



Arbeitsmarktservice
Oberösterreich

PROJEKTBERICHT

Zukunft der Berufe im Altenpflegebereich in OÖ

Projektleitung AMS Oberösterreich:
Geschäftsführung

Projektleitung und -mitarbeit IBE:
Manuela Hiesmair
Karl Niederberger
Sandra Rigler



Institut für Berufs- und
Erwachsenenbildungsforschung
an der Universität Linz

Linz, Oktober 2018

Impressum

Arbeitsmarktservice Oberösterreich

Dienstleistungsunternehmen des öffentlichen Rechts

Europaplatz 9

4020 Linz

Telefon: +43 732 6963-0

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	5
	1.1 Forschungsziele und -fragen.....	5
	1.2 Methoden.....	6
	1.3 Berufsbilder.....	9
2	DEMOGRAFIE	12
	2.1 Lebenserwartung.....	12
	2.2 Altersstruktur.....	13
	2.3 Zwischenfazit.....	19
3	PFLEGEBEDÜRFTIGE	20
	3.1 Entwicklung der Pflegebedürftigen.....	20
	3.2 Pflegedauer.....	23
	3.3 Pflegeintensität.....	28
	3.4 Zwischenfazit.....	29
4	VERSORGUNGSFORMEN	31
	4.1 Häusliche Pflege.....	33
	4.2 Alten- und Pflegeheime (APH).....	34
	4.3 Mobile Dienste.....	38
	4.4 Alternative Wohnformen.....	40
	4.5 Die 24-Stunden-Betreuung.....	41
	4.6 Weitere Versorgungsformen.....	44
	4.7 Zwischenfazit.....	45
5	NACHFRAGE NACH PFLEGEPERSONAL	47
	5.1 Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP).....	48
	5.2 Pflegefachassistenz (PFA).....	48
	5.3 Pflegeassistenz (PA).....	49
	5.4 FSB „A“.....	49
	5.5 DSB „A“.....	50
	5.6 Heimhilfe.....	50
	5.7 FSB „BA“.....	51
	5.8 Zwischenfazit.....	52
6	QUALIFIKATIONEN UND KOMPETENZEN	55
	6.1 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.....	56
	6.2 Sozialbetreuungsberufe.....	60
	6.3 Zwischenfazit.....	61
7	AUSBILDUNGEN	63
	7.1 Bedarfseinschätzung.....	64
	7.2 Zugangsvoraussetzungen.....	69
	7.3 Ausbildungsmodelle.....	74

7.4 Attraktivierung.....	79
7.5 Neue Zielgruppen	82
7.6 Rolle des AMS.....	83
7.7 Zwischenfazit.....	86
8 FAZIT	89
9 VERZEICHNISSE.....	92
9.1 Abkürzungen.....	92
9.2 Tabellen	92
9.3 Abbildungen.....	93
9.4 Literatur	93

1 EINLEITUNG

Der Pflegebereich wird in den nächsten Jahrzehnten vor große Herausforderungen gestellt. Die demografischen Entwicklungen führen zu einem deutlichen Anstieg älterer Personen in der Gesellschaft. Für Politik und Gesellschaft stellen sich die Fragen: Wie soll der zunehmende Betreuungs- und Pflegebedarf abgedeckt werden? Wie können ausreichend Betreuungs- und Pflegekräfte gewonnen werden?

Die Zunahme älterer Menschen wird vor allem durch zwei Faktoren begünstigt: Zum einen aufgrund einer steigenden Lebenserwartung, zum anderen durch die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge, die Ende der 1930er und Anfang der 1940er Jahre geboren sind. Ab etwa Mitte der 2030er Jahre werden die sogenannten „Babyboomer“ der 1960er Jahre in ein Alter kommen, das einen „Pflegeboom“ nach sich ziehen wird. Diese Entwicklung wird in den kommenden Jahren mit einem steigenden Bedarf an Pflege einhergehen. In Abhängigkeit vom gesundheitlichen Zustand und den Rahmenbedingungen der Betroffenen (z.B. finanzielle Ressourcen, Verfügbarkeit der Angehörigen) wird der Bedarf an verschiedenen Versorgungsformen wachsen.

Gleichzeitig führen rechtliche Veränderungen im Gesundheitsbereich zur Höherqualifizierung der Beschäftigten. Damit ergeben sich in der Organisation der Pflege und der Abgrenzung der Tätigkeitsprofile der einzelnen Qualifizierungsstufen Fragestellungen für die Bedarfsdeckung.

Zu klären ist dabei insbesondere, wie sich die steigende Nachfrage quantitativ entwickeln wird und wie die Berufslandschaft im Bereich Pflege und Betreuung älterer Personen im Sinn von künftigen Kompetenzerfordernissen inhaltlich aufgefächert sein wird bzw. sein soll.

In der Folge werden die zentralen Forschungsziele sowie Forschungsfragen skizziert. Zudem wird ein Überblick über das umfangreiche Forschungsdesign gegeben, das der Beantwortung dieser Fragestellungen dienen soll.

1.1 FORSCHUNGSZIELE UND -FRAGEN

Die Zielsetzungen des Projektes wurden auf die folgenden, in der Ausschreibung des Arbeitsmarktservice Oberösterreich formulierten, Interessen ausgerichtet:

- Einschätzung der künftigen Entwicklung von Berufen im Pflegebereich, die als Ausgangsbasis für die Planung von Kursen bzw. Ausbildungsangeboten herangezogen werden kann
- Beschreibung der aktuellen und zukünftigen Situation im Pflegebereich hinsichtlich
 - Versorgungsformen
 - zu pflegende Personen
 - in Pflegeberufen Tätige und deren derzeitige Qualifikation
 - künftig in Pflegeberufen Tätige und deren künftig erforderliche Qualifikation

In Anbetracht der in der Ausschreibung des Arbeitsmarktservice Oberösterreich formulierten Interessen wurden folgende konkrete Forschungsfragen abgeleitet:

- Wie sehen demografische Entwicklungen unter besonderer Berücksichtigung der Altersgruppen ab 65 bzw. ab 85 Jahren aus?
- Wie stellt sich die aktuelle Situation des Pflegebereiches dar?
 - Wie gestaltet sich der Pflegebedarf aktuell?
 - Welche Qualifikationen und Kompetenzen benötigen in Pflegeberufen Tätige aktuell?
- Wie stellt sich die zukünftige Situation des Pflegebereiches dar?
 - Wie sehen Prognosen zur Entwicklung der zu pflegenden Personen aus (in Anbetracht der unterschiedlichen Versorgungsformen)?
 - Welche Qualifikationen/ Kompetenzen benötigen in Pflegeberufen Tätige zukünftig?

Das Forschungsprojekt zielte auf eine möglichst umfassende Beantwortung dieser Fragestellungen ab, für die das im nachfolgenden Abschnitt beschriebene Untersuchungsdesign konzipiert und umgesetzt wurde.

1.2 METHODEN

Das Untersuchungsdesign umfasste insgesamt drei Arbeitspakete. Der Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Forschungsinstrumenten wurde gewählt, um eine optimale Ergebnisdichte zu erreichen und damit Handlungsfelder für den Auftraggeber ableitbar zu machen.

Arbeitspaket 1:

Demografische Entwicklungen und Prognosen zu Pflegebedarf/-personal

Ziel des quantitativen Teils ist die Darstellung der demografischen Entwicklung (aktuell 2018 bis 2025 bzw. 2030) unter besonderer Berücksichtigung der Altersgruppe ab 70 Jahren (aufgrund der Verfügbarkeit von Daten wurde fallweise auf die Altersgruppen ab 65 und ab 85 Jahren eingegangen). Zahlen zu den aktuell und zukünftig pflegebedürftigen Personen nach Versorgungsformen werden ebenfalls dargestellt.

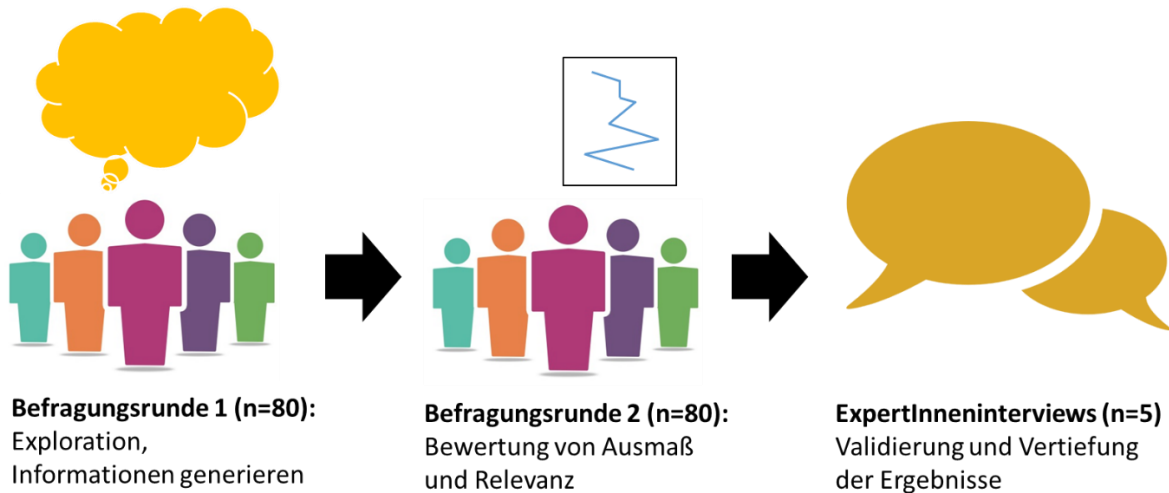
Zur Skizzierung demografischer Entwicklungen dienen Daten zu Bevölkerungsprognosen als Grundlage. Im Arbeitspaket 1 wird der aktuelle sowie zukünftige Pflegebedarf abgeschätzt (z.B. anhand der Daten zum Pflegegeldbezug). Dies erfolgt unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsformen. Ein Hauptaugenmerk wird auf Prognosen gelegt, die zeigen, welches Personal mit welchen Pflegeausbildungen nötig sein wird. Je nach Datenverfügbarkeit wird die 24-Stunden Betreuung als eigene Versorgungsform mitberücksichtigt. Die Prognosen erfolgen differenziert und berücksichtigen auch mögliche Entwicklungsszenarien (z.B. Veränderungen bei den Ausbildungsformen).

Arbeitspaket 2:

Aktuelle und zukünftig erforderliche Kompetenzen und Qualifikationen in der Pflege

Dieses Arbeitspaket zielt auf die Darstellung aktueller und künftiger Qualifikationen und Kompetenzen von in Pflegeberufen tätigen Personen. Methodisch wurde dazu ein Delphi-Verfahren eingesetzt, das drei Erhebungsschritte vorsah (siehe Abbildung 1-1).

Abbildung 1-1: Überblick über die Methoden in Arbeitspaket 2



Befragungsrunde 1 (8. bis 23. Februar 2018): Im ersten Erhebungsschritt wurden 80 ExpertInnen zu verschiedenen Themen befragt. Ein im Namen des AMS OÖ versendetes E-Mail-Einladungsschreiben enthielt den Link zu einem Online-Fragebogen mit offenen Fragen zu folgenden Themenstellungen:

- Veränderungen bei Pflegebedürftigen bis 2030 hinsichtlich Erkrankungen, Ressourcen, Bedarfe
- Auswirkungen des Pflegeregresses auf die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen
- Sozialbetreuungsberufe: Notwendigkeit anderer bzw. zusätzlicher Qualifikationen und Kompetenzen als heute
- Auswirkungen der Neuerungen der GuKG-Novelle 2016 auf die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
- Veränderungen beim Zugang zu Ausbildungen, um mehr Interessierte zu gewinnen
- Entwicklungen bei der Selbstständigen Personenbetreuung („24-Stunden-Betreuung“) bis zum Jahr 2030

Befragungsrunde 2 (9. bis 20. April 2018): In der zweiten Runde wurde demselben ExpertInnen-Kreis auf Basis der Auswertung der 1. Befragungsrunde vertiefende Fragestellungen vorgelegt. Wiederum enthielt ein im Namen des AMS OÖ versendetes Einladungsschreiben den Link zu einem Online-Fragebogen mit hauptsächlich standardisierten Antwortmöglichkeiten zu folgenden Themenstellungen:

- zentrale Entwicklungen bis 2030 (u. a. Veränderungen bei Pflege- und Berufslandschaft)
- Veränderung Personalbedarfe nach Pflegedienstleistungen bis 2030
- Aus-/ Rückbau an Ausbildungsplätzen bis 2030
- Ausbildungszugang und Auswahlverfahren
- wichtiger werdende Qualifikationen und Kompetenzen der in der Pflege und Betreuung Tätigen

Der ExpertInnen-Kreis (n=80) wurde in Absprache mit dem Auftraggeber festgelegt. Aus nachfolgender Tabelle ist sowohl die Zuordnung der an den beiden Befragungsrunden des Delphi teilnehmenden ExpertInnen zu einzelnen Tätigkeitsbereichen ersichtlich. Ebenso wird die Anzahl der eingeladenen und jeweils teilnehmenden ExpertInnen aus den einzelnen Tätigkeitsbereichen und der Rücklauf beider Erhebungswellen ausgewiesen:

Tabelle 1-1: Delphi-Befragung: Eingeladene und TeilnehmerInnen

(hauptsächlich) tätig	eingeladen	teilgenommen	
		Runde 1	Runde 2
im Alten- und Pflegeheim	24	10	11
in Ausbildungsstätten	11	5	6
bei Anbieterorganisationen mobiler Dienste	19	6	8
bei Regionalem Träger Sozialer Hilfe	17	8	12
in der Forschung/ Bedarfsplanung	9	2	5
Sonstiges		1	3
keine Zuordnung angegeben		7	2
Summe	80	39	47
Rücklauf		49%	59%

Anmerkung: In den nachfolgenden Kapiteln werden die ExpertInnen entsprechend der Tätigkeitsbereiche folgendermaßen zitiert: im Alten- und Pflegeheim (zitiert als „ExpertIn APH“), in Ausbildungsstätten („ExpertIn Ausbildung“), bei Anbieterorganisation Mobiler Dienste („ExpertIn Anbieter Mobiler Dienste“), bei einem Regionalem Träger Sozialer Hilfe („ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe“), in der Forschung/ Bedarfsplanung („ExpertIn Forschung/ Bedarfsplanung“), Sonstiges bzw. keine Zuordnung im Delphi angegeben („ExpertIn ohne Zuordnung“); Auslassungen in den direkten Zitaten werden als „(...)“ dargestellt; erläuternde Anmerkungen zu Aussagen in Interviews finden sich eckigen Klammern mit der Ergänzung „Anm.“

In fünf persönlich durchgeführten ExpertInnen-Interviews wurden die Erkenntnisse aus den beiden Befragungsrunden des Delphis vertieft. Die fünf interviewten Personen sind entweder dem Ausbildungsbereich (in Zitaten als ExpertInnen-Interviews 1, 3, 4 bezeichnet) zuzuordnen oder sind Pflegesystem-ExpertInnen (in Zitaten als ExpertInnen-Interview 2, 5 bezeichnet), wobei vier Interviewte beruflich in Oberösterreich tätig. Der Interviewleitfaden wurde auf das Gebiet der Expertise der Interviewten zugeschnitten und umfasste Themenbereiche wie:

- Trends und Veränderungen im Pflegesystem
- Veränderungen im Bereich der Berufs- und Ausbildungslandschaft
- Kompetenzen der im Pflegesystem Tätigen
- Attraktiveren der Ausbildungen und der Berufe
- Ausbildung und Auswahlverfahren
- Handlungsmöglichkeiten des AMS

Arbeitspaket 3: Abgeleitete Ergebnisse – Fazit

Aus den quantitativen Datenanalysen und den Prognosen (Arbeitspaket 1) sowie den validierten Untersuchungsergebnissen aus der Delphi-Befragung (Arbeitspaket 2) werden die Ergebnisse zusammengeführt und hinsichtlich der dritten Forschungsfrage „Wie stellt sich die zukünftige Situation des Pflegebereiches in Oberösterreich dar?“ analysiert. Die künftigen qualifikatorischen Erfordernisse in Pflegeberufen und deren quantitative Bedeutung hinsichtlich der Pflegebedarfe aus den Prognosen wurden aufbereitet.

1.3 BERUFSBILDER

Folgende Pflegeberufe werden im Zuge der vorliegenden Studie behandelt und werden deshalb an dieser Stelle überblicksmäßig behandelt:

Heimhilfe

Die Heimhilfe (HH) unterstützt betreuungsbedürftige Menschen bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie erledigen u.a. hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder Behördenwege, sie geht einkaufen, richtet Mahlzeiten her und fördert soziale Kontakte. Die Ausbildung umfasst mindestens 200 Unterrichtseinheiten Theorie und mindestens 200 Unterrichtseinheiten Praxis (Arbeitsmarktservice Österreich 2016, S. 27). Personen, die sich für die Aufnahme in einer zur Ausbildung ermächtigten Bildungseinrichtung bewerben haben u.a. die Vollendung des 17. Lebensjahres zu erfüllen (§ 53 Oö. Sozialberufegesetz). Laut Alten- und Pflegeheim-Verordnung des Landes OÖ vom 30. Mai 2018 sind Heimhilfen in Alten- und Pflegeheimen in einem Ausmaß von 10% bis 15% der Personaleinheiten vorgesehen.

In den letzten sieben Jahren haben jährlich durchschnittlich 148 Personen die Ausbildung zur Heimhilfe abgeschlossen – Tendenz fallend: 2011: 210 Personen; 2012: 197; ...; 2016: 102; 2017; 101. Die Ausbildung wird vom Land OÖ und vom Berufsförderungsinstitut OÖ (BFI) angeboten.

Fach-Sozialbetreuung „A“

Das Berufsbild der Fach-Sozialbetreuung mit dem Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit (FSB „A“) umfasst die soziale Betreuung älterer Menschen, u.a. die Setzung präventiver, aktivierender, beratender und administrativer Maßnahmen zur täglichen Lebensbewältigung oder die individuelle Begleitung der Sinnfindung und Neuorientierung in der Lebensphase Alter (§ 15 Oö. Sozialberufegesetz). Sie erfüllen pflegerische Aufgaben entsprechend ihrer Qualifikation als PflegeassistentInnen, d.h. sie unterstützen etwa bei der Körperpflege oder beim An- und Ausziehen oder betten alte Menschen um. Die Ausbildung umfasst jeweils mindestens 1200 Stunden Theorie und Praxis, ist modular aufgebaut und beinhaltet die Pflegeassistenten-Ausbildung (Arbeitsmarktservice Österreich 2016, S. 12f). Personen, die sich für die Aufnahme an einer zur Ausbildung ermächtigten Bildungseinrichtung bewerben, haben u.a. die Vollendung des 17. Lebensjahres zu erfüllen (§ 53 Oö. Sozialberufegesetz). Laut Alten- und Pflegeheim-Verordnung des Landes OÖ sind (diplomierte) FSB „A“ gemeinsam mit der (diplomierten) Fachsozialbetreuung „Behindertenarbeit“ in Alten- und Pflegeheimen in einem Ausmaß von 60% bis 70% der Personaleinheiten vorgesehen.

In den letzten sieben Jahren haben jährlich durchschnittlich 488 Personen die Ausbildung zur Fach-SozialbetreuerIn Altenarbeit abgeschlossen – Tendenz fallend: 2011: 545 Personen; 2012: 555; ...; 2016: 469; 2017: 383. Die Ausbildung wird vom Land OÖ, vom Berufsförderungsinstitut OÖ (BFI), von Landeskrankenhäusern (Freistadt, Kirchdorf, Rohrbach), dem Kepler Uniklinikum und Schulen für Sozialbetreuungsberufe der evangelischen Diakonie und der Caritas an insgesamt 24 Standorten in Oberösterreich angeboten.

Diplom-Sozialbetreuung „A“

Im Gegensatz zu Fach-SozialbetreuerInnen Altenarbeit erledigen Diplom-SozialbetreuerInnen Altenarbeit neben unmittelbaren Betreuungsdiensten auch planerische Aufgaben. Die Diplombildung baut auf die Fachausbildung auf und dauert ein weiteres Ausbildungsjahr. Sie umfasst jeweils mindestens 600 Stunden Theorie und Praxis (Arbeitsmarktservice Österreich 2016, S. 12f.). Personen, die sich für die Aufnahme an einer zur Ausbildung ermächtigten Bildungseinrichtung bewerben, haben u.a. die Vollendung des 19. Lebensjahres zu erfüllen. (§ 53 Oö. Sozialberufegesetz)

In den letzten sieben Jahren haben jährlich durchschnittlich 25 Personen diese Ausbildung abgeschlossen.

Pflegeassistent (PA)

PflegeassistentInnen unterstützen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie ÄrztInnen nach Anordnung mit Aufsicht. Der Ausbildungsumfang beträgt 1600 Stunden (Hausreither 2016, S. 14). Die Ausbildungsdauer beträgt mindestens ein Jahr und kann ab einem Mindestalter von 17 Jahren gestartet werden (Land Oberösterreich 2017, S. 16). InteressentInnen an einer Ausbildung zur PflegeassistentIn müssen die Absolvierung einer beruflichen Erstausbildung nachweisen (Arbeitsmarktservice Österreich 2016, S. 33) Die einjährige Pflegeassistenten-Ausbildung bildet die Grundlage für weiterführende Ausbildungen zur Fach-Sozialbetreuung mit Schwerpunkt Altenarbeit sowie den medizinischen Assistenzberufen. Laut Alten- und Pflegeheim-Verordnung des Landes OÖ vom 30. Mai 2018 sind PflegeassistentInnen in Alten- und Pflegeheimen nur vorgesehen, wenn sie in einer berufsbegleitenden Ausbildung zur FSB „A“ stehen.

Ausbildungsstätten sind das Kepler Uniklinikum, die Landeskrankenhäuser in Bad Ischl, Freistadt, Gmunden, Kirchdorf, Rohrbach, Steyr, Vöcklabruck sowie das Krankenhaus St. Josef Braunau. Darüber hinaus kann die Pflegeassistenten-Ausbildung in Kombination mit einer Ausbildung zu FSB „A“ an den meisten FSB „A“-Ausbildungsstandorten absolviert werden.

Pflegefachassistent (PFA)

PflegefachassistentInnen unterstützen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie ÄrztInnen nach Anordnung ohne Aufsicht. Der Ausbildungsumfang beträgt 3.200 Stunden (Hausreither 2016, S. 15). Die Ausbildungsdauer beträgt zwei Jahre (inklusive Pflegeassistenten) – für ausgebildete PflegeassistentInnen und PflegehelferInnen unter Anrechnung der bisherigen Ausbildung und Berufserfahrung dauert die Ausbildung ein Jahr (sinngemäß nach Pflegeassistentenberufe-Ausbildungsverordnung, PA-PFA-AV). Sie kann ab einem Mindestalter von 17 Jahren gestartet werden (Land Oberösterreich 2017, S. 16). Diese Ausbildung wurde neu eingerichtet und startet mit Herbst 2018. Laut Alten- und Pflegeheim-Verordnung des Landes OÖ vom 30. Mai 2018 sind PflegefachassistentInnen gemeinsam mit diplomiertem Pflegepersonal in Alten- und Pflegeheimen in einem Ausmaß von 25% bis 30% der Personaleinheiten vorgesehen, wobei mindestens 15% vom diplomierten Personal abgedeckt werden müssen.

Ausbildungsstätten sind das BFI OÖ, das Kepler Uniklinikum, die Landeskrankenhäuser sowie das Krankenhaus St. Josef Braunau, das Klinikum Wels-Grieskirchen, das Diakonissenkrankenhaus Linz, das Ordensklinikum Linz und das Vinzentinum Ried. Es besteht die Möglichkeit mittels Fachkräftestipendium gefördert zu werden.

Diplomierter Gesundheits- und KrankenpflegerIn (DGKP/ BSc)

In einem dreijährigen Bachelorstudium (Bachelor of Science in Health Studies, BSc), das 4500 Ausbildungsstunden und 180 ECTS beinhaltet, werden Studierende auf die umfassende professionelle Pflege von Menschen vorbereitet. Das Mindestalter für die Aufnahme in den Bachelorstudiengang beträgt 18 Jahre und es wird u.a. eine Matura oder Äquivalente benötigt. (FH Gesundheitsberufe OÖ o.J.) Mit der GUK-Novelle 2016 geht einher, dass die Ausbildung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege als GeneralistIn vorgesehen ist und Spezialisierungen erst im Anschluss an das Bachelorstudium eingeschlagen werden können (Hausreither 2016, S. 16). Auch diese Ausbildung ist neu und wird ab Herbst 2018 angeboten. Es ist geplant, die bisherigen dreijährigen DGKP-Ausbildungen (ohne Bachelor-Abschluss) bis zum 1. Jänner 2024 auslaufen zu lassen. Laut Alten- und Pflegeheim-Verordnung des Landes OÖ vom 30. Mai 2018 ist diplomiertes Pflegepersonal in Alten- und Pflegeheimen in einem Ausmaß von 15% der Personaleinheiten vorgesehen (vormals 20% bis 25%).

In den letzten sieben Jahren haben jährlich durchschnittlich 525 Personen die bisherige Ausbildung zum/ zur DGKP abgeschlossen. Ab Herbst 2018 startet das Bachelorstudium mit 340 Ausbildungsplätzen an der Fachhochschule Gesundheitsberufe OÖ an den Standorten Linz, Ried, Steyr und Vöcklabruck. Das BFI Wels und Linz bietet zudem noch bis Ende 2018 etwa 40 Ausbildungsplätze bereits ausgebildeten PflegeassistentInnen oder FSB „A“ mit mindestens zweijähriger Berufspraxis für eine berufsbegleitende Ausbildung „alt“ zum/ zur DGKP an (ohne Bachelor).

2 DEMOGRAFIE

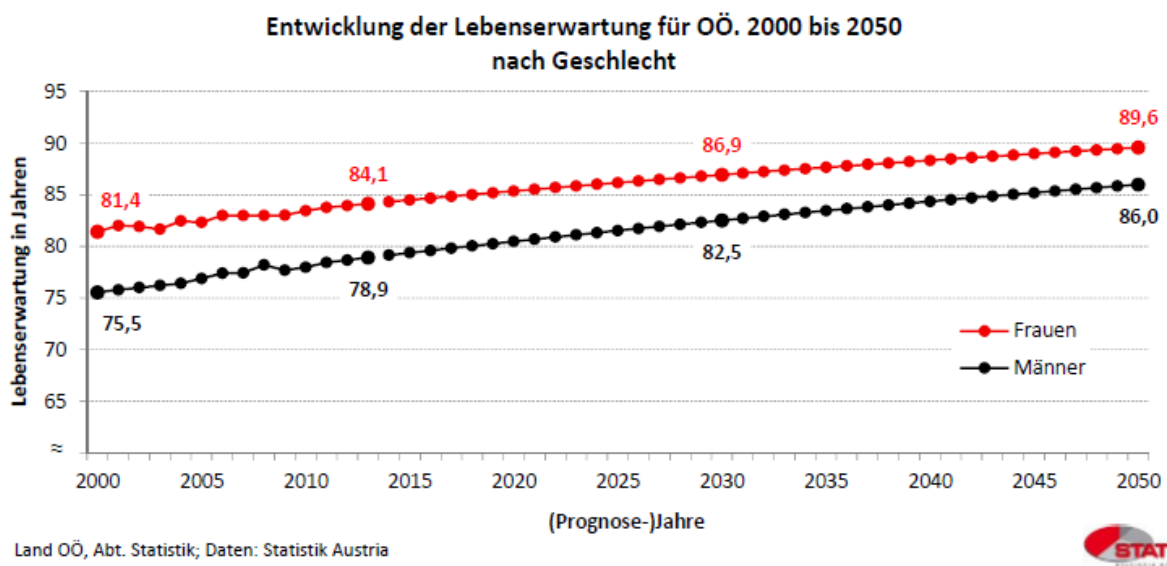
Die Kenntnis über die demografische Entwicklung in einem Sozialraum – in diesem Fall Oberösterreich – ist eine wesentliche Voraussetzung, den zukünftigen Bedarf an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen einschätzen zu können. Das vorliegende Kapitel fasst die Ergebnisse zur neuen Bevölkerungsprognose bis 2030 (zum Teil bis 2040) von Statistik Austria und der Abteilung Statistik des Landes OÖ zusammen. Um die nachfolgenden Ergebnisse einordnen zu können, werden die Prognoseparameter kurz skizziert:

Die Bevölkerungsentwicklung wird im Wesentlichen durch die drei demografischen Indikatoren Fruchtbarkeit (durchschnittliche Kinderzahl pro Frau), Mortalität (Veränderung der Lebenserwartung) und Migration (Zu-, Ab- und Binnenwanderungen) bestimmt. Da für dieses Projekt der Pflegebedarf und Pflegepotenziale im Fokus stehen – also SeniorInnen (65- bis 84-Jährige) und hoch betagte Menschen (85 Jahre und älter) – zeigt sich die Einschätzung der Entwicklung der Mortalität – neben der Pflegedauer und -intensität – als entscheidender Faktor.

2.1 LEBENSERWARTUNG

Die Lebenserwartung wird künftig weiter steigen. Sie stieg in den letzten Jahrzehnten in Oberösterreich stetig und wird es voraussichtlich auch weiter tun. Die Lebenserwartung bei der Geburt liegt 2018 in Oberösterreich bei Frauen bei 84,4 Jahren und bei Männern bei 79,4 Jahren. In den letzten 40 Jahren erhöhte sich die Lebenserwartung alle zehn Jahre um drei Jahre. Man darf daher von einer weiteren Zunahme ausgehen.

Abbildung 2-1: Entwicklung der Lebenserwartung



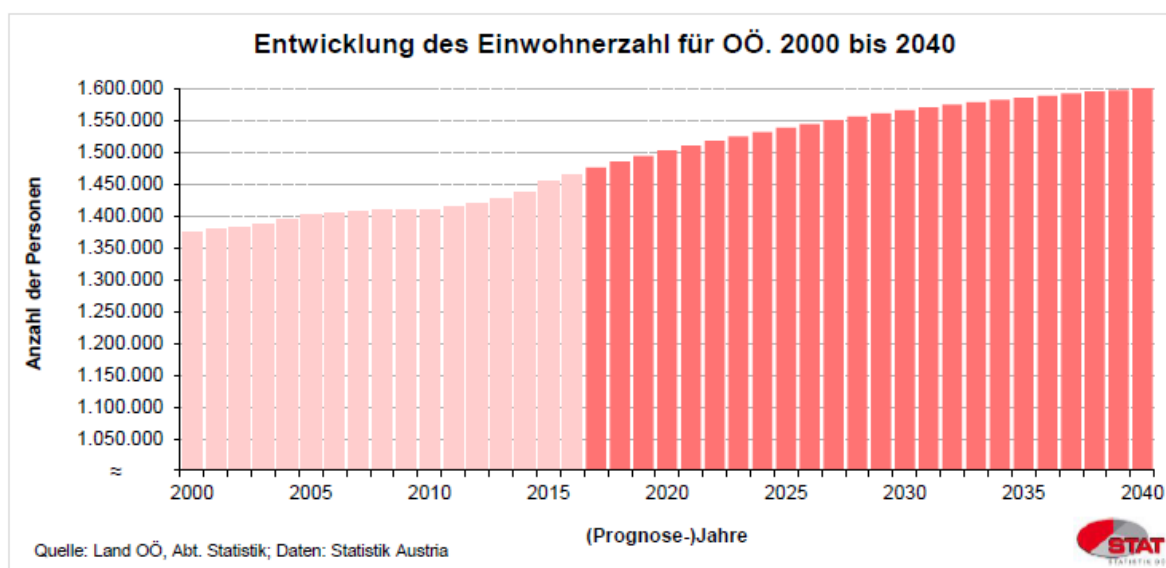
Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik (2015)

Hervorzuheben ist die geringer werdende Differenz zwischen der Lebenserwartung der Frauen und die der Männer. Während diese im Jahr 2000 noch 5,9 Jahre betrug, wird sie im Jahr 2030 lediglich 4,4 Jahre betragen.

2.2 ALTERSSTRUKTUR

Bis etwa 2030 wird Oberösterreichs Bevölkerung aufgrund positiver Geburten- und Wanderungsbilanzen wachsen. Im Jahr 2016 zählte Oberösterreich 1,465 Mio. Einwohner – im Jahr 2030 werden es 1,565 Mio. sein, im Jahr 2040 rund 1,6 Millionen Menschen.

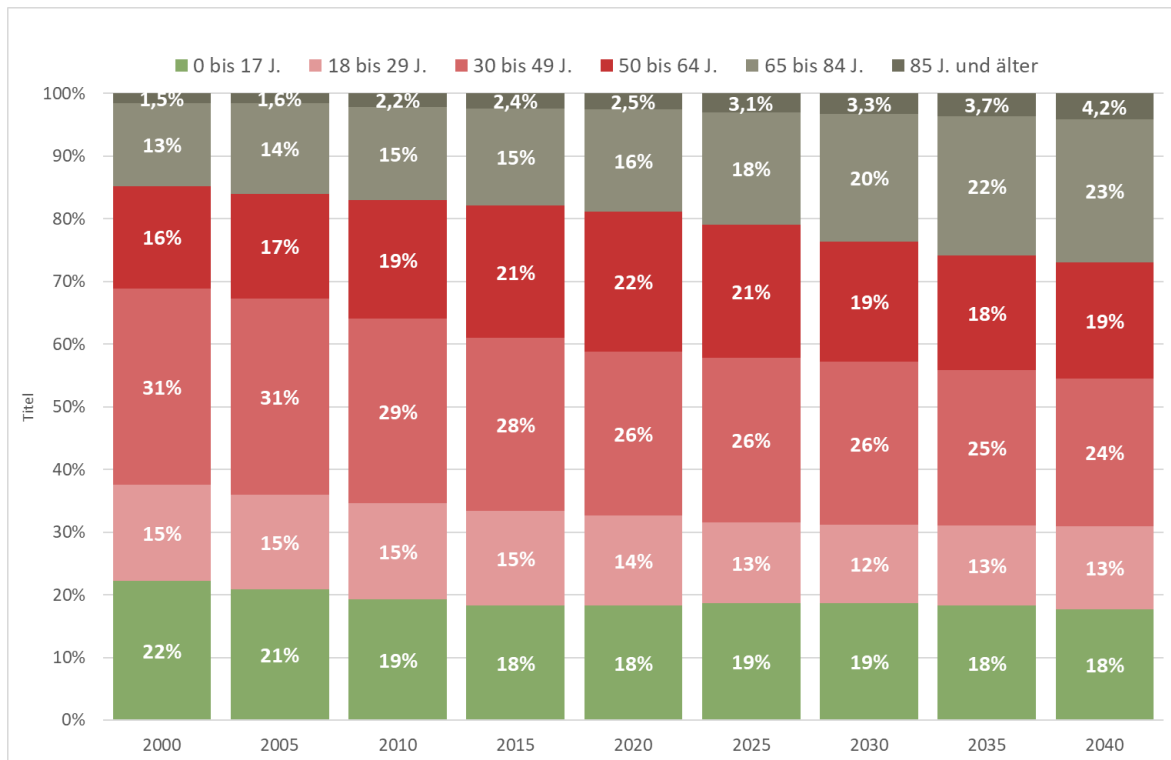
Abbildung 2-2: Entwicklung der EinwohnerInnenzahl



Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik (2018)

Bis 2030 werden beide Komponenten – Geburtenüberschuss und Wanderungsbilanz – für das Bevölkerungswachstum verantwortlich sein. Danach – wenn Sterbefälle die Geburtenzahlen übertreffen – wird das Bevölkerungswachstum ausschließlich auf eine positive Wanderungsbilanz rückzuführen sein.

Während die Einwohnerzahlen steigen werden, wird sich parallel dazu die Altersstruktur verändern. Die Bevölkerung von über 65 Jahren wird stark an Gewicht gewinnen. Eine Zunahme ihres Anteils von 18% auf 24% bis 2030 ist zu erwarten. Dagegen wird sich das Potenzial der erwerbsfähigen Personen von rund 935.000 Personen auf 900.000 reduzieren (-4%) – bedingt durch den beginnenden Übertritt der geburtenstarken Babyboomer-Generation in die Pension.

Abbildung 2-3: Entwicklung der Altersstruktur in OÖ (relativ)

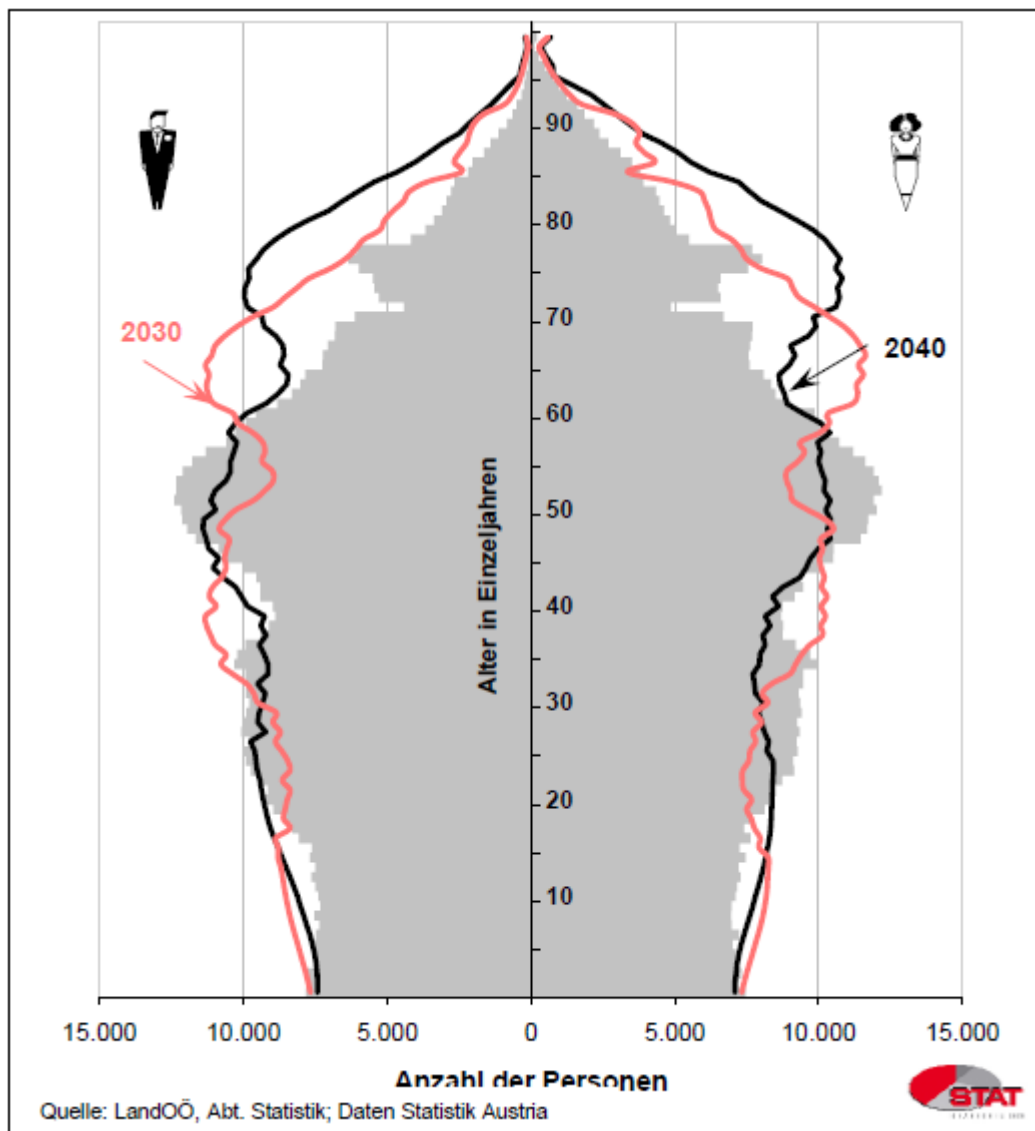
Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik (2018); Darstellung: IBE

Die Bevölkerungspyramide in Abbildung 2-4 sowie das Säulendiagramm in Abbildung 2-3 zeigen, dass sich künftig die Altersstruktur der oberösterreichischen Bevölkerung deutlich hin zu älteren Menschen verschieben wird. Mit dem Aufrücken der geburtenstarken Jahrgänge der zwischen 1955 und 1970 geborenen Generation vom Erwerbsleben in den Ruhestand bis hin in die Altersgruppe der Hochbetagten (85 Jahre und älter) werden auf Oberösterreichs Altenbetreuungs- und -pflegelandschaft spürbare Veränderungen zukommen.

