

*Sichere Pflege für
alle Generationen –
Wir denken Pflege
und Generationen-
gerechtigkeit weiter*

neos

Pflegekonzept

Impressum:
NEOS Parlamentsklub
Dr. Karl Renner-Ring 3
1017 Wien

Inhalt

1. STATUS QUO	3
2. DER PROZESS	4
3. MOBILE & STATIONÄRE BETREUUNG BZW. PFLEGE	5
4. BERUFSBILDER	6
5. PFLEGENDE ANGEHÖRIGE	7
6. PRÄVENTION	8
7. FINANZIERUNG	8
8. POLITISCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN	9
9. POLITISCHE FORDERUNGEN	9
10. DANKSAGUNG	14

1. Status quo

Mit dem Ausscheiden der Babyboomer aus dem Erwerbsleben ab spätestens 2030 droht Österreich bald ein akuter Pflegenotstand. Zur selben Zeit wird es auch eine Pensionierungswelle beim Pflegepersonal geben. Etwa 8.000 diplomierte Pfleger_innen sind inzwischen über 55 Jahre¹. Aufgrund weniger Nachkommen und geänderter Rahmenbedingungen (Singlehaushalte, höhere Mobilität, kleinerer Wohnraum etc.) stehen in Zukunft auch weniger pflegende Angehörige zur Verfügung. Diesen Faktoren, die von Expert_innen bereits seit einiger Zeit aufgezeigt werden, wurde bis jetzt nie mit einem Gesamtkonzept entgegengetreten.

Bereits jetzt suchen Spitäler, Heimträger und mobile Pflegedienste nach Mitarbeiter_innen, Betreuer_innen, Pflegeassistent_innen und diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. In Österreich leben heute 437.000 Menschen, die älter als 80 Jahre sind. Um die Jahrhundertmitte werden es 1,2 Millionen sein. Daraus lässt sich ableiten, dass damit auch die Zahl der Pflegebedürftigen rasant steigen wird. Um unter den künftigen Herausforderungen eine sichere Pflegeversorgung zu schaffen, müssen die beiden Säulen der Pflege – stationär und zu Hause (mobil) – flexibler, kleinteiliger sowie miteinander verschränkt werden.

Wir müssen uns damit auseinandersetzen, dass die Pflegeversorgung in Zukunft teurer wird. Bleibt es bei der bisherigen Aufteilung zwischen stationärer Versorgung in Heimen und mobilen Diensten zu Hause, so wird ein Anstieg der Nettokosten der öffentlichen Hand von rund 2 Milliarden Euro im Jahr 2016 auf 3,7 Milliarden im Jahr 2030 prognostiziert. Bis zum Jahr 2050 würden die Kosten nach Studien des Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) sogar auf 9 Milliarden Euro pro Jahr ansteigen.

In einer Studie im Auftrag des Hilfswerks Österreich hat das WIFO vier Szenarien durchgerechnet. Ergebnis: Werden 20 Prozent der häuslichen Pflegeversorgung in Heime verlagert, steigen die Kosten gegenüber dem Hauptszenario zusätzlich um knapp 1,2 Milliarden Euro. Beim Ausbau der mobilen Dienste um 20 Prozent würde die Ausgabensteigerung hingegen um 1,4 Milliarden Euro im Jahr niedriger ausfallen. Ähnlich zeigt sich das Bild bei der Personalsituation. Nach den Aussagen der WIFO-Studienautor_innen Matthias Firgo und Ulrike Famira-Mühlberger steigt der Personalbedarf von 45.314 Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) auf knapp 63.000 bis 2030 und auf rund 103.000 bis 2050. Bei einer Verlagerung von 20 Prozent zur mobilen Pflege wäre der Bedarf an Pflegepersonal bis 2050 um 15.400 Mitarbeiter_innen geringer. Ohne ausländische Betreuungs- und Pflegepersonen ginge in der Pflege längst nichts mehr. Woher die künftigen Fachkräfte kommen sollen, ist ungewiss.

Fast eine Million Menschen in Österreich pflegen Angehörige. Sie kümmern sich um 84 Prozent der Pflegebedürftigen des Landes. Die Zahl ist selbst im europäischen Vergleich enorm hoch: In sozial hochentwickelten Ländern wie den Niederlanden oder in Dänemark werden nur zehn Prozent der zu Pflegenden von pflegenden Angehörigen versorgt.

Das Problem ist, dass die Kosten in jedem Bundesland unterschiedlich sind. Obwohl alle Steuern zahlen, bekommen nicht alle die gleiche Leistung aus dem Pflegesystem. Betroffene greifen für mobile Dienste und Betreuung mehr oder weniger tief in ihre Taschen, weil Eigenbeiträge und Selbstbehalte von Bundesland zu Bundesland erheblich schwanken.

Ein weiteres Problem ist durch die Abschaffung des Pflegeregresses entstanden. Aufgrund eines fehlenden Gesamtkonzepts und fehlender Gegenmaßnahmen ist die stationäre Pflege – entgegen der politischen Zielsetzung – in Relation zur mobilen Pflege günstiger geworden. Wodurch zusätzliche Nachfrage nach der ausgabenintensiveren stationären Pflege erzeugt wurde.

