

Pflegenotstand in der mobilen Pflege?

Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten

April 2005



Pflegenotstand in der mobilen Pflege?

Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten

Endbericht

**Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch
die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB**

April 2005

s t a b

Projektleitung

Dr. Karl Krajic
Mag. Peter Nowak

Wissenschaftliche Mitarbeit

Dr. Karl Krajic
Mag. Peter Nowak
Mag Dr. Elisabeth Rappold
(Institut für Pflegewissenschaft)

Studentische Mitarbeit

Anja Matschilnig
(FH Technikum Kärnten)

Wissenschaftliche Beratung

Mag. Bea Kendlbacher
Univ.Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan

Assistenz

Gabriele Bocek
Johanna Bower

Technische Herstellung

Gabriele Bocek
Hermann Schmied

AutorInnen des Berichts

Dr. Karl Krajic
Mag. Peter Nowak
Mag. Dr. Elisabeth Rappold

Fachbeirat der Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe - ÖGB

Johann Hable
Monika Mauerhofer
Gerda Mostbauer
Karl Preterebner

Inhalt

1.	Zusammenfassung	6
1.1	Das Projekt	6
1.2	Definition „Pflegernotstand“	6
1.3	Status Quo – Diagnose	6
1.4	Mögliche Lösungen	10
2.	Einleitung	14
3.	Methodik / Vorgangsweise	15
4.	Was kann Pflegernotstand in der mobilen Pflege heißen?	15
5.	Mobile Pflege in Österreich: Status Quo und Prognosen	17
5.1	Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich?.....	17
5.1.1	<i>Quantitativer und qualitativer Personalmangel</i>	17
5.1.2	<i>Symptome für einen quantitativen Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich</i>	18
5.1.3	<i>Ursachen für einen quantitativen Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich</i>	21
	<i>Exkurs: Primary Nursing</i>	23
	<i>Exkurs: Case und Care Management</i>	23
5.1.4	<i>Symptome für einen qualitativen Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich</i>	24
5.1.5	<i>Ursachen für einen qualitativen Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich</i>	25
5.1.6	<i>Hinweise für einen zukünftigen Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich</i>	25
5.2	Qualitätsmängel in der extramuralen pflegerischen Versorgung.....	25
5.2.1	<i>Symptome für Qualitätsmängel in der extramuralen pflegerischen Versorgung</i>	26
5.2.2	<i>Ursachen für Qualitätsmängel in der extramuralen pflegerischen Versorgung</i>	27
5.3	„Mobiles Pflegepersonal in Not“	29
5.3.1	<i>Symptome für „Mobiles Pflegepersonal in Not“</i>	29
5.3.2	<i>Ursachen für „Mobiles Pflegepersonal in Not“</i>	30
	<i>Exkurs: Beispiele für Konfliktsituationen in der mobilen Pflege aus den ExpertInneninterviews</i>	31
5.4	Beeinflussende politische, ökonomische und rechtliche Rahmenbedingungen der mobilen Pflege	32
5.4.1	<i>Indikatoren für beeinflussende politische, ökonomische und rechtliche Rahmenbedingungen der mobilen Pflege</i>	32
5.5	Entwicklung des Bedarfs	34
5.6	Fazit: Kein offener Pflegnotstand – aber auch kein Grund zum Jubel.....	34
	<i>Exkurs: Ein Schwarzmarkt mit 40.000 "illegalen" Pflegekräften - zehnmal soviel wie in den offiziellen mobilen Diensten?</i>	36
6.	Lösungsstrategien	39
6.1	Grundlösungsmodell auf der Betreuungsebene: MitarbeiterInnenorientierung, Integration und KlientInnen-/PatientInnenorientierung	39
6.1.1	<i>Hochqualifizierte diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Kern der mobilen Pflege</i>	40

6.1.2	<i>Interprofessionelle mobile Teams (Heimhilfen, AltenhelferInnen)</i>	41
6.1.3	<i>Eingebunden in ein lokales (virtuelles) Netzwerk von SpezialistInnen</i>	41
6.1.4	<i>Gut angebunden an das informelle Pflegesystem und ehrenamtliche Unterstützungsstrukturen</i>	41
6.2	<i>Strategien auf der Mesoebene / Organisation - Anbieterebene</i>	42
6.2.1	<i>Attraktive Stellenbeschreibungen für qualifiziertes Personal („Primary Nurse“)</i>	42
6.2.2	<i>Weiterentwicklung der Führungskultur und –strukturen in den Anbieterorganisationen</i>	43
6.2.3	<i>Systematische Personalentwicklung</i>	43
6.2.4	<i>Teamentwicklung</i>	44
6.2.5	<i>Systematische Qualitätsentwicklung</i>	44
6.2.6	<i>Abfangen körperlicher Belastungen und Risiken</i>	45
6.2.7	<i>Abfangen psychischer Belastungen</i>	45
6.2.8	<i>Aufbau interprofessioneller Teams und Kooperationsnetzwerke</i>	45
6.3	<i>Strategien auf der Makroebene / Politik, Berufsgruppe</i>	46
7.	Literatur	48
7.1	Literatur Primary Nursing:	48
7.2	Literatur Case und Care Management:	48
7.3	Literatur EBN	49
7.4	Zitierte Literatur	49

1. Zusammenfassung

1.1 Das Projekt

Vorgelegt wird eine wissenschaftliche Expertise, in der – aufbauend auf publizierter Literatur und ExpertInnenwissen, ohne neue Primärerhebungen – eine zusammenfassende Einschätzung der aktuellen Situation der mobilen Pflege in Österreich versucht wird.

Die Hauptfragestellungen sind: Gibt es in der mobilen Pflege in Österreich (Schwerpunkt: DGKP) aktuell so etwas wie einen „Pflegerotstand“ – und auf welchen Dimensionen? Gibt es Hinweise, dass in naher Zukunft ein derartiger „Notstand“ droht? Lassen sich Kausalfaktoren identifizieren, die besonders problematisch sind? Und welche Lösungsoptionen lassen sich identifizieren?

Das vorliegende Gutachten ist das Folgeprojekt des 2003 erstellten Gutachtens „Pflegerotstand in Österreich?“ (Krajic, Vyslouzil et al. 2003), in dem die Situation im stationären Akutbereich analysiert worden war. Die Erstellung auch des vorliegenden Gutachtens wurde durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB finanziell unterstützt.

1.2 Definition „Pflegerotstand“

„Pflegerotstand“ ist zunächst ein politischer Kampfbegriff, mit dem Interessensvertretungen die EntscheidungsträgerInnen und die Öffentlichkeit zu alarmieren versuchen. Wie im 2003 erstellten ExpertInnengutachten „Pflegerotstand in Österreich?“ für den stationären Akutbereich herausgearbeitet wurde, macht eine analytische Verwendung des Konzepts dennoch Sinn. „Pflegerotstand“ lässt sich in einem Konzept mit 3 Grunddimensionen und ihrem Zusammenwirken beschreiben. Anhaltender Personalmangel, erlebbare Qualitätsmängel und nicht aufgefangene Unzufriedenheit/Demoralisierung/Überlastung des Personals („Pflege in Not“) können zu einem Prozess führen, der als „Negativspirale“ beschreibbar ist: Zu knappe Personalressourcen beschränken Qualität und Arbeitszufriedenheit, verkürzen die Berufsverweildauern, führen zu innerer Kündigung und ähnlichen Phänomenen, was wiederum die Personalressourcen verknappt etc..

Unter Bedingungen von erwartbar starkem Wachstum des Bedarfs nach professioneller mobiler Pflege (demographisch-epidemiologische Entwicklung) und gleichzeitig (demographisch) kleiner werdendem Arbeitskräfteangebot können ohne Gegenmaßnahmen gravierende Folgen eintreten – von vermehrten Fehlern (erwartbaren Skandalen) bis zu erhöhtem Druck auf den besonders teuren stationären Akutsektor.

1.3 Status Quo – Diagnose

Personalmangel

Das System mobile Pflege ist im Verhältnis zur stationären Pflege – im Akut- und Langzeitbereich – nur marginal entwickelt: nur 3,5% aller berufstätigen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und 8,5% aller Alten-/PflegehelferInnen arbeiten in der mobilen Pflege.

- Über quantitativen Personalmangel im engsten Sinn – nicht durch formal entsprechend qualifizierte Personen besetzbare Stellen - wird aktuell nur vereinzelt berichtet.
- Häufig wird allerdings über Schwierigkeiten berichtet, Stellen – vor allem von diplomiertem Pflegepersonal (DGKP) - adäquat zu besetzen. Auf Stellenausschrei-

bungen melden sich in der Regel keine oder nur ungeeignete BewerberInnen (z.B. DGKP mit keiner oder geringer Berufserfahrung, aber auch erfahrene DGKP, die mit den spezifischen Arbeitsbedingungen im mobilen Bereich nicht zurechtkommen).

- Ein weiterer Hinweis auf möglichen qualitativen Personalmangel sind die Fluktuationsraten, die im mobilen Bereich nach einer Studie höher sind als im stationären Pflegesektor. Das deckt sich allerdings, zumindest für Westösterreich, nicht mit ExpertInneneinschätzungen.
- Über das Ausmaß des Einsatzes von Poolediensten im mobilen Bereich herrscht kein Konsens.
- Auch Hinweise auf systematisch geleistete Überstunden (ein weiteres Indiz für eine knappe Personaldecke) finden sich kaum – allerdings wird häufig von Teilzeitkräften über das vereinbarte Ausmaß hinaus gearbeitet (formal keine Überstunden mit Zuschlägen, sondern Mehrstunden).
- Statt dessen wird – vor allem in Ostösterreich - über die Konkurrenz durch die „Billigbieter“ aus den Nachbarstaaten berichtet – über einen wachsenden „grauen/schwarzen“ Markt von Pflegeleistungen, der die etablierten Organisationen unter Druck setzt (dazu siehe unten).

Insgesamt scheint also derzeit im Sektor kaum akuter Personalmangel zu herrschen, aber die Schwierigkeiten, die (relativ) wenigen Stellen für DGKP adäquat zu besetzen, sind ein Hinweis auf eine für diese Gruppe geringe Attraktivität der Arbeit im mobilen Sektor.

Als Erklärungen werden angeführt: In den meisten Bundesländern (mit der deutlichen Ausnahme Vorarlbergs) sind die finanziellen Bedingungen und Sozialleistungen im mobilen Bereich deutlich ungünstiger als im stationären Sektor, auch das Image der mobilen Pflege innerhalb des Berufs gilt als problematisch. Auch eine an den Bedürfnissen des Sektors immer noch völlig vorbeigehende Aus- und Weiterbildungslandschaft für DGKP wird plausibel als Entwicklungshemmnis angeführt (Ausbildung im Krankenhaus, durch Krankenhausbetreiber, zentrale Inhalte der Hauskrankenpflege fehlen).

Dramatisch wird das vermutlich erst durch die kommende demographische Entwicklung. Gerade VertreterInnen des Sektors „mobile Pflege“ warnen vor der dramatischen Zunahme der Zahl der alten bis sehr alten Menschen in den kommenden Jahren und vor den nachlassenden Betreuungskapazitäten des informellen Sektors (Angehörige und private soziale Netze). Studien prognostizieren daher schon für die nächsten 5 Jahre einen deutlichen Mehrbedarf an professioneller mobiler Pflege.

Qualitätsmängel - aktuelle Situation

Wissenschaftliche Aussagen über Qualitätsmängel sind erschwert durch das faktische Fehlen systematischer Qualitätsbeobachtung in der Pflege – nicht nur, aber besonders auch im mobilen Bereich. Hier fehlt bereits als wichtige Voraussetzung ein zumindest pragmatischer Konsens, was Kriterien für angemessene / sichere Pflege wären. ExpertInneneinschätzungen sind widersprüchlich – sie reichen von sehr kritischen Skizzen bis zur Grundeinschätzung, dass im mobilen Bereich aufgrund der hohen „PatientInnen-souveränität“ davon ausgegangen werden muss/ kann, dass in aller Regel angemessene Pflege geleistet wird. Bzw. stehe bei plötzlich stark steigendem Pflegebedarf der stationäre Bereich als Auffangsektor zur Verfügung – und könne in der Regel auch rasch und konsequent genutzt werden. Öffentliche Klagen von PatientInnen und Angehörigen über Unterversorgung durch mobile Pflege sind jedenfalls derzeit nicht bekannt – welche Rolle dabei z.B. ein niedriges Erwartungsniveau spielt, ist allerdings nicht klar.

Vor dem Hintergrund der erwartbar steigenden Nachfrage nach mehr und vor allem auch komplexeren Pflegeleistungen im mobilen Bereich ist allerdings Skepsis angebracht, wie stabil dieses Gleichgewicht ist.

Weiters verweisen manche ExpertInnen auf weitgehend fehlende Integration in den mobilen Diensten, die prinzipiell die erzielbare Pflegequalität limitieren und bei höherem Bedarf zum raschen Verlagern in den stationären Bereich führen müsste.

Auch ein unmittelbares Durchschlagen von rechtlichen und finanziellen Regelungen auf die Pflegequalität wird moniert. Sonderregelungen wie z.B. für die „Medizinische Hauskrankenpflege“ fördern eher Fragmentierung als Integration. Die – in deutlichem Gegensatz zum stationären Sektor - scharfe Rationierung der durch Sozialhilfeträger zur Verfügung gestellten Leistungen begrenzen das Ausmaß und die mögliche Komplexität der öffentlich angebotenen pflegerischen Dienstleistungen. Der offensichtlich zunehmend genutzte Ausweg ist die Nutzung des grauen und schwarzen Pflege-Arbeitsmarkts bzw. bei hohem Einkommen/ Vermögen auch die Nutzung des privaten Marktes. Schließlich wird die prinzipiell im Sektor erreichbare Pflegequalität durch eine Reihe weiterer Faktoren de facto beschränkt: die fehlende spezifische Aus- und Weiterbildung vor allem des diplomierten Personals reduziert die Wahrscheinlichkeit, hervorragende, spezifisch qualifizierte Fachkräfte in Österreich zu finden; die Schwierigkeiten, hochqualifiziertes Personal in ausreichender Zahl auch tatsächlich zu rekrutieren und zu halten (hohe Fluktuation); das weitgehende Fehlen von Qualitätssicherungs- bzw. Entwicklungssystemen etc..

Pflegepersonal in Not - aktuelle Situation

Wie im stationären Bereich lassen sich auch in der mobilen Pflege zwei Typen von Belastungen unterscheiden, die zu Schwierigkeiten für das Personal führen können. Das sind einerseits Belastungen, die aus der spezifischen Art der Tätigkeit resultieren (und deshalb nur schwer veränderbar sind), andererseits Belastungen, die aus der konkreten Arbeitsorganisation kommen.

In den Berichten über Belastungen im mobilen Pflegesektor spielen Belastungen durch die Arbeitsorganisation eine dominante Rolle. Insbesondere wird über Zeitmangel (aufgrund der knappen Kontingente), Dokumentationsaufwand sowie über das Fehlen einer unterstützenden Führungskultur in vielen Organisationen berichtet. Auch das Fehlen von sozialen Räumen für Pausen, zum Austausch mit KollegInnen bzw. zur Diskussion wird beklagt.

Die Arbeitssituation – eins zu eins mit den KlientInnen – wird in der Regel als eher attraktiv beschrieben. Die Rolle als Gast im Haushalt der KlientInnen scheint dagegen häufig belastend zu sein. Insbesondere wenn es zu Krisen und Konflikten z.B. auch mit Angehörigen kommt, fehlt das entlastende Team einerseits, die spezifische Vorbereitung durch Aus- und Weiterbildung andererseits.

Auch die Situation, allein Entscheidungen treffen zu müssen, ob ÄrztInnen zu konsultieren sind, eine Krankenseinweisung indiziert ist etc. kann belastend sein – vor allem auch im Kontext der oben angesprochenen häufig fehlenden Entlastung durch die Organisationen.

Das klingt zunächst nicht besonders dramatisch - das geringe Interesse der DGKP an der Arbeit im mobilen Bereich weist aber deutlich darauf hin, dass die Bilanz zwischen Anreizen und wahrgenommenen Belastungen für diese Gruppe nicht besonders günstig ausfällt.

Rahmenbedingungen schlagen durch auf die Ebene der Alltagspraxis

Als wesentliche Kausalfaktoren, die für die Belastungen durch die Arbeitsorganisation relevant sind, erweisen sich in der Analyse die aktuellen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der mobilen Pflege. Anders als Krankenhäuser und Pflegeheime, die aufgrund ihrer Stärke und Geschlossenheit viele Irritationen aus der Umwelt abpuffern können, sind die Organisationen im mobilen Bereich in der Regel nicht in der Lage, ihre MitarbeiterInnen vor äußeren Einflüssen zu schützen. Die MitarbeiterInnen sind den Konsequenzen z.B. ökonomischer Knappheit unmittelbarer ausgesetzt, müssen mit den KlientInnen direkt über Bezahlung verhandeln etc..

Insgesamt ist der Sektor derzeit gegenüber dem stationären Sektor deutlich unterprivilegiert. Durch seine faktische Zuordnung zu den sozialen Diensten und nicht zur Kranken-

behandlung ist hier ein ganz anderer Rahmen gegeben: eine wesentlich knappere Ressourcenausstattung, eine komplexere Finanzierungsstruktur, mit sehr viel mehr Druck auf eine direkte Beteiligung der KlientInnen und Angehörigen an den Kosten und Leistungen – mit den dazu gehörigen Spannungen und Konflikten.

Eine häufig beklagte stark ökonomische Orientierung der Anbieterorganisationen von mobiler Pflege, die nach Einschätzung mancher ExpertInnen zu einer geringen Unterstützung der MitarbeiterInnen in fachlichen Belangen führen kann, erscheint in dieser Perspektive auch eine direkte Konsequenz der generellen Charakteristik des Sektors, die sich zugespitzt als „Armutsverwaltung“ beschreiben lässt.

Auch die fehlenden Voraussetzungen in der Aus- und Weiterbildung müssen auf die aktuellen politisch entschiedenen Rahmenbedingungen zugeschrieben werden – Bildung orientiert sich in der Pflege vor allem an den Bedürfnissen des reichen stationären Sektors und nicht am „armen Verwandten“. Nicht zuletzt dadurch entsteht das schlechte Image der Hauskrankenpflege – die Ausbildung ist am technisierten Spitalsbetrieb orientiert, die spezifische Komplexität der mobilen Pflege wird so gar nicht sichtbar, zumindest nicht als eine spannende, professionell bearbeit- und bewältigbare Herausforderung.

Gerade im Zusammenhang mit der prognostizierten demographisch-epidemiologischen Entwicklung scheint hier dringender Handlungsbedarf gegeben.

Eine Gesamteinschätzung

„Pflegenotstand“ im mobilen Bereich im Sinne von akuter Personalknappheit, hoher Unzufriedenheit und expliziten Qualitätsmängeln („die Patienten verkommen“) bzw. einer Negativspirale zwischen diesen Einzeldimensionen lässt sich aktuell (noch) nicht diagnostizieren.

Der Sektor ist allerdings in Österreich im internationalen Vergleich (vor allem mit Skandinavien) quantitativ und qualitativ unterentwickelt. Der Zugang zu seinen Leistungen ist aber so reguliert ist, dass diese Unterentwicklung nicht als absoluter Mangel auftritt. Plakatig gesagt ist die mobile Pflege, mit Ausnahme Vorarlbergs, in Österreich eine Restkategorie in der Versorgungslandschaft.

Das System funktioniert, weil der mobile Sektor Probleme, die er von der Menge oder Komplexität her nicht bewältigen kann, externalisiert:

- Herangezogen wird der Bereich der informellen Pflege - die Familien / sozialen Netze müssen verstärkt einspringen.
- Externalisiert wird auch in die individuelle (Zusatz-)Leistungsbereitschaft von MitarbeiterInnen, die angesichts offener Bedürfnisse immer wieder bereit sind, (teilweise unbezahlte) Mehrarbeit zu leisten.
- Es kann mit der Bereitschaft vieler KlientInnen gerechnet werden, für den „Sonderwunsch“, weiter zuhause leben zu können, auch Opfer zu bringen – eine relativ geringe Versorgungsdichte und persönliche Risiken zu akzeptieren.
- Bei steigendem individuellem Versorgungsbedarf (vor allem durch akute Krankheit) kann in Österreich (natürlich mit regionalen Unterschieden) eine „höhere“ Versorgungsstufe relativ leicht in Anspruch genommen werden – aufgrund der hohen Kapazitäten im österreichischen Akutbereich. Plakatig formuliert: Viele Akutkrankenhäuser sind aktuell noch an Auslastung interessiert und können Kapazitäten anbieten – zumindest zeitweise. Die Gangbetten z.B. auf den allgemeinen internen Abteilungen bei Grippewellen weisen aber auf die Grenzen dieses Modells hin.
- Der „schwarze/graue“ Pflegemarkt spielt als Entlastungsmöglichkeit bzw. bei hohem Bedarf eine wichtige Rolle. Wie quantitativ umfangreich dieser Markt tatsächlich ist, lässt sich nur schwer einschätzen. 10.000 bis 60.000 Pflegekräfte aus den Nachbarländern werden ohne Angaben von Quellen bzw. Schätzungsmodell kolportiert. Eine im Rahmen dieser Expertise auf dieser problematischen Basis aufbauende, durch Berücksichtigung von Qualifikation (diplomierte Pflegekräfte/ ausgebildete Pflege- und AltenhelferInnen) und Arbeitsumfang (Vollzeitäquivalente - VZÄ) vergleichbar gemachte Schätzung kommt

auf etwa 1000 bis 6000 VZÄ, knapp die Hälfte davon (formal) qualifiziert. Systematische Erhebungen und seriöse Schätzungen stehen aber noch aus.

Fragwürdig sind an diesem System Aspekte der Bedürfnisgerechtigkeit bzw. der Qualität. Die überdurchschnittlich häufige Nutzung des Krankenhauses im österreichischen Gesundheitswesen führt dazu, dass Personen, die zuhause versorgt werden möchten, weniger Chancen haben, ihren Bedürfnissen gemäß behandelt zu werden. In Bezug auf die Versorgungsqualität ist auf die internationale Literatur zu verweisen, die Risiken der stationären Versorgung deutlich macht (Über- und Fehlversorgung, Hospitalismus vor allem bei älteren Menschen).

