



PFLEGE UND BETREUUNG ALS KNAPPES GUT

Auswirkungen – Chancen – Strategien

JAHRESTAGUNG 2024

**7. November 2024
Klagenfurt, Kärnten**



Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

PFLEGE UND BETREUUNG ALS KNAPPES GUT

AUSWIRKUNGEN – CHANCEN – STRATEGIEN

**DOKUMENTATIONEN DER
JAHRESKONFERENZ 2024**

07. November 2024



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

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
www.oeksa.at

Produktion: Info-Media, 1010 Wien, office@info-media.at
Coverfoto: istockphoto.com/miodrag_ignjatovic

INHALTSVERZEICHNIS

ERÖFFNUNG

Begrüßung: <i>Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA</i>	5
Eröffnung (Videobotschaft): <i>Johannes Rauch, Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Ehrenpräsident des ÖKSA</i>	7
Begrüßung: <i>Beate Prettner, Landesrätin für Chancengleichheit, Gesundheit und Pflege, Land Kärnten</i>	9
Zum Geleit: <i>Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA</i>	11

VORTRÄGE

<i>Christoph Badelt, Präsident des Fiskalrates</i> Pflege und Betreuung als knappes Gut: Volkswirtschaftliche und soziale Effekte	13
<i>Brigitte Juraszovich, Gesundheit Österreich GmbH</i> Personalmangel in Pflege und Betreuung – Auswirkung auf Betroffene, Angehörige und das Pflegesystem und mögliche Lösungsansätze	27
<i>Kai Leichsenring (European Centre for Social Welfare Policy and Research)</i> Internationale Modelle und Erfahrungen ressourcenorientierter Langzeitpflege	43
<i>Petra Rösler (Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt)</i> Verschiedene Verantwortungen auf dem Weg zum gemeinsamen Ziel: Wo Bund, Länder, Organisationen und Individuen aktiv ansetzen können	61

WORKSHOPS: ZUKUNFTSSTRATEGIEN UND CHANCEN

Workshop 1: Multiprofessionalität als Chance

Impulse: *Monika Wild (Österreichische Gesellschaft für Care & Case Management)*

Moderation: *Elisabeth Anselm (Geschäftsführerin Hilfswerk Österreich)* 69

Workshop 2: Digitalisierung und KI als Chance

Moderation: *Alexander Strelt (Caritas Österreich)* und

Kurt Schalek (Arbeiterkammer Wien) 81

Workshop 3: Formelle und informelle Freiwilligenarbeit als Chance

Impuls und Moderation: *Eva More-Hollerweger (NPO-Kompetenzzentrum)*

Co-Moderation und Vertretung von Petra Schmidt (Rotes Kreuz):

Deborah Drgac-Brandauer (Rotes Kreuz) 95

Workshop 4: Caring Communities als Ort der partizipativen und subsidiären Versorgung

Impuls: *Armin Oertel (Q8, Hamburg)*

Moderation: *Petra Rösler (Diakonie Österreich)* 115

ABSCHLUSS IM WORLD CAFÉ

Mögliche Empfehlungen an die Politik für

die Regierungsperiode 2024–2029 131

ANHANG

Mitwirkende 134

Organisationen 135

Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA

Begrüßung

Opriesnig bedankt sich bei der Musikgruppe sehr herzlich für die Eröffnung und begrüßt die anwesenden Gäste, er freue sich als gebürtiger Kärntner, im altherwürdigen Spiegelsaal in Klagenfurt diese Konferenz abhalten zu dürfen. Er stellt sich vor als Generalsekretär des Österreichischen Roten Kreuzes, bei der Jahrestagung hier sei er allerdings in seiner Funktion als Präsident des Österreichischen Komitees für Soziale Arbeit aktiv. Er freue sich durch die Jahrestagung führen zu dürfen. Er begrüßt besonders herzlich die Landesrätin *Beate Prettnner* und bedankt sich bei ihr und auch bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die das ÖKSA bereits im Vorfeld bei der Organisation der Veranstaltung tatkräftig unterstützt haben. Man wolle nun mit einer Grußbotschaft des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz *Johannes Rauch*, Ehrenpräsident des ÖKSA, starten. Dieser habe es zwar nicht persönlich zur Veranstaltung geschafft, aber *Opriesnig* begrüßt als Vertretung sehr herzlich *Martin Zach*, den Sektionschef der Sektion IV für Pflegevorsorge, Behinderten- und Versorgungsangelegenheiten im Sozialministerium.

*Johannes Rauch, Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und
Konsumentenschutz, Ehrenpräsident des ÖKSA*
Eröffnung (Videobotschaft)

BM *Rauch* betont, er freue sich sehr, alle Anwesenden in Kärnten begrüßen zu dürfen. Er dankt allen Partner*innen des ÖKSA, das es sich zur Aufgabe gemacht habe, Vertreterinnen und Vertretern aus verschiedensten Bereichen der sozialen Arbeit eine gemeinsame Plattform zu bieten. In einer Zeit schneller Veränderungen und komplexer Herausforderungen sei der kontinuierliche Dialog zwischen den Schlüsselpersonen der österreichischen Sozialpolitik unverzichtbar. Diese Plattform des ÖKSA biete nicht nur Raum für Gespräche, sondern fördere gezielt Diskussionen und die Entwicklung nachhaltiger Lösungen. Dafür wolle der Bundesminister allen Partner*innen seinen besonderen Dank aussprechen. Das Thema der Jahrestagung „Pflege und Betreuung als knappes Gut“ mache deutlich, dass eine verstärkte Kooperation und ein vertiefter Austausch unverzichtbar seien. Denn der wachsende Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonen in einer alternden Gesellschaft sei eine große Herausforderung. Die steigende Belastung von Angehörigen, die komplexen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sowie der Druck auf alle Fachkräfte beträfen uns alle.

Gleichzeitig biete jedoch diese Herausforderung auch Chancen, zum Beispiel durch innovative Ansätze, die Qualität der Pflege zu sichern und zu verbessern, es liege an uns selbst, gemeinsam zukunftsfähige Lösungen zu finden. Nach jahrelangem Stillstand in der Pflegepolitik sei es gelungen, drei umfassende Reformpakete zu realisieren, es seien insgesamt mehr als 40 Maßnahmen beschlossen worden, die darauf abzielten, die Ausbildungs-, Arbeits- und Zugangsbedingungen der Pflegekräfte zu verbessern. Ein zentraler Schwerpunkt sei dabei, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, um neue Fachkräfte zu gewinnen und bestehendes Personal zu entlasten. Zudem würde großer Wert auf die Unterstützung betreuender Angehöriger gelegt, da diese eine tragende Säule unseres Pflegesystems bildeten. Das Ziel sei es, das Pflegesystem nachhaltig zu stärken, um für zukünftige Herausforderungen gerüstet zu sein. Abschließend betont BM *Rauch*, dass die Gestaltung einer zukunftsfähigen Pflege nur durch gemeinsames Handeln möglich sei. Er sei darüber hinaus überzeugt, dass die Diskussionen im Rahmen der Konferenz in Klagenfurt wichtige Anregungen für zukünftige Schritte liefern würden. Der Minister wünscht noch eine erfolgreiche Tagung, er bedankt sich bei allen für ihre Arbeit und ihr Engagement.

Opiresnig bedankt sich für die Grußbotschaft von BM *Rauch*, er bittet die Landesrätin *Dr. Beate Prettnner* um ihre Begrüßungsworte.

*Beate Prettner, Landesrätin für Chancengleichheit, Gesundheit und Pflege,
Land Kärnten*

Begrüßung

Prettner betont, es sei für sie ein erfreulicher Blick in den Spiegelsaal, einen ehrwürdigen Saal, der zu ganz besonderen Anlässen genutzt würde. Das ÖKSA habe in Österreich eine lange Tradition, es sei nach der Flüchtlingskrise aus Ungarn gegründet worden, als viele Menschen nach Österreich geflüchtet seien. Damals hätten sich die wichtigsten Proponenten zusammengetan und man habe versucht, die damaligen Probleme gemeinsam zu lösen. Genau dies sei noch immer die zentrale Aufgabe des ÖKSA, nämlich die bestehenden Herausforderungen gemeinsam zu bewältigen. Diese Organisation stelle auch ein soziales Gewissen dar, welches Bund, Länder und Gemeinden verbinde, und man versuche gemeinsame Lösungen für Herausforderungen zu finden, die sich in den letzten Jahren immer häufiger gestellt hätten.

Man habe diesmal das Thema „Pflege und Betreuung als knappes Gut“ gewählt, diese Thematik sei bereits vorhersehbar gewesen, wenn man sich die Alterspyramide in Österreich ansehe. Man sei nun mitten in einer schwierigen Situation, die man zu bewältigen habe, und stehe vor einer großen und schwierigen Aufgabe. *Prettner* wolle auch daran erinnern, dass man im Jahr 1961 das geburtenreichste Jahr in der Geschichte Kärntens gehabt habe, nämlich mit 11.000 Geburten pro Jahr, heute seien es 4.600. Man habe also derzeit – verglichen mit 1961 – 400.000 Menschen weniger, die unter 19, jedoch 550.000 Menschen mehr, die über 70 Jahre seien. Diese Situation werde sich in den nächsten Jahren noch einmal verschärfen, man gehe davon aus, dass 2040 über 40 % der Bevölkerung über 60 Jahre sein würden.

Man müsse die damit verbundenen Herausforderungen angehen, ein wesentlicher Punkt sei dabei das Thema der Prävention, das bisher noch nicht ausreichend genutzt worden sei, und zwar eine Form der Prävention, die von Kindesbeinen an gelebt und in unseren Alltag integriert werden müsse. Die Forschung zeige, dass man dadurch viel dazu beitragen könne, um in unserem heute längeren Leben auch mehr gesunde Lebensjahre zu ermöglichen. Dies müsse in jedem Fall stärker forciert werden.

Derzeit sehe man besondere Herausforderungen in der institutionellen Pflege, die früher in den Familienverbänden geleistet worden sei, hier habe man viele Aufgaben zu bewältigen, wie man das Älterwerden in der Gesellschaft organisieren wolle. Man müsse sehen, wie man viele Menschen in den Pflegeberuf bekommen könne, um auch jene zu entlasten, die bereits in diesem Beruf tätig seien. Dies sei eine schwierige Aufgabe und *Prettner* sei bereits sehr gespannt auf die Ausführungen im

Laufe der Konferenz. In Kärnten habe man seit 2019 das Modell der „Pflegenahversorgung“ entwickelt, das sich sehr gut etabliert habe. Es beinhalte auch das Modell der „Community Nurse“ des Bundes und ziele darauf ab, Professionisten in den Gemeinden einzusetzen, um Abläufe in Gang zu bringen und für die Menschen vor Ort maßgeschneiderte Lösungen zu finden. Von den 132 Gemeinden in Kärnten habe man dieses Modell bereits in 99 Gemeinden etabliert.

Es habe sich dabei auch etwas entwickelt, mit dem man in diesem Ausmaß nicht gerechnet habe, dass nämlich dabei auch das Ehrenamt eine sehr große Rolle spiele. Es hätten sich in den betroffenen Gemeinden rund um die dort tätigen Professionist*innen auch Personen gemeldet, die freiwillig einen Beitrag für die Gesellschaft leisten wollen. Man habe in Kärnten rund 600 Menschen, die bereit seien, ältere Menschen ehrenamtlich zu unterstützen, und beispielsweise Fahrtendienste übernehmen und Einkäufe erledigen würden. Auch dies könne ein Puzzlestein zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen sein.

Man habe aber natürlich auch die Pflege als Beruf gestärkt, beispielsweise mit finanziellen Anreizen für die Auszubildenden oder durch das vom Bund eingeführte Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz, das eine Bonuszahlung für die Pflegekräfte ermögliche. Dies seien wichtige Anreize, um in den Pflegeberuf zu gehen und dort auch zu bleiben. Nun freue sie sich auf die Ausführungen der Referent*innen, auch um weitere Ideen zu bekommen, wie man das Problem angehen und vor allem auch die hohe Qualität der Pflege gewährleisten könne. *Prettner* wünscht allen Anwesenden noch einen spannenden Vormittag.

Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA
Zum Geleit

Opriesnig wolle mit einer vielleicht etwas irritierenden Geschichte beginnen, die zum Nachdenken anregen solle: Alle Menschen würden alle gleich alt geboren, warum sollten nicht auch alle gleich alt sterben? Die Alten seien so teuer geworden, dass sie den Wohlfahrtsstaat gefährden würden. Daher sollte auch ihr Leben mit 70 Jahren beendet werden, die Menschen müssten wissen, was sie zu tun hätten nach ihrem Arbeitsleben. Diese Geschichte existiere derzeit nur in einem Buch des schwedischen Schriftstellers *Carl-Henning Wijkmark* „Der moderne Tod. Vom Ende der Humanität“. *Wijkmark* habe dieses Buch bereits 1978 geschrieben, doch der gesellschaftspolitische Sprengstoff der Alterung unserer Gesellschaft sei wahrscheinlich noch immer nicht hinreichend erkannt. *Wijkmarks* Vision sei zwar sehr extrem, aber sei sie auch übertrieben angesichts der politischen Entwicklungen der letzten Jahre? Es sei jedenfalls Zeit, diese Vision zur Kenntnis zu nehmen. Pflege und Betreuung seien knappe Güter, wie man im Laufe der Konferenz noch hören werde. Knappe Güter seien nicht nur teuer, sie stünden auch für ein Missverhältnis innerhalb der Gesellschaft.

Als „Urvater“ von apokalyptischen Prognosen gelte auch Thomas Malthus, der bereits im 18. Jahrhundert vorgerechnet hatte, dass das Angebot an Lebensmitteln nicht mit dem Bevölkerungswachstum mithalten werde und Hungerkatastrophen die Folge sein würden. Glücklicherweise sei dann doch alles anders gekommen, denn die industrielle Revolution habe für Wohlstand gesorgt. Diese Revolution damals sei aber nicht naturgegeben gewesen und auch nicht von selbst gekommen, sondern sie sei von Menschen gestaltet worden. Es müsse also auch heute nicht nur eine Pflege-reform, sondern eine Pflegerevolution gestaltet werden. Aber auch wenn diese schnell komme, sei sie vielleicht zu langsam, man sei einfach sehr spät dran. Es brauche also ein ganzes Bündel an Maßnahmen, um die Situation zu entschärfen, und an einigen dieser notwendigen Maßnahmen werde man während dieses Konferenztages arbeiten. *Opriesnig* wünscht für diese Konferenz den größtmöglichen Erfolg im Sinne jener Menschen, für die alle hier Anwesenden da seien. Er bedankt sich für die Aufmerksamkeit und leitet über zum Programm.

Christoph Badelt, Präsident des Fiskalrates

Pflege und Betreuung als knappes Gut: Volkswirtschaftliche und soziale Effekte

Opriesnig freut sich ganz besonders, als ersten Gastredner den *Keynote-Speaker Prof. Dr. Christoph Badelt* begrüßen zu dürfen, den er durchaus als Freund des Österreichischen Komitees für Soziale Arbeit bezeichnen könne. *Badelt* ist emeritierter Professor für Wirtschafts- und Sozialpolitik und hat sich mit den Problemen und Konflikten im Sozialstaat und möglichen Lösungen auseinandergesetzt, dabei sei immer auch ein Fokus auf den Bereich der Non-Profit-Organisationen gelegt worden. *Badelt* war in mehreren leitenden Funktionen an der WU Wien tätig, bevor er dort 2002 zum Rektor ernannt wurde. Zwischen 2016 und 2021 war *Badelt* Chef des Wirtschaftsforschungsinstituts (WIFO) und seit 2021 ist er Präsident des Fiskalrates und Vorsitzender des Österreichischen Produktivitätsrates. *Badelt* ist Autor zahlreicher Bücher und anderer wissenschaftlicher Publikationen. *Opriesnig* bedankt sich bei *Badelt* für sein Kommen und bittet ihn um seine Ausführungen.

Badelt bedankt sich für die Einladung, er betont, er sei ein Freund des ÖKSA, er freue sich, bei dieser Konferenz dabei zu sein. Er könne allerdings zum Thema der Konferenz nur wenige Lösungen, aber viele Fragen beitragen. *Badelt* habe sich vorgenommen, das Thema Pflege aus der Perspektive der „Lehrbuch-Wirtschaftswissenschaft“ zu beleuchten. Dabei wolle er immer wieder auch Brücken zur Praxis schlagen, und man werde sehen, dass diese Perspektive einerseits erhellend sei, andererseits aber auch viel mehr Fragen aufwerfe als nur jene, woher das Geld oder das Personal für die Pflege kommen sollte.

1. Ausgangspunkte

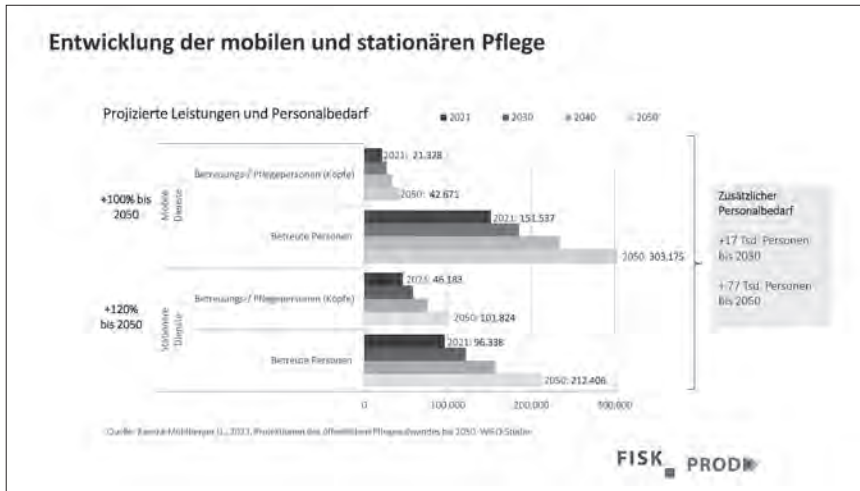
Umgangssprachlich bedeute der Begriff der Knappheit, dass ein Gut oder eine Leistung nicht ausreichend zur Verfügung stehe, also weniger davon vorhanden sei, als ein Mensch gerne hätte bzw. brauche. Aus der Perspektive der Wirtschaftswissenschaften und der Sozialpolitik sei diese Definition allerdings nicht ausreichend. Es stelle sich auch die Frage, ob es generell nicht genug gebe oder ob man sich etwas einfach nicht leisten könne, das heißt es gebe also **eine „absolute“ Knappheit und eine „relative“ Knappheit**. In der Pflege seien vermutlich beide Aspekte relevant, das heißt, in manchen Fällen sei keine Pflegeperson verfügbar, mit Geld ließen sich allerdings viele Probleme lösen und es sei in vielen Fällen nur eine Frage des Preises.

Eine wichtige Frage in der Sozialwissenschaft sei überdies, so *Badelt*, wer eigentlich bestimme, was jemand wirklich brauche, dabei handle es sich keineswegs um eine triviale Frage. In der Marktwirtschaft stehe die reine subjektive Selbstbestimmung

im Vordergrund, in dem Augenblick, wo man eine öffentliche Verantwortung habe, werde die subjektive Festlegung des Bedürfnisses an die öffentliche Hand übertragen. **Dies impliziere auch die Frage bzw. die Entscheidung darüber, wie viel jemandem zustehe.** Ein Beispiel dafür sei die „Logik“ des Pflegegeldes, die darüber entscheide, wie viel an Betreuung jemandem zustehe. Es handle sich dabei um eine enorme politische und normative Festlegung, die im Alltag sehr wohl von großer Bedeutung sei.

Badelt führt aus, es sei auch so, dass langfristig das, was jemand brauche, auch angebotsseitig bestimmt werde, man kenne dies aus der Gesundheitsökonomie, dass beispielsweise jedes vorhandene Krankenhausbett ein gefülltes Krankenhausbett sei oder dass alle möglichen Therapien „erfunden“ würden. Dies sei auch ein gängiger Vorwurf an die Marktwirtschaft, dass sie alle möglichen Dinge erfinde, die die Menschen dann haben wollten, aber das gelte auch außerhalb der Marktwirtschaft. **Weiters gebe es den Unterschied zwischen „Bedürfnis“ und „Bedarf“**, der insbesondere in den Wirtschaftswissenschaften relevant sei: Bedürfnis sei etwas, bei dem der Mensch subjektiv das Gefühl habe, etwas zu brauchen. Bedarf und Nachfrage in der Diktion des Wirtschaftswissenschaftlers seien auch mit der Zahlungsfähigkeit verbunden, sich das jeweilige Gut zu beschaffen. Dies wiederum definiere die „Nachfrage“, die im Grunde Bedürfnis plus Zahlungsfähigkeit beinhalte.

Rein aufgrund der demografischen Veränderungen sei es sehr wahrscheinlich, dass die Menschen in Zukunft mehr Betreuung brauchen werden, man wisse allerdings auch, dass es stark darauf ankomme, ob die Menschen gesund alt werden oder nicht. *Badelt* betont, er wolle bewusst auf die aktuellen Prognosen nicht eingehen, alle Teilnehmenden würden die enormen Zuwachsraten der Betreuungsbedürftigen kennen (vgl. Folie 4).



Badelt, Folie 4

II. Pflege und Betreuung als Beispiele für Marktversagen

Nicht nur im Burgenland, wo es die offizielle politische Doktrin sei, dass man mit Pflege kein Geld verdienen dürfe, was – so *Badelt* – eine problematische Festlegung sei, lebe man in einer Welt, die stark durch die Marktwirtschaft geprägt sei. Man wisse auch, dass diese Marktwirtschaft auf der einen Seite große Vorteile habe, weil sie die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen im Großen und Ganzen sehr gut schaffe. Das heißt, die Marktwirtschaft funktioniere gut mit gewinnorientierten Unternehmen. Deren Logik bestehe andererseits darin, dass man, um etwas zu bekommen, dafür zahlen müsse. Für die meisten Güter sei dies selbstverständlich.

Für die Bereiche Pflege und Betreuung wolle man allerdings dieses System der Marktwirtschaft nicht in dieser Form, denn es gebe sehr gute Argumente, warum diese Bereiche nicht völlig dem Markt überlassen werden sollten. Grob gesprochen handle es sich um zwei Typen von Argumenten: dass es einerseits sozial inakzeptabel sei, dass nur jene Betreuung bekämen, die sich den vollen Preis dafür leisten könnten, im Sinne eines „**distributiven Marktversagens**“. Andererseits gebe es auch noch das Argument des „**allokativen Marktversagens**“, d. h., der Konsument wisse nicht unbedingt, was genau im Angebot enthalten sei. Diese Information über die Qualität der Leistung sei asymmetrisch verteilt, man wisse nicht genau über die jeweiligen Qualitätskriterien Bescheid. Auch dies sei eine Art von Marktversagen, es gehe dabei nicht nur um die Verteilung, sondern auch um Informationsmängel.

Die Konsequenz, die – laut *Badelt* – daraus üblicherweise gezogen würde, sei der Ruf nach dem Staat. Die Schlussfolgerung sei also, dass der Eingriff des Staates nötig sei, **um Folgendes abzusichern:**

- Insgesamt solle **genügend Betreuungsleistung** vorhanden sein (was immer der Begriff „genug“ auch bedeute.
- Es sollten **die richtigen Personen diese Leistungen bekommen**.
- Die Leistungen sollten in **der richtigen Qualität** erbracht werden.

Hier merke man sehr rasch, um welche „Mammutaufgabe“ es sich in diesem Bereich für den Staat (also Bund, Länder oder Gemeinden) handle. Die Annahme, dass der Eingriff des Staates nötig sei, gehe von der Annahme aus, dass es sich bei der Pflege um eine Art Menschenrecht handle. Derzeit allerdings habe man jedoch nicht das gleiche Recht auf Pflege, wie man es etwa auf Krankenbehandlung habe. Selbst wenn es dieses Recht gebe, sei noch nicht geregelt, wer welche Pflegeleistung bekommen solle.

Prinzipiell würden der öffentlichen Hand („dem Staat“) **folgende Verantwortungen übertragen:**

- „Zuteilungsregelungen“ für den Bezug der Leistungen aufzustellen oder
- die Leistungen entweder selbst in ausreichender Qualität herzustellen oder durch Regulierung private Anbieter dazu zu bringen, die notwendigen Qualitätsvorgaben einzuhalten.

Diese Anforderungen könnten in der Praxis jedoch vom Staat kaum bewältigt werden, alleine, wenn man an die uneinheitlichen Standards und die in Österreich geltenden neun unterschiedlichen Regelungen denke.

Die Qualität persönlicher Dienstleistungen werde wesentlich durch die Qualität des „Produktionsfaktors Arbeit“ (= Personal) hergestellt.

Dies impliziere Regelungen

- zur **Zahl** der eingesetzten Arbeitskräfte (Personalschlüssel)
- zur **Qualifikation** der eingesetzten Arbeitskräfte (Welche Art Personal darf was tun? Welche Anrechnungsmöglichkeiten gibt es?)
- zu den **Arbeitsbedingungen** des Personals
- indirekt zu einem entsprechenden **Ausbildungssystem**

Aus dieser Tatsache – dass die Pflege nicht dem freien Markt überlassen werden solle – ergebe sich eine ganze Reihe von Aufgaben, die die öffentliche Hand zu erfüllen habe. Daraus ergebe sich die Implikation, dass die „Übernahme der Verantwortung“

durch den Staat in der Praxis enorme Herausforderungen für die öffentliche Hand mit sich bringe, die sich nicht immer zufriedenstellend lösen ließen. Dazu komme eben, dass die „Knappheit“ in der Pflege im Grunde oft durch die „Knappheit“ an entsprechendem bzw. richtig qualifiziertem Personal entstehe, das überdies gute Arbeitsbedingungen vorfinden sollte, um nicht nach einigen Jahren in ein Burnout zu kommen und den Beruf wieder zu verlassen.

Die Arbeitsbedingungen (insbesondere das Gehalt) der Pflegekräfte stünden überdies in der Praxis im Zusammenhang mit dem Volumen des Steueraufkommens. Direkt oder indirekt werde das Pflegepersonal aus Steuermitteln bezahlt. Wenn man sage, es gebe zu wenig Wertschätzung für das Pflege- oder Betreuungspersonal im Sinne einer zu geringen Entlohnung, dann spreche man im Grunde genommen von Ansprüchen an den Steuerzahler, d. h., es sei dies auch ein Teil von Budgetverhandlungen.

Die öffentliche Hand gerate in die Versuchung, zwar von flächendeckender Versorgung zu sprechen, aber die Schwierigkeiten der Qualitätsmessung zulasten des zu betreuenden Personenkreises zu missbrauchen und Qualitätsmängel zu verdecken, was ansonsten meist gewinnorientierten Unternehmen vorgeworfen werde.

Exkurs: Informelle Pflege – unbezahlte Arbeit für Betreuungsleistungen

Der weitaus größte Teil, nämlich etwa **80 % der Betreuungsleistungen würden zu Hause und unbezahlt – meist von Frauen – erbracht**. Diese familiäre Pflege funktioniere aber nicht mehr in dieser Form und es zeige sich hier eine fallende Tendenz. Eine „Bezahlung“ der pflegenden Angehörigen sei ebenfalls nicht realistisch. Mit der Einführung des Pflegegeldes sei natürlich eine Kompensation der Leistungen pflegender Angehöriger zum Teil erfolgt, aber es habe sich dadurch nichts Prinzipielles am Faktum der unbezahlten Arbeit in der Betreuung und Pflege geändert.

Aus der Perspektive des Volkswirts sei unbezahlte Arbeit eine Ungerechtigkeit, sie werde zwar oft thematisiert, finde aber „unter dem Radar“ der offiziellen volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung statt. Daher entziehe sich auch der überwiegende Teil der Betreuungsleistungen der Diskussion über das „Marktversagen“, weil er nicht auf „Märkten“ erbracht werde. **Das Pflegesystem funktioniere also im Grunde nur aufgrund einer volkswirtschaftlichen Ungerechtigkeit**. In erster Linie gebe es ein Verteilungsproblem, sowohl für die pflegenden Angehörigen als auch für betreute Personen.

Bei den 24-h-Pflegekräften seien es wiederum die Arbeitsbedingungen, die keine optimale Lösung im Pflegesystem darstellten, man sei aber derzeit auf sie angewiesen. Wenn man aus der Perspektive des Volkswirts die Pflege betrachte und das Thema rein quantitativ bewerte, sei dieser Bereich im Grunde ein ungelöstes Problem.

III. Die Komplexität des Staatseingriffs

Wenn der Staat das Marktversagen „heilen“ wolle, heiße das nicht, dass er alles selbst tun müsse. In der Finanzwirtschaft heiße das, dass Marktversagen durch Finanzierung oder durch Produktion einer Leistung kompensiert werden könne.

Beispiel 1: Finanzierung oder Produktion als Verantwortung des Staats

Die Erfüllung des Verteilungsziels bedeute lediglich, dass jede betreuungsbedürftige Person in die Position versetzt werde, die nötigen Leistungen beziehen zu können. Das Verteilungsziel erfordere NICHT, dass die öffentliche Hand selbst die Bereitstellung (Produktion) der Leistungen übernehme, es gebe auch zahlreiche Beispiele, wo sich der Staat auf die Finanzierung der Leistung beschränke, sei es,

- dass er den Leistungsempfänger*innen Geld gebe, damit sie sich die Hilfe selbst organisieren könnten (Grundidee des Pflegegelds, z. B. für persönliche Assistenz für Rollstuhlfahrer*innen). Man wisse, dass das Pflegegeld nicht alle Kosten abdecke, aber einen Beitrag leiste;
- dass der Leistungsersteller/die Leistungserstellerin direkt finanziert werde und die Leistung unentgeltlich an die Person abgeben werde, die Hilfe oder Unterstützung brauche (z. B. Kassenarzt).

Die Entscheidung zwischen reiner Finanzierung und/oder direkter öffentlicher Bereitstellung solle nicht auf der Basis ideologischer Entscheidungen, sondern auf der Basis empirischer Untersuchungen getroffen werden, was von beiden besser funktioniere. Ideologische Festlegungen, dass kein Privatunternehmen in diesem Bereich agieren dürfe, hält *Badelt* für problematisch. Diese Entscheidungen würden in Österreich in unterschiedlichen Bundesländern auch unterschiedlich getroffen.

Je nach Konstellation und Art des Dienstes müsse die Entscheidung betreffend die Finanzierung mit entsprechenden Regulierungen (Qualitätssicherung!) verbunden sein.

Beispiel 2: Institutionelle Wahlentscheidungen

Pflege- und Betreuungsleistungen könnten in einer Vielzahl von institutionellen Arrangements erbracht werden, abgesehen vom informellen Sektor (z. B. familiäre Pflege) gelten als Grundtypen:

- private kommerzielle Anbieter
- private Non-Profit-Anbieter
- öffentliche Anbieter

Aber es gebe auch viele „Mischformen“ dieser Anbieter, und es gebe ebenso keine generell gültige Einschätzung bzgl. der Qualität von kommerziellen bzw. NPO-Anbietern. Es funktioniere auch das medizinische Angebot auf der Basis von kommerziellen Anbietern, wie beispielsweise dem Hausarzt.

Badelt betont, er wolle hier nichts ideologisch ablehnen, man müsse allerdings genau hinschauen, was die Qualität betreffe. Man müsse auch über den Regulierungs- und Kontrollbedarf sprechen, den die öffentliche Hand habe. Man könne zwar gut Regeln aufstellen, habe aber oft aus Personalmangel das Problem, dass man aufgrund dessen die Standards gar nicht erfüllen könne.

In jedem Fall bestehe Regulierungs- und Kontrollbedarf, insbesondere bezüglich der Leistungsqualität und der Erfüllung von Verteilungszielen, zum Beispiel, ob die definierte Zielgruppe tatsächlich in den Genuss der Leistung komme.

Beispiel 3: Vielfalt an Zuteilungsregelungen

Während im Marktsystem die Zuteilungsentscheidung, wer welche Leistung bekomme, über Preis und Zahlungsfähigkeit erfolge, sei der Ersatz dieser Regel durch „politische Zuteilungsmechanismen“ ein hehres Ziel des Staatseingriffs. In der Praxis hieße das allerdings nicht, dass die Zuteilungsregeln befriedigend seien.

Je größer die Knappheit, also das Missverhältnis zwischen verfügbaren Leistungen und betreuungsbedürftigen Personen, sei, desto schwieriger werde die Zuteilungsentscheidung, z. B. wer ein frei werdendes Bett in einem Heim für schwer demente Patient*innen bekomme oder wie hoch die Eigenbeteiligung sei. Man wolle nicht, dass das knappe Angebot lediglich über den Preis vergeben werde, aber es stelle sich die Frage nach der Alternative.

Bestimmte formale Kriterien könnten die Entscheidungsqualität verbessern (z. B. Kriterienkataloge und Punktesysteme) oder zumindest transparenter machen. Aber es könnten Protektion und Korruption nie ausgeschlossen werden. Die öffentliche Hand habe es schwer, hier Kriterien festzulegen. Die Gefahr der (versteckten)

Qualitätsverschlechterung, um mehr Personen betreuen zu können, gebe es auch im öffentlichen Sektor.

IV. Staatseingriffe und die Finanzierung des Sozialstaats

Badelt betont, dass er sich des Spannungsfelds dieses Themas bewusst sei, er komme ursprünglich aus der Sozialpolitik, habe immer sehr viel darüber geschrieben, was alles finanziert werden müsse, und jetzt sei er der „Wächter“ des Staatshaushaltes und habe die andere Perspektive einzunehmen. Hier sei die Knappheit des Geldes im Fokus.



Badelt, Folie 15

Österreich sei also im internationalen Vergleich ein Land mit einer sehr hohen Sozialquote, einer höheren als der europäische Durchschnitt. Man gebe – gemessen am BIP – sehr viel für soziale Zwecke aus.

Staatsausgaben für Soziale Sicherung



Quelle: COFOG, Statistik Austria, Eurostat. [Staatsausgaben nach Aufgabengebieten – STATISTIK AUSTRIA](#) | [Die Informationsumgebung](#)

FISK PROD

Badelt, Folie 16

Demographiebedingte Verschlechterung der Pensions-, Gesundheits-, Pflege- und Bildungsausgaben

- Durch demographische Veränderungen entstehen enorme Belastungen des Staatshaushalts
- Gesundheits- und Pflegeausgaben sind treibende Kräfte der langfristigen budgetären Probleme

Veränderung in % des BIP	2019	2019	2030	2040	2050	2060
	bis 2070	bis 2030	bis 2040	bis 2050	bis 2060	bis 2070
Pensionsausgaben	1,2	1,0	0,1	0,2	0,1	-0,2
Gesundheitsausgaben	2,8	0,5	0,8	0,7	0,4	0,4
Pflegeausgaben	1,8	0,3	0,3	0,5	0,3	0,4
Bildungsausgaben	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	-0,1

Quelle: FISK-Nachhaltigkeitsbericht 2021

FISK PROD

Badelt, Folie 19

Innerhalb der Staatsausgaben insgesamt sei der Anteil für soziale Sicherung (inkl. Gesundheitswesen) höher als 50 %. Dies sei im Grunde ganz natürlich, da es eine der Hauptaufgaben des Staates sei, für soziale Sicherheit im weitesten Sinn zu sorgen, aber es gebe auch Grenzen.

Badelt führt weiter aus, dass die demografische Entwicklung und die steigenden Ausgaben für Pflegedienstleistungen in den kommenden Jahrzehnten hinlänglich bekannt seien, er wolle noch auf die demografiebedingte Verschlechterung der Pensions-, Gesundheits-, Pflege- und Bildungsausgaben eingehen, wo man sehe, dass die Ausgaben für Pflege prozentuell am stärksten steigen würden, auch deshalb, weil der Ausgangswert der niedrigste gewesen sei. Insgesamt sei im Zeitraum 2019 bis 2070 eine Steigerung um 1,8 % des BIP festzustellen.

