

## Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs

### **Positionspapier „Zukunft der Betreuung und Pflege älterer Menschen“**

Der Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, die Interessensvertretung der stationären Altenpflege, legt sein Positionspapier vor. Wir fordern für 75.000 Pflegebedürftige in 750 Heimen zukunftsweisende Lösungen und eine aktuelle „Pflegediskussion“.

#### **A. Ausgangssituation**

Das Österreichische Pflegesystem ist ein im internationalen Vergleich gesehen gut entwickeltes. Dennoch hat sich in den letzten Jahren ein „Reformstau“ gebildet, der endlich konkreten und nachhaltigen Lösungen zugeführt werden muss.

##### **Die „Problemzonen“:**

- fehlende Valorisierung des Pflegegeldes und dadurch Verlust der Kaufkraft und Geldentwertung
- steigende Anforderungen der öffentlichen Hand an ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen ohne finanzielle Bedeckung
- knappe Personalressourcen, verbunden mit der Sorge, in absehbarer Zeit zu wenig Pflegekräfte zur Verfügung stellen zu können
- mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe und der pflegerischen Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege
- keine Chancengleichheit bei der Wahl der Angebotsform (mobil/ stationär)
- unterschiedliche Standards in den Bundesländern
- fehlende gerontologische und geriatrische Expertise in Medizin und Pflege
- fehlende Mittel für die generelle Implementierung von Palliativ- und Hospiz-Konzepten und Standards
- die demographische Entwicklung bringt weit höheren Finanzbedarf mit sich. Österreich braucht eine nachhaltige Pflegefinanzierung.
- fraktioniertes Gesundheits- und Sozialsystem, durch deren Löcher viele Pflegebedürftige und viel Geld fallen. Die erforderliche koordinierte Planung, Steuerung und Finanzierung findet in den politischen Überlegungen keinerlei Berücksichtigung.

Unsere Forderungen im Detail:

## **1. Reform des Pflegegeldes**

Das Pflegegeld hat seit seiner Einführung rund ein Fünftel seines Geldwertes verloren. Damit wird die Finanzierung von Betreuungs- und Pflegeleistungen für die Betroffenen immer prekärer. Wir fordern daher von der Bundesregierung umgehend die gesetzliche Verankerung einer jährlichen Valorisierung. Bei der Einstufungspraxis der Pflegebedürftigkeit muss jedenfalls diplomiertes Pflegepersonal herangezogen werden. Die ärztliche Kompetenz ist auf Medizin und nicht auf Pflege ausgerichtet.

## **2. Finanzielle Belastung der professionellen Dienste**

Die wirtschaftliche Situation der ambulanten, teilstationären und stationären Dienste hat sich in den letzten Jahren deutlich verschlechtert. Dies liegt wesentlich an zu geringen Tarifierhöhungen, dem nicht valorisierten Pflegegeld und gleichzeitig behördlichen Auflagen, die finanziert werden müssen. Die Rationalisierungspotentiale sind längst durch ausufernde bürokratische Vorgaben erschöpft. Beispielsweise hat sich der Personalaufwand für die diversen Dokumentationspflichten in den letzten Jahren mehr als verdoppelt. Diese Zeit fehlt dem Betreuungs- und Pflegepersonal für die BewohnerInnen, die diesen Umstand immer häufiger beklagen. Es ist hoch an der Zeit, dass wir uns vermehrt wieder um die BewohnerInnen und nicht um das Formularwesen kümmern können. Daher müssen zukünftig weitere administrative Belastungen durch Tarifierhöhungen abgedeckt werden, damit mehr Personal für die Betreuung der BewohnerInnen beschäftigt werden kann.

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen ist eine qualitative Weiterentwicklung nicht möglich aber im Sinne einer angemessenen Lebensqualität das Recht der BewohnerInnen. Eine langfristige Absicherung der Pflegefinanzierung ist ein absolutes Muss zur Sicherstellung eines sozial fairen Leistungsangebotes.

## **3. Finanzierung**

Das derzeitige Finanzierungssystem ist unzureichend. Einerseits ist es wesentlich von einer Fraktionierung in unterschiedliche und wenig korrelierende Subsysteme gekennzeichnet und andererseits basiert es auf dem Grundsatz der Hilfeleistung in individuellen Notlagen. Es wird den heutigen Anforderungen nicht mehr gerecht.

Für den ersten Fall stellen wir deutliche Reibungsverluste in nicht abgestimmten Systemen fest (Krankenhaus, fehlende Vorbereitung auf die Entlassung, fehlende Unterstützungssysteme zu Hause, kaum therapeutische Angebote, wenig Möglichkeiten der bedürfnisgerechten Versorgung durch mobile Dienste, zu späte Einbindung der stationären Einrichtungen, ...). Dies kann durch einheitliche Planung, Koordination und Finanzierung verbessert werden. Im zweiten Fall kann das Instrument der Sozialhilfe nicht mehr für die Finanzierung von flächendeckend nötigen Angeboten herangezogen werden, da sie in ihrem Grundprinzip auf Hilfe in individueller Notlage ausgerichtet ist und die Bedarfsdeckung von den finanziellen Möglichkeiten des Trägers der Sozialhilfe abhängig ist.

