

Kurt Schalek

WORKING PAPER: PFLEGEBEDARF

Dezember 2020

WORKING PAPER

PFLEGEBEDARF

Arbeiterkammer Wien
Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik

Autor: Mag. Kurt Schalek

Stand: 07.12.2020

Inhalt

1 Einleitung: Pflegebedürftigkeit beurteilen.....	3
2 Was ist Pflege?	3
3 Handlungsbereiche der Pflege.....	6
4 Beschreibung des Selbstpflegestatus.....	8
5 Aufgaben der professionellen Pflege	10
6 Definition von Pflegebedürftigkeit	11
7 Bemessung von öffentlich finanzierten Unterstützungsleistungen.....	12
8 Faktoren für die Ermittlung des Personalbedarfs.....	14
9 Erforderliche Reformmaßnahmen.....	15
Literatur.....	16

1 Einleitung: Pflegebedürftigkeit beurteilen

Möchte man Pflegebedarf definieren, braucht man eine Vorstellung davon, worum es bei „Pflege“ geht. Es gibt verschiedenste Definitionen aus Fachbüchern oder Rechtstexten. Häufig enden die Erklärungen im Grunde jedoch damit, dass Pflege das sei, was Pflegenden tun.

Die heute im österreichischen Pflegegeldeinstufungsverfahren vorhandenen Beschreibungen folgen im Wesentlichen dieser Sichtweise und konzentrieren sich auf unterschiedliche Tätigkeiten, die mehr oder weniger nachvollziehbar mit Zeitwerten kombiniert werden. Eine Definition für „Pflege“ bleiben die Rechtsmaterien schuldig. Auch im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) findet sich kein Hinweis auf den Gegenstand und das Ziel der Pflege. Es formuliert ein Berufsbild, das sich aus Tätigkeiten und Kompetenzen zusammensetzt. Was die Aufgabe der eigenverantwortlichen Pflege (§14 GuKG) ist, bleibt unklar.

Pflegebedürftigkeit und der damit verbundene Pflegeaufwand sind schwer zu beurteilen, wenn der fachliche und sozialpolitisch definierte Auftrag an pflegerische Unterstützung unklar ist. Dieses Papier versucht einen Ansatz dazu zu formulieren.

2 Was ist Pflege?

Normalerweise gestalten gesunde erwachsene Personen die Art und Weise, wie sie ihr Leben leben, selbst. Im Rahmen gesellschaftlicher Regeln entscheiden Menschen was ihnen sehr und was ihnen weniger wichtig ist und richten ihre Lebensaktivitäten danach aus. Diesen Prozess nennt man **Selbstsorge** (Schnell 2010).

Damit Menschen in der Lage sind ihr Leben eigenständig zu gestalten, müssen sie ihr Dasein durch laufende Aktivitäten sicherstellen. Wir alle müssen regelmäßig atmen, essen, schlafen, uns waschen, mit Sorgen und Ängsten klarkommen, sinnstiftenden Beschäftigungen nachgehen, die Kontakte zu anderen Menschen aufrechterhalten und noch vieles mehr. Diese Aufgaben müssen ständig und immer wieder erledigt werden, um unser Überleben in möglichst guter Qualität zu sichern. Diese Fähigkeit, das eigene Überleben zu ermöglichen, kann als **Gesundheit** bezeichnet werden (Pelikan 2009). Gesundheit ist damit eine wesentliche Ressource und Voraussetzung für das alltägliche Leben (WHO 1987).

Pflege ist jener Teilbereich der Selbstsorge, bei dem es um Erhaltung, Wiederherstellung oder die Anpassung der gesundheitlichen Voraussetzungen für unser alltägliches Leben geht. Ziel der Pflege ist die möglichst umfassende Fähigkeit zur eigenständigen Alltagsbewältigung. Pflege ist somit nicht nur bei Krankheit erforderlich, sondern Menschen brauchen sie während ihrer gesamten Lebensspanne. Beeinträchtigungsfreie, erwachsene Personen kümmern sich zumeist eigenständig um ihre Gesundheit, was als **Selbstpflege** bezeichnet wird.

Pflegebedarf ist somit immer vorhanden, er wird allerdings von den meisten Menschen selbst definiert und entsprechend erfüllt. Reichen jedoch die eigenen Möglichkeiten nicht aus, um die Pflege der sicherzustellen, entsteht Unterstützungsbedarf durch andere Menschen.

Damit liegt **Pflegebedürftigkeit** vor. Einschränkungen der Selbstpflege sind oft mit Krankheiten und deren Folgen verbunden, entstehen aber auch entwicklungsbedingt, zB bei Kindern oder durch äußere Umstände, wie Isolation, mangelnde Bildung, geringe finanzielle Mittel oder schlechte hygienische Umstände. Bedarf an Unterstützung durch andere kann bei der Erhaltung,

Wiederherstellung oder der Anpassung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das tägliche Leben vorliegen. Entsprechend breit kann und muss pflegerische Unterstützung angeboten werden.

Aufgabe der **professionellen Pflege**, ausgeübt durch qualifizierte Angehörige der Pflegeberufe, ist die fachlich fundierte und individuell abgestimmte Unterstützung eines Menschen bei der Pflege seiner bzw ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen. Ziel ist es, ein möglichst eigenständiges und selbstbestimmtes Leben zu gewährleisten. Die professionelle pflegerische Unterstützung bezieht sich auf alle drei von der WHO anerkannten Dimensionen der Gesundheit: die körperliche, die psychische und die soziale Komponente.

