MCI®

CENTER FOR SOCIAL & HEALTH INNOVATION

endbericht.

Pflege in Tirol –
Ideen, Perspektiven, Strategien & Zukunft

autor_innen:

Siegfried Walch | Lukas Kerschbaumer | Friederike Sahling | Valerie Reinthaler | Jakob Spencker | Nina Wüstner | Magdalena Meindlhumer

Der vorliegende Bericht ist im Auftrag des Landes Tirol vertreten durch die Tiroler Landesregierung entstanden.

impressum

Pflege in Tirol – Ideen, Perspektiven, Strategien & Zukunft

Herausgeber:

MCI – Internationale Bildung & Wissenschaft GmbH

Center for Social & Health Innovation

Universitätsstraße 15, 6020 Innsbruck

Innsbruck, 2022

Autor:innen:

Siegfried Walch, Lukas Kerschbaumer, Friederike Sahling, Valerie Reinthaler, Jakob Spencker,

Nina Wüstner, Magdalena Meindlhumer

Kontakt:

Dr. Siegfried Walch

Center for Social & Health Innovation

E-Mail: siegfried.walch@mci.edu

Zitiervorschlag:

Walch, S., Kerschbaumer, L., Sahling, F., Reinthaler, V., Spencker, J., Wüstner, N. & Meindlhumer, M. (2022). *Pflege in Tirol – Ideen, Perspektiven, Strategien & Zukunft.* Innsbruck. Center for Social & Health Innovation, MCI I Die Unternehmerische Hochschule®.

inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG 1
1.1 Ziele des Forschungsprojektes 1
2 METHODIK 2
2.1 Erhebungsdesign 2
2.2 Qualitatives Sampledesign 5
2.3 Sample 6
2.4 Auswertung 8
3 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE 9
3.1 Pflegeausbildung 9
3.1.1 Anreizmodelle & finanzielle Unterstützung 9
3.1.2 Zugang zur Pflegeausbildung 12
3.1.3 Lehre zum Assistenzberuf der Pflege 15
3.1.4 Information & Anwerbung 21
3.2 Attraktivierung des Pflegeberufs 23
3.2.1 Arbeitszeit, Arbeitszeitmodelle & Dienstplansicherheit 23
3.2.2 Entlohnung & Gehaltsanpassungen 29
3.2.3 Kompetenzerweiterung 32
3.2.4 Image 35
3.3 Personal 37
3.3.1 Sicherung der Personalkapazität 37
3.3.2 Personalschlüssel, Pflegeminutenschlüssel & Pflegegeldschlüssel 42
3.4 Digitalisierung 45
3.4.1 Verwaltung 45
3.4.2 Telemedizin 47
3.5 Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz 47
3.5.1 Unternehmenskultur & Führungskräfte(-entwicklung), Qualitätsmanagement & Mitarbeiter:innenzufriedenheit 49
3.5.2 Weiterbildungsangebote 52
3.5.3 Vereinbarkeit von Familie & Beruf 57
3.5.4 Gesundheitsförderung 60
3.5.5 Ausstattung des Arbeitsplatzes 63
3.6 Vernetzung von Gesundheit & Pflege 67
3.6.1 Integrierte Versorgung 67
3.6.2 Netzwerke, Community Nurse & Case und Care Management 69
3.6.3 Soziale Arbeit 76
3.7 Betreuungsformen 78
3.7.1 Mobile Pflegedienste, betreutes Wohnen & alternative Wohnformen 78
3.7.2 Stationäre Pflegeeinrichtungen 83
3.7.3 Pflegende Angehörige, Tagespflege & Kurzzeitpflege 85
4 ZUSAMMENFASSUNG MÖGLICHER MAßNAHMEN 89
LITERATURVERZEICHNIS 96

abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung des Erhebungsprozesses. Quelle: eigene Darstellung. 5
Abbildung 2: Erläuterung der Interviewkennung. Quelle: eigene Darstellung. 7
Abbildung 3: Sampleübersicht der qualitativen Erhebung. Quelle: eigene Darstellung. 8

tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Themenblöcke für qualitative Erhebung mit inhatlicher Ausführung. Quelle: eigene Darstellung. 3
Tabelle 2: Kollektivverträge im bundesweiten Vergleich. Quelle: eigene Darstellung nach SWÖ (2018): Analyse. 30

abkürzungsverzeichnis

AGS	Assistent:in Gesundheit und Soziales
AK Tirol	Arbeiterkammer Tirol
Amg	Tiroler Arbeitsmarktförderungsgesellschaft m.b.H
AMS	Arbeitsmarktservice
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BHS	Berufsbildende mittlere und höhere Schulen
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BSc	Bachelor of Science
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGKP	Diplomierte:r Gesundheits- und Krankenpfleger:in
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
EBA	Eidgenössisches Berufsattest
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FaGe	Fachfrau/mann Gesundheit
Fhg	Fachhochschule Gesundheit
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GÖD	Gewerkschaft Öffentlicher Dienst
IPW	Institut für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld
LIV	Landesinstitut für Integrierte Versorgung
LLA	Landeslehranstalt
MTB	Medizinisch-technische Berufe
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
PA	Pflegeassistenz
PFA	Pflegefachassistenz
PPZ	Pflegepraxiszentrum
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SOB	Schule für Sozialbetreuungsberufe
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreich
SWÖ	Sozialwirtschaft Österreich
WHO	World Health Organization
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
WKO	Wirtschaftskammer Österreich
ZAV	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung

1 einleitung

Wertschätzung gegenüber der Pflege stellt einen wiederkehrenden Begriff innerhalb der durchgeführten Erhebung dar und wird vonseiten der Politik sowie innerhalb der Gesellschaft vermehrt als unzureichend und unaufrichtig beschrieben. Der Zeitpunkt wäre gekommen, statt einmaligen Bonuszahlungen und Ankündigungen nachhaltige Verbesserungen der Rahmenbedingungen als Ausdruck von Wertschätzung gegenüber dem Pflegeberuf zu implementieren. Die langfristige Finanzierung des Pflegesektors wird von Expert:innen aus der hier präsentierten Erhebung zwar hinsichtlich der prognostizierten Bedarfsentwicklung durchaus als herausfordernd beschrieben, die Mehrheit der Befragten sieht die Verantwortung dennoch klar in der öffentlichen Hand, dem Pflegesektor politische sowie finanzielle Priorität einzuräumen. Bei der Einführung notwendiger Maßnahmen besteht die klare Forderung, Pflegeexpert:innen in politische Entscheidungsprozesse zu involvieren und Pflege als eigenständige Disziplin in fachlichen Fragestellungen zu konsultieren.

Im Zuge der Gespräche mit den Fachkräften zum Thema Pflege wurde deutlich, dass es viele Ansätze, kreative Lösungen und Zugänge zu bestehenden Herausforderungen gibt. Was aktuell allerdings noch fehlt, ist eine Plattform bzw. eine Bühne, auf der diese Potenziale abgeholt, eingefangen sowie anerkannt werden und eine Implementierung und Erprobung incentiviert wird. Mit der Einbindung der Expert:innen in die vorliegende Pflegestrategie ist ein erster Schritt gelungen. Daraus leitet sich ab, dass das Land Tirol mit einem deutlichen Signal einen Aufruf zur Partizipation setzen sollte. Eine Idee könnte die Etablierung eines jährlichen Ideenwettbewerbs mit der Verleihung eines Pflegeawards sein. Hierbei sind sämtliche Stakeholder bzw. Fachkräfte in der Pflege dazu aufgerufen, Ideen, Konzepte und Best-Practice-Beispiele zur konkreten Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege einzureichen. Die Entscheidung über Platzierung und Verleihung des Pflegeawards würde durch eine Jury aus Pflegefachkräften (alternierende Besetzung – Gewinner:innen aus dem Vorjahr) und dem Land Tirol getroffen werden. Die drei bestplatzierten Ideen sollen individuell mit einem Preisgeld honoriert werden. Zudem sollen die ersten drei Platzierungen mit einem Umsetzungsbonus dotiert werden, der an die einreichenden Einrichtungen und Organisationen gehen würde, um die Umsetzung der eingereichten Ideen zu fördern. Dieser Ideenwettbewerb kann sowohl den kommunikativen Austausch zwischen Land und Fachkräften fördern als auch als Bottom-up-Ansatz dienen, um die Potenziale im Kleinen bzw. in der Praxis zu mobilisieren und Kreativität sowie Einsatz zu honorieren.

1.1 ZIELE DES FORSCHUNGSPROJEKTES

Die Zieldimensionen des Forschungsprojektes wurden vom Auftraggeber klar definiert und darauf ausgerichtet, Wissen und Erfahrungen zu bündeln und daraus ableitend Beiträge zur Entwicklung von Strategien und Herangehensweisen voranzutreiben. Die Zielvorgabe lautete daher:

> *Eine explorative Annäherung an neue Wege in der Pflege und Begleitung des politischen Diskurses zur Festlegung einer Pflegestrategie für das Land Tirol unter*
>
> *(1) Einbezug und Aufarbeitung vorhandener Expertise und Daten in der Pflege und*
>
> *(2) durch das Einfangen eines Stimmungsbildes zum Thema Pflege in Tirol vorzunehmen*

Als vorläufige Themenschwerpunkte wurden neun Bereiche mit der beauftragenden Instanz abgestimmt, wenngleich diese sich durch die Inhalte der Erhebung jederzeit erweitern konnten.

1. Bereich der Ausbildung und Fortbildung in der Pflege
2. Motivlagen bzw. Anreize für das Berufsfeld Pflege (Attraktivierung, Dienstzeiten, Vereinbarkeit, Entlohnung)
3. Kapazitätsmanagement, Arbeitsplatzausstattung und Ressourcen, Monitoring, Evaluation, Feedback
4. Finanzierung
5. Digitalisierung (Chancen und Hürden)
6. Gesundheit der Fachkräfte
7. Alternative und innovative Konzepte in der Pflege
8. Kommunikativer, gesellschaftlicher und politischer Überbau der Pflege (Notwendig: Gesamtkonzept in Tirol zu Gesundheit UND Pflege) in Bereichen der Gesundheitsförderung, der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, der Raumplanung, des Wohnbaus etc.
9. Involvierung, Unterstützung und Koordination weiterer relevanter, beteiligter Akteure, z. B. Ehrenamtliche oder Angehörige

Auch wenn sich der Auftrag und somit die Arbeit auf den Pflegebereich beschränken, ist hervorzuheben, dass allfällige Bestrebungen zur Aufwertung des Pflegebereichs nicht ohne Berücksichtigung des Sozialbereichs vollzogen werden sollten. Eine Attraktivierung und finanzielle Verbesserung der Situation im Pflegebereich darf nicht zur Devaluierung des Sozialsektors führen, indem Problemfelder verschoben anstatt nachhaltig gelöst werden.

2 methodik

Im Rahmen der methodischen Umsetzung des Forschungsprojektes wurde ein triangulativer Ansatz verschiedener qualitativer Methoden verfolgt (Flick, 2011), der sowohl die Analyse bestehender Literatur als auch Expert:inneninterviews und Gruppendiskussionen bzw. eine Fischbowl beinhaltet. Die vorgelagerte Dokumentenanalyse in Kombination mit nachgereihten Interviews und Diskussionsgruppen ist am Prinzip der Evidenztriangulation angelehnt (Mayring, 2017), um ein möglichst breites Spektrum an Inhalten, Perspektiven und Erfahrungen (national und international) zugänglich und anschlussfähig zu machen (Denzin, 2012). In vielerleit Hinsicht kann es durchaus dazu kommen, dass sich Überschneidungen mit bestehenden Ergebnissen zum Thema Pflege ergeben und trotzdem bietet gerade der qualitative Zugang das Potential, neue Inhalte bzw. andere Facetten zu bestimmten Sachverhalten zu liefern (Creswell, 2016). Im Folgenden wird sowohl das qualitative Forschungs- und Stichprobendesign als auch das Sample, die Rekrutierung und Auswertung näher ausgeführt.

2.1 ERHEBUNGSDESIGN

Die Analsyse bestehender Daten bildete den ersten Schritt für die Annäherung an das Thema Pflege. Dabei wird Literatur aller Art, national wie international gesichtet, strukturiert, zusammengefasst, kategorisiert und findet so als Abbild des aktuellen (wissenschaftlichen) Diskurses Einzug in die Erhebung, Auswertung und

Ergebnisdarstellung (Grant & Booth, 2009). Zudem wurden Best-Practice-Beispiele literaturbasiert in Form von Studien und anderen Veröffentlichungen zusammengetragen und entsprechend den Zielvorgaben des Projekts gefiltert. Tagesaktuelle Entwicklungen zum Thema Pflege wurden ebenfalls berücksichtigt und ggf. in die Erhebung, spätestens aber in die Ergebnisdarstellung mitaufgenommen. Im zweiten Schritt wurden auf Grundlage der vorgelagerten Analyse Themenblöcke abgeleitet, mit den Mitgliedern des Projektbeirates diskutiert, überarbeitet, final angestimmt, die im weiteren Verlauf die inhaltlichen Orientierungspunkte der qualitativen Erhebung bilden. Tabelle 1 bietet eine Übersicht zu den Themenblöcken und deren inhaltlicher Ausrichtung. Im Verlauf der Erhebung wurde der Leitfaden um induktive Elemente aus der Erhebung ergänzt, um etwaige Einzelaussagen auch mit Erfahrungen und Einschätzungen anderer Teilnehmer:innen konstrastieren zu können.

THEMENBLOCK	INHALT & BESCHREIBUNG
1. Pflegeausbildung	Anreizmodelle & finanzielle Unterstützung
	Zugang zur Pflegeausbilung
	Lehre zum Assistenzberuf der Pflege
	Information & Anwerbung
2. Attraktivierung des Berufsbildes	Arbeitszeit, Arbeitszeitmodelle & Dienstplansicherheit
	Entlohnung und Gehaltsanpassungen
	Kompetenzerweiterung
	Image
3. Personal	Sicherung der Personalkapazitäten
	Stellenpläne, Pflegeminutenschlüssel & Pflegegeldschlüssel
4. Digitalisierung	Telemedizin
	Verwaltung
5. Rahmenbedinungen am Arbeitsplatz	Unternehmenskultur & Führungskräfte(-entwicklung) Qualitätsmanagement & Zufriedenheit von Mitarbeiter:innen
	Weiterbildungsangebote
	Vereinbarkeit von Familie & Beruf
	Gesundheitsförderung
	Ausstattung des Arbeitsplatzes
6. Digitalisierung	Telemedizin
	Aus- & Weiterbildungen
	Verwaltung
7. Rahmenbedingungen	Unternehmenskultur
	Weiterbildungsangebote
	Vereinbarkeit von Familie & Beruf
	Gesundheitsförderung
	Ausstattung des Arbeitsplatzes
8. Vernetzung von Gesundheit & Pflege	Integrierte Versorgung
	Netzwerke, Community Nurse & Case und Care Management
9. Betreuungsformen	Mobile Pflegedienste, betreutes Wohnen & alternative Wohnformen
	Stationäre Pflegeeinrichtungen
	Pflegende Angehörige, Tagespflege & Kurzzeitpflege

Tabelle 1: Übersicht der Themenblöcke für qualitative Erhebung mit inhatlicher Ausführung. Quelle: eigene Darstellung.

Es wurden problemzentrierte Interviews (Witzel & Reiter, 2012) um narrative Elemente der Interviewführung erweitert (Scheibelhofer, 2008), um ggf. auf spezifische Bedarfe und Relevanzhorizonte der Befragten eingehen zu können, längere Ausführungen zu Alltagsereignissen und -praktiken zu ermöglichen und Raum für kontextualisierende Ausführungen zuzulassen. Kurzum, im Mittelpunkt stand somit ein explorativer Ansatz (Flick, 2016), in dem Expert:innen aus dem Untersuchungsfeld und in eigener Sache zur Mitwirkung eingeladen wurden (Gläser & Laudel, 2010). Die Themenblöcke stellten eine erste Basis dar und wurden nur implizit verfolgt, sodass zuallererst die Themen mit der größten Relevanz für die Befragten thematisiert werden konnten. Damit werden externe, latente Beeinflussungen der Interviewpartner:innen reduziert (Küsters, 2009; Schütze, 1983) und die deduktiven Themenblöcke um induktive Elemente und Optionen erweitert. Zu gegebener Zeit wurden bei Unklarheiten oder noch nicht angesprochenen Themen exmanente Nachfragen gestellt. Dieses Verfahren ermöglichte den Forschenden, die Inhalte und Fragen des Interviews an die Expertise, die Erfahrung und den Wissensstand der Interviewpartner:innen anzupassen (Gläser & Laudel, 2010). Traditionell werden qualitative Interviews auf einer persönlichen Basis bzw. Face-to-Face durchgeführt (Novick, 2008; Hermanowicz, 2002). Aus wissenschaftlicher Perspektive bot diese natürliche Begegnung für den Interviewenden die Möglichkeit, eine Beziehung zu den Befragten aufzubauen und aufrechtzuerhalten (Gillham, 2005). In dieser Konstellation ist der Zugang zu emotionalen, brisanten, belastenden wie auch besonders erfreulichen Themen vielfach freier und leichter zu erreichen (Hermanowicz, 2002; Shuy, 2007). Um den Zugang zur Erhebung jedoch zu erleichtern, wurden zudem Telefon- (Holt, 2010) oder Onlineinterviews (Weller, 2017) angeboten und auch durchgeführt. So fanden neben der Face-to-Face-Erhebung elf Interviews über Telefon und digitale Lösungen (Skype, Zoom, CLICKDOC) statt. Die Interviews dienten dazu, Schwerpunktsetzungen, Handlungsfelder, vorhandene Strukturen, Zukunftsperspektiven wie auch innovative Lösungsansätze und Best-Practice-Ansätze aus den unterschiedlichen Regionen Tirols explorativ zusammenzutragen. Gruppendiskussionen komplettierten die Erhebung und wurden als Reaktion auf die starke Nachfrage zur Teilnahme an der Erhebung angesteuert. Gruppendiskussionen generierten große Mengen an qualitativen Daten mit hoher Interaktionsdichte (Parker & Tritter 2006), wodurch zusätzlich ein breiteres Bild zum Thema Pflege eingefangen werden konnte. Die Gruppendiskussionen orientierten sich an den vielen Perspektiven unterschiedlicher Akteure und Stakeholder und rückten im Unterschied zu Einzelinterviews Gruppendynamiken und -prozesse in den Mittelpunkt, um möglichst hohe explorative Zugänge zu verschiedenen Themenbereichen der Pflege zu ermöglichen (Webb & Kevern, 2001; Onwuegbuzie et al., 2009). Für die Einbindung von Menschen mit Behinderungen (MmB) als Personen, die vielfach auf Pflege angewiesen sind, von ihren Angehörigen sowie entsprechenden Sozial- und Gesundheitsdienstleistern und Interessensvertretungen wurde aufgrund der großen Nachfrage in Zusammenarbeit mit RollOn Austria eine Fishbowl-Diskussion anstelle einer Fokusgruppe durchgeführt. In einer Fischbowl-Diskussion wurden der partizipative Charakter und das aktive Inanspruchnehmen von Sprachanteilen in der Diskussion in den Mittelpunkt gerückt und als Alternative zur Podiumsdiskussion alle Anwesenden dazu eingeladen, Sprachbeiträge zu liefern (Eßer, 2020). Im Hinblick auf Menschen mit Behinderungen ist die Involvierung von Stellvertreter:innen (Proxies) in der Vergangenheit und auch gegenwärtig eine weitverbreitete Praxis (Doody, 2012). Dieses Vorgehen limitiert allerdings den Zugang zu Einsichten, Erfahrungen und Einschätzungen von Menschen mit Behinderungen und birgt das Risiko, die Perspektiven der Stellvertreter:innen auf Kosten jener von Menschen mit Behinderungen in den Vordergrund zu rücken (Lloyd et al., 2006). Ein wichtiges Anliegen bestand deshalb darin, Menschen mit Behinderungen proaktiv in den Forschungsprozess einzubinden, da diese in der Vergangenheit aufgrund vielfältiger Barrieren häufig ausgeschlossen wurden (Atkinson, 1997; Doody, 2012). So konnten für die Fishbowl vier Menschen mit Behinderungen, die

selbst gepflegt werden, für eine Teilnahme rekrutiert werden. Der Rest verteilte sich gleichmäßig auf Angehörige, Vertreter:innen der Pflegeausbildung, Sozial- und Gesundheitsträger sowie eine Vertrerterin aus der Politik. Eine Übersicht über den gerade beschriebenen Erhebungsprozess bietet Abbildung 1. Das Projekt wurde durch einen Projektbeirat begleitet, der ausschließlich von Fachkräften aus der Pflege besetzt war. Dies diente dazu, die Erhebung von Anfang an und über die gesamte Dauer in allen Belangen nahe an der entsprechenden Community zu verorten (Quinn, 2004). Dieser Beirat fungierte als reflexive Instanz für das wissenschaftliche Vorgehen und beteiligte sich an der gesamten Erhebung mit konstruktiver Kritik, was die Schwerpunktthemen Akquise und auch Aufarbeitung der Inhalte betrifft.

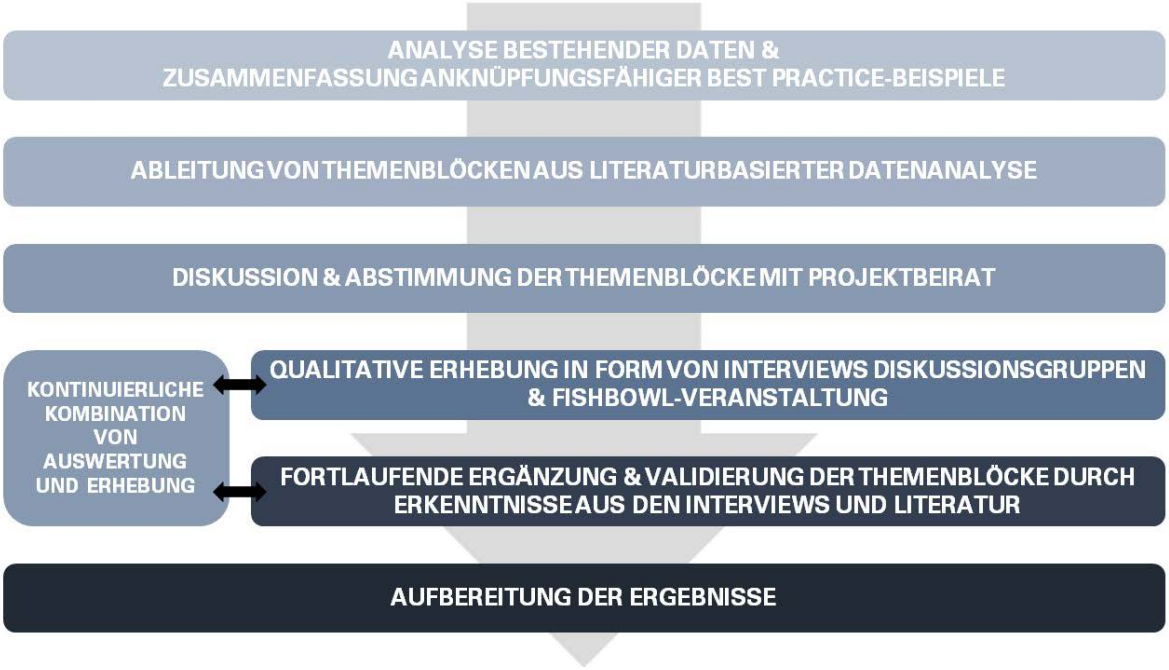


Abbildung 1: Darstellung des Erhebungsprozesses. Quelle: eigene Darstellung.

2.2 QUALITATIVES SAMPLEDESIGN

Für die Realisierung des explorativen Zugangs wurde im ersten Anlauf das „Theoretical Sampling" gewählt und das Verflechten von Auswertung und Erhebung in den Mittelpunkt gerückt (Bluff, 2007; Glaser et al., op. 1998; Glaser & Strauss, 1967; Mey & Mruck, 2011; Strauss & Corbin, 1996; Dimbath et al., 2018). So sollte sichergestellt werden, dass ein maximal kontrastives Sample (Etikan et al., 2016) etabliert und somit die größtmögliche Bandbreite von Perspektiven und Erfahrungen erfasst werden[1].
Den Auftakt für die Erhebung bildete die grobe Unterteilung in drei Bereiche, aus denen Personen für Gespräche rekrutiert werden sollten:

(1) Gesundheit & Soziales
(2) Interessensvertetung
(3) Politik & Verwaltung

Im Laufe des Forschungsprozesses kamen Interviewpartner:innen zusätzlicher Anspruchsgruppen hinzu, deren Relevanz im Forschungsverlauf deutlich wurde. Die Rekrutierung der Teilnehmer:innen erfolgte mit

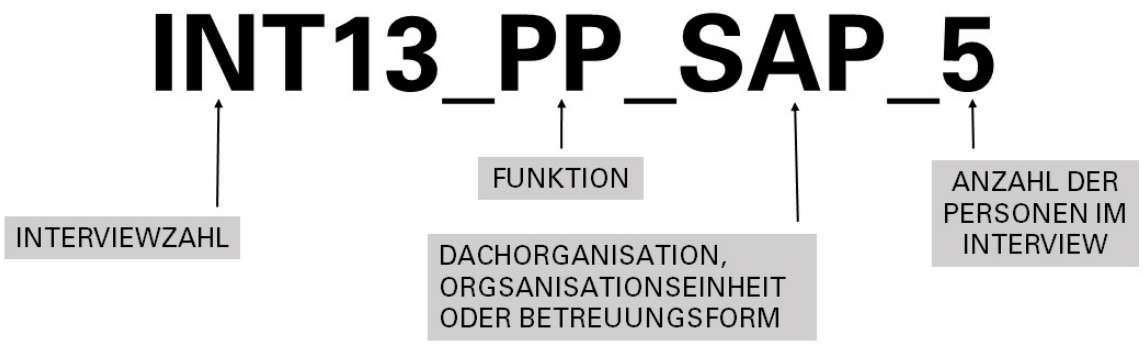
[1] Dabei werden sich starke unterscheidende, aber auch ähnliche Fälle in das Sample aufgenommen, um ein möglichst breites Feld abzudecken (Witzel, 2000).

Hilfe der Aussendung von Anschreiben via E-Mail, die sowohl Informationen zur Erhebung als auch eine Interviewanfrage beinhalteten. Die Kommunikation im Rahmen der Rekrutierung für die qualitative Erhebung erfolgte ausschließlich über das Center for Social & Health Innovation (CSHI). Vereinzelt wurde auf mögliche Gesprächsteilnehmer:innen durch die auftraggebende Instanz bzw. den Beirat aufmerksam gemacht bzw. der Erstkontakt hergestellt. Dementsprechend und allgemein wurden Teilnehmende über das Gatekeeperverfahren und vereinzelt über das Schneeballprinzip rekrutiert (Clark, 2011; Kawulich, 2011). Darüber hinaus wurde das Erhebungsteam mehrfach kontaktiert und um eine Teilnahme an der Erhebung ersucht. Sofern diese Anfragen in irgendeiner Weise mit dem Thema Pflege zu tun hatten bzw. die Anfragenden diesen Umstand für sich beanspruchten, wurde in Abhängigkeit terminlicher Vereinbarkeit versucht, den Anfragen zu entsprechen. In weiterer Folge bedeutet dies, dass die Samplingstrategien um das Verfahren des convenience Samplings erweitert wurden (Etikan et al., 2016). Die Pluralisierung der Sampling-Strategien unterstützt die Generierung eines kontrastiven Samples (Parker et al., 2019), unterstützt die Bemühungen einen „gatekeeper bias" (Groger et al., 1999, S. 831) zu minimieren und trägt zur Datensättigung bei (Saunders et al., 2018). Replikation wird greifbar, indem die Kombination der Bestätigung von Ergebnissen von unterschiedlichen Befragten aus unterschiedlichen Settings und der Literaturrecherche die Ergebnisse immer weiter absichern (Polit & Beck, 2010; Smith, 2018), ein Umstand, der bei randomisierten Verfahren kaum möglich ist (Morse, 1995). Im Grunde bedeutet dies für das hier beschriebene Vorgehen und Sample, dass sich in der Kombination von Erhebung und Auswertung die Inhalte begannen zu wiederholen und der explorative Mehrwert mit erneuten Interviews bzw. Diskussionsrunden nicht mehr gegeben war, was in einem qualitativen Ansatz zumindest für die analytische Generalisierbarkeit der Inhalte spricht (Polit & Beck, 2010; Smith, 2018). Im Sinne einer pluralistischen Perspektive auf die Generalisierbarkeit qualitativer Ergebnisse (Larsson, 2009) ist insbesondere auf das Verallgemeinerungspotenzial durch Maximierung der Variation und das Identifizieren von Mustern zu verweisen. Hierbei wird bestehendes Wissen um neue Aspekte erweitert, erkennbare Muster immer wieder aufgegriffen, zur Diskussion gestellt und durch die Beteiligung vieler Akteure aus unterschiedlichen Settings abgesichert bzw. überprüft, ob Ergebnisse bei Kontextähnlichkeit in dieselbe Richtung gehen (Larsson, 2009). Ganz generell ist festzuhalten, dass neue Ergebnisse im qualitativen Forschungsprozess als Arbeitshypothesen fungieren, bis neue Erkennnise diese anreichern, untermauern oder ggf. widerlegen (Polit & Beck, 2010; Smith, 2018). Bei aller Sorgfalt gibt es immer die Möglichkeit, dass Inhalte von Relevanz nicht erfasst wurden, diese Limitation ist allen empirischen Studien zugrundeliegend.

2.3 SAMPLE

Um einerseits die individuelle Anonymität der Interviewten zu wahren, andererseits ein minimales Maß an Nachvollziehbarkeit bei der Darstellung der qualitativen Ergebnisse zu schaffen, wurde eine dementsprechende Interviewkennung festgelegt. Sowohl im Auswertungsprozess als auch in der Darstellung der qualitativen Ergebnisse gewährleistet die Interviewkennung den direkten Verweis zum betreffenden Interviewmaterial. So lässt sich am Beginn der Kennung feststellen, um *welches Interview es sich im Verlauf des Erhebungsprozesses* handelt. Die zweite Stelle gibt Auskunft über die *Funktion der Gesprächspartner:innen*, in der sie im Rahmen der Erhebung am Interview teilgenommen haben, diese Information wurde zu Beginn eines jeden Interviews eingeholt. So lässt sich anhand der Funktionen auch entnehmen, ob die befragten Personen beispielsweise in der Pflege selbst, in der Administration bzw. Personalführung tätig sind. Die dritte Stelle der Kennung macht deutlich, welche *Einrichtungen, Organisiationen, Zusammenschlüsse, Gruppen, Interessensvertretungn, Fachbereiche, Tätigkeitsfelder* usw. die Befragten repräsentieren. Die

Zahl am Ende der Interviewkennung sagt aus, wie viele Personen an dem Gespräch teilgenommen haben. Bei Interviews, die zur Abbildung von Best-Practice-Beispielen in der Erhebung geführt wurden, entfällt die Funktion in der Kennung und es wird lediglich das *Kürzel BP* an Stelle der Dachorganisation/Organisationseinheit/Betreuungsform und im Anschluss die Personenzahl angegeben. Die untenstehenden Abbildungen bieten nochmals eine visualisierte Erklärung, wie die Kennung zu verstehen ist, und Legenden zu den Funktionen und Dachorganisationen/Organisationseinheiten bzw. Betreuungsformen. Im hier illustrierten Beispiel handelt sich um das 13. Gespräch der Erhebung mit einer Gruppe von fünf Personen, die in der Pflege, genauer noch in der stationären Akutpflege tätig sind.



FUNKTIONEN

BR	Betriebsrat
F&L	Führung und Leitung
IV	Interessensvertretung
MA	Mitarbeiter:in
PDL-FKP	Pflegedienstleitung, Führungskräfte Pflege
PM	Parteimitglied
PP	Pflegepersonal

DACHORGANISATION / ORGANISATIONSEINHEIT / BETREUUNGSFORM

AK	Arbeiterkammer Tirol
ÄK	Ärztekammer Tirol
BIP	Bildungsinstitution Pflege
BP	Best Practice
BW	Betreutes Wohnen
FPÖ	Partei
GRÜNE	Partei
IV	Interessensvertretung
Liste Fritz	Partei
LAND	Land Tirol
LIV	Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol
MD	Mobile Dienste
MP	Mobile Pflege
NEOS	Partei
ÖVP	Partei
SAP	Stationäre Akutpflege
SLP	Stationäre Langzeitpflege
SPÖ	Partei
TB	Tagesbetreuung
TP	Tagespflege
WKO	Wirtschaftskammer Tirol

Abbildung 2: Erläuterung der Interviewkennung. Quelle: eigene Darstellung.

Insgesamt umfasst das qualitative Sample der Erhebung 124 Personen. Ab drei Teilnehmenden wurde das Gespräch als Diskussiongruppe eingestuft. Im Schnitt dauerten die Gespräche an die 80 Minuten.

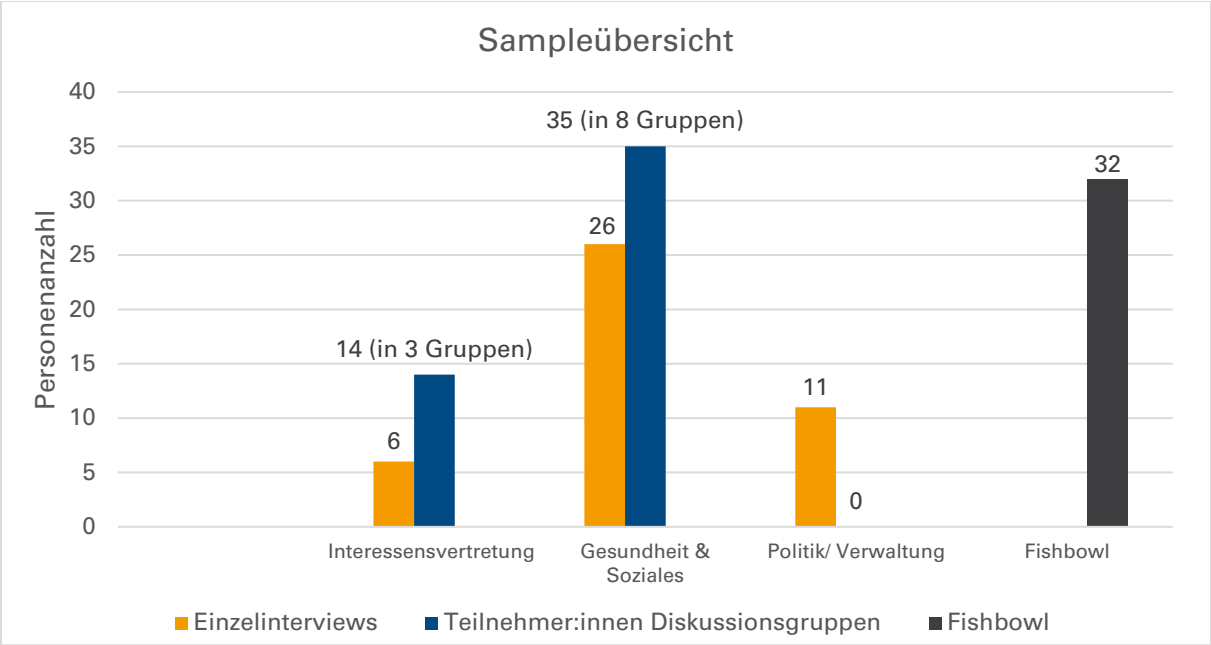


Abbildung 3: Sampleübersicht der qualitativen Erhebung. Quelle: eigene Darstellung.

2.4 AUSWERTUNG

Um eine den wissenschaftlichen Standards entsprechende Auswertung zu ermöglichen, wurden alle Interviews nach Zustimmung der Teilnehmenden[2] aufgezeichnet, transkribiert und mit Hilfe der Datenorganisations- und Bearbeitungssoftware MAXQDA® bearbeitet. Die Auswertung des Interviewmaterials orientierte sich an den Grundsätzen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2014). Auf Grundlage der vorab definierten Themenblöcke wurde deduktiv ein Kategoriensystem, bestehend aus Themenblöcken bzw. Oberkategorien und entsprechenden Unterkategorien, entwickelt. Das deduktive Kategoriensystem wurde mit fortlaufendem Forschungsprozess der Erhebung sukzessive um das induktive Verfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2014) ergänzt. Dies bedeutet, dass einerseits deduktive Kategorien durch Input aus dem vorliegenden Material erweitert bzw. adaptiert und angereichert wurden (Mayring, 2014). Andererseits wurden jene Inhalte, die nicht in das bestehende Analysekorsett passten, in eigenständige, neue Kategorien überführt und ausformuliert. Die Kombination beider Ansätze ermöglicht die Generierung eines explorativen Mehrwertes, der für die weitere Analyse der Thematik wertvoll (Mayring, 2014) und zudem in der Lage ist, bestehende Literatur miteinzubeziehen (Mayring, 2017).

Die Partizipation an der qualitativen Erhebung erfolgte auf freiwilliger Basis. Allen Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) für wissenschaftliches Arbeiten wird entsprochen. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus der Erhebung dargestellt.

[2] Alle Teilnehmenden haben schriftlich der Aufzeichnung und Verarbeitung der Inhalte der Gespräche zugestimmt.

3 darstellung der ergebnisse

Eine Kurzzusammenfassung der einzelnen Kapitel ist in den grauen Kästchen zu finden. Die orangenen Kästchen enthalten Best-Practice-Beispiele, die in Bezug auf die Kategorien bzw. Ergebnisse von Interesse und anknüpfungsfähig sind. Zur besseren Lesbarkeit wurden Interviewpassagen in Form von Zitaten geglättet. Der Inhalt wurde hierbei nicht verändert.

3.1 PFLEGEAUSBILDUNG

Die Pflegeausbildung stand wiederkehrend im Fokus der Erhebung und wird mehrfach als Basis für eine nachhaltig gesicherte und qualitativ hochwertige, pflegerische Versorgung gesehen. Hierbei wird der Bedarf einer Adaptierung verschiedener Faktoren, wie verstärkte finanzielle Unterstützung, erleichterter Zugang zur Ausbildung, Erweiterung der Ausbildungsschienen sowie ein verbesserter Informationsfluss und Anwerbungsstrategien, beschrieben. Interviewpartner:innen sind sich einig, dass gezielte Maßnahmen im Ausbildungsbereich essentiell für die Lösung des herrschenden Personalmangels sind. Die konkreten Ideen zur Umsetzung unterscheiden sich jedoch teilweise stark nach politischem/wirtschaftlichem bzw. professionellem Hintergrund.

3.1.1 Anreizmodelle & finanzielle Unterstützung

Der Ausbau der finanziellen Unterstützung von Auszubildenden spielt im Rahmen der Erhebung eine essentielle Rolle. Es herrscht übergreifender Konsens zwischen Vertreter:innen der Pflege, Politik sowie Sozial- und Gesundheitspartner:innen, dass die (finanzielle) Förderung der Ausbildung maßgeblich für die Personalgewinnung ist (INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT4_IV_3; INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT12_PDL-FKP_SLP_4; INT17_IV_1; INT21_IV_2; INT23_IV_1; INT24_BR_BW/SLP_1; INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT31_PM_GRÜNE_1; INT36_PM_NEOS_1; Rappold & Juraszovich 2019; Wiedemair & Danner, 2012). Die Ausgestaltung der Unterstützungsmöglichkeiten erfolgt vielfältig. So wird beispielsweise vermehrt in den Interviews die Notwendigkeit betont, Studiengebühren zu erlassen (INT11_F&L_BIP_2; INT12_PDL-FKP_SLP_4; INT17_IV_1; INT23_IV_1; INT24_BR_BW/SLP_1; INT25_F&L/PP_MD/TP_3). Rappold & Juraszovich (2019) zufolge sollte die Ausbildung kostenlos sein, wenn eine Erweiterung der Zielgruppen für den Pflegeberuf forciert werden soll. Im Rahmen der Erhebung wird betont, dass die Ausbildung mindestens kostendeckend finanziert werden sollte, zur Schaffung zusätzlicher Anreize benötige es allerdings weitere Incentives (INT25_F&L/PP_MD/TP_3). Dabei wird eine Maßnahme besonders häufig genannt: Eine bezahlte Pflegeausbildung, die sich an dem Gehaltsschema der Polizeischule, also 1.820 brutto im ersten Ausbildungsjahr (Bundesministerium für Inneres, 2022), orientiert (INT12_PDL-FKP_SLP_4; INT23_IV_1; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7). Hierbei kann eine besonders hohe Übereinstimmung bei den Interessensvertretungen festgestellt werden (INT17_IV_1; INT21_IV_2; INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT18_F&L_ÄK_3; INT7_F&L_AK_1; Arbeiterkammer Tirol, 2021). So wird festgehalten, dass die Ungleichheit der Ausbildungsfinanzierung den Wert der Pflege in der Gesellschaft bzw. in der Politik widerspiegle und eine Anpassung hier entgegengewirken könne (INT21_IV_2).

Eine weitere Möglichkeit, finanzielle Anreize zu schaffen, wird in einer angemessenen Entlohnung der Praktika gesehen (INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT7_F&L_AK_1; INT11_F&L_BIP_2; INT17_IV_1; INT18_F&L_ÄK_3;

INT21_IV_2; INT36_PM_NEOS_1; Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2021; Arbeiterkammer Tirol, 2021; Österreichischer Gewerkschaftsbund Tirol, 2021). In den Praktika werde Leistung erbracht und Arbeit verrichtet, wodurch der Anspruch auf eine adäquate Entlohnung bestehe (INT11_F&L_BIP_2; INT18_F&L_ÄK_3). Im Rahmen der Erhebung sowie in Positionspapieren der Interessenvertretungen wird zudem auf die Notwendigkeit des Ausbaus weiterer Unterstützungsangebote wie Mietunterstützung, Versicherungsmöglichkeiten ab dem Ausbildungsstart oder bezahlte Mittagessen verwiesen (Arbeiterkammer Tirol, 2021; INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT4_IV_3). So könnte die Wohnförderung in Form von kostenlosen bzw. geförderten Wohnheimplätzen ausgestaltet werden, beispielsweise durch die Anknüpfung und Finanzierung bereits vorhandener WG-Einheiten fh gesundheit (fhg) in Kooperation mit den Tirol Kliniken. Pflegeauszubildende würden zudem häufig durch das Raster fallen, da sie weder die Vorzüge von Schüler:innen (z. B. Schülerticket für öffentliche Verkehrsmittel oder sonstige Vergünstigungen), noch die der Lehrlinge (z. B. Lehrlingsgehalt, Rabatte etc.) beziehen können und häufig nicht als „klassische Student:innen“ wahrgenommen werden (INT10_PM_LISTE FRITZ_1). Dementsprechend könnten mit bezahlten Mittagessen während der Ausbildung bzw. der Praktika und Förderungen bei Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel zusätzliche Anreize gesetzt werden.

Eine immer wiederkehrende Forderung ist die angepasste bzw. lebensphasengerechte Unterstützung. Einige Interviewpartner:innen argumentieren, dass beispielsweise Quereinsteiger:innen oder Alleinerziehende bzw. Alleinverdienende im Rahmen der Ausbildung bzw. Umschulung eine höhere finanzielle Unterstützung benötigen, um ihre Existenz zu sichern, als jüngere Schüler:innen, bei denen die monatlichen Fixkosten möglichweise geringer ausfallen (INT8_PM_FPÖ_1; INT23_IV_1; INT24_BR_BW/SLP_1). Es herrscht der generelle Konsens, sowohl bei den Befragten als auch in der Literatur, dass vermehrter Fokus auf das Potential der Quereinsteiger:innen gelegt werden sollte. Gleichzeitig wird finanzielle Unterstützung hier als primärer Faktor bei der Rekrutierung gesehen (Rappold & Juraszovich, 2019; Mennicken & Augurzky 2013; Arge Tirol Altenheime, 2018; INT28_F&L_SAP_1, AK; INT4_IV_3; INT24_BR_BW/SLP_1; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT8_PM_FPÖ_1; INT31_PM_GRÜNE_1; INT21_IV_2). So werden vereinzelt Stufensysteme statt pauschale Unterstützungssysteme gefordert (INT23_IV_1). Ein Beispiel seitens eines politischen Vertreters wäre die Einführung eines Sockelbetrages für jede:n Auszubildenden plus eines Zuschlages, der anhand des Haushaltseinkommens angepasst wird, um eine bedarfsgerechte Verteilung der Förderung zu gewährleisten und so der Umstieg in den Pflegeberuf ohne finanzielles Risiko gewagt werden kann (INT8_PM_FPÖ_1). Auch Draxl (2022) skizziert anhand zweier Ebenen wie finanzielle Unterstützung bei Ausbildung zur Pflegefachassistenz (PFA) und Pflegeassistenz (PA) (Vollzeit) ausgestaltet werden könnte. Laut seinem Vorschlag sollten Personen ab 28 Jahren mit Schulbginn monatlich rund 1.500 Euro brutto durch Förderungen von Bund und Land als Entschädigung erhalten. Personen mit vollendetem 17. Lebensjahr bis einschließlich 28 Jahren sollen monatlich rund 470 Euro brutto direkt vom Ausbildungsträger erhalten, allerdings auf Basis einer zeitlichen Verpflichtung zur Arbeit in der Pflege im Bundesland. Ein weiteres Modell zur finanziellen Absicherung beim Umstieg in den Pflegeberuf wäre hierbei das Angebot der Tirol Kliniken, internes Personal aus anderen Bereichen (z. B. Hauswirtschaft, Verwaltung) die Ausbildung zur Pflegassistenz bei vollen Bezügen des bisherigen Gehalts zu ermöglichen. Aufgrund der Finanzierung besteht für das umgeschulte Personal die Verpflichtung, für einen festgelegten Zeitraum nach der Ausbildung in der Klinik tätig zu sein (INT28_F&L_SAP_1). Dieses Modell wird generell als sehr positiv bewertet und deckt sich mit den Forderungen, Umschulungsmaßnahmen in der Pflege zu finanzieren (Rappold & Juraszovich, 2019).

Der Ausbau der Stipendien ist ein weiterer Punkt, der die finanzielle Unterstützung der Auszubildenden sicherstellen kann. Laut Rappold et al. (2021) bedarf es hierbei einer Ausdehnung der Implacement-Stiftungen[3] des Arbeitmarktservice (AMS), der Fachkräftestipendien sowie einer Ausweitung der Bildungskarenz und einer Anpassung der Altersgrenze bei Selbsterhalter-Stipendien. Ein Beispiel wäre ein Ausbau der seit 2002 bestehenden Implacementstiftung „Pflegestiftung Tirol" der Tiroler Arbeitsmarktförderungsgesellschaft m.b.H (amg). Mithilfe dieser Stiftung wird arbeitssuchenden und arbeitslosen Personen die Chance gegeben, eine Ausbildung im Pflege- oder Sozialbereich zu absolvieren (Tiroler Arbeitsmarktförderungsgesellschaft mbH (amg-tirol), 2022). Auch das vom Land geförderte Pflegestipendium+ sei Interviewpartner:innen zufolge ein richtiger Anfang, müsse jedoch aufgestockt werden, um eine nachhaltige Existenzsicherung gewährleisten zu können (INT24_BR_BW/SLP_1). Durch die Errichtung pflegespezifischer Ausbildungsfonds – beispielsweise Pflegefonds seitens Gemeinden und/oder bundesweiten Fonds – könnten weitere Stipendien vergeben und der Einstieg für noch mehr Personen in die Pflege ermöglicht werden. Hierbei werden Vorschläge genannt, entweder die Stipendien rückzahlbar zu gestalten oder an eine fünfjährige Verpflichtung zur Tätigkeit im Beruf zu knüpfen (INT12_PDL-FKP_SLP_4). Ein zentrales Anliegen innerhalb der Erhebung stellen die Transparenz und der Zugang zu Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten aus einer Hand dar. Interessensvertreter:innen fordern hierbei eine zentralisierte Anlaufstelle zur Beratung und vermehrten Aufklärung (INT4_IV_3).

Von Auszubildenden in der Pflege wird deutlicher Bedarf nach finanzieller Unterstützung formuliert. Als finanzielle Anreize werden (1) der Erlass der Studiengebühren, (2) eine angemessene Entlohnung der Praktika, (3) bezahlte Pausenmahlzeiten, (4) Mietunterstützung (z. B. Anknüpfung und Finanzierung der bereits vorhandenen WG-Einheiten der fhg in Kooperation mit den Tirol Kliniken) und (5) Versicherungsmöglichkeiten genannt. Bei der Einführung etwaiger Finanzierungshilfen muss allerdings bedacht werden, dass eine Überschreitung der Einnahmen zur Aushebelung anderer Unterstützungsangebote führen kann. Hier sind Lösungen zu favorisieren, die keine Verluste für Auszubildende mit sich bringen. Im Rahmen der Erhebung wird zudem die Forderung nach finanzieller Unterstützung für Umsteiger:innen (z. B. Umschulung unter vollen Bezügen der vorherigen Tätigkeit) deutlich. Die Bundesmaßnahmen zum Ausbildungszuschuss im Rahmen der Pflegereform werden großteils positiv aufgenommen. Viele der Befragten geben jedoch an, dass seitens des Landes aufgestockt werden sollte (beispielsweise durch das bereits etablierte Modell des Pflegestipendiums), um sich den klaren Forderungen nach ausreichender finanzieller Absicherung anzunähern sowie sich einen Wettbewerbsvorteil in der Attraktivität im Bundesländervergleich zu verschaffen und klar zu signalisieren, dass die Forderungen der Fachkräfte ernst genommen werden. Transparenz und Informationen aus einer Hand tragen zur Attraktivität bei (z. B. Gehälter, Stipendien, Förderungen).

Best Practice: Neue Pflegeausbildung in Deutschland – Ausbildungsvergütung

Deutschland hat im Jahr 2020 die Pflegeausbildung im Rahmen des neuen Pflegeberufegesetzes reformiert (siehe Best Practice: Pflegeausbildung im neuen Beruf Pflegefachfrau/-mann in Deutschland).

[3] Mithilfe von Implacement-Stiftungen können Unternehmen mit hohem Fachkräftemangel in Zusammenarbeit mit dem AMS bzw. amg die Ausbildung von Fachkräften aktiv mitgestalten – die Arbeitssuchenden haben wiederum die Sicherheit, nach Abschluss der Ausbildungen in ein Beschäftigungsverhältnis übernommen zu werden (Arbeitsmarktservice, 2022).

Demnach ist für Auszubildende keine Bezahlung des Schuldgelds sowie eine Ausbildungsvergütung mit entsprechender Steigerung mit den Ausbildungsjahren durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) vorgesehen (BMFSFJ, o. D. a). Die Ausbildungsvergütung wird in Tarifverträgen organisiert und variiert je nach Bundesland und Ausbildungsstätte (z. B. Krankenhaus, kommunale Einrichtung, private oder kirchliche Träger etc.) (BMFSFJ, o. D. a). Beispiel ist die Diakonie, wo je nach Bundesland, Tarif und Ausbildungsjahr zwischen 980 und 1450 € bezahlt werden (Diakonie Deutschland, 2022). Die Universitätsklinik Köln (NRW) gibt an, dass nach der tariflichen Vereinbarung des öffentlichen Dienstes und somit im ersten Jahr rund 1161 €, im zweiten Jahr rund 1227 € und im letzten Jahr rund 1333 € ausgezahlt werden (Universitätsklinikum Köln, 2022). Die Ausbildungsvergütung wird im Rahmen von Ausbildungsverträgen festgelgt. Grundlage hierfür bildet das neue Pflegeberufegesetz bzw. die daraus resultierende Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (BMFSFJ, o. D. b). Die angenemessene Höhe der Ausbildungsvergütung wird im Finanzierungsverfahren geprüft (BMFSFJ, o. D. b). Die Finanzierung erfolgt durch die bundeseinheitliche Refinanzierung der Ausbildungskosten über länderspezifische Ausbildungsfonds. Alle bisherig involvierten Kostenträger sind weiterhin beteiligt. Ein Umlageverfahren stellt sicher, dass sowohl ausbildende Einrichtungen als auch nicht ausbildende Einrichtungen gleichermaßen an der Einzahlung in die länderspezifischen Ausbildungsfonds beteiligt sind. Auch Land und Pflegeversicherung zahlen jährlich ein. Aus diesem Fonds werden Pflegeschulen und Trägern der praktischen Ausbildung die Kosten für die Ausbildung erstattet (BMFSFJ, o. D. b). Die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung, welche aus dem Abzug der Wertschöpfung durch die Erbringung allgemeiner Pflegeleistungen entstehen, werden den Trägern der praktischen Ausbildung ebenfalls über die ländereigenen Ausbildungsfonds refinanziert (BMFSFJ, o. D. b).

3.1.2 Zugang zur Pflegeausbildung

Im Zuge der Erhebung wird deutlich, dass der Zugang zur Pflegeausbildung durch unterschiedliche Maßnahmen erleichtert werden muss, um unterschiedliche Zielgruppen für die Ausbildungen für Pflege- und Betreuungsberufe zu motivieren. Der Aspekt der finanziellen Unterstützung wurde bereits vorausgehend dargestellt. Darüber hinaus fungieren beispielsweise die Durchlässigkeit bzw. Flexibilität der Ausbildung als weitere Stellschrauben.

