

03.

Pflege und Betreuung

Weißbuch Version 2020

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: umsetzen@praevenire.at; www.praevenire.at | Projektdurchführung: PERI Change GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel: 01/4021341-0, Fax: 01/4021341-18 | Projektleiter: Bernhard Hattinger, BA, b.hattinger@perichange.at | Projektteam: Natalie Kapfer-Rupp, BA, Tanja Orgonyi, MA, Jeannine Schuster, MSc, Kathrin Unterholzner | Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Mag. Julia Wolkerstorfer | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH (Gestaltung: Katharina Harringer, Produktion: Mag. Lisa Heigl-Rajchl) | Lektorat: Mag. Charlotte Babits | www.praevenire.at

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Aussagen geben die Meinung der Kooperationspartner, Unterstützer und Experten wieder. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber meist nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Trotz sorgfältiger Manuskriptbearbeitung und Lektorat können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Es kann daher infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht, übernommen werden.

Redaktionsschluss: 03.09.2020

© 2020 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

03. Pflege und Betreuung

»Systemische Integration und Attraktivierung«

Der Themenaspekt Pflege und Betreuung wird in puncto Versorgung und Finanzierung zukünftig eine der größten Herausforderungen für das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem darstellen. Die österreichische Bevölkerung wird zwar immer älter, allerdings steigen die gesunden Lebensjahre im Vergleich zu anderen Ländern nur gering an. Es ist unabdingbar, ein neues Zeitalter – von der „Reparaturmedizin“ zur Präventivmedizin – einzuläuten, um der aktuellen und künftigen Agenda von Pflege und Betreuung gewachsen zu sein. Im Jahr 2030 wird in Österreich die Zahl jener Menschen, die pflegende Unterstützung brauchen, bei ca. einer Million liegen. Rund 50.000 neue Pflegekräfte werden erforderlich sein, um den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden.

3.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um die österreichische Pflegelandschaft auf starke Beine zu stellen, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **vier Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen** als Sofortmaßnahmen.

1. Kompetenzen stärken

No nurses, no future.

1. Kompetenzbereiche von Pflegekräften müssen gestärkt werden: Es ist essenziell, das **Aufgabenportfolio** des gut ausgebildeten gehobenen Dienstes (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, DGKP) zu **erweitern**, generalistisch auszubilden mit Erwerb von Spezialkenntnissen, um die für ihre Einsatzbereiche notwendigen Tätigkeiten selbstständig ausführen zu dürfen. In der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gilt es darüber hinaus, Arbeitsprozesse zu optimieren. Am Beispiel des schwedischen Pflegesystems zeigt sich, dass die größeren Befugnisse des Pflegepersonals positive Auswirkungen auf den Pflegesektor mit sich bringen. Die Honorierung ist hinsichtlich eines erweiterten Aufgabenfeldes entsprechend anzupassen.
2. Schnittstellen zwischen dem Akutbereich und dem mobilen sowie stationären Langzeitbereich müssen mitgedacht und mitgestaltet werden, um ineffiziente Insellösungen zu vermeiden. **Unterstützende Sachleistungen** können im heimischen Pflegesetting beispielsweise die pflegerische Qualität stärken, wie Modelle aus der Schweiz zeigen. Ziel ist es, dass der zu pflegende Mensch so lange wie möglich in seiner vertrauten Umgebung verbleiben kann. Pflegende Angehörige können durch den Zukauf von Sachleistungen (bzw. von ambulanten Pflegediensten) entlastet werden und definierte Aufgaben abgeben. [1]

3. Health Care bedeutet Teamarbeit: Die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den Bereichen Medizin, Pflege, Apotheke und Gesundheitsberufen muss gefördert werden, indem **gemeinsame Module während der Ausbildungscurricula** definiert werden. Ziel ist es, bestmöglich auf die Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen eingehen zu können.
4. Mittels Etablierung von Community Nurses und School Nurses soll besserer Outcome generiert werden. Am Beispiel des niederländischen Buurtzorg-Konzepts (vgl. www.buurtzorg.com) zeigt sich, wie sich die Förderung von Nachbarschaftshilfe positiv gestalten und professionelle Pflege und Betreuung in einer Region gleichermaßen stattfinden kann. Buurtzorg ist der ambulante niederländische Pflegedienst, der die Pflege mit einer Integration von IT, Ökonomie und selbst organisierter Arbeitsweise revolutioniert hat. Ziel des Konzepts ist es, die Autonomie der Klientinnen und Klienten zu unterstützen. Österreich könnte von dem Konzept lernen, dass mit telemedizinischer Unterstützung und Betreuung durch Coaches wieder mehr Zeit für ursprüngliche Tätigkeiten und Ressourcen für den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt gewonnen werden können. Die Nutzerinnen und Nutzer sowie die Beschäftigten stehen dabei stets im Mittelpunkt. [2]
5. Hinsichtlich der Etablierung einer **Pflegelehre** herrscht Dissens unter den Expertinnen und Experten, die eine Pflegelehre für Jugendliche aufgrund der psychischen Belastung kritisch betrachten. PRAEVENIRE sieht hier dennoch hohen Handlungsbedarf und unterstützt die Fokussierung auf die Erwachsenenlehre und die Unterstützung jener Personen, die sich in Richtung Pflege umschulen lassen wollen. [3]
6. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt eine **bundeseinheitliche Analyse des mittel- und langfristigen Personalbedarfs**. Um diesen

sicherzustellen, soll der **Zivildienst auf eine Lehr- ausbildung anrechenbar** sein sowie möglichst hohe Autonomie für extramurale Pflegedienste geschaffen werden. [3]

2. Prozesse vereinfachen – Qualität erhöhen

Die Menschen müssen rechtzeitig aufgefangen werden.

1. Der Kompetenzdschungel der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern muss dringend gelichtet werden. Dabei sollen Finanzierungszersplitterungen im Pflegebereich von einer zentralen Finanzierung aus einem Topf (z. B. mittels Pflegefonds) abgelöst werden. Über die Aufbringung der Mittel herrscht Dissens unter den Expertinnen und Experten. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 schlägt eine **Pflegeversicherung** vor: Beispielsweise kann mit Beginn der Berufslaufbahn mit geringen Beitragseinzahlungen gestartet werden. Zu diskutieren ist auch eine lohnnebenkostenneutrale Versicherungszahlung, um den Menschen die Sicherheit zu geben, dass sie auch im Pflegefall versorgt sind.
2. Bestehende Qualitätssicherungen müssen stets evaluiert werden, um die zu pflegenden Menschen sowie die pflegenden Angehörigen bestmöglich in ihrer alltäglichen Betreuung zu unterstützen und die Qualität der Pflege auf einem höchstmöglichen Niveau zu halten. Das kann nur von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sichergestellt werden.
3. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt, finanzielle Unterstützung sowie **Entlastungsdienste für pflegende Angehörige** wie folgt zu fördern: **Ab Pflegestufe 3 sollen Pflegedienste bis zu zwei Wochen finanziert werden, ab Pflegestufe 4 für vier Wochen, ab Pflegestufe 5 für zwei Monate pro Jahr.** Die Investition in Pflege rechnet sich, denn sie ist für das Gesundheitssystem gesamtwirtschaftlich gesehen günstiger als die Kosten für einen stationären Aufenthalt in einem Akutbett des Krankenhauses.
4. Rechtliche Rahmenbedingungen in puncto Arbeitsrecht und Versicherung während der Pflegekarenz müssen ausgebaut werden. Die österreichweite Etablierung einer **Pflegeservicestelle** soll dazu beitragen, Pflegebedarf zu erheben, entsprechende Beratung zu gewährleisten und so Betroffene und

Angehörige unbürokratisch von Pflegeprofessionisten zu unterstützen.

5. Es ist essenziell, die **psychosoziale Begleitung von pflegenden und betreuenden Angehörigen** zu stärken. Nur so können Folgeerkrankungen oder Folgekrankenstände verhindert werden. Damit das sichergestellt ist, sollen pflegenden Angehörigen kostenlose psychosoziale Beratungsleistungen zur Verfügung stehen.

3. Höchste Standards etablieren

Krisenzeiten brauchen exakte Analysen.

1. Bezugnehmend auf EU-weite Mindeststandards, die auf künftige Anforderungen ausgerichtet sind, sollen alle Mitgliedsländer das Ausbildungsniveau einander angleichen, um Arbeitskräftemangel in bestimmten Mitgliedsländern zu vermeiden.
2. Die Einhaltung pflegewissenschaftlicher Standards muss evaluiert werden und überprüfbar sein, damit sichergestellt wird, dass private und öffentliche Kriterien (vgl. WHO- und ICN-Standards) eine einheitliche Struktur aufweisen. Beispielsweise sollten Pflegekräfte-Agenturen und -Vermittler auf verpflichtender Basis zertifiziert sein.

Corona-Learnings

Wie sich im Zuge von COVID-19 gezeigt hat, sind Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sowie Pflegekräfte besonders gefährdet. Deshalb muss für die Versorgung mit Schutzkleidung und Testungen ausreichend gesorgt werden.

1. Pflegeheime bzw. Langzeiteinrichtungen müssen gemäß den höchsten geltenden Standards geschützt werden. Dies inkludiert auch die **regelmäßige Testung aller Bewohnerinnen und Bewohner** sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend empfohlener Standards.
2. Es bedarf einer zentralen, transparenten und stets aktuellen Erfassung der Anzahl der infizierten Pflegekräfte sowie von Bewohnerinnen und Bewohnern österreichischer Pflegeheime. Darüber hinaus ist es essenziell, die Anzahl der **infizierten Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher** inklusive

ihrer Angehörigen zu erfassen. Ausschließlich auf Basis klarer Analysen können erfolgreiche Gegenmaßnahmen initiiert werden.

Mensch im Mittelpunkt

Qualitätsvolle pflegerische Arbeit, in der pflegebedürftige Menschen mit ihren Bedürfnissen im Fokus stehen, kann nur dann gelingen, wenn der Personalschlüssel stimmt. Eine Reduktion von Pflegekräften aufgrund finanzieller Erwägungen der Kostenträger liegt nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Der Wunsch nach Pflege im vertrauten, häuslichen Umfeld ist für viele Menschen mit Pflegebedarf zentral und bedingt einen gesundheitspolitisch stärkeren Fokus.

Im internationalen Vergleich zeigen sich Modelle, die auch für Österreich von Bedeutung sein können: Das in 1.4 erwähnte niederländische Buurtzorg-Konzept¹ ist ein Beispiel für das Zusammenwirken von Nachbarschaftshilfe und professioneller Pflege in einer Region. Die Schweiz setzt verstärkt auf unterstützende Sachleistungen im heimischen Setting, was sich positiv auf die Qualität auswirkt. Im schwedischen Pflegesystem, das als besonders effizient gilt, sind die Befugnisse des Pflegepersonals weit größer als jene in Österreich. Die Patientinnen und Patienten werden über Primärversorgungszentren beraten, medizinisch-pflegerische Leistungen bedarfsgerecht gesteuert und von akademisch ausgebildeten Fachkräften durchgeführt.

Im Bereich der Langzeitpflegeeinrichtungen ist eine Orientierung an Corona-erprobten Ländern wie Singapur, Südkorea, Taiwan oder China sinnvoll, die wertvolle Beispiele für die Gestaltung optimaler Sicherheitsmaßnahmen in Pflegeheimen sein können.

Chancen der Digitalisierung

Digitale Lösungen sollen dort eingesetzt werden, wo Prozesse vereinfacht und Menschen in ihrer Tätigkeit unterstützt und entlastet werden, wie beispielsweise im Bereich der Dokumentation. Plattformen bzw. Initiativen wie ELGA, Tele-Care, Tele-Nursing oder Diätologinnen und Diätologen via Videokonsultation gewinnen dabei stets an Bedeutung. Der Bereich Robotik wird als Unterstützung, nicht als Ersatz menschlicher Expertise betrachtet.

Essenziell ist, dass der Zugang zu digitalen Tools für alle Player im Gesundheitssystem gewährleistet sein muss und sich dieser für alle Beteiligten leistbar gestaltet.

PRAEVENIRE empfiehlt, die Nutzung digitaler Lösungen wie ELGA für das Medikamentenmanagement sowohl für verschreibungspflichtige Arzneimittel als auch für OTC-Produkte für alle Gesundheitsberufe zu ermöglichen, um damit in Absprache mit der Ärzteschaft die Adhärenz und Compliance von Therapien sowie die Patientensicherheit (Wechselwirkungen, Polypharmazie) interdisziplinär gemeinsam zu unterstützen.

