



Arbeitsmarktservice
Österreich

AMS Standing Committee on New Skills Cluster: Gesundheit und Pflege

Kurzbericht

Projektleitung AMS:
Maria Hofstätter, Sabine Putz

Projektleitung ibw:
Wolfgang Bliem

Projektmitarbeit ibw:
Silvia Weiß, Gabriele Grün

The logo for the Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft (ibw) consists of the lowercase letters 'ibw' in a bold, blue, sans-serif font.

Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft

Wien, November 2011

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Arbeitsmarktservice Österreich

Bundesgeschäftsstelle

ABI/Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation

Maria Hofstätter, Sabine Putz

A-1200 Wien, Treustraße 35-43

Tel: (+43 1) 331 78-0

1	Einleitung und Zielsetzung	1
2	Methodik	2
3	Entwicklungen im Cluster „Gesundheit und Pflege“	3
3.1	Allgemeine Feststellungen	3
3.2	Technik und Materialien	5
3.3	Veränderung der Dienstleistungen und Arbeitsorganisation	6
3.4	Soft Skills und Zusammenarbeit	8
3.5	Konsequenzen auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus.....	10
3.5.1	Assistenzkräfte	10
3.5.2	Fachkräfte.....	11
3.5.3	Führungskräfte.....	13
4	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	14
4.1	Weiterbildung und Qualifizierung.....	14
4.1.1	Zusammenfassung allgemeiner Feststellungen und Empfehlungen	14
4.2	Empfehlungen für Weiterbildungsangebote.....	16
4.2.1	Innovationsschulungen	16
4.2.2	Aus- und Weiterbildung – Zusatzqualifikationen.....	16
4.2.3	Ambient Assisted Living & Assisting Technologies	16
4.2.4	Gesundheitskompetenz und Burn-Out Prävention	17
4.3	Weitere Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	17
4.3.1	Zielgruppenfrage und interdisziplinäre Angebote	17
4.3.2	Ausbildung älterer ArbeitnehmerInnen	18
4.3.3	Haushaltsassistenz, Alltagsassistenz	18
4.3.4	Kostenfaktor Weiterbildung.....	19
4.3.5	Thema: Akademisierung des gehobenen Dienstes	19
	ANHANG.....	20
	ANHANG 1: Beteiligte Experten und Expertinnen	20
	ANHANG 2: Leitfragen	22
	ANHANG 3: Thematische Schwerpunkte für Weiterbildungen	23
	ANHANG 4: Konkrete Weiterbildungsvorschläge	25
	Literatur	27

1 Einleitung und Zielsetzung

Auf Initiative und mit Unterstützung der Europäischen Kommission wurden seit dem Jahr 2007 im Rahmen des „European Community Programme for Employment and Social Solidarity (2007 bis 2013)“ **18 Sektoranalysen** (+ eine Studie für den Baubereich) durchgeführt (im Folgenden „EU-Sektoranalysen“ genannt). Mit diesen „EU-Sektoranalysen“ sollten u. a. Veränderungen im Qualifikationsniveau und künftig erforderliche Kompetenzen und Kenntnisse in den jeweiligen Wirtschaftsbereichen identifiziert werden.¹

Diese Idee wurde vom **Arbeitsmarktservice Österreich (AMS)** aufgegriffen und im Oktober 2009 ein „**AMS Standing Committee on New Skills**“ eingerichtet. Vor dem Hintergrund der damals schwierigen wirtschaftlichen Lage und der damit verbundenen Unterauslastung vieler Betriebe, war der Grundgedanke des Standing Committee, Zeiten der betrieblichen Unterauslastung in Verbindung mit arbeitsmarktpolitischen Unterstützungsmaßnahmen (z. B. Bildungskarenz, Kurzarbeit mit Qualifizierung, AMS-Schulungen) zu nutzen, um die Arbeitskräfte (Beschäftigte und Arbeitsuchende) rechtzeitig auf **kommende Veränderungen** und **Anforderungen** vorzubereiten.

Auch wenn sich im Laufe der ersten Arbeitsphase von Oktober 2009 bis Juni 2010 die wirtschaftliche Lage verbessert hat und sich seither weiter stabilisiert, bleibt die Idee des „Standing Committee on New Skills“ ungebrochen aktuell. Unabhängig von der jeweiligen wirtschaftlichen Lage besteht die Notwendigkeit, die Qualifikationen, Kenntnisse und Kompetenzen des Arbeitskräftepotenzials vorausschauend weiterzuentwickeln, damit die Betriebe und der Wirtschaftsstandort Österreich insgesamt wettbewerbsfähig bleiben. Dazu ist es unumgänglich, die Entwicklungen der kommenden Jahre so weit wie möglich zu antizipieren und rechtzeitig Qualifizierungsmaßnahmen zu ergreifen.

Im Rahmen des „Standing Committee on New Skills“ werden sogenannte „**Spezialisten-gruppen**“ eingerichtet, in denen Experten und Expertinnen aus einem Berufsbereich („Unternehmenscluster“) in mehreren Arbeitsrunden **kurz- bis mittelfristige, konkrete Qualifizierungserfordernisse identifizieren** sollen. Durch den Input dieser Branchenfachleute aus großen, innovativen (Industrie-)Betrieben und Einrichtungen, unter Einbeziehung der Erfahrungen von Arbeitsmarkt- und Weiterbildungsexpertinnen und -experten sollen betriebliche Veränderungsprozesse, die aufgrund der derzeitigen Entwicklungen bereits bekannt oder mit hoher Wahrscheinlichkeit absehbar sind, erarbeitet werden. Bei diesen Änderungen kann es sich sowohl um technologische als auch organisatorische Veränderungen handeln. Maßgebliche Veränderungen bei Werkstoffen können ebenso eine Rolle spielen wie Änderungen im Kundinnen-/Kundenverhalten oder von Geschmackspräferenzen usw.

¹ *Comprehensive sectoral analysis of emerging competences and economic activities in the European Union.* Download unter: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=784&langId=en>

Aus diesen Entwicklungen werden Rückschlüsse auf Veränderungen in den Anforderungen für die Beschäftigten und Arbeitsuchenden gezogen. Dadurch soll einerseits die **Planung, Organisation und Durchführung zielgerichteter Weiterbildungsangebote** und damit zusammenhängender Förderungen ermöglicht, und andererseits für das AMS eine **Grundlage für sinnvolle und effiziente Ausschreibungen** solcher Angebote geschaffen werden. Ziel ist es, **neue, rasch realisierbare Weiterbildungsangebote** für **Arbeitsuchende** und **Beschäftigte** zu initiieren, die den identifizierten Qualifikationsbedarf aufgreifen.

Sowohl Betriebe als auch ArbeitnehmerInnen und Arbeitsuchende sollen davon profitieren, weil durch die bedarfsorientierte und vorausschauende Weiterbildung der Beschäftigten, BerufseinsteigerInnen und Arbeitsuchenden die Wettbewerbsfähigkeit und Technologieführerschaft der Unternehmen erhöht und die Beschäftigung gesichert werden kann.

Dieser Kurzbericht fasst die Ergebnisse im **Unternehmenscluster „Gesundheit und Pflege“** zusammen.

2 Methodik

Im Zeitraum Dezember 2010 bis März 2011 fanden drei Arbeitssitzungen zum Unternehmenscluster „Gesundheit und Pflege“ unter Beteiligung von betrieblichen Expertinnen und Experten, VertreterInnen großer Weiterbildungseinrichtungen sowie VertreterInnen des AMS, von Sozialpartnerorganisationen und Beratungseinrichtungen statt.

Im Vorfeld und begleitend zur ersten Arbeitssitzung wurden außerdem mit Fachleuten aus dem Cluster „Gesundheit und Pflege“, denen eine persönliche Teilnahme an den Sitzungen nicht möglich war, Interviews geführt bzw. Stellungnahmen eingeholt. Im **Anhang 1** werden die beteiligten Expertinnen und Experten angeführt.

Im **ersten Workshop** wurden die in den nächsten drei bis fünf Jahren **erwarteten Veränderungen und Entwicklungen** im Cluster „Gesundheit und Pflege“ gemeinsam erarbeitet. Dabei standen die Entwicklungen (z. B. in den Bereichen Ausstattung, Sortiment, Logistik, Formen der Zusammenarbeit, Rahmenbedingungen usw.) im Mittelpunkt. In diesem ersten Schritt ging es noch nicht um die damit verbundenen Anforderungen und Auswirkungen auf den Qualifikationsbedarf. Im **zweiten Workshop** wurde erarbeitet, welche Qualifikationen, Kompetenzen und Kenntnisse erforderlich sind, um den identifizierten Veränderungen und Entwicklungen zu begegnen. Daraus ergab sich ein Gesamtbild der wesentlichen Veränderungen, die derzeit den Cluster „Gesundheit und Pflege“ prägen und der Qualifikationserfordernisse, die in den nächsten Jahren zunehmend an Bedeutung gewinnen werden.

Als Anleitung für die Einschätzungen diente eine Reihe von Leitfragen, die im **Anhang 2** dargestellt werden.