Eine durchgängige Ausbildung, bestehend aus aufeinander aufbauenden Modulen und abschließbaren Etappen, würde einen klaren Karriereweg zeichnen, der die Attraktivität einer Pflegeausbildung maßgeblich beeinflussen könnte (INT24_BR_BW/SLP_1). Um diese Durchgängigkeit generieren zu können, müsste laut den Befragten die direkte Anschlussfähigkeit an die Schulpflicht und somit der frühere Zugang zur Ausbildung ermöglicht werden. Dies könnte beispielsweise mithilfe eines Vorbereitungs- bzw. Überbrückungsjahres geschehen. So versucht man in Reutte in Kooperation mit den polytechnischen Schulen ein zusätzliches Vorbereitungsjahr anzubieten, damit Schulabschließer:innen mit 16 Jahren in die regulären Ausbildungsschienen einsteigen können (INT16_F&L_BIP_1). Großes Potential sehen Teilnehmende auch in den bereits pilotierten Schulversuchen mit einem „Pflege und Gesundheit“-Zweig in der Ferrarischule in Innsbruck sowie in der Landeslehranstalt (LLA) in Imst und Rotholz (INT4_IV_3; INT8_PM_FPÖ_1; INT17_IV_1; INT18_F&L_ÄK_3; INT21_IV_2; INT24_BR_BW/SLP_1; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT34_PDL-FKP_SLP_1). Die Absolvent:innen des Modells können mit einem zusätzlichen halben Jahr Ausbildung am

AZW die Pflegeassistenz abschließen und somit entweder direkt in den Pflegeberuf einsteigen, sich zur Pflegefachassistenz weiterqualifizieren oder das Bachelorstudium beginnen. Modelle wie dieses würden einerseits die Durchlässigkeit des Ausbildungssystems gewährleisten und zudem einen früheren Zugang zur Ausbildung ermöglichen. Außerdem seien die Auszubildenden durch das Schulsystem *„geschützt, da man nicht als Personal auf sie zugreifen kann"* (INT4_IV_3; INT18_F&L_ÄK_3). Es besteht die Forderung, dieses Modell demnach flächendeckend auszubauen und in den Regelbetrieb zu übernehmen. Auch die Integration eines solchen Pflegezweiges in höherbildenden Schulen gilt es, den Befragten zufolge, auszubauen. Als ein weiterer essentieller Faktor für einen klaren Karriereweg neben der Anschlussfähigkeit an die Schulpflicht wird die Kontinuität innerhalb der Pflegeausbildung gesehen. Hierbei wird vor allem das Problem der fehlenden Durchlässigkeit von der PA bzw. PFA auf das Diplom beschrieben. So fordern Interviewpartner:innen aus der Praxis sowie einzelne Interessensvertreter:innen, dass die Aufschulung auch ohne Matura unter Berücksichtigung und Anrechnung spezifischer Berufserfahrung bzw. durch berufsbegleitende Berechtigungsprüfungen ermöglicht werden soll (INT18_F&L_ÄK_3; INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT28_F&L_SAP_1; Arbeiterkammer Tirol, 2021), um Zeit und Kosten zu reduzieren. Diese Forderung findet sich auch in der Literatur: Einschlägige Berufserfahrung sollte laut Rappold & Juraszovich (2019) als Maturaäquivalent angerechnet werden. Die fortlaufende Akademisierung der Pflege wird teilweise als sehr kritisch gesehen (INT22_BR_SLP_1); INT8_PM_FPÖ_1; INT18_F&L_ÄK_3). So fordern Teilnehmende der Erhebung einen niederschwelligeren Zugang zur Pflegeausbildung beispielsweise durch eine Verstärkung des Fokus auf soziale Kompetenzen anstatt der reinen Berücksichtigung von Noten bei der Zulassung zur Pflegeschule (INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT35_BR_SAP_5; INT39_PP_SLP_1). Es sei sicherzustellen, dass alle Pflege- und Betreuungsberufe auch jenen Menschen offenstehen, die über keine Studienberechtigung verfügen (Rappold & Juraszovich, 2019). Dies gilt im Besonderen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderungen: Im Rahmen der Erhebung bzw. der Fishbowldiskussion wurde auf die oft fehlende Berücksichtigung der Pflege von Menschen mit Behinderungen in der Ausbildung verwiesen (INT49_IV_32). Für die Vermittlung jener Kompetenzen wäre es hierbei essentiell, Menschen mit Behinderungen als Expert:innen ihrer Sache verstärkt in die Lehre und das Curriculum der Pflegeausbildung zu integrieren. Dies könnte einerseits durch vermehrte Vorträge, Workshops oder Schulungen an den Ausbildungsstätten geschehen, gleichzeitig sollte jedoch auch der (formale) Zugang zur Pflegepädagogik für Menschen mit Behinderungen erleichtert werden (INT49_IV_32).

„(…) es geht immer darum, wie kann ich einem Menschen seinen Alltag strukturieren und unterstützen im Strukturieren, dass er (…) mit seinen Möglichkeiten, in seinem Rahmen ein normales Leben leben kann. Und dazu braucht es mehr als nur eine Pflegeausbildung. Also das sage ich jetzt, wo ich selber diplomierte Pflegeperson bin. Für mich hat sich ein Horizont aufgetan, mit diesem Wissen und Betreuung dazu, dass ich in meiner Ausbildung und auch in meinem Berufsleben nicht kennengelernt habe." (INT11_F&L_BIP_2)

Wie zuvor erwähnt, wird im Rahmen der Erhebung verstärkt auf das Potential von Quereinsteiger:innen in der Pflege verwiesen. Um den Zugang für jene zu erleichtern, muss laut Befragten die Flexibilität der Ausbildung deutlich erhöht werden. Möglichkeiten der berufsbegleitenden Ausbildung sowie Teilzeitmodelle müssen ausgeschöpft sowie Anreize durch Online- bzw. Hybridveranstaltungen gesetzt werden

(INT37_F&L_LIV_1). In einzelnen Ausbildungsstätten wird bereits ein Teilzeitmodell der PA-Ausbildung auf zwei Jahre ausgeweitet angeboten, sodass alle regulären Schulferien eingehalten werden können und kein Nachmittagsunterricht stattfinden muss, wodurch die Ausbildung gut mit Kinderbetreuungszeiten vereinbart werden kann (INT16_F&L_BIP_1).

Zudem wird im Rahmen der Erhebung sowie innerhalb der Literaturrecherche auf das Potential von Asylwerber:innen sowie Menschen mit Migrationshintergrund für die Ausbildung aufmerksam gemacht (Ulatowski, 2013; Klöppner et al., 2017; INT41_F&L_BIP_1; INT23_IV_1; INT28_F&L_SAP_1). Um den Zugang für jene Zielgruppen zu erleichtern, müssen laut Befragten rechtliche Adaptierungen (z. B. Arbeitserlaubnis, Anpassungen der Vorgaben für Stipendienbezüge, Verschlankung der Nostrifizierung) vorgenommen sowie eine Verstärkung der Deutschkurse und verständliche Wegweiser durch das Behördensystem generiert werden (INT41_F&L_BIP_1; INT23_IV_1; INT28_F&L_SAP_1). Konkret müsste beispielsweise die Bedingung der fünfjährigen Sesshaftigkeit in Tirol bei Ausbildungsstart des Tiroler Pflegestipendium+ revidiert werden, da dies Personen aus dem Ausland sowie Asylbewerber:innen häufig ausschließt (Draxl, 2022). Vorbereitungslehrgänge, wie beispielsweise derzeit durchgeführt an der Schule für Sozialbetreuungsberufe (SOB), bieten die Möglichkeit, Jugendliche ab 16 Jahren, die die Voraussetzungen wie beispielsweise Sprachkenntnisse für die reguläre Ausbildung nicht aufweisen, dementsprechend zu schulen und vorzubereiten. Vertreter:innen beschreiben diesen Lehrgang als ressourcenintensiv aber lohnend, da Pflegekräfte mit Migrationshintergrund generell eine wertvolle Chance, aber auch in Hinblick auf den steigenden Bedarf der Betreuung von Klient:innen/Patient:innen mit Migrationshintergrund darstellen (INT11_F&L_BIP_2). Eine weitere Initiative, verstärkt Migrant:innen anzusprechen und für den Pflegeberuf zu gewinnen, ist das Projekt „migrants care“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG) in Kooperation mit dem Österreichischen Integrationsfonds, in dessen Rahmen Beratung sowie fachliche Vorbereitung für Pflege- und Betreuungsausbildungen angeboten werden. Das Projekt wird in Wien, Oberösterreich sowie der Steiermark angeboten (Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt, 2022) eine Ausweitung auf Tirol wäre denkbar. Von einer Verbesserung der Situation der Pflege mithilfe von Migranten und Migrantinnen in Tirol und Österreich zu sprechen, sollte keinesfalls die Bedürfnisse dieser Personengruppe außer Acht lassen. Vielfach stellen Menschen mit Migrationshintergrund jene Leistungen im Sozialsystem zur Verfügung, auf die sie selbst nie Anspruch haben werden. Solange Migrant:innen als klarer Vorteil für die Pflege in Österreich angesehen werden, sollte auch darüber nachgedacht werden, wie diese Tätigkeiten zum Vorteil für sie selbst werden (The Lancet, 2017; Boccagni, 2013).

Durch einen finanziellen Ausgleich beim Umstieg in die Pflegeausbildung, einen Ausbau des flexiblen Ausbildungsangebots (angepasst an Kinderbetreuungszeiten) sowie die verstärkte Ermöglichung von Altersteilzeit könnten vermehrt Quereinsteiger:innen für die Ausbildung angesprochen werden. Die bereits pilotierten Schulversuche mit einem „Pflege und Gesundheit“-Zweig in der Ferrarischule in Innsbruck sowie in der LLA in Imst und Rotholz werden von einem Großteil der Befragten positiv wahrgenommen. Es besteht der Wunsch, dieses Modell flächendeckend auszubauen und in den Regelbetrieb zu übernehmen. Auch die Integration eines solchen Pflegezweiges in höherbildenden Schulen gilt es, den Befragten zufolge, auszubauen. Wichtigkeit wird zudem der Durchlässigkeit der Ausbildung beigemessen, eine Anschlussfähigkeit an die Schulpflicht könnte beispielsweise mit einem (theoretischen) Überbrückungsjahr gewährleistet werden. Im Rahmen der Erhebung wurde ebenfalls auf die häufig fehlende Berücksichtigung der Pflege von Menschen mit Behinderungen in der Ausbildung verwiesen. Für die Vermittlung jener Kompetenzen wurde es als essenziell eingestuft, Menschen mit Behinderungen als Expert:innen für die eigenen Lebenslagen

verstärkt in die Lehre und das Curriculum der Pflegeausbildung zu integrieren (als Lehrende). Dies könnte einerseits durch vermehrte Vorträge, Workshops oder Schulungen an den Ausbildungsstätten geschehen. Andererseits sollte jedoch auch der (formale) Zugang zur Pflegepädagogik für Menschen mit Behinderungen erleichtert werden. Um den Zugang zur Ausbildung für Asylwerber:innen zu vereinfachen, sollten laut Gesprächspartner:innen die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen und Sprach- sowie Vorbereitungskurse forciert werden. Zudem wurde als Antwort auf den Personalmangel für die verstärkte Öffnung der Ausbildung für Interessent:innen aus dem Ausland geworben.

3.1.3 Lehre zum Assistenzberuf der Pflege

Die Einführung der Pflegelehre stellt sich in den Gesprächen sehr kontrovers dar. Es kann festgestellt werden, dass vor allem Befragte mit wirtschaftlichem Hintergrund bzw. aus dem Managementbereich sich tendenziell eher für eine Pflegelehre aussprechen, während der Großteil der befragten Pflegekräfte eine Einführung vehement ablehnt. Die Erhebung skizziert auch ein deutliches Stimmungsbild der Interessensvertretungen: Mit Ausnahme der Wirtschaftskammer (WKO) wird die Pflegelehre abgelehnt (INT7_F&L_AK_1; INT4_IV_3; INT21_IV_2; INT17_IV_1; INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4). Ähnliches wird auch bei politischen Vertreter:innen deutlich. Der Vertreter der FPÖ Tiroler Freiheitlichen sieht klare Chancen der Lehre, während die restlichen Parteien sich gegen eine Einführung positionieren (INT8_PM_FPÖ_1; INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT31_PM_GRÜNE_1; INT36_PM_NEOS_1; INT29_PM_SPÖ_1). Zusätzlich wird deutlich, dass sich Vertreter:innen der Langzeitpflege tendenziell eher für die Lehre für den Assistenzberuf aussprechen als Befragte aus dem Akutsetting.

Bei der Diskussion um die Einführung der Lehre zeigt sich, dass das Alter ein zentrales Gegenargument darstellt. Kritische Befragte sind der Meinung, dass 15-Jährige (beim Start) bzw. 17-Jährige (bei Kontakt mit Patient:innen) viel zu jung seien, um in den Pflegeberuf einzusteigen (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7; INT21_IV_2; INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT4_IV_3; INT20_MA_LAND_1; INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT24_BR_BW/SLP_1). Die emotionale Reife sei zu wenig ausgeprägt und das Risiko der Überforderung und psychischen Überlastung dementsprechend hoch (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7; INT21_IV_2; INT24_BR_BW/SLP_1; INT9_PDL-FKP_SLP_2). Besonders die Begegnung mit Leid und Tod, die der Beruf mit sich bringt, wird häufig als große Hemmschwelle für eine Einführung beschrieben (INT21_IV_2; INT22_BR_SLP_1). Jugendliche, die (unbegleitet) mit solchen Situationen konfrontiert werden, würden abgeschreckt werden und den Beruf frühzeitig wieder verlassen (INT48_BP_2; INT24_BR_BW/SLP_1; INT28_F&L_SAP_1). Zudem wird argumentiet, dass die potentielle Belastung und Überforderung, die aus solchen Situationen resultieren, nicht über ein Curriculum gesteuert werden können, da sie weder planbar noch beinflussbar sind (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7). An dieser Stelle wurde auch angebracht, dass eine angemessene Begleitung, die bei der Einführung dringend notwendig wäre, aufgrund des bereits bestehenden Personalmangels nicht durchgeführt werden kann. Pflegekräfte fehlen somit Ressourcen für ein adäquates Mentoring, was aber hinsichtlich des jungen Alters der Lehrlinge unabdingbar wäre (INT4_IV_3; INT11_F&L_BIP_2; INT24_BR_BW/SLP_1; INT17_IV_1; INT25_F&L/PP_MD/TP_3). Auch wird beispielsweise der Umgang mit Gewalt in der Pflege in diesem Alter und ohne angemessene Betreuung problematisch gesehen (INT4_IV_3; INT22_BR_SLP_1).

„(…) es sind jetzt schon zu wenig Mentoren da, um uns durch schwierige Situationen, brenzlige Situationen zu begleiten, zu betreuen, wenn es z. B. einen Todesfall gegeben hat oder sexuelle Belästigung und natürlich Gewalt dann, wie soll das dann gehen, wenn nachher noch eine Berufs- oder eine Berufsgruppe kommt, was noch viel jünger ist? Die können noch schwieriger damit umgehen? (…) das ist, finde ich, problematisch." (INT4_IV_3)

In diesem Zuge wird häufig auf die Forderung verwiesen, generell Planstellen für das Mentoring zu generieren und dementsprechend zu entlohnen. Laut Winter (2019) muss die Verfügbarkeit entsprechender Ressourcen jedoch priorisiert bei bestehenden Ausbildungskonzepten sichergestellt werden, bevor sie bei neuen Konzepten etabliert werden, da ansonsten die Signalwirkung für die Auszubildenden in den bestehenden Systemen verheerend sei.

Gleichzeitig sei die Lehre nicht die Antwort auf den Personalmangel. Interviewpartner:innen geben zu bedenken, dass die Jugendlichen wegen der fehlenden Ressourcen als vollwertiges Personal gerechnet und behandelt werden könnten. Befragten zufolge sei also das Risiko, als Lehrling bei dem momentanen Personalnotstand ausgenützt zu werden, zu hoch (INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT4_IV_3; INT21_IV_2). Auch wird an der Attraktivität der Lehre für den Assistenzberuf der Pflege per se gezweifelt, da ein genereller Lehrlingsmangel in Tirol herrsche und somit große Konkurrenz zwischen den Branchen bestehe (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT36_PM_NEOS_1; INT46_F&L_BIP_1). Zudem wird die Frage formuliert, welche praktischen Aufgaben die Lehrlinge in den ersten beiden Jahren der dualen Ausbildung übernehmen sollen, wenn sie bis 17 Jahre keine pflegerischen Tätigkeiten am Bett verrichten dürfen – ausschließlich hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder Zimmerdienste seien nicht attraktiv und würden wenig Jugendliche für die Lehre begeistern (INT21_IV_2; INT46_F&L_BIP_1; INT35_BR_SAP_5).

„Ich bin generell gegen Kanonenfutter. Also das ist für mich eine Kanonenfuttergeschichte. Wo sollen denn die ausgebildet werden? Bei uns dürfen sie nicht, also ich nehme definitiv keinen Pflegelehrling auf, weil was soll der tun? Ich brauche jemanden, der mindestens selbstbestimmt und selbstbestimmt bin ich mit 18 (…). Und alles, was davor ist, ist die Frage, wie begleite ich diese Leute und was lasse ich sie denn tun? (…) entweder ich habe sie wirklich in einem Bereich, wo sie nur Hilfsdienste machen, da frage ich mich, was ich drei Jahre lang tue. D. h. gehe ich in das Heim oder von mir aus einmal in eine Krankenanstalt, was darf ich denn tun? Hol- und Bring-Dienste darf ich machen. Vielleicht einmal einen Spaziergang mit jemand in einem stabilen Setting. Vielleicht und dann spätestens kommt es zu Kompetenzüberschreitungen, darf ich mit jemandem mitarbeiten, darf ich die Pflege unterstützen? Aber eigentlich darf ich drei Jahre lang genau nichts tun." (INT25_F&L/PP_MD/TP_3)

Außerdem wird argumentiert, dass die geplante Ausrichtung der Lehre auf die Langzeitpflege nicht den Interessen der Zielgruppe der 12- bis 15-Jährigen entspreche, da für jene eher die Bereiche der Notfall-, Akut- oder Kinderpflege attraktiv seien (INT16_F&L_BIP_1). Zudem würde laut den Befragten das Thema Gehalt, das eigentlich die Lehre attraktiv gestalten sollte, zu einem Ungleichgewicht innerhalb der Pflegeausbildungen führen, weil Bachelorstudent:innen bis dato Studiengebühren bezahlen müssen. Das Lehrgeld würde sich dementsprechend als unverhältnismäßig erweisen (INT4_IV_3; INT31_PM_GRÜNE_1). Die Zersplitterung der Pflegeausbildung auf eine weitere Schiene wird zudem als Argument gegen die Einführung der Lehre gesehen, da dies einerseits unübersichtlich für Praxispartner:innen erscheinen kann und es andererseits effektiver wäre, vorhandene Strukturen der Ausbildung auszubauen und zu optimieren (INT9_PDL-FKP_SLP_2; INT7_F&L_AK_1; INT4_IV_3; INT39_PP_SLP_1).

Betrachtet man die Argumente für die Einführung einer Pflegelehre, werden vor allem die frühe Bindung an den Beruf sowie die Gewährleistung der Durchgängigkeit der Ausbildung als positive Aspekte erwähnt. Schulabgänger:innen könnten früh in den Pflegeberuf geleitet werden, ohne dass zwei Jahre bis zum Beginn einer Diplomausbildung bzw. einer Pflegeassistenz- oder Pflegefachassistenzausbildung überbrückt werden müssen. Durch diese Überbrückungszeit verliere man viele potentielle Pflegeinteressierte, die sich dann für eine andere Ausbildung mangels anschließbaren Optionen im Pflegebereich entscheiden (INT8_PM_FPÖ_1; INT23_IV_1; INT12_PDL-FKP_SLP_4; INT13_PM_ÖVP_1; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT34_PDL-FKP_SLP_1; INT38_F&L_KH_1; INT41_F&L_BIP_1; INT43_F&L_SLP_1). Auch Rappold und Juraszovich (2021) fordern im Rahmen des Berichts der Taskforce-Pflege die Schaffung anschließbarer Angebote im Bereich der Pflegeassistenz und Sozialbetreuungsberufe in Form einer Pflegelehre oder des bereits pilotierten Modells für Berufsbildende mittlere und höhere Schulen (BHS).

Dieses Argument der früheren Bindung wird häufig in Zusammenhang mit der Personalknappheit im Pflegebereich genannt, da mit der Einführung der Pflegelehre mehr Personal früher eingesetzt werden könnte (INT13_PM_ÖVP_1; INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT12_PDL-FKP_SLP_4; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT41_F&L_BIP_1). Beispielsweise zeigte eine interviewte Person Unverständnis gegenüber der kategorischen Ablehnung der Pflegelehre, da „man es sich nicht mehr leisten kann, solche Konzepte per se abzulehnen – die Akademisierung hat nicht die Lösung [ausreichend Personal] gebracht" (INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4). Hier wurde häufiger der Aspekt des niederschwelligen Zugangs genannt. So bietet die Pflegelehre auch für jene potentiell Interessierten eine Möglichkeit den Pflegeberuf zu ergreifen, die sich gegen eine reine Schulausbildung bzw. die Matura entscheiden (INT8_PM_FPÖ_1; INT23_IV_1). Das Lehrlingsgehalt sei zudem attraktiv und minimiere die finanziellen Hürden, den Pflegeberuf zu ergreifen.

Die Befürworter: innen der Pflegelehre betonen dennoch mehrheitlich, dass klare Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, um junge Menschen adäquat in den Pflegeberuf führen zu können (INT23_IV_1; INT38_F&L_KH_1; INT16_F&L_BIP_1; INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT12_PDL-FKP_SLP_4). Hierbei steht häufig das Europäische Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von diplomierten Krankenpflegepersonen von 1967, BGBl. Nr. 53/1973 zur Diskussion. Die Rechtsvorschrift, zu der sich Österreich 1972 bekannte, gibt zwar kein starr festgelegtes Mindestalter für die Aufnahme in eine Krankenpflegeschule auf, hält aber fest, dass im Allgemeinen Schüler: innen mit Kranken und dem Krankenhausbetrieb nicht vor Erreichung des 17. Lebensjahres in Berührung kommen. Das Curriculum der Pflegelehre müsste dementsprechend altersgerecht angepasst werden: In den ersten zwei Lehrjahren müsste der Fokus auf organisatorische und verwaltungstechnische Aufgaben sowie soziale Kompetenzen gelegt werden, bevor im dritten und vierten Lehrjahr direkt mit zu pflegenden Personen gearbeitet werden kann. Dabei bräuchte

es eine enge Zusammenarbeit mit den Pflegeausbildungsstätten, um theoretische Inhalte anzugleichen und somit eine Durchlässigkeit für weitere Ausbildungen gewährleisten zu können (INT23_IV_1; INT38_F&L_KH_1; INT16_F&L_BIP_1; INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT12_PDL-FKP_SLP_4). Einzelne Befürworter:innen der Pflegelehre argumentieren auch, dass das EU-Übereinkommen zum gesetzlichen Mindestalter für die Arbeit an Patient:innen zu hoch angesetzt ist. Jugendliche im Alter von 15 bis 17 Jahren sind nicht per se zu jung, um mit Patient:innen zu arbeiten.

„Der Tod muss enttabuisiert werden und den jungen Leuten auch was zugetraut werden."
(INT13_PM_ÖVP_1)

Emotionale Reife und Resilienz seien zudem nicht ausschließlich abhängig vom Alter, sondern basieren auch auf der individuellen Persönlichkeitsstruktur und können durch Faktoren wie umfassendes Mentoring beeinflusst werden. Diese These wird auch in der Literatur gestützt. Die individuellen Auswirkungen emotionaler Belastung lassen sich nicht anhand einheitlicher Parameter vorhersagen (Kleim & Kalisch, 2018). Damit kann allein das Alter nicht als isolierter Prädikator psychischer Resilienz betrachtet werden. Der Sorge vor emotionaler Überlastung Auszubildender und daraus resultierend hoher Drop-out-Raten muss demnach auf allen Ebenen und in allen (bereits bestehenden) Ausbildungsschienen begegnet werden und sei kein Einzelargument gegen die Pflegelehre. Die Forderung nach Praxisbegleitungskonzepten zur Persönlichkeitsstärkung von Auszubildenden im Pflegesektor wird deshalb verstärkt (Winter, 2019). Die Wichtigkeit der professionellen Betreuung und des Mentorings werden auch wiederkehrend in der Erhebung betont, um das Risiko der Überforderung bei den Lehrlingen zu minimieren. Eine Interviewpartnerin gibt an, dass die Einführung eigener Jugend-Coaches zielführend wäre, da 15-Jährige eine andere Form der Betreuung benötigen als die (schon älteren) Auszubildenden in den Pflegeschulen (INT26_MA_MD/MP/SLP_1). Als wichtig wird auch die Etablierung einer Lehrlingskoordinationsstelle gesehen, welche die Kommunikation zwischen den Ausbildungsstätten und den Einrichtungen übernimmt und die Lehrlinge somit in bürokratischen Anliegen unterstützt. Zusätzlich müssten die Mentor:innen in den Einrichtungen dementsprechend geschult und vorbereitet, die Ausbildungskosten dazu übernommen und genügend Zeit für die Begleitung eingeräumt werden. Eine gute Betreuung wird als maßgeblicher Faktor gesehen, die Lehrlinge generell im Beruf zu halten und an die Einrichtung zu binden. Maßnahmen wie kostenloses Mittagessen, zusätzliche Urlaubstage bei guten Erfolgen in der Berufsschule und generelle Wertschätzung der erbrachten Leistung können hierbei essentiell sein. Auch die Beziehung zwischen den Lehrlingen und den Mentor:innen spiele eine maßgebliche Rolle (INT46_F&L_BIP_1).

Die Einführung der Lehre für Assistenzberufe in der Pflege stellt sich in den Gesprächen kontrovers dar. Stakeholder mit wirtschaftlichem Hintergrund befürworten sie tendenziell, Personen, die direkt in der Pflege tätig sind, lehnen sie mehrheitlich ab. Kritik besteht vor allem am jungen Alter, der niedrigen emotionalen Reife und einer möglichen mentalen Überforderung der Lehrlinge. Der bereits bestehende Personalmangel ließe eine adäquate Betreuung nicht zu, wodurch sich das Risiko der Überforderung der Lehrlinge erhöhe. Für eine mögliche Einführung der Lehre werden klare Rahmenbedingungen gefordert: (1) Sicherstellung eines adäquaten Mentorings durch Bereitstellung von Betreuungspersonal, (2) ein an das Alter angepasstes Curriculum sowie (3) klare Absprachen mit den Ausbildungsstätten. Die frühe Bindung an den Beruf, die direkte Anschlussmöglichkeit an die Schulpflicht, die finanzielle Vergütung sowie eine verbesserte Durch-

lässigkeit der Ausbildung werden durchaus als positive Aspekte wahrgenommen, können jedoch die Bedenken nicht ausräumen. Sollte eine Umsetzung entgegen den Forderungen der Pflegefachkräfte erfolgen, bedarf es einer Pilotierung in einer Einrichtung, die alle Qualitätsstandards vollumfänglich erfüllt, einer lückenlosen Kontrolle der Qualität der Ausbildung, einem ausbildungsadäquaten Einsatz der Lehrlinge, Stellenplänen, die die Betreuung der Lehrlinge auch in der Praxis ermöglichen und nicht die involvierten Pflegekräfte aufreiben, einer laufenden Evaluierung der Ausbildungsstätte sowie der Lehre als Modell. Von einer flächendeckenden Implementierung ist abzusehen, der Fokus sollte vielmehr auf einzelne Ausbildungsstätten gerichtet werden.

Best Practice: Pflegelehre in der Schweiz

Bereits im Jahr 2004 setzte die Schweiz Maßnahmen, um dem zunehmenden Mangel an Pflegekräften entgegenzuwirken. Einen der Gründe für den Mangel sah man in der Lücke zwischen neunjähriger Pflichtschule und den Ausbildungen zu den damaligen zwei Berufsbildern Pflegeassistent:in und Diplompfleger:in (Hilfswerk, 2020a).

Um Abhilfe zu schaffen, führte die Schweiz die *berufliche Grundbildung* bzw. *Pflegelehre* ein, welche nach neun Pflichtschuljahren begonnen werden kann. Nach zweijähriger Ausbildung wird sie mit dem sogenannten eidgenössischen Berufsattest (EBA) beendet. Entscheidet man sich für die drei- bis vierjährige Grundbildung, steht am Ende die Absolvierung des eidgenössischen Fähigkeitszeugnisses (EFZ). Im Bereich Gesundheit stehen am Ende die Berufe *Assistent:in Gesundheit und Soziales EBA (AGS)* und *Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ (FaGe)* auf der sogenannten Sekundarstufe II.

Laut aktuellen Zahlen des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) bildet die berufliche Grundbildung zu Fachmann/-frau Gesundheit EFZ die zweitmeistgewählte Lehre in der Schweiz in den letzten beiden Jahren (SBFI, 2022; SBFI, 2021). Im Anschluss gibt es die Möglichkeit, die Aufschulung zur *Diplomierten Pflegefachfrau* oder *Diplomierten Pflegefachmann* an einer Höheren Fachschule verkürzt mit nur zwei statt drei Jahren zu absolvieren (Hilfswerk, 2020a), wobei hier die „Pflege HF“ an erster Stelle in den Bildungsgängen steht (SBFI, 2022). Im Rahmen der Studiengänge an Fachhochschulen befinden sich Bachelorstudiengänge im Bereich Gesundheit an dritter Stelle (SBFI, 2022). Der Fachhochschulabschluss Bachelor of Science (*BSc) Pflege* wird dabei am häufigsten absolviert (OdASanté, 2020). Laut der Organisation OdASanté (2020), der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit, nimmt die Zahl an Personen, die in der Pflege tätig sind, wieder zu. Hierbei stehen die Pflegeberufe innerhalb der Ausbildungen im Gesundheitsbereich sowohl auf Sekundar- als auch Tertiärstufe an erster Stelle (OdASanté, 2020).

Durch die Etablierung des Lehrberufs mussten sich Betriebe und Gesundheitseinrichtungen umstellen. Dazu zählten die Einrichtung von Ausbildungsplätzen, die Ausbildung und Anstellung von Berufsausbildner:innen und die Festlegung eines praxistauglichen Betreuungsschlüssels (Hilfswerk, 2020a). Auch die Frage nach dem Schutz der jungen Auszubildenden und Sorge der Überlastung wurde adressiert. Maßnahmen hier sind die entsprechende Gestaltung der Curricula, adäquate Informationen und Anleitung seitens der

Lehrbetriebe und umfassende, gesetzlich verankerte Arbeitsschutzbestimmungen (Hilfswerk, 2020b). Hinsichtlich der Drop-Out-Quote der Auszubildenden der Pflegelehre lässt sich aufgrund einer Trendstudie von 2010 bis 2016 folgendes Bild zeichnen: Rund 20 Prozent der Absolvent:innen der Berufslehre haben fünf Jahre nach ihrem Abschluss die Gesundheitsbranche verlassen, 26 Prozent arbeiten in ihrem Beruf und rund 54 Prozent sind durch verschiedene Abschlüsse in die Tertiärstufe des Gesundheitsbereichs aufgestiegen (z. B. Hebamme, Ergo- und Physiotherapie, Pflege, Optometrie), die meisten davon in der Pflege (Trede et al., 2017). Um mehr Personen zu halten, seien laut Bericht die Betriebe und Verantwortlichen der Berufsbildung in die Pflicht zu nehmen. Durch attraktivere und klarere Berufsprofile und die Schaffung von beruflicher Mobilität und flexiblen Weiterbildungsmöglichkeiten steige die Wahrscheinlichkeit, dass Absolvent:innen sowohl von Sekundar- als auch Tertiärstufe im Beruf bzw. im Gesundheitsbereich verbleiben würden (Trede et al., 2017).

In der neuen Pflegereform des Bundes ist die Einführung der Lehre für Assistenzberufe in der Pflege in Österreich beschlossen worden. Unabhängig davon gibt es in Oberösterreich mit Herbst 2022 den ersten Jahrgang von „Pflegestarter*innen" (OÖG, 2022). Die Schule der Oberösterreichischen Gesundheitsholding hat diese neue Ausbildung entwickelt, um eine Überbrückung zur Pflegeausbildung, die in Österreich grundsätzlich erst mit 17 Jahren begonnen werden darf, zu gewährleisten. Die Ausbildung startet bereits nach der Pflichtschule mit dem 15. Lebensjahr und endet entweder nach zwei Jahren mit dem Titel der *Pflegeassistenz* oder nach drei Jahren mit der *Pflegefachassistenz* bzw. kann eine Qualifikation für ein verkürztes Bachelor-Studium in der Pflege erreicht werden. Genauso kann nach den ersten beiden Jahren in die Ausbildung der Fachsozialbetreuung mit Schwerpunkt Altenarbeit oder medizinische Assistenzberufe gewechselt werden (OÖG, 2022). Ein weiteres, von der AQUA Mühle Vorarlberg GmbH organisiertes Modellprojekt, das seit 2011 besteht, stellt Personen mit dem 15. Lebensjahr in Pflegeeinrichtungen als Betriebsdienstleister:in an, die nach dem Abschluss der dreijährigen Lehre im vierten Jahr die Ausbildung der Pflegeassistenz oder andere weiterführende Ausbildungen absolvieren (AQUA Mühle, 2021a). Dieses kombinierte Modell soll zeigen, dass Interesse und Nachfrage für eine Lehre in der Pflege bzw. Betreuung besteht (AQUA Mühle, 2021b). Eine Diskussion beider Modelle ist zum aktuellen Zeitpunkt schwer möglich, da bislang noch keine wissenschaftlichen Evaluationen vorliegen. Für eine Etablierung der Pflegelehre in Tirol könnten die Erfahrungen und die vorhandene Expertise (z. B. für die Gestaltung von Ausbildungsinhalten) herangezogen werden.

Best Practice: Pflegeausbildung im neuen Beruf Pflegefachfrau/-mann in Deutschland

Deutschland hat im Jahr 2020 die Pflegeausbildung unter der Einführung des neuen Pflegeberufegesetzes reformiert. Dementsprechend wurden die bisher getrennten Berufsausbildungen Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammengelegt. Das neue Berufsbild heißt *Pflegefachfrau* und *Pflegefachmann* (BMFSFJ, 2020). Pflegefachkräfte können durch diese Ausbildung in allen Versorgungsbereichen arbeiten. Die ersten beiden Ausbildungsjahre sind als generalistische Ausbildung konzipiert, im dritten Jahr können sich die Auszubildenden für den allgemeinen Beruf Pflegefachfrau/-mann entscheiden oder den Schwerpunkt in die Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege legen. Gleichzeitig wurde auch ein Studium mit Bachelorabschluss und gleichzeitiger Berufszulassung zur Pflegefachfrau/-mann eingeführt (BMFSFJ, 2020). Die Vorteile liegen laut Bund in der Verbesserung

der Bedingungen während der Ausbildung sowie in der Attraktivierung des Berufsfeldes Pflege. Es muss kein Schulgeld mehr bezahlt werden und den Auszubildenden wird eine Ausbildungsvergütung geboten. Diese variiert je nach Ausbildungsvertrag bzw. Ausbildungsbetrieb, beträgt jedoch teilweise bis zu 1.000 € brutto pro Monat ab dem ersten Ausbildungsjahr und in den darauffolgenden Ausbildungsjahren steigend (BMFSFJ, 2020). Seit Einführung der neuen Ausbildung nimmt die Zahl an Personen, die sich für eine Pflegeausbildung entscheiden, trotz Corona zu. Mit Ende 2021 befanden sich insgesamt 105.006 Personen in der neuen Ausbildung. Im Jahr 2021 haben 61.458 Personen die Ausbildung begonnen. 2020 hatten sich 57.294 Personen für eine Ausbildung entschieden, von denen bis Jahresende 2020 53.610 Personen in der Ausbildung verblieben sind. Damit lässt sich trotz Corona eine Steigerung von 7 Prozent von 2020 bis 2021 feststellen (Statistisches Bundeamt, 2022). Da wissenschaftliche Evaluierungen zur neuen Pflegeausbildung noch nicht vorliegen, kann nur das mediale Echo skizziert werden. Die Meinungen zur neuen Pflegeausbildung gingen in Deutschland dabei teilweise weit auseinander. Sowohl die Diakonie Deutschland (2020) als auch der Deutsche Caritasverband (2016) diskutieren Vor- und Nachteile der Pflegeausbildung. So sehen beide Organisationen Vorteile in der generalistischen Ausbildung, da fachbereichsübergreifendes Wissen gelehrt wird, welches in Zukunft notwendig wird, da durch kürzere Verweildauern in Krankenhäusern Menschen oft zuhause oder ambulant medizinisch weiterversorgt werden müssen (Diakonie Deutschland, 2020; Deutscher Caritasverband, 2016). Auch die schulischen Zugangsvoraussetzungen mittlere Reife und Hauptschulabschluss werden als Vorteil bewertet (Deutscher Caritasverband, 2016). Zudem machen eine generalisierte Ausbildung und die Möglichkeit zur Tätigkeit in Alten- als auch Kranken- und Kinderkrankenpflege den Beruf attratkiver, da Tätigkeitswechsel möglich sind (Diakonie, 2020). Hinzu kommt laut Bundesministerium für Gesundheit (2022) der Vorteil, dass die generalistische Ausbildung EU-weit anerkannt ist. Die schulischen Voraussetzungen für einen Zugang zur Ausbildung werden allerdings gleichzeitig als nachteilig bewertet. So müssen Bewerber:innen mindestens eine mittleren Schulabschluss vorweisen können. Schüler:innen mit 9-jährigem Hauptschulabschluss ist eine Ausbildung nur in Kombination mit erfolgreich abgeschlossener Ausbildung für Pflegehelfer:innen bzw. Pflegeassistenz oder eine abgeschlossene zweijährige Berufsausbildung möglich (Bundesministerium für Gesundheit, 2022). Dadurch könnten potenziell Auszubildende abgeschreckt werden. Ein weiteres Risiko wird in einer möglichen Abwanderung von Pflegefachfrauen und -männern aus dem Langzeitpflegebereich in besser bezahlte Bereiche der Akutpflege (z. B. Krankenhäuser) gesehen, was durch die generalistische Ausbildung ermöglicht wird. Außerdem wird die Sorge geäußert, dass bestimmte Ausbildungsinhalte zu kurz kommen, da die Bedürfnisse der einzelnen Zielgruppen stark voneinander abweichen. So unterscheiden sich die körperlichen und psychischen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Kindern und alten Menschen deutlich und im Rahmen der Ausbildung erfolgt die Spezialisierung erst im letzten Ausbildungsjahr (Göres, 2020; Petermann, 2019). Bis Ende 2025 will das Bundesministerium für Gesundheit (2022) prüfen, ob noch ein Bedarf für die gesonderten Berufsabschlüsse der Alten-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege besteht.

3.1.4 Information & Anwerbung

Um dem Personalmangel in der Pflege entgegenwirken zu können, muss laut Literatur sowie Interviewpartner:innen auf eine verbesserte Information sowie Anwerbung der Pflegeberufe gesetzt werden. Ein breiter Konsens besteht hierbei über der Wichtigkeit der Vermittlung in Schulen (INT16_F&L_BIP_1; INT31_PM_GRÜNE_1). Gezielte Informationsveranstaltungen und Vorstellungen der verschiedenen Pflege-

berufe durch (junge) Pflegekräfte könnten maßgeblich zur Bekanntheit und Attraktivität beitragen. Mitarbeitende werden auch in der Literatur als großes Potential für das externe Personalmarketing gesehen, da sie nicht nur den Beruf an sich bewerben, sondern auch die Einrichtung, in der sie tätig sind (Klöppner et al., 2017). Interviewpartner:innen beschreiben mögliche Initiativen wie die Pflegewoche, in dessen Rahmen Pfleger:innen Schulen besuchen und Vorträge halten, Schüler:innen aber auch Einrichtungen in der Umgebung kennenlernen können (INT8_PM_FPÖ_1). Vertreter:innen einer Ausbildungsstätte berichten im Zuge der Erhebung von eigens zuständigen Lehrpersonen, die mithilfe entwickelter Marketingstrategien zielgerichtet Informationskampagnen in Schulen durchführen (INT16_F&L_BIP_1). Laut Roedenbeck Schäfer (2014) wäre es essentiell, junge Menschen dort anzusprechen, wo sie sich sonst informieren – im Internet bzw. in den sozialen Medien. E-Recruiting wird generell hinsichtlich des Personalmangels als große Chance im Pflegemangement gesehen, zielgerichtet Interessierte anzusprechen und für die Einrichtung zu gewinnen (Bruno, 2020; Bettig et al., 2012).

Des Weiteren gelte es laut der Arbeiterkammer (AK) niederschwellige Möglichkeiten zu schaffen, den Beruf kennenzulernen sowie lokale Bildungsinstitutionen und Gesundheits- und Pflegeinrichtungen in die Anwerbungs- und Informationskampagnen vermehrt miteinzubeziehen (Arbeiterkammer Tirol, 2021; INT12_PDL-FKP_SLP_4). So sollten auch Informationsabende, an denen Absolvent:innen der verschiedenen Ausbildungsstätten sich und ihren Ausbildungsschwerpunkt vorstellen, Tage der Offenen Tür von Sozial- oder Pflegeeinrichtungen sowie eine breitere Nutzung der sozialen Medien oder wenig aufwendige Initiativen wie Zeitungsanzeigen im regionalen Umfeld als Möglichkeiten genutzt werden, um Informationen zum Pflegeberuf zu verbreiten und Anwerbungen zu forcieren (INT11_F&L_BIP_2; Arbeiterkammer Tirol 2021; INT12_PDL-FKP_SLP_4). Zudem wird eine verbesserte Repräsentation auf Berufsmessen wie der BeSt als Möglichkeit gesehen, vermehrt junge Menschen für den Beruf anzuwerben. Hierbei wird auf die Wichtigkeit verwiesen, die Ausbildungsmöglichkeiten und Tätigkeitsbereiche der Berufsgruppen differenziert zu vermitteln, um somit klare und realistische Karrierechancen darstellen zu können (INT23_IV_1; Rappold & Juraszovich, 2019; Rottmann & Witte, 2019).

Im Rahmen der Erhebung wird zudem das Potential der Zivildiener beschrieben, die aufgrund ihrer Erfahrungen beispielsweise in Pflegeheimen im Anschluss häufig einen Pflegeberuf ergreifen. Hier wird der Hinweis angebracht, dass der Ausbau und die verstärkte Vermittlung des freiwilligen sozialen Jahres einen ähnlichen Effekt erbringen könnte (INT23_IV_1). Bei der Anwerbung von möglichen Interessierten sollte eine Erweiterung der Zielgruppe um beispielsweise Quereinsteiger:innen, Männer, Menschen mit Migrationshintergrund und Personen aus dem Ausland angedacht und gezielt auf die unterschiedlichen Gruppen eingegangen werden. Bereits genannte Maßnahmen wie Ermöglichung von berufsbegleitenden bzw. Teilzeitausbildungen sowie Kooperationen mit Ausbildungseinrichtungen im Ausland (Vorqualifizierungsprogramme) und Entwicklung gezielter Strategien zur Gewinnung interessierter Fachkräfte aus dem Ausland werden als essentiell beschrieben (Rappold & Juraszovich, 2019).

Obwohl Konsens besteht, Anwerbungen zu forcieren, betonen vereinzelte Befragte dennoch, dass im Hinblick einer qualitativen Versorgung Personen keinesfalls in die Pflege gedrängt werden dürfen, sondern eine Ausbildung nur in Erwägung gezogen werden soll, wenn der Wille bzw. eine intrinsische Motivation besteht, diese Tätigkeit auch ausüben zu wollen (INT25_F&L/PP_MD/TP_3). Zudem werden einfache und klare Strukturen als wichtig erachtet. So muss demnach der Weg zur Ausbildung für Interessierte verständlich und

schnell erklärt werden können (INT18_F&L_ÄK_3). Hierbei bedarf es einer Bündelung aller relevanten Informationen der Ausbildung, am besten durch die Errichtung einer zentralen Informationsplattform bzw. Institution (beispielsweise amg) oder Verstärkung/Ausbau der Interessensvertretungen (INT4_IV_3).

Ein verstärktes Auftreten der Pflege auf Berufsmessen, gezielte Vorstellung der verschiedenen Pflegeberufe in Schulen, Schulpraktika in Pflegeeinrichtungen sowie die Verstärkung des sozialen Jahres im Sozial- und Pflegebereich werden als Maßnahmen für eine verbesserte Information und Anwerbung des Pflegeberufs gesehen. Zudem wird der Vorschlag betriebsinterner Aufschulungen von Verwaltungspersonal bei vollen finanziellen Bezügen zur Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal angebracht. Zur Gewährleistung eines entsprechenden Informationszugangs über Ausbildungsmöglichkeiten und allem damit in Verbindung Stehenden besteht der Wunsch, Informationen (amg-tirol, Pflegestipendium, Ausbildungszuschuss etc.) in einer zentralen Anlaufstelle zu bündeln, zu kommunizieren und damit niederschwelliger zu gestalten.

3.2 ATTRAKTIVIERUNG DES PFLEGEBERUFS

Die Attraktivierung des Pflegeberufes wird von der Mehrheit der Befragten als essentieller Faktor zur Lösung des Personalmangels gesehen. In diesem Zusammenhang gestalten sich die Forderungen sehr differenziert und nehmen unterschiedliche Dimensionen in den Blick. Vor allem die Reduzierung der Arbeitszeit, Dienstplansicherheit, erhöhte Entlohnung, Kompetenzerweiterung und Verbesserung des Images des Pflegeberufes werden im Rahmen der Erhebung als essentielle Faktoren behandelt. Die Auslegung und Priorisierung der verschiedenen Punkte unterscheidet sich allerdings je nach Hintergrund der jeweiligen Gesprächspartner:innen.

3.2.1 Arbeitszeit, Arbeitszeitmodelle & Dienstplansicherheit

Ein wesentlicher Faktor zur Attraktivierung des Pflegeberufes bzw. Verbesserung der Rahmenbedingungen findet sich in der Forderung der Arbeitszeitreduktion (Gewerkschaft öffentlicher Dienst, 2019; Österreichischer Gewerkschaftsbund Tirol 2021; Arbeiterkammer Tirol, 2021; Rappold & Juraszovich, 2019; INT24_BR_BW/SLP_1; INT1_IV_2; INT17_IV_1; INT22_BR_SLP_1; INT39_PP_SLP_1). Die Auslegung der Arbeitszeitverkürzung gestaltet sich jedoch unterschiedlich. Während mehrfach eine Reduktion auf 37 Wochenstunden bei gleichbleibender Bezahlung gefordert wird (INT9_PDL-FKP_SLP_2; INT16_F&L_BIP_1, Arbeiterkammer Tirol, 2022), werden auch Stimmen zu einer Reduzierung auf 37,5 (INT2_PDL-FKP_SAP_5), 36 (INT10_PM_LISTE FRITZ_1) 35 (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT17_IV_1; INT18_F&L_ÄK_3; INT45_F&L_TB/MP_1) bzw. 30 Wochenstunden (INT22_BR_SLP_1) laut. Trotz des breiten Konsens geben vereinzelte Interviewpartner:innen an, dass statt einer Verkürzung der Arbeitszeit 40 Wochenstunden mit aliquot mehr Gehalt sinnvoller bzw. von ihren Mitarbeitenden gewünscht wäre (INT25_F&L/PP_MD/TP_3). Vermehrt wird im Zuge der Arbeitszeitverkürzung betont, dass nicht nur eine Reduzierung, sondern vielmehr eine Angleichung der arbeitszeitlichen Regelungen der unterschiedlichen Tarifverträge vorgenommen werden muss, um einer Konkurrenz zwischen den Einrichtungen entgegenwirken zu können. Mehrheitlich wird hierbei auf eine Angleichung des SWÖ-Vertrages hingewiesen, also eine übergreifende Reduktion auf 37 Wochenstunden (INT35_BR_SAP_5; INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT16_F&L_BIP_1; Arbeiterkammer Tirol, 2022). Obwohl eine Reduzierung der Arbeitszeit als wesentlicher Attraktivitätsfaktor zur Personalgewinnung

für den Pflegeberuf gesehen wird (INT18_F&L_ÄK_3), beschreiben einige Interviewpartner:innen diese Forderung aufgrund des Personalmangels als eine zu kurzfristige und in der Praxis nicht umsetzbare Maßnahme.

> *„Bevor man 38 Stunden fordert, müsste man 40 Stunden garantieren können."*
> *(INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7)*

Zudem wird teilweise angenommen, dass die Verkürzung der Arbeitszeit bei gleichem Gehalt dazu führen könnte, dass Pflegekräfte weitere Stunden reduzieren – ein Effekt, der die angespannte Personalsituation zusätzlich zuspitzen würde. Hierbei spiele auch der Generationenaspekt[4] eine entscheidende Rolle: Freizeit würde demnach eine immer wichtigere Rolle spielen und für die nachfolgende Generation oft über der Entlohnung stehen (INT16_F&L_BIP_1; INT33_F&L_SAP_1). Somit würde es eine eklatante Aufstockung der Vollzeitäquivalente benötigen, um diese Reduzierung der Arbeitszeit auszugleichen und die Lücke zwischen Bedarf und Personal schließen zu können (INT29_PM_SPÖ_1; INT16_F&L_BIP_1; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT28_F&L_SAP_1). Eine interviewte Person berichtet aus der Praxis, dass durch Reduzierung der Teilzeitstellen und Anhebung der Arbeitszeit um vier Stunden pro Pflegefachkraft der Personalmangel behoben werden könnte (INT47_BP_1). Im Rahmen der Erhebung sowie in den gesichteten Papieren der Interessensvertretungen wird zudem eine leichtere Erreichbarkeit des Urlaubsanspruches (6. Urlaubswoche) sowie eine Obergrenze der Mehrarbeit/Überstunden und eine Abbaumöglichkeit der Überstunden gefordert (Gewerkschaft öffentlicher Dienst, 2019; Rappold & Juraszovich, 2019; Österreichischer Gewerkschaftsbund Tirol 2021; INT1_IV_2; INT18_F&L_ÄK_3). Als eine zentrale Maßnahme wird im Zuge eines Interviews die Deckelung der Überstunden gesehen, da die Entgrenzung der Arbeitszeit als besonders belastend wahrgenommen wird. Dies gelte vor allem für das Gemeindebedienstetengesetz, weil es hier keinen Schutz vor Tageshöchstarbeitszeit gäbe (INT21_IV_2). In diesem Rahmen wird auch der Bedarf eines übergreifenden, transparenten Zeiterfassungssystems für die Pflege gesehen, um einen Überblick der Zeiten gewährleisten und eine transparente Abrechnung sicherstellen zu können (INT35_BR_SAP_5).

Im weiteren Sinne der Arbeitszeitenreduzierung wird mehrfach ein erleichterter Zugang auf die Schwerarbeiterpension gefordert. Hierbei kann ein breiter Konsens bei den Interessenvertretungen festgestellt werden (INT45_F&L_TB/MP_1; INT1_IV_2; INT8_PM_FPÖ_1; INT9_PDL-FKP_SLP_2; INT16_F&L_BIP_1; INT21_IV_2; INT22_BR_SLP_1; Arbeiterkammer Tirol, 2021; Österreichischer Gewerkschaftsbund Tirol, 2021). Die alltäglichen Tätigkeiten der Pflege, wie das Umbetten und Mobilsieren von bettlägerigen Menschen, werden als Schwerstarbeit gesehen und sollten auch als solche anerkannt werden. Da der Gesetzgeber für die Schwerarbeiterpension mit 60 Jahren 45 Versicherungsjahre voraussetzt und derzeit Ausbildungen und Praktika nicht anrechnet sowie 6 Nachtdienste zwischen 22 und 6 Uhr und zudem Arbeit in der Hospiz- oder Palliativmedizin fordert, sei die Schwerarbeiterpension für die Pflege schwer zu erreichen. Die Sozialdemokratische Partei Österreichs (SPÖ) fordert auf Bundesebene die Ausbildungszeiten anzurechnen und die Tätigkeiten, welche als Schwerarbeit gelten, um „alle Tätigkeiten zur berufsbedingten Pflege von

[4] Hier kann es sich in Teilen um eine für die Pflegebranche spezifische Wahrnehmung handeln, ein Abgleich mit Daten der Statistik Austria (2021) zeichnet zumindest für das Jahr 2021 ein anderes Bild, was die Wünsche an die Arbeitszeit der 20–24-Jährigen angeht (Berufseinsteiger:innen). Nur 8,1 tsd. der Erwerbstätigen dieser Altersklasse (90,3 tsd), die in Teilzeit arbeiten, geben an, dass keine Vollzeittätigkeit gewünscht ist. 11,3 tsd. Personen haben keine Vollzeittätigkeit gefunden und der Großteil von 57,1 tsd reduziert aufgrund von Aus- und Weiterbildungen. Auch für die 25–29-Jährigen geben lediglich 15,4 tsd von 114,8 tsd. Personen an, keine Vollzeitbeschäftigung anzustreben, auch hier sind Aus- und Weiterbildungen mit 43,2 tsd. Personen die Hauptgründe für Teilzeitbeschäftigungen. Keine Vollzeittätigkeit anzustreben ist in den Altersklassen 45–49 (47,6 tsd. von 149,6 tsd.), 50–54 (73,0 tsd. von 164,7 tsd.) und 55–59 (79,9 tsd. von 155,5 tsd.) weit verbreitet. Bei den Altersgruppen über 60 ist es beinahe die Hälfte aller Teilzeitbeschäftigten, die keine Vollzeittätigkeit wollen.

erkrankten und behinderten Menschen“ zu erweitern und in der diesbezügichen Verordnung des Sozialministeriums zu adaptieren (SPÖ-Parlamentsklub, 2022). Im Rahmen der Literaturrecherche wird deutlich, dass der Pflegeberuf nicht nur eine ausgeprägte emotionale Belastung, sondern auch hohe körperliche Anforderungen aufweist. Eine Analyse zum Österreichischen Arbeistklima-Index zeigt, dass sich jede dritte Pflegekraft durch den Zeitdruck belastet fühlt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021) – ein essentieller Risikiofaktor für emotionale Erschöpfung, depressive Störungen und weitere Erkrankungen (Stab et al., 2016). Der Umgang mit schwerer Krankheit, Leid und Sterben ist alltäglich im Pflegeberuf, so geben mehr als 80 Prozent der Pflegekräfte an, sich dadurch insgesamt belastet zu zu fühlen. Zusätzlich zur psychischen Belastung geben drei Viertel der befragten Pflegekräfte an, dass schwere körperliche Arbeit in ihrem Arbeitstalltag sehr häufig oder oft vorkommt – im Vergleich liegen sie damit über dem Gesamtdurchschnitt aller Befragten. Damit zählt der Pflegeberuf zu einer Berufsgruppe, die eine Kombination von hohen psychischen und physischen Belastungen aufweist (Schmucker, 2020). Mit dem erleichterten Zugang zur Schwerarbeiterpension würde dieser Umstand anerkannt und Wertschätzung gegenüber der Pflegearbeit gezeigt werden können.

