



Bundesministerium für Soziales,
Gesundheit, Pflege u. Konsumentenschutz
Sektion IV Pflegevorsorge, Behinderten-,
Versorgungs- u. Sozialhilfeangelegenheiten
Stubenring 1
1010 Wien

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Bearbeiter/in	Tel	Fax	Datum
	GP-BAKStgn/Gr	Kurt Schalek	501 65 DW 12061	501 65 DW 142061	13.08.2020

Online-Umfrage des BMSGPK über die GÖG: Qualitätsvolle Pflege auch in Zukunft sichern!

Die Bundesarbeitskammer (BAK) bedankt sich für die Einladung zur Stellungnahme im Rahmen der Online-Umfrage „Qualitätsvolle Pflege auch in Zukunft sichern!“. Wir übermitteln Ihnen unseren Beitrag in Form eines Briefes, haben die Inhalte aber auch in das Online-Formular der Gesundheit Österreich GmbH unter <https://survey.goeg.at/index.php/459143?lang=de> eingearbeitet und übermittelt. Die Inhalte der Stellungnahme sind der Struktur des Online-Fragebogens angepasst.

Themenfeld Pflege- und Betreuungsangebote und Dienstleistungsinnovation

Das läuft gut, hat sich bewährt und soll beibehalten werden:

In Österreich sind in allen Bundesländern **funktionierende Strukturen von mobilen Diensten und stationärer Langzeitpflege** vorhanden, der Ausbaugrad an teilstationären Diensten ist geringer ausgeprägt. Diese wichtige Infrastruktur muss geschätzt, erhalten und ausgebaut werden.

Das bestehende **freiwillige Qualitätssiegel für Vermittlungsagenturen der Personenbetreuung** war ein erster – allerdings bei weitem nicht ausreichender – Schritt in der Weiterentwicklung der sogenannten „24-Stunden-Betreuung“. Weitere Maßnahmen sind jedoch dringend notwendig, um bestehende Missstände zu bekämpfen.

Positiv zu erwähnen sind auch die nationale Demenzstrategie sowie das Nationale Qualitätscertifikat für Alten- und Pflegeheime (NQZ).

Das läuft nicht gut und sollte geändert werden:

Das österreichische Langzeitpflegesystem ist von einer **hohen Zersplitterung** gekennzeichnet. Auf Bundesländerebene liegen neun sehr unterschiedliche, nur schwer direkt vergleichbare Sachleistungssysteme vor.

Eine Folge sind **uneinheitliche Leistungs- und Kostenniveaus** sowohl für die NutzerInnen der Langzeitpflege als auch für die AnbieterInnen von Leistungen. Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen haben es in Österreich mit unterschiedlichen Entscheidungsrichtlinien und -strukturen in der Zuerkennung von Sachleistungen zu tun (zB mobile Dienste), sie müssen unterschiedliche Selbstbehalte bei Sachleistungen bezahlen und haben unterschiedliche Angebote an Sachleistungen, die sie in unterschiedlichem Ausmaß nutzen können.

Große Schwierigkeiten gibt es bei der Änderung des Wohnortes pflegebedürftiger Menschen in ein anderes Bundesland, weil die Frage der Kostenübernahme durch die verschiedenen Kostenträger der Sozialhilfe geklärt werden muss. Das sorgt bei einer Übersiedelung in ein anderes Bundesland, etwa an den Wohnsitz der Kinder oder in das nächstgelegene Pflegeheim jenseits der Bundesländergrenze, für beträchtliche Hürden.

Trägerorganisationen erhalten unterschiedliche Vergütungen für Einsatzstunden (Normkosten) und Belegstage (Tagsätze), deren Kalkulation sich von Bundesland zu Bundesland unterscheidet. Ebenso gibt es nach wie vor unterschiedliche Definitionen von Leistungseinheiten und unterschiedliche Vorgaben für den Personaleinsatz. Für eine österreichweite Planung und wissenschaftliche Beiträge zur Versorgungsforschung bedeutet die aktuelle Situation schlechte Daten- und Entscheidungsgrundlagen.

Die harte **systemische Trennung zwischen Gesundheits- und Langzeitpflegesystem** sorgt für mangelnde Kooperation und unzureichende gegenseitige Ergänzung zwischen den beiden Leistungsbereichen. Menschen, die Langzeitpflege brauchen, sind zumeist auch auf Gesundheitsleistungen angewiesen. Doch werden die erforderlichen Leistungen nicht immer dort erbracht, wo sie für Menschen mit Pflegebedarf sinnvoll und für die Kostenträger günstig sind. Bei der Angebotsplanung sollten alle Altersgruppen mitgedacht werden, insbesondere auch Kinder und Jugendliche mit Pflegebedürftigkeit und ältere Menschen mit Beeinträchtigung.

Unzureichende medizinische Versorgung in den Pflegeheimen führt zu vermeidbaren und teuren Krankenhausaufenthalten, die für viele alte Menschen darüber hinaus belastend sind. Hausbesuche durch FachärztInnen sind äußerst rar. Auch HausärztInnen sind nicht immer gut erreichbar. Ärztliche Konsiliardienste bei komplexen Gesundheitsproblemen stehen in der Langzeitpflege nur selten zur Verfügung. Case-Management wird auf die Organisation von Entlassungsprozessen aus dem Krankenhaus oder auf die Zuweisung von Leistungsstunden in den mobilen Diensten reduziert, anstatt eine dauerhafte und kontinuierliche Begleitung für Menschen zu bieten, die gleichzeitig medizinische, pflegerische und betreuerische Leistungen benötigen.

Es fehlen Regelungen für die sinnvolle Kooperation von Primärversorgungseinheiten und den bestehenden mobilen Diensten. Das Potenzial von Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung zur Erhaltung oder sogar Verbesserung von Lebensqualität und Gesundheitssituation unterstützungsbedürftiger Menschen wird nicht ausreichend genutzt. Damit fehlt ein wichtiger Beitrag, damit Menschen möglichst lange beschwerdefrei und selbstständig leben können.

Im Regierungsprogramm ist vorgesehen, dass in 500 Gemeinden die professionelle Unterstützung von **Community Nurses** als zentrale Ansprechpersonen für die zu Pflegenden und ihre Angehörigen zum Einsatz kommen. Allerdings ist die konkrete Ausgestaltung völlig unklar. Derzeit laufen österreichweit sehr unterschiedliche Modelle in diesem Bereich. Es fehlt ein Konzept, das die organisatorische Verortung, das Aufgabenprofil, die Zielgruppen sowie Strukturen und Prozesse klar definiert. Das Verhältnis zur Primärversorgung und der bestehenden Hauskrankenpflege muss geklärt werden.