Im abschließenden **dritten Workshop** haben die beteiligten Weiterbildungseinrichtungen erste Vorschläge und Ansätze für Weiterbildungsangebote eingebracht. Neben der Darstellung bereits bestehender Angebote, die nach Einschätzung der beteiligten VertreterInnen der Weiterbildungseinrichtung gut zum festgestellten Qualifikationsbedarf passen, wurden auch erste Ansätze für neu zu entwickelnde Angebote vorgestellt und diskutiert.

Im **Anhang 4** werden einige Vorschläge zusammenfassend skizziert.

Die **Erkenntnisse aus den Interviews** und wichtige **Ergebnisse aus den EU-Sektoranalysen** (Sektoranalysen: „Health and Social Work“)² wurden den TeilnehmerInnen im Laufe der Arbeitssitzungen vorgestellt.

3 Entwicklungen im Cluster „Gesundheit und Pflege“

3.1 Allgemeine Feststellungen

Der Cluster „Gesundheit und Pflege“ ist ein seit Jahren **kontinuierlich wachsender Leistungsbereich** mit steigenden Beschäftigungszahlen und hohem Bedarf an gut ausgebildeten und hoch motivierten MitarbeiterInnen. Wesentliche Entwicklungsprozesse, die den Cluster laut EU-Sektoranalyse³ prägen, sind unter anderem eine zunehmende **Integration der Bereiche Gesundheit und Sozialwesen**⁴ bei gleichzeitig stärkerer **Spezialisierung und Veränderung in den Aufgabenbereichen**, die **demografische Entwicklung** mit steigenden Anteilen älterer Bevölkerung, aber auch älterer MitarbeiterInnen, die Entwicklung neuer Möglichkeiten über verstärkten **Einsatz technischer Hilfsmittel**, vor allem IKT-gestützter Geräte und Anwendungen, und die **Genforschung und Biotechnologie** als Innovationstreiber.

Strukturell ist der Bereich Gesundheit und Pflege in Österreich durch eine **hohe Reglementierungsdichte** insbesondere in der Leistungserbringung und -verrechnung, in

² TNO Netherlands Organisation for Applied Scientific Research et al, i. A. der Europäischen Kommission: *Investing in the Future of Jobs and Skills. Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and knowledge needs – Sektor Report: Health and Social Work*. May 2009

³ vgl. Europäische Kommission (Hrsg.): *Gesundheits- und Sozialwesen – Umfassende Sektoranalyse der neuen Kompetenzen und der wirtschaftlichen Aktivitäten innerhalb der Europäischen Union – Zusammenfassung*. 2009. S. 8f

⁴ in Anbetracht der zunehmenden Alterung werden ganzheitliche Dienstleistungen und Fokussierung auf Prävention, Gesundheitsbildung und -förderung immer wichtiger

der **Berufsausübung** aber auch **Aus- und Weiterbildung** gekennzeichnet. Europaweit sind sowohl diese Reglementierungen als auch Liberalisierungstendenzen sehr unterschiedlich ausgeprägt, wodurch die Vergleichbarkeit und Transparenz zwischen den europäischen Mitgliedsstaaten sehr eingeschränkt ist. Ein einheitlicher EU-weiter Trend wird allerdings in der **Schlüsselrolle staatlicher Etats** für die **Versorgungssicherheit** und für **Beschäftigungswachstum** gesehen.

Die **Beschäftigtenstruktur** im Bereich Gesundheit und Pflege ist sowohl in Österreich als auch in der EU durch einen sehr hohen Anteil **weiblicher Beschäftigter** gekennzeichnet. In der EU betrug der Frauenanteil im Sektor „Gesundheits- und Sozialwesen“ 2006 durchschnittlich 78%, in Österreich lag er im „Gesundheitsbereich“ bei 76 % (Datenbasis Volkszählung 2001)⁵. Bedingt durch die Aufgabengebiete ist der gesamte Sektor von einem **überdurchschnittlich hohen Bildungsniveau** geprägt. Europaweit verfügen 45 % der Beschäftigten über ein mittleres und 39 % über ein hohes Ausbildungsniveau. Ein weiteres verbindendes Merkmal ist die **relativ junge Altersstruktur**. 43 % der Beschäftigten waren laut Sektoranalyse 2006 unter 40 Jahren.⁶

Während für das Bildungsniveau aufgrund zunehmender Anforderungen auch weiterhin ein steigender Trend konstatiert wird, ist durch die demografische Entwicklung gleichzeitig ein Anstieg des Anteils älterer MitarbeiterInnen zu erwarten.

Die Arbeit im Unternehmenscluster „Gesundheit und Pflege“ war durch die Schwierigkeit geprägt, sich in der Diskussion von **strukturellen Fragestellungen** zu lösen und das Augenmerk auf den konkreten künftigen Qualifikationsbedarf verschiedener Beschäftigtengruppen zu legen.⁷ Als Fazit kann insbesondere gezogen werden, dass die Entwicklungen im Cluster „Gesundheit und Pflege“ sehr stark von **zeitlichen, finanziellen, institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen** abhängig sind, die maßgeblich alle Überlegungen zur Aus- und Weiterbildung beeinflussen. Erschwerend kam hinzu, dass die **starke Reglementierung in der Aus- und Weiterbildung** in diesem Bereich und grundsätzliche **Entwicklungen und Fragestellungen zur Erstausbildung** (z. B. Akademisierung im gehobenen Dienst) in der Diskussion immer mitberücksichtigt werden mussten.

⁵ vgl. AMS-Qualifikations-Barometer, Berufsbereich „Gesundheit und Medizin“:
<http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsbereich.php?id=71> (27.11.2011)

⁶ vgl. Europäische Kommission (Hrsg.): *Gesundheits- und Sozialwesen – Umfassende Sektoranalyse der neuen Kompetenzen und der wirtschaftlichen Aktivitäten innerhalb der Europäischen Union – Zusammenfassung*. 2009. S. 12

⁷ Insbesondere die „Einschätzung des Notwendigen“ über die „Einschätzung des Möglichen“ zu stellen, ist tendenziell schwerer gefallen, als in anderen Unternehmensclustern.

3.2 Technik und Materialien

Technische Hilfsmittel gewinnen im Cluster „Gesundheit und Pflege“ zunehmend an Bedeutung. International wird ein Trend zur verstärkten Nutzung technischer Hilfsmittel wahrgenommen, der nach Ansicht der Clusterexpertinnen und -experten teilweise etwas verzögert auf Österreich übergreift. Während der verstärkte Einsatz von **Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT)** sowohl in ärztlichen als auch nichtärztlichen Berufen seit längerem kontinuierlich zunimmt und Beschäftigte in allen Tätigkeitsbereichen vor steigende Anforderungen im Umgang mit Computern, Software (etwa Pflegedokumentation) und Kommunikationsgeräten stellt, und auch die Bereiche der **Medizintechnik**⁸ breite Anwendung finden, wird **assistierenden und unterstützenden Technologien** zwar für die Zukunft hohe Bedeutung beigemessen, der aktuelle Qualifizierungsbedarf in diesem Bereich aber noch eher anderen Themen untergeordnet⁹.

Ambient Assisted Living (AAL) und **Assisting Technologies (AT)**, auch Assistive oder Enabling Technologies)¹⁰ sind Entwicklungen, die wesentlichen Einfluss auf die Tätigkeit der Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich bekommen werden.¹¹ Die **Selbstständigkeit und Mobilität** von Betreuungs- und Pflegebedürftigen kann wesentlich erhöht werden, chronisch kranke Personen können mit kleinen Geräten auch zu Hause behandelt werden (**hospital at home**). Kranke, die z. B. unter der Woche stationär betreut werden, können am Wochenende nach Hause entlassen und dort betreut werden. Damit steigen einerseits die **Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten** und ihrer Angehörigen, gleichzeitig aber auch die Anforderungen an das Pflegepersonal, weil **neue Hilfestellungen und Beratungsleistungen** notwendig sind. Außerdem wird erwartet, dass Pflegepersonen künftig verstärkt Tätigkeiten übernehmen, die bisher Ärzten und Ärztinnen vorbehalten waren. Damit geht ebenfalls ein **steigender Qualifikationsbedarf** einher.

⁸ laufende Weiterentwicklung in intensivmedizinischen Überwachungsgeräten, neue endoskopische Geräte für Operationen

⁹ In den Niederlanden gibt es z. B. bereits 25.000 Haushalte mit eingebauten Telecare Lösungen und mehrere Tausend e-care Lösungen; wurde allerdings sehr stark öffentlich angereizt.

¹⁰ *Assisting technologies*: Technologien (z. B. spezielle Tastaturen, Augensteuerungen), die Menschen unterstützen und ihnen ermöglichen alltägliche Verrichtungen (wieder) selbst zu machen, die aufgrund von Erkrankungen oder Behinderungen nicht mehr möglich waren.

Ambient assisted living: Technisch gestütztes Leben im Alter, Selbstständigkeit erhalten, Sicherheit, soziale Vernetzung erhalten: Telecarelösungen, E-care, Telemonitoring, Homecare usw.

¹¹ Dabei ist eine entscheidende Frage, was tatsächlich heute schon verfügbar ist, und nicht erst in 10 oder 20 Jahren. Wichtige Technologien: Notruftelefone, Notrufarmband, Fernsteuerungen (z. B. Licht), E-Rollstuhl, E-Kommunikationsmittel, Remindersysteme (z. B. für Medikamente), Video-Telefonie, E-Health (z. B. Blutdruckmessung mit Wertübermittlung); im Kommen: Prothesen mit Computersteuerung, Robotertechnologien: Waschroboter, Roboter für Haushaltsassistenten

Mit der Zunahme von **Telecare-Einrichtungen** werden verstärkt Fachkräfte benötigt, die diese Einrichtungen auch warten und betreuen können.

