

# Taskforce Pflege

Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von  
Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen

Ergebnisbericht

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



# Taskforce Pflege

Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Elisabeth Rappold  
Brigitte Juraszovich  
Sabine Weißenhofer  
Alice Edtmayer

Fachliche Begleitung:

Manfred Pallinger  
Margarethe Grasser

Projektassistenz:

Petra Groß

Wien, im Jänner 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Weißenhofer, Sabine; Edtmayer, Alice (2021): Taskforce Pflege, Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P 6/4/5200

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Kurzfassung

## Hintergrund

Demografische wie auch gesellschaftspolitische Entwicklungen führen zu strukturellen Änderungen im Bereich der Langzeitbetreuung und -versorgung älterer Menschen, insbesondere sind dies folgende:

- » zunehmende Anzahl an betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen sowie Erhöhung der Betreuungsintensität
- » Pflegepersonalmangel in Pflege- und Betreuungsberufen
- » Abnahme des innerfamiliären Pflegepotenzials und steigende Anforderungen an das staatliche Sozialsystem

Österreich hat ein sehr gutes System der Pflegevorsorge. Auch in Zukunft ist die Sicherstellung sowie der bedarfsgerechte Aus- und Aufbau an professionellen Pflegedienstleistungen zentrales Ziel. Pflegenden An- und Zugehörige werden weiter eine zentrale Rolle im Pflegesystem einnehmen, sie sind durch eine Reihe von Maßnahmen zu unterstützen und zu stärken.

Um eine hochwertige Betreuung und Pflege auch in Zukunft zu gewährleisten, wurden im Regierungsprogramm 2020–2024 „Aus Verantwortung für Österreich“ zahlreiche Maßnahmen zur zukünftigen Deckung des Bedarfs aufgegriffen. Um den vielfältigen Herausforderungen gerecht zu werden, ist die Zusammenarbeit vieler verschiedener Stakeholder notwendig.

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz startet mit der Einrichtung der „Taskforce Pflege“ einen Strategieprozess unter Einbindung der wesentlichen Stakeholder mit der Zielsetzung, das System der Langzeitbetreuung und -pflege weiterzuentwickeln und für die Menschen auch in Zukunft bedarfsgerechte Versorgung anzubieten.

## Methoden

Das Strategiepapier wird durch vier zentrale Elemente gespeist: die Dialogtour des Bundesministers sowie Einzelgespräche (dieser Prozessschritt wurde seitens des Ministeriums organisiert, die Unterlagen wurden der GÖG zur Verfügung gestellt), den digitalen Beteiligungsprozess (dieser wurde von der GÖG begleitet) sowie die Fachtagung. Darüber hinaus wurden Positions- und Strategiepapiere sowie aktuelle Studienergebnisse in der Erarbeitung der Zielsetzungen berücksichtigt. Begleitet wurden die Arbeiten von einer Steuerungsgruppe.

## Ergebnisse

Fünf prioritäre Themenfelder haben sich für die Pflegereform herauskristallisiert:

1. Verlässlichkeit in der Pflege und Betreuung und Sicherheit des Systems
2. Einsamkeit mindern und das Miteinander fördern
3. Die Leistung der Pflegenden durch angemessene Rahmenbedingungen anerkennen

4. Entlastung für pflegende Angehörige schaffen und Demenz begegnen
5. Vorausschauend planen und gestalten

Zu diesen Themenfeldern wurden insgesamt 17 Ziele formuliert, welche mit 64 Maßnahmenpaketen untermauert wurden.

### **Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion**

Die in diesem Ergebnisbericht dargestellten Ziele und Maßnahmenpakete bilden den Rahmen für die Weiterentwicklung und Zukunftssicherung des bestehenden Systems. Abhängig von den jeweiligen Zuständigkeiten können einzelne Maßnahmen durch den Bund umgesetzt werden, wiederum andere sind im Rahmen einer gemeinsamen Bund-Länder-Zielsteuerung (in Anlehnung an die Zielsteuerung-Gesundheit) zu bearbeiten und gemeinsam umzusetzen.

# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Abbildungen und Tabellen .....	VII
Abkürzungen.....	VIII
1 Einleitung .....	1
2 Verlässlichkeit in der Pflege und Betreuung und Sicherheit des Systems.....	8
2.1 Herausforderungen .....	8
2.2 Ziele und Maßnahmenpakete.....	8
Ziel 1 Das Versorgungssystem soll so gestaltet sein, dass Menschen dort gepflegt und betreut werden, wo die Bedürfnisse am besten erfüllt werden .....	8
Ziel 2 Orientierung und Transparenz schaffen und auf Lebensweltbezug achten .....	10
Ziel 3 Maßnahmen zur Weiterentwicklung der (Versorgungs-)Qualität werden nach österreichweit einheitlichen Vorgaben umgesetzt .....	11
2.3 Nutzen für die Bevölkerung .....	13
3 Einsamkeit mindern und das Miteinander fördern.....	15
3.1 Herausforderungen .....	15
3.2 Ziele und Maßnahmenpakete.....	16
Ziel 4 Stärken einer Sorge-Praxis / eines sorgenden Miteinanders in Österreich .....	16
Ziel 5 Ausbau von präventiven/gesundheitsfördernden Maßnahmen für Senioren/Seniorinnen, betreuungs- und pflegebedürftige Menschen sowie pflegende Angehörige .....	18
Ziel 6 Digitalisierung und technische Assistenz als Chance nutzen und ausbauen .....	19
3.3 Nutzen für die Bevölkerung .....	20
4 Die Leistung der Pflegenden durch angemessene Rahmenbedingungen anerkennen .....	21
4.1 Herausforderungen .....	21
4.2 Ziele und Maßnahmenpakete.....	21
Ziel 7 Attraktivieren der Berufsbilder mit Fokus auf die professionellen Pflege- und Betreuungsberufe .....	21
Ziel 8 Unterschiedliche Zielgruppen für Ausbildungen für berufliche Tätigkeit vorbereiten.....	23
Ziel 9 Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Ausübung der Berufe.....	25
4.3 Nutzen für die Bevölkerung .....	27
5 Entlastung für pflegende Angehörige schaffen und Demenz begegnen .....	28
5.1 Herausforderungen .....	28
5.2 Ziele und Maßnahmenpakete.....	28
Ziel 10 Unterstützung und Entlastung der betreuenden und pflegenden Angehörigen .....	28
Ziel 11 Umsetzen der Demenzstrategie .....	30
Ziel 12 Entlastung von Young Carers.....	32
Ziel 13 Entwicklung eines Modells von Community (Health) Nursing .....	33
Ziel 14 Palliative Care zur Unterstützung der Angehörigen und für einen längeren Verbleib zu Hause etablieren .....	33

5.3	Nutzen für die Bevölkerung.....	35
6	Vorausschauend planen und gestalten .....	36
6.1	Herausforderungen.....	36
6.2	Ziele und Maßnahmenpakete.....	36
	Ziel 15 Bündelung der bestehenden Finanzierungsströme und Ausbau einer nachhaltigen Finanzierung .....	36
	Ziel 16 Entwicklung einer koordinierten Gesamtsteuerung durch gemeinsame Steuerungs- und Planungsgrundlagen für Dienstleistungen in der Pflege .....	38
	Ziel 17 Überführen der Hospiz- und Palliativbetreuung in die Regelfinanzierung .....	39
6.3	Nutzen für die Bevölkerung.....	39
	Quellen .....	40



# Abbildungen

Abbildung 1.1:	Prozess Taskforce Pflege.....	2
Abbildung 1.2:	Themenbereiche in der Taskforce Pflege .....	3

# Tabellen

Tabelle 1.1:	Verlässlichkeit in der Pflege und Betreuung und Sicherheit des Systems .....	3
Tabelle 1.2:	Einsamkeit mindern und das Miteinander fördern .....	4
Tabelle 1.3:	Die Leistung der Pflegenden durch angemessene Rahmenbedingungen anerkennen .....	5
Tabelle 1.4:	Entlastung für pflegende Angehörige schaffen und Demenz begegnen .....	6
Tabelle 1.5:	Vorausschauend planen und gestalten.....	7

# Abkürzungen

AMS	Arbeitsmarktservice
BHS	Berufsbildende höhere Schulen
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
bzw.	beziehungsweise
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepflegerperson
d. h.	das heißt
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
etc.	et cetera
ev.	eventuell
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuKP	Gesundheits- und Krankenpflege
inkl.	inklusive
insb.	insbesondere
MP	Maßnahmenpaket
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
PA	Pflegeassistenz
PFA	Pflegfachassistenz
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter

# 1 Einleitung

Menschen unterschiedlichen Alters sind aufgrund von Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit auf die Unterstützung anderer angewiesen. Diese Unterstützung wird von Familien (An- und Zugehörigen), mobilen Diensten oder diversen (teil-)stationären Einrichtungen sowie der 24-h-Betreuung geleistet. Demografische wie auch gesellschaftspolitische Entwicklungen führen zu strukturellen Änderungen im Bereich der Langzeitbetreuung und -versorgung älterer Menschen, insbesondere sind dies folgende:

- » zunehmende Anzahl an betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen sowie Erhöhung der Betreuungsintensität
- » Abnahme des innerfamiliären Pflegepotenzials und steigende Anforderungen an das staatliche Sozialsystem
- » Pflegepersonalmangel in Pflege- und Betreuungsberufen

Österreich hat ein sehr gutes, wenngleich regional heterogenes System der Pflegevorsorge. Auch in Zukunft ist die Sicherstellung sowie der bedarfsgerechte Aus- und Aufbau an professionellen Pflegedienstleistungen zentrales Ziel. Pflegende An- und Zugehörige werden mittelfristig weiter eine zentrale Rolle im Pflegesystem einnehmen, sie sind durch eine Reihe von Maßnahmen zu unterstützen und zu stärken.

Um eine hochwertige Betreuung und Pflege auch in Zukunft zu gewährleisten, wurden im Regierungsprogramm 2020–2024 „Aus Verantwortung für Österreich“ zahlreiche Maßnahmen zur zukünftigen Deckung des Bedarfs aufgegriffen. Um den vielfältigen Herausforderungen gerecht zu werden, ist die Zusammenarbeit vieler verschiedener Stakeholder notwendig.

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) startete mit der Einrichtung der Taskforce Pflege einen Strategieprozess unter Einbindung der wesentlichen Stakeholder mit der Zielsetzung, das System der Langzeitbetreuung und -pflege weiterzuentwickeln und für die Menschen auch in Zukunft bedarfsgerechte Versorgung anzubieten.

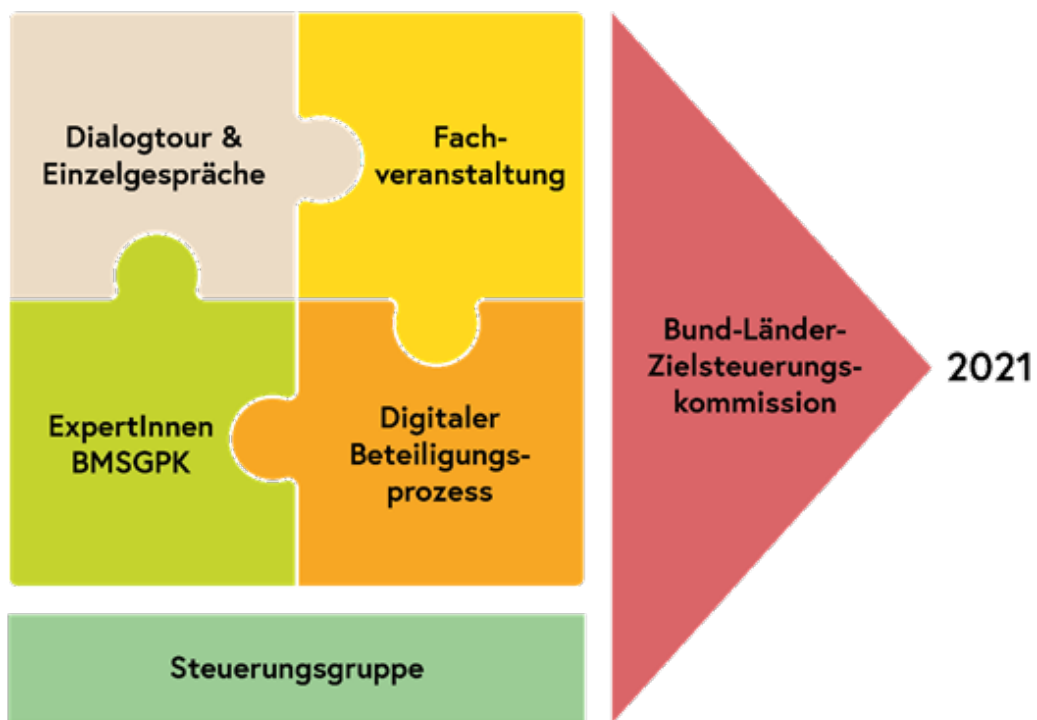
Ziel der Arbeiten im Rahmen der Taskforce Pflege ist die Ausarbeitung eines strategischen Plans mit Zielen und Maßnahmen für jene Themenfelder, die für Betroffene und deren Angehörige, Pflegepersonen und Expertinnen/Experten und die Öffentlichkeit von prioritärer Relevanz sind. Um diese Themenfelder zu ermitteln, wurde ein breiter Prozess angesetzt. Dieser besteht aus vier zentralen Elementen: der Dialogtour des Bundesministers sowie Einzelgesprächen (dieser Prozessschritt wurde seitens des Ministeriums organisiert), der Fachexpertise im BMSGPK, dem digitalen Beteiligungsprozess (wurde von der GÖG begleitet) sowie der Fachtagung, die am 20. 10. 2020 stattfand. Darüber hinaus sind Positions- und Strategiepapiere sowie aktuelle Studienergebnisse in den Diskussionsprozess eingeflossen. Begleitet wurden die Arbeiten von einer Steuerungsgruppe.

Das partizipative Vorgehen unterstützt den Informations- und Erfahrungsaustausch, erzeugt ein Verständnis für andere Meinungen und trägt zu einem Interessenausgleich bei. Die Akzeptanz,

Qualität und Transparenz der getroffenen Entscheidungen wird ebenso wie die der Ergebnisse erhöht. Allerdings können die Erwartungen der Beteiligten enttäuscht werden, insbesondere wenn der Gestaltungsspielraum eingeschränkt ist oder konkurrierende Vorstellungen einem Konsens zugeführt werden müssen. Auch lassen sich die eingebrachten Partikularinteressen nicht immer in eine Gruppenperspektive einbinden, was ebenfalls zu Enttäuschung und Frustration führen kann. Insbesondere da die Themen in der Taskforce Pflege sehr breit gestreut sind, können nicht zu allen Bereichen Rückkopplungsschleifen zwischen politisch Verantwortlichen und Beteiligten umgesetzt werden, um einen Interessenausgleich herzustellen. Zudem werden die vorliegenden, partizipativ erarbeiteten Vorschläge noch der politischen Meinungsbildung unterzogen.

Bisher wurden die erarbeiteten Maßnahmen mit den Landessozialreferenten/-referentinnen (16. 11. 2020) und dem Städte- und Gemeindebund (20. 11. 2020) sowie der Steuerungsgruppe (30. 11. 2020) diskutiert. Am 3. 12. 2020 wurden sie im Arbeitskreis Pflegevorsorge vorgestellt.