Fragwürdig ist schließlich die Nachhaltigkeit/Zukunftssicherheit dieses Systems: Ob das System der Externalisierung auch in Zukunft so relativ klaglos funktioniert, ist offen angesichts der erwartbaren Entwicklungen der nächsten Jahre und Jahrzehnte:

- Demographisch-epidemiologische Entwicklungen: Alterung, Wachstum der Zahl von chronisch kranken und wahrscheinlich auch pflegebedürftigen Menschen
- Medizinischer Fortschritt und seine paradoxen Effekte (z.B. Zunahme an multimorbiden Krankheitsformen sehr alter Personen)
- Schwächer werdende Leistungsfähigkeit des informellen Sektors (kleinere Familienstrukturen, zunehmende Frauenerwerbstätigkeit)
- Steigende Qualitätsansprüche durch das, was professionell möglich/sinnvoll ist (z.B. Gesundheitsförderung)
- Steigende Erwartungen auch der KlientInnen und ihrer Angehörigen
- Erwartung der Politik an Einsparungsmöglichkeiten im stationären Bereich.

Wenn der mobile Pflegebereich nicht rasch quantitativ und qualitativ weiterentwickelt wird, ist ein deutlich verstärkter Druck auf den stationären Bereich zu erwarten – mit der Fragestellung dieser Expertise betrachtet und zugespitzt formuliert: Dann wird der mögliche Pflegenotstand von der mobilen Pflege in den stationären Bereich (und in den grauen/schwarzen Pflegemarkt) verschoben und dort zum Problem.

1.4 Mögliche Lösungen

Bei der Erarbeitung dieses Gutachtens wurde eine grundlegende Entwicklungsrichtung der mobilen Pflege deutlich, die wir zunächst als Grundvision der vorgeschlagenen Lösungsoptionen darstellen möchten.

Eine Grundvision für die mobile Pflege

Vorgeschlagen wird eine sehr explizite Orientierung der Organisation mobiler Pflege an Prinzipien der MitarbeiterInnenorientierung, Integration von Betreuungsleistungen und KlientInnen-/ PatientInnenorientierung.

Im Sinne einer langfristigen Qualitätssicherung der mobilen Pflege sollte das System rund um **hochqualifizierte diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Kern der mobilen Pflege** organisiert werden. Dieses Organisationsmodell sollte sich am Konzept des Primary Nursing bzw. des systematischen Case und Care Managements orientieren.

Die Primary Nurse übernimmt die Gesamtverantwortung für die Betreuung von KlientInnen/PatientInnen, ohne dabei aber selbst alle Leistungen zu erbringen. Die Rolle bedeutet Arbeit mit einem **interprofessionellen Team** von HeimhelferInnen, Alten- und/oder PflegehelferInnen bzw. jüngeren DGKP, um gemeinsam mit einem weiteren Netzwerk professioneller Gesundheitsberufe und der informell Pflegenden sowie nicht zuletzt mit den KlientInnen selbst die notwendigen hauswirtschaftlichen, pflegerischen und medizinischen Leistungen zu erbringen.

Um spezifischen Anforderungen gerecht zu werden, wird zunächst der Aufbau von einem Netzwerk von pflegerischen **SpezialistInnen** z.B. für Familienpflege (Family Health Nurse), Diabetes, Inkontinenz, Demenz, aber auch SpezialistInnen aus dem Bereich der medizinisch-therapeutischen Berufe empfohlen. Diese SpezialistInnen können in Abstimmung mit der Primary Nurse ihre Dienstleistung direkt am Patienten/an der Patientin erbringen bzw. den KollegInnen hilfreich zur Seite stehen.

Die gute persönliche Kooperation mit anderen extramuralen Diensten wie HausärztInnen, FachärztInnen, Apotheken, mobilen Hospizteams, psychiatrischen Betreuungsdiensten, PsychotherapeutInnen, Tagesheimstätten etc. ergänzt dieses integrierte Betreuungsnetzwerk. Schließlich ist es im Falle einer drastischen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch notwendig, auf etablierte Kooperationen mit unterschiedlichen stationären Einrichtungen (Akutkrankenhaus, Kurzzeitpflege, Langzeitpflege und Rehabilitationseinrichtungen) zurückgreifen zu können.

Aus einem grundsätzlichen Pflegeverständnis des „Empowerments“ für die Gesundheit und Lebensqualität der KlientInnen/PatientInnen ist die Zusammenarbeit mit diesen selbst, mit dem informellen Pflegesystem (Angehörige etc.) und mit ehrenamtlichen Unterstützungsstrukturen (z.B. Besuchsdienste, Selbsthilfegruppen) zentral.

Die **Gesundheits- und Sozialpolitik** unterstützt diese Entwicklung durch die Schaffung **der für dieses Modell notwendigen Rahmenbedingungen**. Mobile Pflege wird nicht nur als möglichst billiger, sondern in mancher Hinsicht auch besserer „Ersatz“ für stationäre Versorgung akzeptiert. Die Orientierung am Modell „Armutsverwaltung“ wird für die mobile Pflege durch Orientierung am Modell „Integrierte Krankenversorgung“ ersetzt. In einer ersten Entwicklungsphase werden Schritte der Basisanierung durchgeführt – z.B. die Durchsetzung einer am Vorarlberger Modell orientierten systematischen Besserstellung der MitarbeiterInnen in der mobilen Pflege (DGKP) und die Etablierung einer aufgabenangemessenen Weiterbildung zur Primary Nurse im mobilen Bereich. Durch entsprechende rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen für den laufenden Betrieb und Investitionen in den systematischen Umbau des derzeit krankenhausalastigen Systems werden in einem zweiten Schritt faire, dem stationären Sektor vergleichbare Bedingungen im mobilen Bereich hergestellt, die es ermöglichen, die jeweiligen Vorteile der Sektoren besser zu nützen. Allgemeine Maßnahmen zu einer verstärkten Rekrutierung in die Pflegeberufe, zur Verlängerung der Verweildauer im Beruf (z.B. durch verbesserte Kinderbetreuung) etc. unterstützen auch im mobilen Bereich die Rekrutierung und das Halten von qualifizierten MitarbeiterInnen.

Maßnahmen auf der Meso-Ebene – Organisationen

Die Verwirklichung eines integrierten, umfassenden Systems der mobilen Pflege, das kurz-, mittel- und langfristig Symptome des Pflegenotstands bekämpfen bzw. vermeiden könnte, bedarf der systematischen Berücksichtigung von drei Prinzipien in der Qualitätsentwicklung von Anbietern mobiler Pflege: MitarbeiterInnenorientierung, Integration von Betreuungsleistungen und KlientInnen-/PatientInnenorientierung. Die Umsetzung dieser Prinzipien könnte insbesondere durch folgende Maßnahmen in den einzelnen Anbieterorganisationen erfolgen, müsste jedoch durch entsprechende politische Rahmenbedingungen unterstützt werden:

- Attraktive Stellenbeschreibungen für qualifiziertes und verantwortliches Personal („Primary Nurse“)
 - Bessere Bezahlung (z.B. halbe Stationsschwesternzulage nach dem Vorbild Vorarlbergs)
 - Angebot von Sozialleistungen wie im stationären Bereich (z.B. Kinderbetreuung)

- Bessere Regelung der Dienstzeiten (insbesondere angemessene Regeln zu Wegzeiten, notwendigen Besprechungen, Beratungstätigkeit für PatientInnen und Angehörige, Dokumentationsaufwand, Ruhephasen)
- Weiterentwicklung der Führungskultur und –strukturen in den Anbieterorganisationen insbesondere durch eine unterstützende und beteiligende (partizipative) Kommunikationskultur zwischen MitarbeiterInnen und Vorgesetzten
 - Offene, direkte und flexible Erreichbarkeit der Führungskräfte
 - Gezieltes, verständliches und konstruktives Feedback
 - Unterstützung in Konflikt- und Krisensituationen
 - Rechtliche und finanzielle Orientierung und Rückhalt im Einzelfall
 - Beteiligung an Organisationsentscheidungen
- Systematische Personalentwicklung
 - Ein guter Start für neue MitarbeiterInnen
 - Anerkennung und MitarbeiterInnenmotivation
 - Gezielte Karriereplanung und Förderung der individuellen Ziele
 - Entwicklung altersangemessener Aufgabenbereiche
 - Gezielte Fortbildung in den Anbieterorganisationen
 - Systematische Beteiligung des Sektors an Aus- und Weiterbildung
- Teamentwicklung
Eine gute fachliche innerorganisatorische Zusammenarbeit könnte z.B. durch regelmäßige Fall- und Teambesprechungen unterstützt werden.
- Systematische organisationsübergreifende Qualitätsentwicklung
 - Bürokratischen Aufwand reduzieren
 - Qualitätssicherung und -kontrolle
- Abfangen körperlicher Risiken
 - Verwendung von Pflegehilfsmitteln, PatientInnenbetten und –liften usw.
 - Maßnahmen zur Stärkung der physischen Gesundheit (allgemein und spezifisch, z.B. Rückenschule)
 - Prophylaxe von Verkehrsunfällen
 - Gewaltprophylaxe
- Abfangen psychischer Belastungen durch
 - Unterstützende Führung
 - Supervision
 - Fortbildung
- Systematischer Aufbau und Wartung von interprofessionellen Teams und Kooperationsnetzwerken
Die Entwicklung von längerfristigen Kooperationsvereinbarungen, Ablaufstandards und Austauschstrukturen innerhalb der Anbieterorganisationen bzw. mit externen Partnern können die MitarbeiterInnen an der Basis im Allgemeinen nicht in der Alltagsroutine leisten. Vielmehr bedarf es der grundsätzlichen Klärung und Aushandlung durch die Führungskräfte, um im jeweiligen Einzelfall auf vereinbarte Routinen zurückgreifen zu können.

Maßnahmen auf der Makro-Ebene – Politische Rahmenbedingungen

Konsequente Investition in die Entwicklung eines leistungsfähigen ambulanten Systems unter Einschluss der mobilen Pflege:

- Gesundheitspolitische Schwerpunktsetzung z.B. im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur:
 - Weg von der Armutsverwaltung in der mobilen Pflege!
 - Entwicklung von leistungsfähigen Organisationsformen für die ambulante Krankenversorgung (ÄrztInnen, Pflege, MTDs etc.)
 - Integrierte Versorgung

- Weiterentwicklung der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen im mobilen Sektor
 - Vergütung der mobilen Pflegeleistungen an die Anbieterorganisationen in einer dem stationären Bereich vergleichbaren Höhe (als notwendige Voraussetzung für vergleichbare Gehälter und Ausstattungen)
 - Explizite Einbindung/ Kanalisierung des „grauen/schwarzen“ Pflege- und Betreuungssektors, um Knappheit zu vermeiden bzw. Kooperation zwischen diesem Sektor und den „offiziellen“ mobilen Diensten zu ermöglichen (z.B. zeitlich befristete Regelungen mit Kompromissen in Bezug auf Kapazitäten, Bezahlbarkeit, Fairness und soziale Absicherung)
 - Explizite professionelle Unterstützung der privaten Netzwerke – Angebotsinformation, Anleitung, Entlastung (Verarbeitung, Alltag, Urlaub,..), finanzielle Unterstützung
- Strukturentwicklung im ambulanten Sektor
 - Aufbau eines starken ambulanten Sektors
 - z.B. Steigerung der mobilen qualifizierten Pflegekapazitäten in den nächsten 10 Jahren um ca. 300% – 400% → „Österreich wird Vorarlberg“ (Bereich DGKP)!
 - Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung
 - Entwicklung des Schnittstellen-/Nahtstellenmanagements mit dem stationären Sektor
 - wie Modellprojekte: PIK (www.pik-wien.at), MedTogether (www.medonline.at/medtogether)
 - Aufbau von spezialisierten Versorgungs-/ Unterstützungsstrukturen für bestimmte Problemlagen
 - z.B. Demenz, Diabetes etc.
- Aus-, Weiter- und Fortbildung
 - Integration von Hauskrankenpflege-Inhalten in die Grundausbildung des diplomierten Pflegepersonals (Case und Care Management, systematische PatientInnenberatung, Gesundheitsförderung, Konfliktmanagement)
 - Weiterbildung zur Primary Nurse für Hauskrankenpflege im Rahmen einer Sonderausbildung
 - Systematische Fortbildungsverpflichtung und flächendeckende Angebote
 - Universitäre Weiterbildung für Führungskräfte in Organisationen
- Wissens- und Qualitätsentwicklung
 - Verstärkung der pflegewissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Forschung für die mobile Pflege
 - Unterstützung von organisationsübergreifenden Konsensprozessen in der mobilen Pflege
 - Dokumentationssysteme
 - Standards, Richtlinien
 - Gesetzliche Regelungen
 - z.B. Mindeststandards für die Pflege
 - Qualitätskriterien oder verpflichtendes Qualitätsmonitoring könnten sich günstig auswirken
 - Aufbau von Wissenszentren für die Qualitätsentwicklung
- Als Begleitmaßnahme: Allgemeine Rahmenbedingungen für die Pflege verbessern, um die Verweildauer in der Pflege zu verlängern bzw. den Wiedereintritt zu verstärken – z.B. Kinderbetreuungs-, Ganztagsschulangebote erweitern etc. (siehe ausführlicher Krajic, Vyslouzil et al. 2003), Lobbying für eine verstärkte Anerkennung der Hauskrankenpflege innerhalb der Berufsgruppe.

2. Einleitung

„Pflegernotstand“ ist zunächst ein politischer Kampfbegriff, mit dem Interessensvertretungen die EntscheidungsträgerInnen und die Öffentlichkeit zu alarmieren versuchen. Wie im 2003 erstellten ExpertInnengutachten „Pflegernotstand in Österreich?“ (Krajic, Vyslouzil et al. 2003) für den stationären Akutbereich herausgearbeitet wurde, besteht aktuell in Österreich (und in vielen anderen Ländern Europas) allerdings auch ganz real die Gefahr einer sehr problematischen Entwicklung. Vor dem Hintergrund eines wachsenden Bedarfs an professioneller Pflege können Personalmangel, Qualitätsmängel und Unzufriedenheit/Demoralisierung des Personals („Pflege in Not“) zu einer Negativspirale führen mit tatsächlich schwerwiegenden Problemen als Konsequenz (zum Modell siehe Abschnitt 4).

Droht nun auch – oder insbesondere - im Bereich der mobilen Pflege in Österreich so etwas wie ein „Pflegernotstand“? Oder ist eine derartige Krise bereits eingetreten – und es ist noch nicht öffentlich sichtbar? Wenn man die Diskussion der letzten Jahre rekonstruiert, fällt auf, dass es vor allem Stimmen aus dem mobilen Bereich waren, die mit Hinweis auf die laufenden demographisch-epidemiologischen Entwicklungen Handlungsbedarf markiert haben.

Das Gutachten versucht, für den mobilen Pflegebereich zu identifizieren, wie der Status Quo einzuschätzen ist und welche Dynamiken dort laufen im Hinblick auf die Fragen: Muss gehandelt werden, um unmittelbaren Schaden abzuwenden (um Basisqualität zu sichern)? Oder gibt es eher Hinweise auf ungenützte Potentiale der mobilen Pflege?

Die Analyse konzentriert sich auf die aus der spezifischen Aufgabe (Betreuung pflegebedürftiger, kranker Menschen in deren Wohnung) und der konkreten sozialen Organisation der Leistungserbringung entstehenden Belastungen und Folgen wie z.B. Personalknappheit, Qualitätsmängel und Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation. Besonderes Augenmerk wird – wie schon 2003 - auf die Situation des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gelegt, die Pflege-, AltenhelferInnen versuchen die AutorInnen ebenfalls zu berücksichtigen. Diese beiden Berufsgruppen sind hauptsächlich für die Pflege und Betreuung von chronisch kranken, behinderten und älteren Menschen im extramuralen Bereich verantwortlich. Unterstützt werden sie durch weitere Dienste wie die Heimhilfe (für hauswirtschaftliche Tätigkeiten), Essen auf Rädern, Besuchsdienste, Einkaufsdienste usw., die nicht im Fokus dieser Expertise stehen.

Das Gutachten sucht aber nicht nur Probleme zu identifizieren und mögliche Ursachen aufzuzeigen, sondern auch machbare und wirksame „Lösungen“ - und zwar sowohl für die Ebene der Entscheidungen über die Rahmenbedingungen der mobilen Pflege als auch für die Ebene der Organisationen, die schon derzeit extramurale Pflege anbieten.

Das Ziel der mobilen Pflege, der Pflege und Betreuung zu Hause ist es, Menschen ein Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen, Heimeintritte bzw. Krankenhausaufenthalte möglichst zu vermeiden / zu verzögern und die qualitätsvolle Pflege und Betreuung nach Spitalsaufenthalten zu gewährleisten (z.B. um Wiedereinweisungen zu vermeiden).

Zumindest unter ExpertInnen herrscht Konsens darüber, dass der Bedarf an Hauskrankenpflege schon aufgrund der demografischen und epidemiologischen Veränderungen aber auch aufgrund der technologischen Entwicklungen in der Krankenbehandlung steigen wird. Konsens herrscht weiters in dem Punkt, dass eine Verlagerung der Pflege vom stationären in den ambulanten Bereich möglich und unter bestimmten Bedingungen auch wünschenswert ist. Tatsächlich ist der Bereich der mobilen Pflege in den letzten 15 Jahren in Österreich stark gewachsen, relativ sogar stärker als die stationäre Pflege – aber absolut bleibt der Sektor quantitativ weiterhin marginal (nur 3,6% der diplomierten Pflegekräfte, vgl. Tabelle 1 in Abschnitt 5), obwohl weitgehend Konsens darüber herrscht, dass die Bedeutung

des mobilen Sektors in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiter stark zunehmen wird – und soll.

Gesetzliche, vertragliche und finanzielle Maßnahmen in den letzten 15 Jahren dokumentieren, dass der prinzipielle Entwicklungsbedarf gesehen wird (Bundespflegegeld, Gesundheits- und Sozialsprengel, Medizinische Hauskrankenpflege, Modellprojekte und Initiativen für komplexe ambulante bzw. integrierte Versorgung, neue Aus- und Weiterbildungen etc.). In der laufenden Gesundheitsreformdebatte spielen Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Bereich bzw. integrierte Versorgungsmodelle zumindest verbal eine wichtige Rolle. Veränderungen in der Arbeitsweise von Krankenhäusern (Verkürzung der Verweildauer) bzw. organisatorisch-finanzielle Umstrukturierungsmaßnahmen bei den (öffentlichen) Financiers der mobilen Pflege erhöhen den Druck auf den Bereich.

3. Methodik / Vorgangsweise

Im Rahmen der knappen zeitlichen und finanziellen Ressourcen, die für die Erstellung dieses Gutachtens zur Verfügung standen, konnten keine neuen, größeren Erhebungsarbeiten durchgeführt werden. Die hier zusammengestellten Diagnosen und Empfehlungen beruhen deshalb zunächst vor allem auf einer Recherche und Analyse von wissenschaftlicher Literatur, insbesondere in deutschsprachigen Medien und Fachpublikationen. Angesichts der wenig befriedigenden Datenlage entschied sich das Team, zusätzlich einige ExpertInneninterviews mit einschlägigen ausgewählten FachexpertInnen zu führen. Die Interviews wurden schriftlich zusammengefasst, den ExpertInnen zur Korrektur vorgelegt und in das Gutachten miteinbezogen. Interviewt wurden (in alphabetischer Reihenfolge)

- Univ.-Prof. Dr. Anton **Amann** (Institut für Soziologie; Forschungsarbeiten u.a. im Bereich Hauskrankenpflege; v.a. im Raum Niederösterreich)
- DGKS Gertrud **Eberharter** (Johanniter/Tirol; Geschäftsführung und Pflegedienstleitung-Stv.)
- DGKS Regina **Ertl** (Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste)
- Mag. Alice **Grundböck** (Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste)
- DGKS Monika **Gugerell** (Pflegedirektorin des NÖ Hilfswerks und Leiterin des Bereiches Hilfe und Pflege daheim)
- DGKS Maria **Lackner** (Institut für Gesundheits- und Krankenpflege, Leiterin Fachbereich Hauskrankenpflege; Bregenz)
- Mag. Monika **Wild** (DGKS, Österreichisches Rotes Kreuz)

Weiters fanden laufend Diskussionen und Beratungen mit dem Fachbeirat des Vorstandes der Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB statt.

4. Was kann Pflegenotstand in der mobilen Pflege heißen?

Das Konzept aus dem Gutachten von 2003 „Pflegenotstand in Österreich? – Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals“ (Krajic, Vyslouzil et al. 2003) dient als Grundlage und wird für den mobilen Bereich fortgeführt. Prinzipiell macht es nicht nur für die stationäre Akutpflege sondern auch für die mobile Pflege Sinn, die drei Komponenten „Pflegepersonalmangel“, „Qualitätsmängel in der Pflege“ und „Pflegepersonal in Not“ und ihr mögliches Zusammenwirken zu analysieren. Diese drei Komponenten stehen zueinander in Beziehung und bedingen sich gegenseitig.

Personalmangel zeigt sich auf quantitativer Ebene (zu wenig Personal ist vorhanden) als auch auf qualitativer Ebene (zu wenig qualifiziertes Personal ist vorhanden). Die zweite

Dimension Qualitätsmängel entsteht, wenn vereinbarte Mindestanforderungen nicht eingehalten werden können bzw. professionelle Standards nicht umgesetzt werden. „Pfleger in Not“ sind jene Belastungen, die auf individueller Ebene der MitarbeiterInnen wahrgenommen werden. Diese Belastungen können auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden, z.B. auf organisatorische Rahmenbedingungen, auf die Arbeit selbst aber auch auf körperliche, soziale und psychische Belastungen.

„Die wesentlichen Zusammenhänge lassen sich folgendermaßen beschreiben:

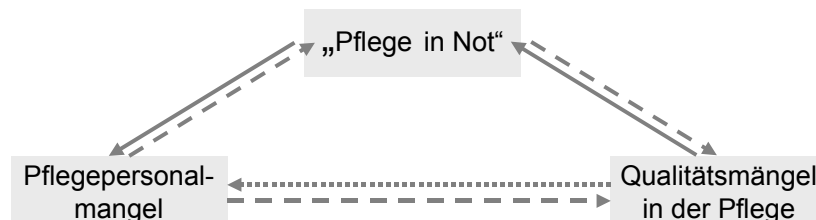
- Pflegepersonalmangel führt zu Qualitätsmängeln
- „Pfleger in Not“ führt zu Personalmangel
- Qualitätsmängel („Gefährliche Pflege“ siehe oben) führen zu „Pfleger in Not“ und das verstärkt den Personalmangel usw.

Die Zusammenhänge zwischen den Dimensionen laufen aber auch in die umgekehrte Richtung:

- Pflegepersonalmangel führt zu „Pfleger in Not“ (weil die Arbeit von immer weniger Personen gemacht werden muss)
- „Pfleger in Not“ führt zu Qualitätsmängeln (weil Resignationsprozesse stattfinden, die sich negativ auswirken; weil das Personal immer stärker mit sich selbst beschäftigt ist)
- Qualitätsmängel führen zu Personalmangel – auch Personen, die nicht so unzufrieden sind, entscheiden sich rational, schwierige Situationen zu verlassen bzw. wirkt sich das negative Image ungünstig auf die Rekrutierung neuer InteressentInnen aus – es gibt weniger bzw. weniger ausgewählte SchülerInnen etc.