Bei all dem steht das „Ermöglichen“ statt „Behindern“ im Fordergrund. Gesundheitseinrichtungen müssen sich verstärkt an der Entwicklung technischer Lösungen beteiligen, um hier eine **Bedarfsorientierung** zu entwickeln. Dazu sind breite Feldstudien im Bereich AAL notwendig. Aktuell wird vor allem ein **hoher Aufklärungsbedarf** gesehen, welche technischen Möglichkeiten es gibt. Bisher kommen solche Inhalte in den Ausbildungen kaum vor.

Unsicher bleibt laut EU-Sektoranalyse, ob die Entwicklung neuer Technologien eher **bedarfserzeugend** wirken wird (z. B. aufgrund besserer Diagnostik) und zu einer **steigenden Arbeitsnachfrage** führt, oder ob sie **arbeitsersetzend** wirken wird, weil menschliche Arbeit durch IKT-Einsatz, medizinische Geräte, Hilfsmittel und Medikamente substituiert wird.¹² Neben der Beschäftigungswirkung gehen damit natürlich auch Fragen der Kostenentwicklung einher, wobei von den Expertinnen und Experten in der Clustergruppe längerfristig positive Kostenentwicklungen durch steigenden Technikeinsatz erwartet werden.¹³

3.3 Veränderung der Dienstleistungen und Arbeitsorganisation

Das **Leistungsangebot der Krankenanstalten** wird sich in den kommenden Jahren verstärkt in Richtung **Gesundheitszentren** entwickeln. Damit gewinnen **Prävention, Vorsorge, Gesundheitsförderung und -bildung**¹⁴ einen größeren Stellenwert. Auch in der **Rehabilitation** wird vermehrt qualifiziertes Personal benötigt; neben Pflegefachkräften sind davon Ärzte und Ärztinnen, medizinische Assistenzberufe, Masseur und Masseurinnen, SportwissenschaftlerInnen usw. betroffen.

Außerdem ist mit einer zunehmenden Bedeutung der **Hauskrankenpflege** und des **Altenpflegebereichs** (Betreuung zu Hause) zu rechnen. **Mobile Pflege und Betreuung** und die **begleitende, beratende Unterstützung** der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen werden dabei immer wichtiger. Dafür wird mehr qualifiziertes Personal

¹² vgl. Europäische Kommission (Hrsg.): *Gesundheits- und Sozialwesen – Umfassende Sektoranalyse der neuen Kompetenzen und der wirtschaftlichen Aktivitäten innerhalb der Europäischen Union – Zusammenfassung*. 2009. S. 15

¹³ Unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten und einer längerfristigen Nutzenperspektive werden sich nach Einschätzung der ExpertInnen die Investitionskosten aufgrund des Präventionseffektes auf jeden Fall rechnen.

¹⁴ Das Thema Prävention, Gesundheitsförderung und -bildung scheint generell ein zentraler Aspekt in Hinblick auf Organisierbarkeit und Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems. Investitionen in präventive Maßnahmen und technische Unterstützung sind wichtige Ansätze, um sowohl die Kosten im Bereich Pflege und Betreuung als auch den Personalmangel langfristig in den Griff zu bekommen.

erforderlich sein, das gleichzeitig aber leistbar bleiben muss. Die Ausbildung der Pflegehilfe muss aufgewertet werden.

Durch diese Entwicklungen wird eine zentrale Herausforderung für den Gesundheits- und Pflegebereich in den kommenden Jahren sein, den **steigenden Personalbedarf** mit dem (mangelnden) **Angebot an Pflegekräften** in Übereinstimmung zu bringen.

Die Aufgaben der Berufe in Gesundheit und Pflege werden **stärkere Differenzierung** erfahren. Die Spezialisierung (z. B. Geriatrie) in der Pflege nimmt zu, gleichzeitig wachsen Bereiche weiter zusammen und überschneiden sich zunehmend. Einerseits findet immer stärker **Delegation und Substitution von Tätigkeiten** statt, andererseits werden immer öfter Grenzen verschwimmen, d. h., es werden in verschiedenen Berufen auch Tätigkeiten verrichtet, die nicht originär in das jeweilige Berufsbild fallen. **Poolkompetenzen** werden zunehmen. Dadurch entstehen **neue Berufsbilder und Qualifikationen**¹⁵.

Ein **Skillmix** und ein **Grademix**¹⁶ werden in der Pflege immer wichtiger. Es ist zu hinterfragen, welche Personen tatsächlich mit welchen Kompetenzen (mit welcher Ausbildung) was machen können und dürfen, welche anderen Berufe¹⁷ in den Pflegeteams (sowohl stationär als auch mobil) benötigt werden, wie Aufgaben effizienter verteilt werden können. Gewisse **traditionelle Tätigkeiten** werden sich zunehmend vom gehobenen Dienst zu **Assistenzkräften** verschieben.

Außerdem wird erwartet, dass sich unter dem Schlagwort „**Advanced nursing practice**“ Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger in eigener „Ordination“ selbstständig machen. Dazu müssen aber noch eine Reihe **gesetzlicher Rahmenbedingungen** geschaffen werden, wie etwa ein Verordnungsrecht von Pflegehilfsmitteln für diplomierte Pflegekräfte oder im Bereich Pflegeeinstufung durch Pflegefachkräfte.

Es gibt immer weniger pflegerisches Personal für immer mehr Menschen mit Pflegebedarf. Damit ändern sich die Anforderungen an das Pflegepersonal. Dem gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege werden **mehr Coaching- und Beratungsaufgaben** (z. B. vermehrte Gesundheitsberatung und -förderung) zukommen, der direkte Dienst am

¹⁵ wie z. B. „**Family-Health-Nurse**“, eine Person, die Menschen über Gesundheits- bzw. Pflegemöglichkeiten berät, damit diese nicht vorschnell ein Krankenhaus konsultieren; oder „**AlltagsmanagerInnen**“, die z. B. Hausgemeinschaften von Demenzkranken unterstützen; oder „**Stationsassistentinnen/-assistenten**“, die sowohl administrative als auch Hilfsaufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege übernehmen.

¹⁶ Skillmix umfasst die verschiedenen Erfahrungen und Fähigkeiten unterschiedlicher MitarbeiterInnen
Grademix umfasst die verschiedenen offiziellen Ausbildungen der MitarbeiterInnen

¹⁷ die teilweise auch erst im Entstehen sind; siehe Fußnote 13

Krankenbett wird tendenziell zurückgehen. Auch in der **Patienten-/Patientinnenedukation** (Schulung, Anleitung und Begleitung von meist chronisch kranken Menschen und ihrer Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung und Versorgung z. B. von Wunden) wird von den ExpertInnen im Cluster eine zunehmende Aufgabe gesehen.

Die Verweildauer wird kürzer und damit werden **Tages- und Wochenkliniken** weiter zunehmen. Nicht alle Menschen sind aber so krank, dass sie unbedingt stationär behandelt und gepflegt werden müssen. Das Ziel sollte darin bestehen, Patientinnen und Patienten stärker aus der stationären Betreuung in häusliche Pflege zu bringen. **Case- und Care-Management** wird damit extrem wichtig. Durch ein optimiertes Case- und Care-Management soll die **Durchlässigkeit** zwischen häuslicher Versorgung, teilstationärer und stationärer Pflege, Akut- und Langzeitpflege verbessert werden. Welche Aufgaben von wem übernommen werden¹⁸, spielt dabei ebenso eine Rolle, wie das gute Management der Schnittstelle Pflege und Betreuung.¹⁹

Mit zunehmender **häuslicher Versorgung** und dem generell steigenden Pflegebedarf (Alterung) wird die **Nachfrage nach Hauskrankenpflege, Heimhelferinnen und -helfern** weiter ansteigen, nicht aber die Finanzierungsmöglichkeiten. Es besteht die Gefahr, dass Betreuungszeiten eher reduziert werden und der Arbeitsdruck steigt. **Prekäre Arbeitsverhältnisse** könnten zunehmen, weil die „normale“ Arbeit nicht bezahlt wird oder nicht leistbar ist. Generell werden in der **Finanzierung der Gesundheits- und Pflegeleistungen** kostendeckende Tarife gefordert, damit die Anbieter unternehmerisch kalkulieren können. Diese Tarife müssen aber auch privat leistbar sein, weil ein gewisser **Privatanteil in der Finanzierung** erforderlich sein wird.

Mit diesen vielfältigen Veränderungen in den Arbeitsbereichen wird **Flexibilität** für die Beschäftigten (und Arbeitsuchenden) eine immer wichtigere Anforderung. Die Fähigkeit sich rasch auf neue Strukturen, Tätigkeitsbereiche und Rahmenbedingungen einzustellen ist eine zentrale Herausforderung in allen Beschäftigungsbereichen.