Diese Aufgabendefinition hat konkrete Erwartungen und Anforderungen an die professionelle Pflege zu Folge:

- **Professionelle Pflege ist eine individualisierte Leistung**, weil die Unterstützung von der persönlichen Art und Weise der Selbstpflege der begleiteten Menschen ausgeht.
- **Professionelle Pflege orientiert sich** sowohl an den **bestehenden gesundheitlichen Voraussetzungen zur Alltagsbewältigung (Ressourcen)** als auch an **vorhanden Einschränkungen der Selbstpflege (Defizite)**. Professionelle Pflege unterstützt daher bei der Kompensation bestehender Defizite, bei der Wiederherstellung und Erhaltung von Ressourcen und bei der Erweiterung und der Anpassung der Möglichkeiten zur Selbstpflege.
- Professionelle Pflege ist eine **gemeinsame Aktivität von pflegender und gepflegter Person (Ko-Produktion)**. Pflege kann nicht einseitig durchgeführt werden. Das absolute Mindestmaß an Kooperation durch den gepflegten Menschen ist das Zulassen der pflegerischen Hilfe. Kooperation kann nicht einfach vorausgesetzt werden, sondern professionelle Pflege muss die **Autonomie der unterstützten Personen respektieren** und Unterstützung darauf abstimmen.
- **Beziehung und Kommunikation sind Voraussetzungen für die professionelle Pflege**. Professionelle Pflege braucht Beziehung und Kommunikation, um ihr fachliches Angebot individuell abstimmen zu können und die fachliche Unterstützung so geben zu können, dass sie auch angenommen und akzeptiert wird (**Personen-Orientierung**). Im besten Fall trägt der unterstützte Mensch die Pflegetätigkeiten aktiv mit. Ohne eine ausreichend tragfähige Beziehung und Kommunikation kann es zur Ablehnung der Unterstützung, aggressivem Verhalten und zur Anwendung von Zwang kommen.
- Daraus folgt die grundsätzliche **Notwendigkeit einer individuellen Pflegeplanung**, da professionelle Pflege nicht rein fachlich ohne die Aspekte der persönlichen Selbstpflege gestaltet werden kann. **Der Grad der individuellen Abstimmung von professioneller Pflege richtet sich nach dem Setting, in dem sie durchgeführt wird**. Grundsätzlich wird die individuelle Abstimmung umso ausgeprägter sein, je länger der Mensch mit Pflegebedarf begleitet wird. Je weniger individuell professionelle Pflege arbeiten kann, desto mehr wird sie zu einer standardisierten Versorgungsleistung, die für alle unterschiedslos das exakt gleiche Angebot macht.
- **Professionelle Pflege ist Teamarbeit**. Alle im Team müssen in gleicher Weise auf die persönlichen Besonderheiten der unterstützten Menschen und die Durchführung der festgelegten Pflegeinterventionen achten. Die Aufgabe des individuellen Pflegeplans und der Pflegedokumentation ist, alle Mitglieder im Team über die Besonderheiten jeder unterstützten Person informiert zu halten. Dokumentation bedeutet Kommunikation mit den Kolleginnen und Kollegen.
- **Professionelle Pflege braucht Qualifikation und Kompetenz**, um diesen Anforderungen verlässlich und erwartbar gerecht werden zu können.

Zum Berufsbild der Pflegeberufe gehören auch wichtige **Assistenzleistungen im Bereich der Medizin**. Die Anforderungen in diesem Tätigkeitsbereich sind jedoch anderes gelagert, da die Entscheidungskompetenz bei Ärztinnen und Ärzten liegt und die Handlungsebene der Medizin eine

andere als jene der Gesundheits- und Krankenpflege ist. Die Medizin befasst sich mit Störungen von Lebensvorgängen in Organen oder im gesamten Organismus (Krankheiten) und deren Heilung. Der Fokus der Pflege liegt hingegen auf den gesundheitlichen Möglichkeiten zur Alltagsbewältigung. Das sind zwei unterschiedliche Blickwinkel und Aufgabenfelder.

Die Pflegeberufe sind im medizinischen Bereich mit der **Durchführung** der bereits festgelegten, delegierten **medizinischen Aufgaben beauftragt**. Die Verantwortung für individuell abgestimmte und passende Therapien liegt bei Ärztinnen und Ärzten, professionell Pflegende sind für die korrekte Durchführung in der Pflicht. Die Anforderungen einer entsprechenden Beziehungsgestaltung bleibt jedoch auch im medizinischen Assistenzbereich bestehen, da auch die Durchführung delegierter medizinischer Interventionen auf ein Mindestmaß an Akzeptanz und Vertrauen gebunden ist.

Nimmt man die beschriebenen Aufgaben der professionellen Pflege ernst, muss auch der gesellschaftliche Auftrag an die professionelle Pflege entsprechend formuliert sein. Erst wenn klar definiert ist, was der **Auftrag an die professionelle, eigenverantwortliche Pflege** ist, können entsprechende rechtliche Regelungen, wie Vorgaben für die erforderliche Ressourcenausstattung oder Vergütungsregeln mit Kostenträgern angemessen gestaltet werden.

Im folgenden Text wird speziell auf den Bereich der eigenverantwortlichen Pflege eingegangen.

3 Handlungsbereiche der Pflege

Die Pflegewissenschaften haben unterschiedliche Modelle erarbeitet, nach welchen Lebensbereichen die Selbstpflege und damit auch die professionelle Pflege strukturiert werden kann. Nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über drei häufig genutzte Ordnungssystematiken für das Feld der Pflege.

Roper Lebensaktivitäten	Juchli ATL	Krohwinkel AEBDL
kommunizieren	kommunizieren	kommunizieren können
sich bewegen	sich bewegen	sich bewegen können
Körpertemperatur regulieren	Körpertemperatur regulieren	Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können
atmen	atmen	
sich sauber halten und kleiden	sich waschen und kleiden	sich pflegen können
		sich kleiden können
essen und trinken	essen und trinken	essen und trinken können
ausscheiden	ausscheiden	ausscheiden können
schlafen	wach sein und schlafen	ruhen und schlafen können
arbeiten und spielen	Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen	sich beschäftigen können
seine Sexualität ausdrücken	Kind, Frau, Mann sein	sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten können
Für Sicherheit der Umgebung sorgen	sich sicher fühlen und verhalten	Für eine sichere Umgebung sorgen können
sterben	Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen	Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können
		Soziale Bereiche des Lebens sichern können

Vgl. Wingenfeld/Bücher/Schaeffer et al (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten; Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft

Auch pflegediagnostische Klassifikationen, die in der Arbeit der professionellen Pflege verwendet werden, geben einen Überblick über die relevanten Themenbereiche. Zwei Beispiele dafür sind:

Praxisorientierte Pflegediagnostik (POP)

Domäne	Klassen
Luft	Atmung
Wasser	Flüssigkeitshaushalt
Nahrung	Nahrungsaufnahme
Ausscheidung	Harn-/Stuhlausscheidung, Gewebeintegrität
Aktivität und Ruhe	Mobilität, Selbstpflege, Selbstorganisation, Ruhe
Alleinsein und soziale Interaktion	Kommunikation, Sozialverhalten
Abwendung von Gefahren	Körperregulation, Körperliche Integrität