1 Quelle: Hilfswerk

2. Der Prozess

Oft wird über das Thema Pflege diskutiert – zu oft lediglich über die Finanzierung oder unkoordinierte, teils populistische Einzelmaßnahmen, ohne, dass vorab die relevantesten Fragen gestellt werden: Was muss die Pflegeversorgung leisten können? Was wollen wir von der Pflegeversorgung? Wie wollen wir alt werden? Daher hat NEOS am Anfang des Jahres 2019 einen Pflegeprozess gestartet. Im Rahmen einer Pressekonferenz hat NEOS-Bundesvorsitzende Beate Meisl-Reisinger den Prozess sowie die Sozial- und Gesundheitsexpertin Bundesministerin a. D. Andrea Kdolsky als Leiterin des Prozesses vorgestellt. Andrea Kdolsky und NEOS-Sozial- und Gesundheitssprecher Gerald Loacker starteten daraufhin mit einem Bürgerforum in Wien und Expert_innengesprächen mit dem Ziel, durch einen breit angelegten Beteiligungsprozess Anliegen, Fragen und Ideen von Betroffenen, Angehörigen, Berufs- & Interessengruppen und Expert_innen zu sammeln. Damit konnten wir gemeinsam das bestmögliche Pflegekonzept für die Menschen in Österreich erarbeiten.

Die Herangehensweise, um dieses Ziel zu erreichen war, zuerst in öffentlichen Foren zuzuhören und darüber zu sprechen, was wir uns von einer sicheren Pflegeversorgung erwarten und darauf aufbauend eine nachhaltige Finanzierung zu entwickeln. Das Bürgerforum in Wien hat gezeigt, dass es Zeit braucht, um in die Tiefe zu gehen und zuzuhören. Diese Zeit haben wir uns genommen, da es unser Anspruch ist, politische Positionen gemeinsam mit den Menschen in Österreich zu erarbeiten. Um eine große Vielfalt an persönlichen Erfahrungen und unterschiedliche Herausforderungen unter verschiedensten Rahmenbedingungen zu erhalten, wurden vertiefende Workshops in Salzburg, Vorarlberg, Steiermark, Niederösterreich, Oberösterreich und Wien abgehalten. Eine Pflege-Enquete im Juni 2019 rundete die Veranstaltungsreihe ab. Neben Betroffenen und Angehörigen durften wir die Expertise u.a. des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV), Caritas, Roten Kreuz, Hilfswerk, Diakonie und Volkshilfe in unsere Positionen einfließen lassen. Die Formate waren entlang der vier Themenblöcke „Mobile & stationäre Pflege“, „Berufsbilder“, „Pflegerische Angehörige“ und „Prävention“ aufgebaut und die Erkenntnisse stets dokumentiert, um als Grundlage für unsere politischen Positionen zu dienen. In weiterer Folge gliedert sich auch dieses Paper anhand dieser Themenblöcke, um im Anschluss die Themen Finanzierung, Schlussfolgerungen und politische Forderungen zu behandeln.

Die öffentlichen Veranstaltungen wurden von einem Team, bestehend aus der Prozessleitung, Abgeordneten, Fachreferent_innen und Vertreter_innen der NEOS-plus Gruppe stets vor- und nachbearbeitet. Ein besonderer Dank an das ehrenamtliche Engagement von Monika Vodnyansky und Wolfgang Kugler. In den folgenden vier Kapiteln finden sich die Erkenntnisse aus dem Bürgerforum, Workshops, Enquete sowie vielen weiteren Gesprächen.

3. Mobile & stationäre Betreuung bzw. Pflege

Der Trend in Österreich soll in Richtung wohnortnahe Versorgung und mobile Betreuung bzw. Pflege gehen. Es ist wichtig zu betonen, dass parallel zur Stärkung dieses Bereichs umsichtige Rahmenbedingungen für stationäre Einrichtungen geschaffen werden. Es wurde in vielen Gesprächen bestätigt, dass es für Patient_innen ab einem gewissen Zeitpunkt besser ist, stationär behandelt zu werden. Daher darf dieser Bereich nicht vernachlässigt oder gar außer Acht gelassen werden. Klar ist, dass eine menschenwürdige Pflegeversorgung die individuellen Bedürfnisse des Menschen im Fokus hat, und den Wunsch möglichst lange im eigenen Zuhause zu leben, als oberste Priorität anzuerkennen hat. Pflege in der Mitte der Gesellschaft verlangt nach modernen und dynamischen Formen des Wohnens im Alter und einem vielfältigen personenbezogenen Angebot.

Derzeit werden in Österreich nur mehr 16 Prozent der zu pflegenden Menschen stationär versorgt. Selbst wenn dieser Anteil in den nächsten Jahren gleichbleiben sollte, was aufgrund der rezenten Erfahrungen durch die Aufhebung des Pflegeregresses nicht anzunehmen ist, müsste die Anzahl der Pflegebetten in den nächsten 30 Jahren verdoppelt werden.

Einerseits müssen stationäre, halbstationäre und mobile Einrichtungen den modernen Ansprüchen der Gesellschaft entsprechen, andererseits sollte ein Hauptaugenmerk auf die notwendige Unterstützung von Personal in Pflegeeinrichtungen durch Verbesserungen der Rahmenbedingungen gelegt werden.

Neben den inhaltlichen und baulichen Herausforderungen haben uns die Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Bundesländern gezeigt, dass vor allem die Vereinheitlichung der unterschiedlichen Pflegestandards in den Bundesländern eine große Hürde darstellt.