Abbildung 1.1:  
Prozess Taskforce Pflege



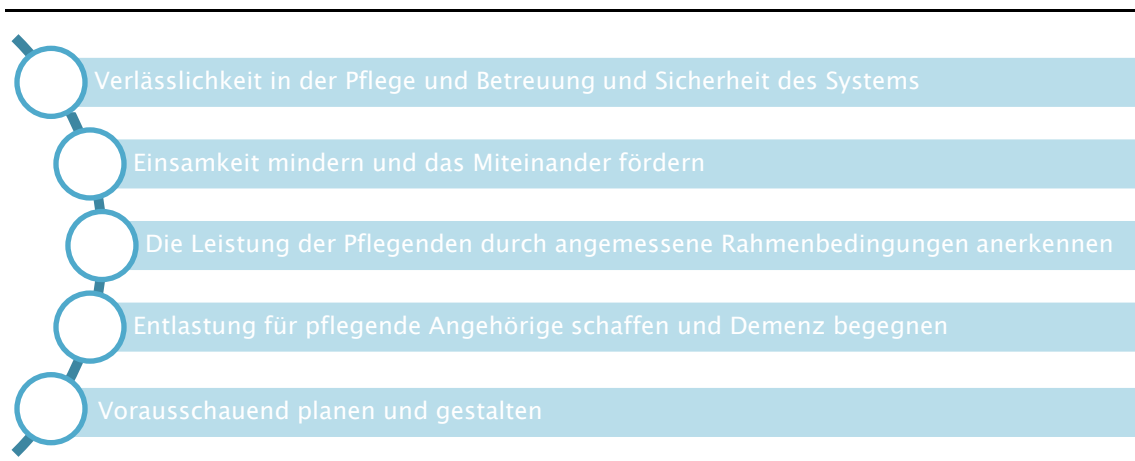
Quelle: Sozialministerium

### *Erarbeitete Themenfelder*

Die Rückmeldungen wurden zu **fünf Themenfeldern** zusammengefasst, denen jeweils **Ziele** zugeordnet werden können, welche sich aus der Umfrage, insbesondere aus den Vorschlägen zur Optimierung des bestehenden Systems, ableiten lassen. In der Folge wurden diese Themenfelder in

**Arbeitsgruppen** unter Einbeziehung weiterer Stakeholder bearbeitet und weiterentwickelt, für die Fachtagung aufbereitet und im Rahmen der Tagung breit diskutiert; dazu wurden auch Umsetzungsmaßnahmen erarbeitet.

Abbildung 1.2:  
Themenbereiche in der Taskforce Pflege



Quelle: GÖG

## 5 Themenfelder, 17 Ziele, 63 Maßnahmenpakete

Tabelle 1.1:  
Verlässlichkeit in der Pflege und Betreuung und Sicherheit des Systems

Verlässlichkeit in der Pflege und Betreuung und Sicherheit des Systems	
<b>Ziel 1</b>	<b>Das Versorgungssystem soll so gestaltet sein, dass Menschen dort gepflegt und betreut werden, wo die Bedürfnisse am besten erfüllt werden.</b>
MP 1	Weiterentwicklung bestehender und Schaffung neuer Angebote in allen Settings (beginnend bei den mobilen Diensten über die 24-h-Betreuung bis hin zu (teil-)stationären Angeboten)
MP 2	Einführen eines österreichweit vergleichbaren systematischen Case Managements
MP 3	Digitalisierung und technische Assistenzen werden als Unterstützungsmöglichkeiten vermehrt eingesetzt.
<b>Ziel 2</b>	<b>Orientierung und Transparenz schaffen und auf Lebensweltbezug achten</b>
MP 4	Angebote werden transparent und vergleichbar dargestellt.
MP 5	Regionen- und bundeslandübergreifende koordinierte und abgestimmte Bedarfsplanung und Versorgung wird in Aussicht genommen.
<b>Ziel 3</b>	<b>Maßnahmen zur Verbesserung der (Versorgungs-)Qualität werden weiterentwickelt und umgesetzt.</b>
MP 6	Das Pflegegeld-System wird weiterentwickelt und an Veränderungen angepasst, auch für Menschen mit Behinderungen.
MP 7	Rund um das Pflegegeld werden Hürden für die Bevölkerung reduziert und Prozesse verbessert.
MP 8	Die Qualität in der Langzeitpflege und -betreuung weiterentwickeln und sichern
MP 9	(Zahn-)Ärztliche, therapeutische und pflegerische Versorgung in allen Versorgungsbereichen gewährleisten
MP 10	Qualitätssichernde Maßnahmen in allen Versorgungsbereichen (insb. in der 24-h-Betreuung) in verwaltungsökonomischer Art und Weise ausbauen
MP 11	Ausbau und berufsgruppenübergreifende Anwendung elektronischer Kommunikations- und Dokumentationssysteme

Darstellung: GÖG

Tabelle 1.2:  
Einsamkeit mindern und das Miteinander fördern

<b>Einsamkeit mindern und das Miteinander fördern</b>	
<b>Ziel 4</b>	<b>Stärken einer Sorge-Praxis / eines sorgenden Miteinanders in Österreich</b>
MP 12	Stärkung des sozialen Zusammenhalts und des sozialen Engagements
MP 13	Entwicklung von gemeinwesenorientierten Angeboten im Sinne von Caring Communities / Sorgenetzwerken / Nachbarschaftshilfe
MP 14	Sensibilisierung der Gesellschaft für das Thema Einsamkeit und Mobilisation zu einem breiten Bündnis gegen Einsamkeit
MP 15	Unterstützung und Ausbau des freiwilligen Engagements als Teil sorgender Netzwerke
MP 16	Einsatz digitaler Angebote zur Förderung des sozialen Zusammenhalts und zur Minderung von Einsamkeit
<b>Ziel 5</b>	<b>Ausbau von präventiven/gesundheitsfördernden Maßnahmen für Senioren/Seniorinnen, betreuungs- und pflegebedürftige Menschen sowie pflegende Angehörige</b>
MP 17	Abgestufter und niederschwelliger Ausbau von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten für Senioren/Seniorinnen, betreuungs- und pflegebedürftige Menschen sowie pflegende Angehörige
MP 18	Präventive Hausbesuche werden niederschwellig und bestmöglich in die lokale Versorgungslandschaft integriert; Schaffung niederschwelliger, lokaler Zugänge und integrierte Umsetzung aufsuchender Konzepte wie präventiver Hausbesuche
<b>Ziel 6</b>	<b>Digitalisierung und technische Assistenz als Chance nutzen und ausbauen</b>
MP 19	Einsatz digitaler Assistenzsysteme zur Förderung eines sicheren und selbstbestimmten Lebens (zu Hause)
MP 20	Ausbau verstärkt anwenderorientierter Forschung und Praxiserprobung zu Digitalisierung und technischen Assistenzsystemen

Darstellung: GÖG

Tabelle 1.3:

## Die Leistung der Pflegenden durch angemessene Rahmenbedingungen anerkennen

<b>Die Leistung der Pflegenden durch angemessene Rahmenbedingungen anerkennen</b>	
<b>Ziel 7</b>	<b>Attraktivieren der Berufsbilder mit Fokus auf die professionellen Pflege- und Betreuungsberufe</b>
MP 21	Pflege- und Betreuungsberufe bekannt machen, ihr Image verbessern und ihre Attraktivität steigern
MP 22	Konsequentes Umsetzen (z. B. Weiterverordnung § 15a GuKG) und Weiterentwickeln von Aufgaben der Pflege- und Betreuungsberufe zu einer verbesserten Versorgung der Bevölkerung in allen Settings
MP 23	Durch Kompetenz- und Karriereentwicklung lebensphasengerechtes Arbeiten ermöglichen und Berufsverweildauer erhöhen
<b>Ziel 8</b>	<b>Unterschiedliche Zielgruppen für Ausbildungen für Pflege- und Betreuungsberufe motivieren und auf die berufliche Tätigkeit vorbereiten</b>
MP 24	Arbeitsmarktpolitische, strukturelle und finanzielle Anreize werden gesetzt, um Berufsein-, Um- und Wiedereinsteiger/-innen verschiedener Zielgruppen für die Ausbildungen zu gewinnen
MP 25	Ausländischem Personal den Berufseinstieg erleichtern (Erstausbildung, Nostrifikation, Anerkennung)
MP 26	Die praktische Ausbildung wird professionalisiert, damit die Auszubildenden befähigt werden, ihre beruflichen Aufgaben wahrzunehmen.
MP 27	Interprofessionalität in der Ausbildung zwischen verschiedenen Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen wird gefördert.
MP 28	Aus-, Fort- und Weiterbildungen werden flexibel und modular gestaltet, auf Anrechenbarkeit und Durchlässigkeit wird geachtet.
<b>Ziel 9</b>	<b>Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Ausübung der Berufe</b>
MP 29	Maßnahmen zur finanziellen und fachlichen Attraktivierung (Anerkennung) der Pflege- und Betreuungsberufe werden getroffen.
MP 30	Die Arbeitsbedingungen sind so zu gestalten, dass Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zufriedenstellend organisiert werden kann.
MP 31	Erarbeiten einheitlicher Rahmenvorgaben für Personalbedarfsberechnungen mit dem Ziel einer qualitätsvolleren Pflege und Betreuung sowie Entlastung der Pflege- und Betreuungskräfte
MP 32	Festlegen eines Leistungskataloges für die freiberufliche/niedergelassene Pflege zur Abrechnung mit den Krankenversicherungsträgern (inkl. vertraglicher Regelung)

Darstellung: GÖG

Tabelle 1.4:

## Entlastung für pflegende Angehörige schaffen und Demenz begegnen

<b>Entlastung für pflegende Angehörige schaffen und Demenz begegnen</b>	
<b>Ziel 10</b>	<b>Unterstützung und Entlastung der betreuenden und pflegenden Angehörigen</b>
MP 33	Angehörige einbinden und bedarfsgerecht unterstützen: begleitende und aufsuchende Unterstützung und Beratung österreichweit anbieten und regionale Anlaufstellen zur Information und Beratung schaffen
MP 34	Leistungsfähige Entlastungsangebote schaffen
MP 35	Psychosoziale Unterstützungsangebote leistbar anbieten
MP 36	Finanzielle Absicherung ausweiten und Vereinbarkeit von Pflege und Beruf unterstützen
<b>Ziel 11</b>	<b>Umsetzen der Demenzstrategie</b>
MP 37	Stärkere und systematische Einbindung der betroffenen Menschen in die Planung und Umsetzung
MP 38	Förderung der Früherkennung und österreichweite Schaffung von frühen Unterstützungsangeboten durch individuelle Begleitung nach der Diagnose (post-diagnostic support)
MP 39	Österreichweit einheitliche Rahmenbedingungen (z. B. Leitlinien) für die Versorgung und Unterstützung (Grundprinzipien eines ganzheitlichen Versorgungspfades unter Berücksichtigung von sozialer und psychischer Unterstützung) definieren
MP 40	Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Demenz und Abbau des Stigmas
MP 41	Förderung von demenzsensiblen Umfeld, Gemeinden und Regionen und Miteinbeziehungen von Vereinen und Ehrenamtlichen (Demenz-Netzwerke)
<b>Ziel 12</b>	<b>Entlastung von Young Carers</b>
MP 42	Rechtliche Verankerung der Unterstützung von pflegenden Kindern und Jugendlichen
MP 43	Identifizierung betroffener pflegender Kinder in ihrer unmittelbaren Umgebung durch lebensweltnahe Kontaktpersonen, z. B. an Schulen oder durch Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich
MP 44	Entwicklung eines verpflichtenden Moduls zum Thema Young Carers für pädagogische Berufe und soziale Berufe
MP 45	Altersgerechte Aufklärungs- und Informationsangebote über zielgruppenspezifische Medien (Soziale Medien, Apps etc.)
MP 46	Pflegerische Unterstützung im Alltag und Entwicklung von kinder- und familienorientierten Hilfsprogrammen
<b>Ziel 13</b>	<b>Entwicklung eines Modells von Community (Health) Nursing</b>
MP 47	Entwicklung eines österreichweiten einheitlichen Modells mit Qualitätskriterien und auf der Basis von praktischen Erfahrungen
MP 48	Vernetzung mit vorhandenen Angeboten
<b>Ziel 14</b>	<b>Palliative Care zur Unterstützung der Angehörigen und für einen längeren Verbleib zu Hause etablieren</b>
MP 49	Österreichweiter Ausbau der multiprofessionellen mobilen Hospiz- und Palliativbetreuung und Erweiterung der Leistungen und Etablierung von Palliative Care in der Basisversorgung
MP 50	Ausbau der Etablierung von Advanced Practice Nurses (APN) Palliative Care
MP 51	Vorausschauende Versorgungsplanung mit Betroffenen und Angehörigen zu Hause einführen
MP 52	Entlastungsangebote und Anleitungen/Schulungen für pflegende Angehörige („Letzte Hilfe“) zu Hause und für die 24-Stunden-Betreuung

Darstellung: GÖG



Tabelle 1.5:  
Vorausschauend planen und gestalten

<b>Vorausschauend planen und gestalten</b>	
<b>Ziel 15</b>	<b>Bündelung der bestehenden Finanzierungsströme und Ausbau einer nachhaltigen Finanzierung</b>
MP 53	Analyse der jetzigen Finanzierungsströme, insb. deren Wechselwirkungen und Auswirkungen auf die Nutzer/-innen
MP 54	Entwicklung einer Gesamtstrategie mit Bund und Ländern: Definition von bundesweiten (innovativen) Zielvorgaben und Standards für das Pflegesystem unter Einbeziehung von Kriterien für Gesundheitsförderung, Prävention, Lebensqualität
MP 55	Entwicklung/Definition von systemrelevanten Kriterien zur Verteilung der Mittel auf Bundesländer (z. B. strukturelle Qualität wird erhöht, Verbesserungen für Pflegepersonal und Personalentwicklung etc.)
MP 56	Bündelung der jetzigen Finanzmittel (erst nach Abschluss dieser notwendigen Vorarbeiten) z. B. im Pflegefonds
<b>Ziel 16</b>	<b>Entwicklung einer koordinierten Gesamtsteuerung durch gemeinsame Steuerungs- und Planungsgrundlagen für Dienstleistungen in der Pflege</b>
MP 57	Definition eines Leistungskataloges mit einheitlichen Begriffen und Leistungen als Grundlage für die Entwicklung eines Rahmen-Tarifsystems
MP 58	Definition einer einheitlichen Kostenstruktur – basierend auf Qualitätsindikatoren
MP 59	Schaffung von Strukturen zur Qualitätssicherung
MP 60	Koordinierte abgestufte Steuerung und Planung auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene
MP 61	Österreichweit regionale Anlaufstellen für Pflege installieren: multiprofessionell, auch aufsuchende Dienste, Erhebung von Bedarfen und Ermittlung von Grundlagen für Planung und Steuerung
<b>Ziel 17</b>	<b>Überführen der Hospiz- und Palliativbetreuung in die Regelfinanzierung</b>
MP 62	Entwicklung eines österreichweiten einheitlichen Finanzierungskonzeptes aufbauend auf den bestehenden Systemen unter Berücksichtigung von Bedarf und Qualitätskriterien
MP 63	Sicherung von flächendeckender und wohnortnaher Versorgung im stationären und mobilen Bereich

Darstellung: GÖG

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den fünf Themenfeldern im Detail beschrieben. Dabei werden zunächst die Herausforderungen skizziert, dann die verfolgten Ziele mit den entsprechenden Maßnahmen beschrieben. Den Abschluss stellt ein Blick auf den Nutzen für die Bevölkerung dar.

## 2 Verlässlichkeit in der Pflege und Betreuung und Sicherheit des Systems

Österreichweit einheitliche Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege und -betreuung sowie die Weiterentwicklung des Pflegegeldsystems ermöglichen Menschen in Österreich, dort gepflegt und betreut zu werden, wo es ihren Bedürfnissen entspricht.

### 2.1 Herausforderungen

Menschen unterschiedlichen Alters sind aufgrund von Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit auf die Unterstützung anderer angewiesen. Diese Unterstützung wird von Familien (An- und Zugehörigen), mobilen Diensten oder diversen (teil-)stationären Einrichtungen sowie der 24-h-Betreuung geleistet. Im kommenden Jahrzehnt wächst der Unterstützungsbedarf allein aufgrund der demografischen Entwicklung. Daher sind die Weiterentwicklung und der Ausbau der Angebote notwendig. Aber auch die Erwartungen und Präferenzen der Bevölkerung verändern sich: Gesünder bleiben, zu Hause leben, nicht auf die Unterstützung von An- und Zugehörigen angewiesen sein, das eigene Leben individuell gestalten und bestimmen, sind die Vorstellungen der Bevölkerung.