Die vermehrte Betreuung und Pflege zu Hause ist politisch und von breiten Teilen der Bevölkerung gewünscht. Damit verbunden ist auch die Erwartung einer Kostendämpfung, da die Nutzung der teuersten Versorgungsform Pflegeheim verringert oder zumindest verzögert werden kann. Diese Annahme beruht aber auch auf fehlender Kostenwahrheit, da informelle Betreuung und Pflege zumeist unbezahlt erfolgt und die Folgekosten nicht berücksichtigt werden. Zudem stellen Selbstbehalte eine Zugangshürde zur professionellen Unterstützung durch mobile Dienste dar. Deshalb braucht es dringend **Investitionen in die mobile und teilstationäre Betreuung und Pflege**. Der Ausbau öffentlich geförderter Unterstützungs- und Entlastungsdienste muss forciert werden. Das gilt insbesondere auch für spezialisierte Angebote für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Die österreichische Demenzstrategie gibt hier gute Orientierung, in welchen Bereichen die Bemühungen intensiviert werden müssen.

Die Tätigkeit von PersonenbetreuerInnen (sognannte „24-Stunden-Betreuung“) wird häufig als „Pflege“ bezeichnet. Zudem wird der Begriff der Pflege häufig im Wortlaut der Vermittlungsagenturen geführt. Dies führt dazu, dass die Erwartungshaltung der Bevölkerung an die Betreuungskräfte sehr hoch ist und diese Tätigkeiten ausführen, ohne die entsprechenden Kenntnisse und Delegationen zu haben.

Auch der Ausbau der **Palliativ- und Hospizarbeit** im mobilen Bereich entspricht noch nicht den Planungsvorgaben aus der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung.

Der Begriff der „**Digitalisierung**“ wird in der Diskussion häufig sehr unreflektiert verwendet, ohne genaue Vorstellung, worum es dabei gehen kann. Betreuung und Pflege sind nicht einfach durch Technologie ersetzbar, technische Rationalisierung ist nicht wie in produzierenden Betrieben umsetzbar. Digitalisierung betrifft folglich das Umfeld der Kernleistung von Betreuung und Pflege. Der Nutzen von digitalen Veränderungen kann entweder in erhöhter Selbstständigkeit von Menschen mit Unterstützungsbedarf oder in verbesserter Unterstützung und stärkerer Entlastung von Pflegenden bestehen. Digitalisierung und technische Systeme sind von der Akzeptanz durch ihre NutzerInnen abhängig. Die technische Machbarkeit alleine ist kein Erfolgsfaktor. Bisherige Studien zeigen, dass viele entwickelte technische Möglichkeiten

nicht auf großflächiges Interesse der potenziellen AnwenderInnen stoßen. Es besteht daher der begründete Verdacht, dass dies an der mangelnden Einbindung von NutzerInnen in den Entwicklungsprozess technischer Lösungen liegt.

Das sind konkrete Vorschläge:

Ausbau von Dienstleistungen

Es braucht den Ausbau mehrstündiger Betreuung zu Hause. Das bedeutet über den demografiebedingten Ausbau hinaus mehr Leistungsstunden in mobilen Diensten, insbesondere auch an Tagesrandzeiten, in der Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen. Durch einen gezielten Ausbau der mehrstündigen Alltagsbegleitung zu Hause durch Personen mit zumindest Heimhilfe-Qualifikation könnten Angehörige massiv entlastet werden, die Burn-out-Gefahr reduziert und Jobausstieg berufstätiger pflegender Angehöriger vermieden werden. Gleichzeitig könnten arbeitsmarktpolitische Akzente gesetzt werden.

Die AK hat errechnet, dass ein Ausbau der mehrstündigen Alltagsbegleitung über fünf Jahre auf das Niveau von 16,5 Millionen Leistungsstunden/Jahr rund 20.500 HeimhelferInnen beschäftigen könnte. Die Kosten für fünf Jahre lägen bei 2,3 Mrd Euro, wobei in diesem Zeitraum 2,1 Mrd Euro an Einsparungen und finanziellen Rückflüssen verzeichnet werden könnten, die vor allem durch die Beschäftigung von zuvor erwerbslosen Personen zustande kommen. Damit lägen die effektiven Kosten bei rund 190 Mio Euro. Über den Zeitraum aller fünf Jahre gerechnet ergäben sich pro erbrachter Leistungsstunde effektive Kosten von durchschnittlich € 4,50 (siehe PK der AK vom 2. Juli 2020).

Zur **Verbesserung der Leistungs- als auch der Arbeitsqualität** in der Langzeitbetreuung und -pflege sind entsprechende Investitionen erforderlich. Bei Sofortmaßnahmen auf Basis der Kosten aus 2018 (aktuellste verfügbare Zahlen aus der Pflegedienstleistungsstatistik) ist mit folgenden Größenordnungen zu rechnen:

- Im Schnitt 20% mehr Personal in der stationären Langzeitpflege: 412 Mio Euro
- Qualitative Verbesserung in den mobilen Diensten (durchschnittlich 20% mehr Zeit pro Einsatz, mehr Personal für erhöhte Dienstplansicherheit, Arbeitszeitmodelle und verstärkter Austausch im Team): rund 300 Mio Euro
- Abschaffung der Selbstbehalte in den mobilen Diensten: 152 Mio Euro
- Österreichweite Ausrollung von psychosozialer Angehörigenberatung: 20 Mio Euro

Der Nutzen dieses Pakets liegt in besserer Unterstützung von Menschen mit Pflege-/Betreuungsbedarf sowie in besseren Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege. Attraktive Arbeitsplätze sind die Voraussetzung für die nachhaltige Sicherstellung von ausreichend Personal in diesem Bereich. Dieses Paket würde einen jährlichen Finanzierungsaufwand von rund 884 Mio Euro bedeuten. Die Investition öffentlichen Geldes in die Langzeitpflege bringt jedoch Rückflüsse in Form von Steuern und SV-Abgaben von rund 70% mit sich (WIFO 2017). Das bedeutet für die öffentliche Hand effektive Kosten von 265 Mio Euro im Jahr.

Im Bereich der **Personenbetreuung** („24-Stunden-Betreuung“) braucht es ein Rahmengesetz, das Transparenz, Klarheit und Verbindlichkeit in den Rechtsbeziehungen zwischen Per-

sonenbetreuerInnen, Menschen mit Betreuungsbedarf und ihren Familien und den Vermittlungsagenturen schafft. Dabei geht es um die Durchsetzung verpflichtender Qualitätskriterien, eine effektive Kontrolle mit Sanktionsmöglichkeiten für die Vermittlungstätigkeit (Agenturen), Sicherheit und Unterstützung für betreuungsbedürftige Menschen, ihre Familien und die BetreuerInnen sowie um rechtskonforme Geschäftsgebarung von Vermittlungsagenturen gegenüber BetreuerInnen und Familien. Systemisch braucht es eine bessere Verknüpfung von Personenbetreuung mit den Angeboten der mobilen Dienste insbesondere der Hauskrankenpflege, zB für laufende und begleitende Qualitätsvisiten durch qualifizierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen. Der Begriff „Pflege“ sollte nicht von Vermittlungsagenturen geführt werden dürfen.

