



# Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich

JAHRESTAGUNG 2023

9. November 2023 | Salzburg



Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

# **ZUKUNFT DER PFLEGE UND BETREUUNG IN ÖSTERREICH**

**DOKUMENTATIONEN DER  
JAHRESKONFERENZ 2023**

**09. November 2023**



**Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit**

Gefördert aus Mitteln des BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit,  
Pflege und Konsumentenschutz

#### **REDAKTION**

Irene Köhler  
Claudia Klambauer  
Martina Kainz

#### **DOKUMENTATION**

Martina Kainz  
Sonja Unteregger

#### **IMPRESSUM**

Redaktion und Herausgeber:

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

Tel.: (01) 548 29 22  
Fax: (01) 545 01 33  
E-Mail: [office@oeksa.at](mailto:office@oeksa.at)  
[www.oeksa.at](http://www.oeksa.at)

Produktion: Info-Media, 1010 Wien, [office@info-media.at](mailto:office@info-media.at)  
Coverfoto: Irene Köhler

# INHALTSVERZEICHNIS

## ERÖFFNUNG

<b>Begrüßung:</b> <i>Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA</i> .....	5
<b>Grußwort:</b> <i>Christian Pewny, LR für Soziales, Land Salzburg</i> .....	7
<b>Grußwort:</b> <i>Manfred Pallinger, i.V. BM für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz</i> .....	9
<b>Zum Geleit:</b> <i>Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA</i> .....	11

## VORTRÄGE

<i>Manfred Pallinger, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Sektion IV.</i> <b>Pflegereform in Österreich: Wo stehen wir?</b> <b>Was sind die nächsten Schritte?</b> .....	13
<i>Elisabeth Rappold, Gesundheit Österreich</i> <b>Erkenntnisse und Befunde der bisherigen Pflege- und Betreuungsdiskussion</b> .....	19
<i>Thomas Klie, Alter. Gesellschaft. Partizipation (AGP), Sozialforschung, Universität Freiburg/Berlin</i> <b>Auswirkungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Sicherung der Pflege in Deutschland</b> .....	31
<i>Simon Krutter, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg</i> <b>Gute Betreuung und Pflege: Was wollen die Betroffenen und Angehörigen?</b> .....	45

## PODIUMSDISKUSSION: IDEEN ZUR UMSETZUNG FÜR DIE ZUKUNFT

<i>Manfred Pallinger, Andreas Eichhorn, Birgit Meinhard-Schiebel, Stefan Tautz, Ulrike Famira-Mühlberger, Elisabeth Rappold</i> <b>Moderation:</b> <i>Michael Opriesnig</i> .....	51
--	----

# ARBEITSGRUPPEN: ERWARTUNGEN AN UND IDEEN FÜR EIN LEISTUNGSFÄHIGES UND LEISTBARES PFLEGE- UND BETREUUNGSSYSTEM IN ÖSTERREICH

## **Arbeitsgruppe 1: Was bedeutet gute Pflege und gute Betreuung? Welche Prioritäten sind zu setzen?**

Impulse: *Maria Katharina Moser, Diakonie Österreich*

*Thomas Klie, Universität Freiburg*

Moderation: *Kurt Schalek, Arbeiterkammer Wien* ..... 61

## **Arbeitsgruppe 2: Wie kann man das Pflege- und Betreuungssystem nachhaltig finanzieren und steuern? Steuerung im Fokus der Sozialplanung**

Impulse: *Ulrike Famira-Mühlberger, WIFO*

*Birgit Trukeschitz, Forschungsinstitut für Altersökonomie*

Moderation: *Sonja Unteregger, Land Salzburg* ..... 67

## **Arbeitsgruppe 3: Wie können wir den künftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungskräften wirklich decken?**

Impuls: *Elisabeth Rappold, Gesundheit Österreich GmbH*

Moderation: *Walter Marschitz, Sozialwirtschaft Österreich* ..... 73

## **Arbeitsgruppe 4: Was braucht das Personal im Pflege- und Betreuungsbereich?**

Impulse: *Margit Schäfer, Fachhochschule Innsbruck*

*Bernhard Rupp, AK NÖ, Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik*

Moderation: *Christine Ecker, Arbeiter-Samariter-Bund Österreich* ..... 77

## **Arbeitsgruppe 5: Wie kann man Betroffene und pflegende Angehörige zu Hause unterstützen? Welche Maßnahmen werden dazu gesetzt?**

Impulse: *Sabine Schrank, BMSGPK*

*Birgit Meinhard-Schiebel, Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger*

Moderation: *Petra Schmidt, Österreichisches Rotes Kreuz* ..... 83

**Kurzberichte aus den Arbeitsgruppen** ..... 90

**Schlussworte** ..... 93

## **ANHANG**

*Mitwirkende* ..... 94

*Organisationen* ..... 95

*Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA*  
**Begrüßung**

Nach dem musikalischen Beitrag des *Musikums Salzburg* begrüßt *Opriesnig* die anwesenden Gäste und ersucht um eine Schweigeminute anlässlich der November-Pogrome am 9. November 1938. Bundesminister *Johannes Rauch* muss sich leider entschuldigen, *Opriesnig* bittet *Christian Pewny*, LR für Soziales im Land Salzburg, um seine Grußworte.



*Christian Pewny, LR für Soziales Land Salzburg*

## **Grußwort**

*Pewny begrüßt die Anwesenden, er möchte betonen, dass die Pflege von sehr großer Bedeutung für die Gesellschaft sei. Aufgrund der Bedeutsamkeit des Themas sei es auch ein zentraler Bestandteil des Regierungsübereinkommens in Salzburg. Er freue sich, dass das ÖKSA dieses Thema in den Mittelpunkt gerückt habe und dass die heurige Jahreskonferenz in Salzburg stattfinde. Er selbst, als ehemaliger Bürgermeister von Radstadt, habe Erfahrung in der Leitung eines Pflegeheimes. Dies habe ihm auch gezeigt, wie vielfältig die Herausforderungen in diesem Bereich seien. Durch die steigende Zahl der Babyboomer, die das Pensionsalter erreichen, zeige sich, dass in Zukunft der Bedarf noch steigen werde, und man müsse alles daransetzen, diesen steigenden Bedürfnissen gerecht zu werden. Er möchte diese Zeit nutzen, um Brücken zu bauen und Wege zu finden, die Pflege auch in Zukunft gut zu gestalten.*

*Opriesnig bedankt sich für die Begrüßung und auch für die Vorbereitungen der Konferenz seitens des Teams von LR Pewny im Land Salzburg. Er bittet Sektionschef *Mag. Manfred Pallinger* um seine Begrüßung.*





*Mag. Manfred Pallinger, Sektionschef und in Vertretung des BM für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*

## **Grußwort**

*Pallinger* bedankt sich beim ÖKSA, insbesondere auch bei Irene Köhler, für die Organisation dieser Konferenz. *Pallinger* ist auch in Vertretung des BM anwesend, er möchte zu Beginn auf die Leistungen des ÖKSA eingehen. Dieses sei ein Forum für einen Austausch zwischen politischen Vertreter\*innen, Expert\*innen und Stakeholdern aller Art. Natürlich habe jede Gruppe eigene Interessen, aber das wechselseitige Verständnis, das durch die Veranstaltungen des ÖKSA gefördert würde, sei ganz besonders wichtig. Man könne vor allem bei den „Internen Fachtagungen“ in Ruhe miteinander diskutieren und darauf vertrauen, dass in diesem Rahmen nicht alles sofort an die Öffentlichkeit gelange. Gerade die Meinungen aus der Praxis seien dabei sehr wichtig.

Was die Thematik der heutigen Konferenz betreffe, habe man diese bereits sehr häufig aufgegriffen, es werde auch nicht das letzte Mal sein, dass das Thema Pflege auf der Agenda stehen werde. Aktuell gebe es 479.000 Pflegegeldbezieher\*innen, 2,8 Mrd. Euro würden aktuell für Pflegegeld ausgegeben. Es handle sich dabei um ein sehr komplexes Thema und man habe sowohl die pflegenden Angehörigen als auch die Fachkräfte in diesen Bereich eingebunden. Die Ergebnisse aus den heutigen Gesprächen würden umgehend an BM Rauch weitergegeben, damit sie möglichst rasch auch in der politischen Umsetzung berücksichtigt werden könnten. Die Themen Gesundheit und Pflege seien eng miteinander verwoben. *Pallinger* bedankt sich noch einmal für die Organisation.



*Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA*  
**Zum Geleit**

*Opriesnig* betont, dass sich die Gesellschaft von heute deutlich von der Gesellschaft in den kommenden Jahren und Jahrzehnten unterscheiden werde. Dies seien aber keine neuen Erkenntnisse, bereits am 17.11.1999 habe *Rainer Münz* beim Festvortrag diesen Trend sehr genau beschrieben. *Opriesnig* wolle aber nicht über verschüttete Milch und eventuelle Versäumnisse sprechen, sondern darüber, wie der tatsächliche Bedarf gedeckt werden könne. In diesem Zusammenhang gehe es auch um die Willkommenskultur für ausländische Arbeitskräfte in Österreich und die Bedürfnisse des Pflegepersonals. Wer immer nach der Wahl im nächsten Jahr vertreten sein werde, sei nicht zu beneiden. Neben den Krisen werde auch der Druck auf die Sozialsysteme immer größer. Auf jeden Fall werde die kommende Regierung kompetente Partner aus der Praxis brauchen. *Opriesnig* klärt noch einige organisatorische Details und wünscht allen Anwesenden eine schöne Tagung. Er bittet *Mag. Manfred Pallinger* um sein Referat.



*Manfred Pallinger, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Sektion IV, Pflegevorsorge, Behinderten- und Versorgungsangelegenheiten*

## **Pflegereform in Österreich: Wo stehen wir? Was sind die nächsten Schritte?**

*Pallinger* betont, die Pflegereform umfasse sehr viele Einzelmaßnahmen, die in ihrer Komplexität Betreuung, Personal, Angehörige und viele andere betreffen würden. Es sei notwendig, dass alle Reformen auch der österreichischen Bundesverfassung entsprächen und ebenso den Ansprüchen der Sozialpartner und der involvierten NGOs gerecht würden. Diese Umsetzung sei nicht immer ganz einfach.

Zu den Rahmenbedingungen: Hier seien der demografische Wandel, der steigende Pflegebedarf, die Veränderung der Lebenssituation zu beachten und man brauche laut Bedarfsprognose unabhängig von den einzelnen prognostizierten Zahlen zusätzliches Personal. Was die Belastungssituation des Personals betreffe, gehe es nicht immer nur um zusätzliches Geld, sondern auch um die Rahmenbedingungen, die verbessert gehörten.

Man habe derzeit 479.000 Pflegegeldbezieher\*innen (5,23 % der Bevölkerung), dies bedeute ein Plus von 2,01 % verglichen mit dem Vorjahr, dieser Trend werde sich so fortsetzen.

**Ad Reformpaket I:** Dieses gehe zurück auf einen Ministerratsbeschluss vom 12. Mai 2022, in dem es darum gegangen sei, Akutmaßnahmen zu treffen, um den Zugang zum Pflegeberuf zu verbessern und pflegende Angehörige besser zu unterstützen. Hier sei auch die effiziente Arbeit von *Birgit Meinhard-Schiebel* zu erwähnen, deren Vorschläge würden in verschiedensten Settings berücksichtigt. Weiters gehe es auch um die Weiterentwicklung der 24-h-Betreuung: Gerade in Zeiten der Pandemie habe sich gezeigt, dass man diese Form ohnehin nicht von einem Tag auf den anderen abschaffen könne, derzeit profitierten 20.000 Personen von der 24-h-Betreuung.

### **Zentrale Maßnahmen des Pflegereformpakets I seien demnach:**

- **Verbesserung der Einkommenssituation der Beschäftigten** (570 Mio. € 2022/23 zur Erhöhung des Einkommens der Beschäftigten). Man habe hier auch verfassungsrechtliche Grenzen und könne z. B. nicht in bestehende Kollektivverträge eingreifen. Man habe auch die Zuständigkeiten der Bundesländer zu berücksichtigen.

- **Reduktion von psychischen und physischen Belastungen der Pflegekräfte**
  - ✓ Zusätzliche Entlastungswoche ab dem 43. Lebensjahr
  - ✓ 2 h Zeitguthaben für Pflegekräfte/Nachtdienst
- **Ausweitung des Handlungsraums und der Kompetenzen für Pflegekräfte**, was wiederum mit dem Krankenpflegegesetz zu tun habe. Ein weiterer wichtiger Bereich sei das Pflegeausbildungszweckzuschussgesetz, ein wichtiger Aspekt sei auch, dass es insgesamt immer weniger Jugendliche gebe, die dem Ausbildungsmarkt zur Verfügung stünden.
- **Attraktivierung der Ausbildung und des Einstiegs in Pflegeberufe**
  - ✓ Schüler\*innen/Studierende sollen mind. 600 €/Monat erhalten, es sei auch wichtig gewesen, dies bundeseinheitlich zu regeln, es würden dafür über 100 Millionen € fließen, die Länder würden davon ein Drittel finanzieren.
  - ✓ Pflegestipendium für Umsteiger\*innen und Wiedereinsteiger\*innen von 1.400 €, hier beobachte man steigende Zahlen. Auch dies sei ein Puzzlestein in dem gesamten Gefüge.
  - ✓ Einführung einer Lehrausbildung für die Pflegeassistent\*innen und Pflegefachassistent\*innen. Auch hier gebe es unterschiedliche Zugänge, aber es sei eine Möglichkeit, die Situation zu verbessern.
  - ✓ Überführung der Schulversuche für Sozialbetreuung und Pflege (BMHS) ins Regelschulwesen
  - ✓ Verbesserungen bei Anerkennung, Nostrifizierung und Rot-Weiß-Rot-Karte
- **Weiterentwicklung des Pflegegeldes: BPGG-Novelle (1.1.2023):**
  - ✓ Erhöhung des Erschwerniszuschlags für Menschen mit schweren psychischen Behinderungen (inkl. Demenz)
  - ✓ Angehörigen-Bonus ab Pflegestufe 4, ein Teil würde automatisch ausbezahlt, ein anderer auf Antrag
  - ✓ Entfall der Anrechnung der erhöhten Familienbeihilfe auf das Pflegegeld, davon würden mehr als 40.000 Familien mit behinderten Kindern profitieren, es handle sich um ca. 60 €/Monat.
  - ✓ Verbesserung des Pflegekarenzgelds (Rechtsanspruch, Antragstellungsdauer)
  - ✓ 24-h-Betreuung: In einem ersten Schritt habe es eine Verbesserung der Förderung für die Selbstständigen gegeben. Hier müsse auch immer mit den Ländern verhandelt werden, da es sich um eine „Artikel-15a-Vereinbarung“ handle (40% Finanzierung durch die Länder).

- **Weitere Maßnahmen für Angehörige**
  - ✓ Verringerung der Mindestabwesenheit auf 3 Tage bei der Ersatzpflege
  - ✓ Rechtsanspruch auf Pflegekarenz (3 Monate)
  - ✓ Finanzierung von Pflegekursen (dieser Bereich werde noch ausgeweitet werden)
  - ✓ Ausweitung des Angehörigengesprächs, dies sei besonders wichtig, da die psychische Belastung der pflegenden Angehörigen groß sei.

### **Ad Pflegereformpaket II (am 24.5.2023 im Ministerrat beschlossen)**

- ✓ Zentrale Maßnahmen, um die Rahmenbedingungen zu verbessern, davon u. a.
- ✓ Qualitätssicherung
- ✓ Novellierung des GuKG
- ✓ 24-h-Betreuung: Erhöhung der Förderung auf 800 bzw. 1600 € (hier war der Bund bereits ein halbes Jahr auf Vorleistungen gegangen)
- ✓ Ausweitung der Hausbesuche (4x/Jahr)
- ✓ Teilbarkeit: Selbstständige dürfen bis zu drei Personen betreuen
- ✓ Ausbau der Beratungszentren
- ✓ Kostenlose Beratungs- und Supervisionsangebote
- ✓ Transparenz bei Abrechnungen, Normierung neuer Vorgaben
- ✓ Erst- und Weiterverordnung von Medizinprodukten durch DGKP (hier müsse auch die Sozialversicherung eingebunden werden)
- ✓ Nostrifikationserleichterungen
- ✓ Verbesserung des Angehörigen-Bonus
- ✓ Rechtsanspruch auf Begleitung bei Kinder-Reha unter Bezug von Pflegekarenzgeld für insgesamt 4 Wochen
- ✓ Ausweitung der Angehörigengespräche auf 10 Termine/Jahr
- ✓ Begutachtung und Pflegegeldeinstufung durch DGKP
- ✓ Unterstützung von Young Carers (Infokampagne)

### **Ausblick:**

- Ad Finanzausgleich: Dies betreffe die Verteilung der gemeinschaftlichen Bundesabgaben zwischen Bund, Ländern und Gemeinden, die zur Verfügung gestellten Mittel des Pflegefonds seien dabei für den Bereich der Betreuung und Pflege reserviert. Die Länder würden damit zwar nicht auskommen, aber diese Mittel seien sicher.



- Hospiz- und Palliativversorgung: funktioniere nur bei Vereinbarung zwischen Land, SV und Bund, was grundsätzlich gut sei, aber nicht einfach zu realisieren. Hier würden enorme Mittel bereitgestellt. Zusätzlich gebe es Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- Themenkomplex Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland: Man werde sie nach bestimmten Regeln anwerben müssen, weil man sie brauche. Hier müsse auch auf europäischer Ebene agiert werden.
- Klima und Pflege: Dabei gehe es um „energieeffiziente Senioren- und Pflegeheime“, diese Förderung erfolge durch das BMK und umfasse 150 Mio Euro bis 2030.

*Pallinger* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

### **Diskussion:**

*Opriesnig* bedankt sich für die Ausführungen und bietet die Möglichkeit an, Fragen zu stellen.

**Philipp Kaufmann:** Warum sei man von der ursprünglichen Zielformulierung abgekommen, bestehende Gehaltsunterschiede auszugleichen?

**Pallinger:** Letztendlich handle es sich dabei um ein Zweckzuschussgesetz, man habe die Zielvorstellung formuliert, um zum Ausdruck zu bringen, was man damit bezwecke. Man wolle in der Umsetzung den Zielvorgaben möglichst nahekommen, die Möglichkeiten gebe es nach wie vor.

**Fenninger:** Thema Finanzausgleich: Man habe gekämpft um den Pflegebonus, man wolle eindringlich appellieren, dass der Pflegebonus so gestaltet werde, dass man ihn in die Kollektivverträge hineinbekomme und er damit auch abgesichert sei. Man habe zweitens die Forderung, dass der Pflegebonus auch valorisiert werden müsse, und drittens sei es seinerzeit nicht gelungen, die UBVs (Unterstützung bei der Basisversorgung) hineinzubringen, die Kolleg\*innen aus dem Behindertenbereich fühlten sich zu Recht benachteiligt, weil sie den Bonus nicht bekommen hätten. Nun habe man die Chance, es gehe dabei um 25 Millionen Euro, dies sei finanzierbar. Fenninger möchte dies noch einmal öffentlich betonen in Richtung Minister und in Richtung Landesrat, dass es wichtig sei, dies doch noch zu implementieren, damit es nicht nur im Pflegefonds verankert sei.

**Pallinger** bedankt sich für diesen Input, man sei jetzt mitten in den Finanzausgleichsverhandlungen, es würde dies auf politischer Ebene auch kommuniziert. Es sei jedoch nicht der Pflegebonus, es gehe um das Entgelterhöhungszweckzuschussgesetz, daher werde er die Frage des Kollektivvertrags mitnehmen. Dies sei nach wie vor Thema, auch die Sache mit der Valorisierung und was den Behindertenbereich betreffe. Er habe das erste Mal gehört, dass dies 25 Millionen umfasse, hier hätten die Länder ja die Möglichkeit, dies zu realisieren, ob es dann auch bundeseinheitlich erfolge, sei eine andere Frage.

**Birgit Meinhard-Schiebl:** Sie bedankt sich für alles, was bereits in den Pflegereformpaketen bestehe, man habe bereits in der ersten Taskforce mitgearbeitet. Zum Angehörigenbonus möchte sie anmerken, man habe bereits von Beginn an kritisiert, dass dieser erst ab Pflegestufe 4 gelte, denn die meisten Angehörigen würden in den Pflegestufen 1–3 betreut. Das Zweite sei das Problem der Antragstellung, viele Menschen hätten Probleme, die Anträge ohne Unterstützung zu stellen. Auch könne man den Angehörigen nicht erklären, dass dieser Angehörigenbonus seit Juli noch immer nicht ausbezahlt worden sei. Diese Information müsse von der öffentlichen Hand kommen.

**Pallinger:** 1. Ad Pflegestufe 3: Man habe einmal wo angefangen, um zu sehen, was es koste, dann müsse man schauen, ob es sich finanziell ausgehe, es müsse aber auch der politische Wille dafür da sein.

2. Das Problem mit der Antragstellung: Hier müssten tatsächlich Information, Begleitung und Unterstützung deutlich ausgebaut werden, es sei aber oft schwierig, in die Haushalte hineinzukommen. Auch sei nicht jeder bezüglich Digitalisierung gleich ausgestattet, eventuell könnten hier die Community Nurses unterstützen.

3. Wegen der Auszahlung: Das sei ein Problem der EDV, die Auszahlung sollte jedoch bis 31.12. erfolgen.

*Opriesnig* bittet MMag.a *Dr.in Elisabeth Rappold* von der GÖG aufs Podium.



*Elisabeth Rappold, Gesundheit Österreich GmbH*

## **Erkenntnisse und Befunde der bisherigen Pflege- und Betreuungsdiskussion**

*Rappold ist eine ausgewiesene Expertin im Pflegebereich, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, hat an der Universität Wien Soziologie und Pflegewissenschaften studiert, leitet die Abteilung Gesundheitsberufe und Langzeitpflege und koordiniert alle pflegerelevanten Themen in der GÖG.*

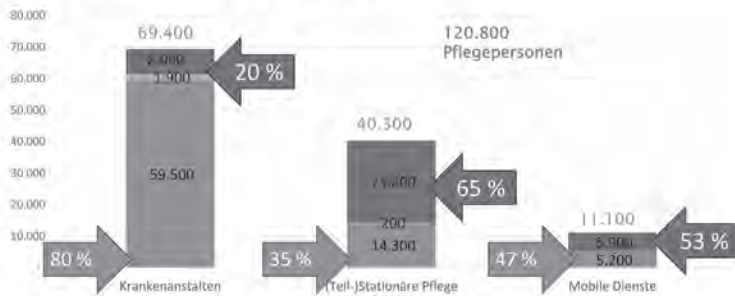
*Rappold* hält fest, dass jedes Jahrzehnt seinen spezifischen Personal- oder Struktur-mangel aufweise.

Beispielweise habe man in den 1970er-Jahren darüber geschrieben, dass das Krankenhaus selbst Patient sei, in den 1980er-Jahren seien die Patient\*innen in den Fokus gerückt, in den 1990ern sei das Personal vor den Vorhang geholt worden und man habe über dessen Belastungssituation geschrieben. In den 2000ern sei – vor allem im Kontext der Ereignisse in Lainz – die Frage aufgetaucht, wie man Pflegeheime gestalten wolle, und in den 2010er-Jahren hätten die Hilfsorganisationen bereits mit einem Blick in die Zukunft auf den drohenden Mangel in den Pflegeberufen aufmerksam gemacht. Die 2020er schließlich seien schon geprägt worden von der Corona-Pandemie mit der Fokussierung auf die Überlastung des Personals und angesichts der Erkenntnis, dass man es hier mit einer „tickenden Zeitbombe“ zu tun habe.

Eigentlich beschäftige man sich also seit Jahrzehnten mit diesem Thema, es stelle sich mittlerweile auch die Frage, woran man festmachen wolle, dass das eigentliche Ziel der Reformen erreicht sei.

Wichtig sei es demnach, sich den Status quo genauer anzusehen, wobei die Zahlen aus mehreren Quellen zusammengefügt worden seien (vgl. Folie 12). Man könne derzeit sagen, dass man ca. 120.800 Pflegepersonen im System habe. Dies bedeute, dass man so viele Pflegekräfte wie nie zuvor habe, und trotzdem sei dies zu wenig. Es sei also wichtig, zu überlegen, wie man in Zukunft definieren wolle, das Ziel erreicht zu haben.