In Österreich gibt es eine große Palette an Angeboten, aber diese sind häufig nicht regional oder niederschwellig genug, nicht bekannt, können nicht gefunden werden oder sie sind für ausgewählte Zielgruppen zu unspezifisch. In den nächsten Jahren gilt es die Pflege- und Betreuungsangebote so zu gestalten, dass Menschen dort gepflegt und betreut werden, wo es für sie am besten passt. Dazu müssen mehrere Bedingungen erfüllt werden: Die Angebote sind so zu gestalten, dass sie den Vorstellungen der Bevölkerung entsprechen, das bedeutet, sich in der Entwicklung am Interesse und am Willen der Bevölkerung zu orientieren, Eigeninitiativen und Selbsthilfe systematisch zu unterstützen, sich auf Ressourcen zu konzentrieren und durch eine zielgruppen- und bereichsübergreifende Herangehensweise in den Vordergrund zu rücken und verstärkt auf die Weiterentwicklung der Qualität zu achten.

### 2.2 Ziele und Maßnahmenpakete

**Ziel 1 Das Versorgungssystem soll so gestaltet sein, dass Menschen dort gepflegt und betreut werden, wo die Bedürfnisse am besten erfüllt werden**

*M. 1 Weiterentwicklung bestehender und Schaffung neuer Angebote in allen Settings (beginnend bei den mobilen Diensten über die 24-h-Betreuung bis hin zu (teil-)stationären Angeboten)*

Ziel ist die Weiterentwicklung bzw. der Ausbau der bestehenden Versorgungsangebote entsprechend der epidemiologischen, demografischen und lokalen/regionalen Bedarfe/Vorstellungen der Bevölkerung, um so aufeinander abgestimmte Angebote und Dienstleistungen anzubieten. Auch für spezielle Zielgruppen, für die derzeit ebenfalls Versorgungslücken bestehen (z. B. neurologische Langzeitpflege, psychisch kranke Menschen, langzeitbeatmete Menschen, junge Pflegebedürftige nach Unfällen oder chronisch kranke Kinder) werden Angebote geschaffen. Das bedeutet, dass Strukturen, Prozesse, Abläufe und Angebote überarbeitet und an die Veränderungen und speziellen Zielgruppen angepasst werden. In diesem Zusammenhang sind auch die Kostenbeiträge als Steuerungsinstrument im Sinne einer erleichterten Inanspruchnahme einer Prüfung zu unterziehen.

Dies umfasst die Erhöhung des Ausbaugrades der **mobilen Dienste** insbesondere im Hinblick auf niederschwellige und leistbare Unterstützungsangebote, kurzfristige Angebote für Not- und Krisenfälle, mehrstündige Angebote, Angebote zu Tagesrandzeiten, weniger fragmentierte Angebote (vor dem Hintergrund einer ganzheitlichen Versorgung und Bezugspflege) sowie eine Ausweitung für spezielle Zielgruppen sowie Angebote, die die Gesundheitskompetenz der zu Hause lebenden Menschen stärken und Angehörige entlasten. Verstärkt werden nicht-medizinische Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung ihres Wohlbefindens vermittelt.

Angestrebt wird auch eine Ausweitung der Angebote bzw. der Diversität der Angebote in der **(teil-)stationären Langzeitversorgung** (beispielsweise: alternative Wohnformen im Alter, alternative Pflegeumgebungen (Stichwort: Greenfarm-Modell), abgestufte Versorgungsmodelle für (psycho-)geriatrische Klientel, betreutes Wohnen plus, mobile gerontopsychiatrische Dienste, teilstationäre Angebote an Wochenenden, zu Tagesrandzeiten, Angebote für Menschen mit Behinderungen oder für älter werdende Eltern mit Pflegeverantwortung und für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen usw.).

Einer Fragmentierung der Dienstleistungserbringung wird entgegengewirkt. Regelungen, Rahmenbedingungen und Schutzmaßnahmen (beispielsweise die Gründung von Anlaufstellen für 24-h-Betreuer/-innen in Wien, Linz und Graz im Rahmen des Projektes CuraFAIR) im **Bereich der 24-h-Betreuung** sollen geprüft und angepasst werden. So sind u. a. Überlegungen anzustellen darüber, wo und in welchem Ausmaß 24-h-Betreuer/-innen eingesetzt werden können, wie eine systematische Verschränkung der mobilen bzw. (teil-)stationären Angebote mit der 24-h-Betreuung erfolgen kann bzw. welche alternativen Möglichkeiten zu schaffen sind.

Ein Thema ist auch die Schaffung von **Entlastung für Eltern von Menschen mit Behinderungen**, z. B. durch wohnortnahe Wohnmöglichkeiten zur Entlastung der Eltern „bis zuletzt“, aber auch bei erhöhtem Pflege- und Unterstützungsbedarf der Menschen selbst. Ziel ist es, allen Menschen zu ermöglichen, dort alt zu werden, wo man gelebt hat – daher sind vor allem für den Fall, dass Eltern von Menschen mit Behinderungen selbst pflegebedürftig werden, wohnortnahe Wohngruppen und Wohnmöglichkeiten vorzusehen. So soll sichergestellt werden, dass die zu pflegenden Kinder nach dem Tod ihrer pflegenden Eltern gesicherte Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten haben. Dazu sind internationale Beispiele zu erheben.

### *M. 2 Einführen eines österreichweit vergleichbaren systematischen Case Managements*

Mit der Einführung eines fachlich kompetenten – organisationsunabhängigen – **Case Managements** wird das Ziel verfolgt, Betroffene zu befähigen, eine für sie passende Entscheidung in Bezug auf Pflege- und Betreuungsangebote zu treffen. Diese Case Manager/-innen bzw. Pflegelotsinnen/-lotsen haben dabei das Versorgungsangebot – inkl. Gesundheitsförderung und Prävention – im Blick; digitale Beratungselemente unterstützen das persönliche Gespräch. Bestehende Angebote (z. B. die Pflegedrehscheibe in der Steiermark) können dafür als Modelle dienen.

### *M. 3 Digitalisierung und technische Assistenzen werden als Unterstützungsmöglichkeiten vermehrt eingesetzt.*

Es sind Grundlagen zu schaffen, damit ein verstärkter Einsatz von **Telemonitoring, Telecare, smart living, technischen Assistenzsystemen** usw. in allen Bereichen möglich wird. Dazu erfolgt eine systematische Auseinandersetzung mit fachlichen, ethischen und rechtlichen Fragen. Digitalisierung darf nicht ausschließend wirken; der Fokus liegt auf Tandemlösungen (Technik und persönlicher Kontakt). Ein Leistungsspektrum für digitale Angebote wird erstellt. Bereits etablierte Erleichterungen wie die patientenindividuelle Arzneimittelverblisterung sind flächendeckend umzusetzen. Die Digitalisierung, technische Assistenzsysteme, Telecare und Telemedizin werden systematisch ausgeweitet (⇒ Schnittstelle Digitalisierung). Eine nationale Kompetenzstelle zur Digitalisierung und technischen Assistenz sowie Anwender- und Forschungszentren werden etabliert, Maßnahmen zur Förderung der Akzeptanz entwickelt und umgesetzt.

## **Ziel 2 Orientierung und Transparenz schaffen und auf Lebensweltbezug achten**

Menschen suchen Orientierung im System. Aufgrund der Angebotsvielfalt und der unterschiedlichen Zuständigkeiten von Behörden, Institutionen, Anbietern, Kostenträgern können sich Betroffene und An- und Zugehörige oft nur schwer im System orientieren, finden die entsprechenden Informationen nicht oder können diese nicht entsprechend einordnen. Lebensentwürfe tragen dazu bei, dass Familien in unterschiedlichen Bundesländern leben und damit mit unterschiedlichen Systemen konfrontiert sind. Eine regionenübergreifende Versorgung ist derzeit nicht vorgesehen. Ziel soll sein, Orientierung zu schaffen und einen Rahmen festzulegen, um zu einer koordinierten und abgestimmten Bedarfsplanung zu kommen und Bezirks- und Bundesländergrenzen (z. B. bei der Vergabe von Heimplätzen) zu überwinden.

### *M. 4 Die Angebote werden transparent und vergleichbar dargestellt.*

Informationen zu den Betreuungs- und Pflegeangeboten werden für die Bevölkerung verständlich dargestellt. Potenzielle Nutzer/-innen werden in die Erarbeitung eingebunden, einheitliche Kriterien definiert und eine Abstimmung zwischen den Bundesländern herbeigeführt. Mittels Informationsplattform werden die Angebote transparent dargestellt.

*M. 5 Regionen- und bundeslandübergreifende koordinierte und abgestimmte  
Bedarfsplanung und Versorgung wird in Aussicht genommen.*

Österreichweit werden **einheitliche Rahmenbedingungen/Mindestanforderungen in der Langzeitpflege und -betreuung** erarbeitet und implementiert. Bedarfsplanungen sollen so gestaltet sein, dass auf lokale und regionale Bedarfe flexibel reagiert wird und gleichzeitig eine bundeslandübergreifende Zusammenführung möglich ist. Die Möglichkeit einer überregionalen und bundeslandübergreifenden Vergabe von Heimplätzen wird geschaffen. Die verschiedenen Angebote werden stärker miteinander verschränkt/modularisiert, damit Menschen einfach und bedarfsorientiert jene Angebote in Anspruch nehmen können, welche in der jeweiligen Lebenssituation passend sind. Grundlage einer österreichweiten Bedarfsplanung ist ein systematisches Datenmanagement (das beinhaltet den Aufbau von Registern sowie die Erweiterung der Pflegedienstleistungsstatistik) unter Berücksichtigung des Datenschutzes.

**Ziel 3 Maßnahmen zur Weiterentwicklung der (Versorgungs-)Qualität werden nach österreichweit einheitlichen Vorgaben umgesetzt.**

Das Pflegegeld stellt eine wichtige Säule der österreichischen Pflegevorsorge dar. Ziel ist es, das Pflegegeldsystem so weiterzuentwickeln, dass es im nächsten Jahrzehnt ein **stabiler und zuverlässiger Faktor der Pflegevorsorge** bleibt. Dazu gilt es, den Betreuungs- und Pflegeaufwand bei der Einstufung (insb. bei Demenz) zu prüfen und zu verbessern und ebenso zu prüfen, wie reaktivierende und ressourcenorientierte Zugänge gefördert und berücksichtigt werden können und ob und wie eine verbesserte Objektivität der Einstufung sichergestellt werden kann. In diesem Zusammenhang sind Maßnahmen der Qualitätsverbesserung in allen Themenbereichen zu berücksichtigen.

*M. 6 Das Pflegegeld-System wird weiterentwickelt und an Veränderungen  
angepasst, auch für Menschen mit Behinderungen.*

Die Grundlage für eine jährliche laufende Valorisierung zur Inflationsabgeltung des Pflegegeldes wurde geschaffen. Das Pflegegeldsystem / die Einstufungsverordnung wird auf die **Trefferbarkeit für spezielle Zielgruppen** (insb. Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung, Menschen mit Behinderungen – Menschen mit Lernschwierigkeiten, psychischen Beeinträchtigungen und dualen Sinnesbehinderungen –, psychisch kranke und chronisch kranke Menschen, Kinder und Jugendliche, junge Erwachsene) in Hinblick auf Zuschläge z. B. für die Pflege zu Hause – auch unter Verwendung bestehender Einschätzungsinstrumente – adaptiert. In diesem Zusammenhang ist ein wichtiger Beitrag die Erhöhung des Erschwerniszuschlages bei der Pflegegeldeinstufung. Die geltende Regelung mit 25 Stunden entspricht zu wenig der besonderen Belastung, die durch diese Beeinträchtigung bei den pflegenden Angehörigen entsteht. Der zugrunde liegende Pflegebedürftigkeitsbegriff wird vor dem Hintergrund neuer Erkenntnisse (z. B. Maßnahmen zur Verhinderung der Pflegeabhängigkeit) kritisch reflektiert. Reaktivierende und ressourcenorientierte Zugänge sollen berücksichtigt werden. Der Begutachtungsprozess wird kritisch hinterfragt und angepasst; ebenfalls zu prüfen sind Maßnahmen der Qualitätssicherung und -verbesserung (ab Erstbegutachtung). Der Inklusionsfonds wird aus Geldmitteln des Bundes (diverser Ministerien), der Länder, der

SV-Träger und des Arbeitsmarktservices nach dem Vorbild von fit2work gespeist. In diesem Rahmen können Maßnahmen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention finanziert werden.

*M. 7 Rund um das Pflegegeld werden Hürden für die Bevölkerung reduziert und Prozesse verbessert.*

Die Begutachtung und Wiederholungsgutachten werden verstärkt von Pflegekräften durchgeführt. Der Gang zu Gericht ist gerade für ältere Menschen mit besonderen Belastungen verbunden. Grundlagen bzw. Kriterien, Prozess und Instrumentarium der Begutachtung sind zu verbessern, ebenso die Ausbildung der Gutachter/-innen, deren Unterstützung sowie die Vorbereitung und das Eingehen auf die Begutachteten.

*M. 8 Die Qualität in der Langzeitpflege und -betreuung weiterentwickeln und sichern*

Menschen, die Dienstleistungen in der Langzeitpflege und -betreuung in Anspruch nehmen, sollen darauf vertrauen können, dass diese qualitätsgesichert und leistbar angeboten werden. Die **Dienstleistungen sind treff- und zukunftsicher** und nach Möglichkeit ergebnisorientiert und evidenzbasiert. Der Austausch zwischen den politischen Entscheidungsträgerinnen/-trägern, den Kostenträgerinnen/-trägern, den Leistungsanbieterinnen/-anbietern, den Betroffenen (zu Pflegenden und deren An- und Zugehörige) sowie den Interessenvertretungen wird gefördert und eine Diskussion über Qualitätskriterien, Indikatoren und Methoden geführt. Klare Qualitätskriterien werden erarbeitet, diese fördern transparente Entscheidungsprozesse und ermöglichen die Sicherung und eine systematische Weiterentwicklung der Langzeitpflege und -betreuung.

*M. 9 (Zahn-)Ärztliche, therapeutische und pflegerische Versorgung in allen Versorgungsbereichen gewährleisten*

Es sind Maßnahmen auf rechtlicher, finanzieller und fachlicher Ebene zu setzen, damit Patientinnen/Patienten, Bewohner/-innen bzw. Klientinnen/Klienten in allen Versorgungsbereichen die notwendige (zahn-)ärztliche, therapeutische und pflegerische Versorgung erhalten – beispielsweise durch eine **nationale Strategie** zur (zahn-)ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung in Pflegeheimen oder im Behindertenbereich.

Diskutiert und geklärt wird das Thema Shared Management bzw. wechselnde Fallführung im Rahmen der **multiprofessionellen Zusammenarbeit** sowie die Etablierung multiprofessioneller Teams: u. a. Sozialarbeiter/-innen, Psychologinnen/Psychologen, medizinisch-technische Dienste, Sozialbetreuungsberufe, spezialisierte Pflegepersonen (advanced practice nurses), Mediatoren/Mediatorinnen sowohl stationär als auch mobil, z. B. mobile Ambulanzen und (Fach-)Arztbusse zur Diagnostik und Therapie. Die Kooperation zwischen den Berufsgruppen wird gestärkt.

*M. 10 Qualitätssichernde Maßnahmen in allen Versorgungsbereichen (insb. in der 24-h-Betreuung) in verwaltungsökonomischer Art und Weise ausbauen*

Die Weiterentwicklung von Qualität dient der Sicherung einer qualitativ hochstehenden Pflege und Betreuung in allen Bereichen der Versorgung. Dazu ist es wichtig, dass es zur Entwicklung einer

Fehler-/Sicherheitskultur kommt und dass das System lernt und sich dadurch verbessert. Daher ist es notwendig, **qualitätssichernde Maßnahmen**, beginnend bei der 24-h-Betreuung bis zu hochspezialisierten Bereichen, einzuführen und konsequent umzusetzen. Die Basis dafür ist die Definition qualitätssichernder Prozesse, Ergebnisse und Strukturen. **Bundesweit einheitliche Qualitätskriterien** werden erarbeitet und verpflichtend eingeführt. Diese sind von Organisationen und Einrichtungen systematisch und stringent umzusetzen. **Prüfinstanzen kontrollieren die Umsetzung**. Der „Europäische Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege“ dient als Rahmenkonzept. Das umfasst auch ein **systematisches Konflikt- und Beschwerdemanagement**. Für besonders belastende Bereiche sind entsprechende Entlastungsangebote zu schaffen. Dazu zählt auch eine Überprüfung des Heimvertragsrechts im Sinne der Rechtssicherheit für die Betroffenen.