Für die **hilfreiche Nutzung von digitaler Technologie** in der Langzeitbetreuung und -pflege braucht es zunächst eine Klärung der Rolle von Digitalisierung sowie der Anforderungen daran. **Leitsätze** dafür sollten etwa gestärkte Selbstständigkeit von Menschen mit Unterstützungsbedarf, Unterstützung der individuellen Ausrichtung von Betreuung und Pflege oder die Kompatibilität mit bestehenden Unterstützungsangeboten sein. Allfällige Effizienzgewinne von Digitalisierungsprozessen müssen für eine verbesserte Leistung reinvestiert werden, zB in mehr Zeit für MitarbeiterInnen pro unterstützter Person. Digitalisierung verfolgt keine Einsparungsziele, wie Personalkürzungen oder Beschneidung des Dienstleistungsangebots. Wichtig ist auch die Erarbeitung eines rechtlichen Rahmens, der die Nutzung von Überwachungsmöglichkeiten durch Digitalisierung klar regelt (etwa gegenüber Menschen mit Unterstützungsbedarf oder ArbeitnehmerInnen).

Für die konkrete Umsetzung wären etwa die Förderung von anerkannten Beratungsstellen für assistive Technologie, die Betroffene dabei unterstützen, ein Paket zusammenzustellen, das auf den individuellen Unterstützungsbedarf abgestimmt ist (zB lifetools). Hilfreich wäre auch eine Investitionsförderung für Trägerorganisationen der Langzeitbetreuung und -pflege zum Auf- bzw Ausbau von Informations- und Kommunikationssystemen, zB um die Nutzung von ELGA in der Langzeitpflege voranzubringen. Gemeinsam mit allen Stakeholdern sollten hilfreiche Anwendungen innerhalb der ELGA-Struktur definiert und entwickelt werden. Damit technische Geräte unterschiedlicher Hersteller gemeinsam genutzt werden können, ist die Entwicklung von einheitlichen, herstellerübergreifenden Standards für die Kommunikation zwischen unterschiedlichen technologischen Anwendungen auf zumindest europäischer Ebene erforderlich (Stichwort Interoperabilität).

Themenfeld Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen, Ausbildung

Das läuft gut, hat sich bewährt und soll beibehalten werden:

Die Einführung einer **berufsbildenden höheren Schule (BHS)** mit Matura und Pflegefachassistenz (PFA) bzw Diplomsozialbetreuung wird sehr begrüßt. Mit der berufsbildenden höheren Schule ist ein attraktiver Bildungsweg ab 15 Jahren nach Ende der Pflichtschule gewährleistet, und der Altersgap bis zum Mindestalter zur praktischen Pflegeausbildung wird geschlossen. Dieses Angebot sollte weiter ausgebaut werden, um dem kommenden Bedarf an Menschen mit Pflegequalifikation zu begegnen.

Es bestehen bereits mehrere Möglichkeiten zur **beruflichen Weiterentwicklung durch Fachkarrieren**, wie die verkürzte Ausbildung von der Pflegeassistenz (PA) zur Pflegefachassistenz (PFA), berufsbegleitende Ausbildungen für PA und PFA, zwölf verschiedene Spezialisierungsmöglichkeiten für Berufsangehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie eine Vielzahl von Weiterbildungsmöglichkeiten.

Allerdings ist der weitere Ausbau und die Modernisierung der Ausbildungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten für Pflegeberufe erforderlich. Verbesserte Rahmenbedingungen im Ausbildungssektor, die einen Abschluss mit Zugang zu einer weiterführenden höheren Ausbildung ermöglichen, setzen ein wichtiges Signal, um das Image der Pflegeberufe und Wertschätzung gegenüber den Berufsangehörigen ins richtige Licht zu rücken.

Die Bevölkerung nimmt wahr, dass **Pflegende** einen **wichtigen und unverzichtbaren Beitrag für die Gesellschaft** leisten und seit Corona „sogar“ zu den **systemerhaltenden Berufen** zählen. Angehörige der Pflegeberufe haben ein überaus gutes Ansehen in der Bevölkerung. Dies trifft allerdings nicht auf die gesellschaftliche Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen zu. Positiv ist, dass Pflegeberufe **abwechslungsreich, verantwortungsvoll und krisensicher** sind. Diese Aspekte sollten gestärkt werden. Ungeachtet dessen werden aber sowohl von Berufsangehörigen als auch in der Bevölkerung eher die negativen Aspekte, wie zB hoher Zeitdruck und unattraktive Arbeitszeiten, wahrgenommen.

Das läuft gar nicht gut und sollte geändert werden:

Die **Durchlässigkeit von den Pflegeassistenzberufen zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege** ist derzeit nicht ausreichend gewährleistet. Hier braucht es klar geregelte Anrechenbarkeiten von Qualifikation und Berufspraxis und entsprechende Lehrgänge an den Fachhochschulen.

Für Berufsangehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, welche ihre Ausbildung nach der alten Ausbildungsverordnung absolviert haben, besteht derzeit nur unter hohem zeitlichen und finanziellen Aufwand die Möglichkeit zum **Upgrade für den akademischen Abschluss (BSc)**. Aktuell gibt es zudem eine unüberschaubare Flut an Fort- und Weiterbildungen, FH-Masterabschlüssen sowie eine Vermischung zwischen Spezialisierung und Sonderausbildungen für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege. Dies führt zu Verwirrungen und trägt nicht zur Aufwertung bei. Aktuell gibt es keine einheitliche Vorgehensweise der Bundesländer hinsichtlich des Übergangs von der Diplomausbildung zum FH-Studium.

Es fehlt generell an einer faktischen Umsetzung der durch das GuKG 2016 geschaffenen neuen Berufsbilder in der Praxis.

Entgegen zahlreicher ExpertInnen-Meinungen wird immer noch an der **Umsetzung einer Pflegelehre** gearbeitet. Dabei gibt es eine Unzahl offener, zentraler Fragen, die bislang noch nicht geklärt werden konnten. Dazu zählen beispielsweise die Verfügbarkeit fachlich adäquater personeller Ressourcen für die betriebliche Ausbildung, die Aufteilung der Kosten, die Qualitätssicherung, der Schutz der Jugendlichen vor physischer und psychischer Überlastung, die

Gestaltung eines didaktisch sinnvollen Theorie-Praxis-Transfers in der Ausbildung unter Einhaltung der Altersgrenze von 17 Jahren für die praktische Ausbildung und noch vieles mehr. Zudem zeigt das Beispiel der Pflegelehre in der Schweiz, dass nach einigen Jahren nur ein geringer Anteil der Ausgebildeten tatsächlich im erlernten Beruf verbleibt. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht plausibel, dass diese Ausbildungsform einen nennenswerten Beitrag zur Deckung des steigenden Personalbedarfs leisten könnte.