Die Gruppe der SeniorInnen (65- bis 84-Jährige) wird von 2018 bis 2030 von 240.000 auf etwa 320.000 Personen anwachsen – also sich um 33% vergrößern. Noch relevanter für Einschätzungen bezüglich der zukünftigen Altenbetreuungs- und -pflegelandschaft erscheint die Gruppe der 85-Jährigen und älteren Personen („Hoch Betagte“): Die Nachfrage nach allen Arten von Altenbetreuungseinrichtungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens ist stark von der demografischen Entwicklung dieser Bevölkerungsgruppe abhängig. Im Jahr 2018 waren rund 60% dieser Altersgruppe in stationärer Pflege oder nahmen ambulante Pflegedienstleistungen in Anspruch. Die hochbetagten Menschen werden in den nächsten Jahrzehnten die stärksten absoluten und relativen Zuwächse aufweisen. Verantwortlich für diesen starken Zuwachs sind einerseits die starken Geburtenjahrgänge um das Jahr 1940 und um das Jahr 1960 und andererseits die steigende Lebenserwartung.

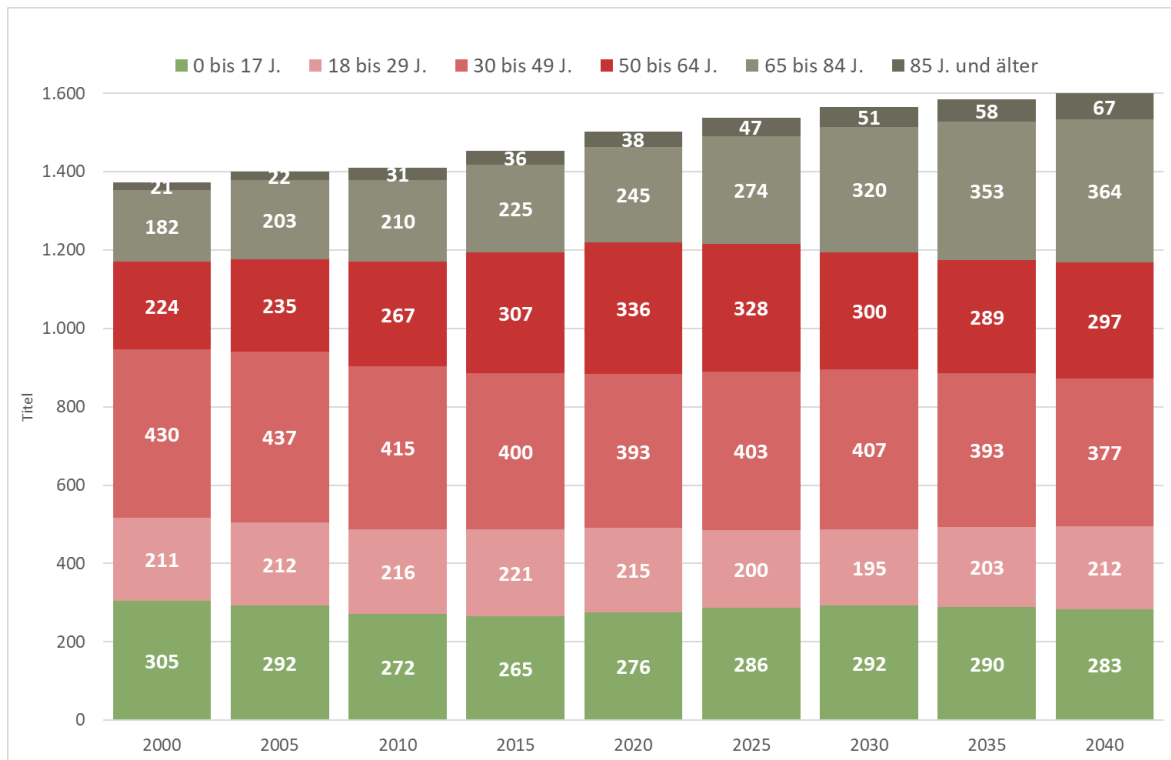
Im Jahr 2018 leben in Oberösterreich rund 38.000 Menschen im Alter von über 85 Jahren. Bis 2030 steigt deren Zahl auf etwa 51.000 (+35%). Im Jahr 2040 ist mit rund 67.000 Personen (+77%) zu rechnen.

Abbildung 2-4: Bevölkerungspyramide 2016, 2030, 2040



Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik (2018)

Das Verhältnis der „Erwerbsfähigen Bevölkerung“ (18 bis 64 Jahre) zu den „Hoch betagten Menschen“ (85+ Jahre) beträgt im Jahr 2018 noch 24:1. 2030 ist bereits mit einem Verhältnis von 17:1 zu rechnen und 13:1 im Jahr 2040.

Abbildung 2-5: Entwicklung der Altersstruktur (absolut)

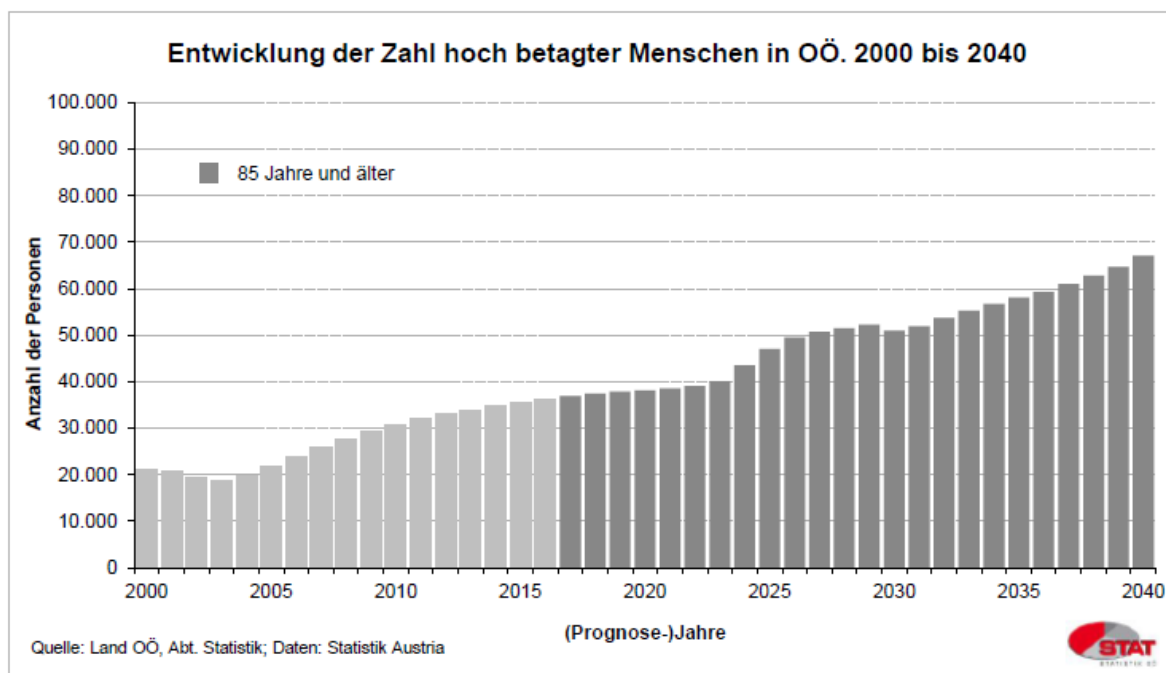
Quellen: Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik (2018); Darstellung: IBE

Abbildung 2-5 zeigt die Entwicklung der Altersstruktur in Oberösterreich in absoluten Zahlen auf Tausend gerundet. In der Folge werden einige arbeitsmarkt- und sozialpolitisch relevante Erklärungen aufgezählt:

- Der seit rund 15 Jahren bemerkbare Lehrlingsschwund scheint auch demografisch erklärbar zu sein, wie anhand der grün hinterlegten Zahlenkette in Abbildung 2-5 erkennbar ist. Nun ist die Talsohle für diese Altersgruppe erreicht und in den nächsten Jahrzehnten stabilisiert sich in Oberösterreich die Zahl der 0- bis 17-Jährigen.
- Die Gruppe der 18- bis 29-Jährigen befindet sich zum Teil in Ausbildung und zum anderen Teil bereits am Arbeitsmarkt. In absoluten Zahlen gemessen, hat diese Gruppe ihren Höhepunkt nun überschritten und wird in den darauffolgenden Jahrzehnten in ihrer Größenordnung leicht absinken.
- Die Gruppe der 30- bis 49-Jährigen – also jene, die ihre Ausbildungen abgeschlossen haben und jene, welche die höchsten Erwerbsquoten aufweisen und damit zu einem wesentlichen Teil das Sozial- und Gesundheitssystem stützen – nimmt in Oberösterreich seit dem Jahr 2005 kontinuierlich ab. Dieser Trend wird sich noch einige Jahre fortsetzen. In etwa ab dem Jahr 2025 zeigt sich dann für etwa 5 Jahre hindurch eine Stabilisierung der Größenordnung dieser leistungsstarken Altersgruppe, um anschließend weiter zu schrumpfen.
- Als eine seit Jahrzehnten stark wachsende Gruppe gelten die 50- bis 64-Jährigen – also jene Altersgruppe, die im zweiten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts in einem überdurchschnittlichen Ausmaß von Arbeitslosigkeit betroffen war und ist. Der Wachstumstrend dieser Alterskohorte wird in Oberösterreich noch bis zum Jahr 2025 zu beobachten sein. Anschließend beginnt ein großer Teil der Babyboom-Generation in den Ruhestand überzutreten und die Alterskohorte wird zu schrumpfen beginnen.

- Die Gruppe der 65- bis 84-Jährigen wird in den demografischen Berichten des Landes Oberösterreich als die „Jungen Alten“ bezeichnet. Sie spielen zwar arbeitsmarktpolitisch kaum eine Rolle, erscheinen jedoch in ihrer Größenordnung relevant als EmpfängerInnen gesundheits- und sozialpolitischer Geld- und Dienstleistungen. Diese Gruppe wächst seit Jahrzehnten stark an und dieser Trend wird sich auch in den nächsten Jahrzehnten bis etwa 2040 fortsetzen.
- Die relativ am stärksten anwachsende Gruppe ist jene der über 85-Jährigen. Mehr als die Hälfte dieser Gruppe nimmt aktuell Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in Anspruch. Ihre Größenordnung bestimmt in hohem Ausmaß den Bedarf an Pflegedienstleistungen. Im Jahr 2010 lebten in Oberösterreich rund 31.000 über 85-Jährige, 2018 sind es etwa 38.000, im Jahr 2030 werden es ca. 51.000 sein. Dieser rasante Anstieg wird einen erhöhten Altenbetreuungs- und -pflegebedarf nach sich ziehen. Diesen auch nachhaltig zu decken wird in Anbetracht des sich beschleunigenden Zuwachses nach dem Jahr 2030 notwendig sein.

Abbildung 2-6: Hoch betagte Menschen (85+)



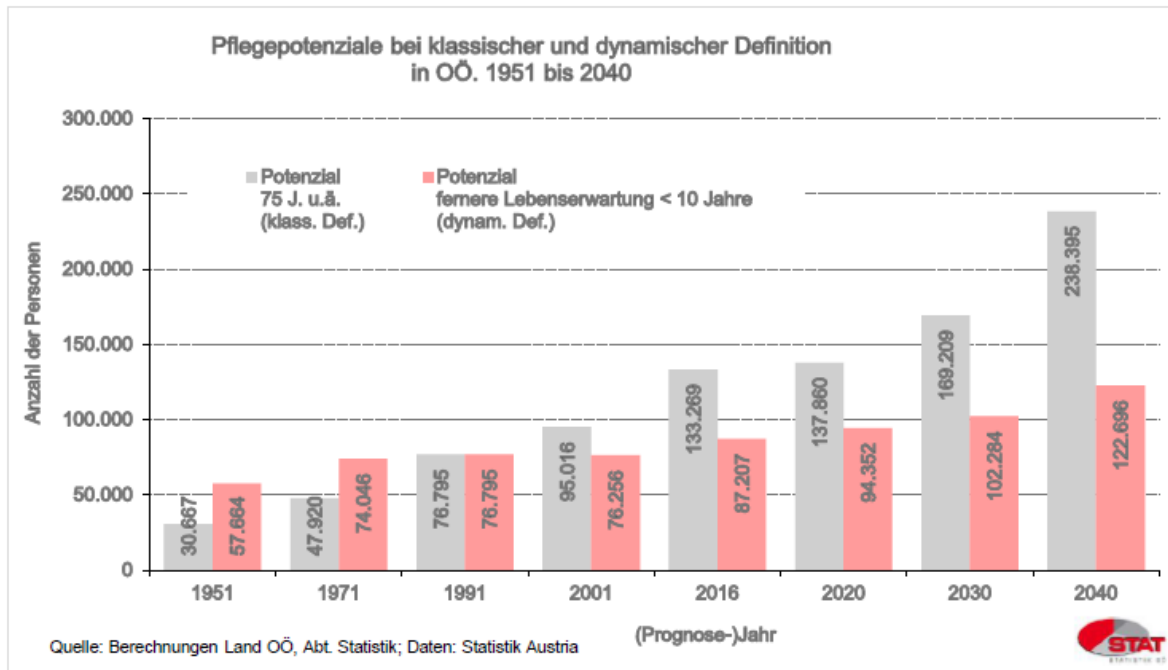
Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik (2018)

Da sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten die durchschnittliche Lebenserwartung erhöhen wird, darf aus dem rasanten Anstieg der Altersgruppe der über 85-Jährigen nicht geschlossen werden, dass im gleichen rasanten Ausmaß der Pflegebedarf ansteigt. Die Abteilung Statistik des Landes OÖ geht davon aus, dass durch die sich stetig erhöhende Lebenserwartung sich auch das durchschnittliche Alter, ab dem Menschen zu pflegen sind, erhöht. (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik (2018), S. 22f)

In der Pflegeplanung wurde und wird für bestimmte Pflegeleistungen als Zielgruppe die Altersgruppe der 75-Jährigen und älteren Menschen definiert. Demnach wächst die „Generation der 75+“ von derzeit (2018) etwa 135.000 bis 2030 auf rund 170.000 Menschen (+26%). Die Abteilung Statistik des Landes Oberösterreich erachtet diese Betrachtungsweise als ge-

rontologisch problematisch, weil sie nicht die Entwicklung der Lebenserwartung mitberücksichtigt: Legt man die Altersgrenze so fest, dass nur jene Menschen zur Altersbevölkerung zählen, deren Lebenserwartung weniger als weitere 10 Jahre beträgt, so erscheine dies für eine Pflegeplanung treffsicherer, so das Land OÖ, Abteilung Statistik. Dieses Szenario unterstellt, dass die erhöhte Lebenserwartung sich auf die „gesunden“ Jahre niederschlägt und jene Jahre, die Pflege- und Betreuungsdienstleistungen erfordern, konstant bleiben. (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik (2018), S. 23)

Abbildung 2-7: Pflegepotenziale



Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik (2018)

Abbildung 2-7 zeigt, dass die Zahl der Menschen mit einer restlichen Lebenserwartung von weniger als 10 Jahren deutlich langsamer wächst als die „Generation 75+“. Während die „Generation 75+“ von etwa 135.000 im Jahr 2018 auf rund 170.000 Menschen (+26%) bis 2030 anwachsen wird, zeigt sich bei der Gruppe mit weniger als 10 Jahren Lebenserwartung ein Anstieg von etwa 90.000 auf 102.000 im gleichen Zeitfenster (+13%). Diese Einschätzungen des Landes OÖ, Abteilung Statistik, werden im Kapitel 3 weiter vertieft, konkretisiert und ergänzt.

2.3 ZWISCHENFAZIT

Die Lebenserwartung wird in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Im Jahr 2030 wird sie bei der Geburt in Oberösterreich bei Frauen bei 86,9 (derzeit 84,4) und bei Männern bei 82,5 (derzeit 79,4) liegen. Oberösterreichs Bevölkerung wird in den nächsten Jahrzehnten moderat wachsen, die Altersstruktur wird sich jedoch deutlich verändern: Durch den beginnenden Übertritt der Babyboom-Generation in die Pension wird das Arbeitskräftepotenzial bis 2030 um etwa 4% sinken. Menschen über 65 Jahren werden in diesem Zeitraum um rund ein Drittel anwachsen. Die relativ am stärksten anwachsende Gruppe wird die der über 85-Jährigen sein (+34%). Es steht außer Zweifel, dass dieser Anstieg einen erhöhten Altenbetreuungs- und -pflegebedarf nach sich ziehen wird.

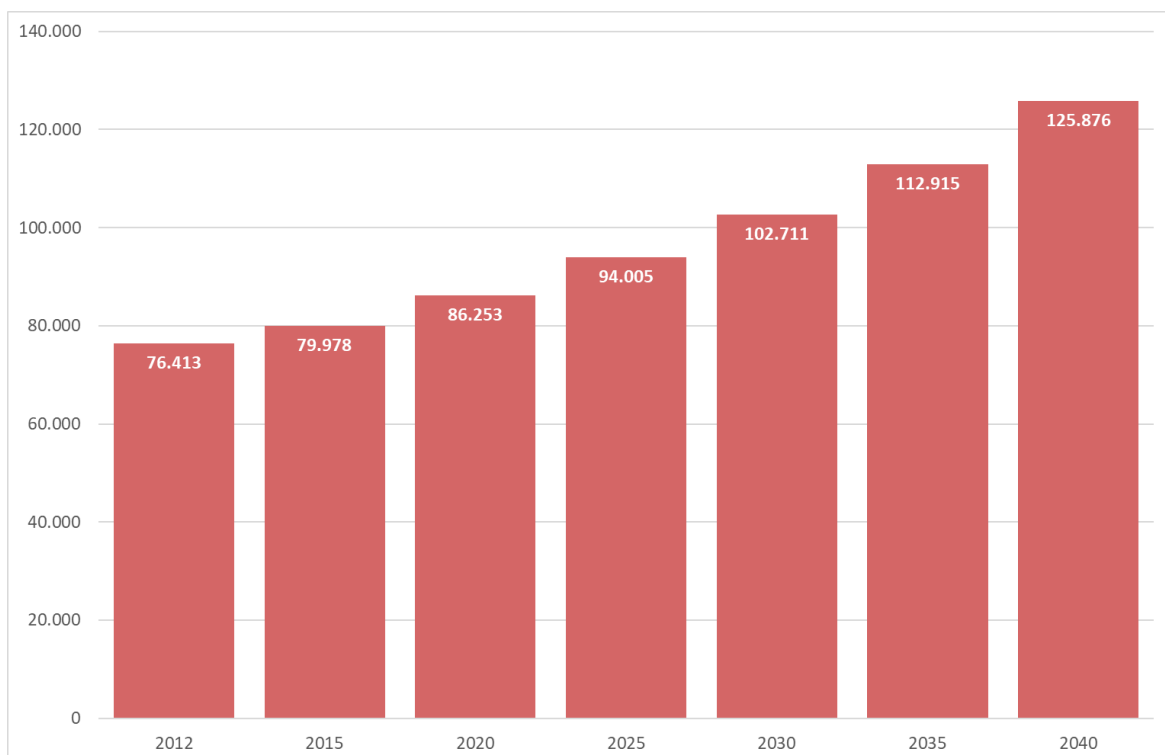
3 PFLEGEBEDÜRFTIGE

Diese Studie fokussiert Pflegepersonalbedarfe sowie Qualifikationen und Kompetenzen, die in unterschiedlichen Versorgungsformen erforderlich werden. Dieser Fokus steht in engem Zusammenhang mit der Entwicklung der Personenzahl, die Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen (werden). Wie sich in den sekundärstatistischen Analysen und den durchgeführten Befragungen mit ExpertInnen zeigt, sind Prognosen zur Anzahl der Pflegebedürftigen mit einigen „Unsicherheiten“ behaftet – auch wenn demografische Prognosen als besonders zuverlässig gelten.

3.1 ENTWICKLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN

Aufgrund der oben skizzierten demografischen Entwicklung in Oberösterreich ist mit einer Zunahme an Personen, die Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen, zu rechnen. Das Land Oberösterreich geht in seinem Ende 2015 veröffentlichten Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) davon aus, dass die Zahl der betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen in Zukunft nicht im selben Ausmaß steigen wird, wie es die demografische Entwicklung vermuten lässt. Begründet wird dies damit, dass durch die steigende durchschnittliche Lebenserwartung auch das durchschnittliche Alter steigt, in dem Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in Anspruch genommen werden. (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2015, S. 8)

Abbildung 3-1: Entwicklung der Pflegebedürftigen in OÖ 2012 bis 2040



Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales (2015), Darstellung: IBE, Jahressummen

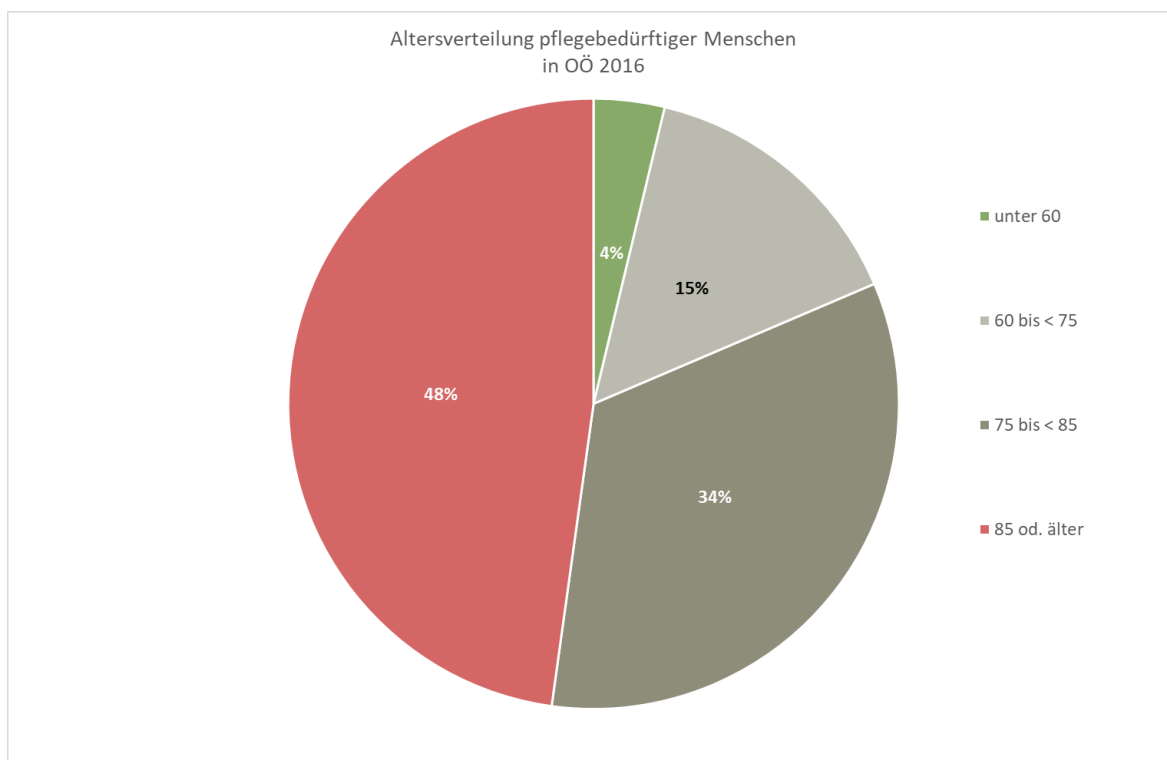
Der Personenkreis der Pflegebedürftigen in Oberösterreich setzt sich definitionsgemäß aus Personen zusammen, die

- Bundespflegegeld¹ beziehen (etwa 70.000)
- kein Pflegegeld beziehen, dennoch Betreuungs- und Pflegedienste in Anspruch nehmen (etwa 14.000).

Es darf davon ausgegangen werden, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen von derzeit (2018) etwa 84.000 bis zum Jahr 2030 auf etwa 102.000 erhöhen wird – also mit einer Zunahme von ca. 21% in den nächsten zwölf Jahren zu rechnen ist. Nach dem Jahr 2030 wird sich dieser Trend dynamisieren, da in den darauffolgenden Jahren die „Babyboomer“ in die Alterskohorte der 70+ kommen werden.

Die Altersverteilung der Pflegebedürftigen ist für PflegegeldbezieherInnen vollständig bekannt, für Personen, die Betreuungs- und Pflegedienste in Anspruch nehmen, aber kein Pflegegeld beziehen, nur bruchstückhaft vorhanden.

Abbildung 3-2: Altersverteilung pflegebedürftiger Menschen



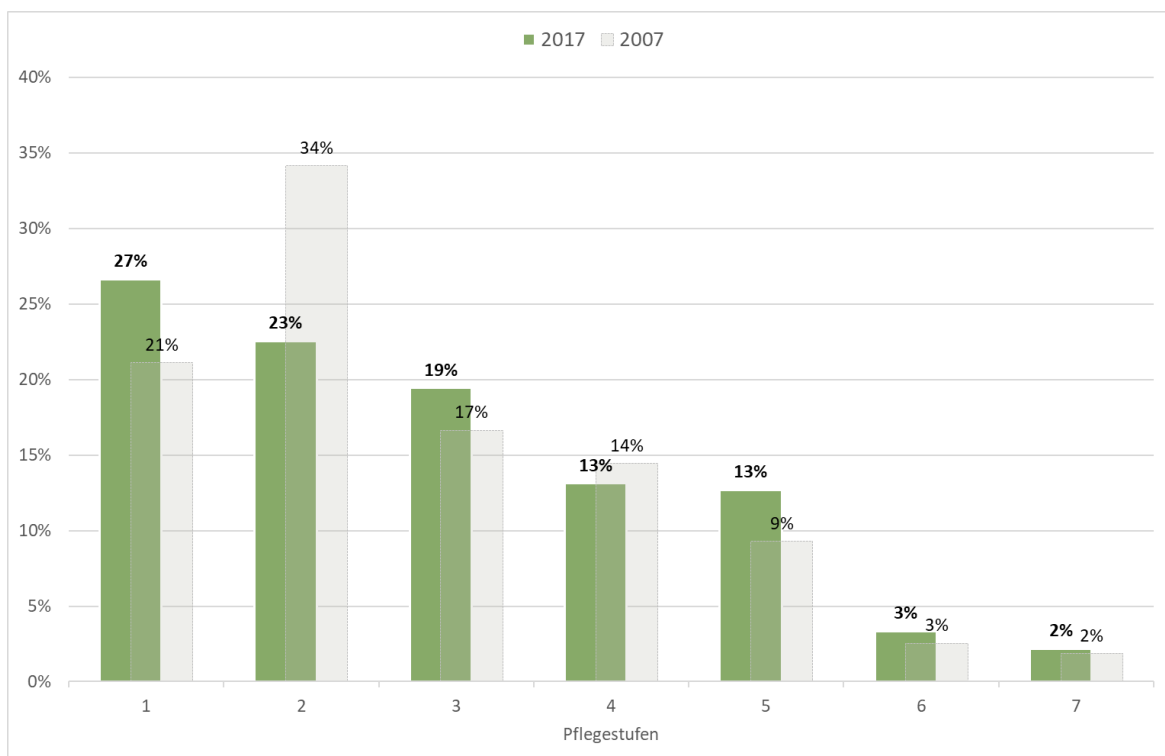
Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2016, S. 159); Darstellung IBE

¹ Auf Grund des Pflegegeldreformgesetzes 2012 wurde die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz von den Bundesländern auf den Bund übertragen. Dies hatte zur Folge, dass das Landespflegegeld ab 1. Jänner 2012 in den Zuständigkeitsbereich der Pensionsversicherungsanstalt bzw. der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter wechselten und unter dem Begriff Bundespflegegeld subsumiert wurde.

Die Geschlechterverteilung pflegebedürftiger Menschen beträgt in etwa 2/3 Frauen zu 1/3 Männer. Mit zunehmendem Alter nimmt der Frauenanteil weiter zu: Bei den über 80-jährigen Pflegebedürftigen zeigt sich ein Verhältnis 3/4 Frauen zu 1/4 Männer.

Die Hälfte aller PflegegeldbezieherInnen sind den Pflegestufen 1 (27%) und 2 (23%) zugeordnet. Lediglich 5% befinden sich in den höchsten Pflegestufen 6 und 7, wie in der Abbildung 3-3 ersichtlich. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass der Anteil der Pflegestufe 2 abnimmt, während v.a. die Pflegestufen 1, 3 und 5 zulegen.

Abbildung 3-3: Pflegestufen in OÖ 2007 vs. 2017



Quelle: Statistik Austria (2018): PflegegeldbezieherInnen 2017: n=69.819; PflegegeldbezieherInnen 2007: n=56.914
Darstellung IBE

Relevant für eine Einschätzung der zukünftigen Entwicklung im Pflegebereich ist nicht nur, ob und wie viele Menschen pflegebedürftig sein werden, sondern auch in welchem Umfang. Denn der Personalbedarf im Pflegebereich hängt nicht nur von der Zunahme älterer Menschen und deren Lebenserwartung ab, sondern auch von der Entwicklung der durchschnittlichen Pflegedauer der betroffenen Personen und deren erforderlichen Pflegeintensität. Bisher wurde in vielen Prognosen davon ausgegangen, dass die Pflegedauer konstant bleibt und die sich erhöhende Lebenserwartung den „gesunden“ Jahren zuzuordnen ist: Verlängert sich in den nächsten Jahren die durchschnittliche Pflegedauer, so liegt für die Pflegepersonalbedarfsplanung neben der demografischen Alterung ein zusätzlicher Gewichtungsfaktor vor, der den Personalbedarf erhöht, und für den umgekehrten Fall, dass sich in Zukunft Pflegedauern verkürzen.

3.2 PFLEGEDAUER

Vergleichende Daten für eine Einschätzung der Entwicklung der altersbezogenen Pflegedauer stehen für Österreich wie auch für Oberösterreich nicht zur Verfügung. Für Deutschland finden sich Studien, in denen die durchschnittliche Pflegedauer im Längsschnitt analysiert wird: Inwieweit sich die Pflegedauer mit zunehmender Lebenserwartung tatsächlich verlängert, oder aber aufgrund z.B. höherer Gebrechlichkeit verringert, kann an dieser Stelle nicht restlos geklärt werden. Sicherheit herrscht darin, dass die Verweildauer in der Pflege bei Frauen deutlich länger als bei Männern ist.

Drei Szenarien

In Anbetracht der sich erhöhenden Lebenserwartung zeigen sich drei Szenarien zur Entwicklung der Pflegedauern:

1. Die gesunden Lebensjahre erhöhen sich äquivalent zur Steigerung der Lebenserwartung – die Pflegedauern bleiben gleich.
2. Die gesunden Lebensjahre erhöhen sich in größerem Ausmaß als die Steigerung der Lebenserwartung – die Pflegedauern sinken.
3. Die gesunden Lebensjahre erhöhen sich in geringerem Ausmaß als die Steigerung der Lebenserwartung – die Pflegedauern erhöhen sich.

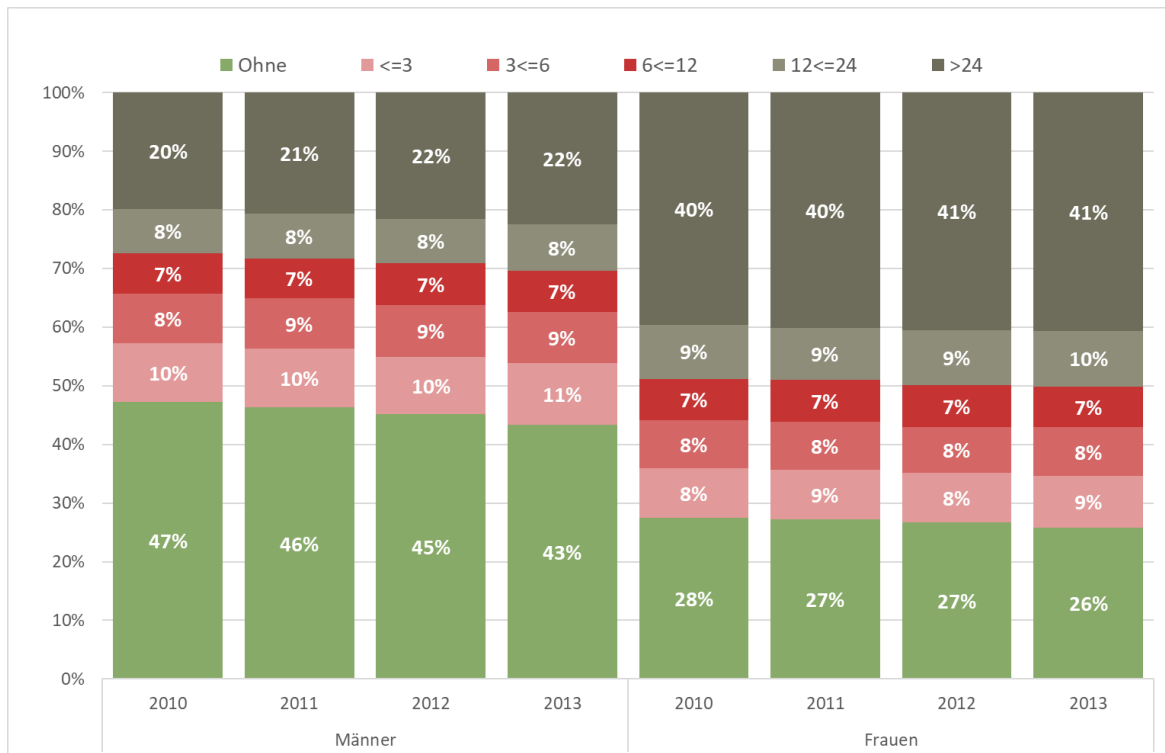
3.2.1 INDIZIEN FÜR DIE ERHÖHUNG DER PFLEGEDAUER

Tendenzen zur Entwicklung der institutionellen Pflegedauer zeigt Abbildung 3-4: Das deutsche Medizin- und Versorgungsforschungsinstitut BARMER GEK (Rothgang et al. 2015) errechnete anhand von Daten des Deutschen Statistischen Bundesamtes die Anteile verstorbener Männer und Frauen nach Pflegemonaten vor Eintritt des Todes:

Befunde aus Deutschland

So zeigt sich zwischen 2010 und 2013 ein steigender Anteil Verstorbener, die vor ihrem Tod pflegebedürftig waren. Lagen diese Raten in Deutschland im Jahr 2010 bei 53% (Männer) bzw. bei 73% (Frauen), sind diese innerhalb von vier Jahren auf 57% bzw. 74% gestiegen. Etwa 22% der Männer und 41% der Frauen waren mehr als zwei Jahre pflegebedürftig – auch hier ist ein Anstieg innerhalb von vier Jahren erkennbar, und zwar um 2,5%-Punkte bei Männern bzw. 1%-Punkt bei Frauen. Zusätzlich zur Erfassung der Pflegedauern bei den Verstorbenen wurden in der erwähnten Studie prospektive Schätzungen mittels Sterbetafelmethode durchgeführt und diese kamen zu ähnlichen Ergebnissen bzw. zu den gleichen Trends.

Die Definition der Pflegebedürftigkeit orientiert sich bei beiden Berechnungsverfahren am Leistungsanspruch gegenüber einer deutschen Pflegekasse. Demnach dauert die durchschnittliche Pflegebedürftigkeit, wenn sie nach dem 60. Lebensjahr eintritt, bei Frauen 4,9 Jahre und bei Männern 3,6 Jahre – insgesamt 4,4 Jahre. Unter Berücksichtigung aller Altersklassen ergeben sich 6,7 Jahre Dauer der Pflegebedürftigkeit. Häusliche Pflege ohne Inanspruchnahme institutioneller Pflegedienstleistungen ist dabei nicht berücksichtigt.

Abbildung 3-4: Pflegedauer in Monaten in Deutschland

Quelle: Rothgang H. et al (2015, S. 141); Anmerkung: Anteile verstorbener Männer und Frauen nach Pflegedauern in Monaten vor Eintritt des Todes in den Jahren 2010 bis 2013; IBE-Darstellung

Die höheren Pflegebedarfe und -dauern von Frauen speisen sich aus drei Faktoren (Unger et al. 2015): Erstens werden Frauen älter als Männer, zweitens ist die altersspezifische Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit für Frauen im höheren Alter höher als die für Männer und drittens übersteigt ihre Pflegedauer die der Männer.

Auch liefert Unger und Kollegen (2015) eine Begründung für diese drei Faktoren, die die höheren institutionellen Pflegewahrscheinlichkeiten, -dauern und -bedarfe von Frauen erklären: Paare unterstützen sich gegenseitig, ohne dass in vielen Fällen eine Pflegestufe bzw. Pflegegeld beantragt wird, obwohl die Voraussetzungen erfüllt wären. Da Männer durchschnittlich früher sterben und in ihren Partnerschaften durchschnittlich älter sind, sind sie deutlich seltener verwitwet. Der Wegfall der partnerschaftlichen Hilfe, der dann zur Beantragung von Pflegeleistungen führt, trifft daher Männer deutlich seltener.

Schneller entwickelnde Lebenserwartung von Männern

Die Hypothese, dass Pflegedauern steigen (vor allem bei Männern), ist begründet in der sich schneller entwickelnden Lebenserwartung von Männern gegenüber Frauen (siehe Abbildung 2-1). Während im Jahr 2000 in Oberösterreich die Lebenserwartung bei Männern noch bei 75,5 Jahren und bei Frauen bei 81,4 Jahren lag (Differenz zwischen Männern und Frauen: 5,9 Jahre), wird sie im Jahr 2030 bei 86,9 bzw. 82,5 Jahren (Differenz: 4,4 Jahre) liegen. Somit werden die von Unger und Kollegen (2015) genannten Erklärungsansätze für die bei Weitem kürzere Pflegedauer von Männern nicht mehr so stark zur Geltung kommen. Unger et al. (2015) begründeten die kurzen Pflegedauern von Männern vor allem damit, dass

sie vielfach in ihren Paarbeziehungen von ihren Partnerinnen gepflegt werden und daher seltener Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen. Dieser Erklärungsansatz verliert jedoch an Bedeutungsstärke, wenn sich die Lebenserwartung der Männer jener der Frauen annähert. Die Dauer der pflegerischen Unterstützung in Paarbeziehungen (vor allem die der Frauen) nimmt also ab, wenn die Differenz der Lebenserwartung sinkt, was dazu führt, dass institutionelle Pflege durchschnittlich länger in Anspruch genommen werden wird.

Zunahme von Einpersonenhaushalten

Als weiteres Indiz für die zukünftige Erhöhung der Pflegedauer kann die von Statistik Austria prognostizierte Zunahme von Einpersonenhaushalten bei den über 65-Jährigen ins Treffen geführt werden (Famira-Mühlberger 2017, S.14): War 2015 in etwa 500.000 Einpersonenhaushalten in Österreich die Haushaltsreferenzperson 65 Jahre oder älter, so wird diese Zahl bis zum Jahr 2030 laut Haushaltsprognose voraussichtlich auf rund 692.000 steigen, was einen Anstieg von 39% bedeutet. Darüber hinaus zeigt sich, dass dieser Anstieg bei Männern stärker sein wird als bei Frauen – ein weiterer Hinweis, dass in Zukunft mit der Reduzierung der partnerschaftlichen Hilfe zu rechnen ist, was eine Verlängerung der institutionellen Pflegedauer nach sich ziehen kann.

Tabelle 3-1: Einpersonenhaushalte von Personen im Alter 65+ in Österreich

Einpersonenhaushalte	insgesamt	Männer	Frauen
2015	499.368	133.112	366.276
2020	546.186	152.421	393.765
2030	692.412	206.421	485.991
Veränderung 2015/ 2030 in %	39%	55%	33%

Quelle: Statistik Austria, Haushaltsprognose 2015; WIFO-Berechnungen

Die Zunahme der Pflegedauer in Deutschland zwischen 2010 und 2013 lässt den Schluss zu, dass eine Pflegepersonalbedarfsplanung ohne Berücksichtigung von Veränderungen bei der Pflegedauer den Bedarf eher unter- als überschätzt. Jedenfalls sei an dieser Stelle den datenerfassenden und planenden Institutionen empfohlen, die durchschnittliche Pflegeverweildauer im Längsschnitt zu beobachten, um zukünftige Pflegebedarfe treffsicherer abschätzen zu können.

Häusliches Pflegepotenzial zunehmend unter Druck

Als weiteren Faktor, der Pflegedauern erhöhen könnte, führt Famira-Mühlberger (2017, S.15) an, dass das häusliche Pflegepotenzial von Frauen zunehmend unter Druck kommen wird: Laut einer Befragung des Kompetenzzentrums Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege waren 2015 73% der Hauptbetreuungspersonen Frauen und 27% Männer. Im Durchschnitt ist etwa die Hälfte der pflegenden Personen im erwerbsfähigen Alter. Diese Personengruppe schrumpft bis 2030 in Oberösterreich um 6% (von 925.000 im Jahr 2018 auf 870.000). Durch die sich erhöhende Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen, durch verbesserte Ausbildungen von Frauen, durch Schrumpfen der Erwerbsbevölkerung sowie sich ändernde Präferenzen und Familienstrukturen ist mit einer Reduzierung des häuslichen Pflegepotenzials von Frauen zu rechnen – und damit mit einer Zunahme der institutionellen Pflege.