Zur Finanzierung des Sozialstaates hält *Badelt* zusammenfassend fest:

- Österreich sei einer der am weitesten ausgebauten Sozialstaaten Europas (wahrscheinlich auch der Welt).
- Die hohen Sozialausgaben gingen in Österreich mit einer prominenten Stellung des familiären Leistungssystems einher, was sich auch in der Organisation der Pflege und Betreuung äußere.
- Die demografischen Veränderungen der nächsten Jahrzehnte brächten bedeutende Zusatzbelastungen für die öffentliche Haushalte.
- Die aktuelle Budgetlage sei überdies sehr ungünstig und erfordere eigentlich weitreichende Konsolidierungsmaßnahmen. Der Fiskalrat habe kürzlich erhoben, dass man 2025 den Staatshaushalt konsolidieren und 4,4 Mrd. € einsparen oder entsprechende Einnahmen lukrieren müsse.
- Dazu kämen zusätzliche Anforderungen aus der sozialökologischen Transformation, im Bildungssystem, in der Technologiepolitik und bei den Militärausgaben usw.
- Die Abgabenquote sei in Österreich bereits sehr hoch: Die Einnahmenquote geschätzt für 2025 betrage 51,1%, die Ausgabenquote der gesamten Wertschöpfung betrage nach derselben Schätzung 55,2%.

Aus diesen Fakten ergebe sich eine weitreichende politische Diskussion.

V. Thesen zu den politischen Implikationen

Pflege und Betreuung in Konkurrenz zu anderen Anforderungen an den Staat:

Als Fiskalratspräsident müsse er darauf hinweisen, dass sich der Staat keinerlei zusätzliche Ausgaben leisten könne, und die Gesamtsituation des Staatshaushalts werde es aktuell sehr schwierig machen, einfach größere zusätzliche Beträge für die Betreuung und Pflege freizumachen.

Realistischerweise würden die berechtigten Ansprüche nur in einer Gesamtsicht der öffentlichen Finanzen erfüllt werden können.

Dies erfordere allerdings eine fundamentale gesellschaftspolitische Diskussion und einen öffentlichen Diskurs, z. B.:

- über die wünschenswerte Größe des öffentlichen Sektors (z. B. Abgabenquote).
- über die Grenzen der privaten und der öffentlichen Verantwortung – nicht nur bei Pflege und Betreuung, sondern in nahezu allen ausgabenintensiven Bereichen, z. B. bei den Pensionen, im Gesundheitssystem und in der Wirtschaftsförderung, die zuletzt auch einen hohen Kostenfaktor dargestellt habe.
- über Art und Umfang der Sicherung einer Grundversorgung mit Gütern und Dienstleistungen aller Art. Es brauche Minimalstandards nicht nur bezüglich der Einkommen, sondern auch bei den Sachleistungen und in der Versorgung mit Dienstleistungen wie Kinderbetreuung, Gesundheit und Pflege.

Solche Diskussionen müssten geführt werden, es gehe bei Verteilungsfragen auch immer um die Einkommens- und Vermögensfrage, Verteilungsfragen seien auch im Hinblick auf die Zugänglichkeit von Dienstleistungen zu lösen. Es stelle sich auch die Frage, wem man zumuten könne, seine Pflege- und Betreuungsleistungen zumindest zu einem bestimmten Prozentsatz auch selbst zu finanzieren.

So, wie es gegenwärtig sei, dass dies in jedem Bundesland anders geregelt sei, entspreche das in keiner Weise dem Prinzip der Gerechtigkeit. *Badelt* sei sich dessen bewusst, dass dies nicht einfach zu lösen sei, aber eine Vereinheitlichung der Regelungen der einzelnen Bundesländer müsse erfolgen.

Verbesserung und Vereinheitlichung der Betreuungs- und Pflegesysteme – aus ökonomischer Sicht:

Badelt führt aus, man könne das Betreuungs- und Pflegesystem nicht entlasten von der eigenen **Verantwortung hinsichtlich einer Effizienzsteigerung**. Ein Teil des Problems, das man finanzpolitisch habe, sei, dass bei den Budgetverhandlungen immer nur mehr gefordert werde und nie die Frage gestellt werde, wo eingespart werden könne, ohne die Qualität zu verschlechtern.

Man könne vielleicht durch eine Optimierung der Organisation nicht alle Finanzierungsprobleme lösen, aber es sei hier durchaus Potenzial vorhanden. **Diese Optimierung sei allerdings nur durch eine Föderalismusreform zu lösen**. Der ökonomische Druck werde die Gebietskörperschaften, die heute für Betreuung und

Pflege zuständig seien, dazu zwingen, auch Verbesserungen im System umzusetzen, die Effizienzgewinne und Qualitätsverbesserungen ermöglichen könnten. Selbstbeteiligung von Leistungsempfänger*innen dürfe nicht regional, sondern müsse sozial differenziert werden.

Die **Verbesserung der sozioökonomischen Situation der pflegenden Angehörigen** müsse durch einen längerfristigen Pfad für ganz Österreich entwickelt werden. Es sei eine Illusion, dass man diese volkswirtschaftliche Ungerechtigkeit einfach auflösen könne, aber man könne in einer Politik der kleinen Schritte die pflegenden Angehörigen besser betreuen und unterstützen. Man dürfe nicht glauben, dass man die pflegenden Angehörigen ganz einfach bezahlen könne, um das Problem zu lösen.

Badelt betont, die Problematik getroffener Entscheidungen sei in der Rückschau immer einfacher zu bewerten, man müsse sich aber auch aktuell die Frage stellen, ob alle Bauprojekte, neue Universitäten oder eine Vielzahl an Verkehrsprojekten und vieles andere gegenüber der Pflege prioritär finanziert werden sollten. Eine Diskussion darüber sei dringend notwendig, man müsse darüber reden, wo der Staat Priorität habe und ob es nicht noch immer Dinge gebe, für die man – gemessen an den aktuellen Schwierigkeiten und Knappheiten in anderen Bereichen – kein Geld ausgeben sollte.

Opriesnig bedankt sich sehr herzlich bei *Badelt* für dessen Ausführungen und fragt die Anwesenden, ob es spontan eine Frage gebe, es sei aber ohnedies am Ende der ersten drei Vorträge noch eine Fragerunde eingeplant.

Kurt Schalek (AK Wien) merkt an, dass die Frage der Qualität in den Ausführungen nur am Rande bzw. als Sicherung von minimalen Qualitätsstandards vorkomme, er stellt seinerseits die Frage, ob dies nicht ein falscher Ansatz sei, über die Finanzierung zu sprechen und keine Vorstellung von Qualität zu haben, da wisse die öffentliche Hand nicht, was sie einkaufe, und ob die Qualitätsdiskussion nicht am Anfang stehen müsse, bevor man in Budgetverhandlungen gehe.

Badelt stimmt dem zu, man dürfte eigentlich politische Verhandlungen über Pflege und Betreuung nicht ohne vorherige Qualitätsfestlegung führen. *Badelt* habe das nur so dargestellt, weil die Qualität bei so personalintensiven Diensten sehr wesentlich mit der Qualifikation des Personals verbunden sei. Er wolle auch darauf hinweisen, dass im Hinblick auf die erlebte Knappheit budgetärer Natur auch die öffentliche Hand nicht frei sei vom Problem einer permanenten Qualitätsverschlechterung, einerseits, weil das Personal nicht in ausreichendem Maß vorhanden sei, andererseits

gebe es auch die Versuchung, lieber mehr Menschen ein bisschen schlechter als weniger Leute perfekt zu betreuen.

LH-Stv.in Beate Prettnner sagt, es beschäftige sie schon seit ihrem Amtsantritt der Umgang mit Ärztinnen und Ärzten in Österreich. Sie könne die Aufnahmebedingungen nicht verstehen, die vom Staat eingeführt worden seien, im heurigen Jahr hätten sich 13.000 junge Menschen beworben für 1.800 Studienplätze. Man wisse in den Ländern, dass der Bedarf viel höher sei, um die Standards nur einigermaßen zu halten. NÖ erarbeite ein neues Gehaltsschema, auch das Burgenland habe dies bereits gemacht. Die Verhältnismäßigkeit der Einkommen und ein freierer Zugang zum Studium seien ihrer Ansicht nach wünschenswert oder auch die Verpflichtung für jene, die in Österreich studiert hätten, eine Zeit lang auch hier zu arbeiten.

Badelt meint, er halte nichts von einem unregelmäßigen Zugang zu Universitätsstudien, wenn es darum gehe, Kapazitäten, die nicht da seien, vorzugaukeln, und wenn Studierende dann nach 1–2 Jahren „hinausgeprüft“ würden. Das Medizinstudium sei eines der ersten gewesen, in dem eine vernünftige Zugangsregelung eingeführt worden sei. Beim Argument, die Kapazitäten bzw. Mittel für das Studium und damit die Quote zu erhöhen, habe er das Misstrauen, dass die Landesvertretung der Ärzte es gar nicht wollte, dass mehr Mediziner ausgebildet würden. Es würde viel kosten, aber man habe bereits Kapazitätserweiterungen mit privaten Kliniken gemacht. Die Kombination mit einer gewissen Arbeitsverpflichtung bei einem Gratisstudium halte er für in Ordnung.

LH-Stv.in Beate Prettnner stellt noch die Frage nach der Rolle der Privatuniversitäten, deren Zahl derzeit stark im Steigen sei.

Badelt möchte dieses Thema nicht kommentieren, dafür kenne er die Qualität der Privatusen nicht ausreichend, um hier etwas sagen zu können. Er sei in seiner Zeit als Rektor manchmal gegenüber Privatuniversitäten skeptisch gewesen, da diese oft reine „Lehranstalten“ und daher keine Universitäten gewesen seien.

Opiresnig bedankt sich noch einmal bei Prof. *Badelt* und stellt *Mag. Brigitte Juraszovich* von der Gesundheit Österreich vor. Sie ist Ökonomin, arbeitet seit 1992 in der GÖG in den Bereichen Langzeitpflege und Betreuung und hat 10 Jahre im Bereich der Erwachsenen-Weiterbildung unterrichtet. Ihr jetziger Arbeitsschwerpunkt sind die Umsetzung der Demenzstrategie und Projekte im Bereich des Personalbedarfs in der Langzeitbetreuung, sie ist auch ehrenamtlich im Bereich Betreuung von Demenz-Betroffenen tätig.

Brigitte Juraszovich (Gesundheit Österreich GmbH)

Personalmangel in Pflege und Betreuung – Auswirkung auf Betroffene, Angehörige und das Pflegesystem und mögliche Lösungsansätze

Juraszovich betont, sie wolle die von Prof. Badelt bereits aufgegriffenen Fragestellungen um einen Aspekt erweitern. Sie glaube nicht, dass Pflege und Betreuung ein knappes Gut seien, sie sei sich nicht sicher, ob es überhaupt einen Mangel gebe oder ob es nicht einfach auch zu viel vom Falschen gebe. Sie glaube dies deshalb, weil man Pflege und Betreuung umdefinieren müsse. Man sehe, dass man von einem bestimmten Teil jener, die Pflege und Betreuung leisten würden, keine ausreichenden Kapazitäten habe.

1. Personalmangel – Personalbedarfsprognose 2050



Juraszovich, Folie 3

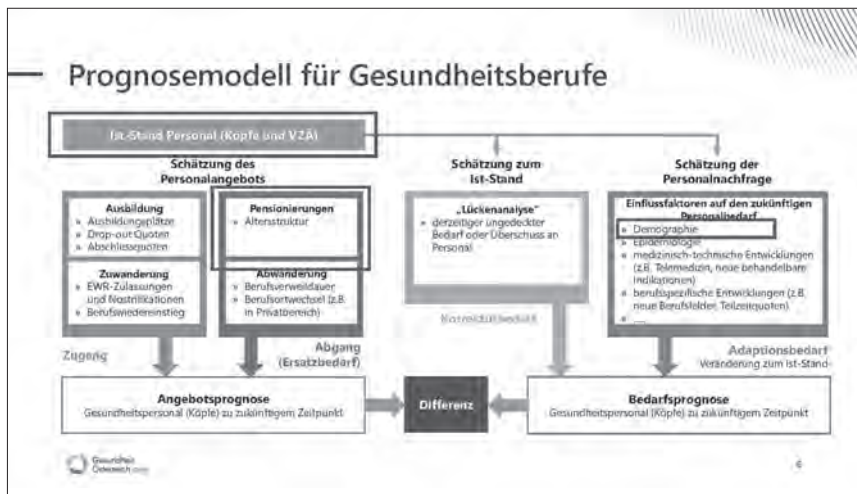
Juraszovich meint, es sei auch notwendig, den Blick auf das System zu ändern, um Lösungsansätze zu finden.

Man habe genaue Zahlen, wer in Österreich Pflege leisten würde: Im Jahr 2023 seien dies knappe 180.000 Personen gewesen, die zur Hälfte in Krankenanstalten tätig gewesen seien, zu einem Drittel in stationären Pflegeeinrichtungen und zu 8 % in der mobilen Betreuung und Pflege. Alle anderen seien in Primärversorgungseinrichtungen, in Ambulatorien, in REHA-Zentren oder in privaten Einrichtungen tätig.

Von den über 110.000 DGKP (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen) seien rund 88 % angestellt, der Rest sei mittlerweile schon freiberuflich tätig. *Juraszovich* sei gespannt, wie sich diese Zahlen weiter entwickeln würden, da ja mit der Registrierung der gehobene Dienst auch freiberuflich arbeiten könne. Hier werde sich ein neuer Markt entwickeln, wo man auch darauf achten müsse, wohin die Pflegekräfte gehen würden.

In den Krankenanstalten seien noch immer der überwiegende Teil DGKP, auch hier sei die Entwicklung im Verhältnis zu den PFA (Pflegefachassistent*innen) abzuwarten, im Langzeitbereich seien überwiegend Pflegekräfte im Bereich der PA (Pflegeassistent) eingesetzt. Für den Personalmix bzw. die Abdeckung der Aufgabenbereiche bedeute das eine gewisse Herausforderung. Im Bereich der mobilen Dienste sei das Verhältnis nicht ganz so krass, PA würde hier noch überwiegen und mit Heimhilfen oder anderen Gesundheitsberufen ergänzt.

Personalbedarfsprognose 2050:

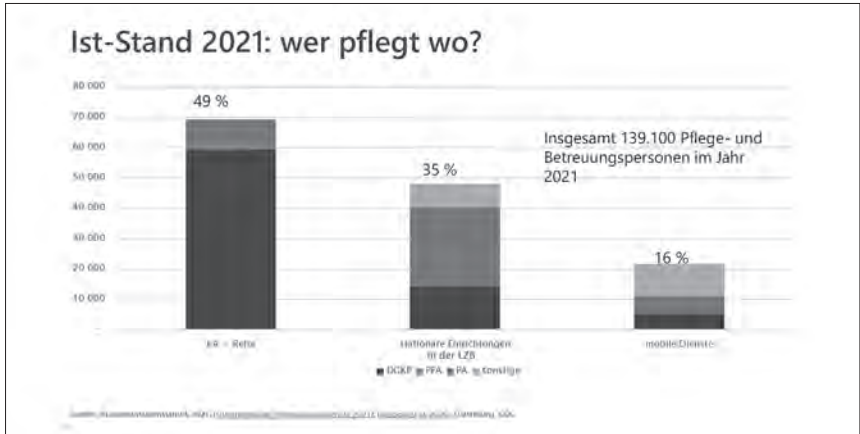


Juraszovich, Folie 6

Hinsichtlich der Prognose führt *Juraszovich* aus, dass man vor 2 Jahren eine Prognose mit den Zahlen von 2021 gemacht habe, und zwar unter dem Aspekt der Entwicklung des Angebots unter Beibehaltung der derzeitigen Situation. Man habe bei der letzten Personalbedarfsrechnung – vom Ist-Stand 2021 ausgehend – nur untersucht, wie viele Personen bis 2050 vom bestehenden Personal in Pension gehen würden

und wie viele Personen man zusätzlich brauchen würde, wenn alles so bliebe, wie es derzeit sei, d. h., wenn der Versorgungsgrad von 2019 beibehalten werden sollte.

Die Definition von Qualität im Pflegebereich sei schwierig, darauf würde sie aber noch später zurückkommen.



Juraszovich, Folie 7

Beim Ist-Stand würden sich die drei Settings in der Pflege zeigen, nämlich Kranken- und Reha-Einrichtungen, stationäre Einrichtungen in der Langzeitpflege und der Bereich der mobilen Pflege und Betreuung.



Juraszovich, Folie 8

Es zeigt sich, dass das Pflegepersonal älter werde, d. h., bis 2050 würden insgesamt über 92.000 Personen in Pension gehen. Die gute Nachricht sei, dass man noch ein bisschen Zeit habe, man werde den Höhepunkt der Pensionierungen 2032/33 erreichen. Mit allen bisher gesetzten Schritten wie z. B. dem Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz seien Maßnahmen getroffen, um mehr Menschen in die Ausbildung für den Pflegeberuf zu bekommen und dort auch zu halten. Trotzdem müsse man damit rechnen, dass ungefähr ein Drittel der heute Beschäftigten im Jahr 2050 nicht mehr da sei.



Juraszovich, Folie 9

Zusätzlich würden auch die Menschen älter, um den Versorgungsgrad von 2019 aufrechtzuerhalten, brauche man gesamt noch einmal ca. 88.000 Pflegepersonen mehr.

Im Fokus: Pflegepersonen lt. GuKG (DGKP, PFA, PA)

Jährlicher Mehrbedarf aufgrund von Pensionierungen und der demografischen Entwicklung in Krankenanstalten und im Langzeitbereich

Jahre	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031 2040	2041 2050
DGKP, PFA, PA	4.600	5.000	5.900	5.900	5.900	5.300	5.500	5.100	5.600	6.200

Absolvent:innen im Jahr 2022: 6.098 Pflegepersonen

DGKP: 2.885

PFA: 1.617

PA: 1.596

Keine Informationen zu:

- Absolvent:innenverhalten: wer geht wohin?
- Berufsaussteiger:innen
- Aktuell fehlendes Personal

Juraszovich, Folie 10

Was bedeute das alles konkret pro Jahr? In Anbetracht des zusätzlichen Bedarfs würden jährlich 5000–6000 Personen mehr benötigt. Man gehe also realistischerweise davon aus, dass man 7000–8000 Personen mehr benötigen würde, da auch manche den Beruf wieder verlassen würden.

2. Auswirkungen auf das Pflegesystem

Soll alles so bleiben wie es ist (oder 2019 war)?

2019: Vor Covid-19	2024: Nach Covid-19
Personalmangel	Pflegenotstand
Wo liegt der Unterschied?	
Beschäftigte kompensieren Mangel mit	Beschäftigte
<ul style="list-style-type: none"> * nicht konsumiertem Urlaub * Mehr- und Überstunden * Arbeit trotz Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> * müssen Tätigkeiten rationieren (missed nursing care) * sind länger krank * verlassen den Beruf
Qualität kann (noch) gehalten werden!	Qualität muss reduziert werden!

Juraszovich, Folie 12

Man habe sich auch die Situation vor und nach Covid angesehen und man habe aus Umfragen und Erhebungen mitbekommen, dass die Beschäftigten vor Covid den Personalmangel kompensiert hätten, zum Beispiel durch Mehrstunden, nicht konsumierten Urlaub, teilweise auch durch Menschen, die krank zur Arbeit gegangen seien. Nach Covid sei das nicht mehr der Fall gewesen. Es hätten viele Menschen den Beruf verlassen, das bestehende Personal habe nicht mehr kompensieren können und wolle dies auch nicht mehr, was zu einer Reduktion der Qualität geführt habe.

Bei einer Studie der Universität Wien, „**Missed Nursing Care**“, einer Umfrage in österreichischen Krankenanstalten, habe man herausgefunden, dass gewisse Tätigkeiten weggelassen werden müssten, damit die Arbeit noch zu schaffen sei.

Mehr als die Hälfte der befragten Pflegepersonen können sehr oft bzw. oft folgende Tätigkeiten nicht mehr durchführen:

- Emotionales Unterstützen der Angehörigen
- Führen von Gesprächen mit Angehörigen über die Erkrankung/
geplante Pflege
- Emotionales Unterstützen der Patient*innen/Klient*innen
- Führen von Gesprächen mit Patient*innen über ihre Erkrankung/
geplante Pflege
- Teilnehmen an interdisziplinären Besprechungen
- Angemessene Betreuung von kognitiv beeinträchtigten Patient*innen
- Beratung und Schulung der Angehörigen
- Mobilisieren der Patient:innen so oft wie notwendig bzw. wie angeordnet

(Quelle: MISSCARE-Austria univie.ac.at)

Was sollte daher vermieden werden?

- Steigende Informationsdefizite bei den zu betreuenden Personen und ihren Angehörigen
- „Falsche“ Betreuung
- „Reparaturpflege“
- Einsamkeit und die damit verbundenen Folgen (Depressionen, Demenz, ...)
- Überlastung von Angehörigen
- „Zwei-Klassen-Pflege“: Die Angebote müssten leistbar und niederschwellig bleiben.

Wo sollte nicht gekürzt werden?

- Individuelle Pflegeberatung und personenzentrierte Informationen
- Case-Management, Vielfalt der Angebote
- Präventive Angebote/Remobilisation/Ergo-, Physiotherapie, Psychotherapie, Community Nurse etc.
- Soziale Angebote wie Besuchsdienste, Freizeitbegleitungen, mehrstündige Angebote
- Entlastungsangebote für Angehörige
- Pflegegeld, finanzielle Absicherung, niederschwellige Angebote

Juraszovich geht im Folgenden noch auf die Bedürfnisse älterer Menschen ein:

Was brauchen ältere Menschen?

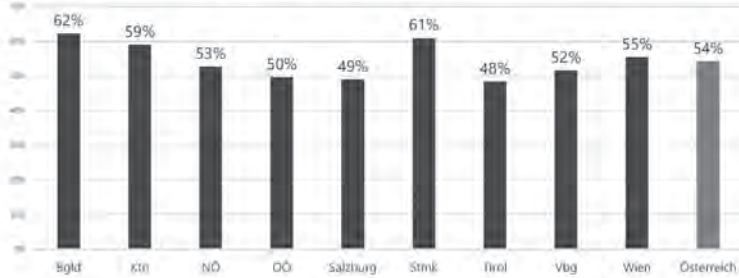


Juraszovich, Folie 16

Der Faktor der Lebensqualität sei sehr individuell und personenzentriert, dies sei für die Qualitätssicherung sehr wichtig. Ein wesentlicher und bei aller Kritik guter Indikator sei der Anteil der Pflegegeldbezieher*innen.

Pflegegeldbezieher:innen 2022 in % der über 75jährigen EW

Insgesamt 470.647 Personen



Quelle: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2022, BMGSPK

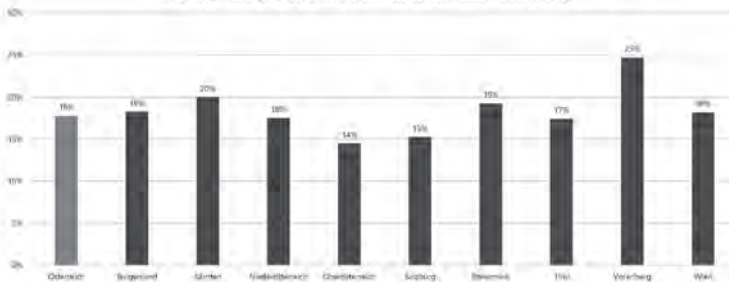
17

Juraszovich, Folie 17

Gründe für die Unterschiede in den einzelnen Bundesländern seien zum einen das West-Ost-Gefälle in der Gesundheit, zum anderen die unterschiedliche Bereitschaft, um Pflegegeld anzusuchen, und vermutlich auch unterschiedliches Begutachter*innen-Verhalten aufgrund verschiedener Qualitätsindikatoren.

Von mobilen Diensten betreute Personen 2022

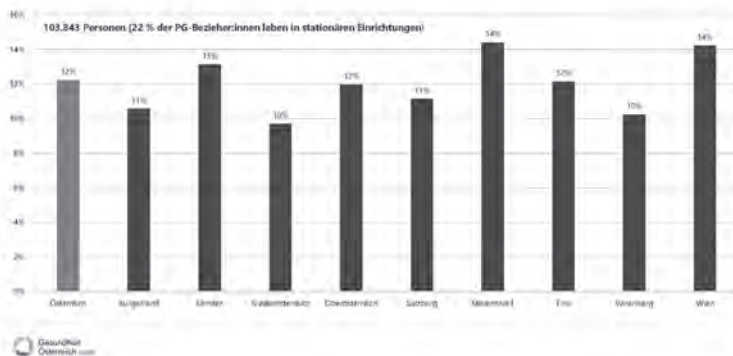
150.947 Personen (32 % der PG-Bezieher:innen werden von mobilen Diensten betreut)



18

Juraszovich, Folie 18

In stationären Einrichtungen lebende Personen 2022



Juraszovich, Folie 19

Es gebe also viele regionale Unterschiede, *Juraszovich* glaube aber nicht, dass man diese regionalen Unterschiede aufheben könne und solle. Diese seien auf der einen Seite historisch gewachsen, auf der anderen Seite müsse man bei Pflege und Betreuung eben auf die individuelle Situation achten. Man werde keine Nivellierung der Versorgung erreichen. Man könne auch nicht automatisch davon ausgehen, dass mit mehr Pflegeplätzen die Versorgung besser sei. Die Frage sei also, wie man Ergebnisqualität in der Pflege gut messen könne. Um also Lebensqualität zu gewährleisten, müsse man dazu übergehen, in „Sorgenetzwerken“ zu denken.

Der Mensch im Mittelpunkt - Sorgenetzwerk



20

Geundat Österreich

Linienhilfe Salzburg

20

Juraszovich, Folie 20

Dabei sei die Selbstbestimmung ein ganz wesentlicher Faktor, in vielen notwendigen Bereichen verzeichne man eher einen Mangel an Struktur.

3. Lösungsansätze

Juraszovich führt folgende Lösungsansätze an:

Zukunft der Pflege und Betreuung bedeute Investitionen in

► regionale integrierte Versorgungssysteme

- multiprofessionelle, bedarfsgerechte Systeme
- maßgeschneiderte integrierte Gesundheits- und Pflegeversorgung
- Ausbau von Community Care/Sorgenetzwerken
- Nutzung von Digitalisierung und Technik (nicht als Ersatz, sondern zur Unterstützung und Professionalisierung)
- Anpassung der Finanzierungsstrukturen (Schnittstelle Gesundheit und Soziales)

► Sozialraumorientierung

- Alle Dienstleistungen/Angebote sind bezogen auf das Lebensumfeld, d. h. Aufbauen auf Familienstrukturen und vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten in der Nachbarschaft
- Kooperation und Koordination aller vorhandener Angebote (inkl. Ehrenamtlicher, Familie, Freunde, professioneller Angebote etc., dazu bedürfte es jedoch eines professionellen Personals)
- Abstimmung der Leistungen untereinander (Transparenz, einheitliche fachliche Grundhaltung)

► personenzentrierte/bedarfsgerechte Betreuung/Unterstützung/Pflege

- Ressourcenorientierte Haltung gegenüber den Menschen
- Förderung der Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen
- Stärkung der Ressourcen des Einzelnen
- Unterstützungsarrangements mit den Betroffenen/Angehörigen festlegen

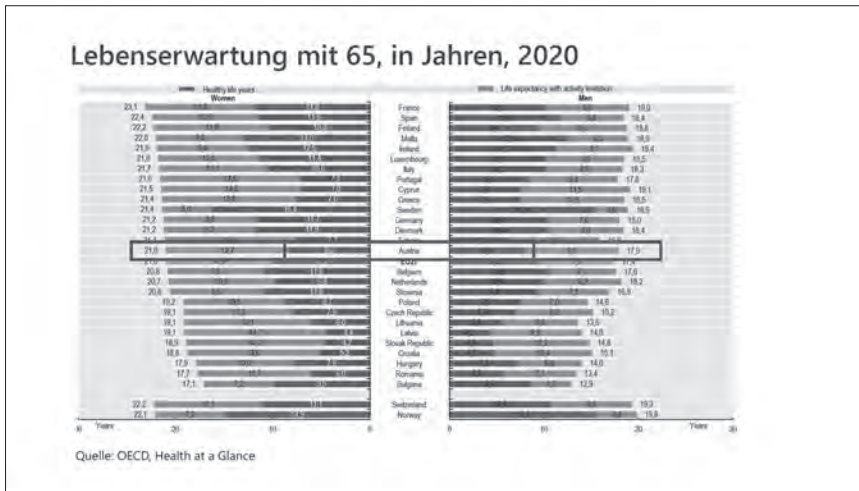
► Qualität in der Betreuung/Unterstützung/Pflege und in der Ausbildung

- kompetenzorientierter Einsatz – Kompetenzerweiterung
- ausreichend Zeit für präventive Arbeit und Beziehungsarbeit
- Fachkarrieren für alle Berufsgruppen
- flexible und gute Arbeitsbedingungen
- multiprofessionelle Zusammenarbeit aller Berufsgruppen
- qualitätsvolle Praxisanleitung von Auszubildenden
- interprofessionelle Ausbildungen

Zukunft der Pflege und Betreuung bedeutet investieren in Reduzierung der Pflegebedürftigkeit – für mehr gesunde Lebensjahre

► Prävention und Gesundheitsförderung – Gesundheitskompetenz

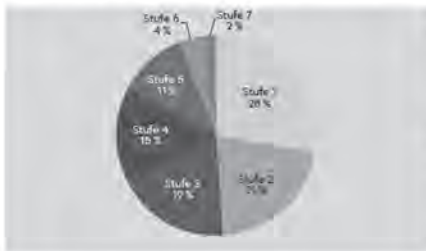
- Rehabilitation, Remobilisation und Gesundheitsförderung in allen Altersgruppen und unabhängig vom Pflegebedarf
- Stärkung der individuellen Ressourcen
- Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Menschen (und Ausbildung dazu für alle Berufsgruppen – Stärkung der edukativen Rolle der Gesundheitsberufe)
- Motivieren der Menschen zur Ressourcenorientierung und Selbsthilfe
- Sichere und gesunde Lebenswelten



Juraszovich, Folie 26

Die Lebenserwartung liege in Österreich zwar über dem europäischen Schnitt, was die Zahl der gesunden Jahre betreffe, liege man allerdings weit hinter einigen europäischen Ländern und unter dem europäischen Durchschnitt. Menschen in Österreich würden also früher krank und hätten mehr Pflegebedarf, hier müsse man ansetzen.

Pflegegeldbezieher:innen 31.12.2022: 470.647 Personen



Ausgerichtet auf Defizite:

- Was kann der Mensch nicht mehr? Wie kann dies von anderen kompensiert werden?
- Fokus auf Funktionsbeeinträchtigungen

In der Zukunft ausrichten auf Ressourcen:

- Was kann der Mensch noch gut?
- Was/wen braucht er/sie, um diese Fähigkeiten zu erhalten?
- Was/wen braucht er/sie, um Lebensqualität zu gewährleisten?

Knapp 50 % in den Pflegegeldstufen 1+2

Quelle: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2022, BMGSPK

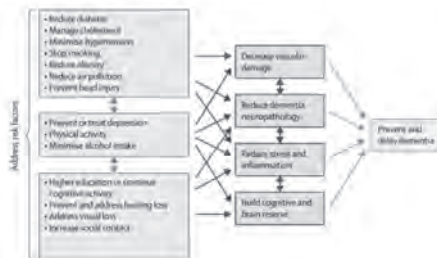
Juraszovich, Folie 27

Man müsse bei den untersten Pflegestufen ansetzen und versuchen, die Menschen möglichst lange dort zu halten und das automatische Vorrücken in die nächsten Pflegegeldstufen zu bremsen. Dabei sei es notwendig, auch an der Struktur des Pflegegelds etwas zu ändern. Es sei auf Defizite ausgerichtet, also darauf, was der Mensch nicht mehr könne. Eine Reform sei dringend nötig, in der Weise, dass man die Menschen unterstütze, möglichst lange ihre Fähigkeiten zu bewahren. Derzeit bekomme man weniger, wenn die Menschen mehr könnten, d. h., es werde nicht zu einer Verbesserung des Pflegezustands angeregt. Man müsse sich überlegen, wie die Alltagsfähigkeiten der Menschen wieder verbessert werden könnten.

Prävention von Demenz

(geschätzt rd. 160.000 Menschen sind von demenziellen Beeinträchtigungen betroffen)

Rund 40 – 45 Prozent aller Demenzerkrankungen können vermieden oder verzögert werden (Quelle: Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission)



Juraszovich, Folie 28

Juraszovich bezieht sich auf die jüngste Erhebung der Lancet-Kommission, aus der hervorgeht, dass 40–45 % der Demenzerkrankungen vermieden oder verzögert werden könnten. (<https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/infographics/dementia-2017/image-1721911723223.pdf>).

Es wurden **14 Indikatoren aufgestellt**, die dazu beitragen können, Demenzerkrankungen zu vermeiden oder zu verzögern. Dieser Wert von 40–45 % müsse allerdings mit Vorsicht interpretiert werden, da hier die Effekte jedes einzelnen Faktors summiert würden, d. h., man könne nicht die Zahl der Personen um 40–45 % reduzieren. In den letzten 10 Jahren sei die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, verringert worden, und zwar um rund drei Prozent. Für jetzt 60-Jährige gelte diese um rund 3 % geringere Wahrscheinlichkeit.

Prävention von Demenz

Frühe Lebensjahre

- Niedriger Bildungsstand

Mittlere Lebensjahre

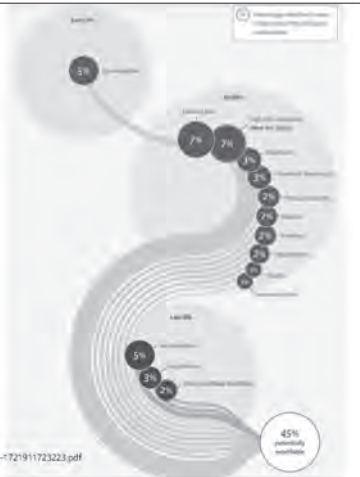
- Hörbeeinträchtigungen
- erhöhtes LDL-Cholesterin
- Depression
- Traumatische Kopfverletzungen
- Mangelnde körperliche Aktivität
- Diabetes
- Rauchen
- Bluthochdruck
- Adipositas
- Alkohol

Spätere Lebensjahre

- Soziale Isolation
- Luftverschmutzung
- Sehbeeinträchtigungen



<https://www.thelancet.com/pdfs/assets/full/LancetInfographics/dementia-2017/image-721911723223.pdf>



Juraszovich, Folie 29

Man wisse, dass das Erkrankungsrisiko abhängig sei vom Bildungsstand, von Umweltfaktoren, ganz wichtig sei auch noch der Blutdruck, ebenso laut neuesten Erkenntnissen das LDL-Cholesterin und auch Hörbeeinträchtigungen. Man könne laut der Grafik einzelne Faktoren in gewissen Lebensabschnitten beeinflussen. Einsamkeit und Sehbeeinträchtigungen seien beispielsweise im höheren Alter wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung einer Demenzerkrankung.

Wo arbeiten MTD vorwiegend?