Integrität der Person	Bewältigungsformen, Selbstkonzept und Selbstwahrnehmung, Spiritualität, Emotionale Integrität
Soziales Umfeld	Familiensystem

aus: Stefan/Allmer/Schalek et al (2013): POP – Praxisorientierte Pflegediagnostik; Springer-Verlag, Wien

NANDA-International

Domäne	Klassen
Gesundheitsförderung	Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsmanagement
Ernährung	Nahrungsaufnahme, Verdauung, Absorption, Stoffwechsel, Flüssigkeitszufuhr
Ausscheidung und Austausch	Harntraktsfunktion, Magen-Darm-Funktion, Hautfunktion, Atmungssystem
Aktivität/Ruhe	Schlaf/Ruhe, Aktivität/Bewegung, Energiehaushalt, Kardiovaskuläre/Pulmonale Reaktionen, Selbstversorgung
Wahrnehmung/Kognition	Aufmerksamkeit, Orientierung, Empfindung/Wahrnehmung, Kognition, Kommunikation
Selbstwahrnehmung	Selbstkonzept, Selbstwertgefühl, Körperbild
Rollen und Beziehungen	Fürsorgerollen, Familienbeziehungen, Rollenverhalten
Sexualität	Sexuelle Identität, Sexualfunktionen, Fortpflanzung
Coping/Stresstoleranz	Posttraumatische Reaktionen, Coping-Reaktionen, Neurobehavioraler Stress
Lebensprinzipien	Werte, Glauben, Übereinstimmung von Werten-Glauben-Handlung
Sicherheit/Schutz	Infektion, Physische Verletzung, Gewalt, Umweltgefahren, Abwehrprozesse, Thermoregulation
Wohlbefinden	Physisches Wohlbefinden, Umweltbezogenes Wohlbefinden, Soziales Wohlbefinden
Wachstum/Entwicklung	Wachstum, Entwicklung

aus: Müller-Staub/König (2017): Die Pflegeklassifikation NANDA-International; in: Müller-Staub/Schalek/König (Hg 2017): Pflegeklassifikationen. Anwendung in Praxis, Bildung und elektronischer Pflegedokumentation; Hogrefe, Bern

Fachlich sind die Handlungsfelder der Selbstpflege und der professionellen Pflege definiert. Auf diesem Konsens sollte jede Erhebung und Darstellung des Status der Selbstpflege eines Menschen bzw der Unterstützungsbedarf durch professionelle Pflege aufbauen.

Welche pflegerische Unterstützung in welchen Lebensbereichen durch öffentliche finanzierte Geld- und/oder Sachleistungen abgedeckt wird, muss durch die Sozial- und Gesundheitspolitik entschieden werden.

4 Beschreibung des Selbstpflegestatus

Bevor über konkrete Unterstützungsleistungen entschieden werden kann, muss zunächst der Status der Selbstständigkeit bzw der Abhängigkeit in der Selbstpflege festgestellt werden. **Wie eigenständig oder abhängig von der Hilfe anderer ist ein Mensch bei definierten Alltagsaufgaben?** Dabei macht es einen Unterschied, mit welchem Fokus die Lebenssituation eines möglicherweise pflegebedürftigen Menschen betrachtet wird. Dazu ein kurzes Beispiel:

Die Fähigkeiten den Alltag eigenständig zu bewältigen sind bei vielen Menschen unterschiedlich ausgeprägt. Manche Dinge können wir gut (zB uns anziehen), andere mittelmäßig (zB kochen) und bei wieder anderen brauchen wir Hilfe (zB beim Haare schneiden). Eine Beschreibung, die sich nur auf Mängel konzentriert, liefert dabei ein unvollständiges Bild. Das obige Beispiel würde bei einem reinen Fokus auf Defizite folgende Beschreibung ergeben:

Haare schneiden: unselbstständig, kann sich nicht alleine die Haare schneiden, vollständige Übernahme erforderlich.

Nicht berücksichtigt werden dabei Ressourcen, die bei überfordernden Aufgaben helfen. Als Ressourcen werden alle Voraussetzungen und Gegebenheiten bezeichnet, die es ermöglichen, Aufgaben im Alltag zu erledigen. Ressourcen im Rahmen des Beispiels wären etwa jemand im Haushalt, der bzw die uns die Haare akzeptabel in Form bringt oder ausreichend Geld, um die Leistung im Friseursalon in Anspruch zu nehmen. Mit ausreichenden Ressourcen der eigenen Person und des Umfelds können Menschen trotz gewisser Einschränkungen eine selbstbestimmte und eigenständige Selbstpflege leben. Deshalb müssen bei der Beschreibung eines fachlich aussagekräftigen Selbstpflegestatus sowohl Defizite als auch Ressourcen abgebildet werden.

Dies fand etwa im GuKG in der Fassung vor der Novelle 2016 in § 14 Abs. 2 Zi. 1 seinen Ausdruck: „Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese)“¹.

Die Beschreibung des obigen Beispiels unter Berücksichtigung von Ressourcen könnte in Kurzform etwa so aussehen:

An-/Auskleiden: volle Selbstständigkeit, keine Unterstützung erforderlich;

Kochen: volle Selbstständigkeit, Möglichkeiten zur Weiterentwicklung vorhanden;

Haare schneiden: unselbstständig, aber eigenständige Abdeckung durch regelmäßige Friseurbesuche gegeben

Während in der defizitbezogenen Beschreibung die Unterstützung beim Haare schneiden im Vordergrund steht, verschiebt sich der mögliche Handlungsbedarf bei einer ressourcenorientierten Sichtweise auf die Weiterentwicklung im Bereich Kochen. Je nach Perspektive ergeben sich selbst bei einem sehr simplen Beispiel unterschiedliche Ausgangsbeschreibungen, die als **Grundlage für weiterführende Entscheidungen** dienen. Fachlich ist klar, dass eine umfassendere Betrachtung zu besseren Entscheidungen über die Art und Weise von Unterstützung führt. Für die positive Wirkung und den Nutzen sozialpolitischer Maßnahmen ist es daher ebenfalls von großer Bedeutung, dass Entscheidungsgrundlagen mit einem umfassenden Zugang erstellt werden. Nur eine umfassende Darstellung des Selbstpflegestatus wirkt der Gleichsetzung von schlussendlich erbrachter Unterstützung mit tatsächlich erforderlicher Unterstützung entgegen.

