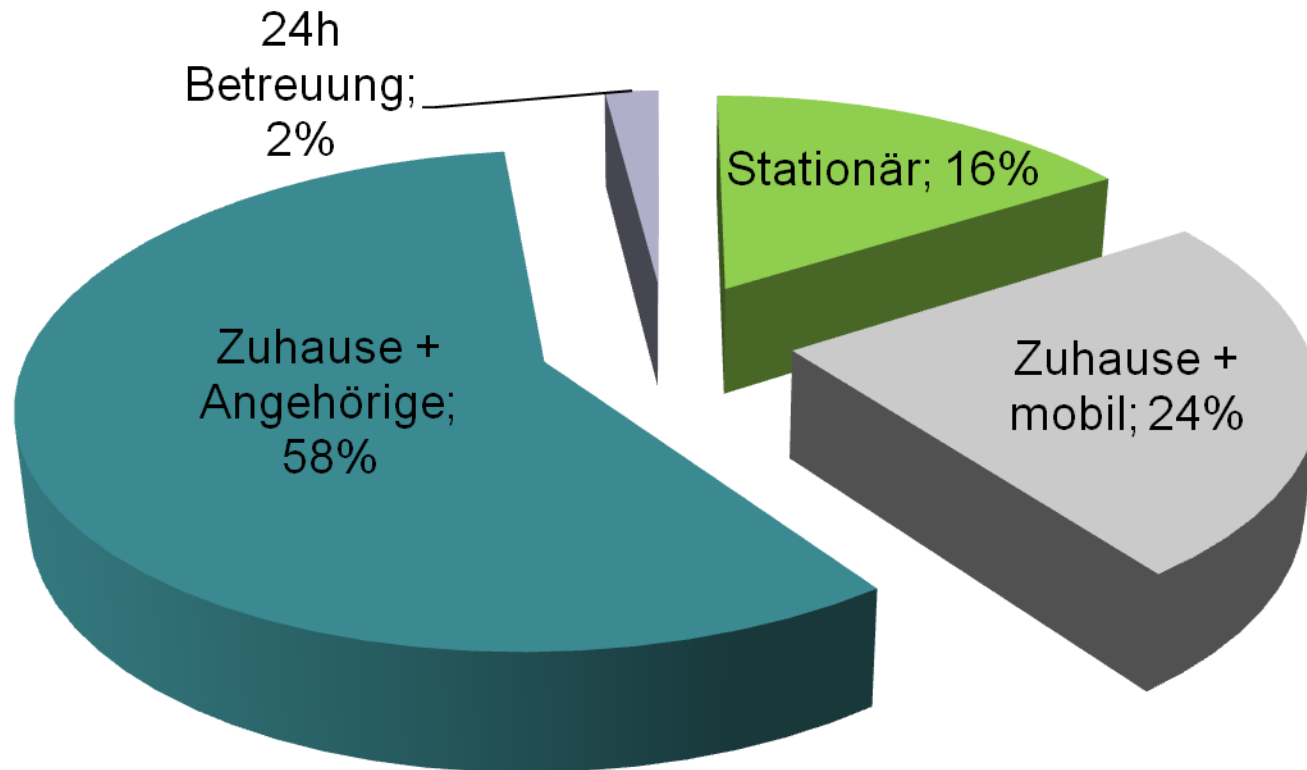


# Zukünftige Herausforderungen für die Soziale Arbeit im Zuge des Altersstrukturwandels



# Derzeitige Pflege- und Betreuungssituation in Österreich



**435.000 PflegegeldbezieherInnen**

367.000 Bundespflegegeld

68.000 Landespflegegeld

# Zukunft 2020: Steigerungen Plätze, Stunden, Personal



25% mehr  
stationäre Plätze

62.200 auf  
77.500 Plätze



6.500 mehr  
Pflegekräfte  
stationär

27.000 auf 33.500  
VZA



60% mehr  
Einsatzstunden  
mobil

15 auf 23 Millionen  
Stunden

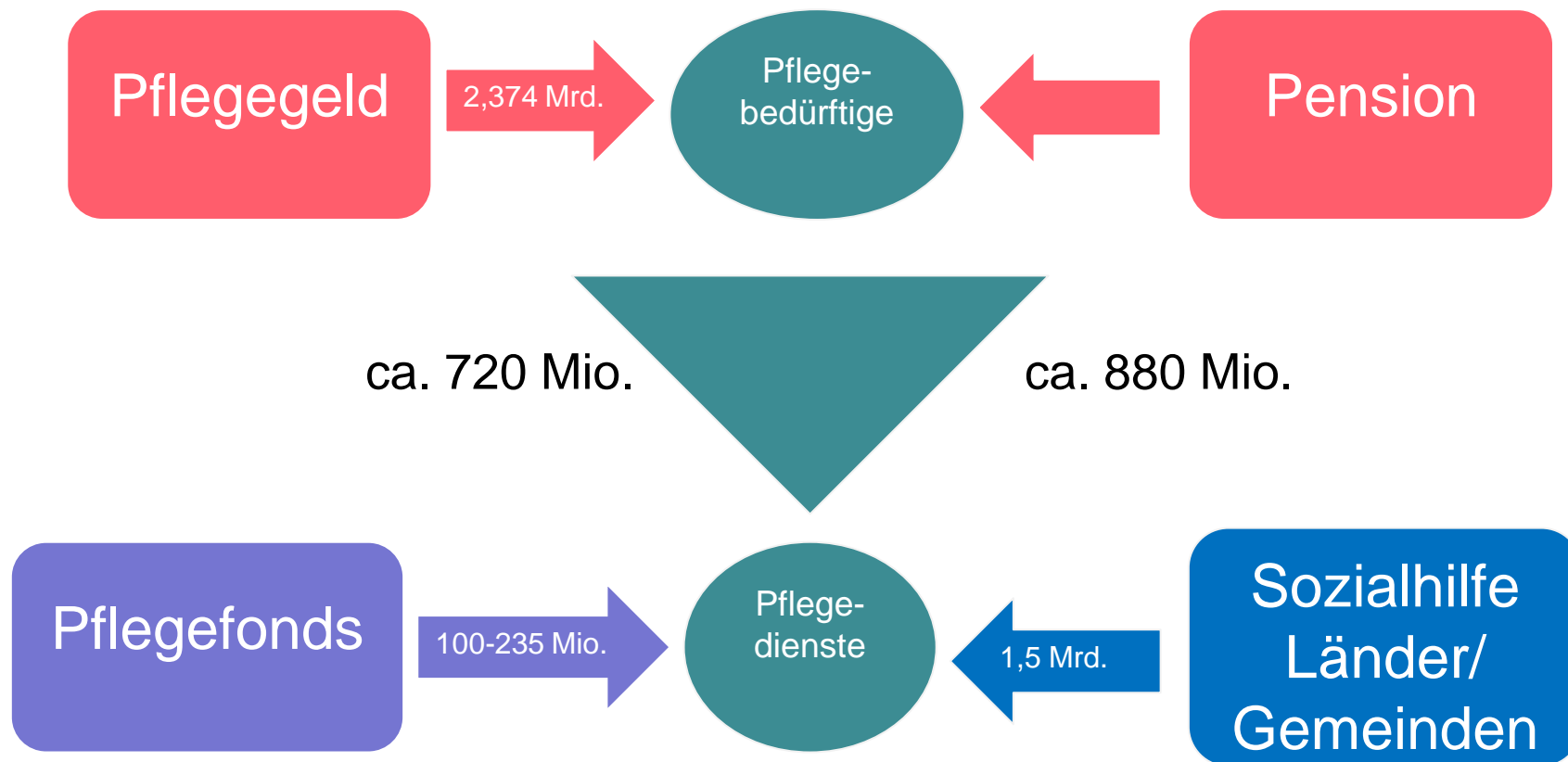


6.400 mehr  
Vollzeitpflegekräfte  
mobil

10.600 auf 17.000  
VZA

Zeithorizont in 10 Jahren

# Geldflüsse im Pflegesystem\*)



# Ziele für das Pflegesystem in Österreich

- Sicherstellung einer langfristige Finanzierung des v.a. demographisch bedingten Mehraufwands
- Verbesserung des Risikoausgleiches
  - zwischen den Gebietskörperschaften
  - zwischen Betroffenen und Solidargemeinschaft
- Verbesserung der Planungsgrundlagen und Steuerungsmöglichkeiten für den einzelnen und das Pflegesystem (= zentrale, bundesweite Anlaufstelle!)
- Pflegebedürftigkeit soll kein Armutsrisiko darstellen

# Ziele für das Pflegesystem in Österreich

- Ausgleich der starken regionalen Unterschiede bei Pflegegeldeinstufung, Selbstbehalten und Versorgungsniveau
- Erhöhung der Transparenz und Vereinfachung der Abläufe
- Unterstützung und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige
- Pflegepersonal:
  - transparente Ausbildung,
  - mehr finanzielle Mittel zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen,
  - mehr Unterstützung bei Umschulungsmaßnahmen,
  - Imagekampagne zur Attraktiverung der Berufe etc.