	Krankenanstalten	Reha- und Kuranstalten	Ambulatorien/ ärztliche Gruppenpraxis/ Arztpraxis	sonstige
Diätologie	57 %	22 %		8 %
Ergotherapie	44 %	16 %	9 %	
Logopädie	46 %		13 %	13 %
Orthoptik	44 %		57 %	
Physiotherapie	42 %	20 %	14 %	

Quelle: Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2023


Juraszovich, Folie 30


Das Gesundheitsberufe-Register zeige, in welchen Bereichen die einzelnen medizinischen Berufsgruppen zur Behandlung oder Prävention von Demenz arbeiten. Hier wäre es besonders wichtig, dass präventive Kräfte auch im Langzeitbereich eingesetzt würden.

Was braucht es? Initiativen und Ansätze:

- **Social Prescribing:** den Menschen in seiner Gesamtheit zu sehen, einen biopsychosozialen Ansatz auch in der Primärversorgung zu haben, nicht nur Augenmerk auf den medizinischen Zustand des Menschen zu legen. Man könne durchaus auch Sozialarbeit oder Bewegung verschreiben.
- **Community Care:** *Juraszovich* betont, dass dieser Faktor über die Community Nurse hinausgehen müsse und auch andere Berufsgruppen eingebunden werden müssten.
- **„Choosing Wisely“:** Eine Aktion von Medizinerinnen und Medizinern seit 2011, man müsse auch bedenken, dass manche Medikamente eher schaden als helfen würden, und es gehe prinzipiell mehr um aktivieren statt reparieren.
- **Präventive Hausbesuche**
- **Schulung des Gesundheitspersonal hinsichtlich Gesundheitskompetenz:** Man müsse weg vom Fürsorge-Prinzip hin zu einer edukativen Haltung (Wie kann ich die Selbstbefähigung der Person stärken?). Auch demente Personen können selbstbestimmte Entscheidungen treffen, man brauche allerdings mehr Zeit dafür.
- **Peer-to-Peer Groups:** Betroffene als Expert*innen einsetzen, auch hier müsse man mehr investieren, um dieses Potenzial zu nützen.
- **Setting- und zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung**

Maßnahmenpakete zur Reduzierung der Pflegebedürftigkeit – für mehr gesunde Lebensjahre

 Kurzfristige Maßnahmen als Reaktion auf den aktuellen
Pflegepersonalbedarf

 Weiterentwicklung des Pflege- und Betreuungssystems und
Steigerung der gesunden Lebensjahre der Menschen

Juraszovich, Folie 32

Es brauche sowohl kurzfristige Maßnahmen (Ausbildungsplätze, Qualität der Ausbildung garantieren), als auch langfristige Maßnahmen, die man bereits jetzt angehen müsse. Dies betreffe vor allem den ressourcenorientierten und präventiven Aspekt, der auch mit bestimmten Kosten verbunden sei. Die Pflegekosten würden derzeit ca. 2,5 % des BIP betragen und würden bis 2040 auf 5 % steigen. Die Gesundheitsausgaben insgesamt seien 14 % des BIP.

Die Vision von Juraszovich bezüglich Pflege sei:

- auf die Bedürfnisse der Menschen ausgerichtet
- ressourcenorientiert und nicht defizitorientiert
- niederschwellig verfügbar und leistbar
- multiprofessionell und interdisziplinär ausgerichtet
- ein attraktiver Beruf für junge Erwachsene und mit einer Ausbildung auf hohem Kompetenzniveau
- eine gesellschaftliche wertvolle und anerkannte Aufgabe

Juraszovich wolle nun abschließend die Teilnehmer*innen einladen, auch für das World-Café am Nachmittag zu überlegen, was eine Vision von Pflege sei, was Pflege für den Einzelnen und die Gesellschaft bedeute, und dies dann auch einzubringen.

Opriesnig bedankt sich bei *Juraszovich* für ihre Ausführungen, es gebe nach der Pause bzw. nach dem Vortrag von *Kai Leichsenring* die Möglichkeit, zu allen drei Vorträgen auch Fragen zu stellen.

Irene Köhler stellt *Dr. Kai Leichsenring*, den Leiter des Europäischen Zentrums für Sozialpolitik und Forschung, vor. Dieses Zentrum ist den Vereinten Nationen angegliedert, es feierte in diesem Jahr sein 50-jähriges Bestehen und gilt als Zentrum für internationale Forschungs- und Politik-Expertise in den Bereichen soziale Sicherung, Inklusion, Gesundheit, Langzeitpflege, Beschäftigung und Arbeitskräftemobilität. *Köhler* bittet *Leichsenring* um seinen Vortrag.

Kai Leichsenring (European Centre for Social Welfare Policy and Research)

Internationale Modelle und Erfahrungen ressourcenorientierter Langzeitpflege

Leichsenring bedankt sich für die Einladung und die Vorstellung. Man habe bereits gehört, dass Wünsche für den Pflegebereich nicht angebracht seien, da es wenig zusätzliches Geld gebe bzw. dass zwar Ressourcen da seien, diese aber anders genutzt werden müssten. Sein Appell sei, dass die soziale Arbeit viel stärker in die Langzeitpflege integriert werden sollte.

Man müsse über die Terminologie sprechen, z. B. was man unter ressourcenorientierter Pflege verstehe. Er wolle im Folgenden auch über die Herausforderungen ressourcenbewusster Langzeitpflege auf systemischer Ebene sprechen und auch darüber, welche Potenziale es in der Langzeitpflege gebe. Hier sei sein Appell, dass gerade in Österreich die soziale Arbeit viel stärker einbezogen und an der Langzeitpflege beteiligt werden müsse, und zwar in Richtung der Zukunftsvision einer „sorgenden Gesellschaft“.

Der Begriff der **ressourcenorientierten Pflege** komme aus der Pflegewissenschaft und -praxis und beziehe sich auf die Ressourcen und die individuellen Potenziale der zu pflegenden Person, die gestärkt und genutzt werden sollten. Der theoretische Background sei das Konzept der Salutogenese (Antonovsky), in dem Gesundheit als Prozess gesehen werde. In diesem Kontext gebe es auch noch den Begriff der „Person-centred Care“, vor allem in der Pflegeforschung, die untersucht, welche Voraussetzungen (Pflegepersonal, pflegerisches Umfeld) zu entwickeln sind.

Zentral sei in diesem Kontext natürlich **die qualitätsvolle gute Pflege**, für die oft die Zeit fehle oder die Organisationsstruktur nicht passe. Ebenso sei in diesem Konzept die **Rolle der Sozialarbeit** ein wichtiger Faktor. Aus den Untersuchungen des Europäischen Zentrums für Sozialpolitik sei hervorgegangen, dass für **Koordination und interprofessionelle Kooperation** und für den Austausch mit anderen Berufsgruppen in der Langzeitpflege oft **nicht genügend Zeit zur Verfügung stehe**. Dies bedeute, dass genau dafür die Ressourcen fehlen würden.

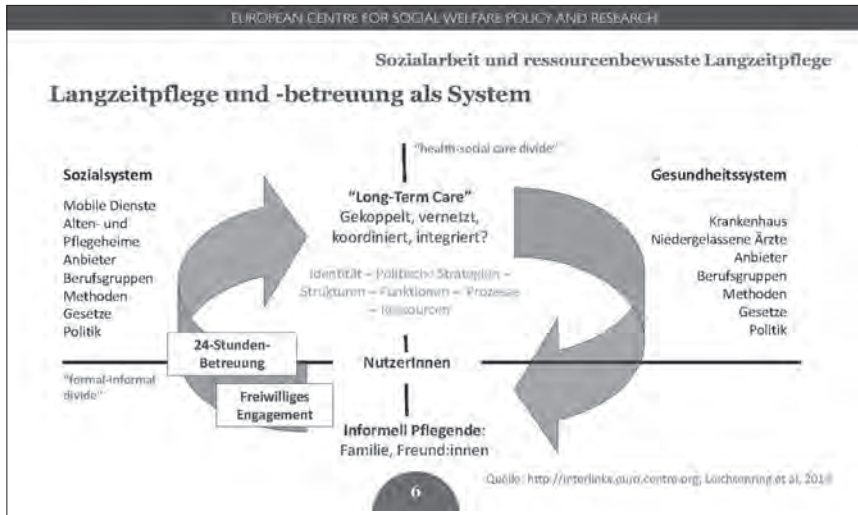
Ressourcenbewusste Soziale Arbeit

- Ressourcen von Klient:innen, Sozialarbeiter:innen, Organisationen
- Geld, Zeit, soziales Kapital
- Kontext: soziale, digitale und grüne Transformation
- Betreuungs- und Begleitungsprozess
- Potenziale von Koordination, interdisziplinärer und sektorübergreifender Kooperation nutzen



Leichsenring, Folie 5

Wenn man also über die **ressourcenbewusste soziale Arbeit** nachdenke, stelle sich die Frage, wie neben den Ressourcen von Klient*innen oder Sozialarbeiter*innen/Organisationen die Ressourcen Geld, Zeit und soziales Kapital eingesetzt werden könnten. Dies müsse in einem Kontext der sozialen, digitalen und „grünen“ Transformation erfolgen, Ressourcen also, über die in der aktuellen Konferenz noch nicht gesprochen worden sei. Hier stelle sich ebenso die Frage, wie man ressourcenbewusster agieren bzw. die Arbeit organisieren könne. Ressourcen seien da, man müsse eruieren, welches Potenzial interprofessionelle und interdisziplinäre Kooperation haben könne.



Leichsenring, Folie 6

Langzeitpflege und -betreuung als System

Hier zeige sich, dass Langzeitpflege etwas stärker ins Bewusstsein gerückt sei, es brauche vor allem die Einbeziehung der Ressourcen von unbezahlter Sorgearbeit, die oft nicht einmal im System als Ressource erkannt, sondern als „Störfaktor“ angesehen werde. Es solle auch verdeutlicht werden, wie aus dem Nebeneinander von Sozialsystem und Gesundheitssystem in einzelnen Ländern und Regionen ein besseres Miteinander und eine Integration und Vernetzung der Systeme erzielt werden könnten. Hier werde es darum gehen, diese Ressource der unbezahlten Sorgearbeit zu erhalten.

Ungenutzte Ressourcen

- **Alter(n) bedeutet nicht nur Gebrechlichkeit und Pflegebedarf**
 - Prävention, Aktivierung, Autonomie und Kompetenzorientierung im Fokus (Empowerment)
 - Soziale, digitale und grüne Transformation als Chance
- **(Sozialarbeiterische) Potenziale an den Nahtstellen**
 - Fragmentierung innerhalb von und zwischen den Sozial- und Gesundheitssystemen überwinden (Case Management)
 - Vermittlung und Aktivierung zwischen formellen und informellen Ressourcen, inkl. 24-Stunden-Betreuung (Vernetzung)
 - Interdisziplinäre/interprofessionelle Arbeit und neue Arbeitsformen ermöglichen
 - Finanzierungsformen jenseits der Sozialhilfelogik weiter entwickeln
 - Personenzentrierung und Ressourcenbewusstsein statt Marktorientierung den Weg ebnen

Leichsenring, Folie 7

Ungenutzte Ressourcen:

Die digitale Transformation sei ein Faktor, der auch als Chance gesehen werden könne, man müsse noch darüber diskutieren, inwieweit diese für die Langzeitpflege sinnvoll eingesetzt werden könne, die Roboterpflege sei vermutlich nicht wünschenswert, aber es gebe andere Technologien, die Potenzial aufzuweisen hätten.

Leichsenring habe nun die Nahtstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem bzw. formeller und informeller Pflege herausgehoben, die in der sozialen Arbeit eine Rolle spielen würden, in manchen Ländern auch ganz konkret bereits gut funktionieren würden, was auch für Österreich wünschenswert sei. In Österreich sei als eine Form der Langzeitpflege vor allem die 24-h-Betreuung relevant, in der sich auch die Frage nach der besseren Vernetzung, Ermächtigung und Begleitung stellen würde. Seine Theorie sei jedoch, dass es diese Form der Pflege in den nächsten 10 bis 15 Jahren nicht mehr geben würde, es sollten, wie in anderen Ländern, auch andere Formen der Langzeitpflege entwickelt und **Personenzentrierung und Ressourcenbewusstsein statt Marktorientierung** in den Vordergrund gestellt werden. Auch eine bessere Einbindung der Sozialarbeit in die Langzeitpflege-Systeme sei erforderlich.

Folgende **Megatrends** seien zu beobachten (bzw. als Entwicklungen wünschenswert):

EUROPEAN CENTRE FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH

Sozialarbeit und Langzeitpflege

Megatrends

- Ent-Familialisierung** – gemeinschaftlich, gemeindeorientiert
- Ent-Medikalisierung** – soziale Determinanten (von Pflegebedürftigkeit) identifizieren und soziale Lösungen entwickeln
- Ent-Marktlichung** – New Welfare Mixes
- Ent-Feminisierung** – Caring Masculinities
- Ungleichheiten reduzieren** – Zugang, Erbringung, Ergebnisse



8

Leichsenring, Folie 8

Beim letzten Punkt (Zugang, Erbringung) habe man in Österreich das Problem, dass dies sehr stark medizinisch-pflegerisch orientiert sei.

Bedarfsfeststellung:

EUROPEAN CENTRE FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH

Ressourcenbewusste Sozialarbeit in der Langzeitpflege

Bedarfsfeststellung

- Ressourcenbewusstsein und Wahrnehmung sozialer Aspekte
 - Von medizinisch-pflegerischer Orientierung zu ganzheitlichem Assessment
- Beispiel Deutschland (Pflegeversicherung):
 - Neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung des Pflegebedarfs, um „Potenziale eines Menschen stärker in den Blick zu nehmen, seine Selbstständigkeit und Teilhabefähigkeit sowie die ihn unterstützenden Strukturen zu stärken“ ...
 - ABER: keine Erhebung durch Sozialarbeiter:innen
- Beispiel Südtirol (Pflegegeld):
 - *Valutazione integrata dei tempi assistenziali*: Bedarfs- und Ressourcenerhebung im Tandem von Pflege und Sozialarbeit unter Einbeziehung der pflegebedürftigen Person und deren Angehörigen

Quellen: GKV, 2011; Leichsenring et al., 2007

9

Leichsenring, Folie 9

Man müsse also ein Assessment für die Bedarfsfeststellung entwickeln, das stärker ganzheitlich orientiert sei und auch die sozialen Aspekte wahrnehme. Deutschland habe diesen Schritt einer Reform der Pflegebedarfsfeststellung gemacht, und zwar mit einem Begutachtungsinstrument, das stärker darauf abziele, die Selbstständigkeit und Teilhabefähigkeit der Klient*innen zu stärken, und nicht nur die Einschränkungen fokussiere. Aber auch hier fänden die Erhebungen in erster Linie durch pflegerisches oder medizinisches Personal und nicht durch Sozialarbeiter*innen statt.

Als Beispiel in Südtirol (Pflegegeld) führt *Leichsenring* die „Valutazione integrata dei tempi assistenziali“ an. Dabei handle es sich um eine Bedarfs- und Ressourcenerhebung im „Tandem“ von Pflege und Sozialarbeit unter Einbeziehung der pflegebedürftigen Person und deren Angehörigen, wo die Frage nach der Einbeziehung des sozialen Umfelds zentral sei. Diese Variante habe den Vorteil, dass man die vorhandenen Ressourcen besser und länger nützen und auch stärken könne.

Ein weiterer Bereich, in dem die Sozialarbeit stärker eingebunden werden könne, sei **die Planung**:

EUROPEAN CENTRE FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH

Ressourcenbewusste Sozialarbeit in der Langzeitpflege

Planung

- Pflegebedarf und altersspezifische Bedarfslagen als Teil der Sozialplanung
- Beispiel Age-friendly environments (WHO)
 - Prävention und Inklusion, z.B. Fokus auf Einsamkeit und soziale Isolation
- Beispiel Demenz-Planung (national und regional)
 - Sozialarbeiter:innen als Vertreter:innen und Verstärker:innen
 - Früherkennung



Quellen: WHO & EU Commission, 2016;
<https://www.alzint.org/what-we-do/policy/dementia-plans/>

10

Leichsenring, Folie 10

Als Beispiel im Bereich der Planung führt *Leichsenring* die „age-friendly environments“ (WHO) an, man wisse, dass Einsamkeit ein Risikofaktor für erhöhten Pflegebedarf sei und soziale Isolation dazu beitrage, Pflegebedürftigkeit zu erhöhen, dies sei vor allem im Bereich der Demenz relevant. Hier könnten Sozialarbeiter*innen

viel stärker die Personen erreichen und bei der Früherkennung eine wichtige Rolle spielen.

Umsetzung:

Hier verweist *Leichsenring* auf mehrere Beispiele aus europäischen Ländern, die als Best-Practice-Beispiele angesehen werden könnten und sich nicht nur an den Grundbedürfnissen orientieren, sondern auch das soziale Umfeld und die Gemeinschaft miteinbeziehen würden. Sie alle funktionierten nach dem Prinzip, das Beard et al. (2016) folgendermaßen beschreiben: „Not only focus on basic care needs, but ‘... to enable an older person to age safely in a place that is right for them, to continue to develop personally and to contribute to their communities while retaining autonomy and health.’“ Vor allem in den Niederlanden und in Belgien gebe es in jüngster Zeit interessante Bewegungen, obwohl es auch dort breit angelegte Langzeitpflege-Systeme gebe, die bis zu 4 % des BIP ausmachen würden. Hier würden Menschen in „**Caring Communities**“ lokale Kooperativen gründen, die sich um die Pflege in den Gemeinden kümmern würden. Es stelle sich die Frage, wie man solche Initiativen fördern könne, die die Verantwortlichkeiten aus der Familie nehmen und in die Gemeinschaft verlagern würden. Als konkretes Beispiel führt *Leichsenring* die „**Hofjes**“ in den Niederlanden an oder die **Care Farms**, wo die Ressourcen des ländlichen Raums genutzt würden.

EUROPEAN CENTRE FOR SOCIAL WORK POLICY AND RESEARCH

Ressourcenbewusste Sozialarbeit in der Langzeitpflege

Umsetzung

Not only focus on basic care needs, but “... to enable an older person to age safely in a place that is right for them, to continue to develop personally and to contribute to their communities while retaining autonomy and health.” (Beard et al., 2016)

- **Beispiel Belgien: Caring neighbourhoods**
 - Verbindungen herstellen als Erfolgsfaktor: zwischen Bewohner:innen, zwischen diesen und Dienstleistungen sowie zwischen Dienstleistern
- **Beispiel Niederlande:**
 - Caring communities: Lokale Bürgerinitiativen
 - Care farms: Ressourcen im ländlichen Raum nutzen
 - Wohnprojekte: ‘Hofjes’ gegen Einsamkeit
 - DementTalent: Ältere Menschen mit Demenz in der Freiwilligenarbeit



Quellen: Beard et al., 2016; De Doncker et al., 2024; <https://rtv.nl>

Leichsenring, Folie 11

Im Vereinigten Königreich gäbe es die sogenannten Community Hubs, in denen ebenso die soziale Arbeit eine wichtige Rolle spiele.

EUROPEAN CENTRE FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH

Ressourcenbewusste Sozialarbeit in der Langzeitpflege

**Umsetzung
Beispiel Community Hubs (LinkAge National Programme),
Vereinigtes Königreich**

Zielgruppe	Ältere Menschen, die einsam oder von sozialer Isolation bedroht sind
Ziele	Aktivierung älterer Menschen, ihre Fähigkeiten mit anderen zu teilen
Instrumente	Community hubs (inkl. Lokaler Beirat), um Verbindungen zwischen Bedarf und Angebot herzustellen Sportliche und kulturelle Aktivitäten, IT skills etc.
Vermittlung	Individuell oder über andere Organisationen mittels Lokalem Beirat (Bürger:innen 55+)
Ergebnisse	Teilnehmer:innen fühlen sich besser integriert, berichten über verbesserte Lebensqualität und sind physisch aktiver.
Finanzierung	Nationales Programm

12

Quelle: Sencu et al., 2022

Leichsenring, Folie 12

EUROPEAN CENTRE FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH

Ressourcenbewusste Sozialarbeit in der Langzeitpflege

**Umsetzung
Carers Support Groups, Vereinigtes Königreich**

Zielgruppe	Pflegende Angehörige
Ziele	Maßgeschneiderte Angebote für pflegende Angehörige, die ein hohes Risiko sozialer Isolation haben: direkte Hilfe, Vermittlung
Instrumente	Carers Support Groups mit designiertem Koordinator (Sozialarbeiter:in) Sportliche und kulturelle Aktivitäten, IT skills etc.
Vermittlung	Individuell oder über andere Organisationen mittels lokalem Beirat (Bürger:innen 55+)
Ergebnisse	Teilnehmer:innen fühlen sich besser integriert, berichten über verbesserte Lebensqualität und sind physisch aktiver
Finanzierung	Nationales Programm

13

Quelle: Sencu et al., 2022

Leichsenring, Folie 13

Neue Berufsbilder und Kooperationsformen:



Leichsenring, Folie 15

Prinzipiell gehe es darum, die **Ressourcen der Sozialarbeit einzubringen**, was teilweise bereits erfolgt sei:

- Berufsbilder schärfen
- geeignete Berufsbilder schaffen und nutzen
- gerontologisches Wissen in der Ausbildung stärken
- Ressourcen der Sozialarbeit für alters- und pflegerelevante Interventionen (weiter-)entwickeln
- Kooperation statt Konkurrenz (mit Pflegeberufen)
- Personalmangel in der Pflege als Chance (z.B. das Berufsfeld der Sozialbetreuung und Altenarbeit besser zu nutzen)
- sozialarbeiterische Skills einbringen (Case-Management, Vernetzung, Lebensraumorientierung, Umgang mit Ungleichheit, Empowerment ...)

Die Ressourcen der Sozialarbeiter:innen sollten gestärkt werden durch:

- Resilienz und Erhalt von körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen der Beschäftigten (individuelle, Team- und Organisationsebene)
- interdisziplinäre, autonome Teams in überschaubaren Einzugsgebieten mit klaren Aufgaben der Vernetzung und Koordination im Bereich Altern und Pflege (Stichwort: „sorgende Gesellschaft“)

- Fokus auf soziale Kompetenzen, Organisationskultur und Weiterbildung nach individuellem Bedarf, organisations- und sektorübergreifende Workshops
- gebündelte, ergebnisorientierte Budgets
- Backoffice zur administrativen Unterstützung, Coaching, Peer Support, Digitalisierung

Auch bezüglich der **Finanzierung** sei ein Umdenken notwendig in dem Sinn, dass man nicht einzelne Leistungen finanziere, sondern sie zumindest bündle, wenn nicht gar eine Art Aufgabenfinanzierung für die Langzeitpflege vornehme. Bei der Finanzierung einzelner Leistungen würden diese zwar erbracht, aber es werde zu wenig auf das gesamte Outcome geachtet.

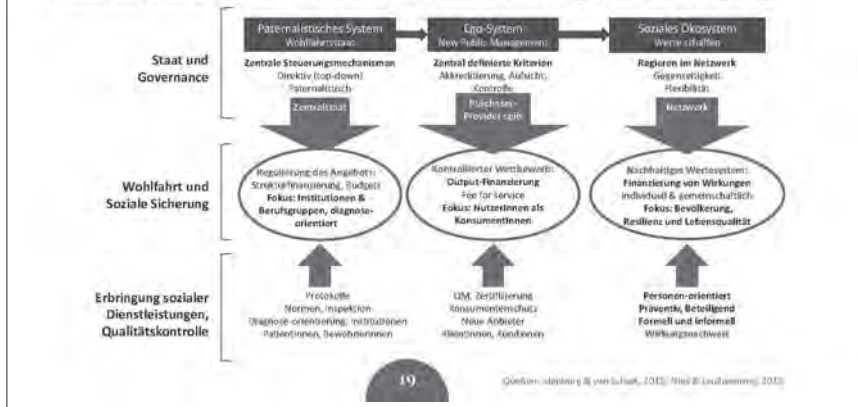
Ausblick:

Die Rolle von Sozialarbeit (und Sozialarbeitsforschung) in der „sorgenden“ Gesellschaft:

- Entlastung von Familien als Hauptverantwortliche für die Bereitstellung von Pflegeressourcen: Gemeinwesenorientierung, Wohnraumorientierung
- Herstellung von Geschlechtergerechtigkeit in Bezug auf Pflegeverantwortung
- Design altersrelevanter Sozialarbeit (neue Berufsbilder) und innovative Beiträge zur Kooperation, Koordination, interprofessionellen Zusammenarbeit und Integration in der Langzeitpflege. Man müsse neue Berufsbilder „erfinden“ und lokale „Pflege-Experimente“ wagen.
- Identifikation und aktive Entwicklung lokaler Pflegenetzwerke, innovativer Wohnprojekte und Partnerschaften mit lokalen Akteuren
- Beiträge zur ressourcenschonenden Verteilung von Pflegeressourcen zwischen öffentlichen, Non-Profit- und kommerziellen Akteuren
- Soziale Ungleichheiten in der Pflege aufgrund demografischer, digitaler und grüner Transformationsprozesse aufzeigen und eindämmen
- Stärkung von Informationskanälen und Rechten für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige
- Verbesserung des Zugangs zu qualitativ hochwertigen Pflegedienstleistungen in lokalen sozialen Ökosystemen
(Quelle: Kadi et al., 2024.)

Das Ziel des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung sei es, in Richtung einer sorgenden Gesellschaft zu arbeiten, nicht nur in Bezug auf Pflege und Betreuung, sondern auch dahingehend, Sorge für die Umwelt, für die Gemeinschaft und für die soziale Inklusion zu tragen und dabei Geschlechtergerechtigkeit zu beachten.

Ressourcenbewusster Umbau sozialer Sicherung und Versorgung



Leichsenring, Folie 19

Die politischen und gesellschaftlichen Auswirkungen eines ressourcenbewussten Umbaus sozialer Sicherung und Versorgung seien, dass man von einem nach wie vor paternalistischen Ansatz in unserem Wohlfahrtsstaat wegkomme. In diesen paternalistisch geprägten Betreuungsformen werde sehr stark über das Angebot reguliert, d. h., es gebe eine Strukturfinanzierung, Budgets und entsprechende Normen, mit einem hohen Maß an Auswahlmöglichkeiten. Dies habe auch dazu geführt, dass Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung eine große Rolle spielen würden, man brauche aber in Zukunft, wenn man stärker in lokalen Netzwerken agiere, eher eine **Finanzierung von Wirkungen, die Einbeziehung der Bevölkerung, eine Stärkung von Lebensqualität und Resilienz im lokalen Zusammenhang**. Ebenso bräuchte es an der Person orientierte, präventive und beteiligende Pflege zwischen formellem und informellem System.

Dies bedeute, dass die Erbringer von Leistungen stärker nachweisen sollten, was die Wirkungen ihrer Aktivitäten seien. Dann könne man auch entsprechend Finanzierungssysteme entwickeln, die stärker auf die Ergebnisse fokussiert seien als auf den reinen Input.

Dies sei ein möglicher Lösungsansatz, der unter Umständen sehr optimistisch sei, aber das könne man in der anschließenden Diskussion klären. *Leichsenring* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

Opriesnig bedankt sich sehr herzlich bei *Leichsenring* für dessen Vortrag und bittet ihn, gleich zu bleiben, ebenso bittet er Prof. *Badelt* und Mag. *Brigitte Juraszovich* nach vorne zu kommen, da es nun für das Publikum oder auch untereinander Gelegenheit gebe, einige Fragen an die Referent*innen zu stellen.

Fragen und Diskussion

Kurt Schalek (AK Wien): Er meint bezüglich der in den Vorträgen angesprochenen Wirkungsnachweise und der Ergebnisorientierung, dass es natürlich wichtig sei, Ergebnisse zu evaluieren, stellt aber die Frage, ob es tatsächlich unumgänglich sei, dass diese gemessen würden bzw. ob es nicht andere Möglichkeiten gebe, den Output zu beurteilen. Ebenso möchte *Schalek* fragen, warum derzeit die Prozessqualität, also das „Wie“, verschwinden würde. Gerade wenn man von Personenzentriertheit spreche, sei das ein Konzept, das primär darauf abziele, das „Wie“ stärker im Fokus zu haben.

Juraszovich: Sie glaube nicht, dass die Prozessqualität vernachlässigt würde, die Ausführungen hätten gezeigt, dass die Prozessqualität genauso wichtig sei wie die Strukturqualität, denn wenn man beispielsweise sage, man brauche andere Berufsgruppen wie Sozialarbeit, dann sei dies Strukturqualität, und wenn man sage, man solle die Betroffenen miteinbinden, dann betreffe dies die Prozessqualität. Bei der Wirkung sei der Nachweis schwierig, es stelle sich die Frage, ob nicht auch etwas öffentlich finanziert werden könne, ohne alles bürokratisch nachzuweisen.

Badelt: Er sei bei der wirkungsorientierten Finanzierung sehr skeptisch. Zum ersten meine er, dass es eine sehr gute Arbeit sein könne, selbst wenn keine oder eine schlechtere Wirkung erzielt werden könne. Er könne sich nicht vorstellen, dass man diejenigen, die dort arbeiten, wo man nichts oder wenig bewirken könne, finanziell dafür bestrafen würde. Er glaube schon, dass man in der Praxis um eine eher input-orientierte Finanzierung nicht herumkomme.

Leichsenring: Man müsse hier differenzieren, es gebe auch schon gebündelte Budgets und es gebe auch „Accountable Care Organisations“, z.B. in den USA. Dabei gehe weniger um Wirkung, sondern darum, dass sich die verschiedenen Beteiligten zusammensetzen und ein adäquates Versorgungs- und Betreuungssetting für Betroffene entwickeln. Er könne sich das in einzelnen Bereichen durchaus vorstellen. Natürlich sei die Messung der Lebensqualität subjektiv und werde auch kritisch gesehen, aber man könne durchaus darauf aufbauen.

Opriesnig: *Leichsenring* habe von der Weiterentwicklung von Finanzierungsfragen abseits der Sozialhilfelogik gesprochen, ob dies in diese Richtung abzielen würde.

Leichsenring: Man sehe in Österreich, dass Langzeitpflege zu Beginn sehr stark aus dem Sozialbereich bzw. der Sozialhilfe gekommen sei, mit der entsprechenden Finanzierungslogik, nämlich von Eigenbeiträgen und „Means Testing“ (= Bedarfsprüfung).

Das habe sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Die Langzeitpflege sei derzeit eine Zwischenform, sie sei weder Sozialversicherung noch Sozialhilfe, sie sei einerseits steuerfinanziert aus dem Bundesbudget, andererseits aber auch von den Ländern, was alles sehr kompliziert mache. Er gehe auch nicht so weit, dass alle Länder dieselben Standards haben sollten. Aber es sei schwierig, wenn der Bund etwas klar vorgebe wie das Pflegegeld, die Länder aber wieder ganz unterschiedliche Preise, Eigenbeiträge oder auch Angebotssysteme hätten. Herauszulösen aus der Sozialhilfelogik hieße auch zu überlegen. Wenn der Regress auf stationäre Aufnahme abgeschafft sei, warum gebe es ihn dann noch bei der Beitragserhebung im mobilen Bereich?

Katharina Scheinast (AK Wien) würde zum Thema Finanzierung interessieren, ob es auch eine Möglichkeit im Akutbereich gebe, gewisse Finanzierungsströme zu verändern. Konkret gehe es darum, dass man auch im Akutbereich noch immer medizinische Einzelleistungen verrechnen würde. Man habe auch eine sehr „Ärzt*innen-orientierte“ Versorgungsstruktur in dem, was man verrechnen könne. Dies führe wie bereits erwähnt dazu, dass das, was man verrechnen könne, auch in erster Linie angeboten würde. Damit habe man ein Feld geschaffen, in dem andere Gesundheits- und Pflegeberufe oder therapeutische Berufe weniger bzw. nur pauschaliert eingesetzt würden.

Wenn man sich die Schnittstelle genau anschau, stelle sich die Frage, wie man es schaffe, die Personen dort zu versorgen, wo sie leben, auch angesichts der Tatsache, dass ein Belagstag im Krankenhaus 1.200 € koste, die Versorgung im niedergelassenen Bereich koste 66 €. Für sie stelle sich also die Frage, wie man es erreichen könne, die Menschen dort medizinisch zu versorgen, wo sie zu Hause seien, um Folgeerkrankungen, beispielsweise deliranten Zuständen, vorzubeugen. Es gehe darum, dass nicht die medizinische Leistung eine zentrale Rolle spiele, sondern im Grunde die „Behandlungs- und Betreuungspfade“ berücksichtigt würden. Scheinast findet es auch hinterfragenswert, dass die medizinische Leistung im Spital etwas anderes wert sei als im niedergelassenen Bereich. Es würden sie diesbezüglich die Meinungen der Referent*innen interessieren.

Juraszovich: Es habe in den letzten 15 Jahren viele Anstrengungen gegeben, die Zahl der Belagstage pro Krankheitsfall im akutstationären Bereich zu reduzieren. Dies sei einigermaßen gut gelungen und mit Kosteneinsparungen verbunden. Ebenso trage die Leistungspauschale dazu bei, dass man im akutstationären Bereich nicht mehr auf Tage abstelle, sondern auf Krankheitsbilder. Die Bestrebungen gingen also dahin, Belagstage zu reduzieren.

Wenn sie die Frage richtig verstanden habe, ginge es auch darum, im häuslichen Bereich die medizinische Versorgung auszubauen und dort durch einfachere Finanzierungsstrukturen eine bessere Lösung zu schaffen, dies wäre auch für sie eine wichtige Entwicklung, wie es sie in nordischen Staaten bereits gebe. Man habe auch die Möglichkeit der Übergangspflege, wo Menschen mit Pflegebedarf aus den Spitälern in eine Übergangspflege oder in eine Akutgeriatrie gebracht werden könnten, hier gebe es aber leider zu wenig Angebote, es müsse dringend ausgebaut werden. Auch dabei handle es sich um eine Art der Mischfinanzierung, Übergangspflege sei aus dem Sozialbudget finanziert, Akutgeriatrie aus dem Gesundheitsbudget.

Monika Wild (Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management): Sie habe eine Frage an *Juraszovich*: ob nämlich nicht der Versorgungsgrad doch im Großen und Ganzen bundesweit einheitlich sein solle. Sie verfolge eher den Gerechtigkeitsgedanken, dass Versorgungsgrad und Minimalstandards österreichweit im Großen und Ganzen dieselben sein sollten. *Wild* frage sich, ob das jemals genauer untersucht worden sei, gerade bei den Pflegeplätzen in den Heimen müsse man sich anschauen, wie es derzeit in den verschiedenen Ländern mit der Verfügbarkeit von Plätzen, mit Wartelisten aussehe oder mit den Überweisungen in die Krankenhäuser. Es gebe auch unterschiedliche Personalschlüssel, wie viele diplomierte Pflegekräfte es pro Bewohner geben müsse, sie frage sich, ob das nicht überprüft werden müsse, um evidenzbasierte Aussagen machen zu können. (*Applaus*).

Juraszovich antwortet, sie habe gemeint, dass sie es nicht wisse, ob die unterschiedlichen Versorgungsgrade Auswirkungen auf die Qualität hätten, sie kenne keine Untersuchung, die dieses Thema genau untersucht habe. Sie sei insofern für Föderalismus, als man so auf Basis regionaler und kommunaler Strukturen arbeiten könne, anhand von bundesweit einheitlichen Vorgaben. Sie sei nicht für gleiche Tarife, sie sei aber für gleiche Tarifstrukturen, solange die Gehaltskosten nicht einheitlich seien. Man könne nicht gleiche Tarife haben, solange es in den Bundesländern unterschiedliche Gehaltskosten gebe. Sie spreche sich auch dafür aus, gleiche Qualitätsindikatoren einzuführen, um messen zu können, wie sich einzelne Faktoren auf die Qualität der Versorgung auswirken würden.