3.4 Soft Skills und Zusammenarbeit

Im Gesundheits- und Pflegebereich spielt die persönliche **Beziehungsgestaltung** eine besonders große Rolle und wird künftig verstärkt über Erfolg und Misserfolg entscheiden. Deshalb werden Integration verschiedenster Kompetenzbereiche, von **fachlichen und**

¹⁸ Was macht die Familie, was macht die Hauskrankenpflege?

¹⁹ Wofür sind Pflegekompetenzen erforderlich, wofür Betreuungskompetenzen?

methodische Kompetenzen über **persönliche und kommunikative** bis hin zu **kulturellen Kompetenzen** für alle Arbeitskräfte immer wichtiger.²⁰

Mit den **Veränderungen der Bedürfnisse** der Patientinnen und Patienten bzw. BewohnerInnen²¹ steigt einerseits die **Bedeutung von Soft Skills**, andererseits wird aufgrund der zunehmenden Belastungen (psychische, Arbeitsdruck etc.) aber auch die **Fähigkeit sich abzugrenzen** und zur **Selbstreflexion, Selbstmanagement** (Zeit- und Stressmanagement, Organisationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Belastbarkeit, Burn-Out-Vorbeugung, Empowerment²² usw.) auf allen Qualifikationsniveaus und in allen Beschäftigungsbereichen unerlässlich.

Die **Ansprüche** der Patientinnen und Patienten, der betreuten Personen und Angehörigen steigen. Damit muss die **Qualität in der Dienstleistung** verbessert werden, vor allem aber müssen sich die **Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten** und das **Menschenbild** weiterentwickeln. Gefordert wird ein Wahrnehmungswandel vom Patienten/von der Patientin hin zum Gast, zum Kunden/zur Kundin. **Kundinnen/Kunden- und Serviceorientierung** (Menschenorientierung) auf allen Ebenen der Betreuungskette müssen sich verstärkt durchsetzen.

Mit der vielfachen Veränderung der Leistungsbereiche, zunehmender Spezialisierung bei gleichzeitig stärkerem Zusammenwachsen von unterschiedlichen Teilbereichen der Gesundheit und Pflege entstehen neue **Formen der Zusammenarbeit und komplexere Teamstrukturen**. Damit muss sich die Kommunikation im Team zwischen den Hierarchieebenen verändern, sowohl von oben nach unten als auch umgekehrt. In der Arbeitsgruppe wurde diesbezüglich ein starkes Beharrungsvermögen mit wenig Veränderungsbereitschaft festgestellt, das aufgebrochen werden muss.

Veränderte Teamstrukturen erfordern **veränderte Führungsstrukturen. Management-Skills**, insb. Kommunikation, Organisation und Führung (auch interkulturell) werden immer wichtiger, nicht zuletzt im Umgang mit Laien (Laienschulung)²³. Viele Beschäftigte leiden darunter, dass **Organisations- und Managementfähigkeiten** häufig zu wenig ausgeprägt sind. Nachdem freiberufliche Berufstätigkeit an Stellenwert gewinnt, werden auch in dieser Hinsicht Management-Skills wichtiger.

²⁰ Das muss sich nicht zwingend in neuen formalen Qualifikationen niederschlagen.

²¹ z. B. in Zusammenhang mit Demenz, Alzheimer, Zunahme chronischer Erkrankungen, Anstieg betreuungsbedürftiger Personen mit Migrationshintergrund („GastarbeiterInnengeneration“)

²² Strategien und Maßnahmen zur Erhöhung der Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortlichkeit; soll das Gefühl stärken, „Herr“ über das eigene Leben zu sein.

²³ Das Beziehungsgefälle zwischen ExpertInnen und Laien muss abgebaut werden.

3.5 Konsequenzen auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus

Die Darstellung erfolgt nach den Niveaus Assistenzkräfte, Fachkräfte und Führungskräfte. Da die Grenzen zwischen den Niveaus nicht eindeutig sind, wurde in den Kleingruppen teilweise zusätzlich definiert, welche Beschäftigtengruppen damit gemeint werden. Ärzte und Ärztinnen wurden nach Diskussion in der Arbeitsgruppe aus der Betrachtung herausgenommen bzw., soweit es die Kleingruppen für sinnvoll erachteten, in den jeweiligen Niveaus mitbehandelt.

Zu einem beträchtlichen Teil ziehen sich die identifizierten Anforderungen quer über alle Qualifikationsniveaus, wobei die Ausprägungen und Tiefe jeweils unterschiedlich sind.

3.5.1 Assistenzkräfte

Das Niveau „Assistenzkräfte“ wurde von einer Unterarbeitsgruppe mit Heimhilfe und Pflegehilfe umschrieben, wobei Pflegehilfe aber nicht eindeutig ist und auch den Fachkräften zugeordnet wurde.²⁴

Zentrale Anforderungen für Assistenzkräfte werden in Zusammenhang steigender **Kundinnen- und Kundenorientierung** gesehen. Patientinnen und Patienten zunehmend als Kunde/Kundin bzw. Gast wahrzunehmen (PatientIn = Kunde/Kundin) und die Entwicklung entsprechender **Grundhaltungen** hinsichtlich **Menschenbild und Wertschätzung** werden als wesentliche Herausforderungen eingestuft. Beziehungsaufbau, Kommunikationsfähigkeit, Gesprächsführung gehören ebenso zu den erweiterten Anforderungen, wie Konfliktfähigkeit und **Zusammenarbeit in interdisziplinären und multiprofessionellen Teams**. Die effizientere Gestaltung von **Schnittstellen zwischen Pflege und Betreuung**²⁵ erfordert neben Teamfähigkeit außerdem Wissen über die Strukturen und über die Formen der Zusammenarbeit, aber auch verstärkte Dokumentationsfähigkeit. Um die Kommunikation und Zusammenarbeit zu optimieren sind überdies entsprechende **Kompetenzen in Sprache und Ausdruck** notwendig.

Sowohl hinsichtlich steigender Bedeutung interkulturell zusammengesetzter Teams als auch durch die Vielfalt an Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichsten Kulturkreisen werden im gesamten Gesundheits- und Pflegebereich **interkulturelle Kompetenzen** aber

²⁴ Grundsätzlich ist festzuhalten, dass es sich bei Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegeberufen praktisch immer um Fachkräfte handelt, im Sinne von ausgebildetem Personal. Die hier getroffene Unterscheidung dient primär der Strukturierung und Verdeutlichung unterschiedlicher Ausbildungsniveaus und unterschiedlich komplexer Anforderungen aufgrund der jeweiligen Arbeits- und Tätigkeitsschwerpunkte.

²⁵ Heimpflege/ambulant/stationär/teilstationär, akut und Langzeitpflege

auch erweiterte **Sprachkenntnisse** in verschiedenen Sprachen (insbesondere Türkisch, aber auch südosteuropäische Sprachen und Ostsprachen) wichtiger.

Wie auf allen Qualifikationsniveaus und in allen Tätigkeitsbereichen wird auch für Assistenzkräfte **Selbstmanagement** zu einer wesentlichen Kompetenz. Organisationsfähigkeit, Zeit- und Stressmanagement, die eigenen Grenzen aufzeigen können (Empowerment) und organisatorische Defizite auf die nächsthöhere Ebene zu tragen, werden immer wichtiger.²⁶

In Zusammenhang mit **assistierenden Technologien** spielen generell **EDV-Kenntnisse** eine große Rolle. Primär besteht die Anforderung Geräte kennenzulernen (Überblickswissen über die spezifischen Geräte zu bekommen), Unterstützung beim Betrieb dieser Geräte leisten zu können und vor allem Geräte transferieren zu können (z. B. vom Rollstuhl ins Bett)²⁷. Es gilt die Scheu vor technischen Geräten und insbesondere vor **Informations- und Kommunikationstechnologien** abzubauen. **Grundkenntnisse für EDV-Anwendungen** sind für alle Beschäftigten und Arbeitsuchenden unabdingbar.

Prävention sowie **Gesundheitsförderung und -bildung** müssen ebenfalls auf Ebene der Assistenzkräfte beginnen. Neben Kommunikationskompetenzen sind dazu vor allem Motivationsfähigkeit, Basiskenntnisse über **Multiplikatorenskills** aber auch grundsätzliches Fachwissen über diesen Bereich erforderlich.

Außerdem sollten Assistenzkräfte in Hinblick auf **Kostenbewusstsein und effizienten Mitteleinsatz** über Produktkosten Bescheid wissen und ein grundlegendes Verständnis für die Notwendigkeit, Bedeutung und Zusammensetzung von Budgets mitbringen.

3.5.2 Fachkräfte

Das Niveau „Fachkräfte“ wurde mit gehobener Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege (Diplomierte) und MTD/MTF²⁸ umrissen. Der Bereich Pflegehilfe wurde nicht eindeutig sowohl den Assistenzkräften als auch den Fachkräften zugeordnet.²⁹

Grundsätzlich gelten für Fachkräfte ähnliche Anforderungen wie für Assistenzkräfte, allerdings mit weiterer Vertiefung. Darüber hinaus sollten sie in den Teams die **Zusammenarbeit**

²⁶ Dazu wurde aber auch angemerkt, dass es gilt, die Ursachen für gesteigerten Selbstmanagementbedarf zu hinterfragen.

²⁷ Diese Geräte wechseln oft den Ort, daher spielt die Verfügbarmachung eine wesentliche Rolle.