Personifizierte Notfallbuttons für Pflegekräfte sollen installiert werden, um so die Kontaktaufnahme zur Rettung unkomplizierter zu gestalten, Anfahrtszeiten zu verkürzen und die Versorgungssicherheit für die Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Die Form des digitalen Kommunikationsweges für eine (Weiter-)Behandlung der zuständigen Ärztinnen und Ärzte sollte zumindest temporär ermöglicht werden, um eine optimale Nachbetreuung für die Patientinnen und Patienten sowie Pflegende zu gewährleisten.

[1]-[3] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 3.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Pflege und Betreuung



OGB



¹ www.buurtzorgnederland.com

3.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen von der Arbeiterkammer Wien und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

[1] Zu 1.2: Aus Sicht von AK und ÖGB ist das Ziel zu einseitig gefasst, denn es ist notwendig, dass die zu Pflegenden bzw. die pflegenden Angehörigen eine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Pflege-Settings haben sollten. Es ist stimmig, dass viele Menschen in häuslicher Umgebung gepflegt werden wollen, jedoch kann häusliche Pflege nicht das einzige Ziel sein. Denn damit wird sich die Situation der pflegenden Angehörigen nicht gerade verbessern.

Darüber hinaus ist die Rede vom Zukauf von Sachleistungen, hier ist jedoch die Finanzierung die entscheidende Komponente, damit Pflege für alle zugänglich ist.

[3] Zu 1.5: Die AK Wien und der ÖGB lehnen die Einführung einer Pflegelehre entschieden ab. Stattdessen braucht es die österreichweite Ausrollung des BMS/BHS-Schulmodells für Pflegeberufe, bessere Durchlässigkeit im Ausbildungssystem und vor allem attraktive Arbeitsbedingungen als Pull-Faktor am Arbeitsmarkt.

Ebenso wird eine Pflegeversicherung abgelehnt, die entweder hohe Beitragssätze oder lückenhafte Teilkasko-Leistungen mit sich bringt. Eine Finanzierung der Betreuung und Pflege über Steuereinnahmen mit Wiedereinführung von Schenkungs- und Erbschaftssteuer bringt die erforderliche Sicherheit und die dringend notwendige gerechte Verteilung.

Angebote zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen müssen sich am Bedarf der Zielgruppe orientieren und nicht an der PflegegeldEinstufung der unterstützten Menschen, zumal die PflegegeldEinstufung den Bedarf an Betreuung und Pflege nicht korrekt abbildet.

Anstatt einer unreflektierten Übernahme des Buurtzorg-Modells aus den Niederlanden empfiehlt sich der Ausbau der professionellen Autonomie und Personenorientierung.

Ergänzungen und Dissenspositionen des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV)

[2] Zu 1.4: Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) unterstützt für Österreich die Umsetzung des Konzepts der Community Nurse, wie im aktuellen Regierungsprogramm vorgesehen. Das Buurtzorg-Konzept ist im kulturellen Kontext zu sehen und zu bewerten. Die Umsetzung des Buurtzorg-Konzepts in Österreich sieht der ÖGKV deshalb als schwierig an. Die Etablierung und Stärkung der Community Nurses als eine wichtige Schlüsselfigur in der Versorgungslandschaft Österreichs ist zu priorisieren. Die Schaffung einer Pflegeservicestelle empfiehlt der ÖGKV ergänzend zur Umsetzung des Community-Nurse-Konzepts.

[3] Zu 1.5 und zu 1.6: Eine Lehrausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege wird vom ÖGKV kritisch bewertet. Die Anrechnung der Absolvierung eines der bereits bestehenden Ausbildungsniveaus in der Gesundheits- und Krankenpflege auf den Zivildienst ist wünschenswert.

Dissensposition von Dr. Günter Dorfmeister

[3] Zu 1.5: Zu den Absätzen 1.5 und 1.6 gibt es Dissens von Dr. Günter Dorfmeister, MBA, Direktor des Pflegedienstes der Klinik Ottakring.

EXPERTISE SUMMARY

03. Pflege und Betreuung

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Management Summary des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs

Experteninterviews

Quellenverzeichnis

Mitwirkende Expertinnen und Experten

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Die österreichische Bevölkerung wird aufgrund demografischer Entwicklungen immer älter. Im Vergleich zu anderen Ländern steigen die gesunden Lebensjahre aber nur gering an. Deshalb wird es immer wichtiger, dass Österreich sich von der Reparaturmedizin ablöst und in die Prävention investiert; denn eine gesunde, mobile und eigenständige Bevölkerung ist das Grundlegendste, das der Entlastung des gesamten Gesundheitssystems und insbesondere dem Bereich der Pflege und Betreuung zugutekommen kann.

In der Pflege und Betreuung soll die Versorgung zu den Betroffenen kommen – und nicht umgekehrt. Der Zugang zu Dienstleistungen und Einrichtungen muss für Patientinnen und Patienten, deren Angehörige und alle Interessenten transparent und niederschwellig sein und die Informationsbereitstellung und Bewusstseinsbildung für die gesamte Bevölkerung verstärkt werden. Denn Pflege- und Betreuungsfragen betreffen früher oder später jeden Einzelnen.

Herausforderungen

Sowohl kurz-, mittel- und langfristig gesehen steht der Bereich Pflege und Betreuung vor großen Herausforderungen – für alle Akteurinnen und Akteure. Die Systemrelevanz des Pflegepersonals für das österreichische Gesundheitssystem zeigt sich unter anderem in den Zahlen für die Langzeitpflege: In Österreich werden ca. 83.000 Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher von ca. 36.000 Pflegekräften (davon 13.100 diplomierte Pflegekräfte) in Langzeitpflegeeinrichtungen versorgt, 360.000 Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher werden zu Hause von ihren Angehörigen mit Unterstützung von 24-Stunden-Betreuerinnen und -Betreuern und ca. 17.000 Pflegekräften (davon 4.600 diplomierte Pflegekräfte) versorgt.²

Insgesamt werden künftig über 80 Prozent aller Pflegegeldbezieher zu Hause versorgt werden – freiwillig oder unfreiwillig. Daher ist auch über den Pflegebedarf hinaus eine gesellschaftliche Diskussion über die Rolle der Familie in der Pflege notwendig.

Darüber hinaus braucht es eine breit angelegte, **langfristige Image- und Bewusstseinskampagne**, um Pflege und Betreuung zu enttabuisieren, sie als attraktive Berufsfelder zu präsentieren und die früher oder später eintretende Relevanz in jedem persönlichen Lebenslauf aufzuzeigen.

Für diesen Dienstleistungssektor ist darüber hinaus eines der wichtigsten Themen die Anpassung der Berufsrechte und Kompetenzen, um künftig eine Mangel-situation in der Versorgung zu vermeiden.

Sinnvoll wäre es, das Aufgabenportfolio des gut ausgebildeten gehobenen Dienstes zu erweitern, so dass weitere der medizinischen Aufgaben von Pflegekräften übernommen werden dürfen. Dies würde nicht nur die Ärztinnen und Ärzte entlasten, sondern sich auch weiter positiv auf die Bezahlung der Gesundheits- und Krankenpflege (GuKP) auswirken. Beispielsweise wäre es möglich, Pflegekräften die Verordnung ausgewählter Arzneimittel oder Medizinprodukte zu erlauben. Für die Patientin und den Patienten ist es unerheblich, wer sie behandelt, solange die Qualität stimmt.

Kompetenzanerkennung: Die Weiterverordnung von Medizinprodukten durch den gehobenen Dienst der GuKP gemäß § 15a GuKG (Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe) wie z. B. in den Bereichen Inkontinenzversorgung, Mobilisations- und Gehhilfen sowie Verbandsmaterialien für Gesundheits- und Krankenpflege (auch für selbstständig tätige Pflegepersonen) ist zeit- und ressourcenschonend für das Pflegepersonal wie für Ärztinnen und Ärzte, für die betroffene Person und ihre Angehörigen und führt nicht zuletzt zu einer Attraktivierung des Berufsbildes.

Auch die Idee der sogenannten Community Nurse (umgangssprachlich bzw. früher sogenannte Gemeindegewestern) und der Wiedereinführung der School Nurse (Schul-Krankenpflegekräfte) ist anzudenken als eine Möglichkeit, bessere Outcome zu generieren. In Skandinavien, Frankreich, Großbritannien oder den USA ist School Nursing bereits etabliert, auch in Österreich sind über 200.000 chronisch kranke Kinder (mit Asthma, Diabetes, Epilepsie...) in den Schulklassen. Professionelle und spezialisierte Pflegekräfte decken ein breites Spektrum ab und können Pädagoginnen und Pädagogen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Schulärztinnen und Schulärzte unterstützen.

² vgl. Sprenger, Martin: <https://bit.ly/2WP2vdt>

Pflege zu Hause

Eine Stärkung des niedergelassenen Bereichs ist erforderlich, besonders für Pflegepersonal in der mobilen Pflege und Betreuung. Dabei geht es vor allem um den Faktor Zeit, Ärztin/Arzt-Betreuer-Kooperation bei Hausbesuchen, Kompetenzen und die medizinische Versorgung in der Langzeitpflege.

Der Ausbau stationärer wie auch mobiler und alternativer Pflege-, aber auch Betreuungsangebote, insbesondere Tagesbetreuung und Pflegenotdienste, sollte forciert werden, zu denken ist auch an den Ausbau von Hospiz und Palliativ Care ebenso wie an den Ausbau der stationären Kurzzeitpflege (medizinische und therapeutische Betreuung). Generell sollte die Pflegegeldeinstufung überarbeitet werden, damit diese den wahren Pflegebedarf abbildet, denn mittlerweile knüpfen viele Leistungen an die Pflegegeldleitung an.

Interdisziplinäre Kooperation und disziplinäre

Zusammenarbeit: In Bezug auf Betroffene und Angehörige gilt es, den Blick auf die setting- bzw. trägerübergreifende Kooperation, Koordination und Kommunikation im Allgemeinen zu richten, so z. B. bei der professionellen Abstimmung und Zusammenarbeit aufgrund immer komplexer werdender Krankheits- und Betreuungssituationen inkl. einer Kommunikation auf Augenhöhe mit allen beteiligten Berufsgruppen. Ebenso ist eine verstärkte Zusammenarbeit mit niedergelassenen Medizinerinnen und Medizinern, sowohl bei der mobilen als auch stationären Langzeitpflege zu fördern.

Die Zusammenarbeit von mehreren Spezialisten für Beratung in komplexen Fragestellungen ist auch zu Hause zu ermöglichen. Die Kooperation sollte mit Partnern aus anderen Gesundheitsberufen wie mit der Sozialarbeit, Therapeutinnen und Therapeuten oder Spezial-Dienstleistungsanbietern (z. B. mobilen Palliativteams) für gegenseitigen Wissens- und Nutzen-transfer gefördert werden.

Über eine professionellere Abstimmung und Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen auf Augenhöhe ist das Know-how über extramurale Zuständigkeiten zu verbessern: Unzureichendes Wissen über Zuständigkeiten und Aufgabenfelder anderer Berufsgruppen durch Information müssen ausgeglichen wer-

den, z. B. muss die Unterscheidung zwischen Heimhilfe und 24-Stunden-Betreuung bekannt sein.

Themen des intramuralen Bereiches

Um die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern, gibt es derzeit einige Punkte zu beachten, denn die jungen Generationen haben andere Anforderungen und Anliegen an das Berufsleben. Flexiblere Arbeitszeiten und Dienstpläne, ein wertschätzendes, gutes Arbeitsklima, auf Augenhöhe mit Medizinerinnen und Medizinern zu wirken, interessante Aufgabenstellungen und ein ansprechendes Gehalt sind die wichtigsten zu beachtenden Faktoren, um junge Menschen anzusprechen. Nur so können die Pensionierungen der Babyboomer und der steigende Bedarf an Pflegekräften ausgeglichen werden.

BEISPIEL

Im Wiener Krankenanstaltenverbund wurden kürzlich die Löhne erhöht, ein neues Gehaltsschema etabliert, was nicht nur die Attraktivität des Berufes für junge Leute steigert, sondern auch Pflegekräfte aus dem Ausland nach Wien lockt. Trotzdem bewarben sich vor fünf Jahren noch dreimal so viele Bewerber auf eine Stelle. Ein entsprechendes Employer Branding ist deshalb wichtig und geeignete Kommunikationsstrategien sind unumgänglich.