Ein wesentlicher Kritikpunkt aus den Reihen der pflegenden Angehörigen und Betroffenen ist die mangelnde Qualitätssicherung bei Agenturen und Anbietern von Leistungen im Bereich der mobilen Betreuung. Als weiterer Kritikpunkt wurde die mangelnde Information genannt: Wo findet der Betroffene einen Zugang, um Informationen zu erhalten? Eine unkomplizierte und immer wieder angesprochene Lösung wäre die Etablierung einer »Community Nurse«, die über ein Gesundheitszentrum regional für Prävention, Beratung und Information sorgen kann. Darüber hinaus sollen die Schnittstellen zwischen Betreuung, Pflege und Hausärzten verbessert und intensiviert werden. Einheitliche österreichweite Standards sind – wie auch in der stationären Pflege – unabdingbar.

Sehr oft beginnt die Pflegebedürftigkeit nach einem Spitalsaufenthalt. Um eine möglichst rasche Wiedereingliederung in den Lebensalltag zu erreichen, gilt es das Entlassungsmanagement zu verbessern. Dieses findet derzeit sehr unterschiedlich und unstrukturiert statt. Eine Vereinheitlichung und standardisierte Prozesse können den Ablauf früher und strukturierter gewährleisten. Hier gibt es den starken Wunsch nach einer bedarfsorientierten Versorgung mit Primärversorgungseinheiten, die Betreuungs- und Pflegedienste anbieten. Ein wichtiger Aspekt sind hierbei vor allem die Öffnungszeiten, Wochenenddienste und Verantwortlichkeiten. Auf diese Weise könnte auch dem sogenannten Drehtür-Effekt entgegengewirkt werden, bei dem Patient_innen nach einem Spitalsaufenthalt und fehlender Nachbetreuung wieder in ein Spital aufgenommen werden müssen.

Um pflegebedürftige Menschen solange wie irgendwie möglich im eigenen Haushalt betreuen und pflegen zu können, wird es dringend notwendig werden, Übergangsstrukturen zu schaffen, um Angehörige zu entlasten und Betroffenen einen würdigen Lebensabend zu ermöglichen.

Die paradoxe Situation, dass es einerseits Wartelisten für Pflegeheime gibt und andererseits Leerstände, sind sowohl dem Personalschlüssel als auch dem Mangel an Fachkräften geschuldet. Hier ist festzuhalten, dass ein Leerstand für kleinere Heime schlimmer ist und die Gefahr einer Schließung schneller droht.

Sinnvolle Pilotprojekte benötigen eine Plattform, auf der Betreuungsmodelle präsentiert werden können. Die erfolgreichen Modelle sollen in weiterer Folge in den Regelbetrieb übernommen werden. Technologien können helfen, um einen Überblick über Angebote zu geben, niemals aber kann der persönliche Kontakt, das Gespräch und die Vertraulichkeit ersetzt werden.

Menschen brauchen ein soziales Umfeld. Besonders im Alter bestimmt das Vorhandensein von Sozialkontakten das Wohlbefinden und den Grad der Bedürfnisse. Alt und einsam ist nicht gesundheitsfördernd. Generationengerechtigkeit heißt für uns: Respekt und Vernunft, nicht Jung oder Alt, sondern Jung UND Alt sowie Brücken zu bauen. Mit innovativen vielfältigen Modellen können wir diese Brücken als Verbindung zwischen den Generationen bauen. Diese Brücken brauchen unterschiedliche wie auch stabile Säulen.

4. Berufsbilder

Die wesentlichsten Stützen im Bereich der Betreuung und Pflege sind neben den pflegenden Angehörigen die medizinischen Fachkräfte. Der Mangel an Fachkräften wird durch unattraktive Rahmenbedingungen verstärkt. Als Kritikpunkte werden oft eine geringe Wertschätzung, Unterbezahlung, eingeschränkter Handlungsspielraum und schlechte Arbeitsbedingungen angeführt.

Die vielen Erfahrungen von Fachkräften lassen darauf schließen, dass Aus- und Weiterbildungen teilweise sehr fragmentiert sind und kein flächendeckendes Angebot herrscht. In diesem Kontext muss man darauf hinweisen, dass nicht jede/r für den Pflegeberuf geeignet ist und auch der akute Pflegemangel kein Grund sein darf, einen Wildwuchs zuzulassen.

Von Seiten der Fachvertretung wird immer wieder darauf hingewiesen, dass mit den vier Gruppen (Personenbetreuer_innen z.B.: 24h-Betreuung, Pflegeassistent_innen, Pflegefachassistent_innen und diplomierte Pflege) eine Betreuung und Pflege auf höchstem Niveau umgesetzt werden kann. Expert_innen sprechen sich sehr massiv gegen die sogenannte Pflegelehre aus, da hier einerseits eine Abwertung der Berufsgruppe stattfinden würde und andererseits so junge Menschen für diesen emotional und körperlich fordernden Beruf zu diesem Zeitpunkt nicht geeignet sind. Eine gangbare Möglichkeit wäre eventuell zuerst eine kaufmännische Ausbildung in Kombination anzubieten.