3.2.2 INDIZIEN FÜR DIE REDUZIERUNG DER PFLEGEDAUER

Auch andere Faktoren, wie die Entwicklung des Gesundheitszustandes älterer Personen, können eine Rolle für die Entwicklung des Pflegebedarfs bzw. der Pflegeintensität spielen. Daten von Statistik Austria zeigen jedoch auch Trends, die auf eine Reduzierung der Pflegedauern schließen könnten: Zwischen 1978 und 2014 stieg nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die „gesunde“ Lebenserwartung nahm kontinuierlich zu (Famira-Mühlberger 2017, S. 17). Eine EU-SILC-Erhebung von Statistik Austria stellte in den Jahren 2003 bis 2015 an über 65-Jährige die Frage nach Einschränkungen im Alltagsleben durch gesundheitliche Probleme:

Rückgang an Jahren mit funktionalen Beeinträchtigungen

Hier zeigt sich innerhalb von 12 Jahren ein Rückgang an Jahren mit funktionalen Beeinträchtigungen um 4% (Famira-Mühlberger 2017, S. 18), was einem jährlichen Rückgang von 0,4% entspricht. Inwieweit die Zunahme an krankheits- und behinderungsfreien Lebensjahren in Anbetracht der steigenden Lebenserwartung zu einer Konzentration von Krankheiten auf die letzte Phase des Lebens (Kompression der Morbidität) führt und damit zu einer Reduktion von Pflegedauern, bleibt abzuwarten.

Diese Beobachtung aus der EU-SILC-Erhebung (2003 bis 2015) spricht für zukünftige kürzere Pflegephasen. Dieser Rückgang an Jahren mit funktionalen Beeinträchtigungen wirkt entgegen den Indizien für die Zunahme des Pflegebedarfs durch die oben genannten Faktoren, wie die Annäherung der männlichen Lebenserwartung an jene der Frauen sowie die Zunahme von Einpersonenhaushalten im Alter.

Unsicherheitsfaktor Demenz

Die Zunahme von Demenzerkrankungen wurde bereits in den 1990er Jahren erkannt (Österreichischer Demenzbericht 2014, S.19). Im Jahr 2018 leben in Österreich etwa 130.000 Demenzerkrankte und in Oberösterreich rund 20.000. In der Schweiz wird aufgrund mehrerer durchgeführter Studien davon ausgegangen, dass knapp 65% der BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen an Demenz erkrankt sind – der Anteil mit einer ärztlich diagnostizierten Demenz liegt bei 47% (Österreichischer Demenzbericht 2014, S.106). Die durchschnittliche Lebenserwartung von sieben Jahren zum Zeitpunkt der Diagnose Demenz gibt noch keine Auskunft über die durchschnittlich zu erwartende Pflegedauer. Der erweiterte Pflegebedarf bei Demenzerkrankungen ist unbestritten und schlägt sich auch in einem gesetzlich festgelegten Erschweriszuschlag bei der Zuordnung zu höheren Pflegestufen nieder (Österreichischer Demenzbericht 2014, S.152). Inwieweit die zu erwartende Zunahme von Demenzerkrankungen Pflegedauern reduziert oder verlängert, wird zu beobachten sein.

Kompression der Morbidität

In den im Rahmen dieser Studie durchgeführten ExpertInnen-Interviews wird mehrmals auf die These der „Kompression der Morbidität“ verwiesen, wenn es um die Frage nach der Entwicklung des durchschnittlichen Pflegebedarfs geht. Hierbei geht es um die Frage, ob mit Zunahme der Lebenserwartung und dem Gewinn an Lebensjahren – auch z.B. durch Gesundheitsförderung – die Verlagerung der „kranken“ Jahren in einen kürzeren, späteren Lebensabschnitt erreicht werden kann. In einer Aufarbeitung von Studien zum Thema kamen

ForscherInnen der Donau-Universität Krems zu keinem eindeutigen Ergebnis, was wissenschaftliche Evidenz der Gültigkeit der These zur „Kompression der Morbidität“ für Österreich betrifft, auch wenn sie ein Potenzial hierfür erkennen (Strobelberger et al. o. J., S. 1 u. S. 6). Auch in den Interviews wird diese These bei der Fragestellung nach der Entwicklung der durchschnittlichen Pflegedauer aufgegriffen:

- Die durchschnittliche Pflegedauer einzuschätzen wird im ExpertInnen-Interview 1 als schwierig erachtet, wobei auch hier die These der „Kompression der Morbidität“ unterstützt wird. Der Zeitpunkt einer Pflegebedürftigkeit werde sich nach hinten verschieben.
- Auf Basis von Befragungsdaten zum subjektiven Gesundheitszustand und zu funktionalen Beeinträchtigungen ergäbe sich, so die Aussage des ExpertInnen-Interviews 2, eine steigende Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren ohne funktionale Beeinträchtigung. Auf Basis dieser Daten scheine es für Österreich so zu sein, dass die Lebensjahre in Gesundheit steigen. Dennoch sei zu bedenken, dass der Anstieg an dementiellen Erkrankungen dieser Entwicklung entgegenwirke und auch die Pflegedauer wieder zunehmen werde.
- Zur Entwicklung der Pflegedauer „(...) kenne ich unterschiedlichste Aussagen. Also die einen machen Horrorszenarien, was uns da alles erwarten wird (...). Auf der anderen Seite sehe ich schon Chancen, dass ich sag‘, wir werden im Alltag schon viel bewusster auf manche Sachen hingewiesen, auch in der Gesundheitsprävention.“ (ExpertInnen-Interview 3) Bis 2030 werde es zu einem Ansteigen kommen (Grund: Multimorbidität), danach möglicherweise zu einer Verkürzung.
- Bis 2030 werde der Eintritt der Pflegebedürftigkeit später beginnen aber in den letzten Jahren entsprechend hoch sein. Allerdings werden ab Mitte des Jahrhunderts Wohlstandserkrankungen die Pflegedauer tendenziell wieder verlängern (ExpertInnen-Interview 4).
- „Wir sagen schon, jetzt auch von der Seite der Statistik her, dass diese Kompressionstheorie schon zum Greifen kommt. (...) Durch die Medizin ist sehr viel möglich, aber ich habe dann die Pflegefälle. Und die andere Seite ist, [dass] durch die positive Änderung des Lebensstils sich die Pflege ganz am Ende der Lebenszeit verlagert. Und die Kompressionstheorie rutscht das sogar noch ein bisschen zusammen. Je höher die Bildung ist – und der Trend ist ja in der Bevölkerung, dass es zu höherer Bildung kommt – dass sich das auch auf den Lebensstil auswirkt.“ (ExpertInnen-Interview 5)

3.2.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN ZUR ENTWICKLUNG DER PFLEGEDAUER

Es zeigen sich also demografische, gesellschaftliche und gesundheitliche Entwicklungen, die die zukünftigen Pflegedauern beeinflussen werden. Zusammengefasst führen folgende Trends zur Veränderung von Pflegedauern (in Klammer sind Trends mit „+“ gekennzeichnet, wenn diese Trends Pflegedauern verlängern und umgekehrt mit „-“, wenn sie diese verkürzen):

- Reduzierung der geschlechtsspezifischen Lebenserwartungsdifferenz (+)
- Zunahme der Einpersonenhaushalte, vor allem bei über 65-jährigen Männern (+)
- Reduzierung des häuslichen Pflegepotenzials von Frauen (+)
- Zunahme an Demenzerkrankungen (+/-)
- Kompression der Morbidität in den letzten Lebensjahren (-)
- Rückgang an Jahren mit funktionalen Beeinträchtigungen (-)

Neben der altersbedingten demografischen Erhöhung des Pflegebedarfs bis 2030 um 21% ist die Veränderung der Pflegedauern ein zu berücksichtigender Einflussfaktor, der zukünftige Pflegebedarfe und deren Planung in nicht unerheblichem Maße beeinflussen kann. In der Pflegebedarfsplanung davon auszugehen, dass sich Pflegedauern in Zukunft verkürzen werden oder stabil bleiben, kann nicht gesichert angenommen werden. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die Anzahl der Pflegebedürftigen in Oberösterreich – ausgehend vom Jahr 2018 – bis 2025 um etwa 12% und bis 2030 voraussichtlich um 21% erhöhen wird, jedoch diese Werte als Multiplikatoren für zukünftige Pflegebedarfe aus oben genannten Gründen als Untergrenze eines Schätzintervalls angenommen werden sollte.

3.3 PFLEGEINTENSITÄT

In der Delphi-Befragung sowie den ExpertInnen-Interviews finden sich Indizien, die auf eine eventuelle Veränderung der Pflegeintensität in den nächsten Jahren hinweist.

Multimorbidität

Hinsichtlich des gesundheitlichen Zustands der zu Pflegenden melden die am Delphi beteiligten ExpertInnen in der ersten Runde zurück, dass bei den zu Pflegenden Multimorbidität chronische Erkrankungen zunehmen werden. Dadurch entstehen komplexe Pflegeanforderungen. Diese Einschätzung wird in einem ExpertInnen-Interview noch einmal aufgegriffen: *„Was ich aber schon glaube, aufgrund der Langlebigkeit, weil wir ja immer älter werden, (...), d.h. dass ich mich noch viel mehr mit differenzierteren Krankheiten auseinandersetzen muss, die wir vielleicht heute noch gar nicht wissen. Weil einfach das hohe Alter die Multimorbidität viel mehr (...) präsentiert.“* (ExpertInnen-Interview 3)

Psychische Erkrankungen und Beeinträchtigungen

Ebenso wird die Zunahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen (z.B. Depression, Persönlichkeitsstörungen) thematisiert, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen werden. Auch (jüngere) Menschen mit Beeinträchtigungen werden aus der Sicht von ExpertInnen häufiger unter den Pflegebedürftigen zu finden sein. *„Zusätzlicher Bedarf an mobiler sowie stationärer Betreuung und Pflege entsteht auch für jüngere behinderte Personen mit Problemen auf Grund von Schädelhirntraumen und Suchterkrankungen. (Medikamenten- der Alkoholmissbrauch)“* (ExpertIn ohne Zuordnung 5) Oder an anderer Stelle: *„Zunehmende Demenzerkrankungen und psychiatrische Krankheitsbilder werden die zukünftigen Bewohnergruppen in den Langzeitpflegeeinrichtungen werden (ca. 80%-90%).“* (ExpertIn APH 3)

Demenz

Demenz wird sowohl in der Delphi-Erhebung als auch bei den ExpertInnen-Interviews als eine, wenn nicht sogar die größte, Herausforderung gesehen, wenn es um die Beschreibung der Zielgruppe der zukünftig zu Pflegenden geht: *„Und ich glaube, bei 85 Jahren hat man Prävalenzraten von 25%. Und wenn die Bevölkerung dann sehr alt wird, dann habe ich eine höhere Wahrscheinlichkeit. Dann habe ich mehr Menschen mit Demenz.“* (ExpertInnen-Interview 5)

Höhere Qualitätsanforderungen der Pflegebedürftigen

Mehrmals wird im Delphi erwähnt, dass sich die Qualitätsanforderungen an die Pflege bis 2030 verändert haben werden, wie ein beispielhaftes Zitat verdeutlicht: „*Es wird mehr selbstbestimmte BewohnerInnen in den Altenheimen geben. Viele BewohnerInnen werden verlangen, täglich geduscht zu werden, weil sie das so gewohnt sind. Es wird eine neue Generation ins Heim kommen, die erheblich fordernder sein wird und nicht alles als gegeben akzeptiert.*“ (ExpertIn ohne Zuordnung 4) Ein Anspruch dieser Personen sei auch, sozial weiterhin integriert zu sein und eine Aufgabe zu haben (ExpertIn APH 1). Doch nicht nur die Ansprüche der älteren Menschen, sondern auch jene der Angehörigen würden zunehmen (ExpertInnen-Interview 3). Zum anderen wird auch das Thema Altersarmut angesprochen (ExpertInnen-Interview 2), was wiederum die Frage der Finanzierbarkeit qualitativ hochwertiger Pflege- und Betreuungsdienstleistungen aufwirft.

3.4 ZWISCHENFAZIT

Aus Demografie, aus bisherigen Forschungsbefunden und aus den Interviews mit den ExpertInnen zeigen sich drei Faktoren, die den zukünftigen Pflegebedarf beeinflussen:

Anzahl der Pflegebedürftigen

Der demografische Alterungsprozess durch die sich erhöhende Lebenserwartung und durch geburtenstarke Jahrgänge wird zu einer steigenden Zahl an Pflegebedürftigen führen. Aus demografischer Sicht darf für Oberösterreich mit einer Zunahme von 12% bis 2025 und von 21% (von derzeit 84.000 auf etwa 102.000 Menschen) bis 2030 zu rechnen sein. Ab Mitte der 2030er Jahre ist aufgrund der in die Jahre gekommenen „Babyboomer“ von einer deutlichen Dynamisierung dieses Trends auszugehen.

Tabelle 3-2: Kennzahlen Demografie und Pflegebedürftige in OÖ

oö	2018	2030	absolute Veränderung	relative Veränderung
EinwohnerInnen in Tsd.	1.475	1.565	90	6%
Erwerbsfähige Personen in Tausend	935	900	-35	-4%
Nichterwerbs-Personen in Tsd.	540	665	125	23%
Über 65-Jährige in Tsd.	275	370	95	35%
Über 85-Jährige in Tsd.	38	51	13	34%
Weniger als 10 Jahre Lebenserwartung in Tsd.	90	102	12	13%
Lebenserwartung Frauen in Jahren	84,4	86,9	2,5	3,0%
Lebenserwartung Männer in Jahren	79,4	82,5	3,1	3,9%
Pflegebedürftige lt. Land OÖ in Tsd.	84	102	18	21%

Quelle: Land OÖ (2015/ 2018), IBE-Darstellung.

Pflegedauer

Gesellschaftliche Veränderungen, wie die sich erhöhende Erwerbsbeteiligung der Frauen und die steigende Zahl der Einpersonenhaushalte, werden zur Reduzierung des häuslichen Pflegepotenzials und damit zur erhöhten Nachfrage nach institutionellen Pflegedienstleistungen führen. Auch die sich schneller entwickelnde Lebenserwartung der Männer fördert diesen Prozess. Diese Tendenzen sprechen für längere Pflegedauern als bisher. Gesundheitliche Veränderungen, wie der festgestellte Rückgang an Jahren mit funktionalen Beeinträchtigungen und die Kompression der Morbidität, können jedoch diesem Trend entgegenwirken. Uneinig zeigen sich die ExpertInnen in der Frage, ob die zu erwartende Zunahme von Demenzerkrankten Pflegedauern erhöhen oder reduzieren werden. Klar ist, dass Pflegedauern und -intensitäten strukturierter beobachtet und näher beforscht werden müssen, um Pflegebedarfe treffsicherer prognostizieren zu können.

Pflegeintensität

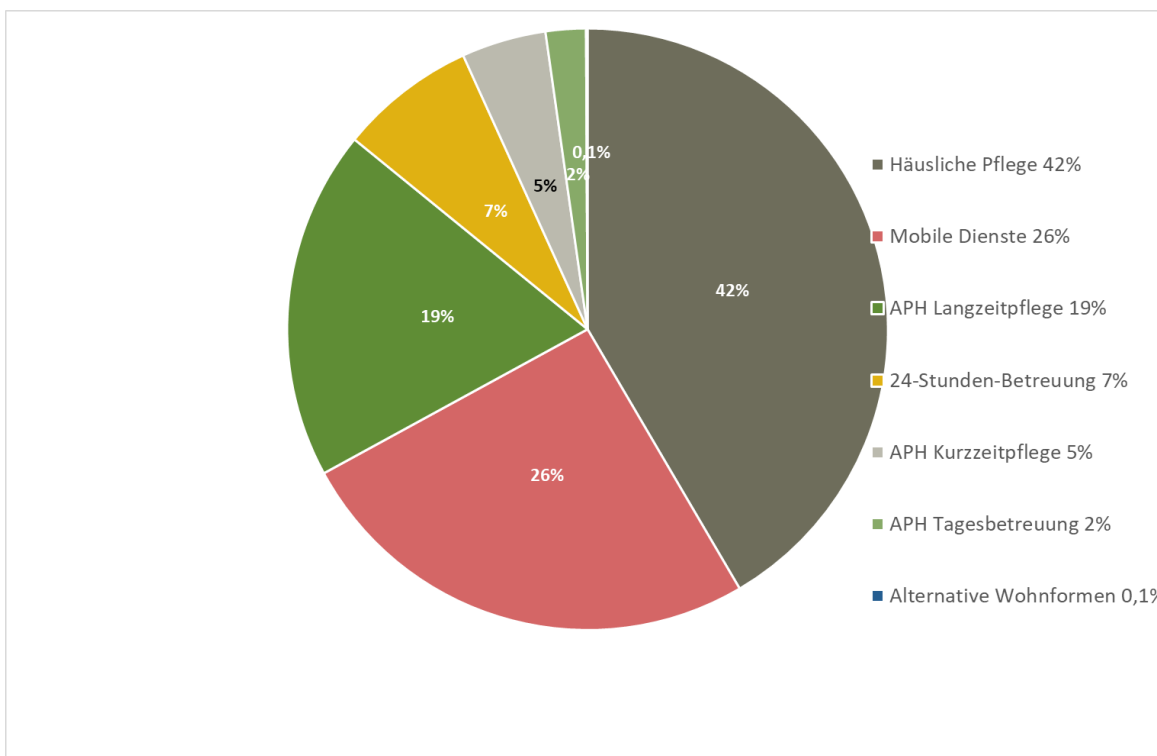
Ein Teil der ExpertInnen ist der Meinung, dass neue Zivilisationserkrankungen, Multimorbidität, chronische und psychiatrische Erkrankungen, Demenz und höhere Qualitätsanforderungen zunehmen werden. Daraus kann abgeleitet werden, dass sich die Pflegeintensität bzw. Betreuungsschlüssel in Zukunft verändern können.

4 VERSORGUNGSFORMEN

Der größte Teil pflegebedürftiger Menschen in Oberösterreich wird gepflegt und betreut

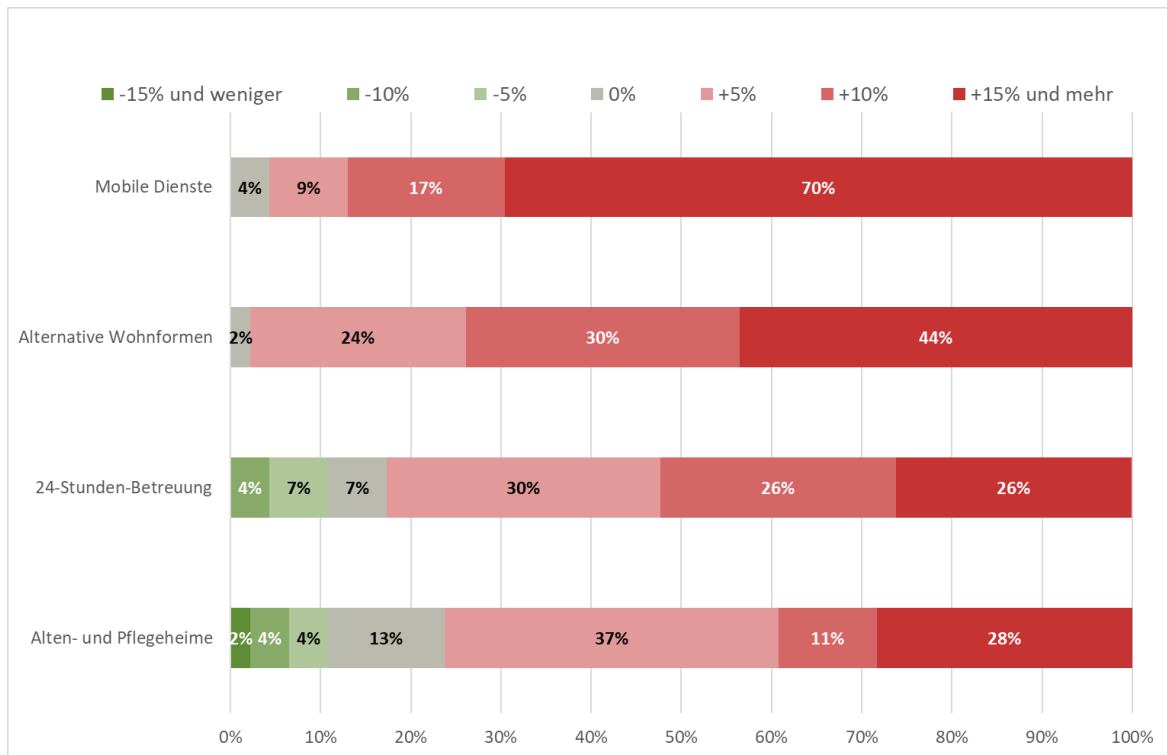
- in häuslicher Pflege
- durch Mobile Dienste (MD)
- in Alten- und Pflegeheimen (APHs)
- durch 24-Stunden-Betreueung.

Abbildung 4-1: Versorgungsformen der Pflegebedürftigen in OÖ 2018



Anmerkung: IBE-Eigenberechnung und -einschätzung, ausgehend von 84.000 Pflegebedürftigen im Jahr 2017 auf Basis von Daten des Landes OÖ, Abteilung Statistik und Abteilung Soziales zu Pflegebedürftigen. Grundlage dieser Berechnung ist die Anzahl der versorgten Personen in den institutionellen Versorgungsformen (n=49.099). Die Restgröße zu allen Pflegebedürftigen in OÖ (n=84.000) wurde der häuslichen Pflege zugeordnet.

Nahezu alle ExpertInnen sind sich einig, dass bis 2030 mehr Personal notwendig sein wird. Ganz besonders deutlich wird dies bei der Einschätzung der 46 ExpertInnen in der 2. Delphi-Befragungsrunde. Dabei wurde die Frage gestellt, um wie viel weniger oder mehr Personal wird in den vier Versorgungsformen „Mobile Dienste“, „Alternative Wohnformen“, „24-Stunden-Betreueung“ und „Alten- und Pflegeheime“ (APHs) notwendig sein: 44 der 46 ExpertInnen (96%) meinen, dass „Mobile Dienste“ mehr Personal benötigen werden – 70% geben an, dass eine Erhöhung des Personals um mehr als 15% notwendig sein wird. Ähnlich hohe erforderliche Zuwachsraten erwarten die ExpertInnen auch bei den „Alternativen Wohnformen“ – 45 von 46 ExpertInnen (98%) rechnen damit, dass mehr Personal notwendig sein wird. Hohe Übereinstimmung findet sich auch bei der Einschätzung des Personalbedarfs für 24-Stunden-Betreueung und APHs bis 2030. 82% bzw. 76% meinen, dass in diesen beiden Versorgungsformen mehr Personal notwendig sein wird.

Abbildung 4-2: Personalnotwendigkeit bis 2030 nach Versorgungsformen

Anmerkung: Um wie viel weniger oder mehr Personal wird bis 2030 notwendig sein? Einschätzungen der ExpertInnen
Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=46 ExpertInnen

Das Sozialressort des Landes OÖ veröffentlichte seinen Endbericht „Projekt Sozialressort 2021+“ am 12. März 2018. Darin werden die Pläne und/ oder Einschätzungen der oberösterreichischen Landesregierung unter anderem zu

- Langzeitpflege in Alten- und Pflegeheimen (APHs)
- Kurzzeitpflege in APHs
- Mobilen Diensten
- 24-Stunden-Betreuung
- Tagesbetreuung
- Alternative Wohnformen

dargelegt. Die in der Folge dargelegten Ableitungen berücksichtigen die in dem Endbericht „Projekt Sozialressort 2021+“ beschriebenen Pläne.

4.1 HÄUSLICHE PFLEGE

Über das Ausmaß der häuslichen Pflege in Österreich und Oberösterreich zeigen sich je nach Quelle unterschiedliche Größenordnungen. Die Einschätzungen über das Ausmaß der häuslichen Pflege reichen von 40% bis 70% - je nachdem, ob als Berechnungsbasis Pflegedienstleistungen, Pflegepersonal oder Pflegebedürftige herangezogen werden. Manche Menschen müssen mehrere Versorgungsformen in Anspruch nehmen (z.B. häusliche Pflege abends/ nachts und Tagesbetreuung im APH). Jedenfalls ist die häusliche Pflege eine wesentliche Stütze im Pflege- und Betreuungssystem. Sie scheint jene Versorgungsform zu sein, welche die meisten Pflegebedürftigen versorgt. IBE-Einschätzungen gehen davon aus, dass derzeit (2018) mindestens 42% der Pflegebedürftigen ausschließlich zu Hause gepflegt werden.² Zählt man jene, die neben der häuslichen Pflege zusätzlich institutionelle Versorgungsformen in Anspruch nehmen, zur häuslichen Pflege, so kann diese Versorgungsform Werte von bis zu 70% aller betreuten Personen annehmen.

Angehörigenpflege wird zurückgehen

Wie in Kapitel 3.2.1 ausgeführt, sehen auch die ExpertInnen der ersten Delphi-Befragung, dass für die Pflege und Betreuung älterer Menschen in Zukunft die Familie als Ressource seltener zur Verfügung stehen wird.

- Generell verfügen nicht alle zu Pflegenden über ein soziales Umfeld, das Pflege und Betreuung leisten kann.
- Viele Pflegebedürftige werden alleine leben, d.h. die Anzahl der Einpersonenhaushalte, die Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, wird steigen.
- „Das Töchterpflegepotential wird schrumpfen - Berufstätigkeit und Anheben des Pensionsalters der Frauen.“ (ExpertIn ohne Zuordnung 5)
- Es gibt eine veränderte Bereitschaft zu pflegen.
- Ebenso können Angehörige mit fortgeschrittenem Alter die Betreuung nicht übernehmen.

Allerdings zeigen sich auch Wortmeldungen, die den Rückgang der Angehörigenpflege moderat einschätzen. Der Anteil von Pflegeleistungen, der von Familienangehörigen erbracht wird, würde pro Jahr um 0,2 Prozentpunkte zurückgehen (ExpertInnen-Interview 2).

Potenziale für Nachbarschaftshilfe könne man durch neue Formen des Case- und Care-Managements erschließen: „(...) ich würde es wünschenswert finden, wenn man das stärker auf eine lokale Ebene runterbricht. Dass man in Gemeinden sowas wie ein Case- und Care-Management macht, auf sehr lokaler Ebene, wo man dann auch schauen kann, ok, in diesen drei Straßenzügen hat man diese und diese Bedürfnisse, oder diese und diese Fälle und wie kann man das effektiv gestalten, sodass all diese Fälle mit ihren Bedürfnissen optimal unterstützt sind. (...) Also da mehr Community-Work. Und wo man vielleicht eben auch, also das schwebt mir irgendwie so vor, warum man nicht dazu übergeht und da vielleicht die Zivilgesellschaft ein bisschen mehr einbringt. Und dass man sagt, ok, dass man irgendwie so Nachbarschaft..., organisiert über aktive Nachbarschaft, dass man sagt, ok, in diesen drei Stra-

² Grundlage dieser Berechnung ist die Anzahl der versorgten Personen in den institutionellen Versorgungsformen (n=49.099). Die Restgröße zu allen Pflegebedürftigen in OÖ (n=84.000) wurde der häuslichen Pflege zugeordnet.

ßen gibt's die und die pflegebedürftigen Menschen und das und das haben wir noch nicht abgedeckt.“ (ExpertInnen-Interview 2) Im ExpertInnen-Interview 3 wird eine stärker „gemeinwesenorientierte Versorgung“ als zukünftige Veränderung im Pflegesystem angegeben.

4.2 ALTEN- UND PFLEGEHEIME (APH)

2017 ist mit dem neuen Pflegefonds-Gesetz des Bundes festgehalten worden, dass ab 2018 für die Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim mindestens Pflegestufe 4 notwendig sei. Ausnahme: Personen mit geringerem Pflegebedarf können ein Objektivierungsverfahren durchlaufen, in dem über eine Aufnahme entschieden wird.

Die Pläne des Landes Oberösterreich präferieren ein Szenario, in dem – abgesehen von den bereits vereinbarten Ersatzbauten – keine weiteren Heimneubauten bis 2025 erfolgen. In den Alten- und Pflegeheimen wird ein Auslaufen der HeimbewohnerInnen ohne bzw. mit Pflegegeld der Stufen eins, zwei und 50% der Pflegestufe drei erfolgen. Insgesamt sollen durch das Auslaufen niedriger Pflegestufen Ressourcen für 2.940 Plätze frei werden, die vor allem durch die demografische Entwicklung und durch den Wegfall des Pflegeregresses zusätzlich nachgefragt werden. (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S.17)

Damit werden Personen mit keiner bzw. niedriger Pflegegeldstufe auf andere Leistungsbereiche (Mobile Dienste, alternative Wohnformen, 24-Stunden-Betreuung, Tagesbetreuung) ausweichen müssen. Die Langzeitpflegeplätze werden daher – zumindest bis 2025 – nahezu konstant bleiben (abgesehen von den bereits vereinbarten Ersatzbauten) – das bedeutet etwa 12.650 Plätze im Jahr 2025 (12.200 im Jahr 2018 – etwa 300 der 12.200 Plätze werden von Kurzzeitpflegegästen³ belegt).

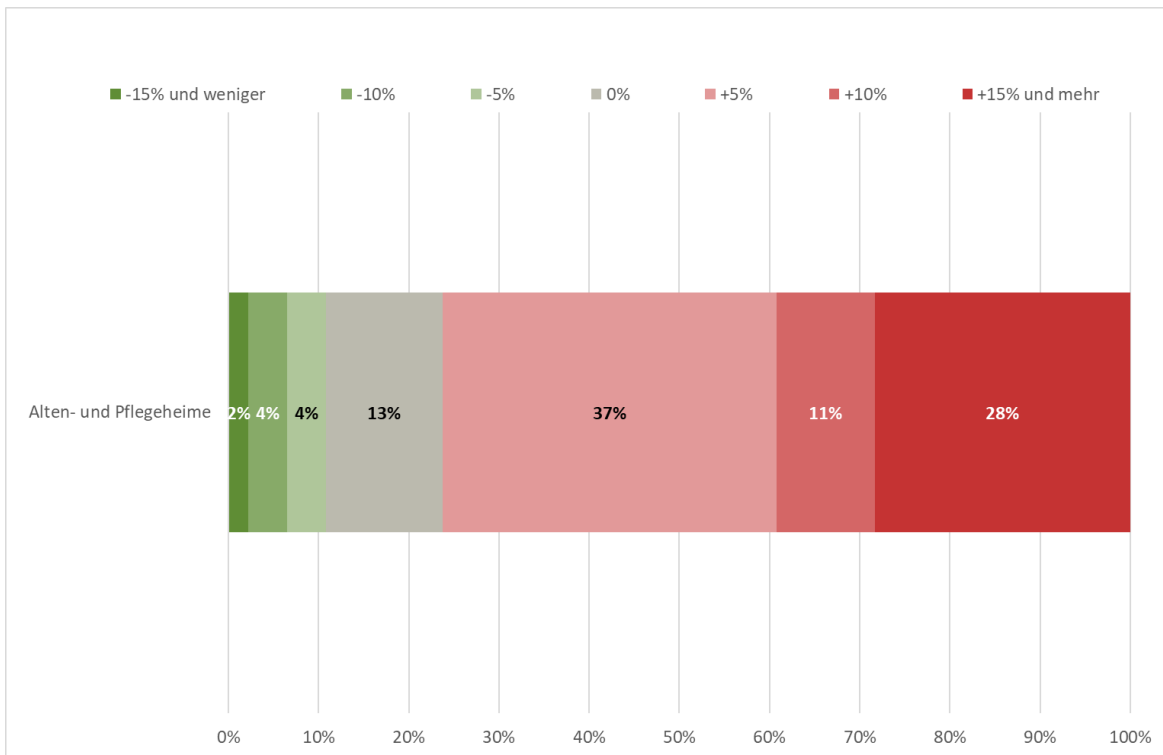
Durch den weitgehenden Wegfall niedriger Pflegegeldstufen in Alten- und Pflegeheimen (APHs) rechnet das Land OÖ mit einer höheren Betreuungsintensität: Ein Mehrbedarf von 710 Vollzeitäquivalent-Personaleinheiten (VZÄ-PE) wird bis 2025 erwartet. Dieser Mehrbedarf teilt sich folgendermaßen auf: (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S.23)

- 5% Heimhilfen = 35,5 VZÄ-PE
- 70% FSB-A = 497 VZÄ-PE
- 25% DGKP = 177,5 VZÄ-PE

Die Personalplanung des Landes OÖ für APHs ist bis zum Jahr 2025 bekannt. Wie sich der Personalbedarf für APHs von 2025 bis 2030 entwickelt wird davon abhängen, inwieweit die forcierte Verlagerung von stationärer Pflege zu Mobilien Diensten und zu Alternativen Wohnformen bis 2025 gelungen sein wird.

³ Falls die pflegenden Angehörigen die Pflege z.B. aus gesundheitlichen oder beruflichen Gründen für eine gewisse Zeit nicht ausüben können, besteht die Möglichkeit einer vorübergehenden stationären Betreuung des pflegebedürftigen Menschen in einem Alten- oder Pflegeheim.

Abbildung 4-3: Personalbedarf APH



Anmerkung: Um wie viel weniger oder mehr Personal wird bis 2030 notwendig sein? Einschätzungen der ExpertInnen. Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=46 ExpertInnen

Derzeit (im Jahr 2018) liegt die durchschnittliche Langzeitpflegedauer in APHs bei 3,05 Jahren (errechnet aus Zahlen des Amtes der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales 2018, S. 17f). Das bedeutet, dass 2018 auf 11.900 Plätzen (exklusive rund 300 Kurzzeitpflegeplätze) etwa 15.800 Menschen gepflegt werden. Das Land OÖ rechnet damit, dass im Jahr 2025 auf 12.300 Plätzen (exklusive rund 350 Kurzzeitpflegeplätze) etwa 16.100 Menschen gepflegt werden – das entspricht einer prognostizierten durchschnittlichen Langzeitpflegedauer von 3,23 Jahren in APHs. Die zu erwartenden Zunahmen an Demenzerkrankungen rechtfertigt den in dargestellten geplanten Mehrbedarf an Pflegepersonal durch erhöhte Pflegeintensität in Alten- und Pflegeheimen bis 2025. Der geplante Aufnahmestopp von Personen mit Pflegestufe eins bis drei (derzeit 27% in APHs) erhöht die Pflegeintensität bzw. Verdichtet den Betreuungsschlüssel, wirkt aber dem Trend der längeren Heimaufenthalte entgegen.

Tabelle 4-1: Pflege- und Betreuungspersonal in APHs

Stationäres Personal (angestellt in APHs)					
Berufsgruppe	Personal 2018	VZÄ-PE 2018	Mehrbedarf Personal bis 2025	Mehrbedarf VZÄ-PE bis 2025	Mehrbedarf in %
Heimhilfen	559	374	53	36	10%
FSB-A	4.899	3.738	651	497	13%
DGKP/ PFA	1.856	1.375	240	178	13%
Sonstige (DSB-A, etc.)	73	58	0	0	0%
Summe	7.387	5.544	944	710	13%

Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales (2018), IBE-Berechnungen und –Darstellung; VZÄ-PE = Vollzeitäquivalent-Personaleinheiten; FSB „A“: Fachsozialbetreuung „Altenarbeit“; DGKP: Diplomierte Gesundheits- u. Krankenpflege; PFA: Pflegefachassistenz; in der Alten- und Pflegeheimverordnung des Landes OÖ werden DGKP und PFA gemeinsam betrachtet: Es sind 25% bis 30% der Personaleinheiten für DGKP/ PFA vorgesehen, mind. 15% für DGKP. In der Bedarfsprognose (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S. 23f) sind derzeit PFA noch nicht berücksichtigt. Daher werden DGKP/ PFA gemeinsam dargestellt.

Den Schätzungen des Landes OÖ zu Folge wird zwischen den Jahren 2025 und 2030 die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigen (von etwa 94.000 auf 102.500). Ob und in welchem Ausmaß nach dem Jahr 2025 in Oberösterreich Plätze in Alten- und Pflegeheimen geschaffen werden und inwieweit dafür zusätzliches Pflegepersonal benötigt wird bzw. verfügbar sein wird, kann derzeit kaum abgeschätzt werden. Die Beantwortung dieser Frage wird in hohem Maße davon abhängen, inwieweit es gelingt, dass Mobile Dienste, die 24-Stunden-Betreuung und Alternative Wohnformen ein Substitut für stationäre Plätze bilden. Dass die Substituierung nur begrenzt möglich sein wird, zeigen mehrere Studien (Famira-Mühlberger 2017, S. 5). Begründet wird die mangelnde Ersatzmöglichkeit anderer Versorgungsformen anstatt des Alten- und Pflegeheims durch Zunahme von Multimorbidität, Demenz sowie die Finanzierungsmöglichkeiten der betroffenen Personen.

Stationäre Pflege:

Stärkere Zugangssteuerung und nur kurzfristige Auswirkungen des Pflegeregresses

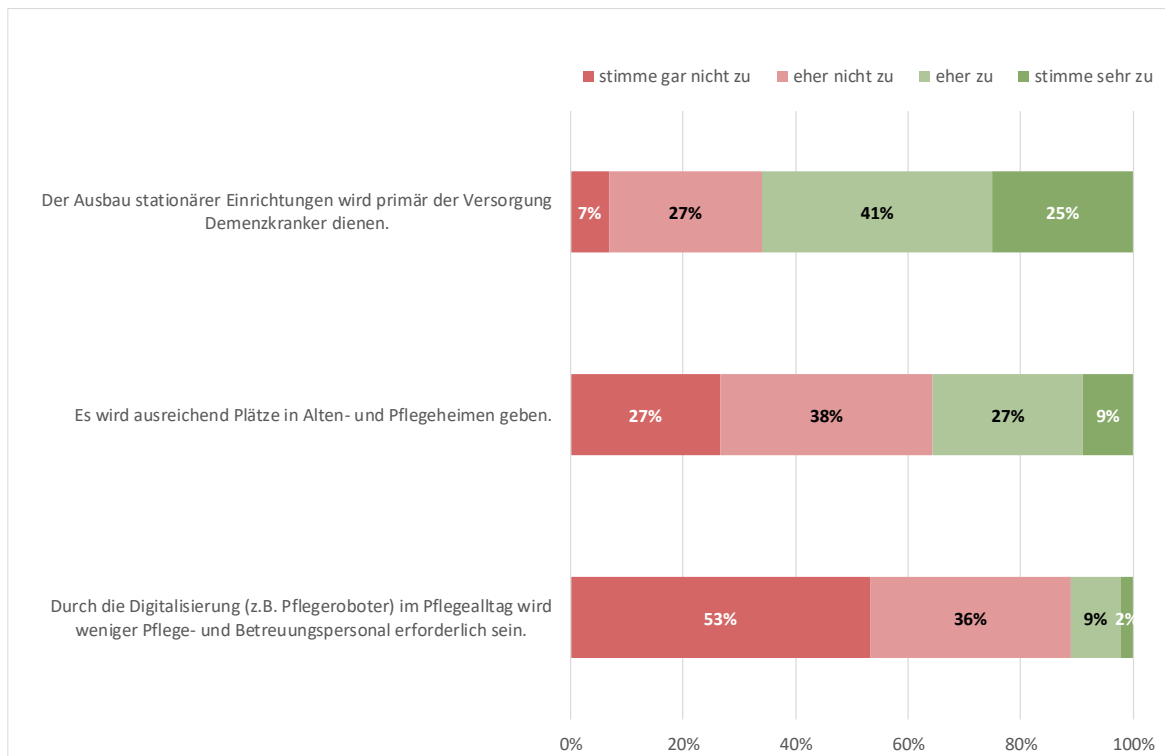
In der Delphi-Befragung wird die Zugangssteuerung in APHs mittels Mindestpflege--stufe 4 dahingehend interpretiert, dass in Zukunft nur mehr schwer erkrankte und noch ältere Menschen im Alten- und Pflegeheim gepflegt werden. Eine exemplarische Aussage: *„Die Heime werden kleine Intensiv-Stationen werden.“* (ExpertIn APH 6) Gerade für Menschen mit Demenz *„fehlen spezielle Langzeiteinrichtungen“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 5).

