



bmask.gv.at

BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES UND
KONSUMENTENSCHUTZ

ÖSTERREICHISCHER PFLEGEVORSORGE- BERICHT 2012



IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) Stubenring 1, 1010 Wien • **Für den Inhalt verantwortlich:** Sektion IV des BMASK, Erwin Biringer, Margit Dorn, Simone Floh • **Verlags- und Herstellungsort:** Wien • **Layout:** BMASK, Günter Jexenflicker • **Druck:** BMASK, Zentraler Dienst • **Erscheinungsjahr:** 2013 • **ISBN:** 978-3-85010-338-1 • **Bestellinformation:** Zu beziehen über das kostenlose BMASK-Broschürenservice unter der Telefonnummer 0800/ 20 20 74 oder im Internet unter <https://broschuerenservice.bmask.gv.at>

Alle Rechte vorbehalten: Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie der Verarbeitung und Einspeicherung in elektronische Medien, wie z. B. Internet oder CD-Rom.

ÖSTERREICHISCHER PFLEGEVORSORGERICHT

2012

Herausgegeben vom

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

INHALT

EINLEITUNG	5
1. ALLGEMEINER TEIL	7
1.1 DAS PFLEGEGELDREFORMGESETZ 2012	8
1.2 DAS PFLEGEGELDREFORMGESETZ 2012 AUS ÄRZTLICHER SICHT	9
1.3 REFORMARBEITSGRUPPE PFLEGE	11
1.4 DER PFLEGEFONDS	15
1.5 DIE PFLEGEDIENSTLEISTUNGSSTATISTIK-VERORDNUNG	17
1.6 YOUNG CARERS – KINDER UND JUGENDLICHE ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE	18
1.7 DAUER DER PFLEGEGELDVERFAHREN	22
1.8 24-STUNDEN-BETREUUNG	23
1.9 ZUWENDUNGEN ZU DEN KOSTEN FÜR DIE ERSATZPFLEGE	24
1.10 PFLEGETELEFON – BERATUNG FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN UND DEREN ANGEHÖRIGE	27
2. QUALITÄTSTEIL	29
2.1 BUND	30
2.2 LÄNDER	34
2.2.1 BURGENLAND	34
2.2.2 KÄRNTEN	36
2.2.3 NIEDERÖSTERREICH	39
2.2.4 OBERÖSTERREICH	42
2.2.5 SALZBURG	44
2.2.6 STEIERMARK	45
2.2.7 VORARLBERG	49
2.2.8 WIEN	50
3. GELDLLEISTUNGEN	55
3.1 ANTRAGSBEWEGUNG FÜR ERSTMALIGE ZUERKENNUNGEN UND ERHÖHUNGEN IN DER PENSIONSVERSICHERUNG IM JAHR 2012	56
3.2 KLAGEN GEGEN BESCHIEDER DER PENSIONSVERSICHERUNGSTRÄGER	57
3.3 PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN DES BUNDES AM 31.12.2012	58
3.4 PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN NACH ENTSCHEIDUNGSTRÄGER UND STUFE	59
3.5 PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN IN EWR-STAATEN UND DER SCHWEIZ	60
3.6 PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN GEMÄSS § 5A OFG	61
3.7 AUFWAND NACH STUFEN UND BUNDESLAND	62
3.8 DURCHSCHNITTLICHER PFLEGEGELDAUFWAND IM JAHR 2012	63
3.9 KOSTENENTWICKLUNG DES BUNDESPFLEGEGELDES	63
3.10 PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN NACH BUNDESLAND UND STUFE	65
3.11 PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN NACH BUNDESLAND UND ALTER	66

3.12	PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN NACH STUFEN UND ALTER	67
3.13	ENTWICKLUNG DER PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN DES BUNDES	68
3.14	ENTWICKLUNG DER PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN IN DEN EINZELNEN STUFEN	70
3.15	ENTWICKLUNG DER PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN DER LÄNDER	71
3.16	ANTEIL DER PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN AN DER GESAMT- BEVÖLKERUNG IN ALTERSKLASSEN	72
3.17	ANTEIL DER PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN AN DER WOHNBEVÖLKERUNG	72
4. SOZIALE DIENSTLEISTUNGEN		75
4.1	BURGENLAND	78
4.2	KÄRNTEN	80
4.3	NIEDERÖSTERREICH	82
4.4	OBERÖSTERREICH	84
4.5	SALZBURG	86
4.6	STEIERMARK	88
4.7	TIROL	90
4.8	VORARLBERG	92
4.9	WIEN	94
4.10	ERLÄUTERUNGEN ZUR ANLAGE	96

EINLEITUNG

Mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen, BGBl. Nr. 866/1993, wurde ein Arbeitskreis für Pflegevorsorge eingerichtet, der alljährlich einen gemeinsamen Jahresbericht über die Pflegevorsorge zu erstellen hat.