In der 24-h-Betreuung werden eine verpflichtende Fachaufsicht durch DGKP und gesicherte Delegationsprozesse eingeführt / an die Bundesförderung gekoppelt, ebenso wie die Zertifizierung aller Vermittlungsagenturen mit dem „Österreichischen Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen in der 24-Stunden-Betreuung“.

#### *M. 11 Ausbau und berufsgruppenübergreifende Anwendung elektronischer Kommunikations- und Dokumentationssysteme*

**Elektronische Dokumentationssysteme** haben bereits Einzug in die Pflege gehalten. Oft sind diese jedoch Einzellösungen und operieren voneinander unabhängig. Die Integration und Weiterentwicklung der Dokumentationssysteme im Sinne einer Plattform-unabhängigen, intersektoralen Kommunikations- und Prozessunterstützung ist voranzutreiben. Dies umfasst besser standardisierte, intersektorale Diagnosen- und Leistungsdokumentation ebenso wie den Aufbau und die Weiterentwicklung von Software-Plattformen zur Vernetzung und zum Austausch von Informationen der unterschiedlichen Gesundheitsdiensteanbieter/-innen (bis hin zur Wirtschaft, z. B. Optiker/-innen). Telecare, Telemedizin, Telemonitoring sowie die Möglichkeiten der **österreichischen eHealth-Infrastruktur** (ELGA e-Medikation, e-Rezepte, e-Impfpass, weitere Services) sind systematisch einzusetzen und mit den Dokumentationssystemen zu verschränken. Dabei darf auf Anwenderfreundlichkeit (zum Beispiel für Pflegeberufe) und **Akzeptanzförderung** nicht vergessen werden. Wesentlich sind hier zum Beispiel innovative Eingabeinterfaces, Möglichkeiten der individuellen Fallbegleitung auch mit mehrsprachigen Angeboten oder **integrierte Dolmetschdienste**. Qualitätsverbessernde Maßnahmen in Bezug auf Pflegeprozessdokumentation und die Auswertung dieser Daten zur Qualitätsverbesserung, zu Controllingzwecken oder zur Forschung in der Pflege sind zu verdichten. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für z. B. **Telekonsultationen** sind zu schaffen.

## 2.3 Nutzen für die Bevölkerung

Ein auf die Wünsche und Bedarfe der Bevölkerung ausgerichtetes Pflege- und Betreuungssystem ermöglicht es Menschen, selbstbestimmt und in Würde zu leben. Durch altersgerechte Angebote können Menschen am Leben teilhaben und sich entfalten. Durch entsprechende Angebote werden

Lebensqualität, Eigenständigkeit, Erhalt der Selbstwirksamkeit sowie die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung gefördert. Die qualitätssichernden Maßnahmen dienen dazu, dass die Bevölkerung auf ein qualitätsgesichertes Angebot vertrauen kann.



## 3 Einsamkeit mindern und das Miteinander fördern

Durch die Stärkung des sozialen Zusammenhalts und des ehrenamtlichen (freiwilligen) Engagements (insbesondere durch „Caring Communities“) sowie durch gezielte Prävention soll Einsamkeit gemindert, das Miteinander gefördert und die Lebensqualität verbessert werden. In diesem Zusammenhang wird auch Digitalisierung als Chance gesehen und genutzt.

### 3.1 Herausforderungen

Sozialer Zusammenhalt, Solidarität, soziale Beziehungen und wertschätzender Umgang sind wesentlich für Gesundheit, Wohlbefinden sowie Stabilität in einer Gesellschaft. Verstärkt soll das Augenmerk auf jene Teile der Gesellschaft gelegt werden, die durch Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Alter in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind. In ihrem Nahbereich sind Funktionen, Strukturen, Maßnahmen und Ressourcen aktiv zu stärken, sozialer Zusammenhalt regional wirksam (z. B. durch Caring Communities / Sorgenetzwerke / Nachbarschaftshilfe) zu fördern. Ziel ist es, Lebensqualität und Gesundheit zu stärken und der Vereinsamung entgegenzuwirken. Allem voran geht es darum, Bewusstseinsbildung dahingehend zu schaffen, dass sich unsere Gesellschaft insgesamt stärker als „Caring Community“ begreift, sich die/der Einzelne als Teil einer verantwortlichen Gemeinschaft mit ihren/seinen konkreten Möglichkeiten versteht. Österreich blickt auf eine lange Tradition an Freiwilligenarbeit zurück, doch welche Modelle der Freiwilligenarbeit sind im Kontext des sozialen Zusammenhalts erfolgversprechend? Wie kann in der Freiwilligenarbeit auf Reziprozität geachtet werden, d. h., wie können die positiven gemeinschaftlichen Potenziale von Menschen eingebunden werden, auch wenn sie selbst Unterstützung benötigen? Menschen sollen darauf vertrauen können, dass jemand für sie da ist, der fürsorglichen Verbindung zwischen Menschen muss mehr Bedeutung zukommen. Ebenso muss der Umsetzung präventiver Maßnahmen in diesem Zusammenhang mehr Bedeutung zugemessen werden. Prävention sollte umfassend verstanden werden – in ihrer gesundheitlichen und in ihrer sozialen Dimension (und im gesundheitlichen Kontext jedenfalls im Sinne von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention). Das Potenzial der Digitalisierung sowie technischer Assistenzsysteme wurde im Kontext der Förderung sozialen Zusammenhalts und zur Minderung von Einsamkeit vor der COVID-19-Pandemie kaum beachtet. Mittlerweile haben sie in den Alltag Einzug gehalten, nun gilt es, dieses Potenzial einerseits stärker zu nutzen und andererseits kritisch zu diskutieren. Ebenso soll das Potenzial der Digitalisierung zur Überwindung von Schnittstellen in der professionellen Kommunikation sowie hinsichtlich der Nutzung für Komfort und Sicherheit pflegebedürftiger Menschen besser ausgeschöpft werden.

## 3.2 Ziele und Maßnahmenpakete

### Ziel 4 Stärken einer Sorge-Praxis / eines sorgenden Miteinanders in Österreich

#### *M. 12 Stärkung des sozialen Zusammenhalts und des sozialen Engagements*

Fürsorge und soziales Miteinander / sozialer Zusammenhalt werden aus dem privaten Bereich in den öffentlichen gebracht und in allen Lebenswelten **thematisiert** und werden in ihrer **gesellschaftlichen Bedeutung gestärkt**. Es gilt, fürsorgliche Netzwerke aufzubauen. Personen in diesen Netzwerken werden für ihr Aufgabengebiet befähigt und in ihrem Engagement unterstützt. Damit werden auch Schritte **gegen (Alters-)Einsamkeit** gesetzt. Soziales Engagement bzw. freiwillige Tätigkeiten in diesem Zusammenhang sind nicht als Ersatz für professionelle Dienste, sondern im Miteinander bzw. als zusätzliche Maßnahmen und in Abstimmung mit professionellen Dienstleistungen zu sehen.

#### *M. 13 Entwicklung von gemeinwesenorientierten Angeboten im Sinne von Caring Communities / Sorgenetzwerken / Nachbarschaftshilfe*

Bewusstsein für die Relevanz einer **sorgenden Gemeinschaft** wird geschaffen. Es entstehen Begegnungs- und Lernräume, in diesen wird auf die Diversität der Lebenslagen und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und deren Angehöriger eingegangen. Professionelle Kräfte (**Gesundheits- und Freiwilligenkoordinatorinnen/-koordinatoren**) übernehmen Verantwortung für die Organisation der unterstützenden Dienste und für die Koordination der Angehörigen und Ehrenamtlichen. Dazu werden Strukturen, Qualitätsstandards und entsprechende Ausbildungen geschaffen, erweitert und gestärkt (z. B. haupt- und ehrenamtliche Besuchs- und Begleitdienste, ebenso Gesprächsangebote und Kontaktdienste via Telefon und/oder digitale Medien, zielgruppenorientierte Mobilitäts-/Transportdienste, Koordinationsplattformen für Ehrenamtliche, zielgruppen- und altersgerechte Angebote für freiwillige Arbeit, Ausbildungsangebote – auch mit dem Fokus auf Gesundheitskompetenz), aber auch z. B. das **Bürgerservice in Gemeinden sowie lokale Einrichtungen** am Land für Tagesbetreuung und gemeinschaftliche Aktivitäten. Eine **effektive Vernetzung** (mit allen relevanten Netzwerken, Einrichtungen, Organisationen, Institutionen, Vereinen usw.) wird unterstützt und die Verbreitung der Informationen darüber gefördert. Bestehende Projekte werden erhoben und in einer Projektdatenbank zusammengeführt. Preise für neue Ideen werden auslobt.

#### *M. 14 Sensibilisierung der Gesellschaft für das Thema Einsamkeit und Mobilisation zu einem breiten Bündnis gegen Einsamkeit*

Einsamkeit betrifft viele, dennoch ist das Thema noch nicht in der Gesellschaft angekommen. Daher sind Maßnahmen zu setzen, die die **Bevölkerung** für das hochrelevante Thema (z. B. Kampagne gegen Einsamkeit, Informationsarbeit) **sensibilisieren** und Möglichkeiten verantwortlicher Mitwirkung zur Verbesserung der Lage aufzeigen. Andererseits braucht es Maßnahmen für bereits betroffene Menschen: Für sie sind **niederschwellige Informationen und lebensweltnahe Angebote** zu

entwickeln und bereitzustellen, um dem entgegenzuwirken. Beispielsweise können Websites entwickelt werden, die über Zusammenhänge und Hintergründe informieren und Toolkits und Möglichkeiten des Engagements (Ideenpools) bieten. Freiwillige Mitarbeiter/-innen, aber auch Schüler/-innen (Praktikum) sollen vermehrt gewonnen werden, um aktiv einen Beitrag zu leisten (zum Beispiel Vorlesen bei Blinden, Sehbehinderten, Spielen usw.), auch die Wirtschaft soll in die Maßnahmen eingebunden werden (z. B. Plauderkassen im Supermarkt). Langfristiges Ziel ist es, **eine ressortübergreifende Strategie gegen Einsamkeit** zu entwickeln – Gesundheit, Verkehr, Wohnbau, Soziales, Arbeit, Freiwilligenarbeit – und ein **tragfähiges Netzwerk gegen Einsamkeit** aufzubauen. Einsamkeit ist ein Thema, das Menschen jeden Lebensalters und in unterschiedlichen Lebenslagen (etwa auch in Pflegeheimen) betrifft, daher wird bei der Umsetzung der Maßnahmen auf alters- und lebensphasengerechte Angebote geachtet. Die Regierung setzt eine(n) Beauftragte(n) oder Botschafter/-innen gegen Alterseinsamkeit, das sind renommierte bzw. bekannte Persönlichkeiten, ein.

*M. 15 Unterstützung und Ausbau des freiwilligen Engagements als Teil sorgender Netzwerke*

Freiwilliges Engagement muss lokal/regional und lebensweltnahe koordiniert werden, dazu sind **Freiwilligenkoordinatorinnen/-koordinatoren** einzusetzen und bewährte vorhandene Strukturen zu stärken, zu erweitern, zu finanzieren. Ein Ausbau der **Freiwilligeninfrastruktur** ist notwendig, z. B. durch Freiwilligenzentren (-agenturen). Die Anlaufstellen für Freiwilligenmanagement sind u. a. dazu da, interessierten Personen bei der Suche nach einem adäquaten Betätigungsfeld bzw. einer geeigneten Organisation behilflich zu sein. Freiwilligenarbeit wird als generationenübergreifendes Projekt verstanden und präsentiert, in welchem auf **Diversität** geachtet wird – damit wird auch Diskriminierung vorgebeugt und **Chancengleichheit** gefördert. In der Entwicklung der Angebote soll auf Flexibilität und Reziprozität geachtet werden. Bestehende Angebote wie beispielsweise Besuchs- und Begleitdienste (z. B. in stationären Einrichtungen, Peer-to-Peer-Hilfe insb. für allein lebende Senioren und Seniorinnen) sowie Gesprächs- und Kontaktangebote auch via Telefon und/oder digitale Medien u. a. werden ausgebaut. Es werden Maßnahmen gesetzt, welche junge Menschen stärker motivieren, am Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) teilzunehmen (z. B. Taschengeld).

*M. 16 Einsatz digitaler Angebote zur Förderung des sozialen Zusammenhalts und zur Minderung von Einsamkeit*

Die Digitalisierung wurde zunächst oft als einsamkeitsförderndes Medium gefürchtet. Nicht zuletzt während der COVID-19-Pandemie wurde jedoch rasch klar, dass durch die Möglichkeiten der Digitalisierung der Einsamkeit auch entgegengewirkt werden kann. Daher wird in den nächsten Jahren eine **vertiefte Auseinandersetzung mit den digitalen Möglichkeiten** zur Reduktion von Einsamkeit angestrebt. Dazu gilt es, die digitale Kompetenz zu fördern und zielgruppenspezifische Angebote zu schaffen. Um das zu erreichen, werden Seniorinnen/Senioren sowie einschlägige Fachpersonen aus den Bereichen der Pflege, Betreuung und sozialen Arbeit in die Entwicklungen eingebunden. Die Möglichkeiten sind vielfältig: Aufbau von **Anlaufstellen (Schauräumen) für Digitalisierung** für Seniorinnen/Senioren (smart elderly care living labs), Mitwirkung in der Produktentwicklung, Förderung der digitalen Kompetenz sowie AAL-Center (z. B. wie DokkX in Aarhus/Dänemark). Derzeit scheitert der Einsatz noch daran, dass nicht klar ist, wer die (Mit-)Finanzierung

übernimmt. Besonderes Augenmerk ist auf spezielle Zielgruppen zu richten (z. B. Blinde/sehbehinderte Menschen – sie kommen beispielsweise mit Touchscreens nicht zurecht). Es können regionale, digitale Kommunikationsplattformen für ältere Menschen (siehe Beispiel Schottland) etabliert werden. Es ist zu prüfen, inwieweit digitale Angebote und Produkte aus dem Bereich von AAL in den **Hilfsmittelkatalog** aufgenommen werden (müssen). Bei digitalen Tools mit Schrift- oder Lautsprache ist darauf zu achten, dass je nach Zielgruppe mehrsprachige Angebote verfügbar sein müssen.

**Ziel 5    Ausbau von präventiven/gesundheitsfördernden Maßnahmen für  
Senioren/Seniorinnen, betreuungs- und pflegebedürftige Menschen  
sowie pflegende Angehörige**

Mit präventiven Maßnahmen sollen Gesundheit und Wohlbefinden sowohl bei Pflegebedürftigen als auch bei deren An- und Zugehörigen gefördert werden. Ziel ist es, **personale und soziale Ressourcen zu stärken**, und zwar in Bezug auf seelische Gesundheit, soziale Teilhabe und Lebensstilfaktoren. Angestrebte Ziele sind die **Verbesserung der subjektiven Gesundheit, der Lebensqualität und ein möglichst langer Verbleib zu Hause**. Informationen sind bereitzustellen, Kommunikationsbarrieren zu überwinden und Lebenswelten gesundheitsfördernd zu gestalten.

*M. 17    Abgestufter und niederschwelliger Ausbau von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten für Senioren/Seniorinnen, betreuungs- und pflegebedürftige Menschen sowie pflegende Angehörige*

Jede Person soll altersunabhängig bei Bedarf Rehabilitation/Remobilisation erhalten. Zusätzlich zum volkswirtschaftlichen Nutzen profitiert jede(r) Einzelne von diesen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Selbstständigkeit. Die Versicherungsträger müssen zumindest eine anteilige Finanzierung dieser Leistungen sicherstellen. Angebote im Bereich **kommunaler Gesundheitsförderung** sowie zu **gesundem und aktivem Altern** werden verstärkt umgesetzt und evaluiert. Beispiele sind Familiencoaches, präventive Hausbesuche, gezielte Information zur Pflegevorsorge/-prävention. Den Angeboten liegt ein partizipativer, aktivierender Ansatz zur **Stärkung der Selbsthilfefertigkeiten** zugrunde, sie werden nicht nur punktuell, sondern begleitend über längere Zeiträume angeboten. Auf gesundheitliche Chancengleichheit wird explizit geachtet. Ressourcenorientierung und Gesundheitsförderung sowie multiprofessionelle Teams werden gefördert. Geriatriische Rehabilitation zur Wiederherstellung von Lebensqualität und Selbstständigkeit sowie Möglichkeiten der Rehabilitation (auch ambulant) werden ausgebaut. Parallel dazu gilt es, das Bewusstsein für Prävention und Gesundheitsförderung in der Bevölkerung zu stärken und Public-Health-Agenden verstärkt wahrzunehmen.