## Status Quo: Pflegepersonal (Grade Mix: DGKP, PFA, PA)



Quelle: Krankenanstaltenstatistik 2021, Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Gesundheitsberuferegister 2019 (gewählt, da Registrierungspflicht während Covid-19-Pandemie ausgesetzt; Schätzung auf Basis dieser Daten, auf 100 gerundet)

Gesundheit Österreich  
LBBT

Rappold, Folie 12

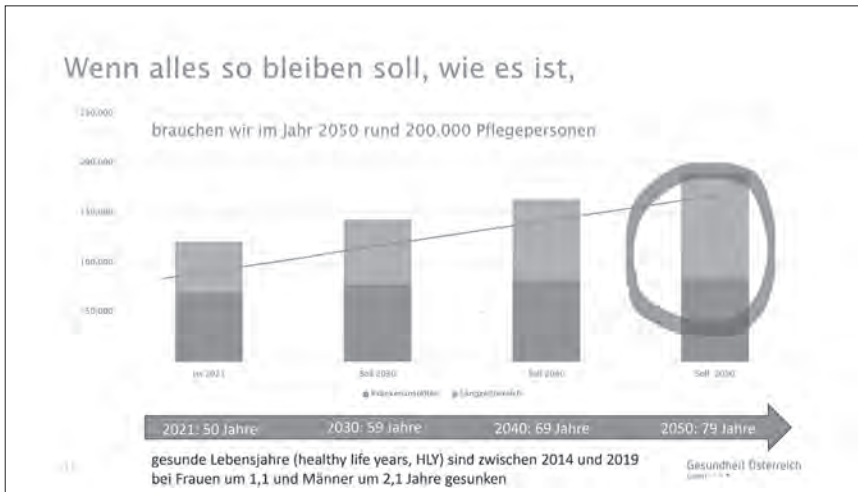
Hinsichtlich der Altersstruktur wisse man mittlerweile auch aus dem Gesundheitsberufe-Register, wie alt die Pflegekräfte seien, dies sei bis vor 5 Jahren noch nicht eindeutig erhoben worden. Von den derzeit beschäftigten Personen würden in den kommenden Jahren und Jahrzehnten allerdings viele in Pension gehen (vgl. Folie 13). Dieser Trend müsse vor allem auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung berücksichtigt werden. Man müsse sich die Zahlen nüchtern anschauen und über die künftigen Konsequenzen für Pflegereformen oder für Strukturveränderungen nachdenken.

## Pflegepersonen gehen in Pension



Rappold, Folie 13

Wenn alles so bleibe, wie es ist, wenn man das gegenwärtige System also so fortführe wie bisher und die Zahl der gesunden Jahre nicht stiege, dann habe man auf der Bedarfsseite allerdings die gegenteilige Entwicklung, d. h., der Bedarf würde noch weiter steigen, dies vor allem in der stationären Langzeitversorgung und in den mobilen Diensten (vgl. Folie 14).

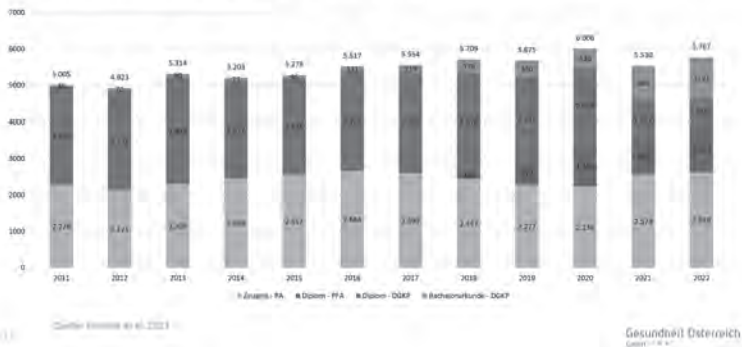


Rappold, Folie 14

Leider sei jedoch in Österreich im Vergleich zu den meisten anderen europäischen Ländern die Zahl der gesunden Lebensjahre gesunken. Dies sei kein beruhigendes Ergebnis und es gehe darum, die Zahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen.

Man habe jedoch insgesamt eine relativ stabile Ausbildungssituation. Man sehe (vgl. Folie 15), dass ab 2011 die Bachelor-Ausbildung eingeführt worden sei, man erkenne hier auch, dass mittlerweile mehr als die Hälfte der DGKP diese Ausbildung gemacht hätten. Hier zeige sich, dass die Zahl an Absolvent\*innen relativ stagniere. Man sehe an der Grafik auch das „Einschleichen“ der Pflegefachassistenz.

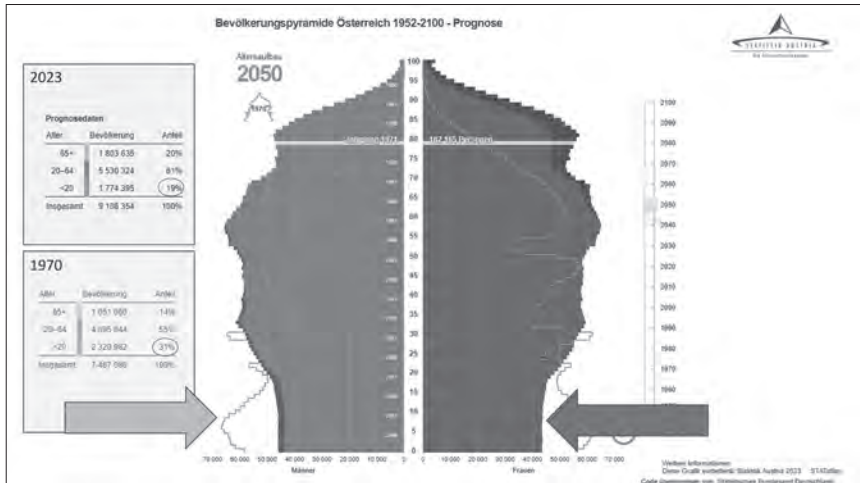
## GuK-Berufe im Gesundheitsberuferegister nach Abschlussart pro Abschlussjahr



Rappold, Folie 15

Die Bevölkerungspyramide (vgl. Folie 17) zeige deutlich, dass 1970 der Anteil der über 65-Jährigen nur bei 14 % gelegen sei, jener der unter 20-Jährigen jedoch bei 31%. Hingegen sei evident, dass 2023 der Anteil derer unter 20 (die also für eine Primärausbildung zur Verfügung stehen würden), auf 19 % gesunken sei. Dies bedeute, es sei wichtig, zu versuchen, auch Personen aus den höheren Altersgruppen in die Pflege zu holen, zumal die Zahl der Personen, die Bedarf an Pflege haben, weiterhin klar steigen würde.

Besonders in Anbetracht der 2050er würde sich zeigen, dass der Anteil der unter 20-Jährigen relativ stabil sei, während jedoch der Prozentsatz der Gruppe, die wahrscheinlich Pflegebedarf haben würde, deutlich höher sei als heute.



Rappold, Folie 17

Nach dem Modell des Pflegenotstands von Krajic et al. (1990er-Jahre): Der Personal-mangel könne qualitativ oder quantitativ bestehen, d.h., man habe in Summe zu wenig oder nicht adäquat ausgebildete Pflegekräfte. Dies könne dazu führen, dass Qualitätsmängel in der Pflege aufträten und Menschen nicht die Versorgung bekämen, die sie brauchen würden. Dies wiederum würde die berufliche Integrität von Pflegepersonen beeinträchtigen, was wiederum bewirke, dass sich der Berufsstand als solcher in Not befinden würde. Dieser Teufelskreis sei nur schwer zu durchbrechen.

In den letzten Jahren sei auch dazugekommen, dass der Druck größer werde und dass die Bürger\*innen andere Ansprüche an die Systeme hätten, als dies vor 50 Jahren der Fall gewesen sei. Auch die Wahrnehmung der Pflege in der Öffentlichkeit sei ein wichtiges Thema, meist seien es Negativbeispiele, ganz selten gäbe es positive Darstellungen in den Medien. Die Jugendlichen hätten auch eine sehr große Auswahlmöglichkeit auf dem Arbeitsmarkt, es gebe insgesamt viel Konkurrenz um Fachkräfte aus anderen Berufsgruppen, denn man habe insgesamt so viele Berufe wie noch nie, egal ob Lehrberufe, Ausbildung an FHs oder an den Universitäten.

Das System sei auch eingebettet in globale Krisen, die die Problematik noch verstärken würden, wie die Klimakrise, die Pandemie oder Kriege. Andere Einflussfaktoren, die noch eine vertiefte Analyse brauchen würden, seien zum Beispiel Zahlen aus dem



Pflege-Vorsorgebericht, in dem sich zeige, dass in den mobilen Diensten die Zahl der Pflegekräfte abgenommen habe, während sich in der stationären Langzeitpflege die Zahl der betreuten Personen deutlich erhöht habe, was vermutlich durch den Wegfall des Pflegeregresses erklärbar sei, jedoch sei die Zahl beim Personal nicht im selben Ausmaß gestiegen.

Um die Pflege und Betreuung in Zukunft gut bewältigen zu können, gebe es einige Voraussetzungen wie Investitionen in folgenden Bereichen:

- **Regionale, integrierte Versorgungssysteme** (vgl. Folie 21)  
Hier gehe es darum, dass man schaue, wie so eine multiprofessionelle, bedarfsgerechte Versorgung aufgebaut sein könne, nämlich dort, wo die Menschen wohnen, in der Region, wohnortnah und vernetzt. Man habe derzeit auch noch relativ viele Systembrüche, z. B. bei der Entlassung aus dem Krankenhaus vor dem Wochenende, wenn die Personen eine Verschreibung bekämen, die Apotheke jedoch zugesperrt habe oder der Hausarzt das Rezept noch nicht übertragen konnte. Oder man brauche eine Einstellung für ein Medikament, für die man täglich einen bestimmten Blutwert kontrollieren müsse, und dazu müsse man wieder ins Krankenhaus in die Ambulanz fahren, weil es im Pflegeheim nicht möglich sei. Ebenso sollten ehrenamtliche Netzwerke gut aufeinander abgestimmt und in das System eingebunden werden. Es sei auch in der Taskforce Pflege schon häufig diskutiert und angeregt worden, dass man gerade im Pflegebereich noch stärker die Chancen der Digitalisierung nutzen könnte, als es bisher der Fall sei.
- **Sozialraumorientierung** (vgl. Folie 21)  
Sozialraumorientierung gehe Hand in Hand mit den regionalen Versorgungssystemen, hier gehe es im Prinzip darum, diese Unterstützungsmöglichkeiten in der Nachbarschaft noch stärker in den Fokus zu rücken und das auch mit professionellen Angeboten zu vernetzen, also diese Sorge-Netzwerke in den Vordergrund zu stellen und zu schauen, wie man Ehrenamtliche, Familie, Freunde, aber auch professionelle Dienstleistungen, Angebote gut miteinander verschränken könne, je nach regionalen Bedürfnissen, da man im Zillertal vielleicht etwas anderes brauche als am Neusiedler See.

## Investieren wir in die Zukunft, investieren wir in

### regionale, integrierte Versorgungssysteme

- integrierte Pflege- und Gesundheitsversorgung
- Versorgungsstrukturen multiprofessionell, integriert und bedarfsgerecht
- Ausbau von Community (Health) Nursing; wohnortnah, vernetzt und vielfältig
- Ausbau von Sorgenetzwerken lokal und regional
- Nutzung von Digitalisierung, Technik und Künstliche Intelligenz

### Sozialraumorientierung

- alle Aktivitäten bezogen auf das Lebensumfeld (Region, Gemeinde, Stadt ...)
- aufbauend auf den vorhandenen Familienstrukturen und den vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten in der Nachbarschaft
- Kooperation aller in der Region vorhandenen Angebote (inkl. Ehrenamtliche, Familie, Freunde und professionelle Angebote etc.)
- Abstimmung der Leistungen untereinander (Transparenz und einheitliche fachliche Grundhaltung)

Gesundheit Österreich  
2021-2024

Rappold, Folie 21

- **Personenzentrierte Pflege** (vgl. Folie 22)  
 Von personenzentrierter Pflege als Konzept und Haltung würden nicht nur Patient\*innen und Bewohner\*innen profitieren, sondern dies sei auch eine wesentliche Personalbindungsmaßnahme, denn personenzentriertes Arbeiten bedeute eine ressourcenorientierte Haltung gegenüber den Menschen, egal ob es die Leistungserbringer\*innen oder Patient\*innen seien oder ob es sich um pflegende Angehörige handle. Dies sei ein Konzept, das tatsächlich sehr vielversprechend sei, hier gehe es um Selbstbestimmung und Wahrung von Würde und Autonomie.
  
- **Gesundheitsförderung, Prävention und Ressourcenstärkung** (vgl. Folie 22)  
 Gesundheitsförderung, Prävention, Health-In-All-Policy müsste tatsächlich Realität werden, es sei viel damit gefordert. Es gebe zum Beispiel Kindergärten, die die Barfußwege abschaffen müssten, weil die Kinder stolpern könnten. Diese würden quasi in Watte gepackt, damit sie nicht über Stufen fallen oder sich verletzen, und dann wiederum müssten sie zur Ergotherapie gehen, um wieder ein Balancegefühl zu kriegen, das sei absurd und bringe nichts.

Man müsse mit Hausverstand beurteilen, wie viel Schutz man brauche, aber wo eventuell auch mit zu viel Schutz etwas kaputt gemacht werde, das man trainieren müsse. Frühe Hilfen und School-Nursing würden ohnehin ausgerollt, es sei wichtig, Menschen in der Schule zu begleiten, damit sie resilient erwachsen würden. Ebenso müssten sie Unterstützung bekommen, wenn sie chronisch krank seien, um an der Schule

teilhaben zu können, denn eine gute Bildung sei auch eine Voraussetzung für gute Gesundheit. Dazu müsse man aber auch Lehrpläne kritisch hinterfragen und sich überlegen, ob es nicht wichtiger sei, Schüler\*innen anstelle des Felge-Aufschwungs mehr Freude an der Bewegung beizubringen und sie damit vielleicht auch nachhaltig zu motivieren, mehr Bewegung in ihr Leben zu integrieren. Dies gelte auch für andere Sektoren, wo man im Alltag Maßnahmen integrieren könnte, die die Gesundheit der Bevölkerung in Summe stärken würden. Genau das ließe sich dann natürlich weiterführen über Rehabilitation, es gehe in erster Linie darum, dass es gelingen sollte, Pflegebedürftigkeit zu reduzieren. Man werde immer Krankheiten haben, man werde immer Menschen haben, die Pflege und Betreuung brauchen, aber das Ausmaß müsse man in den Griff bekommen.

## Investieren wir in die Zukunft, investieren wir in

- personenzentrierte Pflege**
  - Ressourcenorientierte Haltung gegenüber den Menschen (Leistungserbringern, Patienten/Patientinnen, Bewohner/Bewohnerinnen, Familien)
  - gegenseitige Achtung der Persönlichkeiten und das individuelle Recht auf Selbstbestimmung
  - Stärkung der Ressourcen des Einzelnen, diesen Willen auch umzusetzen
  - Weg von der Defizitorientierung hin zur Ressourcenstärkung
  - Unterstützungsarrangement mit den Betroffenen festlegen
- Gesundheitsförderung/Prävention und Ressourcenstärkung**
  - HIAP! Frühe Hilfen – School Nursing – .....
  - Rehabilitation, Remobilisation und Gesundheitsförderung in allen Altersgruppen
  - sichere und gesunde Lebenswelten (zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Freizeit..)
  - Stärkung der individuellen Ressourcen
  - Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung
  - Hintanstellen von Pflegebedürftigkeit (es gibt keine Pille dagegen)

Österreich  
Gesundheit Österreich  
2023

Rappold, Folie 22

Damit nicht alles so bleibe, wie es ist, brauche es ein Zusammenspiel der Sektoren, Veränderung von Strukturen, Umgestaltung von Prozessen und weniger Vorbehalte sowie mehr Flexibilität (vgl. Folie 24).



Rappold, Folie 24

Die Qualität der Pflege bedeute einen kompetenzorientierten Einsatz von Pflegekräften, es werde ganz viel über Kompetenzerweiterung gesprochen. Grundsätzlich müsse man sich das im Zusammenspiel aller Berufsgruppen anschauen.

Es gehe zum Beispiel auch darum, dass hauswirtschaftliches Personal in ausreichendem Ausmaß vorhanden sei, damit Pflegekräfte nicht auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen müssten. Es gehe aber auch darum, zu überlegen, wie die verschiedenen Berufe gut zusammenspielen könnten, wem man welche Kompetenzen übertragen könne. Ebenso sei es wichtig, zu erkennen, wann die Komplexität zu hoch sei, wann zum Beispiel Menschen mit einer ein- oder zweijährigen Ausbildung bei bestimmten Aufgaben überfordert würden. Qualität zu halten bedeute auch, kompetente Personen zu haben und nicht überforderte Menschen, denen man immer mehr Tätigkeiten übertrage, für die sie nicht ausgebildet seien.

Einer der wichtigen Faktoren, warum Pflegekräfte frustriert seien, sei zum Beispiel, dass sie zu wenig Beziehungsarbeit leisten könnten, und nicht jede\*r Pflegeassistent\*in wolle eine Pflegefachassistentin werden, nicht jede\*r Pflegefachassistent\*in

ein\*e Diplomierte\*r, aber sie würden sich auch in ihrem Beruf weitentwickeln wollen. Hier brauche es noch Lösungen.

In der Ausbildung gehe es vor allem auch darum, darauf zu achten, wie Berufsumsteiger\*innen gut mitgenommen werden könnten, wie man sie begleiten könne, sei es fachlich-inhaltlich im Rahmen einer angemessenen Ausbildungsdauer oder durch die Finanzierung. Ein wesentlicher Faktor, der international sehr gut erprobt sei, sei auch die interprofessionelle Ausbildung. Damit nicht alles so bleibe, wie es ist, gehe es vor allem um ein Zusammenspiel der verschiedenen Sektoren, vom Bildungsbereich bis hin zum Wirtschaftsministerium.

Auch die Frage von Strukturveränderungen und Umgestaltung von Prozessen, insbesondere in Krankenanstalten, sei ein ganz wesentliches Thema. Die Logik von Krankenanstalten sei zu sehr auf Prozessoptimierung aufgebaut, darauf, wie man schnell die notwendigen Prozesse durchlaufen könne. Umgekehrt kämen sehr viele hochalt-rige Menschen ins Krankenhaus, Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, Menschen mit Behinderungen, die dieser Getaktetheit jedoch nicht folgen könnten. Dann würden Dinge passieren, die der Gesundheit eher abträglich als zuträglich seien, auch das sei zu überdenken. Dies bedeute auch, zu reflektieren, was es für Prozesse und Strukturen hieße, wenn man wirklich personenorientiert handeln wolle. Dann müssten diese Prozesse eben angepasst werden. Ebenso müsse man weniger Vorbehalte und mehr Flexibilität zeigen. *Rappold* betont, dass die Diskussion in Österreich zu sehr von zu vielen Berufsvorbehalten geprägt sei: was wer in welchem Beruf machen dürfe. Hier brauche es eine breitere Diskussion, ohne jedoch die Qualität aus den Augen zu verlieren. Damit sei nicht gemeint, dass jemand ohne Ausbildung mehr tun solle, sondern es müsse natürlich mit einer entsprechenden Qualifikation verknüpft sein.

Der Bund alleine werde diese Veränderungen nicht bewerkstelligen können, auch nicht nur der Bund und die Länder. Man brauche die Gemeinden, die Städte, man brauche vor allem die Berufsgruppen dazu und die einzelnen Träger, auch diese müssten sich bewegen, auch hier seien Veränderungen notwendig, und es brauche vor allem die Menschen, denn Gesundheitsförderung könne nie ausschließlich von oben verordnet werden. Der Bund, die Länder, die Gemeinden könnten Rahmenbedingungen schaffen, dass die sozialen Determinanten von Gesundheit erfüllt werden könnten, dass Menschen nicht in Armut leben müssten, dass man sich gesundes Essen leisten können müsse. Aber tun – hier spiele vor allem die innere Motivation eine

große Rolle – müsse man vieles schon selbst. Aktiver zu bleiben und sich zu entscheiden, nicht den Lift zu nehmen, sondern die Treppe, das müsse man schon selber machen. Die Schaffung der Rahmenbedingungen sei die Aufgabe anderer. *Rappold* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

*Opriesnig* bedankt sich für den Vortrag von *Rappold*, er bietet aufgrund der fortgeschrittenen Zeit die Möglichkeit, zwei Fragen zu stellen.

**Margit Schäfer (Managementcenter Innsbruck):** Sie vermisse zwei Wörter, zum einen beim Vortrag von *Pallinger* das Wort „Mitarbeiterbindung“, man rede zwar viel über Mitarbeiterneugewinnung, vor allem in Bezug auf Junge und Personen aus dem Ausland, aber eben zu wenig über die Mitarbeiterbindung an den Pflegeberuf. Bei Frau *Rappold* könne sie sehr vieles mittragen, was gesagt wurde, aber das Thema „Frauen“ sei ihrer Ansicht nach zu kurz gekommen, man spreche so viel vom Ehrenamt und den pflegenden Angehörigen, aber es seien vor allem die Frauen, die hier die Hauptlast tragen würden.

**Rappold:** Gibt *Schäfer* recht, natürlich sei Pflege auch überwiegend ein Frauenthema, es sei auch ein bisschen der knappen Zeit geschuldet, dass man nicht alles vertiefen könne, sie verweist auf den Nachmittag, wo man sich in den Workshops mit diesen Themen auseinandersetzen werde.

**Christoph Gleirscher (Hilfswerk NÖ):** Er möchte gerne die Anmerkung machen, dass alle mit den Zielsetzungen übereinstimmen würden, aber man habe diametral unterschiedliche Ansätze, nämlich ökonomischer, aber auch juristischer Art. Man habe in der Pflegebranche sehr viele unterschiedliche Widerstände und Hindernisse, wie zum Beispiel die Verpflichtung zur Ausgabensenkung.



*Thomas Klie, Alter. Gesellschaft. Partizipation (AGP), Sozialforschung,  
Universität Freiburg/Berlin*

## **Auswirkungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Sicherung der Pflege in Deutschland**

*Opriesnig begrüßt sehr herzlich Prof. Dr. Thomas Klie von der Universität Freiburg/Berlin.*

*Klie studierte Evangelische Theologie, Soziologie und Rechtswissenschaften, war an der Evangelischen Hochschule Universität Freiburg Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaften und Privatdozent an der Alpe-Adria-Universität Klagenfurt.*

*Klie bedankt sich für die Einladung und die freundliche Begrüßung. Er sei zwar emittiert, aber man könne auch die nachberufliche Zeit durchaus produktiv nutzen, und zwar vor allem dazu, um an Themen „dranzubleiben“. In Österreich gebe es zwar keine Pflegeversicherung wie in Deutschland, daher habe er im Titel auch den „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ verwendet, aber es gebe doch einige Überschneidungen und im Grunde beneide er Österreich zum Teil um seine einfachen Lösungen. Die Pflegeversicherung sei sehr komplex, es gebe noch mehr Verhandlungspartner, nicht nur Bund und Länder, sondern auch noch an die 160 verschiedene Kranken- und Pflegekassen, die zum Teil zusammenarbeiten würden, aber in Deutschland sei die Pflegeversicherung eine Art „Resterampe“ für die gesetzliche Krankenversicherung.*

*Ebenso sei die aktuelle Austeritätspolitik, wie sie in Deutschland derzeit betrieben würde, vielleicht auch betrieben werden müsse, problematisch, die Pflegeversicherung habe man in Deutschland 20 Jahre diskutiert. Dies sei in Österreich schneller gegangen, auch die Regelung des Sachwalterrechts und das Pflegegeldgesetz.*

*Die Realisierung der Pflegeversicherung sei in einer Zeit einer konservativ-liberalen Regierung gekommen und hänge auch mit der deutschen Wiedervereinigung zusammen, diese habe das sozialpolitische Profil der Bundesregierung verändert und sei in gewisser Weise dem Wahlkampf 1994 geschuldet, man hätte sie sonst nicht bekommen. Ebenso habe man durch den Glauben an den Neoliberalismus – wie es ihn auch in Österreich gebe – eine schwierige Konzeption der Pflegeversicherung, die bis heute fortwirke. Dabei gebe es einige Aspekte der Pflege bzw. der Pflegepolitik:*



- **Pflegepolitik als Familien- und Gesellschaftspolitik**

Man gehe im Wesentlichen von der Pflegebereitschaft der Frauen, aber eben auch der Familien der Partnerschaften aus, und das empirisch durchaus zu Recht. 80 Prozent würden in Deutschland zu Hause von anderen Angehörigen, überwiegend von Frauen gepflegt. In Partnerschaften allerdings sei die Wahrscheinlichkeit, dass die Männer die Pflege übernehmen, genauso hoch wie dass Frauen dies tun. Zudem sei die moralische Orientierung in Deutschland stabil, dies würde durch Umfragen und Untersuchungen bestätigt. Es gebe auch kaum Kohortenunterschiede in der Bereitschaft, Pflegeaufgaben zu übernehmen. Menschen könnten am ehesten für soziale Berufe motiviert werden, indem man ihnen frühzeitig soziale Verantwortung übertrage oder sie Erfahrungen der sozialen Verantwortungsübernahme machen lasse. Man könne feststellen, dass diejenigen, die Pflegeerfahrungen hätten, eher bereit seien, einen sozialen Beruf zu ergreifen, im Vergleich zu denjenigen, die keine Erfahrungen in diesem Bereich gemacht hätten. Das sei ein interessantes Phänomen. Aber so, wie man über Pflege reden würde, sei das zunächst einmal schwierig, wenn man nicht eine persönliche positive Einstellung habe und das Sinnstiftende sowie auch das Beziehungsreiche darin erkennen würde.