Aktuell findet diplomierte Pflege hauptsächlich im Krankenhaus statt. Diese könnten ein Stückweit durch Pflegefachassistent_innen abgelöst werden, um diplomierten Pfleger_innen mehr Zeit für die Primärversorgung zu geben. Dabei besteht der Wunsch der diplomierten Pfleger_innen auch selbständig in Primärversorgungsnetzwerken, auf Augenhöhe mit den Ärzt_innen, arbeiten zu können. Egal ob selbständig oder unselbständig wird für die Tätigkeit im niedergelassenen Bereich ein „Pflege-Leistungskatalog“ zur Abrechnung mit der Kasse gefordert, da die Finanzierung im

niedergelassenen Bereich derzeit sehr diffus ist. Generell gilt es die Zusammenarbeit mit Ärzt_innen zu verbessern, Eigenverantwortung bzw. Kompetenz zu stärken, Finanzierungsangebote für Berufsumsteiger_innen anzubieten, Karrierelaufbahnen zu ermöglichen, den Stellenschlüssel beim gesamten Berufsbild anzupassen und die Ausbildung für leitendes Personal zu intensivieren.

Die Forderung nach der einheitlichen Qualitätssicherung für Betreuungspersonen vor allem aus anderen Ländern könnte eine deutliche Angebotsverbesserung für Klient_innen erzielen. In diesem Zusammenhang ist ein einheitlicher Prozess zur Nostrifizierung (Anerkennung ausländischer Abschlüsse) österreichweit anzustreben. Neben der Qualität der Leistung ist außerdem zu prüfen, ob diese auch ausreichend ist oder eine intensivere Betreuung bzw. Pflege notwendig ist.

5. Pflegende Angehörige

In Österreich werden derzeit 84 Prozent der zu pflegenden Personen zu Hause von Angehörigen gepflegt. Ohne diese wesentliche Stütze kann die Versorgung kaum aufrechterhalten werden. Die Rahmenbedingungen für die Bereitschaft zu pflegen werden allerdings zunehmend schlechter. Ein steigender Anteil von Singlehaushalten, gepaart mit einer geringen Kinderquote und einer hohen Mobilität innerhalb Europas, lassen darauf schließen, dass dieser hohe Prozentsatz sinken wird. Um pflegende Angehörige zu motivieren, diese Leistung weiterhin zu erbringen, müssen einige Rahmenbedingungen adaptiert und verbessert werden. Die bereits erwähnten Brücken, die es zwischen den Generationen zu schlagen gilt, tragen zu einer neuen Sorge-Kultur bei, die bis hin zu einer Form der Nachbarschaftshilfe gehen kann.

Ein wesentlicher Aspekt, der pflegende Angehörige – neben dem Gefühl allein gelassen zu sein – oft massiv belastet, ist die fehlende Information über die Erkrankung, den Umgang mit Erkrankten und die Frage, woher man Utensilien und technische Hilfsmittel für den Pflegeaufwand bezieht. Zudem ist darauf zu achten, dass Angehörige oft ausbrennen, weil sie die Aufgabe zeitweise überlastet.

Die Diskussion über ein Entgelt für die Pflege der Angehörigen wird sehr kontrovers geführt. Große Einigkeit herrscht jedoch unter den Angehörigen darin, dass eine Versicherung und eine Pensionsanrechnung sehr erwünscht wären. Eine Anhebung der unteren Pflegestufen – die Betreuung bzw. Pflege von mobilen Patient_innen gestaltet sich sehr viel aufwändiger – wird ebenso gefordert, wie häufigere Zweckwidmung des Pflegegeldes.

In etlichen Gesprächen wurde von pflegenden Angehörigen darauf hingewiesen, dass das Wissen, das man sich im Laufe der Zeit ansammelt, oft ungenutzt bleibt. Durch eine Zertifizierung könnte die Ermächtigung zur Weitergabe des angesammelten Wissens in dieser Thematik sehr hilfreich sein.

Weitere kritische Punkte, die die vielen informativen Gespräche aufgezeigt haben, waren die Dunkelziffer an pflegenden Jugendlichen und die Benachteiligung aufgrund der fehlenden Interessensvertretung.

6. Prävention

Österreich ist auf einem relativ geringen Niveau was die gesunden Lebensjahre im Alter betrifft. Wir wissen, dass die Schritte zur Effizienzsteigerung nicht in Richtung Reparaturmedizin, sondern in Richtung Prävention gehen müssen. Ein selbstbestimmtes, auf die Gesunderhaltung ausgerichtetes Leben erfordert eine grundsätzliche Verhaltensänderung, die nicht ohne positive Rahmenbedingungen und Anreizsysteme machbar sein wird. Pflegebedürftigkeit soll durch effiziente Pflegeberatung reduziert werden. Neben den präventiven – und damit auch volkswirtschaftlichen – Vorteilen, ist es für Gesundheitsberufe eine weitere Schiene sich beruflich zu positionieren und zu profilieren.

Der Kompetenzdschungel macht sich auch in dieser Thematik bemerkbar. Die Sozialversicherungsträger sehen sich für Prävention nicht verantwortlich, die finanzielle und inhaltliche Verantwortung liegt bei den Ländern.