¹ In der aktuellen Fassung des GuKG ist dieser Satz nicht mehr enthalten.

Zudem können aus der umfassenden Erhebung des Selbstpflegestatus **statistische Daten zur Art, Verteilung und Entwicklung pflegerischer Bedarfe** in der österreichischen Bevölkerung gewonnen werden. Diese Informationen sind im Bereich der Pflege für die Planung und Entwicklung von Dienstleistungen, Ausbildungen und Finanzen und für aussagekräftige Pflegeforschung von Nutzen. Ein **österreichweiter Mindeststandard für personenbezogene Pflegedaten** – ein sogenanntes **Nursing Minimum Data Set (NMDS)** – könnte eine entsprechende Grundlage sein.

Für die fachlich korrekte und vergleichbare Darstellung des Selbstpflegestatus ist ein **valides und reliables Erhebungsinstrument** notwendig, was eine wissenschaftliche Prüfung bestehender Instrumente bzw die Entwicklung neuer Instrumente erforderlich macht.

Die derzeit für die rechtlich verbindliche Bestimmung des erforderlichen Unterstützungsbedarfs herangezogene **Pflegegeldeinstufung ist fachlicher Kritik ausgesetzt**, weil sie den Selbstpflegestatus nur unvollständig und zu defizitorientiert beschreibt. Zudem ist sie primär auf die Kompensation von Defiziten ausgelegt und vernachlässigt die Einbeziehung des Bedarfs an anderen Unterstützungsstrategien, wie Erhaltung von Ressourcen (Prävention) bis hin zur Anpassung und Weiterentwicklung von Ressourcen (Gesundheitsförderung). Damit sind die aktuellen Entscheidungsgrundlagen für die Bemessung und Zuweisung von sozialen Leistungen unvollständig.

Die Pflegegeldeinstufung konzentriert sich rein auf die Zuweisung von Pflegezeit in Form von Pauschal-, Mindest- und Richtwerten für bestimmte Tätigkeiten. Die Art der Pflegebedürftigkeit – also der Grund für Pflegehandlungen – ist jedoch ein wesentlich besserer Indikator für die Bestimmung des Pflegebedarfs als die Beschreibung der daraus abgeleiteten Interventionen (Bartholomeyczik/Hunstein 2000; Bartholomeyczik 2007, Wingenfeld et al 2007). Das zeigt sich auch an einigen wenigen Arbeiten, die sich kritisch mit der Funktionsweise der österreichischen Pflegegeldeinstufung auseinandersetzen.

Gesammelte Kritik an der Pflegegeldeinstufung:

- Der Rechnungshof kritisierte 2009, dass der Pflegebedarf nicht nach den tatsächlichen Umständen erhoben, sondern aufgrund von Richt-, Mindest- und Pauschalwerten bestimmt wird (RH 2009).
- Die Pflegegeldeinstufung berücksichtigt wesentliche pflegerelevante Aspekte nicht ausreichend, wie insbesondere kognitive Einschränkungen, psychischen Problemlagen sowie die Abbildung von Ressourcen und Präventionsbedarf (Deufert 2009; Pöschl 2013).
- Der Vergleich der österreichischen Pflegegeldeinstufung mit dem Instrument „Neues Begutachtungs-assessment (NBA)“ aus Deutschland zeigt, dass die Situation von Menschen mit Demenz aufgrund der unterschiedlichen Funktionsweisen nach dem NBA umfassender berücksichtigt wird als in der österreichischen Pflegegeldebegutachtung (Hilfswerk 2019).
- Eine interne Auswertung von Leistungsdaten eines großen Wohlfahrtsträgers zeigte, dass die Anzahl der erbrachten Leistungsstunden in den mobilen Diensten nur zu einem Drittel durch die Pflegegeldstufe der KlientInnen erklärt werden konnte.

5 Aufgaben der professionellen Pflege

Je nach Blickwinkel auf die Elemente der Selbstpflege ergeben sich unterschiedliche Erwartungen an die Unterstützungsleistungen der professionellen Pflege.

Ein **defizitorientierter Zugang zur Pflege** folgt dem simplen Grundsatz: Wenn jemand etwas nicht selbst kann, wird es von Pflegenden übernommen. Kann sich jemand nicht selbst waschen, wird das durch jemand anderen durchgeführt. Kann jemand nicht aus dem Bett aufstehen, werden ihr oder ihm alle benötigten Dinge und Leistungen zum Bett gebracht.

Die alleinige Ausrichtung an der Kompensation von Defiziten bringt jedoch Probleme mit sich:

- Die Unterstützung zielt nicht auf die Erhaltung oder sogar Verbesserung von bestehenden Ressourcen ab. Die unreflektierte Kompensation von Defiziten führt dazu, dass bestehende Ressourcen durch fehlende Nutzung sogar noch weiter abgebaut werden. Die Abhängigkeit von Hilfe wird durch die Unterstützung noch verstärkt (Stichwort „In's Bett pflegen“).
- Die Übernahme der Tätigkeit hat ein erhöhtes Risiko, nicht an der bisherigen Selbstpflege ausgerichtet zu sein, sondern nach den Kriterien jener, die festgestellte Defizite ausgleichen wollen (Fremdbestimmung statt Autonomie/ Personen-Orientierung).

Defizitorientierte Pflege hat nur wenige Handlungsstrategien zur Verfügung. Sie dreht sich vorwiegend um Kompensation von Defiziten und in einer fortschrittlichen Variante auch um Prävention von Zustandsverschlechterungen. Für den Handlungsauftrag an die Pflege ist eine Frage dominant: Welche Aufgaben müssen stellvertretend übernommen werden?

Bei einer **ressourcenorientierten Pflege** rückt automatisch die Autonomie und die Selbstständigkeit der unterstützungsbedürftigen Person in den Mittelpunkt. Zur Definition des pflegerischen Handlungsauftrags müssen mehrere Fragen beantwortet werden. Wie kam die unterstützte Person bisher zurecht? Wie können bestehende Ressourcen erhalten werden? Welche Fähigkeiten der Selbstpflege haben Verbesserungspotenzial oder müssen an Veränderungen angepasst werden? Können neue Fähigkeiten erworben werden? Und welche Einschränkungen müssen oder sollen in diesem Zusammenhang von der professionellen Pflege kompensiert werden? Damit all diese Fragen sinnvoll beantwortet werden können, ist eine umfassende Beschreibung des Selbstpflegestatus Voraussetzung.