Die **finanzielle Absicherung während der Ausbildung** – insbesondere für Quer- und WiedereinsteigerInnen – ist derzeit nicht ausreichend gewährleistet. Das Fachkräftestipendium, das immer noch nicht zeitlich unbefristet als AMS-Maßnahme verankert wurde, ist für QuereinsteigerInnen nicht immer existenzsichernd. Das Selbsterhalterstipendium für tertiäre Ausbildungen ist zum einen nur bis 35 Jahre zugänglich und ebenfalls nicht existenzsichernd. Praktika werden nicht verpflichtend bezahlt. Für die Umsetzung einer erforderlichen Ausbildungsoffensive braucht es mehr und bessere Maßnahmen zur Existenzsicherung während der Ausbildung zu einem Pflegeberuf.

Pflegende arbeiten unter **schwierigsten Bedingungen**. **Chronischer Personalmangel** verbunden mit einer immer **höheren Arbeitsdichte** führt zu **erhöhtem Arbeitsdruck**, welchem die Berufsangehörigen permanent ausgesetzt sind. Die Folgen sind Überforderung, Frustration, Krankenstände, Überstunden, Resignation oder Ausstieg aus dem Beruf. Die große AK-Umfrage „Wo drückt der Schuh?“ mit über 14.000 TeilnehmerInnen aus den Gesundheitsberufen hat gezeigt, dass Menschen aus den Pflegeberufen mit fast allen abgefragten Arbeitsfaktoren unzufriedener waren als Angehörige anderer Berufsgruppen. Sehr bedenklich ist, dass vor allem jüngere Pflegende unzufrieden waren. Das zeigte sich besonders bei den Themen Ausmaß der Arbeitszeit, Dienstplangestaltung, Arbeit mit den unterstützten Personen sowie bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Brennpunkte der Unzufriedenheit sind Krankenhäuser und Pflegeheime, in denen sich die schlechten Bewertungen der Arbeitsbedingungen auffallend häuften.

Als besonders **starker Einflussfaktor auf die Zufriedenheit** wirkte sich der Umstand aus, ob jemand **regelmäßig soviele Stunden arbeitet wie vereinbart**, oder ob häufig Mehr- und Überstunden geleistet werden müssen. Menschen, die regelmäßig ihr vereinbartes Arbeitsausmaß einhalten können, sind deutlich zufriedener und denken viel seltener an Berufsausstieg. Leider berichteten nur knapp 35% der Pflegenden zu dieser Gruppe zu gehören. 60% leisten regelmäßig Mehr- und Überstunden. Laut der SORA-Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima-Index glauben derzeit 62% der über 45-jährigen Beschäftigten in der Pflege und medizinischen Betreuung nicht, ihren Job bis zur Pension ausüben zu können. Weitere Belege für die großen Herausforderungen finden sich in der Krankenhausstudie der AK OÖ sowie in der IFES-Befragung der AK Tirol.

Es wird als **große Belastung** empfunden, den Pflegeberuf nicht fachgerecht ausüben zu können, vor allem in Bezug auf Beziehungsarbeit. Verstärkt wird dieser Aspekt noch durch Personalmangel, dem damit einhergehenden Zeitdruck und der zusätzlichen Belastung durch hinzukommende **pflegefremde Arbeiten**. **Steigende Anforderungen** an Leistung und Qualität

trotz knapper Personalressourcen führen zu **sinkender Arbeitszufriedenheit**, im schlimmsten Fall zu innerer Kündigung und/oder Burn-out bis hin zu Arbeitsunfähigkeit.

Das sind konkrete Vorschläge:

Zur Ausbildung

Ein wichtiger Beitrag, um junge Menschen und Quer- bzw. WiedereinsteigerInnen für einen Pflegeberuf zu motivieren, ist eine **Ausbildungsoffensive** mit dem Fokus auf eine durchlässige Bildungskarriere. Die Umsetzung eines **modularen Ausbildungssystems** sorgt dabei für eine **bessere Durchlässigkeit, höhere berufliche Qualifikationen** und somit für **Weiterentwicklungsmöglichkeiten** innerhalb der Gesundheits- und Pflegeberufe. Dadurch können auch bestehende Qualifikationen besser und auf eine einheitliche Weise auf weitere Ausbildungen anerkannt werden.

Auf jeden Fall müssen attraktive **Rahmenbedingungen** geschaffen werden, um unter anderem auch neue Zielgruppen für eine Ausbildung in einem Pflegeberuf anzusprechen:

- Verpflichtende Ausbildungs- und Praktikumsgehälter für Auszubildende und StudentInnen einführen bzw. anheben.
- Kostenfreier Zugang zu Pflegeausbildungen (Übernahme aller Ausbildungskosten durch die öffentliche Hand), um den Ein- und Umstieg in eine Ausbildung zu attraktivieren.
- Ausbau des BHS/BMS-Modells: ein modulares Ausbildungssystem ermöglicht einen Abschluss mit Matura und somit auch den Zugang zum Pflegestudium.
- Ausreichend Ausbildungsplätze entsprechend verfügbarer Personalbedarfsprognosen für alle Qualifikationsstufen.
- Flankierende Maßnahmen zur Unterstützung, wie Vorbereitungslehrgänge, Peer-Coaching, Kinderbetreuungsmöglichkeiten.

Die **Ausbildungen an den Fachhochschulen** müssen angepasst werden:

- Einführung von österreichweit verfügbaren berufsbegleitenden Ausbildungen für die Diplompflege an den Fachhochschulen.
- Einführung einer verkürzten Ausbildung zum Bachelor Gesundheits- und Krankenpflege für PA und PFA an den Fachhochschulen.
- Freiwilliges und kostenfreies Upgrade für Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerIn (DGKP) nach alter Ausbildung auf BSc.
- Einheitlich geregeltes Qualifizierungssystem zur beruflichen Weiterentwicklung für DGKP, welche zu Kompetenzerweiterung (§ 17 GuKG) mit gleichen Abschlüssen bei gleichwertigem Qualifikationsniveau führen (also entweder als Akademische Experten oder MSc abschließen). Ziel einer Spezialisierung sollte in logischer Konsequenz ein Masterabschluss sein.
- Einführung weiterer, sinnvoller im GuKG verankerter Spezialisierungen (mit Kompetenzerweiterungen), zB Infusionsmanagement, Schmerzbegleitung, Community Nurse.

Die Finanzierung der Ausbildungsoffensive soll über einen **Ausbildungsfonds** erfolgen, der im Regierungsprogramm 2020–2024 auch vorgesehen ist.

Eine Ausbildungsinitiative muss von entsprechenden **arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen** begleitet werden. Die wichtige Zielgruppe von Quer- und WiedereinsteigerInnen kann sonst nicht ausreichend angesprochen werden:

- Einführung eines Qualifizierungsgeldes für Menschen, die sich beruflich neu orientieren und dafür eine Ausbildung absolvieren, in Höhe des Arbeitslosengeldes plus einem Zuschlag von € 200, mindestens jedoch ein erhöhtes Fachkräftestipendium von € 1.200,-. Auf das Qualifizierungsgeld sollen Auszubildende einen Rechtsanspruch haben. Auch die Kosten für die Ausbildung sollten die TeilnehmerInnen nicht selbst tragen müssen, sondern von der öffentlichen Hand übernommen werden (zB in Wien vom Waff). Das Qualifizierungsgeld ersetzt die bestehenden Maßnahmen Bildungskarenz, Bildungsteilzeit und Fachkräftestipendium.