Wenn man es aber mit biografischen Erfahrungen, mit Rollenbildern in der Gemeinde übereinbringen könne, sei das etwas Interessantes und Gutes und ein ganz wichtiger Faktor für den Beruf in der Pflege. Dieser sei ein Beruf mit einem ganz kleinen regionalen Arbeitsmarkt, der Aktionsradius betrage in Deutschland ca. 20 Kilometer. Das hieße, man müsse gewährleisten, eine attraktive Ausbildung zu vermitteln und die Erfahrungen auch in Familien und auch im Ehrenamt zu würdigen, jedoch nicht, um das Ehrenamt stabil zu halten, sondern um zu sagen, der Pflegeberuf sei eine wichtige und interessante Aufgabe, von der sich auch beruflich leben lasse. Das sei das beste Marketing. Als Beispiele führt *Klie* die Caring Communities und die Caring Society an, dies sei nicht nur Sozialromantik, sondern habe sehr viel damit zu tun, dass man in die kulturelle DNA der Gesellschaft auch stützend eingreifen müsse, um den Aspekt der Pflegepolitik als Familien- und Gesellschaftspolitik zu stärken und auch zu modernisieren. Dies bedeute gleichzeitig, den Bereich aus dem familiären Revisionismus der AfD und ähnlicher Parteien herauszubringen, die fordern, dass Frauen wieder an den Herd müssten. Es gehe auch nicht darum, den Familien das Gleiche zu geben wie den Pflegediensten oder zu fordern, die Deutschen müssten einfach wieder mehr Kinder kriegen, und auf weniger Zuwanderung zu setzen.

Care-Arbeit in Partnerschaften und Familie, in Freundschaften und Nachbarschaften sei auch statistisch erhoben. In Deutschland beispielsweise seien 24

Prozent der Nachbarn alltäglich in der Unterstützung für andere Nachbarn unterwegs. Darum müsse man Nachbarschaften pflegen, weil diese kaum ersetzt werden könnten. Im Übrigen sei es auch nicht üblich, über die eigene Pflegebedürftigkeit in der Zukunft nachzudenken. Dies mache lediglich ein Drittel der Deutschen, das Thema werde weitgehend verdrängt. Die beliebteste Sorgemaßnahme in Deutschland sei die Patientenverfügung, diese impliziere eher, Schluss zu machen, wenn die Diagnose da sei. In Deutschland gebe es oft keine Möglichkeit der Unterbringung, *Klie* nennt als Beispiel einen hohen Beamten, der für seinen Vater keine Art der Unterbringung gefunden habe, weder Heim noch Kurzzeitpflege, er musste auf die in Deutschland illegale Variante der Live-ins zurückgreifen. Auch in Österreich sei dies eigentlich nur aufgrund einer besonderen Art der Rechtsauslegung möglich, europarechtlich handle es sich hier eigentlich um ein No-Go.

Man könne die „Sorgefragen“ der Gesellschaft nicht zur Dienstleistung machen, auch keinem Markt überlassen, sondern das bleibe im Kern immer noch eine ganz persönliche und auch anthropologisch und gesellschaftlich im Nahbereich verortete Aufgabe. Sonst würde man die Zugehörigkeit von Menschen mit Pflegebedarf zur Gesellschaft und zum Leben negieren. Auch Vulnerabilität, also Verletzlichkeit, gehöre zum Leben. Ansonsten würde man gewissermaßen das, was den Menschen eigentlich ausmache, negieren.

- **Pflegepolitik und Pflegewirtschaft**

Auf der anderen Seite habe mit der Pflegeversicherung die Pflegewirtschaft in Deutschland begonnen. In Deutschland würde viel stärker auf den Markt gesetzt als in Österreich, man habe den sogenannten Kontrahierungszwang der Pflegekassen, dies bedeute, dass ein Vertrag mit jedem abgeschlossen werden müsse, der qualitätsgesicherte Dienstleistung anbietet. Insofern handle es sich dabei um einen investorengesteuerten Anbietermarkt, den man schwer steuern könne. Es sei denn, die Kommunen machten selbst etwas oder die Wohlfahrtsverbände seien überzeugt, dass sie in dem Bereich jetzt wirklich etwas Bedarfsorientiertes anbieten würden. Hier sei man in Österreich sehr viel besser. *Klie* habe auch mit Interesse die Entscheidung des österreichischen Verfassungsgerichtshofs gelesen, der sich mit der burgenländischen Regelung auseinandersetzen musste, ob man die Trennung zwischen gewerblich und gemeinnützig so scharf ziehen müsse. Darüber könne man streiten. Es gehe nur nicht, dass man in diesem Bereich tätig werde mit Renditeerwartungen, die letztlich ganz andere Interessen bedienen und damit den Druck in den Institutionen noch erhöhen würden.

In Deutschland seien die drei größten Träger von Pflegeeinrichtungen große Fonds, die international tätig seien und ihren Anlegern 16 Prozent Rendite versprechen würden. Dies sei allerdings ein No-Go, man könne das mit Versicherungsgeldern und staatlichen Geldern einfach nicht machen. Man habe die Pflege als Dienstleistung verstanden und in diesem Sinn weiterentwickelt. *Klie* halte auch nichts vom „Kunden“-Begriff in der Pflege, das sei falsch. Man habe einen Wettbewerb geschaffen, der vielleicht auch viel Geld gespart habe, weil Investoren in die Bresche gesprungen seien. Qualitätssicherung sei überdies ein Begriff, der aus der Industrie und dem Militär stamme. Für ihn stimme dieser eigentlich nicht für die Gesundheitsfachberufe, da dies eine ganz andere Logik impliziere.

Pflege sei ein Wirtschafts- und Anlagesektor geworden, man baue viel oder habe das zumindest getan, was sehr teuer geworden sei. Man stehe demnach zwei verschiedenen, sehr unterschiedlichen Logiken gegenüber, die die Pflegeversicherung in Deutschland bestimmen würden, denn Markt und Familie, das passe eigentlich nicht zusammen und erschwere auch die Einordnung der Pflegebedürftigkeit.

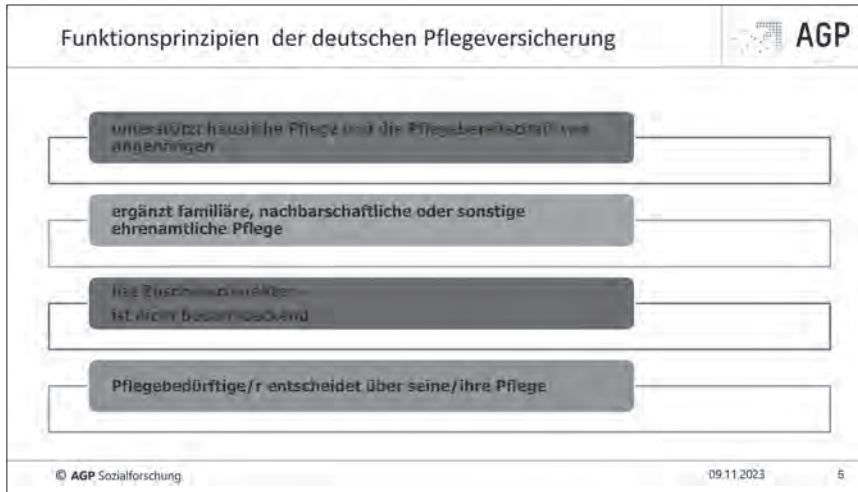
- **Die deutsche Pflegeversicherung als „Zeitzeugnis“**

Das derzeitige System weise keine Konzeption auf, die aus der Profession und der Logik der professionellen Pflege heraus entwickelt worden sei. Die deutsche Pflegeversicherung sei auch wie die Pflegegeldregelung in Österreich ein „Zeitzeugnis“ zwischen Würdeversprechen, Familialismus, Gendernormativ, Dienstleistungsgesellschaft, Glaube an Markt und Wachstum, Bürokratie und Korporatismus. Wenn ausschließlich nach dem Wettbewerbs-Prinzip agiert würde, müsse man darauf achten, dass wenigstens die Qualität eingehalten würde. Es gebe überdies den Leitgedanken, dass sich hinter moralischen Motiven auch ökonomische Beweggründe verbergen würden.

- **24 Reformgesetze der Pflegeversicherung in 25 Jahren**

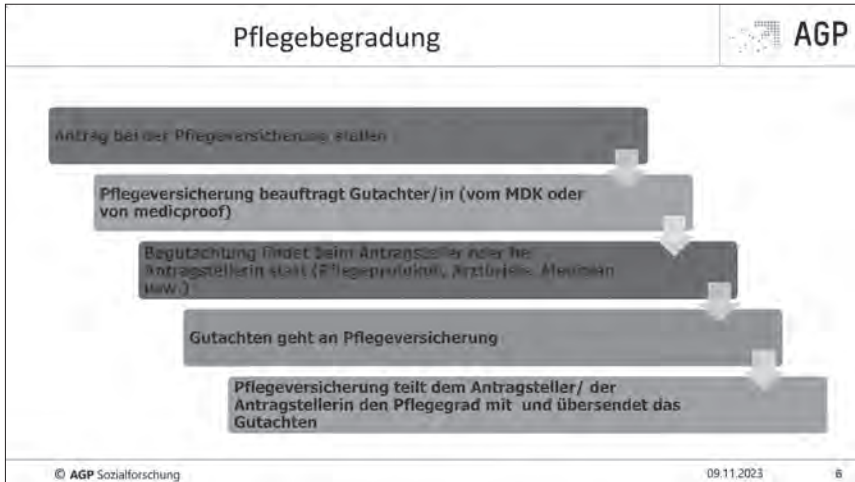
In Deutschland sei die Pflegeversicherung bis zum Ende der Legislaturperiode finanziert, danach nicht mehr, d. h. bis in zwei Jahren.

- Die Funktionsprinzipien der deutschen Pflegeversicherung charakterisiert Klie folgendermaßen:



Klie, Folie 5

- **Einstufung der „Pflegegrade“ für die Pflegeversicherung:** Hier seien – anders als in Österreich – überwiegend Pflegefachkräfte und nicht Ärzt\*innen tätig, die einzelnen Schritte sähen folgendermaßen aus:



Klie, Folie 6

*Klie* betont, er sei ursprünglich gegen die Pflegeversicherung und den Pflegebedürftigkeitsbegriff gewesen, er hätte es vorgezogen, das Tätigkeitsfeld von Pflegefachkräften zu beschreiben und nicht ein Konstrukt von Pflegebedürftigkeit zu schaffen. Aber man habe nun einmal diesen Begriff der Pflegebedürftigkeit, in dem die verschiedenen Dimensionen der Selbstständigkeit eines Menschen abgebildet würden, von der Selbstversorgung über die kognitiven Fähigkeiten, die Mobilität, die Gestaltung des Alltagslebens bis zum Umgang mit krankheitsspezifischen Anforderungen. So würden die Menschen gescreent, und je weniger ein Mensch könne, umso mehr Geld bekomme er. Man habe das aber mittlerweile ein bisschen umgedreht und würde die Selbstständigkeit, wo sie eingeschränkt sei, unterstützen, dies sei ein anderer, nicht mehr defizitorientierter Ansatz.

Nur im Leistungsrecht sei das nicht umgesetzt. Hier gebe es sehr viele Leistungen (vgl. Folie 8):



Klie, Folie 8

Es sei eine große Studie in Deutschland durchgeführt worden, an der sich 54.000 Leute beteiligt hätten, u.a. vom Verband der Kriegsofopfer, wo sich zeige, dass ca. 60–70% nicht wüssten, was die Pflegeversicherung biete. Man habe auch bestimmte Leistungen neu eingeführt, jedoch bestehe auch hier die Gefahr, dass das Recht die Funktion einer symbolischen Zusicherung bekomme und sich damit begnüge, jedoch die Leistungen in 80 % der Regionen in Deutschland nicht verfügbar seien und man diesen Rechtsanspruch daher nicht einlösen könne.

Man habe in Deutschland seit 2020 das Pflegeberufe-Gesetz, auch da sei Österreich voraus gewesen. Nun habe man in Deutschland eine generalistische Ausbildung, aber man habe auch große Bildungsprobleme in der Pflege, ebenso seien unter den Pflegekräften ein großer Teil an AfD-Wähler\*innen, da gäbe es auch keine Emanzipationsbewegung in dieser Gruppe, und da man keine Homogenität in der Pflege habe, könne sie politisch auch nicht wirken.

Man habe das Thema der Vorbehaltsaufgaben für Pflegekräfte aufgegriffen, orientiert an internationalen Modellen. Dabei handle es sich um Steuerung des Pflegeprozesses nach der WHO bzw. der Pflegeplanung. Eigentlich sollte man davon ausgehen, dass jeder auf Pflege angewiesene Mensch von der Kindheit bis zum hohen Alter einen Anspruch auf pflegefachliche Begleitung ebenso wie auf hausärztliche Begleitung haben müsse. In diesen Thinktank habe man Pflegewissenschaftler\*innen und Jurist\*innen, Praktiker\*innen und auch eben Forscher\*innen eingebunden. Die Fragen seien: Was seien die Ziele der Pflege, was die Strategien der Gesundheitsarbeit, was mache die Professionalität der Pflege aus? Was seien die pflegerischen Bedarfe von Menschen in den unterschiedlichen Zielgruppen?

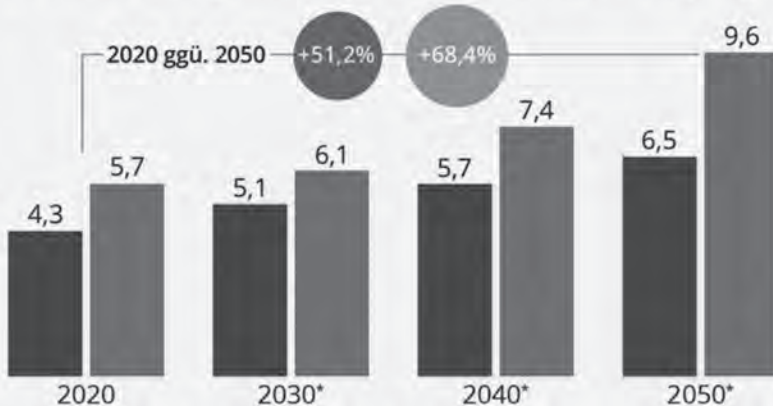
Diese Kriterien für die Pflegebedürftigkeit seien universell gültig, in der Intensivpflege genauso wie in der Langzeitpflege. Und das sei eine Errungenschaft, da es Kriterien gebe, die auch bestimmen würden, was die Dimension von guter Pflege ausmache. Das gebe es in Österreich nicht. Es sei auch eine Kernaufgabe der Pflege, Selbstverwaltung und Weiterbildung zu regeln.

Man müsse festlegen, dass die Pflegenden selbst in ihren Organisationen und internationalen Verbänden das bestimmen würden, was sie qualifikatorisch auszeichne. Es stelle sich auch die Frage, wozu der Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Versorgungssituation geführt habe. Es gebe den Begriff der „Pflegerrepublik Deutschland“, man könne für die Zukunft einen deutlich höheren Anteil von Pflegebedürftigen erkennen. Womit man nicht gerechnet habe, sei, dass man bereits 2023 fünf Millionen Pflegebedürftige in Deutschland habe, damit habe man erst für 2030 gerechnet, für 2050 würden dann schon 6,5 Millionen prognostiziert (vgl. Folie 11):

# Pflegerepublik Deutschland

Anzahl der Pflegebedürftigen und über 80-jährigen in Deutschland (in Mio.)

■ Anzahl der Pflegebedürftigen\*\* ■ Anzahl der über 80-jährigen



\* Prognose

\*\* ohne Private Pflegeversicherung; Annahme einer dauerhaft konstanten, altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit



statista

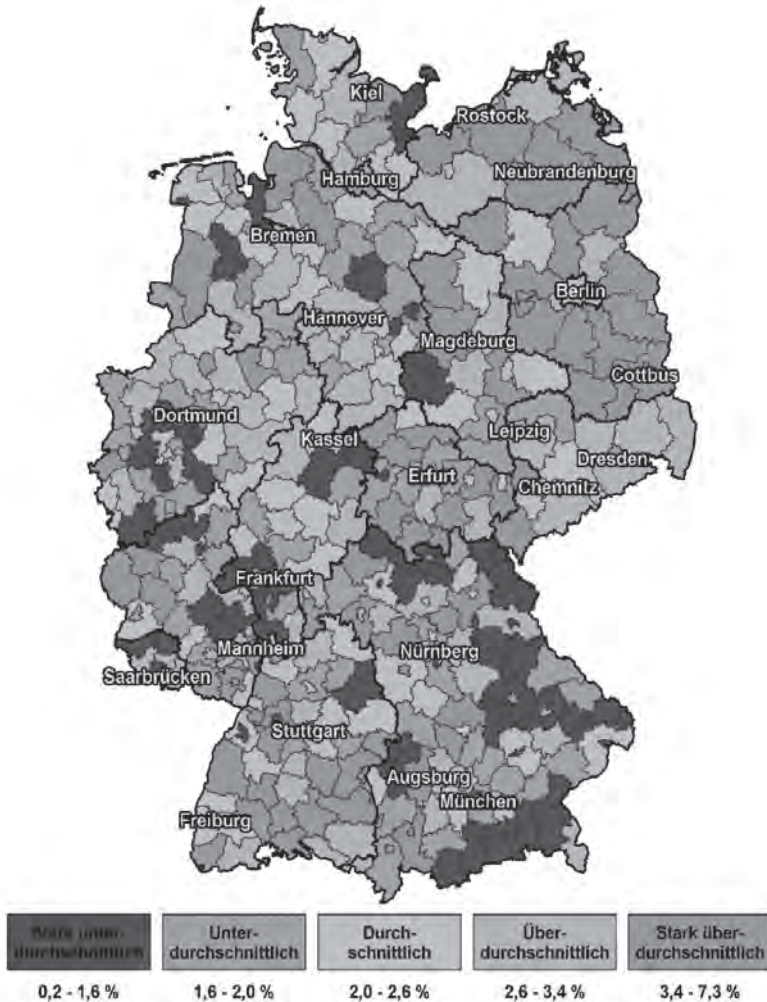
Klie, Folie 11

Gleichzeitig habe man ein deutlich sinkendes Erwerbspotenzial. Interessanterweise verzeichne man die größten Problematiken sowohl in der Versorgung als auch bezüglich der Zustimmung zur Demokratie in jenen Regionen, wo man die geringste Zuwanderungsrate in Deutschland habe. Was die moralische Pflicht betreffe, die Pflege der Eltern zu übernehmen, sei diese in Deutschland eben mit 50 Prozent relativ stabil stark ausgeprägt und werde auch gelebt. Gleichzeitig gebe es aber einen hohen Prozentsatz an Ein-Personen-Haushalten bei über 65-Jährigen, dieser schwanke allerdings auch je nach Region, dies bedeute eine sehr unterschiedliche Versorgungssituation.



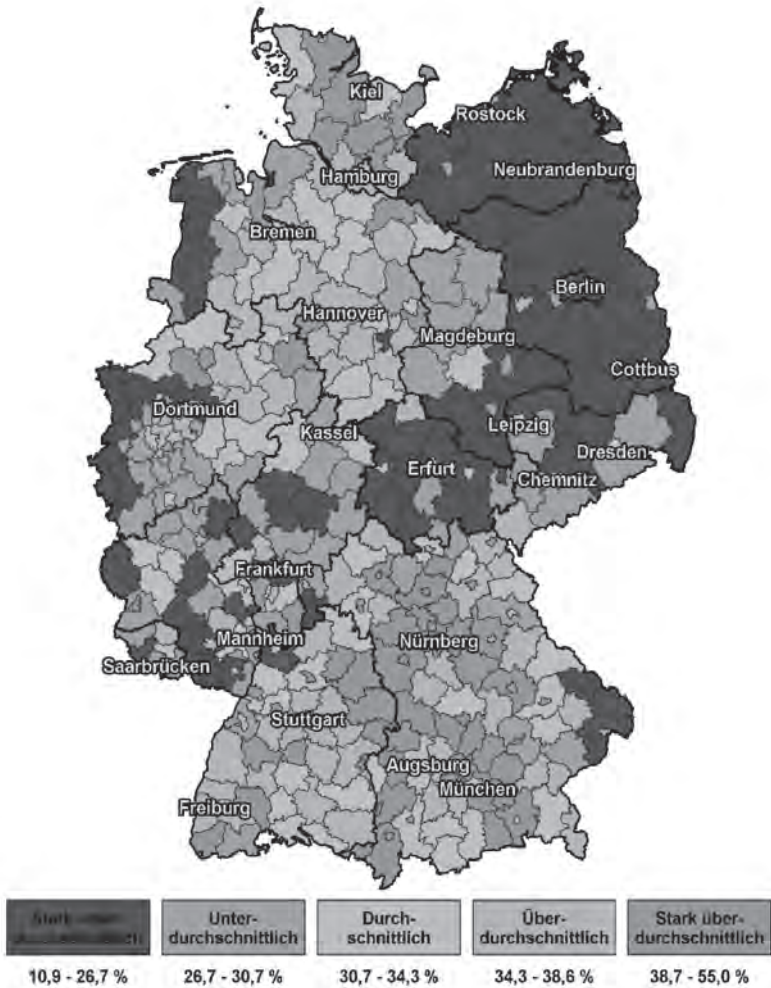
Problematisch werde es, wenn man unterversorgt sei, der Sicherstellungsauftrag sei nur in der Krankenversicherung gewährleistet, die Unterversorgung im Pflegebereich gehe auf Kosten der Betroffenen und der Familien. Und wie unterschiedlich die Pflegeversorgung in Deutschland sei, zeige diese Landkarte (vgl. Folie 16).

Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit **teilstationärer Pflege** auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte:



vgl. Klie, Folie 16

Regionale Verteilung des prozentualen Anteils  
 Pflegebedürftiger mit vollstationärer Pflege:



vgl. Klie, Folie 16

Diese Situation sei – so *Klie* – eine Verpflichtung, besser zu planen. Es könne nicht sein, dass die Versorgung im Pflegebereich so unterschiedlich bleibe, nicht zuletzt reduziere sich dadurch auch das Vertrauen in die Politik, bereits jetzt attestierten die

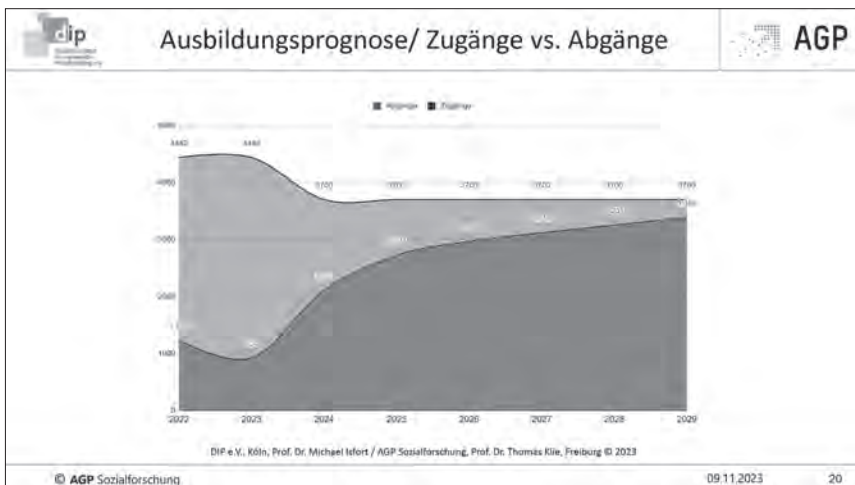
Bürgerinnen und Bürger der deutschen Politik trotz 25 Änderungsgesetzen Politikversagen.

Hinsichtlich der **Herausforderungen für die pflegerische Versorgung** ließen sich folgende Aspekte nennen:

- Steigende Zahl auf Pflege angewiesener Menschen
- Abnahme der Haushaltsgrößen
- Zahlen der Schulabgänger\*innen gehen zurück
- Pflegeberufe werden zu Mangelberufen
- Von Ambivalenzen geprägtes Thema
- Kein politischer Handlungswille erkennbar
- Gut organisierte Interessen verhindern Strukturreform
- Fokus auf stationärer Versorgung

Insbesondere der Fokus auf stationärer Pflege sei problematisch, da dort die größten finanziellen Ressourcen und das meiste Personal erforderlich seien, zusätzlich verzeichne man einen ungesteuerten Anbieterwettbewerb.

*Klie* arbeite mit einem Kollegen, Herrn *Isfort* vom Deutschen Institut für angewandte Pflegewissenschaften, in einer ganzen Reihe von Bundesländern an einem Monitoring für den Pflegepersonalbedarf (vgl. Folie 20):



Klie, Folie 20

Problematisch sei allerdings die Datenlage, man könne – anders als bei Ärzt\*innen – nicht auf Anhieb sagen, wo man welche Pflegekräfte zur Verfügung habe.

Bei den regionalen Analysen zeige sich, dass beispielsweise bereits 2023 – zu einem Zeitpunkt, zu dem manche demografischen Entwicklungen noch gar nicht so relevant seien – ein Viertel der Pflegeheimbetten in Baden-Württemberg leer stünden, da nicht genug Personal vorhanden sei. Die Zahl der Abgänge im Pflegebereich sei aber weiterhin im Steigen begriffen, dies sei eine dramatische Entwicklung. Auf Deutschland hochgerechnet werde man zukünftig jedes Jahr 8000 Pflegekräfte weniger haben, bei gleichzeitig steigendem Bedarf. Ebenso werde es finanzielle Probleme geben, man verzeichne bereits jetzt einen Fehlbedarf in der Pflegeversicherung trotz Beitragsanhebungen. Man diskutiere auch über diverse unterschiedliche Reformen und Entwürfe wie das Modell „Pflege und Teilhabe“.

Man habe jedenfalls eine **effektive Governance** vor Augen, die man gestalten müsse, von der **Fallsteuerung über Case- und Care-Management bis hin zur Infrastrukturentwicklung und Planung**. Auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff werde *Klie* in der Arbeitsgruppe näher eingehen.

Man könne aus dem Pflegebedürftigkeitsbegriff die Risikofaktoren für häusliche Pflegearrangements herauslesen, wo Gewalt herrsche oder wo Pflegefehler passieren würden. Insofern sei der Pflegebedürftigkeitsbegriff von Deutschland sehr interessant, im Grunde stünde aber das, was man in Deutschland wolle, auch in Österreich auf der Agenda. *Klie* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

*Opriesnig* dankt *Klie* für seine Ausführungen.



*Simon Krutter, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg*

## **Gute Betreuung und Pflege: Was wollen die Betroffenen und Angehörigen?**

MMag. Simon Krutter, Ph.D., dipl. GKP. Krutter hat an der Uni Wien und in Salzburg studiert und seine Doktorarbeit zum Thema „Angehörigenpflege und Demenz“ verfasst.

Krutter bedankt sich für die Einladung, er möchte sein Thema nicht nur auf einer theoretischen Ebene präsentieren, sondern er freue sich, auch die empirischen Ergebnisse aus seinem Forschungsprojekt darstellen zu dürfen. Er möchte dabei auf mehrere Punkte eingehen.

### **Zukunft der Betreuung und Pflege: Partizipation**

Bereits seitens seiner Vorredner\*innen sei auf die Zukunft der Pflege eingegangen worden, er möchte den Fokus vor allem auf Partizipation und Empowerment der Patient\*innen legen. So könnten diese in der Versorgung mitgestalten, sich einbringen und daran teilhaben, eine Voraussetzung dafür sei jedoch, ausreichend Gesundheitsinformationen zu bekommen, um mit den Professionellen im Rahmen von **shared decision-making** Entscheidungen zu treffen.

Krutter habe bereits 2011 mit Professor Reinhold Popp am Zentrum für Zukunftsstudien die Wichtigkeit der Partizipation und der aktiven Rolle der Patient\*innen im Sinne von „Pflege-Prosument\*innen“ erforscht und belegt. Das vorherrschende Paradigma am Zentrum für Zukunftsstudien sei, dass es derlei mehrere gebe, jene der Mobilität, der Pflege usw., und dass Zukunft immer auch als eine wünschenswerte – bzw. wie auch von *Robert Jungk* formuliert als eine „(mit)gestaltbare“ – interpretiert würde.

### **Was wollen die Betroffenen und Angehörigen?**

Es sei interessant, dass es – historisch betrachtet – nicht selbstverständlich sei, danach zu fragen, was denn die betroffenen Angehörigen und was die Patient\*innen wollen würden. Ende der 1970er und Anfang der 1980er habe es die ersten pflegewissenschaftlichen Studien zu den Erfahrungen von Patient\*innen im Krankenhaus gegeben, hier sei man erstaunt gewesen, dass man die Patient\*innen einfach nicht gefragt habe, was sie denn wollten. Mittlerweile sei es so, dass es für den häuslichen Bereich in der Langzeitpflege sehr gutes und sehr gesichertes Wissen darüber gebe, was denn hier gewünscht werde. Es sei vor allem der Wunsch der Pflegebetroffenen wie auch der Angehörigen, die Pflege so lange wie möglich daheim fortzuführen.

Es zeige sich aus der Perspektive der Kund\*innen, Klient\*innen, Bewohner\*innen oder eben zu Pflegenden, dass formelle Hilfen in der Häuslichkeit als solche eher unerwünscht seien, aber aufgrund des anwachsenden Pflegebedarfs im Verlauf der Angehörigenpflege für die Aufrechterhaltung diese Hilfen eben in Anspruch genommen würden. *Jansen* habe in seinem Beitrag „Lebensweltorientierung und Häuslichkeit“ (1997) in den 1990er-Jahren Besucher-Typologien erstellt, wonach es Besucher-Kategorien gäbe, die nicht erwünscht seien, aber zugelassen würden, dies seien eben diejenigen, die formelle Hilfe leisteten. Erst über die Kontinuität baue sich eine Pflegebeziehung auf und diese Hilfen würde dann sekundär als „erwünscht“ beschrieben. 35% aller pflegenden Angehörigen würden in der Häuslichkeit ohne formelle Unterstützung auskommen, gewollt oder ungewollt.

Gute Pflege gehe mit einer hohen Pflegequalität einher, diese hohe Pflegequalität sei vor allem daran zu messen, dass Pflegerisiken hintangestellt würden. Dafür gäbe es mittlerweile auch Expert\*innen-Standards wie z. B. die Vermeidung von Schmerzen, Stürzen oder von Dekubitus. Bei den Pflegebetroffenen und deren Angehörigen gebe es auch Wünsche, die nicht zwingend nur mit einer hohen Pflegequalität einhergingen, darüber gebe das theoretische **Modell des „Six Senses Framework“** Auskunft, wonach gute Pflege immer auch „ein gutes Leben“ bedeute, trotz beeinträchtigter Gesundheit und trotz beeinträchtigter Selbstständigkeit. Dies impliziere folgende Überzeugungen bzw. Gefühle, unabhängig von der Form der Betreuung, ob daheim oder stationär (vgl. auch Folie 9):

- Sicherheit
- Kontinuität
- Zugehörigkeit
- Zielgerichtetheit
- Etwas erreichen zu können
- Bedeutsamkeit

Um das Modell plastischer zu machen, habe Krutter ein Beispiel aus der Langzeitpflege mitgebracht, nämlich den Demenzgarten eines Salzburger Seniorenheims, der diese Kriterien des Six-Senses-Frameworks widerspiegle (vgl. Folie 9). Der Garten repräsentiere Sicherheit (durch die Abgrenzung), Kontinuität (Gartenarbeit als etwas, das die Patient\*innen eventuell von früher kennen würden, man könne Rituale pflegen), Zugehörigkeit (man könne dort Gemeinschaft pflegen), Zielgerichtetheit/etwas erreichen zu können (Betreuung der Pflanzen bis zur Ernte) und Bedeutsamkeit (Verwertung der Produkte, Gestaltung des Gartens).

## Gute Pflege und Betreuung als Pflegebeziehungen

„Gute Pflege“ als gutes Leben trotz beeinträchtigter Gesundheit und Selbständigkeit: **Six Senses-Framework**  
(Notan et al. 2001, S. 26)

Faktoren die ein Gefühl der Zugehörigkeit erzeugen können:

- Zugewiesene Betreuungspersonen die Pflege koordinieren
- Betreuer\*innen stellen sich mit ihrem gewünschten Namen vor
- Beziehungen zu anderen Bewohner\*innen
- Angehörige werden bestärkt sich in die Pflege einzubringen
- Behandlung wie Mitglied einer Familie
- Kaffee und Getränke auch für Besucher\*innen
- ...



PMU

Krutter, Folie 9

Das Six-Senses-Modell beziehe sich auch auf die Angehörigen, auch diese sollten mitbetrachtet werden, ebenso wie die professionellen Unterstützer\*innen. Es sei ein Modell, das zeige, dass die Interventionen nicht nur hohe Pflegequalität aufwiesen, sondern auch zu einem guten Leben trotz eingeschränkter Selbstständigkeit beitragen könnten.

### Herausforderungen eines partizipativen Ansatzes in der Beforschung und Gestaltung der Versorgung

Die Schwierigkeit der wissenschaftlichen Beforschung von Pflege liege maßgeblich darin, dass man es mit Personen zu tun habe, die in ihrer Kognition eingeschränkt seien, die Schmerzen hätten oder unter dem Einfluss von medikamentösen Maßnahmen in ihrer Auskunftsfähigkeit eingeschränkt seien. So sei es auch schwierig, zu eruieren, was von den Betroffenen gewünscht werde. **Boggatz und Lechner (2015)** hätten festgestellt, dass die in der Häuslichkeit lebenden alten Menschen häufig eine ungenaue Vorstellung vom betreuten Wohnen hätten.

Ebenso hätten Angehörige oft keine ausreichenden zeitlichen Ressourcen, um an Forschungsprogrammen teilzunehmen. Auch die Bedürfnisse der zu Pflegenden seien im Verlauf der Betreuung nicht immer dieselben und Änderungen unterworfen. Um in Erfahrung zu bringen, welche Versorgung Betroffene und Angehörige wünschen würden, müsse man **forschungsbasierte und partizipative Ansätze** berücksichtigen.



## Versorgungsforschung und Service Use

Die **Versorgungsforschung** arbeite aus der Perspektive der Patient\*innen. Sie setze an der Interdisziplinarität an und daran, wie Leistungen von den Betroffenen unter Alltagsbedingungen erlebt und eingeschätzt würden. Als Beispiel nennt *Krutter* eine Dekubitus-Matte, die zwar signifikante Ergebnisse unter Laborbedingungen gezeigt habe, sich jedoch unter Alltagsbedingungen als wenig nützlich erwiesen habe, da aufgrund der häufig auftretenden Inkontinenz von Patient\*innen diese Matte sehr häufig gewechselt werden müsse. Daher würde die Versorgungsforschung Interventionen primär unter Alltagsbedingungen evaluieren und weiterentwickeln.

Weiters gebe es den Bereich des **Service Use**. Hier gehe es um die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und die Qualität von Leistungen, man interessiere sich aber auch dafür, warum bestimmte Angebote **nicht** genutzt würden. Dies sei der so genannte **Non-Use**, ein Phänomen, das man ganz besonders vermeiden sollte. Für diese Nichtinanspruchnahme gäbe es zahlreiche Gründe.

Das **Andersen-Modell** helfe, diesen hyperkomplexen Sachverhalt der Nichtinanspruchnahme auf vier relevante Faktoren herunterzubrechen:

- **Bekanntheit** (Angebote müssten ausreichend bekannt sein)
- **Zugänglichkeit** (wenn Angebote zu teuer oder zu weit entfernt seien, würden sie nicht genutzt)
- **Bedarf** (müsse erkannt werden)
- **Nützlichkeit** (wenn sich das Angebot im Gebrauch nicht als nützlich erweise, werde es ebenfalls nicht angenommen)

**Ergebnisse aus der Forschungspraxis mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, Basisinformationen** (vgl. Folie 16):

## Studie zur Situation der pflegenden Angehörigen von MmD

**Titel: Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in Salzburg (PAIS):**

- **Projektlaufzeit:** 2016 - 2018
- **Projekt Träger:** Institut für Pflegewissenschaft und -praxis und Institut für Allgemein-Familien- und Präventivmedizin der PMU
- **Teilfragestellung:** Welche Angebote sind den PA bekannt, welche werden genutzt und wie bedarfsgerecht sind die Angebote? Wie kann die Inanspruchnahme der Angebote verbessert werden?
- **Design:** Querschnittstudie, quantitative Fragebogenbefragung und nachfolgende vertiefende qualitative Einzelinterviews
- **Teilstichprobe:** pflegende Angehörige, die einen MmD im ländlichen Raum im Bundesland Salzburg betreuen
- **Auswertung:** Auswertung der 113 Fragebögen mittels statistischer Verfahren; qualitative inhaltsanalytische Auswertung von 8 und vertiefende hermeneutische Auswertung von 21 weiteren Interviews mit pflegenden Angehörigen von MmD
- **Ethik:** Positives Votum der Ethikkommission Salzburg (27.07.2016; E-Nr.: 2055)



PMU

Krutter, Folie 16

2016 bis 2018 sei das Projekt im ländlichen Raum Salzburgs durchgeführt worden mittels einer **Fragebogenbefragung von 113 pflegenden Angehörigen** zu deren Situation. Man habe untersucht, welche Angebote zur Versorgung von Menschen mit Demenz im ländlichen Raum Salzburgs vorhanden seien, wie sehr sie bekannt seien und genutzt würden und wie zufrieden die Betroffenen mit diesen Angeboten seien.

Knapp 60% hätten angegeben, dass ein Angebot nicht in Anspruch genommen werde, weil es – gemäß dem Andersen-Modell – sich für die Menschen mit Demenz nicht als nützlich erweisen würde. 30% hätten die Bekanntheit von Angeboten ins Treffen geführt, finanzielle Ursachen seien von 45% der Befragten angegeben worden, 31% hätten organisatorische Gründe für die Nichtinanspruchnahme genannt. Für 21% sei die schlechte Erreichbarkeit ein Grund, das Angebot nicht zu nützen, dieser Prozentsatz sei von den Forschenden im Vorfeld höher eingeschätzt worden.

Die Ergebnisse der **qualitativen Befragungen** zeigten, warum Angebote nicht in Anspruch genommen würden. Hier zeige sich, dass pflegende Angehörige zunächst oft nicht wüssten, wo sie sich Unterstützung holen könnten, und proaktiv diese Angebote suchen müssten. Was die mobile Pflege betreffe, sei ein Grund für die Nichtinanspruchnahme, dass man keine fremde Person im Haus haben möchte. Oft werde auch angegeben, dass die mobilen Dienste sehr stark mit Hauskrankenpflege und medizinischer Versorgung gleichgesetzt würden.

Bezüglich des **Demenzcafés** werde oft als Argument angeführt, dass es bei dem Betroffenen schon zu spät bzw. die Demenz zu weit fortgeschritten sei, um dieses Angebot anzunehmen. Interessant sei, dass sich die Inanspruchnahme auch über den Verlauf ändern könne, da es passiere, dass sich im Fortschreiten der Demenz die Ereignisse zuspitzen könnten und weitere Versorgungsangebote hinzugezogen werden müssten, da bei der Angehörigenpflege die Gefahr bestünde, dass Grenzen überschritten würden, wie z. B. durch Gewalt oder Vernachlässigung. Hier wandle sich auch der Blick auf das Seniorenheim, das dann als potenzieller Ort der Versorgung wahrgenommen würde, d. h., dass sich im Verlauf der Erkrankung auch die Beurteilung der Nützlichkeit verändere. *Krutter* habe zeigen wollen, dass mithilfe von Service Use mithilfe des Andersen-Modells differenzierter darüber nachgedacht und dann auch geforscht werden könne, warum Angebote nicht in Anspruch genommen würden, und dass besonders der Faktor der Nützlichkeit relevant sei.

Im Hinblick auf die **Angebotsgestaltung und die gute Pflege** müssten zunächst die Informationsdefizite behoben werden, damit das Angebot entsprechend bekannt sei. Bei dieser Informationsgabe solle vonseiten der Professionellen der Bedarf nicht nur kommuniziert, sondern auch geweckt werden. Weiters sei es wichtig, Angebote zu schaffen, die in der Lebenswelt der Betroffenen verankert seien, den pflegenden Angehörigen und den Menschen mit Demenz sinnvoll erscheinen. Es sei essenziell, Transportbarrieren zu beheben durch die Schaffung wohnortnaher Angebote. Ebenso sei es notwendig, durch Gesundheitskommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sowie andere vertrauensbildende Maßnahmen die Suche nach der Angebotsgestaltung zu erleichtern. Mithilfe des Six-Senses-Frameworks habe *Krutter* darstellen wollen, dass gute Pflege nie nur hohe Pflegequalität bedeute, sondern immer auch ein gutes Leben trotz eingeschränkter Gesundheit und Selbstständigkeit möglich sei.

Aus der **Perspektive der Forschung könnten letztendlich die Angebote auch weiterentwickelt werden**. *Krutter* erinnert noch einmal an *Robert Jungk*, der Zukunft immer auch als eine gestaltbare und wünschenswerte beschrieben habe. Abschließend möchte er – wie dies auch in den Beiträgen zuvor zur Sprache kam – auf die Bedeutung der Primärversorgung, des Community Nursing und der Caring Communities als Formen einer wünschenswerten Zukunft hinweisen. *Krutter* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

## Podiumsgespräch: Ideen zur Umsetzung für die Zukunft

### Podiumsgäste:

- *Manfred Pallinger, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*
- *Andreas Eichhorn, Land Salzburg, Abteilung Soziales*
- *Anna Parr, Caritas Österreich*
- *Birgit Meinrad-Schiebel, Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger*
- *Stefan Tautz, Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt*
- *Ulrike Famira-Mühlberger, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung*
- *Elisabeth Rappold, Gesundheit Österreich GmbH*

### Moderation: Michael Opriesnig

*Opriesnig* stellt die Podiumsgäste kurz vor und richtet die erste Frage an *Eichhorn*, nämlich hinsichtlich der Versorgung mit pflegerischen Dienstleistungen, die in erster Linie Aufgabe der Länder sei. Der Bund habe in den letzten Monaten einige Maßnahmen gesetzt, auch in Salzburg gebe es dazu schon einen längeren Prozess, nun sei interessant, was die bisherigen Ergebnisse gewesen seien und in welche Richtung die diesbezüglichen Diskussionen für die Zukunft gehen würden.

*Eichhorn* bedankt sich für die Einladung und möchte einige Daten für Salzburg nennen: Bis 2042 werde sich in Salzburg die Altersgruppe **der 65- bis 82-Jährigen** auf 122.000 belaufen, dies entspreche einem **Plus von 30 %**. In der Gruppe der **über 85-Jährigen** wären 30.000 Salzburger\*innen, dies entspreche einem **Plus von 120 %**. Aufgrund dieser Daten würde man sich mit Entwicklungsplänen beschäftigen, 2017 sei beispielsweise der Bettenbedarf für 2025 erstellt worden, hier habe man einen Bedarf von 5.600 Pflegebetten für das Bundesland Salzburg veranschlagt. Tatsächlich habe man 5.150 Betten, allerdings könnten aufgrund des Personalmanagements nur ca. 4.500 Betten belegt werden. Aus diesem Grund würde man sich im Land Salzburg damit beschäftigen, wie man die Situation steuern könne, welche Maßnahmen man setzen könnte.

2018 habe man die „**Plattform Pflege**“ ins Leben gerufen, einen Zusammenschluss verschiedener Expert\*innen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie aus Politik und Verwaltung, mit dem Ziel, zu eruieren, welche Maßnahmen es brauche. Schwerpunkte seien die **Attraktivierung des Pflegeberufs, die Erhöhung der Zahl der Ausbildungsplätze und die Schaffung neuer Produkte für pflegende Angehörige**. Im Sozialbereich habe man über die Tarifsysteme versucht, Verbesserungen herbeizuführen, wie zum Beispiel die **Finanzierung von weiteren Nachtdiensten und**

**weiterem Personal**, von zusätzlichen Springerdiensten, aber auch die Erhöhung monatlicher Stundenausmaße für Dienst- und Fallbesprechungen.

Sehr wichtig seien dabei die **Rahmenbedingungen für die Mitarbeiter\*innen** gewesen, vor allem, um diese im Beruf zu halten. Es habe auch Verbesserungen im Bereich der sozialen Dienste gegeben. Man habe festgestellt, dass mit diesem Maßnahmenpaket nicht alles erreicht werden konnte, was nötig sei. Daher habe man **2021 die „Plattform Pflege II“** ins Leben gerufen, auch hier wurden weitere Maßnahmen erarbeitet. Dennoch sei die aktuelle Situation nicht zufriedenstellend, aber es sei immerhin gelungen, die Angebote zu halten bzw. sie auch auszubauen und neue Produkte zu schaffen, wie zum Beispiel neue Tageszentren, um das Ziel der wohnortnahen Angebote zu erreichen. Seit Oktober 2020 habe man auch das neue Produkt **„Entlastung pflegender Angehöriger“** geschaffen, sodass mit 10–20 Stunden/Monat die Angehörigen durch mobile Pflegedienste entlastet werden könnten. *Eichhorn* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

*Opriesnig* bedankt sich bei *Eichhorn* und gibt – da das Thema der Angehörigenpflege eben angesprochen worden sei – das Wort an *Birgit Meinhard-Schiebel*.

*Meinhard-Schiebel* bedankt sich für die Einladung, sie empfinde sich als die Stimme von fast einer Million Menschen, die sich nicht selbst vertreten könnten und die die anwesenden Expert\*innen dringend brauchen würden. Sie wolle **drei Punkte** ganz besonders hervorheben:

1. Zunächst habe man gemeinsam mit der Behindertenanwältin *Christine Steger* eine OTS-Meldung herausgegeben mit der Forderung, dass **pflegende Eltern von Kindern mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung, die Notstandshilfe beziehen würden, nicht mehr 16 Stunden dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen müssen**, weil sie ansonsten ihre Notstandshilfe verlieren würden. So etwas dürfe nicht sein, es habe sich dabei um doppelte und dreifache Ausbeutung dieser Personen gehandelt, die permanent unter Druck gesetzt würden. Dieses Thema würde nun auch von der Volksanwaltschaft behandelt werden.
2. Den zweiten Punkt habe sie heute schon mehrfach erwähnt: **Wenn man Menschen informieren wolle, dann müsse man auf diese zugehen** und dürfe nicht warten, bis jemand von ihnen von selbst die Angebote finden würde. Man müsse schauen, was in der aktuellen Situation wichtig sei, und selbst wenn die Betroffenen es nicht gleich artikulieren könnten, dann könne es sehr wohl sein, dass später dieses Problem auftrete. Man dürfe sich hier nicht aus der Verantwortung stehlen mit der Begründung, dass es ohnehin dies oder jenes gäbe. Es sei

vielmehr notwendig, ihnen zu zeigen, wie sie zu den Angeboten kämen, die sie dringend benötigen würden. Man müsse auch berücksichtigen, dass Bürokratie für viele Betroffenen eine Hürde sei.