Ressourcenorientierung bietet mehrere Handlungsoptionen, die von der Kompensation von Defiziten über Prävention bis hin zur Anpassung und Weiterentwicklung von Ressourcen (Gesundheitsförderung) reichen. Welche Strategie gewählt wird, kann nicht ausschließlich nach fachlichen Kriterien entschieden werden, sondern braucht die Einbeziehung der persönlichen Zielvorstellungen, Prioritäten, Gewohnheiten der Selbstpflege und Werthaltungen (Ko-Produktion). Dadurch wird die pflegerische Unterstützung im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten individuell abgestimmt und erlangt bestmögliche Wirksamkeit und Akzeptanz. Die ressourcenorientierte Frage nach dem Handlungsauftrag der Pflege lautet: Welche Unterstützung braucht es für möglichst hohe Autonomie und Selbstständigkeit?

Die geltende Rechtslage stellt zudem klar, dass für die Durchführung von Pflegeinterventionen die **Zustimmung der gepflegten Personen erforderlich** ist. Das ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass es ein an Ressourcen und an Autonomie ausgerichtetes Pflegeverständnis braucht.

Das GuKG regelt dazu im §4 Abs 1: „Jede eigenmächtige Heilbehandlung ist zu unterlassen“. Im ABGB §252 wird festgelegt, dass die Einwilligung in medizinische und andere gesundheitliche Intervention nur durch die betroffene Person selbst erfolgen kann. Das gilt eingeschränkt auch für

vertretene Personen, da nach § 242 ABGB auch rechtliche Vertretungen den Willen der vertretenen Person berücksichtigen müssen.

Einwilligung braucht Akzeptanz und Annahme. Diese sind nur dann wahrscheinlich, wenn Vertrauen zu den Pflegepersonen besteht, das im Rahmen einer **persönlichen Beziehung** entsteht.

Funktioniert die Beziehung nicht, weil beispielsweise keine Vertrauensbasis besteht, die Akzeptanz des Gegenübers bzw dessen Handlungen fehlt oder die Nähe eines anderen Menschen abgelehnt wird, dann ist die Qualität und Sinnhaftigkeit der Betreuungs- und Pflegeleistungen gefährdet. Ohne die Akzeptanz von Hilfeleistungen kann Betreuung und Pflege nicht stattfinden. Ohne aktive Beteiligung der LeistungsempfängerInnen kann Betreuung und Pflege nur schwer individuell gestaltet werden und ressourcenorientiert erfolgen (Ko-Produktion). Fehlt eine vertrauensvolle Beziehung, können inadäquate Hilfeleistung, Ablehnung der Unterstützung bis hin zu aggressivem Verhalten der unterstützungsbedürftigen Menschen oder die Anwendung von Zwang durch Pflegende die Folge sein.

Die Aufgaben der professionellen pflegerischen Unterstützung gehen klar über die Kompensation von Defiziten hinaus. Die **individuelle Abstimmung der Unterstützung auf Ressourcen und persönliche Präferenzen** im Rahmen eines **Beziehungsprozesses** ist eine Grundvoraussetzung guter Pflege und eine zentrale Kernkompetenz professionell Pflegender.

6 Definition von Pflegebedürftigkeit

Welchen **Pflegebedarf** ein Mensch hat, **kann nicht objektiv gemessen werden**, sondern ist **Ergebnis eines Entscheidungsprozesses**. Im Rahmen der Selbstpflege entscheidet das jede und jeder für sich selbst. In der professionellen Pflege erfolgt diese Entscheidung im Rahmen der Pflege-diagnostik mit daran anschließender Pflegeplanung. Und auch sozialpolitisch ist es erforderlich, Entscheidungen über die Zuerkennung von öffentlich (ko)finanzierten pflegebezogenen Geld- und Sachleistungen zu treffen.

Sowohl die Anforderungen an die Selbstpflege als auch an den Handlungsauftrag einer professionellen pflegerischen Unterstützung durch Dritte hängen von mehreren Faktoren ab (vgl Bartholomeyczik/Hunstein 2000):

- **Selbstpflegestatus:** Ressourcen und Defizite
- **Angestrebte Ziele:** individuelle Vorstellungen und Erwartungen des Menschen mit Unterstützungsbedarf, fachliche Zielsetzungen, gesellschaftlich/politisch definierte Erwartungen
- **Möglichkeiten und Einschränkungen** der jeweiligen Situation

Der Status der Selbstpflege ist eine objektivierbare Außensicht. Die Erhebung beruht auf definierten Bereichen und Kriterien. Dadurch kann der Selbstpflegestatus unterschiedlicher Personen valide verglichen werden, wenn entsprechend geeignete Erhebungsinstrumente zum Einsatz kommen.

Pflegebedürftigkeit ist hingegen das Resultat eines individuellen Aushandlungsprozesses mit vielen Einflussfaktoren. Welche Unterstützung wird nachgefragt, welche wird angeboten, welche Nachfrage wird anerkannt? Die persönlichen Ziele und Ansprüche pflegebedürftiger Menschen sind sehr individuell und können sich auch in vergleichbaren Situationen sehr unterscheiden. Dazu kommen die unterschiedlichen persönlichen, sozialen, räumlichen und finanziellen Ressourcen, die sich nicht standardisiert messen lassen. Alle diese Faktoren haben großen Einfluss darauf, welcher Unterstützungsauftrag aus einem bestimmten Selbstpflegestatus abgeleitet wird.