Der nunmehr vorliegende neunzehnte Jahresbericht erstreckt sich über den Zeitraum vom 1. Jänner bis 31. Dezember 2012.

Die Daten im Geldleistungsteil beruhen auf Auswertungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger aus der Anwendung „Pflegegeldinformation – PFIF“. Die Angaben über die sozialen Dienstleistungen werden für jedes Land einzeln dargestellt und stellen zugleich auch die Grundlage für die Basisdaten der österreichweiten Pflegedienstleistungsstatistik gemäß § 5 des Pflegefondsgesetzes (PFG) dar.

Gemäß Art. 12 Abs. 5 der Vereinbarung führt das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) die Geschäfte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge. Der vorliegende Bericht wurde daher nach den Vorgaben des Arbeitskreises vom BMAK erstellt.

1. ALLGEMEINER TEIL

1.1 DAS PFLEGEgeldREFORMGESETZ 2012

Mit 1. Jänner 2012 ist eine umfassende Reform im Pflegegeldbereich in Österreich in Kraft getreten:

PFLEGEgeldREFORMGESETZ 2012

Mit dem Pflegegeldreformgesetz 2012, BGBl. I Nr. 58/2011, wurde die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz für das Pflegegeld von den Ländern auf den Bund übertragen und damit das Pflegegeld beim Bund konzentriert.

Für die Übertragung der Zuständigkeiten war neben den entsprechenden legislativen Maßnahmen im Bundespflegegeldgesetz und den Landespflegegeldgesetzen auch eine Änderung der verfassungsrechtlichen Grundlage erforderlich. Im Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) wurde im Art. 10 Abs. 1 Z 11 der neue Kompetenztatbestand „Pflegegeldwesen“ verankert, wodurch die Angelegenheiten des Pflegegeldes verbundlicht und eine Vollziehung dieser Angelegenheiten in unmittelbarer Bundesverwaltung ermöglicht wurde. Zudem wurden entsprechende Regelungen betreffend den Übergang zur neuen Rechtslage in das Bundes-Verfassungsgesetz aufgenommen.

ZIELE DER REFORM

Vor der Reform bestand im Bereich der Pflegevorsorge eine zersplitterte Struktur, sowohl bei den Rechtsgrundlagen als auch hinsichtlich der für das Pflegegeld zuständigen Entscheidungsträger, deren Vereinheitlichung auch vom Rechnungshof als notwendiger Schritt einer Verwaltungsreform empfohlen wurde.

Folgende Ziele wurden mit der Reform verfolgt:

- » Übertragung der Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz von den Ländern auf den Bund
- » Kompetenzbereinigung durch Konzentration des Pflegegeldes beim Bund
- » deutliche Reduktion der Anzahl der Entscheidungsträger
- » Vereinheitlichung der Vollziehung im Bereich des Pflegegeldes
- » Verwaltungseinsparungen bei Ländern und Gemeinden in Vollzug und Legistik
- » Beschleunigung der Verfahren
- » Umsetzung der Empfehlungen des Rechnungshofes

UMSETZUNG DER REFORM

In ihrer Tagung am 16. März 2011 fasste die LandesfinanzreferentInnenkonferenz zur „Sicherung der Pflegefinanzierung & Verwaltungsreform Pflegegeld“ den einstimmigen Beschluss, dass Bund und Länder eine Verwaltungsreform im Bereich des Pflegegeldes anstreben, mit dem Ziel, dass die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz des Landespflegegeldes vom Bund mit Wirkung 1. Jänner 2012 übernommen wird.

Am 28. Juni 2011 wurde der Entwurf eines Pflegegeldreformgesetzes 2012 im Sozialausschuss behandelt und am 8. Juli 2011 im Plenum des Nationalrates beschlossen.

Die Kundmachung ist am 29. Juli 2011 im BGBl. I Nr. 58/2011 erfolgt.