Wenn diese Spirale – vielleicht sogar in beide Richtungen - läuft, dann scheint es nicht übertrieben, von „Pflegernotstand“ zu sprechen.“ (Krajic, Vyslouzil et al. 2003, S. 18)

Graphik 1 : Komponenten des „Pflegernotstands“



Quelle: (Krajic, Vyslouzil et al. 2003, S. 17)

Analysiert wird zunächst, ob auf den einzelnen Dimensionen Indizien für Schwierigkeiten vorliegen, und im zweiten Schritt – wenn das so ist –, ob es Hinweise auf eine Dynamik zwischen den einzelnen Komponenten gibt.

Verstärkt werden in der Analyse der Situation in der mobilen Pflege aber auch die politischen, rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen berücksichtigt – die mobile Pflege wird als System in einer komplexen und dynamischen Umwelt analysiert.

Ein kurzer Vorgriff: Es lässt sich schon theoretisch argumentieren, dass Krankenhäuser (und auch Pflegeheime) Organisationen mit einer hohen Eigenkomplexität sind und auch intern über beträchtliche Ressourcen verfügen können. Diesen Organisationen gelingt es in der Regel ganz gut, Umwelteinflüsse zu kontrollieren bzw. zu filtern. In der mobilen Pflege ist das nicht so – dort müssen die MitarbeiterInnen sehr viel direkter auf Unterschiede in der Umwelt reagieren. Das gilt für Charakteristika der PatientInnen, der Angehörigen, der Wohnung (= Arbeitsplatz), Arbeitsweisen von Partnern im Versorgungsnetz, vertragliche und finanzielle Regelungen, die bis in einzelne Verrichtungen hineinreichen, bis hin zum Ausgesetztsein gegenüber aktuellen Wetter- und Verkehrsverhältnissen.

5. Mobile Pflege in Österreich: Status Quo und Prognosen

5.1 Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich?

Zunächst ist festzuhalten, dass der mobile Bereich, ausgedrückt in Personalzahlen, sehr viel kleiner ist als die Pflege in stationären Langzeiteinrichtungen und (Akut-)Krankenhäusern: nur 3,6% aller diplomierten Pflegekräfte und nur 8,6% aller Pflege- und AltenhelferInnen (umgerechnet auf Vollzeitäquivalente - VZÄ) arbeiten in der mobilen Pflege (vgl. Tabelle 1). Gegenüber einer Schätzung von knapp 1000 DGKP VZÄ (Krajic, Grießler et al. 1996) im Jahr 1995 ist die 2004 dokumentierte Kapazität von 1734 VZÄ zumindest für den DGKP-Bereich eine erhebliche Steigerung von über 70%.

Tabelle 1: Gesundheits- und Pflegepersonal nach Einsatzbereichen

Ausbildungs-niveau	VZÄ* Mobil ¹	VZÄ Alten-/Pflege-heime ¹	VZÄ Krankenhäuser ²	Anteil mobil an allen
DGKS/P:	1.734	7.123	39.671	3,6%
PH/AH:	1.665	9.840	7.886	8,6%
HH:	4.411	2.229	k. Daten	nicht sinnvoll
Gesamt:	7.810	19.192	47.557	nicht sinnvoll

Quelle: ¹ Schaffenberger, Pochobradsky 2004, S. 12:

² Nemeth, Bronneberg et al. 2003, S. 17f

* VZÄ: Vollzeitäquivalente

Bedeutet diese Ungleichverteilung aber schon automatisch „Personalmangel“? Natürlich nicht – da sich ja auch die Aufgabenbereiche und der Aufgabenumfang der Sektoren unterscheidet. Deshalb folgt eine systematische Analyse.

5.1.1 Quantitativer und qualitativer Personalmangel

Ein Mangel an Pflegepersonal lässt sich nach quantitativen und qualitativen Aspekten darstellen. Die Wirkung des Mangels ist an den Pflegepersonen selbst (steigender Druck) als auch an den KlientInnen (sinkende Qualität?) feststellbar.

Unter quantitativem Mangel an Pflegepersonen verstehen wir zunächst, dass offene Stellen nicht nachbesetzt werden können, dass es damit zu einer zahlenmäßigen Unterbesetzung kommt. Das ist prinzipiell beobachtbar, allerdings kann es auch gute Gründe für Anbieter geben, diese Beobachtung nicht zu publizieren. Stellen können aus unterschiedlichen Gründen nicht besetzt werden – z.B. aufgrund einer zu geringen Nachfrage/fehlender Bewerbungen, aber auch aufgrund fehlender Qualifikationen der BewerberInnen.

Es kann aber auch heißen, dass im Verhältnis zu den Aufgaben unzureichend Planstellen vorgesehen sind – was sehr viel schwieriger beobachtbar ist.

Demgegenüber sehen wir als „qualitativen Mangel an Pflegepersonen“ einen Mangel in Bezug auf Fähigkeiten und Fertigkeiten der eingesetzten Pflegepersonen, z.B. fehlende SpezialistInnen für diverse pflegerische Fachbereiche, aber auch ein Fehlverhältnis von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zu Pflege-, AltenhelferInnen zu HeimhelferInnen – bezogen auf die anfallenden Aufgaben.

5.1.2 Symptome für einen quantitativen Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich

Folgende Symptome für quantitativen Personalmangel werden nun im Einzelnen beschrieben:

- 1) Offene Stellen
- 2) Besetzungsprobleme durch ungeeignete BewerberInnen
- 2) Hohe Fluktuationsraten
- 3) Nutzung von Pooldiensten
- 4) Systematische Überstunden

Offene Stellen

Zahlenmäßig lässt sich der Personalmangel durch offene Stellen – wie bereits beschrieben - schwer darstellen, da dazu kaum aktuelle Daten vorliegen. Das Arbeitsmarktservice geht jedoch davon aus, dass im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege ein Personalengpass besteht: „Aktuell können nicht alle Dienststellen besetzt werden (Stand Anfang 2005); insbesondere besteht bei den Dienstleistungseinrichtungen für alte Menschen ein Personalmangel, der sich zukünftig noch verstärken wird. Zudem streben diplomierte Pflegekräfte eher Stellen in Krankenanstalten als außerhalb dieser an.“¹ Auch Simsa et al. gehen davon aus, dass es in den mobilen sozialen Diensten einen akuten Personalmangel gibt. (Simsa, Schober et al. 2003, S. 21f)

Buchan und Calman stellen fest, dass offene Stellen den tatsächlichen Personalmangel untertreiben: „There may be “suppressed” vacancies (where a post is not advertised or maintained by the establishment because management has no expectation of successful recruitment) and “hidden” vacancies (where a post is filled, but by an individual with insufficient skills/experience to successfully meet the requirements of the job).“ (Buchan, Calman 2004, S.44)

Dies bestätigen die Aussagen der ExpertInnen: Tatsächlich werden offene Stellen nicht ausgeschrieben, da die Erfahrung zeigte, dass sich niemand oder ungeeignete Personen bewerben. In den ExpertInneninterviews wird auch bestätigt, dass der Personalmangel aufgrund diverser Kompensationsmechanismen (auf Seiten der KlientInnen) und fehlender Daten (in Bezug auf offene Stellen) schwer in Zahlen zu erfassen ist. Dennoch werden regionale Unterschiede deutlich: In Westösterreich ebenso wie in Wien ist gegenwärtig kein akuter Personalmangel feststellbar, obwohl der eine oder andere Posten zu besetzen wäre. In anderen Bundesländern sind durchaus unbesetzte Posten für Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern /-pfleger bekannt und können nicht nachbesetzt werden, auch hier gibt es regionale Unterschiede. Bestimmte Regionen oder Anbieterorganisationen führen Wartelisten für frei werdende Stellen. Keine offenen Stellen scheint es für den Bereich Pflege-/AltenhelferInnen zu geben.

Besetzungsprobleme durch ungeeignete BewerberInnen

Seitens der Anbieterorganisationen wird immer wieder berichtet, dass es durchaus BewerberInnen für die Hauskrankenpflege gäbe, dass diese jedoch nicht den speziellen Anforderungen in diesem Setting entsprechen. Es würden sich z.B. SchulabgängerInnen melden, diese wären aus mehreren Gründen ungeeignet und müssten abgelehnt werden. Neben fehlendem fachlichen Wissen und pflegerischem Know-How mangelt es jungen Pflegenden an Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit Krisensituationen oder belastenden Ereignissen. Um den speziellen Anforderungen gerecht zu werden, sollten

¹ AMS: Arbeitsmarkttrends: http://bis.ams.or.at/editrecord.php?form=online_berufsfeld_frameset¬eid=212
[Download: 03/2005]

„Pflegefachkräfte Kenntnisse und Qualifikationen aus folgenden Bereichen anwenden: Allgemeine und Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, Validation, Palliativpflege, Basale Stimulation, Familienpflege (the family health nurse), Case Management, Schulung, Beratung, Anleitung und vieles mehr.“ (Wild 2002, S. 23). Ein weiteres Problem ist, dass sich unqualifizierte Personen auf Stellenausschreibungen melden würden, unqualifizierte Personen vom Arbeitsamt geschickt würden, aber auch erfahrene Pflegende sich bereits bei ersten Gesprächen oder in den ersten Wochen als ungeeignet erweisen würden. (Simsa, Schober et al. 2003, S. 31f; ExpertInneninterviews)

Fluktuationsraten

Die Fluktuation im Pflegeberuf ist insgesamt hoch, in der mobilen Pflege scheint sie jedoch höher als in der stationären. Aus einer Untersuchung von Schneider und Trukeschitz (Schneider, Trukeschitz 2005b) geht hervor, dass die Fluktuationsrate in den mobilen Diensten höher ist als jene in Alten- und Pflegeheimen. Dabei wurde jene Fluktuation untersucht, die von der Zahl der Arbeitsstellen unabhängig ist. „Diese Fluktuation im engeren Sinn ist im Bereich der Pflege, für den einerseits Personalmangel ein besonderes Problem darstellt und für den zweitens stabile Betreuungsrelationen sehr bedeutsam sind, besonders kritisch. Das Niveau dieser potenziell vermeidbaren Fluktuation wird in Beziehung zur gesamten Beschäftigtenzahl gesetzt („excess worker flow rate“). Die Ergebnisse dieser Analyse zeigten:

- Die vermeidbare Fluktuationsrate bzw. excess worker flow rate erreichte im öffentlichen Sektor durchschnittlich 14,5%, während sie im Nonprofit-Sektor bei 27,3% lag.
- Zwischen den Anbietern von Pflegeleistungen sind erhebliche Unterschiede im Fluktuationsgeschehen beobachtbar. Innerhalb der Gruppe der öffentlichen Anbieter ist die Spanne zwischen der niedrigsten und der höchsten Fluktuationsrate vergleichsweise klein. Innerhalb der Gruppe von Pflegeanbietern des Nonprofit-Sektors sind 10% der Organisationen für 50% des Fluktuationsgeschehens verantwortlich. Im öffentlichen Sektor entfallen auf 10% der Organisationen mit den größten Fluktuationsproblemen demgegenüber 30% der Fluktuation dieser Gruppe.
- Auch mit Blick auf die Ergebnisse der Fallstudien deutet sich an, dass es öffentlichen Anbietern im Pflegebereich besser als den Anbietern im Nonprofit-Sektor gelingt, Arbeitskräfte längerfristig zu binden. Dies spiegelt sich auch in größeren Anstrengungen des Personalmanagements.“ (Schneider, Trukeschitz 2005a, S. 4)

In den USA weist eine Studie auf eine Fluktuation in Pflegeheimen von 45 bis 105 Prozent hin und für die Hauskrankenpflege auf einen Anteil von 12 bis zu 60 Prozent (Stone 2001 zitiert nach: National Center for Health Workforce Analyses 2004, S. 14). Aus der NEXT-Studie² ist bekannt, dass der vorzeitige Berufsausstieg einer der Hauptgründe für einen Personalmangel im Pflegebereich ist. Immerhin gaben rund 46 Prozent der Befragten in der NEXT-Studie an, mindestens einmal im Jahr daran zu denken, den Beruf zu verlassen. Trotz dieses hohen Anteils an Personen, die zumindest daran denken den Beruf zu verlassen, geben die Studienautoren zu bedenken, dass nicht gesagt werden kann, „inwieweit das häufige Erwägen des Berufsausstiegs mit dem wirklichen Berufsausstieg assoziiert ist. (...) Jedoch bereits heute können wir bei Personen, die häufig an den Berufsausstieg denken, eine deutlich geringere Identifizierung mit ihrer Einrichtung (und ihrer Profession) feststellen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass diese „innere Emigration“ bereits Rückwirkungen auf die Qualität der Arbeit in den Einrichtungen hat.“ (Hasselhorn, Tackenberg et al. 2003, S. 124) Eine Fluktuation von Pflegepersonal wird, so die ExpertInneninterviews, in Westösterreich kaum wahrgenommen. In den anderen Bundesländern gibt es Hinweise auf eine Personalfluktuationsrate. Diese schwankt von Organisation zu Organisation, kann aber zahlen-

² Nurses' Early Exit Study: vgl. www.next-study.net

mäßig nicht erfasst werden. Als Ursache für die Fluktuation werden (wie im stationären Bereich) u.a. Führungsprobleme angegeben.

Nutzung von Poolediensten

In der Studie von Simsa et al. von 2003 gaben einige Organisationen an, Leasing- oder Poolpersonal im Falle von Engpässen zu engagieren. Diese Lösung scheint weder den Pflegenden noch den KlientInnen besonders angenehm zu sein. Simsa et al. berichten von Hauskrankenpflegestützpunkten, die durch ausgeklügelte Urlaubsplanung versuchten ohne Pooledienste auszukommen (Simsa, Schober et al. 2003, 22). Auch aus den ExpertInneninterviews geht hervor, dass Pooledienste im mobilen Bereich eher selten in Anspruch genommen werden, zumal diese nicht in jedem Bundesland angeboten werden. Hin und wieder arbeiten DGKP aus dem stationären Bereich an den freien Tagen in der Hauskrankenpflege mit (ExpertInneninterviews).

Überstunden

Systematische Überstunden könnten ein Hinweis auf einen Personalmangel sein. In der Einschätzung des Überstundenbedarfs muss die spezielle Situation in der extramuralen Pflege beachtet werden. Sehr häufig sind Pflegenden der mobilen Dienste teilzeitbeschäftigt³. Es ist üblich, dass die Pflegenden bei Arbeitsspitzen oder Personalknappheit (z.B. Urlaubszeit bzw. krankheitsbedingt) ihre Wochenarbeitszeit flexibel ausdehnen (Wolf 2004). Die Anbieterorganisationen bieten in diesen Fällen eine finanzielle Abgeltung als Mehrstunden (und nicht als Überstunden). Problematisch werden diese Mehrstunden (in dem Fall spricht man nicht von Überstunden) vor allem dann, wenn die Erholungszeiten gefährdet sind, die Kinderbetreuung dadurch nicht mehr gewährleistet ist oder andere Arten der Überlastung auftreten.

Die flexible Handhabung der Arbeitszeit wird, wenn dadurch die Kinderbetreuung oder andere Verpflichtungen nicht beeinträchtigt werden und ein Ende absehbar ist, seitens der Pflegenden vorwiegend positiv wahrgenommen (ExpertInneninterviews). Der Ausgleich zwischen Nachfrage und Angebot wird meist nicht von den Organisationen sondern durch Einzelpersonen gewährleistet. Damit wird die tatsächliche Erfassung der Mehrarbeit durch die freiwillig geleisteten „Mehrstunden“ schwer möglich, ebenso bei einer Reduktion der Pflege auf das Notwendigste.

In der Frage der Überstunden ist besonders zu beachten, dass Pflegenden nicht zuletzt aufgrund der 1:1-Betreuungsbeziehung in der mobilen Pflege auch Arbeiten leisten, die über die abgegoltenen Leistungen hinausgehen und unfinanziert bleiben, sozusagen eine freiwillige soziale Leistung für „ihre KlientInnen“ darstellen (Boes 2003; Krenn, Papouschek 2003; Wolf 2003; Wolf 2004, ExpertInneninterviews). Diese Handlungen, die zwar den KlientInnen zugute kommen, verzerren das Bild des Pflegepersonal mangels weiter, da weder die Leistung als solche noch die dafür aufgewandte Zeit dokumentiert wird.

Eine häufige Ausprägung dieser unbezahlten Leistungen, von denen die ExpertInnen berichten, sind die „Gespräche an der Türschwelle“. Darunter ist zu verstehen, dass nach Ende der pflegerischen Leistung und der Abrechnung der Arbeitszeit beim Verabschieden quasi an der Türschwelle noch Gespräche entstehen. Dieses Gespräch findet somit nach der verrechneten Zeit statt, wenn die Pflegenden schon auf dem Weg zum nächsten Klienten / zur nächsten Klientin sein sollten. Das hat zur Folge, dass die dafür aufgewendete Zeit nicht abgegolten, die Arbeitszeit verlängert wird und die nächsten KlientInnen warten müssen, was wiederum Probleme nach sich ziehen kann. Würde pro Tag lediglich ein derartiges Gespräch stattfinden, wäre es nicht gravierend, nachdem Pflegenden aber bis zu zehn und mehr

³ 2.578 DGKP entsprechen 1.789,30 Vollzeitäquivalenten in den mobilen Diensten (vgl. Nemeth, Bronneberg et al. 2003, S 17)

KlientInnen betreuen, können sich auch Zehn-Minuten-Gespräche zu umfangreichen unbezahlten Arbeitsleistungen summieren.

Eine systematische Erfassung von Überstunden ist daher für die mobile Pflege nicht möglich. Es gibt jedoch viele Hinweise auf Mehrarbeit durch das in diesem Bereich beschäftigte Personal.

5.1.3 Ursachen für einen quantitativen Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich

Ursachen, die zu einem Personalmangel führen, können zunächst bedarfsseitig gesehen werden: steigende Zahl zu betreuender KlientInnen, mehr pflege- und technik-intensive PatientInnen (schwerstkrank, hochaltrig, frühzeitig aus dem Krankenhaus entlassene Personen) in der mobilen Pflege. Dadurch nimmt die Arbeitsanforderung an das Personal zu (Krenn, Papouschek 2003, S. 68). Andererseits wird von steigenden administrativen Aufgaben berichtet (angeführt wird diesbezüglich v.a. die Pflegedokumentation) bei gleich bleibendem Personalstand (Spicker 2004). Da wir aber über keine Daten zur Entwicklung der Zahl der offenen Stellen verfügen, sind wir nicht in der Lage, zu untersuchen, ob diese von ExpertInnen behaupteten Entwicklungen Einfluss auf Personalmangel haben. Verwiesen werden muss hier jedenfalls auf die in den letzten Jahren stark gestiegene Zahl von (diplomierten) MitarbeiterInnen in der mobilen Pflege (1995 – 2004 ca. +70%).

Wir versuchen daher, mögliche Ursachen für Personalknappheit auf der Angebotsseite zu identifizieren.

Rekrutierungsprobleme - Geringes Interesse an der Ausbildung, problematische Qualifikation der BewerberInnen?

Es wird behauptet, dass das Interesse junger Menschen an Gesundheits- und Pflegeberufen abnimmt, dass immer weniger Bewerberinnen und Bewerber für die Aufnahmeverfahren registriert werden und dass die „Qualität“ der Interessenten abnehme. Andererseits wird immer wieder berichtet, dass die Zahl der Maturantinnen und Maturanten in den einzelnen Jahrgängen im Steigen begriffen ist. Soweit Daten verfügbar sind, zeigt sich kein einheitliches Bild in Bezug auf die MaturantInnenrate in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen (GuKPS), einige Schulen haben rund 50 Prozent MaturantInnen pro Jahrgang, andere wiederum kaum mehr als ein bis fünf Prozent. In Wien absolvieren rund 22 Prozent Maturantinnen und Maturanten eine Ausbildung an den GuKPS der Stadt Wien. Ausschließlich MaturantInnen werden in der GuKPS am Rudolfinerhaus (Wien) aufgenommen.⁴ In Presseaussendungen und Zeitungsberichten wird von Drop-Out-Raten bis über 40 Prozent pro Jahrgang und Schule (in den GuKPS der Stadt Wien) berichtet.⁵ Das abnehmende Interesse junger Menschen am Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege wird gerne dem geringen Image des Berufs zugeschrieben. Presseberichten zufolge glauben 72 Prozent der Bevölkerung, dass Pflegeberufe verstärkt gehören, jedoch können sich nur zehn Prozent vorstellen in einem Pflegeberuf zu arbeiten.⁶

In Österreich gibt es nach einer Erhebung des ÖBIG (Nemeth, Bronneberg et al. 2003, S. 32) 62 Schulen für die Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, acht Schulen für die Ausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege und 12 Schulen für die Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. Die Zahl der genehmigten Ausbildungsplätze übersteigt in der Regel die Zahl der tatsächlich

⁴ persönliche Auskünfte von SchuldirektorInnen und LehrerInnen

⁵ vgl. <http://www.wienweb.at/content.aspx?id=79159&channel=28&cat=22> (Download 6.2.2005); www.ots.at (Pressemeldung vom 17.01.2005 "Wiener FPÖ ortet Mängel in der Pflegeausbildung des KAV")

⁶ vgl. Pressemeldungen: www.derstandard.at „Mädchen für alles“ gesucht vom 28. Juli 2004; oder www.bmwa.gv.at „Mach einen Beruf daraus „Pflegeberufe. Der Job des Lebens“ vom 21.06.2004

aufgenommenen Schülerinnen und Schüler. „Im Jahr 2002 gab es in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege insgesamt 2.046 Absolvent/innen. Mit der vorhandenen Kapazität (7.201 Ausbildungsplätze für alle drei Jahrgänge) wäre es hingegen möglich, dem Arbeitsmarkt durchschnittlich 2.400 frisch diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/pfleger pro Jahr zur Verfügung zu stellen.“ (Nemeth, Bronneberg et al. 2003, 31) Ein Problem ortet Hable in der Anbindung der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen an Spitäler, denn diese würden nur für den lokalen, stationären Bedarf ausbilden, nicht jedoch für die Allgemeinheit. Durch diese Verquickung leisten wir „uns in Österreich den Luxus, zwei Drittel der jungen Menschen, die sich um eine Aufnahme in einer der Krankenpflegeschulen bemühen, abzuweisen“.⁷

Insgesamt ist die Datenlage in Bezug auf das Ausbildungsinteresse, die Drop-Out-Gründe sowie die Beschränkung der Ausbildungsplätze eher dürftig. Weitere Untersuchungen würden zur Klärung der Sachlage beitragen. Es ist jedoch anzunehmen, dass zumindest lokale Potentiale an interessierten und geeigneten BewerberInnen nicht ausgeschöpft werden.