Aus diesem Grund kommt es selbst bei gleicher Ausgangslage des Selbstpflegestatus zu unterschiedlichen Pflegezielen, Pflegeinterventionen und damit zu unterschiedlichem Pflegeaufwand. **Der Selbstpflegestatus kann nicht standardisiert in Pflegeaufwand übersetzt werden.** Je individueller die Pflege ausgelegt ist, desto größer können im Einzelfall die Unterschiede sein. Die Anzahl der Einflussfaktoren und deren mögliche vielfältigen Ausprägungen macht die **rein standardisierte, bürokratische Zuweisung von Leistungen auf Basis von Messverfahren sehr ungenau und wenig treffsicher.** Das zeigt sich auch daran, dass die erforderliche Zeit für formal ein und dieselbe Pflegehandlung in der Praxis beträchtlich nach Person und Situation variiert. Tätigkeitslisten mit zugewiesenen Zeitwerten können den individuellen Pflegeaufwand nicht sinnvoll abbilden (Bartholomeyczik 2007).²

Der Selbstpflegestatus ist neben den jeweiligen Zieldefinitionen und den Möglichkeiten der Situation nur eine der unabdingbaren Basisinformationen für Entscheidungen über Ausmaß und Art von pflegerischen Leistungen. Die Bemessung von erforderlichen Pflegeleistungen ist eine von Fall zu Fall individuelle Entscheidung.

7 Bemessung von öffentlich finanzierten Unterstützungsleistungen

Geht es um die Gestaltung von Ansprüchen und die Zuweisung von öffentlich finanzierten Unterstützungsleistungen, ist es sinnvoll, zwischen Leistungen die aufgrund eines bestimmten Selbstpflegestatus gewährt werden und individuell abgestimmter pflegerischer Unterstützung (Sachleistung) zu unterscheiden.

Allgemeine Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit Pflege (Nicht-Sachleistungen):

In dieser Kategorie geht es beispielsweise um Pflegegeld, Zuschüsse für Pflegehilfsmittel und pflegebedingte Wohnraumadaptierungen, sozialversicherungsrechtliche Absicherung von pflegenden Angehörigen, wie Selbst-/Weiterversicherung in KV und PV, Pflegekarenz-/teilzeit usw.

Als Zugangsvoraussetzungen zu diesen Unterstützungen braucht es **gleiche, transparente und vergleichbare Kriterien** in der Beurteilung des Ausmaßes der Selbstständigkeit bzw des Unterstützungsbedarfs. Daher ist es sinnvoll, ein valides Instrument zur fachlich korrekten und umfassenden Abbildung des Selbstpflegestatus zu verwenden, das eine entsprechend objektivierte Entscheidungsgrundlage zur Verfügung stellt. Die Resultate dieser Datenerhebung könnten beispielsweise verschiedenen Selbstpflege-Klassen zugeordnet werden, die wiederum Grundlage für daran anknüpfende rechtliche Regelungen sein können. Die Anspruchskriterien in rechtlichen Regelungen müssen dabei nicht zwangsläufig alle im Selbstpflegestatus enthaltenen Informationen abdecken.³

Die **Pflegegeldeinstufung** könnte damit ihre ursprüngliche Bestimmung als Entscheidungsverfahren für eine pauschale Abgeltung pflegebedingten Mehraufwands in sieben Stufen zurückerhalten. Die Pflegegeldeinstufung kann dafür auf die Daten des erhobenen Selbstpflegestatus zugreifen. Die Ergebnisse eines umfassenden Assessments müssen nicht direkt mit den Geldleistungen verknüpft sein. Die Pflegegeldeinstufungs-Verordnung könnte weiterhin selektiv nur bestimmte Aspekte des Selbstpflegestatus berücksichtigen. In der Pflegegeldeinstufungs-

² Aus diesem Grund ist auch die Vergabe von Zeitwerten im Rahmen der Pflegegeldeinstufung nicht sinnvoll und führt zu wenig treffsicheren Zuordnungen zu Pflegegeldstufen.

³ Im UK unterscheidet man diesbezüglich *presenting needs* (personenbezogene beschreibende Merkmale der Hilfebedürftigkeit) und *eligible needs* (definierte Kriterien zur Gewährung von Leistungen).

Verordnung wären dadurch – im Unterschied zu heute – nur noch ausschließlich die Anspruchsvoraussetzungen für die Geldleistung Pflegegeld geregelt und nicht auch noch jene für andere Leistungen.

Sachleistungen der Betreuung und Pflege sollen individuelle Pflegebedürftigkeit auf Basis des Abgleichs von Selbstpflegestatus, nachgefragter Unterstützung und möglichen Unterstützungsleistungen abdecken. Der Rahmen der möglichen Unterstützungsleistungen wird durch den Arbeitsauftrag an die jeweiligen Pflegesettings und deren Ressourcenausstattung politisch vorgegeben.⁴

Welche pflegerischen Sachleistungen in welcher Weise erbracht werden, muss durch die **professionelle Entscheidung durch DGKP vor Ort** unter Einbindung der unterstützten Menschen geklärt werden (**shared decision-making**). Dazu braucht es einen effektiven Entscheidungs- und Handlungsspielraum in Einrichtungen und Diensten professioneller Pflege. Pflegeleistungen müssen alle Handlungsstrategien (Kompensation von Defiziten, Prävention, Anpassung und Weiterentwicklung von Ressourcen) umfassen und auf individuelle Erfordernisse abgestimmt werden können (zB Beziehungsgestaltung, Tempo der Pflege, Flexibilität des Zeitpunkts). Das bedeutet die **Zulässigkeit von fachlich begründeten Unterschieden im Pflegeaufwand**, die sich aufgrund der gewählten Handlungsstrategie und den individuell vereinbarten Pflegezielen im Rahmen definierter Qualitätsvorgaben ergeben. Politik muss diesen Handlungs- und Qualitätsrahmen nachvollziehbar definieren und die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung stellen.

Bei medizinischen Leistungen vertrauen Gesellschaft und Politik den Ärztinnen und Ärzten, dass sie sinnvolle und angemessene Diagnose- und Therapieentscheidungen treffen. Das ist auch erforderlich, denn auch in der Medizin folgt nicht auf jede vergleichbare Symptomatik zwangsläufig eine einheitliche Diagnostik und gleichartige Therapie. Die Entscheidungsfreiheit ist jedoch nicht völlig unbegrenzt, sondern durch vorgegebene Leitplanken eingegrenzt (zB.Verschreibung von Generika, Leistungskataloge ...).

Einen vergleichbaren Entscheidungsspielraum braucht es auch in der professionellen Pflege. Denn der gehobene Dienst für GuKP ist dafür verantwortlich, die fachliche Pflegeexpertise mit den individuellen Gegebenheiten in einer speziellen Situation zusammenzuführen. Das Ziel des Pflegeprozesses ist, die Pflege fachlich richtig und für die PflegeempfängerInnen sowohl in akzeptabler als auch hilfreicher Form anzubieten und durchzuführen. An dieser Aufgabenstellung zeigt sich der professionelle Charakter der Gesundheits- und Krankenpflege.