In Wiener Krankenanstalten sowie im Wilhelminenspital in Wien gibt es die Möglichkeit, während einer Mutter- bzw. Vaterschaftskarenz geringfügig zu arbeiten, mit mehreren Vorteilen: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Dienstverhältnis sind sehr flexibel einsetzbar, können bei Ausfällen regulärer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingesetzt werden und erhalten das Know-how in ihrem Fachbereich. Für die Arbeitskräfte hat es den Vorteil, dass sie während ihrer Karenzzeit dazuverdienen können und am Ball bleiben. Bereits 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nutzen diese Möglichkeit.

Dem Konzept von Teilzeitarbeit gegenüber steht die Position, Teilzeitbeschäftigung im extramuralen Bereich zu reduzieren, um Altersarmut der Arbeitnehmerinnen und -nehmer zu vermeiden. Bei allen dienstzeitlichen Vereinbarungen muss der Spagat zwischen gewünschter Work-Life-Balance der Dienstnehmerin und des Dienstnehmers und Dienstplan-Sicherheit der Arbeitgeberin und des Arbeitgebers gelingen.

Themen des extramuralen Bereiches

Für den Bereich extramurale Pflege und Betreuung ist das Pflegepersonal per se das wichtigste Thema. Um den wachsenden Bedarf an Pflegefachkräften sowohl quantitativ als auch qualitativ abzudecken, bedarf es einer Vielzahl an Maßnahmen zu Aspekten wie Ausbildung (bis hin zu Rahmenbedingungen wie Arbeitszeit, Mitarbeiterführung ...), der Gewinnung und Bindung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, eines bedarfsgerechten Skill-/Grademix, eines Personalschlüssels (Qualitätssicherung der Arbeit), der Arbeitsorganisation für die Digitalisierung und bei der Bezahlung.

Zur Sicherung der Qualität im extramuralen Bereich benötigt es Maßnahmen, in denen eine professionelle Pflegekraft kontrolliert und überprüft, ob die Bedingungen in Ordnung sind. Im Zuge dessen können auch Angehörige angeleitet und begleitet werden. Derzeit werden rund 80 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt, oftmals ohne Unterstützung von professionellen Pflegekräften.

Ein Vorbild für die Pflege könnten die Niederlande sein, das Buurtzorg-Konzept³ fördert Nachbarschaftshilfe und mobile, professionelle Pflege in der Region gleichermaßen.

Ein weiteres Beispiel aus der Schweiz, eine Initiative des Spitex-Verbands⁴, geht einen neuen Weg in der Pflege und Betreuung im heimischen Setting. Es werden für die häusliche Betreuung weniger direkte Finanzmittel, sondern Sachleistungen zur Verfügung gestellt, wodurch eine Qualitätssicherung gegeben ist. Auch eine Überprüfung von Fachkräften in periodischen Abständen, die nach Pflegestufen differenziert wird, ist vorstellbar.

Auch das schwedische Gesundheits- und Pflegesystem gilt als besonders effizient, u. a. weil die Befugnisse des Pflegepersonals weit größer sind als die in Österreich. Über Primärversorgungszentren werden die Patientinnen und Patienten beraten und die medizinisch-pflegerischen Leistungen bedarfsgerecht gesteuert

³ vgl. die niederländische Website: <https://www.buurtzorg.com/> und Erklärung in Deutsch auf <https://de.wikipedia.org/wiki/Buurtzorg>

⁴ vgl. die Website des Abieters: <https://www.spitex.sg/>

und durchgeführt von akademisch ausgebildeten Pflegekräften. (Diese haben auch erweiterte Kompetenzen wie z. B. Verordnung von Pflegehilfsmitteln, bestimmter Medikamente; auch leiten Pflegenden im multiprofessionellen Teamverständnis solche Primärversorgungszentren.) In Österreich wünschen sich Vertretungen des Pflegestand es ebenso eine Annäherung an das schwedische Gesundheitssystem.

KH-Entlassung mit verpflichtender ärztlicher Anordnung (Rezept) für die mobilen Dienste: Derzeit gibt es für Patientinnen und Patienten große Probleme, die medikamentöse Versorgung übers Wochenende zu erhalten, denn bei Entlassungen ab Freitagnachmittag gibt es kaum geöffnete Ordinationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte.

24-Stunden-Betreuung: Die derzeitige Regelung ist ein pragmatischer Ansatz, um Gesetzeswidrigkeiten bei Dienstnehmeranmeldungen zu vermeiden; sie ist keine Dauerlösung und sollte durch moderne und leistungsgerechte Honoraransätze ersetzt werden. Dazu soll die 24-Stunden-Betreuung für Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer attraktiver gemacht werden, um auch österreichische Kräfte für den Beruf zu begeistern. Das muss bei einer Neugestaltung der Pflege mitbedacht werden.

Für die Rund-um-die-Uhr-Betreuung eines Menschen in den eigenen vier Wänden hat sich der Begriff der 24-Stunden-Pflege im allgemeinen Sprachgebrauch durchgesetzt. Rechtlich muss die Bezeichnung aber genaugenommen 24-Stunden-Betreuung lauten. Die genaue Definition und Unterscheidungsmerkmale finden sich im Hausbetreuungsgesetz:⁵

- Unter Betreuung ist die Hilfestellung insbesondere bei der Haushaltsführung, der Lebensführung und eine Gesellschafterfunktion zu verstehen.
- Von Pflege ist die Rede, wenn ein erhöhter Pflegebedarf notwendig ist und dafür die Fachkraft entsprechende Pflegefachkenntnisse vorweisen können muss. Sie führt Tätigkeiten aus, die dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) unterliegen. Dies inkludiert z. B. das Verabreichen von Medikamenten oder das Setzen von Spritzen.
- Für Familienangehörige gilt diese Unterscheidung nicht. Sie dürfen sowohl betreuende als auch pflegende Tätigkeiten durchführen.

⁵ vgl.: <https://24hpflge.com/at/ratgeber-service/rechtsgrundlagen/hausbetreuungsgesetz/>

- Einer Betreuungskraft können Pflegeaufgaben temporär übertragen werden, vorausgesetzt, eine Ärztin bzw. ein Arzt oder eine diplomierten Pflegekraft genehmigt diese.

Ein Rahmengesetz sollte für die Vermittlung und Durchführung von Personenbetreuung geschaffen werden, um faire Bedingungen zu garantieren. Damit verknüpft sind effektive Prüfungs- und gegebenenfalls Sanktionsmöglichkeiten für die Arbeit von Vermittlungsagenturen. Die öffentliche Förderung von Personenbetreuung muss an verpflichtende Qualitätskriterien in der Vermittlung und Durchführung geknüpft werden. Für laufende und begleitende Qualitätsvisiten in der 24-Stunden-Betreuung durch qualifizierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, z. B. über die bestehenden Strukturen der Hauskrankenpflege, muss eine Finanzierung gewährleistet sein. Eine verpflichtende Mindestausbildung von 400 Stunden entsprechend einer Heimhilfeausbildung und ein Mindesteinkommen für selbstständige Personenbetreuer ist in diesem Zusammenhang zu diskutieren.

Im Langzeitpflegebereich ist ein einheitlicher Personalschlüssel für Österreich nicht zu empfehlen, da die Einflussfaktoren sehr unterschiedlich sind. Z. B. erfordert die wissenschaftlich erwiesene, zunehmende Zahl an demenziellen, chronischen Erkrankungen eine bedarfsgerechte Berücksichtigung bei der Personalberechnung. Angemessene Löhne vor allem für Berufsangehörige in der Langzeitpflege sind gemeinsam mit besseren Arbeits- und Rahmenbedingungen wichtig, um mehr Personal zu gewinnen und zu halten.

Die Palliativversorgung und Palliativmedizin, von der die schwersten Fälle betroffen sind, sind in Österreich wenig beachtet. Der Status von Palliativpatientinnen und -patienten ist unter einem breiteren Blickwinkel zu betrachten: Zur medizinischen Versorgung sind auch gesellschaftliche Fragen, ethische Fragen, die Awareness für das Thema und die Befassung mit dem Thema in die Betrachtungen mit hineinzunehmen.

Im Besonderen ist die Situation von Kindern, die nicht mehr rehabilitationsfähig sind, prekär. 70 Prozent der Kinder sind Einzelschicksale, die als Phänomen nicht wahrgenommen werden. Hier ist ein Versorgungsdefizit vorhanden, in der Onkologie-Hospizversorgung, wo es qualitativ Probleme gibt, und für die Begleitung und

Betreuung. Einzig das St. Anna Kinderspital in Wien hat sich dieser Patientengruppe angenommen.

Im EAPC Atlas zur Hospiz- und Palliativversorgung in Europa, bei dem die Anzahl bestimmter spezialisierter Einrichtungen mit Einwohnerzahlen verglichen wurde, liegt Österreich im Spitzenfeld. Allerdings kommt hier der wichtigste Faktor, die öffentliche Regelfinanzierung, nicht zum Tragen. Die Finanzierung darf nicht vom Spendenaufkommen oder von der Bereitschaft einzelner Träger und Bundesländer abhängen.

Es gibt Bewegungen in Österreich, die auch ambulantes Hospiz, Tagesambulanzen in der Betreuung und Versorgung mitplanen. Eine Idee nennt sich „Regenbogenteam“, das aus interdisziplinär zusammenarbeitenden Medizinerinnen und Gesundheitsberufstätigen besteht und in mobilen oder ambulanten Einrichtungen für Betroffene da ist, mit einer Versorgung, die über die rein medizinische hinausgeht. Das „End-of-Life-Gespräch“ mit Betroffenen und auch mit ihren Angehörigen, das Bewusstsein und Annehmen einer unheilbaren Krankheit und die Möglichkeit eines reservierten Bettes mit der Möglichkeit der Patientin und des Patienten, zu kommen und zu gehen, sind Konzepte und Ideen, die den „Letzten in der Versorgungskette“ insgesamt eine Verbesserung der Lebensqualität ihrer letzten Tagen oder Wochen und mehr Würde geben könnten.

Betreuende Angehörige

Für betreuende Angehörige ist die Schaffung einer Anlaufstelle („Pflegeservicestelle“), die österreichweit ausgerollt wird, um Pflegebedarf zu erheben und Informationen und Unterstützung zu leisten, inklusive Beratung zu Fragen der Erwachsenenvertretung über Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung bis hin zu finanziellen Themen im Zusammenhang mit der Pflegesituation anzudenken.

Es braucht Trainings- und Schulungsangebote zur Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der pflegenden Angehörigen, psychosoziale Beratung und Begleitung, um psychische Belastungen aufgrund demenzieller Veränderungen des begleiteten Angehörigen gering zu halten, Rollenverschiebungen innerhalb der Familie oder Trauerprozesse aufzufangen und zu verarbeiten.

Ein leistbarer, zeitlich flexibler, mehrstündiger Entlastungsdienst zu Hause ist vorstellbar durch pro-

fessionelle mobile Dienste oder Kurzzeitpflege, zumindest auf Heimhilfeniveau, damit pflegende Angehörige notwendige Pausen und Auszeiten nehmen können, die Weiterführung der Berufstätigkeit möglich bleibt, eigene Erledigungen durchgeführt werden können oder der Anschluss an das soziale Leben erhalten bleibt.

Als rechtliche Rahmenbedingung für Pflegekarenz muss ein arbeitsrechtlicher Anspruch auf Freistellung samt wirkungsvollem Kündigungsschutz (Vorbild MSchG) geschaffen sowie ein kurzfristiger Freistellungsanspruch (nach §16 Urlaubsgesetz) von zehn Tagen pro Jahr für nahe Angehörige, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben und Pflege- und Betreuungsbedarf haben, ermöglicht werden. Zudem ist die Möglichkeit einer Selbst- und Weiterversicherung pflegender Angehöriger (bereits ab Pflegegeldstufe 1) zu schaffen und auch eine Anrechnung für die ewige Anwartschaft in der Pensionsversicherung von Zeiten der Selbst- und Weiterversicherung pflegender Angehöriger.

Pflegefinanzierung

In Bezug auf die Pflege muss als erster Schritt unterschieden werden zwischen der Betreuung zu Hause oder im Wohnheim und der Pflege im Krankenhaus. Auch die Finanzströme sind bei den verschiedenen Settings ungleich. Sinnvoll wäre allerdings die viel geforderte Finanzierung aus einem Topf. In Dänemark ist diese Form des staatlichen Gesundheitssystems, in dem die Finanzierung zentral gesteuert wird, lange etabliert und ist für die Patientin und den Patienten in Summe nicht teurer als in Österreich.

Eine Finanzierung aus unterschiedlichen Töpfen, die in einem Bereich kaum und in anderen Bereichen hohe Selbstbehalte vorsieht, ist für die Betroffenen schwer nachvollziehbar. Das Ungleichgewicht hat auch Auswirkungen auf den extramuralen Bereich.