Problematisches Image der Hauskrankenpflege

Ein Problem, welches von nahezu allen befragten ExpertInnen genannt wurde, war das schlechte Image der Hauskrankenpflege innerhalb der Berufsgruppe Pflege. Nach wie vor, so die ExpertInnen, wird die Arbeit der Pflegenden im extramuralen Bereich von den KollegInnen aus dem stationären Bereich als „Hilfsdienst“ in der Familie gesehen. Hinzu kommt, dass durch die Distanz zu Medizin und Technik die Arbeit als wenig herausfordernd und wenig anspruchsvoll eingeschätzt wird.

Unattraktiv ist nach Meinung der ExpertInnen auch die Überlastung durch die autonome Arbeitsweise, die zwingend notwendige Eigenverantwortung und die hohe Flexibilität sowie die Überlastung durch den Umgang mit alten und chronisch kranken Menschen. Besonders unterstrichen wird jedoch immer wieder, dass die Fluktuation auch von der Führungsqualität der StützpunktleiterInnen bzw. der Organisationskultur der Anbieterorganisation abhängt.

Problematische extrinsische Gratifikationen

Die **Bezahlung** scheint in Relation zu den wahrgenommenen Belastungen in der mobilen Pflege im Allgemeinen nicht hoch genug zu sein, um Abwanderung in den stationären Bereich oder Verlassen des Berufes zu verhindern. Der Gehalt ist regional und trägerabhängig unterschiedlich geregelt. Z.B. wird in der Steiermark das Gehaltsschema der KAGES (Krankenanstalten Gesellschaft) auch in der Hauskrankenpflege verwendet. Die Pflegenden selbst werden bei den einzelnen Organisationen, Gemeinden oder Vereinen angestellt, deshalb kann die Bezahlung auch innerhalb eines Bundeslandes verschieden sein. Seit Sommer 2004 gibt es für die Hauskrankenpflege einen Kollektivvertrag, der von der BAGS (Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe) ausgearbeitet wurde. Dieser Kollektivvertrag kommt jedoch noch nicht flächendeckend zum Einsatz⁸. In der Regel hat jedes Bundesland eigene Empfehlungen für Dienstverträge, die sich bisher auch nicht am neu ausgehandelten Kollektivvertrag orientieren.

Im Allgemeinen sind die Gehälter in der mobilen Pflege de facto niedriger als im stationären Bereich, da zum Basisgehalt kaum eine Zulage ausbezahlt wird. Nur in Vorarlberg erhalten die Pflegenden zum Basisgehalt die gleichen Zulagen wie die Pflegenden in stationären Einrichtungen und zusätzlich die halbe Stationsleitungszulage für die hohe Verantwortung und die administrativen Aufwendungen.

⁷ vgl. Pressemeldung: www.derstandard.at „Mädchen für alles“ gesucht vom 28. Juli 2004;

⁸ Nicht alle Hauskrankenpflegeanbieter sind Mitglied in der BAGS.

Auch weitere **Sozialleistungen oder Vergünstigungen** wie sie durch die Betriebsräte von stationären Einrichtungen organisiert und angeboten werden stehen Pflegenden in der Hauskrankenpflege in der Regel nicht zur Verfügung.

Die Fluktuation bzw. die geringe Berufsverweildauer⁹ führen auch dazu, dass die Trägerorganisationen mit dem Personal auch Wissen und Fähigkeiten verlieren und laufend neues Personal eingeschult werden muss. Gleichzeitig wird dadurch in der mobilen Pflege auch die Ausbildung des pflegerischen Nachwuchses durch erfahrene MitarbeiterInnen nicht ausreichend gewährleistet. Unter diesen Bedingungen kann weder Etablierung von PflegeexpertInnen im Sinn von Benner (Benner 1994) stattfinden noch ist es möglich die Pflegeorganisationsform ‚Primary Nursing‘ einzuführen, die von den ExpertInnen als eine optimale Organisationsform für die mobile Pflege angesehen wird.

Exkurs: Primary Nursing¹⁰

Eine ‚Primary Nurse‘ ist eine diplomierte Pflegeperson mit einem umfassenden Wissen und großer Berufserfahrung in der Hauskrankenpflege“ (Gugerell 2001, S. 98). Diese Pflegeorganisationsform stammt aus dem anglo-amerikanischen Raum und bietet die Möglichkeit, Aufgaben zu delegieren und dennoch die Verantwortung für den Klienten/die Klientin zu übernehmen. Das Konzept des Primary Nursing deckt sich in vielerlei Hinsicht mit dem des Case Managements (vgl. unten). Die Primary Nurse ist ein/e diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger und für die gesamte Pflege eines Klienten/einer Klientin verantwortlich, wobei abhängig von den Institutionen eine Primary Nurse immer mehrere KlientInnen betreut. Die Primary Nurse ist für das Assessment, die Pflegeplanung, die Evaluation, die Delegation und Kontrolle von Aufgaben sowie für die Organisation entsprechender Zusatzleistungen verantwortlich, ohne jedoch alles selbst durchzuführen. Primary Nursing ist eine Pflegeorganisationsform, die viele zusätzliche Berufsgruppen zur optimalen Versorgung der KlientInnen benötigt. Dazu zählen neben den medizinisch-technischen Diensten vor allem Pflege-/AltenhelferInnen, aber auch jüngere diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die im Sinne von Benner (Benner 1994) noch Neulinge oder fortgeschrittenE Anfänger sind, Pflegenden mit speziellen Kenntnissen in einzelnen Fachbereichen ebenso wie ÄrztInnen, Apotheken, SozialarbeiterInnen, diverse Handwerker bis hin zu ehrenamtlichen MitarbeiterInnen und Seelsorgern. Speziell für den extramuralen Bereich müssen zusätzlich Angehörige und halbstationäre Betreuungsmöglichkeiten in die Betreuungsstrategie miteinbezogen werden. Die Kernaufgabe einer Primary Nurse ist, für den Klienten/die Klientin das optimalste Betreuungsangebot zu finden, laufend zu evaluieren und anzupassen. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, benötigen Primary Nurses in der extramuralen Pflege ausgesprochen hohe kommunikative Fähigkeiten und ein umfangreiches Fachwissen. Sie müssen über das österreichische Sozialsystem Bescheid wissen und Erfahrung mit Leadership haben.

Exkurs: Case und Care Management¹¹

„Ziel von Case Management in der extramuralen Betreuung ist es, für PatientInnen mit komplexem multiprofessionellen Betreuungsbedarf ein für die individuelle Bedarfssituation abgestimmtes Betreuungspaket (bis hin zur krankenhausersetzenden Leistung) zu schnüren, um einen möglichst langen Verbleib dieser PatientInnen in der häuslichen Umgebung zu

⁹ Dazu liegen keine verlässlichen Daten vor, aber man spricht von einer Berufsverweildauer von rund fünf Jahren.

¹⁰ ausführliche Literatur zu Primary Nursing siehe Literaturverzeichnis (Kap. 7.1)

¹¹ ausführliche Literatur zu Case Management siehe Literaturverzeichnis (Kap. 7.2)

bewirken. Dabei wird besonders auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der PatientInnen, auf ihre Selbstbestimmtheit und Entscheidungsfreiheit geachtet. Case Management ist somit eine kompensatorische Unterstützungsleistung für PatientInnen, deren Angehörige und die professionellen Betreuungspersonen. Eine spezifische Herausforderung in der Koordination ist daher die aktive Einbindung und der Aufbau der Ressourcen der PatientInnen (Empowerment). Eine sorgfältige Einschätzung der Möglichkeiten zu Hause, eine gemeinsame Planung mit den PatientInnen und Angehörigen und ggf. auch Anleitung und Schulung tragen entscheidend zu einem selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung und Pflege bei, sollten aber nicht zur Überforderung der betreuenden Laien führen.“ (Peinhaupt, Nowak et al. 2004, S. 19)

Die Aufgaben des Care Managements sind u.a. die Kooperation mit diversen Berufsgruppen, die in die Pflege und Betreuung des Klienten/der Klientin involviert sind. Strukturen und Kooperationen für eine umfassende Betreuung zu Hause durch Laien und/oder Fachkräfte werden aufgebaut.

Wie das schon angesprochene Primary Nursing sind das Case und Care Management geeignet, mit den vorhandenen Ressourcen den optimalen Nutzen zu erzielen. Primary Nursing und Case Management überschneiden sich ein Stück weit. Im Care Management erfolgt das Pflegeassessment sowie die Pflegeplanung gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin und eine Evaluation der Pflegeleistung. Angeboten werden Fallbesprechungen, die Einführung und Evaluation von Assessmentinstrumenten und Dokumentationssystemen. Der/die CaremanagerIn übernimmt die Gate-Keeper-Funktion. Dafür sind auch spezielle Fähigkeiten notwendig wie zum Beispiel Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten, Selbstorganisation, Flexibilität, hohes fachliches Wissen und Kenntnisse über die lokalen strukturellen Gegebenheiten. In diesem Zusammenhang spielt die Delegation von Tätigkeiten eine entscheidende Rolle.

5.1.4 Symptome für einen qualitativen Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich

Neben einem quantitativen Personalmangel kann ein qualitativer Personalmangel oder interner Personalmangel bestehen. In diesem Fall sind zwar zahlenmäßig ausreichend Pflegepersonen vorhanden, deren Ausbildungsniveau entspricht jedoch nicht den Anforderungen (Krajic, Vyslouzil et al. 2003, S. 21). Die ExpertInneninterviews bestätigen einige Symptome eines qualitativen Personalmangels in der mobilen Pflege, der zu einer qualitativ nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der PatientInnen/KlientInnen zugeschnittenen Betreuung führen kann:

- Es kommt zu Kompetenzüberschreitung nach oben, indem z.B. Heimhilfen Arbeiten von PflegehelferInnen oder DGKP machen.
- Aber es werden auch Qualifikations-Defizite bei formal besser qualifizierten Personal (PflegehelferInnen, AltenhelferInnen, DGKP) festgestellt, insbesondere in folgenden Bereichen:
 - edukativ-kommunikative Aufgaben (PatientInnen- und Angehörigenanleitung)
 - Case und Care Management
 - Primary Nursing
 - aktuelles Wissen in Bezug auf den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (z.B. Wundversorgung)
- Weiters wird der fehlende/schwierige Zugriff auf Spezialwissen in der mobilen Pflege beklagt:
 - pflegerisch: z.B. Biographiearbeit, Familienpflege, Validation, Inkontinenzberatung etc.
 - diagnosebezogen: Diabetes, Demenz etc.

5.1.5 Ursachen für einen qualitativen Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich

Wie schon angesprochen verstehen wir unter qualitativem Personalmangel einen falschen/ungeeigneten Skill-Mix. Dieser entsteht einerseits durch die angesprochene kurze Verweildauer bzw. die hohe Fluktuation im Beruf, die keine gute Grundlage für die Entwicklung von einschlägigem Pflegeexpertentum bilden. Ein Skill-Mix mit mehr qualifizierten Pflegenden, die über Case und Care Management-Kompetenzen und/oder Spezialwissen in den oben angesprochenen Bereichen verfügen, könnte zu einer stärkeren Segmentierung zwischen höher gebildeten Pflegenden (PflegeakademikerInnen), diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Pflegehilfen führen. Mit der Einführung pflegewissenschaftlicher Studiengänge steht eine Diskussion darüber vor der Tür. Die ExpertInnen führen diesen Mangel u.a. auf fehlende Personalentwicklung, eine kaum existierende Karriereplanung, aber auch auf unreflektierte und unsystematische Weiterbildungsangebote (speziell für die mobile Pflege) zurück. Auch das Selbstverständnis, Arbeiten delegieren zu können, müsste sich beim diplomierten Personal noch entwickeln.

5.1.6 Hinweise für einen zukünftigen Personalmangel in den mobilen Diensten in Österreich

Simsa et al. sprachen bereits 2003 von einem akuten Personalmangel in der extramuralen Pflege, welcher auf das schlechte Image der Pflege und damit verbunden einen BewerberInnenmangel bzw. überhaupt einen Mangel an Ausbildungsplätzen zurückgeführt wird bei gleichzeitig wachsendem Bedarf (Simsa, Schober et al. 2003). Schaffenberger und Pochobradsky prognostizieren für 2010 einen Mangel an 1.894 Vollzeitäquivalenten im mobilen Dienst, führen aber auch an, dass in Teilen Österreichs bereits „ein bedarfsgerechtes Angebot an mobilen Diensten“ besteht (Schaffenberger, Pochobradsky 2004, S. 24¹²). Badelt et al. unterstrichen bereits in den 90er-Jahren die Bedeutung des ambulanten Pflegebereichs und gingen davon aus, dass wesentlich mehr Personen mit entsprechenden Betreuungsstrukturen extramural betreut werden könnten (Badelt, Holzmann et al. 1998). Weiters ist bei abnehmender informeller Pflege eine Zunahme des Bedarfs an Pflege zu erwarten (Boes 2003).

Selbst im „Regionalen Bedarfs- und Entwicklungsplan 2000–2020“ für Vorarlberg wird festgehalten, dass durch aktive Personalpolitik einem Pflegenotstand entgegengewirkt werden solle, vor allem im Hinblick auf den steigenden Bedarf an diplomierten Fachkräften im mobilen Bereich. Denn: „Sorgen bereiten hier insbesondere die sehr kurze Verweilzeit von Pflegekräften im Beruf, aber auch die zunehmend härter werdende Konkurrenz um Pflegekräfte zwischen dem Spitals- und Pflegebereich, zwischen der benachbarten Schweiz und Vorarlberg, aber auch der Sog der Wirtschaft, bedingt durch den allgemeinen Arbeitskräftemangel.“ (Jochum 2001, S. 36)

5.2 Qualitätsmängel in der extramuralen pflegerischen Versorgung

Pflegequalität zu erfassen und zu messen scheint eine grundlegende Herausforderung darzustellen. In der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege sind Messinstrumente zur Prüfung pflegerischer Qualität nicht verbreitet. Zwar findet man Standards und Richtlinien, welche als Grundlage pflegerischen Handelns herangezogen werden können. Diese sind jedoch meist von lokalen Arbeitsgruppen ohne wissenschaftliche Begleitung entwickelt und häufig auf Arbeitsabläufe beschränkt. Pflegeergebnisse werden nach Anwenden des Standards bzw. der im Standard beschriebenen Interventionen in der Regel nicht systematisch erfasst. In Österreich besteht „derzeit praktisch keine systematische und bundesweit organisierte Qualitätsbeobachtung“ (Amann 2004, S. 184). Zwar würden

¹² ohne Berücksichtigung von Wien und Vorarlberg

hunderte Standards für die Prozessqualität entwickelt werden, so Amann, ohne jedoch einen wirklichen Beitrag zur Entwicklung der Pflegequalität zu leisten. Richtlinien zur Struktur- und Ergebnisqualität fehlen völlig (ebenda, S. 184).

Besonders schwierig ist das Messen von Pflegequalität im extramuralen Bereich, da die Pflegenden nur kurze Zeit mit dem Klienten/der Klientin bzw. den Angehörigen verbringen und diese für die Pflege großteils selbstverantwortlich sind.

In Bezug auf Qualitätssicherung werden zwar Maßnahmen getroffen bzw. für die nächsten Jahre geplant, diese variieren jedoch von Bundesland zu Bundesland (Schaffenberger, Pochobradsky 2004). Länderübergreifende Qualitätsmanagementkriterien, eine österreichweit einheitliche Definition der Pflegeleistungen und –qualität, welche bundesweit verbindlich ist, wie sie von den ExpertInnen gefordert wurden, sind derzeit nicht vorgesehen. Diese könnten aber – nach ExpertInnenmeinung - z.B. in einer „Bundeskonferenz Pflege“ diskutiert werden.

Als Ergebnisqualitätskriterien würden sich z.B. eignen:

- Rehospitalisierungsraten
- Beschwerden bei Ombudsleuten/Pflegeanwaltschaften oder
- Decubitiraten (wenn nicht aufgrund von Krankheiten indiziert)
- Evaluation der verwendeten Pflegetheorien/-konzepte.

Weiters könnte die geleistete Pflege dahingehend bewertet werden, ob sie erhaltend ist und kompensiert (kompensatorische Pflege) oder ob sie darüber hinaus fördert und entwickelt (fördernde Pflege). Die Qualität der Pflege könnte auch über Kontinuität (sowohl personelle als auch zeitliche) bewertet werden.

5.2.1 Symptome für Qualitätsmängel in der extramuralen pflegerischen Versorgung

Aufgrund der fehlenden Qualitätsstandards und –messung sind Belege für Qualitätsmängel schwer zu finden. Gegenwärtig liegen keine Daten und keine systematische Erfassung der Pflegedokumentation zur Bewertung der pflegerischen Leistung vor.

Amann und Löger beschreiben, gestützt auf ExpertInneninterviews, dass in der Hauskrankenpflege sichere Pflege geboten werde, aber auch gefährliche Pflege vorkommen könne. Zwar werde ‚angemessene Pflege‘ angestrebt, diese könne unter gegebenen Umständen jedoch kaum erreicht werden. Es gibt Zeichen für ‚gefährliche Pflege‘, diese müssen aber im Lichte der speziellen Betreuungssituation betrachtet werden (Amann, Löger et al. 2001, S. 176ff). Besonders zu beachten ist dabei, dass aufgrund des Mangels nicht auf die alltäglichen Bedürfnisse der KlientInnen Rücksicht genommen werden kann (Aufstehzeiten, Ruhezeiten). Die Betreuungseinsätze orientieren sich im Wesentlichen an der Streckenplanung und Verfügbarkeit von Personal. Die Pflege und Betreuung zu Hause geht von einem funktionierenden sozialen Unterstützungsnetzwerk aus, ist dieses nicht vorhanden, kann es zu frühzeitigem Heimeintritt, zur Rehospitalisierung oder zu einer unvollständigen Versorgung kommen.

Kompetenzüberschreitungen (vor allem nach oben, d.h. HeimhelferInnen übernehmen Pflegeaufgaben) kommen vor und weisen ebenfalls auf Qualitätsmängel hin. Kompetenzunterschreitungen nach unten können in der mobilen Pflege durchaus sinnvoll und effizient sein. Eine besondere Stellung nehmen dabei die Pflege- und AltenhelferInnen ein; Amann und Löger bezeichnen diese als ‚Allrounder‘ (Amann, Löger et al. 2001, S. 92), welche sowohl pflegerische als auch hauswirtschaftliche Leistungen durchführen können.

Im Sinne einer Selbstverantwortung von KlientInnen und Angehörigen könnte sich Pflegequalität durch die Beratungs- und Anleitungskompetenz der Pflegenden feststellen lassen – beides bisher wenig objektivierbare Kriterien.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Amann und Löger (Amann, Löger et al. 2001) zeigen unsere ExpertInneninterviews im Rahmen dieses Projektes, dass gerade in der mobilen Pflege und Betreuung zumindest ‚angemessene Pflege‘ erreicht werden kann, ja sogar muss. Dies lässt sich aufgrund des Verständnisses von ‚angemessener Pflege‘ begründen.

Demnach kann die Pflege und Betreuung in einer 1:1-Beziehung, wo die Betroffenen wie die Angehörigen miteinbezogen werden müssen, eigentlich nur „angemessen“ weil persönlich ausgehandelt sein¹³. Die Betreuungssituation zwingt die Pflegenden dazu, sich an die individuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse anzupassen und die Pflege entsprechend zu organisieren. Andere wiederum bezeichnen die Qualität der Pflege als gut, ohne diese zu operationalisieren. In dieser Diskussion zeigt sich, dass eine „objektivierbare“ Einschätzung der Pflegequalität nach wie vor sehr schwierig ist und von der individuellen Vorstellung dessen, was Pflege ist und worauf sie aufbaut, abhängt. Um hier wirklich verlässliche Aussagen treffen zu können, müssten weitere und tiefergehende Forschungsarbeiten folgen. KlientInnenseitig/nutzerInnenseitig wird die Qualität der Pflege weniger über die fachliche Qualität der Leistungen (fachlich korrekte Ausführung, Heilungserfolge, Fortschritte in Bezug auf Fähigkeiten und Fertigkeiten) sondern vor allem über die Betreuungskontinuität (i.S. von Pünktlichkeit der DGKP/PH/AH bzw. Personalkonstanz der Bezugspersonen), den respektvollen Umgang und über die entgegengebrachte Empathie und Menschlichkeit wahrgenommen.

Die vorliegende Literatur und ExpertInnenhinweise – bei aller Vorsicht, die aufgrund der schlechten Datenlage geboten ist - deuten darauf hin, dass dort wo mobile Pflege durchgeführt wird, wenige Qualitätsmängel vorliegen. Mögliche Qualitätsprobleme werden offensichtlich durch Übergabe in andere Betreuungssektoren (v.a. stationäre Betreuung und informelle Pflege) vermieden.

5.2.2 Ursachen für Qualitätsmängel in der extramuralen pflegerischen Versorgung

Prinzipiell können Qualitätsmängel auf quantitativen und qualitativen Personalmangel zurückgeführt werden. Durch einen zahlenmäßigen Mangel werden Leistungen minimiert, die angebotene Pflege auf das Notwendigste reduziert und zeitintensive Tätigkeiten wie Anleitung, Beratung, Gespräche oder fördernde Pflege usw. nicht angeboten oder in der Freizeit freiwillig geleistet (was für die betroffenen KlientInnen zwar günstig ist, das Problem jedoch nicht löst).

Amann und Kneusel führen einen Mangel in der Leistungsqualität auf die fehlende Abstimmung bzw. Arbeitsteilung sämtlicher (auch potentiell) Beteiligter an der Betreuungssituation zurück. „Dazu zählen unter allen Umständen adäquate Präventions- und Rehabilitationsangebote sowie Angebote der psychischen und körperlichen Aktivierung, die vermeiden, dass die Pflegequalität sich auf dem Niveau der Erhaltung eines Status quo einpendelt, statt sich am Niveau einer Wiederherstellung zu orientieren (rehabilitatio ad optimum)“ (Amann, Kneusel et al. 1998, S. 30). Die Pflegequalität wird maßgeblich von rechtlichen, finanziellen und politischen Faktoren beeinflusst. Eine Trennung der Aufgaben in Medizinische Hauskrankenpflege¹⁴ und Hauskrankenpflege (i.S. von Pflege aus dem eigenverantwortlichen Aufgabenbereich) hat nicht nur finanzielle Folgen, sondern unterstützt auch eine Fragmentierung der Pflege und hat Einfluss auf die Qualität der pflegerischen Leistung.