Die ExpertInnen gehen davon aus, dass der Wegfall des Pflegeregresses kurzfristig zu einer Verlängerung der Wartelisten führen wird, da Heimplätze und verfügbares Pflegepersonal *„nicht unbegrenzt“* (ExpertIn APH 8) vorhanden sind: *„(...) dies [erhöhte Nachfrage nach Heimplätzen, Anm.] wird sich allerdings über das vorhandene Angebot regeln und vor allem auch über die vorhandenen personellen Ressourcen, die vorhanden sind/ bzw. nicht vorhanden sind.“* (ExpertIn Ausbildung 3) Ähnlich wird es an anderer Stelle zum Pflegeregress formuliert. Dieser habe *„(...) nur einen indirekten Einfluss auf die Nachfrage, da durch die fehlende Personalressource es ohnehin schwer werden wird, die bestehenden Langzeitpflegeeinrichtungen voll zu belegen!“* (ExpertIn APH 3)

Die bereits erwähnte gesetzliche Regelung, dass ab 01.01.2018 für eine Heimaufnahme grundsätzlich Pflegestufe 4 vorhanden sein muss, werde auch bei einem stärkeren Zustrom durch den Pflegeregress zu einer stärkeren Zugangssteuerung führen: „Anfänglich wird sich die Nachfrage steigern, aber mit der Erhöhung der Pflegestufe für den Eintritt in eine solche Einrichtung wird sich dies letztendlich in Grenzen halten.“ (ExpertIn Ausbildung 4) Der noch stärkere Fokus auf zu Pflegenden in höheren Pflegestufen würde wiederum den höheren Personalbedarf erklären (ExpertIn Ausbildung 7).

Im Zuge der 2. Delphi-Runde wurden den ExpertInnen Statements vorgelegt, denen sie auf einer vierteiligen Skala sehr/ eher/ eher nicht oder gar nicht zustimmen konnten. Zwei Drittel der 45 antwortenden ExpertInnen sind der Meinung, dass der Ausbau stationärer Einrichtungen primär der Versorgung Demenzkranker dienen wird und dass es 2030 nicht ausreichend Plätze in Alten- und Pflegeheimen geben wird. Auch die Digitalisierung wird, so glauben die meisten ExpertInnen, (z.B. Pflegeroboter) nichts an der Zahl des erforderlichen Personals ändern.

Abbildung 4-4: Entwicklungen bis 2030 I – Einschätzung der ExpertInnen



Anmerkung: Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=45 ExpertInnen

Langfristige Auswirkungen auf das Pflegesystem hängen für viele Befragte nicht vom Pflegeregress (alleine) ab, sondern von einer Reihe anderer Faktoren, wie der Verfügbarkeit von anderen Versorgungsformen (z.B. Mobile Dienste, Alternative Wohnformen) oder finanziellen Rahmenbedingungen (Preisgestaltung anderer Versorgungsformen, verfügbares Einkommen der zu Pflegenden).

4.3 MOBILE DIENSTE

Unter dem Begriff „Mobile Dienste“ sind Angebote der sozialen Betreuung, der Pflege und der Unterstützung bei der Haushaltsführung zu verstehen. Unter dem Produkt "Mobile Dienste" werden die drei Leistungsbereiche Hauskrankenpflege, Fach-Sozialbetreuung mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit und Heimhilfe subsumiert.

Die Anzahl der betreuten Personen stieg in den letzten Jahren in der Hauskrankenpflege kontinuierlich, im Bereich der Fach-Sozialbetreuung und Heimhilfe stagnierte sie. Das Land OÖ plant bei Personen der Pflegestufe eins bis drei, die bisher in Alten- und Pflegeheimen aufgenommen wurden, vermehrt mit mobilen Diensten und einem Gesamtpaket (Essen auf Rädern, Besuchsdienste, Demenzberatungsstellen, Angehörigenentlastungsdiensten, Tagesbetreuung, Notruf, technische Hilfsmittel, therapeutische Dienste) einen längeren Verbleib in häuslichen Strukturen zu ermöglichen. (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S. 17f und S. 34f)

Derzeit (im Jahr 2018) werden laut Land OÖ 21.423 Personen mittels mobiler Dienste versorgt. Für das Jahr 2025 rechnet das Land Oberösterreich mit einer Zunahme um 16,5% auf 24.963 Personen. Dies ist einerseits der demografischen Entwicklung geschuldet (12% Zunahme an Pflegebedürftigen bis 2025) und andererseits den Bestrebungen, pflegebedürftigen Menschen den längeren Verbleib zu Hause zu gewährleisten bzw. die Aufnahme in Alten- und Pflegeheime zu verzögern.

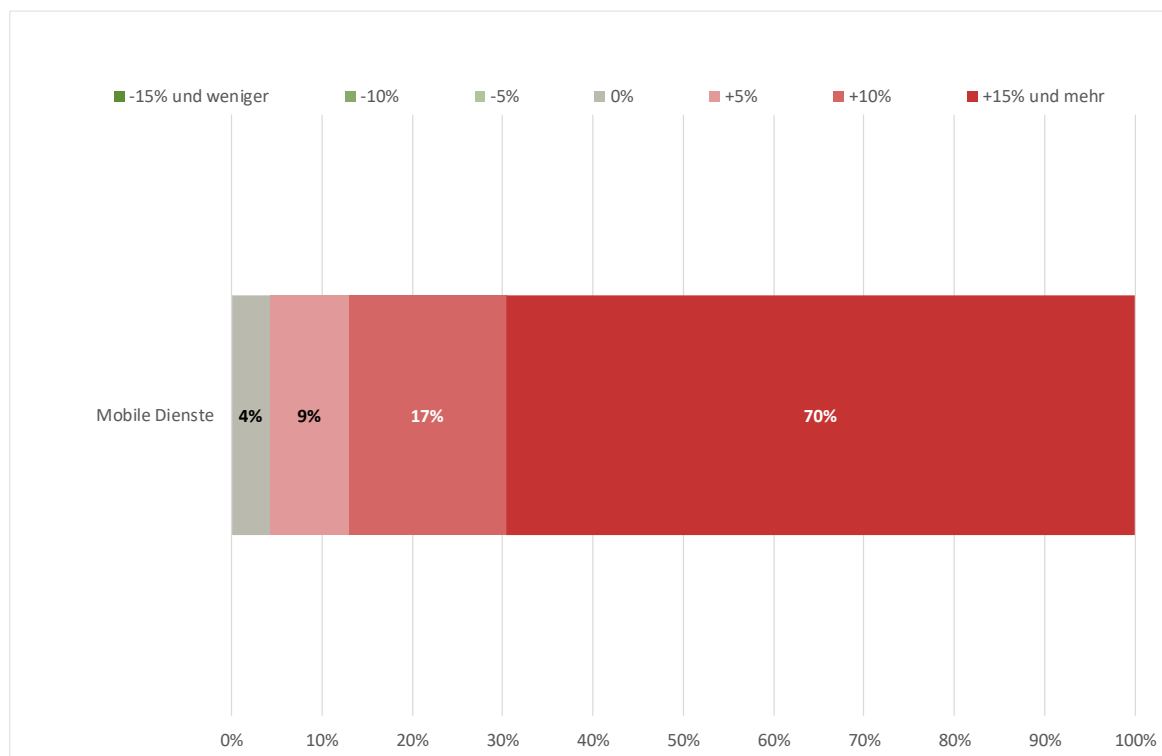
Tabelle 4-2: Pflege- und Betreuungspersonal Mobiler Dienste

Personal mobiler Dienste					
Berufsgruppe	Personal 2018	VZÄ-PE 2018	Mehrbedarf Personal bis 2025	Mehrbedarf VZÄ-PE bis 2025	Mehrbedarf in %
Heimhilfen	499	296	82	49	16,5%
FSB-A	1.033	625	170	103	16,5%
DGKP/ PFA	733	363	121	60	16,5%
Sonstige (DSB-A, etc.)	1	1	0	0	16,5%
Summe	2.266	1.285	374	212	16,5%

Quelle: Land Oberösterreich, IBE-Berechnungen und –Darstellung. Die Bedarfsschätzung des Landes OÖ unterscheidet nicht nach Qualifikationen. Der Mehrbedarf bis 2025 wurde aufgrund der prognostizierten Zunahme betreuter Personen von 16,5% für alle Berufsgruppen mobiler Dienste angenommen. FSB „A“: Fachsozialbetreuung „Altenarbeit“; DGKP: Diplomierte Gesundheits- u. Krankenpflege; PFA: Pflegefachassistenz; zum derzeitigen Stand gibt es keine Festlegungen bzgl. des Einsatzes von PFA in Mobilen Diensten. Daher werden DGKP/ PFA gemeinsam dargestellt.

Inwieweit die weitere Zunahme an Pflegebedürftigen um 9%-Punkte zwischen 2025 und 2030 Auswirkungen auf den Personalbedarf bei den mobilen Diensten bis 2030 haben wird, ist in Zusammenhang mit der weiteren Entwicklung bei den Alten- und Pflegeheimen ab 2025 zu denken und bis dato je Versorgungsform nicht absehbar. Jedenfalls sehen die befragten ExpertInnen eine Zunahme mobiler Dienste.

Abbildung 4-5: Personalbedarf Mobile Dienste



Anmerkung: Um wie viel weniger oder mehr Personal wird bis 2030 notwendig sein? Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=46 ExpertInnen

Mehr und innovative Mobile Dienste sind gefragt

Mehrmals wird in der ersten Runde der Delphi-Befragung geäußert, dass es zu einer verstärkten Inanspruchnahme von mobilen Diensten kommen wird: *„Mobile Dienste werden bei Knappheit von Pflegeheimplätzen Personen mit höherem Pflegebedarf zu versorgen haben, insbesondere auch, weil die Aufnahmekriterien für ein Pflegeheim eine Pflegestufe 4 voraussetzen.“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfen 3) Dies sei auch deshalb sinnvoll, weil das Alten- und Pflegeheim *„die teuerste Variante“* (ExpertIn ohne Zuordnung 7) ist.

Nicht nur mit der 2018 in Oberösterreich getroffenen Entscheidung, dem steigenden Pflegebedarf u.a. mit dem Ausbau der mobilen Dienste zu begegnen, wird dieser Versorgungsform in Zukunft mehr Gewicht zukommen. Im ExpertInnen-Interview 2 wird mit Bezug auf das Regierungsprogramm dargelegt, dass es zur Stärkung und zur Aufwertung der mobilen Dienste kommen werde. Letzteres würde sich in einer höheren finanziellen Förderung für diese Leistungen ausdrücken. Dennoch werde es trotz des Credo *„mobil vor stationär“* aufgrund der Demografie zu einem Ausbau der stationären Pflegeeinrichtungen kommen müssen: Im Zeitfenster zwischen 2040 und 2045, wenn der größte Teil der *„Babyboomer-Generation“* in die pflegebedürftige Phase kommt, werde es hier unabdingbar werden, die stationäre Versorgung auszubauen.

4.4 ALTERNATIVE WOHNFORMEN

Wie aus den prognostizierten Zahlen des Land OÖ erkennbar, ist geplant, dass Personen ohne bzw. mit Pflegestufe eins, zwei sowie 50% mit Stufe drei, die vormalig in APHs aufgenommen wurden, auf mobile Dienste, 24-Stunden-Betreuung bzw. alternative Wohnformen ausweichen. (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S. 17f)

Der Ausbau alternativer Wohnformen soll teilweise die zu erwartende erhöhte Pflege-nachfrage ohne Errichtung zusätzlicher Langzeitpflegeplätze decken. Zielgruppe sind Personen, die in der Regel über 80 Jahre alt sind und aus sozialen, psychischen oder physischen Gründen nicht mehr alleine wohnen können und keiner ständigen stationären Betreuung oder Pflege bedürfen. (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S. 71)

Im Jahr 2017 wurden in Oberösterreich 41 Personen in alternativen Wohnformen mit insgesamt 38 Wohnungen von 8 Personaleinheiten (Vollzeitäquivalent) betreut – 2018 sollen 65 Personen betreut werden. Mit einem jährlichen Ausbau um 150 bis 200 Plätze sollen in alternativen Wohnformen bis zum Jahr 2025 insgesamt zusätzliche 1.238 Plätze geschaffen werden. Bei der Umwidmung bereits bestehender Einrichtungen (z.B. Betreubares Wohnen) sollen die Alternativen Wohnformen eine Mindestgröße von 15 Plätzen aufweisen, bei neuen Einrichtungen mindestens 30 Plätze. (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S. 71f)

Das Land Oberösterreich geht davon aus, dass pro Einrichtung mit etwa 15 bis 30 Plätzen je eine Vollzeitäquivalent-Personaleinheit FSB-A, Heimhilfe und Haushaltshilfe benötigt werden (bei Einrichtungen mit 15 Plätzen reduziert sich der FSB „A“-Anteil um die Hälfte). Zusätzlich erwartet man eine Personalanforderung von 20 Minuten DGKP je betreuter Person und Woche.

Tabelle 4-3: Personal in Alternativen Wohnformen

Alternative Wohnformen					
Berufsgruppe	Personal 2018	VZÄ-PE 2018	Mehrbedarf Personal bis 2025	Mehrbedarf VZÄ-PE bis 2025	Mehrbedarf in %
Haushaltshilfen	4	2,5	90	63	2508%
Heimhilfen	4	2,5	90	63	2508%
FSB-A	3	2,0	64	45	2255%
DGKP	1	0,5	17	12	2346%
Summe	12	8	260	182	2430%

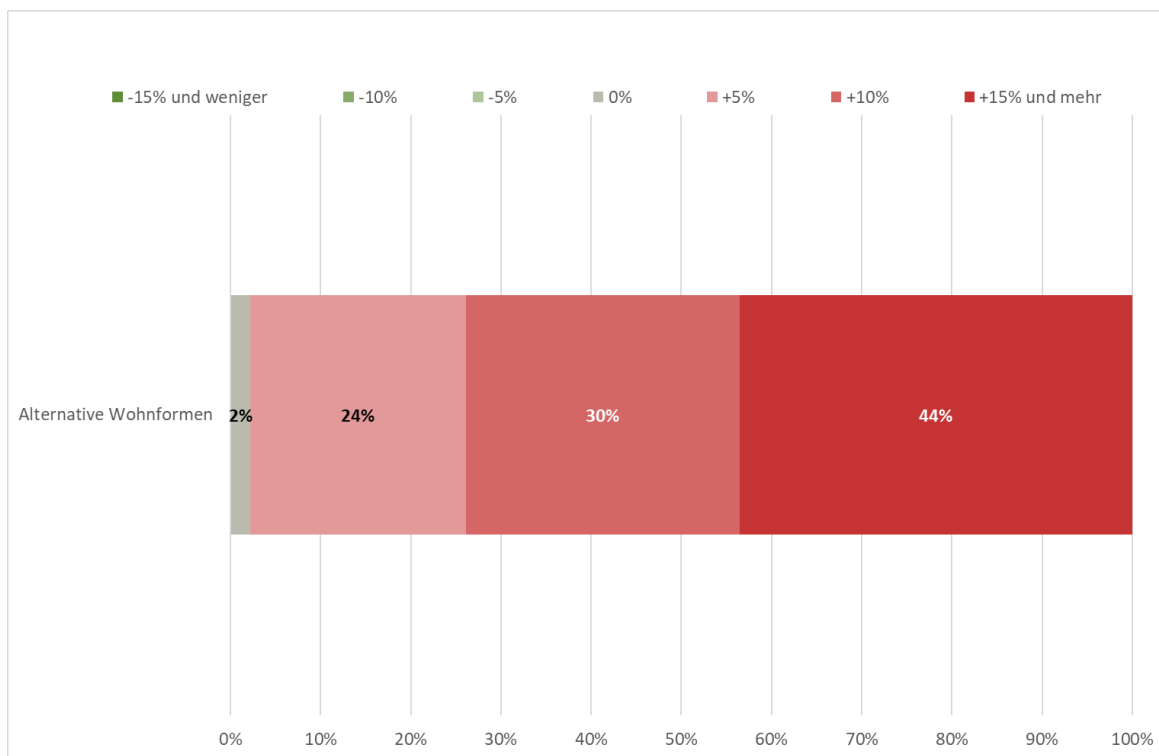
Quelle: Land Oberösterreich, IBE-Berechnungen und –Darstellung; FSB „A“: Fachsozialbetreuung „Altenarbeit“; DGKP: Diplomierete Gesundheits- u. Krankenpflege

Individuelle Bedarfe durch eine Breite an Wohnformen berücksichtigen

Auch die befragten ExpertInnen erachten neue Wohnformen zwischen „Heim“ und „Dahheim“ (Alternative Wohnformen) als wichtig. Dass in Oberösterreich die Anzahl der Alternativen Wohnformen „*sprunghaft ansteigen*“ werde, wird im ExpertInnen-Interview 5 mit Verweis auf die von Soziallandesrätin Gerstorfer im Frühjahr 2018 präsentierten Entwicklungspfade bei den Versorgungsformen angesprochen.

Im ExpertInnen-Interview 3 wird deutlich, dass es bei den Wohnformen mehr „Nischenmodelle“ und größere Individualität brauchen werde. Dazu zählen etwa das Mehrgenerationen-Zusammenleben, das Wohnen in der Gemeinschaft mit einem eigenen Wohnbereich oder das gemeinsame Leben am Bauernhof.

Abbildung 4-6: Personalbedarf Alternative Wohnformen



Anmerkung: Um wie viel weniger oder mehr Personal wird bis 2030 notwendig sein? Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=46 ExpertInnen

4.5 DIE 24-STUNDEN-BETREUUNG

Für die pflege- bzw. betreuungsbedürftigen Personen, die eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, kann beim Sozialministeriumservice um eine Förderung angesucht werden. Im Jahr 2018 erhalten in Oberösterreich etwa 6.150 Personen eine Förderung für die 24-Stunden-Betreuung. Das Land Oberösterreich rechnet bis 2025 mit einem Zuwachs von etwa 250 auf 6.400 Personen (+4%). Per Ende 2016 waren in Österreich laut Mitgliederstatistik der Wirtschaftskammer etwa 60.000 selbständige PersonenbetreuerInnen (24-Stunden-BetreuerInnen) als aktiv gemeldet (Famira-Mühlberger 2017, S. 29). Aliquotiert auf Oberösterreich kann von rund 10.000 aktiven selbständigen PersonenbetreuerInnen ausgegangen werden, von denen etwa 84% als Herkunftsland Slowakei oder Rumänien und 1,4% Österreich angeben.

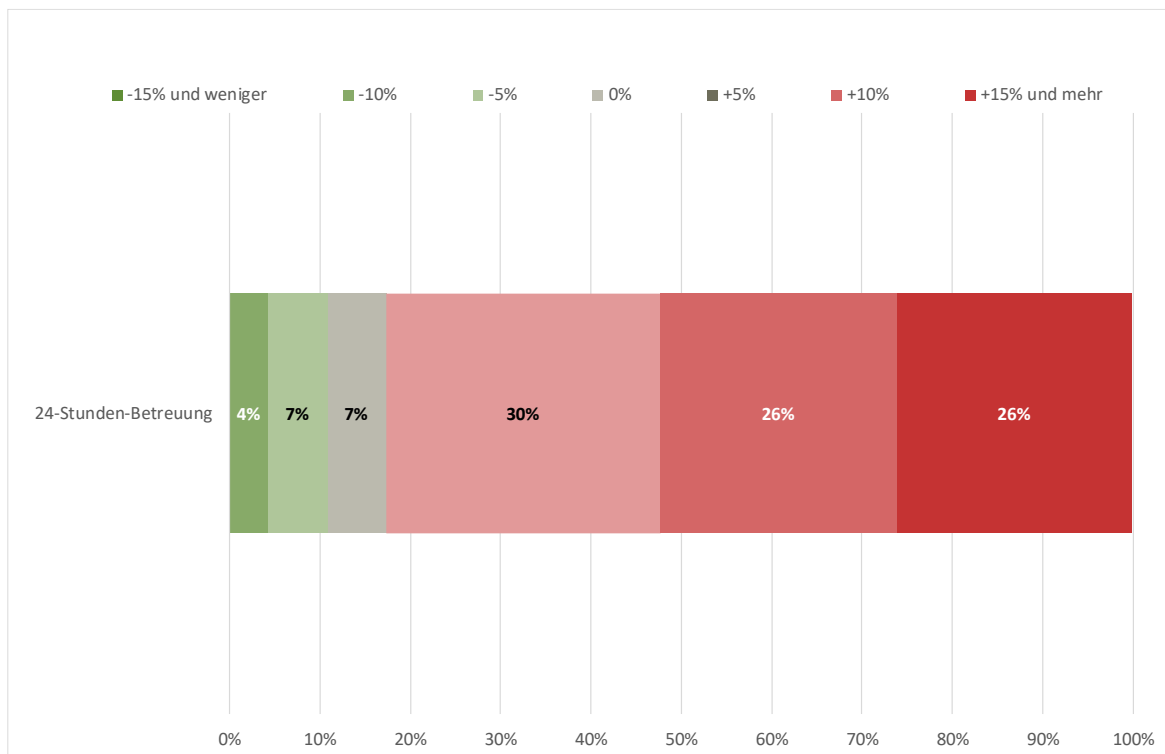
24-Stunden-Betreuung bleibt Teil der Pflege- und Betreuungslandschaft

In der ersten Runde der Delphi-Befragung kommt es bei der offen gestellten Frage zu divergierenden Einschätzungen, was eine Zu- oder Abnahme der 24-Stunden-Betreuung betrifft. Tendenziell wird in der ersten Delphi-Befragung von einer (leichten) Zunahme ausgegangen, was folgendermaßen begründet wird:

- „Diese werden mehr werden, da die Heimaufnahmen erst ab PG 4 (d.h. mehr als 160h/Monat) stattfinden und die Richtlinien bei den mobilen Diensten eine Stundenbegrenzung (in der mobilen Hilfe 80h/Monat) verlangen.“ (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 6)
- „Wenn bis 2030 keine neuen Heimplätze zur Verfügung stehen, wird sich die 24-Stunden-Betreuung wie bisher weiterentwickeln (...).“ (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 5)
- „Sie wird weiter an Bedeutung zunehmen, da trotzdem die meisten nach Möglichkeit zu Haus ihren Lebensabend verbringen wollen (...).“ (ExpertIn Ausbildung 6)
- „Wenn es sich die Leute weiterhin leisten können, werden sie nicht weniger, ich glaube aber auch nicht mehr.“ (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 1)

In der 2. Delphi-Runde wurde der zukünftige Bedarf an 24-Stunden-BetreuerInnen standardisiert abgefragt. Nun findet sich eine überwiegende Übereinstimmung bei der Einschätzung des Personalbedarfs für 24-Stunden-Betreuung. 82% meinen, dass mehr Personal notwendig sein wird, 56% schätzen diesen auf 5 bis 10% bis 2030 ein. Dies entspricht auch der Einschätzung des Landes OÖ, das von einer Zunahme bis 2025 von 4% ausgeht.

Abbildung 4-7: Personalbedarf 24-Stunden-Betreuung



Anmerkung: Um wie viel weniger oder mehr Personal wird bis 2030 notwendig sein? Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=46 ExpertInnen

Schlussendlich ist und bleibt die 24-Stunden-Betreuung eine Frage der Leistbarkeit: Auch wenn mit einer Aufwertung der Personenbetreuung, also einer im Regierungsprogramm vorgesehenen höheren Förderung, zu rechnen ist, dann wird es trotzdem nicht so sein, dass sich jede zweite betreuungsbedürftige Person dies leisten können (ExpertInnen-Interview 2).

Grundsätzlich verweisen aber mehrere ExpertInnen auf die Abhängigkeit der Entwicklung der Inanspruchnahme auch von der Verfügbarkeit von Plätzen im Alten- und Pflegeheim: *„Denke, es wird alles beim Alten bleiben, weil es ja nicht mehr stationäre Betten gibt wie vorher.“* (ExpertIn Ausbildung 1)

In einem ExpertInnen-Interview wird angeführt, dass die Personenbetreuung in Österreich zurückgehen wird. Der Lebensstandard in umliegenden Ländern, aus denen die BetreuerInnen kommen, wird steigen und die Personen werden nicht mehr bereit sein, zu kommen: *„(...) aber dass die [PersonenbetreuerInnen, Anm.] Familie, Kinder und sonstige Dinge zurücklassen, da 20 Stunden hergekarrt werden, dass sie 14 Tage später wieder zurück – also das, eine Einschätzung ist, dass das nicht mehr wird. Und dann, ja ... Dann wird's richtig spannend, sollte da ein Rückgang einmal sein.“* (ExpertInnen-Interview 1)

Die Kompensation durch die Rekrutierung von Zielgruppen aus weiter entfernten Ländern erscheint wegen längerer Anfahrtswege nicht in vollem Ausmaß möglich, auch wenn wahrgenommen werde, *„(...) dass sich die Herkunftsländer der Betreuerinnen weiter nach Osten verschieben.“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 5). Ebenso wird im Kontext der Rekrutierung von Betreuungskräften aus östlicheren Ländern eine mögliche Qualitätsverringerung thematisiert: *„Es wird wahrgenommen, dass sich die Herkunftsländer der Betreuerinnen weiter nach Osten verschieben. Es stellt sich die Frage, inwieweit werden die nicht vorhandenen Sprachkenntnisse und auch die nachzuweisende Ausbildung eine Rolle in der Qualität der Betreuung spielen.“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 5)

Generell ist für die befragten ExpertInnen die **Qualitätskontrolle bei der 24-Stunden-Betreuung** ein wichtiges Anliegen. Viele ExpertInnen heben in der ersten Delphi-Befragung die Notwendigkeit einer Qualitätskontrolle hervor, wie diese beispielhaften Zitate zeigen:

- *„(...) als erstes ist für mich eine Qualitätssicherung notwendig – es sollten Prüfungsinstanzen eingeführt werden, damit kein Wildwuchs passiert und in diesem Bereich auch Qualität geboten wird.“* (ExpertIn APH 4)
- Eine andere am Delphi teilnehmende Person meint hierzu: *„(...) es muss aber unbedingt eine bessere Qualitätskontrolle von Gesetzgeberseite eingeführt werden und diese dann auch überwacht werden.“* (ExpertIn Ausbildung 6)
- *„Vorgabe von Mindeststandards durch die Bezirks- oder Bundesbehörde bzgl. Qualität der Arbeit - Dringend! (...) Schaffung von: regulären Arbeitsvertragsbedingungen, Gesundheitsschutz, garantierte Pause von 24-Stunden pro Woche im Stück.“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 8)
- Auch einem ExpertInnen-Interview wird die Frage der Qualitätskontrollen dieser als *„problematisch“* bezeichneten Versorgungsform erwähnt: *„Und jetzt wird in einem ersten Schritt, wird ja an einem, an einem Qualitätssiegel – zumindest für die Agenturen – gearbeitet. Sprich – meines Erachtens geht's in die Richtung, dass man sagt, ok, man ist sich dessen bewusst, da gibt's ein Problem. Und wir versuchen, das Problem in den Griff zu kriegen, weil wir können ohne diese Betreuungsform nicht sein.“* (ExpertInnen-Interview 2)

Aufgrund des Berufsstatus „Selbständigkeit“ ist für diese Studie und die vorliegenden Forschungsfragen die 24-Stunden-Betreuung vor allem als Komplementärmenge zu den anderen Versorgungsformen relevant. Die Frage ist, ob durch eine zukünftige verstärkte Zu- oder Abnahme der 24-Stunden-Betreuung in anderen Versorgungsformen Veränderungen auftreten werden. Sowohl das Land OÖ als auch der überwiegende Teil der befragten ExpertenInnen gehen von einer moderaten Zunahme bis 2030 aus.

4.6 WEITERE VERSORGUNGSFORMEN

In der Folge werden weitere Versorgungsformen der Pflege in Oberösterreich kurz angeführt, die aufgrund ihrer zu erwartenden Größenordnung bezüglich des unselbständigen Pflegepersonals hier zusammengefasst werden.

Teilstationäre Tagesbetreuung

In der Teilstationären Tagesbetreuung arbeiteten Ende 2016 in Oberösterreich 129 Personen in 70 Vollzeitäquivalent-Personaleinheiten und betreuten dabei etwa 1.400 Menschen (Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik 2018). In der Tagesbetreuung werden Therapien (unter anderem Ergotherapie, Physiotherapie und Heilmassagen), eine fachkundige Pflege (unter anderem Bade- und Körperhygiene, Blutdruck- und Blutzuckerkontrolle) und Alltagsgestaltung (zum Beispiel Gedächtnisübungen, Bewegungstraining, Unterstützung für desorientierte Menschen) angeboten. Entsprechend dieses Angebotes sind unterschiedliche Qualifikationen erforderlich. Das Land Oberösterreich plant, bis 2025 die Leistungen der Teilstationären Tagesbetreuung um 43% auszubauen. (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S. 17f)

Case- und Care-Management

Im Case- und Care-Management arbeiteten Ende 2016 in Oberösterreich 70 Personen in 43 Vollzeitäquivalent-Personaleinheiten und betreuten dabei etwa 12.969 Menschen⁴ (Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik 2016). Unter dem Begriff Case- und Care-Management werden Angebote der Sozial-, Betreuungs- und Pflegeplanung auf Basis einer individuellen Bedarfserstellung, der Organisation und des Nahtstellenmanagements sowie Leistungen der Sozialberatungsstellen verstanden. Durch den Wegfall des Pflegeregresses bzw. durch die Reduktion der Heimbauten wird eine verstärkte Beratung und Begleitung zu Pflegealternativen erforderlich sein. Bis 2025 rechnet das Land Oberösterreich mit einem Bedarf von zusätzlichen drei Personaleinheiten.

Mobile Hospizteams

Mobile Hospizteams sind in allen oberösterreichischen Bezirken sowie den drei Statutarstädten tätig. Der Landesverband Hospiz Oberösterreich setzt sich für einen würdevollen Umgang mit Leidenden, Sterbenden und Trauernden ein. 2018 arbeiteten 25 hauptamtliche Hospiz-MitarbeiterInnen in 13,5 Vollzeitäquivalent-Personaleinheiten – diese sollen laut

⁴ ohne die Leistungen für anonym betreute KlientInnen (N=4.802)

Land Oberösterreich bis 2025 um 1,5 Personaleinheiten ergänzt werden. (Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S. 67)

Auf die Frage nach neuen Wohnformen werden in der ersten Delphi-Runde von den ExpertInnen auch neue Angebote in der Hospiz- und Palliativversorgung angeregt.

4.7 ZWISCHENFAZIT

Folgt man den Plänen des Landes Oberösterreich, so ist bis 2025 mit einem Mehrbedarf von etwa 1.650 Pflegekräften über alle Versorgungsformen (exklusive 24-Stunden-Betreuung) zu rechnen (1.150 Vollzeitäquivalent-Personaleinheiten [VZÄ-PE]). Das entspricht einem Zuwachs von etwa 17% (von etwa 9.850 auf 11.500 Personen bzw. von 6.966 VZÄ-PE auf 8.116) und deckt einerseits die bis dahin erwartete demografisch bedingte Zunahme an Pflegebedürftigen von 12% ab, berücksichtigt die steigende Pflegeintensität in APHs und sorgt andererseits für eine Basis, die darauffolgenden Jahre mit stark ansteigenden Zahlen an Pflegebedürftigen zu bewältigen (+21% von 2018 bis 2030).

Mehr Personal in Alten- und Pflegeheimen

Etwa 75% des Personals in der Altenpflege und -betreuung in Oberösterreich (exklusive 24-Stunden-Betreuung) arbeiten derzeit in Alten- und Pflegeheimen (etwa 7.400 von insgesamt 9.850 Personen). Laut den Plänen des Landes Oberösterreich ist hier zwar ein Mehrbedarf von 710 VZÄ-PE bzw. 944 Personen bis 2025 zu veranschlagen (+13%), jedoch sinkt bis 2025 der Anteil des APH-Pflegepersonals an allen Pflegekräften von 75% auf 72%. Ein Großteil (61%) des zusätzlich geplanten Pflegepersonals wird trotzdem in APHs benötigt.

Mobile Dienste wachsen

Knapp ein Viertel des oberösterreichischen Pflege- und Betreuungspersonals arbeitet bei Mobilien Diensten. Bis 2025 ist hier mit einem Mehrbedarf von 212 VZÄ-PE zu rechnen (+17%). 18% des zusätzlich benötigten Personals bis 2025 sind den Mobilien Diensten zuzuordnen.

Massiver Ausbau Alternativer Wohnformen geplant

Alternative Wohnformen sollen in den nächsten Jahren massiv ausgebaut werden (+2.430%). Von derzeit 8 VZÄ-PE wird auf 190 VZÄ-PE aufgestockt. Damit sollen die Alternativen Wohnformen neben den APHs, den mobilen Diensten und der 24-Stunden-Betreuung zur vierten Säule der institutionellen Pflege aufgebaut werden. 16% des zusätzlich benötigten Personals bis 2025 sind den Alternativen Wohnformen zuzuordnen.

Mehrbedarf an Personal bis 2025 von 17%

Insgesamt finden sich in den Betreuungsformen Teilstationäre Tagesbetreuung, Case- und Care-Management und Hospiz rund 130 Vollzeitäquivalent-Personaleinheiten, die unselbständigen Pflege- und Betreuungsberufen zuordenbar sind. Etwa 4% des zusätzlich benötigten Pflegepersonals sind diesen Versorgungsformen zuzurechnen.

Tabelle 4-4: Versorgungsformen - Überblick

Versorgungsform	Personal 2018	VZÄ-PE 2018	Mehrbedarf Personal bis 2025	Mehrbedarf VZÄ-PE bis 2025	Mehrbedarf in %
APH	7.387	5.544	944	710	13%
Mobile Dienste	2.266	1.285	374	212	17%
Alternative Wohnformen	12	8	260	182	2430%
Weitere Versorgungsformen	185	130	65	46	35%
Summe	9.850	6.966	1.643	1.150	17%

Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S. 23f, IBE-Berechnungen und –Darstellung; exklusive 24-Stunden-Betreuung

Die meisten Menschen in Oberösterreich, die institutionelle Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen, werden jetzt (2018: 21.423) wie in Zukunft (2025: 24.963) mittels Mobiler Dienste gepflegt und betreut. In APHs werden derzeit jährlich 19.629 Personen gepflegt – 2025 soll diese Zahl laut Land Oberösterreich auf 20.944 ansteigen (inkl. Kurzzeitpflege, siehe Tabelle 4-5).

Tabelle 4-5: Betreute Personen/ VZÄ-PE - Überblick

Versorgungsform	Betreute Personen		VZÄ-PE	
	2018	2025	2018	2025
APH Langzeitpflege	15.804	16.081	5.544	6.254
APH Kurzzeitpflege	3.825	4.863		
Mobile Dienste	21.423	24.963	1.285	1.496
24-Stunden-Betreuung	6.163	6.393	selbst. PB	selbst. PB
APH Tagesbetreuung	1.819	2.454	70	100
Alternative Wohnformen	65	1.279	8	190
Summe	49.099	56.033	6.907	8.041

Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S. 17f, IBE-Berechnungen und –Darstellung; selbst. PB = selbständige Personenbetreuung (etwa 10.000 Personen)

5 NACHFRAGE NACH PFLEGEPERSONAL

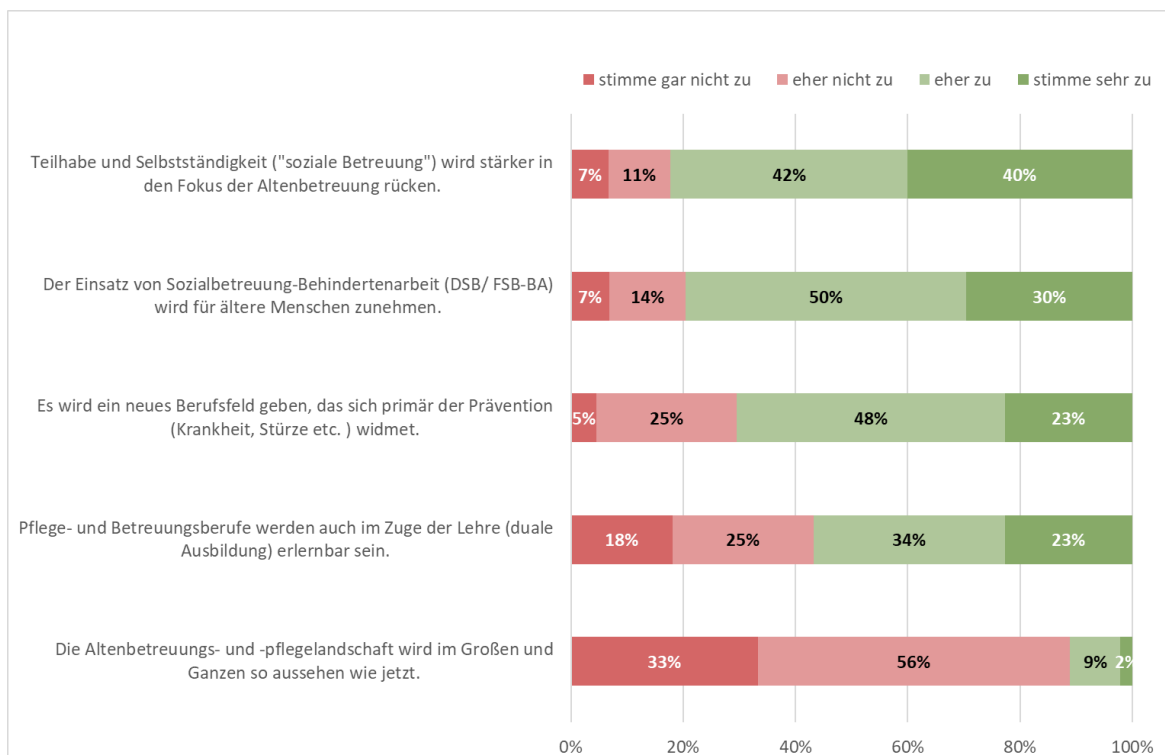
Im Zuge der 2. Delphi-Runde wurden den ExpertInnen acht Statements vorgelegt, denen sie auf einer vierteiligen Skala sehr/ eher/ eher nicht oder gar nicht zustimmen konnten.

Die häufigste Zustimmung fand die Aussage, dass Teilhabe und Selbstständigkeit stärker in den Fokus der Altenbetreuung rücken werden – 82% stimmten eher oder sehr zu. Beinahe ebenso viel Zustimmung fand die Aussage (80%), dass der Einsatz von Sozialbetreuungsberufen der Behindertenarbeit zunehmen wird.

Jeweils mehr als die Hälfte der 45 antwortenden ExpertInnen sind der Meinung, dass der Ausbau stationärer Einrichtungen primär der Versorgung Demenzkranker dienen wird und dass ein Berufsfeld „Prävention“ als auch ein Lehrberuf im Pflegebereich bis 2030 etabliert sein wird.

Überwiegend Ablehnung fanden die Statements, dass es 2030 ausreichend Plätze in Alten- und Pflegeheimen geben werde, dass die Altenbetreuungs- und -pflegelandschaft im Großen und Ganzen so aussehen werde wie jetzt, wie auch die Aussage, dass die Digitalisierung bis 2030 es ermöglichen wird, dass weniger Pflegepersonal erforderlich sein wird.

Abbildung 5-1: Entwicklungen bis 2030 II – Einschätzung der ExpertInnen



Anmerkung: Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=45 ExpertInnen

5.1 GEHOBENER DIENST FÜR GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE (DGKP)

Gerade auch vor dem Hintergrund, dass in Zukunft die Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim mit der Pflegestufe 4 oder höher einhergeht und sich die Krankheitsbilder der zu Pflegenden verändern (multimorbid, chronisch, psychiatrisch), wird von einer höheren Nachfrage nach **diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal** ausgegangen: *„Bei einem Altenheim, das über 24 h DGKP benötigt, da Bewohner mit Trachealkanülen bzw. zum Absaugen aufgenommen werden, wird es eng werden, da statt bisher 500-600 Personen nur mehr 350 pro Jahr die Berufsausbildung als DGKP beenden.“* (ExpertIn APH 9)

Auf der anderen Seite bedürfe es in der Pflege auch Personen, die „zupacken“ (ExpertIn ohne Zuordnung 7) und weniger Personen, die Pflege studiert hätten. In einem ExpertInnen-Interview wird die Notwendigkeit aller Berufsgruppen thematisiert: *„(...) jedes Berufsbild ist uns wichtig und jedes – wir brauchen’s auch – ja, ich sag’ von der Heimhilfe angefangen, dass die, die einfachen Tätigkeiten tut, bis zur hochqualifizierten Mitarbeiterin, die den akademischen Weg gegangen ist, und die auch ihre Notwendigkeit hat. Weil jeder seinen Aufgabenbereich in dem großen System hat und braucht.“* (ExpertInnen-Interview 3)

Inwieweit es für die **AbsolventInnen des Master-Studiums** im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege Einsatzbereiche geben werde, bleibt eine große Frage: *„Wo werden die eingesetzt, schafft die Politik dann tatsächlich diese Stellen?“* (ExpertInnen-Interview 5)

Folgt man den Plänen, die das Sozialressort des Landes OÖ im Endbericht „Projekt Sozialressort 2021+“ am 12. März 2018 beschreibt, werden bis 2025 zusätzlich etwa 400 DGKP im Altenpflegebereich benötigt (von derzeit etwa 2.700 DGKP auf rund 3.100 bis zum Jahr 2025). Laut Alten- und Pflegeheim-Verordnung des Landes OÖ vom 30. Mai 2018 ist diplomiertes Pflegepersonal in Alten- und Pflegeheimen in einem Ausmaß von 15% der Personaleinheiten vorgesehen (vormals 20% bis 25%).