# Ziele für das Pflegesystem in Österreich

## Grundsätzliche Behandlung der Leistungen

- **Geldleistungen**

- Pflegegeld für zu Hause betreute Personen soll im wesentlichen beibehalten werden
- Umwandlung bei stationärer Langzeitbetreuung in „stationäres Pflegegeld“ in Höhe der pflegebezogenen Kosten je PG-Stufe, Wegfall der 10%-Regelung, Taschengeld soll bei Pension berücksichtigt werden (derzeitige Regelung nicht sachgerecht), dabei soll die „Pflegekomponente“ im wesentlichen aus dem Pflegegeld abgedeckt werden, die „Hotelkomponente“ aus Eigenleistungen der BewohnerInnen.

# Ziele für das Pflegesystem in Österreich

## Grundsätzliche Behandlung der Leistungen

- **Sachleistungen**

- Leistungsstunden der mobilen Dienste, Tageszentren, Kurzzeitpflege u.a. werden öffentlich gefördert (Eigenbeitrag durch sozial gestaffelte Kostenzuschüsse)



# Qualitäts- und Effizienzsteigerung sowie Prozessverbesserung in der Sozialen Arbeit

## Das Qualitätsmanagement

- Mesoebene

## Die Patientenorientierung

- Mikroebene

## Die Gleichheitsorientierung - Umverteilung

- Makroebene

# QUALITÄTSMANAGEMENT

## Definition „Pflegequalität“:

ist der Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens bzw. der Kunden und der wirklich geleisteten Pflege. (nach A. Donabedian)

## Definition „Qualität“:

Qualität ist der Grad, in dem ein Satz von Merkmalen, die einer Einheit (z.B. Abteilung eines Krankenhauses) zuzuordnen sind, Anforderungen bzw. festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse erfüllt. (vgl. Menche, 2007)

# QUALITÄTSMANAGEMENT

## Qualitätsdimensionen in der Pflege nach Donabedian (1966)

- **Strukturqualität**  
betrifft die Rahmenbedingungen, unter denen Leistungen erbracht werden.
- **Prozessqualität**  
beschreibt die Abläufe einzelner Arbeitsprozesse des Betriebs, an denen meistens mehrere Berufsgruppen bzw. Abteilungen zusammenarbeiten.
- **Ergebnisqualität**  
formuliert die vorgebrachten Leistungsergebnisse (quantitativ und qualitativ) einer Einrichtung, in Abhängigkeit von der Struktur- und Prozessqualität. (vgl. Menche, 2007)

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

Mikroebene

„Im Mittelpunkt steht der Mensch, selbstverständlich hat sich alles Handeln am zu Pflegenden zu orientieren. Einen alten Menschen verpflanzt man nicht. Die Pflege soll bedarfsorientiert und bedürfnisorientiert angeboten werden. Nachhaltig sollen die Dienstleistungen am Pflegebedürftigen selbstverständlich sein.“

=> Zitat am 14. Februar 2011:

*„ In der Steiermark werden 10 bis 20% der Sozialausgaben gesenkt. Bis zu 80 der 400 Millionen Euro an Sozialausgaben müssten daher in den nächsten Jahren eingespart werden. Aber unter einer Prämisse: Die Qualität der Betreuung muss erhalten bleiben.“*

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

Mikroebene

Ausnahmen in der Qualitätssicherung gibt es im Gesundheits- und Pflegebereich. Im Vergleich zur Produktion von Gütern und Waren definiert die Patientenorientierung den Kunden nicht nur als Adressat einer Leistung, die er einkauft. Der/die PatientIn der/die Pflegebedürftige selbst, der Gegenstand der Leistungserbringung.

*Die Beziehung zwischen ProduzentIn und KonsumentIn ist dynamisch und interaktiv.*



# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

Mikroebene

Die höchste Stufe der PatientInnenorientierung in der Pflege und der medizinischen Behandlung ist das gemeinsame Entscheiden (*engl. Begriff: shared decision making*) in verantwortlicher Partnerschaft von Arzt/Ärztin, TherapeutIn, Pflegeperson und PatientIn, z.B. bei der Entscheidung über die Therapie oder die Pflegeplanung, PatientInnenorientierung heißt auch, alles dafür zutun, die Grenzen der PatientInnenautonomie, wie sie etwa durch Leiden, Schmerzen, Bewusstseinstrübung, Koma etc. bedingt sind, zu erkennen und zu berücksichtigen.