²⁸ MTD = Medizinisch Technischer Dienst (Biomedizinische AnalytikerIn, Diätologe/Diätologin, ErgotherapeutIn, Hebamme, Logopäde/Logopädin, PhysiotherapeutIn, Radiologietechnologe/-technologin), MTF = Medizinisch Technischer Fachdienst

²⁹ siehe dazu Fußnote 19

zwischen Fach- mit Führungskräften fördern und als Bindeglied zwischen Assistenzkraft und Führungskraft fungieren. Durch den steigenden Arbeitsdruck und hohe psychische Belastungen werden **Coaching- und Supervision** gesuchte Zusatzkompetenzen.

Mit der zunehmenden Bedeutung der Schnittstelle Pflege und Betreuung wird für Fachkräfte **bereichsübergreifendes, vernetztes Denken und Handeln** immer wichtiger, Zusammenhänge müssen erkannt und beurteilt werden.

Für **assistierende Technologien** wird von Fachkräften erwartet, dass sie an der **Planung und Entscheidungsfindung** für den Einsatz solcher Technologien mitwirken und Ziele formulieren können. Sie sollten sensibel für **Veränderungsbedarf** sein, aber darüber hinaus auch Möglichkeiten für Wartung und Reparatur kennen. Dazu sind Basiskenntnisse der verfügbaren Geräte erforderlich. Im IKT-Bereich sollten vor allem LeiterInnen und MitarbeiterInnen in der Organisation **erweiterte EDV-Kenntnisse** mitbringen.

Stark wachsende Bedeutung wird dem gesamten Bereich **Prävention** sowie **Gesundheitsförderung und -bildung** beigemessen.³⁰ Neben **Fachwissen** z. B. über diätetisches Kochen, Ernährung, Bewegung, Atmung, mentale Gesundheit werden **Beratungs- und Motivationskompetenzen**, die Fähigkeit Aufklärungsgespräche zu führen und Information strukturiert weiterzugeben besonders wichtig. Außerdem sollten Fähigkeiten in der Gestaltung von Informationen vorhanden sein. Wie den Assistenzkräften werden auch Fachkräften grundlegende **Multiplikatorenfunktionen**³¹ zugewiesen.

Effizienter Mitteleinsatz wird in allen Bereichen immer wichtiger. Neben verstärktem **Kostenbewusstsein** sollten Fachkräfte deshalb ein erweitertes Warenkorbwissen (Preise, Alternativen usw.) über Medikamente und Materialien entwickeln.³² Außerdem sollten sie in der Lage sein Investitionsanträge vorzubereiten.

³⁰ Der Bereich Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung wird in der öffentlichen Wahrnehmung kaum mit der Kompetenz von Pflegefachkräften assoziiert.

³¹ Es muss in diesem Bereich einerseits Expertinnen und Experten geben, die z. B. in Kindergärten und Schulen Gesundheitsförderung und -bildung betreiben, andererseits müssen gleichzeitig die Beschäftigten (LehrerInnen, Kleinkindpädagoginnen und -pädagogen) vor Ort entsprechend qualifiziert werden, um die Themen im Alltag zu integrieren.

³² Es sollte eine gemeinsame Information und Kenntnis über den vorhandenen Warenkorb bestehen, die von Diplomierten z. B. an Ärzte und Ärztinnen weitergegeben werden kann, um zu vermeiden, dass Medikamente verordnet werden, die erst bestellt werden müssen, für die es aber Alternativen im vorhandenen Bestand gibt (auch hinsichtlich Preiseffizienz).

3.5.3 Führungskräfte

Das Niveau „Führungskräfte“ wurde von der Kleingruppe mit Stationsleitung, Teamleitungen mobiler Dienste und zusätzlich Stations- und Hausarzt/-ärztin bzw. Personen mit Bachelor- und Masterabschlüssen umrissen.

Auch für Führungskräfte gelten prinzipiell die für die vorangegangenen Niveaus getroffenen Aussagen mit weiterer Intensivierung. Darüber hinaus stellt sich Führungskräften die Herausforderung, dass sie ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber eine **Vorbildfunktion** haben. Kundinnen und Kunden sind nicht nur die Patientinnen und Patienten sondern im weiteren Sinne auch die Kolleginnen und Kollegen. Nur wenn Führungskräfte selbst leben, was sie von ihrem Team fordern, kann das auch auf allen Ebenen umgesetzt werden. Dazu sind erweiterte Kompetenzen in **Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung** erforderlich.

Für die Arbeit im Team sind **Methodenkompetenz** für die gemeinsame Zielerreichung und die **Teamentwicklung** erforderlich. Für den richtigen Umgang mit dem Rollenwechsel „gestern Kollege/Kollegin – heute Vorgesetzter/Vorgesetzte“ im Zuge der Weiterentwicklung in Managementfunktionen sollten erweiterte Kommunikations- und Führungskompetenzen mitgebracht werden. **Change-Management** wird in vielerlei Hinsicht wichtiger, insbesondere auch im Umgang mit Widerstand, um Widerstand als Chance nutzen zu können.

In der **Prävention und Gesundheitsförderung/-bildung** sind Führungskräfte gefordert Konzepte zur Umsetzung des Fachwissens zu entwickeln und Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Zunehmend wird von Führungskräften erwartet, dass sie Initiativen zur Gesundheitsförderung/-bildung nicht nur planen und durchführen sondern auch überprüfen und nachjustieren.³³ Auch in Zusammenhang mit **assistierenden Technologien** müssen Führungskräfte Investitions- und Finanzierungsentscheidungen treffen, dazu sind **erweiterte Kenntnisse der Geräte** erforderlich. Sie müssen aber auch die notwendigen Softwarekenntnisse mitbringen, um z. B. Daten über E-Health-Systeme abrufen und auswerten zu können (z. B. Blutdruck).

Einen wesentlichen Aufgabenbereich von Führungskräften umfasst der **effiziente Mitteleinsatz**. Neben Kostenbewusstsein sind dazu Wissen und Kompetenzen in den Bereichen **Schnittstellenmanagement, Kalkulation und Controlling, Budgetierung** von Investitionsanträgen, aber auch **Personalplanungswissen** (zunehmend auch in Zusammenhang mit Arbeitskräfteüberlassung) gefragt.

³³ PDCA-Zyklus: plan-do-check-act

4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Aus den obigen Ausführungen und zahlreichen weiteren Ergebnissen der Arbeitsgruppe und EU-Sektoranalyse, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, ergeben sich verschiedene Schlussfolgerungen und Empfehlungen, die selbstverständlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

4.1 Weiterbildung und Qualifizierung

4.1.1 Zusammenfassung allgemeiner Feststellungen und Empfehlungen

- Eine Grundproblematik bei der **Gestaltung von Weiterbildungsangeboten** in der Gesundheit und Pflege liegt in der **starken Regulierung**³⁴ des gesamten Bereichs, d. h. vieles ist aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht so leicht und flexibel umsetzbar.
- Während das BFI im Rahmen dieser Reglementierung bereits ein vielfältiges Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebot bietet, finden sich im WIFI-Kursbuch kaum bereichsspezifische Angebote. Es wird aber betont, dass insbesondere in den Bereichen Persönlichkeit, Kommunikation, Teamentwicklung, Kalkulation/Controlling/Budgetierung/ Personalplanung oder IKT eine Vielfalt an Seminaren, Kursen und Lehrgängen besteht, die **bedarfsorientiert** gemeinsam mit den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen **für die Zielgruppe** Pflegehilfe und gehobener Dienst **weiterentwickelt** werden kann.
- Weiterbildungsangebote sollten **kurz gehalten** werden, nie zwei Tage hintereinander in der Woche, sondern Halbtageskurse, Abendkurse etc., weil die TeilnehmerInnen schwer vom Dienst weg können. Werden die Kurse im Rahmen dieser zeitlichen Ressourcen gestaltet, werden sie auch angenommen.
- Kurse, die an einem Ort für ganz Österreich angeboten werden, müssen länger dauern, weil sich sonst die Anreise nicht auszahlt.
- Bildungsanbieter sollten verstärkt mit den ArbeitgeberInnen **kooperieren** und gemeinsam überlegen, was die ArbeitgeberInnen intern ausbilden und was sinnvoll extern angeboten werden kann.

³⁴ Begriffsklärung: im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wird zwischen Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung unterschieden. Fortbildung ist mit mindestens 40 Stunden im Fünfjahresrhythmus vorgeschrieben. Für Weiterbildungen gibt es gesetzliche Vorgaben hinsichtlich Mindestdauer, Prüfung etc. Das Angebot muss vom Landeshauptmann/von der Landeshauptfrau genehmigt werden.