5.2 PFLEGEFACHASSISTENZ (PFA)

Sollte man der mehrmals geäußerten Ansichten *„Die PFA werden nach und nach alle Aufgaben der derzeitigen DGKP übernehmen (...)“* (ExpertIn Anbieter Mobile Dienste 4) oder *„gute Berufsaussichten“* (ExpertIn APH 10) zustimmen, dann wird der Beruf der **Pflegefachassistenz** nachgefragt werden. Dies zeigt sich auch in der Neuaufnahme dieser Berufsgruppe in den Personalschlüssel in der 2018 verabschiedeten oÖ. Alten- und Pflegeheimverordnung – demnach ist vorgesehen, dass 10% bis 15% des Betreuungs- und Pflegepersonals PflegefachassistentInnen sind. (Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung, LGBl.Nr. 43/2018 vom 30. Mai 2018) Allerdings wird diese Berufsgruppe für das Alten- und Pflegeheim auch als *„unnötig“* (ExpertIn APH 7) erachtet, da sie *„(...) wichtige medizinische Tätigkeiten, die im Altenheim über 24 h nötig sind, auch nicht durchführen [darf], z.B. Versorgung von Trachealkanülen und Vandal s.c. Injektionen.“* (ExpertIn APH 9) Auch für mobile Dienste wird der Einsatz der Pflegefachassistenz (PFA) kritisch gesehen: *„Im mobilen Pflege setting aus versch. Gründen praktisch nicht einsetzbar. Berufsbild wurde nur auf Krankenhäuser zugeschnitten.“* (ExpertIn Anbieter Mobile Dienste 1) Zum Einsatz von PflegefachassistentInnen in den mobilen Diensten gibt es derzeit in Oberösterreich noch keine Entscheidung.

Die derzeit kritische Haltung der stationären Einrichtungen gegenüber der Pflegefachassistenz komme daher, dass in der Ausbildung zu wenig Inhalte der Sozialbetreuung zu finden sind. Wenn man sich jedoch die Trends (z.B. multimorbide BewohnerInnen, Aufnahme ab Pflegestufe 4) anschaut, würden sich die Anforderungen in Richtung pflegerisch-medizinische Tätigkeiten verschieben. Da wird pflegerisch-medizinisches Basiswissen gefragt sein. Deshalb wird diese Berufsgruppe in Zukunft als relevant für die stationäre Pflege angesehen. (ExpertInnen-Interview 4)

Laut Alten- und Pflegeheim-Verordnung des Landes OÖ vom 30. Mai 2018 sind PflegefachassistentInnen gemeinsam mit diplomiertem Pflegepersonal in Alten- und Pflegeheimen in einem Ausmaß von 25% bis 30% der Personaleinheiten vorgesehen, wobei mindestens 15% vom diplomierten Personal abgedeckt werden müssen.

5.3 PFLEGEASSISTENZ (PA)

Widersprüchlich äußern sich die ExpertInnen zur Nachfrage nach AbsolventInnen einer **Pflegeassistenz (PA)**. Zum einen wird diese Ausbildung „*vor allem anwendbar im stationären Bereich*“ (ExpertIn Forschung/ Bedarfsplanung 2) gesehen, eine andere am Delphi teilnehmende Person meint hierzu allerdings: „*Im stationären Bereich ist die alleinige Ausbildung als PA derzeit nicht vorgesehen, außer sie/er befindet sich in einer Aufschulung zur FSB ‚A‘.*“ (ExpertIn APH 4) Bei der Einordnung in die Berufslandschaft werden Abgrenzungen der PA zur Heimhilfe und zur FSB „A“ thematisiert: Für eine Expertin/ einen Experten ergibt sich in Anbetracht des zukünftigen Berufsbildes der Pflegeassistenz die Frage: „*Brauchen wir dann noch Heimhelfer?*“ (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 1). Auch die Abgrenzung zur FSB „A“ wird in der Befragung erwähnt, denn die Pflegeassistenz wird auch als die „*FSB ‚A‘ mit neuer Berufsbezeichnung?*“ gesehen (ExpertIn APH 1). Das Berufsbild wird als „*Basis*“ (ExpertIn Ausbildung 3) für weiterführende Ausbildungen gesehen. Laut Alten- und Pflegeheim-Verordnung des Landes OÖ vom 30. Mai 2018 sind PflegeassistentInnen in Alten- und Pflegeheimen nur vorgesehen, wenn sie in einer berufsbegleitenden Ausbildung zur FSB „A“ stehen.

5.4 FSB „A“

Zur Frage, ob die Nachfrage nach FSB „A“ steigen wird, äußert eine interviewte Person aufgrund der neuen GuK-Berufe die Annahme, dass diese Berufsgruppe besonders in der persönlichen Arbeit mit alten Menschen notwendig sein wird: „*Weil wir brauchen nicht nur medizinisch-pflegerische Personen, sondern wir brauchen auch Leute, die pädagogisch und im Betreuungssinn arbeiten.*“ (ExpertInnen-Interview 3) Dass diese Ausbildung in Zukunft wegfallen könnte, wird auch in einem anderen Interview deutlich verneint: „*Die FSB ‚A‘, die wird nicht wegfallen. Absolut nicht.*“ (ExpertInnen-Interview 5)

Folgt man den Plänen, die das Sozialressort des Landes OÖ im Endbericht „Projekt Sozialressort 2021+“ am 12. März 2018 beschreibt (S. 23f), werden bis 2025 zusätzlich etwa 920 FSB „A“ benötigt (von derzeit etwa 6.000 FSB „A“ auf rund 6.920 bis 2025).

Laut Alten- und Pflegeheim-Verordnung des Landes OÖ sind (diplomierte) FSB „A“ gemeinsam mit der (diplomierten) Fachsozialbetreuung „Behindertenarbeit“ in Alten- und Pflegeheimen in einem Ausmaß von 60% bis 70% der Personaleinheiten vorgesehen.

5.5 DSB „A“

Bei den Sozialbetreuungsberufen wird zu den **Diplom-SozialbetreuerInnen** zurückgemeldet, dass *„zu klären ist, wie diese ausgebildeten Menschen auch richtig eingesetzt und eingereicht werden können. In den Schulungen werden Kompetenzen vermittelt, die teils in der Praxis nur bedingt nachgefragt werden; vor allem Projekte, ... bzw. nicht richtig eingestuft sind, was zu Unzufriedenheiten der Beschäftigten führt.“* (ExpertIn ohne Zuordnung 2)

5.6 HEIMHILFE

Mehrmals wird in der ersten Delphi-Erhebung betont, dass **Heimhilfen** mit ihrer geringen Ausbildung wohl in Zukunft nur eingeschränkt tätig sein können und noch weniger nachgefragt werden. Für den Einsatz zu Hause scheinen Heimhilfen in gewissem Maße relevant: *„Unterstützung im Lebensumfeld (...), wenn [denn] die Klienten, die noch selbständig mobil sind, wird es immer geben, jedoch hat man das Gefühl, im ländlichen Bereich nehmen die Menschen diesen Dienst noch nicht so an wie im städtischen, weil diesbezüglich noch die Ang. [Angehörigen, Anm.] helfen.“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 1)

Dennoch gäbe es in einigen Bezirken eine stärkere Nachfrage nach Heimhilfen, was auf Angebote wie Wohngemeinschaften in den Alten- und Pflegeheimen zurückgeführt wird: *„Und wir merken schon, dass jetzt auf einmal wieder in unterschiedlichen Bezirken die Nachfrage nach Heimhilfe sehr wächst. (...) auch mit anderen Alltagsformen, d.h. im Sinne von Hausgemeinschaften etc. Da brauche ich sie [HeimhelferInnen, Anm.]. Weil im Sinne von Hausgemeinschaften, da tun sie auch miteinander kochen, etc., den Haushalt miteinander machen.“* (ExpertInnen-Interview 3)

Die Heimhilfe könne allerdings für die Alten- und Pflegeheime ein „Auslaufmodell“ werden, sollte es nicht zu einer Kompetenzaufwertung kommen: *„Ich kann‘s aber nicht jetzt prognostizieren, was heißt das wirklich dann, (...) bis 2030, wenn das Berufsbild nicht mit einer anderen Kompetenz, Inhalten, ja, weiterentwickelt wird. Dann seh‘ ich auch, dass man sagt, es ist ein Auslaufmodell. Weil dann beginnt jetzt die Verschiebung, wenn ich es mir hierarchisch jetzt anschau‘, haben wir zunehmend immer mehr im Sinne von Akademisierung, dann kommen die diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger, dann kommt jetzt Pflegefachassistenz, dann kommt Pflegeassistenz und bei uns noch Fach-Sozialbetreuung, da brauch‘ ich Heimhilfe möglicherweise dann nimmer. Im stationären Bereich. Im mobilen Bereich glaube ich sehr wohl.“* (ExpertInnen-Interview 3) Eine weitere interviewte Person ergänzt diesen Gedanken: *„Gerade in den Heimen, wenn ich immer höhere Pflegegeldstufen habe. (...) Da brauche ich einfach auch Fachpersonal in den Tagesbetreuungseinrichtungen. (...) Da kann ich nicht mit ganz niederschweligen Diensten arbeiten.“* (ExpertInnen-Interview 5)

In einem anderen Interview wird zur Nachfrage nach der Heimhilfe ergänzt: *„Im Altenheimbereich könnte es sein, dass die eher auf der Bremse sind, weil die natürlich sagen, sie haben ein sehr begrenztes Einsatzgebiet, ja, welches sie letztlich mit ihrem Berufsbild verwenden können in der Organisation. Extramural bzw. zuhause seh‘ ich das ein bisschen anders, weil jetzt, wenn ich grad nur einen Unterstützungsbedarf hab‘, ja, z.B. Einkaufen gehen, Apotheke, zum Arzt fahren, kleine Dinge einfach bringen oder mich nur unterstützen, weil ich halt jetzt mich nicht alleine anziehen kann oder so, dann kann das die Heimhilfe perfekt abdecken.“* (ExpertInnen-Interview 4)

Es bedarf einer klaren Abgrenzung zum „Haushalts- und Heimservice“ und ebenso wird kritisch angemerkt: *„Die Heimhilfe ist kein Pflegeberuf und sollte daher auch nicht in der Pflege eingesetzt werden.“* (ExpertIn Anbieter mobiler Dienste 4) Im ExpertInnen-Interview 4 wird hierzu geäußert: In der 2018 verabschiedeten Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung wurde beim Personalschlüssel für den stationären Bereich die Heimhilfe mit 10% bis 15% der Angestellten festgelegt. In der Praxis werde dies unterschiedlich gehandhabt: Während in einigen Alten- und Pflegeheimen weniger Heimhilfe eingesetzt sei, da diese nicht pflegen dürfe, würden in anderen Häusern mehr HeimhelferInnen arbeiten, weil z.B. andere Berufsgruppen nicht (mehr) verfügbar seien.

Folgt man den Plänen, die das Sozialressort des Landes OÖ im Endbericht „Projekt Sozialressort 2021+“ am 12. März 2018 beschreibt, werden bis 2025 zusätzlich etwa 230 Heimhilfen im Altenpflegebereich benötigt (von derzeit etwa 1.080 Heimhilfen auf rund 1.310 bis 2025). Laut Alten- und Pflegeheim-Verordnung des Landes OÖ vom 30. Mai 2018 sind Heimhilfen in Alten- und Pflegeheimen in einem Ausmaß von 10% bis 15% der Personaleinheiten vorgesehen.

5.7 FSB „BA“

Mehrmals wird die Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen angesprochen, die in der Pflege stärker zum Thema werden und dadurch die Nachfrage nach dem Berufsbild der **Fach-SozialbetreuerIn Behindertenarbeit** (FSB „BA“) an Bedeutung zunehmen würde. Hier einige Einschätzungen aus der ersten Delphi-Befragung:

- *„Zur Abdeckung in speziellen Wohngruppen pflegebedürftiger Menschen können auch Fach-Sozialbetreuer/innen Behindertenarbeit (FSB ‚BA‘) eingesetzt werden.“* (ExpertIn Ausbildung 7)
- *„FSB BA: bei sich veränderter Klientel mit kognitiven und phys. Einschränkungen wird dieses Berufsbild an Bedeutung gewinnen, vor allem auch in der Kombination alter Menschen mit Beeinträchtigung und Demenz; hier braucht es einen Kompetenzzuerwerb.“* (ExpertIn ohne Zuordnung 2)
- *„im Beeinträchtigten Bereich wird es durch die gesteigerten Lebenserwartungen zu mehr Pflege führen.“* (ExpertIn Ausbildung 5)

Zum Einsatz von FSB „BA“ im Alten- und Pflegeheim wird geäußert, dass es schwer sei, BewerberInnen aus dieser Berufsgruppe zu finden. Zum einen gäbe es generell zu wenige Ausgebildete. Aber auch das Berufsbild der Fach-SozialbetreuerIn mit Schwerpunkt Behindertenbegleitung, bei dem pflegerische Tätigkeiten wie Körperpflege entfallen und betreuende Aspekte im Vordergrund stehen, sei attraktiver (ExpertInnen-Interview 5).

Ebenfalls wird im Delphi eine **breitere Einbindung von Berufen** thematisiert: Dies betrifft Therapeuten, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen/ PsychotherapeutInnen oder ÄrztInnen mit jeweils „*geriatrischen Zusatzqualifikationen*“ (ExpertIn Anbieter Mobile Dienste 3). Auch „*Alltagsmanager mit Pflegekompetenz*“ (ExpertIn APH 10) werden angesprochen, dieser Gedanke auch in einem zweiten Statement sichtbar: „*Alltagsgestaltungs- und Aktivierungsfachpersonen bilden sich in Gerontologie weiter, absolvieren einen Grundkurs in der Pflege (Pflegeassistenz) und werden nötigenfalls von Pflegefachpersonen punktuell unterstützt.*“ (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 8)

5.8 ZWISCHENFAZIT

Die befragten ExpertInnen gehen mit großer Mehrheit davon aus, dass bis 2030 in allen Versorgungsformen mehr Betreuungs- und Pflegepersonal notwendig sein wird. Betroffen davon werden alle Pflege- und Betreuungsberufe sein.

Zu wenige DGKP befürchtet

Manche ExpertInnen befürchten, dass in den nächsten Jahren zu wenig diplomiertes Pflegepersonal zur Verfügung stehen wird – vor allem in Alten- und Pflegeheimen. Dass das neu geschaffene Berufsbild der Pflegefachassistenz den zu erwartenden Mangel an diplomiertem Pflegepersonal kompensieren wird können, wird bezweifelt: Wichtige und notwendige medizinische Tätigkeiten dürfen von PflegefachassistentInnen nicht durchgeführt werden. Andererseits werden sich durch das Aufnahmekriterium „Pflegestufe 4+“ die Anforderungen in APHs in Richtung pflegerisch-medizinische Tätigkeiten verschieben. Daher wird die Qualifikation der PFAs auch in APHs gefragt sein.

Sozialbetreuungscompetenz der FSB „A“ weiterhin nachgefragt

Da aber nicht nur pflegerisch-medizinische Qualifikationen, sondern auch Sozialbetreuung weiter nachgefragt werden wird, wird der FSB „A“-Ausbildung weiterhin hohe Bedeutung zukommen. Denn auch wenn Sozialbetreuungscompetenz in Zukunft in APHs nicht mehr den quantitativen Stellenwert einnehmen wird wie jetzt, so wird sie vermehrt bei den mobilen Diensten gefragt sein – vor allem bei den Personen mit Pflegestufe 0 bis 3, die nicht – wie bisher – in APHs leben werden können. Bis 2025 werden zusätzlich etwa 920 FachsozialbetreuerInnen mit dem Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit benötigt (von derzeit rund 6.000 FSB „A“ auf etwa 6.920 bis 2025).

Erhöhte Nachfrage nach Personal aller Altenbetreuungs- und Pflegeberufe

Durch die Bemühungen, stationäre Dienstleistungen durch mobile zu ersetzen, wird auch die Heimhilfe bei den Mobilen Diensten in Zukunft nachgefragt werden. Alternative Wohnformen und Wohngemeinschaften werden in Zukunft verstärkt angeboten werden – auch daraus lässt sich eine erhöhte Nachfrage nach Heimhilfen ableiten.

Die ExpertInnen sind sich auch überwiegend darin einig, dass es derzeit schon zu wenig Fachkräfte bzw. diplomiertes Personal für Behindertenarbeit gäbe und dass diese Qualifikationen verstärkt nachgefragt werden.

Bezogen auf Berufsgruppen zeigt sich, dass in den in Kapitel 4 beschriebenen Versorgungsformen – entsprechend den Plänen des Landes Oberösterreich – bei den FSB „A“ der höchste Mehrbedarf besteht bzw. bestehen wird: Zusätzliche 921 Personen (670 VZÄ-PE) sollen bis 2025 in diesem Bereich tätig werden (siehe Tabelle 5-1). Ausgehend vom Jahr 2018 zeigt sich in OÖ bis 2025 ein Mehrbedarf an Altenbetreuungs- und Pflegepersonal von 1.643 Personen (1.150 VZÄ-PE).

Tabelle 5-1: Berufsgruppen - Überblick

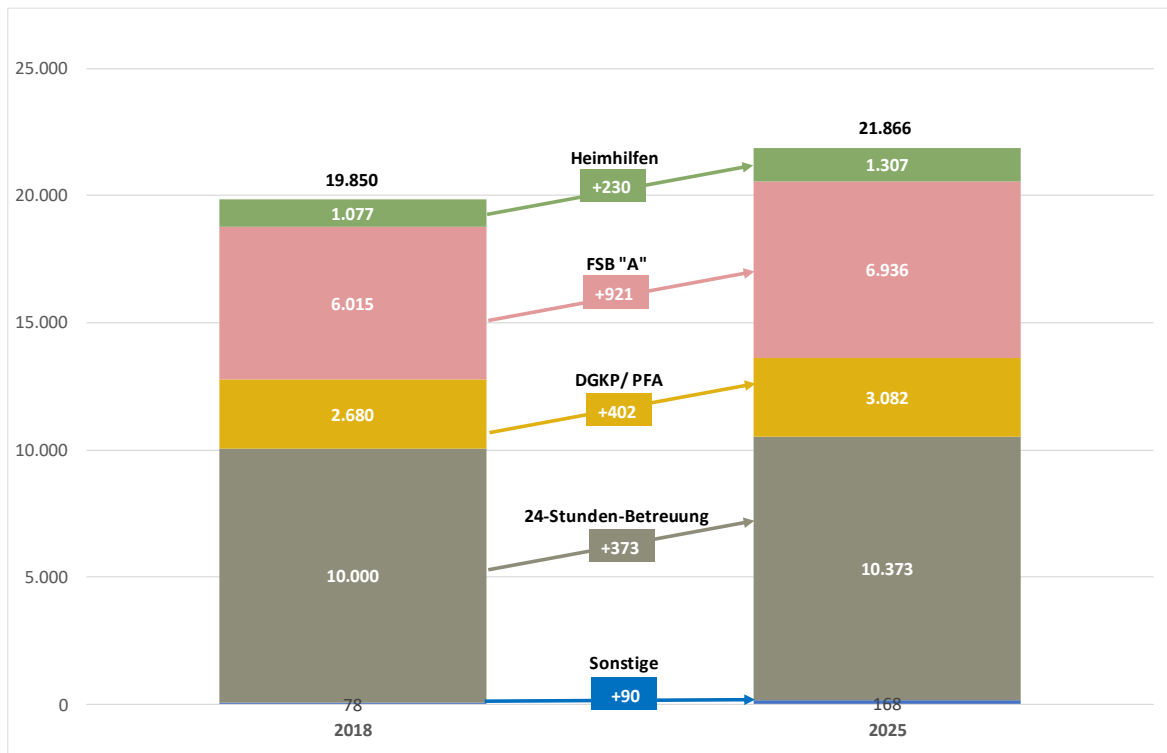
Berufsgruppe	Personal 2018	VZÄ-PE 2018	Mehrbedarf Personal bis 2025	Mehrbedarf VZÄ-PE bis 2025	Mehrbedarf in %
Heimhilfen	1.077	683	230	151	22%
FSB-A	6.015	4.421	921	670	15%
DGKP/ PFA	2.680	1.801	402	267	15%
Sonst.	78	61	90	63	103%
Summe	9.850	6.966	1.643	1.150	17%

Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S. 23f, IBE-Berechnungen und –Darstellung; exklusive 24-Stunden-Betreuung; FSB „A“: Fachsozialbetreuung „Altenarbeit“; DGKP: Diplomierte Gesundheits- u. Krankenpflege; PFA: Pflegefachassistenz; in der Alten- und Pflegeheimverordnung des Landes OÖ werden DGKP und PFA gemeinsam betrachtet: Es sind 25% bis 30% der Personaleinheiten für DGKP/ PFA vorgesehen, Mind. 15% für DGKP. Der zu erwartende Verteilungsschlüssel bei den Mobilien Diensten ist noch nicht festgelegt. Daher werden DGKP/ PFA gemeinsam dargestellt.

Rekrutierung von InteressentInnen wird die große Herausforderung

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass aufgrund der demografischen Entwicklung alle Qualifikationen im Altenbetreuungs- und Pflegebereich in Zukunft mehr nachgefragt sein werden als heute – die große Herausforderung wird die rechtzeitige Rekrutierung von InteressentInnen für Ausbildungen bzw. Berufe zur Betreuung und Pflege älterer Menschen (siehe Abbildung 5-2).

Abbildung 5-2: Nachfrage OÖ bis 2025



Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales, 2018, S. 23f, IBE-Berechnungen und –Darstellung; FSB „A“: Fachsozialbetreuung „Altenarbeit“; DGKP: Diplomierte Gesundheits- u. Krankenpflege; PFA: Pflegefachassistentin; in der der Alten- und Pflegeheimverordnung des Landes OÖ werden DGKP und PFA gemeinsam betrachtet: Es sind 25% bis 30% der Personaleinheiten für DGKP/ PFA vorgesehen, Mind. 15% für DGKP. Zum derzeitigen Stand gibt es keine Festlegungen bzgl. des Einsatzes von PFA in Mobilien Diensten. Daher werden DGKP/ PFA gemeinsam dargestellt.

6 QUALIFIKATIONEN UND KOMPETENZEN

Betrachtet man Trends und Entwicklungen in der Landschaft der Pflegeberufe, so ist nicht nur die Frage nach möglichen Veränderungen des Pflegepersonalbedarfs, sondern auch die Frage nach zukünftig erforderlichen Qualifikationen und Kompetenzen der in der Pflege tätigen Personen relevant. Im Folgenden sollen daher wichtige Erkenntnisse zu dieser Frage dargelegt werden. Dabei wird das Verständnis von „Kompetenz“ nicht auf Wissen oder Fertigkeiten reduziert. Vielmehr kennzeichnet sich dieses durch eine Selbstorganisationsfähigkeit, die ein Handeln in offenen, komplexen Situationen ermöglicht (Erpenbeck & Rosenstiel 2007, S. 12). Wissen und Qualifikation sind dabei Voraussetzungen für die Kompetenzentwicklung und bilden gewissermaßen das Grundrepertoire der Person, das sie in offenen, unplanbaren Situationen kreativ zur Anwendung bringt. Qualifikationen werden nicht erst im selbstorganisierten Handeln sichtbar, sondern in davon abgetrennten, normierbaren und abzuarbeitenden Prüfungssituationen und beziehen sich zumeist auf eine konkrete berufliche Tätigkeit (Überblick siehe Kapitel 1.3). Die zertifizierbaren Ergebnisse spiegeln das aktuelle Wissen, die gegenwärtig vorhandenen Fertigkeiten wider (Erpenbeck et al. 2017, S. XVI-XVIII).

In der ersten Runde des ExpertInnen-Delphis konnten die TeilnehmerInnen rückmelden, welche zusätzlichen Qualifikationen und Kompetenzen in Sozialbetreuungsberufen Tätige bis 2030 benötigen werden. Aus den daraus gewonnenen Antworten wurden für die 2. Runde der Delphi-Befragung Kategorien abgeleitet, welche Qualifikationen und Kompetenzen im Jahr 2030 wichtiger sein werden als heute. Innerhalb der standardisierten Fragebatterie hatten die ExpertInnen die Gelegenheit, die Qualifikations- bzw. Kompetenzfrage für einzelne Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Sozialbetreuungsberufe zu beantworten.

Tabelle 6-1 zeigt, dass jeweils über 80% der ExpertInnen angeben, dass Qualifikationen/ Kompetenzen in den Bereichen „Konfliktlösung/ Umgang mit Gewalt“ und „Umgang mit Demenz“ im Jahr 2030 wichtiger sein werden als heute. Mit Ausnahme von Care- und Case-Management sind sich bei allen anderen abgefragten Qualifikationen und Kompetenzen mindestens 60% der ExpertInnen einig, dass Qualifikationen/ Kompetenzen in den Bereichen „Umgang mit psychiatrischen Diagnosen“, „Umgang mit Multimorbidität“, „Palliative Care“, „Angehörigen- und Netzwerkarbeit“ sowie „Gesundheitsförderung“ wichtiger werden. Den höchsten Zuwachs an erforderlichen Qualifikationen/ Kompetenzen sehen die ExpertInnen beim Diplombierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP) – den geringsten bei Heimhilfen (HH) und PflegeassistentInnen (PA).

Tabelle 6-1: Welche Qualifikationen und Kompetenzen werden wichtiger?

Qualifikationen und Kompetenzen werden 2030 wichtiger sein	Berufe						
	DSB-A	FSB „A“	HH	DGKP	PFA	PA	Gesamt
Konfliktlösung/Umgang m. Gewalt	87%	87%	69%	96%	87%	71%	83%
Umgang mit Demenz	80%	93%	76%	89%	80%	73%	82%
Umgang m. psychiatr. Diagnosen	73%	82%	49%	87%	71%	60%	70%
Umgang mit Multimorbidität	56%	76%	27%	87%	78%	56%	63%
Palliative Care	47%	73%	29%	93%	76%	58%	63%
Angehörigen- und Netzwerkarbeit	67%	67%	31%	93%	71%	36%	61%
Gesundheitsförderung	62%	58%	44%	84%	67%	47%	60%
Care-Management	42%	20%	7%	91%	47%	9%	36%
Case-Management	38%	20%	4%	93%	42%	9%	34%
Gesamt	61%	64%	37%	90%	69%	46%	61%

Anmerkung: Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=46 ExpertInnen

6.1 GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEGERUFE

Die nachfolgenden Ausführungen zu den Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe leiten sich primär aus der in der ersten Runde der Delphi-Befragung gestellten Fragestellung „Durch die GuKG-Novelle 2016 wird es zu einigen Veränderungen – z.B. beim Zugang, der Qualifizierung sowie beim Tätigkeitsprofil – kommen. Welche Auswirkungen haben die Neuerungen bei dem jeweiligen Beruf aus Ihrer Sicht?“ ab.

Diesem Kapitel vorangestellt wird die Aussage aus einem ExpertInnen-Interview zur Ausrichtung der Ausbildung vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Einsatzbereiche im Gesundheits- und Pflegevorsorgesystem. Hier wird erläutert, dass die Ausbildungen auf einen Einsatz in Krankenanstalten hin ausgerichtet sind: „Weil gerade in Bezug auf die Novellierung vom GuKG, was ja vor zwei Jahren, also Sommer 2016 gekommen ist, und letztendlich bei der ganzen Novellierung das Thema Altenarbeit und Altenpflege nicht wirklich ernsthaft berücksichtigt worden ist. Das GuKG ist ein Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, kommt – ich sag‘ jetzt – von der Gesundheit, von der Krankenhausschiene, und der Altenbereich, ja dort wird’s zwar angewandt, vor 20 Jahren war’s auch so und wird halt irgendwo, ja ist halt ein stiefmütterliches Thema.“ (ExpertInnen-Interview 1)

6.1.1 GEHOBENER DIENST FÜR GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE (DGKP)

Mit der GuKG-Novelle geht auch eine Veränderung bei den Spezialisierungen und damit fachgebieteseinschlägigen Kompetenzen einher. Waren vormals drei Spezialisierungen möglich (allgemeine GuK, Kinder- und Jugendpflege, psychiatrische GuK) wird in Zukunft im Bachelorstudium eine generalistische Grundausbildung vermittelt. Spezialisierungen, wie die neu geschaffene „psychogeriatrische Pflege“, sind erst im Anschluss eines Bachelorabschlusses möglich:

„Ich meine, gehen tut 's ja darum, dass bis jetzt die – ich sag ' jetzt landläufig die Krankenschwester, bis jetzt, also jetzt heißt 's ja Pflegerin, Gesundheits- und Kranken-... [da] hat 's das allgemeine Diplom gegeben. Allgemeine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bzw. -pflegerin. Dann hat 's psychiatrische gegeben, war auch drei Jahre, also Spezialisierung auf den Umgang mit psychiatrisch Erkrankten, also das Wagner-Jauregg hat die eingesetzt in erster Linie. Und dann hat 's auch, auch 3 Jahre, eine Spezialisierung gegeben, die hat geheißen die Kinderkrankenschwester. Und mit der Novelle ist man ja übergegangen und hat einfach ein generalistisches Konzept gemacht, d.h. jetzt gibt 's nur mehr die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft, (...) und die Spezialisierung ist weggekommen im Rahmen der Grundausbildung. Also nach 3 Jahren ist jeder Diplomkraft. Und die notwendigen fachspezifischen Vertiefungen, also Spezialisierung, wie es bis jetzt geheißen hat, die kann man dann als Modul hinten nachmachen. Ich sag jetzt, da haben 's ein paar [Spezialisierungen, Anm.] neu dazugetan für Urologie, OP und Dialyse ..., und das Thema Geriatrie ist nur in einem Randthema in einem von 10 Themen irgendwo reinverpackt worden. Also die Wertigkeit und die Notwendigkeit aus meiner Sicht, was heute die Altenarbeit und der Umgang mit alten Menschen in Bezug auf Demenz und anderes hat, ist sicher da viel zu wenig berücksichtigt.“ (ExpertInnen-Interview 1)

Kritisch gesehen wird von mehreren ExpertInnen in der ersten Delphi-Runde, dass „zu wenig Praxisbezug in der Ausbildung“ (ExpertIn Anbieter Mobile Dienste 1) vorgesehen sei. Die Verteilung von Theorie und Praxis in der dreijährigen Ausbildungsdauer wird als Herausforderung erachtet: „Die Frage, die sich stellt, ist, wie in drei Jahren die Grundkompetenz Pflege (siehe alte dreijährige GUK-Ausbildung) und die wissenschaftliche Komponente vereint werden können.“ (ExpertIn ohne Zuordnung 2) Der mangelnde Praxisbezug wirft auch Fragen zur Entwicklung des Berufsbildes auf: Etwa die Frage, welchen Stellenwert die direkte Pflege des Patienten/ Klienten in Zukunft einnimmt bzw. ob sich eine Entwicklung zur „PC-Schwester“ (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 5) vollziehe.

Viele der ExpertInnen sehen eine Veränderung in den Tätigkeiten als Auswirkung der GuKG-Novelle, nur eine Person spricht sich explizit gegen diese Annahme aus. Im Allgemeinen wird dabei einerseits eine Verschiebung der Aufgabenfelder angenommen, aber auch völlig neue Tätigkeitsfelder in verschiedenen Bereichen gesehen. Verschiebungen der Aufgaben werden von den in der ersten Delphi-Erhebungswelle Teilnehmenden vor allem in den folgenden Bereichen gesehen:

- höherer Anteil an Führungsaufgaben
- weniger Einsatz in der operativen Pfllegetätigkeit
- höhere Verantwortung – insbesondere auch für die anderen Berufsgruppen
- Übernahme vieler medizinischer Leistungen

Dafür sind „Koordinations- und Delegationsfähigkeit, Beratungsfähigkeit, Organisationsfähigkeit und Fachwissen (...) notwendig.“ (ExpertInnen-Interview 3) Die hohen Kompetenzanforderungen (siehe auch Tabelle 6-1) an die diplomierten Kräfte werden in einem ExpertInnen-Interview folgendermaßen erklärt: „Das hängt einfach damit zusammen, weil die Diplomierte ja immer übergeordnet ist. FSB ‚A‘ kann nicht ohne Diplom [Diplomierte, Anm.] tätig werden.“ (ExpertInnen-Interview 5) Die befragte Person führt weiter aus, dass beim diplomierten Personal alle Informationen zusammenfließen und Verantwortung sowie Planung übernehme. Diese zentrale Rolle der DGKP wird in einem anderen Interview bestä-

tigt: „(...) weil die ganze Pflegeplanung, was ist wann wo, wie zu tun, wenn jetzt Therapieänderungen sind zum Beispiel, auch bei Wundverbänden, usw., da muss immer eine Diplomierte da sein.“ (ExpertInnen-Interview 4)

Eine interviewte Person merkt allerdings kritisch an, dass es bei der Besetzung von Führungsstellen in der Pflege um Kompetenzen gehen soll: „Und ich glaub‘, wir sollten nicht so an den Titeln herumreiten, oder an den Berufsbildern, sondern eher schauen an den Kompetenzen. Das wäre mir (lacht) wesentlich lieber. Aber das ist so ein österreichisches Bild, dass wir eher an den Titeln herumnagen. (...) Also darum glaub ich auch, dass die Einrichtungen lernen sollten, (...) wer bringt natürlich das Wissen mit, aber auch die, die Kompetenzen. Also nicht immer nur schauen auf das Fachwissen, sondern welche anderen Kompetenzen bring ich auch noch mit. Und was brauch ich in der Position. Ich sag‘, manche sind ja wirklich die 100-prozentigen Praktikerinnen, wo die ihren Platz haben. Und da wär‘ fatal, wenn die in den sogenannten, ob das jetzt Bereichsleitung oder, oder Wohnbereichsleitung oder wie auch immer dann die Positionen heißen, oder Einsatzleitung, wenn die dann dort hinkommt, nur weil sie das Studium hat und nur weil sie die Ausbildung hat.“ (ExpertInnen-Interview 3)

6.1.2 PFLEGEFACHASSISTENZ

Durch das neu geschaffene Berufsbild der Pflegefachassistenz wird es zu einer Übernahme von Aufgaben, die bisher das diplomierte Personal erfüllt habe, kommen: „Die PFA werden nach und nach alle Aufgaben der derzeitigen DGKP übernehmen“ (ExpertIn Anbieter Mobile Dienste 4). Oder an anderer Stelle: „Diese Berufsgruppe übernimmt zukünftig Tätigkeiten, welche das Diplompersonal vor 10 Jahren noch nicht gemacht hat.“ (ExpertIn Ausbildung 4). Gemeint sind hier vor allem Tätigkeiten in der Pflege und nicht im Management. Wie bei den DGKP äußert eine befragte Person auch für die PFA die Kompetenzanforderungen: „Koordinations- und Delegationsfähigkeit, Beratungsfähigkeit, Organisationsfähigkeit und Fachwissen“ (ExpertInnen-Interview 3).

Eine Expertin sieht sogar PflegefachassistentInnen „zum Teil die Tätigkeiten der HKP“ (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 1) übernehmen. In einem Interview wird zu dieser Thematik zwar angeführt, dass ein Einsatz der Pflegefachassistenz in der Hauskrankenpflege noch nicht zu Ende gedacht ist, die persönliche Einschätzung allerdings gegen einen Einsatz in diesem Feld der mobilen Betreuung spreche (ExpertInnen-Interview 5). Generell ist der Einsatz dieser Berufsgruppe in mobilen Diensten auch deswegen in Frage gestellt, weil „(...) dadurch eine 4. Berufsgruppe beim Kunden ein- und ausgeht. Das ist aus Kundensicht und auch aus Sicht des Dienstplanes schwierig.“ (ExpertIn Forschung/ Bedarfsplanung 2)

Bei der Veränderung der Tätigkeiten wird von einzelnen ExpertInnen auf Schnittstellenproblematiken hingewiesen. Kritisch sei etwa die „gute Abstimmung zw. DGKP und PFA“ (ExpertIn Forschung/ Bedarfsplanung 2), aber auch der Umstand, als Pflegefachassistenz von anderen Berufsgruppen abhängig zu sein: „Pflegefachassistenten dürfen laut GuKG z.B. keine Morphium-Injektionen verabreichen, das wiederum lässt sich bei einer palliativen Begleitung nicht vermeiden. Das bedeutet, dass trotzdem eine DGKP zur Verfügung stehen muss. PFA können selbständig arbeiten, sind aber immer bei vielen Aufgaben abhängig von der Delegation eines Arztes oder DGKP.“ (ExpertIn Ausbildung 7)

Die Ausweitung des Tätigkeitsbereiches auf Basis einer zweijährigen Ausbildung erfolge *„(...) um mangelhaften Pflege- und Betreuungsnotstand zu kompensieren!“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 8). Einsparungspotenzial wird als weiterer Grund geäußert: *„Diplomkräfte können eingespart werden, da die Kompetenz des PFA sehr hoch ist.“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 6) Andererseits wird auch zurückgemeldet, dass die größere Verantwortung auch kritisch bewertet wird: Man müsste sich anschauen, *„(...) ob das [vermehrte Kompetenzen, Anm.] nicht etwas zu viel ist.“* (ExpertIn Ausbildung 1)

In den Rückmeldungen wird auch deutlich, dass die Ausbildungsdauer in Anbetracht der abzudeckenden Kompetenzen der Pflegefachassistenz als zu kurz eingeschätzt wird. Mehrmals wird die Befürchtung einer Überforderung geäußert, wie dieses beispielhafte Zitat deutlich macht: *„Es kommt zu einer Überforderung ... in 2 Jahren Ausbildung können die Ansprüche des GuKG nicht erfüllt werden (...).“* (ExpertIn Forschung/ Bedarfsplanung 1) Überforderung durch den ausgeweiteten Tätigkeitsbereich wird aber nicht nur in der Ausbildung, sondern auch für die spätere Tätigkeit als mögliches Problem gesehen: Mögliche Konsequenzen – wie etwa *„Pflegebehandlungsfehler und Burn-Outs in der mobilen Versorgung“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 8) – seien hier nicht abzuschätzen.

6.1.3 PFLEGEASSISTENZ

Gefragt wurden die ExpertInnen bei der ersten Runde der Delphi-Befragung auch nach möglichen Veränderungen des Berufsbildes der Pflegeassistenz, vormals Pflegehilfe, durch die GuKG-Novelle. Wie hoch das Veränderungsausmaß sein wird, schätzen die ExpertInnen unterschiedlich ein. Während die einen glauben, dass es *„kaum eine Auswirkung“* (ExpertIn Anbieter Mobile Dienste 2) geben wird, sehen die anderen eine *„erhebliche Ausweitung des Tätigkeitsbereiches“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 8) bei der Pflegeassistenz. Grundsätzlich werden die PflegeassistentInnen *„direkt am Bett arbeiten“* (ExpertIn APH 5).

Unabhängig davon, wie hoch das Veränderungsausmaß eingeschätzt wird, sind sich die ExpertInnen weitgehend einig, dass es zu einer (zumindest geringfügigen) Ausweitung der Tätigkeiten kommen wird bzw. die Arbeitskräfte mit *„mehr Kompetenzen“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 4) ausgestattet sein werden. Sie benötigen *„(...) ein hohes Maß an Zuverlässigkeit, Beurteilungsvermögen, die Fähigkeit zur Risikoeinschätzung, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein sowie Fachwissen.“* (ExpertInnen-Interview 3) Geringfügige Kompetenzerweiterung wird es bei den medizinischen Tätigkeiten geben, *„(...) da die medizinischen Tätigkeiten weitestgehend trotzdem von DGKP durchgeführt werden. Ausnahme: Absaugen aus den oberen Atemwegen und dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen.“* (ExpertIn APH 9)

Mehrere ExpertInnen heben hervor, dass es zu einer Überforderung der Berufsgruppe kommen wird. Als Grund dafür wird beispielsweise angegeben, dass *„sich der Pflege- und Betreuungsbedarf geändert hat“* (ExpertIn ohne Zuordnung 5), aber auch wird die *„Verantwortung des Tätigkeitskataloges“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 8) bei der Pflegeassistenz als zu groß empfunden.