*M. 18    Schaffung niederschwelliger, lokaler Zugänge und integrierte Umsetzung aufsuchender Konzepte wie präventiver Hausbesuche*

Angebote bzw. Informationen zu Prävention, Gesundheitsförderung, Stärkung der Selbsthilfe und Unterstützungsmöglichkeiten müssen lokal, niederschwellig und leicht zugänglich sein. Damit die Angebote auch angenommen werden, muss der **gesellschaftliche Erwartungsdruck**, besonders

Frauen gegenüber, **aufgebrochen** werden, „es“ doch allein schaffen zu müssen. Infrastruktur und seniorengerechte Mobilitätsformen sind zu fördern (z. B. Wohnbau, technische und organisatorische Unterstützung bei Hilfebedarf zur Mobilität). Durch verschiedenste Maßnahmen soll der Anreiz für die Inanspruchnahme der Angebote verstärkt werden. Lokale Einrichtungen wie bspw. Apotheken, Geschäfte, Gasthäuser, Primärversorgungseinheiten werden als Drehscheibe für die Initiierung genutzt; Vouchers für rehabilitative Leistungen könnten im Zusammenhang mit der Pflegegeldeinstufung (im Falle einer Verringerung der Pflegebedürftigkeit) verteilt werden; ein Fokus wird auf soziale Teilhabe und Reduktion von Einsamkeit gesetzt; Medien (u. a. Print, Radio, Fernsehen) sind breit zu nutzen (z. B. für zielgruppenspezifische Bewegungsangebote), aber auch mobile Dienste können stärker für präventives Wirken – insbesondere für die Umsetzung präventiver Hausbesuche und die Verbindung mit gesundheitsfördernden Maßnahmen – eingesetzt werden.

## **Ziel 6 Digitalisierung und technische Assistenz als Chance nutzen und ausbauen**

Digitalisierung und technische Assistenz kann vielfältig eingesetzt werden und bietet ein hohes kommunikatives Potenzial. Gleichzeitig sind im Umgang mit elektronischen Medien besondere Maßnahmen zum Schutz vor Datenmissbrauch zu setzen. Technische Assistenzsysteme unterstützen sowohl Pflegebedürftige und deren Angehörige als auch Pflegenden im Alltag.

### *M. 19 Einsatz digitaler Assistenzsysteme zur Förderung eines sicheren und selbstbestimmten Lebens (zu Hause)*

Sowohl Digitalisierung (z. B. Telemonitoring) als auch technische Assistenzsysteme können die Situation Pflegebedürftiger und Pflegenden verbessern. Der Einsatz dieser **Technologien zur Förderung des Verbleibs zu Hause** und zur Vermeidung/Verzögerung der stationären Unterbringung ist zu prüfen und verstärkt in den Alltag zu integrieren (Webinare, 24-h-Erreichbarkeit in Kombination mit Telemonitoring u. a.). Fördermöglichkeiten (Definition als Heil- und Hilfsmittel, Verschreibung und Bewertung durch Gesundheitsberufe) für bedarfs- und situationsgerechte Assistenzsysteme bzw. technische Tools, die es Menschen trotz Einschränkungen ermöglichen, weitgehend selbstständig und mobil zu bleiben, werden erarbeitet. Ein Thema ist der Ausbau der technischen Assistenz bzw. der digitalen Angebote auch in **stationären Einrichtungen**. Anwender/-innen werden in der Nutzung dieser Systeme geschult und begleitet. Einrichtungen/Trägerorganisationen werden in der Etablierung der dazu notwendigen Infrastruktur finanziell unterstützt.

### *M. 20 Ausbau verstärkt anwenderorientierter Forschung und Praxiserprobung zu Digitalisierung und technischen Assistenzsystemen*

**Forschung zu Digitalisierung und technischen Assistenzsystemen** muss unter konsequenter Einbindung potenzieller User/-innen (insb. definierter Bevölkerungs- und Anwenderzielgruppen, einschlägiger Fach- und Pflegekräfte) erfolgen, sie muss die Entwicklung technologiegestützter Dienstleistungen, eine kritische Reflexion und ethische Diskussion selbiger sowie eine Auseinandersetzung mit **Datenschutz und Persönlichkeitsrechten** vorantreiben. Gesamtgesellschaftliche Ansätze zur altersgerechten Gestaltung der Lebens- und Arbeitswelten werden erarbeitet. Dies

umfasst die Berücksichtigung **barrierearmer Prinzipien im gesamten öffentlichen Raum** (u. a. barrierefreies Bauen, Vorbereitung technischer Infrastruktur), die Gestaltung barrierefreier/-armer sozialer Netzwerke, entsprechender Freizeitangebote sowie die Inklusion in den sozialen Medien zur Förderung von Teilhabe. Entsprechende Programme bieten auch Schulungen/Beratungen für interessierte Personen an und stärken so die digitale Kompetenz der Bevölkerung.

### 3.3 Nutzen für die Bevölkerung

Lebensqualität, Zufriedenheit, psychische und physische Gesundheit und Wohlbefinden werden durch gute soziale Beziehungen und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gefördert. Tragfähige soziale Netzwerke unterstützen alle Arten familiärer Hilfeleistungen und stärken die Solidarität zwischen den Generationen. Gut ausgebildete und betreute (begleitete) Freiwillige fördern die soziale Teilhabe in allen Wohn- bzw. Lebensbereichen. Gesundheitsförderung (älterer) Menschen, auch durch soziale Teilhabe, beugt sozialer Isolation und Pflegebedürftigkeit vor. Digitalisierung und technische Assistenzsysteme unterstützen dabei.

## 4 Die Leistung der Pflegenden durch angemessene Rahmenbedingungen anerkennen

Pflege- und Betreuungskräfte erwarten sich neben spürbarer Wertschätzung und Anerkennung ihrer Arbeit Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen sowie in der Bezahlung. Dass ein wertschätzender Umgang für alle Beteiligten – die Pflege- und Betreuungskräfte, aber vor allem die Bevölkerung – vorteilhaft ist, ist bekannt.

### 4.1 Herausforderungen

Die Bevölkerung in Österreich wird älter als noch vor wenigen Jahrzehnten. Dieser an sich glückliche Umstand führt dazu, dass auch eine größere Anzahl an Menschen auf pflegerische Versorgung und Betreuung angewiesen ist. Gleichzeitig sinkt der Anteil an jungen Personen, die in der Lage sind, diese Pflege- und Betreuungsleistung zu erbringen. Prognostiziert wird ein Mehrbedarf an Pflege- und Betreuungskräften (inkl. Pensionierungen) von rund 76.000 Personen bis 2030 (Rappold/Juraszovich 2019). Unter Berücksichtigung weiterer Betreuungssettings steigt der Bedarf auf bis zu 100.000 Personen. Um diesen zu decken, müssen bereits jetzt Maßnahmen getroffen werden. Wichtige Stellschrauben sind dabei das Attraktivieren der Berufsbilder in der Pflege und Betreuung, die Verbesserung der Rahmenbedingungen im Job sowie zeitgemäße Ausbildungsangebote.

### 4.2 Ziele und Maßnahmenpakete

#### **Ziel 7 Attraktivieren der Berufsbilder mit Fokus auf die professionellen Pflege- und Betreuungsberufe**

Um mehr Menschen für einen Beruf in der Pflege und Betreuung zu gewinnen, bedarf es einer **Steigerung der Attraktivität der Tätigkeitsbereiche**. Handlungsfelder ergeben sich hier z. B. in Bezug auf **Kompetenzen** und Berufsgruppenzusammensetzung (Grade-Mix), aber auch bei der **Freiberuflichkeit** und zeitgemäßen Berufsbildern und **Karrierewegen** für alle Berufe. Begleitend dazu muss das Bild der Pflege- und Betreuungsberufe in der Gesellschaft neu positioniert werden.

*M. 21 Pflege- und Betreuungsberufe bekannt machen, ihr Image verbessern und ihre Attraktivität steigern*

Dazu benötigt es **professionelle Imagekampagnen** auf verschiedenen Ebenen (Bund, Länder, Träger etc.) und eine Einbindung der Berufsangehörigen (z. B. Berufsverbände, Interessenvertretungen), die eine realistische Darstellung der unterschiedlichen Berufe und deren Vielfalt bieten und **Karrieremöglichkeiten** aufzeigen – ein erster Schritt wurde mit der ORF-Reihe und der Werbekampagne des Sozialministeriums bereits gesetzt. Auch die unterschiedlichen Zielgruppen (Männer,

Menschen mit Migrationshintergrund, ältere Quereinsteiger/-innen, Maturantinnen/Maturanten etc.) sollen bei der Bewerbung mitgedacht werden. Diese Maßnahmen sind eng verschränkt mit der Verbesserung der Rahmenbedingungen und arbeitsmarktpolitischen Angeboten.

*M. 22    Konsequentes Umsetzen (z. B. Weiterverordnung § 15a GuKG) und Weiterentwickeln von Aufgaben der Pflege- und Betreuungsberufe zu einer verbesserten Versorgung der Bevölkerung in allen Settings*

Attraktivität hängt wesentlich damit zusammen, die **berufsspezifischen Werte im Berufsalltag** auch **leben zu können** und die im Gesetz beschriebenen Aufgaben qualitativ voll wahrzunehmen. Maßnahmen, um dies zu erreichen, sind: Pflege- und Betreuungspersonen nach den Ausbildungen einerseits befähigen, ihre Kernkompetenzen in der Praxis umzusetzen, und andererseits ein berufliches Umfeld zu schaffen, in welchem dies auch möglich ist (umfasst sind davon Bereiche wie Gesundheitsförderung, Prävention, Beziehungsarbeit, die Durchführung von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie, speziell in der Langzeitpflege). Im weiteren Verlauf gilt zu prüfen, ob bestimmte § 15-Tätigkeiten in die pflegerische Kernkompetenz (§ 14 GuKG) überführt werden können, wie etwa das Inkontinenzmanagement und Point-of-Care-Tests. Die Tätigkeitsbereiche der PA und PFA gilt es zu analysieren und ggf. zu adaptieren. Die Rahmenbedingungen zur Umsetzung des § 15a GuKG (Weiterverordnung von Medizinprodukten) sind geschaffen. Eine weitere Berufsgruppe, deren Einsatz verstärkt gemäß ihrer Qualifikation erfolgen soll, sind die Fach- und Diplomsozialbetreuer/-innen, entsprechende unterstützende Maßnahmen sind zu erarbeiten. Ein zusätzliches Handlungsfeld besteht im Bereich des **kompetenzorientierten Einsatzes des Fachpersonals**. Das umfasst vor allem das **konsequente Auslagern von pflegefremden Tätigkeiten** wie Hauswirtschaft, Service und Sekretariatsarbeiten an die entsprechenden Berufsgruppen sowie eine sinnvolle Aufgabenverteilung innerhalb der Pflegeberufe (Grade-Mix).

*M. 23    Durch Kompetenz- und Karriereentwicklung lebensphasengerechtes Arbeiten ermöglichen und Berufsverweildauer erhöhen*

Handlungsfelder ergeben sich hier ab dem Einstieg in den Beruf, etwa durch **Einarbeitungskonzepte** in den Organisationen. Im weiteren Verlauf müssen **Entwicklungsmöglichkeiten** für diplomierte Pflegekräfte gegeben sein, die über die traditionellen Wege in das Management oder die Pädagogik hinaus verstärkt auf **fachliche Karrieren** (im Sinne von advanced practice nurses) fokussieren. Ein flexibles und dynamisches System für Spezialisierungen auf bestimmte Krankheitsbilder (wie z. B. Demenz, Schmerz, Diabetes, Onkologie etc.) als auch auf unterschiedliche Settings (wie z. B. Schule, Familie oder Gemeinde) sowie entsprechende Stellen und Ausbildungsangebote sind zu schaffen und zu finanzieren. **Konsiliardienste für diese Spezialisierungen** sind zu ermöglichen. Auch Forschungs- und Lehrinrichtungen zu Pflege und Betreuung an Universitäten und Fachhochschulen sind zu etablieren. Möglichkeiten für eine **Kompetenz- und Karriereentwicklung** in den Sozialbetreuungsberufen und Pflegeassistentenberufen sind zu schaffen, ebenso wie die entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangebote. Das umfasst einerseits die Vertiefung innerhalb des Assistenzberufs und andererseits die Möglichkeit, sich für den gehobenen Dienst der GuKP zu qualifizieren.



## **Ziel 8 Unterschiedliche Zielgruppen für Ausbildungen für Pflege- und Betreuungsberufe motivieren und auf die berufliche Tätigkeit vorbereiten**

Für junge Menschen wurden bereits erste Schritte gesetzt, um eine **Berufswahl** in der Pflege interessant zu machen. So wurde der Gehobene Dienst der GuKP in den fachhochschulischen Sektor überführt und ist damit international anschlussfähig und national „gleichwertig“ mit anderen gehobenen Gesundheitsberufen. Insbesondere für Quereinsteiger/-innen sind die Angebote im tertiären Bereich zu attraktivieren. Es ist sicherzustellen, dass alle Pflege- und Betreuungsberufe auch jenen Menschen offenstehen, die über keine Studienberechtigung verfügen. Gleichzeitig müssen weitere Interventionen getroffen werden, um junge Menschen anzusprechen, diese Berufe zu wählen. Um allgemein mehr Personen für einen Pflegeberuf zu begeistern, müssen zusätzlich auch **neue Zielgruppen** angesprochen werden.

*M. 24 Arbeitsmarktpolitische, strukturelle und finanzielle Anreize werden gesetzt, um Berufseinsteiger/-innen, Umsteiger/-innen und Wiedereinsteiger/-innen verschiedener Zielgruppen für die Ausbildungen zu gewinnen*

Um alle Regionen mit ausreichend qualifizierten DGKP zu versorgen, braucht es einen **Ausbau** der tertiären **Ausbildungsangebote** (z. B. mehr dislozierte regionale Standorte, kostenfreies berufs begleitendes und freiwilliges Upgrade auf einen Bachelorabschluss für DGKP aus dem Sekundarbereich, bundesweit einheitliches Curriculum etc.). Spezielle Angebote für **ältere Quereinsteiger/-innen** im Bereich der tertiären Ausbildung sind zu schaffen. Im Bereich der Pflegeassistenten- und Sozialbetreuungsberufe sind an die Pflichtschulzeit anschließende Angebote zu schaffen, wie etwa das bereits pilotierte BHS-/BMS-Modell oder die geplante Pflegelehre. Eine **Entlohnung der geleisteten Praxisstunden** kann für junge Menschen ein weiterer Ansporn für ein Studium / eine Ausbildung sein.