Einen Einfluss auf die Pflegequalität hat auch das soziale Umfeld der KlientInnen (im Sinne von Hygienebedingungen und räumlichen Adaptationen,...) sowie die Bereitschaft der KlientInnen zur aktiven Mitarbeit an der Pflege.

Das bereits beschriebene Primary Nursing würde sich für die extramurale Pflege besonders eignen, ist jedoch in Österreich noch nicht sehr verbreitet. Es würde, so die Meinung der ExpertInnen, maßgeblich zur Qualitätssicherung beitragen. Ungeklärt ist auch die Frage

¹³ Anmerkung: Die InterviewpartnerInnen verstanden unter „angemessen“ nicht immer dasselbe, zudem ist die „angemessene“ Pflege auch von der zugrunde liegenden Pflgetheorie abhängig – das wäre in Wien jene von Dorothea Orem. In diesem Fall wird ‚angemessen‘ in Bezug auf die Faktoren „Transparenz“, „Selbstbestimmung“ und „Selbständigkeit“ definiert. Dieses Modell befindet sich jedoch erst in der Umsetzungsphase. Vgl. Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste 2003.

¹⁴ Diese umfasst „medizinisch-pflegerische Leistungen aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich“, bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung als krankenhausersetzende Maßnahme“. Wild 2002

inwieweit fehlendes Evidence-based Nursing (EBN) einen Einfluss auf die Pflegequalität hat, zumal der Anteil an EBN in der Pflege insgesamt in Österreich äußerst gering ist.

Exkurs Evidence-based Nursing (EBN)¹⁵

„Evidence-based Nursing ist die Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Belege in die Pflege,“¹⁶ so die Definition von EBN des Deutschen Zentrums für EBN. Mit EBN soll gewährleistet werden, dass Pflege nicht ausschließlich aufgrund von Erfahrungswissen und Einzelfallentscheidungen stattfindet, sondern dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse die pflegerische Arbeit bestimmen. Das vorhandene empirische Wissen soll dazu dienen pflegerische Entscheidungen zu unterstützen und zu fundieren. EBN kann und wird Pflegenden jedoch niemals die professionelle Einzelfallentscheidung abnehmen. Der EBN-Prozess selbst besteht aus einer sechsstufigen Methode mit dem Ziel, wissenschaftliche Ergebnisse für den Einzelfall aufzubereiten. Diese sechs Schritte sind zunächst die *Aufgabenklärung*, das Formulieren der *Fragestellung/des Problems*, anschließend daran die *Literaturrecherche*. Die Literatur wird dann auf Brauchbarkeit und Relevanz für die eigene Fragestellung *kritisch beurteilt*. Mit dem Ergebnis wird ein Plan für die *Umsetzung und Implementierung* (auf einer Probestation) erstellt. Nach einer bestimmten Zeit erfolgt die *Evaluation* des Umgesetzten, im Anschluss daran entweder eine Modifikation oder die Ausdehnung auf mehrere Stationen oder ein ganzes Haus.

Aus den ExpertInnengesprächen geht ebenfalls hervor, dass der Umgang mit Qualitätskontrollen und Qualitätsmanagement in der extramuralen Pflege noch in den Kinderschuhen steckt. Ein systematisches Qualitätsmanagement liegt nicht vor und es ist dem Engagement einzelner Organisationen bzw. Pflegenden freigestellt, qualitätssichernde Maßnahmen wie z.B. Pflegevisiten, Team-, Fall- oder Dienstbesprechungen durchzuführen. Vor allem letztere sind weder systematisiert noch sind ausreichend finanzielle Mittel dafür vorgesehen. Zudem können diese Leistungen von kaum einer der Anbieterorganisationen ausreichend finanziert werden. Einige Landesregierungen beginnen mit stichprobenartigen Kontrollen von Hauskrankenpflegeorganisationen, systematische Kontrollen fehlen derzeit noch. Um in Bezug auf Pflegequalität eine verlässliche Aussage treffen zu können, muss zunächst definiert werden, welche Pflegequalität erreicht werden soll – was soll mindestens vorhanden sein. Für diese Definition müssten in weiterer Folge Messgrößen definiert werden.

In Bezug auf Qualitätssicherung wird das Bildungsniveau der Pflegenden immer wieder diskutiert. In angloamerikanischen Studien wird ein Zusammenhang zwischen deren Bildungsniveau und der Mortalität von PatientInnen hergestellt. „In hospitals with higher proportions of nurses educated at the baccalaureate level or higher, surgical patients experienced lower mortality and failure-to-rescue rates.“ (Aiken, Clarke et al. 2003, S. 1617) Auch Studien aus Kanada belegen, dass höherqualifizierte Pflegenden (ANP – advanced nursing practitioners) ausgezeichnete Erfolge beim Schmerzmanagement von PatientInnen erzielen (Musclow, Sawhney 2002).

Das Bildungsniveau der Pflegenden war auch Thema in den ExpertInneninterviews. Sie fordern in verschiedenen Formen eine andere Qualifizierung für das diplomierte Personal, als dies gegenwärtig der Fall ist. Einerseits benötigen Pflegenden in der mobilen Pflege eine spezielle Qualifikation, die auf diesen Bereich zugeschnitten ist, andererseits geht es um die Erstausbildung generell. Die Erstausbildung (oder Grundausbildung) ist für den stationären Bereich ausgelegt. Kommunikative, pädagogische, soziologische und psychologische Inhalte

¹⁵ ausführliche Literatur zu EBN im Anhang.

¹⁶ <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=347>

kommen zu kurz, können von den SchülerInnen nicht nachvollzogen werden oder werden nicht richtig vermittelt. Dem könne entgegengewirkt werden, wenn mit der Ausbildung nicht nach Abschluss der Pflichtschule begonnen werden würde. Zudem müsste die Lehre an moderne Lernformen angepasst werden. Im Zuge der Bildungsdiskussion und der Einführung neuer Sozialberufe¹⁷ müsste auch über die Aufgabenverteilung und Berufsgruppenszusammensetzung diskutiert werden.

5.3 „Mobiles Pflegepersonal in Not“

5.3.1 Symptome für „Mobiles Pflegepersonal in Not“

„Mobile Pflege in Not“ kann bedeuten, dass die Pflegenden in ihrem Arbeitsalltag zunehmend unzufrieden sind, sich im Burnout befinden, von Mobbing betroffen sind oder resignieren und dass damit die Berufsverweildauer abnimmt oder/und eine hohe Fluktuation entsteht. Aries und Zuppinger untersuchten Pflegenden in Krankenhäusern mit und ohne Burnout und fanden heraus, dass sich Pflegenden im Burnout durch Zeit- und Verantwortungsdruck überfordert fühlen, über weniger Handlungsspielraum verfügen, wenig Feedback erhalten, sich stärker kontrolliert fühlen. Unterschiede stellten sie auch in Bezug auf das Teamgefühl fest. Pflegenden im Burnout sind tendenziell mit den Arbeitszeiten, dem Weiterbildungsangebot und dem Lohn unzufriedener als Pflegenden ohne Burnout. Als Copingstrategie wird von burnout-freien Pflegenden v.a. eine positive Selbstinstruktion gewählt, bei Pflegenden im Burnout hingegen sind es Vermeidungstendenzen und Resignation (Aries-Kiener, Zuppinger-Ritter 1999).

Welche Symptome für Belastungen der MitarbeiterInnen werden aus der mobilen Pflege berichtet?

Zunächst wird der **Dokumentationsaufwand**, wie schon oben angesprochen, von Pflegenden als belastend empfunden.

Der Zeitdruck in der Hauskrankenpflege wird in der Studie von Simsa et al. als besonders belastend wahrgenommen (signifikant stärker in der Gruppe der 41- bis 50jährigen; signifikant weniger belastet sind unter 30jährige und Männer; tendenziell stärker belastet sind Personen mit Kindern) (Simsa, Schober et al. 2003, S. 56). Als besonders belastend wird von den ExpertInnen das Aufeinanderprallen des hohen Zeitdrucks des Pflegepersonals und der zum Teil extrem verzögerten Zeit der KlientInnen/PatientInnen zuhause beschrieben.

Die **Arbeitszeiten** werden in der Hauskrankenpflege als eine weitere Problematik genannt. Von sozial ungerechten Anstellungsverhältnissen, der Unvereinbarkeit von Beruf und Familie, der Doppelbelastung von Frauen usw. wird seitens der Gewerkschaft berichtet. Aus den ExpertInnengesprächen geht eher hervor, dass die Arbeitszeit im Allgemeinen nicht problematisch erlebt wird, dass Arbeitszeiten durchaus attraktiv und angenehm sein können. Simsa et al. stellten fest, dass vor allem PflegehelferInnen und HeimhelferInnen mit den Arbeitszeiten signifikant weniger zufrieden sind als andere. Dennoch waren mehr als die Hälfte der Befragten mit der Arbeitszeit zufrieden, dem ungeachtet besteht der Wunsch nach fixen Arbeitszeitmodellen (Simsa, Schober et al. 2003, S. 64f).

¹⁷ insbesondere im Zusammenhang mit der Neuregelung der Sozialbetreuungsberufe (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, 2004)

5.3.2 Ursachen für „Mobiles Pflegepersonal in Not“

Organisatorische Rahmenbedingungen

Führung und Personalmanagement

Simsa et al. berichten für Niederösterreich, dass mobile Dienste das Personal eher verwalten (Personalverwaltung) und nur eine der untersuchten Organisationen das Personal tatsächlich managt (im Sinne eines aktuellen Personalmanagement-Verständnisses). Ähnlich auch der Bereich der Personalentwicklung: Sie stellen fest, dass die Organisationen eine Personalentwicklung betreiben, die „in der Regel noch deutlich entfernt von einer in der Personalmanagementliteratur vertretenen Auffassung von Personalentwicklung“ (Simsa, Schober et al. 2003, S.36) ist.

Maunz und Steyrer führen Burnout (im stationären Setting) auf einen schlechten Führungsstil zurück (Maunz, Steyrer 2000, S. 6). Günstig erwies sich dabei der transformationale Führungsstil (Motivation über höhere, intrinsische Ziele), eher ungünstig der transaktionale Führungsstil (Motivation durch externe Reize) sowie der Laissez-faire-Führungsstil.

Amann sieht ein Problem in der Grundausbildung, diese würde auf Leitungsaufgaben nicht vorbereiten, es sei jedoch in der Praxis so, dass „diplomiertes Personal, oft sogar unmittelbar nach der Ausbildung, zu fachlich Vorgesetzten avanciert“ (Amann 2004, S. 215) und eine entsprechende Unterstützung und Förderung der Unterstellten kaum wahrgenommen werden kann, geführt würde dann über formelle Macht.

Die **Pflegedokumentation** ist im GuKG 1997 gesetzlich verankert und muss durchgeführt werden. Belastungen durch den Dokumentationsaufwand werden durch die Trennung der Arbeit im Hause des Klienten/der Klientin und die Dokumentation der geleisteten Arbeit am Stützpunkt verstärkt. Durch die fehlende Nähe zum Ereignis (Pflege) wird Dokumentation außerhalb der Betreuungszeiten durchgeführt, wenig oder gar nicht finanziert und in erster Linie als zusätzliche Belastung wahrgenommen.¹⁸ Hinzu kommt, dass das Dokumentieren in der Berufsgruppe noch nicht selbstverständlich ist und nach wie vor Probleme bereitet.

Die **Kinderbetreuung** ist von den jeweiligen Familien selbst zu organisieren, die Anbieterorganisationen stellen normalerweise keine Kindergärten oder andere Formen der Kinderbetreuung zur Verfügung. Aus der NEXT-Studie geht hervor, dass ein Konflikt zwischen Familie und Arbeit besteht und dieser einer der Hauptgründe ist, warum Pflegende (v.a. in Deutschland im extramuralen Setting) den Beruf vorzeitig verlassen. Von diesem Konflikt sind vor allem Pflegende im Alter von 25 bis 35 Jahren betroffen (Simon, Kümmerling et al. 2004)¹⁹.

Fehlende soziale Räume und Pausengestaltung

Eine Besonderheit der mobilen Dienste ist, dass sie ihren Arbeitsplatz mehrmals täglich wechseln. Sie verfügen nicht wie ihre KollegInnen im stationären Setting über private Räume bzw. Sanitäreinrichtungen. Der Pausenraum der mobilen Dienste ist das Dienstauto, die Erholungszeit fällt meist mit den Wegzeiten zwischen zwei KlientInnen zusammen. In dieser Phase werden verschiedene Dinge erledigt: z.B. Telefonate (über das Handy) mit dem Stützpunkt, die Organisation von Pflegehilfsmitteln für KlientInnen, private Gespräche, Rauchpausen etc.. Abgesehen davon, dass diese Art von Pause keine Pause im eigentlichen Sinn darstellt, ist dieses Verhalten auch gefährlich (Welk 2003).

Supervision als Möglichkeit der Verhütung von Burnout und Überforderung ist zwar bekannt, wird dennoch nicht systematisch als Maßnahme innerhalb der Organisationen

¹⁸ Dies wird auch durch die ExpertInnengespräche bestätigt.

¹⁹ vgl. www.next-study.net

angeboten bzw. von den MitarbeiterInnen skeptisch betrachtet und nur zögerlich angenommen.

Spezifische Belastungen aus der Art der Arbeit

Obwohl die Arbeit als solche den höchsten Anreiz für die Tätigkeit in den mobilen Diensten darstellt (Krenn, Papouschek 2003; Simsa, Schober et al. 2003; Spicker 2004), birgt sie auch eine Vielzahl an Belastungsfaktoren. Diese ergeben sich aus Tätigkeiten, für die Pflegende in der Ausbildung nicht oder nur unzureichend vorbereitet wurden:

- Anleitung und Beratung (von KlientInnen sowie Angehörigen)
- Krisen- und Konfliktmanagement
- Case und Care Management
- Delegation von Tätigkeiten
- Organisation von anderen Hilfsdiensten, Pflegehilfsmitteln u.a.

Alle angeführten Aufgabenbereiche erfordern von den Pflegenden spezielle Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Neben fachlichem Know-How, um inhaltlich eine Pflegeberatung anbieten zu können, müssen sie zusätzlich Methoden der **Gesprächsführung**, der Wissensvermittlung usw. beherrschen. Gugerell geht davon aus, dass Beratung „derzeit jedoch eher zufällig durchgeführt wird, meistens fehlen Konzepte und Systematik.“ (Gugerell 2003, S. 17)

Die **Arbeit als „Gast“ im Hause** des Klienten/der Klientin ist gleichzeitig Reiz und Belastung in der mobilen Pflege. Im Prinzip wäre dies das ideale Setting, um den KlientInnen in ihrem gewohnten Umfeld jene Unterstützung zu geben, die sie brauchen, um möglichst autonom zu bleiben bzw. wieder zu werden. Demgegenüber stehen jedoch erschwerende Faktoren, wie: schlechte hygienische Bedingungen, enge, verwinkelte Räume, niedrige und unzugängliche Betten, wenig Platz. Neben diesen strukturellen Einengungen ist man in der Regel auf sich allein gestellt, sei es in Zusammenhang mit schwerer körperlicher Arbeit oder auch mit pflegetherapeutischen Entscheidungen, die allein und häufig rasch getroffen werden müssen.

Zudem ist das Arbeitsfeld die Wohnung, das Haus des Klienten/der Klientin – man dringt tief in die Privatsphäre einer Familie ein und wird in deren Konflikte involviert. Die ohnehin hohen psychischen Belastungen, die durch die Arbeit selbst entstehen (Leiden, Tod, Trauer), werden nicht selten durch Beschuldigungen seitens der KlientInnen verstärkt. Die Konflikte zeigen sich in verschlossenen Türen, angriffslustigen Hunden bis hin zu handfesten Auseinandersetzungen mit KlientInnen bzw. deren Angehörigen. Im ExpertInnengespräch wurden Konflikte in den Familien der KlientInnen als besonders belastend beschrieben. Diese können extrem eskalieren und wie in einem berichteten Fall bis zum Mord führen.

Exkurs: Beispiele für Konfliktsituationen in der mobilen Pflege aus den ExpertInneninterviews

Von den ExpertInnen werden besonders dramatische Fälle berichtet, die zu einer extremen Belastung der einzelnen Pflegenden führen: Innerfamiliäre Konflikte und/oder Überlastungen der pflegenden Angehörigen werden häufig auf den Schultern des Pflegebedürftigen ausgetragen. Die Pflegebedürftigen, häufig ans Bett gefesselt und immobil, werden mit passiver Gewalt für die Mühen, die sie der Familie bereiten, „bestraft“. Z.B. damit, dass die Enkelkinder das Zimmer der Großeltern nicht betreten dürfen, oder das Glas Wasser wird genau so weit entfernt aufgestellt, dass der/die Kranke es gerade nicht erreichen kann.

Das Problem für die Pflegenden dabei: Sie dürfen derartige Vorfälle nur dann dokumentieren oder weiterleiten, wenn der/die Pflegebedürftige zustimmt, verweigert diese/r, darf das Problem nicht besprochen werden. Manchmal entscheiden sich die Pflegenden nichts zu machen, um wenigsten weiter pflegen zu dürfen und damit den Rest einer Kontrolle zu behalten. Von einem besonders extremen Fall wurde berichtet. Eine pflegebedürftige Frau

sollte von ihrem Sohn gepflegt werden, dieser vernachlässigte aber nicht nur die Pflege, sondern schlug seine Mutter sogar, sodass die Pflegenden eine Anzeige bei der Polizei machten. Im Falle von extremen Qualitätsmängeln aufgrund verschiedenster Ursachen bleibt den Pflegenden keine andere Möglichkeit als die Selbstanzeige. Das Ergebnis von Gerichtsverfahren kann trotz ernstzunehmender Qualitätsmängel „weiter pflegen“ lauten.

Damit wird **Krisen- und Konfliktmanagement** zu einer zentralen Kernkompetenz der Pflegenden in der mobilen Pflege.

Case und Care Management sind Fachbereiche, die aus der heutigen Pflege nicht mehr wegzudenken sind (vgl. Exkurs S. 23). Dennoch sind sie häufig inhaltsleer, nicht mehr als Schlagworte, und werden nicht entsprechend der dahinter liegenden Konzepte angewandt. Konzepte liegen vor, was fehlt ist die Institutionalisierung, so zumindest die Sicht der ExpertInnen.

Mobilitätsprobleme: Arbeiten in der mobilen Pflege bedeutet auch, unabhängig von der Witterung zu den KlientInnen zu fahren, um sie zu versorgen. Damit sind ebenfalls Probleme verbunden, einerseits im städtischen Bereich die Parkplatzsuche, im ländlichen und alpinen Bereich die langen Wegstrecken auch bei schlechten Witterungsbedingungen (Eis, Nebel, Schnee, Regen). In den Wintermonaten müssen Schneeketten angelegt werden, man steht im Stau mit den Urlaubern oder kommt auf vereisten und verschneiten Fahrbahnen nicht von der Stelle. Nach einer Studie der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) von 1998 waren von 4000 ambulanten Anbietern 56,7 Prozent in Verkehrsunfälle verwickelt. Die Ausfälle durch Verkehrsunfälle waren höher als jene durch Arbeitsunfälle (N.N. 2003)

5.4 Beeinflussende politische, ökonomische und rechtliche Rahmenbedingungen der mobilen Pflege

Faktoren, die die Pflege generell beeinflussen, kommen im ambulanten Setting stärker zu tragen als im stationären. Die Gewerkschaft beklagt die geringe Organisiertheit der Pflegenden und die nahezu fehlende gewerkschaftliche Präsenz – vor allem in der Hauskrankenpflege – und damit fehlt ein wichtiges Regulativ. Die Gewerkschaft beobachtet zudem, dass Pflegenden häufig nur bis zur Geringfügigkeitsgrenze angestellt sind.

5.4.1 Indikatoren für beeinflussende politische, ökonomische und rechtliche Rahmenbedingungen der mobilen Pflege

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Einflussfaktoren ergeben sich einerseits aus den rechtlichen Rahmenbedingungen wie zum Beispiel dem Pflegegeld (ein Problem des Pflegegeldes ist die primäre Bindung an körperliche Funktionseinschränkung und die geringe Beachtung von Einschränkungen, die aus geistigen oder psychischen Defiziten entstehen), der Gestaltung der Gesetzgebung mit starker Betonung des Föderalismus und der damit verbundenen Vielzahl an Finanzierungs- und Unterstützungsmodellen.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Zwar gibt es politische Willensbekundungen, den ambulanten Sektor stärker auszubauen, tatsächlich ist im Moment jedoch der in der Regel vorgelagerte akute stationäre Bereich finanziell wie personell besser ausgestattet (siehe Abschnitt 5. Tabelle 1).

Um die Finanzierung des extramuralen Bereiches ist es wesentlich schlechter bestellt als im stationären Bereich bzw. in der niedergelassenen ärztlichen Versorgung. Obwohl keine genauen Aufzeichnungen vorliegen wird z.B. angenommen, dass „für medizinische Hauskrankenpflege (werden) 10 Mio. € oder ca. 0,1 Prozent des Budgets der sozialen Krankenversicherung aufgewandt“ (Hofmarcher, Riedel et al. 2004, S. 10) werden.

Aus-, Weiter- und Fortbildungssituation

Auch die Ausbildung zum gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege ist – wie erwähnt - in erster Linie auf die Bedürfnisse des akuten stationären Bereichs ausgelegt. Die Grundausbildung zur DGKP erfolgt im sekundären Bildungsbereich, ist stark verschult und unterstützt kreative Lernformen kaum. Amann gibt zu bedenken, dass die Grundausbildung nicht am Bedarf orientiert sei („die Ausbildung im psychosozialen Bereich wird von zu wenigen absolviert“ Amann 2004, S. 187). Der zeitliche Umfang der Pflegeausbildungen sei zwar angemessen, die Qualität wird jedoch bemängelt. Die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen seien in der Lage, über histologische Befunde Auskunft zu geben, im Umgang mit Angehörigen oder emotional schwierigen Situationen seien sie jedoch überfordert. Für Amann drängt sich damit die Vermutung auf, dass die Ausbildungskompetenz die Berufswirklichkeit nur zum Teil trifft (Amann 2004, 214f). Neben der Grundausbildung, die stark krankenhausorientiert und zudem meist an Krankenhäuser gebunden ist, sind die Fort- und Weiterbildungen wenig systematisiert. Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 ist lediglich eine minimale Fortbildung (40 Stunden in fünf Jahren) vorgesehen. Die Fort- und Weiterbildungen sind in der Regel nicht vorgegeben, die Auswahl wird häufig den aktuellen Interessen der MitarbeiterInnen überlassen. Für den extramuralen Bereich wird derzeit keine Sonderausbildung vorgeschrieben, wie sie z.B. für die Arbeit auf einer Intensivstation oder im Bereich der Nierenersatztherapie verlangt wird. Die ExpertInnen würden eine gezielte und organisierte Fort- und Weiterbildung begrüßen, teilweise fordern sie die Ausbildung der Hauskrankenpflegepersonen auf der Ebene der Sonderausbildung.