- Bei der **Planung von Fortbildungsveranstaltungen** oder Tagungen sollte mehr Rücksicht darauf genommen werden, welche **Rahmenbedingungen** gegeben sein müssen, damit die TeilnehmerInnen die Fortbildungen annehmen können (z. B. Kinderbetreuung für Frauen mit Kindern).
- **Umschulungen** (Ausbildungen) im Gesundheits- und Pflegebereich (z. B. für Ältere) sollten **auch berufsbegleitend** angeboten werden, damit neben Arbeitsuchenden und Wiedereinsteigerinnen und -einsteigern auch Beschäftigte, die grundsätzlich Umschulungsinteresse oder -bedarf haben, die Angebote nutzen können (siehe auch 4.3.2).
- Professioneller Umgang mit Supervision und Coaching zur Bewältigung von Belastungssituationen für Gesundheits- und Pflegekräfte muss gefördert werden.
- **Verbesserung der Information**, was Interessierte in der Berufsausbildung, insbesondere in den neuen Sozialberufsausbildungen, erwartet; was sie dann können und dürfen. Oft entspricht die berufliche Realität nicht den Vorstellungen und Ausbildungen.
- Generell (und ganz besonders im extramuralen Bereich) muss im **Auswahlverfahren** noch stärker auf **tatsächliche Eignung** geachtet und für eine bessere Orientierung gesorgt werden. Dazu ist es auch erforderlich verstärkt Möglichkeiten zu schaffen, Praxisluft zu schnuppern.³⁵
- Die künstliche **Abgrenzung Gesundheit und Sozialbereiche** sollte aufgelöst werden; dabei spielt die Kompetenztrennung Bund und Länder eine große Rolle.
- Die **Aufklärung über die Möglichkeiten neuer Technologien** (AAT, AT) muss Bestandteil der Aus- und Weiterbildungen zu allen Gesundheits- und Pflegeberufen werden.
- Die **Qualifizierungsbereitschaft** und die **Flexibilität** müssen gefördert werden, Tätigkeiten zu übernehmen, die nicht originär ins Berufsbild fallen.
- Die **Arbeitsmarktintegration von Personen mit nicht deutscher Muttersprache** muss intensiv gefördert werden. Gerade im Gesundheitsbereich reicht es nicht aus, wenn die Beschäftigten Fremdsprachen lernen, es werden dringend MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund benötigt, die die jeweilige Sprache gut beherrschen (idealerweise als erste Muttersprache) und den interkulturellen Hintergrund verstehen.
- Im Sinne der **Diversity** muss aber auch die **Arbeitsmarktintegration von Männern** im Pflegebereich verstärkt werden.

³⁵ Es gibt z. B. am BFI ein Auswahlmodul, in dem die TeilnehmerInnen den Beruf und die Tätigkeiten in der Praxis kennenlernen. Trotzdem gibt es immer Leute, die während der Ausbildung oder danach feststellen, dass es nicht der richtige Bereich für sie ist. Daher will das BFI ein **Begleitungsmodul zur Ausbildung** einführen, das die TeilnehmerInnen dabei unterstützt die Ausbildung zu bewältigen und gut auf den realen Arbeitsmarkt vorbereitet zu sein.

- verstärkte Integration von Kommunikations- und Teamfähigkeit, Kundinnen- und Kundenorientierung, Selbstmanagement und Reflexionsfähigkeit **in alle Ausbildungen**; insbesondere auch richtiger Umgang mit Überforderung
- thematische Weiterentwicklung: Im **Anhang 3** wird eine Liste von Themen dargestellt, die sich im Laufe der Arbeitssitzungen angesammelt hat

4.2 Empfehlungen für Weiterbildungsangebote

Als Empfehlungen für Weiterbildungsangebote haben sich in der Arbeitsgruppe unter anderem die folgenden Themenbereiche herauskristallisiert. Im **Anhang 4** werden konkrete Angebote kurz skizziert.

4.2.1 Innovationsschulungen

Die Empfehlung von Innovationsschulungen umfasst die **Aktualisierung der Fähigkeiten und Fertigkeiten „älterer“ ArbeitnehmerInnen** auf den aktuellen Stand des „Wissens und der Technik“. Dabei ist die zweifache Herausforderung zu sehen, die notwendigen Inhalte zu identifizieren und Personen, deren letzte Aus- und Weiterbildungen länger zurückliegen, für das Weiterbildungsangebot zu motivieren. Zielsetzung ist die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit bzw. die Erleichterung des Wiedereinstiegs in den Beruf.

Besonders im Bereich Pflegemanagement wird ein steigender Bedarf für Zusatzausbildungen und Innovationsschulungen gesehen, weil Personen, die vor längerer Zeit ihre Ausbildungen gemacht haben, diese Kompetenzen nie erworben haben. Großer Bedarf wird auch für Weiterbildung im Bereich Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung und -bildung konstatiert.

4.2.2 Aus- und Weiterbildung – Zusatzqualifikationen

Im Wesentlichen geht es darum, die Kompetenzen zu erhöhen, nicht nur die Qualifikation. Viele ArbeitnehmerInnen haben formal nur geringe Qualifikationen, können aber über Aufschulung rasch auf das nötige Kompetenzniveau gebracht werden. Auch in diesem Zusammenhang werden vor allem Pflegemanagement und Gesundheitsvorsorge, -bildung und -förderung als wesentliche Themenbereiche gesehen.

4.2.3 Ambient Assisted Living & Assisting Technologies

Ein Bedarf wird vor allem darin gesehen, diese Technologien als Bestandteil insbesondere in Pflegeberatungs- und Casemanagement-Ausbildungen (z. B. im Bereiche der Pflegeeinstufung) zu integrieren; sollte aber auch eine Weiterbildung für bereits bestehende CasemanagerInnen sein.

4.2.4 Gesundheitskompetenz und Burn-Out Prävention

Für Pflegepersonen wäre besonders wichtig verstärkt Angebote in Richtung Burn-Out Prävention und Gesundheitskompetenz für sich selbst, Abgrenzungskompetenz, Empowerment usw. zu entwickeln.

Burn-Out Prävention sollte dabei nicht als Einzelstrategie verstanden werden sondern als Teil eines Gesamtansatzes zum Umgang mit Belastungen. Dazu gehört auch, sich bereits bei der Auswahl der KursteilnehmerInnen genauer anzusehen, was die Leute an überfachlichen Voraussetzungen, z. B. Einsatzbereitschaft, Belastbarkeit (auch körperlich), mitbringen.³⁶

4.3 Weitere Schlussfolgerungen und Empfehlungen

4.3.1 Zielgruppenfrage und interdisziplinäre Angebote

Ausbildungsanbieter müssen sich im Detail sehr gut überlegen, **welche Zielgruppe** sie ansprechen wollen und in **welchem Setting** die KursteilnehmerInnen arbeiten sollen. Dabei sollten ganz gezielt auch **interdisziplinäre Angebote** geschaffen werden, die sich an einen gemischten TeilnehmerInnenkreis richten (inkl. MedizinerInnen und Therapeutinnen/Therapeuten), um den interdisziplinären Austausch und das wechselseitige Verständnis zu fördern. Die Erfahrung zeigt, dass interdisziplinäre Angebote bisher relativ einseitig von Pflegekräften genutzt werden und MedizinerInnen oft fehlen. Eine Veränderung ist zwar festzustellen, passiert aber relativ langsam. Überdies sollte beim Thema Interdisziplinarität auch der Verwaltungsbereich einbezogen werden.

Dazu ist es erforderlich die **Schnittstellen zu identifizieren**. Während gerade bei Fachthemen ein interdisziplinärer Austausch sehr wirksam sein kann, sollten Themen wie z. B. Stressbewältigung eher für homogene Zielgruppe mit ihren jeweils unterschiedlichen Belastungssituationen gestaltet werden.

Bei der Schärfung von Angeboten muss außerdem eine Unterscheidung zwischen **intramuralem** und **extramuralem Bereich** getroffen werden, da die Anforderungen in beiden Bereichen sehr unterschiedlich sind.³⁷

³⁶ Am Beispiel Burn-out-Prävention wurde angeregt, bei der Entwicklung und Ausschreibung von Kursen verstärkt auf die Bezeichnungen zu achten. Wenn Inhalte auch im Titel positiv transportiert werden, könnte damit die Nachfrage steigen, während Bezeichnungen wie „Das erschöpfte Ich“, „Burn-out“ unter Umständen abschreckend wirken.

³⁷ Als Beispiel wurde angeführt, dass es einen großen Unterschied macht, ob das Thema Hygiene für den Bereich Alten- und Pflegeheime oder für den Bereich Krankenhaus vermittelt werden soll.

4.3.2 Ausbildung älterer ArbeitnehmerInnen

Grundsätzlich ist zu klären, in welchen Bereichen ältere Personen ausgebildet werden sollen, damit sie dann auch effizient eingesetzt werden können; eher in der Sozialbetreuung, in Besuchsdiensten oder in der unmittelbaren Pflege. Gerade im **Pflegehilfebereich** könnten ältere MitarbeiterInnen gut eingebunden werden, weil gefestigte Personen mit Arbeitserfahrung den Ansprüchen leichter standhalten. Bei Personen über 55 muss aber abgewogen werden, ob eine Neuausbildung sinnvoll und effizient ist, wenn diese unter Umständen nur noch wenige Jahre in Beschäftigung bleiben.

In jedem Fall sollten Konzepte **nicht auf Teilzeitbeschäftigung beschränkt** werden. Bei einer relativ geringen Beschäftigungsdauer von nur 15 Stunden pro Woche wird sehr rasch die Problematik entstehen, dass diese Personen Mehrarbeit leisten werden (müssen oder wollen).

