, wobei allerdings nur 304 vollständig bzw. fast vollständig ausgefüllt wurden und ausgewertet werden konnten (232 Rückmeldungen wurden leer übermittelt bzw. vorzeitig abgebrochen und konnten daher nicht in die Auswertungen miteinbezogen werden). Diese 304 Alten- und Pflegeheime bieten insgesamt rund 35.000 Plätze für Bewohner/-innen an.

Damit sind **Rückmeldungen** von mindestens **einem Drittel der Einrichtungen** (manche Rückmeldungen bezogen sich auf mehrere Einrichtungen, da sie von einem übergeordneten Träger ausgefüllt wurden) mit knapp der **Hälfte aller Plätze** in Alten- und Pflegeheimen in die Evaluierung eingeflossen.

Etwas mehr als die **Hälfte** der Rückmeldungen kam von **öffentlichen Trägern**, rund 45 Prozent von privaten und konfessionellen Trägern.

Neben der Online-Umfrage wurden zwei Fokusgruppen in Form von Videomeetings organisiert. Bei der Zusammenstellung der Fokusgruppen wurde bewusst darauf geachtet, sowohl die Perspektive der Mitarbeiter/-innen in den Einrichtungen als auch jene der Aufsichtsorgane wie Heimaufsicht, OPCAT-Kommission, Bewohnervertretung oder Patientenadvokatur einzubinden. In der ersten Fokusgruppe nahmen elf Personen online teil, eine Person schickte die Erfahrungen per E-Mail. In der zweiten gab es 13 Teilnehmer/-innen.

Darüber hinaus wurden Eindrücke und Informationen aus diversen Online-Talks zum Thema COVID-19-Pandemie und Alten-/Pflegeheime bei der Analyse mitberücksichtigt.

## 4.3 Ergebnisse

### 4.3.1 Wichtige Partner während der Krise

Viele – Pflegeheime wie Behörden und Aufsichtsorgane – berichteten von einer gelungenen Zusammenarbeit, die durch kurze Wege, hohe Flexibilität und Verständnis gekennzeichnet war. Es gab aber auch Rückmeldungen über eher unbefriedigende Zusammenarbeit mit vielen Umwegen und wenig Struktur. Vermisst wurde die Einbindung der Heime in Krisenstäbe oder in die Erarbeitung von Empfehlungen. In der Zusammenarbeit mit Behörden und Aufsichtsorganen wird angeregt, Kooperation statt Kontrolle in den Vordergrund zu stellen und gemeinsam an der Problemlösung zu arbeiten – weg von der Problemorientierung hin zur Lösungsorientierung.

Die Eingangsfrage des Erhebungsbogens ermittelte die Kontakthäufigkeit der Einrichtung mit wichtigen Partnern während des Lockdowns. Den häufigsten Kontakt – mindestens einmal pro Woche – hatten die Alten- und Pflegeheime mit ihrem **Träger**, dieser spielte auch die wichtigste Rolle in der Unterstützung der Einrichtungen. 84 Prozent aller



Einrichtungen gaben an, täglich, mehrmals oder mindestens einmal pro Woche in Kontakt mit ihrem Träger gestanden zu haben und unterstützt worden zu sein.

62 Prozent waren mindestens einmal pro Woche in Kontakt mit **anderen Pflegeheimen** und fühlten sich auch hier in hohem Ausmaß unterstützt. Diese Feststellung wurde in den Diskussionen der Fokusgruppen bestätigt: Der Austausch und Kontakt der Einrichtungen untereinander wurde besonders hervorgehoben, er hat auch ermöglicht, auf regionale Bedarfe und Entwicklungen gut einzugehen und sich – auch in der Zeit der Lockerungen – gut abzustimmen.

Eine wesentliche Rolle spielt die **Bezirkshauptmannschaft**, rund 35 Prozent der Einrichtungen geben an, mindestens einmal pro Woche mit ihr in Kontakt gestanden zu sein, und 57 Prozent fühlen sich durch diese Behörde gut unterstützt.

Ein weiterer wichtiger Partner ist das **Krankenhaus**, 56 Prozent waren mindestens einmal pro Woche in Kontakt mit einem Krankenhaus; in etwa genauso viele fühlen sich durch dieses auch unterstützt.

Häufig angeführt wurden daneben Kontakte zu und Unterstützung durch diverse **Arbeitsgemeinschaften** (z. B. ARGE Alten- und Pflegeheime) **und Landesverbände**. Auch mit Medizinerinnen/Medizinern wurde ein hilfreicher Austausch erlebt, vor allem mit **Amts- und Hausärztinnen / Amts- und Hausärzten**. Weiters kam Unterstützung von den **Sozialabteilungen der Länder** und von **Blaulichtorganisationen** sowie von den **internen Krisenstäben und Hygienefachkräften**. In Bezug auf die Unterstützung bei der Organisation von Schutzausrüstung wurden mehrfach **private Unternehmen** genannt, die z. B. Schutzkleidung und Schutzmasken bereitgestellt haben.

40 Prozent der Einrichtungen geben an, durch das **Sozialministerium** unterstützt worden zu sein, obwohl nur 20 Prozent einen direkten Kontakt mit dem Ministerium hatten.

Damit zeigt sich, dass die Vorgangsweise des Sozialministeriums, bei der Erstellung der Empfehlungen die Träger miteinzubeziehen und diese als Multiplikatoren zu nutzen, durchaus effizient ist und als gute Unterstützung angesehen wird.

Demgegenüber stehen auch Rückmeldungen einzelner Einrichtungen, dass sie keine direkte Information über Maßnahmen und Lockerungen erhalten haben, sondern oft über Medien oder Angehörige auf den neuesten Stand gebracht worden seien.

In einem nächsten Schritt kann überlegt werden, wie kleine Einrichtungen (ohne große Trägerorganisation) erreicht werden können und wie die Informationswege – vom Bund über das Land und die Bezirksverwaltungsbehörden an die Einrichtungen – beschleunigt werden können.

Wenig Kontakt bestand in der Zeit des Lockdowns mit der Bewohnervertretung bzw. der Volksanwaltschaft, die sich aufgrund der Beschränkungen zum Schutz der Bewohner/-innen auch bewusst von ihren Aufgaben (wie z. B. unangekündigte Besuche) zurückgezogen hatten. In den Fokusgruppen wurde vereinzelt auf den Wunsch mancher Einrichtungen hingewiesen, dass sich in der Pandemie die Rolle dieser beiden Einrichtungen zu einer beratenden und unterstützenden Instanz entwickeln könnte.

Generell äußerten viele Befragte den Wunsch, mehr **Rechtssicherheit** zu haben: Sie wünschen sich klare, eindeutige Vorgaben. Zudem erreichte die Heime gerade zu Beginn des Lockdowns eine wahre Informationsflut, die sie unter den gegebenen Umständen nicht filtern und verarbeiten konnten.