Abschließend wird darauf verwiesen, dass eine im Gesetz vorgesehene Evaluierung eruiert werden solle, inwieweit der Einsatz in den Krankenanstalten langfristig weiterhin nötig sein werde (ExpertInnen-Interview 5), da die *„Tragfähigkeit“* (ExpertIn ohne Zuordnung 2) im Krankenhaus weiterhin offen sei.

6.2 SOZIALBETREUUNGSBERUFE

Die nachfolgenden Ausführungen zu den Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe leiten sich primär aus der in der ersten Runde der Delphi-Befragung gestellten Fragestellung ab, ob die in den Sozialbetreuungsberufen Tätigen bis 2030 andere bzw. zusätzliche Qualifikationen und Kompetenzen benötigen als heute. Generell werde in der Ausbildung stark auf die Vermittlung von Fachwissen fokussiert: *„Was meiner Meinung nach fehlt (...) [sind] die Sozialkompetenzen etc., die Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, das Miteinander-Arbeiten, einen eigenen Standpunkt haben, etc., dass das Werte sind, die viel mehr in der Ausbildung an Beachtung finden sollen und müssen. Und das hat für mich was mit der neuen Pflegelandschaft zu tun, um auf diese veränderten Situationen auch wirklich adäquat reagieren zu können. Weil wenn ich Angehörige hab‘, die permanente Forderungen stellen, und ich bin nicht reflektiert, dann ist, ich sag‘ s jetzt ganz salopp, der Knatsch schon vorprogrammiert.“* (ExpertInnen-Interview 3)

6.2.1 FSB „A“

Inwieweit für die *„soziale Komponente“* (ExpertIn Ausbildung 4) der Pflege in Zukunft noch Zeit bleibt und inwieweit die *„Passung“* der Ausbildungs- und Tätigkeitsinhalte mit der Praxis des Alten- und Pflegeheims gelingt, ist fraglich: *„Als diese Berufsgruppe geschaffen wurde, war der Eintritt in ein Heim noch mit Pflegestufe 1 -2 möglich. Der Pflegebedarf der Menschen wird immer aufwändiger und ich glaube, es sollte mehr in Pflgetechniken investiert werden.“* (ExpertIn Ausbildung 4) In eine ähnliche Kerbe schlägt eine andere Aussage aus der ersten Delphi-Befragung: *„Bereits heutige FSB ‚A‘ schildern, dass das in der Theorie Gelernte teils nicht mehr in der Praxis umgesetzt werden kann, da sich die Bewohnerinnen stark verändert haben.“* (Expertin ohne Zuordnung 2)

Ähnlich wird dies an anderer Stelle reflektiert: *„Es ist die Frage, ob die Kompetenz der Fach-Sozialbetreuung im Hinblick auf die künftigen Bedarfe tatsächlich die Qualifikation mitbringt, die tatsächlich im beruflichen Alltag gefordert ist - sehe ich sehr kritisch; Pflegeintensität wird höher, somit ist auch ein umfassendes pflegerisches und medizinisches Wissen erforderlich - es stehen nicht die Anforderungen, die im Modul Fach-Sozialbetreuung gelehrt werden, im Vordergrund.“* (ExpertIn Ausbildung 3) Ein verändertes Einsatzgebiet wird in einer weiteren Rückmeldung eingebracht: *„Denke, dass sich der Einsatzbereich verändern wird in Richtung mobile Betreuung und Betreuung im Bereich des betreuten Wohnens und neue Lebensformen im Alter“.* (ExpertIn Ausbildung 5)

6.2.2 HEIMHILFE

Mehrmals wird betont, dass Heimhilfen mit deren Ausbildung wohl in Zukunft nur eingeschränkt tätig sein können und weniger nachgefragt werden: Vereinzelt spiegeln Befragte zurück, dass gerade in der stationären Pflege die Anforderungen so steigen, dass diese Berufsgruppe in Zukunft nicht mehr einsetzbar sein wird: *„Werden zukünftig im stationären Bereich aufgrund der Tätigkeitsanforderungen nicht mehr beschäftigt werden können.“* (ExpertIn APH 3)

An anderer Stelle wird angemerkt: *„Zu hinterfragen ist zukunftsorientiert das UBV-Modul [Unterstützung bei der Basisversorgung im Umfang von 140 Unterrichtseinheiten, Anm.]: Wie tauglich ist dieses noch, wenn Bewohnerinnen weniger orientiert sind. Zu überlegen ist unter den derzeitigen Rahmenbedingungen, wie sehr die Heimhilfen rein unterstützend tätig sein können.“* (ExpertIn ohne Zuordnung 2)

Andere plädieren dafür, die Kompetenzen der Heimhilfe zu erweitern (z.B. Delegation des Anziehens von Strümpfen) oder Aufschulungen anzubieten: *„Mehr Kenntnis Richtung FSB ‚A‘-Ausbildung, da zumindest in den Heimen der Pflegebedarf steigt und Heimhilfen sonst nur mehr für den Küchendienst zuständig wären, was auch Hilfskräfte mit Geschick leisten können.“* (ExpertIn APH 1) Bereits heute komme es aufgrund einer zu eng definierten Kompetenz, wie eine ExpertIn meint, bereits laufend zu Kompetenzüberschreitungen (ExpertIn ohne Zuordnung 2).

6.3 ZWISCHENFAZIT

Team- und Konfliktlösungsfähigkeit als Kernkompetenzen

Generell sehen die befragten ExpertInnen auf alle Berufsgruppen im Altenpflegebereich neue Herausforderungen zukommen. Als Kernkompetenzen werden Teamfähigkeit, Konfliktlösungsfähigkeit, das Miteinander-Arbeiten und einen „eigenen Standpunkt vertreten“ gesehen. Darauf sollte in allen Pflegeausbildungen mehr Rücksicht genommen werden.

Pflegerische und medizinische Kompetenzen werden wichtiger

Das Aufnahmekriterium „mindestens Pflegestufe 4“ in Alten- und Pflegeheimen wird dazu führen, dass der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Kompetenzen dort zunehmen wird und der Bedarf an sozialen Qualifikationen abnehmen wird.

Da generell geplant ist, die Schwerpunkte der Pflegeversorgung von „stationär“ zu „mobil“ zu verlagern, ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Qualifikationen der FSB „A“ und der Heimhilfen bei den Mobilien Diensten ansteigen wird. Mittel- bis langfristig – alleine schon aus alterungsbedingten demografischen Gründen – werden auch die Bedarfe an pflegerische und medizinische Qualifikationen steigen.

Auch die Ergebnisse der standardisierten Befragung der 2. Delphi-Runde deuten darauf hin, dass insgesamt die Bedarfe an pflegerischen und medizinischen Qualifikationen stärker steigen werden als an sozialen und hauswirtschaftlichen. Wobei bei den sozialen Kompetenzen unterschieden wird zwischen dem Umgang mit Pflegebedürftigen und dem Umgang mit deren Angehörigen. Der Bedarf an sozialen Kompetenzen im Umgang mit Angehörigen wird als stärker steigend angesehen. Bei den Heimhilfen im stationären Bereich wünschen sich einzelne ExpertInnen Kompetenzerweiterungen.

Stärkster Qualifikationsbedarf bei DGKP und PFA

Die ExpertInnen sehen die Berufsgruppen der DGKP und der PFA als jene an, bei denen am häufigsten zusätzliche Qualifikationen und Kompetenzen wichtiger werden. Neben Konfliktlösungskompetenz werden vor allem pflegerische und medizinische Qualifikationen angegeben, die in Zukunft wichtiger werden (Umgang mit Demenz, mit psychiatrischen Diagnosen und mit Multimorbidität) – Angehörigen- und Netzwerkarbeit, Gesundheitsförderung, Care- & Case-Management werden seltener genannt.

7 AUSBILDUNGEN

Generell hängt die Zahl der Ausbildungsplätze in Oberösterreich vor allem von der Anzahl der Anmeldungen für die jeweiligen Ausbildungen ab. Bei der Zahl der möglichen Ausbildungsplätze zeigen sich die meisten Ausbildungsanbieter auf telefonische Rückfragen flexibel: „Wenn wir 50 statt 18 Anmeldungen hätten, dann könnten wir das auch bewältigen.“ (lt. tel. Auskunft einer Anbieterin für PFA-Ausbildung).

Die Ausbildungslandschaft in Oberösterreich darf als regional ausgewogen bezeichnet werden. Die Vielfalt der Anbieter sowie die Zahl an jährlichen AbsolventInnen ist für die meisten Ausbildungen bekannt und ist in Kapitel 1.3 beschrieben.

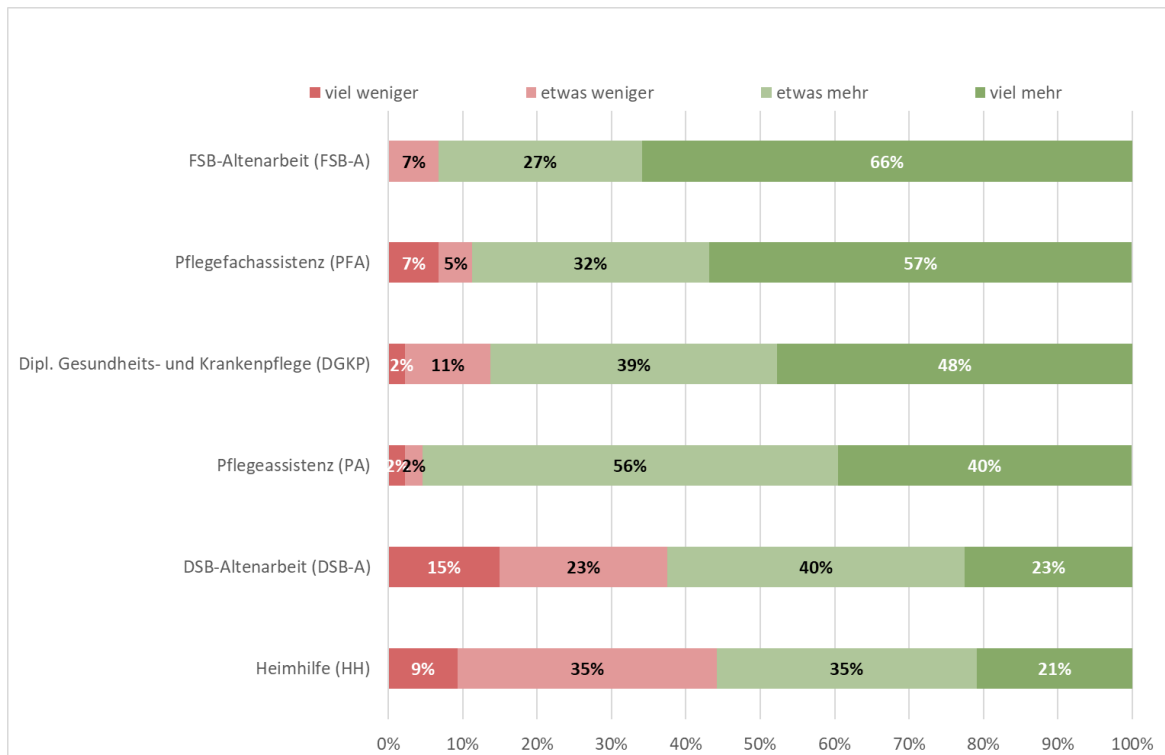
Tabelle 7-1: AbsolventInnen 2017 in OÖ

Berufsgruppe	AbsolventInnen 2017
Heimhilfen	101
FSB-A	383
DGKP	525
Summe	1.009

Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales

Die 2. Delphi-Befragungsrunde zeigt, dass es bis 2030 eines Zuwachses an Ausbildungsplätzen bedarf – so die Mehrheit der ExpertInnen. Im besonderen Ausmaß betrifft das die Ausbildungen FSB Altenarbeit, Pflegefachassistenz, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegeassistenz (siehe Abbildung 7-1). Jeweils mehr als 86% (>38 von 44) der ExpertInnen sind sich darin einig. Bezüglich der Ausbildungen DSB-Altenarbeit und Heimhilfen sind die ExpertInnen geteilter Meinung (siehe Abbildung 7-1).

Ein generelles Plädoyer – trotz derzeitigem BewerberInnen-Mangels – für mehr Ausbildungsplätze in den Sozialbetreuungsberufen hält eine interviewte Person, denn durch die Pensionierungswelle und durch unbesetzte Ausbildungsplätze in den vorhergehenden Jahren würde man heute bei der Ausbildung „nachhinken“: „Wir werden die benötigte Anzahl, die sein soll, ja gar nicht mehr erreichen. So viele können wir gar nicht ausbilden.“ (ExpertInnen-Interview 3) Auch in einem anderen Interview wird die Notwendigkeit der Ausweitung von Ausbildungsplätzen angesprochen: „Grundsätzlich denk‘ ich mir, die Sozialabteilung macht eh immer wieder Berechnungen, Bedarfsberechnungen. Der Bedarf, der da wäre, ist ja bei weitem höher, wie das, was wir derzeit ausbilden. D.h., da kommt sowieso ein gescheitertes Loch im nächsten oder übernächsten Jahr (...).“ (ExpertInnen-Interview 4)

Abbildung 7-1: Bedarf an Ausbildungsplätzen bis 2030

Anmerkung: Weniger oder mehr Ausbildungsplätze bis 2030? Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=44 ExpertInnen

7.1 BEDARFSEINSCHÄTZUNG

Anhand der Zahlen und Pläne des Landes OÖ, Abteilung Soziales (2018) und den daraus durchgeführten Eigenberechnungen sollten, um den bisherigen Personalbedarf zu decken, bis 2025

- zusätzlich jährlich etwa 30 Heimhilfen,
- zusätzlich jährlich etwa 130 FSB „A“ und
- zusätzlich jährlich etwa 60 DGKP bzw. PFA⁵

für den Altenpflegebereich ausgebildet werden. Diesen Berechnungen liegen folgende Annahmen zugrunde:

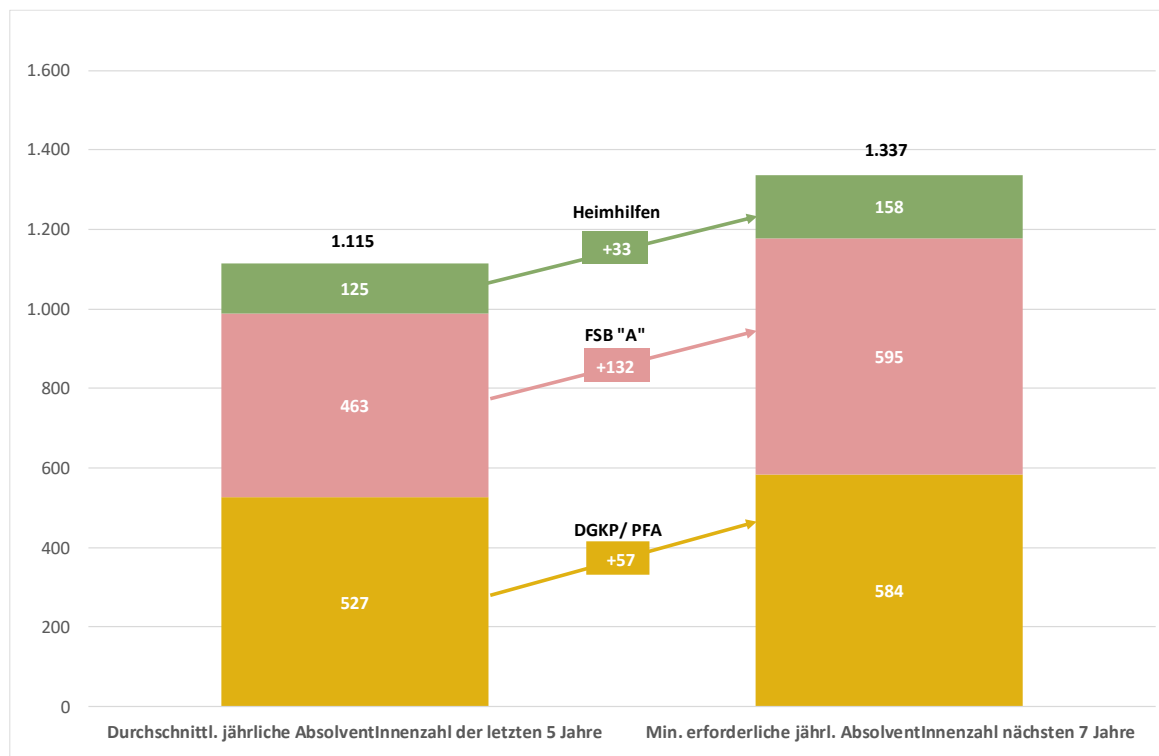
1. Annahme: Die bisherigen AbsolventInnen-Zahlen deckten den Bedarf.
2. Annahme: Folgender gesamter Mehrbedarf ist für die einzelnen Berufsgruppen von 2018 bis 2025 gegeben (siehe auch Tabelle 5-1 auf Seite 53):
 - Heimhilfen 230 Personen (151 VZÄ-PE)
 - FSB „A“ 921 Personen (670 VZÄ-PE)
 - DGKP/ PFA 402 Personen (267 VZÄ-PE)

⁵ Da die bisherige DGKP-Ausbildung mit bisher etwa 525 AbsolventInnen jährlich in den nächsten Jahren auslaufen wird und die neu angebotene DGKP-Ausbildung mit Bachelor-Abschluss lediglich 340 Ausbildungsplätze vorsieht, muss mit dem Einsatz von AbsolventInnen der neu geschaffenen PFA-Ausbildung gerechnet werden.

3. Annahme: Schon ab 2019 wird der errechnete Mehrbedarf an Ausbildungsplätzen geschaffen und besetzt werden.

Kann der errechnete Mehrbedarf an Ausbildungsplätzen erst in späteren Jahren erstmals geschaffen und besetzt werden, so erhöht sich der jährliche Mehrbedarf dementsprechend.

Abbildung 7-2: Bedarfseinschätzung AbsolventInnen



Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, IBE-Berechnungen und –Darstellung; FSB „A“: Fachsozialbetreuung „Altenarbeit“; DGKP: Diplomierte Gesundheits- u. Krankenpflege; PFA: Pflegefachassistenz; in der Alten- und Pflegeheimverordnung des Landes OÖ werden DGKP und PFA gemeinsam betrachtet: Es sind 25% bis 30% der Personaleinheiten für DGKP/ PFA vorgesehen, Mind. 15% für DGKP. Zum derzeitigen Stand gibt es keine Festlegungen bzgl. des Einsatzes von PFA in Mobilien Diensten. Daher werden DGKP/ PFA gemeinsam dargestellt.

Diese Einschätzungen sind allerdings mit weiteren Unsicherheiten behaftet:

- Die altersspezifische Personalstruktur des oberösterreichischen Pflegepersonals und damit verbundene mögliche bevorstehende Pensionierungswellen sind nicht bekannt bzw. wurden dem IBE nicht zur Verfügung gestellt.
- Politische Entwicklungen, die derzeit nicht absehbar sind, können zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen sowie zwischen den unterschiedlichen Pflegeberufen zu Verschiebungen der Mengengerüste führen.
- Die vermutete Zunahme an multimorbiden und demenzkranken HeimbewohnerInnen kann zu einer Veränderung des Qualifikationsmix in APHs – hin zu mehr geriatrischem Knowhow – führen.
- Dass die bisherige Zahl an AbsolventInnen ausreichte, um den bisherigen Personalbedarf zu decken, könnte bezweifelt werden: Die Heimaufsicht Oberösterreich hält fest, dass hohe Überstunden- bzw. Resturlaubsstände bestehen. (Amt der Oö. Landesregierung 2012, S.11) Hötzing (2018, S. 133) empfiehlt, Fehlzeiten in Form von Krankenständen, Urlaub, gesetzlichen Fort- und Weiterbildungen und weiteren Dienstverhinderungen auch in der Mindestpflegepersonalschlüsselberechnung zu berücksichtigen.

Als zuverlässige Prognose darf die zukünftige demografische Entwicklung gesehen werden. Die Orientierung an den Plänen des Landes OÖ, Abteilung Soziales, um Qualifizierungsbedarfe zu prognostizieren, erscheint sinnvoll.

7.1.1 HEIMHILFE

Bei der Heimhilfe-Ausbildung zeigt sich derzeit eine hohe Nachfrage in manchen Bezirken, sodass eine interviewte Person sogar die Situation von zusätzlichen Lehrgängen bzw. Wartelisten beschreibt. Wie sich dies längerfristig bis 2030 entwickelt, ist aus ExpertInnen-Sicht nicht abschätzbar, derzeit zeigt sich für dieses Berufsbild jedenfalls kein Problem, die entsprechende Anzahl von AusbildungsinteressentInnen zu erreichen: *„Das hat auch den Grund, weil ich sag‘, das ist überschaubar. Ein halbes Jahr die Ausbildung, das ist für viele Frauen überschaubar. Oder auch mit Kindern etc. oder auch persönlich. Die sagen, ein halbes Jahr, da kann ich mich drauf einstellen, da weiß ich auch, da kann ich vielleicht finanziell zurückstecken und, und, und.“* (ExpertInnen-Interview 3)

Rekrutierung von InteressentInnen unproblematisch

Bei der Ausbildung zur Heimhilfe zeigten sich in den vergangenen fünf Jahren jährlich durchschnittlich 125 AbsolventInnen. Diese Zahl müsste in den nächsten sieben Jahren um jährlich 30 Personen auf etwa 155 AbsolventInnen steigen, um den prognostizierten Bedarf bis 2025 decken zu können. Im Ausbildungsbereich der Heimhilfe scheint die Rekrutierung an InteressentInnen kaum ein Problem darzustellen, da die Kürze der Ausbildung (sechs Monate) absehbar, finanziell gut überbrückbar und daher attraktiv erscheint. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze scheint um 30 Plätze erhöht werden zu müssen, um die Zahl der Heimhilfen von derzeit 1.077 Personen auf die bis 2025 geplanten rund 1.300 Personen erhöhen zu können. Dieser Trend des Mehrbedarfs scheint sich bis 2030 aufgrund der demografischen Entwicklung linear fortzusetzen, allerdings ist abzuwarten, inwieweit sich die unterschiedlichen Versorgungsformen in ihren Mengengerüsten in den nächsten Jahren entwickeln werden. Daher erscheint es sinnvoll in der derzeitigen Situation den konkreten Planungshorizont auf 2025 zu fokussieren.

7.1.2 FSB „A“

Im Bereich der FSB „A“ zeichnet sich besonders ein Mangel an BewerberInnen ab, dieser umfasse ca. 100 Ausbildungsplätze, die jährlich unbesetzt bleiben würden (ExpertInnen-Interview 3). Ähnlich wird dies in einem anderen Gespräch geschildert: *„Gerade Fach-Sozialbetreuung, das muss ich jetzt schon ganz ehrlich sagen, also ich rede da jetzt einmal so für unsere Region, (...) ist in den letzten, also das letzte Mal schon, das war vor zwei Jahren, und jetzt sozusagen, (...) extrem schwierig. Dass man da wirklich Leute findet. Also, ist unbeschreiblich. (...) Also, die Attraktivität dieses Berufsbildes, ich glaub‘, das muss man sich ganz, ganz kritisch anschauen. Auch wenn der Sozialbereich da draufhängt wie nur was und die glauben, das muss unbedingt so sein, weil es die letzten 20 Jahre so war. Das muss man sich aus meiner Sicht ganz kritisch anschauen, warum geht da das Interesse so sehr zurück, was ist die Ursache dahinter.“* (ExpertInnen-Interview 4)

Alarmierender Rückgang bei InteressentInnen

In den letzten fünf Jahren wurden in Oberösterreich durchschnittlich 463 FSB „A“ ausgebildet, wobei der Rückgang im Jahr 2017 auf lediglich 383 AbsolventInnen alarmierend erscheint und die zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze immer weniger besetzt werden können. Um den zukünftigen Personalbedarf (von derzeit 6.015 Personen auf 6.936 im Jahr 2025) mit dieser Qualifikation decken zu können, sollten bis 2025 jährlich zusätzlich rund 130 – also insgesamt jährlich zwischen 580 und 600 – FSB „A“ ausgebildet werden. Diese Einschätzung ist allerdings mit der Unsicherheit behaftet, dass nicht abzuschätzen ist, inwieweit aufgrund des Aufnahmekriteriums „Pflegestufe 4+“ die Qualifikation FSB „A“ in APHs zurückgedrängt wird und inwieweit dadurch der Bedarf an dieser Qualifikation bei den mobilen Diensten steigt. Zudem geht diese Einschätzung davon aus, dass sehr rasch der jährliche Mehrbedarf gedeckt werden wird. Gelingt es nicht, entsprechende Ausbildungsplätze rasch zu schaffen und zu decken, so ist mit einer weiteren Erhöhung des jährlichen Mehrbedarfs zu rechnen.⁶

7.1.3 DGKP/ PFA

Da in Bezug zu einer Bedarfseinschätzung die beiden neu geschaffenen Ausbildungen (diplomierter Pflegeberuf und Pflegefachassistenz) in engem Zusammenhang stehen, werden sie in diesem Unterkapitel gemeinsam betrachtet.

Eine zu geringe Zahl an Ausbildungsplätzen wird an mehreren Stellen für die DGKP angeführt. Hierzu ein paar beispielhafte Aussagen aus der Delphi-Befragung:

- *„Der Bedarf an qualitativ gut ausgebildeten Pflegepersonen wird steigen, besonders im gehobenen Dienst (jetzt DGKP) muss mehr ausgebildet werden.“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 3)
- *„Bitte mehr Ausbildungsplätze schaffen.“* (ExpertIn APH 2)
- Im ExpertInnen-Interview 5 wird zu den Ausbildungsplätzen ergänzt: *„Bisher gab es rund 500 Ausbildungsplätze für DGKP, jetzt nur mehr 340 Plätze pro Jahr an der Fachhochschule für das Bachelorstudium.“*

Durchschnittlich absolvierten in den letzten fünf Jahren jährlich 525 Personen die Ausbildung zur DGKP, wobei nur grob abgeschätzt werden kann, wie viele Personen davon im Altenpflege- (rund 200) und wie viele im Gesundheitsbereich (etwa 325) tätig wurden⁷. Für die ab Herbst angebotene Diplompflegeausbildung an der Fachhochschule mit Bachelor-Abschluss stehen 340 Plätze zur Verfügung – also um ca. 185 weniger als für die bisherige DGKP-Ausbildung. Das BFI Wels und Linz bietet zudem für bereits ausgebildete Pflegeas-

⁶ Letzte Ergänzung vom 24.10.2018: Laut Telefonat mit dem Land Oö., Abt. Soziales, haben 2018 459 Personen mit einer FSB „A“-Ausbildung begonnen. Es wird mit einer Drop-Out-Quote von 25% innerhalb der zweijährigen Ausbildung gerechnet – also etwa 350 AbsolventInnen im Jahr 2020.

⁷ Einschätzung auf Basis einer Extrapolation, bei der AbsolventInnen-Zahlen der FSB „A“-Ausbildung, im Pflegeberuf Tätige mit FSB „A“-Ausbildung und DGKP-Ausbildung in Relation gesetzt wurden

sistentInnen (PA) oder FSB „A“ mit mindestens zweijähriger Berufspraxis noch eine berufsbegleitende Ausbildung „alt“ zum/ zur DGKP an (ohne Bachelor) – etwa 40 Ausbildungsplätze.

Möglichst rasch zusätzliche Ausbildungsplätze schaffen

Es ist nicht klar, inwieweit die AbsolventInnen der neu geschaffenen Pflegefachassistenten-Ausbildung (PFA – etwa 165 Ausbildungsplätze) Aufgabenbereiche der DGKP übernehmen werden können und wie viele der AbsolventInnen in den Gesundheitsbereich und wie viele in den Altenpflegebereich gehen werden. Orientiert man sich an den Plänen des Landes OÖ, dann sollte das DGKP-Personal von derzeit 2.680 diplomierten PflegerInnen bis 2025 auf etwa 3.080 aufgestockt werden. Dafür müssten jährlich zusätzlich 60 DGKP ausgebildet werden – also statt bisher 525 nun 585 unter der Voraussetzung, dass davon weiterhin etwa 325 Personen im Gesundheitsbereich tätig werden und unter der Voraussetzung, dass dies bereits ab 2019 passiert. Summiert man die Ausbildungsplätze für DGKP „neu“, „alt“ und PFA, so erhält man 545 Ausbildungsplätze (380 DGKP und 165 PFA) – um 40 weniger als die erforderlichen rund 585 AbsolventInnen, die notwendig sind, um den geplanten Bedarf decken zu können. Da ab Herbst 2019 die DGKP-Ausbildung „alt“ nicht mehr angeboten wird, klafft eine Lücke von mindestens 80 Ausbildungsplätzen. Zudem ist vor allem für das Jahr 2021 zu erwarten, dass die ersten DGKP-AbsolventInnen mit Bachelor-Abschluss sich in den vorgesehenen Spezialisierungsmodulen weiterbilden werden und dem Arbeitsmarkt nur zum Teil zur Verfügung stehen werden. Somit wird sich der Mangel an pflegerisch ausgebildetem Personal weiter verschärfen. Es wird großer Bemühungen bedürfen, möglichst rasch zusätzliche Ausbildungsplätze für DGKP- und PFA-Ausbildungen zu schaffen. Insgesamt werden mindestens 80 Ausbildungsplätze notwendig sein. Inwieweit die Rekrutierung an zusätzlichen InteressentInnen möglich sein wird, wird erst im Herbst 2018 (Anmeldungen bis 31. 8. 2018) zu beurteilen sein, wenn bekannt sein wird, ob für die derzeit zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze Wartelisten eingerichtet werden mussten⁸.

Im Endbericht „Sozialressort 2021+“ des Landes Oö, Abteilung Soziales, in dem die Pflegepersonalpläne bis 2025 dargelegt werden, findet die neue Ausbildung zur PFA noch keine Berücksichtigung. Für die Pflegefachassistenten wird in der ersten Delphi-Befragung angemerkt: *„Die Bedingungen für die Ausbildung sind äußerst schlecht und es bleibt abzuwarten, wie das Interesse an dieser Ausbildung ist.“* (ExpertIn Ausbildung 4) Unter anderem werde nicht genug Werbung für dieses Berufsbild gemacht (ExpertIn Ausbildung 4) und es ist *„kaum voraussehbar, wie lange sich die Etablierung dieses Berufes hinzieht.“* (ExpertIn Ausbildung 5)

7.1.4 PA

Auf die Ausbildung zur Pflegeassistenten (PA) wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen, da sie sowohl in der aktuellen Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung als auch im Endbericht „Sozialressort 2021+“ des Landes Oö, Abteilung Soziales, keine Berücksichtigung findet und zudem laut ExpertInnen als Basisausbildung für weitere Ausbildungen und auf den Spitalsbereich zugeschnitten angesehen wird (siehe auch Kapitel 5.3).

⁸ Letzte Ergänzung vom 24.10.2018: Es mussten keine Wartelisten eingerichtet werden. Von den 340 DGKP-Ausbildungsplätzen wurden 280 besetzt. Die Anzahl an PFA-Ausbildungs-AnfängerInnen stand zum Zeitpunkt des Abschlusses des hier vorliegenden Projektes nicht fest.

7.2 ZUGANGSVORAUSETZUNGEN

Als wesentliche Zugangsvoraussetzungen gelten für alle Altenbetreuungs- und –pflegerberufe

- ausreichende Deutschkenntnisse und ein
- Mindestalter von 17 Jahren
- Pflichtschulabschluss (Ausnahme Heimhilfe)
- Aufnahmetest und/ oder Aufnahmegespräch

Für die Pflegefachassistenten-Ausbildung ist ein positiver Abschluss der 10. Schulstufe notwendig. An manchen Ausbildungsstätten ist auch ein 40-stündiges Schnupperpraktikum verpflichtend. Für den Bachelor-Studiengang DGKP werden entweder die allgemeine Studierfähigkeit (Matura, Berufsreifeprüfung, Studienberechtigungsprüfung) oder eine einschlägige berufliche Qualifikation (Diplom in einem medizinischen Fachbereich, PFA-Ausbildung, bestimmte Lehrberufsgruppen, wie z. B. AugenoptikerIn, BandagistIn) mit Englisch Niveaustufe B2 vorausgesetzt.

Ob es beim Zugang Änderungen bedarf, schätzen die ExpertInnen unterschiedlich ein. Dass die Auswahlverfahren/ Aufnahmetests/ Aufnahmegespräche grundsätzlich nicht standardisiert seien und jede Ausbildungseinrichtung hier Gestaltungsspielraum habe, mache die Beurteilung der Auswahlkriterien schwierig (ExpertInnen-Interview 4). Ebenso wird eine Vereinheitlichung aller Ausbildungsinhalte im Bereich der Sozialbetreuungsberufe angeregt (ExpertInnen-Interview 3).

In der ersten Delphi-Befragung halten vier ExpertInnen die Zugangsvoraussetzungen für in Ordnung: *„Die Zugangsvoraussetzungen für alle Ausbildungen sind grundsätzlich breit gefächert und ermöglichen, auf ein breites Repertoire zurückzugreifen.“* (ExpertIn Ausbildung 3) Eine Veränderung des Zugangs wird von mehreren ExpertInnen nicht als passender Ansatzpunkt für das Gewinnen von mehr Personen gesehen. *„Der Zugang zur Ausbildung ist nicht das Problem!“* (ExpertIn Anbieter Mobile Dienste 4) Oftmals werden zum Gewinnen neuer InteressentInnen eher Maßnahmen zur Förderung des Images und der Attraktivität von Pflegeberufen als notwendig erachtet (siehe Kapitel 7.4).

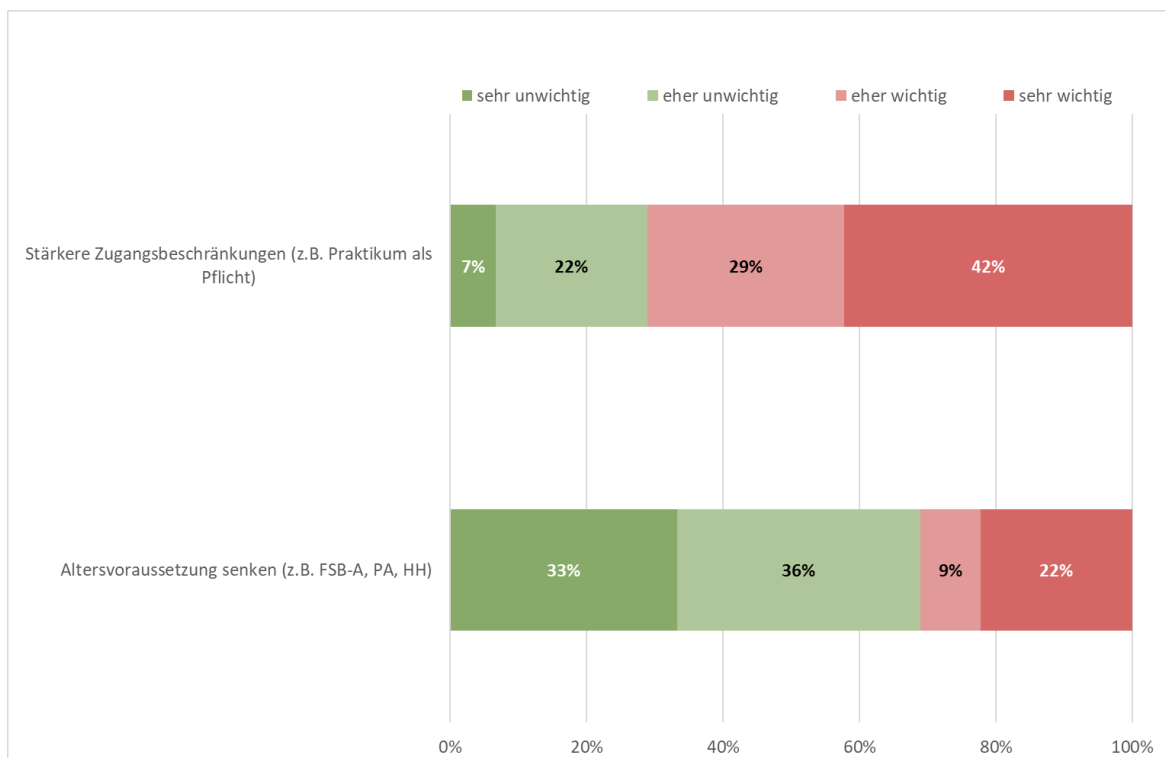
Aufweichen der Zugangsvoraussetzungen wird kritisch gesehen

- *„Ich kann mir nicht vorstellen, dass man was absenkt. (lacht) Weil wir hören von den Schulen immer wieder, dass eigentlich die Qualifikation immer schlechter wird und wir haben hohe Dropout-Quoten. (...) Wenn 25% wegbrechen, das ist schon sehr viel. Dann kann ich nicht noch absenken.“* (ExpertInnen-Interview 5) Für die Ausübung der Berufe müsse ein gewisses Niveau vorhanden sein, da man Verantwortung trage oder mit anderen Berufsgruppen kommuniziere: *„Ich muss soweit professionell sein, dass ich vertrauensvoll bin.“* (ExpertInnen-Interview 5)
- Die Ausbildung – gerade zur FSB „A“ – sei auf einem hohen Level (Lerninhalte, Wissensserwerb), sollte man die Zugangsvoraussetzungen absenken ohne die Ausbildungsinhalte zu verändern, so werde man Zielgruppen ansprechen, die die Ausbildung dann nur mit hohem Aufwand und Unterstützung (durch Begleitung, Wiederholungen, Lernwerkstätten) schaffen (ExpertInnen-Interview 3).

Dennoch zeigt sich keine der befragten Personen verschlossen, über Veränderungen im Zugang zu Ausbildungen zu debattieren, wie an dieser beispielhaften Aussage deutlich wird: „Ich bin ja nicht wirklich eine Verfechterin, also so wie es jetzt momentan ist, dass man sagt, es läuft in einem Tag [Aufnahmeverfahren läuft an einem Tag ab, Anm.], also es ist eine schriftliche Sache. Also es wird so quasi das Kognitive in vielfältiger Form – vom Aufsatz-schreiben bis Beschreiben eines Bildes und logisches Denken – wie ich sag‘, das ist eine Kurzaufnahme. Was nehm‘ ich denn da wahr? Ich nehme ja nur diesen Moment wahr etc.“ (ExpertInnen-Interview 3) Eine längere Abklärungsphase sei jetzt in einem Lehrgang für Interessierte mit nicht deutscher Muttersprache möglich: Eine siebenwöchige Aufnahme-phase entscheide darüber, ob die Personen die Ausbildung machen können oder nicht. In dieser Abklärungsphase müsse es aber eine Absicherung des Lebensunterhalts geben, um überhaupt interessant für BewerberInnen zu sein (ExpertInnen-Interview 3).

Anhand der geäußerten Veränderungswünsche in der 1. Delphi-Runde bezüglich des Ausbildungszuganges wurde in der 2. Delphi-Befragungsrunde standardisiert abgefragt, welche dargebrachten Ideen mehr oder weniger wichtig erachtet werden. Überwiegend positiv äußerten sich die 45 ExpertInnen zu stärkeren Zugangsbeschränkungen, wie z.B. ein verpflichtendes Praktikum – 71% erachteten diese Veränderung als wichtig (siehe Abbildung 7-3). Für die Idee, die Altersvoraussetzungen zu ändern, können sich lediglich 31% der ExpertInnen erwärmen (9% eher wichtig; 22% sehr wichtig).

Abbildung 7-3: Änderungen bei Zugangsvoraussetzungen



Anmerkung: Wichtigkeit von Veränderungen beim Ausbildungszugang? Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=45 ExpertInnen

7.2.1 ZENTRALE VORAUSSETZUNGEN BEIBEHALTEN

Bevor jedoch auf die Ansatzpunkte für Veränderungen eingegangen wird, werden noch einmal zwei Punkte aufgegriffen, die beizubehaltende Zugangsvoraussetzungen aus Sicht der ExpertInnen betreffen.