Dienstplansicherheit

Die Entgrenzung der Arbeitszeiten und abweichende Arbeits- bzw. Einsatzzeiten durch Überstunden und Vertretungen werden von einem Großteil der Befragten als eine der größten Belastungen benannt (INT12_PDL-FKP_SLP_4; INT21_IV_2; INT26_MA_MD/MP/SLP_1; INT19_BP_1). Durch den Personalmangel sowie Personalausfälle während der Pandemie müssten immer wieder Pflegekräfte außerhalb ihrer vertraglich festgehaltenen Dienstzeiten einspringen, Überstunden könnten nicht mehr abgebaut werden bzw. würden sich finanziell nicht lohnen (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7). Maximale Flexibilität der Mitarbeitenden wird als Standard gesehen, ein Umstand, den (vor allem junge) Pflegekräfte nicht mehr mittragen wollen (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7; INT35_BR_SAP_5). Der steigende Anspruch an (sichere) Dienstpläne wird auch in der Literatur beschrieben, Gründe dafür werden in 1) indiviudalisierten Lebensformen der Mitarbeitenden, 2) höherer Priorität der arbeitsfreien Zeiten, 3) verstärkt wahrgenommenen Belastungsgrenzen und 4) steigenden Ansprüchen der Patient:innen und Bewohner:innen gesehen (Hermann & Woordruff, 2019). Teilnehmende der Erhebung geben an, dass vor allem die fehlende Planbarkeit die größte Belastung darstellt.

„Wenn ich in der Früh in die Arbeit gehe, weiß ich nicht, wann ich nach Hause komme.“ (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7)

Dabei wird Dienstplansicherheit als einer der wichtigsten Faktoren der Arbeitszufriedenheit gesehen. Eine Sicherung und Gewährung der gewünschten Arbeitszeiten wäre laut Interviewpartner:innen ein wichtiger erster Schritt der Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege (INT26_MA_MD/MP/SLP_1; INT19_BP_1; INT12_PDL-FKP_SLP_4). Interessensvertretungen fordern eine (1) Planung der Personalkapazitäten unter Berücksichtigung von Fehlzeiten/Karenzen, (2) doppelt besetzte Nachtdienste, (3) verpflichtende Bekanntgabe von verbindlichen Dienstplänen mindestens vier Wochen im Voraus und (4) Änderungen der Pläne nur mit Zustimmung der Betroffenen, um transparente und planbare Dienstzeiten sicherstellen zu können und kurzfristiges Einspringen zu vermeiden (Österreichischer Gewerkschaftsbund Tirol 202; Gewerkschaft öffentlicher Dienst, 2019; Arbeiterkammer Tirol, 2022). Dienstfrei muss demnach tatsächlich freie

Zeit bedeuten und Ruhezeiten müssen strikt eingehalten werden (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2021), damit eine klare Trennung zwischen Arbeit und Freizeit stattfinden kann (Rappold & Juraszovich, 2019). Auch im Rahmen der Erhebung halten Befragte fest, dass die Personalplanung veraltet sei und es mehr Planstellen zur Dienstbildung benötige, da zurzeit Ausfälle kaum kompensierbar wären, weil sie durch den Pflegeminutenschlüssel nicht abgedeckt wären bzw. dieser die vielen Ausfälle nicht abbilde (INT2_PDL-FKP_SAP_5).

Bei der Umsetzung der Dienstplangestaltung gibt es unterschiedliche Vorstellungen: Einerseits wird die Dienstplangestaltung im Langzeitpflegebereich von einzelnen Befragten als komplex beschrieben, da durch die permanente Änderung der Pflegestufen nach Bewohner:innen und Belegung der Wohnbereiche eine ständige Anpassung der Pflegeminuten erfolge, wodurch sich der Personalbedarf unter Berücksichtigung der Qualifikationen und gesetzlichen Vorgaben über den Tag sehr unterschiedlich gestaltet (INT43_F&L_SLP_1). Gleichzeitig betont eine befragte Person, dass ein dauerhaft geregelter Dienstplan in Form eines Schichtbetriebssystems in der Pflege sofort einführbar wäre, da die Arbeitsleistung in der Langzeitpflege konkret planbar wäre und somit Dienstplänen mit fixen, sich abwechselnden Rädern (beispielsweise 2-Wochen-Rhythmus für Nacht- und Tagdienst im Wechsel) nichts entgegenstehen würde (INT24_BR_BW/SLP_1). Kann dennoch ein kurzfristiges Einspringen nicht verhindert werden, sollte es laut Interviewpartner:innen zumindest adäquat entlohnt werden. Hierbei wird der Vorschlag formuliert, die Springerbereitschaft durch aktive und passive Zulagen monetär zu entlohnen (INT23_IV_1). Zudem sollten die Springerzulagen innerhalb der verschiedenen Verträge angeglichen werden. Eine weitere Maßnahme, um dem Einspringen entgegenzuwirken, wird in der Forderung nach regionalen bzw. internen Personalpools formuliert (INT23_IV_1; INT28_F&L_SAP_1). Hierbei werden allerdings Bedenken zu der Attraktivität des Pools für Pflegekräfte gegeben, da durch das ständige Wechseln in den Einrichtungen bzw. den Abteilungen kein Zugehörigkeits- bzw. Teamgefühl entstehen kann. Mit Hilfe finanzieller Anreize oder der Zusicherung fester Arbeitstage und -zeiten könnte diese Anstellung aber dennoch für junge Mitarbeitende oder Eltern interessant sein (INT3_F&L_BIP_3).

Arbeitszeitmodelle

Ein weiterer Aspekt, der im Zuge der Erhebung immer wieder aufkommt, ist die Forderung nach einer flexiblen Gestaltung der Arbeitszeitmodelle (INT1_IV_2; INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT3_F&L_BIP_3; INT6_F&L_LAND_1; INT7_F&L_AK_1; INT11_F&L_BIP_2; INT16_F&L_BIP_1; GRUP,18; INT27_BP_2). Befragten zufolge würden starre Modelle nicht den Anforderungen der nachfolgenden Generation entsprechen. So brauche es zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes vermehrt die Implementierung von Arbeitszeitmodellen, die (lebensphasengerecht) an die Bedürfnisse der Arbeitnehmer:innen angepasst werden können (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7; INT16_F&L_BIP_1; INT27_BP_2; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7). Durch individuelle Arbeitszeitmodelle (beispielsweise auch Beschäftigungsausmaße unter 50 Prozent) und verstärkte Ermöglichung von bereits viel geforderten Teilzeitmodellen (INT3_F&L_BIP_3) könne einerseits der Forderung nach einer verbesserten Work-Life-Balance, andererseits nach einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf und somit einer Erhöhung der Mitarbeiter:innenzufriedenheit nachgekommen werden (INT9_PDL-FKP_SLP_2; INT27_BP_2; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT43_F&L_SLP_1). Dies spielt insofern eine große Rolle, als familiäre bzw. persönliche Gründe zentrale Motive für einen frühzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf darstellen (Raiber, 2021; Blum et al., 2004).

Flexibilität wird auch bei Dienstbeginn gefordert. In einem Interview wird angemerkt, dass Dienste nicht immer von 07:00 bis 19:00 andauern müssen. So könne die Übergabe am Morgen auch um 07:30 Uhr erfolgen, sodass beispielsweise eine Anreise mit den öffentlichen Verkehrsmitteln möglich wäre oder Kinderbetreuungszeiten abgedeckt sind (INT10_PM_LISTE FRITZ_1). Zudem werde beispielsweise die Altersteilzeit stark nachgefragt, aber in den verschiedenen Häusern oft nicht berücksichtigt (INT35_BR_SAP_5).

Gleichzeitig beschreiben gerade Führungs- und Leitungspersonen Problematiken, die mit flexiblen Arbeitszeitmodellen einhergehen. So erschwere der verstärkte Trend zur Teilzeitarbeit die Dienstplanerstellung (INT18_F&L_ÄK_3; INT7_F&L_AK_1). Eine interviewte Person berichtet beispielsweise, dass die vermehrte Elternzeit zu Schwierigkeiten bei Erstellung der Dienstpläne führe und spricht sich deshalb für ein Mindeststundenmaß von 20 h aus, um Vollzeitarbeitende sowie den Dienstgeber zu entlasten (INT7_F&L_AK_1). Zudem würden aus vielen Teilzeitarbeitenden große Teams resultieren, die oft schwer geführt werden können, was zu einer Qualitätsminderung der Versorgung führen könne (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7). Geteilte Dienste werden im Rahmen der Erhebung kontrovers diskutiert. Einerseits beschreiben Befragte, sie wären unbeliebt bei den Mitarbeitenden, da vier Stunden zwischen den Diensten lägen und diese nicht genutzt werden könnten (INT22_BR_SLP_1). In Völs beispielsweise wird Abhilfe der geteilten Dienste geschaffen, indem die Mitarbeitenden jene Zeit in den Tageszentren der Sprengel eingesetzt werden können (INT26_MA_MD/MP/SLP_1). Dem konträr gegenüber steht die Aussage, dass geteilte Dienste vor allem von älteren Mitarbeitenden geschätzt werden, da sie sich dann erholen bzw. private Tätigkeiten erledigen könnten. Ausschlaggebend wäre hierbei die nötige Infrastruktur und Ausstattung: Erholungsräume, Aufenthaltsorte im Garten der jeweiligen Einrichtungen oder Dienstfahrräder, damit die Mitarbeitenden die Erholungsphasen zuhause verbringen können, würden die Attraktivität der Teildienste und somit die Zufriedenheit der Mitarbeitenden steigern (INT34_PDL-FKP_SLP_1).

Eine zentrale Forderung im Rahmen der Erhebung stellt die Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit dar. Diese Forderung variiert überwiegend zwischen 35 und 37 Wochenstunden bei gleicher Bezahlung. Zusätzlich wird angemerkt, dass eine Harmonisierung der Verträge (z. B. 37 Stunden pro Woche oder Inklusion der 30-minütigen Pause in die Arbeitszeit) der Konkurrenz um Pflegepersonal zwischen den Institutionen entgegenwirken würde. Die Verkürzung der Arbeitszeit wird vor allem im Hinblick auf die kommende Generation als wichtiger Attraktivierungsfaktor beschrieben, da Freizeit einen immer höheren Stellenwert bei der Berufswahl und -ausübung einnimmt. Betont wird allerdings auch, dass eine sofortige Reduzierung der Wochenstunden die Situation der bereits fehlenden Vollzeitäquivalente bzw. des bestehenden Personalnotstandes drastisch verstärken würde. Diesbezügliche Maßnahmen müssten daher zeitlich entsprechend priorisiert und gestaffelt werden.

Als eine der aktuell größten Belastungen wird von vielen Befragten die fehlende Planbarkeit von Arbeits- bzw. Einsatzzeiten (z. B. Überstunden, Vertretung) beschrieben. Hier werden neben der Aufstockung der Planstellen Konzepte wie Personalpools (regionale sowie interne Flexipools – je nach Bedarf und Umsetzbarkeit) und Springerlösungen gefordert. Die Entlohnung durch passive und aktive Zulagen für Springerbereitschaft könnte den zeitlichen Aufwand und die Planungsunsicherheit monetär kompensieren; hierbei muss jedoch eine einrichtungsübergreifende Abrechenbarkeit sichergestellt werden. Um Transparenz zu gewährleisten und der Konkurrenz zwischen den Einrichtungen entgegenwirken zu können, müsste eine Vereinheitlichung dieses Zuschlages (beispielsweise angelehnt an den SWÖ-Vertrag) vorgenommen werden. Ein weiterer Ansatz sind feste Arbeitstage für Springer:innen, die sich ausschließlich für das Besetzen des Personalpools zur Verfügung stellen.

Im Rahmen der Erhebung wurde zudem die Wichtigkeit der flexiblen Gestaltung von Arbeitszeitmodellen betont. Die Herausforderung der Dienstplanerstellung bei vielen Teilzeitbeschäftigten wird zwar von einigen Befragten beschrieben, es besteht jedoch weitgehender Konsens dahingehend, dass flexible Strukturen und individuelle Arbeitsmodelle (auch Beschäftigungsausmaße unter 50 Prozent) angeboten werden müssen, um die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern und den Ansprüchen an die Work-Life-Balance der künftigen Generationen gerecht zu werden.

Best Practice: Age-Management

Im Interview mit einem Experten aus dem Forschungsbereich der Langzeitpflege wurde das Thema der Rekrutierung von mehr Pflegepersonal kurz angerissen, vielmehr aber das Thema des *Age-Managements* in den Fokus gerückt. Hierbei geht es um das Halten von langjährigen Mitarbeiter:innen mithilfe unterschiedlicher Anreize sowie der Anpassung ihrer Aufgabenfelder an Faktoren wie Alter, Gesundheitszustand und Lebensumstände und -phasen (siehe Kapitel „Arbeitszeit, Arbeitszeitmodelle & Dienstplansicherheit") (Bechtel et al., 2017; Pedro et al., 2020). Laut dem Experten sei es wichtig, sich beim Pflegepersonal auch um Personen zu kümmern, die aufgrund fortschreitenden Alters physisch weniger belastbar seien oder aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit berufliche Abwechslung brauchen, indem neue Anreize oder Verbesserungen für sie geschaffen werden. Als konkretes Beispiel wurde der Einsatz von langjährigem Pflegepersonal in Bereichen der Organisation, Koordination und Kooperation genannt. Hier müssten entsprechende Berufs- und Organisationsprofile erarbeitet werden (INT48_BP_2). Auch die Verlagerung von schweren körperlichen Aufgaben zu verstärkten Mentoring- und Ausbildungsrollen kann einerseits älteres Personal länger im Beruf halten sowie zu einem wertvollen Wissenstransfer für jüngere Pflegefachkräfte führen. Zudem sei es essentiell, älteres Personal nicht von Weiterbildungsmöglichkeiten abzuhalten und die Karrieentwicklung anhaltend zu fördern, um ein lebenslanges Lernen zu ermöglichen (Pedro et al., 2020; Buchan et al., 2020; Hug & Söffner, 2017). Mithilfe von in der Praxis gelebten Age-Management-Ansätzen können somit Arbeitsunfälle vermieden, Einstellungs- und Ausbildungskosten gesenkt sowie die Bindung von qualifizierten Mitarbeitenden gestärkt werden (Buchan et al., 2020). Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat die Initative *Gratifikationsschein* gestartet, sodass Pflegekräften, die bereits 10 Jahre in Volläquivalenz arbeiten und das 50. Lebensjahr erreicht haben, ermöglicht wird, (1) 35 Stunden bei voller Gehaltsauszahlung zu arbeiten sowie (2) zusätzlichen Urlaubsanspruch in Höhe von fünf Tagen mehr zu erhalten. Unabhängig vom Alter sollen Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren unbürokratisch ermöglicht werden und bei Verringerung der Arbeitszeit aufgrund der Übernahme der Pflege von Angehörigen diese informelle Care-Arbeit wiederum als Erwerbszeit angerechnet werden (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2022). Eine Sammlung von Modellprojekten in Krankenhäusern in ganz Deutschland lässt sich ebenfalls finden. Unter den weiterführenden Links sind Projekte zum Thema *lebensphasengerechte Arbeiten* zu finden. Es lassen sich organisationsinterne Projekte mit hoher Mitarbeiter:innenbeteiligung finden, welche die mentale und physische Gesundheit von sowohl jungen als auch älteren Mitarbeiter:innen in den Fokus rücken (z. B. durch Workshops zum Thema Stress, Programme zum Schutz des eigenen Körpers bei Umlagerung von Patient:innen, Umgestaltung von Organisationsprozessen und das Verlagern von Aufgabenbereichen) (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2011).

WEITERFÜHRENDE LINKS

Positionspapier Gratifikationsschein:

https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/DBfK-Position_Pflegeberufegratifikations-schein_2022-02.pdf

Lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege:

https://www.pflege-krankenhaus.de/lebensphasengerechtes-arbeiten/modelle-im-ueberblick.html

3.2.2 Entlohnung & Gehaltsanpassungen

Im Rahmen der Erhebung wird mehrfach betont, dass eine Gehaltssteigerung alleine nicht als ausschlaggebender Faktor zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe wahrgenommen wird. Vielmehr besteht eine Diskrepanz zwischen den als prekär wahrgenommenen Rahmenbedingungen und der Entlohnung (INT8_PM_FPÖ_1; INT21_IV_2; INT24_BR_BW/SLP_1; INT40_F&L_SAP_4).

„Die Leute, die den Beruf verlassen (…), die gehen wegen der Rahmenbedingungen, die man ihnen bietet." (INT40_F&L_SAP_4)

Spezifische Forderungen zu Gehaltserhöhungen zielen dementsprechend auf einen finanziellen Ausgleich der, den Rahmenbedingungen geschuldeten, Mehrbelastungen ab. Benannt werden dabei:

(1) Höhere Bezahlung geleisteter Überstunden (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7)
(2) Höhere Bezahlung von Nachtdiensten (INT7_F&L_AK_1)
(3) Finanzieller Ausgleich der ständigen Bereitschaft bei spontan volatilen Dienstzeiten (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7), z. B. wie im Rahmen des bereits eingeführten Einspringerbonus (INT21_IV_2; INT23_IV_1)

Auch die Anhebung des Grundgehalts wird sowohl von den befragten Interessenvertretungen (INT1_IV_2; INT3_F&L_BIP_3; INT7_F&L_AK_1; INT18_F&L_ÄK_3; INT22_BR_SLP_1) als auch von direkten Vertreter: innen der Pflegeberufe aus dem Umfeld der Krankenhauspflege (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7; INT28_F&L_SAP_1) sowie der Langezeitpflege (INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT39_PP_SLP_1; INT9_PDL-FKP_SLP_2) gefordert. Dem liegt nicht nur die wahrgenommene Unverhältnismäßigkeit der bestehenden Gehälter zugrunde. Der vom Bund kürzlich beschlossene monatliche Gehaltsbonus für die Jahre 2022 und 2023 ist zwar keine Eins-zu-eins-Umsetzung dieser Forderung. Die Bereitstellung von 520 Mio. Euro schafft aber zumindest zeitlich befristet eine Gehaltserhöhung der Beschäftigten im Pflegesektor. Hier ist das Land Tirol gefordert, mit Auslaufen der Maßnahmen des Bundes im Jahr 2024 eine langfristige Regelung zu finden. Im Rahmen der Erhebung wird ferner auf den allgemeinen Fachkräftemangel verwiesen. Gehaltsanpassungen müssten daher auch erfolgen, um den Pflegeberuf am Arbeitsmarkt konkurrenzfähig zu machen (INT38_F&L_KH_1; INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT28_F&L_SAP_1). Diese Perspektive deckt sich mit Forderungen nach der finanziellen Aufwertung der Pflegeberufe schon in der Ausbildung. Die Entwicklung der Gehaltsstrukturen im Pflegesektor muss also auch vor dem Hintergrund der implizierten Steuerungseffekte am Arbeitsmarkt sowie des prognostizierten Personalbedarfs diskutiert werden (INT10_PM_LISTE

FRITZ_1; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7). Maßnahmen zur Anpassung der Gehälter an das tatsächliche Verhältnis von Angebot und Nachfrage am Arbeitsmarkt dürfen dabei nicht zu Lasten von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen gestaltet werden. Die weiterhin geforderte Anpassung der Gehälter auf Bundesebene muss unter Berücksichtigung der heterogenen Kaufkraft gedacht werden, um Abwanderungsdynamiken innerhalb Österreichs entgegenzuwirken (INT8_PM_FPÖ_1; INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT13_PM_ÖVP_1; INT9_PDL-FKP_SLP_2). Zu erwähnen ist an dieser Stelle die Perspektive des Sozialamts. Hier werden die bestehenden Gehälter im Pflegesektor als angemessen betrachtet (INT6_F&L_LAND_1; INT20_MA_LAND_1). Neben der isolierten Betrachtung des Gehaltsniveaus werden im Rahmen der Erhebung auch Anpassungen an die Gehälter anderer Berufsgruppen sowie Gehaltsanpassungen innerhalb der Berufsgruppen diskutiert. Laut Klöppner et al. (2017) und Lauxen et al. (2018) empfinden Pflegende es als motivierend, wenn sie die Entlohnung als gerecht empfinden – besonders im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen. Dies bestätigt sich in der Erhebung: Breiter Konsens besteht sowohl unter den befragten Interessenvertretungen (INT4_IV_3 INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4) als auch unter den direkten Vertreter:innen der Pflegeberufe aus dem Umfeld der Krankenhauspflege (INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT40_F&L_SAP_4) sowie der Langzeitpflege (INT12_PDL-FKP_SLP_4) bezüglich einer Anpassung der Gehälter für Absolvent:innen der akademisierten Pflegeausbildung (BA Pflege) an die Gehälter weiterer medizinisch-technischer Berufe (MTB) (z. B. Physio- und Ergotherapeuten). Aus Perspektive der Interviewpartner:innen ließen sich an dieser Stelle vor dem Hintergrund ähnlicher Ausbildungsstrukturen und Rahmenbedingungen Gehaltsunterschiede kaum rechtfertigen. Gehaltsentwicklungen bzw. -perspektiven müssen aber auch für die nichtakademischen Ausbildungsschienen, wie beispielsweise die Pflegefachassistenz, gedacht werden (INT7_F&L_AK_1; INT3_F&L_BIP_3). Des Weiteren stellt eine Anpassung der Gehälter innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen der Pflege bei unterschiedlichen Trägern ein zentrales Anliegen seitens der befragten Interessenvertretungen (INT1_IV_2; INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT17_IV_1; INT21_IV_2), der direkten Vertreter: innen der Pflegeberufe (INT23_IV_1; INT38_F&L_KH_1) und der Sprecher: innen der Politik (INT8_PM_FPÖ_1; INT31_PM_GRÜNE_1; INT44_IV_1) dar. Die Sozialwirtschaft Österreich (SWÖ) führte 2018 eine vergleichende Darstellung der Gehaltsstrukturen für Pflegekräfte in Österreich auf Basis der geltenden Kollektivverträge sowie der Landes- bzw. Gemeindebediensteten-Gesetze durch. Unter Rücksichtnahme der abweichenden Gehaltssprünge nach Dienstjahren ergab sich für Tirol dabei das in Tabelle 2 dargestellte Bild. Aufgeführt sind die Gehaltsdifferenzen der einzelnen Kollektivverträge bzw. des Landes- bzw. Gemeindebedienstetengesetzes im Vergleich zum österreichweiten Durchschnitt über alle Kollektivverträge und Gesetze, jeweils für die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) und PA. Die Tabelle zeigt den Gehaltsunterschied zum Durchschnitt aller in Österreich geltenden Kollektivverträge und Landesgesetze zum Stichtag 01.10.2019.

	LEedG/G-VBG	Tirol Kliniken	SWÖ-K	Konfesionelle Alten- & Pflegeheime	Konfessionelle Alten- & Pflegeheime Neues Gehaltsschema
DGKP	(+) 6,9 %	(+) 4,49 %	(+) 0,62 %	(-) 11,43 %	(-) 4,24 %
PA	(-) 0,5 %	(+) 2,4 %	(+) 1,0 %	(-) 2,9 %	(-) 0,3 %

Tabelle 2: Kollektivverträge im bundesweiten Vergleich. Quelle: eigene Darstellung nach SWÖ (2018): Analyse.

Eine Vereinheitlichung der geltenden Kollektivverträge wird dementsprechend mehrfach vorgeschlagen (INT8_PM_FPÖ_1; INT23_IV_1; INT24_BR_BW/SLP_1). Allerdings weichen die tatsächlich gezahlten Gehälter in Tirol aufgrund von einrichtungs- bzw. trägerspezifischen Regelungen wie Boni, Gratifikationen, Zuzahlungen etc. von den in Kollektivverträgen und im Landesgesetz festgelegten Gehaltsstrukturen ab bzw. sind nicht transparent einsehbar und damit nicht repräsentativ darstellbar. Die Konkurrenz um qualifiziertes Pflegepersonal zwischen den einzelnen Trägern und Einrichtungen wird auch über diese, als intransparent wahrgenommenen, Gehaltsstrukturen ausgetragen. Direkte Vertreter:innen der Pflegeberufe (INT23_IV_1; INT24_BR_BW/SLP_1) betonen, dass solche Konkurrenzdynamiken zwischen Einrichtungen und Trägern nicht im Sinne der Pflege seien.

Dementsprechend stellt sich für eine Angleichung der Gehälter die Offenlegung von einrichtungs- bzw. trägerspezifischen Regelungen als zentral dar. Bisherige Maßnahmen zur Gehaltsangleichung wurden auf Basis festgelegter Gehaltstrukturen bzw. nicht auf Basis realer, tatsächlich gezahlter Gehälter erarbeitet, wodurch erwünschte Ergebnisse ausblieben. Transparente Gehaltsstrukturen werden folglich auch im Rahmen der Erhebung mehrfach angeregt (INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT41_F&L_BIP_1; INT44_IV_1). Lohntransparenz ist aktuell auch Gegenstand des politischen Diskurses auf europäischer Ebene. So will die Europäische Kommission in einer Direktive aus dem Jahr 2021 Mechanismen zur Umsetzung von Lohntransparenz weiter stärken (Europäische Kommission, 2021). Hier ist anzumerken, dass Maßnahmen zur Herstellung von Lohntransparenz im internationalen Vergleich mal mehr, mal weniger zu den erhofften Effekten führten. So konnte beispielsweise das 2011 beschlossene Gesetz zur Lohntransparenz in Österreich die Einkommenslücke zwischen Frauen und Männern nicht schließen (Gulyas et al., 2021). Hingegen führte die gesetzlich festgelegte Offenlegung von Gehältern im öffentlichen Sektor in Kanada zu einer signifikanten Reduktion der Gehaltslücke zwischen Frauen und Männern an öffentlichen Universitäten (Baker et al., 2021). Die wahrgenommene Intransparenz der Gehaltsstrukturen für Pflegekräfte in Tirol (INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT41_F&L_BIP_1; INT44_IV_1) liegt in der Diskrepanz zwischen öffentlich zugänglichen Informationen zur genauen Zusammensetzung der Löhne nach den geltenden Gesetzen bzw. Kollektivverträgen und der tatsächlichen Zusammensetzung der Löhne inklusive träger- und einrichtungsspezifischer Regelungen. Eine Umfrage der Universität Luzern identifiziert prozedurale Lohntransparenz[5] als positiven Einflussfaktor auf das soziale Kapital der Arbeitnehmer:innen. Lohntransparenz fördert demnach den Austausch von Ideen und Informationen am Arbeitsplatz sowie die Tendenz zur Zusammenarbeit (Arnold et al., 2018). Die Ergebnisse der Erhebung beschreiben sowohl die Zusammenarbeit innerhalb der Profession *Pflege* als auch die Zusammenarbeit mit anderen Professionen als zentrales Element einer erfolgreichen Versorgung. Evidenz besteht zudem für einen positiven Zusammenhang von prozeduraler Lohntransparenz und wahrgenommener Lohngerechtigkeit sowie Vertrauen gegenüber den Arbeitgeber:innen und geringeren Kündigungsraten (Gerke, 2021; Arnold et al., 2018). Lohntransparenz kann also einen Beitrag leisten, um Pflegekräfte in Tirol im Beruf zu halten. Insbesondere für jüngere Arbeitnehmer: innen stellt Lohntransparenz ein wichtiger Faktor für die Wahl des Arbeitsplatzes dar. Negative Effekte bezüglich der Wahrung der Privatsphäre werden von jungen Arbeitnehmer:innen als weniger ausschlaggebend wahrgenommen (Scott et al., 2015). Transparentere Gehaltssysteme in der Pflege in Tirol könnten also nicht nur als Voraussetzung zur Erfüllung zentraler Forderungen betrachtet werden, sondern generieren zudem sowohl einen Faktor für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen als auch einen Anreiz für den Berufseinstieg. Auf kommunalpolitischer

[5] Die detaillierte Transparenz und Übersicht der konkreten Lohnzusammensetzung wird als prozedurale Lohntransparenz bezeichnet (Arnold et al., 2018).

Ebene ist man sich der Problematik undurchsichtiger einrichtungs- bzw. trägerspezifischer Regelungen bewusst. Gegenüber einem zentralen Mechanismus zur Schaffung transparenter Gehaltsstrukturen zeigt man sich entsprechend aufgeschlossen. Auch der Fokus auf Gehaltstransparenz als ein Bestandteil des Akkreditierungssystems (siehe Kapitel „Unternehmenskultur & Führungskräfte(-entwicklung), Qualitätsmanagement & Mitarbeiter:innenzufriedenheit") könnte angedacht werden (INT44_IV_1).

Im Zuge der Erhebung wird immer wieder betont, dass eine Gehaltssteigerung allein nicht als ausschlaggebender Faktor zur Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes wahrgenommen wird. Gleichzeitig wird wiederkehrend auf die Diskrepanz zwischen den als prekär wahrgenommenen Arbeitsbedingungen und der Entlohnung hingewiesen. Dementsprechend wird eine Erhöhung der Gehälter oder eine höhere Bezahlung von geleisteten Überstunden als finanzieller Ausgleich der belastenden Rahmenbedingungen verstanden. Zudem wird mehrfach eine Anhebung der Grundgehälter gefordert, auch um den Pflegeberuf am Arbeitsmarkt im Vergleich zu anderen Branchen mit Fachkräftemangel konkurrenzfähig zu machen. Den Gesprächen ist zu entnehmen, dass die Konkurrenz um qualifiziertes Pflegepersonal zwischen den diversen Trägern durch unterschiedliche Tarifsysteme bzw. träger- und einrichtungsspezifische Regelungen, Zuzahlungen und Incentives verstärkt wird. Pflegepersonal verteilt sich demnach nicht mehr bedarfsorientiert auf Pflegeeinrichtungen. Gleichzeitig wird betont, dass sich Tirol so attraktiv aufstellen müsste, dass einem Abwandern innerhalb Österreichs entgegenwirkt werden kann. So sollte Tirol aufgrund der Lebenshaltungskosten tariflich zum Beispiel deutlich über dem Burgenland liegen. Eine weitere Forderung mit hohem Konsens stellt der allgemeine Zugang zur Schwerarbeiterpension dar. Hier müsste beim Bund dementsprechend Lobbying betrieben werden.

Darüber hinaus wird mehrfach thematisiert, dass es eine Gleichstellung der Einstufung der Bachelors DGKP mit weiteren MTB (z. B. Physio- und Ergotherapeut:innen) braucht. Angesichts dessen wird diskutiert, wie eine aktuell schlechtere Bezahlung des Pflegeberufs im Vergleich zu anderen MTB – trotz ähnlicher Ausbildung und Rahmenbedingungen – zu rechtfertigen ist bzw. welche Signalwirkung mit der unterschiedlichen Einstufung einhergeht. Hierbei wurden erste Schritte für die nächsten zwei Jahre durch den Bund gesetzt. Es wäre zu empfehlen, im Anschluss (2024) klare Strukturen (z. B. zur Anpassung der Einstufung) zu implementieren.

3.2.3 Kompetenzerweiterung

Das Thema der Kompetenzermöglichung bzw. -erweiterung steht immer wieder im Fokus der Erhebung. Grundsätzlich wird im Zuge der Interviews der Bedarf formuliert, klare Abgrenzungen und Definitionen hinsichtlich der Kompetenzverteilung innerhalb der Berufsgruppen der Pflege zu erstellen (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7; INT3_F&L_BIP_3; INT39_PP_SLP_1; INT41_F&L_BIP_1). Durch die Einführung der PFA, PA und Heimhilfen und der damit verbundenen Unterteilung der Pflegeprofession in weitere Berufe seien die definierten Aufgabenbereiche häufig noch nicht in der Praxis angekommen und die Abgrenzung unter Einhaltung der vorgegebenen rechtlichen Vorgaben oft schwer umsetzbar (INT20_MA_LAND_1; INT16_F&L_BIP_1; INT39_PP_SLP_1). Besonders bei den Berufsgruppen der PFA und PA sieht eine interviewte Person zu viele Überschneidungen. Der Fokus sollte besser auf einen Assistenzberuf mit 2-jähriger Ausbildung, aber dafür mit verstärkten Kompetenzen gelegt werden, damit die Assistenzen später selbstständiger arbeiten können (INT16_F&L_BIP_1). Zudem würden aufgrund des bestehenden Personalmangels Pflegekräfte bereits außerhalb ihrer Kompetenzen arbeiten (INT3_F&L_BIP_3; INT20_MA_LAND_1). Rappold

& Juraszovich (2019) verweisen auf die Wichtigkeit eines kompetenzorientierten Einsatzes des Fachpersonals, der auch die konsequente Auslagerung von pflegefremden Tätigkeiten (Hauswirtschaft, Service, Sekretariatsarbeiten etc.) umfasst. Klar vorgegebene Aufgabenbereiche, definiert und vorgegeben durch die jeweiligen Aus- und Weiterbildungen, würden die Voraussetzungen für interdisziplinäres Arbeiten sowie einen adäquaten Skill-Grade-Mix darstellen (INT39_PP_SLP_1; INT41_F&L_BIP_1).

Ein weiterer, erheblicher Anpassungsbedarf wird hinsichtlich der rechtlich abgesicherten Tätigkeitsfelder und Anwendungsbereiche von erworbenen Kompetenzen gesehen. Hierbei wird vor allem auf die Kompetenzverschiebung im Bereich des Wundmanagements sowie der Stoma- und Diabetesversorgung hingewiesen (INT3_F&L_BIP_3; INT4_IV_3; INT12_PDL-FKP_SLP_4; INT18_F&L_ÄK_3; INT35_BR_SAP_5). Laut Interviewpartner:innen würde die Pflege diese (Kern-)Tätigkeiten seit Jahren bereits durchführen. Allerdings fehle es an rechtlicher Absicherung und einer entsprechenden Abbildbarkeit im Kompetenzprofil und weiterfolgend im Gehaltsschema (INT35_BR_SAP_5). Demzufolge sollten Weiterbildungen in diesen Bereichen an eine Kompetenzerweiterung gekoppelt werden, die neben der rechtlichen Absicherung auch monetär vergütet werden soll (INT3_F&L_BIP_3; INT4_IV_3; INT12_PDL-FKP_SLP_4; INT18_F&L_ÄK_3; INT35_BR_SAP_5). Dadurch würde sichergestellt werden, dass in der Ausbildung gelerntes Fachwissen auch angewandt werden kann – ein wichtiger Aspekt der Mitarbeiter:innenzufriedenheit (INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7). Auch Rappold & Juraszovich (2019) beschreiben den starken Zusammenhang zwischen Attraktivität des Berufes und der Ermöglichung der Umsetzung von erlernten Kernkompetenzen in der Praxis. Die Anerkennung der Sonderausbildungen als Kompetenzerweiterung wird laut Interviewpartner:innen von der Ärztekammer blockiert, im Rahmen der Erhebung sprechen sich allerdings Vertreter:innen der Tiroler Ärztekammer positiv für eine Erweiterung aus, sofern Fachkompetenzen dafür erworben und Verantwortung mitgetragen werden (INT18_F&L_ÄK_3).

„(…) ja das [Kompetenzerweiterung bei abgelegter Spezialisierung] ist auf alle Fälle, denk ich, ein Weg, der gut ist! (…) mit der Kompetenz und der Bewilligung, das durchzuführen, ist dann natürlich auch die Verantwortlichkeit damit verbunden und das ist der Punkt, das muss Hand in Hand gehen, dann ist das durchaus möglich und in der Praxis durchaus schon gelebt (…) aber informell und nicht formal, das ist das Problem. Deswegen gehört das standardisiert und umgesetzt." (INT18_F&L_ÄK_3)

Eine mögliche Übertragung der Kompetenzen von Ärzt:innen auf die Pflege würde laut den Befragten zu einer maßgeblichen Steigerung der Wertschätzung der Pflege führen. Die oftmals benötigte Genehmigung und Verordnung von Ärzt:innen z. B. im Rahmen von Wundmanagement, Inkontinenzversorgung oder Folgeverschreibungen von Medikamenten würde die Ausbildung und erlernte Kompetenzen der Pflege nicht anerkennen, übersehen und hebe die Medizin abermals über die Profession der Pflege.

Die Kompetenzübertragung wird des Weiteren als Chance der Arbeitserleichterung, Personaleinsparung und Qualitätssteigerung gesehen (INT4_IV_3; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT48_BP_2). Laut den Befragten könnte deutlich Zeit im Arbeitsalltag gespart werden, wenn Wundmanager:innen das benötigte Material direkt bestellen könnten, ohne auf eine Unterschrift der Ärzt:innen warten zu müssen. Dies würde zu einer schnelleren Versorgung und einer verbesserten Qualität für die Patient:innen führen (INT30_F&L/PDL-

FKP_SLP/MP_7). Gleichzeitig wird hier eine Entlastung für Pflegende geschaffen (INT40_F&L_SAP_4). Durch das Ausschöpfen der Kompetenzen könnte das Personal effizienter eingesetzt und dadurch personelle Ressourcen geschont bzw. eingespart werden (INT4_IV_3). Hiervon würden nicht nur die Pflegekräfte, sondern auch die Ärzt:innen profitieren, was auch vor dem Hintergrund des für Österreich prognostizierten Ärztemangels zu berücksichtigen ist. Eine von den Bundesministerien für Gesundheit bzw. Wissenschaft und Forschung in Kooperation mit der österreichischen Ärztekammer in Auftrag gegebene Analyse des Ärztebedarfs und Angebots prognostiziert für das Jahr 2030 ein Defizit von 2.764 bis 7.409 Ärzt:innen für Österreich (Czasny et al., 2012). Auch die zunehmend hohe Arbeitsbelastung der Ärzteschaft und die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Patientenversorgung sind nicht erst seit der SARS-CoV2-Pandemie Gegenstand des öffentlichen Diskurses. Bereits im Jahr 2017 beobachtet eine Querschnittsstudie unter Klinikärzt:innen an der Universitätsklinik Innsbruck bzw. am Landeskrankenhaus Innsbruck eine hohes Burnout-Risiko für 8,8 Prozent der Ärzteschaft (Kurzthaler et al., 2017). Eine Onlinebefragung unter niedergelassenen Ärzt:innen in Tirol aus dem Jahr 2016 erfasst bei 8 bis 15 Prozent der teilnehmenden Ärzt:innen kritische Burnout-Werte (Fuchs, 2017). Um dem Ärztemangel zu begegnen, fordert die Österreichische Ärztekammer unter anderem die „Delegation an andere Gesundheits-, Sozial- oder Administrationsberufe, indem künftig vermehrt ärztliche Leistungen an andere Berufsgruppen unter der Gesamtverantwortung des Arztes delegiert werden können“ (Österreichische Ärztekammer, 2019, S. 3). Diese Forderung wird im Rahmen der aktuellen Erhebung seitens der Ärztekammer Tirol weiterentwickelt und konkretisiert.

Trotz mehrheitlicher Befürwortung einer notwendigen Kompetenzerweiterung werden im Rahmen der Erhebung auch kritische Bedenken geäußert. So wird beispielsweise die Aufstockung der Kompetenzen für PAs kontrovers diskutiert. Während Interviewpartner:innen argumentieren, eine Kompetenzerweiterung wäre sinnvoll und würde Ressourcen sparen (INT13_PM_ÖVP_1), werden auch Bedenken geäußert, dass Kompetenzen keinesfalls ohne dementsprechende Ausbildungen ausgeweitet werden dürfen und die Berufsgruppe der PA zuerst im Pflegesystem ankommen und evaluiert werden müsste, bevor Erweiterungen der Kompetenzen angedacht werden können (INT7_F&L_AK_1). Auch sehen vereinzelte Interviewpartner:innen die Kompetenzerweiterung (bei gleichbleibenden Ressourcen) generell kritisch, da sie durch die Übertragung der Verantwortung eine Zunahme der Arbeitslast und verstärkten Druck befürchten (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT9_PDL-FKP_SLP_2).

Die Interviews machen einen großen Anpassungsbedarf hinsichtlich der rechtlich abgesicherten Tätigkeitsfelder und Anwendungsbereiche von erworbenen Kompetenzen deutlich. Hierbei wird die Forderung seitens der Pflege aufgestellt, für die konkreten Tätigkeiten, Fachbereiche und Stationen relevante Kompetenzen durch die entsprechende Aus- und Weiterbildung oder Spezialisierung (1) monetär zu vergüten (im Tarifsystem abbildbar machen) und (2) die Handlungskompetenz von Pflegepersonal im Arbeitsalltag zu erweitern. Eine große Anzahl an Befragten verweist konkret auf die notwendige Verordnung im Kompetenzbereich des Wundmanagements sowie der Stomaversorgung. Diese Aufgaben werden als Kernkompetenzen der Pflege gesehen und auch bereits durchgeführt. Zudem wird diskutiert, die Kompetenzen der PFA hinsichtlich der Verabreichung von Infusionen sowie der Legung und des Wechsels von Verweilkanülen zu erweitern, um diplomiertes Personal zu entlasten – dies müsste ebenso in der Ausbildung abgedeckt werden. Die Befragten beschreiben die Vorteile jener Kompetenzerweiterungen sowie die Gleichstellung von ausgewählten Kompetenzen mit Ärzten und Ärztinnen und der daran geknüpften Übernahme von Verantwortung als Gewinn für das System: Sie führen zu einer erheblichen (zeitlichen) Entlastung sowie rechtli-

chen Absicherung und erhöhen zudem die Wertschätzung und damit auch die Zufriedenheit der Pflegekräfte. Seitens der Tiroler Ärztekammer wird dieses Vorhaben unterstützt – sofern Fachkompetenzen erworben werden und die damit einhergehende Verantwortung übernommen wird. Im Rahmen der Erhebung wurde darüber hinaus ein großer Bedarf an geschultem Pflegepersonal für den Umgang mit Menschen mit Behinderung im Krankenhaussetting formuliert. Diese Zusatzqualifikationen und Kompetenzen müssten vermehrt in die Ausbildung integriert und dementsprechend monetär im Gehaltsschema abgebildet werden.

3.2.4 Image

Im Rahmen der Erhebung wird deutlich, dass auch das wahrgenommene Image der Pflege eine maßgebliche Rolle bei der Attraktivität und im weiteren Sinne bei der Personalakquise des Berufes spielt. Grundlegend wird diskutiert, dass es einer Differenzierung des Pflegebegriffes an sich bedarf, um das Ansehen des Pflegeberufes zu steigern. So konnte auch innerhalb der Erhebung festgestellt werden, dass kein einheitliches Verständnis des (fachlichen) Pflegebegriffes vorliegt: So verstehen vereinzelte Befragte (meist Pflegefremde) unter Pflege auch Laienpflege oder jegliche Formen von Sorgearbeit oder Betreuung. Die Trennung zwischen Kompetenzen der Fachpflege, erworben durch eine spezifische Ausbildung, Betreuung/Sorgearbeit sowie Laienpflege scheint deshalb nicht ausreichend klar definiert (INT27_BP_2; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT41_F&L_BIP_1). Dies würde laut Expert:innen zu fehlender Anerkennung der professionellen Pflege führen. In diesem Zusammenhang wird zudem die Wichtigkeit beschrieben, Pflege nicht als Berufung, sondern als eigenständige, umfassende Profession zu sehen und diese auch so zu vermitteln (INT4_IV_3; INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT34_PDL-FKP_SLP_1; INT40_F&L_SAP_4). Hierbei wird auch der geschichtlichen Entwicklung des Pflegeberufes bzw. Begriffes Bedeutung zugemessen: Durch den klerikalen Ursprung bzw. Einfluss wurde unter Pflege lange die Versorgung Kranker und Pflegebedürftiger meist durch Nonnen verstanden. Dieses Bild der aufopfernden und fürsorglichen Frauen, die unentgeltlich „Care"-Arbeit leisten und nicht den Beruf, sondern die Berufung in den Mittelpunkt rücken, wirke sich bis heute (negativ) auf das Image des Berufes aus (Radsma, 1884; Maggs, 1996; Gastaldo & Holmes, 1999; Bradshwaw, 2000; Liaschenko & Peter, 2004; Yam, 2004). Um den Pflegeberuf zeitgemäß und attraktiv zu gestalten, müsse laut Interviewpartner:innen Abstand zu diesem „Held:innenbegriff" gewonnen werden und mithilfe einer klaren Begriffsdefinition und -verwendung der Berufsstolz und somit das Image des Berufes verbessert werden (INT40_F&L_SAP_4). Dabei sollte das umfassende Tätigkeitsfeld der Pflege berücksichtigt werden, da den Befragten zufolge die Pflege öffentlich oft zu einseitig dargestellt wird, obwohl neben physischen auch psychische und soziale Dimensionen abgedeckt werden (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7). Hierbei wird auf eine verstärkte Verwendung der Pflegedefinition des International Counsil of Nurses, 2002 verwiesen (INT40_F&L_SAP_4).

> *„Pflege[6] umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder ge-*

[6] Pflege meint hier professionelle Pflege durch eine/n Altenpfleger:in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in oder Gesundheits- und Krankenpfleger:in.

sund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung." (International Counsil of Nurses, 2002)

Neben einer unzufriedenstellenden Begriffsdifferenzierung wird zudem die generelle, öffentlich negative Darstellung des Pflegeberufes als problematisch beschrieben. Negative Berichterstattung in den Medien, Streiks sowie Proteste innerhalb der letzten Monaten werden von Interviewpartner:innen als Schädigung der Attraktivität des Pflegeberufes gesehen (INT3_F&L_BIP_3; INT8_PM_FPÖ_1; INT11_F&L_BIP_2; INT16_F&L_BIP_1; INT20_MA_LAND_1; INT28_F&L_SAP_1; INT31_PM_GRÜNE_1). Die Verbreitung negativer Bilder und Erzählungen aus der Pflege wären hinsichtlich des steigenden Personalmangels kontraproduktiv und würden in sinkenden Anmeldungen der Pflegeausbildungen resultieren (INT7_F&L_AK_1; INT11_F&L_BIP_2; INT13_PM_ÖVP_1; INT16_F&L_BIP_1; INT28_F&L_SAP_1). Vertreter:innen der Ausbildungsstätten geben an, mithilfe von Social-Media-Marketing diesem Trend entgegenwirken zu wollen, würden aber gegen das öffentlich transportierte Image nicht ankommen (INT16_F&L_BIP_1). Dabei kommt der Ursprung dieses Images bzw. der negativen Wahrnehmung laut Befragten häufig von der Pflege selbst, da Mitarbeitende selten über die positiven Aspekte ihres Berufes in der Öffentlichkeit sprechen und gleichzeitig negative Bilder und Berichterstattungen sich als interessanter für die Presse herausstellen (INT13_PM_ÖVP_1; INT20_MA_LAND_1; INT23_IV_1; INT38_F&L_KH_1).

Dabei wäre es aufgrund des mangelnden Fachpersonals essentiell, das Image aufzuwerten und weitergehend die Attraktivität des Berufes zu steigern. So gilt es auch vermehrten Fokus auf die positiven Aspekte zu legen und diese öffentlichkeitswirksam zu transportieren. Wiederkehrend wurde auf die hohe Flexibilität der Arbeitszeiten als großer Vorteil des Pflegeberufes hingewiesen. Schicht-, Nacht- und Wochenenddienste (sofern diese eingehalten werden) würden eine ausgeglichene Work-Life Balance und auch freie Tage unter der Woche ermöglichen (INT7_F&L_AK_1; INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT22_BR_SLP_1; INT40_F&L_SAP_4) sowie eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf generieren (INT22_BR_SLP_1). Des Weiteren wird die Vielfältigkeit der Pflege mit ihren einzelnen Fachbereichen und Spezialisierungen sowie den potentiellen Aufstiegs- und Karrierechancen betont, welche verstärkt in der Öffentlichkeit aufgezeigt werden sollten (INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT7_F&L_AK_1; INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT31_PM_GRÜNE_1; INT38_F&L_KH_1).

„In alle Richtungen können wir gehen. Wir pflegen von der Schwangerschaft bis zum Tod. Ich glaube, kein Beruf kann mit einer Grundausbildung in so viele verschiedene Richtungen gehen. Wirklich wieder mehr zeigen, wir dürfen über unseren Beruf gut sprechen und das macht die Politik aus und nicht dieses depressive, schwere, geschundene Bild der Pflege weiter zu erzählen." (INT2_PDL-FKP_SAP_5)

Auch die Jobsicherheit und Krisensicherheit werden im Hinblick auf die Pandemie mehrfach angemerkt (INT22_BR_SLP_1; INT31_PM_GRÜNE_1; INT40_F&L_SAP_4) sowie die hohe Chance, ortsunabhängig einen

Job zu finden (INT40_F&L_SAP_4). Breiter Konsens besteht auch in der Auffassung, dass der Pflegeberuf eine sehr sinnstiftende Arbeit darstellt und dadurch, sofern die Rahmenbedingungen stimmen, als sehr erfüllend wahrgenommen wird (INT17_IV_1; INT22_BR_SLP_1; INT38_F&L_KH_1). Dies deckt sich mit Erkenntnissen aus der Literatur. Laut einer Datenanalyse der Beschäftigtenbefragungen zum „DGB-Index gute Arbeit" aus den Jahren 2012 bis 2017 geben 95 Prozent der befragten Pflegekräfte an, dass sie mit ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten und hohe Sinnstiftung in ihrem Beruf sehen – eine deutliche Differenz zu anderen Berufsgruppen die Sinnhaftigkeit in der eigenen Arbeit wahrzunehmen, wird als grundlegend für die Identifikation und Arbeitszufriedenheit gesehen (Schmucker, 2020). Dieser Umstand allein kann jedoch nicht über die starken Belastungen im Pflegeberuf hinwegtäuschen. Demnach gehen 65 Prozent der Befragten im Pflegesektor nicht davon aus, es bis zur Pension in dem Beruf auszuhalten. 15 Prozent haben sogar konkrete Absichten aus- bzw. umzusteigen (BMSGPK, 2021). Das führt durchaus zu dem Umstand, dass die eigene Tätigkeit in der Pflege zwar als sinnstiftend eingeschätzt und trotzdem Kritik an den Arbeitsbedingungen geäußert wird (Böhle et al., 2015; Becker, 2016). Im Rahmen der Erhebung wird allerdings mehrfach betont, dass eine reine Image-Kampagne zur Kommunikation dieser Aspekte nicht gewünscht wird – es sollte ein realistisches Bild der Vor- und Nachteile gezeichnet sowie vermehrt auf gezielte Informationskampagnen in Schulen und Einrichtungen gesetzt werden (ARGE Tiroler Altenheime, 2018; INT21_IV_2; INT31_PM_GRÜNE_1). Die Vermittlung jener positiven Aspekte und Berufsperspektiven sollte laut den Befragten am besten von dem Pflegepersonal selbst vorgenommen werden.

Das Image des Pflegeberufes wird von den Befragten vermehrt als negativ wahrgenommen. Gleichzeitig müsse für die Personalgewinnung der Fokus auf die positiven Aspekte des Pflegeberufes gelegt werden. So wurden wiederkehrend (1) die hohe Flexibilität, (2) die sinnstiftende Arbeit, (3) die Aufstiegs- und Karrierechancen sowie (4) die Vielfältigkeit der Pflege mit ihren einzelnen Fachbereichen und Tätigkeiten hervorgehoben. Daraus resultierend wird der Wunsch deutlich, die Pflege als eigenständige Profession auf Augenhöhe mit der Medizin wahrzunehmen, die für sich alleine steht und ohne die eine ganzheitliche sowie fachliche Versorgung von Personen mit Pflegebedarf nicht zu leisten ist. Mediale Imagekampagnen werden größtenteils abgelehnt, wirkungsvoller seien die Verbesserung der Rahmenbedingungen oder frühe Informationsveranstaltungen bzw. Pflegebotschafter:innen an Schulen. Zudem bestehen Wünsche, die Interessensvertretungen aufzuwerten und ein gemeinschaftliches Vorgehen zu forcieren.

3.3 PERSONAL

Der Personalmangel in der Pflege wird als zentrales Problem beschrieben, das sich in den kommenden Jahren aufgrund demographischer sowie gesellschaftsstruktureller Entwicklungen verstärken wird (Spetz et al., 2015). Die zunehmende Anzahl an betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen und Erhöhung der Betreuungsintensität sowie abnehmendes innerfamiliäres Pflegepotenzial führt zu einer Steigerung des Pfleger:innenbedarfs, der sich durch den momentanen Fachkräftemangel weiter zuspitzen wird (INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT16_F&L_BIP_1; Rappold & Juraszovich 2019).