Qualitätsmonitoring

Ebenso wenig wie es eine bundesweite Weiterbildung gibt existiert – wie erwähnt – auch kein verbindliches bundesweites Qualitätsmonitoring. Die Aufzeichnungen in der Pflegedokumentation werden nicht systematisch erfasst und weiterverwendet. Andere Daten, wie sie über das Minimum Data Set oder des RAI (Resistance Assessment Instrument)²⁰ erhoben werden könnten, stehen ebenfalls noch nicht zur Verfügung.

Teilzeitarbeit und Kinderbetreuungseinrichtungen

In der mobilen Pflege zeichnet sich die Tendenz zu Teilzeitarbeit ab. Teilzeitarbeit bzw. geringfügige Beschäftigung können als Ausdruck fehlender/unattraktiver öffentlicher und privater Kinderbetreuungseinrichtungen gesehen werden. Vor allem, weil Pflege nach wie vor ein Frauenberuf ist und diese häufig auch die Betreuung von Kindern übernehmen.

Image der mobilen Pflege

Auch innerhalb der Pflege wird die mobile Pflege eher gering geschätzt, so die ExpertInnen im Interview. Durch diese Geringschätzung interessieren sich weniger Personen für die Arbeit bei den mobilen Diensten, die Auswahl ist geringer. Es gäbe keine Lobby innerhalb der Pflege, aber auch nicht seitens der Politik und der Berufspolitik. Hier bestünde dringender Handlungsbedarf. Auf die fehlende Anerkennung weist auch Spicker hin:

²⁰ Gibt es auch für die Hauskrankenpflege. In der Steiermark wird dieses Instrument seit kurzem verwendet.

„Pflegearbeit im Allgemeinen hat mit dem Problem fehlender Anerkennung zu kämpfen. Mobile Pflege und Betreuung unterliegen einer vierfachen Abwertung: zum ersten durch die Nähe zum alten Menschen und der Übertragung von deren gesellschaftlich niedrigen Status auf die Beschäftigten; zum zweiten durch den niedrigen Stellenwert der Geriatrie in der medizinischen Hierarchie; zum dritten durch ihre Ferne vom medizinischen Betrieb und zum vierten durch den geschlechtsspezifischen Aspekt, der die Integration von sozialen und kommunikativen Aspekten als weiblich abwertet.“ (Spicker 2003, S. 29)

5.5 Entwicklung des Bedarfs

Wie schon im ersten Gutachten angesprochen, entwickelt sich der Bedarf von Pflege auch aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Veränderungen. Aufgrund der prognostizierten Hochaltrigkeit, der Singularisierung sowie der Veränderung der Familienstrukturen, der Abnahme des familiären Unterstützungspotentials und der Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen steigt der Bedarf an beruflichen Pflege- und Betreuungsdiensten. Überleben und längeres Leben durch verbesserte Diagnose- und Therapieverfahren verändern und erweitern den Aufgabenbereich der mobilen Pflege ebenfalls. Zunehmend technik-intensive Betreuungsleistungen erfordern einen hohen Zeitaufwand. Viele Aufgaben der Pflege (über die medizinische Hauskrankenpflege hinaus) werden zunehmend häufiger angeboten und dehnen das Leistungsspektrum der Pflege aus. Zudem werden die PatientInnen zunehmend „wissender“ und möchten detaillierte Auskünfte und Informationen über die Erkrankung, über Behandlungsmöglichkeiten und vieles mehr.

Aus dem GuKG würden sich noch eine Reihe weiterer Aufgaben ableiten lassen, die über die funktionellen Aufgaben, wie sie im Moment zumeist angeboten und durchgeführt werden, hinausgehen. Dazu zählen Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, aber auch die Begleitung, Beratung und Anleitung von Kranken und deren Angehörigen bzw. empowerndes Arbeiten.

5.6 Fazit: Kein offener Pflegnotstand – aber auch kein Grund zum Jubel

„Pflegenotstand“ im mobilen Bereich im engen Sinne von akuter Personalknappheit, hoher Unzufriedenheit und expliziten Qualitätsmängeln („die Patienten verkommen“) bzw. ein dynamischer Zusammenhang („Abwärtsspirale“) lässt sich aktuell in Österreich nicht allgemein für die mobile Pflege diagnostizieren – wobei auch diese Aussage angesichts der teilweise lokal sehr unterschiedlichen Situationen mit Vorsicht gemacht werden muss.

- Es gibt Symptome von Personalmangel, vor allem im qualifizierten Bereich bei den DGKP, und dort vor allem in einem qualitativen Sinn; der Sog des stationären Sektors mit seinen für die Mehrheit der DGKP günstigeren Arbeitsbedingungen scheint nach wie vor ungebrochen wirksam zu sein.
- Es gibt möglicherweise auch Personalmangel in dem Sinne, dass die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Mittel nur ein sehr beschränktes – rationiertes – Angebot von Pflege ermöglichen, prinzipiell – aus einer professionellen Perspektive - sinnvoll nutzbare Posten werden gar nicht ausgeschrieben. Das verbreitete System „Teilzeitarbeit“ mit nachfrageabhängig zu leistender Mehrarbeit (selten formal Überstunden) ist ein Sparmodell für die Organisationen, die sich damit die Bezahlung allfälliger Stehzeiten sparen – aber noch kein Indiz für echten Personalmangel. Eher ist schon die Externalisierung von wichtigen Kommunikationsleistungen in eine freiwillig geleistete unbezahlte Mehrarbeit als Hinweis auf eine sehr knappe Personaldecke zu verstehen.
- Qualitätsmängel in der Pflege lassen sich mit einer bestimmten Optik sehr wohl beobachten – es gibt aber keinen Konsens unter den ExpertInnen, welche Kriterien wirklich sinnvoll angewandt werden können.

- Es gibt in Teilbereichen sehr wohl Klagen der MitarbeiterInnen, vor allem über Zeitmangel im Verhältnis zu den Erwartungen der KlientInnen bzw. dem professionell diagnostizierten Bedarf – aber außer bei den DGKP (und auch dort nicht überall) scheint sich diese Unzufriedenheit nicht in massiver Abwanderung aus dem Sektor niederzuschlagen.

Allerdings ist festzuhalten, dass der Sektor der mobilen Pflege in Österreich im internationalen Vergleich (vor allem mit Skandinavien) quantitativ und qualitativ unterentwickelt ist. Der Zugang zu seinen Leistungen ist jedoch so reguliert, dass diese Unterentwicklung nicht als absoluter Mangel auftritt. Plakativ gesagt ist die mobile Pflege, (ev. mit Ausnahme Vorarlbergs) in Österreich derzeit eine Residual- bzw. Restkategorie in der Versorgungslandschaft.

An der mobilen Pflege vorbei? Ein Modell

Graphik 2 stellt die PatientInnenströme im österreichischen System der Krankenbehandlung schematisch dar.

Ein durch demographisch-epidemiologische Entwicklungen, medizinisch-technischen Fortschritt, neue Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, steigende Erwartungen von KlientInnen und sich verändernde Familienstrukturen geprägter verstärkter **Bedarf** im Fall von Krankheit bzw. anderem akuten Pflegebedarf trifft auf ein System, in dem zunächst die informelle Pflege eine zentrale Rolle einnimmt. Subsidiär wird dieses System durch die mobile Pflege unterstützt. Dieses System weist aber erhebliche Zugangshürden auf: Öffentlich finanzierte mobile Pflege ist in der Regel scharf rationiert, privat finanzierte mobile Pflege ist aufgrund der hohen Arbeitskosten nur für Minderheiten in größerem Umfang bzw. über längere Zeit leistbar (bzw. ist die öffentliche finanzielle Unterstützung durch Pflegegeld stark rationiert). Aufgrund der Situation - rationierte öffentliche Mittel und relativ geringe private Nachfrage – werden in der mobilen Pflege auch nur relativ wenig Kapazitäten vorgehalten. Komplexere Problemlagen, die einen hohen Einsatz von Personal bzw. qualifiziertem Personal benötigen, können im mobilen Sektor nicht leicht bewältigt werden. Das System funktioniert aber trotzdem ohne große Reibungen, weil der mobile Sektor Probleme, die er von der Menge oder Komplexität her nicht bewältigen kann, externalisiert (vgl Graphik 2):

Graphik 2: Mobile Pflege im System der (Kranken-)Versorgung: Externalisierung der Probleme als Muster



- Bei steigendem individuellem Versorgungsbedarf (vor allem durch akute Krankheit) kann in Österreich (natürlich mit regionalen Unterschieden) mit Unterstützung der niedergelassenen ÄrztInnen eine „höhere“ Versorgungsstufe relativ leicht in Anspruch genommen werden – aufgrund der hohen Kapazitäten im österreichischen Akutbereich. Plakativ formuliert: Viele Akutkrankenhäuser sind aktuell noch an Auslastung interessiert und können Kapazitäten anbieten – zumindest zeitweise. Die Gangbetten z.B. auf den allgemeinen internen Abteilungen bei Grippewellen weisen aber auf die Grenzen dieses Modells hin.
- Aus dem (Akut-)Krankenhaus sind Verschiebungen in die stationäre Langzeitpflege bzw. in den Hospizbereich eher leichter möglich als direkt aus dem Haushalt.
- Der „schwarze/grau“ Pflegemarkt spielt – nach ExpertInneneinschätzung - als Entlastungsmöglichkeit bzw. bei hohem Bedarf eine wichtige Rolle.
 - Wie quantitativ umfangreich dieser Markt tatsächlich ist, lässt sich nur schwer einschätzen.
 - 10.000 bis 60.000 Pflegekräfte aus den Nachbarländern werden ohne Angaben von Quellen bzw. Schätzungsmodell kolportiert.
 - Eine im Rahmen dieser Expertise auf dieser problematischen Basis aufbauende, durch Berücksichtigung von Qualifikation (diplomierte Pflegekräfte/ ausgebildete Pflege- und AltenhelferInnen) und Arbeitsumfang (Vollzeitäquivalente - VZÄ) vergleichbar gemachte Schätzung kommt auf etwa 1000 bis 6000 VZÄ, knapp die Hälfte davon (formal) qualifiziert (siehe dazu Kasten unten). Seriöse Schätzungen stehen aber noch aus.
- Externalisiert werden kann auch in die individuelle (Zusatz-)Leistungsbereitschaft von MitarbeiterInnen, die angesichts offener Bedürfnisse der KlientInnen auch häufig bereit zu sein scheinen, unbezahlte Mehrarbeit zu leisten (siehe oben).
- Es kann auch mit der Bereitschaft vieler KlientInnen gerechnet werden, für den „Sonderwunsch“, weiter zuhause leben zu können, auch Opfer zu bringen – d.h. eine relativ geringe Versorgungsdichte zu akzeptieren.
- Im Krisenfall lässt sich – zumindest kurzzeitig – im Bereich der informellen Pflege (die Familien / sozialen Netze) meist noch zusätzlich Kapazität organisieren.

Exkurs: Ein Schwarzmarkt mit 40.000 „illegalen“ Pflegekräften – zehnmals soviel wie in den offiziellen mobilen Diensten?

In der öffentlichen Diskussion wird eine Reihe von Annahmen über den „Schwarzmarkt“ für Pflegeleistungen kolportiert, die teilweise ganz plausibel sind, sich insgesamt aber nur schwer überprüfen lassen.

Über die Zahl der „illegalen“ Pflegekräfte aus dem benachbarten Ausland werden medial bzw. auch unter ExpertInnen Zahlen zwischen 10.000 und 60.000²¹ verbreitet, wobei nie klar kommuniziert wird, ob es sich dabei um Personen oder um Vollzeitäquivalente handelt. Ebenso wenig wird klar kommuniziert, ob es sich dabei um qualifiziertes Pflegepersonal oder Haushaltshilfen handelt, die auch Pflegeleistungen erbringen. Schließlich wird der Bereich der österreichischen „Nachbarschaftshilfe“, der genauso als schwarzer Arbeitsmarkt strukturiert ist (ohne Steuern und Abgaben), ausgeklammert. Konkrete Quellen der Zahlen mit nachvollziehbaren Schätzmodellen sind nicht ausmachbar – eine Recherche unter ExpertInnen im Rahmen dieser Expertise ergab keine Hinweise auf fundierte Ausgangspunkte bzw. Daten und Schätzmodelle.

Für eine systematische Recherche waren im Rahmen der Erstellung der Expertise weder Zeit noch Ressourcen in ausreichendem Maß vorhanden. Ein in den Medien verbreiteter Schluss auf einen Schwarzmarkt, der die offizielle mobile Pflege um ein zehnfaches übertrifft, scheint den AutorInnen allerdings unplausibel hoch zu sein. Wir stellen einige

²¹ vgl. u.a. Presse (Dezember 2004)

Einwände dar und bieten eine alternative Schätzung, die natürlich wegen des völlig ungeklärten Status des Ausgangspunkts auch keine seriöse Untersuchung bzw. Schätzung ersetzen kann:

- Die ständige Anwesenheit von 40.000 qualifizierten Kräften (diplomiertes GuKP oder PflegehelferInnen) bzw. die Erbringung von Leistungen im Umfang von 40.000 Vollzeitäquivalenten scheint uns jedenfalls sehr unwahrscheinlich – damit wäre der mobile Schwarzmarkt für qualifizierte Pflege fast genauso groß wie die Pflege im Krankenhaus. Das ist kaum vorstellbar.
 - Das scheint sehr unplausibel schon wegen der mangelnden Verfügbarkeit einer derartig großen Zahl von qualifizierten Personen in unseren Nachbarländern – eine Massenarbeitslosigkeit von qualifizierten Pflegepersonen in Tschechien, Slowakei, Polen und Ungarn müsste ebenso bekannt sein wie die völlige Ausdünnung der lokal verfügbaren Pflegekapazitäten in unseren Nachbarländern.
 - Österreich ist bei weitem nicht das einzige mögliche Ziel für qualifizierte Pflegekräfte aus diesen Ländern - in anderen EU-Ländern kann schon ganz legal zu ortsüblichen Bedingungen (Gehältern) gearbeitet werden. Und: Österreich ist nicht das einzige europäische Land mit knappen Pflegeressourcen.
 - Interessant sind österreichische Schwarzmarktangebote (die finanziell vergleichsweise wenig attraktiv sein dürften) wohl vor allem für Personen, die z.B. aus familiären Gründen nicht mobil sein können/wollen, die einer normalen Beschäftigung im Nachbarland nachgehen und fallweise in Österreich für ein Zusatzeinkommen arbeiten (an Wochenenden, im Urlaub etc.) bzw. die formal nicht in der Krankenpflege qualifiziert sind und eher erweiterte Haushaltshilfe, Anwesenheit und Unterhaltung anbieten können. Angenommen wird also als dominantes Beschäftigungsmuster Neben- bzw. Zusatzbeschäftigung.
 - Damit kann für eine Schätzung mit durchschnittlich 1/10 VZÄ pro arbeitender Person gerechnet werden. So hätte die „Schattenwirtschaft“ nach den kolportierten Zahlen ein Ausmaß von 1000 bis max. 6000 VZÄ.
 - Die Kapazität des „grauen/schwarzen“ Pflegemarktes wäre damit noch immer erheblich, liegt aber wesentlich unter den Kapazitäten des "legalen" mobilen Sektors.
 - Unterscheidet man diese Personen nach Pflegekräften und Haushaltshilfen im Verhältnis, in dem die Gruppen in der mobilen Pflege repräsentiert sind (ca. 40% Pflegepersonen, 60% Heimhilfen), dann wäre mit etwa 400 bis 2400 VZÄ-Pflegekräften und 600 bis 3600 VZÄ auf Heimhilfeniveau zu rechnen.
-

Fragwürdig sind in diesem System schon aktuell Aspekte der Bedürfnisgerechtigkeit bzw. der Qualität. Die überdurchschnittlich häufige Nutzung des Krankenhauses im österreichischen Modell führt dazu, dass Personen, die zuhause versorgt werden möchten, weniger Chancen haben, ihren Bedürfnissen gemäß behandelt zu werden. Es geht aber auch um Sicherheit (vgl. zu Risiken des Krankenhauses vor allem für ältere Menschen - Hospitalismus - z.B. Vetter 1995).

Weiters muss angenommen werden, dass diese Situation auch zu vermehrtem Einsatz von technischer Diagnostik bzw. zu mehr therapeutischen Interventionen führt – mit einem verstärkten Risiko von Über- und Fehlversorgung, was nicht nur ein ökonomisches Problem, sondern wiederum eine Frage der PatientInnensicherheit ist (vgl. zu den allgemeinen Risiken medizinischer Interventionen z.B. Köck 2003).

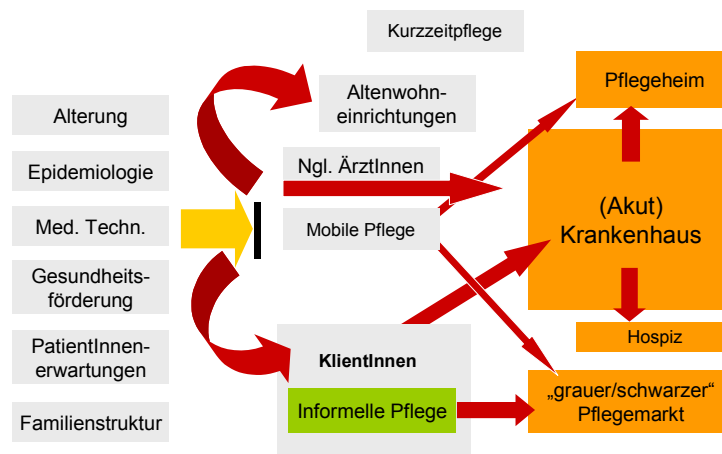
Wie zukunftssicher ist dieses System?

Fragwürdig ist schließlich die Nachhaltigkeit/Zukunftssicherheit dieses Systems: Ob das System der Externalisierung auch in Zukunft so relativ klaglos funktioniert, ist offen angesichts der erwartbaren Entwicklungen der nächsten Jahre und Jahrzehnte:

- Demographisch-epidemiologische Entwicklungen – deutliche Alterung, Wachstum der Zahl von chronisch kranken und wahrscheinlich auch pflegebedürftigen Menschen
- Weiterer medizinischer Fortschritt und seine paradoxen Effekte: mehr akut und chronisch kranke Menschen, mehr ältere multimorbide Menschen
- Schwächer werdende Leistungsfähigkeit des informellen Sektors (Familienstrukturen, zunehmende Frauenerwerbstätigkeit)
- Steigende Qualitätsansprüche durch das, was professionell möglich/sinnvoll ist (z.B. Gesundheitsförderung); man kann wissen, dass systematisches Empowerment von KlientInnen und Angehörigen gesundheitlichen Sinn macht – derartige Interventionen kosten aber Zeit
- Steigende Erwartungen auch der KlientInnen und ihrer Angehörigen
- Erwartung der Politik in Hinblick auf Einsparungsmöglichkeiten im stationären Bereich, verstärkter Druck z.B. durch frühzeitige Entlassungen, vermehrte ambulante Behandlungen etc.

Wir stellen zwei mögliche Zukunftsszenarien vor, die sich beide prinzipiell auch quantitativ simulieren ließen, was im Rahmen dieser Expertise leider nicht möglich war. Graphik 3 stellt ein **Krisenszenario** dar, in dem der wachsende Druck durch die bedarfstreibenden Faktoren nicht in der mobilen Pflege abgefangen wird – diese bleibt im wesentlichen unverändert, ebenso wie der niedergelassene ärztliche Sektor, während die informelle Pflege in ihrer Leistungsfähigkeit durch demographische und soziale Entwicklungen und veränderte Familienstrukturen abnimmt.

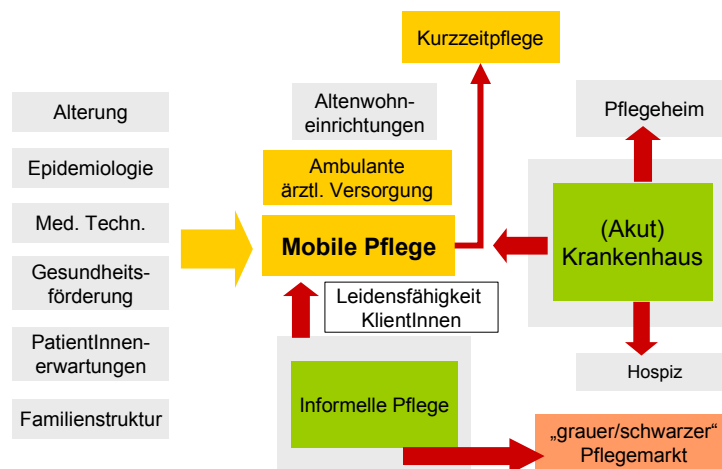
Graphik 3: Szenario 1 – Keine Weiterentwicklung der mobilen Pflege



Eine Konsequenz in diesem Modell ist ein deutlich verstärkter Druck auf den stationären Bereich; anzunehmen ist ein Wachstum von stationär erbrachten Leistungen im Akutkrankenhaus, Pflegeheim bzw. auch im (stationären) Hospiz. Ebenfalls anzunehmen ist ein weiteres Wachstum des „schwarzen/grauen“ Pflegemarkts. Eine mögliche Konsequenz davon – mit der Fragestellung dieser Expertise betrachtet und zugespitzt formuliert: Ein „Pflegetotstand“ wird von der mobilen Pflege in den stationären Bereich verschoben und dort zum Problem.

Alternativ dazu ist auch eine Entwicklungsvariante für die mobile Pflege vorstellbar bzw. wird ihre Entwicklung in dieser Expertise empfohlen. Graphik 4 stellt das Modell dar, in dem die mobile Pflege auf den erhöhten Druck durch die bedarfssteigernden Faktoren, durch die nachlassende Leistungsfähigkeit der informellen Pflege und durch eine Abbau-/Umbaupolitik im stationären Sektor mit Öffnung und Wachstum reagiert. Unterstützt durch einen kanalisiert/legalisierten „grauen/schwarzen“ Markt für Pflegeleistungen, eine besser unterstützte informelle Pflege, eine leistungsfähigere ambulante ärztliche Versorgung (z.B. 24 Stunden Erreichbarkeit/Bereitschaft, komplexere Teams etc.) und die Möglichkeit, Kurzzeitpflege im Bedarfsfall in Anspruch zu nehmen, kann der Druck auf den stationären Sektor gemindert werden – Investitionen sind aber jetzt im mobilen Bereich notwendig, damit nicht dort Pflegenotstand eintritt.