7.2.1.1 Eignung

Die individuelle Eignung für einen Sozialbetreuungs- und Pflegeberuf sehen die ExpertInnen als den relevanten Faktor hinsichtlich des Zuganges zu Ausbildungen. Mehrmals wird betont, dass nicht jede/ jeder – nicht nur aus körperlichen Gründen – für die Arbeit in der Altenpflege und -betreuung geeignet ist:

- *„Nicht alle Personen sind aufgrund ihrer Persönlichkeit, Erziehung, Sozialisierung für diese Berufe geeignet.“* (ExpertIn Anbieter Mobiler Dienste 1)
- *„Aber ich kann nicht jede Person in die Pflege geben, es ist nicht jede Person dazu fähig, dass sie diesen Beruf macht. Und das muss man auch sehen, das geht nicht. (...) Ich habe da die Dimension Mensch drinnen, wo ich auf der einen Seite sehr intim bin mit diesen Menschen, rein, wenn man sich Körperpflege anschaut, wo ich sehr viel Beziehungsarbeit machen muss. (...) Es ist ein Sozialberuf.“* (ExpertInnen-Interview 5)

7.2.1.2 Deutschkenntnisse

Gute Deutschkenntnisse stellen für einige ExpertInnen eine wichtige Voraussetzung für den Zugang zu Ausbildungen dar: *„Es ist Beziehungsarbeit. Gerade wenn man die deutsche Sprache hernimmt. Ich muss den verstehen können, was der meint, in seiner Kultur. Da kann ich nicht Deutsch absenken. Ich muss Bericht erstatten, ich muss Krankheitssymptome erkennen und weiterkommunizieren, mündlich, schriftlich.“* (ExpertInnen-Interview 5)

Gerade bei Personen mit nicht deutscher Muttersprache sei Deutsch eine Herausforderung, gibt eine andere interviewte Person zu bedenken, und deshalb sei man auch in Oberösterreich dabei, entsprechende Angebote zu schaffen, wie etwa Sprachkurse vor der Ausbildung. Deutsch spiele auch bei der Dokumentation eine Rolle, denn eine nachvollziehbare Dokumentation sei wichtig. Allerdings wird auch angemerkt, dass auch bei jenen mit deutscher Muttersprache die Formulierungen auch nicht immer nachvollziehbar seien und von einer Kommunikation der Jugend in „Wortfetzen“ gesprochen werde. Deshalb sei die Frage der guten Deutschkenntnisse ein gesamtgesellschaftliches Thema (ExpertInnen-Interview 1).

Viele Personen ohne gutem Leseverständnis oder jene, die sich nicht artikulieren können, würden derzeit nicht die Aufnahme für eine Ausbildung schaffen. Anzudenken sind Möglichkeiten der Digitalisierung zur Kompensation von Schwächen in der Verschriftlichung/ Dokumentation in deutscher Sprache: *„Könnte man nicht mit anderen digitalen Hilfsmitteln arbeiten, um diese Fehler oder diese Themen... Das hab' mir ich schon öfter überlegt, z.B., wenn jemand eigentlich so sehr gut geeignet ist, auch fachlich eigentlich gut ist, aber nur die Kompetenz beim Schreiben halt nicht wirklich hat. Weil er vielleicht einen Migrationshintergrund hat oder weil eine Schwäche oder sonst was vorliegt, ja. Aber eigentlich das in anderer Weise ganz gut kompensiert, so in seinem Feld. (...) Könnte man hier nicht andere technische Hilfsmittel zur Verfügung stellen, die es ermöglichen, z.B., wenn jetzt wer nicht geschrieben kann oder sich einfach nicht gut artikulieren kann, ja, dass ich dann einfach solche EDV-Systeme hab', wo ich sag', ok, ich rede da vielleicht nur mehr rein und der*

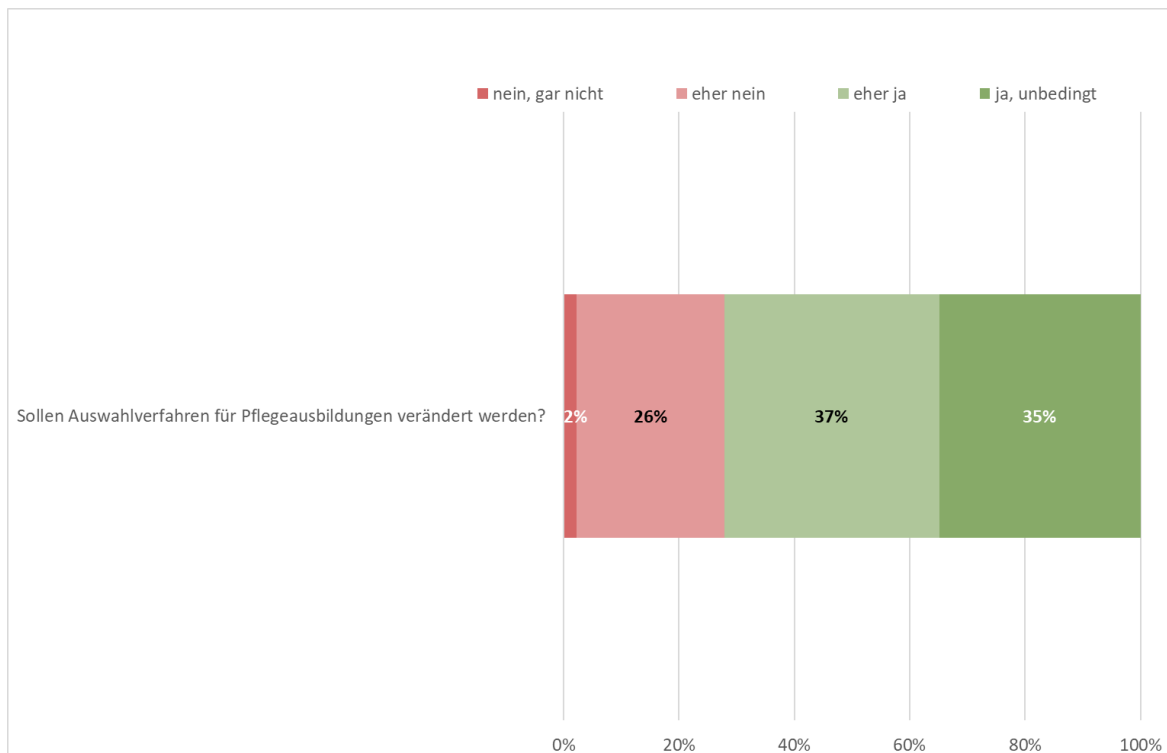
Computer verschriftlicht das dann automatisch ja, und das ist das, was dokumentiert wird. Weil das sind ja oft wirklich die Hürden, die man dann hat, ja.“ (ExpertInnen-Interview 4)

7.2.2 AUFNAHMEVORAUSSETZUNG PRAKTIKUM

Gerade die bereits angesprochenen Dropout-Quoten (siehe einleitende Bemerkungen im Kapitel 7.2) veranlassen die interviewten ExpertInnen dazu, eine Änderung bei den Zugangskriterien zu Ausbildungen zu reflektieren. So spricht eine befragte Person darüber, dass die Drop-Out-Quoten in den letzten Jahren sehr zugenommen haben und sich auch die Haltung zur Ausbildung verändert habe, weil man sich die Ausbildung heute einfach einmal „anschaut“ (ExpertInnen-Interview 1). Ein anderes Interview greift dieses Thema ebenfalls auf: Früher seien InteressentInnen aus Überzeugung, den Beruf mit Kopf und Herz machen zu wollen, gekommen, während aktuell die Haltung eher sei, eine Ausbildung zu beginnen und dann zu schauen, ob das passt (ExpertInnen-Interview 3).

72% von 44 ExpertInnen befürworten Veränderungen bei den Auswahlverfahren für Pflegeausbildungen – so das Ergebnis der 2. Delphi-Befragungsrunde. Aus der Zusammenführung des 1. und des 2. Delphis kann abgeleitet werden, dass sich die gewünschten Änderungen vor allem auf Praktikums- bzw. Schnuppermöglichkeiten vor der Ausbildung beziehen, die wiederum einen Beitrag zur Klärung bzgl. Eignung zum Pflegeberuf leisten.

Abbildung 7-4: Änderungen bei Auswahlverfahren



Anmerkung: Wichtigkeit von Veränderungen beim Ausbildungszugang? Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=40 ExpertInnen

Bereits vor der Ausbildung schlagen manche ExpertInnen vor, Praxisphasen vorzusehen. Vorgeschlagen wird u.a. auch, den Zivildienst auch auf Mädchen auszuweiten (ExpertIn APH 7), Praktika als Eignungsüberprüfung einzusetzen (ExpertIn APH 6) oder auch ein Berufsfindungspraktikum⁹ im Rahmen der Ausbildungspflicht bis 18 (ExpertIn Ausbildung 1). Ein „(...) *gut begleitetes Schnupperpraktikum sei oft ausschlaggebend für die Entscheidung für eine Ausbildung, aber dazu fehle in der Praxis oft die Zeit (...)*.“ (ExpertIn Forschung/Bedarfsplanung 2) Wichtig sei auch die Qualität der Rückmeldung derjenigen, die die PraktikantInnen begleiten. In Anbetracht der kurzen Praktikumsdauer zeige sich, dass die PraktikantInnen milde bewerten würden und nur grobe Auffälligkeiten an Ausbildungsstätten zurückmelden (ExpertInnen-Interview 4).

Bei Interesse für den Beruf wäre ein längeres Praktikum vor der Ausbildung wünschenswert. Zumindest 2-3 Wochen werden dafür als notwendig, „(...) *um wirklich einen annähernden Einblick zu kriegen.*“ (ExpertInnen-Interview 3) Problematisch sei beim Praktikum, dass formal jede Person angestellt werden müsse und kein Altenheim jemand für 14 Tage als DienstnehmerIn anstellen wolle. Das Schnuppern würde aber eine bessere Eigeneinschätzung und auch eine Einschätzung der Eignung aus der Sicht der Einrichtung und der erfahrenen Personen ermöglichen und damit Ausfallsquoten während der Ausbildung reduzieren (ExpertInnen-Interview 1). Rückgemeldet wird auch, dass für ein Praktikum der PFA im Krankenhaus ein voller Impfschutz notwendig sei (Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis), was eine gewisse Hürde darstelle (ExpertInnen-Interview 4).

7.2.3 EXKURS: WIRKUNGEN MATURA/ HÖHERQUALIFIZIERUNG

In der Einschätzung, ob durch die Einführung der Matura oder Äquivalente als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung der DGKP bzw. die mit einem Studienabschluss verbundene Höherqualifizierung mehr InteressentInnen ansprache bzw. motiviere, oder umgekehrt nun eine Hürde für InteressentInnen darstelle, gehen die Meinungen der ExpertInnen auseinander. Einerseits wird die Akademisierung in Anbetracht des Trends zur Höherqualifizierung von einer Person als „*ein Muss*“ (ExpertIn Forschung/Bedarfsplanung 1) beschrieben. Andererseits schätzen einige Befragte die Auswirkungen negativ ein. Exemplarisch verdeutlichen dies folgende Zitate:

- „*Durch die Zugangsbeschränkung der Matura wird vielen Interessierten die Ausbildung nicht ermöglicht! (...) Durch diese Veränderung hat man einen langen Ausbildungsweg und viele entscheiden sich oft für einen anderen Beruf mit besserer akademischer Anerkennung und Verdienstmöglichkeit.*“ (ExpertIn APH 3)
- Ein/e andere/r Experte/Expertin prognostiziert geringeres Interesse für den Beruf der DGKP, „(...) *da viele die Matura nicht haben, trotzdem aber für den Beruf geeignet wären.*“ (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 6)

⁹ Es wird bereits ein im September 2018 beginnendes neunmonatiges Berufsfindungspraktikum für Gesundheits- und Sozialberufe an vier Standorten in Oberösterreich angeboten. Das vorausgesetzte Mindestalter beträgt 16 Jahre.

Das breitere Berufsspektrum der neu geschaffenen DGKP-Ausbildung mit Bachelor-Abschluss kann sich für den Altenpflegebereich problematisch auswirken, weil für die Wahl des Tätigkeitsbereichs (Altenpflege- oder Gesundheitsbereich) die Attraktivität und die Arbeitsbedingungen entscheidend sein können. Der Altenpflegebereich wird hier in Konkurrenz zum Gesundheitsbereich gesehen.

7.3 AUSBILDUNGSMODELLE

Eine interviewte ExpertIn spricht sich für eine Mischung hinsichtlich des Alters und den Vorerfahrungen aus, die sich aus ihrer Sicht auch bewähre: Personen mit Lebenserfahrung und Berufserfahrung, die mit beiden Beinen im Leben stehen, und junge Menschen, die eine Frische mitbringen (ExpertInnen-Interview 1). Auch in einem anderen Interview wird angeführt, dass sowohl Personen für eine Erstausbildung angesprochen werden müssen, als auch Erwachsene für eine Umschulung (ExpertInnen-Interview 2). In diesem Sinne betreffen untenstehende Reflexionen zu Ausbildungsformen auch jene für einen Erstberuf als auch für Umschulungen.

7.3.1 LEHRBERUF

Ob es in Zukunft auch Lehrberufe für die Altenpflege- und -betreuung geben soll, wird kontrovers diskutiert. In Frage kämen, so die Aussage des ExpertInnen-Interviews 5, wenn überhaupt, die Ausbildung zur Pflegefachassistenz und zum/ zur FSB „A“. Angemerkt werden muss hier, dass diese aktuell nur eine Ausbildungszeit von zwei Jahren aufweisen. Die Mehrheit der interviewten ExpertInnen lehnt einen Lehrberuf nicht komplett ab, weist aber darauf hin, dass es auf die Ausgestaltung desselben ankommt. Im Wesentlichen entwickelte sich die Diskussion weniger um die Frage, ob ein Pflegelehrberuf entstehen soll oder nicht, sondern mehr um die Fragen welche persönliche Reife/ welches Alter für Pflegeberufe notwendig sind und wie man es schafft, dass man aufgrund des derzeitigen Ausbildungseinstiegalters von 17 Jahren junge Menschen nicht an andere Berufsbereiche verliert.

Überbrückung bis zum Erreichen des Mindestalters von 17 Jahren

In einem Interview wird zur Frage der Lehrausbildung geäußert: *„Ich würde es nicht für problematisch halten. Weil wenn sich jemand entscheidet, diesen Lehrberuf zu ergreifen, dann hat er sich das gut überlegt oder will er sich das anschauen. Und das wären eh ganz spezifische Leute, die sich dafür entscheiden.“* (ExpertInnen-Interview 2) Die interviewte Person führt weiter aus, dass sie glaube, dass die Einführung von Lehrberufen nur ein Weg von vielen sein könne, um ausreichend InteressentInnen für Pflegeberufe zu gewinnen.

Das Argument, dass man nach der 9. Schulstufe für den Umgang mit Sterbenden zu jung sei, will eine interviewte Person so nicht gelten lassen. Man müsse sich überlegen, wie man die Lehre strukturiere bzw. modularisiere. Im Interview wird des Weiteren betont, dass so die Phase der Überbrückung bis zum Erreichen des Mindestalters wegfallen würde und die InteressentInnen nicht verloren gehen würden: *„Ich behaupte einfach, nein, meine These ist, dass das wahrscheinlich der einzige Bereich in Österreich ist, es gibt hunderte Berufe, die man im Rahmen einer Lehre oder im Rahmen einer Schule, indem ich halt in die höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe geh‘, eine HTL oder HAK oder sonst was, das kann ich alles machen, wenn ich 15 bin, nur in diesem Bereich nicht.“* (ExpertInnen-Interview 1)

Im Interview wird jedoch weiter ausgeführt, dass eine Lehre mit einem Vorschaltjahr passend erscheint: *„Das passt für mich. Da überbrücke ich das, da fange ich die Jungen sozusagen auf. Da habe ich ein zehntes Schuljahr und dann geht es erst in die FSB ‚A‘-Ausbildung. Man muss natürlich auch schauen in diesem Vorschaltjahr, was ist da an Praxis überhaupt möglich und welche Bereiche.“* (ExpertInnen-Interview 5) Wobei die befragte Person weiter ausführt: *„Je älter man ist und man in die Ausbildung geht, desto besser. (...) Daten habe ich nicht, aber im Kreis von Berufskollegen, das sagen (...) sehr viele.“* (ExpertInnen-Interview 5)

Das Modell der öö. Soziallandesrätin Gerstorfer mit einem dreijährigen Ausbildungslehrgang „Junge Pflege“ (angrenzend an die Schulpflicht) wird im Sinne der Vorbereitung und Persönlichkeitsentwicklung als wichtig erachtet: *„Ich glaub, dass sie emotional vorbereitet gehören.“* (ExpertInnen-Interview 3) Allerdings sollte man sich hier auf die Vermittlung von Theorie mit einem kurzen Schnupperpraktikum beschränken, so die Ausführungen im ExpertInnen-Interview 3.

Überforderungen befürchtet

Auf der anderen Seite gibt es aber auch Ablehnung zur Einführung einer dualen Pflegeausbildung nach neun Pflichtschuljahren: *„Ich finde einfach, es ist eine Überforderung. Da geht es nicht nur um das Thema Sterben und Trauer und gravierende, intensive Geschichten. Sondern, da geht es darum, dass ich 15-jährige Personen ans Krankenbett lasse, wo ich Intimpflege durchführen muss, bei Männern, bei Frauen, gegengeschlechtlich, nicht. Es sind einfach Herausforderungen. Da sind einfach die jungen Menschen nicht so gesettled, dass man professionelle Distanz hat.“* (ExpertInnen-Interview 5)

Eine kritische Reflexion der Umsetzung einer dualen Berufsausbildung findet sich in einem weiteren Interview: *„Ich seh‘ s differenziert. Also ich sag‘ s ganz klar – Lehre da muss man aufpassen mit welchen Bildern wird da gearbeitet. Ich sag‘ so, wenn man die Lehre sieht, wie es jetzt im klassischen Sinne ist, so wie in der Wirtschaft etc., oder in vielen Lehrberufen, kann ich‘ s mir im Altenbereich noch nicht oder nicht vorstellen. Muss ich ehrlich sagen. Weil wenn ich junge, also ich sag 15-, 16-jährige, mit einem Tag – ich nehm‘ jetzt das klassische Modell her – einen Tag Berufsschule und den Rest bin ich arbeiten, ich glaub‘, dass sie da ohne, ohne Vorbereitung sehr rasch überfordert sind. Auch wenn man sagt, die kommen ja nicht in die (...) Sterbebegleitung. Aber wenn‘ s im Alltag drinnen ist, ich mein‘, ich kann ja nicht sagen, sie müssen da jetzt, weiß ich nicht, weggehen oder da dürfen‘ s jetzt nicht dabei sein. Das schwingt ja mit.“* (ExpertInnen-Interview 3)

Eine interviewte Person kann den Befund, dass die bisher vorgesehenen Altersvoraussetzungen zum Wegbrechen von Interessierten führen würden, nicht teilen und spricht davon, dass diese jungen Menschen dann als reifere Persönlichkeiten eine Pflegeausbildung beginnen: *„Wo ich wirklich ganz kritisch bin, das ist mit Einstiegsalter unter 17 Jahren. Also so mit 15, eben eh Pflege als Lehrberuf. Sag‘ ich auch dazu warum: Auf der einen Seite, weil die Leute nicht fertig entwickelt sind, mit 15 ist man selber noch unreif als Persönlichkeit. Also vom Entwicklungsstand bei weitem nicht so, dass ich jemandem dieses Berufsbild, ich will nicht sagen zumuten kann, aber es zumutbar ist. Weil wenn man sich Alten- und Pflegeheime anschaut, da hat man hauptsächlich mit palliativen Patienten zu tun oder mit wirklich multimorbiden.“* (ExpertInnen-Interview 4)

In diesem ExpertInnen-Gespräch wird auch erläutert, dass es auf jeden Fall eine entsprechende Vorbereitung für die Einführung eines Lehrberufs (z.B. Modellversuch in einzelnen Häusern) brauche: „(...) wenn ich so junge Leute glaube nehmen zu müssen, um die Begeisterung für den Beruf aufrecht zu erhalten, und dass man sie nicht verliert, dann müsste man wie in Berufsschulen, die Wirtschaft schafft's ja auch, dass die richtige Lehrwerkstätten machen, mit Lehrlingsausbildnern, wo man wirklich die Leute entsprechend vorbereitet und strukturiert in ein System hineinlässt. Aber nicht einfach ohne Struktur und, und, und ohne Knowhow im Hintergrund bzw. versucht, nur Personalmangel damit zu bekämpfen. Und die dann eingesetzt werden, wie wenn das fertige, fertig ausgebildete Personen wären. Also da bin ich völlig dagegen. Weil das für mich genau der Weg ist, wo man motivierte Persönlichkeiten vorzeitig verliert. Die gehen da vielleicht hin, machen das vielleicht bestenfalls noch fertig und schauen aber dann, dass sie sich so schnell wie möglich verabschieden, weil sie es nicht datun. Das ist für mich ein ganz ein kritischer Punkt, wo ich sag', wenn, dann müssen wir da so clever sein, im Aufbau der Struktur, ja, und in dem, wie man Personen anleitet, begleitet und reflektiert und mit ihnen wirklich, die sukzessive ans Thema heranhöhrt, aber zum jetzigen Zeitpunkt, so wie jetzt Ausbildung läuft, ja, und da kann ich ihnen genug dazu sagen aus meiner jahrelangen Erfahrung, funktioniert das nicht.“ (ExpertInnen-Interview 4)

Auf die Frage, ob die Idee begrüßt wird, Pflege- und Betreuungsausbildungen als Lehre anzubieten, sind die ExpertInnen (n=40) in der standardisierten Befragung der 2. Delphi-Runde geteilter Meinung (sieben ExpertInnen enthielten sich einer Meinung): 15% begrüßen die Idee gar nicht – weitere 25% eher nicht. Andererseits sind 28% eher der Meinung, die Pflegelehre anzubieten und 33% unterstützen die Idee unbedingt (siehe Abbildung 7-5).

Abbildung 7-5: Pflegelehre



Anmerkung. Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=40 ExpertInnen

Der Pflegelehrberuf in der Schweiz

In der Schweiz wird bereits ein Lehrberuf im Bereich der Pflege angeboten. Die Ausbildung „zur/zum Fachfrau/-mann Gesundheit“ dauert drei Jahre und sieht eine berufliche Praxis im Gesundheit- bzw. Sozialbereich vor. An ein bis zwei Tagen wöchentlich wird die sogenannte Berufsfachschule besucht. AbsolventInnen arbeiten in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens, wie beispielsweise Kliniken, Reha-Zentren, Altersheimen, Ambulatorien oder in Kranken- und Behinderteneinrichtungen. Zu den Tätigkeiten zählen u.a.

- die Unterstützung bei der täglichen Körperpflege,
- Hilfe beim Aufstehen,
- Unterstützung beim An- und Ausziehen,
- die Verabreichung von Essen und Getränken,
- die Lagerung von bettlägerigen Personen oder
- die Förderung von Beweglichkeit durch das Assistieren bei Gehversuchen,
- einfache medizintechnische Aufgaben, wie das
- Messen von Blutdruck, Puls, Temperatur sowie
- das Wechseln von Verbänden,
- Blutabnahme,
- Medikamentenverabreichung bzw. die Verabreichung von Sonden-Nahrung.
- Außerhalb des Spitals fallen auch das Bringen von Medikamenten sowie Haushaltstätigkeiten in deren Tätigkeitsbereich. (www.gesundheitsberufe.ch/berufe/fachmann-frau-gesundheit/)

Der Lehrabschluss Fachfrau und Fachmann Gesundheit ist 2004 eingeführt worden und liegt auf Platz 3 der meist gewählten Berufe der Jugendlichen in der Schweiz (Trede et al. 2017). Insgesamt gab es laut dem Schweizer Bundesamt für Statistik (2018) für den Lehrberuf im Jahr 2017: 4351 KandidatInnen in Qualifikationsverfahren, 4246 Abschlüsse mit verliehenen Fähigkeitszeugnissen, 4795 Neueintritte in die berufliche Grundbildung und einen Gesamtbestand an Lehrverträgen von 12.490.

Die Lehrlinge erweisen sich mit der Wahl der Ausbildung als weitgehend zufrieden: Auf einer sechsteiligen Skala liegen die Einschätzungen zwischen 4 (=eher zufrieden) und 5 (=zufrieden). Sowohl im Langzeitbereich als auch im spitalexternen Bereich wird für die Wahl der Ausbildung ein Durchschnitt von rund 4,3 für die Zufriedenheit angegeben. (Trede/ Schwenk 2012, S. 46)

Eine Längsschnittstudie des Schweizerischen Observatoriums für die Berufsbildung und des OdASanté (2010 bis 2016) gibt einen Einblick in die Laufbahnen von AusbildungsabsolventInnen der Lehre Fachfrau/ -mann Gesundheit mit Abschluss 2011 (Trede et al., 2017):

- Ein Fünftel (20%) ist im Jahr 2016 (fünf Jahre nach Lehrabschluss) außerhalb der Gesundheitsbranche tätig (6% stiegen unmittelbar nach dem Ausbildungsabschluss aus). Laut Prognosen könnte sich diese Quote zwei Jahre später bereits auf 24%, die nicht mehr im Gesundheitswesen arbeiten, erhöhen.
- 26% arbeiten im Ausbildungsberuf und
- 54% gehen einem Beruf auf der Tertiärstufe im Gesundheitswesen nach (allen voran in der Pflege).

7.3.2 AUSBILDUNGEN FÖRDERN

Einige ExpertInnen sprechen sich in der ersten Delphi-Befragung für die Förderung alternativer Zugänge aus, die die Anzahl an AusbildungseinsteigerInnen in Pflegeberufe erhöhen könnten. Geäußert werden verschiedene Ideen, die im Folgenden aufgelistet werden:

- Stiftungen beibehalten und ausweiten
- erweiterte Zugänge für geeignete Personen, auch für ältere Personen, schaffen
- Erschließen von Nischensegmenten (z.B. Laienpflegende), auch für Kurzzeit-Engagement
- UmsteigerInnen in eine FSB „A“-Ausbildung mit Fachkräftestipendium fördern
- verschiedene Zeitmodelle für Ausbildungen ermöglichen

Im Delphi wird noch einmal spezifischer auf die Möglichkeit, über Stiftungen die Ausbildungen zur/ zum FSB „A“ zu absolvieren, gesprochen:

- *„Bestens bewährt sich seit vielen Jahren das Instrument der Implacement-Stiftung. Die umfassende Begleitung durch die Stiftung wird sowohl von den Auszubildenden als auch von den Praktikumsgebern als sehr förderlich und unterstützend erlebt.“* (ExpertIn Ausbildung 7)
- *„Zugang zu Stiftungen sollte erleichtert werden. Hier muss man Geld in die Hand nehmen und uns die Frage erlaubt sein: Was ist uns die Pflege in Zukunft wert? Darf z.B. eine Köchin, weil Mangelberuf, nicht zur FSB ‚A‘ umschulen (mit Stiftung?).“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 8)
- Wenn man Menschen mit Lebenserfahrung gewinnen will, dann sind Stiftungen ein gutes Modell, wo die Deckung der Lebenskosten gesichert ist. (ExpertInnen-Interview 5)

7.3.3 NEUE, FLEXIBLERE AUSBILDUNGSFORMEN

Die Notwendigkeit von flexibleren Ausbildungsformen wird aufgegriffen:

- *„Das andere ist, dass ich glaube, dass wir uns überlegen müssen, von den Ausbildungen her, viel mehr duale Ausbildungsformen, also viel mehr unterschiedliche Wege und Möglichkeiten zu schaffen, d.h. nicht nur, ich sag‘, die klassische 2-Jahre-Ausbildung und dann ist man fertig, sondern dass man vielleicht auch modulmäßig das anbieten muss, zeitlich viel individueller das gestalten soll und muss. Vielleicht auch viel mehr mit Selbststudium und, und, und. Also da sind wir jetzt gerade am überlegen, damit ich wirklich auch verschiedenste Zielgruppen erreiche.“* (ExpertInnen-Interview 3)
- *„Sicher im Bereich der Ausbildung, dass man kundenorientiert die Ausbildung organisiert, ja, d.h., wenn ich jetzt wirklich Personen hab‘, die sich halt in höheren Lebenslagen befinden oder familiäre Verpflichtungen haben, dass man einfach z.B. auf Teilzeit eine Ausbildung machen kann, ja. Dass man Teilzeitausbildungen anbietet, dass man berufs- begleitend, wenn erwünscht, Ausbildungen anbietet.“* (ExpertInnen-Interview 4)

In einem Interview ist davon die Rede, dass neben Abendschulformen auch kürzere und dafür intensivere Ausbildungen attraktiv wären. Dafür wäre allerdings eine Gesetzesreform notwendig, die eine kürzere Mindestausbildungsdauer vorsieht (ExpertInnen-Interview 5). Die Attraktivität kürzerer Ausbildung lasse sich aus den Wartelisten im Bereich der Heimhilfe herauslesen. Die Ausbildungsdauer von sechs Monaten ist in Bezug zu familiären Gegebenheiten überschaubar, einfacher leistbar und planbar als mehrjährige Ausbildungsdauern.

In einem anderen Interview wird eine vom BFI durchgeführte Ausbildung zur FSB „A“ erwähnt, die im urbanen Raum stattfinden sollte, da die Auszubildenden in der Regel über kein eigenes Auto verfügen. Diese richte sich an „(...) Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte. Es sind österreichische Staatsbürger und MigrantInnen. Für FSB ‚A‘: Da ist ja die Besonderheit, dass die Ausbildung länger ist und die Heimhilfe ist inkludiert. Sollte wer das nicht schaffen, dann kann er mit der Heimhilfe abschließen und er hat einen Beruf. Das wird jetzt nicht propagiert, weil das Ziel ist, dass man FSB ‚A‘ macht, aber das ist da dabei. Und die nächste Besonderheit ist, dass er in der Ausbildung ist bis zum Abschluss Pflegeassistentenz und bis dorthin gibt es eine Finanzierung des AMS zur Deckung des Lebensunterhalts und dann kann er halbtätig arbeiten gehen und den Rest macht er dann berufsbegleitend fertig. Also, das ist einmal positiv, weil da habe ich dann die Ressourcen, finanziell auch gut [geregelt], weil dann braucht nicht das AMS bis am Ende zahlen. Und, was ganz toll ist, die haben eine Sprachförderung auch noch mit dabei auf dem Niveau B2.“ (ExpertInnen-Interview 5)

7.4 ATTRAKTIVIERUNG

Die Anzahl der AbsolventInnen von FSB „A“-Ausbildungen sank in den letzten Jahren. Nicht nur für diese Ausbildung, sondern auch für die Ausbildungen zur Heimhilfe, zur Pflegefachassistentenz sowie zur DGKP wird der Bedarf an AbsolventInnen in den nächsten Jahren steigen (siehe Kapitel 7.1). Um diesen steigenden Bedarf gerecht zu werden, werden sowohl die Ausbildung als auch das Berufsbild einer gewissen Attraktivität bedürfen, um ausreichend SchülerInnen und AbsolventInnen gewinnen zu können.

7.4.1 WECHSELWIRKUNG MIT WIRTSCHAFTSENTWICKLUNG

In zwei Interviews werden die Wechselwirkungen der Attraktivität des Pflegeberufes mit der Wirtschaftsentwicklung betont. „Es ist immer gekoppelt mit der Wirtschaft, das verfolge ich die ganze Zeit, schon vorher. Geht es der Wirtschaft total gut, sucht die Pflege Kräfte. Geht es der Wirtschaft schlecht, dann haben wir Bewerber Ende nie. Das ist immer dasselbe Spiel.“ (ExpertInnen-Interview 5) Auch in einem anderen Interview wird angemerkt, dass es am oberösterreichischen Arbeitsmarkt derzeit sehr gut laufe und es deshalb wahrscheinlich umso schwieriger sei, InteressentInnen für einen relativ schlecht bezahlten Bereich zu bekommen. Es würden aber auch die Pflegedienstleister aktuell in Richtung einer Qualitätssteigerung der Pflegeberufe gehen, was es für das AMS leichter machen werde, solche Jobs zu vermitteln (ExpertInnen-Interview 2).

7.4.2 IMAGE UND INFORMATION

Als wichtige Maßnahme zur Steigerung des Interesses an Pflegeberufen wird die Erhöhung der Attraktivität und des Images von Pflegeberufen genannt: *„Das Image der Pflegeberufe wird nur teilweise durch die Akademisierung verbessert werden - wichtig wären eine sinnvolle Imagepflege, weg von ‘Pflegen kann jeder’, Vermischen der Begriffe Betreuung und Pflege.“* (ExpertIn Ausbildung 6) Konkret vorgeschlagen werden dazu *„(...) attraktive PR-Maßnahmen, die weitreichend und kontinuierlich laufen (...)“* (ExpertIn Ausbildung 3). Zudem ist es laut einer/m ExpertIn wichtig, dass die Politik *„(...) positive Wirkungen von Sozialberufen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen vermehrt in den Medien (...)“* (ExpertIn Forschung/ Bedarfsplanung 1) hervorhebe. Mehrere ExpertInnen sehen eine größere gesellschaftliche Anerkennung für die Leistungen von in Pflegeberufen Tätigen als notwendig.

„Uns fehlen viele Leute. Ich denk’, das ist eh bekannt.“ (ExpertInnen-Interview 3) Als Ursache dafür, dass Ausbildungsplätze nicht besetzt werden können, sieht die interviewte Person das negative Image der Altenarbeit (ExpertInnen-Interview 3). In der Delphi-Befragung wird ebenfalls das in der Öffentlichkeit wirksame Bild der Pflege thematisiert: *„Zum jetzigen Zeitpunkt sehe ich keine gute Entwicklung in den Pflegeberufen! Schlechtes Image, viele Anforderungen und falsche bzw. wenig Information in der Gesellschaft hinterlassen mittlerweile ein negatives Bild!“* (ExpertIn APH 3)

Auch das wirkliche „Kennenlernen“ der Pflegeberufe müsse verbessert werden, d.h. bei der Information in Schulen brauche es einen stärkeren Fokus darauf, das Arbeitsfeld und den Beruf genauer vorzustellen. Die InteressentInnen sollten aber zuerst für den Beruf begeistert werden, bevor sie hören, was sie in den einzelnen Jahren in der Ausbildung an Inhalten zu absolvieren haben. (ExpertInnen-Interview 1) Auch die Berufsbilder gehören gemäß ExpertInnen-Interview 4 besser dargestellt, denn in der Öffentlichkeit werde nicht zwischen jemandem unterschieden, der/ die einen Bachelor-Abschluss hat oder jemanden, der/ die in der 24-Stunden-Betreuung arbeite. Es werde alles sprichwörtlich in einen Topf geworfen, obwohl massive Unterschiede bestehen. Ebenso müsse darauf hingewiesen werden, dass es sich *„um eine produktive Wachstumsbranche“* (ExpertInnen-Interview 2) handle.

7.4.3 PRAKTIKA BESSER BEGLEITEN

In zwei Interviews wird erwähnt, dass Schnupperpraktika besser begleitet werden sollten, da sonst das Interesse verloren gehen würde (ExpertInnen-Interview 3). Aus den Praktika gäbe es oft die Rückmeldung, dass die PraktikantInnen demotiviert werden: *„Also momentan ist man da in einer Spirale drinnen, wo jeder seine Hausaufgaben auch machen muss, und wo man schauen muss und sagen: ‚So, was brauche ich und welchen Stellenwert... also, dass der Stellenwert der Betreuung von Auszubildenden... der muss wieder mehr werden. Und das ist auch eine Riesen-Herausforderung. Weil es ja keine abgestellten und freigestellten Praktikumsbegleiter gibt, sondern ja, die rennen halt so gut es geht, einfach mit.“* (ExpertInnen-Interview 1)

Eine professionelle und behutsame Praktikumsbegleitung scheint wesentlich: Auer et al (2017; S. 7) meint, dass die Wertschätzung und Anerkennung der Leistungen im Praktikumsbetrieb, die Unterstützung durch KollegInnen und die Möglichkeit, interessante Tätigkeiten zu verrichten, die wesentlichsten Faktoren für ein erfolgreiches Praktikum darstellen.

7.4.4 ATTRAKTIVE ÜBERBRÜCKUNGSANGEBOTE

Ebenso gelte es, attraktive Überbrückungsangebote bis zum Erreichen des Mindestalters für Pflegeausbildungen zu schaffen, um Interessierte nicht zu verlieren: *„Wenn dich wer fragt und steht vor dir: ‚Ich wollt‘ immer schon das machen, was soll ich tun?‘ Dann muss man sagen: ‚Tu‘ jetzt zwei Jahre, was du willst, und dann komm.‘ Und das kann’s einfach nicht sein. Also da brauchen wir einfach ein vernünftiges Angebot, wo man sagt, da überbrückt man halt das, weil die sind 15. (...) Wo ich sag‘, ein freiwilliges soziales Jahr, Berufsorientierungsjahr oder sonst was. Aber irgendwas anbieten, aber jetzt bieten wir einfach gar nix an.“* (ExpertInnen-Interview 1)

7.4.5 BESSERE RAHMENBEDINGUNGEN IN AUSBILDUNG UND BERUF

Die ExpertInnen halten eine Verbesserung von Rahmenbedingungen sowohl in der Ausbildung als auch im Beruf für wichtig, um zukünftig mehr Personal für Pflegeberufe gewinnen zu können.

Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen notwendig

Allen voran stehen dabei Notwendigkeiten zur Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen sowohl während der Ausbildung als auch während der Berufsausübung. Gefordert wird allgemein eine *„Angleichung zwischen Bezahlung im Gesundheits- und Sozialbereich“* (ExpertIn Forschung/ Bedarfsplanung 1). Oder an anderer Stelle: *„Mehr finanzielle Unterstützung während der Ausbildung würde mehr Anreiz bieten (wenn man mit anderen Sparten vergleicht, sind 100€ im 1. Jahr und 350€ im 2. Jahr der PFA Ausbildung ein Witz).“* (ExpertIn Ausbildung 6)

Denn um Personen, die mitten im Leben stehen, für eine Ausbildung gewinnen zu können, brauche es eine Absicherung des Lebensunterhalts (ExpertInnen-Interview 1). *„Ich geh‘ sogar schon so weit, dass ich sag‘, wenn wir im Sinne Lehre [wenn über die Einführung von Lehrberufen in der Pflege debattiert wird, Anm.], dass die [Ausbildung, Anm.] dann auch bezahlt wird. Da gibt’s ja auch schon Ansätze in anderen Ländern, dass die auch ein – ob das jetzt ein Stipendium ist oder eine Entschädigung oder wie immer das dann definiert wird – aber dass [es] da auch während der Ausbildungszeit eine Bezahlung gibt.“* (ExpertInnen-Interview 3)

Durchlässigkeit, Dienstzeiten, Personalbemessung, Aufstiegsmöglichkeiten verbessern

Ebenso können die unter Abschnitt 7.3.3 angeführten Vorschläge für neue, flexiblere Ausbildungsformen inkl. der Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Ausbildungen (z.B. durch Anrechnungen) als verbesserte Rahmenbedingungen verstanden werden.

Zu den Verbesserungen der Rahmenbedingungen im Beruf zählen insbesondere die Dienstzeitenregelungen, Personalbemessung oder die Möglichkeit zur Supervision. Dies fasst etwa folgendes Zitat gut zusammen: *„Der Beruf der Altenpflegerin oder des Altenpflegers muss nicht nur durch ansprechende Perspektiven beruflicher Weiterentwicklung aufgewertet werden, sondern auch durch faire Entgelt- und Dienstzeitenregelungen sowie durch eine erheblich großzügigere Personalbemessung, die den Zeitdruck der Pflegekräfte reduziert. Dieser nämlich macht es ihnen heute schwer, wenn nicht unmöglich, gemäß jenen Standards guter Pflege zu arbeiten, die Kern ihres beruflichen Selbstverständnisses sind.“*

(ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 8) Ähnlich wird als konkretes Beispiel für die Verbesserung von Rahmenbedingungen im Beruf von einer anderen Expertin/ einem anderen Experten die *„Aktualisierung des überalterten Pflegeschlüssels in Pflegeheimen“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 3) genannt.

Allerdings gehe es auch um Wertschätzung und Aufstiegsmöglichkeiten, denn es spiele nicht nur die Bezahlung eine Rolle, wenn es darum geht *„(...) warum Menschen nicht in diesem Beruf arbeiten möchten, oder vielleicht den Beruf überhaupt hinter sich lassen, sondern dass es auch um Fragen der Wertschätzung geht, dass es um Fragen der Entwicklungsmöglichkeiten geht, dass es da anscheinend halt bislang, aber das kann vielleicht das neue Gesetz auch ändern, bislang zu wenig Durchflussmöglichkeiten geben hat, dass man von einer dequalifizierten – von einer eher unqualifizierten Kraft, dass man sich qualifizieren kann.“* (ExpertInnen-Interview 2)

Es brauche auch altersgerechte Arbeitsplätze, denn es sei vermutlich zu anstrengend, im Alter auch körperlich zu arbeiten. Daher brauche es Überlegungen zur Gestaltung der Tätigkeitsprofile innerhalb der Pflege, damit man auch im Alter im Pflegebereich arbeiten kann, z.B. stärker in der Administration und weniger in der Pflege (ExpertInnen-Interview 2).