3.3.1 Sicherung der Personalkapazität

Der bereits bestehende Personalmissstand führt laut Interviewpartner:innen aktuell schon zu weitreichenden Konsequenzen. So kann der Pflegebedarf durch das zur Verfügung stehende Personal häufig nicht mehr angemessen abgedeckt werden. Dadurch leidet die Qualität der Versorgung, da Pflegekräfte außerhalb ihrer

Kompetenzbereiche agieren (müssten), Zeitraster nicht eingehalten werden können oder auf ganzheitliche Betreuung und Pflege verzichtet werden muss (INT24_BR_BW/SLP_1; INT32_F&L_MD_2). Diesen Engpass beschreiben Teilnehmende der Erhebung als große Belastung für die Pflegekräfte, da die Arbeit nicht der gewohnten Qualität entsprechend durchgeführt und der Anspruch an sich selbst nicht erfüllt werden kann. Durch das generell hohe Berufsethos der Pflege und die hohe intrinsische Motivation, Menschen adäquat zu versorgen, würde dies zu großer Unzufriedenheit und damit zu hohen Fluktuations- und Kündigungsraten führen (INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT34_PDL-FKP_SLP_1; INT35_BR_SAP_5). Zudem würde sich der Personalmangel negativ auf die Ausbildung bzw. im Besonderen auf die Praktikaanleitung auswirken (Rappold & Juraszovich, 2019). So beschreiben Befragte, dass Auszubildende aufgrund fehlender Ressourcen häufig als vollwertiges Personal gerechnet werden und ohne entsprechende Anleitung agieren müssten (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT16_F&L_BIP_1; INT45_F&L_TB/MP_1). Dabei werden Praktikaerfahrungen als entscheidend für eine spätere Arbeitsplatzwahl gesehen – durch die momentanen Rahmenbedingungen würden Auszubildende allerdings eher abgeschreckt statt angeworben werden. Vereinzelte Interviewpartner:innen betonen auch den Einfluss der Führungskräfte: Investitionen in das Team, Fokus auf Beziehungsarbeit und eine angemessene Praktikabegleitung wären essentiell, um die Auszubildenden später für die Einrichtung oder die Station gewinnen zu können und die Personalkapazitäten zumindest schrittweit zu sichern (INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT28_F&L_SAP_1; INT45_F&L_TB/MP_1).

Eine weitere Maßnahme, die Personalkapazitäten der nächsten Jahre zu sichern, wird in der Personalakquise aus dem Ausland gesehen. Laut einer Vielzahl an Interviewpartner:innen kann der Pflegebedarf aufgrund der Bevölkerungsstruktur und des wachsenden Bedarfs mit dem heimischen Markt nicht gedeckt werden. Zudem würde aufgrund des generellen Fachkräftemangels in Österreich eine reine Personalrekrutierung aus dem Inland in einem Verdrängungswettbewerb mit anderen Berufsgruppen resultieren und somit der gesamten Volkswirtschaft schaden (INT27_BP_2). Der Personalnotstand könne demnach nur mit einer proaktiven, zielgerichteten Personalrekrutierung aus dem Ausland gelöst werden (INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT16_F&L_BIP_1; INT22_BR_SLP_1; INT27_BP_2; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT36_PM_NEOS_1). Um Personal aus dem Ausland zu gewinnen, müsste Interviewpartner:innen zufolge an diversen Stellschrauben gedreht werden. Damit verstärkt ausgebildetes Fachpersonal in Österreich eingesetzt werden kann, bräuchte es eine Vereinfachung der Berufsanerkennung (für die Europäische Union (EU), Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und die Schweiz) sowie der Nostrifikation (= Gleichwertigkeitsfestellung für Länder außerhalb der EU, EWR-Vertragsstaaten). Diese Verfahren sind dafür da, die Qualifikationen der Pflegekräfte auf österreichische Standards zu prüfen, und somit die Patient:innensicherheit gewährleisten zu können (Rappold & Juraszovich, 2019). Während die Berufsanerkennung im Gesundheitsministerium abgehandelt wird, liegt die Kompetenz der Nostrifikationen bei den Bundesländern. Besonders die Verschlankung und Beschleunigung der Nostrifizierungsverfahren, die aktuell als starr und unflexibel und folglich als sehr frustrierend beschrieben wird, stellt eine wiederkehrende Forderung im Rahmen der Erhebung dar (INT4_IV_3; INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT16_F&L_BIP_1). Interessensvertretungen sowie politische Vetreter:innen und Teilnehmende aus der Pflege weisen auf den dringenden Adaptierungsbedarf hin, das Verfahren durch österreichweite, standardisierte Vorgaben und eine Entbürokratisierung effizienter zu gestalten (Arbeiterkammer Tirol, 2021; Österreichischer Gewerkschaftsbund Tirol 2021; Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2021; NEOS Parlamentsklub 2019). Der Zugang zur Nostrifikation sollte demnach niederschwelliger angeboten werden, die Anforderung und insbesondere das Sprachniveau herabgesetzt bzw. die Kosten des Verfahrens übernommen werden

(INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT16_F&L_BIP_1; INT23_IV_1; INT27_BP_2). Gleichzeitig soll, wie mehrfach schon betont, eine Verstärkung der Deutschkurse vorgenommen und bei fehlenden Qualifikationen Weiterbildungen angeboten werden (INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; Arbeiterkammer Tirol, 2021; Danner, 2019). Eine weitere Maßnahme zur Vereinfachung des Prozesses wird in der Errichtung einer Beratungsstelle für die Unterstützung während des Nostrifizierungsverfahrens gesehen (INT23_IV_1; INT27_BP_2; Österreichischer Gewerkschaftsbund Tirol, 2021). Des Weiteren würden verbesserte Rahmenbedingungen (siehe Kapitel „Attraktivierung des Pflegeberufes") zu einer erhöhten Attraktivität für Personal aus dem Ausland führen. Im Rahmen der Erhebung wird auch auf das Potential verwiesen, Interessent:innen für eine Pflegeausbildung in Tirol zu rekrutieren. Beispielsweise wird von einem EU-geförderten Projekt im Bezirk Reutte berichtet, in dessen Rahmen Jobsuchende aus Spanien für eine Pflegeausbildung in der ansässigen Ausbildungsstätte angeworben werden. Die potentiellen Auszubildenden werden mithilfe der Plattform JobScout vermittelt und besuchen bereits in Spanien Deutschkurse, bevor sie in Tirol die Ausbildung zur PA beginnen. Um eine finanzielle Absicherung während der Ausbildung sicherzustellten, wird eine Anstellung im Ausmaß von 75 Prozent für hauswirtschaftliche Tätigkeiten in Pflegeeinrichtungen gewährleistet. Das Projekt zeigt Erfolge und eine Erweiterung des Modells auf Drittstaatenländer wird als möglich erachtet (INT16_F&L_BIP_1). Weitere Interviewpartner:innen beschreiben ähnliche Projekte mit Bewerber:innen aus Bosnien oder Kolumbien (INT27_BP_2). Konsens besteht hierbei in der Wichtigkeit von verstärkten Deutschkursen, finanzieller Unterstützung sowie der potentiellen Absicherung, im Ausbildungsland auch für einen bestimmten Zeitraum verpflichtend zu arbeiten. Das Risiko der Abwanderung bestehe, müsse aber in Kauf genommen werden, da dieses gewonnene Personal zumindest für gewisse Zeit Entlastung für das österreichische Gesundheitssystem bedeuten würde (Draxl, 2022).

Die Thematik der Auslandsakquise wird innerhalb der Erhebung allerdings auch durchaus kontrovers diskutiert: Einige Befragte betonen, dass die Abwerbung aus dem Ausland keine nachhaltige Lösung bringt und das Problem des fehlenden Personals lediglich auf andere Länder verlagert wird (INT4_IV_3; INT23_IV_1; INT38_F&L_KH_1). Wirtschaftlich schwächere Länder würden somit ausgebeutet werden (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT18_F&L_ÄK_3). Laut einer Berechnung der World Health Organization (WHO) fehlen weltweit etwa 4.3 Millionen Pflegekräfte – besonders betroffen sind hierbei Länder mit niedrigen und mittleren Einkommen. Die internationale Rekrutierung von Pflegekräften spielt hierbei eine große Rolle, global gesehen arbeiten etwa 15 Prozent des Gesundheits- und Pflegepersonals außerhalb ihres Geburtslandes oder des Landes der ersten beruflichen Qualifikation (Taylor et al., 2011). Um der unkontrollierten Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland entgegenzuwirken und somit die Gesundheitsversorgung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen sicherstellen zu können, entwickelte die WHO den „Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel". Dieser Verhaltenskodex gibt Richtlinien zur Personalbeschaffung aus dem Ausland vor (World Health Organization, 2010) und sollte auch bei etwaigen Anwerbungsstrategien in Tirol berücksichtigt werden. Neben moralischen Bedenken würden fehlende Sprachkenntnisse große Barrieren darstellen. Einerseits bereits für die Erlangung der Ausbildung und andererseits würden laut vereinzelten Interviewpartner:innen Pflegebedürftige nur von Fachpersonal mit guten Deutschkenntnissen gepflegt werden wollen (INT18_F&L_ÄK_3). Auch kulturell-religiöse Aspekte (z. B. Körperpflege bei Männern) sowie ein anderes Verständnis von Pflege können zu Problemen bei der Rekrutierung aus dem Ausland führen (Nichols & Campbell, 2010; Young et al., 2010). Im Rahmen der Erhebung wird zudem betont, dass, bevor Personal aus dem Ausland rekrutiert wird, das Potential des Binnenmarktes vollständig ausgeschöpft werden sollte (INT13_PM_ÖVP_1; INT23_IV_1). So müsste beispielsweise ein verstärkter Fokus auf sich bereits in Tirol befindende Menschen mit Migrationshintergrund

und Asylsuchende gelegt und der Zugang zur Ausbildung erleichtert werden (INT16_F&L_BIP_1; INT28_F&L_SAP_1) (siehe auch Kapitel „Zugang"). Auch hier wird erneut auf die Förderung von Deutschkursen und Vorbereitungslehrgängen verwiesen sowie die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Integrationsbüros und Vereinen der verschiedenen Communities betont. Durch zielgruppenspezifische Informationskampagnen könnte somit weiteres Personal angeworben werden (INT16_F&L_BIP_1). Neben der potentiellen Anwerbung von Personal aus dem Ausland geben Befragte an, dass auch die Rückholung ehemaliger, bereits ausgebildeter Pflegemitarbeiter:innen großes Potential birgt (INT17_IV_1; INT21_IV_2I; NT24_BR_BW/SLP_1). Hierbei bedarf es einer genauen Analyse, warum Mitarbeitende den Beruf verlassen haben, um zielgruppenspezifische Änderungen vornehmen und konkrete Anwerbungsprozesse initiieren zu können (INT27_BP_2). Es wird allerdings angenommen, dass mit einer Verbesserung der Rahmenbedingungen sowie der Entlohnung, Arbeitszeiten etc. (siehe Kapitel „Attraktitivierung des Pflegeberufes") die Attraktivität steigt, wieder in den Beruf zurückzukehren (INT24_BR_BW/SLP_1). Als zusätzlicher Anreiz könnten laut Befragten Wiedereinsteiger:innen Boni gezahlt werden (INT21_IV_2).

Eine weitere Maßnahme, um die Personalressourcen effizient zu nützen und somit im weiteren Sinne einzusparen, wäre laut Befragten die Auslagerung von nicht-pflegerischen Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen. Hierbei wird einerseits der Bedarf beschrieben, hauswirtschaftliche sowie administrative Tätigkeiten an (nicht pflegerisches) Personal abzugeben, damit sich das ausgebildete Pflegepersonal auf pflegerische Kernaufgaben fokussieren kann. Dadurch könnten Ressourcen gespart werden und die Zeit effektiver an den Patient:innen verbracht werden (INT9_PDL-FKP_SLP_2; INT22_BR_SLP_1; INT40_F&L_SAP_4; (INT43_F&L_SLP_1). Interviewpartner:innen berichten hierbei von der Möglichkeit eines bzw. einer Stationssekretär:in, welche:r organisatorische und koordinative Aufgaben sowie Telefonkorrespondenzen übernimmt und somit die Pflege entlastet (INT9_PDL-FKP_SLP_2).

Auch der verstärkten Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeitenden wird im Rahmen der Erhebung Bedeutung zugemessen (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT11_F&L_BIP_2; INT45_F&L_TB/MP_1). Durch Kooperationen mit beispielsweise dem Roten Kreuz könnte ehrenamtliches Personal vermehrt in Einrichtungen eingesetzt werden und nicht-pflegerische Tätigkeiten abdecken. Die Rolle des Ehrenamtes in Tirol wurde bereits diskutiert, in einem Ausbau mithilfe innovativer Ansätze wird großes Potential gesehen (Ganner et al., 2021). Befragte betonen allerdings, dass die Unterstützung durch Ehrenamtliche nur dann sinnvoll und entlastend für die Pflege wirkt, wenn eine professionelle Ausbildung, Begleitung und Koordination stattfinden (INT11_F&L_BIP_2). Auch ein gezieltes System zur kontrollierten Einbindung von Angehörigen wird im Rahmen der Erhebung als potentielle Entlastung für die Pflegekräfte gesehen – die Koordination sollte aber bei der Verwaltung und nicht wieder bei der schon überlasteten Pflege liegen (INT37_F&L_LIV_1). Zudem werden in der verstärkten Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter:innen (siehe Kapitel „Soziale Arbeit") sowie Physiotherapeut:innen oder Ergotherapeut:innen Chancen gesehen, die Pflege zu entlasten und die Personalsituation zu entschärfen (INT40_F&L_SAP_4).

Im Rahmen der Erhebung wird zudem betont, dass Personalpools eine kurzfristige Möglichkeit lukrieren, Personalausfälle aufgrund von Krankheit oder sonstiger Verhinderungen zu kompensieren und die Patient:innenversorgung sicherzustellen (INT21_IV_2; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT35_BR_SAP_5; Österreichischer Gewerkschaftsbund Tirol 2021). Durch den Aufbau einer Personalreserve könnte somit standortübergreifend schnell zusätzliches Personal bereitgestellt werden (Österreichischer Gewerkschaftsbund Ti-

rol, 2021). Um Personal für diese Springerpools zu gewinnen, sollten wie in Kapitel „Arbeitszeit, Arbeitszeitmodelle & Dienstplansicherheit“ erwähnt, Maßnahmen zur Attraktivierung (finanzielle Anreize, Fokus auf gesicherte Arbeitszeiten) gesetzt werden.

Die Interviewpartner:innen sind sich einig, dass der Personalmangel in der Pflege aktuell als zentrale Herausforderung zu bewerten ist, die sich mit fortschreitender Zeit und im Hinblick auf den allgemeinen Fachkräftemangel in vielen Branchen weiter zuspitzen wird. Aufgrund fehlenden Personals erfolge die Versorgung der Patient:innen aktuell bereits nicht mehr im notwendigen Umfang, die Qualität der Praktikanleitung leide und Personal agiere teils außerhalb seines Kompetenzbereiches. Als Konsequenz wird eine große Unzufriedenheit bei den Pflegekräften beschrieben, die als ausschlaggebender Faktor für einen Berufswechsel gesehen wird. Die verstärkte Anwerbung von Personal aus dem Ausland wird als ein möglicher Lösungsansatz gesehen, da der Bedarf durch den heimischen Markt nicht gedeckt werden kann (z. B. rückläufige Geburtenraten). Dieser Ansatz wird allerdings innerhalb des Samples kontrovers diskutiert. So wird die Abwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland als Problemverlagerung als wenig nachhaltig und meist nur als kurzfristige Überbrückungsmaßnahme beschrieben. Übereinstimmung konnte allerdings bei der Forderung nach einer Vereinfachung des Nostrifizierungsverfahrens (Anerkennung von Abschlüssen, Verschlankung der Bürokratie, Beschleunigung des Verfahrens) festgestellt werden. Zudem könnte die Pflege durch die Unterstützung anderer Berufsgruppen (Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, Reinigungs- und Hauswirtschaftskräfte) entlastet werden und sich auf pflegerische Kernaufgaben fokussieren.

Best Practice: Triple Win Projekt – Gewinnung von Pflegefachkräften aus Drittstaaten für die deutsche Gesundheits- und Pflegebranche

Um dem steigenden Fachkräftemangel in der Pflege entgegenwirken zu können, hat in Deutschland die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit (BA) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) ein Programm implementiert, mit welchem ausgebildete Pflegekräfte bzw. Personen mit Pflegeerfahrung aus dem Ausland (Bosnien-Herzegowina, Tunesien, Philippinen, Vietnam) rekrutiert, vorqualifiziert und gleichzeitig bei ihrer Integration im Ankunftsland begleitet werden. Neben privatwirtschaftlichen gibt es eine staatliche Vermittlungsplattform in Deutschland. Seit 2013 begleitet und berät das *Triple Win Projekt* die Personen im Herkunftsland und organisiert z. B. Sprachkurse, Pflegefachkurse sowie Orientierungstage und unterstützt bei Visum und Arbeitsmarktzulassung im Ankunftsland. Beim Start in Deutschland steht das Projekt bei Integration und Behördengängen als Unterstützung zur Seite. Für potentielle Arbeitgeber:innen in Deutschland übernimmt *Triple Win* ebenfalls die Beratung für eine potentielle Aufnahme von Fachkräften aus dem Ausland und letztendlich die Vermittlung von Personen sowie den Abschluss von Dienstleistungsverträgen. In den Partnerländern wiederum arbeitet *Triple Win* ebenfalls mit den Arbeitsverwaltungen vor Ort zusammen und organisiert mehrmals im Jahr Bewerbungs- und Auswahlrunden. Qualifizieren können sich Bewerber:innen, die in den Herkunftsländern eine Ausbildung zur Pflegekraft abgeschlossen haben (je nach Land unterschiedliche Abschlüsse), das Sprachzertifikat für Deutsch auf Level B1 vorweisen können und letztendlich in Deutschland eine Überprüfung ihrer Kenntnisse im Gesundheits- und Pflegebereich absolvieren. Seit 2013 wurden so bisher 4.500 Pflegekräfte vermittelt (Bundesagentur für Arbeit, 2021). Eine Evaluationsstudie aus dem Jahr 2017 belegt,

dass 80 Prozent der rekrutierten Pflegekräfte noch bei den Arbeitgeber:innen tätig sind und eine hohe Gesamtzufriedenheit unter den Teilnehmer:innen besteht (Freeden, 2018).

Wie bereits in den Interviews thematisiert, kann eine Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland durchaus hinterfragt werden. Etgeton (2018) weist sowohl auf den organisatorischen als auch monetären Aufwand solcher Rekrutierungen hin. Auch Hackmann und Sulzer (2018) machen auf die Kosten und den Aufwand aufmerksam, genauso wie auf kulturelle und sprachliche Herausforderungen. Gleichzeitig kritisieren sie, den deutschen Fachkräftemangel „auf dem Rücken von anderen Ländern auszutragen", wobei die Herkunftsländer möglicherweise selbst Probleme mit Pflegefachkräftemangel haben (Hackmann & Sulzer, 2018). Das als „Care Drain" bezeichnete Phänomen der Abwanderung von Fachkräften aus strukturell und ökonomisch schwächeren Regionen hin in reichere Länder birgt zudem die Gefahr von Ausbeutung und schlechter sozialer Absicherung, auch in Österreich (Kaelin, 2011). Zudem gerät laut Sell (2020) die Sprachbarriere häufig als ein essentieller Aspekt in den Hintergrund. Diese dürfe im Kontext der Pflegebedürftigkeit nicht unterschätzt werden, genauso wenig wie kulturelle Barrieren (Sell, 2020).

Das *Triple Win Projekt* setzt hier bereits frühzeitig an. Es begleitet die Fachkräfte im Herkunftsland, bei Ankunft und letztendlich während des Aufenthaltes in Deutschland. Die Fachkräfte werden mit Sprachkursen und Orientierungstagen sowie Pflegefachkursen auf das Leben und Arbeiten in Deutschland vorbereitet. Zudem führt die GIZ an, dass das *Triple Win Projekt* nur mit Ländern zusammenarbeiten würde, welche ein Überangebot an Pflegefachkräften vorweisen (GIZ, 2022).

3.3.2 Personalschlüssel, Pflegeminutenschlüssel & Pflegegeldschlüssel

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln beschrieben, weist der Pflegesektor begrenzte Ressourcen bei steigender Nachfrage auf. Dies führt unter anderem zu einem niedrigeren Verhältnis von Patient:innen bzw. Heimbewohner:innen zu Pflegepersonen, eine gefährliche Entwicklung, der Interviewpartner:innen sowie die Interessenvertretungen mit einer Anpassung bzw. einer Neuausrichtung des (Mindest-)Personalschlüssels entgegegenwirken wollen. Aktuell wird der Personalschlüssel im Sozialpakt festgelegt. Da keine Regelung auf Verordnungsweg erfolgt, besteht in Tirol 1) keine Einsichtsnahme, somit keine Transparenz und 2) keine gesetzliche Verpflichtung, den Schlüssel einzuhalten (Arbeiterkammer Tirol, 2021). Wiederkehrend wurde auch die Forderung nach einer Anpassung des Pflegeminutenschlüssels formuliert. So beschreiben Interviewpartner:innen die Berechnungskriterien als veraltet und wenig transparent (INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT8_PM_FPÖ_1; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT40_F&L_SAP_4). Der Pflegeminutenschlüssel basiere demnach auf einer rein betriebswirtschaftlichen Denkkultur und würde nur die Abdeckung von Grundbedürfnissen („warm, satt, sauber") berücksichtigen (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT24_BR_BW/SLP_1). Der tatsächliche Aufwand der Pflegeleistung würde demnach nicht in der Berechnung widergespiegelt werden – um den heutigen Pflegebedarf abdecken zu können, bedarf es einer dringenden Adaptierung (INT7_F&L_AK_1; INT9_PDL-FKP_SLP_2; INT21_IV_2). Hierbei wird mehrfach auf die Wichtigkeit eines ganzheitlichen Berechnungsansatzes verwiesen. Durch die Implementierung weiterer Kennzahlen könnten verstärkt Tätigkeiten wie beispielsweise Gesprächsführung oder fallspezifische Organisationsarbeit neben den rein pflegerischen Tätigkeiten im Pflegeminutenschlüssel abgedeckt werden. Auch administrative sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten müssten, sofern von der Pflege durchgeführt, verstärkt im Pflegeminuten-

schlüssel berücksichtigt werden (INT12_PDL-FKP_SLP_4; INT24_BR_BW/SLP_1; INT33_F&L_SAP_1). Die fehlende Abbildbarkeit der trotzdem durchgeführten Tätigkeiten führt zu einer unzureichenden Personalberechnung, welche in einer großen Belastung und steigendem Druck für die Pflegekräfte kulminiert (INT12_PDL-FKP_SLP_4; INT24_BR_BW/SLP_1). Diese knappe Berechnung des Personals wird vor allem in der Langzeitpflege wahrgenommen (INT38_F&L_KH_1).

Die Ausrichtung der Planstellen wird im Sample kontrovers diskutiert: Während einige Interviewpartner:innen betonen, dass der ideale Personalschlüssel nicht pauschalisiert festlegbar sei und individuell nach Einrichtung gestaltet werden soll (INT7_F&L_AK_1; INT10_PM_LISTE FRITZ_1), werden auch Stimmen nach einer bundesweiten, übergreifenden Vorgabe laut (INT33_F&L_SAP_1). Im Rahmen der Erhebung wird betont, dass die Planstellen auch hinsichtlich des Skill & Grade Mix neu evaluiert werden müssten. So soll bei Besetzung der Planstellen nicht nur Fokus auf Quantität, sondern auch vermehrt auf Qualität gelegt werden (INT2_PDL-FKP_SAP_5). Aufgrund des Personalmangels wird die Aufrechterhaltung des vorgegebenen Skill & Grade Mix als schwierig beschrieben – der Qualifikationsmix sei kontinuierlich gesunken (INT16_F&L_BIP_1; INT34_PDL-FKP_SLP_1). Bei der Besetzung der Planstellen lässt sich allerdings eine Ungleichheit zwischen den Einrichtungsformen erkennen. Interviewpartner:innen aus der Akutpflege beschreiben eine hohe Dichte an diplomiertem Fachpersonal, während in der Langzeitpflege ein Mangel an höher ausgebildetem Personal wahrgenommen wird (INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT34_PDL-FKP_SLP_1; INT38_F&L_KH_1). Dabei wird eine Steigerung von höher qualifiziertem Personal gerade in der Langzeitpflege als essentiell betrachtet. So bestätigt die Intercare-Studie aus der Schweiz einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl an diplomiertem Pflegepersonal und verbesserten Outcomes für Indikatoren wie Sterblichkeit, Liegezeit der Patient:innen in Pflegeheimen sowie das Eintreten unerwünschter Ereignisse. Gleichzeitig konnte festgestellt werden, dass bei einem sinkenden Anteil von diplomierten Pflegefachpersonen von unter 75 bis 80 Prozent das Risiko für Patient:innen erheblich steigt. Zudem würde ein erhöhter Anteil an diplomierten Fachkräften ein enormes Sparpotential aufweisen, da durch korrekte Einschätzungen des Gesundheitsstatus unnötige Hospitalisierung und somit hohe Kosten für das Gesundheitssystem vermieden werden könnten (Camenzind, 2020). Dies Ergebnisse zeichnen sich auch in internationalen Studien über Europa hinaus ab (Lankshear et al., 2005; Coster et al., 2018). Innerhalb der Erhebung wird ferner mehrheitlich eine Aufstockung der Planstellen gefordert, sodass Dienstpläne trotz akuter Ausfälle stabil bleiben können (INT2_PDL-FKP_SAP_5). Zudem wird angegeben, dass Auszubildende keinesfalls als vollwertiges Personal gerechnet werden dürfen, was in der Praxis teils anders gehandhabt wird (INT3_F&L_BIP_3). Falls der Personalschlüssel aufgrund Krankheit oder sonstiger Ausfälle nicht aufrechterhalten werden kann, fordert ein Teil der Befragten Konsequenzen. So sollten beispielsweise Stationen geschlossen, Betten gesperrt oder auch Operationen verschoben werden (INT2_PDL-FKP_SAP_5), um die Qualität der Versorgung sicherstellen zu können (Recio-Saucedo et al., 2017; Kalánková et al., 2020).

Neben einer Neuausrichtung des Personalsschlüssels bzw. Pflegeminutenschlüssels wurde im Rahmen der Erhebung auch wiederkehrend ein Anpassungsbedarf der Pflegegeldeinstufung diskutiert. Hierbei konnte ein homogenes Stimmungsbild festgestellt werden: Das bestehende System müsse neu gedacht werden. Dabei werden folgende Kritikpunkte aufgeführt: Das aktuelle System orientiere sich bei der Pflegegeldeinstufung an bestehenden Defiziten der Klient:innen (INT11_F&L_BIP_2; INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT39_PP_SLP_1; INT41_F&L_BIP_1). Dieser Ansatz widerspreche einem Verständnis von „Pflege“ auf Basis eines ganzheitlichen Gesundheitskonzepts (INT25_F&L/PP_MD/TP_3). So sei das pflegerische Gespräch, als zentrales Element eines ganzheitlichen Pflegekonzepts, im aktuellen System nicht abgebildet (INT12_PDL-FKP_SLP_4). Weiterhin bestünden momentan keine Anreize, die Handlungskompetenz der Klient:innen im

Rahmen der Langzeitbetreuung zu entwickeln, da eine entsprechende Abstufung im Pflegegeldschlüssel resultieren würde (INT41_F&L_BIP_1). Pflegerelevante Kriterien, wie beispielsweise der Aufwand eines adäquaten Schmerzmanagements, werden im aktuellen System nicht berücksichtigt (INT12_PDL-FKP_SLP_4). Insbesondere psychische Erkrankungen, und dabei Erkrankungen aus dem Formenkreis der Demenz, werden im Einstufungsprozess momentan nicht miteinbezogen und der entsprechende Pflegeaufwand nicht abgebildet (INT8_PM_FPÖ_1; INT13_PM_ÖVP_1; INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT37_F&L_LIV_1). Die Einstufung im Sinne einer Momentaufnahme, wie aktuell praktiziert, würde den dynamischen Aspekten der Pflegebedürftigkeit der Klient:innen nicht gerecht (INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT12_PDL-FKP_SLP_4; INT37_F&L_LIV_1; INT39_PP_SLP_1). Zudem bestehe bei einmaliger Begutachtung durch eine:n, dem/der Klient:in unbekannten, Gutachter:in stets das Risko einer unzureichenden Einstufung. Ältere Menschen würden sich in einem einmaligen Setting tendenziell eigenständiger präsentieren als sie tatsächlich sind (INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT25_F&L/PP_MD/TP_3). Um den hier formulierten Defiziten zu begegnen, werden im Rahmen der Erhebung folgende konkrete Vorschläge und Ansatzpunkte formuliert:

(1) Zuallererst müsse geklärt werden, durch wen bzw. welche Profession die Pflegegeldeinstufung erfolgen soll (INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT8_PM_FPÖ_1; INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT11_F&L_BIP_2; INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT39_PP_SLP_1; INT42_F&L_MP_1; INT45_F&L_TB/MP_1). Vertreter:innen der Pflegeberufe fordern dabei mehrfach die Einbeziehung ihrer Profession in den Einstufungsprozess (INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT39_PP_SLP_1; INT42_F&L_MP_1; INT45_F&L_TB/MP_1). Die gesetzliche Grundlage dafür bestehe bereits (INT10_PM_LISTE FRITZ_1).

(2) Weiterhin wird eine Einbeziehung des Hausarztes (INT8_PM_FPÖ_1) sowie weiterer Professionen wie zum Beispiel der Logopädie/Ergotherapie und der Sozialen Arbeit angeregt (INT11_F&L_BIP_2). Auch das Expert:innenwissen von Menschen mit Behinderungen sollte laut Befragung verstärkt bei der Einstufung miteinbezogen werden (INT49_IV_32). So könne der Pflegegeldeinstufung eine multiprofessionelle Perspektive zugrunde gelegt und im Rahmen des Einstufungsprozesses damit ein ganzheitliches Gesundheitskonzept umgesetzt werden (INT11_F&L_BIP_2).

(3) Um Pflegebedürftigkeit auf Grund von psychischen Erkrankungen realitätsnah abzubilden, wird eine gezielte, verpflichtende Fortbildung von Gutachtern in diesem Bereich gefordert (INT37_F&L_LIV_1; INT45_F&L_TB/MP_1).

(4) Weiterhin sei die Etablierung von strukturierten Richtlinien zur Einstufung notwendig, um den Einstufungsprozess transparent zu gestalten. Andernfalls sei die Einstufung zu abhängig von dem/der jeweiligen Gutachter:in (INT11_F&L_BIP_2; INT32_F&L_MD_2).

In den Interviews wird mehrheitlich betont, dass die Berechnung der Stellenpläne und die damit verbundenen Dienststellenpläne häufig veraltet sowie wenig transparent sind und eine Adaptierung basierend auf dem heutigen Pflegeanspruch benötigen. Pflegeminuten (und damit verbundene Stellenpläne) würden nicht die Realität widerspiegeln und einen enormen Druck auf die Pflegenden ausüben, da sich der berechnete Zeit- und Personalbedarf nicht mit dem tatsächlichen Aufwand von Pflege und Betreuung decke. Eine Forderung stellt daher die Implementierung eines ganzeinheitlichen Ansatzes mit mehr Kennzahlen dar, um auch soziale Tätigkeiten (z. B. Gespräche, fallspezifische Organisationsarbeit, Zuhören etc.) neben den rein pflegerischen Aufgaben im Pflegeminutenschlüssel abbilden zu können. Zudem wird wiederholt betont, dass Auszubildende keinesfalls als vollwertiges Personal in den Dienstplänen gerechnet werden dürfen. Bei Nichterreichung der notwendigen Besetzung (durch Ausfälle, Krankenstände etc.) fordern einige Befragte Konsequenzen (z. B. Sperren von Betten, Verschiebung oder längere Wartezeiten bei Operationen). Zudem

solle bei der Besetzung der Planstellen der Fokus nicht ausschließlich auf Quantität, sondern auch auf Qualität gelegt werden, wobei eine Aufrechterhaltung des Skill & Grade Mixes in der Praxis von manchen Befragten aufgrund des Personalmangels als schwierig beschrieben wird. In den Interviews wird auch klar, dass ein Großteil der Befragten die Aufgabe der Pflegeeinstufung klar als Kernaufgabe der Pflege sieht und daher die Übertragung der Kompetenzen auf die Pflege fordert. Ärzt:innen oder Gutacher:innen, die nicht in der Pflege tätig sind oder waren, würden die Entscheidung zur Einstufung häufig auf der Grundlage von Momentaufnahmen treffen und nicht die Zeit sowie den pflegerischen Wissenshintergrund mitbringen, um den ganzheitlichen Prozess und den daraus resultierenden tatsächlichen Pflegeaufwand adäquat bewerten zu können. Wichtig wäre ebenso die Miteinbeziehung von Angehörigen sowie die verstärkte Berücksichtigung von spezifischen Krankheitsbildern (Demenz, psychische Erkrankungen).

3.4 DIGITALISIERUNG

Die Entwicklungen im Rahmen der Digitalisierung von Pflege werden unterschiedlich bewertet. Einerseits wird die Digitalisierung als Chance gesehen, um den Berufsalltag für Pflegekräfte zu erleichtern (INT5_F&L_LIV_2) und mehr Zeit für Patient:innen zu haben (INT43_F&L_SLP_1). Gleichzeitig wird aber klar formuliert, dass Digitalisierung nur als Unterstützung für die Pflege und nicht als Ersatz dienen kann und soll (INT5_F&L_LIV_2). Derzeit wird die Digitalisierung in der Praxis jedoch auch als Mehraufwand erlebt, zum Beispiel bei der Überregulierung von Dokumentation oder der Installation neuer PC-Systeme. Dafür wird vor allem vermehrter Aufwand im stationären Langzeitbereich festgestellt (INT17_IV_1.; INT2_PDL-FKP_SAP_5). Zudem stellt die Einführung von digitalen Lösungen vor allem für die ältere Generation eine große Herausforderung dar (INT43_F&L_SLP_1). Deshalb gilt es auch, bisher implementierte Systeme, beispielsweise für Dokumentation, zu evaluieren und klar zu prüfen, ob hier Zeit für Pflegepersonal gewonnen oder verloren wird (INT18_F&L_ÄK_3; INT28_F&L_SAP_1).

„Technologischer Fortschritt muss genutzt werden, um Zeit für Arbeit am Patienten zu schaffen. Auch hier muss das Image unter den Pflegekräften verbessert werden. Widerspricht dem Berufsethos.“ (INT43_F&L_SLP_1)

3.4.1 Verwaltung

Die Pflegedokumentation wird als unerlässliche (INT11_F&L_BIP_2) und „ureigene Aufgabe“ der Pflege beschrieben (INT10_PM_LISTE FRITZ_1). In einigen Interviews werden hinsichtlich der Dokumentation Probleme adressiert, weil Dokumentationsanforderungen als sehr belastend, ressourcenfressend und zu ausführlich empfunden werden (INT37_F&L_LIV_1; INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4). Die Evaluierung des Mehrwerts der Dokumentation und die Standardisierung der Dokumentation werden als Lösungen angesehen, um Aufwand und mögliche Missverständnisse zu minimieren (INT18_F&L_ÄK_3; INT24_BR_BW/SLP_1; Rappold & Juraszovich, 2019; Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021). Andererseits stellt die Papierform bei gewissen Prozessen immer noch den aktuellen Standard dar (z. B. bei Überweisungen, Transportscheinen). Beim Wechseln von häuslicher Pflege in stationäre Einrichtungen muss oft hinsichtlich der Do-

kumenation wieder von vorne begonnen werden (INT5_F&L_LIV_2; INT11_F&L_BIP_2). Diese beiden Prozesse beinhalten einen großen administrativen Aufwand und binden viele Ressourcen. Dementsprechend bestehen in Hinblick auf die elektronische Datenkommunikation Forderungen nach Einführung digitaler Dokumentationssysteme, Vereinheitlichung bestehender und zukünftiger Dokumentationsystemen (INT4_IV_3; INT5_F&L_LIV_2; INT13_PM_ÖVP_1) und Vernetzung der Dokumentation zwischen Krankenhäusern, Altenheimen, Arztpraxen und mobiler Pflege (INT5_F&L_LIV_2; INT11_F&L_BIP_2; INT37_F&L_LIV_1), um die Koordinierung und Organisation von Versorgungswegen effektiver zu gestalten.

Interviewparter:innen sehen viel Potenzial in der bereits existierenden elektronischen Gesundheitsakte ELGA (INT5_F&L_LIV_2; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7). Durch dieses System kann Dokumentation sowohl vereinheitlicht als auch einrichtungsübergreifend vernetzt werden. So wird ein flächendeckender Ausbau der elektronischen Gesundheitsakte als notwendig erachtet, damit Informationen zu Krankheitsdiagnosen und E-Medikation besser verfügbar seien. Zudem sollten auch Heime die Möglichkeit bekommen, die elektronische Gesundheitsakte sowohl für Dokumentation als auch für den Informationsaustausch mit anderen Einrichtungen bzw. Akteuren zu nutzen (INT5_F&L_LIV_2). Zwar stellt in diesem Zusammenhang der Datenschutz eine Herausforderung dar (INT27_BP_2), jedoch wäre ELGA bereits gesetzlich legimitiert. Neben großen Prozessanpassungen wie der elektronischen Gesundheitsakte werden in den Interviews auch ganz konkrete Prozesse seitens des Pflegepersonals genannt, die mit Hilfe von Digitalisierung vereinfacht werden könnten. So werden die PCs als Arbeitsmittel für die Dokumentation als veraltet beschrieben, wodurch das Hochfahren des Computers bzw. das Öffnen von Akten viel Zeit benötigt. Die dahinterstehende Rechnung sei, dass die Anschaffung neuer, effizienterer, digitaler Lösungen und Hardware teurer sei als das bereits existierende Personal (INT18_F&L_ÄK_3). Abgesehen davon besteht die Möglichkeit, innerhalb der Verwaltung auch kleinteiligere Prozesse zu vereinfachen. Konkrete Vorschläge sind das An- und Abmelden am Computer mit Strichcode am Kugelschreiber, vereinfachte Material-, Medikamente- und Essensbestellung z. B. mit QR-Codes oder der Einsatz von Dienstplanprogrammen. Auch könnte eine automatische Nachbestellung von Medikamenten implementiert werden (INT18_F&L_ÄK_3).

Vermehrt wurde die Forderung nach Einführung digitaler Dokumentationssysteme gestellt bzw. die Verbesserung und Vereinheitlichung bestehender Systeme gefordert. Gleichzeitig wird mehrmals darauf hingewiesen, dass es zwingend eine digitale Vernetzung der Dokumentationssysteme zwischen (Haus-)Ärzt:innen, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und mobilen Diensten braucht, um den Informationenaustausch zu gewährleisten bzw. zu beschleunigen und besser auf Veränderungen der Gesundheitszustände von zu pflegenden Personen reagieren zu können. Zudem wurden bereits in Bezug auf kleinteiligere Prozesse Verbesserungsvorschläge gemacht, die leicht umzusetzen seien, wie das Anmelden am Computer durch das Scannen eines Codes am Kugelschreiber statt der Tastatureingabe eines Passwortes, die Digitalisierung der Essensbestellungen (z. B. QR-Codes), eine Vereinfachung der Material- und Medikamentenbestellungen durch Onlinelösungen oder standardisierte Angaben in der Dokumentation (z. B. Medikamentengabe, Duschen, Mundhygiene), die nur noch angekreuzt werden können und nicht mehr ausgeschrieben werden müssen (oder Drag-&-Drop-Lösungen). Hier wird es als wichtig erachtet, Pflegepersonal als Expert:innen ihrer Arbeit in die Entwicklung und Umsetzung digitaler Lösungen miteinzubeziehen.

3.4.2 Telemedizin

Digitale Geräte in der Telemedizin werden im Rahmen der Erhebung als sinnvoll erachtet und ein entsprechender Ausbau wird gefordert (INT5_F&L_LIV_2). Telemonotoring bietet vor allem in Phasen akuter bzw. chronischer Erkrankung Sicherheit für Patient:innen und behandelnde Ärzt:innen, um akute Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patient:innen schneller festzustellen und dementsprechend reagieren zu können. Hierbei wird betont, dass es sich beim Einsatz telemedizinischer Geräte weniger um den langfristigen, sondern überwiegend um einen kurzfristigen Einsatz handeln sollte, um eine Begleitung von Patient:innen in akuten Phasen sicherzustellen, diesen mehr Selbstständigkeit und Eigenverantwortung zu ermöglichen bei gleichzeitiger Entlastung von Ärzt:innen und Pflegepersonal (INT37_F&L_LIV_1). Als konkretes Beispiel wird das Projekt *HerzMobil* des Landesinstituts für Integrierte Versorgung (LIV) genannt. Weitere Einsatzbereiche sind Diabetes, Herzinsuffizienz und Schlaganfall (INT5_F&L_LIV_2). Gleichzeitig können telemedizinische Tools auch für eine Entlastung von Angehörigen eingesetzt werden, wenn beispielsweise über technische Geräte kommuniziert wird oder Kontrolltermine von zuhause aus durchgeführt werden können (INT37_F&L_LIV_1).

Im Rahmen der Erhebung wird der Telemedizin enormes Potenzial zugesprochen, die Pflege in vielerlei Belangen zu entlasten. Gleichzeitig wird mehrmals darauf hingewiesen, dass Pflege hierbei nur unterstützt, nicht jedoch ersetzt werden könne. Chancen werden vor allem in den Bereichen des begleitenden Monitorings gesehen, um Pflegepersonal körperlich zu entlasten oder in Akutfällen (z. B. Diabetes, Herzinsuffizienz, Schlaganfall) zu unterstützen. Dadurch entstehe zudem eine präventive Wirkung, da Krankenhauseinweisungen von Patient:innen verhindert werden könnten.

Best Practice: Digitalisierung

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (o. D.) (BauA) stellt eine tabellarische Übersicht aktueller Projekte zur Digitalisierung in der Pflege zur Verfügung. Die Projekte werden in Deutschland durchgeführt, haben im Zeitraum Januar 2016 bis März 2020 begonnen und benennen professionell Pflegende als Zielgruppe. Geforscht wird zu Digitalisierung in Bereichen der Weiter- bzw. Ausbildung, Dokumentation, (Dienst-)Planung, Assistenzsystemen sowie zum Einsatz von Digitalisierung in der Demenzforschung und Rehabilitation.

WEITERFÜHRENDE LINKS

Übersicht (BauA) von Projekten zur Digitalisierung in der Pflege:
https://www.baua.de/DE/Aufgaben/Forschung/Schwerpunkt-Digitale-Arbeit/Taetigkeiten-im-digitalen-Wandel/Personenbezogene-Taetigkeiten/Projekte-Pflege-Digitalisierung.html

3.5 RAHMENBEDINGUNGEN AM ARBEITSPLATZ

Über die Notwendigkeit einer Verbesserung der Rahmenbedingungen für Pflegeberufe bestand unter den Interviewpartner:innen breite Zustimmung. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege wird wichtiger eingestuft als reine Gehaltsanpassungen. Arbeitgeber:innen identifizieren die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz als den entscheidenden Wettbewerbsfaktor, noch vor dem Gehalt. Die Befragten aus

der Führungs- und Leitungsebene beschreiben einen gesellschaftlichen Wandel, bei dem sich unter den jüngeren bzw. nachkommenden Arbeitskräften ein anderes Verständnis von Arbeit und Freizeit abzeichnet (INT16_F&L_BIP_1; INT35_BR_SAP_5). Dies zeigt sich unter anderem darin, dass jüngere Arbeitskräfte schlechte Rahmenbedingungen nicht mittragen oder eine Auszeit nach der Ausbildung und vor Eintritt in den Beruf einplanen, was die Einrichtungen vor große Herausforderungen stellt (INT28_F&L_SAP_1). Das Credo, jeder Job ist besser als kein Job, treibt junge Fachkräfte längst nicht mehr in aus ihrer Sicht unattraktive Tätigkeitsfelder und Rahmenbedingungen und bringt die Einrichtungen bzw. Arbeitgeber in einen „permanenten Konkurrenzkampf" um Personal zueinander (INT22_BR_SLP_1).

„Die jungen Kolleg:innen, die wehren sich mittlerweile mehr, kommt mir vor. (…) und die vergleichen, die vergleichen mehr als wir verglichen haben. Die sind auch nicht mehr bereit alles so zu schlucken. Die sind mutiger, die sind tougher. Und, ja. Die wägen ab, was sie aus ihrem Leben machen, ganz klar." (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7)

Weiters werden Pflegeberufe gemeinhin als „Frauenberufe" wahrgenommen (INT23_IV_1; INT24_BR_BW/SLP_1), die dementsprechend noch immer aufgrund der Geschlechterkomponente mit erschwerten Rahmenbedingungen konfrontiert sind (Antonopoulos, 2008). Beispielsweise wird die Mehrfachbelastung von Frauen (Care-Arbeit, Erwerbstätigkeit) als gesellschaftlicher Standard hingenommen und fehlende Kinderbetreuung führt daher gerade bei Frauen zum massiven Problem. Das niedrige Entlohnungsniveau ist meist daran gekoppelt, dass die Pflegetätigkeit nahe an weiblichen Attributen der Fürsorge angesiedelt ist (Meyer, 2002; Adams, 2010; Auth et al., 2017; Ö1, 2022) und sich die Annahme hält, dass dementsprechend Erfüllung mehr wiegt als die Bezahlung.

„Und genauso denk ich mir, ist es in der Pflege. Es ist ein Frauenberuf, der glaub ich, über viele Jahre einfach so ein bisschen so, ja … eine Frau, die kann das einfach. Und deshalb diese, ich nenn es jetzt absichtlich, Geringschätzung, einfach da ist. Auch dieses, wir tun es ja alle gerne. Auch so dieses klassische Frauenbild, was in der Pflege dann einfach mitspielt." (INT24_BR_BW/SLP_1)

Maume (2016) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass junge Männer teils mehr Care-Arbeit übernehmen würden, dieser Bereitschaft aber strukturelle hemmende Bedingungen gegenüberstehen. So ließen vor allem der Arbeitsmarkt und damit in Verbindung stehende gesetzliche Regelungen zur Karenz dies nicht zu. Ein erster Schritt zu mehr Flexibilität wäre beispielsweise bei der Kinderbetreuung „durch eine Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen (z. B. Attraktivierung geteilter Karenzmodelle)" machbar (AK Tirol, 2021). Eingehende Auseinandersetzung mit dieser Thematik findet sich im Kapitel „Vereinbarkeit von Familie und Beruf".

3.5.1 Unternehmenskultur & Führungskräfte(-entwicklung), Qualitätsmanagement & Mitarbeiter:innenzufriedenheit

Die Priorisierung betriebswirtschaftlicher Maßstäbe in Bezug auf Abläufe und Ausgestaltung der Pflege setzt Pflegefachkräfte in ihrem täglichen Arbeitsalltag unter Druck. Es besteht das Gefühl, der Umgang mit den zu Pflegenden stehe nicht mehr im Mittelpunkt (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT11_F&L_BIP_2; INT24_BR_BW/SLP_1). Ein Umstand, der auch in der Literatur teils als zentrales Problem in der Gesundheitsversorgung identifiziert wurde (Kirpal, 2004; Newman & Lawler, 2009; Dowling, 2021). Dies Auswirkungen auf den Arbeitsalltag werden auch durch eine Betriebsrätin in der Langzeitpflege konkret beschrieben.

> *„Es gibt etwas, das für mich auch unter Rahmenbedingungen fällt (…) die Geschichte von gewinnorientierten Unternehmen. (…) weil dort ist es wirklich so: Stirbt die Pflegestufe 5 und der Personalbedarf sinkt um null komma, weiß nicht, 25 Prozent, dann hat irgendjemand diese Stelle nicht mehr, weil man muss ja gewinnorientiert arbeiten. Und das gehört sich nicht. Und die Bewohner:innen, muss ich sagen, wie kann ich denn da sparen? Da ist es dann das Essen, das meist nicht mehr von guter Qualität ist, weil es von irgendwo mitunter tiefgefroren kommt und aufgewärmt wird (…) oder dann kriegt er halt statt drei Inkontinenzeinlagen nur mehr zwei (…) und ich find, das ist eine Rahmenbedingung, die gehört sofort abgeschafft." (INT24_BR_BW/SLP_1)*

Eine Vielzahl der befragten Personen hat die starke Hierarchisierung in der Pflege und eine damit einhergehende Geringschätzung in Prozessen der Kommunikation, des Austausches und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (INT23_IV_1; INT26_MA_MD/MP/SLP_1) als zentrales Problem identifiziert. Eine Vielzahl der Befragten beschreibt eine starke Hierarchisierung im beruflichen Alltag der Pflege. Als zentrales Problem werden Geringschätzung in Prozessen der Kommunikation und im Austausch wie der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen identifiziert (INT23_IV_1; INT26_MA_MD/MP/SLP_1). Arbeitsplätze, die derartige Problemfelder aufweisen, belasten das Arbeitsklima und führen in der Folge zur Abwanderung aus dem Pflegeberuf (INT39_PP_SLP_1).

Daraus ergibt sich die generelle Forderung, betrieblich Schwerpunkte in Bezug auf wertschätzende Kommunikation zu setzen. Zum anderen muss die Schlüselrolle von Führungskräften in den Fokus genommen und ihnen entsprechende Ressourcen an die Hand gegeben werden (z. B. Aus- und Weiterbildung, Zeit) (Arbeiterkammer Tirol, 2021; Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2022). Konkret wird die Notwendigkeit eines generellen Miteinbeziehens und Mitspracherechts von Pflegefachkräften als wichtiger Indikator für die Arbeitszufriedenheit formuliert (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT26_MA_MD/MP/SLP_1) und als wichtiger Faktor für die Qualität der Beschäftigung (Riggs & Rantz, 2001; Apker et al., 2003) und der Versorgung anerkannt (Mihdawi et al., 2020).

In den Gesprächen rund um die Themen der Unternehmenskultur, Strukturen, Wertschätzung und damit einhergehender Möglichkeiten der Attraktivierung von Pflegeberufen wurde vielfach die teils schwierige und problematische Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Rahmen der Patientenversorgung

angesprochen. Obwohl diesbezügliche Bestrebungen auf Führungsebene bereits vorhanden sind und begrüßt werden (INT37_F&L_LIV_1), fehlt dem Pflegepersonal im Berufsalltag eine permanent sichergestellte Kommunikation auf Augenhöhe (INT10_PM_Liste Fritz_1) zwischen der Pflege und anderen Berufsgruppen. Ziel müsse sein, das Berufsbild der Pflege als eigene und wichtige Fachprofession gleichwertig neben anderen Berufsgruppen aufzustellen und wahrzunehmen. Im Mittelpunkt steht dabei die verbesserungswürdige Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege (INT1_IV_2), unabhängig von der jeweiligen Betreuungs- und Arbeitssituation (stationäre Akutpflege, Langzeitpflege, u. a.). Die Pflege wird vielfach als zweite Berufsgruppe hinter den Ärzt:innen gesehen (INT37_F&L_LIV_1; INT31_PM_GRÜNE_1; INT38_F&L_KH_1), woran sich auch der Umgang und die Wertschätzung knüpft. Eben diese Wertschätzung, mehr Professionalität und eine Erweiterung der Kompetenzen werden gefordert (INT33_F&L_SAP_1). Neben einem verbesserten Arbeitsklima lassen sich damit auch alltägliche Arbeitsaufgaben im Bereich der Pflege effizienter und kompetenz-konformer gestalten (siehe dazu Kapitel „Vernetzung von Gesundheit und Pflege"). Gestützt wird diese Beobachtung auch von den Interviewpartner:innen der Ärztekammer, die ebenfalls einen Dialog vermissen, der „über die Besprechung des Patientenfalles" hinausgeht (INT18_F&L_ÄK_3).

Punktuelle Wertschätzung durch eine mögliche Ausgabe von Zusatzleistungen wird, wenn auch vereinzelt, angesprochen und unterschiedlich thematisiert. Während kleinere, einzelne Vorschläge wie Liftkarten für Mitarbeiter:innen (INT27_BP_2) angedacht werden, sieht eine Interviewpartnerin Vorteile in der Auszahlung von Leistungsprämien.

„Für die Führungskräfte gibt es ein Leistungsprämiensystem, wenn sie die und die Vorgaben erfüllen. Nachher wissen sie, dass sie halbjährlich Leistungsprämien bekommen. Das ist einfach auch in diesen ganzen Bereichen nirgendwo üblich. (...) warum kann ich einem Mitarbeiter, der jetzt ein Projekt umgesetzt hat und natürlich macht er es eh in der Arbeitszeit, aber wenn das Projekt für die Gesamtorganisation wichtig ist, dann will ich dem 3.000 Euro Prämie zahlen dürfen. Kann ich nicht, weil die Normkosten sind ja das, das geht ja gar nicht. Also leistungsorientiert in der Pflege, na wo sind wir denn da?" (INT25_F&L/PP_MD/TP_3)

Führungskräfte als entscheidender Faktor

„Menschen leiten und führen zu können, sowohl die Mitarbeiter als auch die Klienten in den Settings, spricht das an, was Menschen in der Pflege eigentlich gerne tun wollen, nämlich Verantwortung übernehmen, zuständig sein, Probleme lösen, zur Gesundung beitragen, also dieses ganze Paket." (INT25_F&L/PP_MD/TP_3)

Über alle Interviews und Positionsvertreter:innen hinweg zeigt sich, dass die (stabile) Personalsituation stark von der Führung, dem Führungsstil und dem Umgang mit Mitarbeiter:innen abhängt (INT24_BR_BW/SLP_1; INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT28_F&L_SAP_1; INT31_PM_GRÜNE_1). Hinter dem Begriff der Führungskraft

steht hier hauptsächlich jene Person, die die Führungs- bzw. Leitungsfunktion im jeweiligen Pflege-Team innehat.