Graphik 4: Szenario 2: „Leistungsfähige mobile Pflege“



6. Lösungsstrategien

Bei der Sichtung der Literatur und in den ExpertInnengesprächen dieses Gutachtens wurde eine grundlegende Entwicklungsrichtung der mobilen Pflege deutlich, die wir zunächst in ihren einzelnen Elementen als Grundvision darstellen möchten, bevor wir in die Beschreibung einzelner Umsetzungsstrategien gehen. Entsprechend den Handlungsmöglichkeiten der unterschiedlichen Akteure werden diese Umsetzungsstrategien zur Verbesserung der Situation auf zwei Ebenen des Gesundheitswesens - Meso- und Makroebene - vorgeschlagen und in Anschluss an die Darstellung des Grundlösungsmodells beschrieben.

6.1 Grundlösungsmodell auf der Betreuungsebene: MitarbeiterInnenorientierung, Integration und KlientInnen-/PatientInnenorientierung

Davon ausgehend, dass bereits jetzt Belastungen für einzelne Pflegenden in der mobilen Pflege bestehen und diese auf Grund der beschriebenen Entwicklungen stärker werden könnten, dass hohe Fluktuation und kurze Berufsverweildauern die Anbieterorganisationen belasten und nur zum Teil optimale Pflegequalität gewährleistet werden kann, wird hier eine grundlegende (Neu-)Orientierung der Organisation mobiler Pflege an Prinzipien der MitarbeiterInnenorientierung, Integration von Betreuungsleistungen und KlientInnen-/PatientInnenorientierung vorgeschlagen.

Derzeit wird mobile Pflege in einem organisatorisch wenig strukturierten Umfeld erbracht. Das hier vorgeschlagene Grundmodell empfiehlt im Sinne einer langfristigen Qualitätssicherung der mobilen Pflege die Etablierung von **hochqualifizierten diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Kern der mobilen Pflege**. Dieses Organisationsmodell orientiert sich an dem Modell des Primary Nursing bzw. des systematischen Case und Care Managements. Die Primary Nurse übernimmt die Gesamtverantwortung für die Betreuung von KlientInnen/PatientInnen ohne selbst alle Leistungen zu erbringen, sondern sie arbeitet mit einem **interprofessionellen Team** von HeimhelferInnen, Alten- und/oder PflegehelferInnen zusammen, um die notwendigen hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen zu erbringen. Um spezifischen Anforderungen gerecht zu werden, empfiehlt die WHO die Einführung von Family Health Nursing²² (dazu existiert ein Ausbildungskonzept) bzw. andere relevante Spezialisierungen z.B. für Diabetes, Inkontinenz, Demenz,..... Diese **SpezialistInnen** können in Abstimmung mit der Primary Nurse ihre Dienstleistung direkt am Patienten/an der Patientin erbringen bzw. KollegInnen hilfreich zur Seite stehen. Ein Teil der Leistungen könnte auch effizienter als bisher nicht in Hausbesuchen sondern in Pflegepraxen²³ erbracht werden. Internationale Erfahrungen (z.B. Frankreich) zeigen, dass für gewisse Tätigkeiten die Präsenz der Pflegenden im Haus des Klienten/der Klientin nicht unbedingt notwendig ist. Im Folgenden werden die Kernelemente dieses Grundmodells kurz beschrieben.

6.1.1 Hochqualifizierte diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Kern der mobilen Pflege

Im Unterschied zum heutigen Status quo scheint es zentral und erfolgversprechend, die tragenden DGKP (Primary Nurse) als statusstarke Personen zu institutionalisieren, d.h. insbesondere folgende Voraussetzungen für die Übernahme dieser Rolle einzuführen:

- Höhere Schulbildung (mindestens Maturaniveau)
- Viel Erfahrung (mindestens drei Jahre Berufserfahrung in der mobilen Pflege)
- Hohes Mindestalter (jedenfalls keine SchulabgängerInnen; idealerweise wird hier eine Berufsrolle für ältere Pflegekräfte geschaffen)
- Hohe Bezahlung (diese sollte sich zumindest am dzt. in Vorarlberg bezahlten Niveau orientieren, siehe unten).

Personen, die diese Rolle übernehmen, sollten auch über spezifische persönliche Kompetenzen verfügen wie Selbstreflexion, Höflichkeit, Toleranz, Offenheit usw.; diese sind in der Auswahl solcher MitarbeiterInnen zu beachten, sollten aber gezielt mit Schulungsmaßnahmen unterstützt werden²⁴. Besonders für die mobile Pflege sind fachliche und psychosoziale Spezialkenntnisse von Bedeutung. Durch die Arbeit allein brauchen Pflegenden Wissen und Know-How, das über die Grundausbildung hinausgeht, um diese Rolle gut und mittelfristig gerne ausfüllen zu können, insbesondere

- Kommunikationskompetenzen
- Case und Care Management
- Steuerungskompetenz in komplexen sozialen Zusammenhängen
- Konfliktmanagement und Mediation
- Beratung/Eduktion
- Grundkenntnisse in pflegerischen Spezialfächern: Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, Biografiearbeit, Validation, Palliativpflege, Basale Stimulation, Familienpflege.

Neben der Fach- und Methodenkompetenz ist also die Schulung von sozialen Kompetenzen unerlässlich, um auf die vielfältigen Anforderungen entsprechend reagieren zu können.

²² vgl. Gehring, Kean et al. 2001; Mörgelin 2000

²³ Rappold 2004

²⁴ vgl. dazu u.a. auch Bayrischer Landespflegeausschuss 2000; Amann, Löger et al. 2001; Wild 2002

Mit guter Anbindung an Führungskräfte in ihrer Organisation

Dennoch bedarf auch eine solche hochqualifizierte Kraft (und selbstverständlich die derzeit in der mobilen Pflege tätigen Personen) eine gute Anbindung an die Führung der Anbieterorganisation. Dies betrifft zunächst die pflegerische und soziale Seite: in schwierigen Entscheidungssituationen soll es die Möglichkeit geben, kurzfristig kompetente Fachberatung zu erhalten. Mit technischer Unterstützung durch Mobiltelefone und Digitalkamera können selbst komplexe pflegerische Fragen im Haushalt der PatientInnen rasch abgeklärt werden. Aber auch in wirtschaftlichen und rechtlichen Fragen sollte es rasche und direkte Abstimmungskanäle mit der Anbieterorganisation geben, um z.B. im Zweifelsfall Verkürzungen oder Verlängerungen von Einsätzen sofort abklären zu können.

Langfristig könnte der Arbeitsplatz der „Primary Nurse“ ganz ähnlich wie im ärztlichen Bereich der niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen im Rahmen einer fixen regionalen Pflegepraxis mit einem großen Anteil an Hausbesuchen („Pflegevisten“²⁵) gestaltet werden. Wobei hier die Organisationsform als Einzelunternehmer, wie bei den meisten niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, wenig angemessen erscheint.

6.1.2 Interprofessionelle mobile Teams (Heimhilfen, AltenhelferInnen)

Rund um die „Primary Nurse“ bedarf es eines Teams, das zusammengestellt aus Heimhilfen, Alten- und PflegehelferInnen und jüngeren DGKP den größten Teil der eigentlichen Pflegearbeit leisten. Dieses Betreuungsteam kann unter der Leitung und Koordination der Primary Nurse eine gut abgestimmte umfassende Betreuung anbieten. Erfahrungsgemäß ist die Teamarbeit besser abzusichern, wenn die Primary Nurse und dieses interprofessionelle Kernbetreuungsteam unter einem gemeinsamen organisatorischen Dach arbeiten.

6.1.3 Eingebunden in ein lokales (virtuelles) Netzwerk von SpezialistInnen

Die Arbeit dieses Kernbetreuungsteams sollte unterstützt und ergänzt werden durch ein Netzwerk von SpezialistInnen aus anderen mobilen Diensten mit guten Kooperationsbeziehungen zum stationären Bereich. Zunächst bedarf es bei spezifischem Betreuungsbedarf der Einbindung von PflegespezialistInnen (z.B. advanced nurse practitioners²⁶, Biographiearbeit, Demenz, Diabetes, Familienpflege, Inkontinenzberatung, Stomapflege, Validation), aber insbesondere auch mobiler Medizinisch-therapeutischer Berufe (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie). Die gute persönliche Kooperation mit anderen extramuralen Diensten wie HausärztInnen, FachärztInnen, Apotheken, mobilen Hospizteams, psychiatrischen Betreuungsdiensten, PsychotherapeutInnen, Tagesheimstätten etc. ergänzt dieses integrierte Betreuungsnetzwerk. Schließlich ist es im Falle einer drastischen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch notwendig, auf etablierte Kooperationen mit unterschiedlichen stationären Einrichtungen (Akutkrankenhaus, Kurzzeitpflege, Langzeitpflege und Rehabilitationseinrichtungen) zurückzugreifen.

6.1.4 Gut angebunden an das informelle Pflegesystem und ehrenamtliche Unterstützungsstrukturen

Aus einem grundsätzlichen Pflegeverständnis des „Empowerments“ (z.B. im Pflegemodell nach Orem²⁷) für die Gesundheit und Lebensqualität der KlientInnen/PatientInnen ist die Zusammenarbeit mit den KlientInnen/PatientInnen, dem informellen Pflegesystem (Angehörige etc.) und ehrenamtlichen Unterstützungsstrukturen (z.B. Besuchsdienste, Selbsthilfegruppen) zentral. Ziel bleibt eine möglichst weitgehende unabhängige Lebensweise der KlientInnen/PatientInnen, die angeleitet und unterstützt zur Selbstpflege fähig sind.

²⁵ vgl. zu Grundlagen der Pflgevisite z.B. Schrems 2004

²⁶ vgl. z.B. Muscloy, Sawhney 2002

²⁷ vgl. z.B. Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste 2003; Cavanagh 1997; Sommerbauer 2003

Dies erfordert von der Primary Nurse die erwähnten kommunikativen und edukativen Fähigkeiten und etablierte Kooperationsbeziehungen zu ehrenamtlichen Unterstützungsstrukturen.

6.2 Strategien auf der Mesoebene / Organisation - Anbieterebene

Die Verwirklichung eines solchen integrierten, umfassenden Systems der mobilen Pflege, das kurz-, mittel und langfristig Symptome des Pflegenotstands bekämpfen bzw. vermeiden könnte, bedarf der systematischen Berücksichtigung von drei Prinzipien in der Qualitätsentwicklung von Anbietern mobiler Pflege: MitarbeiterInnenorientierung, Integration von Betreuungsleistungen und KlientInnen-/PatientInnenorientierung. Es sei an dieser Stelle nur kurz darauf hingewiesen, dass im Allgemeinen im Gesundheitswesen davon auszugehen ist, dass MitarbeiterInnen- und PatientInnenorientierung sich nicht widersprechen, sondern in der Regel gegenseitig unterstützen können (Trummer, Novak-Zezula et al. 2004, S. 15). Kaum verbinden lassen sich jedoch diese Prinzipien mit der hier grundlegend analysierten „Armutsverwaltung“ in der mobilen Pflege. D.h. ohne entsprechende politische, finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen, wie sie als zweiter Teil der empfohlenen Lösungsstrategien dargestellt werden (vgl. Kap. 6.3.), werden Anbieterorganisationen nur wenige Aspekte des vorgeschlagenen Grundmodells und der im Folgenden beschriebenen Lösungsstrategien umsetzen können.

Besonders hervorzuheben sind an dieser Stelle jedoch Versuche einzelner Anbieterorganisationen bereits jetzt ohne die erwähnten politischen, finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen komplexe Versorgungsmodelle im Rahmen von Pilotprojekten in Richtung auf diese Grundvision zu erproben.²⁸

6.2.1 Attraktive Stellenbeschreibungen für qualifiziertes Personal („Primary Nurse“)

Das Grundmodell stellt qualifiziertes Pflegepersonal („Primary Nurse“) ins Zentrum der mobilen Pflege und verlangt eine breite Expertise von diesen Personen. Bei den schon jetzt gegebenen Engpässen, qualifiziertes Personal für die mobile Pflege zu gewinnen, müssen zunächst auch finanzielle Anreize im Vordergrund stehen.

- **Bessere Bezahlung**

Die Arbeit der Pflegenden sollte - wie in Vorarlberg - zumindest an den stationären Richtlinien angepasst werden. Die spezifischen Belastungen (höherer Entscheidungsdruck, mehr Verantwortung, schwierige Konfliktsituationen, schlechtere Hygienebedingungen) sollten zusätzlich abgegolten werden (z.B. in der Höhe der halben Stationsleitungszulage).

- **Sozialleistungen wie im stationären Bereich**

Im stationären Bereich werden Pflegenden üblicherweise eine Reihe von freiwilligen Sozialleistungen angeboten, die derzeit in der mobilen Pflege nur selten oder gar nicht von den Anbieterorganisationen zur Verfügung gestellt werden. Darunter fallen z.B.: verbilligter Zugang zu Fitness- und Freizeitangeboten, Kinderbetreuungseinrichtungen, verbilligte Ernährungsangebote, günstige Fortbildungsmöglichkeiten.

- **Dienstzeiten**

Geregelte und sichere Dienstzeiten, die eine Planung des eigenen Lebens ermöglichen, sind für die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie/Freizeit zentral. Wobei grundsätzlich Teilzeitanstellungen mit flexiblen Mehrleistungen nicht unbedingt in Widerspruch zu den Interessen der MitarbeiterInnen stehen müssen. Zentral ist das Ausmaß an Selbstbestimmung in der Frage wie viele Dienste wann geleistet werden.

Eine spezifische Frage ist die organisationsinterne Anerkennung von Overhead-Zeiten der Pflegepersonen als Dienstzeit, insbesondere:

- Wegzeiten
- „Zwischen-Tür-und-Angel-Gespräche“

²⁸ vgl. z.B. das Modellprojekt „Ganzheitliche Hauskrankenpflege“ des Wiener Roten Kreuzes (Grundböck, Krajic et al. 1998; Lehner, Stricker 2000)

- Dokumentationsaufwand
- Ruhephasen
- Beratungs- und Anleitungstätigkeit insbesondere auch im Bereich der Gesundheitsförderung.

Hier ist zu beobachten, dass grundlegende Finanzierungsrichtlinien der Länder bis auf die Ebene der Betreuung durchschlagen. Die Situation ist im Vergleich zum stationären Akutbereich häufig so zu beschreiben, als würden die Pflegenden nur für die Zeit gezahlt, die sie im Krankenzimmer verbringen. Hier wird die grundsätzlich sehr knappe Finanzierung in der alltäglichen Betreuungsarbeit spürbar. Die Führung der Anbieterorganisationen sollte hier mehr Klarheit für MitarbeiterInnen schaffen. Selbstverständlich hängen hier Entwicklungsmöglichkeiten zentral von der generellen Entwicklung des Bereichs auf der Makroebene ab (siehe unten).

6.2.2 Weiterentwicklung der Führungskultur und –strukturen in den Anbieterorganisationen

Da die MitarbeiterInnen der mobilen Dienste sehr viel auf sich gestellt und autonom entscheiden müssen und an vielen Plätzen ihre Arbeit verrichten, wird eine aufmerksame und pro-aktive Führung seitens der Anbieterorganisation sehr wichtig. Man trifft sich kaum im alltäglichen Arbeiten, daher müssen Routinen und soziale Orte geschaffen werden, in denen ausreichend Austausch und Rückversicherung, aber auch Controlling möglich wird. Beispielhaft angesprochen wurden in der Beschreibung des Grundmodells die Unterstützungsmöglichkeiten bei schwierigen Entscheidungen (technisch unterstützt durch Mobiltelefon, Digitalkamera etc.). Dies ist jedoch nicht nur eine Frage der technischen Organisation von Informationsübermittlung, sondern vor allem die Frage einer unterstützenden und beteiligenden (partizipativen) Kommunikationskultur zwischen MitarbeiterInnen und Vorgesetzten: offene, direkte und flexible Erreichbarkeit der Führungskräfte, gezieltes, verständliches und konstruktives Feedback, Unterstützung in Konflikt- und Krisensituationen, rechtliche und finanzielle Orientierung (und Rückhalt) im Einzelfall, Anerkennung von Leistungen und Beteiligung an Organisationsentscheidungen sind wichtige Stichworte einer solchen Kommunikationskultur.

Für eine solche Führungsarbeit müssen Führungskräfte gezielt ausgewählt und ausgebildet werden. Ein spezifisches Entwicklungspotential scheint in vielen Anbieterorganisationen in einer besseren Verschränkung von geschäftlicher und fachlicher Führung (z.B. Geschäftsführung und Pflegedienstleitung) zu sein. Stärkere Kooperation dieser Führungspositionen etwa in der Festlegung von Standards für Betreuungsprozesse erleichtert es den MitarbeiterInnen an der Basis, angemessene Routinen ohne größere Unsicherheiten einzuhalten.

6.2.3 Systematische Personalentwicklung

Ein wesentlicher Bereich in der Führungskultur von Anbieterorganisationen sollte eine systematische Personalentwicklung für alle MitarbeiterInnen sein.

- Ein guter Start für neue MitarbeiterInnen
Personalentwicklung beginnt mit einer realistischen Aufklärung über die spezifische Arbeitssituation in der mobilen Pflege beim Vorstellungsgespräch und entsprechende Einschulung für neue MitarbeiterInnen (Vermeidung von „Praxisschocks“).
- Anerkennung und MitarbeiterInnenmotivation
Die individuelle Leistung der Pflegenden sollten innerhalb der Organisation anerkannt werden, dies kann über ein Bonussystem, aber auch über allgemeine Vergünstigungen (vorteilhafte Bedingungen in Einkaufshäusern, Fitnessstudios,...) erfolgen. Zusätzlich kann die Bemühung um Auszeichnungen und Anerkennungen seitens „offizieller“ Stellen wie dem Land oder der Gemeinde die MitarbeiterInnen sehr motivieren.

- Gezielte Karriereplanung und Förderung der individuellen Ziele
Regelmäßige MitarbeiterInnengespräche²⁹ mit klaren und offen ausgehandelten Zielen für jede/n MitarbeiterIn und Führungskraft haben sich als Instrument der Karriereplanung bewährt.

- Altersangemessene Aufgabenbereiche

Eine besondere Bedeutung haben innerhalb der Karriereplanungen altersgerechte Aufgabenbereiche, die sich gerade durch die Einführung von Primary Nursing oder Case und Care Management sowie diverse spezifische Beratungsrollen als neue und attraktive Aufgaben und Rollen entwickeln könnten. Die Schaffung dieser Rollen könnte auch erfahrenen MitarbeiterInnen den Wiedereinstieg in die mobile Pflege erleichtern, die dies bisher etwa nach längeren Karenzzeiten ausgeschlossen haben.

- Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung in den Anbieterorganisationen

Wie weiter unten dargestellt, empfehlen wir eine spezifische Ausbildungslinie für mobile Pflege in Österreich breit aufzubauen. Dennoch haben auch Anbieterorganisationen Spielräume, eigene Anreize für Aus-, Fort- und Weiterbildung (z.B. auch durch betriebsinterne Fortbildungsangebote) zu setzen. Im Besonderen sollten diese Fortbildungsmaßnahmen für das diplomierte Personal die Entwicklung von Kompetenzen des Case und Care Managements und des Primary Nursing unterstützen. Empfohlen wird auch im Sinne einer gezielten Personalentwicklung nicht (nur) offene Bildungsangebote zu machen (frei nach dem Motto „Gelernt wird was gerade Mode ist oder was einen persönlich gerade interessiert“), sondern verbindliche und spezifische Bildungsangebote für mobile Pflege zu forcieren.

6.2.4 Teamentwicklung

Eine wesentliche Aufgabe von Führungskräften in Anbieterorganisationen der mobilen Pflege ist der Aufbau von interprofessionellen Teams. Derzeit sind MitarbeiterInnen (hier insbesondere auch im Bereich der Heimhilfen) häufig über Wochen auf sich gestellt. Die Kultur von Anerkennung und Interprofessionalität muss erlernt werden. Auch der Aufbau von kleinen Pflgeteams unter der Führung von Primary Nurses wird nicht ohne entsprechende Unterstützung durch die Führung und Fortbildungsmaßnahmen möglich sein. Eine fachliche innerorganisatorische Zusammenarbeit könnte durch regelmäßige Fall- und Teambesprechungen unterstützt werden. Auch hier wird mit längeren Prozessen der Entwicklung von vertrauensvollem und offenem Austausch zwischen KollegInnen zu rechnen sein. Das Angebot von fachlicher Unterstützung durch organisationsinterne ExpertInnen und KollegInnen sollte von der Führung unterstützt werden.

6.2.5 Systematische Qualitätsentwicklung

Personal- und Teamentwicklung sind bereits wesentliche Standbeine einer systematischen Qualitätsentwicklung. Sie können qualitätsvollere und effizientere Betreuungsarbeit ermöglichen und zur Berufszufriedenheit der MitarbeiterInnen wesentlich beitragen. Zwei darüber hinausgehende Qualitätsentwicklungsbereiche sollen hier noch kurz angesprochen werden:

- Bürokratischen Aufwand reduzieren

Der bürokratische Aufwand wird von den Pflegenden immer wieder als Belastung beschrieben. Dieser ist häufig innerhalb der Anbieterorganisationen reduzierbar: Als Beispiel im Bereich der Dokumentation wurde das vom Roten Kreuz entwickelte „Manual für

²⁹ Hier sind etwa im öffentlichen Dienst in den letzten Jahren in Österreich einige gute Leitfäden entstanden, die adaptiert auch für den Bereich der mobilen Pflege übernommen werden könnten (vgl. z.B. BMÖLS 2001; Universität Innsbruck 2005)

Pflegediagnosen“ angeführt, das für den gesamten Pflegeprozess, also von der Anamnese über die Pflegediagnostik bis hin zur Evaluation unterstützende Anleitung gibt.

Einige Grunddokumentationen würden sich auch für eine organisationsübergreifende Standardisierung eignen, die nicht nur das Anlernen neuer MitarbeiterInnen erleichtern würde, sondern z.T. auch die Kooperationen mit anderen extramuralen und stationären Betreuungsinstitutionen (vgl. Empfehlungen des Wiener PIK-Projektes Nowak, Peinhaupt et al. 2004).

- **Qualitätssicherung und -kontrolle**

Die Absicherung der Pflegequalität in der mobilen Pflege ist zunächst, wie in der Status quo-Beschreibung dargestellt, durch die 1:1-Beziehung zwischen Pflegenden und KlientInnen gut gestützt. Dennoch können hier Maßnahmen wie Pflegevisiten und Beschwerdemanagement, insbesondere in Bezug auf die Einbeziehung von „grauen“ Pflegedienstleistungen (siehe dazu die Empfehlungen auf der Makro-Ebene) hilfreich sein. Wesentlich ist auch hier eine Grundhaltung eines modernen Fehlermanagements: „Fehler sind Schätze“, die einen konstruktiven Umgang mit auftretenden Problemen sucht.