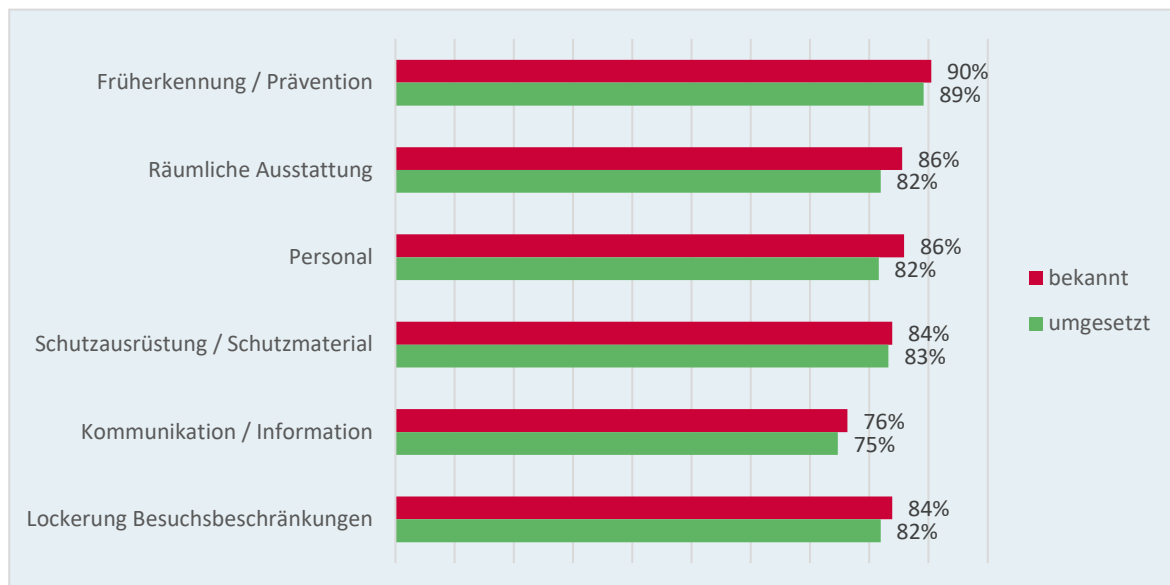
#### **4.3.2 Die Empfehlungen zu Schutzmaßnahmen und Lockerungen des Sozialministeriums im Einzelnen**

Die Empfehlungen zu Schutzmaßnahmen bzw. Lockerungen der Besuchsbeschränkungen wurden im Erhebungsbogen – in Anlehnung an die veröffentlichten Papiere des Sozialministeriums – in folgende Gruppen zusammengefasst:

- Empfehlungen zur Prävention und Früherkennung – Tätigkeiten zur Stabilisierung der Gesundheit der Bewohner/-innen
- Empfehlungen zur räumlichen Ausstattung
- Empfehlungen zum Personal
- Empfehlungen zu Schutzausrüstung und Schutzmaterial
- Empfehlungen zu Kommunikation und Information
- Empfehlungen zur Lockerung der Besuchsbeschränkungen

Der **Bekanntheitsgrad** der Empfehlungen des Sozialministeriums ist hoch: Zwischen 84 und 90 Prozent der Einrichtungen geben an, sie zu kennen. Lediglich jene zu Kommunikation und Information sind nur bei 76 Prozent bekannt. Die Praxisnähe der Empfehlungen zeigt sich ebenfalls: Nahezu alle Einrichtungen, welche die Empfehlungen kennen, haben diese auch umgesetzt.

Abbildung 16: Empfehlungen des Sozialministeriums: Anteil der Einrichtungen, welche diese kennen bzw. umgesetzt haben (in Prozent, n = 304)



Quelle: Online-Umfrage 2020, Darstellung GÖG

Neben den Empfehlungen des Sozialministeriums wurden von den Einrichtungen andere Vorgaben/Richtlinien ergänzt, an denen sich die Häuser orientiert haben. Genannt wurden hier in erster Linie die Vorgaben der Träger bzw. der Hygienefachkräfte und Richtlinien/Empfehlungen/Vorgaben des jeweiligen Bundeslandes. Auch die Empfehlungen von Arbeitsgemeinschaften (ARGE) und internationalen Organisationen (z. B. WHO, Robert-Koch-Institut – RKI) wurden herangezogen. Vereinzelt wurden auch Vorgaben des BMI, des BMAFJ und der AGES angeführt.

### **Empfehlungen zur Prävention und Früherkennung – Tätigkeiten zur Stabilisierung der Gesundheit der Bewohner/-innen**

Ein wesentlicher Teil der Empfehlungen während des Lockdowns zielte darauf ab, gesunde Bewohner/-innen ausreichend zu schützen und Maßnahmen zu treffen, um Verdachtsfälle zu identifizieren bzw. frühzeitig zu erkennen.

Gleichzeitig wurde bereits in der ersten Phase der Pandemie großer Wert darauf gelegt, auch die psychische Gesundheit der Menschen und ihr Wohlbefinden zu beobachten. Diese Empfehlung wurde von der Mehrheit der Einrichtungen aufgegriffen und von 89 Prozent ganz, von weiteren 5 Prozent teilweise umgesetzt.

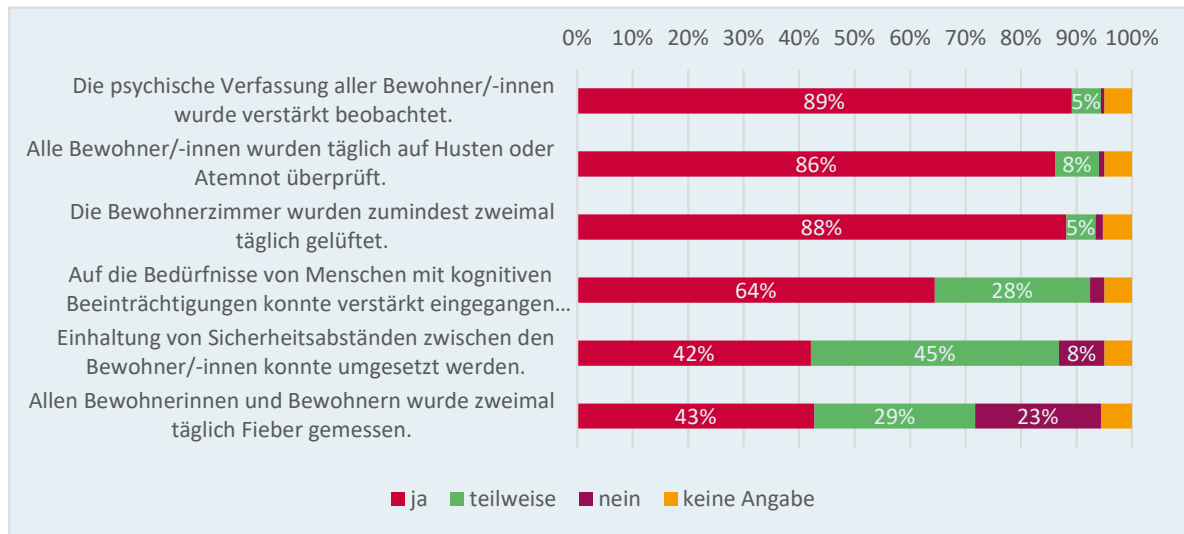
Um die psychische/soziale Gesundheit der Bewohner/-innen zu fördern, haben die Mitarbeiter/-innen zahlreiche Maßnahmen gesetzt. Es wurde versucht, die Normalität so weit wie möglich aufrechtzuerhalten. Die Bewohner/-innen erhielten vermehrt Zuwendung in Form von Gesprächen, Spaziergängen und Seniorenanimation, teilweise wurden Angebote von fünf auf sieben Tage in der Woche ausgeweitet. Der Ausfall von Angeboten, wie z. B. von Friseurbesuchen, wurde durch einen Wellnessstag kompensiert. Der Kontakt mit den Angehörigen wurde mit Unterstützung des Personals z. B. über (Video-)Telefonie ermöglicht.

Von gleich hoher Bedeutung ist die kontinuierliche Beobachtung physischer Anzeichen von COVID-19 (z. B. Husten, Atemnot), die auch in 86 Prozent aller Einrichtungen umgesetzt wurde. Hingegen ist der Anteil der Einrichtungen, welche bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern täglich zweimal Fieber gemessen haben, mit 43 Prozent eher gering. Weitere 29 Prozent geben an, diese Empfehlung teilweise umgesetzt zu haben. Ergänzend wurde hinzugefügt, dass jedenfalls einmal täglich eine Temperaturkontrolle durchgeführt wurde.