(1) In erster Linie geht es um das Thema der Wertschätzung und einen Fokus auf einen respektvollen Umgang. Dies trägt wiederum zur Attraktivitätssteigerung am Arbeitsplatz bei (INT19_BP_1).

(2) Es werden einheitliche Standards und Guidelines gefordert, die eine jeweilige Führungsperson mitzubringen hat (INT11_F&L_BIP_2).

(3) Diese Standards und Guidelines sollten dabei beispielsweise nicht auf Gemeindeebene festgeschrieben werden (Langzeitpflege), um politisiche Einflussnahme zu vermeiden. Allgemein sollten fachliche Kompetenzen der Pflege bei Vergabe- und Ausschreibungsprozessen stärker berücksichtigt werden (INT11_F&L_BIP_2).

(4) Bei Einstieg in die Führungsfunktion muss eine neue bzw. junge Führungskraft gezielt begleitet und gefördert werden (INT24_BR_BW/SLP_1; Tewes & Stockinger, 2011). Bei Übernahme der Funktion müssen daher entweder vorab oder sukzessive aufbauend die Ressourcen für die entsprechenden Qualifikationen sichergestellt werden: Zeit, Handlungsspielraum und Weiterbildungsangebote (INT2_PDL-FKP_SAP_5).

(5) Für die Ausbildung werden verpflichtende Managementinhalte gefordert (INT1_IV_2; INT40_F&L_SAP_4), die auch spezielle psychologische Inhalte zur Mitarbeiter:innenführung beinhalten (INT27_BP_2).

Der Umstand, dass Führungskräfte sich ganz aus den pflegerischen Tätigkeiten zurückziehen und nur noch mit administrativen Tätigkeiten befassen, wird nicht immer positiv wahrgenommen. Zum einen zeige die Erfahrung, dass die Führungskraft nur bzw. vor allem dann als vollwertiges Teammitglied gesehen wird, wenn sie neben ihrer organisatorischen Tätigkeit auch noch die ursprüngliche pflegerische Tätigkeit ausübt. Sie übernimmt so eine Vorbild-Funktion, arbeitet auf Augenhöhe mit Kolleg:innen und läuft nicht Gefahr, den Bezug zur ursprünglichen Arbeit der Pflege „am Bett" zu verlieren. Diese Forderung nach einem verpflichtenden Stundensatz an Pflegetätigkeiten für Führungskräfte (INT7_F&L_AK_1; INT22_BR_SLP_1; INT25_F&L/PP_MD/TP_3) könnte auch dem „stark" administrativ orientierten (INT18_F&L_ÄK_3) und damit teilweise als unattraktiv empfundenen Arbeitsalltag von Pflegeführungskräften entgegenwirken. Gleichzeitig muss bei solch einer Regelung aber sichergestellt werden, dass die administrativen Aufgaben zu bewältigen sind. Demensprechend ist nicht davon auszugehen, dass das Ausüben pflegerischer und administrativer Tätigkeiten unbegrenzt von einer Führungskraft zu bewältigen ist. Hier gilt es darüber nachzudenken, gezielt administratives Personal für nicht pflegerische Tätigkeiten einzusetzen, die jene Arbeit übernehmen, die auch tatsächlich zu delegieren ist (siehe hierzu Kapitel „Sicherung der Personalkapazität").

Um die Zufriedenheit der Mitarbeitenden messbar zu machen, und potentielle Verbesserungsbereiche zu eruieren, kann die Einführung eines niederschwelligeren und unbürokratischeren Akkreditierungssystems (vor allem in der Langzeitpflege) sinnvoll sein, das so zielgerichteter arbeitet und eine Alternative zu bestehenden Formaten bietet. Beispielsweise könnte anhand von kurzen, standardisierten Fragebögen die Zufriedenheit von Mitarbeiter:innen erhoben werden. Hier wären die Themenschwerpunkte (1) Führung, (2) Tätigkeitsfeld und (3) Arbeitszeit denkbar, Kriterien aus den Qualitätsmanagementzertifizierungen wie KTQ[7]

[7] KTQ steht für Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (https://www.ktq.de/Das-KTQ-Verfahren.9.0.html).

oder EFQM[8] könnten zur Orientierung dienen. Die Erreichung von gesetzten Benchmarks (z. B. Gold oder Silber) könnte entsprechend finanziell incentiviert werden, bei Nichterreichung der Benchmarks Zugang zu Schulungen und Peerberatung in den jeweiligen Bereichen geschaffen werden. Die Ergebnisse der Befragung können zudem helfen, Bedarfe für Weiterbildungen und entsprechende Finanzierungszuschüsse zu identifizieren. Langfristig kann somit ein Beitrag zur Steigerung der Qualität der Beschäftigung geleistet werden (Nowrouzi et al., 2016; Del Azevedo et al., 2017; Avia et al., 2019). Diese Herangehensweise wird auch von der Interessensvertretung der Gemeinden (INT44_IV_1) positiv gesehen, da somit die Rahmenbedingungen in jeder Einrichtung transparent dargestellt werden könnten und sich daraus ein fairer Wettbewerb ergeben sollte.

Im Rahmen der Erhebung wurde die Rolle der Führungskräfte hinsichtlich der Personalstabilität und Unternehmenskultur mehrfach betont. Flache Hierarchien, Arbeiten auf Augenhöhe, ein Mitspracherecht der Pflegekräfte sowie eine angemessene Fehlerkultur werden als zentrale Elemente für die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und ein angenehmes Arbeitsklima genannt. Zur Messbarkeit der Mitarbeiter:innenzufriedenheit und Eruierung möglicher Verbesserungsbereiche wird die Einführung eines Akkreditierungssystems als sinnvoll erachtet. Mithilfe standardisierter Fragebögen könnten Themenschwerpunkte wie (1) Führung, (2) Tätigkeitsfeld und (3) Arbeitszeit, in Orientierung an Qualitätsmanagementzertifizierungen wie KTQ oder EFQM erhoben werden. Erreichte Benchmarks könnten folglich incentiviert werden, bei Nichterreichung der Benchmarks Zugang zu Schulungen und Peerberatung in den jeweiligen Bereichen geschaffen werden. Die Ergebnisse der Befragung können zudem helfen, Bedarfe für Weiterbildungen und entsprechende Finanzierungszuschüsse zu identifizieren. Diese Herangehensweise wird auch von der Interessenvertretung der Gemeinden als positiv gesehen, da somit die Rahmenbedingungen in jeder Einrichtung transparent dargestellt werden könnten und sich daraus ein fairer Wettbewerb ergeben sollte.

3.5.2 Weiterbildungsangebote

Während der Erhebung wurde das Thema der Weiterbildungen mehrfach aufgegriffen. Die unterschiedlichen Zugänge und Schwerpunktsetzungen wurden in groben Kategorien gebündelt. Es ist vielfach belegt, dass Weiterbildungsangebote für Pflegefachkräfte die Attraktivität des Berufsfeldes steigern bzw. aufrechterhalten und sich positiv auf Mitarbeiter:innenzufriedenheit, Mitarbeiter:innenbindung und Qualität der Patientenversorgung auswirken kann (Levett-Jones, 2005; Pool et al., 2013; Price & Reichert, 2017; Mlambo et al., 2021).

In den Gesprächen ergab sich noch vor bzw. im Zusammenhang konkreter Maßnahmen/Forderungen gehäuft eine Art Forderung zur Grundhaltung, dass bei der Gestaltung und dem Andenken des Themas Weiterbildung für Mitarbeiter:innen im Pflegebereich vorab ein generelles Bewusstsein zur Wichtigkeit von Weiterbildung und den damit einhergehenden positiven Begleiterscheinungen geschaffen werden muss:

- Ein breiteres Weiterbildungsangebot fungiert als starker Anreiz zu einem Ein- bzw. Umstieg in den Pflegeberuf. Folglich führt verstärkte Weiterbildung unter anderem zu Aufstiegsmöglichkeiten, Chancen auf Wechsel innerhalb von Fachbereichen und Interessensgebieten, Möglichkeiten auf eine Verbesserung der Gehaltssituation sowie individuelle Weiterentwicklung (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7).

[8] EFQM bedeutet European Foundation for Quality Management (https://www.qualityaustria.com/produktgruppen/unternehmensqualitaet-efqm/).

- Weiterbildung ist eine mögliche Form der Wertschätzung gegenüber Mitarbeiter:innen, die in weiterer Folge zu einer Verbesserung der Zufriedenheit und Personalbindung führt.
- Weiterbildung wird auch als Teil der Gesundheitsförderung gesehen. Konsequenterweise ist Weiterbildung als fixes Angebot zu implementieren und während der Arbeitszeit zu ermöglichen (INT37_F&L_LIV_1).
- Bestehende Weiterbildungspflichten sollten ernst genommen und somit als Recht der Mitarbeiter:innen verstanden werden. Nur so kann Weiterbildung als Instrument der Qualitätssteigerung und Möglichkeit der Schwerpunktsetzung nutzbar gemacht werden. Mit Hilfe einer vorausgehenden Bedarfsanalyse sollte ein gezieltes Angebot notwendiger Schulungsinhalte erfolgen (INT23_IV_1; Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband GKV, 2021)[9].

Weiterbildung als Rechtsanspruch entspricht den Forderungen, die in der Erhebung formuliert wurden. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn klar ist, dass finanzielle Anreize allein vielfach nicht zu den gewünschten Effekten bei der Rekrutierung und Mitarbeiter:innenbindung führen (siehe Kapitel „Attraktivierung des Pflegeberufs"). Erfolgreicher sind Kombinationen aus finanziellen und nicht monetären Anreizen (z. B. Weiterbildung) und das Einbinden von Mitarbeiter:innen in Strategieprozesse (Kroezen et al., 2015).

Finanzierung von Weiterbildungen

Eine verstärkte Finanzierung der Weiterbildungsmöglichkeiten für Mitarbeiter:innen in Pflegeberufen wird als kurz- wie langfristig umzusetzende Maßnahme angesehen, um bestehendes Personal zu binden und den Pflegeberuf zu attraktivieren (Rappold & Juraszovich, 2019). Den umgehenden Handlungsbedarf sehen die Befragten dabei vor allem auf Ebene der Arbeitgeber:innen und Landesregierung.

Die Entlohnung von Weiterbildung im Pflegebereich wurde mehrfach diskutiert (INT14_F&L/PDL-FKP_WKO/IV_4; INT36_PM_NEOS_1) und insbesondere von Interessensvertretungen der Pflege in den Mittelpunkt gerückt: Sie fordern speziell finanzierte Masterstudiengänge für die Pflege (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2021) sowie den kostenfreien Zugang für Aus- und Fortbildung bei allen Gesundheitsberufen (Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021). Zudem wurde auf das Modell der Tirol Kliniken verwiesen, die bei vollen Bezügen Verwaltungspersonal zu Pflegekräften ausbilden.

Als „Fehler" im neuen Gehaltsschema identifzieren Führungskräfte der Pflege den Umstand, dass Weiterbildungen und Spezialisierungen nicht monetär abgebildet und wertgeschätzt werden. Weiterbildungsaufwände und der individuelle Einsatz bei gleichzeitig hoher Verantwortung können so nur begrenzt honoriert werden. Bisher wurde es verabsäumt, Ansätze zu etablieren, die Weiterbildungen nicht nur notwendig, sondern auch attraktiv gestalten und zudem über die höheren Qualifikationen auch Effizienzsteigerungen bzw. Entlastung von Prozessen wie Führungskräften erzielen können (INT40_F&L_SAP_4). Demnach steht Weiterbildung nicht nur für die „Möglichkeit zur professionellen Weiterentwicklung oder Karriereentwicklung" auf individueller Mitarbeiter:innen-Ebene, sondern auch für einen damit einhergehenden kompetenzorientierten Personaleinsatz, der deutlich zur Qualität der Versorgung, Optimierung von Abläufen und Zufriedenheit von Mitarbeiter:innen führen kann (Phillips et al., 2012; Pavloff et al., 2017; Rappold & Juraszovich, 2019; Forsetlund et al., 2021).

[9] In der im Mai 2022 vorgestellten Pflegereform des Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Bmsgpk) ist die Schaffung eines bedingten „Rechtsanspruches auf Weiterbildung im Berufsleben angeführt (https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegereform/Ausbildung-in-der-Pflege.html).

So zeigen Erhebungen aus der Schweiz, dass Investitionen in die Pflege und deren Qualität durchaus lohnenswert sind und die meist auf Schätzungen beruhende, angekündigte „Kostenexplosion" in der Pflege widerlegen. Zusammenfassend zeigt sich, dass ein erhöhter Anteil von diplomierten Arbeitskräften und damit ein Mehr an qualifizierten Pflegestunden in der Langzeitpflege unter anderem mit einem Rückgang der Sterblichkeit bei den zu Pflegenden, deren Liegedauer oder Spitalseinweisungen einhergeht. Damit kann u. a. ein „enormes Sparpotential", vor allem in der Langzeitpflege, erreicht werden (Camenzind, 2020), wenngleich der qualifikationsadäquate Einsatz von Personal den betriebswirtschaftlich, versorgungsechnisch und individuell größten Kosten-Nutzen-Effekt bringt (Buchan & Dal Poz, 2002; Duffield et al., 2008).

Auch von Seiten der Arbeitgeber:innen bzw. organisatorischen Führungskräften und Leitungen wird die Wichtigkeit von Weiterbildungen wahrgenommen und nach jeweiliger Möglichkeit forciert. Die Erhebung zeigt, dass bei der Etablierung von Weiterbildungsangeboten erhebliche Unterschiede in den Möglichkeiten einzelner Träger:innen sowie den verschiedenen Pflegebereichen bestehen.

„Die Ausbildungszeit zahlt zu 100 Prozent die Organisation [Organisationsname]. Dann müssen wir das ersparen und erwirtschaften. Habe jetzt gerade vier Leute in die psychiatrische Fachausbildung geschickt, das ist ein Gewahr von 100.000 Euro, weil das müssen wir als Organisation erwirtschaften, damit ich die Leute schicken kann. Ich habe keine Ausbildungsstelle wie das Landeskrankenhaus Hall oder die Klinik, ich muss als Verein das erwirtschaften, auf die Seite legen, muss aus dem laufenden Geld diese Sache bezahlen. Also das ist so. Und wenn wir nicht wirtschaften würden wie ein komplett straff organisiertes Wirtschaftsunternehmen, würde das alles nicht gehen." (INT25_F&L/PP_MD/TP_3)

„(…) und auf was wir ganz viel Wert legen, ist einfach, dass die Leute ordentlich ausgebildet werden. Also wir bilden auch die Pflegeassistenz und die Pflegefachassistenz aus. (…) übernächste Woche beginnt wieder die Pflegefachassistenzausbildung für psychiatrische Pflege. Da gehen jetzt einmal wieder fünf Leute. Wie gesagt, alles aus dem laufenden Budget. Und das ist aber auch für alle klar, diese hohe pflegefachliche Kompetenz, die sie bei uns aber auch wirklich erwirtschaften und erhalten können, das zieht schon auch. Weil es gibt Organisationen, die lassen niemanden in eine Fortbildung gehen. (…) kann ich mir das Knie abschießen, ja. Weil wenn ich sage, so, jetzt arbeiten wir fleißig, aber 2 Tage Fortbildung geht nicht, das spricht sich halt auch herum." (INT25_F&L/PP_MD/TP_3)

Diese strukturelle Ungleichheit im allgemeinen Wettbewerb, Erhalt und Haltung von Mitarbeiter:innen muss im Zuge künftiger Umsetzungsstrategien beachtet und dementsprechend gewichtet werden. Einerseits, um eine flächendeckende Qualitätssteigerung der Versorgung durch transparente und für alle gleichermaßen zugängliche Weiterbildungsangebote zu ermöglichen. Andererseits, um das individuelle Entwicklungspotential nicht vom Träger bzw. Arbeitsplatz abhängig zu machen.

Ausbau der (flexiblen) Ausbildungsmöglichkeiten

Neben einer notwendigen Finanzierungsoffensive werden auch inhaltliche und gestalterische Forderungen im Weiterbildungsbereich formuliert. Ähnlich den Forderungen in den (Grund-)Ausbildungen der Pflegeberufe sollten Weiterbildungen künftig generell durchlässiger, flexibler, modularer und vor allem verstärkt berufsbegleitend angeboten werden (siehe Kapitel „Pflegeausbildung").

Im Bereich der Spezialisierung bestand Kritik in Bezug auf bereits ausgelaufene oder mittlerweile verkürzte Ausbildungsmöglichkeiten. Genannt wurde hier unter anderem die frühere dreijährige psychiatrische Diplomausbildung, die nun nur mehr als verkürzte Sonderausbildung angeboten wird (INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT40_F&L_SAP_4). Der Zugang zu einem umfangreichen und hochwertigen Kompetenzerwerb zum Bereich psychischer Erkrankungen muss deshalb über einen Ausbau der Weiterbildungsangebote abgedeckt werden. Hier wurde nicht nur der Langzeit-Pflegebereich (Beispiel Demenz) benannt, sondern auch der dringend notwendige Ausbildungsbedarf in Bezug auf die ambulante Pflege chronisch erkrankter Kinder (INT42_F&L_MP_1; Garzonis et al., 2015).

In der Erhebung fiel auf, dass Standpunkte zum Thema Spezialisierung je nach Funktion anders gesetzt werden: Interessenvertretungen der Pflege sowie Führungskräfte aus der stationären Akutpflege stehen für ein Vorantreiben von Spezialisierungen (INT4_IV_3; INT28_F&L_SAP_1). Konkrete Maßnahmen dazu wären zusätzlich zur Finanzierung der Spezialisierungen in der Pflege auf Masterebene die Schaffung von diesbezüglichen Planstellen und die Honorierung von Abschlüssen wie z. B. Krankenhaushygiene, Wundmanagement und Stomaversorgung (INT4_IV_3; Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2021). Befragte Pflegende befürworten zwar ebenfalls die Wichtigkeit und Notwendigkeit des Ausbaus von Spezialisierungen, stehen der steigenden Akademisierung gleichzeitig aber kritisch gegenüber. Wie auch beim Zugang der akademisierten Grundausbildung wird bei fortbildungsinteressierten Pflegefachkräften vor allem die (fehlende) Matura als Hürde gesehen, die für eine Weiterqualifizierung nicht genommen wird (INT25_F&L/PP_MD/TP_3; siehe Kapitel „Zugang zur Pflegeausbildung"). Ergänzend dazu zeigen Mertens et al. (2019, S. 17) auf, dass Pflegekräfte in Leitungsposition eine „signifikant positivere Haltung zur Akademisierung haben", als Pflegekräfte ohne Leitungsposition und folgern daraus das „Aus- und Weiterbildungsangebot in der Pflege so zu gestalten, dass diverse Bildungswege möglich sind und die Bedarfe und Interessen der unterschiedlichen Stakeholder angemessen berücksichtigt werden können".

Wissend gegen Gewalt – Deeskalation durch Information

In den Interviews fand das Thema Gewalt gegenüber Pflegenden kaum Berücksichtigung bzw. wurde durch die Gesprächspartner:innen nur indirket über andere Themen eingebracht. So wurde zum einen tabuisierte Gewalt in der Pflege als Argument gegen eine Pflegelehre (siehe Kapitel „Lehre zum Assistenzberuf der Pflege") genannt (INT4_IV_3). Zum anderen wurde berichtet, dass Gewalterfahrungen im Pflegealltag von älteren Pflegekräften teils heruntergespielt werden, wodurch sich jüngeres Pflegepersonal weniger ernstgenommen fühlt bzw. sich die Hemmschwelle zur Thematisierung erhöht (INT22_BR_SLP_1). Aufgrund der geringen Behandlung in den Interviews lässt sich nicht automatisch auf die Relevanz des Themas Gewalt in der Pflege für die Pflege und Pflegepersonal im Allgemeinen schließen. Zumal man sich sowohl in der Literatur als auch in den Positionspapieren der Interessensvertretungen mit dem Thema auseinandersetzt (Gewerkschaft Öffentlicher Dienst, 2019; Arbeiterkammer Tirol, 2021; Österreichischer Gewerkschaftsbund,

2021). Die Enttabuisierung und somit Abbildung von Gewalt in der Pflege im Bereich der Aus- und Weiterbildung, vor allem im Bereich der Langzeitpflege, wird von Interessenvertretungen in ihren Positionspapieren stark verankert. Die Forderungen decken sich mit internationalen Ergebnissen, in denen die individuellen negativen Konsequenzen von Gewalt während der Arbeit in pflegerischen Settings hervorgehoben werden (Hogh & Viitasara, 2005; Needham et al., 2005; Lanctôt & Guay, 2014) und negative Auswirkungen für die gesamte Organisation diagnostiziert werden (Steffgen, 2008; Yagil, 2008; Hershcovis & Barling, 2010). Damit einhergeht mitunter der Bedarf an präventiven Inhalten in Aus- und Weiterbildungen von Fachkräften, um den Umgang mit Konflikten, Gewalterfahrungen und fordernden Situationen besser zu vermitteln (Lehmann et al., 1983; Goodykoontz & Herrick, 1990; Paterson et al., 1992; Collins, 1994; Ilkiw-Lavalle et al., 2002):

(1) Im herausfordernden Pflegealltag mit „schwierigen Bewohner:innen" wie auch dem notwendigen sensiblen Umgang mit Personen unterschiedlicher Herkunft braucht es dementsprechende ergänzende Inhalte flächendeckend in allen Aus- und Weiterbildungsangeboten zur Erlernung von Deeskalationsmaßnahmen, Sicherheits- und Selbstverteidigungsstrategien (Gewerkschaft Öffentlicher Dienst, 2019; Arbeiterkammer Tirol, 2021; Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021).

(2) Generell werden mehr Ausbildungsmöglichkeiten für pflegenden Angehörige als „größte Pflegedienstleister" gefordert (Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021).

Kompetenzerweiterungen ermöglichen und in die Praxis überführen

Eng im Zusammenhang mit Aus- und Fortbildung steht der Wunsch nach einer Überführung erlernter Inhalte in die Praxis. Neben der finanziellen Vergütung von Kompetenzerweiterungen gehe es im Arbeitsalltag vermehrt darum, die damit erworbenen Handlungskompetenzen und Fähigkeiten auch im Berufsalltag anwenden zu können. Damit verbunden ist einerseits die individuelle Anerkennung und Wertschätzung von erworbenen Fähigkeiten und die Möglichkeit die Qualität der Versorgung zu steigern.

„(…) was noch dazugehört, ist, dass [Pflege- und Betreuungs-]Konzepte umgesetzt werden (…). Das braucht es, egal in welchem Bereich ich arbeite. Wenn es jemanden gibt, der die Ausbildung hat, dann geht es den Menschen, die dort betreut werden, besser. Es gibt die Kinästhetik, das ist ein Bewegungskonzept. Wenn man so was implementiert, da sind Heime, die haben keine bettlägerigen Leute, weil sie jeden Tag mobilisieren. Das macht ja für uns dann auch viel weniger Arbeit oder. Wenn ich jemanden in der Bewegung fördere und der kann noch selber essen, dann spare ich mir ganz viel Zeit. (…) das ist auch für mich dann eine Gesundheitsförderung. (…) und in Häusern, wo das verankert ist, als fixer Teil diese Palliative-Care, zum Beispiel die Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden, wenn so was abgedeckt ist, dann kommt das Personal viel weniger in die Überforderung, weil da die Fachkompetenz da ist und damit nicht das Gefühl entsteht, ich kann das, was ich leisten soll, nicht leisten. Das ist das, was ich glaube, was die Pflege am meisten auslaugt." (INT11_F&L_BIP_2)

Die Förderung sowie der Ausbau von Weiterbildungsangeboten wird in der Erhebung häufig als wichtig erachtet, da die damit entstehenden Karriere- und Aufstiegsperspektiven positiv auf die Attraktivität des

Pflegeberufes wirken würden und zudem eine Qualitätssteigerung in den Betrieben bzw. Einrichtungen erfolge.

Um Weiterbildungen für die Mitarbeitende und Arbeitgebende attraktiver zu gestalten, müssten laut den Befragten die Kosten gesenkt bzw. vollständig übernommen werden, berufsbegleitende Aus- und Weiterbildungen (auch online) angeboten sowie die erlangten Kompetenzen monetär vergütet und im Arbeitsalltag anwendbar gemacht werden.

3.5.3 Vereinbarkeit von Familie & Beruf

Unter der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird in der gesichteten Literatur wie in den erhobenen Interviews Kinderbetreuung als zentraler Schlüssel gesehen. Die Herausforderung in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Hemmnis für den Wiedereinstieg bzw. die Ausweitung des Stundenausmaßes ist ein internationales Thema (Fujimoto et al., 2008; Weale et al., 2020; Clendon & Walker, 2017; Wang & Tsai, 2014; AlAzzam et al., 2017). Kritik wird allgemein an der bisher mangelnden Ausgestaltung der Kinderbetreuung in Tirol laut (INT23_IV_1). Politische Vertreter:innen üben dabei grundsätzliche Kritik an der regierenden Partei. So sei eine generell fehlende Wahrnehmung der Regierung für den notwendigen Kinderbetreuungsbedarf in Tirol ein grundlegendes Hindernis. Dadurch könne der eigentliche Gestaltungsspielraum, der unabhängig von Bundesregelungen bestehe, nicht ausgeschöpft werden (INT8_PM_FPÖ_1; INT10_PM_LISTE FRITZ_1). Dies verstärkt sich durch die zusätzlichen Anforderungen an das Berufsfeld der Pflege mit wechselnden Arbeitszeiten oder Nacht- bzw. Vertretungsdiensten (Arbeiterkammer Tirol, 2021).

Auch die tirolweit großen Unterschiede in der generellen und vor allem kommunalen Organisation und Abwicklung des Kinderbetreuungsangebotes sind für die Interviewpartner:innen schwer nachzuvollziehen (INT17_IV_1). Dieses gelte es zu vereinheitlichen, abzustimmen und auszubauen. Insofern werden vor allem das Land und konkret die Gemeinden in ihrer Zuständigkeit adressiert und zum Handeln aufgefordert, um durch ein verbessertes Betreuungsangebot auch eine Verbesserung der Family-Work-Life-Balance bei Wiedereinstieg oder Rückkehr aus der Karenz zu bewirken. Dieses Mehr an Betreuungsstunden würde neben den vermehrten (Wieder-)Einstiegsmöglichkeiten auch ein Mehr an Stunden bei Pflegefachkräften bedeuten, was höhere Teilzeit- bzw. Vollzeitbeschäftigungen ermöglichen würde (INT8_PM_FPÖ_1; INT13_PM_ÖVP_1; Arbeiterkammer Tirol, 2021).

Der geforderte Ausbau der Kinderbetreuungsangebote wird dabei sowohl auf unterschiedlichen Ebenen als auch mit Hilfe verschiedener Ansätze gedacht:

(Aus-)Finanzierung der Kinderbetreuungskosten

Kinderbetreuung für Mitarbeitende im Pflegesektor müsse kostenfrei angeboten (INT2_PDL-FKP_SAP_5) oder durch eine „möglichst großzügige Kostenbeteiligung des/der Arbeitgeber:in bei der Bewältigung der Kinderbetreuungskosten" (Arbeiterkammer Tirol, 2021) bereitgestellt werden (INT10_PM_LISTE FRITZ_1). Konkret wird hier in einem Interview auf die Lebenshilfe verwiesen, die seit 2022 Mitarbeiter:innen einen finanziellen Zuschuss für die Kinderbetreuung zahlt (INT17_IV_1).

Ausbau der Betreuungszeiten, Flexibilität, Kompatibilität

Aus Sicht der Befragten stehen die für die Pflege- und Betreuungstätigkeiten charakteristischen, dienstplanbezogenen und somit (monatlich) wechselnden Arbeitszeiten einem als starr und veraltet empfundenen Kinderbetreuungsangebot gegenüber. Die Verbesserungen und der Ausbau von Kinderbetreuungsangeboten bedeuten (1) die Entkoppelung des Betreuungsangebotes von Büro- und Schulzeiten, (2) einen Ausbau der täglichen Öffnungszeiten sowie (3) die ganzjährige Öffnung der Betreuungseinrichtung inklusive der Abdeckung von Ferien und Schließtagen (INT24_BR_BW/SLP_1).

Parallel zur Ausweitung der Öffnungszeiten braucht es eine erhöhte Flexibilität bei der (Vor-)Anmeldung des Betreuungsbedarfes. Das heißt, dass Kinderbetreuungszeiten nicht wie bisher üblich Monate im Voraus für das gesamte kommende Betreuungsjahr von den Eltern verbindlich angegeben werden müssen. Vielmehr müssten diese Kinderbetreuungszeiten kurzfristiger und flexibler zu den Dienstplanzeiten verfügbar sein, um teilweise monatlich veränderte Arbeitszeiten abzudecken. Zusätzlich braucht es für Eltern[10] in Pflegeberufen Flexibität bei „außertourlichen" Betreuungszeiten wie Einspringerdiensten oder Ferienbetreuungen, die derzeit in manchen Gemeindekindergärten bis zu einem halben Jahr im Voraus angemeldet werden müssen. Die notwendige Möglichkeit einer flexiblen und kurzfristigen Abdeckung von Kinderbetreuung wird auch im Hinblick auf nicht absehbare Einspringdienste angeführt, welche derzeit nur erschwert bis gar nicht über das Betreuungsangebot abgedeckt werden können (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT28_F&L_SAP_1). Eine kurzfristig einführbare Maßnahme könnte dabei sein, dass bei der Anmeldung von Betreuungsangeboten berufstätige Eltern priorisiert werden und innerhalb dieser Gruppe wiederum Berufstätige in Pflegeberufen Vorrang haben.

Ausbau des räumlichen Angebots, Verschränkungsmöglichkeiten

Auch die räumlichen Aspekte zur Kinderbetreuung müssten laut Interviewten um weitere Optionen ausgebaut und komibinerbar angeboten werden. So müsste sowohl eine Betreuung in den jeweiligen Lebens- bzw. Wohnorten als auch eine Betreuung am Arbeitsort ermöglicht werden. Durch diese Kombination könnte eine auf die jeweilige Familiensituation angepasste, individuelle und flexible Betreuungsmöglichkeit angeboten werden. Dies bringt wiederum eine langfristige Betreuungssicherheit, die über das (Klein-)Kinderalter bis zur Betreuung von schulpflichtigen Kindern hinausreicht, was im Umkehrschluss stabile wie auch langfristige Arbeitsverhältnisse ermöglicht (INT2_PDL-FKP_SAP_5; INT23_IV_1; Arbeiterkammer Tirol, 2021). Damit könnte auch der beobachteten Abwanderung von spezialisierten Mitarbeiter:innen aus der stationären Akutpflege in die Langzeitpflege oder Ordinationsbereiche entgegenwirkt werden, für welche die greifenden Vollzeitverpflichtungen nach dem Wiedereinstieg ab einem bestimmten Lebensjahr des Kindes nicht realisierbar ist (INT18_F&L_ÄK_3). Interviewpartner:innen aus der Führungs- und Leitungsebene wie der Interessenvertretungen sprechen sich dafür aus, dass Gemeinden das Kinderbetreuungsangebot nicht abgestimmt auf einen erhobenem Bedarf bereitstellen, sondern generell durchgehende Betreuungsplätze zur Verfügung stellen sollten (INT23_IV_1). Die Interessenvertretungen der Gemeinden verweisen hier auf die Stärkung der bereits vorhandenen Tagesmütterstruktur, um individuelleren Bedarf kommunal abdecken zu können (INT44_IV_1). Zudem wurde eine vom Wohnort unabhängige „Ableistung" des Pflichtkindergartenjahres angesprochen. Könnte dieses Pflichtjahr künftig beispielsweise auch über Betriebskindergärten

[10] Auch wenn hier im Bericht der Begriff „Eltern" verwendet wird, schließt dies natürlich alle jene mit ein, die mit der Obsorge eines minderjährigen Kindes betraut sind.

absolviert werden, würde dies eine weitere Erleichterung für die jeweiligen Eltern bringen und „doppelte" Anfahrtswege ersparen (INT24_BR_BW/SLP_1; INT34_PDL-FKP_SLP_1).

Beim Thema der betrieblichen (Klein-)Kinderbetreuung wurden Unterschiede sichtbar. Grundlegend herrscht Einigkeit darüber, dass ein betriebliches Betreuungsangebot vermehrt ausgebaut (INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7) und auch bei den Gemeinden ungeachtet des konkreten Bedarfes fix angeboten werden sollte (INT26_MA_MD/MP/SLP_1). Unterschiede zeigen sich bei den Vorstellungen sowie den konkreten und ungleichen Umsetzungserfahrungen von Führungskräften einzelner Pflegeeinrichtungen (INT28_F&L_SAP_1; INT34_PDL-FKP_SLP_1). In Bezug auf Betriebe anderer Branchen fordern Interessensvertretungen und politische Vertreter:innen einen Ausbau von Betriebskindergärten und -krippen, teilweise bis hin zur Betreuung von Schulkindern. Mehrfach wird auf die gute Umsetzbarkeit vor allem im Langzeitpflegebereich durch bereits vorhandene, leerstehende Räume verwiesen (INT8_PM_FPÖ_1; INT10_PM_LISTE FRITZ_1). Dabei werden gelungene und existierende Beispiele wie die Gemeinde Kufstein angeführt, wo Räumlichkeiten des Altersheims für die Kinderbetreuung genutzt werden (INT10_PM_LISTE FRITZ_1). Auch ein lokaler wie regionaler Zusammenschluss von Langzeitpflegeeinrichtungen bei der Organisation von Kinderbetreuung wird angeregt, um unnötige Parallel(infra)strukturen zu vermeiden (INT24_BR_BW/SLP_1). Demgegenüber schildern befragte Führungskräfte Hindernisse und strukturelle Probleme bei der Implementierung bzw. dem Ausbau betrieblicher Kinderbetreuung. Demnach bräuchte es mehr Flexibilität in den Gemeinden und legistische Sicherheiten (INT28_F&L_SAP_1; INT34_PDL-FKP_SLP_1):

(1) Die Bereitstellung geeignete Räumlichkeiten wird als Herausforderung wahrgenommen.

(2) Rekrutierung von pädagogisches Personal ist schwierig bis kaum möglich, da am Markt kaum vorhanden (INT28_F&L_SAP_1).

(3) Einige bürokratische Vorgaben (z. B. TKKG[11]) verhindern die Etablierung spezifischer Betreuungsangebote für Pflegende wie die Abdeckung von Schichtdiensten (INT28_F&L_SAP_1).

(4) Vielfach wird darüber nachgedacht, wie sich Betreuungslücken in Kooperation mit Tagesmüttern schließen lassen (INT28_F&L_SAP_1).

Die Schwierigkeiten in der Bereitstellung ausreichender Kinderbetreuung erweisen sich als eine strukturelle Herausforderung, die per se nichts mit der Pflege zu tun hat (INT28_F&L_SAP_1). Gegebenenfalls gilt es über die Rahmenbedingungen für die Beschäftigung bzw. Ausbildung von pädagogischen Fachrkräften nachzudenken.

Sofern die Rahmenbedingungen (wie etwa Dienstplansicherheit) und angepasste Betreuungsmöglichkeiten gegeben sind, wird der Pflegeberuf von Fachkräften als grundsätzlich gut vereinbar mit der Familie beschrieben. So kann es beispielsweise sein, dass aufgrund von Nacht- und 12-Stunden-Diensten nur sehr wenige Tage im Monat am Arbeitsplatz und demensprechend viele Tage zu Hause verbracht werden können (INT26_MA_MD/MP/SLP_1; INT20_MA_LAND_1; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7). Einen Beitrag zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf können nach Einschätzung der Befragten Springerpool-Lösungen bieten, da

[11] TKKG steht für Tiroler Kinderbildungs- und Kinderbetreuungsgesetz.

dadurch die Chancen auf die Einhaltung von Dienst- und Freizeiten steigen. Vor allem im Setting der mobilen Pflege wird von flexibleren Möglichkeiten berichtet, um Eltern entgegenzukommen. So müssen hier teilweise keine Wochenend-, Feiertags- oder Nachtdienste abgedeckt werden (INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7).

Die Gespräche machen wiederkehrend und eindringlich den Bedarf einer Verbesserung der Kinderbetreuung in Tirol deutlich. Sowohl das betriebliche als auch das Betreuungsangebot der Tiroler Gemeinden gehöre generell stark ausgebaut. Betriebliche Kinderbetreuungseinrichtungen könnten hierbei mit bestehenden Betreuungsstrukturen kooperieren, um den Bedarf sowie das Betreuungspersonal abzudecken. Zudem müssten Öffnungszeiten ausgeweitet und durchgängiger gestaltet werden, um eine Vereinbarkeit mit den Dienstzeiten gewährleisten zu können. Auch das Betreuungsangebot für Kinder ab zehn Jahren gilt es laut den Befragten auszudehnen. Hierbei seien vor allem das Land und die Gemeinden gefordert, entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Zudem spiele die Finanzierung eine große Rolle: Mehrfach wurde in der Befragung betont, dass (1) Kinderbetreuung kostenlos angeboten oder zumindest (2) ein Zuschuss der Arbeitgebenden gewährleistet werden sollte. Durch ein verbessertes Kinderbetreuungsangebot könnte der Wiedereinstieg in den Pflegeberuf erleichtert und der Teilzeitanstellung bzw. der Rückkehr in den Beruf mit sehr geringem Stundenausmaß entgegengewirkt werden. Die bereits erwähnte „Springeranstellung" biete laut einigen Interviewpartner:innen zudem die Chance einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

3.5.4 Gesundheitsförderung

„Und da sind wir schon mal draufgekommen: Es ist wichtig diesem Gesundheitsaspekt einen Namen zu geben. Also wir haben jetzt ein eigenes Symbol, wir haben ein eigenes Briefpapier, sag ich, wenn es um das geht. Es wird alles, was der Gesundheit von Mitarbeiter:innen zugute kommt eben mit diesem Symbol gekennzeichnet, dass die Mitarbeiter:innen sehen, wir machen was. Weil viele Dinge einfach, die auch nicht mitgekriegen, was der Betrieb oben drauflegt und wir nicht haben müssten." (INT24_BR_BW/SLP_1)

Ein Großteil der Befragten macht deutlich, dass sie sich einen Perspektivenwechsel bzw. eine andere Grundhaltung in der Wertigkeit und Wichtigkeit beim Thema Gesundheitsförderung für Arbeitende in Pflegeberufen wünschen (Rappold et al., 2021). In Teilen gibt es Angebote, die kaum praktisch wahrnehmbar sind, bzw. verfügen Einrichtungen auch über ein entsprechendes Equipment für gesundheitsfördernde Maßnahmen und bringen dies aufgrund mangelnder professioneller Anleitung nicht zur Anwendung (INT24_BR_BW/SLP_1).

Dieser notwendige Perspektivenwechsel bzw. ein neues Bewusstsein für Gesundheitsförderung müsse mehr als nur die „hands-on"-Pflegetätigkeit mit körperlichen Herausforderungen umfassen und das breitere Aufgabenfeld der Betreuungs- und Pflegetätigkeiten abbilden. Es brauche Angebote, die die physischen, psychischen, emotionalen, funktionalen und strukturellen Faktoren umfassen (INT37_F&L_LIV_1). Diese Forderungen werden auf breiter internationaler Basis mitgetragen (Baylina et al., 2018; Ljungblad et al., 2014)

und bringen bei professioneller Ausgestaltung eines Angebotes (Schaller et al., 2022) individuelle und institutionelle Vorteile wie *Prävention* (Balevre et al., 2012; Hanrahan et al., 2010), *Zufriedenheit* (Hanrahan et al., 2010), *Sicherheit* (Schaller et al., 2022; siehe hier auch Kapitel „Weiterbildungsangebote"), *Bindung* und *Vermeidung von Krankenständen* (Smith et al., 2013; Whitehead, 2006).

Die Erhebung zeigt, dass bisher bei Angeboten der Gesundheitsprävention vielfach Fokus auf physische Komponenten gelegt wurde und es mehr bzw. eine Gleichstellung der Angebote für psychische Gesundheit braucht (z. B. Burnout). So fehlen Angebote wie Achtsamkeitstrainings oder Themen zur Stärkung der Resilienz im Sinne eines verbesserten Umgangs für Konfliktsituationen innerhalb eines (multiprofessionellen) Teams bzw. auch im direkten Kontakt mit zu Pflegenden (INT48_BP_2). Zudem bedarf es psychosozialer Unterstützungsangebote, welche unbürokratisch und in Form kostenloser Beratungsangebote direkt oder per Hotline angeboten werden (Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021)[12].

Für die Interessensvertretungen der Pflege ist daher ein Auf- bzw. Ausbau von betrieblichener Gesundheitsförderung unerlässlich, der auch Angebote für pflegende Angehörige beinhaltet (Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021; Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2021; Arbeiterkammer Tirol, 2021), inkl. Aufklärung und professioneller Anleitung (Arbeiterkammer Tirol, 2021).

Supervisionen werden von den Pflegefachkräften in der Erhebung als ein Basisinstrument beschrieben. In den meisten Einrichtungen gibt es Angebote bis hin zu im Arbeitsvertrag verpflichtend festgeschriebenen Supervisionseinheiten. Supervision im Team und auch Einzelgespräche zu ermöglichen, wird als unverzichtbare Basis in der Pflegetätigkeit definiert und solle daher kostenlos und regelmäßig zur Verfügung stehen. Dieser Meinung sind auch die Interessensvertretungen der Pflege (INT17_IV_1; INT24_BR_BW/SLP_1; Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021; Rappold et al., 2021) und fordern ein Recht auf Supervision während der Dienstzeit sowie die Möglichkeit eines „Krisentelefons" (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2021)[12]. In Gesprächen mit Führungskräften aus der Pflege wird betont, dass neben Supervisionen auch informelle Gespräche im Berufsalltag innerhalb des jeweiligen Teams einen wichtigen „Hygiene-Faktor" (INT11_F&L_BIP_2) darstellen.

> *„Im Rahmen unserer Arbeit erleben wir viele Situationen. Also natürlich können wir zur Supervision gehen und zum Coaching und weiß der Geier was alles. Aber die meiste Aufarbeitung, von dem, was passiert, passiert im Team und das nicht hochprofessionell. Sondern ich setze mich bei der Pause zusammen und weiß, mit der [Name] kann ich jetzt über das reden, das mich, keine Ahnung, irgendwer voll aufregt, irgendwas voll beschäftigt oder so." (INT11_F&L_BIP_2)*

Die von den Teilnehmer:innen der Befragung als sinnvoll erachteten Angebote zur Erhaltung der physischen Gesundheit können in zwei Gruppen eingeteilt werden:

[12] Hier kann auf das Pflegetelefon im Amt der Tiroler Landesregierung verwiesen werden: Seit 01.07.2022 können unter der Nummer 0800 400 160 von Montag bis Freitag in der Zeit von 8 bis 12 Uhr alle Fragen rund um das Thema Pflege gestellt werden (https://www.tirol.gv.at/meldungen/meldung/lh-platter-mit-diesem-pflegepaket-stellen-wir-die-weichen-fuer-die-zukunft-unseres-landes/). Ableitend aus all den Informationen, die in dieser Erhebung zusammengetragen wurden, würden die Interessen der Fachkräfte dann vollumfänglich abgedeckt, wenn die Erreichbarkeit 24 Stunden pro Tag und an 7 Tagen der Woche gewährleistet wäre. Durch die durchgehende Erreichbarkeit würde das Pflegetelefon auch für pflegende Angehörige eine Hilfestellung bieten.

(1) Zum einen werden Angebote zur Erhaltung der körperlichen Gesundheit im Allgemeinen gefordert (Einführung von Programmen zur körperlichen Fitness, Einrichten von Auszeiten, Sporteinheiten z. B. in der Dienstzeit oder eine vergünstigte bis kostenlose Nutzung von Fitnessstudios) (INT11_F&L_BIP_2; INT37_F&L_LIV_1; INT42_F&L_MP_1). Als besonders wichtig für die Gesundheitsförderung wird die Aufklärungsarbeit oder Schulung durch Arbeitsmediziner:innen oder Fachkräfte mit enstsprechender Qualifiaktion eingestuft (INT24_BR_BW/SLP_1).

(2) Zum anderen geht es um das Anbieten professionell-therapeutischer Behandlungen wie beispielsweise (Physio-)Therapien, Massagen oder Kinästhetik-Fortbildungen speziell für Pflegekräfte, die durch die schwere körperliche Belastung besonders gefährdet sind, langfristige Folgeerscheinungen zu erleiden (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT22_BR_SLP_1; INT34_PDL-FKP_SLP_1; Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021; Arbeiterkammer Tirol, 2021).

Der Bedarf eines zusammenhängenden Angebots psychischer wie physischer Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wird im Zuge der Erhebung auch unter dem Aspekt von zunehmenden Herausforderungen von „Arbeit und Alter" bzw. einem lebensphasengerechten Arbeitsumfeld gesehen und gefordert, um Menschen bis zur Pension im Beruf zu halten (INT21_IV_2).

Einzelne Führungskräfte und Leitungen von Pflegeeinrichtungen berichten, dass vor allem im stationären Pflegebereich einzelne bzw. punktuelle Angebote zwar eingeführt wurden, aber die (regelmäßige) Inanspruchnahme durch ungenügendes Stammpersonal erschwert möglich ist (INT9_PDL-FKP_SLP_2). Im Gegensatz dazu verweist eine Betriebsrätin aus der stationären Langzeitpflege auf das hauseigene Konzept der Gesundheitsförderung, welches wiederholt mit einem Gütesiegel ausgezeichnet wurde und dabei u. a. vorhandene Ressourcen nutzt.

„Es muss nicht alles viel Geld kosten, damit es Gesundheit bringt. (…) ich mein, es gibt diese Präventionsfachkräfte, die man ja haben muss. Das ist ja nix. Sagt ja zu mir der Gesetzgeber, ich muss so und so viele Stunden je nachdem wie vielen Mitarbeiter:innen ich hab. Da war es ja vor ein paar Jahren so, dass wir gesagt haben: Da, da. Nicht nur diese klassische Arbeitsmedizin und Sicherheitsfachkraft. Wir haben die Möglichkeit über das, was wir tun müssen, uns eine Arbeitspsychologin ins Haus zu holen. Das kostet uns jetzt nicht mehr, weil das Geld müssen wir ja ausgeben. Und trotzdem ist das eine wahnsinns Bereicherung. Ich mein, dass man da alle Betriebe, was diese Sicherheitskräfte anlangt, über einen Kamm schert, dass sie jetzt, ein sag ich jetzt mal, ein Produktionsbetrieb gleich viel Stunden die Sicherheitsfachkraft im Haus haben muss wie ich in der Pflege. (…) da wäre viel Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie gefragt. Die gehörten hier viel mehr, stundenmäßig, aufgelöst. (…) auch das wäre etwas, was unter Rahmenbedingungen fällt, wo der Gesetzgeber viel Möglichkeit hat. Weil dort ist es ja wirklich so, es wird unterschieden zwischen Büroarbeitsplätzen und sonstigen. (…) und da eben, find ich, Arbeitspsychologie als wesentliche Säule, die aufgewertet gehört." (INT24_BR_BW/SLP_1)

Für Details und weitere Einblicke zum Thema empfiehlt sich ein Blick in die Arbeit zur Gesundheitsförderung des Fonds Gesundes Österreich (Pfabigan & Pleschberger, 2021).

Eine Verstärkung von psychischen und physischen gesundheitsfördernden Maßnahmen wäre den Befragten zufolge eine Möglichkeit, um Burnout-Prävention zu leisten, die Resilienz der Pflegekräfte zu stärken und sie somit länger im Beruf zu halten. Am häufigsten wird dabei der Anspruch nach Supervision thematisiert, aber auch Angebote wie kostenlose Physiotherapie, Massagen, Sportmöglichkeiten (z. B. Kooperationen mit Fitnessstudios) und Achtsamkeitstrainings werden als Teil eines Vorsorgekonzeptes gesehen, um den Pflegeberuf langfristig ausüben zu können. Dies sei kurzfristig und ressourcenschonend möglich, indem die Maßnahmen über bereits vorhandene Ressourcen wie Betriebsärzt:innen oder Arbeitspsycholog:innen erfolgen könnten. Hierzu müssten die Maßnahmen jedoch stärker in der Unternehmenskultur verankert werden. Dennoch wird von einigen Befragten kritisiert, dass bereits bestehende Angebote zur Gesundheitsförderung aufgrund fehlenden Personals nicht genutzt werden können.

3.5.5 Ausstattung des Arbeitsplatzes

Bei der Ausstattung des Arbeitsplatzes wird als Erstes die räumliche Situation angesprochen. Pflegefachkräfte haben vielfach keine Rückzugsmöglichkeiten wie Pausen- bzw. Erholungsräume, Räume zur Gesundheitsförderung (Übungen usw.) (INT11_F&L_BIP_2; INT34_PDL-FKP_SLP_1) oder einen Ort, um Mahlzeiten einzunehmen (INT22_BR_SLP_1). Die Gewerkschaft des öffentlichen Dienstes führt hier zudem die bauliche Schaffung von geschützten Rückzugsräumen in jeder Abteilung als gezielte Maßnahme zur Erhöhung der Sicherheit von Menschen in den Gesundheits- und Pflegeberufen an (Gewerkschaft öffentlicher Dienst, 2019).

Eine Betriebsrätin aus der stationären Langzeitpflege versteht unter der Ausstattung des Arbeitsplatzes auch die räumliche Gestaltung des Arbeitsplatzes und weist darauf hin, dass im weiteren Sinn die Gestaltung der Zimmer von Bewohner:innen zu einem positiven Arbeitsumfeld beitragen könne.

„Die schauen jetzt so aus wie Wohn-Schlaf-Bereiche. Zuhause kann ich mir das durchaus auch vorstellen. Viel mehr Individualität auch möglich für die Bewohner:innen. Was auch was mit mir als Mitarbeiter:in macht. Wenn ich sehe, dass man sich wohlfühlt bei uns. (…) es hat sich da von der Häuserstruktur her wahninnsinnig viel getan." (INT24_BR_BW/SLP_1)

Das Thema der Mobilität wurde von vielen der Befragten in Zusammenhang mit der Ausstattung des Arbeitsplatzes gebracht. So gibt es Forderungen nach erweiterten Angeboten zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (INT3_F&L_BIP_3) bzw. Ausweitung der Fahrzeiten. Insbesondere bei Zwöf-Stunden-Schichten sei die Anbindung morgens wie abends vielfach schlecht. Die von manchen Betrieben bereitgestellten Dienstfahrräder werden positiv bewertet (INT34_PDL-FKP_SLP_1) und eine Ausdehung dieses Angebotes wird angeregt. Zudem wird teils ein Mangel an Parkmöglichkeiten angegeben (INT11_F&L_BIP_2), wenngleich eine Anfahrt mit dem Auto häufig alternativlos ist (ländliche Gegend, Verbringen der Kinder in Betreuungseinrichtungen).

Dienstkleidung ist auch vermehrt Thema und kann durchaus als ein Frustrationsfaktor identifiziert werden, der als mangelnde Wertschätzung ausgelegt wird:

(1) Dienstkleidung werde trotz gesetzlicher Vorschrift nicht von allen Arbeitgeber:innen gestellt (INT11_F&L_BIP_2).
(2) Es ist nicht immer gewährleistet, dass Dienstkleidung in passenden Größen und für den Arbeitsalltag tauglich bereitgestellt wird.
(3) Dementsprechend wird das Miteinbeziehen bzw. Mitsprachrecht des Pflegepersonals bei der Anschaffung von Dienstkleidung thematisiert (INT22_BR_SLP_1; INT23_IV_1).
(4) Nicht ausschließlich betriebswirtschafltiche Überlegungen als Entscheidungsgrundlagen heranziehen, sondern auch stärker auf den Arbeitsalltag und die Praxis achten (z. B. Abholung von Dienstkleidung bzw. wie kommt sie zum Personal) (INT18_F&L_ÄK_3).

Abgesehen davon bräuchte es in der Pflege einen Ausbau mechanischer und technischer Hilfsmittel (INT24_BR_BW/SLP_1; Rappold & Juraszovich, 2019; Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021; Tirol Arbeiterkammer, 2021) wie z. B. Rutschbretter, Patientenlifts, oder sogenannte ExoSkelette (siehe Best-Practice-Beispiel unten). Vor allem für älteres Pflegepersonal können solche Unterstützungen für körperliche Entlastung sorgen und den Pflegealltag erleichtern. Für die Testung jeglicher Hilfsmittel für die Pflege, deren Entwicklung bzw. Optimierung, wurde letztendlich die Einrichtung eines Pflegelabors, einer Forschungspflegeklinik oder eines Forschungspflegeheims vorgeschlagen. Es wäre die Aufgabe der akademischen Pflege, in diesem Rahmen Hardware, Software und mechanische Hilfsmittel auf ihren Einsatz im Pflegealltag zu testen und letztendlich zu evaluieren (INT27_BP_2). Durch diesen eingeführten Zwischenschritt zur Testung von Hilfsmitteln können diese zum einen auf ihre Praktikabilität im Pflegealltag überprüft und auf lokale Bedingungen und jeweilige Pflegebedarfe angepasst werden. Zum anderen soll im Zuge der Prüfung bzw. Optimierung der Hilfsmittel vor dem Einsatz im Pflegealltag zwingend eine Schulung und Handreichung zur Anwendung erarbeitet werden, um eine rasche Übernahme im täglichen Berufsalltag zu sichern. Unerlässlich ist der Einbezug von Pflegepersonal in solche Forschung bzw. generell in die Entwicklung von neuen technischen bzw. digitalen Lösungen (INT47_BP_1). Eine Bereitschaft zur Implementierung derartiger Verfahren bzw. Anwendungen würde bereits bestehen (Turja et al., 2020; BMSGPK, 2021). In Bezug auf Pflegelabore gibt es in Deutschland bereits Initiativen: Das „PPZ-Hannover“ (Pflegepraxiszentrum Hannover) ist ein Experimentierraum, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, welcher auf einer unfallchirurgischen Station der Medizinischen Hochschule Hannover umgesetzt wird. Dort sollen technische Lösungen auf ihre Praktikabilität im Sinne der Unterstützung für das Pflegepersonal und die Verbesserung der Patientenversorgung gemeinsam mit dem Pflegepersonal überprüft werden (Medizinische Hochschule Hannover, 2022).