Badelt: Es gebe gute ökonomische Argumente für den Föderalismus, nämlich überall dort, wo entsprechende Bedürfnisse und auch entsprechende Güter unterschiedlich angeboten würden. Er sei jedoch der Ansicht, dass die Qualitätsstandards überall dieselben sein müssten. Man könne sich berechtigterweise die Frage stellen, warum die Qualitätsstandards in Pflegeheimen unterschiedlich sein sollten und welche ökonomischen Begründungen es denn überhaupt gebe, Landesbedienstete in verschiedenen Ländern unterschiedlich zu bezahlen.

Opriesnig bietet die Möglichkeit für eine Abschlussfrage.

Katharina Meichenitsch (BMSGPK): Sie wolle zum Thema Gemeinnützigkeit fragen bzw. bezüglich der Ausführungen von *Badelt* anmerken, dass sie ganz konform damit gehe, dass diese Frage nicht über die Ideologie entschieden werden solle. Es sei in der ökonomischen Theorie so, dass, weil man nicht wisse, was man „kaufe“, sich NPOs erst gebildet hätten und dadurch keine ideologische Begründung dafür vorliege, sondern es durchaus eine ökonomische Theorie dahinter gebe, dass ein gemeinnütziger Anbieter von sozialen Dienstleistungen seine Vorteile hätte. Um auf das Beispiel der Ärzt*innen zurückzukommen, da habe der Gesetzgeber entschieden, dass beispielsweise bei den Primärversorgungseinheiten diese Art von gemeinnützigen Anbietern vorhanden sein solle. Es gebe offensichtlich auch einen Trend in diese Richtung.

Badelt: Er habe nicht gemeint, dass kommerzielle Anbieter besser seien, er habe sich dafür ausgesprochen, empirisch zu untersuchen, wer mit welcher Qualität besser arbeite. Aber er wehre sich ein wenig gegen das „Verteufeln“ eines gewinnorientierten Ansatzes. Wenn man sich die Literatur zu den NPOs anschau, dann sehe man, dass diese quasi lange Zeit in der Literatur „heiligesprochen“ worden seien. Erst dann habe es eine Phase gegeben, wo sich im Rahmen empirischer Untersuchungen herausgestellt habe, dass auch NPOs oft ihre Tücken hätten und nicht von vornherein die „Heiligen“ und die anderen die „Bösen“ seien. Auch deshalb spreche sich *Badelt* sehr für eine empirische Überprüfung aus.

Leichsenring: Er möchte sich insofern in die Diskussion einbringen, als diese Unterscheidung in NPOs und kommerzielle Anbieter obsolet sei, es würden durch die Vorgaben in der Qualitätssicherung alle irgendwie hybrid arbeiten. Dadurch gebe es zumindest theoretisch ein und dasselbe „Level Playing Field“, wo nach denselben Regeln gespielt würde. Leider beträfen die Normen meist eher nur die Struktur und den Prozess und seien wenig auf Ergebnisse bezogen.

Badelt stimmt dem zu, auch er wolle nicht regulieren, vor allem nicht in der Form, dass dann vielleicht jemand, der eine GmbH sei, eine bestimmte Leistung nicht erbringen dürfe, noch dazu, wo man wisse, dass „Non-Profit“ eigentlich nur bedeute, dass es zwar ein Verbot der Gewinnausschüttung gebe, aber nicht das Verbot der Gewinnerzielung.

Leichsenring: Stimmt dem zu, es gehe darum, dass die Regeln für alle gleich seien.

Opiresnig bedankt sich bei den drei Referent*innen für deren Input und die Bereitschaft zur Diskussion. Es bittet *Petra Rösler* (Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt) um ihren Vortrag.

Petra Rösler (Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt)

Verschiedene Verantwortungen auf dem Weg zum gemeinsamen Ziel: Wo Bund, Länder, Organisationen und Individuen aktiv ansetzen können

Rösler bedankt sich für die Einladung und betont, es sei schon sehr viel zum Thema gesagt worden, aber sie hoffe, doch einiges Neues beitragen und Akzente setzen zu können.

Die **BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt)** sei der größte Zusammenschluss von Non-Profit-Organisationen von gemeinnützigen Trägern in Österreich, nicht nur in der Langzeitpflege, sondern auch in anderen Bereichen der sozialen Arbeit, in der Kinder- und Jugendhilfe, zum Beispiel in der Armutsbekämpfung oder in der Integration und Inklusion. Die BAG umfasse 5 Träger, die Dienstleistungen in der Pflege erbringen würden, in der mobilen Pflege würden von der BAG zwei Drittel der Leistungsstunden abgedeckt.

Rösler habe in diesem Vortrag nicht die Aufgabe, Lösungen zu präsentieren, sondern sie solle über den Status quo sprechen und erklären, warum manches so sei, wie es sei. Sie freue sich auch, dass Schüler*innen anwesend seien, für die vieles doch neu sei. Sie wolle gleich zu Beginn eine Folie zeigen, die ohnehin niemand lesen könne, aber sie sei als symbolisch für die Kompliziertheit des gesamten Systems zu sehen und zeige die Finanzierungslandschaft im Pflegebereich (Quelle: Famira-Mühlberger, Trukeschitz, 2023). Das gleiche „verwirrende“ System gebe es für die rechtliche Ausgestaltung und für die Leistungserbringung von Pflege.

Rösler wolle im Folgenden **den Fokus auf die Verantwortungen legen und auf das gemeinsame Ziel.**

Die Empfehlung des Europäischen Rates vom 8. Dezember 2022 über den Zugang zu erschwinglicher und hochwertiger Langzeitpflege sei als „gut zugängliche, erschwingliche und hochwertige Langzeitpflege“ formuliert worden, dies allerdings im Kontext der Knappheit, welche bereits in den vorangegangenen Beiträgen skizziert worden sei.

Man habe in Österreich ein System, wo Pflegebedürftigkeit von Krankheit abgegrenzt und sehr unterschiedlich behandelt würde, durch Förderungen oder Zuschüsse von Bund, Ländern oder Gemeinden, aber es gebe keinen Rechtsanspruch auf Pflege, da diese nicht aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert würde.

Es gebe in Österreich den Grundsatz der Subsidiarität in der Pflege, *Rösler* zitiert Martina Kargl (Caritas): „Erst dort, wo eigene Mittel und eigene Kräfte sowie der Familienverband die Notsituation nicht eigenständig bewältigen können, wird aus der privaten Aufgabe eine öffentliche, erst dann gewährt der Sozialstaat soziale Rechte.“ Dies sei die Grundlage. Es gebe auch zwei Prinzipien:

1. **Das Fürsorgeprinzip:** Es bedeute, dass man im Wesentlichen zuerst die eigenen Mittel aufbringen müsse und im Anspruchsfall die Bedürftigkeit dabei geprüft werde (z. B. Zuzahlung zu mobiler Pflege, deren Anspruch im Einzelfall geprüft werde, aber ohne Rechtsanspruch auf Art und Höhe).
2. **Das Versorgungsprinzip:** Ein Beispiel dafür sei das Pflegegeld, hier gebe es Kriterien (Pflegebedarf), wenn man diese Kriterien erfülle, habe man einen Rechtsanspruch auf diese Leistung.

Es sei gut, diese Unterschiede zu kennen, um dann die Möglichkeiten in der Praxis besser zu verstehen.

Die Beteiligten und ihre Verantwortlichkeiten seien nun:

- ▶ **die Person mit Pflege-/Betreuungsbedarf. Sie habe die Verantwortung,**
 - **die Pflege selbst zu finanzieren,** mehr Mittel würden in diesem Fall mehr Möglichkeiten ergeben. Dazu gebe es diverse Zuschüsse auf verschiedensten Ebenen und in verschiedenen Höhen.
 - **für Prävention bzw. Vermeidung des Pflegebedarfs.** Dies sei eine persönliche Verantwortung, trotzdem könne man das Thema nicht ausschließlich bei der Person lassen, da es auch sozioökonomische Rahmenbedingungen gebe. Man wisse, dass Gesundheit und sozialer Status einen großen Zusammenhang hätten. Wenn man mehr gesunde Lebensjahre wolle, müsse auch der Staat Verantwortung für die Rahmenbedingungen übernehmen.
 - **Pflegepersonen zu finden:** Bei dieser Verantwortung sei ein wenig unklar, ob sie bei der zu betreuenden Person oder auch beim nahen Umfeld liegen würde. Ebenso hänge es stark von der eigenen Familie, Nachbarschaft etc. ab, wie die Pflege organisiert werden könne. Tatsächlich sei es in Deutschland so, dass der Beitrag zur Pflegeversicherung davon abhängt, ob man Kinder habe oder nicht (Menschen ohne Kinder zahlen mehr ein).

- ▶ **Das nahe Umfeld (Familie, An- und Zugehörige). Sie hätten die Verantwortung,**
 - **Betreuung und Pflege zu erbringen** (Beistandspflicht), diese wird in der Rechtsprechung mit einer Stunde pro Tag angesetzt.
 - **Pflegepersonen zu finden**, wenn die zu betreuende Person dies nicht mehr selbst machen könne. Man wisse, dass es auch für die Familie relativ rasch überfordernd sein könne, eine geeignete Pflegeperson oder Pflegeform zu finden. Hier brauche es dann Beratung oder wohnortnahe Koordination.
 - **die Pflege zu finanzieren:** *Rösler* betont, es gebe eine Unterhaltspflicht (z. B. von Ehepartner*innen), die auch exekutiert würde. Es gebe Fälle, in denen die Sozialhilfe von Menschen in Pflegeheimen verweigert werde, da sie ihre Familienangehörigen vorher klagen müssten.

▶ **Gemeinden und Städte:**

Diese seien in vielfältiger Weise für die Finanzierung und Ausgestaltung der Pflege verantwortlich. Man wisse, dass sie sehr direkt die aktuelle Knappheit im Pflegebereich spüren würden. Zugleich sagen viele Bürgermeister*innen, sie hätten nicht ausreichend Informationen, um die Pflege in ihrer Gemeinde gut aufzustellen.

Konkret hätten Gemeinden Verantwortung in folgenden Bereichen:

- **Gesundheit und Prävention:** Beispiele seien die „Gesunden Gemeinden“ mit vielen Programmen und Aktivitäten oder die Community Nurses.
- **Pflegepersonen finden:** Es sei eine Ressource, wenn die Gemeinde dafür Sorge, dass das Miteinander gut funktioniere, dann würden auch Freiwilligen-Netzwerke leichter entstehen (Fahrten- oder Besuchsdienste).
- **Entlastungsangebote für pflegende Angehörige:** Diese fänden ebenso oft auf Gemeinde-Ebene statt, z. B. Peer-to-Peer-Beratungen, Angehörigen-Cafés, die von den Gemeinden unterstützt würden.
- **Betreuung und Pflege erbringen:** Auch diese Verantwortung sei oft in Gemeinden angesiedelt (städtische Heime, Tageszentren, alternative Wohnformen).
- **Finanzierung:** Über die Sozialhilfe-Umlage würden die Gemeinden einen Großteil der Pflege finanzieren. Dabei handle es sich um ein sehr komplexes Konstrukt, das die Gemeinden auch zunehmend stark belaste, wobei der Pflegefonds eine gewisse dämpfende Wirkung habe.

► Organisationen:

Folgende Bereiche liegen in der Verantwortung der Organisationen:

- **Prävention:** Man habe in den Organisationen gute Möglichkeiten, auch in der Prävention zu agieren. Leider werde dies derzeit vom System nicht belohnt, was sehr schade sei. *Rösler* betont, sie hege große Hoffnungen bzgl. der Vorbilder internationaler Projekte, die diese Prävention bereits implementieren würden, wie beispielsweise in Slowenien. Hier würde beispielsweise in Pflegeheimen belohnt, wenn Personen länger in einer Pflegestufe bleiben oder sich tatsächlich auch verbessern würden.
- **Pflegepersonen zu finden:** Das sei natürlich eine Aufgabe der Organisationen, dies beginne beim Employer Branding und bei Social-Media-Kampagnen und geht bis hin zur Rekrutierung aus Drittstaaten.
- **Ausbildung von Pflegenden:** Eigentlich sei die Ausbildung von Pflegenden und Betreuenden je nachdem eine Länder- oder Bundesverantwortung. Durch die Pflegelehre gehe diese Aufgabe doch wieder auf die Organisationen über und auch die Pflegepraxis liege bei den Organisationen. Hier sei man als Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt nicht immer ganz glücklich mit dem finanziellen Ausgleich dafür. Es sei diese Praxisausbildung eine Verantwortung, die man tatsächlich noch viel ernster nehmen und ausleben wolle.
- **Pflegende zu halten:** Dies sei auch ein sehr wichtiges Thema für Organisationen, insbesondere was die Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte betreffe. Tatsächlich seien manchmal den Organisationen die Hände gebunden, da die Finanzierungen und die Vorgaben nicht von den Organisationen selbst zu gestalten seien. Man versuche beispielsweise in der Dienstplangestaltung Ansätze dafür zu finden.
- **Erbringung von Pflege und Betreuung:** Hier sei die Innovation eine sehr wichtige Aufgabe für die Organisationen, dies bedeute, immer weiterzudenken und Neues auszuprobieren. Dazu brauche es manchmal Anschubfinanzierungen und Förderungen, ebenso sei die Digitalisierung eine gute Möglichkeit für die Organisationen, die Knappheit ein Stück weit abzufedern. Wie man dies tue und mit welchen ethischen Auswirkungen dies verbunden sei, könne man vielleicht am Nachmittag im Workshop diskutieren. Fakt sei jedoch, dass dafür einmal eine ordentliche Summe Geld erforderlich sei, um überhaupt ins Tun zu kommen, dies könnten die Organisationen nicht aus der eigenen Verantwortung leisten.

► **Bund und Länder:**

Man habe in Österreich die Regelung, dass alles, was nicht dem Bund zugeteilt sei, Sache der Länder sei. Man habe in allen Bereichen 15a-Vereinbarungen zur Ausgestaltung. Dies bedeute, es gebe in der Pflege relativ wenig, das dem Bund zugeordnet sei, wie beispielsweise das Pflegegeld, das Heimaufenthaltsgesetz, das GuKG (Gesundheits- und Krankenpflege-Gesetz) – dies seien drei Materien, die beim Bund seien. Alles andere liege bei den Ländern.

Zuständigkeiten und Verantwortung der Länder nach §15a:

- Entwicklung von Bedarfs- und Entwicklungsplänen
- Erfüllen von Mindeststandards an mobilen, stationären und teilstationären Diensten – selbst oder durch andere
- Koordinierung der Versorgung sowie Information und Beratung, damit die Menschen die Kompetenz hätten, sich im System auszukennen und die Selbstfürsorge wahrzunehmen
- Kostenbeiträge unter Berücksichtigung sozialer Faktoren
- Gesetze, z.B. Regelungen für die Errichtung und Betrieb von Pflegeeinrichtungen sowie für deren Standards und Auslastung
- Qualitätssicherung und Kontrolle (Aufsicht)
- Aus-, Fort- und Weiterbildung der sozialen Berufe, die Pflegeberufe seien beim Bund angesiedelt. Es gebe allerdings in den Ländern gemeinsame und einheitliche Curricula. In Deutschland sei dies anders, es gebe dort in den Hilfsberufen derzeit noch deutliche Unterschiede bei den einzelnen Ländern (z. B. eine Bandbreite der Curricula von 80 bis 180 Stunden)
- Großes Spektrum an individuellen Förderungen, die die Länder ausschütten würden, was zu sehr unterschiedlichen und teilweise nicht gerechten Situationen führe. Dies habe auch jüngst die Caritas in einer Studie von Famira-Mühlberger gezeigt: welchen großen Unterschieden die Menschen mit Pflegebedarf in Österreich ausgesetzt seien.

► **Bund und Länder** zahlen gemeinsam in den **Pflegefonds** ein, und zwar im Verhältnis 2:1, die Länder seien verantwortlich für die Ausgaben. Dieser Pflegefonds sorge für

- die Sicherung und den Ausbau der Versorgung im stationären, teilstationären und mobilen Bereich: alternative Wohnformen, Kurzzeitpflege, Case und Care Management, Community Nurses, mehrstündige Alltagsbegleitung
- Qualitätssicherung
- Innovation inkl. Digitalisierung

► **Bund:** komme für das Regressverbot auf, d.h. einen gewissen Ausgleich dafür zu leisten, dass das Verbot auf Bundesebene durchgesetzt worden sei.

Gesetzesmaterien und Verantwortungsbereiche des Bundes:

- Heimaufenthaltsgesetz
- Arbeitnehmerrechte
- Pflegekarenz
- Aufenthaltsgenehmigungen
- Regressverbot
- Forschung und Datenmanagement, dies sei wichtig, die Datenlage sei in Österreich oft sehr dürftig, hier gebe es noch viel zu lernen, wenn man evidenzbasiert agieren wolle
- Förderungen und Zuschüsse, z. B. für Projekte
- Planung und Koordination (mit den Ländern)
- Qualitätssicherung durch das Nationale Qualifikationszertifikat für Pflegeheime (NQZ)

Was macht der Bund für pflegebedürftige Einzelpersonen/deren Angehörige?

- Pflegegeld (mit Rechtsanspruch)
- Angehörigenbonus
- Angehörigengespräche (bis zu 10 Angehörigengespräche sind kostenlos)
- Sozialversicherungsrechtliche Absicherung von pflegenden Angehörigen, die kein eigenes Versicherungsverhältnis haben
- Pflegekarenz(-geld)
- Förderung der 24-h-Betreuung (60:40)

Was macht der Bund für die Pflegepersonen?

- Ausbildungen inkl. Stipendien, AMS-Förderungen, FH-Förderungen und Nostrifizierungen
- Förderungen des Gehalts der Pflegepersonen durch das Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz (EEZG) im Verhältnis 2:1 mit den Ländern
- Unterstützung von Rekrutierungsinitiativen in Drittländern und Erarbeitung eines Leitfadens für die ethische Rekrutierung
- Verankerung des Berufsrechts im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)

Abschließend hält *Rösler* fest, es seien die Themenbereiche des Föderalismus, der Gerechtigkeit sowie das gemeinsame Vorgehen im Bereich der Pflege bereits angesprochen worden. Für sie sei allerdings auch noch das Thema der Synergien wichtig. Man habe teilweise ziemlich kleine Länder, die ihr eigenes Pflegesystem betreiben würden. Es gebe nun die neue Form der Pflegeentwicklungs-Kommission, die demnächst ihre Arbeit aufnehmen werde, wo Bund und Länder sich gemeinsam um Steuerung und Finanzierung kümmern sollen. Hier könnten Bund und Länder einen gemeinsamen Weg beschreiten, um die vielen Herausforderungen besser koordinieren zu können. Es gebe auch Arbeitsgruppen, für welche die BAG zur Verfügung stehe, diesen Weg mitzugestalten und die Erfahrungen aus der Praxis einzubringen. Manchmal denke man, die Harmonisierung im Pflegebereich könne nur schwer umgesetzt werden, *Rösler* wolle in diesem Zusammenhang aber den Bundespräsidenten in seiner Rede vom 26. Oktober zitieren, der gemeint habe, die anstehenden Probleme würden sich nicht von selbst lösen, es gebe keinen „schmerzf freien Weg“ und man brauche Neues. *Rösler* hoffe, dass dies gelingen möge.

BAG
Bundesagentur für Arbeitsmarktdienste

1. „Die Probleme werden sich nicht von selber lösen.
2. Es gibt keinen schmerzf freien Weg, die Probleme zu lösen.
3. Wir müssen Neues wagen.

Lassen Sie uns gemeinsam an Lösungen arbeiten, die unser Land weiterbringen.“

Alexander van der Bellen, 26.10.2024

www.fraunhofer-iaf.de Caritas Diakonie volkshilfe

Rösler, Folie 26

Rösler betont abschließend, gerade das ÖKSA sei ein Kontext, in dem man spüre, sehe und auch praktiziere, dass an gemeinsamen und konstruktiven Lösungen gearbeitet werde. *Rösler* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

Opriesnig dankt *Rösler* für ihre Ausführungen, er bittet *Philippe Narval* (Lebenshilfe Österreich) nach vorne, der sich bereit erklärt habe, die Workshops am Nachmittag und das anschließende World-Café zu gestalten.

Narval führt aus, er habe am Abend davor das Glück gehabt, neben „Pionier*innen“ und Expert*innen der Pflege zu sitzen, es sei für ihn sehr spannend gewesen, mit welcher Leidenschaft sie über diesen Beruf gesprochen hätten. Er sage dies ganz bewusst nach den schwierigen Themen vom Vormittag, man wolle den anwesenden jungen Menschen nicht die Zuversicht nehmen, dass der Pflegeberuf ein sehr spannender sei. Er freue sich daher sehr, dass eine ganze Klasse der Schule für Sozialberufe von der Diakonie in Feldkirchen anwesend sei, die noch dazu die erste Maturaklasse in dieser Schule sei. *Narval* bittet die Klassensprecherin *Alina Frühwirt* nach vorne und fragt sie, was für sie und ihre Klasse das Spannendste der 5 Schuljahre gewesen sei. *Alina* berichtet, es seien in erster Linie die Praktika gewesen. Die Schüler*innen hätten im ersten Jahrgang sogenannte Aktivierungspraktika zu absolvieren, einige Kolleg*innen seien im Pflegeheim gewesen, andere im Kindergarten, ab der dritten Klasse seien sie dann in die Pflegepraktika gekommen und nun seien sie eben bereits in der Abschlussklasse. Von den 28 Schüler*innen seien jetzt noch 14 im Maturajahrgang. *Narval* überreicht als kleines Dankeschön einen Blumenstrauß und bedankt sich auch bei der Direktorin der Schule und bei *Irene Köhler*, die den Kontakt zur Schule hergestellt und die Teilnahme der Schüler*innen ermöglicht hat. *Narval* führt weiter aus, dass für den Nachmittag nach den Workshops um 15:15 ein World-Café geplant sei.

Irene Köhler und *Sigrid Samm* (Amt der Kärntner Landesregierung) informieren noch über die organisatorischen Rahmenbedingungen des Nachmittags. *Köhler* bedankt sich bei *Samm* noch einmal für die gute Zusammenarbeit in der Vorbereitung der Konferenz.

WORKSHOPS: ZUKUNFTSSTRATEGIEN UND CHANCEN

WORKSHOP 1: Multiprofessionalität als Chance

Impuls: Monika Wild (Österreichische Gesellschaft für Care & Case Management)

Moderation: Elisabeth Anselm (Geschäftsführerin Hilfswerk Österreich)

*Elisabeth Anselm begrüßt die Teilnehmenden des Workshops 1. Sie freue sich ganz besonders, dass **Monika Wild** von der Österreichischen Gesellschaft für Care & Case Management, eine wirkliche Fachfrau im Bereich unterschiedlichster Pflgeethemen, das Thema der Chancen von Multiprofessionalität präsentieren würde. **Wild** werde zunächst dazu einen kurzen Input machen, anschließend wolle man mit den Teilnehmenden eine Diskussion starten. Dazu habe man auch **drei Leitfragen** vorbereitet, die bereits während des Inputs reflektiert werden könnten:*

1. Worin sehen die Teilnehmenden persönlich – aus ihrer Erfahrung und ihrem Hintergrund – die Chancen der Multiprofessionalität?
2. Wo sehen die Teilnehmenden ganz konkrete Ansatzpunkte dafür?
3. Wer ist dafür verantwortlich, dass in diesem Bereich etwas geändert bzw. möglich wird?

Monika Wild bedankt sich für die Einleitung. Das Thema Multiprofessionalität als Chance sei bereits am Vormittag von einigen Personen aufgegriffen worden. Sie wolle dazu noch einige andere Aspekte einbringen.

► **Definition von Multiprofessionalität:** Hierunter verstehe man das koordinierte Zusammenarbeiten von Berufsgruppen. *Wild* betont, sie wolle der Einfachheit halber Interprofessionalität und Multiprofessionalität synonym verwenden. Voraussetzung für einen optimalen Einsatz dieser gebündelten Kompetenzen sei ein gegenseitiges Verständnis füreinander bei gleichzeitiger klarer Zuordnung der Zuständigkeiten. Man solle seinen eigenen Bereich kennen, aber auch den der anderen. Nur durch die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams entstünden Synergieeffekte, die Bündelung verschiedener Perspektiven und Blickwinkel sowie eine aus der Kooperation folgende Kompetenzerweiterung. Je nachdem, mit welcher Perspektive man auf eine Fallentwicklung schaue, würde sich eine andere Betrachtungsweise ergeben.

Wild nennt als Beispiel eine Ausbildung, in deren Rahmen gemeinsam mit Mediziner*innen, Pflege- und Lehrkräften, aber auch Betriebswirt*innen an Fallbeispielen gearbeitet worden sei, da jede*r einen anderen Blickwinkel auf die jeweilige Situation eingebracht habe. Dies bringe einen enormen Mehrwert, es hätten auch *Juraszovich* und *Leichsenring* die Vorteile von gemeinsamen Modulen in der Ausbildung angesprochen. Die Kooperation von verschiedenen Berufsgruppen würde ebenso eine Kompetenzerweiterung im Sinne von „Können“ nach sich ziehen.

► **Warum ist Multiprofessionalität ein Thema?**

- Personalmangel insbesondere in der Gesundheits- und Krankenpflege
- Die Gewährleistung einer angemessenen Versorgung werde immer schwieriger.
- Es gebe wenig bis kaum Spielraum für Innovationen.
- Die Prognosen der Zukunft „drückten“ auf die Gegenwart. *Wild* merke dies beispielsweise daran, dass bei neuen Ideen automatisch repliziert würde, dass diese nicht realisierbar seien. Vielmehr seien die meisten damit beschäftigt, die Gegenwart zu bewältigen. Wenn man für die Bewältigung der Gegenwart so viel Energie brauche, könne man keine Kraft dafür aufbringen, innovative Lösungen zu finden. Dies sei ein großes Problem der Gegenwart, da diese als so schwierig erlebt würde und die Zukunft nur negativ besetzt sei. Man müsse in den Pflegesektor wieder mehr Gestaltungswillen bringen.
- Multiprofessionalität solle eine effiziente Versorgungs- und Personaleinsatzplanung ermöglichen unter Gewährleistung von Patient*innen-/Bewohner*innen-/Klient*innensicherheit. Es gehe primär um die Effizienz und die Sicherung der Versorgung. Es sei eine große Herausforderung, wie man gewisse Aufgaben und Zuständigkeiten umschichten oder Prozesse verändern könne, damit man wieder Spielräume habe für anderes.

Wild gibt einen Überblick über die Gesundheits- und Sozialberufe und betont, dass man gerade von den sogenannten MTD-Berufen (Physiotherapeut*innen, Diätolog*innen, Logopäd*innen), aber auch Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen dringend mehr in der Langzeitpflege brauche:

Gesundheits- und Sozialberufe



Angehörige, Patienten, Klienten, Bewohner

Wild, Folie 4

Bei den Sozialbetreuungsberufen sei wichtig, dass sie Pflegekompetenz hätten, aber auch Betreuungskompetenz, primär werde aber nur die Pflegekompetenz im System genutzt und diese Mitarbeiter*innen würden vor allem im Bereich der Pflege eingesetzt. Neue Ansätze in der Pflege würden auch mehr Betreuungskräfte erfordern, beispielsweise bei der Gestaltung des Alltags bei Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen. In der mobilen Pflege werde jedoch kaum auf die Betreuungskompetenz zurückgegriffen, sondern die meisten würden im Bereich der Pflegeassistenz eingesetzt, weil kein Auftrag zur Betreuungsarbeit bestehe. Die soziale Alltagsbegleitung würde in einigen Bundesländern ausgebaut, auch die Rolle der Ehrenamtlichen sei sehr wichtig und insbesondere jene der Sozialarbeit, zum Beispiel bei der Mobilisierung finanzieller Ressourcen für die zu betreuenden Personen. Bei einzelnen FHs gebe es Zweige wie Sozialarbeit mit Schwerpunkt alte Menschen. Auch die Angehörigen, Patient*innen/Klient*innen/Bewohner*innen hätten eine besondere Rolle in diesem Setting. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit sei in mehreren Settings wichtig:

Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Innerhalb eines Settings

Entlang des
Versorgungsprozesses

Wild, Folie 5

Wenn man an die Pflege zu Hause denke, gehe es auch darum, wie man mit dem Hausarzt/der Hausärztin zusammenarbeite. In vielen Fällen sei zwischen Pflegenden und anderen Professionen kaum Kooperation vorhanden. Jedenfalls beobachte man eine Fragmentierung von Aufgabenbereichen, die kaum überschaubar sei:

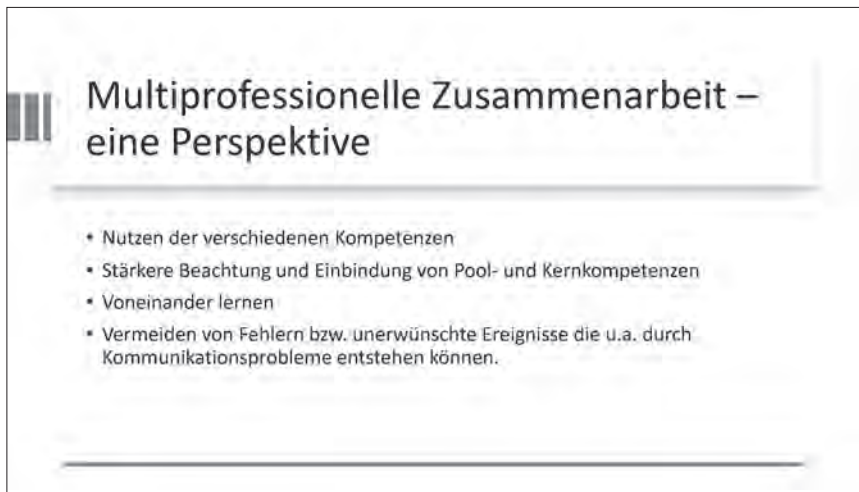
IST-Situation

- Fragmentierung von Aufgabenbereichen
- Rollen- und Professionsverständnis
- Fehlende Konzepte der Kooperation und Koordination
- Kaum Evaluations- und Feedbacksysteme
- Vernetztes Arbeiten über die Grenzen der Finanzierungstöpfe wird zwar von allen Akteuren sowie von Politik und Gesellschaft gewünscht, aber an der Finanzierung scheitern viele Ansätze

Wild, Folie 6

Wild verweist auch auf den Evaluationsbericht der GÖG mit verschiedenen Case Studies, dabei habe sie betroffen gemacht, wie stark die Abgrenzung der Arbeitsbereiche der einzelnen Fachkräfte (DGKP, PFA, PA) sichtbar geworden sei. Dies sei für sie keine gute Entwicklung, man brauche auch ein anderes Professionsverständnis und müsse das Gesamte besser im Blick behalten. Es gebe kaum Konzepte der Kooperation und Koordination, vor allem auch in den verschiedenen Settings, durch unterschiedliche Finanzierungstöpfe und Zuständigkeiten. Man „spiele dieses Spiel“ bereits seit Jahrzehnten. Eigentlich würde sich die Situation noch zuspitzen, man habe kaum Evaluations- und Feedback-Systeme zwischen den Sektoren, die deutlich machten, wie alles funktioniere.

Als Perspektive der multiprofessionellen Zusammenarbeit nennt *Wild* folgende Aspekte:



The slide features a title 'Multiprofessionelle Zusammenarbeit – eine Perspektive' on the left side, accompanied by a decorative graphic of three vertical bars. Below the title is a horizontal line. A bulleted list follows, containing four items. A second horizontal line is positioned at the bottom of the slide content.

- Nutzen der verschiedenen Kompetenzen
- Stärkere Beachtung und Einbindung von Pool- und Kernkompetenzen
- Voneinander lernen
- Vermeiden von Fehlern bzw. unerwünschte Ereignisse die u.a. durch Kommunikationsprobleme entstehen können.

Wild, Folie 7

Man habe einen großen Pool an überfachlichen Kompetenzen, die von vielen verschiedenen Personen ausgeübt werden könnten. Entlastungsgespräche mit Angehörigen könnten beispielsweise von vielen anderen Berufsgruppen durchgeführt werden. Man wisse auch, dass die meisten Fehler auf Kommunikationsproblemen oder Verständnisschwierigkeiten beruhen würden.

Wild bietet abschließend folgende Anregungen zur Diskussion:

Anregungen - Diskussionspunkte

- Verstärkte Einbindung weiterer Gesundheitsberufe und Sozialarbeit
- Sichtbarmachung und Nutzung der überfachlichen Poolkompetenzen und fachlichen Kernkompetenzen
- Innere Haltungsänderung und Entwicklung einer Patienten/Bewohner/Klientenorientierung
- Schaffung eines zusätzlichen MAB-Berufes wie Remobilisation
- Prozessanalyse der intersektoralen Zusammenarbeit und Erstellen von Regeln der Zusammenarbeit mit klaren Regeln – weg von Beliebigkeit hin zur Verbindlichkeit
- Rahmenbedingungen schaffen und finanzieren, die die Zusammenarbeit ermöglichen und fördern – verbindliche Kommunikationsstrukturen, Vertrauen schaffen
- Richtlinien, Abrechnungsmodalitäten den berufsrechtlichen Möglichkeiten anpassen

Wild, Folie 8

Wild betont, es gebe drei Regelwerke: jenes der Länder, die Vorgaben des Berufsrechts und schließlich noch die dienstrechtlichen Vorgaben der Institution, diese seien aber oft nicht im Einklang. Da müsse man aber aus der gegenwärtigen Lähmung herauskommen. Sie bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

Anselm bedankt sich sehr herzlich für die Ausführungen von *Wild*, sie gehe davon aus, dass es seitens der Teilnehmenden Fragen oder Ergänzungen geben würde oder auch den Wunsch, die eigenen Erfahrungen in diesem Bereich einzubringen. Wichtig sei vor allem die Überlegung, wer quasi „in die Gänge kommen“ oder wo man ansetzen müsse, damit sich die Situation verbessere.

Gertrud Devich (VAGET gemGmbH) führt aus, sie sei Geschäftsführerin bei der VAGET und komme selbst aus dem Pflegebereich, auch aus der Selbstständigkeit, und habe alle möglichen Stationen kennengelernt. Sie sei heute an dem Punkt angekommen, wo sie der Meinung sei, dass alles, was sie nicht selbst verändere, überhaupt nie verändert würde. Sie sei eine Kämpferin und noch immer mit Herzblut in der Pflege. Was ihr fehle, sei die „IKEA-Mentalität“, nämlich das Prinzip: „Was will der Kunde?“ Wenn man sich nicht kundenorientiert verhalte, werde man immer unzufrieden sein. Wenn man nicht den Kunden mit seinen Bedürfnissen sehe, ihn nicht als Eigen-Experte wahrnehme, werde man nie zufrieden sein. Sie finde es auch sehr schade, dass das Fallmanagement nicht ausreichend zum Tragen komme, welches es in allen Modellen gebe. Dies bedeute, dass jemand zuständig sei, jemand

koordinieren, inhaltlich beurteilen könne, was die anderen tun. Das habe man gelernt, man müsse nur öfter darüber nachdenken. Es sei sehr schade, wenn man sich diese Kompetenz wegnehmen lasse. Sie finde es auch nicht gut, dass es keine Fachkonsiliare in der Pflege gebe, sie würde dies an ihrer gerontopsychiatrischen Einrichtung sehr wohl praktizieren. Dass man mit anderen Berufsgruppen auf Augenhöhe zusammenarbeiten müsse, habe man nicht gut gelernt. Es sei gut, dass die jungen Leute, die nachkämen, viel fordern würden, dies sollte noch weiter gefördert werden. Die Rahmenbedingungen müsse man sich oft erkämpfen, Projekte einreichen, die dann abgelehnt würden, aber das sei der Job. Man müsse auch in anderen Branchen als Organisationsverantwortliche Kritik einstecken und man müsse immer kämpfen, wenn man etwas erreichen wolle.