Ein weiterer Ansatz für diese Zielgruppe wäre Peers auszubilden, die z. B. in Sozialeinrichtungen oder auch in sozialen Wohnbauten bestimmte nicht-pflegerische Tätigkeiten übernehmen und durch Zusammenarbeit mit Pflegekräften den Bedarf an Betreuung und Service decken und gleichzeitig die Pflegekräfte entlasten; auch unterstützt durch ambient assisted living Systeme.

Natürlich stellt sich auch bei der Ausbildung von älteren Personen für Pflege- und Betreuungsberufe die Frage, wie man diese auswählt, damit sie dann auch tatsächlich am Arbeitsmarkt ankommen.

4.3.3 Haushaltsassistentz, Alltagsassistentz

Grundsätzlich erwartet die Expertinnen-/Expertengruppe, dass in Zukunft viel weniger Unterstützungsleistungen durch die Familie erbracht werden. Dadurch wird künftig von den Betreuungskräften sehr viel **Alltagsgestaltung** erwartet: Haushaltsbetreuung, kleine Hilfestellungen und Reparaturleistungen, Besorgungen, div. Organisationstätigkeiten.

Auch wenn derzeit erste Ansätze dieser Entwicklung erkennbar sind, etwa in betreuten Wohnkonzepten, wird eine starke Zunahme nach Einschätzung der Expertinnen und Experten der Clustergruppe erst längerfristig erfolgen. Es wäre deshalb verfrüht eine Qualifizierungsoffensive in diesem Bereich zu setzen, weil die Gefahr besteht, dass für die neu Ausgebildeten nicht ausreichend Arbeitsplätze vorhanden sind.

Generell geht es dabei vor allem um Berufsbilder, die neu kombiniert werden müssen, nicht so sehr um Inhalte, die es noch nicht gibt.

4.3.4 Kostenfaktor Weiterbildung

Der eigentliche **Kostenfaktor** in der Weiterbildung sind für Unternehmen/Einrichtungen nicht so sehr die Kurskosten, als viel mehr die Personalkosten für die **Abwesenheitszeiten**. Weiterbildungsplanung muss außerdem vorausschauend erfolgen und in den Budgets berücksichtigen, dass auch unterjährig interessante Kurse im Angebot dazukommen können.

Werden MitarbeiterInnen vom/von der ArbeitgeberIn zu einer Weiterbildung entsendet, sollten sie erwarten können, dass der/die ArbeitgeberIn einen entsprechenden Nutzen daraus zieht und sie **entsprechend ihrer Zusatzqualifikationen eingesetzt** werden.

Prinzipiell sollten ArbeitnehmerInnen aber auch aus **Eigeninitiative** Weiterbildungen besuchen (z. B. Hygiene), weil sie sich damit von anderen abheben könnten, neue Aufgabenbereiche und mehr Verantwortung übernehmen könnten. Dazu fehlen im Gesundheitsbereich aber die Anreize, weil ArbeitnehmerInnen mit Zusatzausbildungen (Weiterbildungen) weiterhin gleich eingestuft werden, wie KollegInnen, die diese Qualifikationen und Kompetenzen nicht mitbringen.

4.3.5 Thema: Akademisierung des gehobenen Dienstes

Für den gehobenen Dienst wird vielfach eine Ausbildung im tertiären Bereich gefordert. Gleichzeitig wurde in der Clusterdiskussion aber das Problem gesehen, dass eine **Akademisierung des gehobenen Dienstes** nicht nur die Ausbildung verändert, sondern auch verlängert, und dass sich das **Berufsbild und die Selbstsicht der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte** dadurch verändert. Hinterfragt wird vor allem, ob akademische Gesundheits- und KrankenpflegerInnen weiterhin bereit sein werden die Arbeit am Krankenbett zu verrichten.

In der Arbeitsgruppe wird deshalb als besonders wichtig erachtet, eine Akademisierung des gehobenen Pflegedienstes – wenn überhaupt – nur im Rahmen eines durchdachten **Gesamtkonzepts für die Ausbildung in allen Pflegeberufen** anzustreben. In einem solchen Gesamtkonzept wäre insbesondere genau zu klären, wer künftig für welche Aufgaben und Tätigkeiten wie ausgebildet werden soll. Ein Resultat daraus könnte sein, dass auch für den Bereich der Assistenzkräfte (Pflegehilfe, Heimhilfe etc.) längere und tiefer gehende Ausbildungen notwendig werden, mit allen Konsequenzen hinsichtlich Verfügbarkeit und Kosten von Pflegekräften.

ANHANG

ANHANG 1: Beteiligte Experten und Expertinnen

Teilnehmende Experten und Expertinnen in alphabetischer Reihenfolge

Mag. Andrea Alder, MBA	ABZ Ausbildungszentrum der Wiener Rotes Kreuz GmbH
DGKS Direktorin Beate Czegka, MAS	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern
Ute Eberl, MSc	Physio Austria
Mag. (FH) Hans-Jürgen Fenneis	Humanocare GmbH
Mag. Dr. Annelies Fitzgerald	health care communication
Hon. Prof. Günter Flemmich	Bundesarbeitskammer, Abteilung Gesundheitspolitik
Gerhard Flenreiss	MediCare Personaldienstleistungen GmbH
Oberin Gabriele Fuchs-Hlinka, MSc	Wiener Krankenanstaltenverbund
DGKS Heidemarie Göbel	Goldenes Kreuz Privatklinik
Dr. Martina Grad-Brugger	PremiaMed Management GmbH
Mag. Beatrix Graschopf	Vinzenz Gruppe
Monika Gugerell, MSc	Hilfswerk Österreich
Andreas Herz, MSc	Institut für Physikalische Behandlungen – Herz GmbH
Ing. Andreas Hochgatterer	AIT – Austrian Institute of Technology GmbH
MMag. Johanna Katzlberger, MSc	VAMED AG
Reinhard Krechler	Medicare GmbH
DGKS Brigitte Lagler	Herz-Jesu-Krankenhaus
Silvia Mériaux-Kratochvila, MEd	Fachhochschule Campus Wien
DI Martin Morandell	AIT – Austrian Institute of Technology GmbH
Gerda Mostbauer	AK Wien, Fachausschuss für Gesundheitsberufe
Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp	AK Niederösterreich, Abteilung für Gesundheitswesen
Dr. Maria Steiner-Motsch	Wirtschaftskammer Österreich, Fachverband der Gesundheitsbetriebe
Univ.-Prof. Dr. Günther Wiesinger	Wirtschaftskammer Österreich, Fachverband der Gesundheitsbetriebe
Oberin Elisabeth Wurditsch	Kaiser Franz Josef Spital

Korrespondierende InterviewpartnerInnen in alphabetischer Reihenfolge

Dr. Günther Dorfmeister, MSc

Wilhelminenspital

Mag. Dr. Roswitha Engel

Fachhochschule Campus Wien

Dr. Elisabeth Geyer

ASB Graz Gemeinnützige Rettung und soziale
Dienste GmbH

Mag. Monika Wild

Rotes Kreuz Österreich

ANHANG 2: Leitfragen

1. Welche Innovationen und Veränderungen werden im Cluster „Gesundheit und Pflege“ in den nächsten drei bis fünf Jahren erwartet? Welche Innovationen/Veränderungen müssen Unternehmen/Organisationen in diesen Berufsbereichen antreiben bzw. mitvollziehen, um wettbewerbsfähig zu bleiben?
2. Sind diese Veränderungen rein technischer Natur oder werden auch maßgebliche Veränderungen in anderer Hinsicht erwartet, die Auswirkungen auf den Qualifikationsbedarf haben? Z. B.
 - ⇒ hinsichtlich Arbeitsmaterialien/Werkstoffe?
 - ⇒ im arbeitsorganisatorischen Bereich?
 - ⇒ Veränderungen bei gesetzlichen Vorgaben (Betriebssicherheit, Datensicherheit, Umweltschutz, Konsumentenschutz usw.)
 - ⇒ Veränderungen bei Förderungen
 - ⇒ internationale Verflechtung, Zusammenarbeit und Wettbewerb
3. Wie wirken sich diese Veränderungen/Innovationen auf die Qualifikationen der Mitarbeiter/innen aus? Welche zusätzlichen oder erweiterten Fähigkeiten und Kenntnisse werden in den nächsten drei bis fünf Jahren für Mitarbeiter/innen wichtig, um mit diesen Veränderungen Schritt halten zu können.
 - ⇒ Welche Arbeitsbereiche sind davon besonders betroffen? Produktion, Entwicklung, Verwaltung, Verkauf, Service ...
 - ⇒ Welche Qualifikationsniveaus sind davon besonders betroffen: welche Qualifikationen werden für
 - Anlernkräfte,
 - Fachkräfte mit Lehrabschluss oder Abschluss berufsbildender Schulen,
 - Akademiker/innen künftig zusätzlich oder besonders relevant?
 - ⇒ Was fehlt Fachkräften/Mitarbeiter/innen aktuell, um für ihre Aufgaben 2012/2015 fit zu sein?
4. Entstehen dadurch neue/andere Formen der Zusammenarbeit unter den Beschäftigten/ zwischen den Abteilungen/zwischen den Betrieben? International?
5. Sind diese Qualifikationen sehr betriebsspezifisch oder eher allgemein für den Berufsbereich verwertbar?
6. Betreffen diese Qualifikationen wenige Spezialisten/Spezialistinnen oder handelt es sich dabei um breite Basisqualifikationen?