Bis zur Einführung eines Qualifizierungsgeldes müssen die bereits bestehenden Maßnahmen gestärkt werden:

- Massiver und unbefristeter Ausbau des Fachkräftestipendiums und mehr Mittel für aktive Arbeitsmarktpolitik auch für kürzere Ausbildungen (Einsatz von Arbeitsstiftungen, arbeitsplatznaher Qualifizierungen etc) mit dem Ziel der Existenzsicherung (2019 erhielten 9.333 Personen Aus- und Weiterbildungen in Gesundheitsberufen um rund 25 Mio Euro).
- Fachkräftestipendium:
 - Aufstockung der Mittel für das Fachkräftestipendium auf 100 Mio Euro pro Jahr mit einem Schwerpunkt auf den Gesundheits- und Pflegebereich.
 - Fachkräftestipendium als unbefristete Maßnahme in den AMS-Förderrichtlinien verankern.
 - Gesetzliche Änderung, dass Ausbildungen zur Diplomkrankenpflege, die an Fachhochschulen erfolgen, über das Fachkräftestipendium möglich werden.
 - Erhöhung des Fachkräftestipendiums auf ein existenzsicherndes Niveau (Vorschlag € 1.200,-).

Zu Arbeitsbedingungen

Die **Personalausstattung** und die damit im Zusammenhang stehende Zeit für zu betreuende Menschen und die **regelmäßige Einhaltung der im Arbeitsvertrag vereinbarten Arbeitszeit** sind ganz zentrale Faktoren für gute Arbeitsbedingungen. Voraussetzung für eine ausreichende Personalausstattung ist die **Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten, validen, verpflichtend anzuwendenden Berechnungsmodells** für Pflegepersonalbedarf und den Pflegepersonaleinsatz in den diversen Settings der Akut- und Langzeitpflege. Entsprechende Personalbedarfsberechnungen sind aber auch für alle anderen zum Einsatz kommenden Berufsgruppen erforderlich.

Bis zum Vorliegen eines validen Berechnungsmodells sind **Sofortmaßnahmen zur unmittelbaren Entlastung** des Pflegepersonals dringend umzusetzen:

- Berücksichtigung von Beziehungsarbeit und Kommunikation mit den zu versorgenden Menschen und ihren Angehörigen (zB als Zusatzkategorie in bestehenden Berechnungsmethoden).

- Berücksichtigung von fachlichem Austausch mit BerufskollegInnen und im interdisziplinären Team (entsprechend Komplexität und Setting).
- Fehlzeiten aufgrund von Karenz, Mutterschutz, Elternteilzeit, Krankenständen, Abbau von Zeitguthaben und Urlauben oder Fort- und Weiterbildungen sind verpflichtend in die Personalbedarfsplanung einzuberechnen.
- Berücksichtigung der eingeschränkten Einsetzbarkeit schwangerer Mitarbeiterinnen in der Personalbesetzung.
- Ausreichende Berücksichtigung der Zeiten für Ausbildungsaufgaben (zB Anleitung und Aufsicht während der Praxisanleitung).
- Die Arbeitszeit für Führungsaufgaben, Projektarbeit, Zertifizierungen sowie Organisation und Steuerung des Versorgungsprozesses sind in der Berechnung angemessen zu berücksichtigen.
- Die Praktikumszeit von Auszubildenden bzw Studierenden darf nicht in die Personalbedarfsberechnung einbezogen werden.
- Berücksichtigung erschwerender Umstände, wie zB Demenz oder erhöhtes Aggressions- und Gewaltisiko.
- Keine Nachtdienste alleine in einer Station oder einem Wohnbereich.

Die Verankerung der entsprechenden Grundsätze müssen in den jeweiligen Materiengesetzen, wie zB KAKuG (etwa in § 8d) für Kranken- und Kuranstalten oder im Pflegefondsgesetz für Einrichtungen und Dienste der Langzeitpflege geregelt werden.

Um Pflegende und Sozialbetreuungsberufe dauerhaft im Beruf zu halten, müssen neben der Verbesserung der Personalsituation **weitere Schritte für bessere Arbeitsbedingungen** gesetzt werden:

- Einführung neuer Arbeitszeitmodelle, wie ein Wahlarbeitszeitmodell, mehr Erholungszeit durch besseren Zugang zur gesetzlichen 6. Urlaubswoche.
- Verpflichtende Implementierung von Aggressionsmanagement in allen Einrichtungen.
- Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), zB zur Reduktion von Belastungen, Förderung des Wohlbefindens, Entwicklung sinnvoller Arbeitsstellen für ältere MitarbeiterInnen oder ArbeitnehmerInnen mit Einschränkungen sowie Verbesserung der Vereinbarkeit von privaten und beruflichen Verpflichtungen (zB Kinderbetreuung, Unterstützung von pflegebedürftigen Angehörigen).
- Gesetzliche Regelungen zur Kostenübernahme von Fortbildungsstunden und den Bedingungen, unter denen Fortbildungen im Rahmen der Arbeitszeit absolviert werden können.
- Verbesserter Zugang zur Schwerarbeitspension für Angehörige der Gesundheitsberufe im Rahmen der kommenden ASVG-Novelle.
- Ausreichende Budgets für Investitionen in die Infrastruktur.
- Verbessertes Schnittstellenmanagement zwischen allen Einrichtungen im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege.
- Strikter professionsspezifischer Einsatz der MitarbeiterInnen im Pflegebereich.
- Keine Überforderung der Auszubildenden während der Praktika, wie zB Übertragung der alleinigen Zuständigkeit für eine Station bzw einen Wohnbereich.

Als Zeichen der **Wertschätzung** und zur **Aufwertung** des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie auch als **Konsequenz der Akademisierung** der Gesundheits- und Krankenpflege ist eine **Kompetenzausweitung** in folgenden Punkten erforderlich:

- Einführung eines Erstverordnungsrechts für Medizinprodukte, Heilbehelfe und rezeptfreie Arzneimittel (bedeutet Entbürokratisierung).
- Ausweitung der Weiterverordnung von Medizinprodukten und Heilbehelfen sowie Weiterverordnung von Medikamenten bei stabilem Arzneimittelregime (bedeutet Entbürokratisierung).
- Die Erstbeurteilung im Rahmen der Pflegegeldeinstufung ist eine ausschließlich pflegerische Kompetenz. Die entsprechende Zuständigkeit muss gesetzlich festgeschrieben werden.
- § 15 Abs 4 GuKG enthält Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, welche nach ärztlicher Anordnung eigenverantwortlich durchzuführen sind. In Bezug auf die Akademisierung der Berufsgruppe und im Hinblick auf eine Kontinuität in Behandlung, Betreuung und Pflege ist bei vielen dieser Tätigkeiten die Notwendigkeit der Anordnungspflicht durch Ärztinnen und Ärzte zu hinterfragen. Daher ist § 15 GuKG aus unserer Sicht zu aktualisieren und den aktuellen Gegebenheiten anzupassen.
- Im Sinne der multiprofessionellen Zusammenarbeit sollte es in der Eigenverantwortung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege liegen, diverse § 15-Tätigkeiten durchzuführen, um reibungslose und effektivere Arbeitsabläufe zu gewährleisten.
- Erweiterung des Kompetenzbereiches der Intensivpflege nach § 20 Abs 4 GuKG: Adaptierung des laufenden Arzneimittelregimes an Veränderungen, dies betrifft unter anderem herz-kreislaufwirksame Substanzen, Elektrolyte inklusive Insulin sowie sedierende und analgetisch wirksame Medikamente sowie Adaptierung von Beatmungsparametern an Veränderungen in der Weaning-Phase, bei invasiv oder nicht-invasiv beatmeten Patienten, zB Atemfrequenz, FiO₂, Beatmungsdrücke, mit entsprechender Evaluierung und Dokumentation der gesetzten Handlungen.
- Erweiterung des Kompetenzbereiches der Anästhesiepflege nach § 20 Abs 2 GuKG: Aufrechterhalten der Narkose, mit entsprechender Evaluierung und Dokumentation der gesetzten Handlungen.

Geplante Kompetenzerweiterung für PFA führt, auch im Hinblick auf die Kürze der Ausbildung, zu Überforderung und ist abzulehnen, vielmehr sollte eine Evaluierung dieser neuen Berufsausbildung im Vordergrund stehen.

Themenfeld Pflegende An- und Zugehörige

Das läuft gut, hat sich bewährt und soll beibehalten werden:

Im Langzeitpflegesystem gibt es bereits die Einsicht, dass pflegende Angehörige nicht nur wertvolle Arbeit – und das meist unbezahlt – übernehmen, sondern dass es für diese Personengruppe auch gezielte Hilfe und Unterstützung braucht. Die soziale Absicherung durch Selbst- und Weiterversicherung in der Sozialversicherung ist bereits gut ausgebaut, wenn

auch noch zu wenig bekannt. Allerdings braucht es noch deutlich stärkere Bemühungen für die effektive Entlastung und Unterstützung von betreuenden und pflegenden Angehörigen. Positiv hervorzuheben ist, dass es bereits zentrale Anlauf- und Servicestelle in den Bundesländern gibt (zB Pflegedrehscheibe), die jedoch noch keinem aufeinander abgestimmten Konzept folgen.

Die Ersatzpflege für pflegende Angehörige ist ein unterstützendes und sinnvolles Angebot für pflegende Angehörige.

Die grundsätzliche Möglichkeit der Selbst- und Weiterversicherung in der Pensionsversicherung ist extrem wichtig, damit die Menschen für die Betreuung ihrer Angehörigen Pensionsgutschriften erhalten.

Die Möglichkeiten der Pflege- und Hospizkarenz sind sinnvolle Angebote, die von pflegenden Angehörigen auch angenommen werden.

Das läuft gar nicht gut und sollte geändert werden:

Für die Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörige sind in Summe deutlich zu wenig Angebote vorhanden. In vielen Fällen ist es pflegenden Angehörigen nicht möglich, die notwendigen Pausen und Auszeiten in Anspruch zu nehmen, weil es nicht genügend öffentlich geförderte Unterstützungs- und Entlastungsdienste gibt.

Es mangelt an Zugang zu fachlicher Pflegeberatung und Angeboten, die bei psychosozialen Problemen unterstützen (zB veränderte Rollen in der Familie, Beziehungsprobleme, hohe Last der Verantwortung, Überforderung durch Mehrfachbelastung, Ängste).

Berufstätige pflegende Angehörige dürfen sich nicht gezwungen sehen, aufgrund der Betreuungs- und Pflegeaufgabe ihre Erwerbstätigkeit einzuschränken oder sogar aufzugeben. Selbsthilfegruppen wirken unterstützend und sind ein wichtiger Teil eines Gesamtangebots, sie können ein wirksames System der Angehörigenarbeit aber nicht tragen. Zudem werden pflegende Angehörige im derzeitigen „Behördenschungel“ nicht selten zwischen verschiedenen Stellen hin und her geschickt. Es gibt zu viele verschiedene Institutionen, bei denen es um Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige und ihre Familien geht, wie Österreichische Gesundheitskasse, Pensionsversicherungsanstalt, Sozialministeriumsservice, Länder usw, um nur einige zu nennen.

Pflegende Angehörige im Erwerbsalter, die ein pflegebedürftiges Familienmitglied in hohem zeitlichen Ausmaß unterstützen, fehlt die Möglichkeit für ein Einkommen zur Deckung des Lebensunterhalts (zB finanzielle Unterstützung). Derzeit besteht die einzige Möglichkeit in der Beantragung der Mindestsicherung bzw Sozialhilfe, wenn die begleitete Person mindestens Pflegegeldstufe 3 zuerkannt bekommen hat – mit allen Konsequenzen der Vermögensverwertung und allfälligen Rückzahlungsverpflichtungen.

Es braucht besondere Maßnahmenpakete für „Young Carers“ und eine Berücksichtigung der zunehmenden psychischen Krankheitsbilder, insbesondere der Demenz. Diese sind derzeit nicht ausreichend verfügbar.

Der Angehörigenbegriff ist in manchen Regelungen zu eng gefasst. So ist es beispielsweise nicht möglich, Pflegekarenz für die Pflege der Eltern des Lebensgefährten in Anspruch zu nehmen, selbst wenn die Lebensgemeinschaft schon jahrelang in einem gemeinsamen Haushalt besteht.

Das sind konkrete Vorschläge:

Damit die Betreuung und Pflege von Angehörigen nicht in das Burn-out oder in den Jobausstieg führt, muss ein engmaschiges Unterstützungsnetz für vielfältige Herausforderungen verfügbar sein. Dazu zählen zB leistbare, zeitlich flexible, mehrstündige Entlastungsdienste zu Hause durch professionelle mobile Dienste, Tageszentren oder Kurzzeitpflege, damit pflegende Angehörige notwendige Pausen und Auszeiten nehmen können oder im Fall einer Erkrankung die notwendige Ruhe bekommen, um gesund zu werden.

Es braucht den österreichweiten Ausbau öffentlich finanzierter psychosozialer Beratungsangebote für pflegende Angehörige, um den vielfältigen psychischen Herausforderungen besser begegnen zu können.

Für Information und den Zugang zu Hilfeleistungen brauchen Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen eine einheitliche und damit in der gesamten Bevölkerung bekannte Anlaufstelle. Diese soll in den Gemeinden verfügbar sein und sollte als erste Anlaufstelle dienen. Dort können Informationen über Unterstützungsleistungen vom Pflegegeld bis zur Hauskrankenpflege eingeholt werden. In Verbindung mit diplomiertem Pflegepersonal könnte auch der gezielte Pflegebedarf erhoben und individuelle Unterstützungspakete geschnürt werden. Eine Verknüpfung dieser Pflegeservicestellen mit den Community Nurses kann überlegt werden.