Der Status quo ist unbefriedigend, die gegebenen verfassungsrechtlichen Möglichkeiten zur Vereinheitlichung der Versorgungsqualität sollten ausgenutzt werden bzw. eine „Verbundlichung des Themas“ angestrebt werden. Zu diskutieren wäre nach dem Modell Deutschland: Angebot von Pflegegeld oder optionale Sachleistungen wie Betreuung.

Daher müssen alle denkmöglichen Formen (Steuer-, fonds und Versicherungslösungen) zu diesem Thema

offen auf den Tisch gelegt werden und ihre Vor- und Nachteile diskutiert werden. Ansonsten verharren wir bei einer Regelung von 1920, nur dass sie mehr Geld kostet und die Pflegequalität heterogen bleibt. Derzeit gibt es keine Daten, keine einheitlichen Strukturen, und die Verantwortung liegt bei den Angehörigen; die Förderung der Professionalisierung der Pflege ist deshalb wichtig.

Ein Leistungskatalog Pflege mit einer einheitlichen, klaren Definition und Finanzierung von Leistungen durch Pflegepersonen bedarf einer Anpassung u. a. auch im ASVG, wo derzeit nur Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege erfasst sind.

Für den Ausbau der Sachleistungskomponente bzw. die Schaffung eines Sachleistungsbezuges muss von der Frage ausgegangen werden, was die aktuellen Bedürfnisse in der Pflege sind. Zurzeit ist das konkrete Modell nicht prioritär structure follows strategy. Für eine gute Lösung kann man aus allen vorhandenen Alternativen, Pilotprojekten und Best-Practice-Modellen die besten hernehmen, in jedem Fall dabei die Ideologien hintanstellen. Und darüber hinaus ist die potenzielle Chance einer Versicherungslösung zu ergreifen, denn sie schafft Druck auf die Minimalversorgung in der Fläche und Beiträge schaffen Erwartungshaltungen.

Per 1. Jänner 2020 wurde das Pflegegeld angepasst. Die Einstufung richtet sich nach dem Pflegebedarf pro Monat wie folgt:⁶

Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Pflege- stufe	Betrag in Euro monat- lich (netto)
Mehr als 65 Stunden	1	160,10 Euro
Mehr als 95 Stunden	2	295,20 Euro
Mehr als 120 Stunden	3	459,90 Euro
Mehr als 160 Stunden	4	689,80 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn — ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforder- lich ist	5	936,90 Euro

⁶ <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/4/Seite.360516.html>

Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Pflege- stufe	Betrag in Euro monat- lich (netto)
Mehr als 180 Stunden, wenn <ul style="list-style-type: none"> — zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder — die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist 	6	1.308,30 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn <ul style="list-style-type: none"> — keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder — ein gleich zu achtender Zustand vorliegt 	7	1.719,30 Euro

Attraktivierung des Berufsstandes

Bessere Arbeits- und Rahmenbedingungen, bessere Arbeitszeitmodelle mit fairen und verlässlichen Dienstplänen, längere Freizeitblöcke: Z. B. drei Tage Arbeit und drei Tage am Stück frei sind wichtig, um mehr Personal zu gewinnen und zu halten; darüber hinaus sollten Anreize geschaffen werden, damit Teilzeitbeschäftigte Arbeitszeit aufstocken. Vorstellbar sind z. B. Prämien oder Arbeitszeitverkürzung bei vollem Lohnausgleich (80 Prozent Arbeit für 100 Prozent Lohn), eine sechste Urlaubswoche.

Mehr Freude durch mehr Verantwortung im Beruf und Entscheidungskompetenzen der Pflege müssen gestärkt werden, so z. B. in der Versorgung von Wunden oder der Gabe von Arzneimitteln (Weiterentwicklung der Weiterverordnungsrechte, Einführung Erstversorgungsrecht); darüber hinaus Ausbau der Karrieremöglichkeiten.

Pflegeleistungen sollen in die Leistungskataloge aufgenommen und abrechenbare Verträge mit den KV-Trägern ermöglicht werden. Klare gesetzlich verbindliche und österreichweite Vorgaben zur Berechnung des Personalbedarfs, damit Mitarbeiter genügend Zeit für ihre Aufgaben haben, inkl. einer Leistungsbeschreibung und Festlegung der Qualitätskriterien.

Die Notwendigkeit der Dokumentation steht außer Frage. Um den Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten, ist zu reflektieren, ob das Ausmaß und die Häufigkeit in Relation zum Nutzen stehen. Die Kontrollorgane sollten sich auf eine gemeinsame Strategie einigen. Es sollte auch ein gemeinsames Rahmengesetz über die Dokumentation geben.

Zum Thema Personalberechnung sind Sofortmaßnahmen bei den Berechnungen zu setzen, wie die Berücksichtigung keiner allein zu tätigenen Nachtdienste, die Einbeziehung von Mindestanforderungen und Mitkalkulation von ausreichend und qualifiziertem Personal in unterstützenden Bereichen wie z. B. Küche, Technik, Reinigung und Administration.

Mindestens 20 Prozent Personal mehr braucht es österreichweit für alle Bereiche in der Patientenversorgung (Pflege- und Sozialbetreuungsberufe), darüber hinaus die Anerkennung der Pflege als Schwerarbeit.

Ein „Kurpfuscherparagraf“ sollte auch für die Gesundheitsberufe angedacht werden, wie es einen für die Ärzteschaft bereits gibt (§ 184 StGB).

QUERSCHNITTMATERIE AUSBILDUNG



In Österreich gibt es vier Ausbildungszweige, um in der Pflege und Betreuung tätig zu sein. Je nach Ausbildung haben die Betreuungs- und Pflegekräfte verschiedene Qualifikationen und Kompetenzen:

- *Heimhilfe (HH)*: Die Ausbildung zur Heimhilfe dauert 234 Unterrichtseinheiten und 200 Stunden Praxis und berechtigt zu einfachen (pflegerischen) Unterstützungsmaßnahmen von Patientinnen und Patienten im Alltag und zu deren persönlicher Betreuung.
- *Pflegeassistent (PA)*: Nach 1.600 Stunden Ausbildung dürfen die Pflegeassistentinnen und -assistenten unter Anleitung einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin pflegerisch tätig sein.
- *Pflegefachassistenz (PFA)*: Die Ausbildung zur Pflegefachassistenz ist ein neuer Ausbildungszweig, nach deren Abschluss auch eigenständig verschiedene pflegerische Handlungen ausgeführt werden dürfen. Diese Gruppe stellt Pflegekräfte, die im extra- und intramuralen Bereich tätig sind.
- *Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP)*: Diese Ausbildung wurde bisher an einer dreijährigen Schule für Gesundheits- und Krankenpflege (GuKS) angeboten, bis zum Jahr 2024 wird dieser Schulzweig allerdings auslaufen und die Ausbildung vollständig akademisiert. Auch gegenwärtig ist es möglich, die Ausbildung auf einer Fachhochschule mit einem Bachelorabschluss zu absolvieren. Mit dem Bachelorabschluss verfügen die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger über eine breite wissenschaftliche Ausbildung in ihrem Bereich.

Ungefähr 50.000 neue Arbeitskräfte braucht es in den nächsten Jahren in Österreich, um den Bedarf in der Pflege und Betreuung zu decken. Wien gilt derzeit, mit der FH Campus Wien, Kooperationsstandorten im KAV und Studienstandorten in den etablierten GuKS, wo Lehrgänge geführt werden, als der größte Ausbilder in Österreich. Diese Studienstandorte sind derzeit gut besetzt, der Andrang könnte jedoch größer sein. Die Attraktivität des Berufes muss deshalb erhöht und etwaige Klischeebilder müssen verringert werden.

Nach dem Bachelor gibt es einjährige Ausbildungen, die das Aufgabenportfolio und die Kompetenzen erweitern, beispielsweise für Intensivmedizin und Pflege,

Anästhesie, Dialyse, Wundmanagement, Onkologie und Palliativpflege, Kinderkrankenpflege und Psychiatriepflege. In Graz werden diese speziellen Ausbildungen auf der Medizinischen Universität angeboten, auch in Wien wird dies zurzeit diskutiert. Masterprogramme gibt es derzeit auf Ebene des Managements, der Lehre und des Counseling (Beratung) beispielsweise an der FH Campus Wien, IMC Krems, an der FH Burgenland sowie auch an anderen Hochschulen in Österreich.

Eine **(Neu-)Einrichtung von Zugängen zu Pflegefachassistentin bzw. -assistent** und Pflegeassistentin bzw. -assistent im ersten Bildungsweg im Anschluss an das Regelschulwesen (nach vollendeter 9. Schulstufe) soll unterstützt werden.

Zertifizierung Pflegeassistent zu Pflegefachassistenz (Projekt GÖG): Im Sinne des nationalen Qualifikationsrahmens sind informelle Tätigkeiten für eine weiterführende, fachspezifische Ausbildung anrechenbar.

Förderungen für Ein-, Wieder-, Um- und Quereinsteiger sind wichtig (Stipendien, Stiftungen, individuelle Förderungen ...). Auch eine Initiative, mehr Männer in Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen zu bringen, sollte gestartet werden.

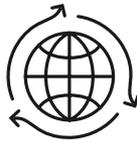
Grundsätzlich sind mehr Ausbildungsplätze auf allen Ebenen notwendig, ebenso eine gemeinsame Basisausbildung und wechselseitige Anrechnung sowohl im sekundären als auch tertiären Bereich aller Gesundheitsberufe, um gegenseitiges Verständnis, Kooperation und Interdisziplinarität im Sinne der Patientinnen und Patienten zu fördern, im tertiären Bereich inklusive der Medizin. Eine bessere Durchlässigkeit der Ausbildung, mehr und attraktivere Ausbildungsplätze auf allen Ebenen sind zu schaffen und nachhaltig zu finanzieren. Dafür sollten Kooperationen der Ausbildungseinrichtungen mit Fachhochschulen verstärkt werden, um das Auslaufen der DGKP in den GuK-Schulen zu unterstützen. Die FH-Ausbildung unter Berücksichtigung einschlägiger Berufsabschlüsse (PFA und PA analog §44 GuKG) und langjähriger Berufstätigkeit (§4 FHStG) könnte gekürzt werden. Es braucht vorab ein BHS/BMS-Konzept, um Lücken zwischen Schulpflicht und Beginn einer Pflegeausbildung in einer Schule zu schließen.

Die Aus- und Weiterbildung ist zu fördern

- für schulferne Personen, indem ein Vorbereitungs-jahr österreichweit (wieder) eingeführt wird.

- indem Selbsterhalterstipendien nicht mit dem 35. Lebensjahr begrenzt werden, damit auch Wiedereinsteigern der Bildungsweg Richtung Fachhochschulen und Universitäten offensteht.
- durch Abschaffung von Studiengebühren für FH-Gesundheitsberufe, um den Einstieg in eine Ausbildung zu attraktiveren.
- mit massivem Ausbau des Fachkräftestipendiums und mehr Mitteln für aktive Arbeitsmarktpolitik, die auch für kürzere Ausbildungen zur Verfügung gestellt werden.
- mit einer Anhebung der Ausbildungs- und Praktikumsgehälter für Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, um den Einstieg in die Ausbildung zu attraktiveren.

QUERSCHNITTMATERIE DIGITALISIERUNG



Digitalisierung nutzen, wo möglich, z. B. bei der Dokumentation (über alle Settings), bei praxisnahen Lösungen über ELGA, Tele-Care, Tele-Nursing, Wunddokumentation usw. Robotik wird als Unterstützung, nicht als Ersatz von Pflege- und Betreuungspersonen gesehen. Alle Beteiligten (Professionisten, Patientinnen und Patienten und Angehörige) müssen einen Zugang zu digitalen Services haben, und dieser muss leistbar sein.

Heimpflege und Betreuung können mit Unterstützung technischer Innovationen effektiver gemacht

werden, wenn es z. B. bei dringenden Fragen um die Kontaktaufnahme von der Betreuerin bzw. vom Betreuer zur Ärztin oder zum Arzt geht.

Für betreuende Angehörige ist eine webbasierte Informations- und Angebotsplattform wichtig.

QUERSCHNITTMATERIE PATIENTENORIENTIERUNG



Eine Reduktion von Pflegekräften aufgrund finanzieller Erwägungen der Kostenträger kann keinesfalls im Patienteninteresse liegen. Bei niedrigerem Patientenschlüssel erholt sich die oder der Erkrankte erwießenermaßen schneller, da die individuelle Pflege intensiviert werden kann. Pflegekräfte vermehrt im Beruf zu halten, ist daher langfristig auch in finanzieller Hinsicht von Vorteil, da die Inzidenzen von vermeidbaren Wiedererkrankungen und die Dauer von Pflegeaufenthalten im Spital verringert werden.