Jakob Kabas (Bundesverband Lebenswelt Heim): Multiprofessionalität fange dort an, wo man bereit sei, auf die Menschen zu schauen, die einem anvertraut seien. Brigitte Jurasovich habe 8 Dimensionen von Lebensqualität gezeigt, ihm hätten dabei noch das psychische Wohlbefinden und die Spiritualität gefehlt. Man müsse im Hinblick auf die Menschen, die einem anvertraut seien, schauen, wer in diesen 8 bis 10 Dimensionen der Lebensqualität was am besten könne. Danach müsse man sich richten, das sei ein erster Ansatz, und man müsse reflektieren, wen man dazu brauche. Wenn er sich die Personalausstattungsverordnung aus der Steiermark ansehe, dann habe es dort lange die Personalvorgabe von „Diplompflegepersonal, Pflegeassistenz und Sonstige“ gegeben. Über die „Sonstigen“ würde seit 20 Jahren diskutiert. Die Länder sollten sich also im Sinne der Multiprofessionalität öffnen. Leider würde der Föderalismus dazu verleiten, einander auszurichten, wer der „Staatsmeister“ in irgendeinem Bereich sei. Man solle sich eher darüber austauschen, wie man im Sinne von Multiprofessionalität erreichen könne, dass Menschen im Blick auf diese 8 bis 10 Dimensionen der Lebensqualität die gleiche Lebensqualität bekommen würden, und zwar unabhängig davon, wo sie in Österreich wohnen.

Julia Pollak (Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit): Sie arbeite im Bereich der Interessenvertreter*innen der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen und wolle zwei kleine Anmerkungen machen. Es sei schön, wenn die Sozialarbeit mitgedacht würde, aber hier sollte auch noch die Sozialpädagogik ergänzt werden, die ganz wesentlich im Bereich der Bildungsprozesse auch in der Langzeitpflege oder bei Menschen mit chronischen Erkrankungen sei. Der zweite Punkt, wo sie völlig zustimmen würde, sei die Notwendigkeit des Wissens über die gegenseitigen Kompetenzen. In Österreich gebe es leider das Problem, dass es kein Berufsgesetz für soziale Arbeit gebe, das bedeute, dass die Kompetenzen, über die Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen verfügen würden, nicht verschriftlicht seien. Sie könne dann die Angehörigen anderer Berufsgruppen gut verstehen, wenn

diese sich die Frage stellten, was die Personen in der Sozialarbeit eigentlich machen würden. Man könne sich damit auch auf nichts berufen, es sei eine langjährige Forderung ihres Berufsverbands und sie würde sich sehr über Unterstützung freuen, vor allem wenn es um die multiprofessionelle Zusammenarbeit gehe. Dies bedeute auch, dass nicht nur Gesundheitsberufe, sondern auch die soziale Arbeit über klar definierte Kompetenzen verfügen müsse.

Tom Schmid (Zentrum für soziale Innovation): Er möchte gleich daran anschließen, man habe an der FH St. Pölten immer schon gefordert, dass die soziale Arbeit in die Gesundheitsberufe und damit in das Gesundheitsberufe-Register eingegliedert gehöre, leider sei es bis heute nicht gelungen. Zusammenarbeit auf Augenhöhe sei sehr schwer, wenn die Sozialarbeit der einzige Gesundheitsberuf sei, der nicht im Register aufscheine. Dies hänge zum Teil mit dem fehlenden Berufsgesetz zusammen, zum Teil sei es aber nur eine Ausrede, man hätte bei der Regulierung des Registers für Gesundheitsberufe das ohne Weiteres machen können. Vor einigen Jahren habe es ein Bachelor-Projekt über Spitals-Sozialarbeit gegeben. Eine Gruppe habe sich das Selbstbild und das Fremdbild in der Sozialarbeit angesehen. Das Fremdbild seitens der anderen Spitalsberufe wäre gewesen, dass es sich dabei um jene Personen handle, die die Formulare ausfüllen würden. Wenn das Wissen der Berufsgruppen über andere so beschränkt sei, werde es auch mit der Kooperation auf Augenhöhe nicht funktionieren. Daran müsse aber gearbeitet werden. Der zweite Punkt, den Schmid noch erwähnen wolle, sei jener, dass man über die Probleme schon lange Bescheid wisse. Er fragt *Wild*, ob sie eine Vorstellung habe, wann und wie man von der Analyseebene auf die Umsetzungsebene kommen könne.

Wild: Es gebe viele Ansatzpunkte, es brauche dazu aber auch den Überbau, dass etwas möglich werde, dies bedeute, es brauche auch willige Entscheidungsträger für die Umsetzung.

Schmid: Spricht sich dafür aus, dass die Beteiligten selbst aktiv werden, wenn es ein ärztliches Problem sei, wäre sofort die Ärztekammer dahinter und es gäbe schon eine Lösung.

Patrick Gröbl (Jugend am Werk Steiermark GmbH): Er glaube, dass man von der Multiprofessionalität noch weit weg sei, da man noch nicht einmal innerhalb der eigenen Profession der Pflege Klarheit habe. Es sei noch nicht lange her, dass man über die Akademisierung der Pflege geredet habe, in anderen Berufen wie Medizin, Physiotherapie, Diätologie habe es die Diskussion, dass man das studiere, überhaupt nicht gegeben. Er meint, die größte Problematik entstehe innerhalb der Berufsgruppe der Pflege, und solange es innerhalb der Berufsgruppe und deren Vertretung keine

Klarheit gebe, werde es niemals ein adäquates Standing dieser Berufsgruppe geben. Dies sei auch mit einem gewissen Stolz auf den eigenen Beruf verbunden, auch mit dem Bewusstsein, dass die Macht der Pflege groß sei.

Katharina Scheinast (Arbeiterkammer Wien): Es sei richtig, dass man in der eigenen Berufsgruppe Schwierigkeiten habe, sie stelle jetzt einmal die Frage, ob eine Medizinerin/ein Mediziner anwesend sei. Sie habe das erwartet, dass dies nicht der Fall sei, was ihrer Meinung nach ein Problem darstelle. Man rede hier von Inter- und Multiprofessionalität und man habe eine Berufsgruppe, die in diesem System omnipräsent sei, sowohl in der Organisation als auch wenn es darum gehe, wie die Versorgung organisiert werde. Es gehe immer darum, dass es zu wenige Ärztinnen und Ärzte gebe, immer gehe es um deren Arbeitsbedingungen und auch die Verrechnung im Akutbereich sei an deren Einzelleistungen geknüpft und an sonst nichts. Was man aber schon sehe, sei folgendes Faktum: Wenn man sich damit auseinandersetzen wolle, wie man auf Augenhöhe arbeiten könne, dann seien die Vertreter*innen dieser Berufsgruppe die ersten, die aufstehen und gehen würden. Im medizinischen Bereich werde – zumindest sei dies Scheinasts Erfahrung gewesen – Multiprofessionalität so verstanden, dass es viele gebe, an die man delegieren könne, ohne ein Verständnis von deren Arbeit zu haben und zu wissen, was diese andere Berufsgruppe gelernt habe, was sie tue und wofür sie zuständig sei. Hier könnten viele Dinge beitragen, das zu verbessern, zum Beispiel eine gemeinsame Ausbildung, durch die man ein Grundverständnis schaffen würde, auch dafür, was die andere Berufsgruppe im Verhältnis (nicht im Vergleich) zur eigenen Arbeit leisten könne.

Scheinast glaube aber auch, dass es darum gehe, die Rahmenbedingungen anzupassen, und zwar nicht nur in gesundheitsrechtlicher Hinsicht. Im österreichischen Strukturplan Gesundheit werde verlangt, dass in verschiedenen Abteilungen mindestens eine ärztliche Fachkraft eingesetzt werden müsse, man finde aber keine Forderung nach sozialer Arbeit oder Physiotherapie. Dies bedeute, man habe auch Rahmenbedingungen, in denen nicht einmal festgelegt sei, dass man diese Berufsgruppen brauche. Ergo hätten auch die Organisationen durch die Finanzierungsstrukturen, die damit verbunden seien, kaum eine Möglichkeit, diese Berufsgruppen einzufordern. Die Sache mit den medizinischen Einzelleistungen im Akutbereich sei die, dass versucht werde, möglichst viele davon unterzubringen, ohne aber Pflege und Therapie in einem Sockelbetrag verfügbar zu haben. Dass man nur die medizinischen Einzelleistungen verrechnen könne, führe dazu, dass man seit der Einführung der Fallpauschal-Systeme im Vergleich zu den Belagstags-Systemen sukzessive mehr Medizinerinnen und Mediziner in den Organisationen habe, weil diese dem Unternehmen Geld bringen würden. Das andere Personal sei ein Kostenfaktor, womit man eine Deprofessionalisierung befeuern würde, auch innerhalb der Pflege, da

Assistenzberufe eben billiger seien. Damit gehe man wieder in eine Art Funktionspflege, da beispielsweise die einzige diplomierte Pflegekraft dann mit einzelnen Patient*innen keinen Kontakt mehr habe. Insofern glaube Scheinast, dass es notwendig sei, dass trotz der Finanzierungsströme und der Komplexität mit vielen unterschiedlichen Töpfen man wieder weg von einer medizinzentrierten Einzelleistungsverrechnung hin zu den Bedürfnissen der Menschen und zu finanzierbaren Behandlungspfaden kommen müsse und die Menschen dann das bekämen, was sie brauchen würden. Letztlich gehe es um eine Win-win-win-Situation, das bedeute, dass die Pflegenden gut arbeiten könnten, die Patient*innen das bekämen, was sie brauchten und dies sogar Einsparungen bedeuten würde, denn am teuersten sei das Krankenhaus, auf das derzeit alles abgewälzt würde.

Andrea Gandler (A.ö. BMH Lienz): Sie sei Sozialarbeiterin und habe 10 Jahre bei den Elisabethinen in Klagenfurt gearbeitet. Sie wolle eine Geschichte aus ihrer Berufspraxis erzählen. Auf der Geriatrie-Station habe sie 25 stationäre Patient*innen gehabt, die drei Wochen mobilisiert worden seien. Man habe zunächst mit einem Projekt (ambulant-geriatriische Mobilisation) begonnen, das habe in Kärnten gut funktioniert. Dies sei auch wissenschaftlich begleitet worden von der FH Joanneum Graz. Die Leute seien präventiv betreut worden, auch von außerhalb habe man durch die Hausärzt*innen Patient*innen zugewiesen bekommen, Physio- und Ergotherapie sei bei den Patient*innen zu Hause gemacht worden, diese seien um 80 % weniger oft ins Krankenhaus gekommen, es habe auch weniger Stürze gegeben. Ebenso seien die Menschen weniger oft in ein Pflegeheim gekommen und konnten länger zu Hause versorgt werden. Es habe interprofessionell sehr gut funktioniert, es habe einen Arzt (Geriatler), zwei Physiotherapeut*innen, zwei Ergotherapeut*innen und eine Psychologin gegeben, sie selbst sei als Sozialarbeiterin dabei gewesen, eine Teamassistentin habe alles koordiniert. Gandler habe 10 Jahre in diesem Projekt gearbeitet, das dann auch auf Klagenfurt Land und auch auf andere Orte in Kärnten ausgeweitet worden sei. Es sei sogar angedacht, das Projekt auf ganz Österreich auszuweiten, in Deutschland gebe es Vergleichbares bereits seit 20 Jahren. Es sei die Zusammenarbeit sehr gut und auf einer Ebene abgelaufen, es sei nur um den Patienten/die Patientin gegangen.

Nun arbeite *Gandler* beim mobilen Palliativteam in Osttirol, hier sei es ähnlich, es gebe zwar einen Kampf mit der Politik, aber auch hier würde es funktionieren, da das Team interdisziplinär denke. Hier sei der Arzt der diplomierten Pflegefachkraft oder der Teamassistentin und Sozialarbeiterin gleichgestellt. Das einzige Problem sei, dass es nur einen Arzt gebe und damit keine Krankenstands- oder Urlaubsvertretung, es wolle kein anderer Arzt/keine andere Ärztin eine Vertretung übernehmen. Sie wolle damit sagen, dass Interprofessionalität gut funktionieren könne und jede*r mit „Wasser koche“.

Wild: Sie sei froh über das Beispiel, es habe sich gezeigt, dass interprofessionelles Arbeiten sehr gut in kleineren Teams funktioniere, die für bestimmte Regionen zuständig seien. Dies seien auch die Kriterien, nach denen man so etwas aufsetzen könne. Man habe da auch einen Budget-Topf, aus dem alle finanziert würden. Es sei jedoch problematisch, dass es so viele einzelne kleine Teams gebe, wie beispielsweise Palliativ-Teams, geriatrische Teams, „Herz mobil“ etc. Sie habe auch von einem Mitarbeiter der ÖGK gehört, dass die Wundversorgung nicht mehr von der mobilen Pflege, sondern von eigenen Mitarbeiter*innen gemacht werden solle. Man habe damit lauter Einzelleistungen und Einzelteams, aber im großen Feld der mobilen Pflege gebe es keine klaren Spielregeln, wie miteinander gearbeitet werde. Es sei auch ihre These, dass mangelnde Kooperation nicht an den Professionen liege, sondern an den Rahmenbedingungen, die vorhanden seien.

Bettina Irrasch (Amt d. Kärntner LReg., Pflegeanwältin): Ihr sei es wichtig, die Perspektive der Klient*innen einzunehmen bzgl. Multiprofessionalität. Sie sei seit Jahren eine Verfechterin dieser Idee, die großen Chancen würden darin liegen, dass man erst dadurch ein Case-Management zustande bringe. Es reiche nicht aus, den Menschen zu sagen, dass sie 24-h-Betreuung haben oder in ein Heim gehen könnten. Es gebe so viele Lösungen dazwischen und erst durch die Multiprofessionalität könnten Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Das Zweite sei, dass die Lebensqualität der Klient*innen stark steigen würde, sie möchte auch keine 33-Jährigen mehr in einem Pflegeheim haben, weil das nicht das richtige Setting sein könne. Nur zu sagen, dass es eben aus diesem Topf finanziert würde, bringe das System an Grenzen. Vielmehr sei ein einziger Topf nötig, aus dem die Leistungen finanziert würden. Auch wenn man über die Übergangspflege rede, wolle sie, dass in jedem Bundesland das Gleiche mit Übergangspflege gemeint sei und auch geboten werde. Auch Übergangspflege sei charakterisiert durch Multiprofessionalität.

Anselm: Dies sei eine gute Abrundung der Diskussion, auch um nicht aus den Augen zu verlieren, um wen es eigentlich gehe, nämlich um die Patientinnen und Patienten/Klientinnen und Klienten. Man habe in den mobilen Diensten oft das Thema, dass die Betroffenen nicht wollten, dass zu viele Menschen kämen, sondern nur zwei oder drei, zu denen man Vertrauen habe und auf die man sich einstellen könne, was in einer intimen Situation wie in der Pflege, die noch dazu dauerhaft und nicht akut sei, nur allzu verständlich sei. Es müsse am Ende gelingen, ein „big picture“ davon zu zeichnen, wohin man in der Pflege wolle, und es müsse auch gelingen, möglichst konkret zu beschreiben, was man haben wolle. Von diesem großen Bild könne man ganz konkret Forderungen stellen, man stehe derzeit am Anfang einer neuen Regierungsperiode und es sei zu hoffen, dass sich eine Regierung finde, die das Thema Pflege und Gesundheit als ein zentrales Thema behandeln wolle. Man

sollte diese Situation nützen, um konkret Druck zu machen, allerdings sollte man sich ganz konkret überlegen, was man haben wolle, und auflisten, in welche Gesetze und Verordnungen was einfließen müsse. Es sei so, dass auch in den letzten Jahren einiges gelungen sei, zum Beispiel die Pflegereformpakete I bis III. Allein die Tatsache, dass man endlich die Erstverordnung von Medizinprodukten durch DGKP erreicht habe, sei ein Durchbruch gewesen. Es gebe auch noch eine weitere Liste von hilfreichen Maßnahmen, aber man sei weit weg davon, was hier besprochen worden sei. In diesem Sinn dürfe man dennoch den Mut nicht verlieren.

Tanja Hruschka (Volkshilfe Wien): Sie wolle abschließend noch eine Anregung formulieren, nämlich dass ein einheitliches digitales Dokumentationssystem überaus wichtig wäre. Sie sehe das in der Praxis der mobilen Pflege, wenn diese Voraussetzung nicht gegeben sei, könne auch die Multiprofessionalität nicht gelebt werden.

Anselm bedankt sich bei *Monika Wild* für deren anregenden und ermutigenden Impuls am Beginn des Workshops, sie dankt allen Teilnehmenden sehr herzlich für ihre Beiträge, Ergänzungen und Erfahrungsberichte und bittet sie, diese Reflexionen aus dem Workshop auch im anschließenden World-Café einzubringen.

WORKSHOP 2: Digitalisierung und KI als Chance

Moderation: Alexander Strelj (Caritas Österreich) und Kurt Schalek (Arbeiterkammer Wien)

Strelj begrüßt die Anwesenden und teilt mit, dass der ursprünglich für diesen Workshop vorgesehene Inputgeber Giovanni Rubeis (Karl Landsteiner Privatuniversität) krankheitsbedingt abgesagt habe und dass *Schalek* mit seinem großen Erfahrungsschatz an Wissen zur Seite stehen würde. Digitalisierung und KI seien zwei sehr häufig verwendete Wörter, in die oft sehr viel Hoffnung gelegt werde, besonders in Bereichen, in denen Krisen herrschen würden. In der Langzeitpflege könne man nicht unbedingt behaupten, dass man Pionier auf diesem Gebiet sei, man bewege sich in einem sehr breiten Spektrum von Papierdokumentation, Durchführungsnachweisen, die beispielsweise in der mobilen Pflege abzuhaken seien, bis hin zur Ausweitung der digitalen Infrastruktur. *Schalek* betont, man habe Pilotprojekte in verschiedenen Bereichen, z. B. mit dem Einsatz von Mixed-Reality-Brillen etc., aber man sehe in der Praxis, dass das Spektrum ein sehr breites sei. Zugleich gebe es viele offene Fragen, was zum Beispiel die Finanzierung betreffe, die digitale Weiterentwicklung oder auch rechtliche Fragen bzw. die Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen oder die Kompetenzen der Berufsgruppen.

Man habe für diese Runde die KI befragt, und zwar mit dem Prompt „Fasse in einem Satz zusammen: Was sind die Chancen von Digitalisierung und KI im Bereich der Langzeitpflege?“ Die Antwort sei gewesen: „Im Bereich der Langzeitpflege hat die KI und die Digitalisierung die Möglichkeit, Arbeitsprozesse zu optimieren, Zeitressourcen effizienter zu nutzen und Qualität von Pflege und Betreuung langfristig zu erhöhen.“ Es würde *Strelj* und *Schalek* sehr interessieren, was die Teilnehmenden dazu sagen würden, wenn sie diese Frage gestellt bekämen, d. h., worin sie die Chancen sehen würden.

Man wolle nun eine kurze Vorstellungsrunde machen, in der die Teilnehmenden ihre Namen, die Organisation und ihre kurze Einschätzung der Chancen von Digitalisierung und KI sagen könnten. Man wolle sich in der ersten Hälfte des Workshops mit der Digitalisierung allgemein auseinandersetzen und in der zweiten Hälfte spezifisch mit dem Thema KI.

Beate Missoni (Amt d. NÖ LReg.) meint, Digitalisierung und KI seien ein großes Thema in der Planung, sie sei gespannt, was sie zu diesem Thema auch aus der Praxis hören würde, wie diese Arbeit aussehen würde.

Martin Falinski (Pflegeverband Mürzzuschlag): Er arbeite in der stationären Langzeitpflege und sehe große Chancen in der Digitalisierung und KI, vor allem auch im Bereich der Pflegeplanung und der Pflegedokumentation sowie Sprachdokumentation. Ebenso sei das Thema Dienstplangestaltung ein wichtiger Part in diesem Bereich, auch die Möglichkeit der Vereinfachung und besseren Darstellung von Prozessen. Er stelle sich aber auch die Frage, welche Förderungen es in diesem Bereich gebe, da die Digitalisierung und KI auch Geld kosten würden. Diese Fördermöglichkeiten seien oft unübersichtlich.

Philipp Ottowitz (Schüler der HLSP): Für ihn sei ein wichtiger Punkt die Dokumentation, vor allem bei Pflegeberichten.

Jana Radl (Schülerin der HLSP): Für sie sei es interessant, zu erfahren, was die Digitalisierung für sie als junge Menschen in der Zukunft bedeuten könne.

Renate Schwarz (Fonds Soziales Wien, Fachbereich Pflege und Betreuung): KI bedeute für sie, dass man Prozesse vereinfachen und somit dem Pflegepersonal zusätzliche Ressourcen zur Verfügung stellen könne, damit sie sich mehr um die Pflegebedürftigen kümmern könnten.

Gabriel Fellingner (Fonds Soziales Wien): Ihn würde interessieren, wie KI zum Beispiel in der stationären Langzeitpflege Vorhersagen über den Zustand von Bewohner*innen treffen oder beeinflussen könne. Das heißt, anhand großer Datenmengen Vorhersagen zu treffen, wie man die Pflegeplanung adaptieren müsse, um einen besseren Output oder eine Stabilisierung des Zustands zu erzielen.

Karl Josef Zabernig (Tiroler Kriegsoffer- und Behindertenverband): Er verbinde mit den Themen KI und Digitalisierung den Themenbereich der Dokumentation bzw. eine Erleichterung in diesem Bereich oder in der Prozessoptimierung. Es stelle sich für ihn aber auch die Frage nach den Risiken.

Berivan Ergen-Özdemir (Hilfswerk Österreich): Es sei schon vieles gesagt worden, wichtig sei vor allem der Aspekt der KI als Entlastung für das Pflegepersonal und zur Vereinfachung von Prozessen, z. B. bei der Dienstplanung, aber auch in der Pflegedokumentation, dabei vor allem auch vorausschauend, z. B. zur Minimierung oder Vermeidung von Nebenwirkungen.

Fatima Kadiroglu (autArK – Soziale Dienstleistungs-GmbH): KI sei für sie Segen und Fluch zugleich, es interessiere sie, wo die Entwicklung hingehe. Es gehe auch um das Thema des Datenschutzes, beispielsweise bei der Dokumentation. Es mache einen

Unterschied, wenn der Klient selber sprechen und eingeben könne, wie es ihm gehe, oder ob dies durch eine Pflegefachkraft gemacht werde.

Astrid Tantscher (SeneCura Arnoldstein): Für sie stelle sich die Frage, ob Digitalisierung und KI eine Erleichterung darstellen würden in der Pflege und in der Dokumentation.

Markus Prantl (SeneCura – Konzernbetriebsrat): Er erwarte sich von KI eine deutliche Zeitersparnis und vor allem Zeitressourcen für das Pflegepersonal, der aktuelle Zustand sei teilweise untragbar. Es stelle sich noch eine andere Frage, nämlich jene, inwieweit man mit KI auch mit externen Berufsgruppen zusammenarbeiten könne, vor allem die Langzeitpflege betreffend, beispielsweise mit Ärzt*innen.

Christian Kainrath (Caritas Wien – regionaler Pflegedienstleiter): Er arbeite im Bereich der Pflege zu Hause, er sehe die große Chance in der Erleichterung bei Pflegediagnostik, Pflegeplanung und vor allem in der Einsatzplanung, die im extramuralen Bereich ungleich komplexer sei als im stationären Bereich.

Michaela Schrumpf (Rotes Kreuz, Landesverband Salzburg): Sie sei zuständig für Pflege und Betreuung, ihrer Ansicht nach sollten Digitalisierung und Einsatz von KI vor allem Ressourcen freispielen und Prozesse vereinfachen, auch Doppel-Dokumentationen vermeiden helfen und Erinnerungsfunktionen haben, damit nichts vergessen wird. Eine große Erleichterung für das Team sei auch eine kompetenzorientierte Arbeitsteilung, die aufgrund der vorhergehenden Dokumentationen und Berichte optimiert werden könne. Auch das Thema Telepflege sei wichtig, um eine Aufsicht möglich zu machen oder Angehörige anzuleiten. Bis zu einem gewissen Grad erwarte sie sich auch eine Verhinderung von Einsamkeit, in dem Sinne, dass auch die Bewohner*innen kommunizieren und ihre Bedürfnisse rund um die Uhr äußern könnten.

Katharina Meichenitsch (Sozialministerium): Sie erwarte sich, etwas mehr Klarheit zu bekommen, was man mit KI alles machen könne im Pflegebereich, nicht nur allgemein als „Chance“, sondern ganz konkret.

Martin Zach (Sozialministerium): Das für ihn Wichtigste sei – dies ziehe sich auch durch alle bereits geäußerten Erwartungen – das Freispielen von Ressourcen und Entlastung durch Digitalisierung oder KI. Dies könne für die Anbietenden dann auch ein entsprechender Anreiz sein, in diesen Bereich zu investieren.

Anna Stanko (Sozialministerium): Vieles sei bereits gesagt worden, auch sie finde die Freispielerung von Ressourcen spannend, um für die zu betreuenden Menschen mehr

Ressourcen zu haben. Sie sei gespannt, wie das konkret in der Praxis umgesetzt werden könne.

Christoph Sztubics (Samariterbund Burgenland, Pflegedienstleitung): Man habe im Rahmen der Depotverwaltung für die Bewohner*innen bereits ein KI-unterstütztes Angebot, auf das die Angehörigen auch Zugriff hätten. Dies sei mit Kosten verbunden, die Angehörigen würden für diesen Service 7,40 € pro Monat zahlen. Er wolle wissen, ob es irgendwelche Förderungen oder EU-Projekte in diesem Bereich bzw. auch im Bereich der sprachgesteuerten Dokumentation gebe.

Anna Maria Matzka (Samariterbund Burgenland, Pflegedienstleitung): Ihr Kollege habe bereits einiges gesagt, für sie sei KI im Alltag eine Unterstützung für das Pflegepersonal, aber auch eine Möglichkeit für jene Kolleg*innen, die der deutschen Sprache nicht so mächtig seien, quasi als Leitfaden dafür, welche Schritte als nächste gesetzt werden müssten. Im mobilen Bereich könne es eine Möglichkeit besserer sozialer Eingebundenheit schaffen.

Andrea Ecker (Samariterbund Burgenland): Sie interessiere sich dafür und erwarte sich Klarheit darüber, wie KI im täglichen Leben im Pflegekompetenzzentrum eingesetzt werden könne, vor allem in der Langzeitpflege.

Philippe Narval (Lebenshilfe Österreich): Er wolle noch einen Aspekt einbringen, nämlich das große Potenzial im Verfügbarmachen von Informationen in einfacher Sprache, sowohl für Angehörige als auch für pflegebedürftige Menschen, in seinem Fall betreffe das oft Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Man sei gerade auch im Dialog mit der TU Wien, einen Chatbot für Menschen mit intellektueller Behinderung und deren Angehörige zu entwickeln, um Sozialhilfe und alles, was dazugehöre, besser zu verständlich zu machen. Falls da jemand Interesse habe, könne man sich gerne darüber austauschen. Darin sehe er großes Potenzial, Inhalte verfügbar zu machen, schwierige behördliche Schreiben zu erklären etc.

Strelj bedankt sich für die Beiträge der Anwesenden, auch er hege große Hoffnung bezüglich des Verständlich- und Verfügbarmachens. Man habe das Glück, auch Personen aus dem Sozialministerium hier zu haben, die vielleicht wichtige Inputs geben könnten. Man merke, dass die Interessen vor allem im Bereich der KI lägen, diesbezüglich könne man einiges sicher nicht zufriedenstellend beantworten, da der Hauptreferent nicht anwesend sei, allerdings könne man die Schwarmintelligenz nützen, die man hier zur Verfügung habe. Bzgl. Förderungen könne man vermutlich das Wissen direkt aus dem Ministerium anzapfen.

Schalek: Er habe sich die Erwartungen jetzt angehört, es gebe auch in diesem Bereich Versprechungen, wie es sie bei jeder neuen Technologie gebe. Man wisse, dass der große Hype nicht halten werde, aber die Frage sei, was wirklich übrig bleibe. Es stelle sich die Frage, ob Digitalisierung oder KI schon so weit seien, dass sich dieser Effekt überhaupt schon abzeichnen könne. Das Schwierige dabei sei, dass die Begriffe „Digitalisierung“ u. Ä. riesige „Buzzwords“ seien und per se überhaupt nichts aussagen würden. Er habe eine Übersichtsarbeit studiert, in der untersucht worden sei, was im Pflegebereich an Forschung dazu passiere. Es gebe zwar nicht wenig Forschung, diese konzentriere sich allerdings auf ganz wenige Bereiche. Insbesondere das Thema Dokumentation, aber auch der Bereich Tele-Health/Tele-Nursing, und als 3. Forschungsfeld könne das Thema Robotik genannt werden, in das auch sehr viel Geld fließen würde, allerdings sei hier der Output nicht optimal, kaum etwas davon komme wirklich in die Praxis.

Schalek führt weiter aus, dass die Frage immer jene sei, ob wirklich etwas besser werde. Manche Ergebnisse zeigten, dass es Erleichterungen gebe, andere wiederum zeigten das Gegenteil. Man könne daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass die Frage, ob durch die Technik etwas besser werde, nicht immer eine Frage der Technik selbst sei, sondern als Beispiel in der Pflegedokumentation sei zu überlegen, ob das Dokumentationssystem auch das abbilde, was ich in der Praxis brauche, was wirklich wichtig sei. Davon hänge ab, ob dieses Tool eine Unterstützung sei oder nicht. Es gebe eine Vielzahl von Dokumentationsanbietern und die Entscheidung, welches System man schließlich verwende, sei nicht immer leicht. Wenn man nicht darauf achte, was man eigentlich brauche, sei das Risiko hoch, dass diese Lösungen dann kontraproduktiv seien. Dies könne dann sogar zu Mehrarbeit führen, da man zum Beispiel die Informationen nicht finden würde, die man eigentlich bräuchte, oder es zu Doppeldokumentationen komme. Diese Probleme lägen zum einen an den Softwareentwicklern, zum anderen an fehlenden Vorgaben oder falschen Entscheidungen in der Auswahl des Dokumentationsprogramms. Insofern müssten Mitarbeiter*innen in solche Entscheidungen eingebunden und an den Prozessen beteiligt werden.

Diese Problematik betreffe aber auch andere Computeranwendungen – wie effizient sie tatsächlich seien. Es stelle sich auch die Frage, worin genau die Entlastung durch die Nutzung bestehe. Ein wichtiges Thema im Kontext der Digitalisierung sei das Thema ELGA, dies sei keine KI-Technologie, sondern eine digitale Technologie, die grundsätzlich einiges an Potenzial biete und bei der es um die Frage gehe, ob man die Schnittstelle zwischen Langzeitpflege und Gesundheitssystem verbessern und dadurch Entlastungseffekte schaffen könne. Die Entlastung bestehe in diesem Fall darin, dass man nicht mehr im Krankenhaus anrufen müsse, um herauszufinden, was

los sei, sondern man könne selber auf diese Informationen zugreifen, wisse, welche Interventionen dort passiert seien. Das seien triviale Dinge, auf die man oft vergesse. Aus diesem Grund sei an dieser Stelle die Diskussion über KI nicht passend, es gehe zunächst um viel einfachere Lösungen. *Schalek* hält fest, dass es bei der Digitalisierung oft um Fragen der Kommunikation gehe.

Streli: ELGA sei Thema, eine Novelle des Gesundheits-Telematik-Gesetzes sehe vor, dass künftig alle Pflegeanbieter einen sogenannten Pflegesituationsbericht in ELGA einspeisen müssten, und zwar ab 1.1.2026, im mobilen Bereich dann ab 1.1.2027. Dieser Bericht sei ein Mix aus pflegerelevanten Daten, Pflegeplanung und gewissen Basisinformationen. *Streli* fragt die Anwesenden, ob sie darüber Bescheid wüssten. *Einige verneinen dies.*

Sztubics (Samariterbund Burgenland) ergänzt, dass bei ihnen im Samariterbund Burgenland ELGA schon implementiert, aber die Finanzierung dafür nicht gesichert sei. Allein die Zuschaltung zum ELGA-System würde das Unternehmen 27.000 € kosten, das Land Burgenland wolle diese Kosten nicht übernehmen. Man habe den Antrag gestellt, aber die Lösung sei noch offen.

Kainrath (Caritas Wien) stellt die Frage, ob diese Novelle auch für den extramuralen Bereich gelte. *Streli* bejaht dies und ergänzt, dass dies ab 1.1.2027 gelten würde.

Meichenitsch (Sozialministerium) antwortet auf die Frage einer Teilnehmerin, wo der Bereich der Chancengleichheit angesiedelt sei, sie wolle zuerst darauf hinweisen, dass die entsprechende Verordnung noch nicht unterzeichnet worden sei, der Bereich Behinderung sei mitgemeint. Die Verordnung sei auch noch nicht kundgemacht worden, es sei auch nicht fix, dass diese Regelung komme. Insofern seien auch die Fristen nicht fix, es werde sich vermutlich in den nächsten Wochen entscheiden. Sollte die Verordnung kommen, betreffe sie alle Pflegesettings, d. h. die Behindertenarbeit sei inkludiert.

Falinski (Pflegeverband Mürzzuschlag): Er sehe die Problematik des e-Rezepts nicht unbedingt im Zusammenhang mit der ELGA, sondern es würde die Abläufe im stationären Bereich erschweren, da die Kommunikation zwischen Apotheken, Ärzt*innen, Pflegeheimen im Bereich der e-Rezepte nicht einfach sei und auch e-cards immer wieder rotieren müssten und nicht überall vor Ort seien, wenn die Bewohner*innen sie bräuchten. Dies sei mit Zeitaufwand und personellem Aufwand verbunden. Das Thema sei auch schon auf Bundesebene diskutiert worden, aber es gebe noch keine Lösung dafür.

Streli betont, dies sei ein sehr bekanntes Thema auch in seinem Bereich.

Özdemir (Hilfswerk Österreich): Sie habe noch eine Frage an das Ministerium, ob für die mobile Pflege die Speicherverpflichtung ab 1.1.27 oder 1.1.26 gelten würde.

Zach (Sozialministerium): Es handle sich bei der Verordnung um einen Entwurf, es seien beide Termine noch im Spiel.

Schalek startet eine kurze Umfrage in die Runde, wer von den Anwesenden, über ein elektronisches Dokumentationssystem arbeite, das grundsätzlich ELGA-fit sei. Es melden sich 3 Personen.

Streli: Es sei oft nicht so leicht zu sagen, wie grundsätzlich Schnittstellen zu ELGA geschaffen würden, aber es sei durchaus mit Programmierungs- und Finanzierungsaufwand verbunden. Es müsse Ziel sein, in der Langzeitpflege nicht zusätzlich Personal zu binden, es sei nicht möglich, dass sich die Mitarbeiter*innen der mobilen Dienste am Abend noch einmal hinsetzen und für die einzelnen Klient*innen noch zusätzlich einen Bericht schreiben müssen, sondern es gehe um die Schnittstellen. Dabei sei ELGA etwas, das man sich sehr gewünscht habe, damit die Schnittstellen zu Nahtstellen würden und man nicht immer bei null beginnen müsse.

Özdemir (Hilfswerk Österreich): Es sei wichtig, dass es eine Schnittstelle gebe, die dafür Sorge, dass die relevanten Daten aus der Pflegedokumentation in ELGA eingespeist würden. Die ELGA-Anbindung solle nicht dazu führen, dass mehr Bürokratie entstehe durch die manuelle Eingabe des Pflegesituationsberichts. Dies sei sehr wichtig.