3. Obwohl sie wisse, dass dieser Punkt auf Kritik stoßen würde, wolle sie festhalten, dass es **ganz dringend eine Reform des Pflegegeldwesens brauche**. Man wisse, dass das Pflegegeld über die Begutachtung laufe, aber man wisse auch, dass viele Menschen nicht beantragen würden, was ihnen eigentlich zustehen würde, weil es ihnen oft unangenehm sei. Im Pflegegeldverfahren würden viele Betroffene betonen, was sie alles gut könnten, was dann zu einem negativen Bescheid führe, gegen den sie sich häufig nicht wehren könnten. Es sei aber dann von der Pflegestufe abhängig, welches Unterstützungsangebot pflegende Angehörige bekommen würden, dies gelte ohnehin erst ab der Stufe 3. Meinhard-Schiebel bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

*Opriesnig* bedankt sich bei *Meinhard-Schiebel* und bittet *Anna Parr* um ihren Input, da das Thema Pflegereform schon mehrfach erwähnt worden sei. Er bittet sie um ihre Einschätzung, was bisher passiert sei und was in den nächsten zwei oder drei Jahren dringend notwendig sein werde.

*Parr* bezieht sich auf den Beitrag von Sektionschef *Pallinger* und möchte in diesem Zusammenhang anmerken, dass die Pflegereformen tatsächlich viele positive Einzelmaßnahmen bzw. Puzzleteile seien, eine Gesamtreform sei jedoch noch ausständig. Sie sei sich dessen bewusst, dass das ein „Bohren harter Bretter“ sei, insbesondere angesichts der Kompetenzkonflikte zwischen Bund, Ländern und Gemeinden. Aber es wäre ein dringender Wunsch an eine neue Bundesregierung, den Mut zu haben, **die Harmonisierung des gesamten Pflege- und Betreuungssystems in Österreich** anzugehen.

Man habe heute in den Beiträgen der Konferenz leider vor Augen geführt bekommen, was alles noch zu tun sei. Es sei schon einiges passiert, aber das werde bei Weitem nicht reichen, wenn man auf das Jahr 2050 schauen würde. Es seien **200.000 Menschen, die alleine aufgrund der demografischen Entwicklung noch auszubilden seien**. Es gebe zwar eine gute Nachfrage und es hätten noch nie so viele Personen in diesem Bereich gearbeitet, aber es brauche zusätzlich 200.000 allein aufgrund der Demografie, plus nochmals 90.000 aufgrund der Pensionierungen der Babyboomer. Das heiße, es handle sich um 300.000 Personen, jetzt habe man gerade einmal 120.000 Menschen zur Verfügung. Es stelle sich die Frage, in welcher Reihenfolge investiert werden solle, und in erster Linie sei es **erforderlich, eine österreichweite Harmonisierung anzugehen**, man brauche nicht neun unterschiedliche Regelungen in Österreich oder neun unterschiedliche Personalschlüssel, die in manchen

Bundesländern doppelt so hoch seien wie in anderen, wo doch eigentlich alle denselben Anspruch hätten, nämlich Menschen gut zu pflegen und zu betreuen.

Dies sei sozusagen die größte Herausforderung. Bezüglich des **Pflegegeldes** seien auch kleine Reparaturen passiert. Auch hier überlege man eine Weiterentwicklung, die sich an den Ressourcen orientiere und nicht an den Defiziten der Betroffenen. Im Moment werde geschaut, was jemand nicht könne, danach erfolge dann die Pflegegeld-Einstufung. Es wäre besser, auf die Ressourcen zu schauen und diese zu fördern, damit sie möglichst lang erhalten bleiben könnten.

Ein dritter Punkt sei der Bereich der **internationalen Gewinnung von Pflegepersonen**. Auch hier mache es keinen Sinn, dass neun Bundesländer und verschiedenste Träger an Länder heranträten, auch hier setze man sich für eine bundesweite Strategie ein. Es gebe Probleme bei den Nostrifikationen und eine mangelnde Willkommenskultur in Österreich.

Als vierten Punkt möchte *Parr* den **Aspekt der Digitalisierung** erwähnen. Sie sei überzeugt davon, dass der Sozialbereich bezüglich KI oder der Unterstützung durch digitale Maßnahmen im Vergleich zu anderen Branchen wirklich sehr weit hinterherhinke. *Parr* verstehe Digitalisierung nicht als Ersatz für Pflegepersonen, sondern als Unterstützung für alle, die im Bereich der Pflege und Betreuung arbeiten würden. Es gehe darum, KI gut einzusetzen, auch um Dokumentationen möglichst zu automatisieren. Sie halte es für überfällig, eine Digitalisierungsoffensive zu starten, allerdings seien dafür finanzielle Ressourcen erforderlich.

Man sehe auch, dass derzeit bestehende Maßnahmen sehr gut weiter finanziert werden könnten, aber eine Weiterentwicklung, eine Berücksichtigung der gesamten demografischen Entwicklung werde mit dem vorgesehenen Budget nicht finanziert werden können. Und das sei aus ihrer Sicht dringend notwendig. *Parr* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

*Opriesnig* bedankt sich bei *Parr* und erteilt *Famira-Mühlberger* das Wort, er stellt an sie die Frage nach einer möglichst wirkungsvollen Verwendung der für den Pflegebereich vorgesehenen Mittel und einer effizienten Steuerung dieses Systems.

*Famira-Mühlberger* meint, sie wolle hier nicht im Detail auf die Modelle der Versicherungslösung bzw. Steuer eingehen, das WIFO habe in der Studie aus 2008 bereits festgestellt, dass **eine Steuerlösung die bessere Variante** im Vergleich zu einer Versicherungslösung sei, da diese zu viele Probleme impliziere. Die Problematik des Steuersystems sei wiederum, dass man kontinuierlich bei der Budgeterstellung und beim

Finanzausgleich um die Ressourcen verhandeln müsse. Man werde auch eine enorme Steigerungsrate in der Nachfrage nach den Pflegedienstleistungen beobachten, derzeit befände man sich noch in einer Art „Erholungsphase“, ab 2030/2035 werde die demografische Entwicklung noch deutlichere Auswirkungen haben und die **Finanzierungsverhandlungen würden in Zukunft noch härter werden.**

Es gehe nicht nur um die demografische Entwicklung per se, sondern auch um den Rückgang der informellen Pflege. Wenn man mehr Geldleistungen in Richtung Angehörigenpflege leite, dann habe dies sehr wohl eine **frauenpolitische Dimension**, da durch zusätzliche Anreize für die Pflege sich Frauen vermehrt aus dem Arbeitsmarkt ausklinken würden. Man wisse, dass die Bildungsabschlüsse von Frauen deutlich gestiegen seien. Mittlerweile hätten die jüngeren Kohorten der **Frauen im Durchschnitt bessere Bildungsabschlüsse** als Männer. Dies wiederum münde in einer höheren Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen. Man wisse auch, dass es einen enormen **Rückgang gegeben habe bei der Fertilität**, jene Menschen, die heute gepflegt würden, hätten im Durchschnitt noch wesentlich mehr Kinder als die, die in 30 Jahren gepflegt würden.

Dazu kämen noch die **größeren Altersunterschiede zwischen den Generationen**. Wenn zukünftig Menschen ins pflegebedürftige Alter kämen, seien deren Kinder noch voll im Erwerbsleben. Weiters gebe es noch Phänomene wie die höhere Mobilität der jüngeren Generationen und die große Anzahl von älteren Personen, die alleine leben würden, hier werde **die Pflege im Haushaltsverbund definitiv zurückgehen**. Wenn man sich diese Entwicklungen ansehe, sei es völlig klar, dass ein massiver Ausbau der stationären Pflege erfolgen müsse. Auch der Versuch, mehr Mittel in die mobile Pflege zu bringen, um den stationären Aufenthalt zu verzögern, werde nur einen kleinen Rückgang der Kostenentwicklungen bewirken.

Punkto Finanzierung sei das Grundproblem **die Zersplitterung des Finanzierungssystems**, was notgedrungen zu einer Zersplitterung des Pflegesystems führen würde. Für die Betroffenen bedeute diese Zersplitterung eine Verkomplizierung, ebenso gebe es auf Gemeindeebene für die Bevölkerung viel zu wenig koordinierte Informationsangebote. Bei einer größeren Befragung von Gemeinden habe sich gezeigt, dass es wenig Koordination und Kooperation zwischen den Gemeinden und den Ländern sowie den Gebietskörperschaften in der Planung gebe. Ebenso würden die Gemeinden auf Zurufe der Bevölkerung agieren.

Aus ökonomischer Sicht hätte der Föderalismus den Anspruch, von den Besten zu lernen. Das passiere jedoch nur selten, es brauche hier einfach eine bessere Koordination. Schnittstellenmanagement, Gesundheit und Pflege seien auch schon öfter



angesprochen worden, dies seien zentrale Themen, ebenso der Bereich der Prävention. Häufig gebe es ein Auseinanderdriften von Gruppen, die etwas beschließen würden, und jenen, die das dann zahlen müssten. Ein Beispiel sei die Abschaffung des Pflegeregresses gewesen, das Parlament habe ihn abgeschafft, die Länder und dann schlussendlich auch der Bund müssten zahlen. Hier gäbe es eine zu große Kompetenzersplitterung. *Famira-Mühlberger* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

*Opriesnig* bedankt sich bei *Famira-Mühlberger* und bittet *Stefan Tautz* von der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt um seinen Beitrag. *Opriesnig* meint, man beklage ja seit mittlerweile 20 Jahren das Thema Personal, und stellt an *Tautz* die Frage, was man als Trägerorganisation dazu beitragen könne, dass sich die Problematik nicht noch zusätzlich verschärfe.

*Tautz* bedankt sich für die Einladung und stellt jene Punkte vor, die nach wie vor wichtig seien: Dies seien beispielsweise **faire Arbeits- und Rahmenbedingungen**, für die jeder Träger Verantwortung trage, ebenso das **Image des Berufes** und eine **Unternehmenskultur**, die den kollegialen Austausch fördere. Weiters sei das Thema **Fachkarrieremodelle** weiterzuentwickeln, vor allem auch in der Langzeitpflege. Auch das Thema **ANP (Advanced Nursing Practice)** sei schon angesprochen worden, er sei selbst auch – wie andere anwesende Kolleg\*innen – im ANP-Forum Austria, es sei wichtig, dass diese ANPs auch in der Langzeitpflege finanziert würden. Weiters sei eine Spezialisierung erforderlich, nicht nur im Bereich Wundmanagement, sondern auch in den Bereichen Demenz, Palliativversorgung, Schmerz, Ernährung oder Inkontinenz, allesamt wichtige Themen für die nächsten Jahre.

Ein weiterer zentraler Faktor sei das Thema der **PFA (Pflegefachassistenz)**. Hier gehe es vor allem darum, die Pflegefachassistenz wirklich auch für die Langzeitpflege zu etablieren. Die Voraussetzungen im Pflegemaßnahmenpaket seien geschaffen worden, was als Voraussetzung gelte, um sie in der Langzeitpflege, speziell im stationären, aber auch im mobilen Bereich, zu etablieren. Man habe beim Hilfswerk Salzburg derzeit über 35 Pflegefachassistent\*innen und mit ihnen wirklich sehr, sehr gute Erfahrungen gemacht, auch aufgrund der Situation, dass einfach nicht mehr genügend DGKP zur Verfügung stünden. Die Pflegefachassistent\*innen könnten tatsächlich DGKP ersetzen, ohne dass die Qualität der Pflegeleistung darunter leide. Leider sei die **PA, also die Pflegeassistenz, als eigenständige Ausbildungsschiene für die Langzeitpflege wieder zurückgenommen worden**. Natürlich sei der Bedarf an Pflegepersonal auch im Akutbereich sehr hoch, daher sei der Ansatz verständlich, die Pflegeassistent\*innen auch nach wie vor für den Akutbereich zu akquirieren.

Des Weiteren gebe es die Möglichkeit, **Schulungsprogramme zu etablieren**, zum Beispiel für Heimhilfen und möglichst auf modularer Ebene, damit hier viele Praxiszeiten und Ausbildungen auch angerechnet werden könnten. Auch für das „**Praktikantenmanagement**“ sei es wichtig, Ressourcen zu schaffen, speziell für die Langzeitpflege, damit die Praktika und die Begleitungszeiten der Praxisanleiter\*innen entsprechend eine Finanzierung erhielten, um die Qualität der Ausbildung zu gewährleisten.

Bezüglich der **Entbürokratisierung** wolle *Tautz* auf die **Studie von Professor Rothgang** aus Hamburg verweisen, der festgestellt habe, dass in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen viele Pflegeleistungen, die für den gehobenen Dienst reserviert seien, nicht unbedingt in dieser Form erledigt werden müssten. Man habe somit die Möglichkeit, steuernd einzugreifen. Was die **Digitalisierung** betreffe, wolle er gar nicht in Richtung KI gehen, sondern es wäre gut, wenn Basisprozesse (Stichwort ELGA) gut funktionieren würden. Leider sei vieles in diesem Bereich nicht zu Ende gedacht. *Tautz* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

*Opriesnig* dankt *Tautz* für den Input. Er möchte nun *Elisabeth Rappold* das Wort erteilen, kaum jemand habe sich mit dem Pflegebedarf so ausführlich beschäftigt wie sie. *Opriesnig* fragt *Rappold*, wie zuversichtlich sie bezüglich der künftigen Entwicklungen sei.

*Rappold* antwortet, ohne Zuversicht dürfe sie ihren Job nicht machen, allerdings brauche man dringend Bewegung im System. Sie plädiere für ein **Zusammenspiel der Kräfte, und zwar vom Bund bis zu den einzelnen Menschen**. Dies benötige allerdings auch einen gemeinsamen Kraftakt, um diesen Pflegebedarf in Summe bewältigen zu können. Die vielen Berufsgruppen, die in der Pflege tätig seien, würden eine wesentliche Rolle spielen und hätten die Aufgabe, anwaltschaftlich für den Beruf sowie anwaltschaftlich für die Patient\*innen, Bewohner\*innen und Klient\*innen zu agieren. Man müsse dafür sorgen, dass Pflege als das wahrgenommen werde, was es sei, nämlich ein Beruf, der sinnstiftend und erfüllend, aber auch schwierig und nicht immer schön sei. Es müsse gelingen, **das herrschende Narrativ zu verändern** und sichtbar zu machen, dass Pflege trotz aller widrigen Rahmenbedingungen ein wertvoller Beruf mit vielen Karrieremöglichkeiten sei. Man könne von der Augenklinik bis zur Zahnklinik, in der Praxis oder in der Forschung oder Lehre arbeiten. Man könne ins Ausland gehen, z. B. mit „Ärzte ohne Grenzen“ oder dem Roten Kreuz. Weiters gebe es die Bereiche der mobilen Dienste oder stationären Dienste, im OP oder auf der Intensivstation. Es müsse gelingen, **diese Vielfalt sichtbar zu machen** und zu kommunizieren, dass jemand, der das Krankenhaus verlasse, nicht die Pflege verlasse, sondern in einen anderen Bereich wechsele. Auch Community Nurses würden nicht

ihren Beruf wechseln. Man müsse auch die **eigenen Systemgrenzen und Sektorengrenzen überwinden** und sehen, wo Pflege überall eingesetzt werden könne. Es sei vor allem unerlässlich, in **Gesundheitsförderung und Prävention** zu investieren. Sie sei aber optimistisch, dass es gelingen könne, über ein anderes Narrativ Personen zu gewinnen bzw. sie im Beruf zu halten. Es würden ganz viele Maßnahmen gesetzt, um die Rahmenbedingungen zu verändern. Wesentlich sei jedoch diese dritte Säule, die **Bevölkerung zu stärken, gesundheitskompetenter zu werden**. Dann sei sie zuversichtlich, dass man es schaffen werde. *Rappold* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

*Opiresnig* dankt *Rappold* für ihren Beitrag und bittet Sektionschef *Manfred Pallinger* um seine Worte. *Opiresnig* betont, *Pallinger* habe bereits als zuständiger Beamter jahrzehntelang die Thematik der Pflege im Ministerium begleitet, und ersucht ihn um eine Art Conclusio aus seiner Beschäftigung mit dieser Materie.

*Pallinger* hält fest, man habe eine Verfassung, die die Rahmenbedingungen abbilden würde, die halte auch fest, dass es Aufgaben für den Bund und für die Länder gebe. Wenn eine Harmonisierung gewünscht werde, gehe es vor allem darum, Lösungen zu finden. Es sei auch die Frage zu stellen, was man überhaupt unter einer Pflegereform verstehen würde, ob **dafür auch eine Verfassungsänderung erforderlich sei, diese sei politisch allerdings schwer durchzusetzen**. Ob dann die Länder da auch mitgehen würden, sei allerdings die Frage. Als es beispielsweise um die Tarife bei den sozialen Diensten gegangen und ein bundeseinheitliches Tarifgesetz vorgeschlagen worden sei, sei dies an den Ländern gescheitert.

Man habe auch viel versucht, wie beispielsweise **die Taskforce Pflege**, in der wichtige Maßnahmen enthalten seien, für deren Umsetzung aber Ressourcen und der politische Wille notwendig seien. Das Resümee sei, dass der Prozess weitergehe. Seine Sektion habe sich beispielsweise auf das **Thema Pflegegeld** konzentriert, nach dem Modell der Kriegsopferversorgung mit 7 Stufen, die Menschen mit Behinderung hätten damals Druck gemacht. Salzburg sei dabei mit einem Modell Vorreiter gewesen, aber besonders auch Vorarlberg. Für den anderen Bereich nach Paragraph 15a habe man die Länder als zuständig erklärt. **Problematisch sei jedenfalls die Trennung des Sozial- und Gesundheitsbereichs gewesen**, die früher auch in verschiedenen Ministerien angesiedelt gewesen seien, diese Trennung habe man aber in der letzten Zeit überwunden. Man müsse jedoch die Schnittstellen- und Strukturproblematik in Zukunft lösen, insbesondere wenn es um die Personalfrage und die Ausbildung gehe.

Man werde sehen, was noch kommen werde, insbesondere müsse man **bei der Prävention ansetzen**. In diesem Kontext bezieht sich *Pallinger* auf die Aussage von *Rappold*, es lege auch an jedem Einzelnen selbst, etwas für seine Gesundheit zu tun. *Pallinger* betont, er könne den Anwesenden nichts „mitgeben“, da sie selber wüssten, wo der Weg sei. Aber ebenso brauche es für die **Veränderung einen politischen Willen**, der sich spätestens dann einstellen werde, wenn der Druck zu groß würde und es nicht mehr anders gehe. *Pallinger* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

*Opriesnig* bedankt sich bei *Pallinger* für dessen Input und bei allen Podiumsgästen für ihre Teilnahme.



## ARBEITSGRUPPEN

### Erwartungen an und Ideen für ein leistungsfähiges und leistbares Pflege- und Betreuungssystem in Österreich

#### ARBEITSGRUPPE 1: Was bedeutet gute Pflege und gute Betreuung? Welche Prioritäten sind zu setzen?

*Impulse: Anna Katharina Moser, Diakonie Österreich*

*Thomas Klie, Universität Freiburg*

*Moderation: Kurt Schalek, Arbeiterkammer Wien*

*Schalek* eröffnet den Workshop und betont, dass es hierbei besonders um das Thema Qualität gehe, dies bedeute auch, dass man es sehr stark mit Erwartungen zu tun habe bzw. ob diese dann auch eingelöst würden. Es gebe zwei Impulse zu diesem Workshop, nämlich von *Anna Katharina Moser* und *Thomas Klie*.

*Moser* stellt zu Beginn ihre Thesen vor, nämlich dass die Voraussetzung für eine gelingende Pflegereform das grundsätzliche Nachdenken über Care-Arbeit, gute Pflege und gute Betreuung sei. Sie wolle dies aus einer ethischen und grundsätzlichen Perspektive machen und stellt in diesem Kontext folgende Thesen vor:

1. „Unverfügbarkeit und Endlichkeit gehören zum menschlichen Leben. Angewiesensein auf andere gehört zur *conditio humana*. Doch das wird gesellschaftlich verdrängt bzw. abgewertet. **Voraussetzung für die Wertschätzung von Care-Arbeit und damit von Pflege und Betreuung ist, dass Endlichkeit und Abhängigkeit ins Welt- und Menschenbild integriert werden.**
2. **Pflege ist ein Akt der Achtung der Menschenwürde. Menschenwürde verpflichtet zur Pflege.** Weil Angewiesensein auf andere bzw. auf die Pflege anderer zum Menschsein gehört, ist Pflege und Betreuung ein primäres Gut, das jedem Menschen aufgrund seines Menschseins und seiner Menschenwürde zur Verfügung stehen muss. Pflege achtet die Würde des Menschen. Nicht-Pflege missachtet die Würde des Menschen. Doch darf nicht übersehen werden: Pflege zu brauchen ist verbunden mit dem Verlust von körperlichen und kognitiven Fähigkeiten, Selbstwirksamkeit und Kontrolle über das eigene Leben und greift in die Intimsphäre ein. Pflege hat mit Scham zu tun, Schamerfahrungen können als Würdeverlust erlebt werden.

3. Die Pflege und Betreuung muss auf eine die Menschenwürde achtende Art und Weise ausgeführt werden. Dafür braucht es die entsprechenden Rahmenbedingungen.
4. Care-Arbeit folgt ihrer eigenen Logik, der Rechnung getragen werden muss – und die heißt: Zeit haben. „Immer mehr, immer schneller“ lautet die Devise unserer Gesellschaft. Wer gesellschaftlich integriert ist, hat keine Zeit. Wer viel Zeit hat, gehört nicht dazu – eben auch Menschen mit Pflegebedarf. (Zeit-)Effizient ist bestimmend. Diese Logik wird der Pflege und Betreuung übergestülpt, widerspricht aber den Grundanforderungen an ihre Professionalität. Zeit ist eine wesentliche Anforderung, die die Lebenssituation der Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf an die Pflegedienstleistung stellt. Pflegenden haben aber nicht die Kontrolle über die Zeit.
5. Pflegebedürftigkeit darf sich nicht nur an körperlichen Einschränkungen und Defiziten orientieren, sondern soll **Selbstständigkeit** ebenso in den Blick nehmen wie psycho-soziale, kognitive und kommunikative Dimensionen und Aspekte der **sozialen Teilhabe und Gestaltung des Alltagslebens. Und der Ermöglichung eines würdigen Abschieds.**
6. Unser Pflegesystem ist versäult (mobile Hauskrankenpflege oder stationäre Langzeitpflege), das System bestimmt das Angebot, nicht der Mensch mit seinen Bedürfnissen und Bedarfen. Es braucht ein **neues Modell von Pflege und Betreuung mit einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung von Dienstleistungen.** In der Praxis fehlt derzeit die Weiterentwicklung von Angeboten. Leitende Prinzipien dafür: **Autonomie, Welfare-Mix und Sozialraumorientierung.**
7. Leitend für eine umfassende Pflegereform muss die Frage an Menschen mit Pflegebedarf sein: „**Wie willst du leben?**“ Und die Frage an Pflegekräfte: „**Wie willst du pflegen?**“ Und was brauchst du, um gut pflegen zu können?“

*Schalek* fragt die Teilnehmenden, ob jemand zum Input von *Moser* unmittelbar etwas sagen möchte.