Betreuende Angehörige sind oft aufgrund des ressourcenstrapazierenden Zusatzaufwandes psychisch belastet, fühlen sich vom System alleingelassen und wissen nicht, wohin sie sich bei Fragen wenden können. Während und nach der Pflege von Angehörigen braucht es Unterstützung wie z. B. monatlich stattfindende Beratungsgespräche. Diese Angebote sollten kostenfrei angeboten werden.

Management Summary des PRAEVENIRE Gipfelgesprächs

85. PRAEVENIRE WEISSBUCH GIPFELGESPRÄCH

Pflege und Betreuung

Ausgangslage

Das österreichische Gesundheitssystem steht vor der Herausforderung, dass die Bevölkerung älter wird und vor allem die derzeit größte Bevölkerungsgruppe, jene der Babyboomer-Generation, das Pensionsalter erreicht und somit in den nächsten zehn bis 20 Jahren der Pflege- und Betreuungsbedarf deutlich steigen wird. Verschärfend auf den sich abzeichnenden Engpass in der Pflege wirkt auch, dass die nachfolgenden Generationen aufgrund der eigenen Berufstätigkeit deutlich weniger Zeit haben werden, Angehörige zu Hause zu pflegen. Studien zeigen aber auch, dass sich nach wie vor viele Menschen wünschen, zu Hause gepflegt und betreut zu werden.

Eine weitere Verschärfung der Personalsituation in der Pflege besteht darin, dass viele Fachkräfte nach zehn Jahren nicht mehr im Beruf tätig sind. Die Ursachen dafür liegen in der hohen Arbeitsbelastung und der gleichzeitig schlechten Entlohnung. Die Expertinnen und Experten waren sich im Gipfelgespräch zum PRAEVENIRE Weißbuch Themenkreis Pflege und Betreuung einig, dass es daher einer Reform der Rahmenbedingungen bedarf, sowohl der rechtlichen als auch arbeitsrechtlichen, und darüber hinaus einer gesellschaftlichen Bewusstwerdung für die Notwendigkeit des Berufsstandes sowie einer Attraktivierung der Pflege- und Betreuungsdienste.

Die aktuelle Kollektivvertragseignung mit einer Reduktion auf 37 Stunden oder wie zurzeit geforderter 35,5 Stunden wurde als Schritt in die richtige Richtung gesehen. Allerdings würde es noch mehr brauchen, um ausgebildete Pflegekräfte wieder zurückzugewinnen und neue Kräfte zu gewinnen.

Potenziale besser nützen

Die Ausbildung und Kompetenz der Gesundheits- und Krankenpflege wird prinzipiell als gut erachtet, allerdings wird das Know-how der Fachkräfte in der Praxis zu wenig genutzt, um z. B. von Medizinerinnen und Medizinern delegierte Aufgaben eigenständig durchführen zu dürfen. Konsens erzielten die teilnehmenden Expertinnen und Experten darüber, dass die Herausforderungen nur durch ein engeres Miteinander der betroffenen Berufsfelder auf Augenhöhe zu bewältigen sein werden. Dazu müssen aber die jeweiligen Kompetenzen nachgeschärft werden und es bedarf einer klaren Organisationsstruktur.

Um die Versorgung flächendeckend zu gewährleisten, sollte in Österreich an den weiteren Ausbau von Community Nurses in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und Primärversorgungseinheiten gedacht werden. Ebenso sollten die Einsatzmöglichkeiten der mobilen Pflege und Betreuung verstärkt genutzt werden. Potenzial sehen die Expertinnen und Experten ebenfalls in einer intensiveren Zusammenarbeit des ärztlichen Personals mit Pflegekräften in Pflegeeinrichtungen. Knackpunkt sowohl in Institutionen als auch im Krankenhaus sei der Personalschlüssel. Hier müsse das Verhältnis Pflegekraft zu den zu betreuenden Personen deutlich angepasst werden, nur so sei qualitätsvolles Arbeiten und die Vorbeugung berufsbedingter Überforderung von Pflegekräften möglich.



WANN

Mittwoch, 1. April 2020 |
14:00–16:00 Uhr



WO

Videokonferenz

DISKUSSIONSTEILNEHMENDE

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Gerald Bachinger**
Patientenanwalt Niederösterreich
und Sprecher der Patientenanwälte
Österreichs
- **Andreas Huss, MBA**
Obmann der Österreichischen
Gesundheitskasse
- **Mag. Dr. Werner Kerschbaum**
Interessengemeinschaft pflegender
Angehöriger
- **Anna Papaioannou, Bakk.**
Diplomierte Gesundheits- und Kran-
kenpflegeperson, Fachsekretariat im
Österreichischer Gesundheits- und
Krankenpflegeverband
- **Dr. Erwin Rebhandl**
Präsident des Vereins AM PLUS
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard
Rupp, MBA**
Leiter der Fachabteilung Gesund-
heitspolitik der Arbeiterkammer
Niederösterreich
- **Mag. Martin Schaffenrath,
MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der
Österreichischen Gesundheitskasse
- **Mag. Kurt Schalek**
Referent in der Abteilung Gesund-
heitsberuferecht und Pflegepolitik
der Arbeiterkammer Wien

Moderation:

Regina Preloznik

Durchaus kritisch wird die nach wie vor gelebte Praxis in den Bundesländern gesehen, dass Pflege und Gesundheit in den meisten Landesregierungen in unterschiedlichen Ressorts angesiedelt sind. Aus Sicht der Expertinnen und Experten wäre eine Pflegefinanzierung aus einer Hand sinnvoll. Statt einer Valorisierung des Pflegegeldes sollte verstärkt ein Sachleistungssystem aufgebaut werden. Darüber hinaus ist eine Entkoppelung der Leistungen von der Pflegestufe anzudenken, damit die Patientinnen und Patienten die optimalste Versorgung bekommen, wenn sie diese tatsächlich benötigen, in der Qualität, die für sie die beste Versorgung bedeutet, und an dem Ort, wo sie sich am besten aufgehoben fühlen – sei es im eigenen Heim oder in Institutionen. Gefordert wird die Loslösung von der Pflege-Einstufung und Finanzierung, damit die Leistbarkeit von Pflege und Betreuungsdienstleistungen für Betroffene und Angehörige gewährleistet ist.

Experteninterviews

DR. GÜNTER DORFMEISTER, MBA

DIREKTOR DES PFLEGEDIENSTES DER KLINIK OTTAKRING

Einleitung

Die österreichische Bevölkerung wird aufgrund demografischer Entwicklungen immer älter. Im Vergleich zu anderen Ländern steigen die gesunden Lebensjahre aber nur gering an. Deshalb wird es immer wichtiger, dass Österreich sich von der „Reparaturmedizin“ ablöst und in die Prävention investiert.

In Bezug auf die Pflege muss als erster Schritt unterschieden werden zwischen der Betreuung zu Hause oder im Wohnheim und der Pflege im Krankenhaus. Auch die Finanzströme sind bei den verschiedenen Settings ungleich. Sinnvoll wäre allerdings die viel geforderte Finanzierung aus einem Topf. In Dänemark ist diese Form des staatlichen Gesundheitssystems, in dem die Finanzierung zentral gesteuert wird, lange etabliert und ist für die/ den Patientin/Patienten in Summe nicht teurer als in Österreich.

Ausbildung und Aufgabenportfolio

In Österreich gibt es vier Ausbildungszweige, um in der Pflege und Betreuung tätig zu sein, je nach Ausbildung haben die Betreuungs- und Pflegekräfte verschiedene Qualifikationen und Kompetenzen:

- **Heimhilfe (HH):**

Die Ausbildung zur Heimhilfe dauert 234 Unterrichtseinheiten und 200 Stunden Praxis und berechtigt zu einfachen (pflegerischen) Unterstützungsmaßnahmen von Patientinnen und Patienten im Alltag und zu deren persönlicher Betreuung.

- **Pflegeassistent (PA):**

Nach 1.600 Stunden Ausbildung dürfen die Pflegeassistentinnen und -assistenten unter Anleitung einer/eines diplomierten Gesundheitspflegerin bzw. -pflegers und Krankenpflegerin bzw. -pflegers pflegerisch tätig sein.

- **Pflegefachassistent (PFA):**

Die Ausbildung zur Pflegefachassistent ist ein neuer Ausbildungszweig, nach deren Abschluss auch eigenständig verschiedene pflegerische Handlungen ausgeführt werden dürfen. Diese Gruppe stellt Pflegekräfte, die im extra- und intramuralen Bereich tätig sind.

- **Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP):**

Diese Ausbildung wurde bisher an einer dreijährigen Schule für Gesundheits- und Krankenpflege angeboten, bis zum Jahr 2024 wird dieser Schulzweig allerdings auslaufen und die Ausbildung vollständig akademisiert. Auch gegenwärtig ist es möglich, die Ausbildung auf einer Fachhochschule mit einem Bachelorabschluss zu absolvieren. Mit dem Bachelorabschluss verfügen die Gesundheitspflegerinnen bzw. -pfleger und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger über eine breite wissenschaftliche Ausbildung in ihrem Bereich.

Ungefähr 50.000 neue Arbeitskräfte braucht es in den nächsten Jahren in Österreich, um den Bedarf in der Pflege und Betreuung zu decken. Wien gilt derzeit, mit der FH Campus Wien, Kooperationsstandorten im KAV und Studienstandorten in den etablierten GuKS, wo Lehrgänge geführt werden, als der größte Ausbilder in Österreich. Diese Studienstandorte sind derzeit gut besetzt, der Andrang könnte jedoch größer sein. Die Attraktivität des Berufes muss deshalb erhöht und etwaige Klischeebilder müssen verringert werden.

Nach dem Bachelor gibt es einjährige Ausbildungen, die das Aufgabenportfolio und die Kompetenzen erweitern, beispielsweise für Intensivmedizin und Pflege, Anästhesie, Dialyse, Wundmanagement, Onkologie und Palliativpflege, Kinderkrankenpflege und Psychiatriepflege. In Graz werden diese speziellen Ausbildungen auf der Medizinischen Universität angeboten, auch in Wien wird dies zurzeit diskutiert. Masterprogramme gibt es derzeit auf Ebene des Managements, der Lehre und des Counseling (Beratung) beispielsweise an der FH Campus Wien, IMC Krems, an der FH Burgenland sowie auch an anderen Hochschulen in Österreich.

Sinnvoll wäre es, das Aufgabenportfolio des gut ausgebildeten gehobenen Dienstes zu erweitern, sodass weitere der medizinischen Aufgaben von Pflegekräften übernommen werden dürfen. Dies würde nicht nur die Ärztinnen und Ärzte entlasten, sondern sich auch weiter positiv auf die Bezahlung der GuKP auswirken. Beispielsweise wäre es möglich, Pflegekräfte zur Verordnung ausgewählter Arzneimittel und Medizinprodukte zu ermächtigen oder zur

Verabreichung von Narkosen bis zu einem gewissen Risikograd zu erlauben. Für die/den Patientin/Patienten ist es unerheblich, wer sie behandelt, solange die Qualität stimmt.

Auch die Idee der sogenannten Community Nurse (umgangssprachlich Gemeindeschwestern) und der Wiedereinführung der School Nurse (Schul-Krankenpflegerin) ist beachtenswert als eine Möglichkeit, besseren Outcome zu generieren.

Qualitätssicherung und internationale Versorgungsmodelle

Zur Sicherung der Qualität im extramuralen Bereich benötigt es Maßnahmen, in denen eine professionelle Pflegekraft kontrolliert und überprüft, ob die Bedingungen in Ordnung sind. Im Zuge dessen können auch Angehörige angeleitet und begleitet werden. Derzeit werden rund 80 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt, oftmals ohne Unterstützung von professionellen Pflegekräften.

Ein Vorbild für die Pflege könnten die Niederlande sein, das Buurtzorg-Konzept fördert Nachbarschaftshilfe und professionelle Pflege in der Region gleichermaßen.

Ein weiteres Beispiel aus der Schweiz, eine Initiative des Spitex-Verbands, geht einen neuen Weg in der Pflege und Betreuung im heimischen Setting. Es werden für die häusliche Betreuung weniger direkte Finanzmittel, sondern Sachleistungen zur Verfügung gestellt, wodurch die Qualität direkt steigt. Auch eine Überprüfung von Fachkräften in periodischen Abständen, die nach Pflegestufen differenziert wird, ist vorstellbar.