Schalek: Das sei ein gutes Beispiel dafür, was er vorher versucht habe zu erklären. Es mache eben einen großen Unterschied, wie eine technische Lösung im Arbeitsalltag integriert werde und welche Kriterien dafür relevant seien. Man sehe an diesem Beispiel sehr gut, dass eine technische Lösung zu beiden Resultaten führen könne. Daher sei es wichtig, die Beteiligungsstrukturen zu berücksichtigen. Seiner Information nach seien auch gewisse Voraussetzungen teilweise noch gar nicht vorhanden. Seine Frage wäre also, in welchem Format diese Informationen kursieren würden. Man wisse auch aus der Ärzteschaft, dass PDF-Formulare im Arbeitsalltag nicht sehr praktisch seien, man müsse diese öffnen und durchlesen, wesentlich sinnvoller als PDFs wären Datenformate, in der die Eingaben automatisch dort eingeordnet würden, wo sie hingehörten. *Schalek* fragt, ob an so etwas gedacht werde, da dies jene Dinge seien, die tatsächlich Arbeiterleichterungen bringen würden.

Zach (Sozialministerium): Die Fragen von e-Health seien nicht die Kerntätigkeit seiner Sektion, wenn er es richtig verstanden habe, würde ELGA eine Schnittstelle bieten, um in einem bestimmten Format vorhandene Daten zu überspielen. An diese Schnittstelle würde das eigene System andocken, das einen Output liefern würde. Dies müsse dann in ELGA eingespeist werden können. ELGA sehe seiner Meinung nach nicht so aus, dass man dort direkt in eine Maske einsteige und dort Daten eingabe.

Schalek: Die schreibende Rolle funktioniere üblicherweise aus den Routinedaten heraus, aber die lesende Rolle sei das, wo es unter Umständen schwierig werde, nämlich in welcher Form man Informationen bekomme und diese auch nutzen könne.

Zach (Sozialministerium): Auch das müsse man im eigenen System umsetzen, damit zum Beispiel Ärzt*innen mit den Informationen, die aus ELGA in einem bestimmten Format angeliefert würden, umgehen könnten.

Kainrath (Caritas Wien): Er hätte eine Frage an die Kolleg*innen vom Sozialministerium, und zwar zum Pflegesituationsbericht. Wenn man vom Positiven ausgehe, dass das alles gut funktionieren würde mit der Übermittlung, stelle sich noch immer die Frage, welchen Benefit man dann habe und ob es nur darum gehe, Daten zu lukrieren. Man wisse, dass sich in der Pflege alles stündlich ändern könne. Wenn man nun verpflichtet werde, zweimal im Jahr einen Pflegesituationsbericht abzuliefern: Die Daten würden irgendwo liegen und keiner schaue sie sich an, sie seien vielleicht auch nicht mehr aktuell, da sich immer etwas ändere, dann erschließe sich einem der Sinn nicht ganz.

Meichenitsch (Sozialministerium): Sie sei nicht sicher, ob sie das zufriedenstellend beantworten könne, da sie nicht in die Konzeption und Struktur von ELGA eingebunden sei, aber sie habe ELGA so verstanden, dass es eingeführt worden sei, um zu servicieren, um zu vernetzen, um gemeinsam die Daten zur Verfügung zu stellen, damit der Mensch letztlich besser versorgt werden könne. Sie glaube, dass der Pflegevorsorgebericht noch in Diskussion sei, aber es gebe bereits ein Template, wie er genau aussehen solle, und das sei auch in Oberösterreich schon im Einsatz. Dort seien die Landesheime schon an ELGA angeschlossen.

Zach (Sozialministerium) meint ergänzend dazu, in ELGA sollten die Dokumente zur Verfügung stehen, die man als Behandler/Behandlerin brauche, um in der Situation das Richtige zu tun. Es könne natürlich sein, wenn ein altes Röntgenbild drinnen sei, dass einem das genauso wenig bringe wie ein alter Pflegesituationsbericht, und es gehe um die Regeln, in welchem zeitlichen Ablauf man das erneuere. Sinnvoll sei es,

wenn die zu pflegende Person ins Krankenhaus müsse, dass dann möglichst aktuelle Daten vorhanden seien.

Strelj: Das sei nicht nur bei der Überstellung ins Krankenhaus, sondern bei jedem Setting-Wechsel relevant, hier könne der Pflegesituationsbericht natürlich dazu beitragen, dass die Pflege nicht immer bei null beginnen müsse. Voraussetzung sei aber, dass möglichst wenig Aufwand damit verbunden sei.

Falinski (Pflegeverband Mürzzuschlag): Er glaube, dass es mit ELGA gut funktioniere, aber es brauche in Österreich noch viel in der Pflegedokumentation. Das wisse er vom stationären Bereich, es gebe beispielsweise viele Pflegeheime, die noch gar keine digitale Pflegedokumentation hätten, auch diese müssten doppelt Dokumentation führen. Hier sei es sehr wichtig, dass vonseiten des Bundes Unterstützung käme, dass flächendeckend digitale Pflegedokumentation stattfinde.

Strelj bedankt sich für die Wortmeldung, es sei allen bewusst, dass dies vonseiten der Organisationen grundsätzlich zu finanzieren wäre bzw. die Schnittstellen zu schaffen wären, aber die Rücklagen seien dafür oft nicht vorhanden, sodass es hier einer Unterstützung bedürfe.

Schrumpf (Rotes Kreuz Salzburg): Da man den Auftrag habe, die Bewohner*innen/Klient*innen zu versorgen und der Tarif eher auf Bewohner-Tag abgestimmt sei, seien diese Themen der Infrastruktur eine große Herausforderung für die Organisationen. Die Infrastruktur sei in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich finanziert, manchmal auch überhaupt nicht, dies sei auch ein Grund, dass das oft nicht weiter bearbeitet werde. Jede*r wisse seit gut 10 Jahren, dass es ELGA geben werde, die Seniorenwohnhäuser würden auch davon profitieren, wahrscheinlich auch die mobile Pflege. Trotzdem würde es nicht gemacht, nicht deshalb, weil man nicht wolle, sondern weil es eben keine finanziellen Ressourcen dafür gebe. Es gebe die Möglichkeit eines Gesetzes, das man umsetzen müsse, und eine damit verbundene Förderung, die für alle Beteiligten klar sei. Was allerdings die Frist mit dem 1.1.26 betreffe, dann müsste das jetzt schon im Budget 2025 enthalten sein. Es sei auch der 1.1.27 für die mobile Pflege eine Herausforderung, da hier noch viel weniger digital dokumentiert würde. Sie wolle damit „kein neues Fass öffnen“, aber Tatsache sei, dass diese Kommunikationsplattform sinnvoll sei, auch umgekehrt, wenn man die Daten aus den Krankenhäusern bekommen würde, und zwar zu einem Zeitpunkt, an dem man sie brauche und nicht erst 6 Wochen später.

Meichenitsch (Sozialministerium): Sie könne das gut nachvollziehen mit der Finanzierung, sie sei nicht dafür zuständig, aber dennoch wolle sie ihren „Standardsatz“,

auch in Anlehnung an ihren Kollegen, dazu äußern, dass nämlich in den letzten Finanzausgleichsverhandlungen der Pflegefonds von 456 Mio € auf 1,1 Mrd € aufgestockt worden sei. Man habe dort ein neues Angebot in Abstimmung mit den Ländern, Gemeinden und Städten geschaffen, in dem die Maßnahmen der Digitalisierung aus diesem Pflegefonds finanziert werden könnten. Insofern müsse sie aus Sicht des Bundes sagen, dass das Geld dafür bereitgestellt sei. Sie wolle hier keine Schuldzuweisungen an die Länder machen, aber es gehe trotzdem darum, dass die Zuständigkeit der Umsetzung bei den Ländern liege.

Streli möchte dazu noch ergänzen, dass es die Sektion IV im Sozialministerium gewesen sei, die auf diese Entwicklung aufmerksam gemacht habe. Er bedankt sich auch für den Einsatz, er wisse, dass die Kolleg*innen aus dem Sozialministerium die Stimmen aus der Praxis mitnehmen und gut weitergeben würden.

Schalek: Das vorhergehende Beispiel zeige sehr gut: Wenn man Technologie nutzen wolle, sei die Technologie selbst oft das geringste Problem. Es sei wichtig, dass Menschen, die in der Pflege arbeiten würden, sich auch dafür interessieren sollten, was in ihren Einrichtungen technologisch passiere. Wenn man dies nämlich nicht tue, sei man am Ende mit völlig unzureichenden oder inadäquaten EDV-Lösungen konfrontiert, die nichts von den versprochenen Erleichterungen bieten könnten oder manchmal auch Quelle zusätzlicher Ärgernisse seien. Das sollte keinesfalls so sein und es brauche Beteiligung oder die Bereitschaft, sich in diesen Bereichen einzubringen. Dazu müsse man analysieren, wie der eigene Workflow ablaufe und was wichtig sei. Auch das sei nicht in jeder Einrichtung gleich, je nachdem, welches Pflegekonzept man habe. Es könnten beispielsweise auch unterschiedliche Informationen relevant sein. Das müsse man sich im Vorfeld anschauen und definieren bzw. verstehen, wie eine technische Lösung wirklich Erleichterung bringen könne. Erst dann könne Technik einen Mehrwert haben und er hoffe, dass dieser mit ELGA gelingen könne.

Streli: Er möchte zum Thema e-Rezept noch etwas sagen. Man wisse, es gebe Probleme, man müsse auch sagen, dass es Reaktionen seitens der SV gebe, die in eine gute Richtung gehen würden. Es solle mit 2. Halbjahr 2025 das System der „e-Berechtigung“ geben, wo auf jedem NFC-fähigen Handy mittels Freigabe-Token das Rezept an eine Apotheke geschickt werden könne, sodass auch jede andere Person, die diese Daten nennen könne, das Medikament abholen könne. Wenn das umgesetzt würde, dann wäre das in der Praxis sehr hilfreich. Zusätzlich entwickle die SVC (die Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H.) ein System, das sich „Einlösevollmacht“ nenne, eine kleinere Variante der SV-Vollmacht, die speziell für Rezepte und Verordnungsscheine gelten solle. Ziel sei es,

dass betreuende Organisationen mit einem aufrechten Betreuungsvertrag auch für ihre Kund*innen Medikamente holen könnten. Es gebe auf Landesseite noch rechtliche Fragen, die geklärt werden müssten, aber es sei Ziel, dies umzusetzen.

Kadirogli (autArK – Soziale Dienstleistungs-GmbH): Derzeit sei es so, dass ein Rezept als ärztliche Verordnung gelte, das könne man kopieren und ablegen und habe es dann schriftlich. Sie wolle wissen, wie das dann mit dem e-Rezept sei, dann habe man eigentlich nichts in der Hand. Die gesetzliche Grundlage sei, dass man eine schriftliche Verordnung brauche.

Streli: Auch diese gesetzliche Grundlage würde sich mit der GUKG-Novelle 2024 verändern, es brauche die schriftliche Verordnung dann nicht mehr. Zusätzlich sei es mit dem System der Berechtigungen auch möglich, die Verordnungen anzusehen.

Zach (Sozialministerium) möchte noch eine kleine Ergänzung anbringen, weil es für das System e-card relevant sei. Durch die e-Berechtigungen sei es nicht so, dass ein auf der e-card gespeichertes Rezept vorhanden sei, sondern das Handy sei wie eine Art „Antenne“, also eine Verlängerung der e-card und es sei so, als ob man die e-card in der Apotheke hinlegen würde.

Streli: Das Rezept sei im e-Rezeptsystem gespeichert, die e-card sei der Schlüssel dazu. Eine weitere relevante Information sei, dass alle e-cards, die nicht NFC-fähig seien, ausgetauscht würden.

Er wolle nun zum Thema der KI kommen, man habe sich sehr lange mit den basalen Dingen der Digitalisierung ausgetauscht. Um die Diskussion über KI etwas zielgerichteter zu gestalten, wolle er ein konkretes Beispiel anführen. Er fragt, ob jemand aus Kärnten da sei, da dieses Bundesland eine KI-unterstützte Sprachdokumentation fördere. Das Interessante dabei sei, dass die KI auch Dialekte erkenne und auch Sprachbarrieren grammatikalisch glätten könne und vor allem die einzelnen Dokumentationsbausteine zuordne. D. h., wenn man Vitalzeichen einspreche, würde die KI diese den Vitalparametern zuordnen. Das Gleiche passiere beim Pflegebericht.

Kadirogli (autArK – Soziale Dienstleistungs-GmbH): Sie könne selbst dazu nichts sagen, aber sie wisse, dass die Diakonie das einsetze, man würde dort mit „Voice“ arbeiten, das müsste dann so funktionieren. Sie habe sich jedoch mit jemandem aus der Organisation zum Thema sprachunterstütztes Dokumentieren unterhalten, der bestätigt habe, man könne in der Muttersprache einsprechen, es gebe dann den Translator, der ins Deutsche übersetze. In der gezeigten Testversion sei es so, dass man alles einspreche und das Computersystem dann automatisch alles zuordne.

Ottowitz (Schüler der HLSP) meint, man könne sich eine Menge Zeit damit sparen, wenn man einfach in ein Gerät einsprechen würde und alles dokumentiert würde. Man habe dann mehr Zeit für die Patient*innen.

Radl (Schülerin der HLSP): Sie habe letztes Jahr im Praktikum in einer Diakonie-Einrichtung gearbeitet, das Problem sei allerdings, dass manchmal vergessen werde, die Geräte anzustecken, dann hätten sie keinen Akku. Manchmal gebe es auch technische Probleme wie Abstürze der Geräte, dann werde die Dokumentation nicht so aufgenommen, wie sie sollte. Das sei dann oft mehr Arbeit, wenn man erst recht im Computer nachschauen müsse, ob alles richtig übertragen worden sei. Manche würden sich auch weigern, damit zu arbeiten, weil sie mit ihrem alten System zufrieden seien.

Falinski (Pflegeverband Müzzuschlag): Man sei in seiner Organisation gerade in der Umstellung auf ein neues Pflegedokumentationssystem und habe sich auch mit „Voice“ auseinandergesetzt bzw. mit der Sprachdokumentation. Es sei eben ein Kulturwandel und man müsse sich auch an Neues wagen, ebenso müsse es sich noch etablieren. Am Anfang müsse man noch nachkontrollieren, aber wenn es einmal gut laufe, dann biete das Programm durchaus eine große Erleichterung.

Prantl (SeneCura Süd GmbH): Auch in seiner Organisation würde „Voice“ verwendet, es funktioniere tatsächlich sehr gut, es könnten Mitarbeiter*innen mit anderer Muttersprache hineinsprechen und es funktioniere gut. Leider sei – wie die Kollegin vorhin schon angesprochen habe – die Skepsis der Mitarbeiter*innen bisweilen sehr groß, hier müsse noch viel Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Zabernig (Tiroler Kriegsoffer- und Behindertenverband): Ihn würde interessieren, ob auch das Land Tirol auf dieser Basis arbeite.

Streli: Er könne das nicht sagen, aber eher nein. Er wisse lediglich, dass das Land Oberösterreich Projekte in dieser Richtung sehr stark fördere.

Kadirogli (autARK – Soziale Dienstleistungs-GmbH): Sie wolle noch den Zeitfaktor bzw. den Faktor Mensch einbringen. Man hätte in ihrer Institution vor eineinhalb Jahren auf ein elektronisches Dokumentationssystem umgestellt, es würden noch immer nicht alle sicher mit diesem System arbeiten, obwohl man schon oft Schulungen gemacht habe, es gebe ein Handbuch, man könne auch jederzeit anrufen. Man müsse bei diesen elektronischen Tools immer mitbedenken, dass man nicht davon ausgehen könne, dass nach einem Monat alle Mitarbeiter*innen damit umgehen könnten. Sie seien in ihrem Unternehmen zu zweit, um die Mitarbeiter*innen zu

schulen. Es gebe viele Ängste diesbezüglich, und wenn man das Alter berücksichtige, dann merke man eine große Diskrepanz innerhalb der Teams. Sie seien eben seit eineinhalb Jahren dabei und hätten noch nicht alle erreicht.

Schalek: Er wolle die Überlegung anbringen, ob es nicht auch in der Papierdokumentation Probleme gebe, die nicht technikbasiert seien. Oft stelle sich ja auch die Frage, was man überhaupt dokumentiere, was man in den Pflegebericht hineingeben solle. Könne es nicht sein, dass es auch an solchen Faktoren liege?

Kadirogli (autARK – Soziale Dienstleistungs-GmbH): Es gebe auch Mitarbeiter*innen, die ein Handy ohne Internet hätten. Sie habe sich auch auf diese Generation bezogen. Diese Mitarbeiter*innen hätten sich zwar mit dem Handy angefreundet, aber nicht mit einem Computer. Wenn dann ein System komme, das mehrere Plattformen habe bzw. anders zu handeln sei als eine Dokumentation auf dem Papier, das scheine für manche problematisch zu sein.

Sztubics (Samariterbund Burgenland): Er wolle dazu ein wesentliches Beispiel bringen. Als er noch selbst handschriftlich dokumentiert habe, seien die Einschaufen von den Behörden langwierig und schwierig gewesen. Dann habe man umgestellt, was auch zur Folge hatte, dass die Kontrollen viel besser verlaufen seien, man habe alles besser aufzeigen können. Gleichzeitig aber bekam man von den Behörden die Auflagen, immer mehr und mehr zu dokumentieren und herzuzeigen, zwar KI-unterstützt, aber das sei ein Nachteil.

Schalek: Wenn er es richtig verstehe, sei ein Risikofaktor, dass die Verfügbarkeit von Information die Begehrlichkeiten erhöhen würde.

Schrumpf (Rotes Kreuz): Dies sei eine berechtigte Überlegung, diese würde sie schon seit über 30 Jahren beschäftigen. Sie habe 1994 angefangen mit der prozessorientierten Pflegedokumentation. Jetzt sei man bei der Digitalisierung und man habe immer noch ähnliche Probleme. Man habe immer noch das Thema, dass Durchführungsnachweise abgehakt würden, obwohl sie vielleicht gar nicht abgehakt werden sollten. Die Mitarbeiter*innen würden viel mehr Arbeit an den Bewohner*innen/ den Klient*innen machen, als sie tatsächlich dokumentieren, und umgekehrt. Es sei oft eine Unterstellung, dass man etwas nicht gemacht habe, wenn es nicht in der Dokumentation stehe. Dies seien Themen zwischen Aufsichtsbehörden, Qualitätsmanagement und Mitarbeiter*innen vor Ort. Sie zweifle manchmal daran, ob diese Art der Dokumentation des Pflegeprozesses grundsätzlich eine gute Sache sei: Gleichzeitig stelle sich die Frage, ob die Digitalisierung da nicht helfen könnte, dass man alle Berufsgruppen dahin bringen könne, dass eine gute Dokumentation da sei

und diese auch genutzt werde. Sie sehe oft, dass Dienstübergaben gemacht würden, obwohl alles dokumentiert sei, oder dass Dinge dokumentiert würden als eine Art Rechtfertigungsdokumentation. In der Pflege gebe es oft die Einstellung, man mache das für die Behörde oder die Aufsicht. Als Berufsgruppe wisse man, dass man es als Information brauche, um gut arbeiten zu können und damit der/die Nächste wisse, was zu tun sei. Dies sei in der Pflege noch immer nicht optimal gelöst.

Schalek bedankt sich für diesen Beitrag, er denke, dies sei tatsächlich ein wichtiger Punkt. Man würde jetzt KI verwenden, aber es brauche dafür, wofür man die KI einsetze, auch so etwas wie „natürliche“ Intelligenz, auch um sich zu überlegen, was man hier eigentlich mache. Das Grundthema der Dokumentation sei immer die Frage, wofür man dokumentiere. Das sei vielfach gar nicht so klar. Er vertrete den Ansatz, Dokumentation sei Kommunikation mit seinem Team, damit die Arbeit funktioniere. Wenn einem das nicht klar sei, könne einen die KI dabei gar nicht wirklich unterstützen, da sie zwar vielleicht alle möglichen Sprachen übersetzen oder Dinge dorthin schieben könne, wo sie hingehörten, aber nicht sagen könne, was man eigentlich dort hineingeben solle. Man hoffe also stark, dass die Technologie Vereinfachungen bringe, dies könne sie offensichtlich auch, wie die Erfahrungsberichte gezeigt hätten, aber Probleme mit der Dokumentation als solche könnten damit auch nicht gelöst werden.

Streli übergibt das Mikrofon an die „Generation Z“, quasi als Schlusswort.

Radl (Schülerin der HLSP): Sie wolle noch anmerken, dass es ihr im Praktikum in zwei Pflegeheimen passiert sei, dass sie nicht einmal einen Zugang zur Dokumentation gehabt habe, da man sich das vielleicht für Praktikant*innen nicht leisten konnte. Sie habe dann viele Informationen erst in der 3. Praktikumswoche bekommen, die aber bereits vom ersten Tag an nötig gewesen seien, dann hätte sie besser arbeiten können. Oder sie sei auch zwei Wochen immer beim selben Patienten gewesen, über den dann nichts dokumentiert worden sei. Wenn sie etwas weitergegeben habe, sei dann oft nicht ausreichend Zeit gewesen, es zu dokumentieren, sie selber habe es eben aufgrund des fehlenden Zugangs nicht dokumentieren können. Damit sei aber auch schwierig nachzuweisen gewesen, was sie in ihrem Praktikum gemacht habe. Wenn etwas passiert wäre, wäre das durchaus problematisch gewesen.

Streli: Diese Problematik sei völlig verständlich, hier sei man auch beim Thema der optimalen Praxisanleitung bzw. wie sie aussehen sollte. Er wolle diesen Workshop damit auch beenden. *Streli* bedankt sich bei den Anwesenden für die vielen Gedanken, die eingebracht worden seien, auch für die Offenheit gegenüber der kurzfristigen Änderung. Man habe sehr viel von den Beiträgen profitieren können.

WORKSHOP 3: Formelle und informelle Freiwilligenarbeit als Chance

Impuls und Moderation: Eva More-Hollerweger (NPO-Kompetenzzentrum)

Co-Moderation und Vertretung von Petra Schmidt (Rotes Kreuz):

Deborah Drgac-Brandauer (Rotes Kreuz)

Eva More-Hollerweger begrüßt die Anwesenden und teilt mit, dass die für die Moderation vorgesehene *Petra Schmidt* (Rotes Kreuz) leider erkrankt sei. Sie wolle gleich mit der Vorstellungsrunde beginnen.

More-Hollerweger arbeitet an der Wirtschaftsuniversität Wien und beschäftigt sich schon sehr lange mit dem Thema Freiwilligenarbeit. Sie hat auch mit Prof. *Badelt* zusammengearbeitet und bereits 1999 eine Studie zum Thema Freiwilligenarbeit durchgeführt. 2001 sei dann das Internationale Jahr der Freiwilligen gewesen, sie sei damals als junge Wissenschaftlerin mit ihren Daten quasi auf Tournee gegangen. Man habe damals das erste Mal für Österreich erhoben, wie viele Freiwillige es gebe und wo sie sich engagierten, es sei auch der sozioökonomische Hintergrund der ehrenamtlich Tätigen erhoben worden. Seit dieser Zeit sei sie an diesem Thema dran, beschäftige sich aber auch allgemein mit dem Bereich der Non-Profit-Organisationen und der Zivilgesellschaft und auch mit betriebswirtschaftlichen oder gesellschaftspolitischen Fragestellungen. Das Kompetenzzentrum für Non-Profit-Organisationen und Social Entrepreneurship sei eine Institution an der WU Wien, die rein Drittmittel-finanzierte Forschung mache, also viele Auftragsstudien. Man arbeite dort auch sehr mit der Praxis und mit einzelnen Organisationen zusammen und habe eine große Vielfalt an Themenbereichen zu untersuchen. Für sie persönlich sei diese Arbeit spannender als reine Grundlagenforschung.

Deborah Drgac-Brandauer: Sie vertrete ihre Kollegin *Petra Schmidt*, sie werde *More-Hollerweger* in der Moderation unterstützen. Beruflich komme sie aus dem Bereich der Sozialwissenschaften, sei derzeit beim Roten Kreuz im Bereich Pflege und Betreuung tätig und freue sich auf einen bereichernden Austausch in diesem Workshop.

Ildiko Szasz (Arbeiter-Samariter-Bund Burgenland): Sie sei in der Wohnbereichsleitung tätig, man habe in ihrer Institution viele ehrenamtliche Mitarbeiter*innen, die mithelfen würden. Für sie sei diese Freiwilligenarbeit ein wichtiger Faktor.

Judit Völker (Arbeiter-Samariter-Bund Burgenland): Wie ihre Vorrednerin bereits gesagt habe, habe die Freiwilligenarbeit auch in ihrem Bereich große Bedeutung, auch sie sei sehr interessiert an dem Thema.

Zita Szajkoviczné Bernatz (Arbeiter-Samariter-Bund Burgenland): Sie sei seit eineinhalb Jahren in Siegendorf beschäftigt, vorher sei sie in Eisenstadt tätig gewesen. Dort habe die Freiwilligenarbeit eine ganz andere Rolle gespielt als in dem kleinen Ort Siegendorf, wo es viel schwieriger sei, Freiwillige zu finden, obwohl sie z. B. bei Hausärzten Werbung gemacht hätten und auch Angehörigengruppen vor Ort hätten. Deshalb wolle sie an dem Workshop teilnehmen, um eventuell Ideen zu bekommen, wie man das besser umsetzen könne. Sie habe sich das Ziel gesetzt, wenigstens eine Person zu finden, die bereit sei, ehrenamtlich zu arbeiten. Gerade bei der Langzeitpflege würde man immer Hilfe benötigen. Sie kenne es auch aus den vorhergehenden Organisationen, wie wertvoll diese Unterstützung durch Freiwillige gewesen sei.

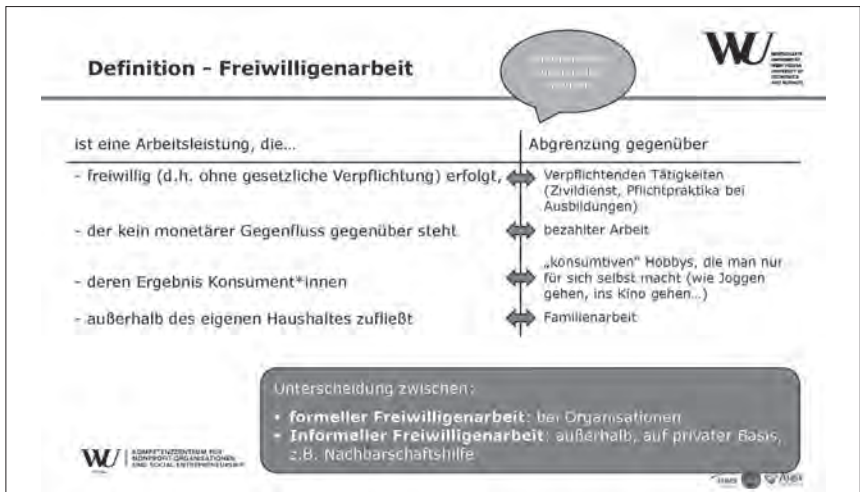
Anna-Lena Kraschl (Schülerin der HLSP): Sie freue sich, spannende Inputs zu diesem Thema zu bekommen.

Sophia Eberhard (Schülerin der HLSP): Sie finde dieses Thema sehr wichtig und sei gespannt auf den Workshop.

Angelika Felsberger (Fonds Soziales Wien): Sie sei im Case-Management der Sozialarbeit (Bereich Pflege) tätig, vor allem für Menschen, die schon in Einrichtungen wohnen würden, in Pflegeheimen oder in betreuten Wohnformen. Sie bemerke eher einen Anstieg der Zahl an ehrenamtlich Tätigen, während der Pandemie sei das sehr schwierig gewesen. Es gebe im Bereich der Freiwilligenarbeit sehr professionelle Angebote, mit denen man auch die geforderte Individualität in den Pflege-Wohnhäusern stärken und persönlichen Wünschen entgegenkommen könne. Beim Fonds Soziales Wien gebe es auch das Format der Kontaktbesuchsdienste, ein sehr niederschwelliges Angebot für über 75-jährige Seniorinnen und Senioren im häuslichen Bereich, mit denen man einfach einmal Kontakt aufnehmen würde, um sie dann unterstützen zu können, wenn sie etwas bräuchten.

Sabrina Jamnig (Stadt Wien – Büro des amtsführenden Stadtrates): Sie komme als DGKP aus der Praxis und sei für Pflege und Betreuung zuständig, kenne sich auch bei formeller und informeller Pflege aus, habe aber wenig die Freiwilligenarbeit im Fokus. Sie wisse im Grunde nicht, welche Chancen sich ergeben könnten, was der Einsatz von Freiwilligen in Einrichtungen der Pflege bedeute, auch aus versicherungstechnischer oder rechtlicher Perspektive. Für sie sei interessant, zu erfahren, welche Möglichkeiten es konkret für Einrichtungen gebe, Freiwilligenarbeit zu integrieren.

More-Holleweger: Bedankt sich für die Vorstellungsrunde. Freiwilligenarbeit sei zwar ein Randthema, aber könne durchaus als Ressource gesehen werden, die einen Beitrag zu den verschiedenen Lösungen leisten könne. Es sei aber auch wichtig, diesen Beitrag realistisch einzuschätzen, denn wenn man Freiwillige überfordere, würden sie wieder gehen. Sie wolle mit ihrem Impuls eine Basis für die anschließende Diskussion geben und zunächst einmal definieren, was Freiwilligenarbeit sei:



More-Holleweger, Folie 2

Familienarbeit werde in dieser Definition von der Freiwilligenarbeit abgegrenzt, aber es gebe natürlich dazwischen Graubereiche, ebenso zwischen der formellen und informellen Freiwilligenarbeit.

Unterschiede – Erwerbsarbeit ↔ Freiwilligenarbeit (FWA)



	Bezahltes Personal	Freiwillige/ Ehrenamtliche
Motivation	Sicherung des Lebensunterhalts als wichtiges Motiv	Verschiedenste Motive
Zeitliche Verfügbarkeit	Vollzeit- und Teilzeitarbeit	Meist nur begrenzt verfügbar (Ø 4 Std./Woche)
Vertragliche Regelung	(freier) Dienstvertrag	Arbeitsvereinbarung – mehr oder minder lose
Verantwortung zur Erfüllung der Tätigkeit	Arbeitsrecht	nur begrenzt möglich

More-Holleweger, Folie 3

Was den letzten Punkt der Unterschiede zwischen Erwerbsarbeit und Freiwilligenarbeit betreffe, könne es auch bei Letzterer eine Art Arbeitsvereinbarung geben, aber man könne da beispielsweise nichts einklagen. An Regeln wie die Verschwiegenheitspflicht müssten sich aber auch die Freiwilligen halten.


Freiwilligenarbeit und Erwerbsarbeit – keine perfekten Substitute



More-Holleweger, Folie 4


Man habe sich in dieser Studie (Folie 4, Freiwilligenarbeit und Erwerbsarbeit) angesehen, ob es zu Substitutionseffekten komme. Man habe sich hier unterschiedliche Bereiche angesehen (Pflege und Betreuung, Sanitäter, Flüchtlings- oder Obdachlosenhilfe), teilweise also Bereiche, die schlecht finanziert seien. Man habe festgestellt, dass nicht die Freiwilligenarbeit die Erwerbsarbeit ersetzt habe, sondern manchmal umgekehrt die Freiwilligenarbeit irgendwann in eine bezahlte Arbeit umgewandelt worden sei. Aber kurzfristig könne es natürlich auch umgekehrte Effekte geben. Meist hätten Freiwillige eine andere, aber ganz wichtige Funktion für die Organisationen. Sie könnten beispielsweise manchmal die Perspektive erweitern, indem sie den Blick von außen einbrächten und die „geschlossenen Systeme“ bereicherten, auch indem sie Dinge ansprechen würden.

Als ein Ergebnis der Studie könne man auch die Tendenz zur Professionalisierung nennen, die in den letzten Jahrzehnten passiert sei, insbesondere im Sozial- und Gesundheitsbereich. Hier gehe es vor allem um die rechtliche Basis, um Ausbildungen, um Qualitätsstandards, Fragen der Haftung und um Arbeitsteilung oder -organisation.

Alte und neue Formen der Freiwilligenarbeit 

- Traditionales Engagement (ongoing)
- Episodische Freiwilligenarbeit (Hyde, Dunn et al. 2016)
- Spontane Freiwilligenarbeit (Simsa, Rameder et al. 2019)

- E-Volunteering (Virtuelle Freiwilligenarbeit)
- Micro-Volunteering
- Corporate Volunteering (CV)
- ...

 **KOMPETENZSTUDIUM FÜR
NONPROFIT-ORGANISATIONEN
UND SOCIAL ENTREPRENEURSHIP**

More-Holleweger, Folie 5

Hier stelle man die Tendenz fest, dass Freiwillige nicht mehr lebenslang an eine Organisation gebunden sein, sondern oft Unterschiedliches ausprobieren wollten.

Auswirkungen auf Organisationsformen



KOMPETENZENZENTRUM FÜR
NONPROFIT-ORGANISATIONEN
UND SOCIAL ENTREPRENEURSHIP

Quelle: BMSGPK, 3. Freiwilligenbericht: More-Holleweger, Perven-Ai Saqueet, Schöber 2019,
<https://www.bvwilliernetz.at/willcocontent/uploads/2020/03/Freiwilligenbericht-1-2019.pdf>

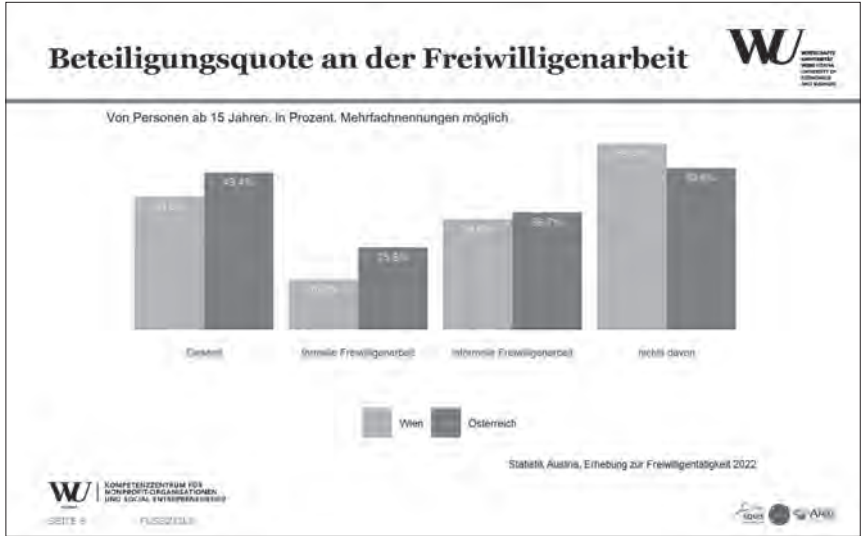


More-Holleweger, Folie 6

Manchmal handle es sich auch einfach um organisatorische Tätigkeiten ohne direkten Kontakt mit den Klient*innen/Patient*innen. Derzeit gebe es auch Plattformen oder technische Tools, die teilweise an der Grenze zwischen formeller und informeller Freiwilligenarbeit agieren würden, dass man z. B. vermittelt bekomme, wo Bedarf herrsche (beispielsweise über Apps).