Um Menschen zu ermächtigen, gesund alt zu werden, muss frühzeitig mit dem Informieren begonnen werden. Aufklärung ab dem Kindergarten kann das Bewusstsein einer ganzen Generation verändern. Neben der Bildung über Lebensstil und Vorsorge ist die tertiäre Prävention wesentlich: Menschen mit chronischen Krankheiten sollen informiert werden, welche Möglichkeiten sie haben, um den Krankheitsverlauf zu verlangsamen.

Wir müssen darüber nachdenken, welche Bonusanreize man geben kann, wenn jemand Gesundheitsvorsorge betreibt.

7. Finanzierung

Die Pflegeausgaben liegen aktuell bei etwa 4 Milliarden Euro jährlich und werden bis 2050 stärker als die Wirtschaftsleistung (BIP) steigen. Entsprechend wird sich die Pflege-BIP-Quote von 1,3 Prozent auf 2,6 Prozent verdoppeln (Fiskalrat), was die Pflege vor eine Finanzierungsherausforderung stellt.

Sollten kurzfristige Finanzierungslücken im Pflegesystem entstehen, sollen dafür die Beteiligungen an staatlichen und staatsnahen Betrieben auf 25 Prozent + 1 Aktie („Sperrminorität“) reduziert werden. Mit den Verkaufserlösen soll eine etwaige Pflegefinanzierungslücke geschlossen werden.

Um die Pflegefinanzierung auch längerfristig sicherzustellen, soll ergänzend zum Pflegegeld eine verpflichtende, individuelle Pflegeversicherung geschaffen werden, die im Nicht-Pflegefall als Zusatzpension ausbezahlt wird. Diese hat den Vorteil, dass Eigentum geschützt wird und, dass bei Nicht-Eintreten der Pflege das Ersparte als Zusatzpension genutzt werden kann.

Neben den monatlichen Beiträgen sollen die Pflegeversicherten staatliche Bonuszahlungen für absolvierte Präventionsleistungen auf ihr Pflegeversicherungskonto gutgeschrieben bekommen. Die Präventionsleistungen sind evidenzbasiert zu ermitteln. Beispielsweise können regelmäßige Gesundenuntersuchungen, Gesundheitskompetenz-Kurse, aber auch Sportkurse dazu zählen.

8. Politische Schlussfolgerungen

Das österreichische Pflegesystem ist aktuell sehr stark fragmentiert, wobei kaum Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen stattfindet. Die Kompetenz der Pflegeberufe wird zu wenig genutzt und die zu pflegenden Personen werden kaum aktiv in den Pflegeprozess eingebaut, was eine Selbstbestimmung mindert. Die pflegenden Angehörigen werden zudem nur mangelhaft unterstützt. Schlussendlich versagt das österreichische Pflegesystem durch verstärkte Prävention und Steigerung der Gesundheitskompetenz Pflegefälle von vornherein zu verhindern.

Die vielen intensiven Gespräche haben gezeigt, dass es bei diesem so sensiblen Thema wichtig ist, dass man zuerst zuhört und miteinander redet und erst dann politische Positionen erarbeitet. Jeder Mensch hat das Recht, in Würde und Sicherheit älter zu werden. Dafür müssen wir Pflege neudenken und somit Generationengerechtigkeit weiterdenken. Das verlangt veraltete Strukturen zu überwinden.

Aufgabe der Politik ist es, eine Vielfalt an innovativer und flexibler Betreuungs- und Pflegeversorgung anzubieten, unterschiedliche Pfade zur Verfügung zu stellen und Bereiche zu vernetzen. Neue Versorgungsmodelle benötigen einerseits eine Vereinheitlichung der Standards, um die ungerechten Unterschiede zwischen den Bundesländern zu beenden und andererseits die Fokussierung auf den einzelnen Menschen. Personenbezogene Pflege bedeutet individualisierte Leistungen.

Bildung spielt als Schlüssel für ein selbstbestimmtes Leben auch beim Thema Pflege eine ganz wesentliche Rolle. Besonders das Informationsdefizit über das Leben im Alter ist durch eine generationengerechte Politik zu verkleinern, um für eine Bevölkerung zu arbeiten, die sich gesund hält.

9. Politische Forderungen

Pflege neuzudenken und Generationengerechtigkeit weiterzudenken heißt, Menschen in Ihrer Eigenverantwortung zu stärken und sich um Menschen zu sorgen, die nicht mehr für sich selbst allein sorgen können. Um eine sichere und faire Pflegeversorgung für die Menschen in Österreich zu gewährleisten, haben wir auf Grundlage der gewonnen Erkenntnisse politische Forderungen erarbeitet. Es braucht mutige Visionen mit Vernunft, Augenmaß und Hausverstand. Entlang unserer Grundwerte wollen wir dafür Sorge tragen, dass betreuungs- bzw. pflegebedürftige Menschen in der Mitte unserer Gesellschaft Platz finden.