Auch das schwedische Gesundheits- und Pflegesystem gilt als besonders effizient, u. a. weil die Befugnisse des Pflegepersonals weit größer sind als die in Österreich. Über Primärversorgungszentren werden die Patientinnen und Patienten beraten und die medizinisch-pflegerischen Leistungen bedarfsgerecht gesteuert und durchgeführt von akademisch ausgebildeten Pflegekräften. (Diese haben auch erweiterte Kompetenzen wie z. B. Verordnung von Pflegehilfsmitteln, bestimmter Medikamente; auch leiten Pflegenden im multiprofessionellen Teamverständnis solche Primärversorgungszentren.) In Österreich wünschen sich Vertretungen des Pflegestandess ebenso eine Annäherung an das schwedische Gesundheitssystem!

Motivation junger Pflegekräfte

Um die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern, gibt es derzeit einige Punkte zu beachten, denn die jungen Generationen haben andere Anforderungen und Anliegen an das Berufsleben. Flexiblere Arbeitszeiten und Dienstpläne, ein wertschätzendes, gutes Arbeitsklima, auf Augenhöhe mit Medizinern zu wirken, interessante Aufgabenstellungen und ein ansprechendes Gehalt sind die wichtigsten zu beachtenden Faktoren, um junge Menschen anzusprechen. Nur so können die Pensionierungen der Babyboomer und der steigende Bedarf an Pflegekräften ausgeglichen werden.

Im Wiener Gesundheitsverbund (ehem. Wiener Krankenanstaltenverbund) wurden kürzlich die Löhne erhöht, ein neues Gehaltsschema etabliert, was nicht nur die Attraktivität des Berufes für junge Leute steigert, sondern auch Pflegekräfte aus dem Ausland nach Wien lockt. Trotzdem bewarben sich vor fünf Jahren noch drei Mal so viele Bewerber auf eine Stelle. Ein entsprechendes Employer Branding ist deshalb wichtig und geeignete Kommunikationsstrategien sind unumgänglich.

Im Wiener Gesundheitsverbund sowie in der Klinik Ottakring (ehem. Wilhelminenspital) in Wien gibt es die Möglichkeit, während einer Mutter- bzw. Vaterschaftskarenz geringfügig zu arbeiten, mit mehreren Vorteilen: Die Mitarbeiter in diesem Dienstverhältnis sind sehr flexibel einsetzbar, können bei Ausfällen regulärer Mitarbeiter eingesetzt werden und erhalten das Know-how in ihrem Fachbereich. Für die Arbeitskräfte hat es den Vorteil, dass sie während ihrer Karenzzeit dazuverdienen können und am Ball bleiben. Bereits 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nutzen diese Möglichkeit.

Empfehlungen

- Österreich muss mehr in Prävention investieren.
- Einführung einer zentral gesteuerten Finanzierung (Finanzierung aus einem Topf).
- Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes durch bessere Rahmenbedingungen, ansprechendere Arbeitsplätze und Employer Branding.

- Erweiterung des Aufgabenportfolios des gut ausgebildeten gehobenen Dienstes.
- Überprüfung der Betreuungssituation vor Ort durch professionelle Pflegekräfte zur Qualitätssicherung im extramuralen Bereich.
- Spartenspezifischer Einsatz, differenzierte Personalentlohnung und dadurch höhere Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterzufriedenheit.
- Annäherung an das schwedische Gesundheitssystem mit erweiterten Kompetenzen und Befugnissen für Pflegekräfte.

MAG. PHARM. GEBHARD HAUSER

DELEGIERTER DES ÖSTERREICHISCHEN APOTHEKERVERBANDES

Zukünftig wird das Thema Pflege an Wichtigkeit gewinnen. Lösungen zum wachsenden Bedarf an Pflege müssen gemeinschaftlich gefunden werden. Um gute Versorgung zu gewährleisten, sollte überlegt werden, wie sämtliche Gesundheitsberufe in den Bereich Pflege eingebunden werden können.

Polymedikation ist vor allem bei der älteren Bevölkerung oftmals Teil ihres täglichen Lebens. Durch eine optimale Wirkstoffkombination bzw. Umstellung von Einzelwirkstoffen kann das Risiko zur Entstehung arzneimittelbezogener Probleme (ABP) und von eventuell daraus resultierenden unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE), wie Stürzen, vermindert werden.

Genau hier, bei der Minimierung des durch Polymedikation entstandenen Risikos für ABP und UAE, können Apothekerinnen und Apotheker helfend beiseitestehen. Dazu müssten die Schnittstellen zwischen den Berufen optimiert werden. Dies bedeutet, zusätzlich zu den Verbindungen Ärztin/Arzt-Pflege(r)in/Pflege(r) und Ärztin/Arzt-Apothekerin/Apotheker, auch eine Optimierung des Konnex Apothekerin/Apotheker-Pflege(r)in/Pflege(r). Das Fachwissen der/des Apothekerin/Apothekers, gepaart mit der Zustandsbeobachtung der/des Patientin/Patienten durch die/den Pflege(r)in/Pflege(r), würde das Patientinnen- und Patientenwohl enorm steigern, wie Projekte wie GEMED beweisen.

Ziel des Projekts GEMED (Multiprofessionelles Geriatriisches Medikationsmanagement in stationären Alteneinrichtungen) war eine Verbesserung der Betreuungs- und Versorgungsqualität der Heimbewohnerinnen und -bewohner durch eine Reduktion des Risikos bzw. der Anzahl von UAEs. Dies ließ sich durch die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit, der Risikokommunikation und durch multiprofessionellen Austausch (Arzneimittelkomitee, Qualitätszirkel) umsetzen.

Im Rahmen dieses Projekts konnte, durch die Zusammenarbeit der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten und der Pflege(r)innen und Pflege(r), bei 35 Prozent der teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegeheims ABPs, die andernfalls möglicherweise übersehen worden wären, diagnostiziert werden. Die Vorschläge der beiden Berufe wurden von der Ärzteschaft im Rahmen des interdisziplinären Dialoges vielfach mit guten Resultaten angenommen.

Nicht nur in Pflegeheimen, sondern generell sollte die Klinische Pharmazie hervorgehoben werden, da sie der/dem Ärztin/Arzt als Unterstützung dient.

Projekte, in welchen der Zustand der/des Patientin/Patienten genau beobachtet, Polymedikation überprüft, Gefahren rasch erkannt und in Rücksprache mit der/dem Ärztin/Arzt behandelt werden, sollten ausgeweitet werden. Sie können als Modell dafür dienen, wie Aufgaben der Gesundheitsberufe im Sinne der/des Patientin/Patienten neu gewichtet und aufgeteilt werden können.

Eine potenzielle Umgewichtung der Zuständigkeiten im Sinne der Patientinnen und Patienten könnte erfolgen, indem die/der Apothekerin/Apotheker ein Fixpartner der/des Ärztin/Arztes, der Pflege und der/des Patientin/Patienten wird. Im Bereich der Pflege existiert aufgrund des Ärztinnen- und Ärztemangels am Land bereits der Vorschlag, dass die Weiterverordnung von Verbandsstoffen via Pflegekräfte erfolgen möge und somit die/der niedergelassene Ärztin/Arzt entlastet würde. In einer ähnlichen Weise könnte sie/ihn die/der Apothekerin/Apotheker durch die Weiterverordnung von Medikamenten bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten unterstützen.

Eine genaue, standardisierte Form der Dokumentation des Gesundheitszustands sollte in allen Bereichen eingeführt werden, da nur so ABPs und im Zuge dessen UAEs verhindert werden können. Hierbei zeigt die Digitalisierung ein breites Feld neuer Möglichkeiten auf, den Gesundheitszustand genau zu monitorieren (z. B. elektronische Fieberkurve).

Da Gefahren der Polymedikation auch im extramuralen Setting allgegenwärtig sind, bedarf es hier einer solchen Zusammenarbeit von Pflege und Apothekerinnen und Apotheker. Allerdings gelingt sie nur, wenn die Beobachtung des Patientenzustands durch Pflegekräfte gegeben ist.

Gerade im extramuralen Bereich bietet die Apotheke für pflegende Familienangehörige einen niederschweligen Zugang zu, auch im Thema Polymedikation, gut ausgebildeten, kompetenten Expertinnen und Experten. In vielen Belangen könnten die Apothekerinnen und Apotheker unterstützen, doch es wird hier eine fortlaufende Ausbildungsmöglichkeit benötigt, da gerade Polypharmazie ein unerschöpfliches Wissenspool bietet. Solch ein fachlicher, niederschwelliger Beistand sollte auch entsprechend honoriert werden.

Oftmals werden verschiedene Verschreibungen von Allgemeinärztinnen und -ärzten und Fachärztinnen und -ärzten ohne ein Wissen um die Verschreibung des anderen getätigt. Dadurch werden Wirkstoffe manchmal doppelt eingenommen, was die Gefahr eines UAE zusätzlich zur oftmals bereits bestehenden Belastung durch Polymedikation hebt. Weiters hat jede/jeder Patientin/Patient ihre/seine individuellen Verträglichkeiten Inhaltsstoffe betreffend. Es gilt daher, die individuelle Historie der Verschreibungen und Reaktionen darauf zu beachten. Um auch beim Wechsel der/des Hausärztin/-arztes oder -apotheke unverträgliche Medikamente der/des Patientin/Patienten zu umgehen, ist die Nutzung digitaler Innovationen wie des bereits bestehenden ELGA sinnvoll, doch ließe sich die durchgehende Erfassung von Medikamenten im Sinne der/des Patientin/Patienten noch ausweiten.

Empfehlungen

- Die Kooperation zwischen Ärztin und Arzt, Pflegerin und Pfleger und Apothekerin und Apotheker muss gestärkt werden. Dies gilt insbesondere für den Konnex Pflege-Apothekerin/Apotheker.
- Durch die Weiterverordnung von Medikamenten z. B. von chronisch kranken Patientinnen und Patienten könnten Apothekerinnen und Apotheker niedergelassene Ärztinnen und Ärzte entlasten.
- Digitale Systeme sollten fürs Medikamentenmanagement genutzt werden und gesundheitsberufsübergreifend wirken.

MAG. SILVIA ROSOLI

LEITERIN DER ABTEILUNG GESUNDHEITSBERUFERECHT UND PFLEGEPOLITIK DER ARBEITERKAMMER WIEN

Die GÖG hat im November 2019 im Auftrag des Sozialministeriums eine Studie veröffentlicht mit folgenden Ergebnissen:

- Dzt. sind rund 126.000 Pflegekräfte in der Langzeitpflege und im Akutbereich tätig.
- Bis 2030 müssen zusätzlich 75.700 Pflegekräfte ausgebildet werden, um die Abgänge und den Zusatzbedarf abzudecken.

Bedarfsanalyse nach Ausbildungsplätzen erheben und die Planung danach ausrichten:

- Ministerium wertet derzeit Zahlen des Gesundheitsberuferegisters aus.
- *Aber:* Unklar ist, wie viele Stunden arbeiten diese Menschen und ob sie überhaupt in ihrem Beruf arbeiten. Damit fehlt Planungssicherheit. Zudem ist die Teilzeitquote in diesem Beruf sehr hoch.
- Sinnvolle Nutzung der Registerzahlen muss vom Gesetzgeber erst erarbeitet werden.

Berufsrechte

Aufgabenverschiebung hin zu Pflegeberufen ist in der Praxis bereits passiert. » Daher werden auch mehr Menschen gebraucht, die mit besserer Entlohnung und Anerkennung Wertschätzung erfahren müssen:

- Skurrilitäten ausräumen, wie z. B. Pflegepersonal, das keine Baldriantropfen verabreichen darf.
- Anpassung von gelebter Praxis und Klarstellungen vornehmen:
 - Entscheidungskompetenzen (bei Versorgung von Wunden oder Gabe von Arzneimitteln) der Pflege stärken, das führt zu Entlastung der Ärztinnen und Ärzte.

- Weiterentwicklung des Weiterverordnungsrechts.
- Einführung des Erstversorgungsrechts.
- Aufwertung von Pflegeberufen, etwa durch „School Nurse“- oder „Community Nurse“-Modelle.
- Statt Arbeitsmedizinerinnen bzw. -medizinern mehr Gesundheits- und Pflegepersonal in diesem Bereich heranziehen.
- Zurzeit Übergangsphase der Akademisierung mit FHs bis 2024, dann Parallelität der Ausbildung.
 - *Aber:* Weg hin zu 2-Klassen Pflege.
 - *Forderung:* Zweigleisigkeit beseitigen.