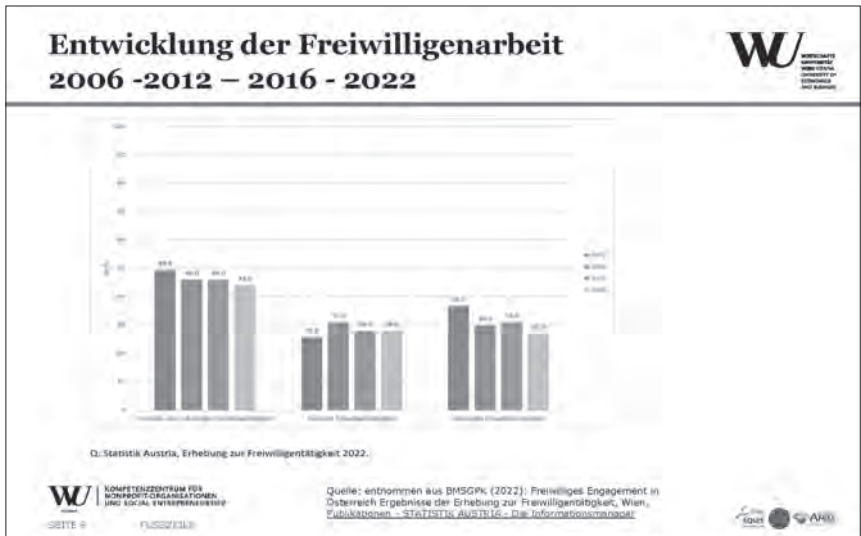
Die Statistik Austria habe 2022 im Auftrag des BMSGPK eine Erhebung gemacht, mit folgenden Ergebnissen:

(https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Freiwilligetaetigkeit_2022_Ergebnisbericht.pdf)



More-Holleweger, Folie 8

More-Hollerweger habe hier Wien und den Rest von Österreich einander gegenübergestellt, da es doch teilweise große Unterschiede zwischen der Hauptstadt und den anderen Regionen gebe.



More-Holleweger, Folie 9

Hier zeige sich, dass die Freiwilligenarbeit insgesamt 2022 etwas höher sei als 2006, wobei die formelle etwas zurückgegangen sei.

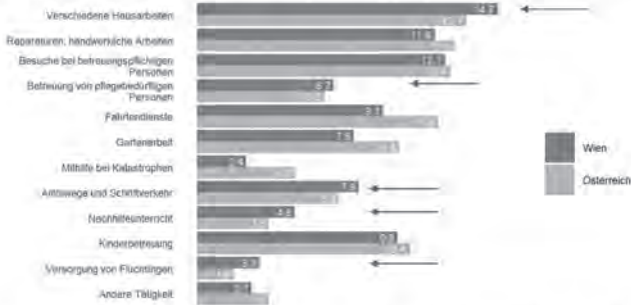


More-Holleweger, Folie 10

Man sehe sehr große Unterschiede in den Tätigkeitsbereichen zwischen Wien und dem Rest von Österreich. Katastrophenhilfe, Feuerwehr oder Rettungsdienste seien in Wien durch Berufsorganisationen abgedeckt, dies sei am Land ganz anders. Ein sehr wichtiger Bereich seien Sport und Bewegung, aber auch Kunst, Kultur und Unterhaltung.

Beteiligungsquote an informeller Freiwilligenarbeit nach Themenbereich

Von Personen ab 15 Jahren. In Prozent.



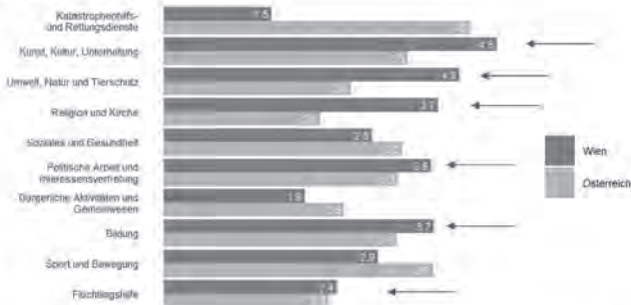
Statistik Austria, Erhebung zur Freiwilligentätigkeit 2022

More-Holleweger, Folie 11

In der informellen Freiwilligenarbeit sei der Bereich der Hausarbeiten oder der handwerklichen Tätigkeiten am häufigsten, aber auch Kinderbetreuung oder Besuchs- und Fahrtendienste.

Durchschnittliche Wochenstunden für formelle Freiwilligenarbeit

Von Personen ab 15 Jahren.



Statistik Austria, Erhebung zur Freiwilligentätigkeit 2022

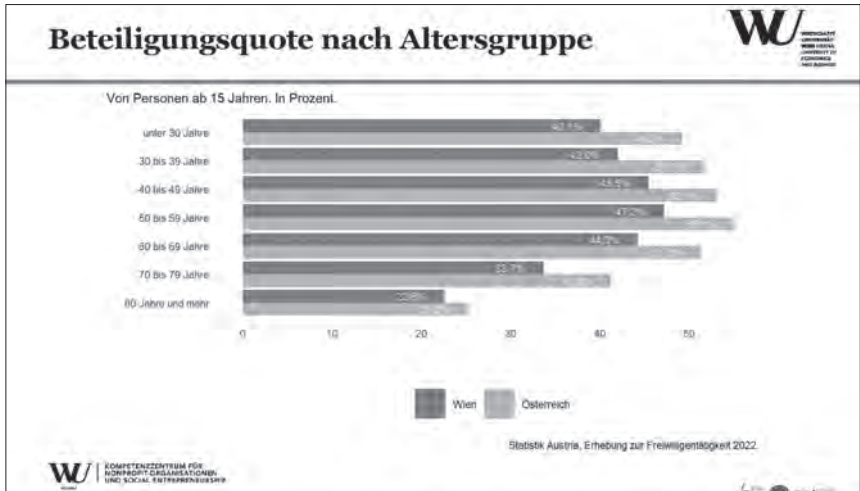
More-Holleweger, Folie 12

Bei der formellen Freiwilligenarbeit entfalle österreichweit die höchste durchschnittliche Zeit auf die Rettungsdienste (4,2 Stunden/Woche), in Wien seien es die Bereiche Kunst, Kultur und Unterhaltung mit 4,5 Stunden/Woche.



More-Holleweger, Folie 13

Was die durchschnittliche Dauer der Freiwilligenarbeit betreffe, belaufe sie sich insbesondere in den Bereichen Kinderbetreuung und bei der Betreuung pflegebedürftiger Personen auf durchschnittlich mehr als 4 Stunden pro Woche.



More-Holleweger, Folie 14

Bei der Analyse der verschiedenen Altersgruppen habe sich herausgestellt, dass zwischen 30 und 60 Jahren der Prozentsatz der Freiwilligen steigen würde, aber immerhin würden auch noch zwischen 22 % und 25 % der über 80-Jährigen Freiwilligendienste leisten.

Was die Motive betreffe, warum Menschen Freiwilligenarbeit leisten würden, so sei es grundsätzlich so, dass die **drei Hauptmotive** folgende seien:

- **Ich möchte anderen damit helfen.**
- **Ich habe Freude an der Tätigkeit.**
- **Ich möchte etwas Nützliches zum Gemeinwohl beitragen.**

Aber es gebe auch noch eine Reihe anderer Motive wie gesellschaftliche Anerkennung, Menschen zu treffen, Erfahrungen zu teilen, sich weiterzubilden, sich zu engagieren.

Jene Menschen, die sich nicht freiwillig engagierten, würden hauptsächlich dafür **folgende Hindernisse nennen**:

- **Ich bin niemals gefragt worden.**
- **Ich bin durch Aufgaben in der Familie ausgelastet.**
- **Ich habe nie darüber nachgedacht.**

Man wisse auch aus der Praxis, dass die meisten Menschen zum Freiwilligen-Engagement kommen würden, wenn man sie frage bzw. anspreche.

Mit dieser Karikatur – quasi als Resümee – wolle *More-Hollerweger* schließen, sie verdeutliche, wie wichtig Freiwilligenarbeit für eine funktionierende Gesellschaft sei:



More-Holleweger, Folie 19

More-Hollerweger stellt nun zur **Diskussion** folgende Fragen in den Raum:

- Was kann Freiwilligenarbeit zur Pflege und Betreuung älterer Menschen beitragen?
- Was braucht es für ein gutes Verhältnis zwischen Freiwilligen und Hauptamtlichen?
- Wie schaut die Betreuung der Freiwilligen aus – Freiwilligenkoordinator*innen?

Drgac-Brandauer fragt bezüglich der Berufsfeuerwehr, die in Wien auch für die Katastrophenhilfe zuständig sei, das heiße, dass auch die Organisationsstruktur dafür verantwortlich sei, wenn weniger Freiwillige in einem Bereich seien.

More-Hollerweger bejaht dies, es gebe einige Bereiche, die in der Stadt anders organisiert seien als am Land, aber dies betreffe nicht nur Feuerwehr oder Sanitäter,

sondern auch andere Bereiche wie Museen, die am Land oft auf freiwilliger Basis betreut würden.

Drgac-Brandauer antwortet, man könne also auch von der Organisation her ein wenig steuern, wie viel Freiwilligkeit man zulasse oder einbringen wolle.

More-Hollerweger meint, dies sei bei der Feuerwehr in Wien wohl unmöglich, wenn alles gut funktionieren solle. Es gebe allerdings auch in Wien eine Freiwillige Feuerwehr, die auch tätig sei. Aber es stelle sich beispielsweise bei den freiwilligen Sanitätern die Frage, ob hier die Qualitätsstandards ausreichen würden, ob das den dort tätigen Menschen noch zumutbar sei mit allen Ausbildungen beispielsweise oder ob man diese nicht lieber bezahlen sollte. Es sei ja auch so mit der Abschaffung des Zivildienstes: ob es dann genug Freiwillige gebe, die das übernehmen könnten.

N.N.: Freiwilligkeit schließe Weiterbildung ja nicht aus, wenn man freiwilliger Sanitäter sei, müsse man trotzdem Ausbildungen machen.

More-Hollerweger bejaht dies, es gebe in diesem Zusammenhang das Sanitätsgesetz, in dem das geregelt sei und das die Grundlage sei. Die Frage sei, ob man dies noch von den Freiwilligen erwarten könne. Es würden auch die Führungskräfte vom Roten Kreuz sagen, dass das früher leichter gewesen sei. Viele seien in ihrem Job so gefordert, dass sie beispielsweise keinen Nachtdienst machen könnten, und auch die Nachtdienste seien anstrengender geworden, da die Menschen häufiger anrufen würden.

Drgac-Brandauer: Dies bringe sie zur Frage nach dem Qualitätsmanagement in der Freiwilligenarbeit: Wie könne man die Motivation halten, wenn man gleichzeitig Qualitätsstandards setzen müsse? Sie könne sich bei Freiwilligenarbeit vorstellen, dass man etwas gerne mache, dass aber, wenn man ständig nach gewissen Qualitätsstandards arbeiten müsse, dies eventuell die Motivation verringern könne. Wie könne man hier den Spagat bewerkstelligen zwischen motiviert bleiben und Qualität leisten in der Freiwilligenarbeit?

More-Hollerweger meint, es sei ein Balanceakt, es könne für manche auch motivierend sein, Ausbildungen zu machen, und ihnen in ihrem Beruf etwas bringen. Dies sei gerade bei jüngeren Menschen oft der Fall. Aber auch für ältere Personen könne das im Sinne des lebenslangen Lernens viel bringen. Hier gelte es, zu schauen, mit wenig Druck auszukommen und die richtigen Leute für die richtige Arbeit einzusetzen. Auch in der Pflege gehe es in Wahrheit um Qualitätsstandards, es sei hier jeder Handgriff definiert oder auch festgelegt, welche Berufsgruppe den Beruf

ausüben dürfe. Hier gehe es um die Frage, was Freiwillige in dieser Branche überhaupt machen könnten, da es auch um Fragen der Haftung gehe.

Elisabeth Aigner (Land Kärnten): Sie sei in der Abteilung Pflegewesen tätig, man praktiziere in Kärnten das Projekt der Pflegenahversorgung, wo man eine Art Community Nursing in den Gemeinden etabliert habe, aber es müsse keine „Nurse“ sein, sondern es könnten auch Sozialarbeiter*innen sein, die diese Nahversorgung erbringen könnten. Ein wesentlicher Punkt dieser Tätigkeit sei, dass dadurch ein Kreis von Freiwilligen und ehrenamtlich Tätigen aufgebaut würde, die in die Nahversorgung der Bürger*innen einbezogen würden. Dies habe in den letzten Jahren so gut funktioniert, dass man insgesamt um die 550 Freiwillige habe, die in der Pflegenahversorgung tätig seien. Diese Personen seien nicht in der Pflege, durchaus aber in der Betreuung eingesetzt, wobei die häufigsten Tätigkeiten Fahrtendienste seien. Man sei überwiegend im ländlichen Bereich, man könne nicht überall mit dem Taxi zum Arzt oder zum Supermarkt fahren. Dies sei ein Bereich, der für die Menschen sehr wichtig geworden sei, auch im Hinblick auf ihre Selbstbestimmung, denn Mobilität sei etwas ganz Wichtiges am Land. Wenn man diese relativ niederschwellig zur Verfügung habe, ohne dass man dafür zahlen müsse, dann sei dies eine sehr große Erleichterung. Der zweite wichtige Faktor seien Besuchsdienste, diese würden auch in Pflegeheimen gemacht, auch für die Organisationen sei dies ein gutes Angebot für ihre Bewohner*innen. Grundsätzlich finde sie es sehr wichtig, dass es solche Strukturen gebe. Es handle sich dabei insofern um eine formelle Freiwilligenarbeit, als vom Land Kärnten eine Haftpflichtversicherung geboten und Kilometergeld bezahlt würde. Dementsprechend habe man auch eine Übersicht über die geleisteten Stunden und über die Einsätze, die gemacht würden. Insgesamt handle es sich um eine sehr wertvolle Sache und man sehe, dass ohne dieses Engagement vieles zusammenbrechen würde.

Drgac-Brandauer fragt, ob intern Daten erhoben würden, wie lange die Personen in der Freiwilligenarbeit tätig seien bzw. in welchem Alter sie sich befänden. Sie wisse vom Roten Kreuz, dass viele, die den Zivildienst gemacht hätten, ein oder zwei Jahre in die Freiwilligkeit gehen würden, aber dann würden sie oft damit auch wieder aufhören.

Aigner (Land Kärnten): Bei ihnen habe man genau die umgekehrte Altersstruktur, viele würden mit der Pensionierung mit der Freiwilligenarbeit beginnen, man habe oft fließende Grenzen zwischen der Verrichtung von Freiwilligentätigkeit und der Inanspruchnahme von Pflege oder Betreuung für sich selbst. Man habe also eine andere Altersstruktur und die Leute würden erst dann ausscheiden, wenn sie die ehrenamtliche Tätigkeit nicht mehr verrichten könnten. Dies bedeute auch, dass der

Druck auf die Freiwilligen so gering wie möglich gehalten werde, damit man sie so lange wie möglich in ihrer Tätigkeit halten könne. Sie sei auch in der Demenzstrategie tätig und es sei ihr Credo, Menschen mit Demenz so lange wie möglich als produktive Mitglieder der Gesellschaft zu erhalten. Man müsse dann Strukturen finden, wie man solche Menschen auch noch in einer sinnvollen Beschäftigung halten könne, die für alle passen würde.

More-Hollerweger: Dies genau sei das Wichtige und Gute an der Freiwilligenarbeit, dass nämlich diese sowohl für die Menschen, die diese in Anspruch nehmen würden, als auch für jene, die sie ausführen, von Vorteil sei, gerade was beispielsweise das Thema Einsamkeit betreffe. Diese Arbeit sei auch im Hinblick auf die Produktivitätsansprüche flexibel und gestaltbar. Man könne auch beeinträchtigte oder ältere Menschen noch etwas Sinnvolles machen lassen.

Aigner (Land Kärnten) ergänzt, es gebe auch Weiterbildungen und Schulungen für diese Art der ehrenamtlichen Tätigkeiten, allerdings nur sehr wenige, die verpflichtend seien.

More-Hollerweger: Es sei die große Qualität dieser Arbeit, dass sie eben freiwillig sei und interessengeleitet. Man müsse ansprechen, dass es auch schwierige Fälle gebe, sodass man sich auch von manchen Freiwilligen unter Umständen trennen müsse.

Jamnig (Stadt Wien – Büro des amtsführenden Stadtrates): Sie habe auch die Erfahrung, dass man die Freiwilligen sehr gut begleiten müsse. Man habe in Wien den Leerstand von Wohnungen aus dem Bereich des betreuten Wohnens genützt und stelle diesen Wohnraum Student*innen zur Verfügung. Diese könnten dort sehr kostengünstig wohnen, müssten sich aber verpflichten, gewisse Stunden pro Woche mit den anderen Bewohner*innen dort etwas zu unternehmen, zum Beispiel Vorlesen, Spaziergehen o.Ä. Für manche passe das sehr gut, aber für manche sei es auch problematisch, zum Beispiel wenn eine betreute Person sterbe. Für viele sei das in dem jungen Alter eine Belastung und man müsse sie dabei gut begleiten.

More-Hollerweger ergänzt, dass es wichtig sei, auch bei Besuchsdiensten klare Regeln zu vereinbaren, wie viele Stunden es pro Woche sein dürfen, damit kein Abhängigkeitsverhältnis entstehe und Freiwillige dann überfordert wären.

Aigner (Land Kärnten): Es sei auch strikt geregelt, welche Tätigkeiten sie machen dürften. Es sei wichtig, sich gut abzugrenzen.

More-Hollerweger: Ebenso sei es wichtig, auch die Versicherungen (Haftpflicht, Unfall) zu regeln. Dies sei unterschiedlich in einzelnen Ländern, in Oberösterreich gebe es z. B. eine Regelung für das ganze Bundesland, dass alle Freiwilligen automatisch versichert seien. Bei gewissen Organisationen sei es einfach gut, wenn das abgesichert sei, z. B. bei den Sanitäter*innen oder bei der Feuerwehr, diese seien bei der AUVA versichert, d. h., ein Unfall beispielsweise würde dann wie ein Arbeitsunfall bewertet.

N.N. (Burgenland): Bei ihnen seien es auch eher die Pensionist*innen, die Freiwilligenarbeit verrichten würden. Sie hätten aber auch junge Menschen, die ein freiwilliges soziales Jahr machen würden oder auch Studierende. Man habe das Heim von 29 auf 65 Bewohner*innen vergrößert, man habe derzeit 8 Ehrenamtliche, die nach Covid wieder von selbst zurückgekommen seien.

N.N.: Auch ihr sei aufgefallen, dass viele Menschen ein freiwilliges soziales Jahr machen und dann auch ehrenamtlich weiterarbeiten würden.

N.N. (Burgenland) berichtet von einem Fall, wo ein Bursch zunächst Zivildienstler in ihrer Institution gewesen sei, dann habe er ein freiwilliges soziales Jahr gemacht, dann die Ausbildung zur Heimhilfe und jetzt sei er Haustechniker in ihrem Heim.

More-Hollerweger: Für manche sei der Zivildienst oder das freiwillige soziale Jahr durchaus ein Einstieg in einen Sozialberuf. Es gebe auch so etwas wie die „klientösen“ Freiwilligen, die früher selbst Probleme gehabt hätten oder arbeitslos gewesen seien und dann doch den Weg fänden und dann in dem Bereich arbeiten würden. Sie warne immer ein wenig davor, dies als großes Konzept zu sehen, dass die Freiwilligenarbeit der Einstieg ins Berufsleben sei, aber es könne schon dazu beitragen und müsse gut begleitet sein. Man wisse auch, dass Leute, die sich schon einmal engagiert und dann für eine gewisse Zeit aufgehört hätten, eher wieder zurückkämen als Menschen, die sich noch nie freiwillig engagiert hätten.

Sie fragt, ob es eine Art von „Message“ gebe, die man aus diesem Workshop mitnehmen wolle.

N.N.: Sie finde Plattformen wichtig, in dem Sinne, dass man nachschauen könne, wo man gebraucht werde. Sie habe das Gefühl, dass gerade in Krisensituationen wie der Flüchtlings- oder Coronakrise viele kämen und helfen wollten, wie beispielsweise die Tausenden von Menschen am Hauptbahnhof am Beginn der Flüchtlingskrise. Aber keiner habe letztlich gewusst, wo und wie er helfen könne. Eine Plattform, über die das gezielt organisiert werden könnte, sei extrem wichtig, um alles kanalisieren und strukturieren zu können, zumindest in Großstädten sei das sehr wichtig.

More-Hollerweger erläutert, dass es in diesem Bereich das „Team Österreich“ gebe, wo versucht werde, das zu organisieren. Es gebe auch Menschen, die nicht kontinuierlich Freiwilligenarbeit leisten wollten, aber die im Bedarfsfall bereit seien. Sie selbst arbeite gerade mit dem Sozialministerium zusammen, auch in Kooperation mit Unis und IT-Firmen, wo man sich die technischen Lösungen anschauen, wie man das im Akutfall besser und schneller organisieren könne.

N.N.: Sie meine, dass es auch in der Freiwilligenarbeit eine gewisse Art an Verbindlichkeit geben müsse, egal ob es ein Fahrtendienst sei oder sonst eine informelle Tätigkeit. Das müsste man den Leuten wirklich vermitteln. Natürlich sei es freiwillig, aber man verpflichte sich auch zu etwas.

More-Hollerweger ergänzt, dass dieser Aspekt vor allem in der Zusammenarbeit mit Menschen sehr wichtig sei, die dann auch Erwartungen hätten.

N.N.: Sie sei 8 Jahre lang beim Samariterbund in der Rettungshundestaffel gewesen, ihr Kommandant habe immer gesagt, dass der Eintritt und der Austritt freiwillig seien, aber dazwischen liege die Pflicht.

More-Hollerweger fragt, ob es noch Anmerkungen in Bezug auf das Konferenz-Thema des „knappen Gutes“ gebe.

Drgac-Brandauer: Dies sei für sie noch ein bisschen eine unbeantwortete Frage, Studien würden zeigen, dass Freiwilligenarbeit häufig durch direkte Kontaktaufnahme entstehe. Es sei also die Frage, wie man Menschen erreichen könne, die vielleicht gar nicht wüssten, dass sie eine solche Arbeit leisten möchten. Wenn man nie den Anreiz bekomme, darüber nachzudenken. Sie bringt das Beispiel einer Kollegin, die einen Jobwechsel vom Roten Kreuz in eine andere Organisation gemacht habe und dann das Angebot bekommen habe, auch als Freiwillige beim Roten Kreuz weiterzuarbeiten. Sie habe das dann auch gemacht. Wenn man nicht gefragt werde, würde es auch nicht passieren. Sie frage sich, wie man die Leute besser erreichen könne.

N.N.: Sie denke, Freiwillige würden dann erst beginnen, wenn sie irgendeinen Bezug zu dieser Situation oder zu einer Organisation hätten. Es handle sich oft um Angehörige von verstorbenen Bewohner*innen von Pflegeheimen, die dann weiterhin beispielsweise Besuchsdienste machen würden.

Aigner (Land Kärnten): Sie denke, dass die Rolle der Gemeinden sehr wichtig sei. Wenn man im Rahmen einer Gemeindeveranstaltung oder direkt gefragt werde, dann bleibe man auch eher dabei und sehe unmittelbar, was man bewirke.

More-Hollerweger: Die Wirksamkeit sei ein ganz wichtiger Aspekt. Man müsse sich auch bewusst sein, wenn man Freiwillige habe, dann hätten auch diese ein eigenes Netzwerk, das man nützen könne. Mittlerweile gebe es aber auch Angebote wie Freiwilligen-Börsen oder Messen. Die Hürde, irgendwo anzufangen, sei groß, alles, was helfe, diese Hürde abzubauen, sei hilfreich. Man könne durchaus auch mit Buddy-Systemen in Organisationen den Einstieg für Freiwillige erleichtern. Auch angesprochen zu werden vermittele das Gefühl, dass jemand davon ausgehe, dass man dafür geeignet sei. Dies könne bereits eine Brücke sein.

N.N.: Wichtig sei auch, zu wissen, dass man einen Rückhalt in der Freiwilligenarbeit habe, es gebe oft schwierige Situationen, auf die niemand eingestellt sei. Daher sei es auch wichtig, eine konkrete Ansprechperson zu haben.

More-Hollerweger: Dies müsse im Prozess organisiert werden, dass zumindest am Beginn jemand da sei, der jemanden einführe, die anderen Mitarbeiter*innen vorstelle, das Management von Freiwilligen sei im Grunde Personalmanagement.

Aigner (Land Kärnten): Man habe in Oberkärnten einen Verein, der schon seit Jahrzehnten in der Freiwilligenarbeit tätig sei und dies so organisieren würde. Es sei auch das Thema der Vernetzung ein sehr wichtiges.

More-Hollerweger: Folgende Punkte, die für die Freiwilligenarbeit wichtig seien, könne man aus der Diskussion zusammenfassen:

- **Gute Betreuung der ehrenamtlich Tätigen**
- **Plattformen**
- **Verbindlichkeiten schaffen**
- **Wertschätzung**

Abschließend geht *More-Hollerweger* noch auf das Beispiel einer Gemeinde in Vorarlberg ein, die bereits vor 20 Jahren eine Gemeinschafts-E-Auto angeschafft und sich ein Dorf-Café geleistet habe, weil es für den Ort wichtig gewesen sei, ein Café zu haben. Mit dieser und anderen Maßnahmen konnte man nicht nur den Abzug der Menschen verhindern, sondern auch Zuzug und die Belebung des Ortes fördern. Hier sei das ganze Dorf dahinter gewesen und das habe ihr gezeigt, was passieren könne, wenn „Sozialkapital“ vorhanden sei und alle zusammenarbeiten würden.

More-Hollerweger bedankt sich für alle Beiträge und wünscht den Teilnehmerinnen noch viel Glück und Erfolg, nicht zuletzt bei der Suche und beim Einsatz von Freiwilligen in ihrem Bereich.

WORKSHOP 4: Caring Communities als Ort der partizipativen und subsidiären Versorgung

Impuls: Armin Oertel (Q8, Hamburg)

Moderation: Petra Rösler (Diakonie Österreich)

Petra Rösler eröffnet den Workshop 4, begrüßt alle Anwesenden und ganz besonders *Armin Oertel*, der den Impuls für diesen Workshop machen werde. *Oertel* ist bei der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg und leitet dort den Bereich „Q8 Sozialraumorientierung“. Es werde mit diesem Ansatz versucht, Betreuung und Pflege aus einer anderen Richtung zu organisieren. *Oertel* ist Sozialwissenschaftler, der auch im Bildungsbereich gearbeitet hat.

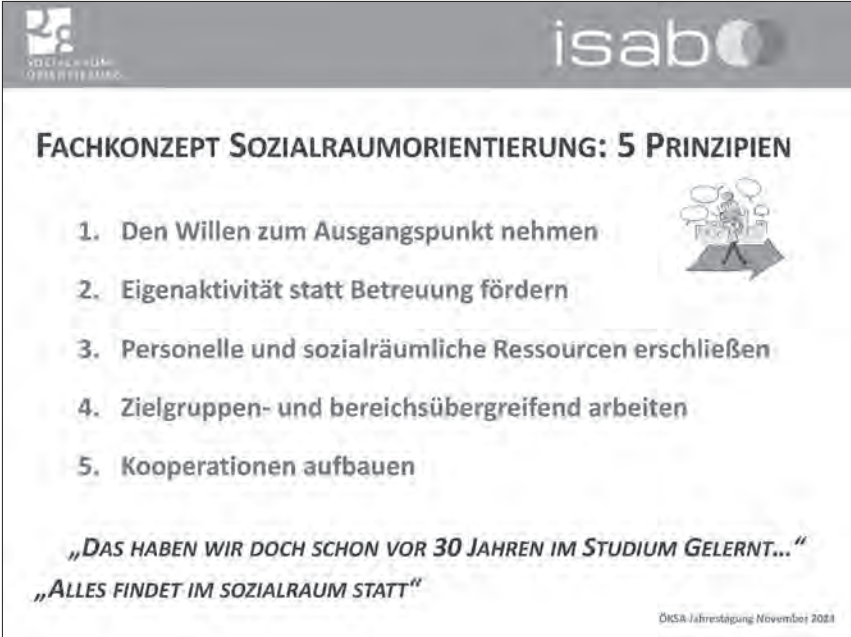
Oertel bedankt sich für die Einführung, er habe die Vorträge vom Vormittag als sehr anregend empfunden, er wolle nun prinzipiell drei Dinge vorstellen: Zunächst werde es um Sozialraumorientierung gehen, er wolle das Konzept von Q8 vorstellen, aber auch über die praktische Umsetzung sprechen. Er werde weniger darüber sprechen, woher man das Geld oder das Personal nehmen könne, dennoch könne die Art und Weise, wie man bei ihm versuche, die Arbeit zu organisieren, durchaus auf diese Fragen zumindest Teilantworten liefern. Es sei ihm wichtig, zu betonen, dass der Ausgangspunkt für dieses Konzept der Sozialraumorientierung immer die Person/der Mensch sei. In diesem Sinne sei dieser Mensch nicht nur ein Patient, sondern auch Nachbar oder Sohn etc.

Wenn man an der Person ansetze, gehe es nicht in erster Linie um die Profession, die eine soziale Dienstleistung erbringe, es gehe auch nicht um das Hilfesystem insgesamt (das Wohnhaus oder das Krankenhaus), sondern es gehe erst einmal um den Menschen und nicht um den Staat oder die Gemeinde. Meist würde alles vom System oder den Angeboten aus gedacht. Dieser Ansatz an der Person klinge sehr einfach, sei aber in der Praxis schwer umzusetzen. Wenn man wirklich beim Menschen ansetzen wolle, brauche man Zeit, um zu verstehen, was dieser Mensch wolle. Es sei bereits am Morgen mehrmals betont worden: Das System, das man heutzutage kenne, nehme sich dafür in der Regel keine Zeit.

Oertel stellt die Evangelische Stiftung Alsterdorf vor, ein Träger mit 170 Jahren Geschichte, der aus dem Bereich der Menschen mit Behinderung komme. Es habe sich früher um eine zentrale Anstalt gehandelt, in der Tausende von Menschen gelebt bzw. auch gearbeitet hätten. Diese Anstalt sei heute komplett aufgelöst und dezentralisiert. Die Menschen, für die man Assistenz mache, würden heute in verschiedenen

Stadtteilen leben (in Wohnhäusern) oder ambulant begleitet werden. Es sei wichtig zu sagen, dass die daraus entstandenen Strukturen sich immer damit beschäftigen mussten, dass man keine zentrale Versorgungssituation mehr hatte.

Man habe in der Stiftung ungefähr 6.500 Mitarbeiter*innen, man mache Assistenz für ungefähr 3.500 Menschen mit Behinderungen, darüber hinaus gebe es Schulen für Altenbetreuung, Pflege und Soziales. Man betreibe auch zwei Krankenhäuser. Er wolle weniger zum Thema Community Care sagen, man habe ausgehend davon rasch begonnen, an dem Konzept der Sozialraumorientierung zu arbeiten und dieses zu entwickeln. Dafür gebe es 5 Prinzipien:



isabo

FACHKONZEPT SOZIALRAUMORIENTIERUNG: 5 PRINZIPIEN

1. Den Willen zum Ausgangspunkt nehmen
2. Eigenaktivität statt Betreuung fördern
3. Personelle und sozialräumliche Ressourcen erschließen
4. Zielgruppen- und bereichsübergreifend arbeiten
5. Kooperationen aufbauen

„DAS HABEN WIR DOCH SCHON VOR 30 JAHREN IM STUDIUM GELERNT...“
„ALLES FINDET IM SOZIALRAUM STATT“

ÖKSA / Jahrestagung November 2021

Oertel, Folie 3

Eine Frage sei, welche Instrumente für die Umsetzung zur Verfügung stünden:

The slide features a header with the logo of the 'VÖESTERREICHISCHES ÖKONOMISCHES INSTITUT' on the left and the 'isab' logo on the right. The main title is 'FACHKONZEPT SOZIALRAUMORIENTIERUNG: UMSETZUNG'. Below the title is a bulleted list of six implementation points, each with a brief description. At the bottom right, it says 'ÖKISA Jahrestagung November 2021'.

- **Willenserkundung**
Eingangsmanagement/Teilhabelots*innen, Ich-Bogen, Patient*innenkooperationsvertrag, Qplus ...
- **Haltungsänderung der professionellen Arbeit**
Assistenz, Personenzentrierte Ressourcenplanung; ...
- **Setting-Bau**
Qplus: Aufbau Unterstützungsgemeinschaft, Einbezug Lebenswelt und Sozialraum, ...
- **Fallunspezifische Arbeit**
Q8: Erkundung, Nutzbarmachung, Initiierung, Pflege von sozialräumlicher Ressourcen, ...
- **Hilfereichsübergreifendes Arbeiten**
Jugend-, Senior*innen-, Eingliederungshilfe; Nachbereitschaft, Treffpunkte, Eingangsmanagement..
- **Systematische Kooperationen mit anderen Trägern**
Bsp. Baakenhafen

Oertel, Folie 4

Bei der Willenserkundung gebe es beispielsweise die Funktion der „Teilhabelots*innen“, diese hätten ausreichend Zeit für diesen Aspekt. Es sei auch sehr wichtig, nicht mehr von „Betreuung“ zu sprechen, sondern man biete „Assistenz“ an. Für seine Institution sei „der Chef“/„die Chefin“ der Mensch und nicht jene, die die Leistung erbringen würden. Wenn man eine personenzentrierte Ressourcenplanung mache, dann gehe man immer von der Person aus.

Beim Setting-Bau wiederum stelle sich die Frage, wer dies tue. Dies passiere meist eher über informelle Strukturen, beispielsweise auch über Familienangehörige. Die fallunspezifische Arbeit betreffend gebe es drei Bereiche, man suche nicht eine Ressource für eine bestimmte Person, sondern man suche, ohne zu wissen, für welche Person diese Ressource letztendlich gut sei. Auch hier stelle sich die Frage, wer dies tue, er werde später darauf eingehen. Hinsichtlich der systematischen Kooperation mit anderen Trägern nennt *Oertel* das Beispiel in Baakenhafen, wo ambulant begleitete

Wohnungen zur Verfügung stünden, in denen man von vornherein sozialraumorientiert arbeiten wollte, man habe also organisiert, dass sich alle Träger (auch aus anderen Bereichen) in diesem Viertel regelmäßig trafen. Man habe auch dafür gesorgt, dass die eigenen Mitarbeiter*innen ausschwärmen und gemeinsam mit Mitarbeiter*innen anderer Einrichtungen schauen würden, was man in diesem Stadtteil gemeinsam organisieren könne.

Oertel wolle den Fokus auf zwei oder drei Instrumente für die Umsetzung richten, es gehe vor allem um die Projekte Q8 und Qplus. Ebenso wolle er auf ein ganz aktuelles Projekt bzw. einen Workshop im Krankenhaus verweisen, bei dem es darum gehe, wie man den Willen von Patient*innen, die nur für eine kurze Zeit in der Institution seien, erkunden und deren Ressourcen mobilisieren könne. Dies sei an sich in diesem System überhaupt nicht vorgesehen. Deshalb hätten sich die Leute, die vor allem in der Geriatrie arbeiten würden, überlegt, einen „Willkommensbogen“ zu machen und diesen auch möglichst einfach zu verfassen (es gebe ihn in 2 „Schwierigkeitsgraden“). Er sei folgendermaßen verfasst:

Wichtiges zu Ihrer Zeit bei uns im Krankenhaus

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich willkommen im Evangelischen Kranken-Haus Alsterdorf!

Wir freuen uns, dass Sie hier sind.

Wir wollen mit Ihnen zusammen erreichen:

- dass Sie weniger Beschwerden haben und
- dass Sie nach der Entlassung möglichst gut zurechtkommen.

Das ist gut zu wissen:

Sie sind hier zur „Geriatrischen Früh-Rehabilitation“.