Das Richtige ist sowohl für den jeweiligen Menschen als auch für eine spezifische Region sehr individuell. Jeder Mensch ist Experte seines eigenen Lebens. Eine Bedarfsanalyse kann zu flexiblen Lösungen und Angeboten führen. Wir benötigen Schritt für Schritt viele kleine Lösungen für ein großes Problem. Auf diese Weise können wir unsere Verpflichtung erfüllen und einen würdigen und respektvollen Umgang in der Zivilgesellschaft schaffen.

a. Mobile & stationäre Pflege

- Um Pflege in unserer Mitte und eine Kultur des „Aufeinander-Schauens“ zu stärken, brauchen wir ein vielfältiges und personenbezogenes Angebot und Ausbau von teilstationären Bereichen als einen klar definierten Prozess entlang der Patientenkarriere.
- Besseres Case & Care Management würde mobile Pflege fördern, dazu brauchen wir aber entsprechende Angebote und verbesserte Kommunikation und Informationsarbeit.
- Die Koordination (Case & Care Management, Community Nurse) zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen muss verbessert werden, wozu auch eine Definition von Pflege-Versorgungsprozessen (personalisierte Pflege) gehört.
- Es soll nicht Jung oder Alt, sondern Jung UND Alt gelebt werden. Wir wollen mit Projekten im Bereich Mehrgenerationenwohnen und Generationen-Wohngemeinschaften, die neben Barrierefreiheit und verschiedenen Betreuungs- und Pflegeangeboten vor allem dadurch anziehend sein können, dass sie in manchen Modellen jüngeren Menschen unter der Auflage, dass sie die im Bereich wohnenden älteren und teilweise betreuungsbedürftigen Mitbewohner_innen unterstützen, ein deutlich kostenreduziertes Wohnen anbieten.
- Tageseinrichtungen unterstützen einen Trend, der in einer Übergangsphase zu Hause lebende Pflegebedürftige untertags aktiviert, fördert, betreut, pflegt und regelmäßig medizinisch versorgt. Als eines von vielen Beispielen ist der Generationengarten anzuführen. Dies ist ein Garten, der von den Teilnehmer_innen gemeinsam gestaltet und gepflegt wird.
- Da sich Spitäler ein effizientes Entlassungsmanagement sehr oft ersparen, wäre eine Ausgliederung in ein regionales Gesundheitszentrum (Primärversorgungseinheit) denkbar. An einem Infopoint Pflege und Pflegecoaching kann für die/den Einzelne/n hilfeschende/n flexibel, individuell und nach aktuellsten Gesichtspunkten das richtige Programm zusammengestellt und qualitätsgesichert angeboten werden.
- Die Begebenheit, dass sich die Wohnsituation der Menschen in den letzten Jahrzehnten geändert hat, bringt einige Herausforderungen mit sich. Jeder Mensch soll Teil der Gesellschaft sein können: Pflege dort, wo wir sind! Damit Pflege in unserer Mitte stattfindet, benötigen wir moderne und dynamische Wohnsysteme.
- Dem geforderten Ausbau der Primärversorgungseinheiten soll eine geordnete Bedarfsanalyse vorausgehen. Betreuung und Pflege muss Teil dieser Einrichtungen sein, hierbei ist allerdings darauf zu achten, was in der Region genau benötigt wird. Die Bedeutung dieser Einrichtungen ist als zwischengeschaltete Institution bei dem Wunsch möglichst lange zu Hause betreut bzw. gepflegt zu werden – vor allem auch nach einem Spitalsaufenthalt – äußerst hoch. Der Bedarfsanalyse folgt die Bedarfsplanung.
- Die Pflegestrukturen müssen auf einer einheitlichen, bundesweiten Bedarfsplanung aufbauen.
- Für Missstände im Bereich der Versorgung fordern wir eine Whistleblower-Einrichtung (ein Whistleblower (Aufdecker_in) ist jemand, der/die wichtige Informationen an die Öffentlichkeit bringt).
- Eine stärkere Zweckwidmung des Pflegegeldes ist sinnvoll, vor allem in den unteren Stufen. Geld für die eigene Betreuung und Pflege soll treffsicher dem eigenen Wohlbefinden zu Gute kommen.
- Es braucht eine Plattform die Pilotprojekte unterstützt, vernetzt und in die

bestehende Versorgung integriert (gemeint sind Projekte wie Co-Living, Gemeindebetreuung, Nachbarschaftshilfe in Korneuburg, Demenzbetreuung in Grafenwörth).

- Im speziellen im stationären Bereich wollen wir durch Beratung bezüglich baulicher Maßnahmen, Personalstruktur und Logistik Beratungsstellen zur Verfügung stellen, um zu entlasten.
- In Zukunft soll das Entlassungsmanagement außerhalb des Spitals oder als Stabstellen angesiedelt sein, mit Fachkräften, die diese Tätigkeit hauptberuflich ausüben.
- Betreuungs- und Pflegepraxen sollen vor allem im ländlichen Bereich kleinteilig organisiert sein, um die mobile Pflege zu Hause zu ermöglichen.
- Hier gibt es die Möglichkeit Infopoints in diese Einrichtungen zu integrieren und somit Stabstellen in Gemeinden zu schaffen. Um bedarfsorientiert und personenbezogen versorgen zu können, sind hier die Öffnungszeiten (auch am Wochenende) essenziell.
- Für die bessere Koordination von Anbietern soll eine Plattform geschaffen werden. Alle Anbieter sind an einheitliche Qualitätsstandards gebunden – hier ist auch ein Gesundheitsdienstleister-Gütesiegel vorstellbar. Dies soll auch eine Maßnahme gegen den Wildwuchs von Agenturen sein.
- Vereinfachung und Vereinheitlichung sind die Basis für eine gerechte und sichere Pflegeversorgung. Daher brauchen wir endlich eine Vereinfachung des Systems (vor allem bei der Finanzierung) und eine Vereinheitlichung der – noch unterschiedlichen – Standards in den Bundesländern, hier sei als ein Beispiel der Personalschlüssel genannt.
- Die Finanzierungsströme müssen besser zwischen den Versorgungsprozessen abgestimmt werden.
- Ab dem 65. Lebensjahr sollen Menschen Pflegeberatungsanspruch haben. Medizinisches Fachpersonal berät Zuhause, sensibilisiert die eigene Wahrnehmung und schafft Bewusstsein.
- Die Patient_innen müssen besser in die Pflege- und Betreuungsprozesse eingebunden werden, z.B.: über eine verstärkte Nutzung der Digitalisierung.
- Die Pflege-/Betreuungsangebote müssen so ausgerichtet sein, dass zu pflegende Personen aktiviert werden und die Selbstbestimmung gefördert wird.