Wir schlagen eine einheitliche Finanzierung, Angebotsplanung und Steuerung vor. Die Finanzierung soll zusätzlich und ergänzend zu den bestehenden Formen erfolgen. Bestenfalls soll die bisherige Sozialhilfefinanzierung durch eine bundeseinheitliche Pflegefinanzierung ersetzt werden.

Wie auch immer die Dotierung dieser „Pflegefinanzierung“ politisch entschieden wird, und ob sie Pflegeversicherung oder Pflegefonds heißt, ist für die Betroffenen unerheblich. Relevant

ist lediglich, dass Pflegebedürftigkeit kein individuelles Risiko und „Schicksal“ ist, sondern ein vom Staat finanziertes und gerecht von allen BürgerInnen aufgebrachtes System bereit steht.

Die Einführung von bundesweit einheitlichen Standards sowie eine gemeinsame Planung und Steuerung der Leistungen kann einen Teil der aufzubringenden Finanzmittel ohne Qualitätsverluste erbringen. Desgleichen die bessere, weil geplante und vorgegebene Vernetzung mit dem Gesundheitssystem. Dies setzt die Einführung einer integrierten Versorgungsstruktur voraus.

#### **4. Integrierten Versorgungsstruktur**

Dabei gilt es unter anderem

- Prävention und Beratung,
- ehrenamtliche Dienste und soziale Initiativen
- Haushaltshilfe und persönliche Assistenz,
- mobile Pflege und Therapie,
- alternative Wohnformen, teilstationäre Angebote (Tages- und Nachtbetreuung, stundenweise Betreuung),
- stationäre Betreuung und Pflege sowie
- Hospiz- und Palliativpflege in allen Bereichen, wo Menschen leben und sterben zu integrieren.

Der konstanter Anstieg schwerer Pflegebedürftigkeit, zB Wachkoma, Appalliker bei gleichzeitig verkürzter Verweildauer der BewohnerInnen verbunden mit hohen Anforderungen an die terminale Pflege stellt die MitarbeiterInnen vor enorme Herausforderungen. Dies fordert die Verankerung von Palliativkonzepten, -standards sowie die konsequente Entwicklung geriatrischer Pflegeexpertisen.

Parallel dazu und mit oben genannten Angeboten vernetzt ist die Versorgung mit

- geriatrisch ausgebildeten niedergelassenen praktischen ÄrztInnen und FachärztInnen,
  - Krankenhäusern,
  - Akutgeriatrische Abteilungen,
  - Übergangspflege/Entlassungsmanagement,
  - geriatrischer Rehabilitation und Remobilisation
- sicherzustellen.

Einheitliche Planung – Steuerung – Koordination – Finanzierung kann über Sozial- und Gesundheitssprengel oder Alten- und Pflegeheime als Drehscheibe erfolgen. Netzwerkmanager und Case Manager bzw. Family Nurses sind als unmittelbare Steuerungseinheiten vor Ort zu etablieren, in einer bis dato „fraktionierten Verantwortlichkeit“ zwischen Sozialhilfe und Sozialversicherung, Bund und Ländern.

Der Erstkontakt mit der lokalen Einheit soll gleichzeitig mit der Zuerkennung des Pflegegeldes erfolgen, damit von Anfang an bei den zu Betreuenden eine umfassende Kenntnis der vorhandenen Angebote und deren Nutzungsmöglichkeiten gegeben ist. Die Entlastung der pflegenden Angehörigen kann so von Anfang an berücksichtigt und geplant werden.

Die individuelle Wahlfreiheit in der Inanspruchnahme bedürfnis- und bedarfsgerechter Lösungen durch die Betroffenen muss als Grundsatz verankert werden. Die Entscheidung für einen Einzug in ein Heim statt einer mobilen Lösung auch bei niedriger Pflegestufe muss auch für einkommensschwache und nicht nur für finanzkräftige Menschen möglich sein.

## 5. Prävention

Die Pflegeprävention scheint uns ein zentraler Schlüssel zur zukünftigen Gestaltung des Gesamtsystems aus Pflege, persönlicher Betreuung und medizinischen Leistungen zu sein. Österreich hat in diesem Feld einen großen Nachholbedarf.