6.2.6 Abfangen körperlicher Belastungen und Risiken

Schließlich soll an dieser Stelle auch auf die Bedeutung des klassischen Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung für die Anbieterorganisationen hingewiesen werden, z.B. durch die Verwendung von Pflegehilfsmitteln, die Organisation von PatientInnenbetten und -liften usw., aber auch durch Schulung von Hebetekniken sowie die Forcierung der eigenen Gesundheit durch diverse Freizeit- und Sportangebote seitens der Anbieterorganisationen. Ein spezifisches Problem der mobilen Pflege ist der Umgang mit Dienstfahrzeugen und -kleidung. Diese sollten zur Verfügung gestellt und gereinigt bzw. gewaschen werden. Zu den besonderen berufsspezifischen Risiken zählt das Autofahren, möglicherweise würden Fahrsicherheitstrainings oder ähnliche Schulungen sich günstig auswirken. Möglicherweise sind spezifische Trainings im Umgang mit Gewalt als ergänzende Maßnahme zu empfehlen.

6.2.7 Abfangen psychischer Belastungen

Wesentliche Beiträge zum Abfangen der psychischen Belastungen werden durch die bereits erwähnte unterstützende und partizipative Führungskultur geleistet. Darüber hinaus können die MitarbeiterInnen durch angemessene Supervisionsangebote, Entlastungsgespräche, Pausenräume, rechtliche Beratungen unterstützt werden.

6.2.8 Aufbau interprofessioneller Teams und Kooperationsnetzwerke

Ein zentrales Element des beschriebenen Grundmodells ist der Aufbau von Kooperationsnetzwerken mit anderen extramuralen und stationären Dienstleistern. Wesentlich ist in der Entwicklung solcher Netzwerke, dass auch hier die Führung der Anbieterorganisationen eine entscheidende Rolle spielt. Die Entwicklung von längerfristigen Kooperationsvereinbarungen, Ablaufstandards und Austauschstrukturen können die MitarbeiterInnen an der Basis nicht in der Alltagsroutine leisten. Vielmehr bedürfen sie der grundsätzlichen Klärung und Aushandlung durch ihre Führungskräfte, um im jeweiligen Einzelfall auf vereinbarte Routinen und Vereinbarungen zurückgreifen zu können.

Die Kooperation mit den ansässigen HausärztInnen sowie den Krankenhäusern spielt hier für die Arbeitszufriedenheit und Effektivität eine besondere Rolle und sollte weiterentwickelt und institutionalisiert werden. In den letzten Jahren sind hier einige gute Modelle entwickelt worden z.B. in Deutschland, Berlin³⁰ bzw. bieten die Empfehlungen des Wiener PIK-Projektes hier systematische Ansatzpunkte (Nowak, Peinhaupt et al. 2004).

Aber auch der Aufbau von lokalen Kooperationen mit PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, Apotheken, Bandagisten, Ehrenamtlichen Unterstützungsorganisationen und

³⁰ vgl. Döhner 2002

Selbsthilfegruppen u.v.a.m. kann im Einzelfall zu effizienterer gegenseitiger Unterstützung beitragen.

6.3 Strategien auf der Makroebene / Politik, Berufsgruppe

Eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Organisationen in der mobilen Pflege jene wichtigen Maßnahmen setzen können, die die Arbeit für qualifiziertes Personal attraktiver macht und die derzeitige Knappheitssituation beendet, ist eine explizite gesundheitspolitische Schwerpunktsetzung in Richtung Ausbau der mobilen Pflege. Ohne ein gut funktionierendes System mobiler Pflege ist – unter den kommenden demographisch-epidemiologischen Bedingungen - weder die Verschiebung stationär-ambulant noch – aktueller – integrierte Versorgung möglich. Nach der Gesundheitsreform 2005 scheint es Aufgabe der Bundesgesundheitsagentur zu sein, konsequente Investitionen in die Entwicklung eines leistungsfähigen ambulanten Systems zu machen, unter explizitem Einschluss der mobilen Pflege.

Es ist den AutorInnen sehr bewusst, dass mit vielen der hier vorgeschlagenen Maßnahmen schwierige politische und rechtliche Fragestellungen aufgeworfen werden, an denen nach unserer Einschätzung schon bisher Reformversuche gescheitert sind (z.B. die rechtlich ungleiche und getrennte Behandlung des Risikos Krankheit und Pflege, Föderalismus, Subsidiarität, europäische Öffnung). Dennoch scheint angesichts der dargestellten Entwicklungen dringender Handlungsbedarf gegeben.

Wir wiederholen die wichtigsten Stichworte und stellen die Bereiche, in denen Maßnahmen durch politische Entscheidungen zu initiieren sind im Überblick dar:

- Weg von der Armutsverwaltung in der mobilen Pflege
 - Weiterentwicklung der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen in der mobilen Pflege
 - Vergütung der mobile Pflege in einer dem stationären Bereich vergleichbaren Höhe (damit ermöglicht vergleichbare Gehälter und Ausstattungen)
- Entwicklung von leistungsfähigen Organisationsformen für die ambulante Krankenversorgung (ÄrztInnen, Pflege, MTDs etc.)
- Explizite Einbindung des „grauen/schwarzen“ Pflege- und Betreuungssektors (z.B. zeitlich befristete Regelungen, die eine Kooperation zwischen diesem Sektor und der „legalen“ Hauskrankenpflege ermöglichen)
- Explizite Unterstützung der privaten Netzwerke – Angebotsinformation, Anleitung, Entlastung (Verarbeitung, Alltag, Urlaub,...), Pflegegeld
- Strukturentwicklung im ambulanten Sektor
 - Aufbau eines starken ambulanten Sektors
 - z.B. Steigerung der mobilen qualifizierten Pflegekapazitäten in den nächsten 10 Jahren um ca. 300% bis 400% → „Österreich wird Vorarlberg“ (Bereich DGKP)!
 - Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung
- Integrierte Versorgung:
 - Entwicklung des Schnittstellen-/Nahtstellenmanagements mit dem stationären Sektor (wie Modellprojekte: PIK, MedTogether)
 - Entwicklung von integrierten Organisationen, wo besonders komplexe Versorgungsprobleme zu bearbeiten sind (z.B. Krankenhaus zu Hause)
- Aufbau von spezialisierten Versorgungs-/ Unterstützungsstrukturen für bestimmte Problemlagen
 - z.B. Demenz, Diabetes, etc.
- Aus-, Weiter- und Fortbildung
 - Einbau von Hauskrankenpflege-Inhalten in die Grundausbildung (Case und Care Management, systematische PatientInnenberatung, Gesundheitsförderung, Konfliktmanagement)
 - Weiterbildung zur Primary Nurse für Hauskrankenpflege im Rahmen einer Sonderausbildung

- Systematische Fortbildungsverpflichtung und flächendeckende Angebote
- Universitäre Weiterbildung für Führungskräfte in Organisationen
- Wissens- und Qualitätsentwicklung
 - Verstärkung der pflegewissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Forschung für die mobile Pflege
 - Unterstützung von organisationsübergreifenden Konsensprozessen in der mobilen Pflege zu Dokumentationssystemen, Standards, Richtlinien
 - Gesetzliche Regelungen z.B. Mindeststandards für die Pflege, Qualitätskriterien oder verpflichtendes Qualitätsmonitoring könnten sich günstig auswirken
 - Aufbau von Wissenszentren für die Qualitätsentwicklung
- Begleitmaßnahmen: Allgemeine Rahmenbedingungen für die Pflege verbessern, um die Verweildauer in der Pflege zu verlängern bzw. den Wiedereintritt zu verstärken – z.B. durch Verbesserung der Rahmenbedingungen für Frauenerwerbsarbeit (Ganztagskindergärten, Ganztagschulen, auch symbolische Unterstützung der Frauenerwerbsarbeit etc.).

Eine wichtige Rolle für die Weiterentwicklung der mobilen Pflege werden auch die Berufsverbände spielen. Unterstützung ist besonders wichtig in folgenden Bereichen: Entwicklung eines positiven Images der mobilen Pflege innerhalb des Pflegeberufs (Mobile Pflege als komplexe Aufgabe und eine wichtige Chance, den selbständigen Bereich der Pflege weiterzuentwickeln), Engagement in der Gesundheitspolitik für einen parallelen Aufbau dieses Bereiches, Engagement für einen sinnvollen Kompromiss bei der Kanalisierung / Legalisierung des „grauen/schwarzen“ Pflegemarkts etc..

7. Literatur

7.1 Literatur Primary Nursing:

- Andraschko, H.-G. (1998): Bezugspflege, aus: Fischer et al. (Hrsg.): Management Handbuch Krankenhaus, v. Decker's Verlag, Hüthig GmbH, Heidelberg
- Ersser, St., Tutton, E. (2000): Primary Nursing - Grundlagen und Anwendungen eines patientenorientierten Pflegesystems, Verlag Hans Huber, Bern
- Fischer, Th. (2000): Primary Nursing, in: Pr-Internet 2(10), 367-374
- Fischer, Th. (2001): Einführung von Primary Nursing, in: BALKInfo 6, 30-33
- Horne, E., Cowan, T. (Hrsg.) (1992): Ward Sister's survival guide, Wolfe Publishing, London
- Kleine Hörstkamp Sonja (2004): Die Bedeutung der Implementierung von Primary Nursing für das management. In: Österreichische Pflegezeitschrift Jg.57; 8/9, S. 29-32
- Kleine Hörstkamp Sonja (2004): Primary Nursing in der ambulanten Pflege – alte Wege neu beschreiten. In: Österreichische Pflegezeitschrift Jg. 57, 10, S. 28-30
- Manthey, M. (1980a): The Practice of Primary Nursing, Blackwell Scientific Publications, Boston
- Manthey, M. (1980b): A Theoretical Framework for Primary Nursing, in: The Journal of Nursing Administration, Juni 1980, 11-15
- Pontin, D. (1999): Primary Nursing: A mode of care or a philosophy of nursing?, in: Journal of Advanced Nursing, 29(3), 584-59

7.2 Literatur Case und Care Management:

- Cohen, E. L.; Cesta, G. T. (2001): Nursing Case Management. From Essentials to Advanced Practice Applications. St. Louis: Mosby
- Döhner, H. (2002) Care und Case Management für chronisch kranke alte Menschen. Das Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung. In: Trojan, A., Döhner, H. (Hg.): Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Mabuse Verlag, Frankfurt/M., S. 367-383.
- Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Grundböck, Alice, Krajic, Karl, Stricker, Susanne, Pelikan, Jürgen M. (2000): Case Management in einem Wiener Modellprojekt zur ambulanten Versorgung von Patienten mit komplexem Betreuungsbedarf. In: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 217 - 249.
- Pelikan, Jürgen M.; Peinhaupt, Christa; Krajic, Karl; Nowak, Peter (2002): Integrierte multiprofessionelle Versorgung für Schwerkranke zu Hause – Wissenschaftliche Konzepte, Defizite, Chancen und Projekte am Beispiel Österreichs. In: Schaeffer, Doris; Ewers, Michael (Hrsg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern, S. 45 - 76.

7.3 Literatur EBN

- Behrens, Johann; Langer, Gero (2004): Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der «Wissenschaft» Qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen, Verlag Hans Huber, Bern
- Chiari, Paolo; Wildner, Jürgen (2003): Forschung zum Wohl des Patienten. Studienzentrum EBN in Bologna. In: Pflegezeitschrift; 56 (7), S. 517-520
- Gross, Dorothea (2004): Evidence Based Nursing - der umfassende Begriff. In: Pflege; 17(3), S. 196-207
- Thiel, Volker et al. (2001): Evidence-based Nursing - missing link zwischen Forschung und Praxis. In: Pflege; 14, S. 267-276

7.4 Zitierte Literatur

- Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Cheung, Robyn; Sloane, Douglas M.; Silber, Jeffrey H. (2003): Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. In: J Am Med Assoc, 290, 12, S. 1617-1622.
- Amann, Anton (2004): Die großen Alterslügen. Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse? Wien: Böhlau.
- Amann, Anton; Kneusel, Madeleine; Wiegele, Britta (1998): Anspruchs- und Effizienzanalyse der Hauskrankenpflege in Niederösterreich. Teil 1 (2. unveränderte Auflage). St. Pölten: NÖ Landesakademie. (Schriftenreihe der NÖ Landesakademie, Serie des Zentrums für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung; Band 10)
- Amann, Anton; Löger, Bernd; Lang, Gert (2001): Pflegequalität der mobilen sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste in NÖ. St. Pölten: NÖ Landesakademie. (Schriftenreihe der NÖ Landesakademie, Serie des Zentrums für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung; Band 22)
- Aries-Kiener, Marianne; Zuppinger-Ritter, Isabella (1999): Burnout. Eine quantitative Längsschnittuntersuchung und eine qualitative Vertiefungsstudie beim Pflegepersonal. Bern: Edition Soziothek. Sozialwissenschaftlicher Fachverlag.
- Badelt, Christoph; Holzmann, Andrea; Matul, Christian (1998): Anspruchs- und Effizienzanalyse der Hauskrankenpflege in Niederösterreich. Teil 2 (2. unveränderte Auflage). St. Pölten: NÖ Landesakademie. (Schriftenreihe der NÖ Landesakademie, Serie des Zentrums für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung; Band 10)
- Bayrischer Landespflegeausschuss (Hg.)(2000): Konzept für die Fort- und Weiterbildung sowie Supervision in der ambulanten Pflege. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.
- Benner, Patricia (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. Bern: Huber.
- BMÖLS: Leitfaden zum Mitarbeitergespräch 2001. Wien: BMÖLS.
- Boes, Charlotte (2003): Der Beitrag von Pflegefachpersonen ambulanter Pflegedienste in häuslichen Pflegesituationen. In: Pflege, 16, S. 349-356.
- Buchan, James; Calman, Lynn. (2004): The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions. Genf: International Council of Nurses.

- Cavanagh, Stephen J. (1997): Pflege nach Orem. Freiburg im Breisgau: Lambertus. (Nursing Models in Action Series)
- Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (Hg.)(2003): Wiener Pflege- und Betreuungskonzept der ambulanten Pflege- und Sozialdienste. Wien.
- Döhner, Hanneli (2002): Care und Case Management für chronisch kranke alte Menschen. Das Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung. In: Trojan, Alf; Döhner, Hanneli: Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Frankfurt/M: Mabuse Verlag. S. 367-383.
- Gehring, Michaela; Kean, Susanne; Hackmann, Mathilde; Büscher, Andreas(2001): Familienbezogene Pflege. Unter Mitarbeit von Sarah Baggaley, Maureen Leahey, Paula McCormack, Wilfried Schnepf, Carol Walford, Dorothy Whyte, Lorraine M. Wright. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber. (Programmbereich Pflege)
- Grundböck, Alice; Krajic, Karl; Stricker, Susanne; Pelikan, Jürgen M. (1998): Ganzheitliche Hauskrankenpflege - ein Modellprojekt des Wiener Roten Kreuzes. In: Pelikan, Jürgen M.; Stacher, Alois; Grundböck, Alice; Krajic, Karl: Virtuelles Krankenhaus zu Hause - Entwicklung und Qualität von Ganzheitlicher Hauskrankenpflege: Theoretische Konzepte, gesundheitspolitischer Kontext und praktische Erfahrungen in Europa. Wien: Facultas Universitätsverlag. S. 91-112.
- Gugerell, Monika (2001): Ein Pflegeteam ist mehr als die Summe der Einzelleistungen. In: Österreichisches Hilfswerk: Hilfe und Pflege daheim. Wien. S. 95-102.
- Gugerell, Monika (2003): Veränderungen in der Pflege. In: Österreichische Pflegezeitschrift, 56, 4, S. 16-19.
- Hasselhorn, Hans-Martin; Tackenberg, Peter; Müller, Bernd H. (2003): Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? In: Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Stockholm: NIWL. S. 115-125.
- Hofmarcher, Maria M.; Riedel, Monika; Röhring, Gerald (2004): Langzeitversorgung in der EU: wenig Chance für "ambulant vor stationär"? Schwerpunktthema: Internationale Reformen in der Langzeitversorgung. In: Health System Watch (Beilage zu: Soziale Sicherheit), 3/2004, S. 1-16.
- Jochum, Christoph (2001): Regionaler Bedarfs- und Entwicklungsplan 2000-2020: Ergänzende Studie zum Bedarfs- und Entwicklungsplan des Landes Vorarlberg für pflegebedürftige Menschen. Bregenz: Land Vorarlberg.
- Köck, Christian M. (2003): Nihil nocere und Irren ist menschlich. In: Wiener klinische Wochenschrift, 115, 12, S. 403-404.
- Krajic, Karl; Grießler, E.; Nowak, Peter; Pelikan, J. M. (1996): integrierte versorgung /4. Verbesserte Nutzung der medizinischen Hauskrankenpflege. Endbericht Grundstudie. Wien: LBIMGS.
- Krajic, Karl; Vyslouzil, Monika; Nowak, Peter (2003): Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. Wien: LBIMGS.
- Krenn, Manfred; Papouschek, Ulrike Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes (Hg.)(2003): Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen. Wien.

- Lehner, Ehrentraud; Stricker, Susanne Wiener Rotes Kreuz (Hg.)(2000): Daheim gesund werden. Weiterführende Betreuung durch ganzheitliche Hauskrankenpflege. Ein Modellprojekt des Forschungsinstitutes des Wiener Roten Kreuzes mit dem Hanuschkrankenhaus. Endbericht über das Projekt.
- Maunz, Sabine; Steyrer, Johannes (2000): "Burnout" und Führungsverhalten in der Krankenpflege. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Österreichische Krankenhauszeitung, 41, 11, S. 41-46.
- Mörgelin, Karin (2000): Family Health Nurse - Die so genannte Familiengesundheitsschwester. In: Pflege Aktuell, 3.
- Musclow, Shirley; Sawhney, Monakshi W.-W. J. (2002): The emerging role of advanced nursing practice in acute pain management throughout Canada. In: Clinical Nursing Specialist, 16, 2, S. 63-67.
- N.N. (2003): Aktion "Sichere Mobile Pflege". In: Heilberufe, 55, 10, S. 44-45.
- National Center for Health Workforce Analyses (2004): Nursing Aides, Home Health Aides, and Related Health Care Occupations --National and Local Workforce Shortages and Associated Data Needs . National Center for Health Workforce Analyses.
- Nemeth, Claudia; Bronneberg, Gertrud; Hlava, Anton; Likarz Susanne ÖBIG (Hg.)(2003): Berichterstattung über die nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Wien: ÖBIG.
- Nowak, Peter; Peinhaupt, Christa et al. Schröder, Werner; Herbek, Susanne; Staudinger, Charlotte (Hg.)(2004): PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (in Wien 14. - 17. Bezirk). Transferbericht. Wien: LBIMGS.
- Peinhaupt, Christa; Nowak, Peter et al. (2004): integrierte versorgung /14. PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (in Wien 14. - 17. Bezirk). Endbericht. Wien: LBIMGS.
- Rappold, Elisabeth (2004): „Cabinets d'infirmières" - Pflegepraxen. In: Österreichische Pflegezeitschrift, 3, S. 36-36.
- Schaffenberger, Eva; Pochobradsky, Elisabeth (2004): Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Wien: ÖBIG.
- Schneider, Ulrike; Trukeschitz, Birgit (2005a): Beschäftigung im österreichischen Nonprofit Sektor . Wien: Wirtschaftsuniversität Wien.
- Schneider, Ulrike; Trukeschitz, Birgit (2005b): Beschäftigung im österreichischen Nonprofit Sektor . Wien: Wirtschaftsuniversität Wien.
- Schrems, Berta Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (Hg.)(2004): Die Pflegevisite als qualitätssichernde Maßnahme in der ambulanten Pflege und Betreuung. Detailkonzept zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Hauskrankenpflege. Wien: Dachverband Wr. Pflege- und Sozialdienste.
- Simon, Michael; Kümmerling, Angelika; Hasselhorn, Hans-Martin; Next-Study Group (2004): Work-Home Conflict in the European Nursing Profession. In: The International Journal of Occupational and Environmental Health, 10, 4, S. 384-391.
- Simsa, Ruth; Schober, Christian; Schober, Doris (2003): Personalmanagement und Arbeitszufriedenheit in Organisationen der Altenpflege und -beratung. Teilbericht des Forschungsprojektes "Beschäftigung im Nonprofit Sektor". Wien: NPO-Institut.

- Sommerbauer, Sieglinde (2003): Das Pflegemodell nach Dorothea Orem. In: Österreichische Pflegezeitschrift, S. 36-39.
- Spicker, Ingrid (2003): Teil II: Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung. Ergebnisse einer qualitativen Studie zu Anforderungen und Belastungen in der mobilen Pflege und Betreuung. In: Österreichische Pflegezeitschrift, 10, S. 28-29.
- Spicker, Ingrid (2004): "Eine einzige Hetzerei ...!" Innenansichten über die Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung. FRK-Studie zeigt Rahmenbedingungen auf. In: Lazarus, 1/2 (Jänner/Februar), S. 22-23.
- Stenographische Protokolle des Nationalrats: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe. Wien.
- Stone, Robyn I. (2001): Frontline Workers in Long-Term Care: A Background Paper. Washington, D.C: Institute for the Future of Aging Services, American Association of Homes and Services for the Aging.
- Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Schmied, Hermann; Stidl, Thomas; Nowak, Peter; Bischof, Barbara; Kendlbacher, Bea; Pelikan, Jürgen M. (2004): Patient/inn/enorientierung in österreichischen Krankenanstalten. Zusammenfassender Projektbericht. Wien: BMGF.
- Universität Innsbruck: Das MitarbeiterInnengespräch. Innsbruck: Universität Innsbruck.
- Vetter, Norman (1995): The Hospital. From the centre of excellence to community support. London: Chapman.
- Welk, Lars (2003): Gefährlich: "Pause" am Steuer. Unfallrisiken im Straßenverkehr für ambulante Dienste. In: Heilberufe, 55, 10, S. 44-45.
- Wild, Monika (2002): Ambulant vor stationär? - Quo vadis? In: Österreichische Pflegezeitschrift, 55, 5, S. 22-26.
- Wolf, Andrea (2003): Rahmenbedingungen belasten die Gesundheit der Beschäftigten. In: Soziale Sicherheit, 57, 01, S. I/forum prävention-IV/forum prävention.
- Wolf, Andrea (2004): Rahmenbedingungen belasten die Gesundheit der Beschäftigten. In: Österreichische Krankenhauszeitung, 45, 1-2, S. 12-15.