Eine *Teilnehmerin* betont, dass es schwierig sei, den Bedarf zu erheben, wenn oft – wie auch *Krutner* in seinem Vortrag gesagt habe – den Betroffenen und deren Angehörigen gar nicht bewusst sei, was sie eigentlich bräuchten. *Moser* meint, es sei eben die Frage, ob das über die Forschung oder über die Praxis (z. B. Community Nurses) geklärt würde, und hier sei auch die Frage zielführender: „Wie willst du leben?“ oder „Was hindert dich daran, so zu leben, wie du gerne leben würdest?“ Anschließend

müsse aus fachlicher Sicht darüber aufgeklärt werden, welche Formen der Pflege dabei helfen könnten. Die *Teilnehmerin* ergänzt, dass man dabei auch über das klassische Pflege-Setting hinausgehe und andere konkrete Möglichkeiten in Betracht gezogen werden könnten, die sich anbieten würden, wie die Nachbarschaft, die Erreichbarkeit anderer Angebote.

Ein *weiterer Teilnehmer* bezieht sich auf die erste Aussage von *Krutter* bezüglich der guten Pflege, dass diese in der Vermeidung von Auflage-Druckgeschwüren liege, es sei erfreulich gewesen, dass dann die anderen Faktoren wie Sicherheit etc. genannt worden seien. *Moser* ergänzt, dass auch Fragen wie „Haben Sie heute schon genug getrunken?“ nicht den Dialog bestimmen dürfe.

*Schalek* merkt an, dass Qualitätskriterien in erster Linie Erwartungen ausdrücken würden, die Frage sei, an wen sich diese Erwartungen richten würden, an die Gesellschaft oder die Politik. Eigentlich gehe es bei der Pflege auch um eine Handlungsfrage, diese lasse sich kaum verordnen. Ganz wichtig sei für ihn der Aspekt des „Zeithabens“, man wisse aus der Praxis, dass Zeit das Wertvollste sei in der Pflege, weil sie auch so knapp sei. In den von *Moser* genannten Thesen steckten wichtige Dinge, die auf der To-do-Liste stünden.

Auf die Bemerkung *eines Teilnehmers*, dass die medizinische Versorgung als höherwertig eingestuft würde als die Care-Arbeit, meint *Moser*, sie könne das am ehesten durch eine männerzentrierte Ordnung erklären, wo die Care-Arbeit auf der weiblichen Seite verortet würde, auch mit der Einstellung, Pflege könne ohnehin jeder, Medizin sei mehr mit Rationalität verbunden, Care-Arbeit hingegen mehr mit Gefühlen, auch das würde männlich bzw. weiblich konnotiert und dann in ein hierarchisches Verhältnis gebracht. Eine *Teilnehmerin* ergänzt, dass Care-Arbeit auch weniger greifbar sei, wenn man sich z. B. für die Patientin/den Patienten Zeit nehmen würde.

*Schalek* bittet *Klie* um seinen Input.



Klie geht auf die **Kriterien der Qualität in der häuslichen Pflege** ein, die er folgendermaßen definiert (vgl. Folie 2):

Qualität in der häuslichen Pflege	AGP
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Qualität professionellen Pflegehandelns</li><li>2. Partizipative Aushandlung und Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen in Hilfeplänen</li><li>3. Individuelle Pflegebedürftigkeit und Teilhabe als Ausgangspunkt zur Einschätzung von Pflegequalität</li><li>4. Objektive und subjektive Parameter der Lebensqualität</li><li>5. Lokale Infrastruktur</li></ol>	
Büscher/Klie 2008	
© AGP Sozialforschung	11/11/2023

Klie, Arbeitsgruppe 1, Folie 2

Die Pflege sei an sich gesellschaftlich sehr schwach organisiert. Beim zweiten Punkt würde ihm das „Wie willst du leben?“ zu kurz greifen, da dies nicht statisch sei. Diese Frage gebe wenig Raum für den Lernprozess. Erst im Vertrauen zu anderen könne man zu sich selbst ein anderes Verhältnis gewinnen und sich auf eine Situation einlassen, die man im Grunde nie wollte. In Deutschland sei ein Fachpapier entwickelt worden zum Thema „Einwilligungsfähigkeit bei Menschen mit Demenz“. Die Kriterien würden zudem weggehen von einer tätigkeitsorientierten Definition der Qualität in der Pflege.

Was den **Begriff der Würde** angehe, so gebe es diese nicht von vornherein, sondern sie entstehe in der Interaktion. Wenn jemand gedemütigt würde, stünde das im Gegensatz zur Würde. Demütigung wäre beispielsweise eine Verletzung der Selbstachtung, wenn jemand nur mehr als Pflegefall betrachtet würde (jemanden nur danach fragen, ob er ausreichend getrunken habe). Demütigung seien auch der Entzug der Selbstkontrolle (über jemanden hinwegreden) und der Ausschluss aus der menschlichen Gemeinschaft. Wenn es gelinge, diese Aspekte von Demütigung zu vermeiden, dann könne Würde in der Beziehung entstehen. Pflege sei Interaktionskunst.

Im Folgenden geht *Klie* auf die **Dimensionen des guten Lebens** ein (vgl. Folie 4) und auf das Modell der Six Senses, das auch schon von *Krutter* vorgestellt worden ist.



Klie, Arbeitsgruppe 1, Folie 4

Was die häusliche Pflege betreffe, so stehe diese seltener im Fokus der Öffentlichkeit, es sei dort nicht alles heil, sondern es gebe eine hohe Prävalenz an Gewalt, in Deutschland würde dies einfach im Sinne einer „Laissez faire“-Subsidiarität toleriert. Es gebe häufig fragile häusliche Pflege-Arrangements oder das Phänomen des hermetischen Familialismus, wo sich Familien abschotten würden. Als Risikofaktoren identifiziert *Klie* Gewalt, Vernachlässigung, unzureichende Einbeziehung der betroffenen Person in Entscheidungen, soziale Isolation, Belastungsgrenzen pflegender Angehöriger, prekäre finanzielle Situation oder ein niedriges Bildungsniveau sowie krankheits- oder funktionsbezogene Beeinträchtigungen. Man habe gemäß dem **SQS-Risikoassessment** vier Bewertungsstufen (Items) entwickelt, nämlich „stabil“, „belastet“, „labil“ und „prekär“, nach denen die jeweilige Situation eingeschätzt würde. *Klie* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

*Schalek* bittet die Teilnehmer\*innen um Fragen und Anmerkungen. Ein *Teilnehmer*, der in der Pflegeberatung tätig ist, bezieht sich auf die Aussage *Klies*, dass Widerstand auch ein Anreiz sein könne und dass man nicht immer davon ausgehen könne, was die Menschen wollen. Für ihn sei schon ausschlaggebend, was der Mensch wolle, aber man bewege sich natürlich immer zwischen Fürsorge und Zwang. *Klie* antwortet, dass er als Jurist immer zu bedenken habe, was das Gesetz sei, dennoch könne man das Gegenüber ernst nehmen und den Widerstand auch als Beziehungsangebot sehen. Dafür brauche es aber Zeit, man müsse es aushalten, dass jemand das nicht wolle, daraus entstünde der meiste Druck für die Pflegenden. Manchmal würde man auch scheitern dabei, aber es gelte, den Widerstand ernst zu nehmen.

*Moser* möchte präzisieren, wie sie das „Wie willst du leben?“ gemeint hat. Es sei auf der Ebene, wie man Bedarfsplanung steuern sollte, angesiedelt. Das sei eine strukturelle Ebene und damit eine andere als die konkrete Pflegebeziehung/Pflegehandlung. Man könne diese Situationen als moralische Dilemmata beschreiben, zwischen Autonomie der Betroffenen auf der einen und der Professionalität auf der anderen Seite. *Moser* habe die Frage „Was will ich?“ als eine grundlegendere verstanden, nämlich mit gesellschaftlichen Wertvorstellungen verbunden, mit Optionen und Möglichkeiten. Wünsche und Wollen seien immer geprägt vom Umfeld und gesellschaftlichen Voraussetzungen. *Klie* meint, die klassischen Dilemmata gäbe es eher in der Medizin-Ethik als in der Care-Ethik, hier gehe es zentral um die Frage, wie man die Beziehung so gestalten könne, dass man ausreichend Zeit habe, nicht in diese Dilemmata zu kommen. Dies betreffe die Infrastruktur und habe eine gesundheitspolitische Dimension, man brauche also jene Pflegefachkräfte, die jenseits der Institution stünden, die für das Aushandeln Zeit hätten und nicht in institutionelle Logiken eingebunden seien. Dies sei im Grunde eine öffentliche Aufgabe.

*Eine Teilnehmerin* möchte auch noch darauf hinweisen, dass man den Fokus nicht nur auf den betroffenen Menschen legen sollte, sondern auch auf dessen Umfeld, wie beispielsweise auf die „Caring Communities“.

*Schalek* bedankt sich für die Inputs und die Beiträge der Teilnehmer\*innen.

# ARBEITSGRUPPE 2: Wie kann man das Pflege- und Betreuungssystem nachhaltig finanzieren und steuern? Steuerung im Fokus der Sozialplanung

*Impulse: Ulrike Famira-Mühlberger, Österreichisches Institut f. Wirtschaftsforschung  
Birgit Trukeschitz, Forschungsinstitut für Altersökonomie*

*Moderation: Sonja Unteregger, Land Salzburg*

## Kurzfassung Input von Ulrike Famira-Mühlberger (WIFO) und Birgit Trukeschitz (WU Wien)

### 1. Einleitung

In den kommenden Jahrzehnten wird sich die Anzahl älterer Menschen in Österreich erhöhen, insbesondere der Anteil der Menschen über 80 Jahre, wodurch auch die Nachfrage nach Pflegediensten steigen wird (Famira-Mühlberger, 2023). Die prognostizierten demografischen Entwicklungen, einschließlich einer abnehmenden Zahl an Nachkommen pro Pflegebedürftigem, einer Zunahme der Zahl der Einpersonenhaushalte, erhöhen den Pflegebedarf. Hinzu kommen gesellschaftliche Faktoren wie höhere Ausbildungsabschlüsse von Frauen und ihre zunehmende Beteiligung am Arbeitsleben bis ins höhere Alter (auch durch die Pensionsreform 2004 induziert), was das familiäre Pflegepotenzial reduziert. All diese Faktoren führen zu einer erheblichen Erhöhung der öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege. Um diese Herausforderungen zu bewältigen, muss das System der Pflegefinanzierung effizienter gestaltet werden. Die aktuelle Finanzierungsstruktur des österreichischen Pflegesystems zeigt jedoch markante Ineffizienzen auf (Famira-Mühlberger & Trukeschitz, 2023).

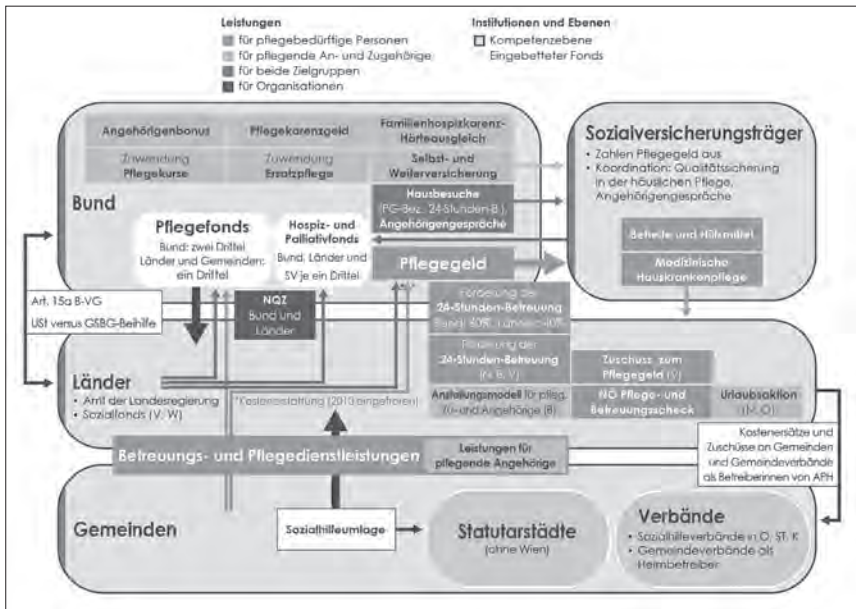
Ziel des Workshops im Rahmen der Jahrestagung der ÖKSA war es, einen Überblick über den Status quo der öffentlichen Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich zu geben, zentrale Herausforderungen einzuordnen (Kapitel 1.2 und 1.3) und Problembereiche und Lösungsmöglichkeiten für das System der Langzeitpflege aus Sicht der Teilnehmer\*innen (Kapitel 2) zu erfassen.

### 2. Ein komplexes System der Pflegefinanzierung

Seit der Einführung des Systems der Absicherung bei Langzeitpflege- und -betreuung in Österreich im Jahr 1993 wurden vielfältige Veränderungen auf der Leistungs- und Finanzierungsseite vorgenommen. Entstanden ist ein komplexes Gefüge an Zuständigkeiten, Leistungen und Finanzierungsverantwortlichkeiten. Abbildung 1 gibt einen Überblick über den Status quo der öffentlichen Finanzierung der Langzeitpflege. Die Finanzierungsströme werden im Kontext der jeweiligen Leistungen für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige abgebildet.

Anders als die großen Systeme der sozialen Sicherung in Österreich, wird die Langzeitpflege und -betreuung über Steuermittel und Kostenbeiträge der Betroffenen finanziert. Das Pflegegeld wurde eingeführt, um Betroffene bei ihren höheren Ausgaben aufgrund der Pflegebedürftigkeit zu unterstützen. Wie Abbildung 1 zeigt, sind die Gebietskörperschaften (Bund und Länder) verantwortlich für die Regulierung und die Bereitstellung und Finanzierung von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen. Zusätzlich spielen auch die Sozialversicherungsträger eine wesentliche Rolle im System der Langzeitpflege – in der Auszahlung des Pflegegeldes, der Koordination der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege und der Angehörigengespräche, in der Finanzierung der medizinischen Hauskrankenpflege und der Übernahme der Kosten(teile) von Behelfen und Heilmitteln, die in der Langzeitpflege eingesetzt werden. Für detaillierte Informationen zur öffentlichen Finanzierung der Langzeitpflege und zur Erläuterung von Abbildung 1 siehe Famira-Mühlberger, Trukeschitz (2023).

Abbildung 1: Öffentliche Finanzierung der Langzeitpflege – Träger:innen und Ströme (Stand 2023)



Quelle: Famira-Mühlberger, Trukeschitz (2023)

### **3. Eine Einordnung der Herausforderungen der Pflegefinanzierung**

Ein Grund für die Komplexität der Pflegefinanzierung ist die Kompetenztrennung für die Mittelaufbringung und die Leistungserbringung im Bereich der Pflegedienstleistungen. Die Unübersichtlichkeit der Finanzierungsbeteiligungen und -ströme resultiert auch aus den Veränderungen des Langzeitpflegesystems über die Zeit. Darüber hinaus kann sie zum Teil mit der Heterogenität der Pflegedienstleistungsangebote erklärt werden.

Es mangelt an verbindlichen, österreichweit einheitlichen Zielsetzungen. Eine abgestimmte Gesamtsteuerung dieses komplexen Systems ist bislang nicht möglich, da Gremien, koordinierte Finanz-, Bedarfs- und Entwicklungspläne sowie Qualitätsstandards im Bereich der Pflege fehlen, wie der österreichische Rechnungshof (2020 und 2023) kritisierte. Die daraus resultierende Heterogenität der Angebote und Zuständigkeiten ist nicht nur eine Herausforderung für die Organisation und Finanzierung der Pflegeversorgung, sondern auch für die Betroffenen. In Österreich bestehen zum Teil gravierende Unterschiede in Art und Umfang des geförderten Pflegeangebots. Ein Resultat der bestehenden Heterogenität in den Kompetenzen und in der Leistungserbringung ist auch die mangelhafte Datenlage, die eine Analyse und eine evidenzbasierte Pflegepolitik erschwert. Um zielgerichtet auf die kommenden Herausforderungen reagieren zu können, sollte das Regulierungs- und Finanzierungssystem der Langzeitbetreuung und -pflege überdacht und vereinfacht werden.

### **4. Kurzfassung Input der Workshop-Teilnehmer:innen**

Beim Workshop wurden die Themen der Pflegefinanzierung in drei Diskussionsrunden zu unterschiedlichen Aspekten diskutiert, wobei jede\*r Teilnehmer\*in zu allen drei Diskussionsrunden beitragen konnte. Das Folgende gibt einen kurzen Überblick über die Beiträge der Teilnehmer\*innen.

## DISKUSSIONSRUNDE 1: Herausforderungen der Finanzierung der Pflege

**Strukturen:** Als Herausforderungen wurden die veralteten (Stichwort Armenwesen) und trägen (im Sinne von: in der Praxis überholt) Strukturen identifiziert. Die Langzeitbetreuung und -pflege solle weg von der Sozialhilfe in Richtung eines Zuschusses gedacht werden.

**Heterogenität der Zuständigkeiten, Leistungen:** Eine weitere Herausforderung sind die Heterogenität der Angebote und die verschiedenen Zuständigkeiten. Es wäre erforderlich, österreichweit gleiche Leistungen in gleicher Qualität zu einheitlichen Tarifen anzubieten.

**Finanzierungsvolumen:** Durch die fehlende Bereitschaft (und/oder Möglichkeit), die Pflege ausreichend zu finanzieren, sind Tarife nicht kostendeckend und Träger teilweise auf Spenden zur Ausfinanzierung angewiesen.

**Personalkapazität:** In Bezug auf die Personalproblematik wäre eine Attraktivierung des Berufsalltags durch höhere Gehälter und eine Entlastungswoche wünschenswert. Des Weiteren muss der Überforderung des Personals entgegengewirkt werden.

## DISKUSSIONSRUNDE 2: Finanzierung – Steuerung und Steuerungsmaßnahmen

**Koordination erforderlich:** Auch hier werden die Zersplitterung des Systems und das Fehlen einer Gesamtverantwortung als zentraler Angelpunkt gesehen. Der Bund sollte steuernd eingreifen, eine Strategie und klare Ziele unter Berücksichtigung aller Beteiligten vorgeben und die Koordination übernehmen.

**Reduktion der Komplexität:** In Bezug auf die Finanzierung wäre eine Entflechtung der Finanzströme erforderlich. In Bezug auf die Ausgestaltung der Leistung gehen die Meinungen der Teilnehmer\*innen auseinander – sie reichen von Sachleistung statt Geldleistung über zweckgebundenes Pflegegeld („Konto“) hin zu Geldleistung statt Sachleistung und einer „Bottom up“-Budgetierung inkl. Kriterien.

### DISKUSSIONSRUNDE 3: Lösungen für die Finanzierung und Steuerung?

**Prävention:** Ein zentraler Punkt für die Lösung des Finanzierungsproblems ist die Förderung der Prävention. Hier geht es um Prävention schon im Kindesalter, die Verantwortung für die eigene Gesundheit, aktive Anreize für die Gesunderhaltung, Caring Communities und den Ausbau von präventiven Leistungen wie Rehabilitation, Community Nurses und betreutes Wohnen. Allgemein muss der Fokus von der Defizitorientierung auf eine Ressourcenorientierung gerückt werden.

**Steuerung:** Als Lösung für Herausforderungen der Steuerung wurde auch bei dieser Diskussionsrunde die Stärkung der Rolle des Bundes angesprochen. Es ist erforderlich, eine übergeordnete Strategie zu entwickeln, Pflege, Gesundheit und Soziales besser zu verschränken, eine Klarheit bei Zuständigkeiten herbeizuführen und den Finanzierungsdschungel zu entflechten. Die Bundesländer müssen sich angleichen und eine Effizienzsteigerung bei Schnittstellen ist notwendig.

**Finanzierung:** Zur Lösung der Finanzierungsprobleme wurden die Stärkung des Ehrenamtes, die Überwindung negativer Steuerungsanreize, die Erhöhung des Arbeitsmaßes und Vermögenssteuern genannt.

#### Literatur:

Famira-Mühlberger, U. (2023): Projektionen des öffentlichen Pflegeaufwands bis 2050, WIFO.

Famira-Mühlberger, U. & Trukeschitz, B. (2023): Zur öffentlichen Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich, WIFO-Monatsberichte 12/2023, S. 857-868.

Rechnungshof Österreich (2020): Pflege in Österreich.

Rechnungshof Österreich (2023): Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung





## ARBEITSGRUPPE 3: Wie können wir den zukünftigen Bedarf an Arbeitskräften wirklich decken?

*Impuls: Elisabeth Rappold, Gesundheit Österreich GmbH*

*Moderation: Walter Marschitz, Sozialwirtschaft Österreich*

Marschitz begrüßt die Teilnehmenden, er nimmt darauf Bezug, dass der Pflegeberuf an sich oft negativ konnotiert sei, man müsse aber die Fakten anschauen, dass nämlich **der Pflegeberuf in den letzten Jahren den größten Personalzuwachs** zu verzeichnen hatte. Man sehe auch, dass sich beispielsweise in den Heimen die Zahl der Mitarbeiter\*innen zwischen 2008 und 2022 fast verdoppelt habe, auch bei den Sozialberufen insgesamt gäbe es ein kontinuierliches Wachstum. Vergleiche man das mit anderen Wirtschaftsbereichen, so sehe man, dass man in diesem Zeitraum ab 2008 in der gesamten Wirtschaft ein Wachstum der Beschäftigten von 15,5% zu verzeichnen habe, im Pflegebereich bzw. in den Sozialberufen jedoch ein **Plus von 78% seit 2008**. An zweiter Stelle sei der Sektor der Informationstechnologie zu finden, mit 65% Zuwachs.

Trotz des bereits erfolgten Zuwachses gebe es allerdings einen **Personalmangel, der sich in den letzten Jahren verschärft habe**. Natürlich sei der gestiegene Bedarf eine Erklärung dafür, aber auch die veränderte Arbeitszeit der Arbeitnehmer\*innen. Rede man über die Pflegebedürftigen des Jahres 2050, dann seien diese heute bereits Mitte 50 und man würde an die 200.000 Pflegepersonen mehr benötigen. Man müsse auch zwei demografische Besonderheiten berücksichtigen, nämlich den starken Anstieg der Geburtenzahlen in den 1930er-Jahren und das Phänomen der Babyboomer von den 1950er-Jahren bis 1963. Letztere seien genau jene, die nun in Pension gingen. Aufgrund dieser demografischen Entwicklungen und der Einführung des Pflegegeldes 1993 habe der Sektor der Langzeitpflege einen enormen Anstieg verzeichnet. Weiters gebe es insgesamt viel zu wenige junge Menschen, die neu in den Arbeitsmarkt kämen. Dies bedeute auch, dass der **Bedarf an Pflegekräften bei gleichbleibenden Verhältnissen nicht zu decken sein werde**. Es gebe Maßnahmen wie die Pflegereform, die Lehre oder die Rekrutierung im Ausland, was Letztere betrifft, würde man allerdings mehrere Tausend Personen pro Jahr benötigen, was derzeit sehr unrealistisch erscheine, auch aufgrund vieler anderer Länder, die attraktiver für ausländische Pflegekräfte seien, wie Kanada, die USA oder Japan. **Man müsse aus diesen Gründen vor allem bei der Bedarfsseite ansetzen**, dies sei die wichtigere Frage.

*Rappold* erklärt das Prozedere beim World-Café mit drei Gruppen, die Fragen seien dieselben, jedoch der Zeithorizont sei ein anderer (kurzfristig, mittelfristig, langfristig). Die Idee sei zu diskutieren, welche Maßnahmen für welchen Zeithorizont geeignet seien. Man wolle lösungsorientiert diskutieren.