Neben der betrieblichen Gesundheitsförderung wird auch die Ausstattung des Arbeitsplatzes mehrfach als wichtige Rahmenbedingung beschrieben. Angeführt wurden dabei zum einen die Einrichtung von Erholungsräumen sowie der Ausbau von Parkmöglichkeiten, eine Förderung zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder die Bereitstellung von Dienstfahrrädern, um schneller und kostengünstiger zum Arbeitsplatz zu gelangen. Auch die Instandhaltung und Erneuerung von Arbeitsmitteln (PC und Softwaresystem zur Pflegedokumentation) wurde gefordert. Zudem wird in den Interviews die Bereitstellung adäquater Hilfsmittel (Exoskelette, Rutschbretter, Hebelifte etc.) thematisiert. Im Zuge dessen wurde über die Einführung eines Pflegelabors an einer Hochschule diskutiert, wo Digitalisierungsstrategien zu mechanischen und technischen Hilfsmitteln für den Pflegebereich entwickelt, getestet, evaluiert und anschließend in den Einrichtungen implementiert werden könnten. Diese Entwicklungsarbeit ist zwingend unter Einbezug von Pflegepersonal als Expert:innen ihres Fachbereiches durchzuführen.

Best Practice: Mechanische Hilfsmittel – Exoskelette

Exoskelette als innovative Hilfsmittel können eingesetzt werden, um besonders Rücken, Nacken und Schultern von Pflegekräften beim Umlagern von Patient:innen zu entlasten. Das am Körper getragene und angepasste *Gerüst* misst über Sensoren, ob eine Unterstützung beim Heben notwendig ist und greift, wenn notwendig, zur Unterstützung in der Ellbogen- sowie Schulterbewegung der hebenden Person ein. Diese Entlastung kann einer hohen körperlichen Belastung von Pflegekräften entgegenwirken und so wohlmöglich längerfristig Ausfallstagen aufgrund von Rückenschmerzen oder Frühpensionierungen entgegenwirken. In Deutschland wurden von 2019 bis 2022 in einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekt Exoskelette hinsichtlich der Optimierung vor allem für die Umlagerung von narkotisierten oder bewusstlosen Patient:innen evaluiert. Der Endbericht liegt noch nicht vor (Bundesministerium für Bildung und Forschung, o. D.). Auch das Projekt *Expertise 4.0* beschäftigt sich unter der Projektleitung der BruderhausDiakonie in einem *Experimentierraum* des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Exoskeletten (LebensPhasenHaus, 2022). Die vorläufigen Ergebnisse sind unter den angegebenen Links zu finden.

WEITERFÜHRENDE LINKS

ExoPflege:
https://www.interaktive-technologien.de/projekte/exopflege
https://www.ipa.fraunhofer.de/de/referenzprojekte/ExoPflege.html
Expertise 4.0: https://www.expertise-vier-punkt-null.de/

Best Practice: Patientenindividuelle Verblisterung

Als Idee für eine Entlastungsmöglichkeit der Pflege wurde in einem Interview die Auslagerung der Verblisterung bzw. Einsortierung von Medikamenten an Apotheken oder Dienstleister genannt. Wie die patientenindividuelle Verblisterung der Medikamente derzeit in der Praxis organisiert wird, konnte nicht umfassend überprüft werden. Es gibt in dieser Thematik unterschiedliche Herangehensweisen in Tirol. Aus diesem Grund folgt hier eine kurze Diskussion der Thematik. In der Auslagerung der Verblisterung sehen Interviewteilnehmer:innen in erster Linie einen Vorteil darin, dass das Pflegepersonal mehr Zeit für den direkten Kontakt bzw. die direkte Arbeit an und mit Patient:innen zur Verfügung hätte. Zudem wird in der Auslagerung der Verblisterung die Möglichkeit gesehen noch höhere Qualitätsstandards qua Spezialisierung zu etablieren (INT18_F&L_ÄK_3). In Österreich gibt es teilweise eigene Unternehmen, zum Beispiel das Blisterzentrum *MEDventuro* Wels in Oberösterreich oder das *BlisterMed Austria* in Wolfsberg in der Steiermark, die auf entsprechende Dienstleistungen spezialisiert sind. Eine kurze Recherche für Tirol macht ersichtlich, dass nur zwei Apotheken auf ihren Websites Verblisterung anbieten. Der genaue Umfang der Leistungen ist nicht ersichtlich. Daher ist unklar, ob das Angebot ausschließlich für private Kund:innen gilt oder auch eine Zusammenarbeit mit Trägern in der Pflege besteht. Andere Dienstleister, neben Apotheken, lassen sich für Tirol in einer schnellen Recherche nicht leicht finden. Die Tirol-Niederlassung der *Kwizda Pharmahandel GmbH* wäre ein denkbarer Ansprechpartner, da sie Verblisterung bereits in anderen Bundesländern anbietet. Das Leistungs- und Angebotsspektrum für Tirol ist online nicht ersichtlich. Auf Anfrage bei *Kwizda Pharmahandel GmbH* stellt sich heraus, dass *Medventuro* (Wels) das Geschäft zur Verblisterung von *Kwizda* übernommen hat und *Medventuro* in Tirol mit zwei Apotheken zusammenarbeitet.

Laut Aussagen der Geschäftsführung von *Medventuro* seien Tirol und Vorarlberg kein „Eldorado" für Verblisterung. Es wird darauf verwiesen, dass es punktuell bereits etablierte digitale Systeme gibt, in denen beispielsweise Pflegeheime und Apotheken kooperieren, flächig bestehen diese Kooperationen aber nicht. Selbst Aphotheken lagern die Verblisterung teilweise aus, da sie nicht immer über das nötige Fachpersonal verfügen. Gut abgestimmte und digital gestützte System führen nach Einschätzung der Geschäftsfürhung von *Medventuro* definitiv zu Zeitersparnissen.

Eine einheitliche Aussage über die Qualität bzw. Chancen und Hürden, Vor- und Nachteile patientenindividueller Verblisterung in stationären Einrichtungen lasse sich laut einer Studie des Deutschen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2019) nur schwer treffen. Die zugrundeliegenden Voraussetzungen für generalisierbare Ergebnisse sind auf lokaler, regionaler und institutioneller Ebene kaum gegeben. Faktoren wie der unterschiedliche Digitalisierungsgrad von Einrichtungen, verschiedene Verblisterungsverfahren und -orte, Aufwände bei Umstellungen der Medikation und unterschiedliche Abrechnung von verblisterten Medikamenten sind Faktoren, die miteinbezogen werden müssen und gleichzeitig stark variieren (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2019). Klare Aussagen über die Zeitersparnis, sodass mehr Zeit für die Pflege am Patienten besteht, können nicht getroffen werden. Felski (2013) geht zwar von einem Zeitgewinn für Pflegekräfte durch die Auslagerung der Verblisterung aus, hier sind sich aber nicht alle Quellen einig (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2019). In der Verblisterung werden aber noch andere Vorteile gesehen. So liegt in der Bereitstellung von Medikamenten ein hohes Maß an Verantwortung. Eine Auslagerung würde Pflegekräfte hier nicht nur entlasten, sondern gleichzeitig die Anerkennung dieser fordernden Tätigkeit bedeuten. Hierzu gehört auch das Abgeben der Verantwortung für die Einhaltung strikter Hygienevorschriften, Kontroll- sowie Nachverfolgungspflichten von Medikamentendosierungen, auch in Hinblick auf Wechselwirkungen, sowie Nachbestellung der Medikamente. Spezialisierte Einrichtungen hingegen können hier durch Automatisierung und Digiatlisierung den Anforderungen gerecht werden (z. B. digitale Dokumentation von Vorgängen). Zudem erleichtert eine zentrale Vergabe, Wirkungen von medikamentösen Therapien nachzuverfolgen und bei nunerwünschter Wirkung schneller zu reagieren (Felski, 2013). Vor allem in der ambulanten Pflege, wo die Dienstleistung zu den Klient:innen kommt, sind oft viele Personen in die Medikamentengabe involviert. Deshalb ist gerade hier eine koordinierte Medikamentenvergabe äußerst wichtig (Meissner, 2017), bei der eine Verblisterung über Apotheken Abhilfe schaffen könnte (ProCare, 2016). Wichtig für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Apotheke seien neben geringer räumlicher Distanz auch die gute Erreichbarkeit und Flexibilität bei Lieferung sowie Möglichkeiten zur kurzfristige Änderungen der Medikation. Genauso relevant seien die Unterstützung des Pflegedienstes durch Fortbildungen und Beratung, beständige Aktualität der Software sowie ein mögliches softwaregestütztes Medikations- und Rezeptmanagement (ProCare, 2016). In einigen Ländern Europas wie Finnland, Schweden, Dänemark, Norwegen oder der Schweiz ist die Verblisterung über Apotheken oder andere Dienstleister bereits üblich (ProCare, 2016). Auch wenn nur wenige Studien zur Abwägung der Vor- und Nachteilen der ausgelagerten Verblisterung vorliegen, gibt es Hinweise, dass gerade für die integrierte Versorgung (im ruralen Setting) Potentiale bestehen (Blondal, 2017; Josendal & Bergmo, 2021). Zudem wird schon über einen längeren Zeitraum darauf hingewiesen, dass Verblisterung positive Effekte auf das Einhalten von vorgeschriebenen Medikamentierungen (compliance) haben kann (Qingjun, 1998; Conn et al., 2015; Shah, 2021).

Generell gibt es für die Verblisterung schon digitale Lösungen zur Unterstützung, besseren Kontrolle und Dokumentation. Beispiele hierfür kommen von *Omnicell* in Deutschland oder *swisslog healthcare* in der Schweiz und anderen EU-Ländern. Eine systematische Auseinandersetzung mit der Thematik kann sich auch für Tirol lohnen, wenn allen Vor- und Nachteilen objektiv begegnet wird. Kontakte zu Anbietern, deren Erfahrungen und ggf. bestehende Beispiele in Tirol könnten als Basis für eine genauere Analyse dienen.

WEITERFÜHRENDE LINKS

Omnicell: https://www.omnicell.de/medikamentenverblisterung

Swisslog Healthcare: https://www.swisslog-healthcare.com/de-de/produkte/apotheken-automatisierung/therapick

Blisterzentrum Wels: https://www.medventuro.at/

BlisterMed Austria: http://www.blistermed.at/

3.6 VERNETZUNG VON GESUNDHEIT & PFLEGE

Im Rahmen der Interviews wird deutlich, dass eine stärkere Vernetzung und Gleichstellung von Gesundheit und Pflege gefordert wird. Im Sinne eines ganzheitlichen Pflegeansatzes solle die Gesundheitsversorgung gleichwertig zur Krankheitspflege mitgedacht werden. Die Interviewpartner:innen sind sich einig, dass nicht nur körperliche Beschwerden, sondern auch das soziale und emotionale Wohlbefinden von zu Pflegenden adressiert werden muss (INT11_F&L_BIP_2; INT37_F&L_LIV_1). Für eine ganzheitliche Herangehensweise seien interdisziplinäre Pflege- und Betreuungskonzepte sowie multiprofessionelle Behandlungen zu entwickeln, sodass auf individuelle Bedarfs- und Lebenslagen eingegangen werden kann (INT11_F&L_BIP_2). Dies gilt nicht nur für den professionellen, sondern auch für den informellen Pflegebereich (INT25_F&L/PP_MD/TP_3). Vor diesem umfassenderen Verständnis von Pflege müssen laut Interviewpartner:innen curriculare Inhalte neu erstellt bzw. angepasst sowie strukturelle Maßnahmen wie der Ausbau von alternativen Wohnformen vorangetrieben werden (INT11_F&L_BIP_2; INT41_F&L_BIP_1).

3.6.1 Integrierte Versorgung

Die Primärversorgung wird sowohl von Pflegekräften (INT2_PDL-FKP_SAP_5), Vertreter:innen der Politik (INT10_PM_LISTE FRITZ_1) als auch Führungskräften aus dem Bereich der integrierten Versorgung thematisiert (INT5_F&L_LIV_2). Dabei wird kritisiert, dass in Tirol seit 2021 sechs Primärversorgungszentren existieren sollten. Es sei an der Zeit, diese tatsächlich umzusetzen. Andere Bundesländer haben eine Implementierung bzw. den Aufbau einer integrierten Versorgung bereits vollzogen (INT10_PM_LISTE FRITZ_1). In den Primärversorgungszentren bzw. der integrierten Versorgung wird das Potential gesehen, zur Entlastung sowohl von bestehenden Strukturen als auch Patient:innen bzw. Angehörigen beizutragen. Sie sollten vor allem in ländlicheren Regionen, wo oft Gesundheitsversorgungsstrukturen als unzureichend erlebt werden, eingesetzt werden. So könnten Patient:innen in der Nähe zu ihrem Wohnort versorgt werden und müssten nicht mehr für beispielsweise Einschulungen (z. B. Insulingabe) ins Krankenhaus in einen entfernten Ballungsraum.

Eine ganzheitliche, interdisziplinäre Versorgung wird mittlerweile als Voraussetzung für eine effizientere und qualitativ hochwertigere Gesundheitsversorgung angesehen (INT41_F&L_BIP_1). Dazu zählt vor allem

die niedrigschwellige Erreichbarkeit von interdisziplinären Teams (Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Soziale Arbeit, etc.) als erste Ansprechpartner:innen, um nicht nur akut, sondern auch präventiv arbeiten zu können (INT41_F&L_BIP_1). In einem nächsten Schritt wäre zudem im Sinne der Interdisziplinarität die Einbindung der Gesundheitsprengel bzw. mobilen Angebote in die integrierte Versorgung anzudenken (INT41_F&L_BIP_1), um auch hier pflegerische Angebote zu stärken, Teams handlungsfähiger zu machen und die Versorgung effektiver zu gestalten. Vernetzung ist dabei essentiell für den Erfolg integrierter Versorgung. Um Vernetzung gelingend zu gestalten, braucht es bessere elektronische Kommunikationsmittel (INT5_F&L_LIV_2). Unterstützend wirken bestehende (digitale) Angebote des LIV, wie das *HerzMobil Tirol* oder andere Programme im Bereich Diabetes-, Stoma- oder Wundversorgung. Die interviewten Personen (INT1_IV_2; INT5_F&L_LIV_2) sind sich einig, dass diese Angebote im Sinne der Integrierten Versorgung ausgebaut werden müssen, da sie in der Pflege unterstützend und effizienzsteigernd wirken. Gleichzeitig wären mit diesen Angeboten des LIV Kompetenzverschiebungen von Mediziner:innen auf die Pflege möglich (INT1_IV_2), um die Versorgung bedürfnisorientierter, schneller und adäquater gestalten zu können (siehe Kapitel „Kompetenzerweiterung“).

Um das komplexe Thema der Integrierten Versorgung in Tirol anzugehen, wäre es wünschenswert, dieses mit Forschung begleitet durchzudenken und zu implementieren. Konkret wurde gefordert, ein Projekt zu starten, das sich unabhängig von bestehenden Versorgungssystemen und -bereichen einer Implementierung von Integrierter Versorgung in einer definierten Region annimmt. Wichtig für dieses Projekt wäre die Einbindung der wesentlichen Akteure, wie Hauskrankenpflege/mobile Pflege, Primärversorgung, Notarztwesen, Diabätologie etc. (INT27_BP_2).

Zudem muss laut mehreren Interviewpartner:innen die oft unzureichende ärztliche Versorgung in Altenheimen adressiert werden. Es wird vermehrt berichtet, wie zeit- und personalintensiv sich die Koordinierung der unterschiedlichen Hausärzt:innen von Bewohner:innen gestaltet. Neben den unterschiedlichen Hausärzt:innen müssen noch verschiedene Ordinationszeiten und –standorte berücksichtigt werden (INT4_IV_3; INT18_F&L_ÄK_3; INT24_BR_BW/SLP_1; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT34_PDL-FKP_SLP_1; INT39_PP_SLP_1; INT48_BP_2). Gleichzeitig wird von Problemen bei der Umsetzung von Heim- und Hausbesuchen berichtet (INT24_BR_BW/SLP_1). In diesem Zusammenhang werden unterschiedliche Lösungen diskutiert. So wird betont, dass der Vorteil eines Heimarztes die freie Arztwahl überwiegt (INT34_PDL-FKP_SLP_1), weil Ärzt:innen vor Ort im Heim Ambulanzbesuche, Krankenhausaufenthalte und letztendlich -einweisung reduzieren oder vermeidbar machen (INT34_PDL-FKP_SLP_1). Gleichzeitig würde sich der administrative und koordinative Aufwand für das Pflegepersonal reduzieren, weil beispielsweise Transportscheine, Medikamentenverschreibungen und Verordnungen schneller ausgestellt werden könnten und den Einrichtungen direkt vorliegen würden (INT4_IV_3; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7; INT34_PDL-FKP_SLP_1). Durch diese Zeit- und Kostenersparnisse könnten sich das Pflegepersonal wieder mehr pflegerischen Aufgaben widmen (INT48_BP_2).

Für mobile Dienste stellt sich die Situation ähnlich dar. Mobile Angebote von Haus- und Fachärzt:innen (z. B. Neurolog:innen, Internist:innen etc.) könnten sowohl mobile Dienste als auch Langzeitpflegeeinrichtungen entlasten (INT25_F&L/PP_MD/TP_3; INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7). Ärzt:innen könnten beim Sprengel angestellt und bedarfsgerecht eingesetzt werden (INT45_F&L_TB/MP_1). Entsprechende Angebote könnten auch sprengelübergreifend gedacht werden.

Auch digitale Lösungen können eine schnellere Versorgung unterstützen. Durch die digitale Vernetzung einer einheitlichen Dokumentation von Langzeitpflegeeinrichtung und Arztpraxis kann durch die gemeinsame Einsicht schneller und adäquater auf Veränderungen in Gesundheitszuständen von Bewohner:innen reagiert werden. Zudem würden solche Lösungen zu einer besseren und schnelleren Erreichbarkeit der Ärzt:innen führen. So können zum Beispiel Pflegekräfte durch einen Klick am Computer eine Erinnerung bzw. Alarm bei den jeweiligen Hausärzt:innen auslösen, die wiederum nur durch einen Klick die Verordnung von Medikamenten übermitteln, sodass die Pflegefachkräfte ungehindert weiterarbeiten können (INT18_F&L_ÄK_3; INT42_F&L_MP_1; INT44_IV_1). Der Ausbau der elektronischen Gesundheitsplattform ELGA wird in diesem Kontext ebenfalls als dringende Notwendigkeit angesehen (INT18_F&L_ÄK_3) (siehe Kapitel „Verwaltung").

In Primärversorgungszentren wird großes Potenzial gesehen, um eine umfassende Gesundheitsversorgung – besonders auf dem Land, wo bestehende Strukturen teils als unzureichend beschrieben werden – zu gewährleisten. Zudem könnte ein gezielter Ausbau dieser Zentren weiter zur Entlastung anderer Strukturen wie Krankenhäusern beitragen, da gewisse Tätigkeiten (z. B. Einschulungen für Insulinspritzen) auch vor Ort in ländlichen Gebieten durchgeführt werden können und dafür nicht mehr Einrichtungen in Ballungszentren aufgesucht werden müssen.

Darüber hinaus wird die Integrierung des Case Managements und die Soziale Arbeit in Primärversorgungszentren als relevant erachtet. Zudem skizzieren die Gespräche den Bedarf, bereits bestehende Angebote des LIV wie das HerzMobil Tirol auszubauen und weitere Bereiche wie Diabetes-, Stoma- oder Wundversorgung in das Versorgungsprogramm aufzunehmen. Auch an dieser Stelle wurde thematisiert, Kompetenzen der Medizin aus den genannten Bereichen auf die Pflege zu übertragen, um die Versorgung bedürfnisorientierter, schneller und adäquater gestalten zu können.

Des Weiteren wird die ärztliche Versorgung innerhalb der Langzeitpflege teils als unzureichend bzw. nicht bedarfsgerecht wahrgenommen. So benötigt die Kommunikation mit Haus- und Fachärzt:innen viel Koordination, da die Erreichbarkeit aufgrund individueller Ordinationszeiten variiert. Auch die Umsetzung von Haus- bzw. Heimbesuchen durch Ärzt:innen wird aus der Erfahrung heraus als schwierig beschrieben. An dieser Stelle wird wiederkehrend auf die Entlastung des Gesundheitssystems durch eine weitreichendere integrierte Versorgung innerhalb der Langzeitpflege verwiesen, da Krankenhauseinweisungen durch eine adäquate Versorgung vor Ort verhindert werden könnten. Eine Verbesserung der Vernetzung wird als essenzieller Faktor für eine funktionierende integrierte Versorgung gesehen. Zudem besteht die Idee, Haus- und Fachärzt:innen für eine schnellere Versorgung als feste Bestandteile der Pflegeteams von Einrichtungen zu denken. So wurde beispielsweise auf das Vorarlberger Pilotprojekt „Ärztliche Koordination" (Fredersdorf et al., 2015) verwiesen. Auch die digitale Vernetzung von Arztpraxen und Langezeitpflegeeinrichtungen durch Zugriff beider Seiten auf eine einheitliche Dokumentation würde Abhilfe schaffen, da schneller auf Veränderungen im Gesundheitszustand der Bewohner:innen reagiert werden könnte. Der Ausbau der elektronischen Gesundheitsplattform ELGA wird angesichts dessen als dringende Notwendigkeit gesehen.

3.6.2 Netzwerke, Community Nurse & Case und Care Management

Die Vernetzung der verschiedenen Betreuungsangebote aus den Bereichen Langzeitpflege, den Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige und den Einrichtungen der Akutversorgung stellt eine zentrale

Säule zur ganzheitlichen Effizienzsteigerung im Pflegesektor dar. Im Rahmen der Erhebung wurde dabei das Case und Caremanagement[13] sowie die Einführung von „Community Nurses bzw. Community Care" diskutiert.

Ein effizientes Case und Care Management wird mehrheitlich als zentrales Element zur Vernetzung der verschiedenen Angebote und Strukturen und in weiterer Folge zur Steigerung der Qualität der Versorgung angegeben. Ziel ist es dabei, gerade komplexen Pflegefällen langfristig und den volatilen Bedürfnissen der Klient:innen und Angehörigen entsprechend mit dynamischen Behandlungs- und Betreuungsplänen zu begegnen (INT5_F&L_LIV_2). Im Rahmen des aktuellen Ausbaus der Strukturen des Case und Care Managements werden regionale Koordinierungsstellen geschaffen (INT6_F&L_LAND_1; INT20_MA_LAND_1). Die Vernetzung der einzelnen Stellen bzw. auch die Inanspruchnahme der Leistung durch Klient:innen und Angehörige gestaltet sich dabei stellenweise noch als schwierig (INT26_MA_MD/MP/SLP_1). Mehrfach wird eine nähere Ansiedlung der Strukturen an den Sozialräumen bzw. den Gesundheitssprengeln angeregt, um das Angebot niedrigschwelliger zu gestalten (INT5_F&L_LIV_2; INT19_BP_1, INT26_MA_MD/MP/SLP_1). Weiter gilt es die Strukturen des Case und Care Managements mit bestehenden Angeboten im Bereich der Sozialen Arbeit zu vernetzen. Bei klarer Kompetenz- und Aufgabenabgrenzung können Synergien zwischen Sozialer Arbeit, Case und Care Management und der neu geschaffenen Struktur der Community Nurses gefördert und eine effiziente Zusammenarbeit gewährleistet werden (INT19_BP_1; INT26_MA_MD/MP/SLP_1). Eine weitere Differenzierung der Berufsbezeichnung in Hinblick auf Aufgaben- und Kompetenzverteilung und dem entsprechend erforderlichen fachlichen Hintergrund zwischen Case Management und Care Management wird angeregt (INT45_F&L_TB/MP_1). Die geschaffenen Strukturen im Bereich der Beratung und Betreuung von pflegenden Angehörigen können zudem die strapazierte Langzeitpflege entlasten, da so eine längere Versorgung im häuslichen Umfeld ermöglicht werden kann (INT23_IV_1). So stehen im Rahmen des nationalen Sozialbudgets 2022 bis 2024 49,8 Millionen Euro an EU-Fördermitteln zur Verfügung, um österreichweit Strukturen für bis zu 150 Community Nurses zu schaffen. In Tirol wurden bisher in sechs Gemeinden entsprechende Strukturen etabliert (INT5_F&L_LIV_2). Gleichzeitig wurden im Rahmen der Erhebung aus verschiedenen Richtungen Bedenken und Unsicherheiten bezüglich der Community Nurses angebracht. So attestiert das Landesinstitut für integrierte Versorgung dem Vorhaben durchaus Potential, formuliert aber auch Bedenken bzw. Anregungen, die insbesondere die Abgrenzung von Zuständigkeiten und Vernetzung mit bereits vorhandenen Strukturen, wie zum Beispiel der sozialen Arbeit, betreffen. Zudem bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der künftigen Finanzierung der Strukturen nach Ablauf der auf drei Jahre angelegten EU-Förderung (INT5_F&L_LIV_2). Diesbezüglich wird eine transparente Kommunikation zur weiteren Planung gefordert (INT26_MA_MD/MP/SLP_1). Ein Diskurs zur gezielten und bedarfsorientierten Definition der Kompetenzen und Aufgaben der Community Nurses muss also als Voraussetzung für eine erfolgreiche und effektive Integration der Funktion in das bestehende System der Primärversorgung betrachtet werden. So sind klare Abgrenzungen der Kompetenzen und Aufgaben zwischen Community Nurses und bestehenden Strukturen der Sozialen Arbeit (INT19_BP_1), der mobilen Pflegedienste auf Gemeindeebene (INT5_F&L_LIV_2) und des Case und Care Managements (INT5_F&L_LIV_2; INT26_MA_MD/MP/SLP_1; INT45_F&L_TB/MP_1) dringend erforderlich. Potential wird in Abgrenzung zum Case und Care Management vor allem in der Möglichkeit zu direktem persönlichem Kontakt der Community Nurse mit Klient:innen und deren Angehörigen gesehen (INT12_PDL-FKP_SLP_4).

[13] Die Begrifflichkeit „Case und Care Mangement" wurde als Begrifflichkeit von den Teilnehmenden selbst permanent bedient. Zudem wurde teilweise Case Management als Synonym für Caremanagement und vice versa angesteuert. Grundsätzlich ist das Caremanagement im Zuge des Entlassungsmanagements bzw. der Koordination unterschiedlicher Pflege- und Betreuungseinrichtugnen (u. a. Behörden) zu verorten und das Case Managment ist als Konzept näher an sozial-pflegerischen Tätigkeiten angesiedelt, das die optimale Pflege und Betreuung zu Hause ermöglichen soll.

„Wenn man es richtigmacht (…) kann die Struktur viel beitragen. Wenn die Community Nurse wirklich vor Ort ist und einen Kontakt zu den Menschen aufbaut. Wenn das gut gelingt, können wir viele Kosten im Bereich der Pflege sparen." (INT12_PDL-FKP_SLP_4)

Die Einführung von „Community Nurses" muss also als Pilotprojekt verstanden werden. Eine wissenschaftliche Begleitung zur Evaluierung wird empfohlen (INT5_F&L_LIV_2), um das Potenzial der Struktur nachhaltig umzusetzen und der Schaffung von Parallelstrukturen entgegenzuwirken.

In den Gesprächen wird deutlich, dass eine gute Vernetzung einzelner Betreuungsformen (z. B. Akut- und Langzeitpflege) maßgeblich zu einer ganzheitlichen Effizienzsteigerung beiträgt. Dennoch wurde mehrmals betont, dass die Entlassung von Patient:innen aus der Akutpflege hin zur Langzeitpflege trotz vorhandener Vernetzung aber aufgrund von Personal- und Bettenmangels ein Problem darstellt. Es wird zudem mehrmals darauf hingewiesen, bei der Etablierung neuer Konzepte auf bestehende Strukturen zurückzugreifen und gezielt auf die Integration in bzw. von bestehenden Strukturen zu achten. So wurde beispielsweise der Bedarf einer klaren Beschreibung des Aufgabenfeldes der Community Nurses in Abgrenzung zu Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit und des Case und Care Managements formuliert. Die Wichtigkeit des Case und Care Managements wird von allen hervorgehoben. Zugleich wird aber auch die Notwendigkeit deutlich gemacht, diese näher an die Sozialräume zu rücken (weg von der BH, hin zum Sozialsprengel, eventuell auch Regionalmanagement). Darüber hinaus gibt es Forderungen, das Case und Care Management im Zuge des Entlassungsmanagements wesentlich früher einzubeziehen und beispielsweise Pflegestufen (sofern bisher noch nicht gegeben) sowie Hilfsmittelbedarfe nach der stationären Betreuung zumindest sofort zu erfassen und noch vor Entlassung aus dem stationären Bereich einen Erstkontakt mit dem Case und Care Management anzustreben bzw. fixe Termine zur Bearbeitung zu vergeben. Dies würde sicherstellen, dass Prozesse und die Qualität der Versorgung nach Entlassung vereinfacht bzw. verbessert werden.

Best Practice: Netzwerke und soziales Engagement für gelingendes Altern und Pflege im Quartier

Das *Bielefelder Modell* beschreibt ein Wohn- und Versorgungskonzept. Basis hierfür ist die Zusammenarbeit von einem Wohnungsunternehmen mit einem oder mehreren ambulanten Diensten. Das gemeinsame Ziel ist, dass Menschen mit und ohne Hilfs- und Pflegebedürftigkeit durch die Schaffung innovativer Strukturen trotz Beeinträchtigungen der Gesundheit oder Selbstständigkeit in ihrem eigenen häuslichen Umfeld so lange wie möglich verbleiben können (Wingenfeld et al., o. D). Damit dies gelingt, braucht es stabile Kooperationsbeziehungen zwischen den Trägern des Modells selbst (Wohnungsunternehmen und ambulanter Dienst) sowie der kommunalen Ebene und dem sozialen Engagement der im Quartier lebenden Personen. Es soll ein organisiertes Netzwerk professioneller und ehrenamtlicher Hilfen entstehen und die soziale Teilhabe aller im Quartier Wohnenden gefördert werden (Wingenfeld et al., o. D.). Die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Organisation dieser Hilfen liegt in der barrierefreien und für die dort lebenden Personen passenden Wohnanlage und einem Quartiers- und Pflegebüro, das vom ambulanten Dienst besetzt und als Beratungsstelle sowie Ausganspunkt für Quartiers- bzw. Sozialraum- und Gemeinwesenarbeit und Anlaufstelle für Kooperationspartner:innen genutzt wird (Wingenfeld et al., o. D.). Zudem beinhaltet das Bielefelder

Modell weitere Bausteine zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit. So bietet *(1) Pflegewohnen auf Zeit* befristet nutzbare Pflegewohnungen als festen Bestandteil der Wohnanlagen zur Entlastung pflegender Angehöriger. Ein (2) *Wohncafé* bietet ein Angebot für Mieter:innen der Wohnanlage und Menschen im Quartier als Beitrag zum Sozialleben. Durch (3) *Ehrenamt und Nachbarschaftshilfe* werden Menschen aus dem Quartier für Menschen in dem Quartier tätig, indem Angebote und Freizeitaktivitäten durch ehrenamtlich Engagierte gestaltet und umgesetzt werden bzw. niederschwellige Hilfeleistungen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe erbracht werden (Wingenfeld et al., o. D.). Zusätzlich braucht es eine permanente Notfallbereitschaft auch über Nacht, um eine 24-stündige Rufbereitschaft zu gewährleisten. Bei der Etablierung solcher Strukturen muss auf die vorhandene Infrastruktur im Stadtteil bzw. Quartier geachtet und entsprechend dem Bedarf bzw. der Notwendigkeit angepasst werden (Wingenfeld et al., o. D.). Nach einer ausführlichen Evaluation des Projektes von 2016 bis 2020 durch das Institut für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld (IPW) konnte festgestellt werden, dass Versorgungssicherheit im Sinne des selbstbestimmten Wohnens im Rahmen des Modells gewährleistet werden kann. Entscheidend hierbei sind der Einsatz und das Engagement der Träger:innen sowie der ehrenamtlich Engagierten. Herausforderungen zeigen sich in der Sicherstellung der nötigen Strukturen wie der nächtlichen Versorgungsbereitschaft, der Begleitung des Ehrenamtes und anderen quartiersbezogenen Aufgaben (Wingenfeld et al., o. D.).

In Tirol gibt es bereits ähnliche Projekte. Bei *Haus im Leben* handelt es sich nicht um ein Quartier bzw. einen Stadtteil, sondern um wohnbaugeförderte Mehrparteienhäuser, die als Wohnform für alle Generationen konzipiert sind. Derzeit gibt es *Haus im Leben* in Innsbruck, Fiecht, Kaltenbach, Nassereith und Ybbsitz (NÖ). Ziel dieses Mehrgenerationenwohnens ist die Schaffung von Rahmenbedingungen vor allem für Begegnungen und Beziehungen sowie gegenseitige Unterstützung im Alltag von und für Personen unterschiedlicher Altersgruppen. Gerade ältere Personen brauchen oft den Rückzug in die eigene Wohnung, vermissen aber gleichzeitig soziale Teilhabe im höheren Alter. Das Konzept gibt älteren Menschen die Möglichkeit, durch Begegnungen vor allem mit Jüngeren wieder am Leben teilzuhaben und gleichzeitig Unterstützung zu erfahren, um in den eigenen vier Wänden wohnhaft bleiben zu können. Zudem werden im Rahmen eines öffentlichen Cafés ehrenamtliche Aktionen durchgeführt, welche das soziale Engagement in der Gemeinschaft fördern und in der Öffentlichkeit sichtbar machen (Haus im Leben, o. D. a). Als Vorteile für die Gemeinden werden die „betreubare Wohnform ohne Kosten für die Gemeinde“ und die „Entlastung für Altenheime“ genannt (Haus im Leben, o. D. b). Eine sogenannte Wohnbegleitung wird von den Bewohner:innen anteilig und vollständig finanziert. Zudem können durch die barrierefreien Wohnungen, die Unterstützung der Wohnbegleitung und das Engagement der Bewohner:innen auch Personen mit niedriger Pflegestufe noch selbstständig wohnen. Die Wohnbegleitung übernimmt Aufgaben wie die Organisation von Veranstaltungen, die Unterstützung bei persönlichen, familiären und behördlichen Angelegenheiten sowie die Vermittlungen von professionellen und/oder ehrenamtlichen Hilfeleistungen (Haus im Leben, o. D. c).

Wie in diesen beiden Beispielen ersichtlich, werden die beiden Modelle neben den institutionellen Unterstützungsformen der ambulanten Dienste bzw. Wohnbegleitung durch das bürgerschaftliche Engagement in den Stadtteilen bzw. im Mehrgenerationenhaus getragen. Kricheldorff et al. (2015, S. 408) sehen im „Zusammenwirken von professionellen Diensten, Freiwilligen, Angehörigen und Nachbarn“ die Möglichkeit des Entstehens von individuellen Pflegesettings. Es bilden sich Netzwerke, die die zu pflegenden Personen in der eigenen Versorgung entlasten, die Pflege zu Hause möglich machen und in der sozialen Teilhabe unterstützend wirken (Kricheldorff et al., 2015).

Im *Haus im Leben* gibt es vor Ort einen ambulanten Dienst bzw. eine Wohnbegleitung. Im *Bielefelder Modell* ist vorgesehen, dass der ambulante Dienst auch Funktionen des Case Managements übernimmt, falls es Bedarfe zu adressieren gilt, die von externen, anderen Anbietern abgedeckt werden müssen (Wingenfeld et al., o. D.). Im *Haus des Lebens* scheint die Wohnbegleitung keine professionalisierte Person zu sein, wahrscheinlich auch weil eine entstprechende Finanzierung nicht möglich ist. In beiden Fällen kann jedoch angedacht werden, mit kommunaler Unterstützung beispielsweise Case und Care Manager:innen bzw. Sozialarbeiter:innen zusätzlich zum ambulanten Dienst einzusetzen. Kricheldorff (2018) zeigt auf, dass Sozialarbeiter:innen auch im Quartier bzw. im Stadtteil professionell tätig sein und als Case Manager:innen genauso wie sie zum Beispiel für die Netzwerkarbeit im Sinne von Koordination, Kooperation und Koproduktion im sozialen Raum eingesetzt werden können (Kricheldorff, 2018).

Ein neues Projekt wird aktuell in Hohenems in Vorarlberg umgesetzt. In einem Quartier mit 39 neuen, barrierefreien Wohnungen für Jung und Alt wurde vor Ort eine Servicestelle für Pflege und Betreuung eingerichtet, die zuerst von den Gemeinden Lustenau und Hohenems geteilt, nun jedoch ganz in die Trägerstruktur der Stadt Hohenems überführt wurde. Zudem gibt es ein neues Büro für Gemeinwesenarbeit. In der Servicestelle für Pflege und Betreuung sitzen zwei Case Managerinnen sowie eine Koordinatorin für das verfügbare betreute Wohnen im Quartier. Im Büro für Gemeinwesen arbeiten eine Sozialpädagogin, welche für das Familien-Case Management vor Ort verantwortlich ist, sowie eine Sozialarbeiterin, die sich um Entwicklungen von Initiativen und Projekten von und für die Hohenemser Bevölkerung kümmert (Stadt Hohenems, 2022; Gemeinde-Stadt Hohenems, 2022).

WEITERFÜHRENDE LINKS

Handreichung Bielefelder Modell: https://www.bgw-bielefeld.de/wp-content/uploads/2021/11/bielefelder-modell-handreichung.pdf?x88597

Website Haus im Leben: www.hausimleben.at

Best Practice: Buurtzorg

Das niederländische Modell *Buurtzorg*, das auf der Idee von Jos de Blok beruht und mit „Betreuung in der Nachbarschaft" übersetzt werden kann (Laib et al., 2020, S. 158), ist ein innovatives Modell, welches das Ziel der integrierten sowie wohnortnahen und häuslichen Versorgung verfolgt. Kern ist es, die ambulante Pflege neu zu denken, die Versorgung von Klient:innen gegenüber bürokratischen und verwaltungstechnischen Aufgaben wieder in den Fokus der Arbeit zu rücken (Laib et al., 2020) und damit mehr Zeit für die Beziehungsarbeit mit Klient:innen zu ermöglichen (Bartonitz, 2018). Hierfür fußt das Modell auf drei Säulen: (1) Selbstgesteuerte Pflegeteams, (2) das Backoffice mit Mitarbeitenden im Bereich zentrale Funktionen und (3) ein Coach-System (Laib et al., 2020, S. 165). Das Kernteam bilden vier bis maximal 12 sogenannte Community Nurses (dreijährige Bachelorausbildung) bzw. Assistent:innen (zweijährige Ausbildung), die mit sozialen Diensten, Allgemeinmediziner:innen, betreuenden und pflegenden Personen und weiteren Versorger:innen zusammenarbeiten (Leichsenring, 2015; Laib et al., 2020). Dazu gehören auch geschulte Angehörige, Nachbarn oder Freunde. Die Pflegekräfte sind somit für die Koordination von formellen und informellen Hilfen zuständig (Burtke, 2018). Besonders an diesem Modell sind die flachen Hierarchien: Das Team organisiert die Arbeiten und Touren mithilfe technischer Hilfsmittel für Planung, Datensammlung und Dokumentation (z. B. Intranet, Apps) selbst (Laib et al., 2020). Die zentrale Verwaltung kümmert sich nur um die

Administration und das Coaching der Teams. Ein Team versorgt ca. 50 bis 60 Klient:innen. Werden es mehr Klient:innen, bildet sich ein neues Team (Leichsenring, 2015; Laib et al., 2020). Durch die kleine Anzahl an Mitarbeiter:innen in einem Quartier lernen diese die Klient:innen gut kennen und es ist möglich, dass bei Ausfall ohne Probleme die Touren von Kolleg:innen übernommen werden können (Burtke, 2018). Neben der Zusammenarbeit mit anderen formell und auch informell Pflegenden setzt *Buurtzorg* auf die Selbstpflege und somit auf die Aktivierung und Nutzung der Ressourcen der Klient:innen (Burtke, 2018). Aktuell wird zusätzlich das neue Projekt *Buurtzorg+* umgesetzt. Hierbei geht es um die Verstärkung der Teams in Sinne der integrierten Versorgung, sodass auch Physiotherapeut:innen und Beschäftigungstherapeut:innen in den Teams mitarbeiten (Buurtzorg, 2022a).

Das Projekt wurde 2006 „im Kontext des strikt geregelten niederländischen Quasi-Markts der mobilen Pflege und Betreuung" (Leichsenring, 2015, S. 22) zum ersten Mal durchgeführt. Über die Jahre hinweg hat *Buurtorg* sich gegen die traditionellen Anbieter in den Niederlanden durchgesetzt, „genießt (…) das Vertrauen der Krankenkassen und kann frei ihren Leistungsauftrag erfüllen" (Laib et al., 2020, S. 165). Andere Anbieter mussten ihr Angebot sogar an das Modell adaptieren, um weiter Personal rekrutieren zu können. Im Jahr 2006 mit einem Team gestartet, hat Buurtzorg 13 Jahre später an die 15.000 Mitarbeiter:innen in den Niederlanden mit einem Marktanteil von 80 Prozent in der ambulanten Pflege (Laib et al., 2020). Hierbei scheinen die Overhead-Kosten mit 50 Mitarbeiter:innen in der zentralen Verwaltung überschaubar (Leichsenring, 2015). Laut Buurtzorg (2022c) wurde das Konzept in Ländern wie Japan, China, Australien, Indien, Taiwan, Russland, Schweden, Dänemark, Großbritannien, USA, Österreich, Deutschland, Frankreich durch Partnerorganisationen adaptiert (Buurtzorg, 2022c; Laib et al., 2020). In der Schweiz wird seit 1. Jänner 2018 durch die *Spitex Zürich Limmattal* ein Pilotptojekt nach Vorbild von Buurtzog umgesetzt (Laib et al., 2020).

Zu den Vorteilen dieses Projektes zählt die Zufriedenheit in Bezug auf die Zusammenarbeit von Gemeinden, Ärzt:innen vor Ort und dem Buurtzorg-Team (de Veer et al., 2008). Auch die Reduktion des durchschnittlichen Zeitaufwands für die Adressierung und Befriedigung des von Assessment-Zentren festgestellten Pflegebedarfs um fast 40 Prozent und eine entsprechenden Kosteneinsparung wird positiv bewertet (de Veer et al., 2008). Zudem wird ganz generell auf eine kürzere Inanspruchnahme der Versorgung durch *Buurtzorg* verwiesen, da die Effekte der Remobilisierung greifen und Krankenhauseinweisungen reduziert werden können (Maatschappelijke Business Case Buurtzorg, 2009). Buurtzorg wurde in den Jahren 2011 und 2013 zum niederländischen Arbeitgeber des Jahres gewählt (Buurtzorg, 2022b). Weitere Vorteile seien die Eigenverantwortung der qualifizierten Mitarbeiter:innen, flache Organisationsstrukturen, die starke Vernetzung sowie die Zusammenarbeit in kleinen Teams (Burtke, 2018). Buurtzorg bildet ein Beispiel für funktionierende Selbstorganisation bzw. Arbeit selbstgesteuerter Teams (Laib et al., 2020).

Laut Leichsenring (2015) ist die Implementierung dieses Modells auch in Österreich denkbar. Zwar seien die Strukturen zur Finanzierung in Österreich und den Niederlanden unterschiedlich, gleichzeitig seien die Form des Pflegemodells und die Organisationsprinzipien durchaus interessant (Leichsenring, 2015). Für Österreich bestehen neben unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen zwei weitere inhaltliche Herausforderungen. Zum einen gibt es in Österreich keine Ausbildung für Community Nurses. Am nächsten kommt hier das Berufsbild der Sozialbetreuung im Bereich Altenarbeit, da hier sowohl soziale als auch pflegerische Kompetenzen gefragt sind. In der Praxis wird dieses Berufsbild aber in Stellenausschreibungen nicht aufgegriffen, weshalb ausgebildete Personen meist als Pflegehelfer:innen eingesetzt werden.

Leichsenring (2015, S. 23) schlägt vor, durch Fortbildungen und eine stärkere Vernetzung mit anderen Berufsgruppen die „aktivierende Beziehungspflege" stärker in die Versorgung miteinzubeziehen, sodass „multi-disziplinäre Betreuung" implementiert werden kann. Zudem müsste die Förderung zur Selbst-Pflege in Österreich wieder mehr in Versorgungsmaßnahmen miteinbezogen werden. Hier wird argumentiert, dass die vorhandenen Rahmenbedingungen in der Versorgungsstruktur solche Konzepte nicht erlauben würden. *Buurtzorg* in seiner Organisationsform würde aber aufgrund der Autonomie, der flachen Hierarchie sowie Ganzheitlichkeit, Kollaboration und Einsatz von IT-Lösungen den richtigen Rahmen für eine entsprechende Remobilisierung schaffen. Für eine erfolgreiche Anwendung von Remobilisierungsmaßnahmen müsse in diesem Kontext ein ganzheitlicher und systemischer Ansatz implementiert werden, anstatt weiterhin auf kleinteilige und verkürzte Prozesse sowie Aufgabenreduktion zurückzugreifen (Leichsenring, 2015).

Das Konzept von *Buurtzorg* wurde in Österreich bislang in Klosterneuburg in Niederösterreich unter dem Namen *Cura Communitas* implementiert. Eine Evaluierung liegt bislang noch nicht vor, jedoch kann mehreren Medienberichten entnommen werden, dass das Projekt gut läuft und sowohl Mitarbeiter:innen als auch Klient:innen zufrieden sind. Das Team ist bisher noch klein und umfasst drei Mitarbeiter:innen. Aufgrund des alternativen Ansatzes konnte beispielsweise eine Pflege-Aussteigerin nach zehn Jahren zu einem Wiedereinstieg bewegt werden (Kramp, 2020). Die diplomierten Pfleger:innen sehen dabei die Selbstorganisation im Arbeitsalltag und die unterschiedlichen Tätigkeiten neben der eigentlichen Pflege als Bereicherung (Stindl, 2020), betonen aber gleichzeitg, dass dieses weite und agile Aufgabenprofil nicht unbedingt für jede Fachkraft geeignet ist (Kramp, 2020).

WEITERFÜHRENDE LINKS

Buurtzorg: https://www.buurtzorg.com/
Cura Communitas: https://cuco.at/
Spitex Zürich Limmat: https://www.spitex.ch/files/PNF1DZH/prae_brunnschweiler_def_dt.pdf

Best Practice: Reablement – Erhaltung von Selbstständigkeit und Lebensqualität von älteren Personen

Das Konzept des *Reablements*, auch *restorative care* genannt, ist ein Pflegekonzept, das vor allem in England und Norwegen, aber auch in Neuseeland, Schottland, Australien und den USA angeboten wird. Reablement „usually consists of a short-term intervention (3-12 weeks) in the home of the older person where the focus is on training in daily functions in order to regain or maintain their capacities" (Rostgaard, 2016, S. 78). Der Ansatz beschreibt einen Service gegenüber Senior:innen mit körperlichen und mentalen Einschränkungen, der ihnen helfen soll, sich ihrem Zustand anzupassen und für den Alltag erforderliche Fähigkeiten (wieder) zu erlernen (Tessier et al., 2016). Ziel ist es, Senior:innen dabei zu unterstützen, unabhängig und erfüllt in der Gemeinschaft leben zu können und gleichzeitig den Bedarf an kontinuierlicher Unterstützung und Dienstleistungen und dadurch entstehenden Kosten durch kurzfristige, zielgerichtete Interventionen zu senken (Tessier et al., 2016). Hierbei geht es um die Förderung und Optimierung einer funktionalen Unabhängigkeit und nicht um die Beiseitigung gesundheitlicher Probleme (Tessier et al., 2016). So sind beispielsweise in Dänemark solche Maßnahmen seit 2015 gesetzlich vorgeschrieben, bevor traditionelle Pflege implementiert wird (Rostgaard, 2016), außer es wird festgestellt, dass die Person für diese Maßnahmen nicht mehr in der Lage ist (Rostgaard & Graff, 2017). Das Angebot von Reablement-Maßnahmen gestaltet sich unterschiedlich. Teilweise sind sie bereits in Sozial- und Gesundheitseinrichtungen integriert

und werden vor Ort angeboten oder es gibt eigene Organisationen, die Reablement-Maßnahmen neben anderen pflegerischen Dienstleistungen anbieten (Aspinal et al., 2016). Es handelt sich um einen multidisziplinären Ansatz und verlangt die Zusammenarbeit von interdisziplinären Teams, welche meist aus Pflegekräften, Diätolog:innen, Physio- und Beschäftigungstherapeut:innen sowie Sozialarbeiter:innen bestehen. Die Gründe für den Einsatz von Reablement bestehen einerseits darin, die Lebensqualität für ältere Personen aufrechtzuerhalten bzw. zu steigern. Zum anderen wird oft darauf hingewiesen, dass durch das Training Kosten eingespart werden können (Aspinal et al., 2016). In Dänemark werden beispielsweise 80 Prozent der Personen, welche sich ursprünglich für eine Heimpflege beworben haben, mit kurzfristigen Reablement-Maßnahmen versorgt. Gemeinden berichten von einer bis zu 60 prozentigen Erfolgsrate, sodass Menschen nach Inanspruchnahme der Maßnahmen wieder selbstständig im privaten Umfeld leben können (Rostgaard, 2016). Auch eine Studie aus Großbritannien zeigt, dass Reablement einen signifikanten Einfluss auf die Unabhängigkeit und damit Reduktion von langfristigen Pflegemaßnahmen für Personen hat (Slater & Hasson, 2018). So lassen sich beispielsweise auch langanhaltende Erfolge feststellen, wenn zum Beispiel Beschäftigungstherapeut:innen bereits vorhandenes Pflegepersonal anleiten, welches die Reablement-Maßnahmen mit älteren Menschen durchführt (Winkel et al., 2013). Zudem wird deutlich, dass Reablement-Maßnahmen bzw. die Anleitung und die damit einhergehnde Reduzierung des kontinuerlichen Unterstützungbedarfes (und langfrsitiger Gesundheitsdienstleistungen) zu Entlastungen innerhalb der Hauskrankenpflege und damit zu besseren Arbeitsbedingungen, mehr Zufriedenheit der Pflegekräfte und einer geringeren Tendenz zum Berufsausstieg führt (Rostgaard, 2018; Tessier et al., 2016).