64 Prozent der Einrichtungen geben an, dass sie auf die Bedürfnisse ihrer Bewohner/-innen mit kognitiven Beeinträchtigungen verstärkt eingehen konnten. Dies entspricht auch Aussagen in der Fokusgruppe, dass im Vergleich zum „Alltag“ zumindest teilweise mehr Ruhe und Zeit für die Beschäftigung mit Bewohnerinnen/Bewohnern mit Demenz vorhanden war und daher die Mitarbeiter/-innen auch speziell auf sie eingehen konnten. Gleichzeitig wurde aber auch angemerkt, dass die Umsetzung einiger Maßnahmen in der Betreuung kognitiv beeinträchtigter Menschen sehr schwierig war. Das betraf vor allem die Einhaltung eines Sicherheitsabstands und die korrekte Händehygiene.

Das regelmäßige Lüften der Zimmer wurde von den meisten Einrichtungen umgesetzt.

Abbildung 17: Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung, Antworten der Einrichtungen in Prozent (n = 304)



Quelle: Online-Umfrage 2020, Darstellung GÖG

Vergleichsweise hoch ist mit 53 Prozent der Anteil jener Einrichtungen, welche den Sicherheitsabstand zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern nur teilweise oder gar nicht einhalten konnten.

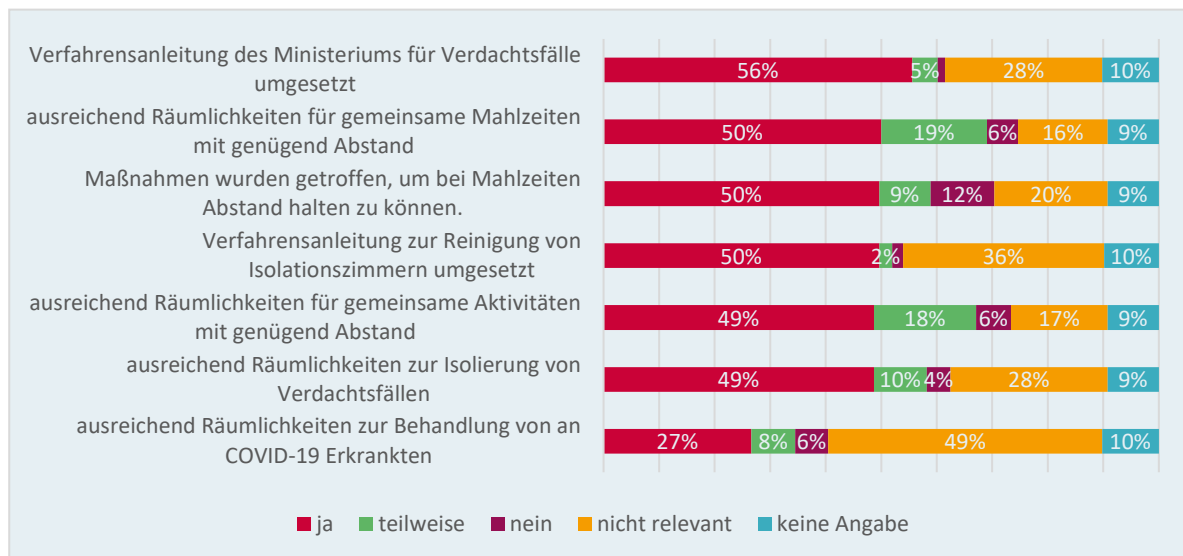
### Empfehlungen zur räumlichen Ausstattung

Ein wesentlicher Einflussfaktor für die Wahrung von Sicherheitsabständen und das Setzen von Maßnahmen beim Vorliegen von Verdachtsfällen sind die räumlichen Gegebenheiten der Einrichtungen.

Mehr als die Hälfte aller Einrichtungen konnte die Verfahrensanleitungen des Sozialministeriums für die Pflege und Versorgung von Verdachtsfällen auch umsetzen.

In mehr als der Hälfte der Einrichtungen konnten Mahlzeiten immer gemeinsam mit ausreichend Abstand eingenommen werden, sei es, weil generell genug Abstand gegeben war, oder weil gesonderte Maßnahmen zur Abstandswahrung gesetzt wurden.

Abbildung 18: Umsetzung von Empfehlungen zur räumlichen Ausstattung, Antworten der Einrichtungen in Prozent (n = 304)



Quelle: Online-Umfrage 2020, Darstellung GÖG

Die größten Schwierigkeiten zeigten sich bei der längerfristigen Betreuung von an COVID-19 Erkrankten; nur 27 Prozent gaben an, über ausreichend Räumlichkeiten zu verfügen. Als größtes Problem wurden dabei Mehrbettzimmer angeführt. Im Gegensatz dazu wurde von mehreren Einrichtungen der Vorteil von Einbettzimmern hervorgehoben, vor allem in Hinblick auf die ggf. notwendige Isolation einzelner Bewohner/-innen.

Der Anteil jener Einrichtungen, die keine Erkrankungsfälle aufwiesen und daher die Frage als nicht relevant einstufen, ist mit 49 Prozent glücklicherweise hoch.

Positiv hervorgehoben wurde auch in den Fokusgruppen das Vorhandensein von Außenflächen, wie z. B. Gärten und Balkonen. Hier wurden unter anderem Konzerte und Aufführungen für die Bewohner/-innen organisiert, aber auch im Besuchsmanagement konnte teilweise auf Außenbereiche ausgewichen werden.

### Empfehlungen zum Personal

Mitarbeiter/-innen von Pflegeheimen sind den Umgang mit Infektionskrankheiten im Allgemeinen gewohnt, denn Brechdurchfälle, Influenza oder andere infektiöse Erkrankungen treten immer wieder auf. Dennoch war die Dimension im Rahmen der COVID-19-Pandemie eine andere und hat zu einer hohen Arbeitsbelastung geführt. Um diese

Belastung abzufedern, aber auch zu allgemeinen personalbezogenen Themen gab das Sozialministerium ebenfalls Empfehlungen.

Abbildung 19: Umsetzung der Empfehlungen zum Personal, Angaben der Einrichtungen in Prozent (n = 304)



Quelle: Online-Umfrage 2020, Darstellung GÖG

Die Empfehlungen in Bezug auf das Personal wurden von den Einrichtungen in hohem Maß (zu über drei Viertel) zur Gänze oder teilweise umgesetzt. Das betrifft insbesondere die Erstellung und Umsetzung von Verfahrensanweisungen im Umgang mit Verdachtsfällen, die regelmäßigen Schulungen zu COVID-19, Hygiene und Prävention sowie die Definition von (Ersatz-)Personalbedarf und von Prozessen bei Ausfall durch Krankheit oder

Betreuungspflichten. Ebenso wurden von mehr als drei Viertel der Einrichtungen Dienstpläne/-räder und Teameinteilungen (teilweise) verändert, um auf Erkrankungsfälle gut reagieren zu können. Auch Abstandsregelungen konnten weitgehend eingehalten werden (87 Prozent) und regelmäßige Audits, ob die Richtlinien und Arbeitsanleitungen eingehalten werden, fanden (teilweise) statt (79 Prozent). 80 Prozent geben an, zumindest teilweise unterstützende Maßnahmen zum Schutz vor psychischer und physischer Überlastung des Personals gesetzt zu haben. Obwohl in den Rückmeldungen immer wieder der akute Personalmangel beklagt wurde, haben 82 Prozent (69 Prozent mit „ja“, 13 Prozent mit „teilweise“) angegeben, dass die Kapazitäten für Pflegepersonal ausreichend waren.