Die einzelnen Gruppen stellen im Anschluss an das World-Café ihre Ergebnisse vor:

### **1. Kurzfristige Maßnahmen (bis ca. 2028):**

- Aufgabenverschiebungen (Verschieben mancher Aufgaben zu Personen mit geringerer Qualifikation oder anderen Berufsgruppen)
- Teilzeitquote analysieren und evtl. reagieren
- Arbeit in der Pension attraktiver gestalten
- Sozialberufe in den Pflegebereich einbeziehen
- Nostrifikationen verbessern
- Prävention verbessern, Gesundheit erhalten durch veränderte Finanzierungssysteme
- Mitarbeiter\*innen-Bindung
- Schnittstellen zu Nahtstellen zu machen (z. B. Pflegeheime – Krankenhäuser)

### **2. Mittelfristige Maßnahmen (ca. 2029–2038): Hier würden sich einige Maßnahmen mit den kurzfristigen überschneiden.**

- Schnittstellenmanagement verbessern
- Personal-Halte-Strategien zwecks Bindung an den Beruf
- Zivildienst als Rekrutierungsanreiz
- Stärkere Unterscheidung zwischen professioneller Pflege und Betreuung
- Bessere Trennung zwischen organisatorischer Führung und fachlicher Führung
- Nutzung von spezialisierten Kräften über die Einrichtungen hinweg
- Thema Einsamkeit gezielter angehen (das bindet oft Energien, die eigentlich für die Pflege gebraucht würden), zum Beispiel durch Nutzung von Besuchsdiensten (Studierende)
- Anreiz für Pensionierte
- Erleichterung von Abläufen auch unter Nutzung neuer Technologien
- Spezielle Wohnformen (zum Beispiel Wohnen am Bauernhof), inklusive und intergenerationelle Modelle
- Auslandsrekrutierung (koordiniert und zentral)
- Wert der Pflege in der Bildung vermitteln
- Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen
- Community Nurses

### 3. Langfristige Maßnahmen (ca. 2039-2050)

Hier wurden die Ideen in drei Bereiche unterteilt.

#### **Bevölkerungsebene:**

- Gesellschaft müsse „altersfit“ werden
- Gesundheitsförderung von Geburt an, um die Zahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen
- Soziale Kompetenz in Kindheit und Jugend verankern
- Investitionen in die Entwicklung innovativer Ideen, Denken „out of the box“
- Enttabuisierung von Hilfebedarf
- Denken neuer Modelle (Pflegefamilien für Erwachsene, Pflegebedürftige)
- Familienpolitische Maßnahmen (Kinderbetreuung, um Pflegekräften Berufstätigkeit zu ermöglichen)

#### **Personalebene:**

- Wertschätzung und monetäre Gerechtigkeit
- Sicherheit in Bezug auf Arbeitszeit
- Gleiche gesetzliche Rahmenbedingungen für alle Berufsgruppen
- Rolle der Angehörigen stärken und einbinden

#### **Strukturebene:**

- Einheitliche Rahmenbedingungen (Bundesländer)
- Leistbare und flächendeckende Angebote
- Vereinheitlichung von Strukturen
- Angebote über Sektoren hinweg (psychogeriatrische Angebote)
- Inklusive Angebote
- Überwindung der Systemgrenze Gesundheits- und Sozialbereich

*Marschitz* und *Rappold* bedanken sich für die Teilnahme und den aktiven Austausch.



## ARBEITSGRUPPE 4: Was braucht das Personal im Pflege- und Betreuungsbereich?

*Impulse: Margit Schäfer, Fachhochschule Innsbruck  
Bernhard Rupp, AK NÖ, Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik  
Moderation: Christine Ecker, Arbeiter-Samariter-Bund Österreich*

*Ecker begrüßt die Teilnehmenden und stellt die beiden Impulsgeber\*innen vor. Sie betont, man wolle keine „Rezepte“ mitgeben, sondern Anregungen für die Berufsgruppe.*

*Rupp betont, dass sich das unklare Berufsprofil in dieser Branche als problematisch erweise, was nicht bedeute, dass die Expert\*innen nicht wüssten, was sie tun, sondern die Frage sei, was die Bevölkerung darüber wisse. Vor allem junge Menschen zwischen 14 und 18 Jahren hätten sehr diffuse Vorstellungen vom Pflegeberuf. Viele Bereiche würden auch vom Berufsrecht nicht erfasst, es hinke hinter der Praxis nach. Man müsse also **Weiterentwicklungen einfordern und eine adäquate Bezahlung**, denn oft würden Fachkräfte zwar zusätzlich ausgebildet, sie könnten auch mehr verdienen aber dann nicht mehr als vorher. Das Thema des „Fleckerlteppichs“ in der Ausbildung sei schon angesprochen worden, man habe derzeit vieles parallel, Lehrgänge, Lehre usw. Vor allem die Ärztekammer würde beim Berufsrecht der Pflegenden oft viel verhindern, aber bisweilen auch die Länder und die Sozialversicherungen. Auch würden Dinge, die bereits zugesagt worden seien, dann nicht realisiert.*

*Man habe sich auch die Akademisierung mit einer Verknappung erkauft, um dann wieder die Assistenzberufe einsetzen zu können. Man wolle derzeit von den Assistenzberufen Dinge, die noch nicht im Gesetz implementiert seien. Ein Beispiel sei die Weiterverordnung von Medizinprodukten seit 2016. Auch das Monopol der Ärztekammer sei absurd. Dies würde durch „Poolkompetenzen“ ausgeglichen, aber in vielen Ländern dürften „Advanced Nurse Practitioners“ das Gleiche wie Allgemeinmediziner\*innen. Es gehe auch immer wieder um die Finanzierung, was die Politik dazu animiere, statt der teuren „3-Jährigen“ die billigeren „2-jährig Ausgebildeten“ zu nehmen. Die Gehälter im Pflegebereich müssten jedoch zwangsläufig mithalten mit der Industrie, da man sonst kaum mehr Personal finden würde.*

*Wenn man nun stolz darauf sei, dass die Auszubildenden im Pflegebereich 600 € im Monat bekommen würde, so sei das im Vergleich zu einem Maurerlehrling, der 1000 € bekäme, noch immer deutlich weniger. Im 3. Lehrjahr bekäme dieser Lehrling über 2000 €. Gerade in diesen ersten Jahren sei der Aspekt des Verdienstes sehr wohl entscheidend. Man beobachte aktuell eine **Pseudo-Akademisierung, aber auch eine***

Art „Delegations-Kaskade“, also ein Weiterreichen von verantwortungsvollen Tätigkeiten an immer schlechter Qualifizierte. Man müsse sich wehren gegen eine ausschließlich vom Kostenfaktor getriebene Fragmentierung der Arbeit, deren Sinnhaftigkeit angezweifelt werden könne. Was den „Skill-Grade-Mix“ (Durchmischung von Teams mit Pflegekräften mit unterschiedlichen Bildungsabschlüssen) betreffe, so würde die Quote von derzeit 80 % an Diplomierten in den Krankenhäusern gesenkt werden, die Frage sei nur, mit welcher Begründung. Eventuell würde dann die Quote von Diplomierten auf 70 % oder 60 % gesenkt werden, dafür gebe es aber keine evidenzbasierte und nachvollziehbare Begründung, außer dass es weniger kosten würde. Auch die GÖG gebe zu, dass ein wesentlicher Treiber dieser Entwicklung die Kostenfrage sei. Seitens der Politik werde auch das Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ gefordert. Die Grundvoraussetzung dafür sei aber eine adäquate Ausbildung.

Es habe sich auch gezeigt, dass besonders die **jüngeren Mitarbeiter\*innen eine andere Vorstellung der Balance Freizeit – Familienzeit – Arbeitszeit** hätten, in den NÖ. Pflegeheimen gäbe es beispielsweise eine Teilzeitquote von weit über 60 %, mittlerweile sei auch der Bedarf so groß, dass Personalisten auch ganz „exotische“ Arbeitsmodelle akzeptieren würden. Man müsse darauf Rücksicht nehmen, dass die Menschen Wert auf Erholung und ein Privatleben legten.

Man habe schon vor Jahren vor diesen Entwicklungen gewarnt, die nun eingetroffen seien. Es **fehlten aber noch präzise Bedarfs- und Entwicklungspläne**, eigentlich seien die Länder dazu verpflichtet, solche zu liefern. Man brauche auch verlässliche Berufsregister-Daten, und was es derzeit zum Beispiel in Niederösterreich nicht gäbe, sei die Erfassung der Teilzeit. Es reiche nicht aus, Köpfe zu zählen, wenn man nicht wisse, in welchem Ausmaß die Personen arbeiteten.

*Schäfer* verweist auf *Krutner* und dessen These, dass es mehrere „Zukünfte“ bzw. Zukunfts-Szenarien gäbe. Häufig gehe man von einer sehr negativen Variante der Zukunft aus, was kontraproduktiv sei. Die aktuelle Situation lasse sich in drei für den Stillstand typischen Sätzen zusammenfassen:

1. **„Es muss was geschehen, aber es darf nichts passieren.“ (K. Valentin)** Dies bedeute, dass die gängigen Logiken nicht aufgegeben werden dürften, man wolle an den Zuständigkeiten, Institutionen und Pfründen festhalten.
2. **„Es ist ja sonst auch immer irgendwie gegangen.“** Dies symbolisiere auch die Erpressbarkeit der Betroffenen, vor allem der Frauen. Man habe derzeit in Österreich Tausende Betten gesperrt, jedoch die alten Leute würden trotzdem betreut werden, irgendjemand würde es ja machen.
3. **„Es darf nicht mehr kosten.“**

Mit diesen drei Sätzen erreiche man jedoch den totalen Stillstand. Im Gegensatz dazu stünde der Satz von Joseph Beuys: „Die Zukunft, die wir wollen, muss erfunden werden, sonst bekommen wir eine, die wir nicht wollen.“

Häufig kämen auf die Frage, was die Pflege brauche, Antworten wie „bessere Rahmenbedingungen, mehr Geld, Wertschätzung“ usw. Sie wolle die Frage auch so verstanden wissen, dass man sich überlege, was die Pflege „von innen“, also aus der Berufsgruppe selber, brauche. Hier seien zum Beispiel der Wille und der Mut zu nennen, die aktuellen Bedingungen nicht zu akzeptieren, konkret z. B. eine Überlastungsanzeige zu machen, Nein zu sagen, wenn man am Abend erfahre, dass man für den Dienst am nächsten Tag einspringen müsse.

Es brauche auch Begeisterung und Leidenschaft für den Beruf, auch den Stolz, in seinem Umfeld zu zeigen, dass man in der Pflege tätig ist. Schäfer verweist in diesem Kontext auf das **Buch „Berufsstolz in der Pflege“ von German Quernheim und Angelika Zegelin**. Ebenso brauche es Intelligenz, Persönlichkeit und Lernbereitschaft, diese impliziere auch die Bereitschaft, von den jungen Pflegekräften Neues zu lernen. Reflexionsfähigkeit sei ebenso wichtig: ob man am richtigen Platz sei oder welche Bedürfnisse man habe.

Die **Makro-Ebene** (die Politik) müsse die gesetzlichen Rahmenbedingungen schaffen, auf der **Meso-Ebene** (den Institutionen) brauche man Vorbilder und mutige Führungskräfte, die mit Ermutigung führen würden, ebenso humanistische Werte, die diese Institutionen prägen, man brauche auch lernende Organisationen.

Wichtig sei, zu erkennen, dass im Bereich der **Mikro-Ebene** (des Pflegepersonals) eine Ausbeutungsbereitschaft bestehe (z. B. noch schneller zu arbeiten), es gebe auch einen „Hickhack“ nach innen, eine „horizontale Feindseligkeit“, wo die einzelnen Berufsgruppen gegeneinander agieren würden, anstatt gemeinsam an einem Strang zu ziehen. Auch würde Jammern als Linderungsstrategie sehr häufig eingesetzt, oft mit Wettbewerbscharakter, wer am besten jammern könne. Diese Einstellung würde schaden, da sie nicht aus dem „Jammertal“ hinausführe. Dies könne dazu führen, dass man sich rechtfertigen müsse, wenn man gerne arbeite. Oft bemerke man auch zu wenig Emanzipations- und Innovationsbereitschaft oder fehlende Übernahme von Verantwortung.



Dennoch beobachte man eine „Stagnation“ auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene (vgl. Folie 5):

**Change ist gut, allerdings nicht genug.**

**Beobachtbare, noch immer andauernde Stagnation auf der Meso-Ebene**

- Akzeptanz der Sparpolitik
- Inkaufnahme von Dequalifizierung bei Gesundheitsberufen
- veraltete Führungsstile
- Pfründe-Denken
- zu wenig Innovationsbereitschaft
- zu wenig Konsequenz gegenüber Personen, die besser nicht in Gesundheitsberufen arbeiten sollten
- zu wenig berufspolitisches Engagement
- zu wenig Mut gegenüber Makro-Ebene

Schäfer, Folie 5

**Jede der drei Ebenen müsse kritisch gesehen werden.** Man habe auch als Bürgerin/Bürger eine Verantwortung (z. B. durch das Wahlverhalten), aber auch durch Penetranz beim Nachfragen nach Lösungen. Man dürfe sich nicht auf den Status quo des Wohlfahrtsstaates verlassen. Man erlebe Neiddebatten, anstatt Verteilungsdebatten zu führen. Man verzeichne auch mangelnde Weitsicht und Tendenzen der Entsolidarisierung. Man brauche eine Transformation oder – wie Kardinal König es genannt habe – „eine Reformation der Gesinnung“. Schäfer bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

## Diskussion:

*Ecker* berichtet vom typischen Jammern des Personals in dem Pflegeheim, in dem sie gearbeitet habe, wo man schließlich eine „Nichtraucher-Zone“ geschaffen habe. Schäfer meint, es brauche kreative Methoden, mit diesem Phänomen umzugehen, die Frage sei, wie viel Raum man dem gebe oder wann einfach auch Schluss damit sein müsse.

Eine *Teilnehmende (Soziologin)* schildert die Situation, dass sie in dem Pflegeheim, in dem sie arbeite, für die Dokumentation ein Stand-PC verwendet würde, während der Pflege sei aber nie Zeit dafür, also würde die Dokumentation dann am Abend erledigt, oft nach dem Dienst. Es gäbe nun eine Digitalisierungsmaßnahme mit Smartphones, die man zu den Klient\*innen mitnehmen würde. Dies würde aber von den Pflegefachkräften abgelehnt. Sie bittet um Einschätzung der Teilnehmenden, die selbst in der Pflege arbeiten. *Schäfer* meint, es sei sicher aufgrund einer unterschiedlichen Altersstruktur schwierig, aber mit Unterstützung müsste es realisierbar sein. *Vierlinger (Volkshilfe)* berichtet, dass nach einer Gewöhnungsphase in der mobilen Pflege die digitalisierte Form der Dokumentation großen Zuspruch erfahren habe. Auch hier habe es Anfangsschwierigkeiten gegeben, für die man sich Zeit nehmen müsse. Eine weitere Teilnehmerin kann bestätigen, dass nach ihren Erfahrungen die Akzeptanz solcher Veränderungen stark von der Führung abhängig sei.

*Grosinger (Seniorenheim Seekirchen)* würde sich als Führungskraft von der Politik wünschen, dass man auf Bundesebene ein einheitliches Berechnungssystem für den Pflegeschlüssel einführen würde, das Salzburger Pflegegesetz sei z.B. sehr verwaschen, ein Problem sei auch, dass oft Gemeinden definieren würden, was „ausreichend“ sei. Nicht einmal im Flachgau, wo man sechs von der Gemeinde geführte Seniorenheime habe, gebe es einheitliche Maßstäbe.

*Ein Teilnehmer* merkt an, die Mikro-Ebene sei wichtig, in der Pflege brauche man aber auch einen gesunden Egoismus. Man müsse ein wenig wegkommen von der Vorstellung, dass man seine Arbeit primär für die Bewohner\*innen oder für die Kolleg\*innen mache. Erst wenn die Mitarbeiter\*innen gemeinsam an einem Strang ziehen würden, könne sich auf der Makro-Ebene etwas ändern bzw. dann müssten auch die Träger reagieren. *Ecker* meint, sie sei für das System der „Magnet Hospitals“ (ein Qualitätssiegel für besonders gute Einrichtungen), das auf die 1970er-Jahre in den USA zurückgehe. Eines der wichtigsten Qualitätskriterien sei die gute Führung gewesen, die ihr Personal vertritt, auch gegenüber der Politik. Dies gebe es auch in der Schweiz und funktioniere sehr gut. Eine Teilnehmerin merkt an, dass man für gute Führung auch Zeit brauche, hier stecke vieles noch im Argen, ein Beispiel sei die Praxisanleitung, für die oft nicht ausreichend Zeit sei.

*Ein weiterer Teilnehmer* geht auf das Thema der Praxisanleitung ein und berichtet, es sei eigentlich klar definiert, wie viel Zeit ein Auszubildender hier zu investieren habe. Es sei vielen nicht klar gewesen, dass das nicht nebenbei gehe. Aus ökonomischer Sicht könne er sagen, dass die Kontrollmenge, die für eine Führungskraft zumutbar sei, ca. 7 Personen (+/- 2) seien. Man brauche also auch eine Diskussion darüber, dass die Führung bzw. auch das mittlere Management gestärkt werden müsse. Es sei mittlerweile schwierig, für diese Funktionen (Heimleitung etc.) Bewerber\*innen zu bekommen. Es gehe um Handlungsmöglichkeiten und um Hebel, die man ansetzen könne. *Schäfer* verweist in diesem Kontext auf den in Österreich geborenen *Peter F. Drucker*, der in den 1950er-Jahren schon die Wichtigkeit der sozialen Kompetenz und der Selbstreflexionsfähigkeit bei Führungskräften erkannt habe.

*Beate Haberl* (Salzburg) möchte noch das Thema der Ethik der Pflege einbringen. Die Medizin könne zwar viel ermöglichen, aber man müsse schon vorher mit Betroffenen darüber reden, was medizinische Eingriffe im hohen Lebensalter bedeuten würden. Sie orte auch wenig Flexibilität in den Strukturen großer Institutionen, die mittlere Führungsebene habe oft wenig Entscheidungskompetenz. *Rupp* erwidert, dass es das Prinzip gebe, dass „Nutzloses“ nicht getan werden sollte, es könne sogar als Körperverletzung angesehen werden. Allerdings zeige sich hier das Problem, dass die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen oft nicht optimal sei. Bisweilen gebe es auch Druck seitens der Angehörigen. Man müsse immer abschätzen, ob Behandlung nicht in Quälerei ausarte, der Ethikdiskurs sei in jedem Fall zu führen und man müsse multiprofessionell diskutieren.

*Eine Teilnehmerin* (Sozialarbeiterin) sieht die Parallelen zwischen Arbeit in der Pflege und in der sozialen Arbeit, dort gebe es aber kein Berufsgesetz und gar keine Richtlinien für Weiterqualifikationen u.Ä. Man müsse sich auch als Berufsgruppen zusammenschließen, um für die Bevölkerung eine gute Versorgung zu gewährleisten. Eine weitere *Teilnehmerin* möchte noch auf das Thema des altersgerechten Arbeitens eingehen. Wenn man z.B. als ältere Pflegekraft keine Nachtdienste mehr machen könne/wolle, so gehe dies immer mit einem Einkommensverlust einher. *Ecker* ergänzt, man könne auch neue Formen eines Anreizsystems schaffen, z. B. 32 Stunden, und alles, was darüber sei, wäre lohnsteuerbefreit. Eine *Teilnehmerin* geht noch kurz auf das Thema Digitalisierung bzw. die zeitnahe Dokumentation ein, hier hätten ausländische Arbeitskräfte mit mangelnden Deutschkenntnissen Schwierigkeiten. *Ecker* verweist in diesem Kontext auf Diktiergeräte, die automatische Übersetzungen machen würden.

## ARBEITSGRUPPE 5: Wie kann man Betroffene und pflegende Angehörige zu Hause unterstützen? Welche Maßnahmen werden dazu gesetzt?

Impulse: Sabine Schrank, BMSGPK

Birgit Meinhard-Schiebel, Interessengemeinschaft pflegender Angehörige

Moderation: Petra Schmidt, Österreichisches Rotes Kreuz

Schmidt begrüßt die Anwesenden, sie stellt die beiden Referentinnen vor und erklärt den Ablauf.

Schrank möchte vor allem auf die Qualitätssicherung der häuslichen Pflege und die Maßnahmen des Bundes näher eingehen. Sie gibt einen Überblick darüber, was in den letzten 20 Jahren in diesem Bereich geschehen ist (vgl. Folie 3):

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

sozialministerium.at

### Überblick - Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege

<b>Hausbesuche bei PG-Bezieher:innen</b> § 33a BPGG	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>2004:</b> Schaffung gesetzlicher Grundlage in §33a BPGG</li><li>• <b>2005:</b> Implementierung der Maßnahme</li><li>• Hauptzielgruppe aus PFI ca. 20.000 + ca. 5.000 HB/Jahr bei diagnostizierter Demenz → <b>25.000 HB/Jahr</b></li></ul>
<b>Verpflichtende Hausbesuche 24-Stunden-Betreuung</b> §21b Abs 2 lit a,b,c BPGG	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>2007:</b> Förderung 24-Stunden Betreuung gemäß §21b BPGG</li><li>• <b>2009:</b> Start Pflichthausbesuche (§21b Abs 2 lit. b)</li><li>• <b>seit 2018</b> bei allen Förderwerber:innen einer 24-Stunden-Betreuung (§21b Abs 2 lit a,b,c)</li></ul>
<b>Hausbesuche „auf Wunsch“</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>seit 2015</b> auf Wunsch von Pflegegeldbezieher:Innen oder An- und Zugehörigen</li><li>• per E-Mail, Telefon oder über Pflegegeldantragsformular</li></ul>

ÖKSA Jahrestagung 2023

3

Schrank, Folie 3

Stichprobenartig würden bei Pflegegeldbezieher\*innen Hausbesuche gemacht, die der Beratung dienen, es seien dies ca. 20.000 kostenlose Hausbesuche pro Jahr plus

ca. 5000 Hausbesuche bei Personen mit Demenz. Dies erfolge durch das **Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege**. Anhand von sechs definierten Kriterien werde die konkrete Pflegesituation dargestellt. Verpflichtende Hausbesuche gebe es bei der 24-Stunden-Betreuung seit 2009. Ebenso gebe es die Hausbesuche „auf Wunsch“.

Ergebnisse aus der Jahresauswertung 2022 seien (vgl. Folie 6):

Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz | Sozialministerium.at

### Ausgewählte Ergebnisse Jahresauswertung 2022

	Hauptzielgruppe	24-Stunden-Betreuung
Anzahl Hausbesuche	22.363	15.166
Qualität der Pflege	in 92% vollständig & zuverlässig	In 98,6% vollständig & zuverlässig
Ø Alter PG-Bezieher:innen	76 Jahre (77 Jahre Frauen, 74 Jahre Männer)	85 Jahre (86 Jahre Frauen, 83 Jahre Männer)
Pflegegeld Stufe	60% PG-Stufe 1-3 23% PG-Stufe 4-5; 5% PG-Stufe 6-7	40% PG-Stufe 3-4 41% PG-Stufe 5; 18% PG-Stufe 6-7
Wohnsituation	40% leben alleine	60% leben alleine mit 24-HB
Inanspruchnahme mobiler Dienste	74% ohne mobile Dienste	87% ohne mobile Dienste
Hauptbetreuungsperson	86% der PG-Bezieher:innen davon 80% psychische Belastungen	56% der PG-Bezieher:innen neben 24-HB davon 69% haben psychische Belastungen
Demenz	19% fachärztlich festgestellte Demenz	38% fachärztlich festgestellte Demenz

ÖKSA Jahrestagung 2023 | 6

Schrank, Folie 6

Interessant dabei sei, dass die Qualität der Pflege generell in über 90% der Fälle „vollständig und zuverlässig“ sei. Auch das Alter der Pflegegeldbezieher\*innen sei relativ konstant. Was die Wohnsituation betreffe, so würden von den Pflegegeldbezieher\*innen 40% alleine leben, bei den Personen mit 24-h-Betreuung seien es 60%. Wichtig sei in diesem Kontext, sich anzusehen, wer von diesen Menschen eine Haupt-Betreuungsperson habe, also pflegende An- und Zugehörige. Dies seien bei der Hauptzielgruppe über 80%, davon seien wiederum 80% psychisch belastet. Auch bei den 24-h-Betreuten seien fast 70% der Haupt-Betreuungspersonen psychisch belastet.