Ein weiterer Schwerpunkt ist bei den **AMS-Betreuerinnen und -Betreuern** zu setzen. Diese müssen als zentrale Informationsstelle nicht nur über unterschiedliche finanzielle Aspekte in Bezug auf Förder- und Umschulungsmaßnahmen Bescheid wissen, sondern auch über Berufsbilder, Tätigkeitsfelder und Arbeitsbedingungen der verschiedenen Pflege- und Sozialbetreuungsberufe. Weitere zielgruppenspezifische Strategien orientieren sich an den Bedürfnissen der betreffenden Personengruppen. Es muss ihnen einerseits finanziell möglich sein, eine Ausbildung zu absolvieren. Dazu benötigt es Maßnahmen, durch welche der **Lebensunterhalt** dieser Menschen für die Zeit der Ausbildung gesichert ist, wenn sie davor schon im Arbeitsleben standen. Möglichkeiten sind hier beispielsweise **Implacement-Stiftungen, Fachkräftestipendien** (bzw. etwas Ähnliches für die Ausbildungen im tertiären Bereich) oder **Bildungskarenz**. Letztere muss ausgeweitet werden, da die Grenze von 12 Monaten etwa das Studium der GuKP (6 Semester) nicht abdecken kann. Auch Altersgrenzen, wie z. B. bei einem Selbsterhalterstipendium, sind entsprechend anzupassen. Die **Ausbildung** selbst muss **kostenlos** sein. Eine weitere Maßnahme betrifft die Ausweitung bzw. Attraktivierung der **berufsbegleitenden und/oder Teilzeit-Ausbildungen**, um auch Menschen mit Betreuungspflichten erreichen zu können. Ebenso soll das Potenzial von (ehemals) pflegenden Angehörigen genutzt und diese Gruppe für eine Ausbildung gewonnen werden (z. B. durch Qualifizierung zur Heimhilfe bereits während der Betreuung des Angehörigen).

*M. 25 Ausländischem Personal den Berufseinstieg erleichtern  
(Erstausbildung, Nostrifikation, Anerkennung)*

Ausländischem Personal soll durch unterstützende Maßnahmen der **Zugang zum Arbeitsmarkt / zur Ausbildung erleichtert** werden. Pflegepersonen, die im Ausland bereits eine Qualifikation in einem Pflege- oder Sozialbetreuungsberuf erlangt haben, ist der Berufseinstieg in Österreich zu erleichtern. Das betrifft z. B. die Anerkennung eines in **Deutschland erlangten Diploms für Kinderkrankenpflege**. Anerkennungsverfahren sowie Nostrifikationen sollen beschleunigt und Kosten für die Personen reduziert werden. Zusätzlich können **Kooperationen** mit Ausbildungseinrichtungen im **Ausland** eingegangen werden, welche durch Begleitung der Berufsanwärter/-innen in Bezug auf Integration, Sprache, Werte und Gesetze in Österreich einen erfolgreichen und schnellen Einstieg der Absolventinnen/Absolventen ermöglichen, oder „Buddy-Systeme“ aufgebaut werden. Für Migrantinnen und Migranten werden Vorqualifizierungsprogramme angeboten, damit sie befähigt werden, eine Ausbildung in einem Pflege- oder Sozialbetreuungsberuf zu absolvieren (Voraussetzung: Aufenthaltsberechtigung mit Arbeitsbewilligung). Auch eine gezielte Strategie Österreichs zur Gewinnung interessierter Fachkräfte aus dem Ausland ist zu entwickeln.

*M. 26 Die praktische Ausbildung wird weiter professionalisiert, damit die Auszubildenden befähigt werden, ihre beruflichen Aufgaben wahrzunehmen.*

Ziel ist es, in den Einrichtungen eine **praxisorientierte Ausbildung** zu erhalten und weiterzuentwickeln, um so eine qualitativ hochwertige Praxisausbildung zu gewährleisten. Ist der Theorie-Praxis-Transfer qualitativ, gewinnen die Auszubildenden Sicherheit für die berufliche Praxis (damit wird einem Praxisschock vorgebeugt und das Risiko eines frühzeitigen Berufsausstiegs minimiert). Handlungsfelder in diesem Bereich ergeben sich vor allem im Bereich der **Praxisanleitung**. Personen, die primär für die praktische Unterweisung von Auszubildenden zuständig sind, müssen über **pädagogische und didaktische Fähigkeiten** verfügen. Diese sollen sie in einer gesetzlich verankerten Spezialausbildung erwerben, welche als Karrieremöglichkeit in der Pflege sichtbar wird. Im Praxisalltag benötigt die Praxisanleitung eigene zeitliche Ressourcen (Planstellen) und soll in den Strukturqualitätskriterien oder anderen relevanten Grundlagen berücksichtigt werden, dabei ist auf einen praxisingerechten und ressourcenbewussten Ansatz zu achten. Zusätzlich zur Professionalisierung der Praxisanleitung werden Konzepte wie der **Dritte Lernort**, Fernlehre, Lerninseln, mobiles Lernen, digitales Lernen in Kombination mit analogem Lernen oder Virtual Reality in die praktische Ausbildung integriert.

*M. 27 Interprofessionalität in der Ausbildung zwischen verschiedenen Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen wird gefördert.*

Die zukünftige Zusammenarbeit im Team, welche sich positiv auf die Qualität der Betreuung und auf die Zufriedenheit mit dem Beruf auswirkt, wird durch **interprofessionelle Ansätze** in der Ausbildung gefördert. Der Austausch zwischen den Berufsgruppen von Beginn an fördert das Verständnis für und das Wissen über Kompetenzen der anderen Berufe. Durch das gemeinsame Absolvieren von kongruenten Inhalten im Studium / in der Ausbildung wird zudem die gemeinsame Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess unterstützt.

*M. 28 Aus-, Fort- und Weiterbildungen werden flexibel und modular gestaltet, auf Anrechenbarkeit und Durchlässigkeit wird geachtet.*

Für Personen mit Ausbildung in einem Pflege- oder Sozialbetreuungsberuf sind **Anrechnungsmöglichkeiten** zu schaffen und zu veröffentlichen, damit weiterführende Ausbildungen absolviert werden können, ohne Inhalte zu doppeln. Dies wird durch eine **einheitliche Anrechenbarkeit** von Vorkenntnissen ermöglicht – auch auf Fachhochschulebene. Die Regeln sind so zu gestalten, dass die einschlägige Berufserfahrung als eine Matura bzw. ein Maturaäquivalent oder eine Einstiegsprüfung angerechnet wird. Gleiches gilt für diplomierte Pflegekräfte, welche den Abschluss auf tertiärer Ebene nachholen möchten. Sie sollen niederschwellig befähigt werden, den Bachelor zu erwerben und im weiteren Verlauf für weiterführende Studiengänge zugelassen werden. In Bezug auf diese ist das **Angebot an fachlicher Weiterqualifizierung** zu erweitern und gesetzlich zu verankern (z. B. ANP-Studiengänge). Weiterbildungen sind attraktiv zu gestalten (modular, flexibel, aufbauend) und finanzielle Anreize (z. B. Finanzierung der Studiengänge) sind zu setzen. **Non-formal oder informell erworbene Kompetenzen** werden in den Ausbildungen angerechnet.

#### **Ziel 9 Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Ausübung der Berufe**

Rahmenbedingungen, die sowohl ein zufriedenstellendes berufliches als auch privates Leben ermöglichen, tragen wesentlich dazu bei, dass ein Beruf attraktiv ist und nachgefragt wird. Mit diesen Maßnahmen gilt es Arbeitsbedingungen (z. B. stabile Dienstpläne, planbare Arbeits- und Freizeit/Dienstzeiten) zu verbessern, belastende Situationen zu minimieren und so die Attraktivität der Sozialbetreuungs- und Pflegeberufe zu verbessern.

*M. 29 Maßnahmen zur finanziellen und fachlichen Attraktivierung (Anerkennung) der Pflege- und Betreuungsberufe werden getroffen.*

Maßnahmen, die zu einer **gerechten/angemessenen Entlohnung** und gerechten/nachvollziehbaren Lohndifferenzierung führen, sind zu treffen (beispielsweise: Erhöhung der Grundgehälter, Reduktion von Lohndifferenzen zwischen gleichrangigen Gesundheitsberufen; Anstellung von Fach- und Sozialbetreuerinnen/-betreuern entsprechend ihrer beruflichen Kompetenzen). Weiterhin ist eine Anhebung von Zulagen für belastende **Dienste wie Nacht-, Sonntags- und Feiertagsdienste** sowie das Abgelten zusätzlicher Dienste anzustreben. Auch zusätzliche **fachbezogene Qualifikationen** sollten abgegolten werden. In all diesen Punkten soll eine Vereinheitlichung zwischen den Settings und innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe stattfinden. Ein Arbeitgeberwechsel soll sich im Gehalt nicht negativ niederschlagen.

Neben dem finanziellen Aspekt erfolgt Wertschätzung auch über andere Dimensionen. Diese tragen auch dazu bei, die **Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter/-innen zu fördern**. Dazu gehören die bereits etablierte kollegiale Führung, partizipative Ansätze bei anstehenden Entscheidungen im Betrieb sowie ein wertschätzender Führungsstil, aber auch Maßnahmen aus der Betrieblichen Gesundheitsförderung oder freiwillige Sozialleistungen der Organisationen. Maßnahmen zur Reduktion der Belastungen sind z. B. regelmäßige Supervision, gemeinsame Fall- und Teambesprechungen, lebensphasengerechte Arbeitsplätze und ausreichend lange Erholungsphasen. Eine **ausgeglichene Work-Life-Balance** durch verlässliche Dienstpläne ist ein weiterer Schritt zur Wertschätzung

des Personals. Anleihen sollen aus dem Konzept der Magnetkrankenhäuser genommen werden und in allen Bereichen (mobile und stationäre Langzeitpflege, Krankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen) Einzug halten.

**Expertenwissen** der Pflege wird seitens **Politik und Entscheidungsträger/-innen** wertgeschätzt, indem Pflegeexpertinnen/-experten in Entscheidungen/Entscheidungsfindungsprozesse **eingebunden** werden. D. h., sie werden an den „Besprechungstisch“ und in einschlägige Arbeitsgruppen (z. B. im Rahmen der Zielsteuerung Pflege) eingeladen.

*M. 30 Die Arbeitsbedingungen sind so zu gestalten, dass Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zufriedenstellend organisiert werden kann.*

In Hinblick auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen soll ein Fokus auf den Bereich **Arbeitszeit** gelegt werden. Eine klare **Trennung zwischen Arbeit und Freizeit** muss erfolgen. So sind Fahrzeiten in der mobilen Pflege und Betreuung, Umziehzeiten im stationären Bereich oder Teambesprechungen jedenfalls der Arbeitszeit zuzurechnen. Ein durchdachtes **Fehlzeitenmanagement** ist eine weitere Maßnahme, um Mitarbeitende zufrieden im Beruf zu halten. Maßnahmen, die der **Reduktion der Wochen- und Lebensarbeitszeit** sowie der Erhöhung des gesetzlichen Urlaubsanspruches in den Pflege- und Betreuungsberufen dienen, könnten gesetzt werden. Im weiteren Verlauf geht es um flexible Arbeitszeitmodelle, die an die jeweiligen Bedürfnisse der Arbeitnehmer/-innen angepasst werden können. Auch eine Ausweitung der Öffnungszeiten von institutioneller Kinderbetreuung bzw. das Anbieten eigener Betriebskindergärten trägt in diesem Zusammenhang zu besseren Arbeitsbedingungen in der Pflege und Betreuung bei. Abseits der Thematik rund um die Arbeitszeit ist bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen auch auf andere Aspekte, wie etwa Arbeitsmaterial (z. B. Vorhandensein von Hilfsmitteln), Arbeitsorganisation (z. B. Pausenräume) etc., Rücksicht zu nehmen.

*M. 31 Erarbeiten einheitlicher Rahmenvorgaben für Personalbedarfsberechnungen mit dem Ziel einer qualitativvolleren Pflege und Betreuung sowie Entlastung der Pflege- und Betreuungskräfte*

Ein wesentlicher Schritt ist hier die Entwicklung einer **wissenschaftlich** fundierten **Rahmenvorgabe für die Personalbemessung** / österreichweit transparente Personalschlüssel (z. B. Verständigung über die Einberechnung von Ausfallszeiten, Aus- und Weiterbildungszeit, Praxisanleitung, Beziehungsarbeit, Kommunikation, Finanzierungssätze bzw. Normkostensätze im Bereich der mobilen Dienste). Berücksichtigt werden auch die sich laufend verändernden Gegebenheiten (z. B. Multimorbidität) vor allem in der Langzeitpflege, **Zeit** für die **Kernaufgaben** der Pflegeberufe wird ausreichend abgebildet. Bestimmte Rollen im Team (z. B. Führungskräfte, Praxisanleitende etc.) oder Mitarbeiterinnen, die nicht eingesetzt werden können (Schwangere), werden aus dem „Grundschlüssel“ ausgenommen und erhalten eigene Planstellen/Ressourcen. Zu erarbeiten sind auch verbindliche Schlüssel in Bezug auf Qualifikation und Anzahl der Pflegekräfte für Nachtdienste. Die Erarbeitung der einheitlichen Rahmenvorgaben erfolgt unter Einbezug von in der Praxis tätigen Pflegepersonen sowie Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern.

*M. 32 Festlegen eines Leistungskataloges für die freiberufliche/niedergelassene Pflege zur Abrechnung mit den Krankenversicherungsträgern (inkl. vertraglicher Regelung)*

Es wird eine vertragliche Regelung zur **Verrechnung der freiberuflichen Leistungen** auf Basis eines Kataloges formuliert, in dem alle Leistungen abgebildet werden, die künftig direkt zwischen freiberuflichen Pflegekräften und den Versicherungen abgerechnet werden können. Neben Leistungen aus der **pflegerischen Kernkompetenz** (sofern diese die Bereiche betreffen, für die die Krankenversicherung Vorsorge trifft) umfasst dies auch Tätigkeiten aus § 15 GuKG, wie z. B. das Verabreichen von Medikamenten, Point-of-Care-Tests oder den Wechsel von harnableitenden Systemen.

### 4.3 Nutzen für die Bevölkerung

Der primäre Mehrwert der Umsetzung der genannten Maßnahmen liegt in einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung der betroffenen Bevölkerung. Menschen allen Alters erhalten das Ausmaß an pflegerischer Versorgung und Betreuung, das sie benötigen. Die Gesellschaft erfährt Empowerment in Bezug auf ihre eigene Gesundheit durch qualifizierte Begleitung von Kindesbeinen an (School Nurses, Community Health Nurses etc.). Jeder in Österreich lebende Mensch kann in Würde alt werden.

Die Pflege- und Betreuungskräfte erfahren Sinn in ihrer Arbeit und können den zu Pflegenden durch ihre qualitativ hochwertige Ausbildung sowie durch adäquate Rahmenbedingungen optimale Pflege und Betreuung bieten. Sie können ihre Kernkompetenz einbringen und im multiprofessionellen Team agieren. Durch eine der Verantwortung und den Belastungen entsprechende Entlohnung fühlen sich Pflege- und Betreuungskräfte wertgeschätzt und der Beruf ist für Interessierte attraktiv.

Auf der Makroebene gelingt es, ein stabiles und verlässliches Pflegesystem zu gewährleisten, das durch den Einsatz qualifizierter Fachkräfte effizient und ressourcenschonend ist.

# 5 Entlastung für pflegende Angehörige schaffen und Demenz begegnen

Die Gestaltung einer sorgenden Gemeinschaft mit Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf leistet einen wichtigen Beitrag zu höherer Lebensqualität nicht nur für die betroffenen Personen, sondern für die gesamte Gemeinschaft.

## 5.1 Herausforderungen

In Österreich leben von den rund 460.000 Menschen mit Pflegebedarf, die Pflegegeld beziehen, rund 95.000 (während eines Jahres) in einer stationären Einrichtung. 365.000 Menschen leben zu Hause, davon werden rund 154.000 Menschen – in unterschiedlichem Umfang – von mobilen Diensten unterstützt und betreut. Angehörige, Freunde/Freundinnen, Nachbarn/Nachbarinnen und Verwandte sind für pflegebedürftige Menschen eine wichtige Unterstützung und Hilfe, die von fallweiser Betreuung bis hin zu einer umfassenden Pflege rund um die Uhr geht, unabhängig davon, ob die Menschen in einem Pflegeheim oder zu Hause wohnen.

Der Begriff der pflegenden Angehörigen bezieht vielerlei Formen mit ein: z. B. Angehörige, die nicht im selben Ort wohnen, Partnerinnen und Partner, die im selben Haushalt leben, aber auch Kinder und Jugendliche mit einem pflegebedürftigen Elternteil oder Familien mit einem Kind mit Behinderungen oder einer chronischen Erkrankung.