Lediglich die Zutrittskontrollen für das Personal wurden von weniger Häusern umgesetzt (72 Prozent). Allerdings wurden von 78 Prozent zumindest regelmäßige Temperaturkontrollen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt. Die Möglichkeit, im Bedarfsfall zusätzliches nicht-medizinisches/nicht-pflegerisches Personal rekrutieren zu können, war nur für 71 Prozent realisierbar.

In den Fokusgruppen bzw. Diskussionen wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass die Kooperationsbereitschaft und das Engagement der Mitarbeiter/-innen sehr hoch waren. Dies zeigt sich auch in der Umfrage durch positive Rückmeldungen zur hohen Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter/-innen. Gleichermaßen wurde aber auf den bestehenden Personalmangel in der Pflege aufmerksam gemacht, oft mit dem Hinweis, dass dieser schon vor der Pandemie erheblich war. Kritisch wurde in den Diskussionen auch angemerkt, dass viele Aufgaben, wie auch die der Hygienefachkraft, bei ohnehin knappen Personalressourcen zusätzlich zu erbringen waren. Als wichtige Maßnahme der Regierung wurde die Definition von Pflegekräften als Schlüsselkräfte genannt. Dadurch war es möglich, dass Mitarbeiter/-innen aus dem Ausland, vor allem nach der Schließung der Grenzen, weiterhin in den Einrichtungen arbeiten konnten. Auch die Forderung nach einem „Corona-Bonus“ für das Personal fiel mehrfach. Weiterhin wird angemerkt, dass Expertinnen/Experten aus der Pflege in Krisenstäben vertreten sein sollten, da diese die Probleme aus der Praxis am besten kennen. Weitere Herausforderungen brachte die Testthematik mit sich: Einige Heime merkten an, dass keine Tests gemacht wurden bzw. dass Informationen dazu unklar waren. So gab es teilweise keine Klarheit über die verantwortlichen Stellen, wenn ein Heim testen wollte.

In einigen Kommentaren wird bekräftigt, dass in Heimen, in denen es keine Erkrankungsfälle gab, die Zeit des Lockdowns als „schön“ empfunden wurde; die Pflegekräfte hätten mehr Zeit für ihre „eigentliche Arbeit“ gehabt, nämlich die Pflege und Betreuung der Menschen.



Ebenfalls positiv wurde der Einsatz von zusätzlichen Zivildienern zur Entlastung des Stammpersonals bewertet.

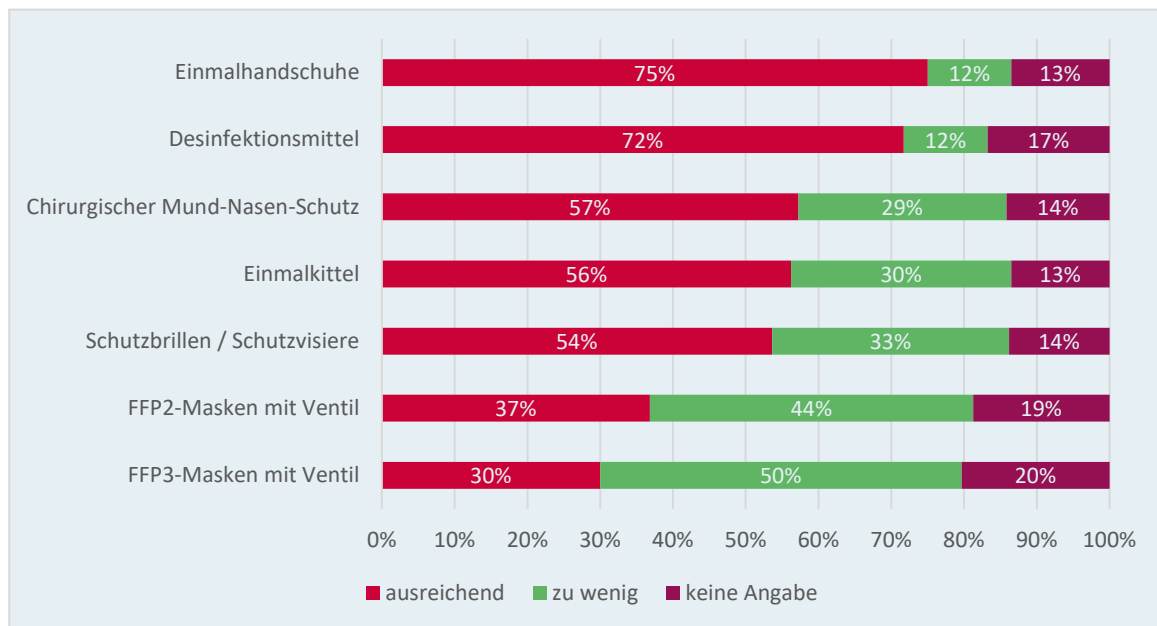
Erfolgreiche Beispiele zur Unterstützung des Personals während des Lockdowns wurden ebenso angeführt. In mehreren Häusern wurden Gruppenchats über WhatsApp eingerichtet, über die alle Mitarbeiter/-innen relevante Informationen rasch erhielten. Mehrfach wurden dem Personal kostenlose Mahlzeiten und Snacks zur Verfügung gestellt. Supervision, Einzelgespräche und psychologische Betreuung (auch online) wurden verbreitet angeboten, ebenso wie die Flexibilisierung der Dienstpläne (z. B. kürzere Schichten, freie Tage). Vielerorts waren die Führungskräfte rund um die Uhr für ihre Mitarbeitenden erreichbar.

Als Anregung für die Zukunft wurde der Wunsch nach einer „Arbeitskräfteüberlassung“ von „heruntergefahrenen“ Einrichtungen wie Tageszentren und (Reha-)Kliniken an die Heime formuliert, was in einzelnen Häusern bereits praktiziert wurde.

### **Empfehlungen zu Schutzausrüstung und Schutzmaterialien**

Die Herausforderungen rund um das Thema Schutzausrüstung und Schutzmaterialien waren während des Lockdowns vor allem medial sehr präsent. Die Analyse der Umfrageergebnisse zeigt, dass es in den Heimen vor allem in Bezug auf FFP2- und FFP3-Masken einen beträchtlichen Mangel gab.

Abbildung 20: Verfügbarkeit von Schutzausrüstung und Schutzmaterialien, Antworten der Einrichtungen in Prozent (n = 304)



Quelle: Online-Umfrage 2020, Darstellung GÖG

Die Diskussionen zeigen, wie zentral das Thema Schutzausrüstung war, besonders zu Beginn der Krise, wo die Beschaffung von Schutzausrüstung ein weltweites Problem darstellte.

Aus den Rückmeldungen geht zudem hervor, dass der Mangel auch mit Ängsten der Mitarbeiter/-innen verbunden war, die Bewohner/-innen oder sich selbst bzw. die eigene Familie anzustecken.

Der Wunsch nach einer zentralen Verteilung von Schutzausrüstung wurde geäußert. Gleichzeitig kam aus einem Heim die Information, dass es auf aufbereitbare Schutzausrüstung umgestiegen ist und dies empfehlen könne, um hier nicht von äußeren Faktoren abhängig zu sein.

Ein weiteres Problem stellte das Tragen der Mund-Nasen-Schutze und Masken im Hinblick auf die Kommunikation und Interaktion mit den Bewohnerinnen und Bewohnern dar, welche das Personal durch die Barriere schlecht verstanden. Auch gestaltete sich die Interaktion mit Menschen mit Demenz dadurch schwieriger. Darüber hinaus gab es Berichte, dass das Personal unter Atemnot und Schwindel litt und das Tragen der gesamten Schutzausrüstung während des Dienstes als sehr belastend erlebte.