b. Berufsbilder

- Die Wertschätzung muss gesteigert und die Arbeitsbedingungen verbessert werden.
- Die Fragmentierung der Ausbildung muss geglättet werden und soll zudem teilweise (z.B. sechs Monate) interdisziplinär mit anderen Gesundheitsberufsgruppen stattfinden. Es braucht eine Verbesserung in Richtung einer aufbauenden und durchlässigen Ausbildung mit Spezialisierungen – ähnlich eines modularen Baukastensystems. Als Grundlage einer Ausbildung können auch bereits in jungen Jahren die Verwaltung von Arbeitsplätzen und wirtschaftliche Grundlagen vermittelt werden.
- Wir wollen ein flächendeckendes Angebot für Aus- und Weiterbildung, Finanzierungsmodelle für Ein- und Umsteiger sowie ein Stipendiensystem.

- Weiterbildung muss sich auszahlen. Selbständigkeit und Karrierechancen mit Personalverantwortung in Institutionen sowie höherem Gehalt sollen Anreize schaffen.
- Um die bereits erwähnten Primärversorgungseinheiten und Pflegepraxen realisieren zu können, sollen diplomierte Pfleger_innen in der Lage sein, Verantwortung über ein bis zwei Einrichtungen zu übernehmen. Dies bedingt die Forderung, dass in Zukunft auch direkt mit den Kassen abgerechnet werden kann. Dies ist außerdem ein Schritt zur Entlastung von Ärzt_innen, ganz besonders im ländlichen Bereich, da auch Hausbesuche abgenommen werden können.
- Um auch bei dem akuten Fachkräftemangel keinen Wildwuchs zuzulassen, wollen wir Bewertungen einführen, die, neben der Überprüfung der grundsätzlichen Eignung, auch einen informativen Charakter haben.
- In Zukunft soll es mehr Anrechnungsmöglichkeiten bei Weiterbildung geben, eine Variante wäre die Kombination mit der Berufsregistrierung.
- Die Grenzen zwischen Pflege, Betreuung und Sozialarbeiter_innen verschwimmen oft, daher braucht es klare Definitionen in einem Kompetenzkatalog für alle Berufe.
- Wir wollen den interdisziplinären Austausch stärken.
- Wir setzen uns für nachhaltige Kooperation mit anderen Ländern ein, um medizinische Fachkräfte gezielt einsetzen zu können.
- Eine Qualitätssicherung für Betreuungs- und Pflegepersonen – vor allem aus anderen Ländern – stellt eine deutliche Angebotsverbesserung für Klient_innen dar. In diesem Zusammenhang braucht es österreichweit einen einheitlichen Prozess zur Nostrifizierung und einen Leistungskatalog. Neben der Qualität der Leistung ist außerdem zu prüfen, ob diese auch ausreichend ist oder eine intensivere Betreuung bzw. Pflege notwendig ist.
- Um genau planen zu können, ist eine Bedarfserhebung notwendig, wie viele medizinische Fachkräfte wirklich fehlen und fehlen werden.
- Pflegeassistent_innen sollen diplomierte Pfleger_innen in Krankenhäusern entlasten, damit diese in Primärversorgungseinheiten tätig sein können.

c. Pflegende Angehörige

- Die Community Nurse (am besten eingebunden in Primärversorgungsnetzwerken) soll einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung und Unterstützung leisten. Noch bevor die Entscheidung gefallen ist, eine/n Angehörige/n zu pflegen, sollte der/die Angehörige aufgeklärt werden, was es eigentlich bedeutet eine/n Angehörige/n zu pflegen und was auf einen zukommt. Auf diese Weise könnte auch die Einstufung in die entsprechende Pflegestufe erfolgen und die Kommunikation soweit aufgebaut werden, dass die Familie für zukünftige Fragen eine Anlaufstelle hat.
- Die Community Nurse unternimmt Hausbesuche und berät vor Ort bzw. schätzt die Situation auf Versorgungssicherheit ein.
- Um rechtzeitig Hilfe zur Verfügung zu stellen, sollten Burnout-Checks routinemäßig angeboten werden.
- In Analogie zu den Selbsthilfegruppen soll eine unabhängige Interessenvertretung (Mitgliedschaft freiwillig) aufgebaut werden, die sich bei den zuständigen Behörden, Entscheidungsträgern und Organisationen für Anliegen einsetzen kann.