Das heißt:

- Wir wollen die Folgen Ihrer Erkrankung mit Ihnen zusammen so gut wie möglich lindern.
- Wir wollen dazu beitragen, dass Sie Ihre bisher gewohnte Beweglichkeit und Lebensqualität so gut wie möglich wieder erreichen.
- Wir unterstützen Sie dabei, dass Sie künftig möglichst beschwerdefrei leben können.

Dafür sind Sie mindestens 15 Tage hier.

Wir unterstützen Ihr Wohlbefinden und Ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe und Bewegung durch:

- medizinische Behandlungen,
- aktivierende Pflege,
- intensives Training und
- verschiedene Therapien und Beratungen.

Bei all dem sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen!

Für unsere gemeinsame Arbeit ist wichtig:

Mit jedem Tag im Bett werden Sie eher schwächer und verlieren Ihre Kraft.

Deshalb:

- Sollen alle Patienten so früh wie möglich das Bett verlassen.
Art und Dauer besprechen wir gemeinsam.
- Essen Sie im Gemeinschaftsraum oder am Tisch im Krankenzimmer.
- Tragen Sie tagsüber möglichst Alltagskleidung oder Trainingskleidung.
(Geschlossene Schuhe sind für das Üben der Gehfähigkeit und das Treppensteigen wichtig.)

Unser gemeinsames Ziel ist:

- dass Sie durch das intensive Training nach dem Krankenhaus nach Hause zurückkehren können,
- oder dass Sie in unserer „Geriatrischen Tagesklinik“ in Therapien noch weiter üben.

Wenn Sie nicht nach Hause zurückkehren können:

- Wir unterstützen Sie bei der Suche nach einer für Sie passenden Alternative.

Das schaffen wir nur gemeinsam!

Ihre Teilnahme an der Therapie und den Trainingseinheiten ist unbedingt notwendig.

Uns interessiert:

- Was wollen Sie während der Zeit bei uns im Krankenhaus erreichen?
- Was ist Ihnen hier besonders wichtig?

Wir freuen uns, wenn Sie Ihre Ziele mit uns besprechen.

Das ist mir wichtig:
Ich will bis zur Entlassung erreicht haben:

Nach Entlassung will ich am liebsten wohnen in/wohnen bei:

Für die Zeit im Krankenhaus nehme ich mir vor:

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Rehabilitation und einen angenehmen Aufenthalt in **unserem Haus**.

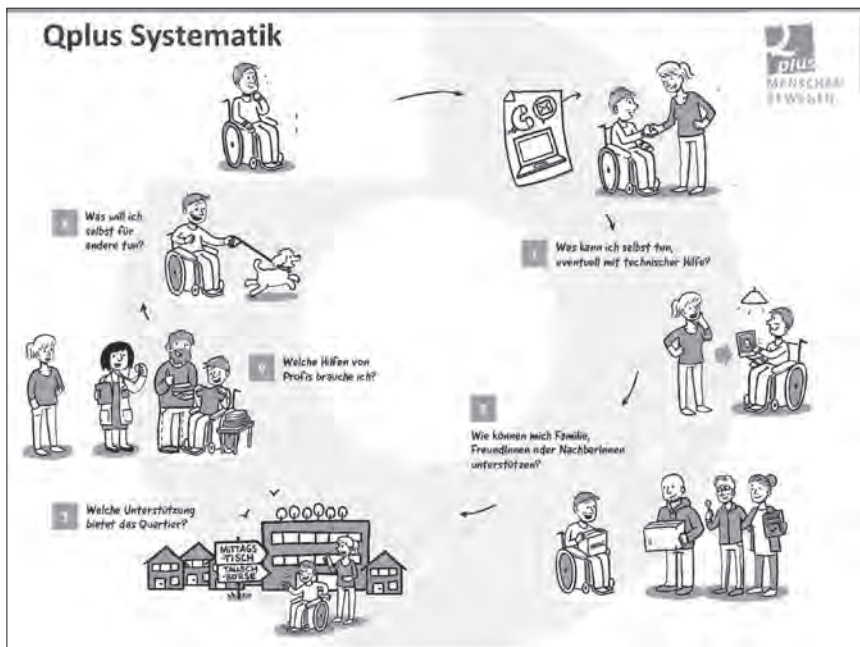
Dies werde gerade erprobt, man wolle in dieser kurzen Zeit im Krankenhaus den Willen der Patient*innen erkunden. Früher sei es so gewesen, dass die Leute gekommen seien, ohne ihre eigene Ressource zu erkennen, die Intention sei es, am Ende einen „Pakt“ mit den Patient*innen zu schließen.

Qplus: Hier arbeite man auf der klassischen sozialen Ebene, face to face, es sei dies das Instrument, um herauszufinden, wie die Menschen leben wollten und welche Veränderungen für sie wichtig seien.

Film „QplusAlter – Praxisbeispiele Oktober 2021“:
(<https://www.youtube.com/watch?v=PRouLwsElas>)

Oertel wolle nur einen Punkt aus dem Film aufgreifen, den er spannend finde, nämlich dass ein Coach dann gut funktioniere, wenn Menschen in einer Umbruchsituation seien. Wenn kein Bedarf an Veränderung sei, würden sie ohnehin ihr Leben wie gewohnt weiterführen. In dem Beispiel im Film habe der Tod des Mannes die Umbruchsituation der Frau bewirkt, die *Lotsin* habe ihr geholfen, ihr Leben wieder zu sortieren. Wichtig sei, keine fertigen Lösungen anzubieten, sondern sich an den Lebenswelten zu orientieren, am Alltag, den die Menschen brauchen würden. Selbstwirksamkeit zu erkennen sei ein weiterer wichtiger Punkt („Ich schaffe das“) und zu ermöglichen, dass die Leute sich selbst wahrnehmen als jemand, der etwas kann, und nicht als Hilfeempfänger.

Hier zeige *Oertel* die „abstrakte“ Logik einer solchen Qplus-Systematik:



Oertel, Folie 8

Diese Systematik laufe in folgenden Schritten ab:

1. Was kann ich selbst tun, eventuell mit technischer Hilfe?
2. Wie können mich Familie, Freund*innen oder Nachbar*innen unterstützen?
3. Welche Unterstützung bietet das Quartier? (Stadtviertel)
4. Welche Hilfen von Profis brauche ich?
5. Was will ich selbst für andere tun?

Interessant sei, dass der Kreislauf erst im Punkt 4 bei den Profis sei. Diese könnten nicht ersetzt werden, aber sie stünden nicht am Anfang. Auch der Punkt 5 (was man für andere tun könne) sei sehr wichtig, um aus der Situation der Hilflosigkeit herauszukommen.

Q8-Quartiere: Bei diesem Projekt gehe es um Stadtviertel, es werde auf einer strukturellen Ebene gearbeitet. Mitarbeiter*innen gingen in ein Viertel, um es darin zu unterstützen, so etwas wie Community Care zu etablieren und Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Es sei wichtig, dass auch Ehrenamtliche ihren Platz dort fänden, damit Projekte entstehen könnten:



Oertel, Folie 9

Es geht also bei diesem Projekt Q8 darum:

- **Barrieren aufspüren und abbauen:** barrierefreier Rundgang im Viertel mit anschließender Übermittlung an die zuständigen Stellen
- **Anstöße geben:** Man bringe Ideen ein, zum Beispiel, dass es gut wäre, wenn es einen Mittagstisch gäbe.
- **Das Miteinander fördern**
- **Wir haben ein offenes Ohr für den Stadtteil:** Man komme also nicht mit fertigen Konzepten, manche Kolleg*innen seien dafür einige Monate unterwegs, ohne ein sichtbares Projekt vorweisen zu können, man müsse ihnen aber diese Zeit geben, Zeiträume von 2 oder 3 Jahren seien oft notwendig, bis etwas realisiert werden könne.

- **Menschen und Ideen zusammenbringen:** Organisation von Zusammen-
treffen, Initiieren von Stadtteil-Beiräten etc.
- **Wir informieren die Beteiligten,** z. B. in Neubaugebieten)
- **Wir gehen neue Wege**
- **Wir unterstützen Engagement und Selbsthilfe**

Abschließend wolle *Oertel* noch einmal auf die Bedeutung der Sozialraum-orientierung eingehen und die Frage stellen, ob diese als „Heilsbringer“ gesehen werden könne:

SOZIALRAUMORIENTIERUNG ALS HEILSBINGER?

- ❑ **Und die Profis machen so weiter?**
*Leistung oder Unterstützung? Ändert das Hilfesystem seine Haltung & Prozessabläufe?
Zivilgesellschaft weiter als Add on? Profilleistungen werden übrigens nicht ersetzt*
- ❑ **Schnittstelle Kostenträger – Leistungsträger**
Finanzen, Bewilligungen, Kontrolle – Refinanzierung, Budget & Cashcows
- ❑ **Und im Quartier?**
Konkurrenz vor Ort, Ehrenamt und Verlässlichkeit?
- ❑ **Hilft SRO wirklich?**
*Mehr Selbstbestimmung, Partizipation, passgenau Unterstützung? Fachkräftemangel,
Überalterung, knappe Ressourcen*

ÖGSA Jahrestagung November 2021

Oertel, Folie 10

Letztlich würde Sozialraumorientierung nur dann funktionieren, wenn die Profis ihre Haltung veränderten. Sie müssten zum Beispiel bereit sein, einen Setting-Bau zu machen. Dies sei natürlich schwierig, weil man immer unter dem Druck stehe, dass man eine bestimmte Dienstleistung zu erbringen habe, die dann auch noch kontrolliert werde. Wenn man z. B. in einer Wohngemeinschaft von Menschen mit Behinderungen arbeite, und die Spülmaschine funktioniere nicht, dann könne man den Bewohner*innen durchaus erklären, dass sie nun halt selbst abspülen müssten, wenn

man dann Sozialraumorientierung und eine Haltungsänderung ernst nehmen würde. Es sei schwierig, das auszuhalten, da oft Druck von den Angehörigen oder vom Kostenträger komme.

Was *Oertel* ebenso als sehr wichtig erachte, sei die **Schnittstelle von Kostenträger und Leistungserbringer**. Diese funktioniere üblicherweise so, dass der Kostenträger das Geld bereitstelle, dafür gewisse Standards einfordere und die Kontrollfunktion ausübe. Wenn der Leistungserbringer etwas verändern wolle (z. B. die Selbstständigkeit von Einzelnen fördern oder sie aus der Einrichtung bekommen), dann stehe er vor dem Problem, dass die Organisation umso mehr Geld bekomme, je länger die Patient*innen/Bewohner*innen in der Institution seien. Manche Menschen wären schon längst im Heim, wenn sie nicht Unterstützung im Sinne des Qplus-Systems erhielten. Das Ehrenamt würde im Übrigen die Professionellen nicht ersetzen, höchstens zu einem gewissen Teil. In jedem Fall biete die Sozialraumorientierung passgenauere und den Wünschen der Menschen angepasste Lösungen. *Oertel* bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

Rösler bedankt sich für den Impuls, sie bietet den Teilnehmenden nun Gelegenheit für Fragen, Kommentare oder eigene Beiträge.

Peter Ploschnitznigg-Huber (HLPS der Diakonie de La Tour): Er betont, *Oertel* spreche ihm aus der Seele, er wolle einbringen, dass in seiner Institution die Sozialraumorientierung in der Modulplanung implementiert sei, insbesondere in der Diplomstufe gebe es einen klaren Fokus darauf. Einerseits habe man Einrichtungen der Behindertenhilfe und auf der anderen Seite die Altenarbeit. Man bekomme aber viele Rückmeldungen von Praktikant*innen von der operativen Arbeit, mit dem Grundtenor, dass er (Ploschnitznigg-Huber) im Diplomlehrgang etwas unterrichte, das in der Praxis nicht umsetzbar sei. In der Betreuung von Menschen mit Behinderung sei durch deren formalistisch-normativen und institutionellen Charakter der Sozialraum so „einbetoniert“, dass man im Grunde zwei Probleme habe: Das eine sei, dass Menschen mit Behinderung es gewohnt seien, dass ihnen permanent Entscheidungen abgenommen würden, sie würden meist nichts anderes kennen. Auf der anderen Seite seien sie in ihrer Autonomie sofort beschränkt, manchmal auch überfordert, wenn dieser Rahmen nicht mehr da sei.

Auch in der Altenarbeit sei eigentlich kein Platz für die Sozialraumorientierung, weil diese im Konzept gar nicht vorkomme. Leider seien dies die Rückmeldungen auf das Thema Sozialraumorientierung. Er wolle dazu auch ein Beispiel bringen dafür, dass dieses Konzept zwar wirken würde, aber nicht umgesetzt werde: Feldkirchen in Kärnten sei quasi ein „Hotspot“ für die Betreuung von Menschen mit Behinderungen, man

habe dort die Diakonie als großen Träger, und dennoch sei dort in der Stadt nichts barrierefrei. Wenn man mit den Menschen dort spreche, wenn beispielsweise der Hauptplatz umgebaut werde, dann seien als primäre Zielgruppen die Gastronomie und der Tourismus im Fokus, nicht aber die Menschen mit Behinderungen, die im Alltag einfach nicht abgebildet würden. Der Bürgermeister/die Bürgermeisterin würde die Verantwortung auf die Diakonie abwälzen, die für die Menschen mit Behinderung zuständig sei. Wenn man das Bewusstsein schaffen könnte, dass Menschen mit Behinderung ein natürlicher Teil der Gesellschaft seien, dann würde die Sozialraumorientierung wirken.

Heinz Stieb (Fonds Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser): Man betreibe in seiner Organisation 30 Wohnhäuser mit angeschlossenem Pflegebereich für alte Menschen und 150 Pensionist*innen-Clubs. Vor 20 Jahren seien diese Clubs Einrichtungen gewesen, in denen Montag- bis Freitagnachmittag zwischen 4 und 30 Gäste gewesen seien, die von zwei Clubbetreuerinnen „bespaßt“ worden seien, Karten gespielt hätten oder G’spritze getrunken hätten. Das heißt, sie hätten dort die Zeit sehr kostengünstig verbringen und Sozialkontakte haben können. Heute hätten in sehr vielen Clubs die Clubgäste einen Schlüssel für den Club, würden ihre eigenen Programme machen, hätten sich die in der Nähe liegenden Parks quasi „zurückerobert“ als ihren Sozialraum. Dort finde beispielsweise öffentliche Gymnastik statt, auch unter Beteiligung deutlich jüngerer Menschen. Es gebe ebenso sehr viele Kurse und Fortbildungen, Veranstaltungen, die von den Clubmitgliedern, die im Grunde „Kund*innen“ seien, selber für die eigene, aber auch für andere Zielgruppen organisiert würden.

Man habe also die Erfahrung gemacht, man müsse einfach die Türen aufmachen, damit seien tolle Dinge entstanden wie Kooperationen mit Firmen oder mit Schulen. Das Erkämpfen des eigenen Lebens- und Sozialraums sei etwas, das Unterstützung brauche, aber genau diese Zeit und die Ressourcen dafür seien das Problem. Eine aufsuchende Erkundung und Beratung bräuchten Zeit und Personalressourcen, dafür habe man aber leider das Geld nicht. Es werde auch in Wien dieses Konzept unterrichtet und sei Teil der Konzepte, aber es ende sehr häufig dort, wo es um die fehlenden Ressourcen gehe. Die Strategie seiner Organisation sei es, möglichst viele Ressourcen zu bekommen und auf der anderen Seite sehr viel mehr den Menschen selbst zuzutrauen und zu überlassen und zu hoffen, dass sie vieles davon selbst miteinander tun. Dies habe man immerhin zum Teil realisieren können, von rund 20.000 Clubmitgliedern in Wien habe man derzeit etwas über 200, die als Ehrenamtliche selbst konkrete Aufgaben übernommen hätten.

Hannes Schindler (Diakonie de la Tour): Er hätte eine Nachfrage zu dem eben angeführten Beispiel, ob es so sei, dass sie es zwar schaffen würden, dass sich die Leute selbst organisieren würden, aber so etwas wie die Lots*innen, die eingesetzt würden, wenn es um individuellen Bedarf ginge, sei nicht vorhanden. (*Stieb* bejaht dies). Er würde sich gerne mit ihm näher austauschen, er mache selbst die Sozialraumorientierung und Quartiersentwicklung in Klagenfurt, man habe ein Wohnprojekt, das allerdings über die Bürger*innen selbst finanziert sei, man habe leider keine Governance-Förderung, was natürlich sehr einschränkend sei. Dieses völlig neue Denken und der Paradigmenwechsel, diese Haltungsänderung seien eine sehr große Aufgabe, es brauche sehr viel Organisationsentwicklung. Er würde auch nach innen, ins eigene Unternehmen wirken. Fakt sei, dass man paternalistische pädagogische Konzepte habe, nach denen auch die Strukturen gewachsen seien und durch die auch strukturelle Gewalt entstanden sei. Aus der Community Work heraus habe man sehr viele Menschen, die dafür offen seien, auch aus allen sozialen Schichten. Dies sei sehr wichtig, wenn es um Partizipation gehe, man habe dann oft mit Menschen zu tun, die es nicht gewohnt seien, zu partizipieren. In einem neuen Erfolgsprojekt namens „Hi-Harbach“ habe man es geschafft, durch Besiedelungsmanagement diese Idee so weit zu promoten, dass die Menschen mit einer großen Lust eingezogen seien, sich nachbarschaftlich zu engagieren.

Wenn man aber nur wenige Kilometer weiterschau, dann habe man dort keinen Erfolg gehabt, auch deswegen, da Klagenfurt den Sparstift ansetze. Hier habe man dann ein Gebäude mit Menschen mit Migrationshintergrund, ein Gebäude mit Menschen mit psychiatrischen Auffälligkeiten, mit Suchterkrankungen etc., das heißt, es gebe dort eine sehr schlechte soziale Durchmischung. Um das Konzept der Sozialraumorientierung zu implementieren, brauche man aber Ressourcen.

Er wolle auch noch ein weiteres Thema einbringen, das noch gar nicht diskutiert worden sei, nämlich die Konkurrenz der Organisationen aufzulösen. Dies sei in Kärnten sehr schwierig. Er habe 24 Jahre in Wien gearbeitet, dort sei es wesentlich einfacher gewesen, da es strategische Foresight-Prozesse gegeben habe. *Schindler* sei im Bereich öffentlicher Raum und Sicherheit tätig gewesen und über die Suchthilfe im Bereich mobiler sozialer Arbeit im öffentlichen Raum. Diese strategischen Prozesse habe es sowohl auf Führungsebene als auch im operativen Bereich gegeben. Dafür benötige es die Grundlage „Raus aus dem Konkurrenzdenken“ und ein wesentlich besseres Case-Management in der Vergabe der Mittel. Ansonsten würden – wie er es derzeit erlebe – in Konkurrenz eine Reihe von Parallelstrukturen aufgebaut. Dabei würden sehr viele Kompetenzen nebeneinander existieren, er nennt als Beispiele die Caritas und die Diakonie. In der Sozialraumorientierung müsse man sich anschauen, wer da sei und wer was gut könne, und dann gut strategisch zu-

sammenarbeiten. Man habe mehr als genug Probleme, die man gemeinsam lösen könne, er versuche an dieser Haltung konzentriert zu arbeiten, auch nachdem man derzeit budgetär große Rückschritte mache. Auch in der Haltung bezüglich Förderungen müsse man umdenken und raus aus der Freunderlwirtschaft (oder wer welchen Politiker kenne) und hin zu gemeinsamer Planung und Strategie kommen. Ansonsten werde man Sozialraumorientierung nicht gut umsetzen können.

Petra Rösler (Diakonie Österreich): Sie wolle *Oertel* fragen, wie er Partizipation verstehe in seinem Konzept, vor allem wie er im Kern Partizipation einordne bei Menschen mit schwachen Ressourcen. Es sei ihr aufgefallen, dass man über Partizipation immer so spreche, als ob man wisse, was das sei. Sie habe beispielsweise gelernt, dass die Menschen mit Demenz häufig müde seien oder keine Kraft hätten, auch nicht mehr wollen würden.

Oertel: Er glaube, im Kern gehe es immer darum, dass man als handelnde Person (Profi) eine andere Haltung einnehme. Es gebe genug Beispiele, dass auch Menschen, die sehr benachteiligt seien, ihren Willen hätten, ihn auch äußern könnten. Man müsse diese Personen oft sehr unterstützen, dass dies gelinge. Er wolle ein Beispiel bringen: Wenn man bei ihnen auf das Gelände der Organisation komme, dann sehe das nicht mehr aus wie eine Anstalt, man habe eher das Gefühl, auf einen Dorfplatz zu kommen. Das Gelände sei sehr abschüssig und es seien immer auch Menschen mit Rollstühlen unterwegs, die man nicht ohne Weiteres den Berg raufschieben, sondern sie eher dazu bringen würde, es selbst zu versuchen/zu tun. Man habe die Erfahrungen bei Menschen mit starken Einschränkungen, dass man ein Instrument brauche, wie man mit diesen Menschen kommunizieren könne und wie sie ihren Willen äußern könnten.

Er erinnere sich an einen jungen Mann, der am Boden gekrabbelt sei, der sich nur lautmäÙig äußern konnte, bei dem die Assistent*innen herausgefunden hätten, dass er mit seinem Spielzeugauto kommunizieren und „ja“ oder „nein“ äußern konnte. Dies sei ein intensiver Prozess gewesen. Es sei eine Frage von Ressourcen, aber auch eine Frage der Haltung. Wenn man daran glaube, dann sei auch Partizipation in dem Sinne möglich, dass man rauskriege, was der Mensch wolle. Dann könne man auch schauen, wie er sich beteiligen könne. In den Quartiersprojekten sei es für seine Kolleginnen (es gebe darunter derzeit keine Männer) zentral, es auszuhalten, dass man in einem Viertel sei und nicht zu seinem Chef/seiner Chefin gleich sagen könne, man habe dies oder das initiiert. Man lade ein zu einem bestimmten Thema (z. B. U-Bahn-Bau), und wenn die Leute kämen und etwas total ablehnen würden, dann werde das nicht bewertet. Aber man würde mit ihnen ins Gespräch kommen und sie dabei unterstützen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen.

Zum Thema mangelnder Ressourcen: Er verstehe das Problem sehr gut, aber man habe auch viel machen können, ohne zusätzliches Geld dafür zu bekommen. Man habe nach und nach von anderen Sponsoren Geld dafür erhalten, aber nachdem z. B. das Projekt mit den Lotsinnen sehr erfolgreich gewesen sei, habe auch die Organisation das ins Budget aufgenommen. Es dürfe nicht so sein, dass, wenn man es schaffe, weniger Profileistung zu brauchen (durch Einsatz von Ehrenamtlichen oder Nachbarn), dann weniger Geld für den einzelnen Menschen bekomme. Es sei wichtig, über das Geld frei verfügen zu können. Als Erstes müsse man entscheiden, dass man seine Organisation anders aufstellen wolle, zweitens Gesetze durchforsten, drittens gezielt Menschen in Politik und Verwaltung suchen.

Schindler (Diakonie de la Tour): Bei den Grafiken von *Oertel* sei es auch um die Reduktion der Profileistungen gegangen, für ihn bedeute Sozialraumorientierung auch eine massive Reduktion von Dokumentation und dem Einsatz von direkter Leistungszeit, auch das sei ein Auswuchs des Legitimationsdrucks. Man habe zielgruppenspezifische Angebote, bei denen 60 oder 70 % in der Dokumentation und 30 % bei den Adressat*innen landen würden. Man habe in Hi-Harbach zwischen 10 und 20 % Dokumentation und eben 80–90 % direkte Leistung für die Adressat*innen, das müsse man auch neu denken. Diese Reduktion wiederum sei eine Sache des Vertrauens. Seine Frage sei nun, ob man das Konzept der Sozialraumorientierung auch volkswirtschaftlich argumentieren könne.

Oertel betont, dass das Argument des volkswirtschaftlichen Nutzens immer problematisch sei, da man dann sofort in die neoliberale Ecke käme, da man ja nur etwas einsparen wolle. Bei den Projekten könne er sagen, dass die ja kein Regelbetrieb seien, aber man habe in einem der Projekte festgestellt, dass sich die Profistunden bei 70 % der Teilnehmenden reduziert hätten. Aber bei 30 % hätten sie sich erhöht. Man habe nicht viel Geld gespart, denn man musste beispielsweise die Qplus-Lotsinnen finanzieren. *Oertel* sei aber vollkommen davon überzeugt, wenn es systematisch im Regelbetrieb umgesetzt würde, dass man in etwa 5 % einsparen könne. Er glaube überdies, dass Prävention ein noch viel höheres Potenzial an Einsparungen habe, zum Beispiel, wenn man es schaffe, dass manche Menschen überhaupt nicht ins System reinkämen. Schade sei, dass Prävention in der Regel überhaupt nicht finanziert werde. Wenn seine Organisation mit den Lotsinnen gute Arbeit mache und die Leute nicht ins System kämen, dann dürfe man das nicht einmal abrechnen. *Oertel* betont, die Dezentralität berge großes Potenzial, z. B. wenn auch die Kontrolle vor Ort stattfinde und es nicht so sei, dass die Bundesregierung den Standard setze und bis an die Basis die Kontrolle organisiere. Es sei völlig verrückt, was das an Kontrolle und Dokumentation bedeute. Ein zweites Beispiel sei, dass man bei völliger Kontrolle durch den Kostenträger eine endlose Serie an

Verlaufsberichten, ständig Planungskonferenzen etc. habe. Wenn man es hingegen schaffe, eine kollegiale Beratung zu etablieren, wo die Profis mit den Kostenträgern zusammensäßen, dann bräuchte der Kostenträger nicht die ganze Zeit Berichte lesen und kontrollieren. Wenn dieses System umgestellt wäre, dann würde es in jedem Fall nicht mehr kosten und es würde bessere Qualität bringen.

Ploschnitznigg-Huber (HLPS der Diakonie de La Tour): Er diskutiere dieses Thema in seiner Schule mit den Teilnehmer*innen immer mit einem Gedankenexperiment. Man habe einen Supermarkt, in dem alles optimal sei, gute Orientierung, kein Anstehen an der Kassa etc. Wenn man diesen Gedanken im Sinne des Sozialraumkonzepts verfolge, dann mache man ihn barrierefrei und man stimme beim Betreten des Supermarktes zu, dass einem geholfen würde und dass man selbst helfen würde, dass man sich Zeit lassen könne etc. Danach käme die Überlegung, welche bisherigen Dienste des Supermarktes dann wegfallen könnten. Dies sei ein schönes Beispiel für Partizipation.

Rösler schlägt vor, diesen Gedanken als Schlusswort mitzunehmen, es gebe noch im World Café die Gelegenheit weiter zu diskutieren. *Rösler* bedankt sich bei *Oertel* und den Teilnehmenden für deren Beiträge und das Mitdiskutieren.

ABSCHLUSS IM WORLD CAFÉ

Mögliche Empfehlungen an die Politik für die Regierungsperiode 2024–2029

Philippe Narval (Lebenshilfe Österreich): lädt die Teilnehmenden ein, im Rahmen des World-Cafés sowie auf Basis der Vorträge und Workshops Handlungsempfehlungen an die Politik zu erarbeiten. Eine Person bleibe am Tisch und notiere die wichtigsten Ideen. Man wolle sich jetzt die Frage stellen: **Was tun? Ziel sei es, an jedem Tisch mindestens eine Handlungsempfehlung zu haben.**

*Die Tisch-Hosts Petra Rösler (Diakonie Österreich), Gertrud Devich (VAGET gem GmbH), Christoph Krenn (Österreichischer Berufsverband der sozialen Arbeit), Katharina Scheinast (AK Wien), Bettina Irrasch (Amt d. Kärntner LReg.), Kevin Muik (Österreichischer Städtebund), Christina Schindlegger (Sozialministerium), Manuela Mittermeier (Pro Senectute Österreich), Irene Köhler (stellvertretend für die HLSP-Schüler*innen)* fassen die Ergebnisse des World-Cafés zusammen und formulieren folgende Handlungsempfehlungen an die Politik:

Allgemeine Empfehlungen:

- Entwicklung eines langfristigen Plans zur Föderalismus-Reform
- Strikte Trennung zwischen Finanzierung des Sozial- und Gesundheitsbereichs aufheben
- Besseres Recht auf Mitsprache der Patient*innen/Klient*innen (die rechtliche Basis dafür schaffen) und Orientierung am Menschen
- „Sozialeres“ Denken (Mitdenken der sozialen Arbeit auch im Gesundheitsbereich)

Multi-/Interprofessionalität:

- Generell: Vertrauen statt Angst
- Einheitlichere Rahmenbedingungen und gemeinsame Module in der Ausbildung der verschiedenen Berufsgruppen schaffen
- Stärkere Berücksichtigung aller Berufsgruppen in den Personalschlüsseln (passe auch gut in das Konzept der Sozialraumorientierung)
- Effiziente Dokumentation (mit entsprechenden Zugriffsrechten)
- Fokus auf gutes Case-Management
- Beibehaltung bzw. Weiterentwicklung des Konzepts der „Community Nurse“
- Personalschlüssel adaptieren
- Schnittstellen zwischen den Berufsgruppen für den Wissenstransfer verbessern
- Kommunikationskanäle zwischen den einzelnen Berufsgruppen, verbunden mit dem Wissen über die Kompetenzen der jeweils anderen

- Respekt gegenüber den anderen Berufsgruppen
- Berufsgesetzliche Regelung für die soziale Arbeit
- Pflegeprämie für das Praktikum

Digitalisierung:

- Einheitliche Dokumentationssysteme (alle Berufsgruppen gemeinsam)
- KI als „Übersetzer“ einsetzen, nicht nur im Bereich Sprachen, sondern auch für eine einheitliche Begrifflichkeit (z. B. zwischen den Professionen)
- Vereinheitlichung einfacher Prozesse
- Finanzierung für Digitalisierung sichern
- Gesetzliche Rahmenbedingungen für Digitalisierung in der Pflege klären
- Bei der Entwicklung digitaler Lösungen auf die Unterschiedlichkeit der Strukturen achten, in denen diese genutzt werden (Stichwort: anwenderfreundlich)
- ELGA: bessere Nutzung und Erhöhung der Funktionsfähigkeit
- Effiziente Einschulungen (evtl. altersgruppenspezifisch)

Freiwilligen-Engagement:

- Kooperation fördern (diese passiere nicht von selbst)
- Kooperation zwischen den Ländern, von anderen gute Beispiele übernehmen
- Drehscheiben für Info-Verteilung zur Verfügung stellen
- Plattformen (Lernen von der Freiwilligen Feuerwehr: Motivation, sich weiter zu qualifizieren)
- Investition in gute Führung

Caring Communities:

- Auflösung von Konkurrenzsituationen (zwischen den Trägern)
- Besseres Schnittstellen-Management
- Funktionierendes Case-Management
- Finanzierung (übergeordneter Topf von Sozial- und Gesundheitsministerium) für Innovationen, neues Denken
- Partizipation fördern bei der Entwicklung von Angeboten
- Community Nurses nicht nur im Kontext der Pflege sehen, sondern als „Lots*innen“ (Kommunikationsfähigkeit, Vernetzungskompetenz)
- Abbau patriarchaler Strukturen in den Systemen

Opriesnig beschließt die Konferenz, er bedankt sich sehr herzlich bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Er betont, dass es auch diesmal eine sehr spannende Veranstaltung gewesen sei mit überaus interessanten Vorträgen, aber auch mit sehr vielen interessanten Beiträgen im Rahmen der Workshops und des World-Cafés.

Ein großes Dankeschön geht auch an Irene Köhler und ihr Team für die professionelle Vorbereitung der Konferenz, er dankt auch dem Land Kärnten für die Gastfreundschaft und die Unterstützung. In diesem Sinne wünscht *Opriesnig* allen eine gute Heimfahrt und verweist zum Schluss auf die **Konferenz des ÖKSA im kommenden Jahr, die am 6. November 2025 in Graz** stattfinden wird.

MITWIRKENDE

Elisabeth Anselm

GF Hilfswerk Österreich

em. o. Univ.Prof. Dr. Christoph Badelt

Präsident des Fiskalrates/Produktivitätsrates

Deborah Drgac-Brandauer, MA MPH

Österreichisches Rotes Kreuz

Christian Finding, BSc

MC Digitalproduktions GmbH

Christoph Holzinger

Technik

Mag. Brigitte Juraszovich-

Gesundheit Österreich GmbH
Pflegevorsorge

Dr. Martina Kainz

Dokumentation

Verena Kocher

Community Nursing Hallein

Irene Köhler

GF ÖKSA

Dr. Kai Leichsenring

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik
und Sozialforschung

Mag. Eva More-Hollerweger

Kompetenzzentrum für NPOs und
Social Entrepreneurship der WU Wien

Philippe Narval

Lebenshilfe Österreich

Armin Oertel

Q8 Sozialraumorientierung

Mag. Michael Opriesnig

Österreichisches Rotes Kreuz

Raimund Potoschnig

Amt d. K. LReg.

LH-Stv. Dr. Beate Prettnner

Amt d. K. LReg.

BM Johannes Rauch

BMSGPK

Mag. Petra Rösler

Diakonie Österreich

Univ.-Prof. Dr. Giovanni Rubeis

Karl Landsteiner Privatuniversität für
Gesundheitswissenschaften

Adrian Samm

Musikalische Umrahmung

DGKS, DSA Petra Schmidt, MSc

Österreichisches Rotes Kreuz

Mag. Alexander Strelai

Caritas Österreich
Soziales & Anwaltschaft

Mag. Monika Wild

Österreichische Gesellschaft für
Care und Case Management

DIE TEILNEHMER:INNEN DER JAHRESKONFERENZ 2024 KAMEN AUS FOLGENDEN ORGANISATIONEN

Arbeiter-Samariter-Bund Burgenland	Kompetenzzentrum für NPOs und Social Entrepreneurship der WU Wien
A. ö. BMH Lienz	Land Oberösterreich
AK Wien	Land Wien
Amt der Kärntner Landesregierung	Lebenshilfe Österreich
Amt der Niederösterreichischen Landesregierung	Lebenswelt Heim
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung	Magistrat Graz, Fachbereich Pflege/Planung/Controlling
Amt der Steiermärkischen Landesregierung	MC Digitalproduktions GmbH
Arbeiterkammer Salzburg	ÖKSA
Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs	Österreichisches Rotes Kreuz
Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe	Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management
autArK	Österreichischer Berufsverband der Sozialarbeiter:innen
BMSGPK	Österreichischer Städtebund
Caritas der Erzdiözese Wien	Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Kärnten
Caritas Österreich	Pflegeverband
Community Nursing Hallein	Präsident des Fiskalrates/Produktivitätsrates
Diakonie de La Tour	Privatschulcluster
Diakonie Österreich	Pro Senectute Österreich
Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung	Q8 Sozialraumorientierung
Fonds Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	Rotes Kreuz Salzburg
Fonds Soziales Wien	SeneCura Kliniken- und HeimebetriebsgmbH
Gesundheit Österreich GmbH	SOB Waiern
Gewerkschaft GPA	Sozialwirtschaft Österreich
HABIT Haus der Barmherzigkeit	Stadt Wien – Büro des Stadtrates Peter Hacker
Hilfswerk Österreich	Tiroler Kriegsopfer- und Behindertenverband
Hilfswerk Salzburg gGmbH	VAGET gemGmbH
HLPS der Diakonie de La Tour	Volkshilfe Österreich
Jugend am Werk	Volkshilfe Wien
Jugend am Werk Kärnten	Zentralbetriebsrat SeneCura Süd GmbH
Jugend am Werk Steiermark GmbH	Zentrum für Sozialwirtschaft
Karl Landsteiner Privatuniversität	