Leider noch nicht umgesetzt ist die im Regierungsprogramm vorgesehene Möglichkeit der 3 Jahre rückwirkenden Selbst- und Weiterversicherung als pflegende/r Angehörige/r und die automatische Information darüber gleich mit der Pflegegeldzuerkennung. Generell wäre eine Informationskampagne und Beratungsoffensive über die Selbst- und Weiterversicherung für pflegende Angehörige zu begrüßen. Es braucht eine Ergänzung der bestehenden Regelung zu Pflegekarenz bzw Pflegeteilzeit mit einem arbeitsrechtlichen Rechtsanspruch auf die vollen 3 Monate Pflegekarenz samt wirkungsvollen Kündigungsschutz und kurzfristiger Freistellungsanspruch (§ 16 Urlaubsgesetz) von zwei Wochen im Jahr für nahe Angehörige, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben und Pflege- und Betreuungsbedarf haben – denn viele berufstätige pflegende Angehörige leben nicht mit den unterstützungsbedürftigen Familienmitgliedern unter einem Dach.

Themenfeld Finanzierung und Organisation

Das läuft gut, hat sich bewährt und soll beibehalten werden:

Der **Pflegefonds** hat sich bewährt. Das über den Pflegefonds verteilte Geld ist für Ausgaben der Langzeitbetreuung und -pflege zweckgebunden. Als Zweckzuschussgesetz erfüllt er – derzeit noch in bescheidenem Ausmaß – die Rolle als systemisches Steuerungsinstrument.

Die bestehende **Steuerfinanzierung** des Langzeitpflegesystems hat sich bewährt, da Pflegebedürftigkeit ein allgemeines soziales Risiko ist, das jeden treffen kann und nicht primär mit einer Erwerbstätigkeit in Verbindung steht. Die Finanzierung der Pflegevorsorge über Steuermittel bietet größere Gestaltungsmöglichkeiten als andere Optionen.

Die **Pflegedienstleistungsstatistik** ermöglicht ein Monitoring von Entwicklungen in der Langzeitbetreuung und -pflege trotz aller noch bestehenden Einschränkungen der Datenqualität.

Die Tätigkeit von **diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen als Pflegegeld-BegutachterInnen** hat sich bewährt. Sie sollte auf die Ersteinstuftung ausgeweitet werden, da Pflegepersonen die Spezialisten für Pflegebedarf sind.

Auch die jährliche **Valorisierung des Pflegegeldes** wird begrüßt.

Das läuft nicht gut und sollte geändert werden:

Der geringe **Steuerungseffekt des Pflegefonds** kommt durch das vergleichsweise geringe Gewicht des Finanzierungsanteils zustande. Im Jahr 2018 liefen lediglich rund 366 Mio Euro über den Pflegefonds, während für Sachleistungen 2,3 Mrd Euro und für das Pflegegeld rund 2,6 Mrd Euro aufgewendet wurden.

Der verpflichtende **Ausgabenpfad** gemäß § 1a PFG sieht vor, dass die jährliche prozentuale Steigerung der gesamten Bruttoausgaben aller Länder maximal 4,6% betragen darf. Es ist sehr fraglich, ob in diesem Korsett die notwendigen Investitionen möglich sind.

Derzeit gibt es **große Unterschiede in Angebot und Verfügbarkeit von Angeboten der Langzeitbetreuung und -pflege**. Das zeigt sich an sehr unterschiedlichen Kosten für NutzerInnen von mobilen und teilstationären Diensten, an unterschiedlichen Zugangskriterien und Leistungsumfang sowie an unterschiedlichen finanziellen Abgeltungen für Träger, die auf verschiedene Weise kalkuliert werden. Damit ist die konkrete Betreuungs- und Pflegeleistung letztlich von der Postleitzahl abhängig. Es gibt derzeit kein österreichweit einheitliches Leistungsniveau, das von aktuellen und zukünftigen NutzerInnen erwartet werden kann.

In Österreich fehlen **klare Zielsetzungen für die öffentlich finanzierte Langzeitpflege**. Ohne einen bedarfsgerechten und fachlich stimmigen Auftrag für das System der Langzeitpflege ist es schwer, fundierte Aussagen über die benötigte Anzahl professioneller Pflegepersonen, sinnvolle Versorgungsgrade mit verschiedenen Angeboten und letztlich auch über die erforderliche Finanzierung zu treffen.

Es fehlt das **Wissen über das vorhandene Arbeitspotenzial** in der Langzeitpflege als auch im Gesundheitswesen, da im Gesundheitsberuferegister zwar Personen registriert werden, nicht aber deren Arbeitsausmaß. Entscheidend für die verfügbare Arbeitsleistung sind nicht allein die Köpfe, sondern insbesondere die Arbeitsstunden im System. Aufgrund dieses Mangels sind Planungen nur sehr ungenau möglich.

Es fehlen Regelungen für die **sinnvolle Kooperation von Primärversorgungseinheiten und den bestehenden mobilen Diensten**. Das Potenzial von Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung zur Erhaltung oder sogar Verbesserung von Lebensqualität und Gesundheitssituation unterstützungsbedürftiger Menschen wird nicht ausreichend genutzt. Damit werden auch Möglichkeiten zur Prävention von Pflegebedürftigkeit vergeben.

In vielen **Einrichtungen der stationären Langzeitpflege** gibt es tendenziell eine **zu geringe medizinische Versorgung** (Hausbesuche durch Allgemein- und FachärztInnen, Unterstützung der Pflege durch Konsiliardienste etc). Diese Situation scheint in geografisch ungünstigen Lagen besonders ausgeprägt zu sein. Das führt nicht zuletzt zu vermeidbaren Krankenhausaufnahmen älterer Menschen, die eine Belastung sowohl für die Betroffenen als auch das Gesundheitssystem darstellen.

Das System der **PflegegeldEinstufung** ist einiger Kritik ausgesetzt, da es den realen Pflegebedarf nicht ausreichend abbildet:

- Der Rechnungshof kritisierte 2009, dass der Pflegebedarf nicht nach den tatsächlichen Umständen erhoben, sondern aufgrund von Richt-, Mindest- und Pauschalwerten bestimmt wird (RH 2009).
- Die PflegegeldEinstufung berücksichtigt wesentliche pflegerelevante Aspekte nicht ausreichend, wie insbesondere kognitive Einschränkungen, psychischen Problemlagen sowie die Abbildung von Ressourcen und Präventionsbedarf (Deufert 2009; Pöschl 2013).
- Der Vergleich der österreichischen PflegegeldEinstufung mit dem Instrument „Neues Begutachtungsassessment (NBA)“ aus Deutschland zeigt, dass die Situation von Menschen mit Demenz aufgrund der unterschiedlichen Funktionsweisen nach dem NBA umfassender berücksichtigt wird als in der österr. Pflegegeldbegutachtung (Hilfswerk 2019).