Die begleitende Evaluierung der GuK-Novelle findet zurzeit statt – diese Ergebnisse müssen abgewartet werden für konkretere Forderungen.

Pflegende Angehörige

Bestimmte Anzahl von Personen in Zentren für Pflege und Soziales als Angebot mit aufsuchender Tätigkeit, mit Juristen zur Unterstützung, mit bestimmter Anzahl von Fachpersonen. » österreichweit und einheitlich benannt/ gebrandet solche Zentren aufbauen.

Empfehlungen

Pflege:

- Erstverordnungsrecht für bestimmte Arzneimittel.
- Weiterverordnungsrecht für bestimmte Arzneimittel.

Pflege zu Hause/24-Stunden-Betreuung:

- Ausbau stationärer wie auch mobiler und alternativer Pflege-, aber auch Betreuungsangebote, insbesondere Tagesbetreuung und Pflegenotdienste.
- Selbstbehalte bei mobilen Pflege- und Betreuungsleistungen abschaffen.
- PflegegeldEinstufung überarbeiten, damit diese den wahren Pflegebedarf abbildet, da mittlerweile viele Leistungen an die Pflegegeldleistung anknüpfen.
- Ausbau Hospiz und Palliative Care.
- Ausbau der stationären Kurzzeitpflege (medizinische und therapeutische Betreuung).
- Umstellung Pflegeangebot auf Sachleistung denkbar.
- *Generelle Forderung:* Erhöhung und Ausbau der Sachleistungsangebote!!
 - Riesenproblem für die Zukunft.
 - Auch demografischer Wandel muss da berücksichtigt werden.
- Lokale Angebote von Tageszentren etc.
- Es muss massiv in diese Angebote investiert werden.

Rechte und Pflichten der Familie, Agentur und Pflegekräfte klar regeln:

Förderung:

- Schaffung eines Rahmengesetzes für die Vermittlung und Durchführung von Personenbetreuung, um faire Bedingungen zu garantieren, inklusive Verknüpfung der Förderung.
- Die öffentliche Förderung von Personenbetreuung muss an verpflichtende Qualitätskriterien in der Vermittlung und Durchführung geknüpft werden.
- Finanzierung von laufenden und begleitenden Qualitätsvisiten in der 24-Stunden-Betreuung durch qualifizierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, z. B. über die bestehenden Strukturen der Hauskrankenpflege.
- Verpflichtende Mindestausbildung von 400 Stunden entsprechend einer Heimhilfeausbildung.
- Mindesteinkommen für selbstständige Personenbetreuerinnen/-betreuer.
- Schaffung effektiver Prüfungs- und gegebenenfalls Sanktionsmöglichkeiten für die Arbeit von Vermittlungsagenturen.
- Haushalte dürfen nicht alleingelassen werden und es muss verpflichtend die mobile Pflege inkludiert werden.

Wifo-Studie:

Jeder Euro, der in die Pflege investiert wird, kommt zu 70 Prozent zurück in öffentliche Haushalte – Investitionen in diesem Bereich mithin auch für strukturschwache Regionen vorteilhaft.

Pflegearbeit sollte als Chance gesehen werden, in Zeiten der Automatisierung sinnstiftende Angebote der Arbeit zu schaffen; allerdings müssen Arbeitsbedingungen dafür verbessert werden.

Burgenland:

Modell der Anstellung pflegender Angehöriger, die verpflichtend eine Ausbildung machen müssen:

- Ab Stufe 3: Angehörige können sich 20 Stunden,
- Ab Stufe 4: Angehörige können sich 30 Stunden,
- Ab Stufe 5: Angehörige können sich 40 Stunden (1.700 Euro Nettoverdienst) anstellen lassen.

Aber: Die/der Pflegende muss Pension bis Ausgleichszulage, Pflegegeld 80 bis 90 Prozent abgeben, Rest auf das Gehalt wird vom Land gezahlt;

- Angestellter muss Heimhelfer-Ausbildung machen.
- Pflegender Angehöriger bekommen dadurch einen Ersatz für Einkommensentfall.
- Dieses Modell stellt einen frischen Zugang dar, der erfolgsvaluieren muss.

Pflegende Angehörige:

- Sinnvoll wäre die Schaffung einer (zugehenden) Anlaufstelle („Pflegeservicestellen“), die österreichweit ausgerollt wird, um Pflegebedarf zu erheben und Informationen und Unterstützung zu leisten, inklusive Beratung zu Fragen der Erwachsenenvertretung über Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung bis hin zu finanziellen Themen im Zusammenhang mit der Pflegesituation.
- Webbasierte Informations- und Angebotsplattform müssen ausgebaut werden.
- Leistbare, zeitlich flexible, mehrstündige Entlastungsdienste zu Hause auf zumindest Heimhilfeniveau durch professionelle mobile Dienste oder Kurzzeitpflege, damit pflegende Angehörige notwendige Pausen und Auszeiten nehmen können, die Weiterführung der Berufstätigkeit möglich bleibt, eigene Erledigungen durchgeführt werden können oder der Anschluss an das soziale Leben erhalten bleibt.
- Trainings- und Schulungsangebote zur Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der pflegenden Angehörigen.
- Psychosoziale Beratung und Begleitung, um psychische Belastungen aufgrund demenzieller Veränderungen der/des begleiteten Angehörigen, Rollenverschiebungen innerhalb der Familie oder Trauerprozesse aufzufangen und zu verarbeiten.
- Pflegekarenz: arbeitsrechtlicher Rechtsanspruch auf gesamte Dauer der Karenz samt wirkungsvollem Kündigungsschutz (Vorbild MSchG).
- Kurzfristiger Freistellungsanspruch (§ 16 Urlaubsgesetz) von zehn Tagen/Jahr für nahe Angehörige, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben und Pflege- und Betreuungsbedarf haben.
- Schaffung der Möglichkeit auf Selbst- und Weiterversicherung pflegender Angehöriger bereits ab Pflegegeldstufe 1.
- Anrechnung für die ewige Anwartschaft in der Pensionsversicherung von Zeiten der Selbst- und Weiterversicherung pflegender Angehöriger.

AK-Vorschlag für pflegende Angehörige:

- Die AK fordert massiv den Ausbau der professionellen Pflege. Die Maßnahmen dafür werden aber erst mittelfristig wirksam, deswegen braucht es eine Übergangslösung für jene, die jetzt ihre Angehörigen selbst pflegen müssen.
- Derzeit gibt es eine finanzielle Unterstützung durch den Bund für die Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung zu Hause. In Österreich beziehen rund 25.000 Personen eine Förderung für eine 24-Stunden-Betreuung in der Regel in der Höhe von 550 Euro monatlich.
- Angehörige erhalten im Rahmen des Pflegekarenzgelds aber nur maximal sechs Monate befristet Einkommensersatz. Das ist ungerecht.
- Die AK fordert daher die Einführung einer Förderung von zumindest 550 Euro für pflegende Angehörige, wenn
- die zu pflegende Person Pflegegeldstufe 3 oder eine Demenz-Erkrankung hat ODER

- es sich um pflegebedürftige Kinder handelt UND
- die/der Angehörige für die Pflege und Betreuung ihre Erwerbstätigkeit ganz oder zum Teil aufgeben muss/te oder deshalb dem Arbeitsmarkt nicht oder nur sehr eingeschränkt zur Verfügung stehen kann (?).
- 31 Prozent sind erwerbstätig und 13 Prozent haben ihre Berufstätigkeit für die Pflege und Betreuung ganz aufgegeben, 15 Prozent haben sie eingeschränkt.
- Mit Antragstellung ist über diese bereits bestehende Möglichkeit der freiwilligen Selbstversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung zu informieren. Es ist sicherzustellen, dass diese Versicherung ab Gewährung der Förderung unabhängig vom Zeitpunkt der Antragstellung ermöglicht wird.

HON.-PROF. (FH) DR. BERNHARD RUPP

LEITER DER FACHABTEILUNG GESUNDHEITSPOLITIK DER ARBEITERKAMMER NIEDERÖSTERREICH

- *Fakt:* Über 80 Prozent der Pflegegeldbezieher werden zu Hause versorgt – freiwillig oder unfreiwillig.
- Notwendig daher auch: eine gesellschaftliche Diskussion über die Rolle der Familie in der Pflege.
- Staus quo ist unbefriedigend, die gegebenen verfassungsrechtlichen Möglichkeiten zur Vereinheitlichung der Versorgungsqualität sollten ausgenutzt werden bzw. eine „Verbundlichung des Themas“ angestrebt werden. Zu diskutieren wäre nach dem Modell Deutschland: Angebot von Pflegegeld oder optionalen Sachleistungen wie Betreuung!

Position Rupp: Alle denkmöglichen Formen (Steuer-, Fonds- und Versicherungslösungen) zu diesem Thema müssen offen auf den Tisch gelegt werden und ihre Vor- und Nachteile diskutiert werden. Ansonsten verharren wir bei einer Regelung von 1920, nur dass sie mehr Geld kostet und die Pflegequalität heterogen bleibt.

- Es gibt keine Daten, keine einheitlichen Strukturen, und die Verantwortung liegt bei Angehörigen; Förderung der Professionalisierung der Pflege ist wichtig.

Zugang ins Pflegesystem

Forderung nach einem Ausbau der Sachleistungskomponente bzw. der Schaffung eines Sachleistungsbezugs.

- Ausgehend von der Frage: Was sind die aktuellen Bedürfnisse in der Pflege?
- Das konkrete Modell ist nicht prioritär: Structure follows Strategy.
- Aus allen Alternativen eine gute Lösung „zusammenstoppeln“, Ideologien hintanstellen.
- Eine potenzielle Chance einer Versicherungslösung: Sie schafft Druck auf Minimalversorgung in der Fläche – Beiträge schaffen Erwartungshaltung.

24-Stunden-Betreuung

Derzeitige Regelung war ein pragmatischer Ansatz, um Illegalität zu beseitigen; sie ist keine Dauerlösung und sollte durch moderne und leistungsgerechte Honorar-Ansätze überwunden werden. Dazu soll die 24-Stunden-Betreuung attraktiver gemacht werden, um auch österreichische Kräfte hierfür zu gewinnen, und sollte bei einer Neugestaltung der Pflege mitbedacht werden.

MAG. DORIS STELZHAMMER

TEAMLEITERIN PFLEGE UND BETREUUNG DES DACHVERBANDES WIENER SOZIALEINRICHTUNGEN

Für den Bereich extramurale Pflege und Betreuung ist das Pflegepersonal per se das wichtigste Thema. Um den wachsenden Bedarf an Pflegefachkräften sowohl quantitativ als auch qualitativ abzudecken, bedarf es einer Vielzahl an Maßnahmen zu folgenden Aspekten:

- Ausbildung (bis hin zu Rahmenbedingungen wie Arbeitszeit, Mitarbeiterführung ...).
- Gewinnung und Bindung von Mitarbeitern.
- Bedarfsgerechter Skill-/Grademix.

- Personalschlüssel (Qualitätssicherung der Arbeit).
- Arbeitsorganisation.
- Digitalisierung.
- Bezahlung.

Interdisziplinäre Kooperation und disziplinäre Zusammenarbeit

In Bezug auf Betroffene und Angehörige, gilt es, den Blick auf die setting- bzw. trägerübergreifende Kooperation, Koordination und Kommunikation im Allgemeinen zu richten, so z. B. bei der

- professionellen Abstimmung und Zusammenarbeit aufgrund immer komplexer werdender Krankheits- und Betreuungssituationen inkl. Kommunikation auf Augenhöhe mit allen beteiligten Berufsgruppen.
- Zusammenarbeit mit niedergelassenen Medizinerinnen und Medizinern, sowohl bei der mobilen als auch stationären Langzeitpflege.

Kompetenzanerkennung (Weiterverordnung)

Die Weiterverordnung von Medizinprodukten durch den gehobenen Dienst der GuKP (Gesundheits- und Krankenpflege) gemäß §15a GuKG (Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe) wie z. B. in den Bereichen Inkontinenzversorgung, Mobilisations- und Gehhilfen, Verbandsmaterialien durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (auch für selbstständig tätige Pflegepersonen) ist zeit- und ressourcenschonend für das Pflegepersonal wie für Ärztinnen und Ärzte, für die betroffene Person und ihre Angehörigen und führt nicht zuletzt zu einer Attraktivierung des Berufsbildes.

Finanzierung

Eine Finanzierung aus unterschiedlichen Töpfen, die in einem Bereich kaum und in anderen Bereichen hohe Selbstbehalte vorsieht, ist für die Betroffenen schwer nachvollziehbar. Das Ungleichgewicht hat auch Auswirkungen auf den extramuralen Bereich.