**PatientInnenorientierung hat auch den Interaktionsprozess unter die Lupe zu nehmen.**

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

Mikroebene

## Empowerment der Betroffenen

### Definitionen:

Ausgangspunkt von Empowermentprozessen ist das Erleben von Machtlosigkeit und Fremdbestimmung, am biographischen Nullpunkt.  
(vgl. Herriger, 1997)

Seit 1890 sagen Verfechter des Empowerment-Gedankens in der Sozialarbeit:

In jeder Epoche, anderer Sprache und anderen Selbstbeschreibungen haben die Klienten als Person, Familien, Gruppen und Gemeinschaften *mit vielfältigen Fähigkeiten* und Entwicklungschancen begriffen, *unabhängig davon*, wie benachteiligt, eingeschränkt oder erniedrigt sie auch sein mochten.  
(vgl. Herring, 2006)

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

Mikroebene

## Empowerment der Betroffenen

### Ablauf der Ressourcendiagnostik

#### *1. Erstdiagnostik und Hilfeplanung:*

Ziel ist es, die dem Klienten verfügbare Bewältigungsressourcen systematisch in den Hilfeprozess einzubeziehen und gleichzeitig lebensgeschichtlich vergessene Ressourcen wieder zu finden und erneut zugänglich zu machen. Unverzichtbar ist im Rahmen des Erstgesprächs und der individuellen Hilfeplanung eine konkrete Vermessung von Ressourcen. (vgl. Herring, 2006)



## Empowerment der Betroffenen

### *2. Prozessbegleitende Reflexion:*

kann als Instrument der Verfahrensevaluation eingesetzt werden. Diese eignet sich als eine praktische Reflexionshilfe für z.B. Patient und Pflegeperson um die bereits eingetretenen Veränderungen zu dokumentieren, Hindernisse im Zugang zu Ressourcen zu reflektieren und das weiterführende Hilfeverfahren neu zu organisieren.

### *3. Evaluation und Qualitätsdokumentation:*

Für die abschließende Fallevaluation dienen Verfahren der Ressourcendiagnostik zur Abschätzung von Ressourcenentwicklungen. (vgl. Herring, 2006)

# DIE PATIENTENORIENTIERUNG

## PatientInnenempowerment

### Die Aufgabe:

- Ressourcen und adäquates Coping zu fördern
- Gesundheitsförderliches Verhalten aufrechtzuerhalten
- Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen gegebenenfalls zu verändern
- Erkrankungen vorzubeugen
- Weitgehende Unabhängigkeit zu sichern (vgl. Menche, 2007)

**Ziel =>** *Durch bewusste Lernprozesse können die Menschen sich aktiv mit ihrer Lebenswirklichkeit auseinandersetzen und dabei nicht nur ihre gesundheitlichen Risiken mindern, sondern auch ihre Fähigkeiten neu entdecken.*

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

Mikroebene

## Soziale Diagnostik

Die möglichen Methoden einer sozialen Diagnostik:

- Anwendung akkumulierten Wissens
- Wissenschaftlich gestützt
- Professionelle Regeln
- Objektivierbarkeit
- Vergleichbarkeit
- Genauigkeit
- Reflexion und Selbstreflexion
- Entwickeln einer objektiven Sicht
- Entwickeln und Beharren auf Schlussfolgerungen
- Klarheit über Intervention oder Nicht Intervention

**Ziel =>** *Durch die Methode Ressourcen erkennen und ausschöpfen.*

# DIE PATIENTINNENORIENTIERUNG

## Sozialraumorientierung

- Orientierung an Interessen und am Willen
- Eigeninitiative und Selbsthilfe
- Konzentration auf die Ressourcen
  - der Menschen
  - des Sozialraums
- Bereichsübergreifende Sichtweise
- Kooperation und Koordination

**Ziel => Wunsch # Wille**

# GLEICHHEITSORIENTIERUNG – UMVERTEILUNG

In den reichen Ländern können Wirtschaftswachstum und das steigende Durchschnittseinkommen kaum etwas zum Wohlbefinden ihrer Bevölkerung beitragen, aber innerhalb einer Gesellschaft besteht sehr wohl ein enger Zusammenhang zwischen gesundheitlichen und sozialen Problemen bzw. Einkommen.

Nicht nur Gewalt und Gesundheitsprobleme sind typische Phänomene in Gesellschaften mit deutlicher sozialer Ungleichheit.

# GLEICHHEITSORIENTIERUNG – UMVERTEILUNG

Die Probleme in den reichen Ländern erklären sich nicht aus zu wenig oder zu viel Reichtum, sondern aus dem sehr starken Wohlstandsgefälle innerhalb einer Gesellschaft. (vgl. Wilkinson und Pickett, 2009)

In Gesellschaften mit größerer Ungleichheit erleben die Kinder mehr Streit, Einschüchterung und körperliche Auseinandersetzungen. Gerade die Gewalterfahrung in der Kindheit ist ein sicherer Indikator für spätere Gewaltbereitschaft. (vgl. Wilkinson und Pickett, 2009)

**DANKE FÜR IHRE  
AUFMERKSAMKEIT!**

Mag. (FH) Erich Fenninger, DSA  
Bundesgeschäftsführer

**volkshilfe.**   
ÖSTERREICH