Rund 80 Prozent der Menschen mit Pflegegeld sind über 60 Jahre alt, mit rund 220.000 Personen ist knapp die Hälfte der pflegebedürftigen Personen über 80 Jahre alt. Die Anzahl jener Menschen, die von demenziellen Veränderungen betroffen sind, kann in Österreich nur geschätzt werden und liegt bei rund 140.000 bis 150.000 Personen. Das Stigma rund um Demenz und die betroffenen Familien ist hoch, viele Menschen mit demenziellen Veränderungen, aber auch ihre Angehörigen, ziehen sich zurück und nehmen nur mehr in geringerem Ausmaß am sozialen Leben teil. Um der Demenz zu begegnen, müssen wir den Menschen mit Demenz begegnen und die Gesellschaft so weit öffnen, dass Begegnungen möglich gemacht werden.

## 5.2 Ziele und Maßnahmenpakete

### **Ziel 10 Unterstützung und Entlastung der betreuenden und pflegenden Angehörigen**

Ziel ist die Unterstützung und Entlastung der betreuenden und pflegenden Angehörigen durch gezielte und bedarfsgerechte Information und Wissensvermittlung, Begleitung im Pflegealltag und Entlastung, insbesondere auch in Notfällen. Dazu gehört auch, die Angehörigen in die Entscheidungen mit einzubeziehen.

*M. 33 Angehörige einbinden und bedarfsgerecht unterstützen:  
Begleitende und aufsuchende Unterstützung und Beratung österreichweit  
anbieten und regionale Anlaufstellen zur Information und Beratung schaffen*

Österreichweit sind **gemeindenahe** niederschwellige – nach Möglichkeit mit multiprofessionellen Teams besetzte – Anlaufstellen einzurichten, welche rasch und individuumsbezogene **Informationen** und Beratung geben können. Diese Anlaufstellen bieten bei Bedarf auch **aufsuchende Beratung im häuslichen Setting** durch ihre **multiprofessionellen** Teams an, welche die Angehörigen je nach Bedarf unterstützen. Diese Anlaufstellen bieten auch **Schulungen** und begleitende **Anweisungen** für die Angehörigen an oder organisieren/koordinieren diese. (Eine Anrechnung der Schulungen bzw. der Pflegepraxis auf eine mögliche Pflege- oder Betreuungsausbildung ist mitzudenken.)

Darüber hinaus beraten die Anlaufstellen über mögliche Entlastungs- und Unterstützungsangebote in der Region.

*M. 34 Leistbare Entlastungsangebote schaffen*

Um die Angehörigen in ihrem Pflegealltag zu entlasten, sind **regelmäßige Entlastungsangebote** in der Region in ausreichendem Maß zur Verfügung zu stellen – dazu gehören Tagesbetreuungseinrichtungen, stundenweise Entlastung durch mobile Dienste, bei Bedarf auch in der Nacht. Die regelmäßige Inanspruchnahme ermöglicht es den Angehörigen, einen pflegefreien Tag pro Monat – ohne zusätzliche Kosten – in Anspruch zu nehmen. Für **Notfälle und akute Notsituationen** sind ausreichend Angebote zur Verfügung zu stellen: Kurzzeitpflegeplätze für den Fall, dass pflegende Angehörige für eine bestimmte Zeit die Pflege nicht übernehmen können, aber auch diplomierte Pflegepersonen für Notfälle, insbesondere in der Nacht.

Bei diesen Anlaufstellen soll auch die **Kontinuität** der Beratung durch die Organisation einer **zentralen Ansprechperson gewährleistet sein**, die über den gesamten Zeitraum begleitet (im Sinne einer Lotsenfunktion), von punktuellen Telefonkontakten bis hin zu regelmäßigen Kontakten (d. h. Angehörige sollen nicht ständig wechselnden Ansprechpersonen gegenüberstehen).

Die **regelmäßige Bedarfsermittlung** für diese Entlastungsangebote auf regionaler Ebene unter Einbeziehung der betroffenen Familien (z. B. durch regionale Anlaufstellen, siehe Maßnahme 33) soll die Planung und den Auf- und Ausbau solcher Angebote entsprechend dem Bedarf ermöglichen (siehe auch Handlungsfeld 5).

*M. 35 Psychosoziale Unterstützungsangebote leistbar anbieten*

Angehörige geraten nicht nur körperlich, sondern auch emotional und psychisch an ihre Grenzen. Angehörigen muss die Möglichkeit geboten werden, niederschwellig – auf Wunsch im häuslichen Umfeld – psychologische und psychosoziale multiprofessionelle Beratung einfach und unbürokratisch zu erhalten. Diese Angebote werden österreichweit in ausreichendem Ausmaß und leistbar (oder kostenlos) zur Verfügung gestellt.

*M. 36    Finanzielle Absicherung ausweiten und Vereinbarkeit  
von Pflege und Beruf unterstützen*

Insbesondere zur Vereinbarung von Pflege und Beruf soll die Absicherung der pflegenden Angehörigen, auch in finanzieller Hinsicht, ausgeweitet werden. Pflegefreistellung soll unabhängig vom gemeinsamen Haushalt in Anspruch genommen werden können. Pflegekarenz und Pfl egeteilzeit sollen ausgebaut werden – insb. soll eine längere Inanspruchnahme (bis zu einem Jahr) möglich werden und mit einem Kündigungsschutz für die gesamte Karenzzeit verbunden werden. Es soll die Möglichkeit geschaffen werden, Pflege- und Betreuungszeit bei Pensionsansprüchen mit zu berücksichtigen bzw. den Rechtsanspruch auf Pensions- und Krankenversicherung für die gesamte Karenz- bzw. Teilzeit zu verankern.

**Ziel 11    Umsetzen der Demenzstrategie**

Die Demenzstrategie (BMSGK 2019) bildet einen Rahmen an konsensuell erarbeiteten Zielen und ermöglicht somit ein gemeinsames Vorgehen der wesentlichen Stakeholder, um Menschen mit demenziellen Veränderungen und ihren Familien ein gutes Leben mit Demenz zu ermöglichen. Für ausgewählte Ziele ist ein Umsetzungsplan mit Zeit- und Ressourcenplanung zu erstellen.

*M. 37    Stärkere und systematische Einbindung der betroffenen Menschen  
in die Planung und Umsetzung*

Von demenziellen Veränderungen betroffene Menschen sind in die Planungen und Umsetzung der Demenzstrategie miteinzubeziehen. Dazu kann eine Bundes-Arbeitsgruppe von betroffenen Menschen gegründet werden, die – begleitet von unterstützenden Personen – als Selbstvertretung und beratendes Gremium agieren kann. Ähnliche Strukturen können auf Landesebene und regionaler Ebene eingerichtet werden. Eine der Hauptaufgaben wird es sein, Barrieren zu identifizieren, denen Menschen mit demenziellen Veränderungen in unterschiedlichen Lebenslagen gegenüberstehen, und Maßnahmen zum Abbau dieser Barrieren zu entwickeln.

*M. 38    Förderung der Früherkennung und österreichweite Schaffung von  
frühen Unterstützungsangeboten durch individuelle Begleitung  
(„post-diagnostic support“)*

Um demenziellen Veränderungen so früh wie möglich begegnen zu können und damit Betroffene, aber auch ihre Familien dabei unterstützen zu können, ihren Alltag entsprechend ihrer Veränderungen anpassen zu können, sind Ärzte und Ärztinnen (z. B. Hausärzte/Hausärztinnen) dafür zu sensibilisieren und zu schulen, diese Veränderungen auch wahrzunehmen und an entsprechende Fachärzte/Fachärztinnen bzw. – im Sinne von „Social Prescribing“<sup>1</sup> – an eine nicht-medizinische

---

1

Social Prescribing: [https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Fact%20Sheet\\_Social%20Prescribing\\_2019.pdf](https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Fact%20Sheet_Social%20Prescribing_2019.pdf)



Fachkraft weiter zu verweisen. Durch frühe Erkennung und früh einsetzende soziale, psychologische, nicht-medikamentöse oder medikamentöse Unterstützung kann der Fortschritt der Demenz verlangsamt werden bzw. können Betroffene lernen, mit den Veränderungen besser zu leben. Damit kann es den Betroffenen ermöglicht werden, länger selbstständig zu leben.

Nach der Diagnose bzw. nach dem Erkennen der demenziellen Veränderungen können Betroffene von einer spezialisierten Fachkraft dabei unterstützt werden, ihren Alltag zu organisieren. Diese Fachkraft (auch Link Worker, Social Prescriber, Well-Being Coordinator, Buddy, Navigator etc.) hat eine Lotsenfunktion und identifiziert in Folge in Abstimmung mit der betroffenen Person nicht-medizinische Maßnahmen und Aktivitäten. Dazu zählen z. B. helfen, die Symptome zu verstehen und zu handhaben, unterstützen, die sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten und neue zu knüpfen, Kontakt zu anderen Betroffenen und deren Familien ermöglichen, helfen, zukünftige Entscheidungen zu treffen, und helfen, die spätere Versorgung zu planen.

*M. 39 Österreichweit einheitliche Rahmenbedingungen (z. B. Leitlinien) für die Versorgung und Unterstützung (Grundprinzipien eines ganzheitlichen Versorgungspfades unter Berücksichtigung von sozialer und psychischer Unterstützung) definieren*

Anknüpfend an die Früherkennung und frühe Unterstützung ist eine Reihe weiterer Empfehlungen zu definieren, um eine optimale Versorgung mit medizinischen und nicht-medizinischen Maßnahmen im Verlauf der Erkrankung zu gewährleisten. Dazu sollte ein optimaler Versorgungspfad (oder ein Versorgungsnetz) definiert werden, welches ganzheitlich die unterschiedlichen Aspekte von Lebensqualität mitberücksichtigt. Dazu soll eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe (Sozialarbeit, Psychologie etc.) eingesetzt werden.

*M. 40 Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Demenz und Abbau des Stigmas*

Sensibilisierung der Öffentlichkeit ist Voraussetzung dafür, das immer noch vorhandene Stigma und die damit verbundene Scham der Familien und Betroffenen abzubauen. Nur wenn die Öffentlichkeit den Menschen mit ihren demenziellen Veränderungen offen begegnet, kann auch Teilhabe und Partizipation erfolgen. Sensibilisierung ist Bewusstseinsarbeit mit dem Ziel, neben höherem Bewusstsein für die Menschen mit Demenz auch mehr Wissen und Informationen darüber zu bekommen, was jede(r) Einzelne tun kann, um zu unterstützen. In der Folge kann das auch dazu führen, dass sich manche Menschen in Nachbarschaftshilfe und Ehrenamt engagieren oder als Demenz-Multiplikatoren/-Multiplikatorinnen fungieren. Ein Konzept für eine österreichweite Sensibilisierungsstrategie ist gemeinsam mit Betroffenen und Angehörigen zu entwickeln und umzusetzen.

*M. 41 Förderung von demenzsensiblen Umfeld, Gemeinden und Regionen und Miteinbeziehen von Vereinen und Ehrenamtlichen (Demenz-Netzwerke)*

Neben der österreichweiten Sensibilisierung ist auf regionaler Ebene verstärkt auf die Ausgestaltung von demenzsensiblen Regionen oder demenzfreundlichen Gemeinden zu setzen. Dazu gibt es bereits eine Reihe von Modellregionen in Österreich, eine Vernetzung dieser Regionen ist ein Mehrwert und eine Grundlage für die Ausweitung von Good-Practice-Modellen.

## Ziel 12 Entlastung von Young Carers

Pflegende Kinder leisten in den verschiedensten Lebensbereichen Unterstützungsarbeit. Je nachdem, wo ihre Hilfe gebraucht wird, helfen sie im Haushalt, den gesunden Geschwistern oder in der direkten Pflege für die erkrankte Person (BMASK 2015).

### *M. 42 Rechtliche Verankerung der Unterstützung von pflegenden Kindern und Jugendlichen*

Unbestritten ist, dass Kinder und Jugendliche keine dauerhaften Betreuungs- und Pflegeleistungen erbringen sollen. Sollten sie jedoch dazu gezwungen sein, sind Maßnahmen zur Unterstützung von Young Carers eine rechtliche Basis haben, die Rechte von Young Carers sollen rechtlich abgesichert sein. International, insbesondere in Nordeuropa, gibt es dazu bereits Vorbilder.

### *M. 43 Identifizierung betroffener pflegender Kinder in ihrer unmittelbaren Umgebung durch lebensweltnahe Kontaktpersonen, z. B. an Schulen oder durch Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich*

In der Studie „Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige“ wird Folgendes empfohlen: „Für pflegende Kinder ist die Schule einer der wenigen Orte, die ihnen Normalität vermittelt und an der sie sich regelmäßig aufhalten. Eine niederschwellige Identifizierung von pflegenden Kindern kann deshalb am besten durch vertrauenswürdige Personen an Schulen erfolgen. Dies sind in der Regel Lehrer/-innen, es können aber auch andere Berufsgruppen sein. Professionellen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen kommt ebenfalls eine Schlüsselrolle bei der Identifizierung von pflegenden Kindern zu, weil sie im Kontakt zu kranken Familienmitgliedern stehen. Ambulante Pflegedienste oder niedergelassene Mediziner/-innen haben über Praxen oder durch Hausbesuche am häufigsten direkten Kontakt zu Familien.“

### *M. 44 Entwicklung eines verpflichtenden Moduls zum Thema Young Carers für pädagogische Berufe und soziale Berufe*

Um Lehrpersonen entsprechend auf das Erkennen und Identifizieren der Bedürfnisse von Young Carers auszubilden, ist in der Aus- und Fortbildung der Lehrpersonen ein Modul dazu einzubauen.

### *M. 45 Altersgerechte Aufklärungs- und Informationsangebote über zielgruppenspezifische Medien (Soziale Medien, Apps etc.)*

Da sich Kinder und Jugendliche oft selbst nicht als pflegende Kinder/Jugendliche sehen, müssen Aktivitäten gesetzt werden, um sie selbst zu erreichen. Dazu bedarf es entsprechender altersadäquater Medien, aber auch einer Verbreitung über Fernsehen, Radio, Zeitungen und Internet.

*M. 46 Pflegerische Unterstützung im Alltag und Entwicklung von kinder- und familienorientierten Hilfsprogrammen*

Die Unterstützung soll durch aufsuchende, niederschwellige Hilfsangebote wie Case Management, Family-Health-Nurse-Ansatz, Anlaufstelle für Notfälle etc. erfolgen, um zu unterstützen, anzuleiten und zu entlasten. Ein besonderer Fokus ist auf belastete Geschwisterkinder zu legen. Dazu bedarf es generell einer Information und eines Verständnisses für deren Problemlagen und des Aufbaus systematischer kostenloser Entlastungsangebote (z. B. moderierte Geschwistergruppen).

**Ziel 13 Entwicklung eines Modells von Community (Health) Nursing**

In der laufenden Diskussion werden die Begriffe „Community Nurse“, „Community Health Nurse“ bzw. „Community Health Nursing“ verwendet. Die beschriebenen Aufgabenbereiche und Tätigkeiten sind sehr vielfältig, es wird notwendig sein, einen Konsens zwischen Bund, Ländern und Gemeinden (unter Beiziehung der Träger und Anbieter sozialer Dienstleistungen) herbeizuführen, welche Rolle und Aufgaben einer Community (Health) Nurse und ihrem Team zukommen und auf welcher (dienstrechtlichen) Ebene sie angesiedelt sind.

*M. 47 Entwicklung eines österreichweiten einheitlichen Modells mit Qualitätskriterien und auf der Basis von praktischen Erfahrungen*

In einem ersten Schritt wird zu klären sein, welche Aufgaben eine Community (Health) Nurse erfüllen sollte und für welche Zielgruppen Leistungen angeboten werden sollen. Sinnvoll ist in diesem Zusammenhang eine Ist-Erhebung vergleichbarer, bereits laufender Modelle in Österreich und eine Beschreibung dieser Modelle sowie ein Herausarbeiten ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Darauf aufbauend können – gemeinsam mit den relevanten Entscheidungsträgern/-trägerinnen und potenziellen Finanzierungsträgern/-trägerinnen – Eckpunkte eines Modells definiert werden. In Pilotprojekten soll das Modell umgesetzt und begleitend evaluiert werden. Zur Entwicklung eines Profils der Community (Health) Nurse kann etwa die Expertise des ÖGKV als Berufsverband als Diskussionsbasis dienen, insbesondere ist jedoch auf praktische Expertise zurückzugreifen.