⁴ Die Limitierung der Pflegeleistungen durch die Möglichkeiten des jeweiligen Settings werden auch in der Arbeitshilfe Pflegedokumentation verdeutlicht (GÖG 2017, S 14): „Liegt im Rahmen des Aufenthalts/der Betreuungsdauer kein pflegerisch zu beeinflussendes Problem bzw. kein pflegerischer Förderungsbedarf vor, werden KEINE Pflegediagnosen gestellt.“ Deshalb ist die von den Settings der Sachleistungen **unabhängige Darstellung des Selbstpflegestatus von großem Wert**. Nur dort werden unabhängig von den Limitierungen der praktischen Möglichkeiten in einem Setting alle relevanten Aspekte erfasst und dargestellt.

Übersicht über die Einflussfaktoren auf die Entscheidung über Pflegebedarf

Selbstpflegestatus (mit NMDS als Subset) Ressourcen & Defizite	Assessment der Situation, Datengrundlage für Leistungen (Begründung), Darstellung des Unterstützungspotenzials an Kompensation, Prävention, Gesundheitsförderung
Ziele und Prioritäten fachlich, individuell, gesellschaftlich/politisch	Personen-Orientierung und gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision-making): ▪ In welchen Bereichen soll Pflege unterstützen? ▪ Wie soll Pflege unterstützen (zB Strategie, Tempo, Zeitpunkte ...)
Möglichkeiten der Situation	Öffentlicher Auftrag an Pflegesettings, Ressourcenausstattung vor Ort, Definition des Qualitätsrahmens, Finanzierungsverantwortung (privat/öffentlich), Gegebenheiten des Wohnraums, soziale Unterstützung etc

8 Faktoren für die Ermittlung des Personalbedarfs

Die bisherigen Ausführungen haben Folgen für den erforderlichen Arbeitsaufwand in der praktischen Betreuung und Pflege. Folgende Faktoren der direkten individuellen Pflege müssen daher bei der Ermittlung der erforderlichen Personalausstattung einbezogen werden:

Aufwand für Ko-Produktion (Beziehungsarbeit, Voraussetzung für akzeptierte Pflege)	Basisaufwand pro begleiteter Person + erhöhter Zeitaufwand bei fehlenden Beiträgen der unterstützten Personen: fehlende Anfragen um Unterstützung, fehlende Äußerung von Anliegen und Wünschen, Distanzierung und/oder Kontaktvermeidung (zB Rückzug, Verschlossenheit, Verweigerung), aggressives Verhalten gegenüber anderen, passives Verhalten oder forderndes Verhalten
Aufwand für vereinbarte pflegerische Unterstützung	Aufwand lt. Pflegeplan und ärztlichen Anordnungen + erhöhter Zeitaufwand für individuelle Besonderheiten, wie Tempo der Interventionen, zeitliche Flexibilität ...
Aufwand für interprofessionelle Kooperation	Erforderliche Koordinierungsarbeit mit anderen Berufsgruppen und Angehörigen (abhängig von Komplexität und Einrichtungstyp)
Aufwand für Steuerung des Pflegeprozesses	Zeit für laufende Evaluation und Anpassungen des Pflegeplans (je nach Setting und Dauer der Begleitung), Zeit für die Erfassung relevanter Informationen im Pflegebericht

In der Personalbedarfsberechnung sind zusätzlich zumindest zu berücksichtigen:

- Fehlzeiten aufgrund Krankheit, Aus-, Fort-, und Weiterbildung, Abbau von Zeitguthaben und Urlauben
- Anzahl von Aufnahmen und Entlassungen
- das erforderliche Verhältnis von DGKP mit und ohne Spezialisierungen, PFA und PA
- Praxisanleitung von Auszubildenden
- Führungsaufgaben
- fachlicher Austausch im Team
- Einschulung neuer MitarbeiterInnen
- keine Einberechnung von Auszubildenden während der Praktika

Zusätzlich sollte die **Angemessenheit der Personalausstattung regelmäßig evaluiert** werden, etwa durch die Erhebung von **rationierte/unterlassener Pflege als Indikator**.

Rationierte/unterlassene Pflege ist kein Randphänomen. Studien haben die Effekte ungenügender Rahmenbedingungen auf die Nicht-Durchführung pflegerischer Handlungen international untersucht: „In den europäischen Studien variiert die von Pflegefachpersonen berichtete Rate an unterlassener Pflege zwischen 75% und 98%. Dabei werden planende, kommunikative und psychosoziale Maßnahmen sehr viel häufiger unterlassen, als medizinnahe Tätigkeiten, ua Monitoring. Jedoch liegen auch in diesem Bereich die Angaben immerhin noch zwischen 16% und 37%“ (Stemmer 2019, S 301).

Qualitätsmängel in der Pflegebeziehung zeigen sich in vermehrter Tendenz der Pflegenden zur Ausübung von Zwang bzw durch Abwehrreaktionen der unterstützten Menschen. In diesem Zusammenhang kann die **Anzahl der Aggressionseignisse** als **weiterer Indikator** für ausreichende Personalbesetzung und die Angemessenheit des Qualifikationsmixes (Skill- und Grademix) herangezogen werden. Bei knapper Ressourcenausstattung oder zu wenig qualifizierten Fachkräften fallen Maßnahmen zur Prävention von Gewalt und Aggression (= Beziehungsarbeit) besonders rasch weg (Kalánková et al 2019, Maier et al 2019, Ludlow et al 2020).

9 Erforderliche Reformmaßnahmen

Klare Definition der Aufgaben und Grundsätze professioneller Gesundheits- und Krankenpflege als Referenzpunkt für deren Einsatz in unterschiedlichen Settings:

- **Festlegung der abzudeckenden Leistungsbereiche** (Versorgungsauftrag) in den einzelnen Settings der professionellen Pflege (Krankenhäuser, Rehabilitation, mobile, teilstationäre und stationäre Langzeitpflege) als Voraussetzung für Bedarfsplanungen und Ressourcenausstattung.
- **Verankerung von Ressourcenorientierung, Beziehungsarbeit und Personen-Orientierung als Grundleistungen und Arbeitsauftrag** der Pflege in den rechtlichen Regelungen zur Personalbedarfsermittlung und Leistungsvergütung.
- **Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen** brauchen einen **Handlungsrahmen**, innerhalb dessen sie mit den unterstützten Menschen individuell abgestimmte, **professionelle Entscheidungen über durchzuführende Leistungen** treffen können. Nur so können Sachleistungen am konkreten Unterstützungsbedarf ausgerichtet werden.