3.6.3 Soziale Arbeit

Im Rahmen der Erhebung wurde wiederkehrend diskutiert, ob und wie die Soziale Arbeit als Profession im Bereich der Pflege tätig sein kann (INT4_IV_3; INT19_BP_1; INT22_BR_SLP_1; INT32_F&L_MD_2; INT45_F&L_TB/MP_1). In einem der Interviews wurde die Soziale Arbeit vorwiegend abgelehnt, da soziale Aufgaben auch zur Pflege gehören und somit in der Pflegekompetenz liegen würden. Außerdem wurden Sozialarbeiter:innen als nicht geeignete Personen für das Entlassungsmanagement gesehen, da auch die Beratungstätigkeit eine Urkompetenz der Pflege sei. Sozialarbeiter:innen können, wenn dann nur unterstützend für die Pflege agieren (INT4_IV_3). In den weiteren Interviews war der Konsens jedoch, dass die Pflege ein klares Handlungsfeld der Sozialen Arbeit bildet (INT19_BP_1; INT22_BR_SLP_1; INT32_F&L_MD_2; INT45_F&L_TB/MP_1). Dies findet sich bereits in benannten und unterrichteten Handlungsfeldern wieder, zum Beispiel die klinische Soziale Arbeit, Soziale Arbeit für ältere Menschen bzw. Soziale Altenarbeit und im Bereich der Wohnungslosenhilfe (INT32_F&L_MD_2). Somit ginge es nicht um die Diskussion, ob Soziale Arbeit im Bereich der Pflege tätig sei, sondern wie sie es sein kann und sollte (INT19_BP_1). Da die soziale Komponente im Rahmen der Pflege genauso wichtig ist wie die pflegerische, seien zusätzliche Berufsgruppen, die sich um das soziale Feld kümmern, z. B. in Altenheimen erwünscht (INT22_BR_SLP_1). Umgekehrt wird Pflege in der Sozialen Arbeit genauso als Betreuung verstanden (INT32_F&L_MD_2), weshalb die Soziale Arbeit ergänzend und entlastend zur Pflege wirksam werden kann, vor allem wenn ihr Kompetenzen im Sinne von klarer Aufgabenbeschreibung und eigener Kostenstelle zugesprochen werden (INT19_BP_1_EF). An unterschiedlichen Stellen und Kontexten eingesetzt, kann die Soziale Arbeit präventiv tätig sein und Pflege verhindern (INT19_BP_1). Gleichzeitig kann sie im Rahmen von Sozialberatung und systemischer Fallarbeit agieren und so Vorarbeit für die Pflege verrichten, beispielsweise bei desorientier-

tem Wohnen. Hier würde die Heimhilfe erst einstiegen, wenn zuvor eine Grundreinigung der Wohnung erfolgte. Die Koordinierung der Grundreinigung würde die Soziale Arbeit organisieren (INT32_F&L_MD_2). Als weitere Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit können die Kooperation mit anderen sozialen und pflegerischen Einrichtungen, die Koordination von unterschiedlichen Leistungserbringer:innen sowie die Antragstellung von Pflegegeldern, wo die sozialarbeiterischen Fachkräfte teilweise auch bei Gutachten dabei sind, genannt werden (INT32_F&L_MD_2). Genau hier liegt aber ein Problem, denn häufig wird die Soziale Arbeit auf diese oft bürokratischen Tätigkeiten reduziert und ihr die soziale Kompetenz abgesprochen (INT19_BP_1). Die Soziale Arbeit hat jedoch das angebrachte Handlungs- und Methodenwissen, um zum Beispiel im Rahmen von Fall- und Beziehungsarbeit mit Personen zu interagieren, welche nicht betreut und gepflegt werden möchten, obwohl es notwendig wäre (INT32_F&L_MD_2). Eine genaue Aufstellung der Kompetenzen der Sozialen Arbeit lässt sich im Positionspapier zur „Sozialen Arbeit" des Berufsverbandes der Sozialen Arbeit in Österreich finden (Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit, 2018). Zusammengefasst kann gesagt werden, dass im Idealfall für die Pflege, Betreuung und Begleitung von Personen ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Pflegekraft und Sozialarbeiter:in, auf Augenhöhe zusammenarbeitet (INT19_BP_1). In der Praxis liegen die Probleme der Berufsausübung der Sozialen Arbeit im Bereich der Pflege aber nicht nur in der Diskussion um bzw. über die Kompetenzen, sondern auch auf der strukturellen Ebene. Laut einer Aussage sei Tirol der Ansicht, dass Pflegebedürftigkeit nicht nur ein pflegerisches, sondern auch ein soziales Problem sei, hinterher (INT19_BP_1). Hier könnte auch ein Zusammenhang zu den Ausbildungen der Sozialen Arbeit hergestellt werden. In derzeitigen Curricula in den unterschiedlichen Ausbildungen im Bereich der Sozialen Arbeit wird der Schwerpunkt auf Kinder und Jugendliche gelegt. Teilweise können die Themen Pflege und Alter(n) als Ausbildungsinhalte abgewählt werden. Diese beiden Themenbereiche sind somit während der Ausbildung unterrepräsentiert. Zudem gibt es am Arbeitsmarkt äußerst wenige Praktika und Stellen für Sozialarbeiter:innen im Bereich der Pflege (INT19_BP_1). Es müssten Curricula umgestellt und dem demographischen Wandel angepasst werden. Gleichzeitig muss das Land Tirol eigene Kostenpositionen für die Soziale Arbeit schaffen. Diese fehlenden Positionen sind der Grund, warum beispielsweise Pflegeheime kaum für Sozialarbeiter:innen Stellen anbieten können (INT19_BP_1; INT45_F&L_TB/MP_1). Ein konkreter Vorschlag war, Sozialarbeiter:innen, welche im Case und Care Management eingesetzt werden, mit dem Land abzurechnen. Als Vorgabe für die Abrechnung wurde im Rahmen eines Interviews eingebracht, dass die Sozialarbeiter:innen den zweisemestrigen UMIT-Lehrgang „Case Management" absolvieren müssen (INT45_F&L_TB/MP_1).

Zur Implementierung der Community Nurses in Tirol wurden ebenfalls Statements abgegeben. Die Gemeinwesenarbeit als Aufgabe der Community Nurse ist eigentlich Kompetenz der Sozialen Arbeit und nicht der Pflege. Da es in diesem Aufgabefeld vorranging um Vernetzungsarbeit, Beratung und sozialrechtliche Absicherung gehe, habe die Soziale Arbeit bereits damals noch unter Rudolf Anschober als Gesundheitsminister gefordert, dass der Dachbegriff Community Care laute und nicht Community Nurse. Dies wurde aber damals klar abgelehnt, obwohl der Berufsverband der Sozialen Arbeit dies als problematisch betrachtete, da Kompetenzen überschritten und Berufsbereiche übernommen wurden. Auch als problematisch galt die fehlende Integration der Community Nurses in die (aufsuchende) soziale Stadtteilarbeit. Es wäre von Vorteil gewesen, dieses neue Berufsfeld in vorhandene Strukturen miteinzubeziehen, um auch umgekehrt auf sie zurückgreifen zu können, wenn in der (aufsuchenden) sozialen Stadtteilarbeit pflegerische Aufgaben anfallen würden (INT19_BP_1; INT32_F&L_MD_2).

Die überwiegende Mehrheit der interviewten Personen war sich einig, dass Soziale Arbeit als Profession in den Handlungsbereich der Pflege miteinbezogen werden sollte, da pflegerische Probleme auch oft eine soziale Kompetente haben, die ebenfalls adressiert werden muss. Soziale Arbeit stellt in ihren Kompetenzen eine Unterstützerin der Pflege auf Augenhöhe dar. Sie kann präventiv arbeiten, sodass Pflege vielleicht nicht nötig wird, im pflegerischen Bereich unterstützen, zum Beispiel beim Beantragen von Pflegegeldern oder Organisieren von Unterstützungsleistungen im Rahmen von systemisicher Fallarbeit oder Beratung, genauso wie sie im Rahmen von Fall- und Beziehungsarbeit mit Personen interagieren kann, die beispielsweise nicht betreut oder begleitet werden wollen. Die Soziale Arbeit bietet ein großes Methoden- und Handlungswissen, das sie auch im Bereich der Pflege zur erfolgreichen Zusammenarbeit einsetzen kann. Um in der Praxis in vollem Ausmaß agieren zu können, sind vor allem eigene Kostenstellen notwendig, die derzeit noch fehlen, um Sozialarbeiter:innen anstellen zu können, sowie eine Schwerpunktlegung der Curricula und Praktika von Sozialarbeiter:innen auf Soziale Altenarbeit, um die Sozialarbeiter:innen von vorneherein für diese Bereiche zu schulen.

Best Practice: Soziale Arbeit in multiprofessionellen Teams zur Beratung

Als Best-Practice-Beispiel wurde in den Interviews das *Nachbarschaftszentrum 17 – Hernals* (Hilfswerk) genannt. Es ist eines von zehn Nachbarschaftszentren in Wien, welche neben unterschiedlichen Events und Workshops (z. B. Flauschmarkt, Vernetzungstag, Kunstmarkt, Sprachkurse, Eltern-Kind-Picknick etc.) auch Beratungen anbieten. Das Beratungsangebot umfasst die (1) soziale Orientierungsberatung, (2) Grätzel-Sozialberatung, (3) Gesundheitsberatung, (4) pädagogische Beratung und (5) psychologische Beratung. Die Teams vor Ort umfassen unterschiedliche Professionen wie Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen oder administratives Personal. Durch die Multiprofessionalität der Teams kann auf unterschiedliche Problemlagen teils auch übergreifend eingegangen werden.

WEITERFÜHRENDE LINKS

Nachbarschaftszentren: https://nachbarschaftszentren.at/

3.7 BETREUUNGSFORMEN

Der Bedarf an Kapazitäten im Bereich der Langzeitpflege in Tirol nimmt massiv zu (INT44_IV_1). Die demographische Entwicklung führt dabei nicht nur zu einem erhöhten Bedarf an Pflegeplätzen, sondern auch zu einem erhöhten durchschnittlichen Pflegebedarf der einzelnen Klienten:innen pro Kopf (INT20_MA_LAND_1; INT43_F&L_SLP_1; INT44_IV_1).

3.7.1 Mobile Pflegedienste, betreutes Wohnen & alternative Wohnformen

Um die angestrebte Entlastung der stationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen, ist ein bedarfsgerechter Ausbau alternativer Versorgungsstrukturen notwendig. Entsprechend wird seitens der Politik wiederholt der Grundsatz „mobil vor stationär" formuliert, um eine längere Versorgung im häuslichen Umfeld zu realisieren (INT8_PM_FPÖ_1; INT29_PM_SPÖ_1). Auch der Strukturplan Pflege 2012-2022 definiert einen breiten Ausbau der Kapazitäten im Bereich der mobilen Pflege als zentrale Maßnahme zur Bedarfsanpassung der Betreuungsstrukturen. Die im Strukturplan Pflege anvisierten Ziele konnten dabei bislang allerdings nicht in

vollem Maße realisiert werden (Danner, 2019). Als ausschlaggebender Faktor wird der bestehende Personalmangel identifiziert bzw. die als besonders prekär empfundenen Arbeitsbedingungen in der mobilen Pflege (INT20_MA_LAND_1). Demnach könne dem tendenziell ansteigenden Pflegebedarf der Klient:innen durch mobile Pflegedienste nur begrenzt begegnet werden (INT6_F&L_LAND_1). Eine nachhaltige Strukturentwicklung der Betreuungsformen müsse also über alle Betreuungsangebote hinweg erdacht werden. So könne beispielsweise der Ausbau des betreuten Wohnens und die Etablierung alternativer Wohnformen die Lücke zwischen mobiler und stationärer Pflege schließen (INT20_MA_LAND_1). Im Rahmen der Erhebung wurden von den Teilnehmenden folgende konkrete Ansatzpunkte zur Förderung mobiler Pflegedienste identifiziert:

(1) Um Klient:innen länger zu Hause betreuen zu können, werden finanzierte Nachtbereitschaftsdienste als unverzichtbar erachtet. Hierzu werden gemeindeübergreifende Personalpools angeregt, um die personellen Ressourcen zu mobilisieren (INT26_MA_MD/MP/SLP_1; INT45_F&L_TB/MP_1).
(2) Krankenhausersatzleistungen können im mobilen Setting aktuell ausschließlich von diplomierten Pflegekräften abgerechnet werden. Die Kompetenz zur Leistungserbringung wird allerdings auch bei Pflegefachassistent:innen gesehen. Durch die bestehende Kompetenzbeschränkung dieser Berufsgruppe werde der bestehende Personalmangel weiter verschärft (INT26_MA_MD/MP/SLP_1). Dieser Umstand kann auch vor dem Hintergrund der Kompetenzerweiterung (siehe Kapitel „Kompetenzerweiterung“) diskutiert werden.
(3) Die mobile Pflege arbeitet im hohen Maße eigenverantwortlich. Mobile Pflegekräfte sehen sich mit den unterschiedlichsten Arbeitsverhältnissen, wie der tagesabhängigen Compliance einzelner Klient:innen oder deren Wohnverhältnissen, konfrontiert. Maßgeblicher Faktor zur Gewährleistung nachhaltiger und stabiler Arbeitsbedingungen ist daher die verantwortliche Organisationsstruktur. So können zentrierte Dienstplanmodelle und Fahrtrouten für Mitarbeitende bei wandelnden Arbeitsbedingungen dennoch einen stabilen Rahmen schaffen (INT26_MA_MD/MP/SLP_1; INT 45; INT20_MA_LAND_1).

Vertreter:innen der mobilen Pflegedienste sehen ihren Bereich weder politisch noch finanziell ausreichend wahrgenommen (INT24_BR_BW/SLP_1; INT25_F&L/PP_MD/TP_3). Dieser Eindruck wird von Vertreter:innen des Case und Care Managements geteilt (INT26_MA_MD/MP/SLP_1). Bei allgemeinen Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen im Pflegesektor müsse der mobilen Pflege entsprechend Raum eingeräumt werden. Für den Ausbau der Einrichtungen des betreuten Wohnens und alternativer Wohnformen wurden im Rahmen der Erhebung folgende Hürden und Ansatzpunkte durch die Teilnehmenden beschrieben:

(1) Im Rahmen der bedarfsgerechten Weiterentwicklung der kommunalen Betreuungsangebote stellt die Umwandlung von Einrichtungen des betreubaren Wohnens in betreutes Wohnen eine zentrale Ressource dar (INT20_MA_LAND_1). Dafür sind eine klare Abgrenzung der beiden Strukturen sowie die Unterstützung der Gemeinden zur strategischen Entscheidungsfindung notwendig (INT44_IV_1).
(2) Die im Rahmen der Erhebung wiederholte Forderung zur Vernetzung zwischen bestehenden Strukturen zur Freisetzung von Synergien zeichnet sich auch im Bereich *Betreuungsformen* ab. So soll ungenutzte Infrastruktur stationärer Pflegeeinrichtungen weiter in die Entwicklung des betreuten Wohnens und alternativer Wohnformen für Pflegebedürftige einbezogen werden

(INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT38_F&L_KH_1; INT44_IV_1), um für Klient:innen einen fließenden Übergang zwischen den Betreuungsformen gewährleisten zu können. Durch Zusammenlegung der Personalressourcen können weitere Synergien entstehen.

(3) Die Integration von Kompetenzen aus der Sozialen Arbeit und der Sozialpädagogik sowie die Integration Angehöriger wird als essenziell betrachtet, um alternative Wohnstrukturen für Klient:innen der Langzeitpflege erfolgreich zu gestalten (INT19_BP_1; INT38_F&L_KH_1; INT41_F&L_BIP_1).

(4) Die Einbeziehung der sozialen Wohnbauförderung wird als wichtiger Aspekt zur strategischen Entwicklung der Infrastruktur betrachtet (Innovationen in und Neuausrichtungen der Wohnbauförderung miteingeschlossen) (INT27_BP_2).

(5) Im Rahmen des betreuten Wohnens werden Pflegedienstleistungen durch mobile Pflegedienste erbracht und auch bei der Entwicklung alternativer Wohnkonzepte für Pflegebedürftige wird eine enge Begleitung durch mobile Pflegedienste als Voraussetzung erachtet (INT26_MA_MD/MP/SLP_1).

Wiederkehrend wurde der Ausbau der Strukturen von mobilen Pflegediensten, alternativen Wohnformen und des betreuten Wohnens als Voraussetzung dafür beschrieben, Klient:innen länger im häuslichen Umfeld adäquat betreuen und damit stationäre Pflegeeinrichtungen entlasten zu können. Eine stärkere Einbindung der Wohnbauförderung bzw.ein Abkommen vom Bau zentralisierter Großeinrichtungen der stationären Pflege wird hier als essenziell eingestuft. In Bezug auf die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der kommunalen Betreuungsangebote (z. B. Umwandlung von Einrichtungen des betreubaren Wohnens in betreutes Wohnen) wurde mehrmals der Wunsch geäußert, Gemeinden im Rahmen von strategischer Entscheidungsfindung, Planung und Umsetzung mit mehr pflegerischer Expertise auszustatten bzw. fachlich zu unterstützen.

Best Practice: Wohnbuddy – Vermittlung von günstigem Wohnraum und Schaffung generationenübergreifender Wohngemeinschaften

Das Social Business *Wohnbuddy* gibt es seit 2019 in Wien und wurde von den Gründer:innen des gemeinnützigen Vereins *WGE! – Gemeinsam wohnen* ins Leben gerufen[14]. Es handelt sich dabei um eine Vermittlungsplattform für „generationsübergreifenden Wohnraum“ (Welzl, 2020, S. 2). Die Vermittlung passiert beidseitig: Sowohl wohnraumsuchende als auch wohnraumstellende Personen, welche für alltägliche Aufgaben wie Gartenarbeit, Einkauf oder Haushalt Unterstützung brauchen, können sich melden. Dabei gilt es einige Kriterien zu berücksichtigen:

(1) Bei Wohnraumsuchenden muss Interesse am aktiven Zusammenleben und der Alltagsunterstützung für die wohnraumstellenden Personen bzw. weitere Bewohner:innen vorhanden sein.

(2) In manchen Fällen ist für wohnraumsuchende Personen Voraussetzung, dass sie sich in Ausbildung befinden.

[14] Den Hintergrund für die Idee bilden die steigenden Mietkosten und die damit einhergehende Armutsgefährdung für Geringverdiener:innen, wie beispielsweise Auszubildende, Alleinerziehende und ältere (alleinstehende) Personen.

(3) Wohnraumsteller:innen müssen im Gegenzug zur Alltagsunterstützung leistbaren und gepflegten Wohnraum (meist ein bis zwei Zimmer) zur Verfügung stellen.

(4) Die Preisgestaltung seitens wohnraumstellender Parteien muss adäquat entsprechend dem gestellten Wohnraum und der zusätzlich erbrachten Leistungen im Rahmen der Alltagsunterstützung durch die wohnraumsuchende Person erfolgen.

Zudem arbeitet das Projekt Wohnbuddy mit Seniorenwohnhäusern und Pflegeeinrichtungen zusammen. Zu den Partner:innen gehören Residenz Josefstadt, Caritas Österreich und Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser. Über die Plattform werden in den Wohnhäusern freistehende Zimmer ausgeschrieben. Wohnbuddy übernimmt dann die Vermittlung bzw. Suche nach dem passenden *Match*, stellt eine Wohnraumvereinbarung zur Regelung des Zusammenlebens zur Verfügung und begleitet den Prozess bis zur gefestigten Wohngemeinschaft (Welzl, 2020). Laut Aussagen der Gründer:innen wurden bisher ca. 400 Personen untereinander vermittelt (Claudia, 2021). Mit einzelnen Trägervereinen von Seniorenhäusern gibt es laufende Verträge, sodass es ein bestehendes Kontingent an zu vermittelnden Zimmern gibt (Swoboda, 2019).

Die Gründer:innen von Wohnbuddy distanzieren sich jedoch deutlich von pflegerischen Aufgabenbereichen für die Wohnbuddies. Wohnbuddies leisten Begleitung und Hilfe im Alltag, sind aber keine Pflegefachkräfte. Essentieller Teil des Projektes ist die Unterstützung in alltäglichen, kleinen Dingen, vor allem aber die Bekämpfung von Einsamkeit durch die Anwesenheit einer Person im Haushalt zum Reden, für Freizeitaktivitäten oder zum Zusammensitzen. Wenn überhaupt, wären Wohnbuddies ergänzend zur pflegerischen Unterstützung, die durch mobile Dienste übernommen wird, zu sehen.

Dieses Konzept gibt es noch in anderer Form. Unter dem Namen „Wohnen für Hilfe“ werden in Deutschland Student:innen an Familien, ältere Personen oder Menschen mit Behinderung vermittelt, welche Wohnraum entweder günstig oder sogar gegen die Bezahlung von Nebenkosten zur Verfügung stellen können und im Gegenzug Unterstützung im Alltag von den Studierenden erhalten. Hier wird ebenfalls ganz klar von pflegerischen Aufgaben abgegrenzt (Deutsches Studentenwerk, 2022). Auch in Graz und in Innsbruck werden solche Vermittlungen mittlerweile von der Uni ÖH Graz (o. D.) und dem Diakonischen Verein Tirol (2022), der das Studentenwohnheim Saggen innehat, angeboten. Gemeinsam haben die Projekte *Wohnen für Hilfe* und *Wohnbuddy*, dass günstiger Wohnraum für sich in Ausbildung befindende Personen in Städten, die hohe Mieten und viele Studierende bzw. Auszubildende aufweisen, zur Verfügung gestellt werden kann. Somit könnte das Konzept noch auf weitere Städte in Tirol ausgeweitet werden. Positiv ist, dass dadurch mehr ältere Menschen in ihrem Alltag Unterstützung erfahren, Einsamkeit entgegengewirkt und möglicherweise durch die häufigere Anwesenheit einer Person in Notfällen schneller geholfen werden kann. Gleichzeitg muss beachtet werden, dass sich die Situation von älteren Personen, die Wohnraum stellen, verschlechtern kann, was Wohnbuddies zum einen überfordern und zum anderen auch mit pflegerischen Aufgaben oder Notfallsituationen konfrontieren kann. Diese Szenarien müssen bedacht und entsprechende Lösungen vereinbart werden.

WEITERFÜHRENDE LINKS

Wohnbuddy: https://www.wohnbuddy.com/
Studentenwerke Deutschland: https://www.studentenwerke.de/de/content/wohnen-f%C3%BCr-hilfe
Wohnen für Hilfe Graz: http://www.wohnenfuerhilfe-oehgraz.at/
Studentenwohnheim Saggen: https://www.studentenwohnheim-saggen.at/aktuelles/wohnen-fuer-hilfe

Best Practice: Green Care

Ein weiteres Konzept, das sich seit Jahren in europäischen Ländern, darunter auch Österreich, verbreitet (Haubenhofer et al., 2010; van Elsen, 2008), ist das Konzept der *Green Care* (Sempik et al., 2010). Unter Green Care wird die Überlappung von Aspekten des traditionellen Gesundheitsbereichs mit Landwirtschaft, Gartenarbeit, Naturschutz sowie Tierhaltung verstanden. Je nach Kombination der Bereiche entstehen unterschiedliche Typen von Green Care (Haubenhofer et al., 2010). Beispiel hierfür ist das *care farming*[15] mit tiergestützten Interventionen und unterschiedlichen Formen des Gartenbaus im Zusammenhang mit Einrichtungen wie Altenheimen, Krankenhäusern oder Gefängnissen, genauso wie *ecotherapy* (engl. Naturtherapie) und *wilderness therapy* (engl. Wildnistherapie) (Haubenhofer et al., 2010). Im Mittelpunkt steht immer das Ziel, das soziale, körperliche, mentale und/oder pädagogische Wohlbefinden der teilnehmenden Personen zu bewahren oder zu fördern (Haubenhofer et al., 2010). Das Wohlbefinden wird vor allem durch körperliche Aktivität, die Interaktion mit Tieren und Natur, die Möglichkeit der persönlichen Entwicklung sowie die Zusammenarbeit mit Landwirt:innen und weiterem Personal gefördert (Gramm et al., 2020). Neben der unterschiedlichen Ausgestaltung der Angebote variieren auch deren Zielgruppen. Neben Kindern, Jugendlichen, Menschen mit Behinderung(en) und alten Menschen wird mit langzeitarbeitslosen Personen oder psychisch kranken Personen gearbeitet (Haubenhofer et al., 2010; van Elsen, 2008; Gramm et al., 2020). *Care farming* ist ein sehr weit verbreiteter Typ von *Green Care*. So werden in Ländern wie Belgien, den Niederlanden, Italien, Österreich, den USA, Japan auf landwirtschaftlichen Betrieben gesundheitliche und soziale Dienstleistungen angeboten für die oben genannten Zielgruppen, welche in die Strukturen der Landwirtschaft eingewoben sind (Sempik et al., 2010; Haubenhofer et al., 2010; van Elsen, 2008; Gramm et al.; 2020). In Italien haben sich die Angebote mittlerweile schon so weit verbreitet und etabliert, dass es als erstes europäisches Land für diesen Bereich im Jahr 2015 nach Aufforderung durch italienische Regionen ein nationales Gesetz erlassen hat, um einen einheitlichen Rahmen zu schaffen (Gramm et al., 2020).

Wie bereits erwähnt, bilden ältere Menschen eine wichtige Zielgruppe für *Green Care* bzw. *care farming*. Aktuell gibt es Studien zur Arbeit mit Menschen mit Demenz und care farming aus Schweden. Ellingsen-Dalskau et al. (2020) vergleichen in einer Erhebung im Jahr 2018 *farm-based day care* und *regular day care* für demente Personen und kommen zu dem Schluss, dass erstere mehr Aktivitäten enthält, welche die sozialen und physischen Bedürfnisse dieser Personen adressieren. Eine Schlussfolgerung lautet, dass auch „regular day care"-Angebote Aktivitäten einführen sollten, welche den Klient:innen das Gefühl geben, etwas Sinnvolles beizutragen. Gleichzeitig sollten solche Institutionen Outdoor-Flächen nutzen, um mehr physische Aktivität zu generieren und zur Entspannung, Gesundheit und zum Wohlbefinden der Klient:innen beizutragen (Ellingsen-Dalskau et al., 2020). Ibsen et al. (2018) beschreiben in ihrer Forschung, dass der Organisationsaufwand, die Tagesstruktur und benötigten Personalressourcen beim *farm-based day care* vergleichbar mit anderen Tagespflegeeinrichtungen sind. Da die Zahl von mit Demenz lebenden Personen steigt, plädieren die Forscher:innen dafür, den Mehrwert von farm-based day care zu nutzen und dafür qualitativ hohe und einfach anzupassende genauso wie ergänzende Angebote für diese Personengruppe auszubauen (Ibsen et al., 2018).

[15] Auch s*ocial farming*, *green care farming* oder *Soziale Landwirtschaft* genannt.

Auch in Österreich ist der Social-Farming-Ansatz verbreitet. Auf der Website des Vereins Green Care Österreich (2021) werden alle zertifizierten Green-Care-Betriebe vorgestellt. In Tirol sind es mit Stand 2021 insgesamt acht Betriebe. Der Tätigkeitsbericht 2021 macht deutlich, dass vor allem der Ansatz der tiergestützten Intervention am Hof verbreitet ist. Angebote für ältere Menschen sind eher unterrepräsentiert, erfahren aber zunehmend Aufmerksamkeit. Mit dem neuen Namen *Green Care Hofzeit* werden explizit Angebote für ältere Menschen gestellt. Sie werden am Hof begleitet und verbringen gemeinsam in Kleingruppen Zeit im Grünen. Zudem wird ein neuer Lehrgang für die Senior:innenbetreuung im Rahmen von Green Care implementiert, der im Frühjahr 2022 in der Steiermark starten soll (Green Care Österreich, 2021).

Auch eine Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (WIFO) vom Jahr 2021 zum Thema *Green Care in Österreich* (Famira-Mühlberger et al., 2021, S. 25) zeigt die Möglichkeit, die eine Einführung von Green Care im landwirtschaftlichen Bereich birgt. So stehen den immer geringer ausfallenden Erträgen aus der Landwirtschaft die Erträge aus anderen Nebentätigkeiten wie Urlaub am Bauernhof, Direktvermarktung eigener Produkte, Buschenschank, Heurigen gegenüber (Famira-Mühlberger et al., 2021, S. 6). Aufgrund der steigenden Nachfrage nach Betreuungs- und Pflegedienstleistungen und öffentlichen Förderungen in diesem Bereich könnten Betriebe im Rahmen eines Ausbaus in Richtung Pflege oder Betreuung als Green-Care-Betriebe profitieren. Vor allem in ländlichen Regionen, wo wenige oder keine Angebote vorhanden sind, könnten sie komplementäre oder gar eigene Angebote schaffen (Famira-Mühlberger et al., 2021, S. 25). Gleiches gilt für Kinderbetreuungsplätze (Famira-Mühlberger et al., 2021, S. 28 f.). Zusätzlich könnten am Land Arbeitsplätze geschaffen, der Abwanderung in die Stadt entgegengewirkt und das Image von Agrarwirtschaft aufgrund der zusätzlichen gesellschaftlichen Relevanz verbessert werden (Gramm et al., 2020).

Ein komplementäres Angebot stellt das Projekt *Gemeinsam am Hof* dar, das vom Verein Green Care Österreich gemeinsam mit Styria vitalis umgesetzt wurde. Ziel ist die Entwicklung eines Konzeptes für Sorgehöfe. Innerhalb von zwei Jahren Projektlaufzeit werden die Gemeinden Vorau, Thannhausen, Großwilfersdorf und St. Veit in der Steiermark beim Aufbau kommunaler Sorgenetze unterstützt. Gefördert wird das Vorhaben von Bundesministerium für Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz gemeinsam mit dem Fonds Gesundes Österreich (Green Care Österreich, 2021; Styria Vitalis, 2022).

WEITERFÜHRENDE LINKS

Green Care Österreich: www.greencare-oe.at

3.7.2 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Die befragten Expert:innen beschreiben eindringlich, dass der Bereich der stationären Pflege sich mit einer drastischen Wandlung der Anforderungen konfrontiert sieht. Dieser Wandel wurde im Rahmen der Erhebung durch folgende Charakteristika und Herausforderungen beschrieben:

(1) Der mehrfach beschriebene Personalmangel schlägt sich auch im Bereich der stationären Pflege nieder. So können 20 der 65 Betten der Landespflegeklinik aufgrund des bestehenden Personalmangels aktuell nicht belegt werden (INT38_F&L_KH_1).
(2) Der Pflegebedarf der Klient:innen in der stationären Langzeitpflege nimmt kontinuierlich zu (INT20_MA_LAND_1; INT43_F&L_SLP_1; INT44_IV_1). Dementsprechend sehen sich die Pflege-

kräfte mit zunehmend komplexeren medizinischen Problemstellungen konfrontiert. Die als mangelhaft wahrgenommene Erreichbarkeit ärztlichen Personals im stationären Pflegesetting führt vor diesem Hintergrund zur Überforderung der Struktur und des Personals (INT43_F&L_SLP_1), was sich in einer entsprechenden Mehrbelastung der Strukturen der Akutversorgung niederschlägt, da sich komplexe medizinische Problemstellungen im stationären Pflegesetting zunehmend zu medizinischen Notfällen entwickeln (INT38_F&L_KH_1). Auf Gemeindeebene ist man sich dieser Problematik bewusst (INT44_IV_1). So wird eine systematische Verbesserung der flächendeckenden ärztlichen Primärversorgung, wie in Kapitel „Mobile Pflegedienste, betreutes Wohnen & alternative Wohnformen" diskutiert, auch aus der Perspektive der Langzeitpflege als eine übergreifende Maßnahme zur Entlastung des Gesundheitssektors betrachtet (INT43_F&L_SLP_1).

(3) Mehrfach wird auf fehlende stationäre Betreuungsangebote für Zielgruppen mit besonderem Pflegebedarf (z. B. Menschen mit Behinderungen, psychisch erkrankte Personen, (junge) Demenzerkrankte) aufmerksam gemacht (INT37_F&L_LIV_1; INT38_F&L_KH_1; INT43_F&L_SLP_1). So formulieren etwa pflegende Angehörige von Menschen mit Behinderungen Forderungen nach einer sichergestellten (stationären) Versorgung – falls sie nicht mehr in der Lage sein sollten, die Pflege selbst zu übernehmen.

„Und da, glaube ich, da haben wir noch viel Luft nach oben, in den Langzeiteinrichtungen. In den Behinder teneinrichtungen haben wir Luft nach oben, was Pflege anbelangt. Also da sehe ich diese, eher diese Gefahr, dass die behinderten Menschen auch alt werden und dann auch mehr Pflege brauchen. Also da kann man schon noch viel, viel tun." (INT11F&L_BIP_2)

„Mein Sohn ist im Jänner verstorben, aber ich war froh, dass ich ihn nicht zurücklassen musste." (INT49_IV_32)

Hierbei werden von Interviewpartner:innen Konzepte zu Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen im Alter, angepasst an individuelle Bedürfnisse, gefordert. Die Einrichtungen und Angebote der Lebenshilfe würden für eine adäquate Betreuung im Alter nicht ausreichen (INT37_F&L_LIV_1). Auch der zunehmende Bedarf an Betreuungsangeboten für psychisch erkrankte Klient:innen führt zur weiteren Belastung der Strukturen (INT24_BR_BW/SLP_1; INT35_BR_SAP_5; INT38_F&L_KH_1). Die bestehende Unterversorgung in der Betreuung psychisch erkrankter Klient:innen ist auch in der Landespflegeklinik spürbar. Die oben beschriebene Beschränkung der Kapazitäten aufgrund des Personalmangels führt aktuell zu langen Wartezeiten. Ein Ausbau der Strukturen zur Versorgung psychisch erkrankter Pflegebedürftiger in der Peripherie wird seitens der Landespflegeklinik als essenziell bewertet, hierbei scheitere es aber häufig am politischen Willen (INT38_F&L_KH_1). Die Schwerpunktpflege gilt es demnach flächendeckend auszubauen (INT43_F&L_SLP_1). Auch seitens des Sozialamts wird eine entsprechende Diversifizierung der stationären Strukturen als zentrales Ziel der anstehenden Strukturentwicklung bezeichnet (INT6_F&L_LAND_1). Der Gemeindeverband äußert Bedenken. Allein auf Gemeinde-

ebene stünden keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung, um ein ausreichend breites Angebot für psychisch erkrankte Klient:innen zu gestalten. Vorrausetzung zur bedarfsgerechten Strukturentwicklung sei eine effiziente Kollaboration der Gemeinden. Bestehende lokalpolitische Differenzen müssen im Sinne der Sache ausgeräumt werden (INT44_IV_1).

Ich sag jetzt mal pointiert formuliert: Der Bürgermeister will in seiner Gemeinde keinen Alkoholerkrankten oder Drogenabhängigen auf dem Dorfplatz sitzen haben und auch keinen schizophrenen Patienten. Darum ist das seit jeher, eigentlich seit Jahrhunderten im Zentralraum, in Hall und in Innsbruck angesiedelt. Das ist nach wie vor eine politische Entscheidung, warum psychisch Erkrankte nur zentralisiert behandelt werden." (INT38_F&L_KH_1)

Es wird ein deutlich gestiegener Pflegebedarf in stationären Pflegeeinrichtungen skizziert. Um dem sich wandelnden Bedarf gerecht zu werden, wird neben der allgemeinen Entlastung stationärer Strukturen die Diversifizierung bestehender Angebote als erforderlich beschrieben. So decken die stationären Plätze beispielsweise nicht den aktuellen Bedarf an Pflegekapazitäten für psychisch erkrankte Pflegebedürftige. Vermehrt wurde hier und auch für andere Bereiche gefordert, zusätzliche Kapazitäten in der Peripherie zu schaffen. So sollte beispielsweise – gemessen an dem Bedarf – ein gewisses Kontingent an Betten für psychisch erkrankte Pflegebedürftige in jedem Bezirk bzw. jeder Gemeinde bereitgestellt und mit dem dazu ausgebildeten Personal ausgestattet werden, um andere Einrichtungen wie die Landespflegeklinik entlasten zu können.

3.7.3 Pflegende Angehörige, Tagespflege & Kurzzeitpflege

Es besteht im Rahmen der Erhebung ein breiter Konsens zur Notwendigkeit der vermehrten Unterstützung pflegender Angehöriger (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT13_PM_ÖVP_1; INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7; INT24_BR_BW/SLP_1; INT26_MA_MD/MP/SLP_1; Arbeiterkammer Tirol, 2021; Nagl-Cupal et al., 2018; Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021). Dabei wird wird die Anstellung pflegender Angehöriger beim Land, wie im Burgenland umgesetzt, kontrovers diskutiert. Sowohl Vertreter:innen der SPÖ, der Liste Fritz als auch der FPÖ haben diesen Ansatz im Rahmen der geführten Interviews aufgegriffen (INT8_PM_FPÖ_1; INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT29_PM_SPÖ_1). Die Absicherung der Betroffenen im Rahmen der Sozialversicherung sowie ein gesetzlich festgelegter Urlaubsanspruch werden dabei als Argumente für die Einführung eines entsprechenden Modells angeführt. Damit könne man der breiten Forderung nach struktureller Unterstützung begegnen.

„Ich habe einen schönen Beruf erlernt, konnte ihn aber nie ausführen. Ich habe nur Teilzeit gearbeitet und bekomme jetzt Mindestpension, obwohl ich 36 Jahre gepflegt habe. Ich habe Existenzängste." (INT49_IV_32)

Bedenken bestehen allerdings bezüglich einer resultierenden Abhängigkeit der Pflegestrukturen von pflegenden Angehörigen (INT29_PM_SPÖ_1). Dieser Vorbehalt deckt sich mit der generellen Sorge von Vertreter:innen der Pflege, das Pflegekonzept weiter auf pflegenden Angehörigen als tragender Säule aufzubauen (INT30_F&L/PDL-FKP_SLP/MP_7).

„Meine Tochter ist eine super Arbeitgeberin, viele verdienen an meiner Tochter – Ärzte, Physiotherapeuten – aber die Pflege mache ich zuhause (...) die Hauptlast liegt bei mir, wenn wir als pflegende Elternteile ausfallen, dann haben wir ein Problem." (INT49_IV_32)

Eine große Belastung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Behinderungen wird zudem in der Unsicherheit gesehen, was im Falle eines Ablebens des/der Pflegenden mit der oder dem Gepflegten passiere. Hier wäre eine Absicherung in Form eines Zukunftsvertrages anzudenken, der die Betreuung der zu Pflegenden weitergehend sicherstellt. Diesbezügliche Beratungs- und Koordinierungsstellen (Ombudsmann) müssten eingerichtet werden.

„Wer pflegt unsere Tochter, wenn wir nicht mehr hier sind?"(INT49_IV_32)

Laut dem Österreichischen Gewerkschaftsbund (2019) wird aktuell schon mehr als die Hälfte aller pflegebedürftigen Menschen in Österreich zu Hause von Familienmitgliedern gepflegt. Vertreter:innen der Langzeitpflege führen bei der Bewertung einer möglichen Anstellung pflegender Angehöriger die Sorge an, vor allem Frauen könnten dabei zunehmend in die Rolle der Pflegenden gedrängt werden (INT23_IV_1). Auch das Sozialamt steht einer Anstellung pflegender Angehöriger beim Land kritisch gegenüber (INT20_MA_LAND_1). Im Rahmen der Erhebung wurden konkrete Forderungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger angeführt.

(1) Seitens Vertreter: innen des Case und Care Managements und der mobilen Pflegedienste (INT24_BR_BW/SLP_1; INT45_F&L_TB/MP_1) wurde vor dem Hintergrund der psychosozialen Belastung pflegender Angehöriger die Notwendigkeit einer systematischen psychosozialen Unterstützung der Betroffenen hingewiesen. Entsprechende Forderungen der Interessensvertretungen nach niedrigschwelligen Angeboten in diesem Bereich unterstreichen die Notwendigkeit und das bestehende Defizit (Arbeiterkammer Tirol, 2021; Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021; Rappold et al., 2021).

(2) Weiterhin wurden der Verwaltungsaufwand und die fehlende niedrigschwellige Bereitstellung von Informationen zur Pflege von Angehörigen als weiterer Belastungsfaktor beschrieben. Bürokratische Vorgänge seien eine als unnötig wahrgenommende zusätzliche Belastung (INT24_BR_BW/SLP_1; INT26_MA_MD/MP/SLP_1; INT42_F&L_MP_1). Dieser Eindruck deckt sich mit Forderungen des Verbandes der Angehörigen Österreich und des ÖGB nach Strukturen zur spezifischen Fachberatung (z. B. zum Thema Demenz) und nach Unterstützung in Verwaltungsangelegenheiten (Nagl-Cupal et al., 2018; Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021). Vertreter:innen der Sozialen Arbeit sehen die Kompetenz zur Beratung in verwaltungstechnischen Fragen bei

ihrer Profession. Bei der Entwicklung entsprechender Maßnahmen und strukturierter Unterstützungsangebote ist eine Integration der Sozialen Arbeit daher (für die nicht pflegerischen Bereiche) weiter zu fördern (INT19_BP_1).

(3) Die Einrichtung niedrigschwelliger, kostenloser Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote für informell Pflegende wird als maßgeblicher Faktor zur Qualitätssicherung betrachtet (Arbeiterkammer Tirol, 2021; Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2021; INT27_BP_2).

(4) Neben der Etablierung von hier aufgezeichneten Unterstützungsstrukturen besteht breiter Konsens zu einer forcierten finanziellen Entlastung pflegender Angehöriger (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT13_PM_ÖVP_1; INT15_PDL-FKP/PP_SAP_7; INT24_BR_BW/SLP_1; INT42_F&L_MP_1).

(5) Neben den dargestellten Unterstützungsmaßnahmen kann der Ausbau potentiell entlastender Betreuungsstrukturen, wie der Strukturen der Kurzzeit- und Tagespflege, als zentraler Faktor zur Entlastung pflegender Angehöriger betrachtet werden. So fordert auch der Verband der Angehörigen Pflege Österreich die Etablierung und den Ausbau entsprechender Ersatzstrukturen, die bei Verhinderung bzw. Urlaubszeiten von pflegenden Angehörigen zuverlässig zur Verfügung stehen. Diese sind aktuell zu knapp 60 Prozent privat organisiert und müssten zur Erreichung einer nachhaltigen Entlastung um ein breiteres institutionalisiertes Angebot erweitert werden (Nagl-Cupal et al., 2018). So wird ein Ausbau der Strukturen der Kurzzeitpflege (INT10_PM_LISTE FRITZ_1; INT26_MA_MD/MP/SLP_1; INT39_PP_SLP_1; INT45_F&L_TB/MP_1) sowie der Tagespflege (INT34_PDL-FKP_SLP_1) als essenziell bewertet. Ein Ausbau der Angebote zur Tagespflege und damit die strukturelle Entlastung pflegender Angehöriger wird seitens des Sozialamts auch als Voraussetzung bewertet, um Klient:innen länger im häuslichen Umfeld zu halten und die Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen zu reduzieren (INT20_MA_LAND_1). Eine Förderung entsprechender Infrastruktur ist aktuell nicht durch die sozialen Wohnbaugesellschaften abgedeckt (INT20_MA_LAND_1).

Im Rahmen der Erhebung wird zudem ein besonderes Augenmerk auf die Situation pflegender Angehöriger chronisch kranker Kinder gerichtet (INT42_F&L_MP_1). Bei der Entwicklung von antizipatorischen Maßnahmen bezüglich der oben formulierten Forderungen ist es also notwendig, auch aus der Perspektive pflegender Eltern zu denken.

Im Rahmen der Erhebung wird wiederkehrend die gezielte Unterstützung betreuender Angehöriger[16] gefordert. Hierbei sollen Möglichkeiten der (1) Sozialversicherung und (2) Vergütung der Angehörigenpflege angedacht bzw. ausgebaut werden. Gleichzeitig wird davor gewarnt, breite Teile des Pflegekonzepts strukturell auf betreuende Angehörige umzulegen. So wird eine Anstellung betreuender Angehöriger beim Land wie im Burgenland-Modell kontrovers diskutiert. Dies ist einerseits der Fall, weil die Sicherstellung der Qualität der Betreuung durch Angehörige immer wieder zur Debatte gestellt wird, sowie andererseits, weil Frauen dadurch noch stärker in die Rolle der betreuenden Angehörigen gedrängt werden könnten bzw. auch das Pflegegeld gekürzt werden kann. Um die Qualität der Betreuung durch Angehörige zu verbessern, wird ein Ausbau der (kostenlosen) Weiterbildungsangebote und Pflegeworkshops gefordert.

Darüber hinaus wird mehrfach die notwendige Ausweitung der Kapazitäten im Bereich der Tagespflege als wichtige Ressource zur Entlastung beschrieben. Hierbei wird der Bedarf für Demenzerkrankte sowie Men-

[16] Im Zuge der Verschriftlichung wurde hier auf Hinweis der Fachkräfte aus der Pflege die Begrifflichkeit „betreuende Angehörige" verwendet, da damit eine Differenzierung zwischen der professionalisierten Pflege und der Pflege im häuslichen Umfeld möglich wird. Damit verbunden ist keinesfalls eine Devaluierung der Tätigkeiten von Angehörigen.

schen mit Behinderung als besonders dringend gesehen. Durch den Ausbau des Kurzzeitpflegesettings sowie der mobilen Dienste könnte zudem die Möglichkeit des Urlaubsanspruches verstärkt werden. Hier wird zusätzlich der Bedarf formuliert, den Urlaubsanspruch auf niedrigere Pflegestufen auszudehnen, da der Anspruch zurzeit erst ab Stufe 3 gelte, die Belastung jedoch bereits bei niedrigeren Stufen groß sei. Um diese Angebote für alle Betroffenen zugänglich zu machen, müssten die Kosten für die Tages- und Kurzzeitpflege gesenkt bzw. die finanziellen Unterstützungsangebote ausgedehnt werden. Eine große Belastung der betreuenden Angehörigen (besonders bei der Betreuung bzw. Pflege von Menschen mit Behinderung) wird in der Unsicherheit gesehen, was im Fall eines Ablebens des Pflegenden mit der oder dem Gepflegten passiere – hier wäre eine Absicherung in Form eines aufgesetzten Vertrags anzudenken, der die Betreuung des zu Pflegenden weitergehend sicherstellt. Diesbezügliche Beratungs- und Koordinierungsstellen (Ombudsmann) müssten eingerichtet werden. Neben der konkreten Pflegeentlastung werden präventive Unterstützungsangebote für betreuende Angehörige gefordert, da jene körperlich sowie mental stark belastet seien. Mithilfe adäquater Betreuung durch beispielsweise Sozialarbeiter:innen könne dem entgegengewirkt werden.

4 zusammenfassung möglicher maßnahmen

PLEGEAUSBILDUNG	
Anreizmodelle & finanzielle Unterstützung	➔ Erlass der Studiengebühren ➔ Angemessene Entlohnung der Praktika ➔ Langfristiger Ausbau der Unterstützungsangebote für Auszubildende (z. B. Mietunterstützung, Versicherung, bezahlte Pausenmahlzeiten in allen Einrichtungen, Erweiterung der Stipendien)
Zugang zur Pflegeausbildung	➔ Gewährleistung der Durchlässigkeit der Ausbildung, Ausbau und Übernahme der Schulversuche (LLA, BHS) in den Regelbetrieb ➔ Finanzieller Ausgleich beim Umstieg in die Pflegeausbildung, verstärkte Ermöglichung der Altersteilzeit zur Gewinnung (älterer) Quereinsteiger:innen ➔ Flexibilisierung der Ausbildungszeiten bzw. Orientierung an Kinderbetreuungszeiten ➔ Zugang zur Ausbildung für Menschen mit Migrationshintergund/Asylwerber:innen vereinfachen ➔ Umgang mit Menschen mit Behinderungen in der Pflege von der Spezialisierung ins Obligatorische überführen
Lehre zum Assistenzberuf der Pflege	➔ Lehre für Assistenzberufe in der Pflege nur unter Sicherstellung eines adäquaten Mentorings durch Bereitstellung von Betreuungspersonal, Berücksichtigung des Alters der Lehrlinge im Curriculum und klare Absprachen mit den Ausbildungsstätten ➔ Implementierung nur als Modell in zertifizierten Betrieben mit engmaschiger Kontrolle und verpflichtender Evaluation des Vorhabens
Information & Anwerbung	➔ Verstärkung des öffentlichen Auftretens der Pflege durch gezielte Vorstellung verschiedener Pflegeberufe (auch in den sozialen Medien), vermehrte Schulpraktika in der Pflege und Verstärkung des sozialen Jahres im Sozial- und Pflegebereich ➔ Verstärkung der Vermittlung durch das AMS in die Pflege ➔ Bündelung aller Informationen der Pflege (Ausbildung und Beruf) durch Einrichtung einer zentralen Informationsplattform bzw. Institution und/oder Interessenvertretung

ATTRAKTIVIERUNG DES PFLEGEBERUFS	
Arbeitszeit, Arbeitszeitmodelle & Dienstplansicherheit	➔ Langfristige Annäherung bzw. Harmonisierung der unterschiedlichen Verträge und Wochenarbeitszeiten ➔ Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit (unter Berücksichtigung der Personalressourcen) ➔ Mehr Planbarkeit bei Vertretung, beispielsweise durch Aufstockung von Planstellen, Finanzierung von Personalpools oder erhöhte finanzielle Kompensation bei Springer:innenbereitschaft (= Einspringerbonus) ➔ Implementierung eines Springerpools, um kurzfristiges Einspringen zu vermeiden ➔ Verstärkung flexibler (lebensphasengerechter) Arbeitszeitmodelle ➔ Mehr Planbarkeit im Rahmen der Dienstplanerstellung ➔ Erleichterter Zugang zur Schwerarbeiterpension
Entlohnung & Gehaltsanpassungen	➔ Höhere Bezahlung von Überstunden, Nachtdiensten & spontan geleisteten Diensten (Einspringerbonus) ➔ Vereinheitlichung der Kollektivverträge ➔ Anpassung des Gehaltes an das der MTBs ➔ Verbesserte Lohntransparenz ➔ Einspringerbonus
Kompetenzerweiterung	➔ Monetäre Vergütung & rechtliche Absicherung für erworbene und ausgeübte Spezialisierungen, Abbildung im Tarifsystem, wenn diese für das konkrete Tätigkeitsfeld einen Mehrwert darstellen ➔ Erweiterung der Handlungskompetenz von Pflegepersonal bei entsprechend erworbenen Spezialisierungen durch Aus- und Weiterbildung in Bezug auf Wundmanagement, Stoma- und Diabetesversorgung bzw. Infusionsvergabe an PFAs
Image	➔ Differenzierte Verwendung des Pflegebegriffes ➔ Zusätzlicher Fokus auf die Vorteile und Chancen des Pflegeberufs in der öffentlichen Darstellung ➔ Geeinte und starke Interessenvertretung der Pflege

PERSONAL	
Sicherung der Personalkapazität	➔ Anwerbung von Personal aus dem Ausland als Überbrückungslösung (Forcierung von Deutschkursen, Beachtung ethischer Richtlinien zur Rekrutierung aus dem Ausland) ➔ Vereinfachung der Nostrifizierung (Verschlankung der Bürokratie, Anerkennung der Abschlüsse) ➔ Verstärkte Anwerbung bestimmter Zielgruppen (Wiedereinsteiger:innen, Menschen mit Migrationshintergrund) ➔ Unterstützung der Pflege durch Auslagerung bestimmter (nicht pflegerischer) Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen (z. B. durch Einbezug von sozialen Dienstleistungen und einer verstärkten Rolle und Aufwertung des Ehrenamtes)
Personalschlüssel, Pflegeminutenschlüssel & Pflegegeldschlüssel	➔ Adaptierung der Stellenpläne basierend auf dem heutigen Pflegeanspruch ➔ Implementierung eines ganzheitlicheren Ansatzes mit Kennzahlen, die neben pflegerischen Aufgaben auch soziale Tätigkeiten und Betreuungsaufgaben berücksichtigen ➔ Pflegeeinstufung durch Fachpersonen aus dem Pflege-Setting unter Berücksichtigung von Bedarfen seitens Angehörigen, sozialer Kontexte und mit verstärkter Miteinbeziehung von Expert:innenwissen von Menschen mit Behinderungen; zeitliche Ausweitung des Evaluierungsprozesses, um Momentaufnahmen zu vermeiden; Berücksichtigung spezifischer Krankheitsbilder (z. B. psychische Erkrankungen, Demenz) ➔ Entlastung des Dokumentationsaufwands durch Verschlankung und Optimierung der bürokratischen Abläufe bzw. zusätzliches administratives Personal ➔ Konsequenzen bei Nichterfüllung der Dienststellenpläne durch Sperrung von Betten oder Anpassungen von Operationszeitplänen

DIGITALISIERUNG	
Verwaltung	➔ Einführung digitaler Dokumentationssysteme bzw. partizipative Optimierung (BWL muss Pflegepraxis treffen) und gezielte (punktuell) Vereinheitlichung bestehender Systeme ➔ Verbesserung des Informationsaustauschs durch digitale Vernetzung der Dokumentationssysteme zwischen (Haus-)Ärzt:innen, Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen und mobilen Diensten (Ausbau & Verbesserung von ELGA) ➔ Digitalisierung von Arbeitsabläufen (z. B. Essens-, Medikamenten- und Materialbestellungen) unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Bedarfe des Pflegepersonals (BWL und IT müssen Pflegepraxis treffen)
Telemedizin	➔ Entlastung des Pflegepersonals/der pflegenden Angehörigen durch Ausbau des Tele-Monitorings (z. B. HerzMobil LIV)

RAHMENBEDINGUNGEN AM ARBEITSPLATZ	
Unternehmenskultur & Führungskräfte(-entwicklung), Qualitätsmanagement & Mitarbeiter:innenzufriedenheit	➔ Unternehmenskulturen optimieren (Abbau von Hierarchien, verbesserte Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen auf Augenhöhe) ➔ Führungskräfte in ihrer Schlüsselrolle stärken und gezielt begleiten, fördern bzw. schulen ➔ Einführung eines niederschwelligen und unbürokratischeren Akkreditierungssystems zur Evaluierung von Themenschwerpunkten wie (1) Führung, (2) Tätigkeitsfeld und (3) Arbeitszeit, um Verbesserungspotenziale und Mitarbeiter:innenzufriedenheit zu eruieren – mit der Aussicht auf entsprechende Qualitätsmanagementzertifizierungen, (finanzielle) Incentives und Qualifikationsangebote
Weiterbildungsangebote	➔ Kostensenkung oder -übernahme zur Attraktivierung von Weiterbildungen für Mitarbeitende ➔ Zugang zu Weiterbildungen niederschwellig und flexibel gestalten (berufsbegleitende Angebote, diverse Bildungswege) ➔ Monetäre Vergütung von Aus- und Weiterbildungen, Abbildbarkeit von Sonderausbildungen im Gehaltsschema ➔ Ausbau von Weiterbildungen zu Themen wie Gewalt in der Pflege und psychischen Erkrankungen ➔ Möglichkeiten schaffen bzw. durch Führung zulassen, erworbene Kompetenzen im Arbeitsalltag anzuwenden
Vereinbarkeit von Familie & Beruf	➔ Flächendeckender Ausbau kombinierbarer Kinderbetreuung (betrieblich und auf Gemeindeebene) ➔ Anpassung der Betreuungszeiten an Dienstzeiten der Pflegekräfte und Entkoppelung der Betreuung vom Schuljahr ➔ Finanzielle Unterstützung für Betreuungskosten ➔ Ausweitung des Kinderbetreuungsalters auf 14 Jahre
Gesundheitsförderung	➔ Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung (physisch & psychisch) und Sicherstellung, dass das Pflegepersonal die Angebote auch wahrnehmen kann
Ausstattung des Arbeitsplatzes	➔ Bereitstellung von Pausenräumen, Schaffung von geschützten Rückzugsorten ➔ Bereitstellung technischer Hilfsmittel als Unterstützung für die Pflege ➔ Förderung für die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs oder Bereitstellung von Dienstfahrrädern, Ausbau von Parkmöglichkeiten, wo keine grünen Alternativen möglich sind, bzw. gezielteres Management von Parkmöglichkeiten in Abhängigkeit von Bedarfen und beispielsweise Wohnort ➔ Bereitstellung passender Dienstkleidung und Mitspracherecht bei Gestaltung

VERNETZUNG VON GESUNDHEIT & PFLEGE	
Integrierte Versorgung	➔ Ausbau einer ganzheitlichen, interdisziplinären Versorgung unter Einbindung der Gesundheitssprengel ➔ Ausbau von Primärversorgungszentren und Programmen der integrierten Versorgung (z. B. Diabetes-, Stoma- und Wundversorgung, Herzinsuffizienz, Schlaganfall) zur Entlastung der Akutpflege ➔ Verbesserte ärztliche Erreichbarkeit im Langzeitbereich (Heimarzt bzw. Heimärztin)
Netzwerke, Community Nurse & Case und Care Management	➔ Berücksichtigung bestehender Strukturen bei Etablierung neuer Konzepte ➔ Klare Beschreibung des Aufgabenfeldes und Abgrenzung zu anderen Tätigkeitsfeldern bei Implementierung von Community Nursing und begleitende Evaluation ➔ Verlagerung des Case und Care Managements näher an Sozialräume, Stärkung des Gesundheits- und Sozialsprengels ➔ Frühere Einbindung des Case und Care Managements im Entlassungsprozess (insbesondere bei komplexen Fällen), sodass die Begleitung sichergestellt ist
Soziale Arbeit	➔ Stärkung der Sozialen Arbeit im Pflegekontext: Arbeiten auf Augenhöhe in multiprofessionellen Teams, dementsprechende Abrechnungsmöglichkeiten bzw. Strukturen schaffen/stärken/fördern

BETREUUNGSFORMEN	
Mobile Pflegedienste, betreutes Wohnen & alternative Wohnformen	➔ Bedarfsorientierter Ausbau von mobilen Diensten, alternativen Wohnformen und betreutem Wohnen zur adäquaten Betreuung von Klient:innen im häuslichen Umfeld sowie zur Entlastung stationärer Pflegeeinrichtungen ➔ Gemeinden im Rahmen der strategischen und bedarfsgerechten Entwicklung und Entscheidungsfindung mit pflegerischer Expertise ausstatten und fachlich unterstützen
Stationäre Pflegeeinrichtungen	➔ Diversifizierung stationärer Strukturen, um den aktuellen Bedarf an Pflegekapazitäten auch in weiteren Bereichen (z. B. psychisch erkrankte Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen, Demenzerkrankte) gerecht zu werden oder decken und Pflege fachlich entsprechend der Krankheitsbilder auszurichten und leisten zu können ➔ Ausbau der fachspezifischen Versorgung in der Peripherie
Pflegende Angehörige, Tagespflege & Kurzzeitpflege	➔ Ausbau der Ausbildungsangebote und Pflegeworkshops für betreuende Angehörige ➔ Ermöglichung der Entlastung und des Urlaubsanspruchs für betreuende Angehörige durch Ausbau der Tages- und Kurzzeitbetreuung bzw. -pflege sowie des mobilen Dienstes (Fokus auf Demenzerkrankte, Menschen mit Behinderung, psychische Erkrankungen) mit niedrigen Kosten für die Pflegenden ➔ Etablierung der Möglichkeit eines rechtlich abgesicherten Vertrages zur fortlaufenden Betreuung der Pflegebedürftigen im Falle des Ablebens der pflegenden Angehörigen, Errichtung einer Beratungs- und Koordinierungsstelle

literaturverzeichnis

Adams, T. L. (2010). Gender and Feminization in Health Care Professions. Sociology Compass, 4(7), 454-465. https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00294.x

AlAzzam, M., AbuAlRub, R. F. & Nazzal, A. H. (2017). The Relationship Between Work-Family Conflict and Job Satisfaction Among Hospital Nurses. Nursing forum, 52(4), 278-288. https://doi.org/10.1111/nuf.12199

Antonopoulos, R. (2008). The Unpaid Care Work-Paid Work Connection. SSRN Electronic Journal. Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.2139/ssrn.1176661

Apker, J., Ford, W. S. & Fox, D. H. (2003). Predicting nurses' organizational and professional identification: the effect of nursing roles, professional autonomy, and supportive communication. Nursing economic$, 21(5), 226-32, 207.