## **Empfehlungen zu Kommunikation und Information**

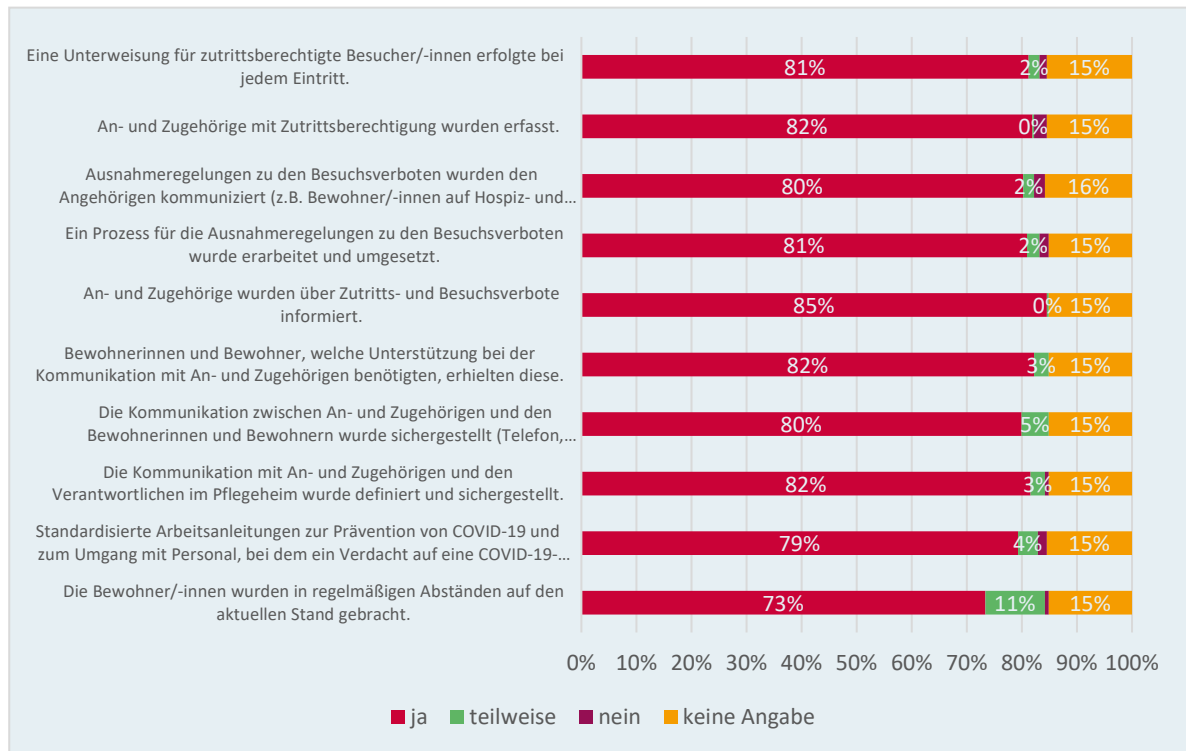
Die Empfehlungen zur Kommunikation und Information der **Angehörigen** konnten weitestgehend umgesetzt werden. Über 80 Prozent der Einrichtungen gaben an, Angehörige über Zutritts- und Besuchsbeschränkungen informiert, Ausnahmeregelungen definiert und kommuniziert und Unterweisungen bei jedem Eintritt durchgeführt zu haben.

Als problematisch bei der Kommunikation mit Angehörigen führten die befragten Einrichtungen eine mangelnde Akzeptanz von Sicherheitsvorkehrungen durch die Angehörigen an. Um in Zukunft Vorwürfe an die Mitarbeitenden, Beschimpfungen und Klagen zumindest zum Teil zu vermeiden, wurde angeregt, Informationen und Empfehlungen direkt durch eine Behörde (Bezirkshauptmannschaft, Land) an die Angehörigen zu kommunizieren. So wurde zum Beispiel darauf hingewiesen, dass eine offizielle schriftliche Information im Corporate Design des BMSGPK auf Angehörige nachhaltiger wirke als hauseigene Schreiben.

Die Kommunikation **zwischen Angehörigen und Bewohnerinnen/Bewohnern** konnte durch die Nutzung digitaler Tools in den meisten Einrichtungen gut sichergestellt und der Kontakt mittels Tablets, Telefonaten, Briefen, Videotelefonie, Versenden von Videos aus dem Alltag, WhatsApp etc. aufrechterhalten werden. Die Unterstützung durch Zivildienstler wurde in diesem Zusammenhang des Öfteren positiv hervorgehoben.

Die **Information der Bewohner/-innen** hingegen dürfte sich schwieriger gestaltet haben. Während die Betreuung der Bewohner/-innen und die Interaktion mit ihnen oft als besser und sehr positiv geschildert wurde, haben nur 73 Prozent der Einrichtungen rückgemeldet, dass diese regelmäßig auf den aktuellen Stand der Informationen über COVID-19 gebracht wurden.

Abbildung 21: Maßnahmen zu Kommunikation und Information, Antworten der Einrichtungen in Prozent (n = 304)



Quelle: Online-Umfrage2020, Darstellung GÖG

### Besuchsbeschränkungen und Empfehlungen zur Lockerung dieser Beschränkungen

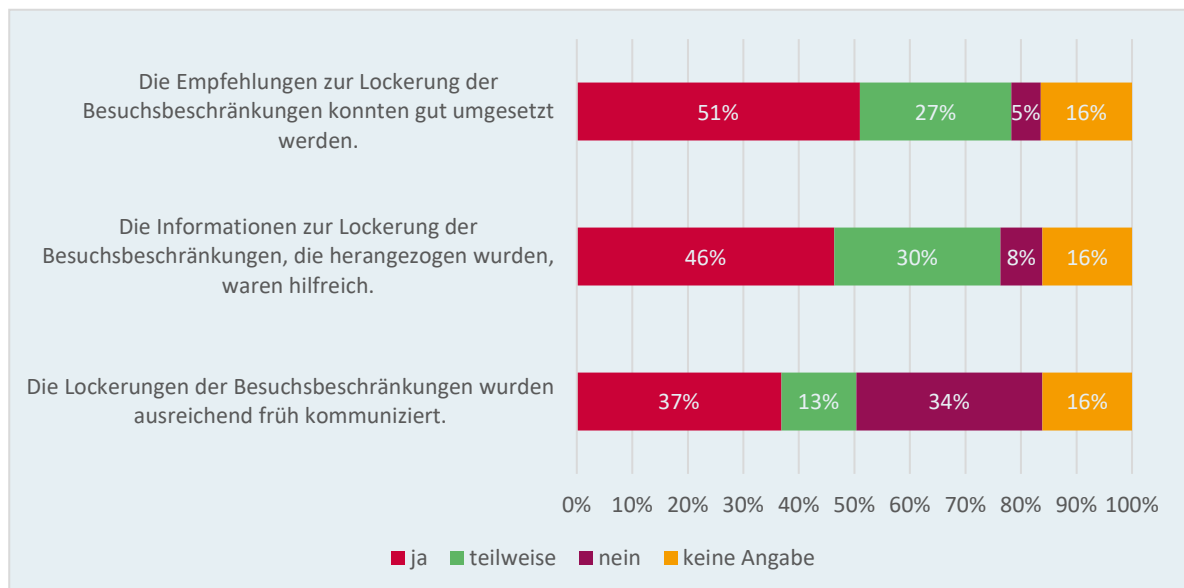
Die Wahrnehmung des Wohlbefindens der Bewohner/-innen unterscheidet sich wesentlich bei Aufsichtsorganen, Angehörigen und Pflegeeinrichtungen. Aufsichtsorgane bzw. Bewohnervertretungen betonen, dass es während des Lockdowns und auch in der Phase der Lockerungen teilweise zu weitgehenderen Beschränkungen für Bewohner/-innen kam als notwendig, dass Ausgangsverbote unverhältnismäßig waren und ohne Berücksichtigung der individuellen Situation verhängt wurden und dass die Wünsche der Bewohner/-innen bzw. ihrer Angehörigen nicht ausreichend beachtet wurden.