Empfehlungen

1. **Modelle mit Weitblick**, keine Schnellschüsse, weder in der Ausbildung (Pflegelehre) noch in der Versorgung. Vgl. Burgenland: Anstellung von Angehörigen ...
2. **Sicherstellung der Versorgung auf EU-Ebene** mitdenken: Alle Mitgliedsländer sollten das Ausbildungsniveau einander angleichen, damit es nicht zu einer „Schiefelage“ kommt bzw. Arbeitskräftemangel in einem Mitgliedsland vermieden wird.
3. **Ausbildungsförderprogramme** für Ein- und Umsteiger beibehalten und ausbauen.
4. **Stärkung von Gesundheitskompetenz und Prävention:**
 - a. Frühzeitige Information, Empowerment zu gesundem Altern.
 - b. Information in einfacher Sprache, maßgeschneidert für die einzelnen Zielgruppen und für die unterschiedlichen „Einstiegsgeschehen“ in den Pflege- und Betreuungsbedarf.
 - c. Krisenvorbeugung: Systemsteuerung durch Bewusstseinsbildung und frühe Auseinandersetzung mit dem Gesundheits- und Pflegesystem.
 - d. Stärkung der Gesundheitskompetenz, denn Studien zeigen, ein bis zwei Jahre länger gesund zu sein, bedeutet insgesamt weniger Pflegepersonalbedarf.
5. Grenzen aufzeigen für die Pflege und Betreuung zu Hause.
6. **Anpassung der Gehaltsschemata** (Akut- und mobiler Bereich).
7. Akademisierung fortsetzen, sie ist ein Indikator für professionelle Pflege.
8. Schnittstellen zu Nahtstellen machen: Doppelgleisigkeiten vermeiden, indem Gesundheit und Soziales zusammengelegt werden, sowohl die Ministerien-Zuständigkeit als auch die Finanzierung (vgl. oben). Das kommt allen involvierten Berufsgruppen zugute.

Positionen | Schwerpunktthemen

Stelzhammers Schwerpunkte liegen in der mobilen und stationären Langzeitpflege, in der Ausbildung, in dem fächerübergreifenden Arbeitsprozedere und in der Pflegeexpertise. Aus dieser Perspektive setzt sie auf folgende Themen einen Fokus:

1. **Stärkung des niedergelassenen Bereichs:** Besonders für Pflegepersonal in der mobilen Pflege und Betreuung, nicht nur die/der Medizinerin/Mediziner. Es geht vor allem um den Faktor Zeit, Kooperation durch Ärztin/Arzt und Betreuerin/Betreuer bei Hausbesuchen, Kompetenzen und der medizinischen Versorgung in der Langzeitpflege.
2. **Schnittstellen:**
 - Professionellere Abstimmung und Zusammenarbeit aller beteiligter Berufsgruppen auf Augenhöhe.
 - Know-how über extramurale Zuständigkeiten verbessern: unzureichendes Wissen über Zuständigkeiten und Aufgabenfelder anderer Berufsgruppen durch Information ausgleichen (z.B. Unterscheidung zwischen Heimhilfe und 24-Stunden-Betreuung).
 - Zusammenarbeit von mehreren Spezialisten, „Beratung in komplexen Fragestellung“ auch zu Hause zu ermöglichen (Konsil): fördern mit Sozialarbeit, Therapeuten oder Spezial-Dienstleistungsanbietern (wie z. B. mobilen Palliativteams) für gegenseitigen Wissens- und Nutzentransfer (Leistung: Beratung muss bezahlt werden).
 - Ausbau von Primärversorgungszentren: flächendeckend, bedarfsgerecht sowie in Abstimmung mit mobilen Diensten und der zu übernehmenden Funktionen (z. B. Anordnungen, Verordnungen, (Akut-)Versorgung ...).
 - KH-Entlassung mit verpflichtender ärztlicher Anordnung (Rezept) für die mobilen Dienste: Derzeit gibt es für Patienten große Probleme, die medikamentöse Versorgung übers Wochenende zu erhalten, denn bei Entlassungen ab Freitagnachmittag gibt es kaum Ordinationsöffnungszeiten niedergelassener Ärzte.
3. Leistungskatalog Pflege mit einer einheitlichen, klaren Definition und Finanzierung von Leistungen durch Pflegepersonen, dies bedarf einer Anpassung u. a. auch im ASVG.
4. Im Langzeitpflegebereich ist ein einheitlicher Personalschlüssel für Österreich nicht zu empfehlen, da die Einflussfaktoren sehr unterschiedlich sind.

BEISPIEL

Die wissenschaftlich erwiesene, zunehmende Zahl an demenziellen, chronischen Erkrankungen erfordert eine bedarfsgerechte Berücksichtigung bei der Personalberechnung.

5. Verbesserte Rahmenbedingungen sind notwendig, u. a. bei den Arbeitsbedingungen, bei Einschulungskonzepten, bei der Besoldung, der Mitarbeiterförderung (Stichwort: Wissensstandort Unternehmen), wie Studien belegen.
6. Teilzeitbeschäftigung reduzieren, um Altersarmut zu vermeiden, wobei der Spagat zwischen gewünschter Work-Life-Balance des Dienstnehmers und Dienstplan-Sicherheit des Arbeitgebers gelingen muss.
7. **Ausbildung:**
 - Eine (Neu-)Einrichtung von Zugängen zu Pflegefachassistentin bzw. -assistent und Pflegeassistentin bzw. -assistent im ersten Bildungsweg im Anschluss an das Regelschulwesen (nach vollendeter 9. Schulstufe) wird unterstützt.
 - Zertifizierung Pflegeassistent zu Pflegefachassistent (Projekt GÖG): Im Sinne des nationalen Qualifikationsrahmens sind informelle Tätigkeiten für eine weiterführende, fachspezifische Ausbildung anrechenbar.
 - Förderungen für Ein-, Um- und Quereinsteiger sind wichtig (Stipendien, Stiftungen, individuelle Förderungen...).
8. Digitalisierung nutzen, wo möglich, z. B. bei der Dokumentation (über alle Settings), bei praxisnahen Lösungen über ELGA, Tele-Care, Tele-Nursing, Wunddokumentation usw. Robotik wird als Unterstützung, nicht als Ersatz von Pflege- und Betreuungspersonen gesehen.
9. Notwendigkeit der Dokumentation steht außer Frage. Um den Dokumentationsaufwand so gering als möglich zu halten, ist zu reflektieren, ob das Ausmaß und die Häufigkeit in Relation zum Nutzen steht. Die Kontrollorgane sollten sich auf eine gemeinsame Strategie einigen.

Weiterführende Hinweise/Infomaterial

- Pflegekongress (2. und 3. Oktober 2019).
- Zahlen österreichweit, neu seit 14. November 2019: 147.800 dipl. Pflegerinnen und Pfleger, Pflegeassistentinnen und -assistenten.

Am 25. November 2019 wurden vom Sozialministerium zwei Studien präsentiert:

- Finanzierung der Langzeitpflege unter Berücksichtigung europäischer Finanzierungsmodelle und die Rolle von Prävention.⁷
- Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich.⁸

⁷ https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/News_Veranstaltungen/News/Studienpraesentation_zu_Bedarfsprognose_Pflegepersonal_und_zur_Finanzierung_der_Langzeitpflege

⁸ https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/Kurzfassung_der_Studien_von_Gesundheit_Oesterreich

Quellenverzeichnis

Positionspapiere

- *Marschitz, Walter; Mattersberger, Markus; Frohner, Ursula; Rosoli, Silvia; Zellhofer, Josef; Tupy, Garielle*: Was die Pflege in Österreich braucht, motiv.allianz.pflege, Positionspapier 2019.
- *Rosoli, Silvia*: Fact-Sheet Betreuung und Pflege, Wien 2020.
- *Rosoli, Silvia*: Forderungspapier zum Themenkreis Pflege & Betreuung und Gesundheitsberufe, AK Wien 2019, 2020.
- *Sprenger, Martin*: Warum Langzeitpflegeeinrichtungen unsere Achillesferse sind, Hintergrundinformation zum GG, 30.03.2020

Presseaussendungen

- *Dachverband Hospiz Österreich*: Es geht voran! Erfreuliche Entwicklungen im Hospiz- und Palliativbereich in Österreich, OTS Presseaus-sendung vom 04.07.2019.
- *Dachverband Hospiz Österreich*: Welthospiztag 2019: Das Recht auf Hospiz- und Palliativversorgung, OTS Presseaus-sendung vom 10.10.2019.
- *Edel, Rainald*: PRAEVENIRE: „No Nurses no Future“ – die Pflege muss deutlich an Bedeutung gewinnen, OTS Presseaus-sendung der PRAEVENIRE Initiative 2030 vom 03.04.2020.
- *Jamnik, Kerstin*: Die Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, OTS Presseaus-sendung vom 26.11.2019.
- *Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband*: ÖGKV wirft ersten Blick auf Pflegekonzept der ÖVP, OTS Presseaus-sendung vom 25.06.2019.
- *Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband*: motiv.allianz.pflege lädt zu #BrennpunktPflege, OTS vom 10.09.2019.
- *Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband*: ÖGKV Forderungen zum Internationalen Tag der Pflegenden am 12.05.2020.
- *Pflegeallianz*: Pflegeallianz will weg vom „familienbasierten System“, APAMED-Pressmeldung vom 22.01.2020.
- *Pflegegeld und Pflegestufen*: <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/4/Seite.360516.html>
- *Pflegegeld und Pflegestufen*: <https://www.foerderportal.at/pflegegeld-oesterreich/>
- *Pflegegeld und Pflegestufen*: <https://www.bruttonetto-rechner.at/familien/pflegestufen-pflegegeld/>
- *Pflegekongress*: <https://www.pflegekongress.at/html/publicpages/148059844529857.pdf>
- *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*: <https://bit.ly/2WP2vdt>

Websites

- *Länderbeispiel NL*: www.buurtzorgnederland.com
- *Projekt GEMED und GEMED2*: Multiprofessionelles Geriatisches Medikationsmanagement in stationären Alteneinrichtungen: www.gemed.at

Zeitungs- und Zeitschriftartikel

- *Edel, Rainald*: „No Nurses no Future“ – die Pflege muss deutlich an Bedeutung gewinnen. In: PERISKOP 93, Seite 36.
- *PRAEVENIRE*: Das Jahrhundert der Pflege. In: Kurier vom 20.04.2020, Seite 19.
- *Vock, Petra*: Entlastung durch Sozialarbeit. In: Medical Tribune vom 04.10.2019.



© Flo Hanatschek

Labyrinth im historischen Hofgarten des Stifts Seitenstetten in Niederösterreich.

Mitwirkende Expertinnen und Experten

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Dr. Gerald Bachinger**
Patientenanwalt Niederösterreich und Sprecher der Patientenanwälte Österreichs
- **Dr. Günter Dorfmeister, MBA**
Direktor des Pflegedienstes der Klinik Ottakring
- **Ursula Frohner**
ehem. Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes
- **Mag. pharm. Gebhard Hauser**
Delegierter des Österreichischen Apothekerverbandes
- **Andreas Huss, MBA**
Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Mag. Dr. Werner Kerschbaum**
Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger
- **Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer**
Vorständin des Instituts für Pflegewissenschaft und Vizestudienprogrammleiterin an der Universität Wien
- **Mag. pharm. Dr. Ulrike Mursch-Edlmayr**
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer
- **Anna Papaioannou, Bakk.**
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Fachsekretariat im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband
- **Mag. Elisabeth Potzmann**
Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes
- **Dr. Erwin Rebhandl**
Präsident des Vereins AM PLUS
- **Mag. pharm. Jürgen Rehak**
Präsident des Österreichischen Apothekerverbandes
- **Mag. Silvia Rosoli**
Leiterin der Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik der Arbeiterkammer Wien
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Mag. Kurt Schalek**
Referent in der Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik der Arbeiterkammer Wien
- **Mag. Doris Stelzhammer**
Teamleiterin Pflege und Betreuung des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres**
Präsident der Ärztekammer für Wien
- **Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger**
Vizepräsident des Österreichischen Apothekerverbandes
- **Mag. Monika Wild**
Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Pflege und Betreuung



OGB



Österreichischer Apothekerverband
Partner für eine sichere Zukunft.



Österreichischer
Gesundheits- und
Krankenpflegeverband

Weißbuch Version 2020
PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

**NACHDENKEN.
UMSETZEN.
JETZT!**

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG
Handlungsempfehlungen für die Politik