2019 sei das **österreichische Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen** in der 24-Stunden-Betreuung ÖQZ-24 geschaffen worden, dieses solle für Vermittlungsagenturen die Möglichkeit schaffen, über die verpflichtenden Kriterien hinaus ein Qualitätszertifikat zu erwerben. Derzeit gäbe es 42 zertifizierte Agenturen, sie könnten unter [www.oeqz.at](http://www.oeqz.at) eingesehen werden. Die Agenturen müssten sich verpflichten, dass mindestens einmal im Quartal eine diplomierte Pflegerin einen Hausbesuch bei der betreuten Person mache.

Das **Angehörigen-Gespräch** sei eine weitere Maßnahme der Qualitätssicherung (vgl. Folie 8):

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

sozialministerium.at

## Das Angehörigengespräch (§ 33a BPGG)

- für pflegende Angehörige mit psychischer Belastung
- zum Aufarbeiten von Problemen, die sich durch belastende Pflegesituation ergeben
- Durchführung durch geschulte Psychologinnen und Psychologen
- **österreichweit, vertraulich und kostenlos**
- 10 Termine; daheim, außer Haus, telefonisch oder online
- Voraussetzung: Bezug oder Beantragung von Pflegegeld

✓ Möglichkeit zur Aussprache	✓ Information und Aufklärung zur Situationsbewältigung
✓ Bewusstmachen eigener Kräfte und Stärken	✓ Erhöhung der Lebensqualität
✓ Erkennen persönlicher Grenzen	✓ Eröffnung neuer Perspektiven
✓ Achten auf das eigene Wohlbefinden	✓ Aufzeigen regional verfügbarer Unterstützungsmöglichkeiten

ÖKSA Jahrestagung 2023 8

Schrank, Folie 8

Diese Maßnahme des Angehörigengesprächs sei seit 2016 möglich, wenn sich pflegende Angehörige belastet fühlten. Zunächst habe es ein Gespräch gegeben, das sei dann im Rahmen des ersten Pflegepakets auf fünf Gespräche ausgeweitet, mittlerweile könnten bis zu 10 Termine in Anspruch genommen werden. Voraussetzung sei der Bezug oder die Beantragung des Pflegegeldes. Die Hauptbelastungen, die seitens der pflegenden Angehörigen angegeben würden, seien z.B. Verantwortung,

Verzicht/Einschränkung, Angst/Sorge oder Überforderung. Die beratenden Psycho-  
log\*innen würden den Angehörigen Möglichkeiten der Entlastung aufzeigen.

Relativ neu sei das Angebot der **Community Nurses**, mittlerweile gebe es 116 Pilot-  
projekte in Österreich. Dieses Angebot könne einen Beitrag dazu leisten, dass Men-  
schen länger im eigenen Heim leben könnten und dass eine gezielte und individuelle  
Beratung erfolgen könne.

Es folgt eine Frage *einer Teilnehmerin* zu den Community Nurses, wo diese dann be-  
schäftigt seien, bei den Gemeinden oder einzelnen Trägern. *Schrank* führt aus, dass  
das Projekt derzeit evaluiert werde und die Übernahme noch Teil des Finanzaus-  
gleichs sei. Eine weitere *Teilnehmerin* erkundigt sich bezüglich der Hausbesuche, wer  
diese durchführen würde. *Schrank* antwortet, es handle sich dabei um diplomierte  
Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen, diese würden über das Kompetenzzentrum,  
das bei der SVS angesiedelt sei, rekrutiert, das Ministerium würde diese Hausbesuche  
bezahlen. Eine Teilnehmerin möchte noch wissen, ob das auch von jungen  
Pflegegeldbezieher\*innen bzw. deren Angehörigen in Anspruch genommen werden  
könne. *Schrank* bestätigt dies.

*Meinhard-Schiebel* führt aus, dass stichprobenartige Hausbesuche zwar wichtig, aber  
angesichts fast 1 Million pflegender Angehöriger wohl nicht ausreichend seien. Sie  
möchte die Perspektive der pflegenden Angehörigen näher erläutern, die sich bei der  
Interessengemeinschaft melden würden. Diese seien oft weit davon entfernt, eine  
qualitätsgesicherte Leistung zu bekommen, weil sie nicht wüssten, woher sie diese  
bekommen würden, da sie meist ganz plötzlich und unerwartet vor einer problemati-  
schen Situation stünden. Der typische Satz sei dann: „Damit habe ich nicht gerech-  
net.“ Wenn man einmal betroffen sei, sei man zunächst einmal „blind“, d.h., man  
wüsste nicht, wo man Hilfe bekomme, erkundige sich eher bei Bekannten oder Nach-  
barn. Dann würde eruiert, wer in der Familie den „Job“ der Pflege übernehmen solle,  
meist blieben da die Frauen übrig, die das oft übernehmen würden, ohne zu wissen,  
worauf sie sich einlassen. **Von fast 1 Million pflegender Angehöriger inklusive der  
Young Carers seien 80 Prozent Frauen, davon seien ca. 30 Prozent noch erwerbs-  
tätig**, die diese Pflege dann zusätzlich übernehmen würden, eventuell unter Redukti-  
on ihrer eigenen Beschäftigung und neben der üblichen Familienarbeit. Dies betreffe  
aber nicht nur die Pflege von alten Menschen, sondern auch von schwer behinderten  
Kindern, derzeit auch von Erwachsenen mit Long Covid, es seien alle Generationen  
betroffen.

Das Chaos am Beginn werde dann immer größer, je mehr Menschen sich einbringen  
würden, und man gerate in eine Art Labyrinth. *Meinhard-Schiebel* geht weiters auf

die **Problematik der Pflegekräfte in der 24-h-Betreuung** ein, die bisweilen in rechtlichen Grauzonen agieren müssten, da sie von den zu Pflegenden oder deren Angehörigen gebeten werden, Dinge zu tun, die sie eigentlich nicht tun dürften. Wenn sie einen Pflegefehler machten, hätten sie keinerlei Unterstützung durch die Agenturen. Sie würde sich **ein funktionierendes Entlassungsmanagement** wünschen, tatsächlich dürften die Entlassungsmanager\*innen nur agieren, solange die Personen im Krankenhaus seien, aber nicht mehr danach. Die große Hoffnung seien nun die Community Nurses gewesen, was aber noch immer fehlen würde, sei ein **„Versorgungspfad“**, der die einzelnen Schritte klar vorgeben würde.

Was wirklich helfen würde, wären **klare Gespräche in den Familien** mit Aufgabenverteilung, eine Art internes Management. Dies könne auch schon beispielsweise im Krankenhaus mit Ärzt\*innen und Pflegepersonal passieren. Dazu bräuchte es auch keine gesetzliche Verpflichtung seitens der Krankenhäuser, dies könne auch so gemacht werden, leider seien solche Vorgehensweisen derzeit nur Einzelfälle.

Immer **gehe es auch um Gefühle, Bedürfnisse und Abhängigkeiten** bis hin zur Erbschaft, dann erst könne man gemeinsam einen Weg durch den „Dschungel“ finden. Recherchen im Internet seien auch oft wenig hilfreich, es gebe mittlerweile auch schon Anbieter für alles Mögliche, auf diesem Markt würde auch Qualitätssicherung nicht greifen, weil er unüberschaubar sei.

*Meinhard-Schiebel* betont, dass die Situation pflegender Angehöriger so schwierig sei, da man einerseits versuche, den Pflegebedürftigen das zukommen zu lassen, was sie bräuchten, andererseits man oft auch die eigene Familie „in Schach halten“ müsse, abgesehen von der Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und Grenzen. Es fehle auch das Szenario, was man tun könne, wenn man überfordert sei, wohin man sich dann wenden könne. Als **Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger** habe man zwei „Arme“ entwickelt, zum einen die Koordinatorin, die als Drehscheibe und Ansprechpartnerin für Betroffene fungiere, den Leuten zuhören und auf deren Probleme eingehen würde. Sie selber würde zum anderen als „Wanderpredigerin“ agieren und jene Themen aufnehmen, die auf sie zukommen würden, als Beispiel nennt sie die Fälle dreier alleinerziehender Mütter, deren Angelegenheit mittlerweile bei der Volksanwaltschaft sei. Man habe 14 Forderungen an die Politik entwickelt, die auf der Website [www.ig-pflege.at](http://www.ig-pflege.at) abrufbar seien.

*Eine Teilnehmerin* berichtet von der **Senior\*innen-Beratung in Salzburg**, die versucht habe, Menschen ab einem gewissen Alter zu kontaktieren, der Rücklauf sei allerdings fast null gewesen. Die Leute würden erst dann kommen, wenn sie Unterstützung bräuchten. Ihre Frage sei, wie man am besten auf die Menschen zugehen oder



präventiv wirken könne. *Meinhard-Schiebel* erzählt von dem Versuch der spontanen Kontaktaufnahme in vier Häusern in Wien, wo man in allen Wohnungen eine Broschüre verteilt und das Angebot vorgestellt habe. Man werde nicht darum herumkommen, auf die Leute zuzugehen.

*Schmidt* eröffnet nun die Diskussion und bittet um Aufgreifen der vorbereiteten Themenbereiche. Eine *Teilnehmerin* meldet sich und berichtet von ihrem Projekt einer **Pflege-Drehscheibe in Graz**, dank deren die Angehörigen wüssten, wo sie andocken können. Die Arbeit umfasse das Entlassungsmanagement, es sei auch eine Community Nurse eingebunden und es gebe auch Helferkonferenzen. Auch die Öffentlichkeitsarbeit sei ein wichtiger Aspekt, diese würde gut funktionieren. Man begleite die Angehörigen und die Betroffenen sehr lange, die Stadt Graz würde auch in einem Pilotprojekt 15 pflegende Angehörige anstellen.

Ein *Teilnehmer* möchte bezüglich der **Hausbesuche** wissen, ob diese getaktet seien oder bei Bedarf in Anspruch genommen würden. *Schrank* antwortet, dass bei der Hauptzielgruppe vor allem jene herausgenommen würden, die schon vor langer Zeit einen Pflegegeldantrag gestellt oder einen Erhöhungsantrag eingereicht hätten. Man sehe aber größere Einschnitte, die im Leben der Personen passiert seien, nicht. In der 24-h-Betreuung gäbe es Hausbesuche bei Beantragung der Förderung, durch die Ausweitung der Besuche auf 4x im Jahr erwarte man sich natürlich auch neue Erkenntnisse und dass ein kontinuierlicher Kontakt erfolgen könne.

*Schmidt* stellt die Frage nach der **Bekanntheit dieser Angebote in der Bevölkerung** und wo die Lücken zu identifizieren seien. Es meldet sich *Claudia Eder* (Diakoniewerk Salzburg), ihre Institution biete auch Entlastung für Angehörige an, ihr falle dabei auf, dass viele Menschen diese Angebote wie die Angehörigengespräche nicht kennen würden. Eine *Teilnehmerin* aus dem Burgenland berichtet, dass man präventiv kaum Hausbesuche machen würde, aber man müsse sehr wohl aktiv in den Gemeinden Beratungen machen, auch **Beratungsstammtische** und Informationsveranstaltungen bezüglich des Angebotes. Die mobilen Dienste würden diese Aufgabe nicht abdecken können. Es sei wichtig, **Netzwerke** zu bilden, da viele pflegende Angehörige nicht wüssten, welche Angebote es gebe und wie sie ihre Situation optimieren könnten. Eine weitere *Teilnehmerin* knüpft daran an, ihr sei aufgefallen, dass die Generation, die bereits hilfsbedürftig sei, daran oft eher interessiert sei, nicht aber deren Angehörige. Vielleicht wäre es also zielführend, Menschen ab einer gewissen Altersgruppe zu informieren.

Eine *Teilnehmerin* aus Tirol möchte auf die ganz **spezifische Problematik der Pflege junger Menschen** hinweisen, wo oft die Pflegepersonen früher sterben würden als die Betreuten. Auch hier hätten viele Betroffene ein Informationsdefizit bzw. hätten sie auch den Eindruck, dass ihre Probleme nicht gehört würden. Dies seien ganz spezifische Problemfälle, auch wenn zum Beispiel Kinder ihre Eltern betreuen. Hier bedürfe es ganz gezielter Anlaufstellen und einer Stimme in der Öffentlichkeit, auch weil es sich um eine kleinere Gruppe handle, die betroffen sei.

Eine *Teilnehmerin* der AK Salzburg möchte noch bezüglich der Community Nurses anmerken, dass diese durchaus ein Zugang sein könnten für pflegende Angehörige, da es schwierig sei, diese zu erreichen und sie durchaus Informationsbedarf hätten. Man könne eine grundsätzliche Information über diverse Angebote ebenso über den Pflegegeld-Bescheid übermitteln. *Schrank* berichtet, dass es dies zum Teil bereits gebe, sie diese Anregung aber gerne mitnehmen würde. *Barbara Thöny* (SPÖ-Landtagsclub Salzburg) merkt an, dass auch sie im Rahmen ihrer Tätigkeit auf die Leute zugehen würde, denn viele Anlaufstellen seien einfach nicht bekannt. *Meinhard-Schiebel* sagt abschließend, dass es darum gehe, das vorhandene Angebot nachhaltiger – wie die tägliche Werbung – zu platzieren. *Schmidt* bedankt sich bei den Anwesenden für die Teilnahme an der Arbeitsgruppe.

## Kurzberichte aus den Arbeitsgruppen:

### ARBEITSGRUPPE 1:

*Schalek* fasst die Ergebnisse der Arbeitsgruppe 1 zusammen. Man habe zu wenig Zeit gehabt, da es schwer sei, die Vielzahl an verschiedenen Aspekten der Pflege festzumachen. Man müsse sich in der Pflege klar von einer Tätigkeits- und Medizinorientierung wegentwickeln, der Kern bestehe darin, in Beziehung zu treten und Vertrauen aufzubauen. Man müsse damit beginnen, was man für die Betroffenen tun könne. Dazu brauche es gewisse Grundsätze, insbesondere bezüglich der Würde der Betroffenen. Eine Definition dieser Würde sei, dass Menschen, die Pflege brauchen, in keiner Weise gedemütigt werden sollten. Weiters solle sich das Verständnis von Pflege wegbewegen von der reinen Orientierung an der Medizin und sich als autonomer Tätigkeitsbereich verstehen. Dafür bräuchte es allerdings auch die entsprechende Zeit und passende Rahmenbedingungen.

### ARBEITSGRUPPE 2:

*Unteregger* betont, ein wesentlicher Punkt, der sich in der Arbeitsgruppe 2 herauskristallisiert habe, sei die Uneinheitlichkeit des Pflegeangebots in den einzelnen Ländern, hier müsste steuernd eingegriffen werden. Der Bund sollte mehr Kompetenzen übernehmen, aber auch in den Gemeinden sollten die Verantwortlichkeiten stärker verankert werden. Ebenso wäre es wichtig, verstärkt in Prävention zu investieren, damit man erst so spät wie möglich Pflege und Betreuung in Anspruch nehmen müsse.

### ARBEITSGRUPPE 3:

*Marschitz* fasst als Ergebnis der Arbeitsgruppe 3 zusammen, dass der zukünftige Personalbedarf bei Fortschreiben des Status quo nicht zu decken sein werde, man müsse also auch auf Bedarfsseite ansetzen.

Einige Maßnahmen seien mit Blick auf verschiedene Zeithorizonte als wichtig erachtet worden, zum Beispiel die Verbesserung des Images des Pflegeberufs, Anreize zum Arbeiten in der Pension, Zivildienst zu nutzen sowie der Abbau von Bürokratie auch im Zusammenhang mit der Nutzung moderner Technologien. Bei den kurzfristigen Maßnahmen greift Marschitz die Analyse der Teilzeitquote und den Anreiz zu einem höheren Beschäftigungsausmaß heraus. Mittelfristig ginge es vor allem um Effizienz- und Fehl-Allokationen, zum Beispiel würde das Thema Einsamkeit viele Ressourcen binden, was durch Besuchsdienste oder neue Wohnformen aufgefangen werden könne. Langfristig gehe es darum, die Gesellschaft altersfit zu machen, insbesondere durch Prävention und innovative Maßnahmen.

#### **ARBEITSGRUPPE 4:**

Ecker nennt als wesentliche Erkenntnis aus der Arbeitsgruppe 4, dass man ein klares Berufsbild in der Pflege sowie realistische und attraktive Karrieremodelle benötige. Auch die Gehälter in den Gesundheitsberufen müssten mit der Industrie korrelieren. Auf der Mikro-Ebene (also bei den Pflegekräften selbst) müsse man Stolz auf den Beruf, Begeisterung, Lernbereitschaft, aber auch Selbstfürsorge fördern. Die Meso-Ebene (Führungsebene) müsse Vorbild sein, als lernende Organisation, mit ausreichend sozialer Kompetenz der Führungskräfte. Die Makro-Ebene wiederum solle jene Rahmenbedingungen schaffen, die ein professionelles Arbeiten ermöglichen.

#### **ARBEITSGRUPPE 5:**

*Schmidt* fasst zusammen, dass sich im Zuge der Diskussion in der Arbeitsgruppe 5 herausgestellt habe, es sei besonders schwierig, wenn eine Pflegesituation akut ein-trete. Man müsse aktiv auf die Personen zugehen, eventuell sich präventiv ab einem gewissen Alter aktiv an die Bevölkerung wenden. Wichtig sei der direkte Kontakt, sei es durch Community Nurses oder durch Pflege- und Betreuungsberufe. Ein zweiter Faktor sei, dass es nicht nur am Beginn schwierig sei, sondern auch dann, wenn sich die Pflegesituation akut verschlechtere. Es würden für die Betroffenen konkrete Ansprechpersonen benötigt. Man hoffe zwar darauf, dass Menschen sich rechtzeitig mit diesen Themen auseinandersetzen bzw. sich auf solche Situationen vorbereiten würden, dies passiere allerdings kaum.



*Michael Opriesing, Präsident des ÖKSA*

## **Schlussworte**

*Opriesing* bedankt sich bei den Referent\*innen, den Impulsgeber\*innen und Moderator\*innen der Arbeitsgruppen sowie den Podiumsgästen, insbesondere für deren aufmunternde Statements am Ende der Konferenz. Es sei sehr wichtig, dass man mit positiven Gedanken aus der Veranstaltung gehe. *Opriesing* bedankt sich weiters bei den anwesenden Teilnehmer\*innen sowie bei den Diskutant\*innen. Sein weiterer Dank gilt *Irene Köhler* und ihrem Team für die perfekte Vorbereitung der Veranstaltung und ganz besonders auch dem Land Salzburg für die Unterstützung.

Man werde sich in fast genau einem Jahr wiedersehen, nämlich am **7. November 2024 in Graz**. Die Informationen dazu würden rechtzeitig übermittelt werden, man werde sich inhaltlich mit dem Thema „Langzeitpflege und Altersarmut“, also der Leistbarkeit der Pflege, beschäftigen.

*Opriesing* wünscht allen Anwesenden eine gute Heimfahrt, bedankt sich für das Kommen und beschließt die Konferenz.

## MITWIRKENDE

### **Dr. Christine Ecker**

Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs

### **SC Mag. Manfred Pallinger**

BMSGPK

### **DSA Mag. Andreas Eichhorn, MBA**

Amt d. Salzburger LReg., Abteilung Soziales

### **Mag. Anna Parr**

GS Caritas Österreich

### **Priv.-Doz. Dr. Ulrike Famira-Mühlberger**

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

### **LR Ing. Christian Pewny**

Amt d. Salzburger LReg.

### **Dr. Martina Kainz, MSc**

Dokumentation

### **MMag. Dr. Elisabeth Rappold**

Gesundheit Österreich GmbH

### **Claudia Klambauer**

ÖKSA

### **Prof. Dr. Bernhard Rupp, MBA**

AK NÖ

### **Prof. Dr. Thomas Klie**

EFH Freiburg

### **Mag. Dr. Margit Schäfer**

Managementcenter Innsbruck

### **Irene Köhler**

GF ÖKSA

### **Mag. Kurt Schalek**

AK Wien, Gesundheitsberuferecht

### **Peter Kollowrat**

Ensemble Musikum

### **DGKS Petra Schmidt**

Österreichisches Rotes Kreuz

### **Mag. Mag. Simon Krutter, Ph.D., BA**

Paracelsus Medizinische Privatuniversität

### **Mag. Sabine Schrank**

BMSGPK IV/B

### **Mag. Walter Marschitz**

Präsident Sozialwirtschaft Österreich

### **Stefan Tautz, MSc. MBA**

Hilfswerk Salzburg

### **Birgit Meinhard-Schiebel**

Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger

### **Dr. Birgit Trukeschitz**

WU Wien, Forschungsinstitut für Altersökonomie

### **Pfr. Dr. Maria K. Moser**

Diakonie Österreich

### **Dr. Sonja Unteregger**

Amt d. Salzburger LReg., Abteilung Soziales

### **Mag. Michael Opriesnig**

Österreichisches Rotes Kreuz

## DIE TEILNEHMER:INNEN DER JAHRESKONFERENZ 2023 KAMEN AUS FOLGENDEN ORGANISATIONEN

A.ö. Krankenhaus Barmherzige Brüder Salzburg  
AK NÖ  
AK Salzburg  
AK Wien  
Ambulante Dienste Salzburg  
Amt der Kärntner Landesregierung  
Amt der Niederösterreichischen Landesregierung  
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung  
Amt der Salzburger Landesregierung  
Amt der Steiermärkischen Landesregierung  
Amt der Stadt Dornbirn  
Arbeiterkammer Salzburg  
Arbeiter-Samariter-Bund Burgenland  
Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs  
ARGE NÖ Pflegeheime  
Ausbildungszentrum der Caritas  
Austria Assisted Living GmbH  
BMSGPK  
Caritas der Erzdiözese Salzburg  
Caritas der Erzdiözese Wien  
Caritas Oberösterreich  
Caritas Österreich  
Caritasverband der Erzdiözese Salzburg  
Caritas Diözese St. Pölten  
Dachverband der Sozialversicherungsträger  
datenkompass  
Diakonie Österreich  
Diakoniewerk Salzburg  
DV Wiener Sozialeinrichtungen  
EFH Freiburg  
Ensemble Musikum  
Erwachsenenhilfe  
Fachhochschule für Soziale Arbeit  
Familienberatungsstelle  
Ferdinand Porsche FernFH  
FH Salzburg  
Fonds Soziales Wien  
Fonds Soziales Wien, Bildungszentrum  
Gesundheit Österreich GmbH  
HABIT Haus der Barmherzigkeit  
Hauskrankenpflege Vorarlberg  
Hilfswerk Niederösterreich  
Hilfswerk Österreich  
Hilfswerk Salzburg  
Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger  
Johannes Kepler Universität Linz  
Jugend am Werk  
Klub der Grünen  
Krankenhaus der Elisabethinen Graz  
Krankenpflegeverein Strasswalchen  
Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser  
Land Salzburg  
Landeshauptstadt Innsbruck  
Lebenshilfe  
Lebenshilfe Niederösterreich  
Lebenshilfe Österreich  
Lebenshilfe Tirol  
Managementcenter Innsbruck  
Marktgemeinde Eugendorf  
Marktgemeinde Strabwalchen  
NÖ Landesgesundheitsagentur  
ÖKSA  
Österreichisches Rotes Kreuz  
Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit  
Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung  
Paracelsus Medizinische Universität Salzburg  
Pflegeserviceburgenland GmbH  
Salzburger Landeskliniken  
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Salzburg  
SeneCura Sozialzentrum Salzburg Lehen  
Seniorenhaus Seekirchen  
Seniorenresidenz Schloss Kahlsperg  
Sozialwirtschaft Österreich  
SPÖ Landtagsklub Salzburg  
Stadt Graz  
Stadt Linz  
Stadt Salzburg  
Stadt Wien  
Stadt Wien – Büro des amtsführenden Stadtrates  
Tirol Kliniken  
Tiroler Arbeitsmarktförderungsgesellschaft mbH  
Universität Wien  
Verein Aktiv Hauskrankenpflege und Seniorenbetreuung  
Verein Pro Senectute  
VertretungsNetz  
Volkshilfe Gesundheits- und Soziale Dienste GmbH  
Volkshilfe Österreich  
Volkshilfe Salzburg  
Volkshilfe Wien  
WU Wien, Forschungsinstitut für Altersökonomie  
Zentrum für Sozialwirtschaft