Schritte zu einer präventionsorientierten „Alterspolitik“ sehen wir in einer medial gestützten Bewusstmachung der Bedeutung von Prävention und rechtzeitiger Auseinandersetzung mit dem eigenen Altern sowie in der Verankerung der Prävention bei den verschiedenen Systempartnern, wie niedergelassenen ÄrztInnen, Sozial- und Gesundheitssprengel, mobile Dienste, Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen.

Die Prävention selbst hat wenigstens Themen der Ernährung, Bewegung, Sozial- und Gesundheitsberatung sowie Wohnraumgestaltung zu umfassen.

Die Finanzierung der Beratungsleistungen muss über den jeweiligen Krankenversicherungsträger erfolgen, da Präventionsleistungen primär den kurativen Aufwand deutlich entlasten.

## 6. Ausbildungs- und Imageoffensive

Betreuungs- und Pflegeberufe sind Zukunftsberufe, auch für Österreicherinnen und Österreicher. Die in den letzten Jahren forcierte Rekrutierung am osteuropäischen Arbeitsmarkt hat das dortige Sozial- und Gesundheitssystem massiv geschwächt und beeinträchtigt. Und es bringt Österreich in eine hohe Abhängigkeit von ausländischen Ressourcen.

Wir fordern daher eine gezielte Ausbildungs- und Imageoffensive, beispielsweise durch folgende Maßnahmen:

- Imagekampagne, die den gesellschaftspolitischen Wert der Pflege betagter und hochbetagter Menschen öffentlich macht und dadurch zur Steigerung der Attraktivität des Berufes beiträgt.
- in Ergänzung zum derzeitigen Ausbildungssystem an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen eine Ausbildung im Regelschulwesen (BHS) zu schaffen, die gleichzeitig mit Matura und mit dem Gesundheits- und Krankenpflegediplom abschließt.
- die Einführung eines Lehrberufes in der Pflegehilfe und Sozialbetreuung nach internationalem Vorbild.
- Umsetzung der § 15a Vereinbarung „Sozialfachbetreuung“ in allen Bundesländern, zumal das Berufsbild der Altenfachbetreuung wesentlich spezifischer für die Altenpflege geeignet ist. Erforderlich ist auch eine entsprechende Berücksichtigung der Lohnkosten in der Tarifgestaltung der Länder und Träger.
- Flexibilität und Modularität der Ausbildung, auch zwischen Gesundheits- und Sozialberufen (neues Modul zur Kompetenzerweiterung zwischen Diplomsozialfachbetreuung und diplomierter Gesundheits- und Krankenpflege)
- Verankerung von Advanced Nursing Practice zur Entwicklung der Handlungskompetenz für komplexe Pflegesituationen in der geriatrischen Pflege.
- weiterführende akademische Ausbildungen in der Pflegewissenschaft.
- Schaffung einheitlicher Berufsbilder für Managementaufgaben in den sozialen Diensten
- Verbesserung des Ausbildungsstandards der Ärzteschaft durch Etablierung eines Lehrstuhls für Geriatrie, kombiniert mit geriatrischen Kliniken zur Etablierung der geriatrischen Forschung.

Die Zielgruppe der Ausbildungsinitiative sind neben den BerufseinsteigerInnen vor allem WiedereinsteigerInnen bzw. Menschen, die den 2. Bildungsweg nutzen wollen. Da häufig finanzielle Notwendigkeiten eine qualifizierte Berufsausbildung verhindern, sind entsprechende Verbesserungen speziell für ältere AusbildungskandidatInnen zu treffen.

## **7. Qualitätssicherung und -entwicklung**

a. Um die Ressourcen und die Qualität der „Angehörigenpflege“ zu sichern, müssen pflegende Angehörige durch gezielte Beratungsleistungen, ambulante und teilstationäre Dienstleistungen unterstützt werden. Auch die Schulung und „Handlungsanleitung“ für pflegende Angehörige vor Ort kann wesentlich zur Entlastung wie zur Erleichterung für die Pflegetätigkeit der Angehörigen beitragen.

b. Im Bereich der stationären Altenpflege kann die Qualitätssicherung aufgrund der Kontrollen durch die Landesbehörden als weitestgehend gegeben angesehen werden. Jedenfalls sind Impulse in Richtung Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement zu setzen, wie zum Beispiel die Einführung des „Nationalen Qualitätszertifikats“ für Alten- und Pflegeheime. Des Weiteren soll die wissenschaftliche Erforschung der Faktoren in der „Ergebnisqualität – Lebensqualität“ und deren praktische Umsetzung in der mobilen wie stationären Altenpflege forciert werden. Die derzeitigen Vorgaben von Bund und Ländern beschränken sich fast ausschließlich auf Merkmale der Strukturqualität. In diesem Bereich hinkt die gesetzliche Lage den erforderlichen und in anderen Bereichen der Wirtschaft bereits gängigen Instrumenten des Qualitätsmanagements weit hinter her.

Wien, Oktober 2010