Die Inhalte des Pflegegeldreformgesetzes sind:

- » Übertragung der Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz von den Ländern auf den Bund
- » Aufhebung der Landespflegegeldgesetze und Verordnungen im Bereich des Landespflegegeldes
- » deutliche Reduktion der Anzahl der Entscheidungsträger von mehr als 280 Landesträgern und 23 Bundeisträgern auf 7 Träger
- » Übernahme der Landespflegegeldfälle in den Zuständigkeitsbereich der Pensionsversicherungsanstalt und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- » Übertragung der Zuständigkeit für die Durchführung des Bundespflegegeldgesetzes im Bereich der LandeslehrerInnen, der land- und forstwirtschaftlichen LandeslehrerInnen, der Österreichischen Post AG, der Telekom Austria AG, der Österreichischen Postbus AG und des Verfassungsgerichtshofes auf die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- » Übertragung der Zuständigkeit für die Durchführung des Bundespflegegeldgesetzes im Bereich des Opferfürsorgegesetzes auf die Pensionsversicherungsanstalt
- » redaktionelle Anpassung im Verbrechenopfergesetz auf Grund der Aufhebung der Landespflegegeldgesetze
- » Anpassung der Kostenersatzregelung im Poststrukturgesetz auf Grund der Änderung der Entscheidungsträger im Bereich der Österreichischen Post AG, der Telekom Austria AG und der Österreichischen Postbus AG

Im Übergangsrecht zum Pflegegeldreformgesetz 2012 wurde bei der Überleitung der Fälle, in denen zum 31. Dezember 2011 ein rechtskräftiger Anspruch auf ein Pflegegeld nach den bisherigen landesgesetzlichen Bestimmungen bestanden hat, insbesondere auf den besonders schutzwürdigen Personenkreis, verwaltungswirtschaftliche Aspekte und darauf, dass keine Unterbrechung im Pflegegeldbezug eintritt, Bedacht genommen.

1.2 DAS PFLEGEgeldREFORMGESETZ 2012 AUS ÄRZTLICHER SICHT

ÄRZTLICHE BEGUTACHTUNG

Mit der Novelle zum Bundespflegegeldgesetz 2012 gelang eine Konzentrierung von bisher mehr als 300 auf nunmehr 7 Entscheidungsträger. Ein Schritt der auch für die Durchführung der ärztlichen Begutachtung von entscheidender Bedeutung war und ist.

EINHEITLICHES BEGUTACHTUNGSFORMULAR UND ELEKTRONISCHE ÜBERMITTLUNG

Gemeinsam mit den Chefärztinnen und Chefärzten aller SV-Träger ist es gelungen, ein bundesweit einheitliches Begutachtungsformular – ausgenommen der trägerspezifischen Kopfdaten – zu entwickeln und mit 1. Jänner 2012 einzusetzen. Gleichzeitig mit diesem Vereinheitlichungsschritt wurde sukzessive die elektronische Gutachtenübermittlung begonnen und ist mittlerweile in der PVA durchgängige Praxis.

Diese Vereinheitlichung beschleunigt durch den eingesparten Postweg die Verfahren und erleichtert GutachterInnen, JuristInnen, BeraterInnen und Betroffenen die Bearbeitung, das Lesen und Nachvollziehen.

BEGUTACHTUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER KINDER UND JUGENDLICHER

Vormals waren, wenige Einzelfälle ausgenommen, die Länder für die Einstufung zum Pflegegeldbezug der Kinder und Jugendlichen zuständig. Trotz intensiver Bemühungen war es nicht gelungen, wie bei Erwachsenen (konkret ab dem vollendeten 15. Lebensjahr) einheitliche Zeitwerte für die einzelnen Betreuungsmaßnahmen festzulegen. Die Ermittlung des Pflegebedarfes oblag den einzelnen Sachverständigen und orientierte sich am Mehraufwand der Pflege gegenüber dem gesunden nicht behinderten Kind oder Jugendlichen. Die Sichtung der Gutachten und Judikatur zeigte, dass abgesehen von erheblichen Abweichungen aufgrund individueller Erfordernisse, eine breite Streuung der Zeitwerte für die einzelnen Betreuungswerte und der Altersgrenzen vorlag.

Die Reduktion der Entscheidungsträger und vorrangige Kompetenzkonzentration der Kinder- und Jugendlichenfälle auf die PVA eröffnete die Chance, erstmals einheitliche Begutachungskriterien zu definieren und in das bislang bewährte „Konsensuspapier zur einheitlichen Begutachtung nach dem BPGG“ aufzunehmen.

In einer multiprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe wurden typische Pflegesituationen bei Kindern und Jugendlichen analysiert, durchschnittliche Zeitwerte und Altersgrenzen der selbständigen Durchführung entsprechend einer gesellschaftlich anerkannten Norm, vergleichbar mit jenen bei Erwachsenen, entwickelt. Sie sind für die Sachverständigen Grundlage zur Feststellung des funktionellen Pflegebedarfes im Regelfall. Wesentliche Abweichungen im individuellen Einzelfall – erhebliche Über- oder Unterschreitungen – orientieren sich an diesen Pauschalwerten.