Die Vertreter/-innen der Pflegeeinrichtungen hingegen betonen, dass sie sich sehr darum bemüht haben, eine Normalität aufrechtzuerhalten. Sie erlebten die Stimmung während des Lockdowns als familiär, ruhig und entspannt und konnten kein verstärktes Auftreten von Einsamkeit feststellen. Um den Kontakt zu den Angehörigen aufrechtzuerhalten, wurden sehr viele Maßnahmen gesetzt: von begleiteten Spaziergängen über Videotelefonie bis zur Aktivierung des klassischen Briefs. Als herausfordernd wird beschrieben, das richtige Maß zwischen maximalem Schutzbedürfnis und maximaler Freiheit zu finden.

Knapp 80 Prozent der Einrichtungen gaben an, dass sie die Empfehlungen zur Lockerung der Besuchsbeschränkungen gut bzw. zumindest teilweise umsetzen konnten und dass sie die Informationen als hilfreich empfanden.

Allerdings ergaben sowohl die Umfrage als auch die Diskussionen in Workshops und Fokusgruppen, dass diese Empfehlungen zu spät kommuniziert worden waren. Dies führte insbesondere zu Zeitdruck bei den Vorbereitungen zur Umsetzung der Lockerungen.

Abbildung 22: Lockerung der Besuchsbeschränkungen, Antworten der Einrichtungen in Prozent (n = 304)



Quelle: Online-Umfrage 2020, Darstellung GÖG

Ein häufig diskutierter Punkt rund um Besuchsbeschränkungen war die Frage, ob An- und Zugehörige oder auch Ehrenamtliche, welche mit den Bewohnerinnen/Bewohnern vertraut sind, dennoch weiterhin einbezogen werden könnten. Rund 10 Prozent der befragten Einrichtungen gaben an, in der Zeit des Lockdowns Ehrenamtliche miteinbezogen zu haben, sechs Prozent haben auch pflegende Angehörige weiter als Unterstützung einbezogen.

Ehrenamtliche unterstützten die Alten- und Pflegeheime auf verschiedenen Ebenen. Zum Beispiel übernahmen sie eine Rolle im Besuchsmanagement, in der Spazierbegleitung oder in der Seelsorge. Vereinzelt nähten sie Schutzmasken oder halfen im Hygienemanagement (Reinigung, Desinfektion).

Etwa ein Drittel führte bei der Befragung ergänzend an, dass die Besuchsbeschränkung vor der Lockerung im Falle einer palliativen Versorgungssituation ausgesetzt wurde. So wurde den Angehörigen ermöglicht, ihre An- und Zugehörigen am Ende des Lebens zu begleiten und sie zu verabschieden. Dies war auch in den Empfehlungen des Ministeriums als eine wichtige Ausnahme der Beschränkungen angeführt wie auch in vielen anderen Empfehlungen und Regelungen von Heimträgern oder der Bundesländer.

Einzelne Diskussionsbeiträge zeigen, dass individuelle Regelungen umgesetzt wurden, zum Beispiel für Menschen, die sehr unter den Einschränkungen litten, bei Bewohnerinnen/Bewohnern mit fortgeschrittener Demenz oder durch Ausnahmen an Geburtstagen.

Diese Rückmeldungen zeigen, dass es durchaus im Sinne der Bewohner/-innen ist, den Spielraum für individuelle Regelungen zuzulassen, da nur die Mitarbeiter/-innen einschätzen können, wie größtmögliche Sicherheit bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner/-innen gewährleistet werden kann.

18 Prozent gaben an, auch während des Lockdowns auf therapeutische Dienste zugegriffen zu haben. Überwiegend handelte es sich dabei um Physio- und Ergotherapeutinnen/-therapeuten, viele davon sind direkt im Haus angestellt, teilweise wurden sie nur unter Vorlage eines negativen SARS-CoV-2-Testergebnisses eingelassen. In wenigen Fällen wurde zusätzlich angegeben, psychologische Dienste und medizinische Fußpflege weitergeführt zu haben. Auch Visiten durch Hausärztinnen/Hausärzte kamen unterschiedlich oft vor.

Sonstige Personen, die während des Lockdowns Zutritt zum Haus hatten, waren in vielen Fällen Praktikantinnen/Praktikanten und (außerordentliche) Zivildienstler. Manchmal wurden auch Mitarbeiter/-innen aus Tageszentren und externe Pflegekräfte beschäftigt. Dienste, die aufrechterhalten wurden, waren häufig aus dem Bereich der Seelsorge. Selten wurden Friseurbesuche erlaubt.

Häufig gab es die Rückmeldung, dass die Phase der Lockerung der Besuchsbeschränkungen personalintensiv war und dass dies bei weiteren Krisen vermehrt mit Unterstützung durch Ehrenamtliche oder Zivildienstler geplant werden sollte.

## 5 Diskussion

Aus den zu dem Thema durchgeführten Fokusgruppen, aber auch aus verschiedenen anderen Online-Diskussionen zeigte sich deutlich, dass es zum Leben in Alten- und Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie unterschiedliche Wahrnehmungen der einzelnen Gruppen (Mitarbeiter/-innen, Bewohnervertretungen, Kontrollorgane, Angehörige) gibt. Die Spannbreite ist dabei groß: Beispielsweise haben Pflegepersonen die Situation der Bewohner/-innen während des Lockdowns und der Lockerung deutlich anders dargestellt als dies durch die Aufsichtsbehörden wie Volksanwaltschaft, Vertretungsnetz oder Patienten-anwaltschaft, aber auch durch Angehörige kommuniziert wird. Anzumerken ist, dass die Sicht der Bewohner/-innen selbst während des Lockdowns und auch danach nur unzureichend erfasst ist.

Diese (durchaus kontroversen) Ergebnisse zeigen auf, dass nicht nur Maßnahmen zu setzen sind, die eine ähnliche Situation besser bewältigbar machen, sondern dass es notwendig ist, sich generell mit dem Themen Selbstbestimmung, Verantwortung, Schutz und (Rechts-)Verbindlichkeit auseinanderzusetzen.

Um für eine ähnliche Situation in Zukunft möglichst gut vorbereitet zu sein, werden im Folgenden fünf maßgebliche Themenfelder umrissen und um Maßnahmenvorschläge, die im Rahmen der Evaluierung erhoben wurden, ergänzt.

### **Themenbereich 1: Rahmenbedingungen für Pflege in Krisenzeiten**

Zur Bewältigung von Krisen brauchen Einrichtungen einen klaren Rahmen, der Sicherheit und Orientierung gibt. Ziel ist es, eine möglichst umfassende Pflege und Betreuung sicherzustellen, die dem bio-psycho-sozialen Wohlbefinden der Bewohner/-innen auch in Zeiten gesundheitlicher Krisen entgegenkommt. Die Einrichtungen haben Bedarf nach so viel Rechtssicherheit wie möglich, sollten aber über so viel Flexibilität wie nötig verfügen können, um auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen, die dort wohnen und leben, auch eingehen zu können. Fürsorge und Selbstbestimmung, Sicherheit und Autonomie – diese Spannungsfelder wurden heftig diskutiert. Die Diskussion sollte weitergeführt werden, um in einer neuen Krise Lösungen rascher entwickeln zu können.