7.5 NEUE ZIELGRUPPEN

Ältere

Grundsätzlich gelte es, alle, auch jene, die mitten im Leben stehen, für einen Beruf in der Begleitung pflegebedürftiger Menschen anzusprechen: *„Also Zielgruppe sind für uns alle. Ich sag‘ immer, wir werden oft gefragt, bei Info-Abenden, die wir machen: ‚Ich bin 40. Hat das einen Sinn, dass ich die Ausbildung noch mache?‘ Sag‘ ich: ‚Und wenn Sie 50 sind und Sie fühlen sich körperlich gesund... - Weil es ist ja nicht so, dass der 50-Jährige ausgerackert ist, weil er ein Leben lang Kohlen geschaufelt hat, ich mein‘, das ist eh vorbei – ...dann machen Sie es.‘ Also das möchte ich und würde ich gar nicht so einschränken.“* (ExpertInnen-Interview 1)

Männer

Zwar sei es bereichernd, wenn eine Mischung von Frauen und Männern in der Pflege vorhanden sei. Da Pflegeberufe jedoch häufig in Teilzeit ausgeführt werden, sei es herausfordernd, wenn es um die Ansprache von Männern geht (ExpertInnen-Interview 1). Am Thema, mehr Männer für Pflegeberufe zu begeistern, sollte man dranbleiben, auch wenn das nicht zum *„Massenprogramm“* werde (ExpertInnen-Interview 2).

PersonenbetreuerInnen

Potenzial für die Rekrutierung wird auch bei Selbstständigen aus der 24-Stunden-Betreuung, die bereits Vorerfahrungen haben, gesehen (ExpertInnen-Interview 2). Der Anteil von ausländischen Pflegekräften dürfe, das würden Erfahrungen aus Wien zeigen, auch nicht zu hoch sein, weil dies auch eine Konfliktquelle sein könne (ExpertInnen-Interview 5).

7.6 ROLLE DES AMS

Das AMS unterstützt sowohl Arbeitssuchende als auch Berufstätige, Neu- und WiedereinsteigerInnen bei Ausbildungen im Pflegebereich. Dazu steht ein vielseitiges Unterstützungs- und Förderangebot wie Beihilfen, Weiterbildungsgeld, Bildungsteilzeitgeld, Fachkräftestipendium und Implacement-Stiftungen zur Verfügung. Das Fachkräftestipendium wird derzeit für PA, PFA und DGKP „alt“ angeboten. Die FSB „A“-Ausbildung wird derzeit mittels Fachkräftestipendium nicht unterstützt. Zudem ist das AMS dazu verpflichtet, die Arbeitslosigkeit so kurz wie möglich zu halten. Daher könne derzeit eine Altenbetreuungs- und Pflegeausbildung für InteressentInnen, die über eine Fachausbildung eines anderen Berufszweiges verfügen, die am Arbeitsmarkt nachgefragt wird, nicht vom AMS gefördert werden. Die interviewten ExpertInnen wünschen sich diesbezüglich Änderungen, um einem drohenden Personalnotstand vorzubeugen. Einerseits plädieren die ExpertInnen für einen breiteren Zugang zu Altenbetreuungs- und Pflegeausbildungen und andererseits für einen Fokus auf die Eignung der für diese Ausbildungen in Frage kommenden Personen.

Eignung der Personen im Vordergrund

Viele der befragten ExpertInnen meinen – trotz Wichtigkeit der Rekrutierung von Pflegepersonal – dass nicht jede Person in diesem Bereich eingesetzt werden kann und soll. Dies veranschaulichen folgende Zitate:

- *„Nicht Jeder/Jede ist für diesen Beruf geeignet - auch wenn eine Ausbildung besteht. D.h. nicht jeder Suchende ist vermittelbar, trotzdem gibt es einen Bedarf und der muss gedeckt werden.“* (ExpertIn APH 2)
- *„1) Der Fachkräftemangel wurde in den letzten zwei Jahren stark spürbar. Gutes Personal zu finden ist aktuell ein großes Problem. 2) Nicht alle Personen sind aufgrund ihrer Persönlichkeit, Erziehung, Sozialisierung für diese Berufe geeignet. Eine einfache ‚dort Arbeitssuchende, hier Arbeitskräftemangel‘-Rechnung geht auf Kosten der Pflegebedürftigen.“* (ExpertIn Anbieter mobiler Dienste 1)
- *„Es sollten keine Personen aus arbeitspolitischen Gründen in Pflegeberufe gedrückt werden, die dafür zu wenig Empathie besitzen.“* (ExpertIn Regionaler Träger Sozialer Hilfe 3)
- Wichtig sei nicht nur die Information am AMS, sondern: *„(...) auch die Sensibilität von vornherein schon einmal, passt der jetzt in das Setting Sozial- oder Gesundheitsbereich hinein.“* (ExpertInnen-Interview 5)

Breiterer Zugang zu Förderungen

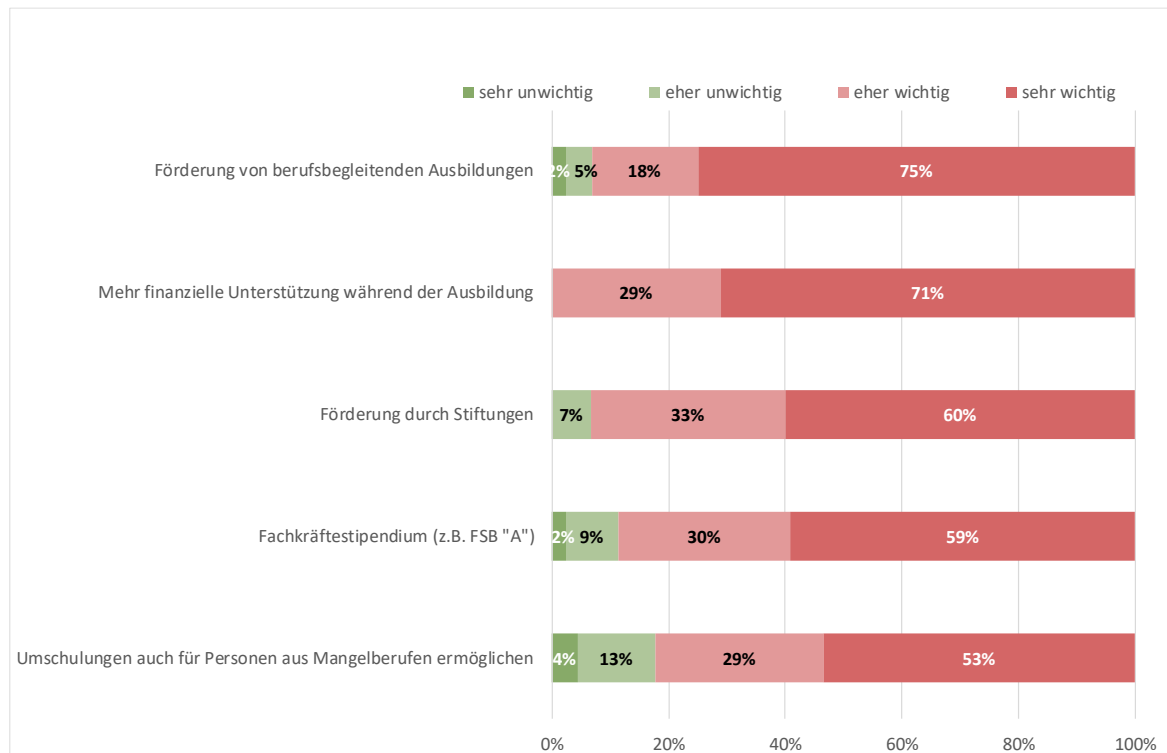
Pflegeberufe werden in absehbarer Zeit Mangelberufe bzw. sind es jetzt schon (DGKP). Vor allem der Rückgang bei den FSB „A“-AbsolventInnen zeigt, dass ein breiterer Zugang zu Förderungen notwendig sein wird, um mehr InteressentInnen gewinnen zu können.

- Die erneute Öffnung des Fachkräftestipendiums auch für die FSB „A“ wird angeregt und generell wird das AMS als Financier der beruflichen Zweitausbildung als wichtig erachtet: *„Die finanziellen Rahmenbedingungen, weil da ist das AMS der wichtigste Player.“* (ExpertInnen-Interview 5)

- Die Zuerkennung einer Stiftungsmaßnahme sollte breiter werden: *„Das Thema ist nur, dass momentan, weil es erstens zu wenige Leute gibt, und von den wenigen Leuten auch immer weniger das ok vom AMS zur Stiftungsteilnahme kriegen. Weil wenn ich jetzt in einem Beruf tätig bin, der eh gesucht wird, und es wird auch fast jeder Beruf gesucht, ob das die Friseurin ist, ob das der Koch ist, ob das die Kellnerin ist, ob das technische Berufe sind, es gibt kaum eine Firma, die nicht sucht, sagt das AMS: Wir zahlen da nicht, wir können dir nicht eine Umschulung zahlen, obwohl du eh gesucht wirst. Oder kürzlich haben wir einen gehabt, ja der ist schon 10 Jahre nicht mehr Tischler. Ein 40-Jähriger, der wollte das Ganze immer schon machen, also die Pflege, hat einen Schulplatz gehabt, hat einen Praktikumsplatz gehabt, und das AMS hat dann gesagt: Geht nicht, weil im Bezirk werden neun Tischler gesucht.“* (ExpertInnen-Interview 1)
- *„Es wäre sehr von Vorteil, wenn geeignete Personen die Ausbildung machen können, obwohl sie auch aus einem Mangelberuf kommen! Speziell denke ich da an Personen aus der Gastronomie. Es gibt Bewerber, dürfen aber nicht umschulen, da sie selbst aus einem Mangelberuf kommen.“* (ExpertIn APH 6)
- *„Diese Kurzsichtigkeit, nenn ‘ich ‘s jetzt einmal, oder so dieses Rigide: ‚Nein, da haben Sie keine Chance, da kriegen Sie keine Förderung. ‘ Ich sage immer, wenn jemand engagiert sein möchte und er kommt, er kommt ja nicht umsonst zu diesem Info-Nachmittag, weil er interessiert sich für diesen Bereich. Wenn ihm dann gleich gesagt wird, Sie brauchen sich da gar nicht bewerben, weil Sie haben eh keine Chance, weil Sie – klassisches Beispiel – Friseurin oder Tischler – [sind]. Wir suchen die Leute, und dann brauchen Sie gar nicht weiterdenken für den Sozialbereich. Dann sag ‘ich: ‚Schade.““* (ExpertInnen-Interview 3)
- Ausbau finanzieller Möglichkeiten zur Umschulung, z.B. Fachkräftestipendium und die Möglichkeit auch längere Ausbildungen absolvieren zu können (ExpertInnen-Interview 2).
- *„Unbedingt breite Förderungsmaßnahmen für Personen, die an Gesundheits- und Sozialberufen interessiert sind, anbieten. Diese Berufsbilder soll/ muss man unbedingt vom 17. Lebensjahr bis ca. zum 55. Lebensjahr erlernen können. Vor allem auch angesichts dessen, dass die Menschen bis zum 65. Lebensjahr arbeiten müssen.“* (ExpertIn Ausbildung 3)
- Ein (Fachkräfte-)Stipendium würde zu mehr Interessierten führen (ExpertInnen-Interview 3) oder auch die Einführung eines Pflegeausbildungsfonds¹⁰ wird angeregt (ExpertInnen-Interview 4).
- Ebenso wird erwähnt, dass Personen, die selbst kündigen, leichter Zugang zu Förderungen für Umschulungen ermöglicht werden soll (ExpertInnen-Interview 4).

Bei der standardisierten Abfrage nach der Wichtigkeit von Förderungen, Unterstützungen, Fachkräftemangel und Umschulungen von Personen auch aus Mangelberufen zeigt sich, dass die ExpertInnen all diese Änderungen beim Ausbildungszugang zu mehr als 80% befürworteten (siehe Abbildung 7-6).

¹⁰ Ein Pflegeausbildungsfond ist vom Land OÖ geplant und soll von Heimträgern, Land und Bund gespeist werden.

Abbildung 7-6: Änderungen beim Ausbildungszugang


Anmerkung: Wichtigkeit von Veränderungen beim Ausbildungszugang? Ergebnis der 2. Delphi-Befragung mit n=45 ExpertInnen

Ansatzpunkt Regionalgeschäftsstellen

- Jede Regionalgeschäftsstelle beurteile es laut ExpertInnen unterschiedlich, wie der Zugang zu Stiftungen ausgestaltet ist. *„Ausreichend informieren, überall gleiche Zugänge schaffen bei allen Geschäftsstellen. (...) Da hört man immer wieder, dass es da oft Unterschiede gibt.“* (ExpertInnen-Interview 5) Auch im ExpertInnen-Interview 3 wird erklärt, dass Entscheidungen in Bezug auf Ausbildungen (Was ist möglich? Was wird gewährt?) nicht so stark von den einzelnen Geschäftsstellen abhängig sein dürfen.
- Das AMS habe einen sehr präferenziellen Zugang zu potenziellen InteressentInnen, deshalb wird in einem Interview vorgeschlagen, AMS-BeraterInnen stärker darauf zu schulen, diese InteressentInnen herauszufiltern und entsprechend zu interessieren: *„Also dass man wirklich, dass man die AMS-Betreuer, Betreuerinnen, also die, die wirklich dann mit den Leuten arbeiten und beschäftigt sind mit den Leuten, dass man die halt spezifisch schult, herauszufinden, wer könnte potenzielle Person sein für den Bereich, wer nicht und wenn eine potenzielle Person identifiziert ist, wie sie die Person am besten dafür interessieren. Ich glaub, es macht einen großen Unterschied, ob es diese, diesen Fokus oder diese Awareness gibt unter den Beratern, Beraterinnen oder nicht.“* (ExpertInnen-Interview 2)

Teilzeitausbildungen

Der Wunsch nach neuen und flexibleren Ausbildungsformen, die gefördert werden, wird nicht nur generell geäußert (siehe Abschnitt 7.3.3), sondern auch als Handlungsmöglichkeit des AMS gesehen (z.B. Förderung auch bei Teilzeitausbildung), wie im ExpertInnen-Interview 1 angeführt wird.

Änderungen bei Regelungen zu Praktika

Wenn jemand bislang als z.B. Reinigungskraft bei einem Rechtsträger beschäftigt war und dann z.B. in einer Bildungskarenz eine Pflegeausbildung absolviert, darf derzeit das Praktikum laut AMS nicht beim gleichen Rechtsträger absolviert werden. Dies könne zu längeren Anfahrtswegen für das Praktikum führen und somit eine Hürde darstellen (ExpertInnen-Interviews 4).

7.7 ZWISCHENFAZIT

Auf Anfrage zeigten sich oberösterreichische Anbieter von FSB „A“- und PFA-Ausbildungen flexibel: Wenn die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen steigen würde, dann könne man zusätzliche Lehrgänge einschieben. Die befragten ExpertInnen sind sich zwar überwiegend einig, dass es bis 2030 mehr Ausbildungsplätze brauchen werde, vor allem für PFA, DGKP und FSB „A“, doch scheint die größte Herausforderung, die nötigen BewerberInnen dafür zu finden. Die wenigsten Probleme, der steigenden Nachfrage zu entsprechen, sehen die ExpertInnen bei den Heimhilfen. Aufgrund der kurzen Ausbildungszeit von sechs Monaten, gelingt es immer wieder ausreichend BewerberInnen zu finden.

Notstand bei InteressentInnen der FSB „A“-Ausbildung

Die ExpertInnen melden zurück, dass sowohl die Zahl der BewerberInnen als auch der AbsolventInnen „einbrechen“. Nachdem in den letzten fünf Jahren durchschnittlich 463 Personen eine FSB „A“-Ausbildung abschlossen, waren es im Jahr 2017 in OÖ nur mehr 383 (für das Jahr 2020 wird mit etwa 350 AbsolventInnen gerechnet). Um den Bedarf bis 2025 zu decken, bedarf es allerdings etwa 580 bis 600 AbsolventInnen jährlich. Die zweijährige FSB „A“-Ausbildung und die ebenfalls zweijährige PFA-Ausbildung sprechen einen ähnlichen InteressentInnen-Kreis an und stehen daher bezüglich der Bewerbungen in Konkurrenz. Im Gegensatz zur PFA-Ausbildung wird die FSB „A“-Ausbildung derzeit nicht mittels Fachkräftestipendium gefördert. Es wird von großer Bedeutung sein, für die FSB „A“-Ausbildung ebenfalls das Fachkräftestipendium anzubieten und so attraktiv zu gestalten, um ausreichend BewerberInnen für die Folgejahre zu finden.

Ausbildungsplätze für DGKP können nicht vollständig befüllt werden

Für die neu geschaffene DGKP-Ausbildung mit Bachelorabschluss stehen in Oberösterreich 340 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Dies ist zu wenig, um in Zukunft die Zahl der jährlich benötigten rund 585 AbsolventInnen zu erreichen. Allerdings konnten im Herbst 2018 diese 340 Ausbildungsplätze nicht gefüllt werden – es begannen 280 SchülerInnen. Zudem werden nach Abschluss der neuen DGKP-Ausbildung Spezialisierungsmodule angebo-

ten, die überwiegend auf den Einstieg in den Gesundheitsbereich und weniger auf den Altenpflegebereich abzielen. Dadurch kann ab dem Jahr 2021 ein akuter DGKP-AbsolventInnen-Mangel im Altenpflegebereich entstehen: Im Jahr 2020 werden die letzten AbsolventInnen die „alte“ DGKP-Ausbildung und im Jahr 2021 werden die ersten AbsolventInnen die neue DGKP-Ausbildung abschließen. Jedoch ist davon auszugehen, dass ein Teil der AbsolventInnen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen wird, da sie die Spezialisierungsmodule beginnen werden. Diese Lücke ab dem Jahr 2021 werden die AbsolventInnen der neu geschaffenen zweijährigen PFA-Ausbildungen kaum schließen können: Ersten Schätzungen zu Folge gibt es derzeit rund 165 Anmeldungen¹¹ zu der im Herbst 2018 beginnenden PFA-Ausbildung – um mindestens 40 zu wenig, um den Mindestbedarf zu decken. Zudem ist der Kompetenzbereich der PFA im Vergleich zur DGKP eingeschränkt und daher als Ersatz für DGKP-Arbeitsplätze kritisch zu sehen. Es wird massive Bemühungen erfordern, um einem eklatanten Mangel an diplomiertem Pflegepersonal im Altenpflegebereich vorzubeugen.

Zugangsvoraussetzungen:

Kernkriterien beibehalten, Eignung durch Praktika ausweiten

Das Absenken der Zugangsvoraussetzungen für Sozialbetreuungsberufe wird von den befragten ExpertInnen grundsätzlich kritisch gesehen. Schon derzeit habe man mit Abbruchquoten von bis zu 25% zu kämpfen. Das Absenken der Zugangsvoraussetzungen würde mit hohem Aufwand und Unterstützung (durch Begleitung, Wiederholungen, Lernwerkstätten) verbunden sein. Gute Deutschkenntnisse sind für den Beruf unabdingbar. Wesentlich erscheint den ExpertInnen die individuelle Eignung. Vorgeschlagen werden Praktika als Eignungstests. Den Praktikums-BegleiterInnen sollten zur Testung der persönlichen, sozialen und fachlichen, psychischen Eignung der PraktikantInnen Verfahren zur Verfügung gestellt werden. Das Schnuppern würde eine bessere Eigeneinschätzung und auch eine Einschätzung der Eignung aus Sicht der Einrichtung ermöglichen und damit Ausfallsquoten während der Ausbildung reduzieren. Die persönliche, soziale und fachliche, psychische Eignung sollte durch die Praktikums-BegleiterInnen getestet werden.

Seit Jahren besteht bereits ein Praktikum, das den Vorschlägen der ExpertInnen entspricht: Die Gespag (Oö. Gesundheits- und Spitals-AG) bietet ein neunmonatiges Berufsfundungspraktikum an vier Standorten (Schärding, Vöcklabruck, Steyr und Freistadt) an, das im September 2018 beginnt. Angesprochen werden damit junge Menschen, die das 16. Lebensjahr absolviert haben. Sie erhalten ein Taschengeld von € 452,- pro Monat, sind sozialversichert und erhalten kostenlose Verpflegung während des Praktikums.

Spannungsfeld: Absenken des Zugangsalters vs. Rekrutierung junger InteressentInnen

Die Herabsetzung des Zugangsalters von derzeit 17 Jahren wird von den ExpertInnen kontrovers diskutiert. Manche ExpertInnen sehen eine Überforderung der jungen Menschen und damit ein vorzeitiges Verlieren von InteressentInnen, andere erhoffen sich durch das Absenken des Zugangsalters, dass die Phase der Überbrückung bis zum Erreichen des Mindestalters wegfallen würde und daher InteressentInnen nicht verloren gehen würden. Das vorgeschlagene Modell (dreijähriger Ausbildungslehrgang „Junge Pflege“) der Oö. Soziallandesrätin Gerstorfer soll jungen Menschen eine Ausbildungsschiene anbieten, die pädagogisch

¹¹ Schätzung auf Basis einer Anfrage bei allen Oö. Ausbildungsträgern am 20. Juni 2018

und didaktisch auf die Jugendlichen Rücksicht nimmt und nach der Pflichtschule begonnen werden kann.

Vielseitige Maßnahmen zur Gewinnung von InteressentInnen notwendig

- Neue Ausbildungsmodelle
 - Ausbildungslehrgang „Junge Pflege“
 - Teilzeitausbildungen
 - berufsbegleitende Ausbildungen
 - kürzere und intensivere Ausbildungsformen ergänzen
 - Abendschulformen
 - Berufsfindungspraktika ausweiten
- Marketing, Image und Informationen intensiv verbessern
- professionelle Praktikumsbegleitung
- Attraktivierung und Verbesserung der Rahmenbedingungen in Ausbildung und Beruf
 - Existenzsicherung auch bei längeren Ausbildungen
 - Dienstzeitenregelungen
 - Personalbemessung
 - Supervisions-Angebote
- attraktive Überbrückungsangebote bis zum 17. Lebensjahr
- neue Zielgruppen ansprechen
 - Männer, Ältere, 24-Stunden-BetreuerInnen
- Fachkräftestipendium für FSB „A“-Ausbildung

Handlungsmöglichkeiten des AMS

- breiterer Zugang zu Förderungen als äußerst relevantes Handlungsfeld
 - auch InteressentInnen aus Mangelberufen
- breitere Zuerkennung von Stiftungsmaßnahmen
 - auch bei Selbstkündigung
 - Praktika beim vorhergehenden Dienstgeber erlauben
- höhere Flexibilität bei der Förderung neuer Ausbildungsmodelle (z.B. Teilzeitausbildung, berufsbegleitende Ausbildungen)
- Forderung an den Gesetzgeber nach Fachkräftestipendium für FSB „A“-Ausbildung
- AMS-interner Fokus: geeignete Personen identifizieren und interessieren
- Testung/ Erprobung (Eignung) unterstützen – Screening entweder als eigene Leistung oder in Kooperation mit Ausbildungsanbieter (Gespag, bfi, Kepler Uniklinikum)
- enge Kooperationen mit Ausbildungsträgern und dem Land OÖ zur Vorbeugung eines eklatanten Fachkräftemangels im Altenpflegebereich
 - Mithilfe bei der Entwicklung einer Pflegekräfteagentur
 - Beteiligung Pflegeausbildungsfonds
 - Mithilfe bei der Koordination von Ausbildungsangeboten
 - Mithilfe bei der Entwicklung des Ausbildungslehrgangs „Junge Pflege“

8 FAZIT

Etwa 9.850 unselbstständig Beschäftigte arbeiten in Oberösterreich in verschiedenen Pflege- und Betreuungsberufen. Rund 7.400 Pflegende arbeiten in Alten- und Pflegeheimen, weitere 2.300 sind in der mobilen Pflege beschäftigt. Etwa 10.000 selbständige PersonenbetreuerInnen sind in der 24-Stunden-Betreuung tätig. In Oberösterreich nehmen jährlich beinahe 50.000 Menschen Altenbetreuungs- und Altenpflegedienstleistungen in Anspruch.

Recherchen, eine zweistufige Delphi-Befragung, vertiefende ExpertInnen-Interviews und sekundärstatistische Datenanalysen waren die methodische Grundlage dieses Forschungsprojektes, das die Zukunft der Berufe im Altenpflegebereich in Oberösterreich skizziert.

Die sich weiterhin erhöhende Lebenserwartung und die geburtenstarken Jahrgänge am Ende der 1930er Jahre und Anfang der 1940er Jahre Geborenen werden in den nächsten Jahren zu einer steigenden Zahl an Pflegebedürftigen führen. Bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Oberösterreich von derzeit etwa 84.000 auf rund 102.000 anwachsen. Dieser Anstieg wird zu einer verstärkten Nachfrage nach Pflegedienstleistungen und -personal führen. Dieser Trend wird durch einen zu erwartenden Rückgang des häuslichen Pflegepotenzials verschärft.

Aufgrund des neuen Pflegefonds-Gesetzes des Bundes ist ab 2018 für die Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim mindestens Pflegestufe 4 notwendig¹². Das wird vor allem bei Menschen mit niedrigeren Pflegestufen zu einer Verschiebung der Pflegedienstleistungen von der stationären zur mobilen Pflege führen. Das Land Oberösterreich trägt diesem Trend Rechnung, indem bis 2025 keine Heimneubauten erfolgen¹³. In den Alten- und Pflegeheimen wird trotzdem ein erheblicher Mehrbedarf (+13%) an Personal zu erwarten sein, da höhere Pflegestufen einen deutlich verdichteten Personalschlüssel nach sich ziehen. Insgesamt ist für Oberösterreich bis 2025 mit einem Mehrbedarf von etwa 1.650 Betreuungs- und Pflegekräften (von derzeit etwa 9.850 auf 11.500; +17%) über alle Versorgungsformen¹⁴ zu rechnen.

Die Abdeckung dieses Mehrbedarfs an Betreuungs- und Pflegekräften wird herausfordernd: Die letzten Jahre zeigen, dass das Interesse an FSB „A“-Ausbildungen rückläufig ist – alleine in diesem Bereich werden in den nächsten Jahren mindestens 580 AbsolventInnen jährlich notwendig sein (2017: 383). Zudem ist zu befürchten, dass in den nächsten Jahren zu wenig diplomiertes Pflegepersonal zur Verfügung stehen wird: Die ersten AbsolventInnen der im Herbst 2018 beginnenden Ausbildung zum Gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege werden für 2021 erwartet. Jedoch wird ein Teil der AbsolventInnen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen, weil er sich nach dem Bachelor-Abschluss in den vorgesehenen Spezialisierungsmodulen weiterbilden wird. Diese Lücke ab dem Jahr 2021 werden die AbsolventInnen der neu geschaffenen zweijährigen Pflegefachassistenten-Ausbildungen kaum schließen können: Wichtige und notwendige medizinische Tätigkeiten des diplomierten Personals dürfen von PflegefachassistentInnen nicht durchgeführt werden. Noch

¹² Ausnahme: Personen mit geringerem Pflegebedarf können ein Objektivierungsverfahren durchlaufen, in dem über eine Aufnahme entschieden wird.

¹³ Ausnahme: bereits vereinbarte Ersatzbauten

¹⁴ Nicht berücksichtigt ist in dieser Berechnung die Versorgungsform 24-Stunden-Betreuung. Im Jahr 2018 werden etwa 6.150 Menschen von rund 10.000 24-Stunden-BetreuerInnen versorgt. Im Jahr 2025 werden etwa 6.400 Pflegebedürftige in einer 24-Stunden-Betreuung sein (+4%).

ist nicht absehbar, wie viele der AbsolventInnen der neu geschaffenen Pflegeausbildungen im Gesundheitsbereich und wie viele im Altenpflegebereich berufstätig werden.

Das Aufweichen von Zugangsvoraussetzungen zu den Ausbildungen, um mehr InteressentInnen für den Altenbetreuungs- und Pflegebereich zu gewinnen, wird von den meisten interviewten ExpertInnen kritisch gesehen. Vor allem ausreichende Deutschkenntnisse und die persönliche Eignung (z.B. Einfühlungsvermögen, Team- und Konfliktlösungsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit) werden weithin als unabdingbar angesehen.

Das Absenken des Mindestzugangsalters von 17 Jahren oder die Einführung einer Pflegelehre werden kontrovers diskutiert: Einerseits meinen manche ExpertInnen, dass durch das derzeitige Mindestzugangsalter viele junge InteressentInnen verloren gingen, weil die Zeit zwischen dem Ende der Schulpflicht und dem 17. Lebensjahr zu überbrücken sei. Andererseits wird bei zu frühem Einstieg in den Pflegeberuf eine Überforderung der jungen Menschen befürchtet. Lösungsansätze, um junge Menschen behutsam an Pflegeberufe heranzuführen, sind bereits sichtbar: Ein oberösterreichischer Krankenhausträger bietet ein neunmonatiges Berufsfindungspraktikum an. Angesprochen werden damit junge Menschen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben. Zudem plant das Land Oberösterreich einen Ausbildungslehrgang „Junge Pflege“ – angrenzend an die Schulpflicht.

Es wird ein Maßnahmenbündel brauchen, um ausreichend Menschen für den Altenpflegebereich zu interessieren: Neben Ausbildungsmodellen, die pädagogisch und didaktisch auf junge Menschen Rücksicht nehmen, werden berufsbegleitende Angebote, Teilzeitausbildungen, Abendschulformen sowie kürzere und intensivere Ausbildungsformen gefragt sein, um dem ganzen Spektrum an potenziellen InteressentInnen – auch höheren Alters – ein attraktives Angebot legen zu können.

Neben aufgefächerten Ausbildungsformen bedarf es einer Korrektur des Images von Altenbetreuungs- und Pflegeberufen: Es sollten mittels Marketing auch die attraktiven Seiten von Gesundheits- und Sozialberufen (Sinnstiftung, Teilzeitmöglichkeit, Regionalität, Jobsicherheit) dargestellt und Informationen zur Tätigkeit besser kommuniziert werden. Die Glaubwürdigkeit eines solchen Marketings steht in Zusammenhang mit einer Verbesserung der Rahmenbedingungen in Ausbildung und Beruf: Dazu gehören eine Existenzsicherung auch bei längeren Ausbildungen und im Beruf familienfreundliche Dienstzeitenregelungen, faire Personalbemessung und Supervisions-Angebote.

Für arbeitslose Menschen und/ oder WiedereinsteigerInnen sollten die Zugänge zu Altenbetreuung- und Pflegeausbildungen erleichtert werden: Die ExpertInnen sprechen dabei an, dass arbeitslosen InteressentInnen aus Mangelberufen auch Förderungen für Pflegeausbildungen zugestanden werden sollten. Zudem wird ein breiterer Zugang zu Stiftungsmaßnahmen gewünscht. Wesentlich erscheint die Forderung der ExpertInnen nach der Wiedereinführung des Fachkräftestipendiums für die FSB „A“-Ausbildung – ohne dieser wird die notwendige Zahl an Fachkräften kaum erreichbar sein. Zudem wünschen sich die ExpertInnen einen Fokus der AMS-Beratung auf geeignete Personen für den Pflegebereich, um diese zu identifizieren und zu interessieren.

Das Land OÖ plant die Entwicklung einer Pflegekräfteagentur als zentrale Drehscheibe für Personal-Recruiting und -entwicklung und einen Pflegeausbildungsfonds. Zur Umsetzung dieser Vorhaben und zur Vorbeugung eines eklatanten Fachkräftemangels im Altenpflegebereich wird es einer engen Kooperation der Ausbildungsträger, dem Land OÖ und dem AMS OÖ bedürfen.

9 VERZEICHNISSE

9.1 ABKÜRZUNGEN

Abkürzung	Erläuterung
AMS	Arbeitsmarktservice
APH	Alten- und Pflegeheim
DGKP	DiplomierterR Gesundheits- und KrankenpflegerIn
DSB „A“	Diplom-Sozialbetreuung mit dem Schwerpunkt Altenarbeit
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HH	Heimhilfe
HKP	Hauskrankenpflege
FSB „A“	Fach-Sozialbetreuung mit dem Schwerpunkt Altenarbeit
FSB „BA“	Fach-Sozialbetreuung mit dem Schwerpunkt Behindertenarbeit
IAB	Institut für Ausbildungs- und Beschäftigungsberatung
IBE	Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung
MD	Mobile Dienste
o.J.	ohne Jahr
OÖ	Oberösterreich
PA	Pflegeassistenz
PFA	Pflegfachassistenz
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
SBG	Sozialberufegesetz
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
VZÄ-PE	Vollzeitäquivalent-Personaleinheiten

9.2 TABELLEN

Tabelle 1-1: Delphi-Befragung: Eingeladene und TeilnehmerInnen	8
Tabelle 3-1: Einpersonenhaushalte von Personen im Alter 65+ in Österreich	25
Tabelle 3-2: Kennzahlen Demografie und Pflegebedürftige in OÖ	29
Tabelle 4-1: Pflege- und Betreuungspersonal in APHs	36
Tabelle 4-2: Pflege- und Betreuungspersonal Mobiler Dienste	38
Tabelle 4-3: Personal in Alternativen Wohnformen	40
Tabelle 4-4: Versorgungsformen - Überblick	46
Tabelle 4-5: Betreute Personen/ VZÄ-PE - Überblick.....	46
Tabelle 5-1: Berufsgruppen - Überblick	53
Tabelle 6-1: Welche Qualifikationen und Kompetenzen werden wichtiger?	56
Tabelle 7-1: AbsolventInnen 2017 in OÖ	63

9.3 ABBILDUNGEN

Abbildung 1-1: Überblick über die Methoden in Arbeitspaket 2.....	7
Abbildung 2-1: Entwicklung der Lebenserwartung	12
Abbildung 2-2: Entwicklung der EinwohnerInnenzahl	13
Abbildung 2-3: Entwicklung der Altersstruktur in OÖ (relativ).....	14
Abbildung 2-4: Bevölkerungspyramide 2016, 2030, 2040	15
Abbildung 2-5: Entwicklung der Altersstruktur (absolut)	16
Abbildung 2-6: Hoch betagte Menschen (85+).....	17
Abbildung 2-7: Pflegepotenziale.....	18
Abbildung 3-1: Entwicklung der Pflegebedürftigen in OÖ 2012 bis 2040.....	20
Abbildung 3-2: Altersverteilung pflegebedürftiger Menschen	21
Abbildung 3-3: Pflegestufen in OÖ 2007 vs. 2017	22
Abbildung 3-4: Pflegedauer in Monaten in Deutschland.....	24
Abbildung 4-1: Versorgungsformen der Pflegebedürftigen in OÖ 2018.....	31
Abbildung 4-2: Personalnotwendigkeit bis 2030 nach Versorgungsformen.....	32
Abbildung 4-3: Personalbedarf APH	35
Abbildung 4-4: Entwicklungen bis 2030 I – Einschätzung der ExpertInnen.....	37
Abbildung 4-5: Personalbedarf Mobile Dienste.....	39
Abbildung 4-6: Personalbedarf Alternative Wohnformen	41
Abbildung 4-7: Personalbedarf 24-Stunden-Betreuung.....	42
Abbildung 5-1: Entwicklungen bis 2030 II – Einschätzung der ExpertInnen	47
Abbildung 5-2: Nachfrage OÖ bis 2025	54
Abbildung 7-1: Bedarf an Ausbildungsplätzen bis 2030	64
Abbildung 7-2: Bedarfseinschätzung AbsolventInnen	65
Abbildung 7-3: Änderungen bei Zugangsvoraussetzungen	70
Abbildung 7-4: Änderungen bei Auswahlverfahren	72
Abbildung 7-5: Pflegelehre	76
Abbildung 7-6: Änderungen beim Ausbildungszugang.....	85

9.4 LITERATUR

Amt der Oö. Landesregierung Direktion Soziales und Gesundheit: (2012): Heimaufsicht Themenkatalog Stand 1.Juli 2012

Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales: Bedarfs- und Entwicklungsplan 2015 (BEP 2015) – Pflegevorsorge für ältere Menschen in Oberösterreich.

Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales: „Projekt Sozialressort 2021+“ (2018) – Pflegevorsorge für ältere Menschen in Oberösterreich.

Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik: „Bevölkerungsprognose 2015, Teil 1 – Bundesland Oberösterreich“ (2015).

Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik: „Bevölkerungsprognose 2018, Teil 1 – Bundesland Oberösterreich“ (2018).

Auer, Sabine/ Rigler, Sandra: Pflichtpraktikum im Fokus (2017); IBE-Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich

Arbeitsmarktservice Österreich (2016): Berufe Soziales. 7. Auflage. Wien: Arbeitsmarktservice Oberösterreich. Online verfügbar unter: http://www.ams.at/b_info/download/soziales.pdf (dl:20.06.2018)

Bundesamt für Statistik (BFS, Schweiz) (2018). Bildungsabschlüsse. Berufliche Grundbildung – Basistabellen. Zeitraum 2017. Online verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.5146226.html> (dl: 06.07.2018)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2016): Pflegevorsorgebericht 2016

Bundesministeriums für Gesundheit und des Sozialministeriums (2014): Österreichischer Demenzbericht 2014

Erpenbeck, John/ von Rosenstiel, Lutz (2007). Vorbemerkung zur zweiten Auflage. In: Erpenbeck, John/ von Rosenstiel, Lutz (Hrsg.). Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag, S. XI-XVII.

Erpenbeck, John/ Grote, Sven/ Sauter, Werner (2017). Einführung. In: Erpenbeck, John/ Grote, Sven/ Sauter, Werner (Hrsg.). Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. 3. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Famira-Mühlberger, Ulrike (2017): „Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenbetreuung in Österreich“. Im Auftrag des Instituts für angewandte Gewerbeforschung. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO). Wien

FH Gesundheitsberufe (o.J.): Gesundheits- und Krankenpflege. Anforderungen/ Bewerbung. Online verfügbar unter: <https://www.fh-gesundheitsberufe.at/studieren/studienangebot/bachelor-studiengaenge/gesundheits-und-krankenpflege/anforderungsbewerbung/> (dl: 20.06.2018)

Firgo, Matthias/ Famira-Mühlberger, Ulrike (2014): „Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern“. Im Auftrag der Verbindungsstelle der Österreichischen Bundesländer. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO). Wien

Hausreither, Meinhild (2016): Pflege im Wandel. Das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Was bringt das GUKG-Neu? [Power-Point Präsentation vom 13.09.2016]. Online verfügbar unter: https://media.arbeiterkammer.at/stmk/pflege/20160913_Hausreither_Pflegegesetz_barrierefrei.pdf (dl: 20.06.2018)

Hötzinger, Sophie (2018): Personaleinsatzplanung in der stationären Langzeitpflege in Oö. Herausforderungen derzeitiger Rahmenbedingungen und Auswirkungen auf Pflege- und Arbeitsqualität. Masterarbeit an der Johannes Kepler Universität Linz

Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege (2016): Bundespflegegeldgesetz - Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, Auswertung der von den diplomierten Gesundheits-/Krankenpflegepersonen durchgeführten Hausbesuche im Zeitraum von Jänner bis Juni 2016.

Land Oberösterreich (2017): Gesundheits- und Sozialbereich. Praktika und Ausbildungen. Linz: Amt der oberösterreichischen Landesregierung, Direktion Bildung und Gesellschaft, Gruppe Jugend, Jugendservice. Online verfügbar unter: https://www.jugendservice.at/fileadmin/files/jugendservice/B_Broschueren/Quickinfos/pdf/Quickinfo_Gesundheitsbereich_2017_WEB.pdf (dl:20.06.2016)

Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung, LGBI.Nr. 43/2018 vom 30. Mai 2018

Oö. Sozialberufegesetz (Oö. SBG) LGBI.Nr. 63/2008 zuletzt geändert durch LGBI.Nr. 42/2017

Rothgang H./ Kalwitzki T./ Müller R./ Runte R./ Unger R. (2015): BARMER GEK Pflegereport 2015. Universität Bremen. Asgard-Verlagsservice GmbH. Siegburg.

Statistik Austria (2017): Statistisches Jahrbuch Österreichs 2018. Verlag Österreich GmbH. Wien.

Statistik Austria (2018): Pflegedienstleistungsstatistik; online verfügbar: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/080937.html am 11. 7. 2018

Strobelberger, Michaela/ Grillich, Ludwig/ Gartlehner, Gerald (o.J.). Evidenzrecherche zur These der „Kompression der Morbidität“. Krems: Donau-Universität Krems. Online verfügbar unter: https://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/evidenzbasierte_medicin/projekte/berichte/kompression_der_morbidit__t.pdf (dl: 20.06.2018)

Trede, I./ Schweri, J (2012). Laufbahnentscheidung von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit. Zollikofen, Bern: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB und OdASanté.

Trede, I./ Grønning, M./ Pregaldini, D./ Kriesi, I./ Schweri, J./ Baumeler, C. (2017). Trendbericht 2: Fachfrau/Fachmann Gesundheit – Traumjob oder Zwischenstopp? Zollikofen, Bern: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB und OdASanté.

Unger, Rainer/ Giersiepen, Klaus/ Windzio, Michael (2015): Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In Hank, Karsten; Kreyenfeld, Michael (Hrsg.): Demographie. Sonderheft 54 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen/Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.