AQUA Mühle Vorarlberg Gmbh (Hrsg.). (2021a). Ausbildungskombination: Betriebsdienstleistung und Pflegeassistenz. https://aqua-soziales.com/aqua/web/aqua.nsf/downloads/Modellprojekt/$file/1.pdf

AQUA Mühle Vorarlberg Gmbh. (2021b). Auf dem Weg zur Pflegelehre: Modellprojekt Vorarlberg: Ausbildungskombination Betriebsdienstleistungslehre und Pflegeassistenz. https://www.bankaustria.at/sozialpreis-2019-auf-dem-weg-zur-pflegelehre.jsp

Arbeiterkammer Tirol. (2021). Pflege. Handeln. Jetzt! Die Situation der Pflege und Betreuung in Tirol: Eine Analyse der AK Tirol mit Handlungsempfehlungen. Innsbruck.

Arbeitsmarktservice. (2022). Implacementstiftung. https://www.ams.at/unternehmen/service-zur-personalsuche/foerderungen/implacementstiftung-oberoesterreich

Arge Tirol Altenheime. (2018). Positionspapier Personalbedarf stationäre Altenpflege Tirol. https://www.arge-tiroler-altenheime.at/wp-content/uploads/2018/06/201806_arge_positionspapier_pflegepersonalbedarf.pdf

Arnold, A., Fulmer, I. S., Sender, A., Allen, D. G. & Staffelbach, B. (2018). Compensation and pay transparency practices in switzerland: Survey Report 2018. University of Lucerne.

Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R. G. J. (2016). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. Age and ageing, 45(5), 572–576

Atkinson, D. (1997). An auto/biographical approach to learning disability research. Ashgate Publishing.

Auth, D. & Rudolph, C. e. a. (2017). Care im (sozialinvestiven) Wohlfahrtsstaat. FEMINA POLITICA, 26(2). https://shop.budrich.de/wp-content/uploads/2020/11/1433-6359-2017-2.pdf

Avia, I. & Hariyati, R. T. S. (2019). Impact of hospital accreditation on quality of care: A literature review. Enfermería Clínica, 29, 315-320. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.06.003

Baker, M., Halberstam, Y., Kroft, K., Mas, A. & Messacar, D. (2021). Pay Transparency and Gender Pay Gap.

Balevre, P. S., Cassells, J. & Buzaianu, E. (2012). Professional nursing burnout and irrational thinking: a replication study. Journal for nurses in staff development: JNSD : official journal of the National Nursing Staff Development Organization, 28(1), 2-8. https://doi.org/10.1097/NND.0b013e318240a65a

Bartonitz, M. (2018). Agile Pflege bei Buurtzorg. In M. Bartonitz, V. Lévesque, T. Michl, W. Steinbrecher, C. Vonhof & L. Wagner (Hrsg.), Agile Verwaltung (S. 235-241). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57699-1_21

Baylina, P., Barros, C., Fonte, C., Alves, S. & Rocha, Á. (2018). Healthcare Workers: Occupational Health Promotion and Patient Safety. Journal of medical systems, 42(9), 159. https://doi.org/10.1007/s10916-018-1013-7

Bechtel, P., Friedrich, D. & Kerres, A. (2017). Mitarbeitermotivation ist lernbar: Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen motivieren, führen, coachen / Peter Bechtel, Detlef Friedrich, Andrea Kerres (Second edition). Springer.

Becker, K. Loyale Beschäftigte - ein Auslaufmodell? Zum Wandel von Beschäftigtenorientierungen in der stationären Pflege unter marktzentrierten Arbeitsbedingungen. Pflege & Gesellschaft, 2016(21(2), 145-161.

Bettig, U., Frommelt, M. & Schmidt, R. (Hrsg.). (2012). Fachkräftemangel in der Pflege: Konzepte, Strategien, Lösungen. medhochzwei Verlag.

Blondal, A. B., Sporrong, S. K. & Almarsdottir, A. B. (2017). Introducing Pharmaceutical Care to Primary Care in Iceland-An Action Research Study. Pharmacy (Basel, Switzerland), 5(2). https://doi.org/10.3390/pharmacy5020023

Bluff, R. (2007). Grounded theory: the methodology. In I. Holloway (Hrsg.), Qualitative Research in Health Care. McGraw-Hill International (UK) Ltd.

Blum, K., Müller, U. & Schilz, P. (2004). Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf: Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Katholischen Fachhochschule Freiburg mit Unterstützung der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg. Düsseldorf. https://docplayer.org/25913491-Wiedereinstieg-ehemals-berufstaetiger-pflegekraefte-in-den-pflegeberuf.html

Boccagni, P. (2014). Caring about migrant care workers: From private obligations to transnational social welfare? Critical Social Policy, 34(2), 221-240. 10.1177/0261018313500867

Böhle, F., Stöger, U. & Weihrich, M. (2015). Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung: Arbeits- und Industriesoziologische Studien(8 (1), 37–54. https://doi.org/10.21241/ssoar.64813

Bradshaw, A. (2000). Competence and British nursing: a view from history. Journal of clinical nursing, 9(3), 321–329. https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00399.x

Bruno, G. (2020). Mitarbeiter finden: SO KLAPPT'S IM NETZ, 28–31. www.altenpflege-online.net

Buchan, J. & Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. Bulletin of the World Health Organization (80), Artikel 7, 575-580.

Buchan, J., Catton, H. & Shaffer, F. A. (2020). Ageing well? Plocies to support older nurses at work. Philadelphia. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Ageing%20ICNM%20Report%20December%209%202020.pdf

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2021). Programm Triple Win: Vermittlung von Pflegekräften aus dem Ausland. https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/download/1533716310198.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt. (2022). Migrants Care. https://www.freiewohlfahrt.at/migrants_care

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (o.D.). ExoPflege: Exoskelett für hoch belastetes Pflegepersonal zur Umbettung bewusstloser und narkotisierter Kranker. https://www.interaktive-technologien.de/projekte/exopflege

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2020). Neue Pflegeausbildungen. https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/berufsfeld-pflege/neue-pflegeausbildungen

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (o. D. b). Finanzierung der Ausbildung. https://www.pflegeausbildung.net/fuer-ausbilder-und-pflegeschulen/finanzierung.html

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (o. D. a). Die Ausbildungsvergütung. https://www.pflegeausbildung.net/alles-zur-ausbildung/verguetung-und-finanzierung.html

Bundesministerium für Gesundheit. (2022). Pflegeberufegesetz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html

Bundesministerium für Inneres. (2022). Bruttobezug für Bedienstete des Exekutivdienstes. https://www.polizeikarriere.gv.at/verdienstmoeglichkeiten.html

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:23abbf3e-3de9-4d64-b266-bf5f388b1eaf/210201_SORA%20Endbericht%20Arbeitsbedingungen%20in%20der%20Pflege.pdf

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2021). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:23abbf3e-3de9-4d64-b266-bf5f388b1eaf/210201_SORA%20Endbericht%20Arbeitsbedingungen%20in%20der%20Pflege.pdf

Burtke, U. (2018). Idee für häusliche Pflege: buurtzorg. Heilberufe, 70(1), 52–53. https://doi.org/10.1007/s00058-018-3223-2

Buurtzorg (Hrsg.). (2022a). Buurtzorg Plus. Integrated community care. https://www.buurtzorg.com/innovation/buurtzorgplus/

Buurtzorg (Hrsg.). (2022b). About us. A pioneering healthcare organisation. https://www.buurtzorg.com/about-us/

Buurtzorg (Hrsg.). (2022c). Welcome to Buurtzorg. Humanity over bureaucracy. https://www.buurtzorg.com/

Camenzind, M. (2020). Die Beweise liegen auf dem Tisch: Pflege spart Milliarden. Krankenpflege | Soins infirmiers | Cure infermieristiche(09), 12-17. https://www.sbk.ch/publikationen/zeitschrift-krankenpflege

Clark, T. (2011). Gaining and Maintaining Access. Qualitative Social Work, 10(4), 485–502. https://doi.org/10.1177/1473325009358228

Claudia. (2021). Studi trifft Senior: Lebe lieber ungewöhnlich mit Wohnbuddy. https://www.iamstudent.at/blog/studi-trifft-senior-wohnbuddy/

Clendon, J. & Walker, L. (2017). Nurses as family caregivers - barriers and enablers facing nurses caring for children, parents or both. Journal of nursing management, 25(2), 93-101. https://doi.org/10.1111/jonm.12445

Collins, J. (1994). Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at 'The Prevention and Management of Aggressive Behaviour Programme'. Journal of advanced nursing, 20(1), 117-131. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20010117.x

Conn, V. S., Ruppar, T. M., Chan, K. C., Dunbar-Jacob, J., Pepper, G. A. & Geest, S. de (2015). Packaging interventions to increase medication adherence: systematic review and meta-analysis. Current medical research and opinion, 31(1), 145–160. https://doi.org/10.1185/03007995.2014.978939

Coster, S., Watkins, M. & Norman, I. J. (2018). What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. International journal of nursing studies, 78, 76-83. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.009

Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2016). Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches. SAGE Publications.

Czasny, I., Hagleitner, J., Hlava, A., Sagerschnig, S., Stürzlinger, H. & Willinger, M. (2012). Ärztinnen und Ärzte - Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 - 2030. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).

Danner, J. (2019). Strukturplan Pflege 2012 - 2022: Evaluierungsbericht 2017. https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/soziales/Publikationen/Evaluierungsbericht_zum_Strukturplan_Pflege_2012_-_2022.pdf

de Veer, A., Brandt, H., Schellevis, F. & Francke, A. (2008). Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkersen huisartsen. https://www.nivel.nl/nl/publicatie/buurtzorg-nieuw-maar-toch-vertrouwd-een-onderzoek-naar-de-ervaringen-van-clienten

Del Azevedo, B. S., Nery, A. A. & Cardoso, J. P. (2017). OCCUPATIONAL STRESS AND DISSATISFACTION WITH QUALITY OF WORK LIFE IN NURSING. Texto & Contexto - Enfermagem, 26(1). https://doi.org/10.1590/0104-07072017003940015

Denzin, N. K. (2012). Triangulation 2.0. Journal of Mixed Methods Research, 6(2), 80–88. https://doi.org/10.1177/1558689812437186

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Hrsg.). (2022). Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften (Triple Win). https://www.giz.de/de/weltweit/41533.html

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.). (2011). Lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege. https://www.pflege-krankenhaus.de/lebensphasengerechtes-arbeiten/modelle-im-ueberblick.html

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e.V. (Hrsg.). (2022). Kompensation von Belastungen und Anerkennung von Leistungen im Pflegeberuf: Positionspapier. https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/DBfK-Position_Pflegeberufegratifikationsschein_2022-02.pdf

Deutscher Caritasverband e.V. (Hrsg.). (2016). Was für die generalistische Pflegeausbildung spricht. https://karriere.caritas-altenhilfe.de/stellungnahmen/was-fuer-die-generalistische-pflegeausbildung-spri/775621/

Deutsches Studentenwerk (Hrsg.). (2022). Wohnen für Hilfe. https://www.studentenwerke.de/de/content/wohnen-f%C3%BCr-hilfe

Diakonie Deutschland (Hrsg.). (2020). Die generalistische Pflegeausbildung. https://www.diakonie.de/wissen-kompakt/die-generalistische-pflegeausbildung

Diakonie Deutschland (Hrsg.). (2022). Pflegefachfrau*mann: ehemals Altenpflege und (Kinder-)Krankenpflege. https://karriere.diakonie.de/pflegefachfrau-mann

Diakonischer Verein Tirol (Hrsg.). (2022). Wohnen für Hilfe. https://www.studentenwohnheim-saggen.at/aktuelles/wohnen-fuer-hilfe

Dimbath, O., Ernst-Heidenreich, M. & Roche, M. (2018). Praxis und Theorie des Theoretical Sampling. Methodologische Überlegungen zum Verfahren einer verlaufsorientierten Fallauswahl. Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.17169/FQS-19.3.2810 (Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 19, No 3 (2018): Research Ethics in Qualitative Research).

Doody, O. (2012). Families' views on their relatives with intellectual disability moving from a long-stay psychiatric institution to a community-based intellectual disability service: an Irish context. British Journal of Learning Disabilities, 40(1), 46–54. https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2011.00682.x

Dowling, E. (2021). The Care Crisis: What Caused It and How Can We End It? (1. Aufl.). Verso.

Draxl, W. (2022). 10-Jahres Pflege-Ausbidungsmodell für Österreich. Ausbildungszentrum West.

Duffield, C., Gardner, G. & Catling-Paull, C. (2008). Nursing work and the use of nursing time. Journal of clinical nursing (17), Artikel 24, 3269-3274. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02637.x

Ellingsen-Dalskau, L. H., Boer, B. de & Pedersen, I. (2021). Comparing the care environment at farm-based and regular day care for people with dementia in Norway-An observational study. Health & social care in the community, 29(2), 506–514. https://doi.org/10.1111/hsc.13113

Eßer, F., Schär, C., Schnurr, S. & Schröer, W. (2020). Partizipative Forschung und Soziale Arbeit: eine bildungstheoretische Verhältnisbestimmung. Neue Praxis: Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, (Sonderheft 16), 3–23.

Etgeton, S. (2018). Themenpapier. Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege. Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/44_Pflege_vor_Ort/VV_Themenpapier_Fachkraeftemangel_Pflege.pdf

Etikan, I., Musa, S. A. & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. American Journal of Theoretical and Applied Statistics), 5(1), 1–4. https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11

Europäische Kommission. (2021). DIRECTIVE OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL to strengthen the application of the principle of equal pay for equal work or work of equal value between men and women through pay transparency and enforcement mechanisms.

Famira-Mühlberger, U., Sinabell, F., Streicher, G., Sterkl, T. & Weinberger, D. (2021). Green Care in Österreich: Regionalwissenschaftliche Bedeutung und Zukunftsperspektiven. https://www.greencare-oe.at/media.php?filename=download%3D%2F2021.03.30%2F1617064112605611.pdf&rn=Green%20Care%20WIFO%20Studie%20M%C3%A4rz%202021.pdf

Felski, M. (2013). Vorteile der Verblisterung. HeilberufeScience, 4(S1), 4–5. https://doi.org/10.1007/s16024-012-0144-x

Flick, U. (2011). Triangulation: Eine Einführung (3. Aufl.). Qualitative Sozialforschung: Band 12. VS Verlag.

Flick, U. (2016). Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung (7. Auflage). Rowohlt Taschenbuch.

Forsetlund, L., O'Brien, M. A., Forsén, L., Reinar, L. M., Okwen, M. P., Horsley, T. & Rose, C. J. (2021). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and healthcare outcomes. The Cochrane database of systematic reviews, 9, CD003030. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003030.pub3}

Fredersdorf, F., Lorünser, D. & Moser, S. (2015). Evaluation des Vorarlberger Modellprojekts "Ärztliche Koordination" 2014/15. FH Vorarlberg. https://www.fhv.at/fileadmin/user_upload/fhv/files/forschung/sowi/forschungsschwerpunkte/Evaluation_des_Vorarlberger-Modellprojekts_Aerztliche_Koordination_2014-2015.pdf

Freeden, J. (2018). Evaluation des Kooperationsprojektes Triple Win.

Fuchs, S. (2017). Burnout bei niedergelassenen Human- und Zahnmedizinern: die Rolle von Self-Compassion als Schutzfaktor der ÄrztInnengesundheit [Dissertation]. Europa-Universität Viadriana.

Fujimoto, T., Kotani, S. & Suzuki, R. (2008). Work-family conflict of nurses in Japan. Journal of clinical nursing, 17(24), 3286-3295. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02643.x

Ganner, J., Kerschbaumer, L. & Tanzer, C. (2021). Enhancing and Restricting Factors of Formal Voluntary Engagement in Tyrol and the Impact of the Pandemic. European Journal of Management Issues, 29(2), 73–82. https://doi.org/10.15421/192107

Garzonis, K., Mann, E., Wyrzykowska, A. & Kanellakis, P. (2015). Improving Patient Outcomes: Effectively Training Healthcare Staff in Psychological Practice Skills: A Mixed Systematic Literature Review. Europe's journal of psychology, 11(3), 535-556. https://doi.org/10.5964/ejop.v11i3.923

Gastaldo, D. & Holmes, D. (1999). Foucault and nursing: a history of the present. Nursing inquiry, 6(4), 231–240. https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00042.x

Gemeinde Stadt-Hohenems (2022). Neue Servicestelle für Betreuung und Pflege. Vorarlberg Online. https://www.vol.at/neue-servicestelle-fuer-betreuung-und-pflege/7252195

Gerke, A. (2021). Die Bedeutung von Lohntransparenz für Arbeitnehmer: Eine empirische Studie. DataCite.

Gewerkschaft öffentlicher Dienst. (2019, 12. Mai). Hohe Pflegequalität im Öffentlichen Dienst weiterhin sicherstellen! GÖD-Gesundheitsgewerkschaft präsentiert fünf Forderungspunkte zum Tag der Pflege: Pflegekräfte brauchen dringende Entlastung und mehr Nachwuchs. https://www.goed.at/aktuelles/news/goed-gesundheitsgewerkschafthohepflegequalitaet

Gillham, B. (2005). Research Interviewing: The Range of Techniques. McGraw-Hill Education. http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory. Observations. Aldine Pub. Co.

Glaser, B. G., Strauss, A. L. & Paul, A. T. (op. 1998). Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung. Programmbereich Pflege. H. Huber.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen (4. Aufl.). Lehrbuch. VS Verlag. http://d-nb.info/1002141753/04

Goodykoontz, L. & Herrick, C. A. (1990). Evaluation of an inservice education program regarding aggressive behavior on a psychiatric unit. Journal of continuing education in nursing, 21(3), 129-133. https://doi.org/10.3928/0022-0124-19900501-11

Göres, J. (2020). Nicht für alle gut. Süddeutsche Zeitung. https://www.sueddeutsche.de/karriere/neues-gesetz-nicht-fuer-alle-gut-1.4793430

Gramm, V., Giuliani, C. & Hoffmann, C. (2020). Soziale Landwirtschaft in Südtirol und ihre Rahmenbedingungen im europäischen Vergleich. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 45(1), 29–48. https://doi.org/10.1007/s11614-020-00390-4

Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health information and libraries journal, 26(2), 91–108. https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x

Green Care Österreich (Hrsg.). (2021). Green Care in der Land- und Forstwirtschaft 2021: Soziale Innovation und Wertschöpfung für den ländlichen Raum. https://www.greencare-oe.at/media.php?filename=download%3D%2F2022.05.12%2F1652365023978678.pdf&rn=Green%20Care%20T%C3%A4tigkeitsbericht%202021.pdf

Groger, L., Mayberry, P. S. & Straker, J. K. (1999). What We Didn't Learn Because of Who Would Not Talk to Us. Qualitative health research, 9(6), 829–835. https://doi.org/10.1177/104973299129122180

Gulyas, A., Seitz, S. & Sinha, S. (2021). Does Pay Transparency Affect the Gender Wage Gap? Evidence From Austria. https://doi.org/10.2139/ssrn.3949832

Hackmann, T. & Sulzer, L. (2018). Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege: Probleme und Herausforderungen. Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/44_Pflege_vor_Ort/VV_Endbericht_Fachkraeftemangel_Pflege_Prognos.pdf

Hanrahan, N. P., Aiken, L. H., McClaine, L. & Hanlon, A. L. (2010). Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. Issues in mental health nursing, 31(3), 198-207. https://doi.org/10.3109/01612840903200068

Hasebrook, J., Zinn, B. & Schletz, A. (Hrsg.). (2018). Kompetenzmanagement in Organisationen. Lebensphasen und Kompetenzmanagement: Ein Berufsleben lang Kompetenzen erhalten und entwickeln. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55158-5

Haubenhofer, D. K., Elings, M., Hassink, J. & Hine, R. E. (2010). The development of green care in western European countries. Explore (New York, N.Y.), 6(2), 106–111. https://doi.org/10.1016/j.explore.2009.12.002

Haus im Leben - Anton Stabentheiner CMC (Hrsg.). (o.D., a). Ein neues Wohnkonzept. https://www.hausimleben.at/leben-im-haus/

Haus im Leben - Anton Stabentheiner CMC (Hrsg.). (o.D., b). Betreut Wohnen durch Nachbarschaftshilfe. https://www.hausimleben.at/betreutes-wohnen/

Haus im Leben - Anton Stabentheiner CMC (Hrsg.). (o.D., c). Vorteile für die Gemeinde. https://www.hausimleben.at/vorteile-fuer-gemeinden/

Hermanowicz, J. C. (2002). The Great Interview: 25 Strategies for Studying People in Bed (Nr. 4). https://doi.org/10.1023/A:1021062932081

Herrmann, L. & Woodruff, C. (2019). Dienstplanung im stationären Pflegedienst. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22581-0

Hershcovis, M. S. & Barling, J. (2010). Towards a multi-foci approach to workplace aggression: A meta-analytic review of outcomes from different perpetrators. Journal of Organizational Behavior, 31(1), 24-44. https://doi.org/10.1002/job.621

Hilfswerk. (2020a). Das duale Modell der Pflegeausbildung in der Schweiz [Press release]. Wien. https://www.ots.at/a/PDF_20200116_OTS0082_0

Hilfswerk. (2020b). Faktencheck Pflegepersonal: Die Wahrheit über das "Schweizer Modell" - und was Österreich daraus lernen muss! Pressekonferenz [Press release]. https://www.ots.at/a/PDF_20200116_OTS0082_1

Hogh, A. & Viitasara, E. (2005). A systematic review of longitudinal studies of nonfatal workplace violence. European Journal of Work and Organizational Psychology, 14(3), 291-313. https://doi.org/10.1080/13594320500162059

Holt, A. (2010). Using the telephone for narrative interviewing: a research note. Qualitative Research, 10(1), 113–121. https://doi.org/10.1177/1468794109348686

Hug, J. & Söffner, S. (2017). Demografieorientiertes Personalmanagement im Pflegedienst. In P. Bechtel, I. Smerdka-Arhelger & K. Lipp (Hrsg.), Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe (S. 247-260). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54166-1_24

Ibsen, T. L., Eriksen, S. & Patil, G. G. (2018). Farm-based day care in Norway - a complementary service for people with dementia. Journal of multidisciplinary healthcare, 11, 349–358. https://doi.org/10.2147/JMDH.S167135

Ilkiw-Lavalle, O., Grenyer, B. F. S. & Graham, L. (2002). Does prior training and staff occupation influence knowledge acquisition from an aggression management training program? International journal of mental health nursing, 11(4), 233-239. https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00254.x}

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2019). Patientenindividuelle Verblisterung: Rapid Report. https://www.iqwig.de/download/a18-35_patientenindividuelle-verblisterung_rapid-report_v1-0.pdf

International Counsils of Nurses. (2002). Nursing Definitions. International Counsils of Nurses. https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions

Josendal, A. V. & Bergmo, T. S. (2021). From Paper to E-Prescribing of Multidose Drug Dispensing: A Qualitative Study of Workflow in a Community Care Setting. Pharmacy (Basel, Switzerland), 9(1). https://doi.org/10.3390/pharmacy9010041

Kaelin, L. (2011). Care drain: the political making of health worker migration. Journal of public health policy, 32(4), 489–498. https://doi.org/10.1057/jphp.2011.43

Kalánková, D., Kirwan, M., Bartoníčková, D., Cubelo, F., Žiaková, K. & Kurucová, R. (2020). Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. Journal of nursing management, 28(8), 1783-1797. https://doi.org/10.1111/jonm.12978

Kawulich, B. B. (2011). Gatekeeping: An Ongoing Adventure in Research. Field Methods, 23(1), 57–76. https://doi.org/10.1177/1525822X10383388

Kirpal Simone. (2004). Work identities of nurses: Between caring and efficiency demands (3). https://doi.org/10.1108/13620430410535850

Kleim, B. & Kalisch, R. (2018). Wer bleibt gesund? Zum Problem der Vorhersage von Resilienz [Who stays healthy? The problem of predicting resilience] (Nr. 7). https://doi.org/10.1007/s00115-018-0551-z

Klöppner, M., Kuchenbuch, M. & Schumacher, L. (2017). Fachkräftemangel im Pflegesektor. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54014-5

Kramp, M. (2020). Buurtzorg auf "Österreichisch": Pflegedienst CuCo macht´s vor. https://www.contec.de/blog/beitrag/buurtzorg-auf-oesterreichisch-pflegedienst-cuco-machts-vor/

Kricheldorff, C. (2018). Aktuelle Herausforderungen für die Profession Soziale Arbeit in der Altenhilfe und im Sozialraum. In C. Bleck, A. van Rießen & R. Knopp (Hrsg.), Alter und Pflege im Sozialraum (S. 113–125). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18013-3_8

Kricheldorff, C., Klott, S. & Tonello, L. (2015). Sorgende Kommunen und Lokale Verantwortungsgemeinschaften. Modellhafte Ansätze zur Sicherung von gelingendem Altern und Pflege im Quartier [Caring communes and locally responsible communities. Model approaches to securing successful aging and care in the neighborhood]. Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie, 48(5), 408–414. https://doi.org/10.1007/s00391-015-0914-z

Kroezen, M., Dussault, G., Craveiro, I., Dieleman, M., Jansen, C., Buchan, J., Barriball, L., Rafferty, A. M., Bremner, J. & Sermeus, W. (2015). Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, *119*(12), 1517-1528. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.003

Kurzthaler, I., Kemmler, G. & Fleischhacker, W. W. (2017). Burnout-Symptomatik bei KlinikärztInnen [Burnout in physicians]. Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Osterreichischer Nervenarzte und Psychiater, 31(2), 56-62. https://doi.org/10.1007/s40211-017-0225-2

Küsters, I. (2009). Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen (2. Aufl.). Hagener Studientexte zur Soziologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Laib, A., Lieberherr, N. & Schachinger, V. (2020). Selbstorganisation - Ein Managementmodell am Puls der Zeit? In S. Wörwag & A. Cloots (Hrsg.), Arbeitskulturen im Wandel (S. 155-170). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30451-5_7

Lanctôt, N. & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. Aggression and Violent Behavior, 19(5), 492-501. https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010

Lankshear, A. J., Sheldon, T. A. & Maynard, A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. ANS. Advances in nursing science, 28(2), 163–174. https://doi.org/10.1097/00012272-200504000-00008

Larsson, S. (2009). A pluralist view of generalization in qualitative research. International Journal of Research & Method in Education, 32(1), 25–38. https://doi.org/10.1080/17437270902759931

Lauxen, O., Larsen, C., Schwarz, L. & Höhmann, U. (2018). Personal sichern: Wie können Arbeitgeber Einfluss nehmen? Pflegezeitschrift (4). https://www.springerpflege.de/personal-sichern-wie-koennen-arbeitgeber-einfluss-nehmen/15525482 (Determinanten der Mitarbeiterbindung in der Pflege).

LebensPhasenHaus (Hrsg.). (2022). Expertise 4.0. https://www.expertise-vier-punkt-null.de/

Lehmann, L. S., Padilla, M., Clark, S. & Loucks, S. (1983). Training personnel in the prevention and management of violent behavior. Hospital & community psychiatry, 34(1), 40-43. https://doi.org/10.1176/ps.34.1.40

Leichsenring, K. (2015). Buurtzorg Nederland - Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege. ProCare, 20(8), 20–25. https://doi.org/10.1007/s00735-015-0548-9

Levett-Jones, T. L. (2005). Continuing education for nurses: a necessity or a nicety? Journal of continuing education in nursing, 36(5), 229-233. https://doi.org/10.3928/0022-0124-20050901-10

Liaschenko, J. & Peter, E. (2004). Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work. Journal of advanced nursing, 46(5), 488–495. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03011.x

Ljungblad, C., Granström, F., Dellve, L. & Åkerlind, I. (2014). Workplace health promotion and working conditions as determinants of employee health. International Journal of Workplace Health Management, 7(2), 89-104. https://doi.org/10.1108/IJWHM-02-2013-0003

Lloyd, V., Gatherer, A. & Kalsy, S. (2006). Conducting qualitative interview research with people with expressive language difficulties. Qualitative health research, 16(10), 1386–1404. https://doi.org/10.1177/1049732306293846

Maatschappelijke Business Case (Hrsg.). (2009). Buurtzorg Nederland. https://docplayer.nl/373306-Maatschappelijke-business-case-mbc-buurtzorg-nederland.html

Maggs, C. (1996). A history of nursing: a history of caring? Journal of advanced nursing, 23(3), 630–635. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb00028.x

Maume, D. J. (2016). Can Men Make Time for Family? Paid Work, Care Work, Work-family Reconciliation Policies, and Gender Equality. Social Currents, 3(1), 43-63. https://doi.org/10.1177/2329496515620647

Mayring, P. (2014). Qualitative Content Analysis: Theoretical Foundation, Basic Procedures and Software Solution. Beltz. https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-407-25730-7.pdf

Mayring, P. (2017). Evidenztriangulation in der Gesundheitsforschung. KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 69(S2), 415–434. https://doi.org/10.1007/s11577-017-0464-z

Medizinische Hochschule Hannover (Hrsg.). (2022). Pflegepraxiszentrum Hannover. https://www.ppz-hannover.de/pflegepraxiszentrum-hannover/

Meissner, T. (2017). Medikamentensicherheit in der ambulanten Pflege. Pflegezeitschrift, 70(10), 38–40. https://doi.org/10.1007/s41906-017-0241-7

Mennicken, R. & Augurzky, B. (2013). Der demografische Wandel und die Pflege - Die Herausforderungen der Zukunft. In M. Göke & T. Heupel (Hrsg.), Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels (S. 193-206). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-00307-4_13

Mertens, A., Overberg, J., Röbken, H., Deppermann, J., Gockel, J., Heckroth, A., Schnittger, T., Wiedermann, F. & Kadmon, M. (2019). Die Akademisierung der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte: eine Querschnittstudie in Krankenhäusern im Nordwesten Deutschlands [Hospital nurses' perspective on academic nursing education: a cross-sectional study in hospitals in the northwestern part of Germany]. Pflege, 32(1), 17–29. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000650

Mey, G. & Mruck, K. (. (2011). Grounded Theory Reader (2. aktualisierte und erweiterte Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. https://www.springer.com/de/book/9783531171036

Meyer, M. H. (2002). Care Work: Gender, Labor, and the Welfare State (1st ed.). Taylor and Francis; ProQuest.

Mihdawi, M., Al-Amer, R., Darwish Rima, Randall, S. & Afaneh, T. (2020). The Influence of Nursing Work Environment on Patient Safety. Workplace Health & Safety (Vol. 68), Artikel 8, 384-390. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2165079920901533

Mlambo, M., Silén, C. & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. BMC nursing, 20(1), 62. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2

Morse, J.M. (1995) The significance of saturation. Qualitative Health Research. 5(2), 147–149. https://doi.org/10.1177/104973239500500201

Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M. & Koller, M. (Juni 2018). Angehörigenpflege in Österreich: Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Universität Wien.

Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J. G., Fischer, J. E. & Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. Journal of advanced nursing, 49(3), 283-296. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x

NEOS Parlamentsklub. (2019). PFLEGEKONZEPT DER NEOS. Wien. https://parlament.neos.eu/pflege

Newman, S. & Lawler, J. (2009). Managing health care under New Public Management: A Sisyphean challenge for nursing (Vol 45 Nr. 4). https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1440783309346477 Taylor, A. L., Hwenda, L., Larsen, B.-I. & Daulaire, N. (2011). Stemming the brain drain--a WHO global code of practice on international recruitment of health personnel. The New England journal of medicine, 365(25), 2348-2351. https://doi.org/10.1056/NEJMp1108658

Nichols, J. & Campbell, J. (2010). The experiences of internationally recruited nurses in the UK (1995-2007): an integrative review. Journal of clinical nursing, 19(19-20), 2814-2823. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03119.x

Novick, G. (2008). Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? Research in nursing & health, 31(4), 391–398. https://doi.org/10.1002/nur.20259.

Nowrouzi, B., Giddens, E., Gohar, B., Schoenenberger, S., Bautista, M. C. & Casole, J. (2016). The quality of work life of registered nurses in Canada and the United States: a comprehensive literature review. International journal of occupational and environmental health, 22(4), 341–358. https://doi.org/10.1080/10773525.2016.1241920

Oberösterreichische Gesundheitsholding. (2022). Start der Pflegestarter*innen gesichert [Press release]. https://www.ooeg.at/fileadmin/media/presse/Schulen/2022-04-29_Start_der_Pflegestarter_innen_gesichert/PA_OOEG_Schulen_Start_der_Ausbildung_Pflegestarterinnen_gesichert__29.4.2022.pdf

OdASanté. (2020). Ausbildungen im Gesundheitsbereich: Eintritte und Abschlüsse [Press release]. https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Kommunikation_Public_Relations/Medien/Statistiken/Komplett_OdASante_Statistik_Gesundheitsberufe_2019_DE.pdf

Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech, N. L. & Zoran, A. G. (2009). A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research. International Journal of Qualitative Methods, 8(3), 1–21. https://doi.org/10.1177/160940690900800301

Österreichische Ärztekammer. (2019). Forderungskatalog an die Bundesregierung. https://www.aerztekammer.at/forderungskatalog

Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit (Hrsg.). (2018). Zur Zukunft der Sozialen Altenarbeit in Österreich: Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft "Altern und Soziale Arbeit" der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa). Wien. https://www.ogsa.at/wp-content/uploads/2018/06/Positionspapier-Broschuere-Altern-und-Soziale-Arbeit.pdf

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. (2021). Ansatzpunkte des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes zur Pflege.Zukunft.Österreich. https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Aktuell/Zukunft.Pflege.OEsterreich.pdf

Österreichischer Gewerbschaftsbund Tirol. (2021). Zukunftsthema Nummer 1: Pflege in Tirol: Lösungsvorschläge des ÖGB Tirol 2021. Situation der Tiroler Pflegekräfte, der zu Pflegenden und. ÖGB. file:///C:/Users/VAREIN~1/AppData/Local/Temp/OEGB%20Tirol_Positionspapier%20Pflege_2021-1.pdf

Österreichischer Gewerbschaftsbund. (2019). Pflege und Betreuung betrifft uns alle: Fast eine Million ÖsterreicherInnen pflegen ihre Angehörigen. https://www.oegb.at/themen/gesundheit-und-pflege/pflege/pflege-und-betreuung-betrifft-uns-alle

Österreichischer Rundfunk - Oe1 (31. Januar 2022). Radiokolleg - Die Krise der Care-Arbeit: Ursachen und Folgen einer Fehlentwicklung (1-4). Ö1. https://oe1.orf.at/programm/20220131/666618/Radiokolleg-Die-Krise-der-Care-Arbeit

Parker, A. & Tritter, J. (2006). Focus group method and methodology: current practice and recent debate. International Journal of Research & Method in Education, 29(1), 23–37. https://doi.org/10.1080/01406720500537304

Parker, C., S. Scott, A. Geddes (2019). Snowball Sampling. In P. Atkinson, S. Delamont, A. Cernat, J. W. Sakshaug, R. A. & Williams (Eds.) Research Methods Foundations. SAGE. https://www.doi.org/10.4135/9781526421036831710

Paterson, B., Turnbull, J. & Aitken, I. (1992). An evaluation of a training course in the short-term management of violence. Nurse education today, 12(5), 368-375. https://doi.org/10.1016/0260-6917(92)90113-3

Pavloff, M., Farthing, P. M. & Duff, E. (2017). Rural and Remote Continuing Nursing Education: An Integrative Literature Review. Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 17(2), 88-102. https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v17i2.450

Pedro, D. R. C., Fracasso, N. V., Costa, R. G., Rossaneis, M. Â., Aroni, P. & Haddad, M. d. C. F. L. (2020). Age management practices toward workers aged 45 years or older: an integrative literature review. Revista

brasileira de medicina do trabalho: publicacao oficial da Associacao Nacional de Medicina do Trabalho-ANAMT, 18(2), 194-202. https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-536

Petermann, A. (2019). Risiken und Nebenwirkungen der generalistischen Ausbildung. Deutschlandfunk. https://www.deutschlandfunk.de/neues-pflegeberufe-gesetz-risiken-und-nebenwirkungen-der-100.html

Pfabigan, D. & Pleschberger, S. (2021). Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen: Ein Wegweiser für die Praxis (WISSEN Nr. 19). Wien. Fonds Gesundes Österreich. https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2021-05/WB_19_gf_wegweiser_wissen_19_bfrei.pdf

Phillips, J. L., Piza, M. & Ingham, J. (2012). Continuing professional development programmes for rural nurses involved in palliative care delivery: an integrative review. Nurse education today, 32(4), 385-392. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.05.005

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: myths and strategies. International journal of nursing studies, 47(11), 1451–1458. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.004

Pool, I., Poell, R. & Cate, O. ten (2013). Nurses' and managers' perceptions of continuing professional development for older and younger nurses: a focus group study. International journal of nursing studies, 50(1), 34-43. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.009}

Price, S. & Reichert, C. (2017). The Importance of Continuing Professional Development to Career Satisfaction and Patient Care: Meeting the Needs of Novice to Mid- to Late-Career Nurses throughout Their Career Span. Administrative Sciences, 7(2), 17. https://doi.org/10.3390/admsci7020017

ProCare (2016). Sicher verpackt. ProCare, 21(8), 48. https://doi.org/10.1007/s00735-016-0686-8

Qingjun, L., Jihui, D., Laiyi, T., Xiangjun, Z., Jun, L., Hay, A., Shires, S. & Navaratnam, V. (1998). The effect of drug packaging on patients' compliance with treatment for Plasmodium vivax malaria in China. Bulletin of the World Health Organization, 76 Suppl 1(Suppl 1), 21–27. https://doi.org/Trial

Quinn, S. C. (2004). Ethics in public health research: protecting human subjects: the role of community advisory boards. American journal of public health, 94(6), 918–922. https://doi.org/10.2105/ajph.94.6.918

Radsma, J. (1994). Caring and nursing: a dilemma. Journal of advanced nursing, 20(3), 444-449. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb02379.x

Raiber, L., Boscher, C., Fischer, F. & Winter, M. H.-J. (2021). Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben als Präventions- und Personalbindungsstrategie. Prävention und Gesundheitsförderung, 16(3), 242-248. https://doi.org/10.1007/s11553-020-00816-7

Rappold, E. & Juraszovich, B. (2019). Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien. https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegepersonal.html

Rappold, E., Juraszovich, B., Weißenhofer, S. & Edtmayer, A. (2021). Taskforce Pflege, Begleitung des Prozesses zur Taskforce Pflege: Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen. Wien. https://jasmin.goeg.at/1576/1/TF_Pflege_Ergebnisbericht_bf.pdf

Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B. & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. Journal of clinical nursing, 27(11-12), 2248-2259. https://doi.org/10.1111/jocn.14058

Riggs, C. J. & Rantz, M. J. (2001). A model of staff support to improve retention in long-term care. Nursing administration quarterly, 25(2), 43–54. https://doi.org/10.1097/00006216-200101000-00009

Roedenbeck Schäfer, M. (2014). Personalgewinnung in der Pflege: Innovative Ideen - einfach umgesetzt (1. Aufl.). Elsevier, Urban & Fischer.

Rostgaard, T. & Graff, L. (2017). REABLEMENT IN DENMARK—BETTER HELP, BETTER QUALITY OF LIFE? Innovation in Aging, 1(suppl_1), 648. https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.2299

Rostgaard, T. (2016). Socially investing in older people - Reablement as a social care policy responste? Research on Finnish Society(9), 77–80. https://fjsr.journal.fi/article/download/110759/65110/204092

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H. & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. Quality & quantity, 52(4), 1893–1907. https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8

Schaller, A., Gernert, M., Klas, T. & Lange, M. (2022). Workplace health promotion interventions for nurses in Germany: a systematic review based on the RE-AIM framework. BMC nursing, 21(1), 65. https://doi.org/10.1186/s12912-022-00842-0

Scheibelhofer, E. (2008). Combining Narration-Based Interviews with Topical Interviews: Methodological Reflections on Research Practices. International Journal of Social Research Methodology, 11(5), 403–416. https://doi.org/10.1080/13645570701401370

Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), Pflege-Report 2019 (S. 49-60). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_3

Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. Neue Praxis, 13(3), 283–293. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/document/5314/1/ssoar-np-1983-3-schutze-biographieforschung_und_narratives_interview.pdf

Scott, D., Brown, M., Shields, J., Long, R. J., Antoni, C. H., Beck-Krala, E. J., Lucia-Casademunt, A. M. & Perkins, S. J. (2015). A Global Study of Pay Preferences and Employee Characteristics. Compensation & Benefits Review, 47(2), 60-70. https://doi.org/10.1177/0886368715598197

Sell, S. (2020). Potenzial und Grenzen von Zuwanderung in die Pflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), Pflege-Report 2019 (S. 85–101). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_6

Sempik, J., Hine, R. & Wilcox, D. (2010). Green care: A conceptual framework; a report of the Working Group on the Health Benefits of Green Care, COST 866, Green Care in Agriculture. Centre for Child and Family Research.

Shah, G., Erickson, J. L., Luxenburg, J., Hu, B., Reali-Sorrell, M., Lovelace, R., Pfoh, E., Kobaivanova, N. & Brateanu, A. (2021). Impact on patients' compliance with medication using prepacked blisters for multi-drug medical therapy: I-COMPLY Study. American journal of health-system pharmacy: AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists, 78(18), 1713–1719. https://doi.org/10.1093/ajhp/zxab193

Shuy, R. W. (2007). In Person versus Telephone Interviewing. In J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Hg.), Inside interviewing: New lenses, new concerns (S. 174–193). Sage Publ. https://doi.org/10.4135/9781412984492.n9

Slater, P. & Hasson, F. (2018). An evaluation of the reablement service programme on physical ability, care needs and care plan packages. Journal of Integrated Care, 26(2), 140–149. https://doi.org/10.1108/JICA-11-2017-0042

Smith, B. (2018). Generalizability in qualitative research: misunderstandings, opportunities and recommendations for the sport and exercise sciences. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 10(1), 137–149. https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1393221

Smith, P., Fritschi, L., Reid, A. & Mustard, C. (2013). The relationship between shift work and body mass index among Canadian nurses. Applied nursing research: ANR, 26(1), 24-31. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2012.10.001

Sozialwirtschaft Österreich. (2018). Entlohnung von Pflegepersonal: Vergleich der Gehaltsschemata in Kollektivverträgen und Bundesländern (2/2018). Wien.

Spetz, J., Trupin, L., Bates, T. & Coffman, J. M. (2015). Future Demand For Long-Term Care Workers Will Be Influenced By Demographic And Utilization Changes. Health affairs (Project Hope), 34(6), 936-945. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0005

SPÖ-Parlamentsklub. (2022). SPÖ fordert Schwerarbeitspension für Pflegekräfte. https://www.spoe.at/2022/02/09/spoe-fordert-schwerarbeitspension-fuer-pflegekraefte/

Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (Hrsg.). (2021). Berufsbildung in der Schweiz: Fakten und Zahlen 2021. https://www.berufsbildungplus.ch/dam/jcr:2d79f2a2-3d53-4201-8524-25f1c49c8749/Fakten_Zahlen_BB2021_dt.pdf

Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (Hrsg.). (2022). Berufsbildung in der Schweiz: Fakten und Zahlen 2022. https://www.sbfi.admin.ch/dam/sbfi/de/dokumente/webshop/2020/bb-f-z-2020.pdf.download.pdf/fakten_zahlen_bb_d.pdf

Stab, N. & Schulz-Dadaczynski, A. (2017). Arbeitsintensität: Ein Überblick zu Zusammenhängen mit Beanspruchungsfolgen und Gestaltungsempfehlungen. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 71(1), 14–25. https://doi.org/10.1007/s41449-017-0048-9

Stadt Hohenems (Hrsg.). (2022). Neues "Büro für Gemeinwesen" in Hohenems. https://www.hohenems.at/news/neues-buero-fuer-gemeinwesen-in-hohenems/

Statistik Austria. (2021). Teilzeiterwerbstätige (ILO) nach Grund für Teilzeitarbeit, Alter und Geschlecht - Jahresdurchschnitt 2021. https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gender-statistiken/erwerbstaetigkeit

Statistisches Bundesamt. (2022). 105 000 Auszubildende waren 2021 in einer Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann: Zahl der Auszubildenden legt trotz Corona leicht zu [Press release]. Wiesbaden.https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/03/PD22_135_212.html

Steffgen, G. (2008). Physical violence at the workplace: Consequences on health and measures of prevention. European Review of Applied Psychology, 58(4), 285-295. https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.09.011

Stindl, G. (2020). Buurtzorg - ein alternatives Pflegekonzept. https://science.orf.at/stories/3202831/

Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1996). Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz; Psychologie Verlags Union.

Styria Vitalis (Hrsg.). (2022). Gemeinsam am Hof: Bauernhöfe als Orte der Begegnung aller Altersgruppen. https://styriavitalis.at/entwicklung-innovation/gemeinsam-am-hof/

Swoboda, M. (2019). Projekt Wohnbuddy: Lukas Heckes generations-übergreifende WGs. https://www.port41.at/bestpractice/projekt-wohnbuddy-lukas-heckes-generationsuebergreifende-wgs

Taylor, A. L., Hwenda, L., Larsen, B.-I. & Daulaire, N. (2011). Stemming the brain drain--a WHO global code of practice on international recruitment of health personnel. The New England journal of medicine, 365(25), 2348–2351. https://doi.org/10.1056/NEJMp1108658

Tessier, A., Beaulieu, M.-D., Mcginn, C. A. & Latulippe, R. (2016). Efficacité de l'autonomisation: une revue systématique [Effectiveness of Reablement: A Systematic Review]. Healthcare Policy, 11(4), 49–59.

Tewes, R. & Stockinger, A. (2014). Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-37324-4

The Lancet (2017). Caring for migrant health-care workers. The Lancet, 390(10110), 2325. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33044-1

Tiroler Arbeitsmarktförderungsgesellschaft mbH. (2022). Implacement. https://amg-tirol.at/arbeitsstiftung-implacementstiftungen/

Trede, I., Kriese, I., Gronning, M. & Pregaldini, D. (2017). Fachfrau/Fachmann Gesundheit - Traumjob oder Zwischenstopp? Neue Resultate zu den Berufs- und Bildungsverläufen der Lehrabsolventinnen und -absolventen. Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB und OdASanté. https://www.ehb.swiss/forschung/obs/FAGE

Turja, T., Taipale, S., Kaakinen, M. & Oksanen, A. (2020). Care Workers' Readiness for Robotization: Identifying Psychological and Socio-Demographic Determinants. International Journal of Social Robotics, 12(1), 79-90. https://doi.org/10.1007/s12369-019-00544-9

Ulatowski, H. (2013). Zukunftsorientiertes Personalmanagement in der ambulanten (Alten-)Pflege. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Uni ÖH Graz (Hrsg.). (o.D.). Wir vermitteln Wohnmöglichkeiten an eine helfende Hand im Alltag. http://www.wohnenfuerhilfe-oehgraz.at/

Universitätsklinikum Köln (Hrsg.). (2022). Pflegefachfrau und Pflegefachmann. https://www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung/pflegerische-berufe/pflege/

van Elsen, T. (2008). Social Farming in Europa: Soziale Marktwirtschaft zwischen Marktsegment und gesellschaftlichem Wandel. Lebendige Erde(2), S. 20–23. http://www.soziale-landwirtschaft.de/fileadmin/media/soziale-landwirtschaft.de/PDF/Publikationen_und_Materialien/Publikationen/social_farming_in_europe.pdf

Wang, M.-L. & Tsai, L.-J. (2014). Work-family conflict and job performance in nurses: the moderating effects of social support. The journal of nursing research: JNR, 22(3), 200-207. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000040

Weale, V., Oakman, J. & Wells, Y. (2020). Can organisational work-life policies improve work-life interaction? A scoping review. Australian Psychologist, 55(5), 425-439. https://doi.org/10.1111/ap.12469

Webb, C. & Kevern, J. (2001). Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. Journal of advanced nursing, 33(6), 798–805. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01720.x

Weller, S. (2017). Using internet video calls in qualitative (longitudinal) interviews: some implications for rapport. International Journal of Social Research Methodology, 20(6), 613–625. https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1269505

Welzl, M. (2020). Wohnbuddy: Pressemappe [Press release]. https://www.wohnbuddy.com/wp-content/uploads/2020/09/KOMMUNIKATIONSKIT-WOHNBUDDY-03-2020.pdf

Whitehead, D. (2006). Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. Journal of nursing management, 14(1), 59-68. https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2005.00599.x

Wiedemair & Danner. (2012). Strukturplan Pflege 2012-2022. Innsbruck.

Wingenfeld, K., Reimer, A., Tacke-Weitkamp, L. & Voigt, C. (o.D.) Empfehlungen zum Aufbau quartiersorientierter Hilfe- und Versorgungsstrukturen nach dem Bielefelder Modell: Eine Handreichung für Kommunen, Wohnungsunternehmen, ambulante Dienste und andere Interessierte. https://www.beqisa.de/fileadmin/user_upload/bielefelder-modell-handreichung.pdf

Winkel, A., Langberg, H. & Wæhrens, E. E. (2015). Reablement in a community setting. Disability and rehabilitation, 37(15), 1347-1352. https://doi.org/10.3109/09638288.2014.963707

Winter, C. (2019). Emotionale Herausforderungen Auszubildender während der praktischen Pflegeausbildung: Empirische Grundlegung eines persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitkonzepts [Dissertation]. Gottfried Wilhem Leibnitz Universität, Hannover.

Witzel, A. & Reiter, H. (2012). The problem-centred interview: Principles and practice / Andreas Witzel & Herwig Reiter. SAGE.

World Health Organization. (2010). WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/WHA_RES_63.16.pdf

Yagil, D. (2008). When the customer is wrong: A review of research on aggression and sexual harassment in service encounters. Aggression and Violent Behavior, 13(2), 141-152. https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.03.002

Yam, B. M. C. (2004). From vocation to profession: the quest for professionalization of nursing. British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 13(16), 978–982.

Young, R., Noble, J., Mahon, A., Maxted, M., Grant, J. & Sibbald, B. (2010). Evaluation of international recruitment of health professionals in England. Journal of health services research & policy, 15(4), 195-203. https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009068