Rechtliche Neudefinition des Selbstpflegestatus auf pflegefachlicher Basis, um eine valide Grundlage für gesundheits- und sozialpolitischen Regelungen sowie für Planungsprozesse im Gesundheits- und Langzeitpflegesystem zu schaffen:

- Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten, **validen und reliablen Erhebungsinstruments** zur Beurteilung des Selbstpflegestatus.
- Damit im Zusammenhang stehend sollte ein **Nursing Minimum Data Set (NMDS)** definiert werden, das festlegt, welche pflegerelevanten Daten in einer professionellen Beurteilung des Selbstpflegestatus mindestens enthalten sein müssen.
- Rechtliche Verankerung des neuen **Selbstpflegestatus als Grundlage für alle Ansprüche und Angebote** im Zusammenhang mit Betreuung und Pflege (Geld- und Sachleistungen sowie sozialversicherungsrechtliche Ansprüche).

Literatur

- BARTHOLOMEYCZIK Sabine (2007): Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung der Beziehungsarbeit; in: *Pflege & Gesellschaft*, Jg 12(3), S 240-248
- BARTHOLOMEYCZIK Sabine, HUNSTEIN Dirk (2000): Erforderliche Pflege. Zu den Grundlagen einer Personalbemessung; in: *Pflege & Gesellschaft*, Jg 5(4), S 105-109
- DEUFERT Daniela (2009): Pflegebedürftigkeit von Pflegeheimbewohnern in Tirol; Dissertation am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT, Hall in Tirol
- HILFSWERK ÖSTERREICH (2019): Vergleich Bedarfsfeststellung Pflegebedürftigkeit (Pflegegeld-Einstufung) in Deutschland und Österreich; Hintergrundinformation Hilfswerk Österreich, Wien, 11. September 2019
- KALÁNKOVÁ Dominika, GURKOVA Elena, ZELENÍKOVÁ Renáta et al (2019): Application of measuring tools in the assessment of the phenomenon of rationing/missed/unfinished care; in: *Journal of nursing and social sciences related to health and illness*, Jg 21(1), S 65-73
- LUDLOW Kristiana, CHURRUCA Kate, MUMFORD Virginia et al. (2020): Staff members' prioritisation of care in residential aged care facilities. A Q methodology study; in: *BMC Health Services Research*, Jg 20(423); <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05127-3>
- MAIER Claudia B., KÖPPEN Julia, NAEGELE Matthias, STROHBÜCKER Barbara (2019): Skill-mix, Rationierung und Qualität in der Pflege. Forschungsstand international und Situation in Deutschland mit Schwerpunkt Onkologie; in: *Pflege & Gesellschaft*, Jg 24(4), S 312-330
- MÜLLER-STAU Maria, SCHALEK Kurt, KÖNIG Peter (Hg 2017): Pflegeklassifikationen. Anwendung in Praxis, Bildung und elektronischer Pflegedokumentation; Hogrefe, Bern
- PELIKAN Jürgen M. (2009): Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“?; in: *Österr. Zeitschrift für Soziologie*, Jg 2009 (2): S 28-47
- PÖSCHL Christine (2013): Vergleich des österreichischen und des neuen deutschen Begutachtungsassessments (NBA) zur Einschätzung von Gesundheitsressourcen; in: *Zeitschrift für Interdisziplinäre ökonomische Forschung (ZIFP)*, Jg 2013, Heft 2, S 137-143
- RAPPOLD Elisabeth, AISTLEITHNER Regina (2017): Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017; Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen; 3. überarbeitete Auflage; Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- RECHNUNGSHOF (2009): Pensionsversicherungsanstalt. Vollzug des Bundespflegegeldgesetzes; Reihe Bund 2009/9, S 83-107
- SCHNELL Martin W. (2010): Cura Sui. Die Selbstsorge und ihre Beziehung zur Pflege; in: *Pflege*, Jg 23, S 37-43
- STEFAN Harald, ALLMER Franz, SCHALEK Kurt et al (2013): POP. Praxisorientierte Pflegediagnostik; Springer-Verlag, Wien
- STEMMER Renate, SCHUBERT Maria (2019): Rationierte und unterlassene Pflege im Kontext von Patienten-/Bewohnersicherheit. Konzept, Einflussmöglichkeiten und Bedeutung für die Personalausstattung; in: *Pflege & Gesellschaft*, Jg 24(4), S 293-311
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion; First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1
- WINGENFELD Klaus, BÜSCHER Andreas, SCHAEFFER Doris et al. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten; Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft

Studien, Umfrageergebnisse und Working Paper der Abteilung Gesundheitsberufe und Pflegepolitik der AK Wien finden Sie zum Download unter wien.arbeiterkammer.at/service/studienundzeitschriften/studien/gesundheitundpflege/Gesundheit_und_Pflege.html

Kontakt:

Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik AK Wien, +43 1 50165 DW 12061, gp@akwien.at

Bei Verwendung von Textteilen wird um Quellenangabe und Zusendung eines Belegexemplares an die AK Wien, Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik, ersucht.

IMPRESSUM

Medieninhaber: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien,
Prinz-Eugen-Straße 20–22, 1040 Wien, Telefon: (01) 501 65 0
Offenlegung gem. § 25 MedienG: siehe wien.arbeiterkammer.at/impressum
Zulassungsnummer: AK Wien 02Z34648 M

Autor: Kurt Schalek

Verlags- und Herstellungsort: Wien
© 2020 bei AK Wien

Stand Dezember 2020

#FÜRIMMER

Gesellschaftskritische Wissenschaft: die Studien der AK Wien

Alle Studien zum Download:
wien.arbeiterkammer.at/service/studien



▶ youtube.com/AKoesterreich
▶ twitter.com/arbeiterkammer
▶ facebook.com/arbeiterkammer
▶ [@ich.bin.die.gerechtigkeit](https://instagram.com/ich.bin.die.gerechtigkeit)
ARBEITERKAMMER.AT/100

AK | **100**
JAHRE
GERECHTIGKEIT