Das sind konkrete Vorschläge:

Alle öffentlichen **Aufwendungen im Bereich Langzeitpflege sollen im Pflegefonds gebündelt** werden. Das ermöglicht eine gemeinsame österreichweite Steuerung und Finanzierung von Bund und Ländern ohne Neuordnung der verfassungsrechtlichen Kompetenzen der Gebietskörperschaften.

Zur Finanzierung von Betreuungs- und Pflegeleistungen sollte eine **Steuer auf hohe Erbschaften und Schenkungen** eingeführt werden, die je nach Modell ein zusätzliches Steueraufkommen von rund 500 Mio Euro einbringen kann (vgl Beschlüsse der 157. BAK-HV vom 18.06.2015 „Sicherung der Pflegefinanzierung durch den Pflegefonds“ und „Für eine langfristige Finanzierung von Pflege durch vermögensbezogene Steuern, insbesondere aus einer reformierten Erbschaftssteuer“). Auch eine **Zweckwidmung von Teilen des Aufkommens aus**

der Tabaksteuer könnte für den Ausbau von Betreuung- und Pflegedienstleistungen wichtige Beiträge leisten.

Den **Kosten von Maßnahmen** in der Langzeitbetreuung und -pflege muss der dadurch **erzielte Nutzen gegenübergestellt** werden, selbst wenn er in einem budgetär getrennten System eintritt. So kann eine bessere Kooperation zwischen Gesundheits- und Langzeitpflegesystem gesamtsystemische erhebliche Kosteneinsparungspotenziale eröffnen. Dies ist etwa der Fall, wenn in bessere Personalausstattung und Qualitätsverbesserungen in der stationären Langzeitpflege investiert wird und dadurch vermeidbare Krankenhausaufenthalte verringert werden. Selbiges gilt für Investitionen in die mobilen Dienste, die für eine stärkere Verschiebung von Betreuungs- und Pflegeleistungen in den häuslichen Bereich erforderlich sind und ebenfalls Akutkrankenhäuser entlasten. Den Kosten steht ein Nutzen durch Einsparungen in der stationären Langzeitpflege und im Gesundheitswesen gegenüber. Konkret könnten beispielsweise überschneidende Arbeitsaufträge der Hauskrankenpflegedienste und Primärversorgungseinheiten (Begleitung und Versorgung alter, multimorbider Menschen) über regionale Fonds finanziert werden, an denen alle Kostenträger beteiligt sind. Koordinierte Entscheidungen und Handlungen können damit gesteuert werden.

Der angestrebte Nutzen der Langzeitbetreuung und -pflege könnte durch **fachlich sinnvolle Pflegeziele** analog zu den Gesundheitszielen für ganz Österreich einheitlich definiert werden.

Ein **gemeinsames Berechnungsmodell für Normkosten und Tagsätze** könnte sowohl für Transparenz und Vergleichbarkeit als auch Abstimmung auf regionale Besonderheiten (zB Wegzeiten, Immobilienpreise) ermöglichen.

Betreuung und Pflege sind Unterstützungsleistungen bei der **selbstbestimmten Selbstsorge** von Menschen entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse. Es braucht die Anerkennung der **Grunddimensionen der Betreuung und Pflege**. Daraus lässt sich ableiten:

- Professionelle Betreuung und Pflege sind individualisierte Leistungen.
- Professionelle Betreuung und Pflege orientieren sich sowohl an den intakten gesundheitlichen Möglichkeiten (Ressourcen) zur Alltagsbewältigung als auch an vorhandenen Einschränkungen der Selbstpflege.
- Professionelle Betreuung und Pflege ist eine gemeinsame Aktivität von pflegender und gepflegter Person (Ko-Produktion) und braucht daher Kommunikation und eine intakte Beziehung. Das absolute Mindestmaß an Kooperation durch die unterstützten Menschen ist das Zulassen der Hilfe.

Kooperation kann nicht einfach vorausgesetzt werden, sondern professionelle Betreuung und Pflege muss die Autonomie der unterstützten Personen respektieren und die Unterstützung darauf abstimmen. Aus dieser fachlichen Grunddefinition müssen Bedarfs-, Personal- und Finanzplanungen abgeleitet werden.

Zur Abbildung des real verfügbaren Arbeitsvolumens braucht es die Information über das aktuelle **Arbeitszeitausmaß** der registrierten Personen im **Gesundheitsberuferegister**.

Eine bessere **Kooperation von Gesundheitswesen und Langzeitpflege** trägt zur besseren medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen bei und entlastet die Akutspitäler. Beispiele für hilfreiche Angebote sind die Nachbetreuung komplexer oder psychiatrischer Gesundheitsprobleme zu Hause durch das Krankenhaus, Konsiliardienste durch FachärztInnen in Pflegeeinrichtungen und Hausbesuche durch FachärztInnen. Vielfach können medizinische Maßnahmen in Langzeiteinrichtungen kostengünstiger durchgeführt werden als im Krankenhaus.

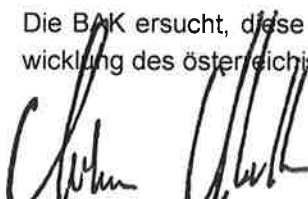
Die **Pflegegeldeinstufung** könnte durch einige Maßnahmen weiterentwickelt werden:

- Erstbegutachtung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ermöglichen.
- Beginn eines wissenschaftlich fundierten Prozesses für die Neugestaltung der Pflegegeldeinstufung mit dem Ziel der Berücksichtigung aller relevanten Lebensbereiche mit Defiziten und Ressourcen inkl Darstellung des Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarfs unter Einsatz von wissenschaftlich anerkannten und pflege-relevanten Assessmentinstrumenten. Der Bedarf muss individuell und situationsgerecht ermittelt und nicht über Richt- und Pauschalwerte bemessen werden.
- Anerkennung von Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf mit entsprechenden Leistungsansprüchen für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf sowie entsprechende Ressourcenausstattungen der Leistungserbringer (zB bei der Mobilisation).

Solange die Pflegegeldeinstufung den tatsächlichen Unterstützungsbedarf nicht umfassend und individuell abbildet, muss der sogenannte „Erschwerniszuschlag“ für Menschen mit schwerer psychischer Beeinträchtigung und Menschen mit Demenz von derzeit 25 Stunden um zumindest das Doppelte angehoben werden. Damit soll die systematisch schlechtere Einstufung von Menschen mit Demenz oder einer psychischen Erkrankung gemildert werden.

Eine ausreichend dotierte **Regelfinanzierung für die Hospiz- und Palliativversorgung soll durch eine** dauerhafte Vereinbarung der aktuellen Stakeholder (Bund, Länder, Sozialversicherung) sichergestellt werden.

Die BAK ersucht, diese Einschätzungen und Forderungen bei der erforderlichen Weiterentwicklung des österreichischen Pflegesystems zu berücksichtigen


VP Dr. Johann Kalliauer
iV der Präsidentin




Maria Kubitschek
iV des Direktors