- Es braucht dringend eine Klärung der sozial-, haftungs- und arbeitsrechtlichen Fragen.
- Wir setzen uns für Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten ein, damit Wissensweitergabe möglich und zertifiziert ist. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, nach der pflegenden Tätigkeit wieder berufstätig zu sein.
- Um die Dunkelziffer pflegender Jugendlicher zu bekämpfen, sollen Anlaufstellen eingerichtet werden. Hier soll auch die Whistleblower-Einrichtung Abhilfe leisten.
- Ein Angebot an Peer-Beratung und Mentoring-Programmen soll geschaffen werden.
- Bei Pflege-Härtefällen, beispielsweise wenn pflegende Angehörige schwerbehinderte Kinder pflegen, muss die soziale Absicherung besser garantiert werden.

d. Prävention

- Es muss klare Verantwortlichkeiten für Prävention geben (Bund, Länder oder SV).
- Die Technologien des 21. Jahrhunderts bieten jegliche Formen der Unterstützung und können in Schulungen auch den Patient_innen soweit nähergebracht werden, dass sie damit umgehen können. Anzustreben ist ein mehr an Information über mögliche Präventionsmaßnahmen in einer Multichannel-Architektur. Dabei ist dafür zu sorgen, dass der unverzichtbare persönliche Kontakt nicht vernachlässigt wird.
- Präventionsberatung in Primärversorgungseinheiten soll einen neuen Berufszweig eröffnen
- Gesundheitsbewusstsein und Prävention muss bereits in Kindergärten und Schulen im Kindheitsalter erlernt werden. Umsichtige Bildung kann dem Informationsdefizit einer ganzen Generation vorbeugen.
- Eine umfassende Gesundheits- und Pflegeberatung sollte in Analogie zur Gesundenuntersuchung bzw. Vorsorgegespräch angeboten werden.
- Bei der Gestaltung des öffentlichen Raums ist darauf zu achten, dass sich ältere Menschen darin gefahrlos aufhalten können, z.B. Ruheplätze im Schatten.
- Beim Entlassungsmanagement ist vorzusorgen, dass Menschen nach einem Spitalaufenthalt nicht pflegebedürftig bleiben bzw. Bewusstsein für mögliche Herausforderungen geschaffen wird. Präventionspflege bedeutet auch Zuhause zu beraten, was an Unterstützung notwendig ist. Checklisten können zu großen Ersparnissen führen.

10. Danksagung

Ohne die inhaltlichen Beiträge bei den vielen Veranstaltungen in ganz Österreich und den vielen Gesprächen wäre dieser erfolgreiche Pflegeprozess mit diesen zahlreichen Erkenntnissen nicht möglich gewesen. Daher wollen wir stellvertretend für alle unabhängigen Expert_innen folgenden Personen sehr herzlich danken:

Ursula Frohner, Präsidentin,
Österreichischer Gesundheits- und
Krankenpflegeverband (ÖGKV)

Hermann Fuchs, BSc, MSc, Clinical
Research Coordinator

Markus Golla, IMC FH Krems,
Studiengangsleitung Gesundheits- &
Krankenpflege

Mag. (FH) Andreas Gruber,
Andreas Gruber Unternehmensberatung

Josef Haunschmid, 24StundenPfleger

Mag. Claudia Kastner-Roth,
Geschäftsführerin Medical-Update Media
und Marketing GmbH und „pflegenetz“

Andrea Kdolsky, Leiterin
des Pflegeprozesses und
Bundesministerin a. D.

Mag. Ingrid Konrad, Geschäftsführerin
Glücklich DAHEIM GmbH

Wolfgang Kugler, NEOS-plus Gruppe

Karin Leitner, MED.

Tatjana Masa-Charvat, DGKP, MSc, MBA

Judith Nachbaur, DGKP

Mag. Roland Nagel, MBA, Pflegeexperte
& Politologe, Diplomierter Gesundheits-
und Krankenpfleger

Susanne Pichler, DGKP,
Salzburg 24h Pflege OG

Mag. Elisabeth Pinter, DGKP,
Pflegewissenschaftlerin

Christian R. Plank, MSc, BSc, DGKP,
Advanced Practice Nurse, Integrierter
Versorgungsmanager, Lehrer für
Gesundheits- und Krankenpflege i.A.,
Gesundheits- und Krankenpflegeschule
Neunkirchen

Dieter Ponweiser,
Praxis für Wundmanagement

Mag. Marianne Raiger,
Landesvorsitzende des ÖGKV
Landesverband Steiermark

Mag. Silvia Rosoli, Abteilung
Gesundheitsberuferecht und
Pflegepolitik, AK Wien

Peter Schmitzer, NEOS-plus Gruppe

Martha Staudinger, BA MA

Prof. Dr. Harald Steindl, Senior
Research Fellow, Economica Institut für
Wirtschaftsforschung

Mag.^a Birgit Steuding, Akad. Lehrerin für
Gesundheits- und Krankenpflege, Schule
für allg. Gesundheits- und Krankenpflege
Wilhelminenspital

Sabine Stotschek, DGKP,
Salzburg 24h Pflege OG

Michael Tesar, DGKP (I),
Geschäftsführer

Monika Vodnyansky, NEOS-plus Gruppe

Barbara Wiesbauer-Kriser, MAS,
Leiterin Caritas Pflege Wien

Monika Wild, Rotes Kreuz, Leiterin der
Gesundheits- und sozialen Dienste