ANHANG 3: Thematische Schwerpunkte für Weiterbildungen

für alle Berufsgruppen besonders:

- ▶ interkulturelle Kompetenzen
- ▶ Teamfähigkeit und Arbeiten in interdisziplinären Teams
- ▶ Selbstmanagementkompetenzen und Präventionsstrategien: Umgang mit Belastungssituationen, Konflikt- und Stressmanagement, Organisationsfähigkeit, Zeitmanagement, Flexibilität, Diskretion, Freundlichkeit, eigene Gesundheitsförderung, Burn-Out-Vorbeugung, Suchtvorbeugung; aber auch Grenzen setzen, Empowerment
- ▶ Grundkenntnisse des Projektmanagements
- ▶ Entwicklung von Eigeninitiative und Weiterbildungsbereitschaft

im Bereich StationsassistentIn besonders:

- ▶ Telefonkommunikation und Kommunikation mit Patienten/Patientinnen
- ▶ EDV-Kenntnisse
- ▶ Grundkenntnissen der Logistik, Service und Hauswirtschaft
- ▶ Organisationsfähigkeit
- ▶ Zeitmanagement
- ▶ Beschwerde- und Konfliktmanagement
- ▶ Sprachschulung in Deutsch

im Bereich HeimhelferInnen, PflegehelferInnen, Fach-SozialbetreuerInnen besonders:

- ▶ Beobachtung und Entwicklung von Patienten/Patientinnen, Klienten/Klientinnen; erkennen von Veränderungen im Betreuungszustand
- ▶ technisches Verständnis für IT und spezifische Planungssoftwarekenntnisse
- ▶ Qualitätsprüfung von technischen Geräten
- ▶ Ablauf und Planung der alltäglichen Pflege
- ▶ Kommunikation mit Patienten/Patientinnen und Angehörigen
- ▶ prozessorientiertes Denken, Prozessmanagement
- ▶ Fremdsprachenschulung: Türkisch, Kroatisch, Bosnisch, Serbisch

im Bereich gehobene medizinisch-technische Dienste und gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege besonders:

- ▶ intensive Schulungen zum Umgang mit spezifischen technischen Geräten und betrieblicher Software
- ▶ Case- und Care-Management
- ▶ chronische Krankheiten (z. B. Demenz)
- ▶ Umgang mit Migranten/Migrantinnen als Patienten/Patientinnen – und Klienten/Klientinnengruppe – interkulturelle Kompetenz
- ▶ Qualitätsmanagement
- ▶ Erhöhung der Beratungskompetenz

- ▶ prozessorientiertes Denken, Prozessmanagement
- ▶ Sozial-, Gesundheits- und Risikomanagement
- ▶ Coaching- und Beratungskompetenzen

Ohne Präzisierung des Qualifikationsniveaus:

- ▶ Alltagsassistenz in der Betreuung zu Hause
- ▶ Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung, Prävention und Vorsorge: Fachwissen, Kommunikations- und Motivationsfähigkeiten, Beratungskompetenzen, Öffentlichkeitsarbeit
- ▶ Assisting technologies und ambient assisted living: E-Kommunikationsmittel, Telecare Systeme, Remindersysteme, Fernsteuerungen, enabling technologies ...
 - Kenntnisse über verfügbare Technologien, Möglichkeiten und Grenzen; Bereitstellung
 - grundlegendes technisches Verständnis
 - Stärkung der Eigenverantwortung
- ▶ Informations- und Kommunikationstechnologien
 - erweiterte EDV-Kenntnisse im Organisationsbereich
 - krankenhauses- und pflegespezifische Software (interne Schulungen)
- ▶ effizienter Mitteleinsatz und Kostenbewusstsein:
 - Budgetierung, Investitionsplanung, Kalkulation und Controlling, Personalplanung
 - Kenntnisse über „Produktkosten“, Warenkorbwissen
- ▶ Schnittstellenmanagement (ambulant – stationär – teilstationär; akut/Langzeit)
 - Kooperationsfähigkeit, Formen der Zusammenarbeit
 - Wissen über Strukturen, Zusammenhänge erkennen und beurteilen
 - Dokumentation
 - Durchlässigkeit häusliche Versorgung, teilstationäre und stationäre Pflege, Langzeitpflege
- ▶ Führungskompetenz als Soft Skill
- ▶ Change Management

ANHANG 4: Konkrete Weiterbildungsvorschläge

1. Vorbereitungslehrgang für Gesundheits- und Sozialberufe (Konzept BFI)³⁸

Bezeichnung	Vorbereitungslehrgang für Gesundheits- und Sozialberufe
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • speziell für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte • Voraussetzung: Sprachkenntnisse auf dem Niveau A2 <p>Abgrenzung: Es handelt sich nicht um eine Berufsausbildung, sondern um ein fachspezifisches Vorbereitungs- und Orientierungsangebot</p>
Zielsetzung	<p>Fachspezifische Vorbereitung auf die Fachausbildung in Gesundheits- und Sozialberufen und dadurch Erleichterung des Zugangs zu Berufen wie z. B. FachsozialbetreuerIn für Alten- oder Behindertenarbeit, HeimhelferIn, ArzthelferIn, PflegehelferIn</p>
Kurzbeschreibung der Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine und berufsspezifische Sprachförderung • Berufsorientierung und Bewerbungstraining • Grundkenntnisse der Krankenpflege, Altenpflege, Kinderbetreuung • Ethik und Moral • Erste Hilfe • Grundlagen der Kommunikation • Förderung der sozialen und interkulturellen Kompetenz • Praktikum
Dauer	550 UE (Montag bis Freitag, je 6 UE pro Tag)
Organisationsform	<ul style="list-style-type: none"> • Tagesschulung über mehrere Wochen (Mo bis Fr)
Praktikum	ja, 3 Wochen
Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahmebestätigung des Trägers

³⁸ Zur Beschreibung des Angebots wurden zusätzlich die Informationen auf der Homepage des BFI Oberösterreich www.bfi-ooe.at herangezogen.

2. Fachausbildung Assisting Technologies (Konzept WIFI)

Bezeichnung	Fachausbildung Assisting Technologies
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich
Zielsetzung	Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachkräften und medizinischem und medizinisch-technischem Personal zu assistierenden Technologien
Kurzbeschreibung der Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> Medizinische Grundlagen Rehabilitation Barrierefreiheit Gesetze, Förderungen Assisting technologies im Einzelnen (Arten; Alternative Eingabegeräte: Alternative Tastaturen – Elektronische Zeigegeräte; Sip-and-buff Systeme; Touch Screens, Trackballs, Stäbe, Joysticks etc.) Mediation Konfliktmanagement Kommunikation IT
Dauer	<ul style="list-style-type: none"> nicht definiert
Organisationsform	<ul style="list-style-type: none"> berufsbegleitend
Praktikum	nein
Abschluss	Trägerzertifikat

3. Weitere Vorschläge

Nachfolgend werden beispielhaft weitere Vorschläge bzw. Angebote der Weiterbildungseinrichtungen aufgelistet, ohne diese näher zu präzisieren:

- **Gesundheits- und Sozialmanagement** (BFI): Bachelorstudium mit der Hamburger Fern-Hochschule → insb. für Personen ohne Hochschulreife aber mit Berufserfahrung.
- **Alltagsmanager/in für Heimhelfer/innen** (BFI): Weiterbildung für HeimhelferInnen (88 UE)
- **FEP – Führungsprogramm für Heim- und Pflegedienstleitung** (BFI): Weiterbildung für Personen in Alten- und Pflegeheimen, die operative Führungsaufgaben ausüben; Abschluss mit Diplom und Zertifikat gem. ISO 17024 (100 UE)
- **Zertifikatslehrgang Gesundheitskompetenz** (BFI): Vermittlung von Sach- und Sozialkompetenz um Gesundheitsförderung im Berufsalltag umzusetzen; Zielgruppe u. a. Personen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich und Pädagoginnen/Pädagogen; kommissionelle Abschlussprüfung und Projektarbeit (400 UE + 40 UE Praktikum)
- **Gesundheit und Migration** (BFI): Wissen und Zugänge zum Themenbereich Migration und Interkulturalität sowohl hinsichtlich Patientinnen und Patienten als auch hinsichtlich Kolleginnen und Kollegen; Zielgruppe: Personen aller hierarchischen Ebenen im Gesundheitswesen (50 UE)

Literatur

AMS Österreich (Hrsg.): AMS-Qualifikations-Barometer, Berufsbereich „Gesundheit und Medizin“ sowie Berufsfeld „Soziale Betreuung, Beratung und Therapie“ im Berufsbereich „Soziales, Erziehung und Bildung“ www.ams.at/qualifikationsbarometer, 2011

Europäische Kommission (Hrsg.): *Gesundheits- und Sozialwesen – Umfassende Sektoranalyse der neuen Kompetenzen und der wirtschaftlichen Aktivitäten innerhalb der Europäischen Union – Zusammenfassung*. 2009. Online unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=782&newsId=583&furtherNews=yes>

TNO Netherlands Organisation for Applied Scientific Research et al, i. A. der Europäischen Kommission: *Investing in the Future of Jobs and Skills. Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and knowledge needs – Sektor Report: Health and Social Services*. May 2009. Online unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=782&newsId=583&furtherNews=yes>