*M. 48 Vernetzung mit vorhandenen Angeboten*

Vermieden werden muss die Errichtung von Paralleldienstleistungen und zusätzlichen Schnittstellen mit Kompetenzüberschneidungen. Ein neues Modell einer Community (Health) Nurse muss auf bestehenden Strukturen und Kompetenzen aufbauen. Darauf wird von Anfang an zu achten sein.

**Ziel 14 Palliative Care zur Unterstützung der Angehörigen und für einen längeren Verbleib zu Hause etablieren**

Palliative Care umfasst die Betreuung von Menschen mit chronisch fortschreitenden, unheilbaren Krankheiten und hat zum Ziel, den betroffenen Menschen eine ihrer Situation angepasste optimale

Lebensqualität bis zum Tod zu gewährleisten und die nahestehenden Bezugspersonen angemessen zu unterstützen. Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schließt medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein. Es soll ermöglicht werden, dass Menschen auch zu Hause palliativ betreut werden können. Dazu bedarf es einer umfassenden Unterstützung der Angehörigen.

*M. 49 Österreichweiter Ausbau der multiprofessionellen mobilen Hospiz- und Palliativbetreuung und Erweiterung der Leistungen und Etablierung von Palliative Care in der Basisversorgung*

Mobile Hospiz- und Palliativbetreuung bzw. die mobile Pflege für den Palliative-Care-Bereich sollen österreichweit ausgebaut werden, wobei hier die entsprechenden Rahmenbedingungen zu definieren und zu schaffen sind: verbesserte Kooperation zwischen (Haus-)Ärztinnen/(Haus-)Ärzten und mobiler Betreuung bzw. Optimierung der Finanzierung, z. B. Tarife für Hausbesuche von Hausärzten/Hausärztinnen, Bereitschaftsdienste für die Nacht, alternative Verrechnungssysteme (keine Minuten-Abrechnungen) und Förderung der Ausbildung zur ehrenamtlichen Begleitung.

*M. 50 Ausbau der Etablierung von Advanced Practice Nurses (APN) Palliative Care*

Pflegespezialistinnen/-spezialisten für Palliative Care als Advanced Practice Nurses gibt es derzeit nur ansatzweise. Internationale Erfahrungen legen aber nahe, diese Berufsrolle auch in Österreich auf- und auszubauen. APN unterstützen die Versorgung in diesem besonders sensiblen und/oder komplexen Bereich. Die Pflegeexperten/-expertinnen agieren im multiprofessionellen Team direkt mit dem Menschen oder beratend für Pflegenden und Angehörige. Sie sind Spezialistinnen/Spezialisten für Schmerz- und Symptommanagement, wobei sie auf die höchstmögliche Lebensqualität achten und End-of-Life-Care in den Mittelpunkt stellen.

*M. 51 Vorausschauende Versorgungsplanung mit Betroffenen und Angehörigen zu Hause einführen*

Schulungen für (Haus-)Ärztinnen/(Haus-)Ärzte bzw. von mobilen Diensten, um Palliative Care als Prozess zu sehen, der – insbesondere bei demenziellen Erkrankungen – über mehrere Jahre andauern kann, sind anzubieten. Advanced Care Planning soll auch zu Hause ermöglicht werden, auch um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Hürden sind abzubauen, sodass Vorsorgegespräche, Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten auch zu Hause durchgeführt werden können. Multiprofessionelle Beratung soll dazu angeboten werden.

*M. 52 Entlastungsangebote und Anleitungen/Schulungen für pflegende Angehörige („Letzte Hilfe“) zu Hause und für die 24-Stunden-Betreuung*

Die Angehörigen, aber bei Bedarf auch 24-h-Betreuer/-innen, sind zu entlasten, es sind Angebote für eine Entlastung in der Nacht zu schaffen, um immer wieder auch durchschlafen zu können (siehe auch Maßnahmenpakete zu Ziel 1). Spezielle Kurse und Anleitungen vor Ort für Palliative Care für Angehörige sind anzubieten.

## 5.3 Nutzen für die Bevölkerung

Die Maßnahmen zielen darauf ab, pflegebedürftigen Menschen den Verbleib zu Hause, so lange es geht, zu ermöglichen und – wenn nötig – den Übergang in eine Betreuungseinrichtung so gut wie möglich zu gestalten. Regionale Anlaufstellen und professionelle Begleitung durch fachlich geschulte Personen unterstützen die Familien von pflegebedürftigen Menschen dabei, die in der jeweiligen sozialen Situation bedarfsgerechte Hilfe und Unterstützung auch zu bekommen.

## 6 Vorausschauend planen und gestalten

Durch einheitliche (Daten-)Grundlagen, Zielsetzungen und einheitliche Grundsätze bei der Tarifgestaltung bzw. einer österreichweit abgestimmten Bedarfs- und Entwicklungsplanung sollen eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung von Pflegeleistungen ermöglicht und so österreichweit gleiche Bedingungen für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen geschaffen werden.

### 6.1 Herausforderungen

Österreich weist ein sehr heterogenes System in der Pflegevorsorge auf, insbesondere in Bezug auf Zuständigkeiten für Finanzierung, Planung und Umsetzung. Dadurch besteht eine hohe wechselseitige Abhängigkeit der Gebietskörperschaften bei gleichzeitig fehlenden einheitlichen Planungs- und Steuerungsgrundlagen, wie auch der Rechnungshof in seinem Bericht im Jahr 2020 feststellte (Rechnungshof 2020). Auch innerhalb der Bundesländer ist die Steuerungsverantwortung und Leistungserbringung auf mehrere Rechtsträger aufgeteilt (Länder, Fonds, Sozialhilfverbände, Gemeinden, private Betreiber). Als Konsequenz sieht der Rechnungshof fehlende Steuerung und unklare Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege. Auch sind die Planungen hinsichtlich Planungszeitpunkt, Planungshorizont und Inhalte uneinheitlich und nicht vergleichbar. Dies führt auch dazu, dass es keine grundlegende länderübergreifende Festlegung von Pflegequalität in den einzelnen Bereichen gibt, es fehlt an einheitlichen Kriterien und Indikatoren für eine vergleichbare und öffentlich zugängliche Qualitätsmessung. Und nicht zuletzt handelt es sich bei der Pflege um einen überaus dynamisch wachsenden Ausgabenbereich, der die Haushalte der Länder und Gemeinden angesichts der kommenden demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen künftig vor noch größere Herausforderungen stellen wird.

### 6.2 Ziele und Maßnahmenpakete

#### **Ziel 15 Bündelung der bestehenden Finanzierungsströme und Ausbau einer nachhaltigen Finanzierung**

Ein Ziel ist die Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems mit einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortungen über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen (Pflegegeld, Eigenbeiträge). Der Pflegefonds bildet dazu bereits eine gute Ausgangsbasis. Gleichzeitig soll die Nachhaltigkeit der Finanzierung gewährleistet sein (z. B. Pflegefonds längerfristig ansetzen).

*M. 53 Analyse der jetzigen Finanzierungsströme, insb. deren Wechselwirkungen und Auswirkungen auf die Nutzer/-innen*

In einem ersten Schritt ist festzulegen, wie die Ausgabenstruktur und die Ausgabenentwicklung im jeweiligen Bereich (Bund, Land, Gemeinden) in der Pflege aussehen bzw. prognostiziert werden und wie sich diese auf Mengen- bzw. Preisentwicklung aufteilen. Gleichzeitig soll analysiert werden, wie sich die Finanzierungsströme auf die Versorgungsstruktur und die Angebote für die Bevölkerung auswirken, insbesondere hinsichtlich der Unterschiede in Versorgungsdichte, -intensität und -umfang der einzelnen Leistungen in den Bundesländern.

*M. 54 Entwicklung einer Gesamtstrategie mit Bund, Ländern und Gemeinden: Definition von bundesweiten (innovativen) Zielvorgaben und Standards für das Pflegesystem unter Einbeziehung von Kriterien für Gesundheitsförderung, Prävention, Lebensqualität*

Bund, Länder und Gemeinden sollen auf Basis koordinierter Bedarfs- und Entwicklungspläne eine österreichweit abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen erstellen und darauf aufbauend eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung erarbeiten. Dabei sind alle wichtigen Teilbereiche der Pflege mit zu berücksichtigen, genauso wie die Schnittstellen von Pflege und Gesundheit. Dazu sind geeignete Gremien einzurichten (Zielsteuerung Pflege). In diesem Zusammenhang wird auch die Pflegedienstleistungsstatistik zu überarbeiten sein.

*M. 55 Entwicklung/Definition von systemrelevanten Kriterien zur Verteilung der Mittel auf Bundesländer (z. B. strukturelle Qualität wird erhöht, Verbesserungen für Pflegepersonal und Personalentwicklung etc.)*

Die Mittelverteilung ist hinsichtlich einer Gesamtsteuerung zu überdenken, die jetzige Basis der Anzahl der Einwohner/-innen soll an Kriterien wie Anzahl der Pflegebedürftigen, Altersstruktur und -entwicklung geknüpft werden. Gleichzeitig sind Kriterien zur Sicherung der Qualität einzubeziehen, z. B. für den Ausbau von Überleitungspflege, Kurzzeitpflege, Case Management oder präventiven Maßnahmen.

*M. 56 Bündelung der jetzigen Finanzmittel (erst nach Abschluss dieser notwendigen Vorarbeiten) z. B. im Pflegefonds*

Mittel- bis langfristig ist ein System zu entwickeln, in dem die jetzt zersplitterten Finanztöpfe gebündelt bzw. entflechtet werden können, ohne dabei die regionalen Besonderheiten und Entwicklungserfordernisse zu vernachlässigen. Dabei sollen bundesweit einheitliche Zielvorgaben auf regionale Besonderheiten Rücksicht nehmen und eine Steuerung auf Landesebene bzw. auf regionaler Ebene möglich machen.

## **Ziel 16 Entwicklung einer koordinierten Gesamtsteuerung durch gemeinsame Steuerungs- und Planungsgrundlagen für Dienstleistungen in der Pflege**

Ziel ist die Entwicklung von einheitlichen Kriterien für gemeinsame Planung und Weiterentwicklung in allen Bundesländern und eine abgestimmte Vorgehensweise auf der Grundlage von gemeinsamen Zielen. Dazu sind geeignete Strukturen und Gremien (z. B. Zielsteuerung Pflege) zu schaffen. Regionale Besonderheiten sind weiter zu berücksichtigen.

### *M. 57 Definition eines Leistungskataloges mit einheitlichen Begriffen und Leistungen als Grundlage für die Entwicklung eines Rahmen-Tarifsystems*

Die Definitionen im Bereich der Pflegedienstleistungen sind für alle in Österreich angebotenen Pflegedienstleistungen zu vereinheitlichen und insbesondere hinsichtlich der betroffenen Personen (Zielgruppen), der umfassten Aufgaben und Einzelleistungen und Qualitätskriterien abzustimmen und präziser zu definieren. Damit werden einerseits Grundlagen für Vergleiche und Steuerungsmaßnahmen geschaffen, andererseits aber auch für die Definition einheitlicher Grundsätze für die Tarifgestaltung.

### *M. 58 Definition einer einheitlichen Kostenstruktur – basierend auf Qualitätsindikatoren*

Die wesentlichen Kostenbestandteile der Dienstleistungen sind nach einheitlichen Kriterien zu definieren. Österreichweit sollen die Kosten nach diesen einheitlichen Kriterien erfasst und verglichen werden. Normkosten sollen sich am Pflegebedarf und an Qualitätskriterien orientieren. Damit kann eine österreichweite Vergleichbarkeit der Kosten und ihrer Entwicklung herbeigeführt werden.

### *M. 59 Schaffung von Strukturen zur Qualitätssicherung*

Ein einheitliches Verständnis von Qualität der Versorgung ist österreichweit herzustellen und darauf aufbauend sollen Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt werden. Darauf basierend ist zwischen Bund, Ländern und Gemeinden zu überlegen, wie ein entsprechendes Monitoring in Bezug auf die Qualität aufgebaut werden kann und welche Strukturen es dazu auf welcher Ebene braucht.

### *M. 60 Koordinierte abgestufte Steuerung und Planung auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene*

Eine einheitliche Vorgehensweise und einheitliche Kriterien für die Erhebung des Pflegebedarfs und der Zuordnung von bedarfsgerechten Pflegedienstleistungen in allen Bundesländern sind zu definieren. Der Bedarf ist auf regionaler Ebene zu ermitteln und nach einheitlichen Kriterien auf Landes- und Bundesebene zusammenzufassen. Darauf aufbauend kann die Planung in Form von Bedarfs- und Entwicklungsplänen erfolgen, die von den Inhalten, Zeithorizonten und Planungsgrundlagen her abgestimmt und einheitlich erstellt werden.



- M. 61 Österreichweit regionale Anlaufstellen für Pflege installieren: multiprofessionell, auch aufsuchende Dienste, Erhebung von Bedarfen und Ermittlung von Grundlagen für Planung und Steuerung*

Zur individuellen Bedarfsermittlung und Bedarfserfüllung sind entsprechende regionale Anlaufstellen einzurichten, die gleichzeitig auch Anlaufstelle für die Bevölkerung sein sollten (siehe Maßnahmenpakete 3, 34). Dadurch kann es ermöglicht werden, rasch und effektiv auf die sich ändernden Bedarfe in einer Region zu reagieren. Die Anlaufstellen sind multiprofessionell besetzt, die Leistungen kostenfrei anzubieten.

### **Ziel 17 Überführen der Hospiz- und Palliativbetreuung in die Regelfinanzierung**

Ziel ist die Absicherung eines niederschweligen flächendeckenden Angebots an Hospiz- und Palliativbetreuung durch nachhaltige Finanzierung.

- M. 62 Entwicklung eines österreichweiten einheitlichen Finanzierungskonzeptes aufbauend auf den bestehenden Systemen unter Berücksichtigung von Bedarf und Qualitätskriterien*

Aufbauend auf bestehenden Strukturen sind der Bedarf und die Qualität für die Hospiz- und Palliativbetreuung österreichweit nach einheitlichen Kriterien zu definieren und festzulegen. Da es sich hier um ein Querschnittsangebot von Gesundheits- und Sozialbereich handelt, sollen die zuständigen Systempartner in die Erarbeitung eines kostendeckenden Finanzierungskonzeptes eingebunden werden.

- M. 63 Sicherung von flächendeckender und wohnortnaher Versorgung im stationären und mobilen Bereich*

Beim Finanzierungskonzept sind alle Bereiche, insbesondere jene, in denen es noch keine Regelfinanzierung gibt, und alle Zielgruppen (Erwachsene und Kinder) mit zu berücksichtigen.

## **6.3 Nutzen für die Bevölkerung**

Durch gemeinsame Zielvorgaben und abgestimmte Planung und Steuerung soll es für die Bevölkerung möglich werden, Leistungen in ganz Österreich miteinander zu vergleichen und zu den gleichen Bedingungen auch in Anspruch zu nehmen.

# Quellen

- BMASGK (2019): Demenzstrategie. Gut leben mit Demenz. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMASK (2015): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Sozialpolitische Studienreihe Band 19. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- Biwald, Peter; Mitterer, Caroline (2018): Die komplexe Welt der Pflegefinanzierung. KDZ – Zentrum für Verwaltungsforschung, Wien
- Famira-Mühlberger, Ulrike (2020): Pflegevorsorge in Gemeinden. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), Wien
- Famira-Mühlberger, Ulrike; Firgo, Matthias; Fritz, Oliver; Streicher, Gerhard (2017): Österreich 2025. Pflegevorsorge – Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), Wien
- Nagl-Cupal, Martin; Kolland, Franz; Zartler, Ulrike; Mayer, Hanna; Bittner, Marc; Koller, Martina Maria; Parisot, Viktoria; Stöhr, Doreen (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Endbericht. Hg. v. BMASGK, Wien
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris (2020): Demenzkompetenz im Pflegeheim. Eine Orientierungshilfe für Führungskräfte. Gut leben mit DEMENZ. Gesundheit Österreich, Wien
- Rechnungshof (2020): Pflege in Österreich. Bericht des Rechnungshofes, Wien