## Maßnahmen

- Möglichkeiten schaffen, dass bei Krisen, von denen Alten-/Pflegeheime so intensiv betroffen sind, Vertreter/-innen dieser Einrichtungen in die lokalen, regionalen und nationalen Krisenstäbe als beratende Expertinnen und Experten miteinbezogen werden
- Weiterführen der Diskussion über das Spannungsfeld zwischen Freiheit und Schutz von Menschen in Alten- und Pflegeheimen während Krisensituationen mit dem Ziel, einheitliche Handlungsanleitungen zu erarbeiten, welche
  - die unterschiedlichen Perspektiven berücksichtigen und
  - die rechtliche Situation umfassend darstellen und so Sicherheit für die Einrichtungen in höchstmöglichem Ausmaß bieten.
- Erarbeiten eines systematischen Kommunikationsmanagements für die Krise:
  - Einholen der Praxisperspektiven in die Erarbeitung von Empfehlungen
  - Bereitstellung von gesicherten Informationen
  - Bereitstellen von gebündelten zielgruppenspezifischen Informationen
- Entwerfen einer Strategie, wie Schutzmaterialien und/oder andere Bedarfsgüter in Krisenzeiten regional beschafft werden können, sodass alle Einrichtungen ausreichend Material zur Verfügung haben. Im Falle einer faktischen Knappheit ist zu prüfen, ob eine überinstitutionelle Stelle diese kompensieren kann. Ziel ist es, eine angemessene Verteilung dieser Güter zu erreichen und auch sicherzustellen, dass reliable Informationen zur Anwendung der jeweiligen Schutzmaterialien bzw. Bedarfsgüter in ausreichendem Maße vorliegen.

## Themenbereich 2: Personal in Alten- und Pflegeheimen

Die Herausforderungen, denen sich das Pflegepersonal zu stellen hat, sind grundsätzlich außerordentlich groß – durch die COVID-19-Pandemie wurden sie nochmals verschärft. Zwar erfuhren Pflegepersonen in der Zeit der Krise Wertschätzung und gesellschaftliche Anerkennung. Mit der Rückkehr zum Alltag sehen sie sich aber mit Vorwürfen konfrontiert, die dazu führen, dass sie sich im Stich gelassen und in ihrer Professionalität kritisiert und



angegriffen fühlen.<sup>6</sup> Belastungssituationen (vor und in der Krise) resultieren aus vielen Faktoren und wurden detailliert beschrieben (u. a. (Rappold/Juraszovich 2019)). Jedenfalls kam es in der Krise zu personellen Engpässen und Irritationen (während die einen vor der Kurzarbeit standen, wussten die anderen nicht, wie sie die Arbeit bewältigen sollten). Derzeit erleben viele Einrichtungen aber generell einen Personalmangel, welcher sich langfristig negativ auf die Pflege und Betreuung auswirken wird. Ziel ist es, langfristig Menschen unterschiedlicher Altersstufen für Pflege- und Sozialbetriebe zu gewinnen und im Beruf zu halten, damit qualitätsvolle Pflege und Betreuung sichergestellt werden kann.

## Maßnahmen

- Regionales Personalmanagement für Krisenzeiten etablieren:  
Um Personalengpässe abzufedern und zu verhindern, dass in Krisenzeiten Personal gesucht und angestellt werden muss, soll eine Personalbörse geschaffen werden und der Austausch bzw. das Verleihen von Personal über Einrichtungs- und Trägergrenzen hinweg ermöglicht werden. Ggf. sind dafür gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen (z. B. um Personal von mobilen Diensten, Krankenanstalten oder Rehaeinrichtungen auch in Pflegeheimen einsetzen zu können).
- Erarbeiten eines Rahmens, wie Therapeutinnen und Therapeuten während Krisenzeiten ihre Aufgaben weiterhin wahrnehmen können (da therapeutische Leistungen wesentlich zum bio-psycho-sozialen Wohlbefinden und zur Gesundheit beitragen).
- Erarbeiten von fachlichen Empfehlungen zur Pflege und (Wieder-) Aufnahme von Personen in Pflegeheime.
- Verbesserung der personellen Situation in Alten-/Pflegeheimen, damit in diesen auch in Krisensituationen qualitativ gepflegt und betreut werden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zusätzliche Rollen oder neue Aufgaben (Corona-

---

<sup>6</sup> Beispielsweise durch Feststellungen, dass Bewohner/-innen „vorsorglich eingesperrt werden“ (siehe [vertretungsnetz.at/nd/news/individuelle-loesungen-gesucht](https://vertretungsnetz.at/nd/news/individuelle-loesungen-gesucht)) oder dass „das Pflegepersonal [...] den für die Gesundheit unbedingt nötigen sozialen Bezug nicht zu kompensieren“ vermöge (siehe [ots.at/presseaussendung/OTS\\_20200406\\_OTSO081/corona-einsamkeit-bei-pflegebeduerftigen-und-demenzpatienten](https://ots.at/presseaussendung/OTS_20200406_OTSO081/corona-einsamkeit-bei-pflegebeduerftigen-und-demenzpatienten)).

Beauftragte(r), Hygienefachkraft) auch zusätzliches, teilweise auch nicht-pflegerisches Personal erfordern.

- Erarbeiten eines Rahmens, wie pflegende An- und Zugehörige, ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen sowie Zivildienstler während Krisenzeiten in die Pflege und Betreuung weiterhin miteinbezogen werden können.
- Personal wertschätzen und anerkennen:  
Die Maßnahmen dazu sind vielfältig und beginnen bei der Verbesserung der Personalschlüssel generell, der Sichtbarmachung von Pflegepersonen in Krisen- und Beraterstäben, der Bereitstellung ausreichender Schutzmaterialien, bei zusätzlichen Urlaubstagen oder einer substanziellen finanziellen Remuneration.

### **Themenbereich 3: Kooperationen und Zusammenarbeit**

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten/Ärztinnen und DGKP erfolgte verstärkt digital und es wurden deutlich mehr § 15-Tätigkeiten an DGKP delegiert. Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologien sollen breit eingesetzt werden. Die medizinische Akutversorgung, Kooperationen mit Krankenanstalten und Rettungstransporten sowie der Einsatz von therapeutischen Diensten waren geprägt von individuellen Lösungen. Auch hier gilt es sicherzustellen, (dass und) wie die akutmedizinische und therapeutische Versorgung in Krisenzeiten gewährleistet werden kann.

Erfolgsbeispiele aus der COVID-19-Pandemie sind das e-Rezept und die Kommunikation über elektronische Medien. Diese Methoden sollen grundsätzlich ausgebaut und erweitert genutzt werden.

#### **Maßnahmen**

- Sicherstellung und Unterstützung der Zusammenarbeit von lokalen Gesundheitsdienstleistern (Alten- und Pflegeheime, Krankenhaus, Rettungsdienste, mobile Dienste, Ärztinnen/Ärzte)
- Erarbeitung lokaler Notfallpläne, welche die medizinische Akutversorgung der Bewohner/-innen in Krisensituationen sicherstellen

- Einführung eines vernetzten Informationsmanagements und Verstärkung des Informationsaustausches zwischen lokalen und bundesweiten Behörden und Alten- und Pflegeheimen in Bezug auf relevante Informationen für den Bereich der Langzeitpflege und -betreuung (z. B. zentrale Informationsplattform für Alten- und Pflegeheime mit relevanten Informationen)
- verstärkte Investitionen in Telemedizin/Telecare und Stärkung der digitalen Kompetenz sowohl bei Gesundheits- und Pflegepersonal als auch bei Bewohnerinnen und Bewohnern
- Ausschöpfung der Möglichkeiten des GuKG und verstärkte Übertragung von Aufgaben aus § 15 GuKG „Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie“ an DGKP; hier können z. B. Krankenhauseinweisungen vermieden werden, indem Pflegekräfte auch im Pflegeheim Infusionstherapien durchführen

## **Themenbereich 4: Partizipation und Selbstbestimmung von Bewohnerinnen/Bewohnern**

In den letzten Jahrzehnten wurden die Alten-/Pflegeheime zu Orten der Begegnung. Die Perspektiven und Wünsche der Menschen in Pflegeheimen werden gehört und damit sie ihre Interessen besser artikulieren können, wurden Bewohnerparlamente eingesetzt. Das Pflegeheim wird nicht mehr nur als Ort einer medizinischen und pflegerischen Versorgung, sondern vielmehr als ein Zuhause gesehen. Dieser Umstand darf auch in Krisenzeiten nicht vergessen werden. Das Gleichgewicht zwischen persönlicher Selbstbestimmung und Freiheit und der Sicherheit der Menschen muss erhalten bleiben.

### **Maßnahmen:**

- Entwicklung einer Handlungsanleitung, wie Besuche von An- und Zugehörigen differenziert gesteuert und organisiert werden können, auch für den Fall, dass es in einer Einrichtung zu Verdachts- oder Infektionsfällen kommt.
- zielgruppenspezifisches Informationsmaterial für Bewohnerinnen und Bewohner erarbeiten (z. B. in einfacher Sprache und unter Berücksichtigung der Lebenslage der Bewohner/-innen beschreiben: Was darf ich? Was soll ich vermeiden?)

- Entwicklung von Strategien, um Bewohnerparlamente auch in Krisenzeiten einzusetzen
- Möglichkeiten schaffen, um Bewohner/-innen in Experten- oder Krisenstäbe einzubinden

## **Themenbereich 5: Forschungsarbeiten zu COVID-19**

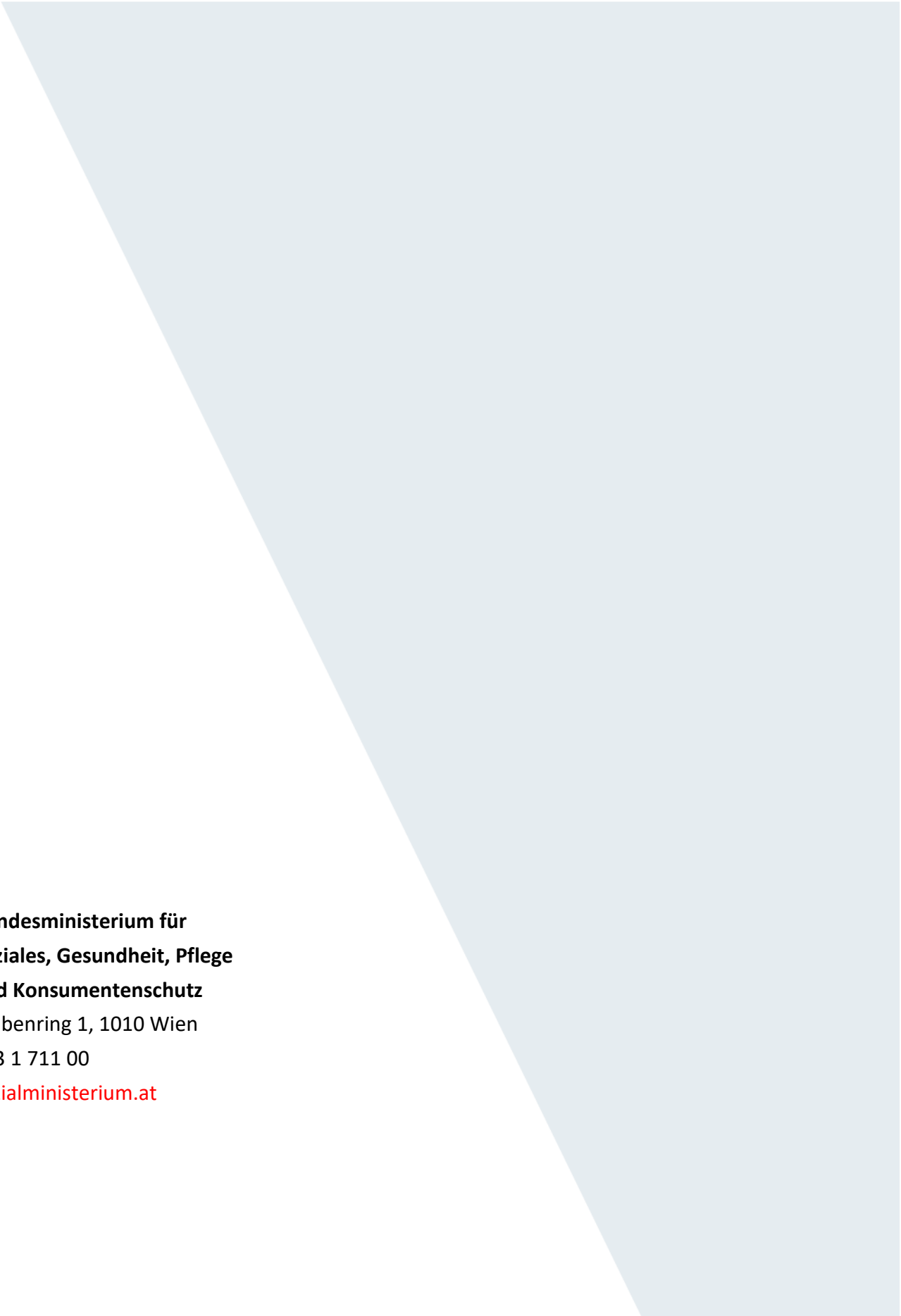
Aus den Online-Talks, aber auch aus den Fokusgruppen wurde deutlich, dass sehr viel Wissen darüber vorliegt, wie unterschiedlich eine Situation wahrgenommen wird: Die Geschichte eines Pflegeheims unterscheidet sich von der eines anderen, die Erfahrungen einer Bewohnerin von den Erfahrungen einer anderen. Was fehlt, ist eine systematische wissenschaftliche Erhebung und Analyse der Vielfalt an gesundheitlichen, sozialen oder emotionalen Veränderungen, die durch die COVID-19-Pandemie entstanden sind.

### **Maßnahmen**

- Förderung von Forschungsprojekten zur Analyse der Pandemiefolgen (von der Prävention über Beschränkungen bis hin zu den Lockerungsmaßnahmen und die Zeit danach), welche sich mit den Veränderungen durch die Pandemie beschäftigen und alle Perspektiven (Bewohner/-innen, Personal, Angehörige, Gesundheitsdaten usw.) und Disziplinen (Psychologie, Pflege, Medizin, soziale Arbeit, ...) berücksichtigen.
- bessere Vernetzung von administrativen Datenquellen (Registerdaten) zwischen Gesundheits- und Langzeitpflegebereich, um ein systematisches Monitoring von Übergängen und integrierter Versorgung im Zusammenhang mit der Pandemie zu ermöglichen

# Literatur

- BMASGK (2019): **Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2018**. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.
- BMSGPK (2020): **Rechtliche Grundlagen und Meldung übertragbarer Krankheiten**. [Online] [Zugriff am 10.7.2020].
- Borkovec, Martin; Maritschnik, Sabine; Pfeiffer, Sabine; Richter, Lukas; Chakeri, Ali; Schmid, Daniela (2020): **SARS-CoV2-Infektion: Täglicher Lagebericht für Österreich**. AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie & Surveillance, Wien
- Comas-Herrera, Adelina; Ashcroft, Elizabeth C.; Lorenz-Dant, Klara (2020): **International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings**. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network.
- Comas-Herrera, Adelina; Zalakaín, Joseba; Litwin, Charles; Hsu, Amy T.; Lemmon, Elizabeth; Henderson, David; Fernández, Jose-Luis (2020): **Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence**. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network.
- OECD (2020): **Workforce and safety in long-term care during the COVID-19 pandemic**.
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): **Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich**. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.
- WHO (2020a): **Strengthening The Health System Response To COVID-19. Preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region (21 May 2020)**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2020b): **WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic**. [Online] [Zugriff am 10.7.2020].



**Bundesministerium für  
Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)