Diese erarbeiteten Kriterien wurden im „Konsensuspapier zur einheitlichen Begutachtung nach dem BPGG Fassung 2012“ zusammenfasst. Ergänzend wurde das einheitliche Pflegegeldformular bei den Entscheidungsträgern um diese Zeitwerte, Altersgrenzen und kindertypischen Pflegemaßnahmen erweitert.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass in den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften die im Gesetz vorgesehene Altersgrenze mit vollendetem 15. Lebensjahr kritisiert und eine Ausweitung auf das vollendete 18. Lebensjahr empfohlen wurde. Gerade behinderte Kinder und Jugendliche zeichnen sich durch eine verzögerte Entwicklung aus. Dieses Faktum sollte auch Eingang in die gesetzlichen Regelungen zum Bezug von Pflegegeld finden.

1.3 REFORMARBEITSGRUPPE PFLEGE

ERGEBNISSE DER REFORMARBEITSGRUPPE PFLEGE

Im Jahr 2012 tagte in 17 Sitzungen die vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz eingerichtete Reformarbeitsgruppe Pflege, die unter Einbindung von VertreterInnen der Systempartner (VertreterInnen von Bund, Ländern und Gemeinden, InteressenvertreterInnen, Ärztekammer, Hauptverband der SV-Träger, BMG, Senioren und Seniorinnen, DienstleisterInnen, ArbeitnehmerInnen, ArbeitgeberInnen) Empfehlungen erarbeitete. Diese wurden am 19. Dezember 2012 präsentiert.

Die Schwerpunkte der Empfehlungen liegen auf folgenden Bereichen der österreichischen Langzeitpflege:

1. WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGE- UND BETREUUNGSANGEBOTE

- » Gemeinsame Angebots-, Qualitäts- und Versorgungsziele
 - Die Länder bekennen sich im Sinne des Beschlusses der LandessozialreferentInnenkonferenz vom Juni 2012 zur Weiterentwicklung von Harmonisierungsmaßnahmen der Angebotsstruktur und Angebotsqualität der Pflegedienstleistungen unter Einbindung der Sozialpartner und unter der Voraussetzung der Kostenneutralität. Die regionale Bedürfnis- und Bedarfsorientierung der Angebote muss sichergestellt sein.
 - Dabei gilt der Grundsatz: Vorrang ambulanter Leistungen. Dies soll nicht nur in der Angebotsplanung, sondern auch durch Case-Management und in den Kostenbeiträgen berücksichtigt werden. Dies entspricht gleichzeitig auch dem Wunsch der Betroffenen, lang in der gewohnten Umgebung bleiben zu können.
 - Der Bund soll diese Pläne im Rahmen einer bundesweiten Versorgungslandkarte darstellen.
 - Qualitätssicherung durch Entwicklung und Implementierung von Qualitätssicherungssystemen stationärer und mobiler Dienste
- » Case-Management
 - Schaffung eines flächendeckenden, grundsätzlich (träger)unabhängigen Case-Managements
 - Basierend auf standardisierten Bedarfsfeststellungsmethoden soll ein für Österreich angepasstes Modell zur Bedarfsfeststellung beim Case-Management entwickelt werden.
 - Schrittweiser Ausbau durch gezielte Finanzierung aus dem Pflegefonds
- » Hospiz und Palliative Care
 - Für die Hospiz- und Palliativbetreuung – stationär, teilstationär, mobile Dienste – ist aufbauend auf der vom GÖG, Geschäftsbereich ÖBIG ausgearbeiteten abgestuften Versorgung ein konkretes Organisations- und Finanzierungskonzept auszuarbeiten. Prioritär ist dabei die Kinder-Hospizbetreuung umzusetzen.
 - Um diesen Herausforderungen zu begegnen, bedarf es laufender Fortbildungsmaßnahmen der MitarbeiterInnen, z.B. gibt es von Hospiz Österreich dafür ein Curriculum.
 - Stärkere Bewusstmachung der Familienhospizkarenz sowie der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuungsangebote für pflegende Angehörige, die zum Zweck

der Betreuung und Begleitung sterbender Angehöriger oder schwerst erkrankter Kinder ihre Arbeitszeit reduzieren oder sich kenzieren lassen können.

» Demenz

- Früherkennung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen durch Implementierung von Frühdiagnostiktools, frühe Diagnostizierung im Pflegeheim durch geriatrisch spezialisierte Fachkräfte.
- Entwicklung eines Aktivitäten-Katalogs, der mit Menschen in Altenheimen durchgeführt und in den Alltag eingebaut werden kann, Implementierung von Standards zur mentalen Fitness der zu Pflegenden inkl. Schulungstools für PflegerInnen, Heimhilfen, Angehörige.
- Alltagsbegleitung soll – nicht nur für Demenzkranke – die Möglichkeit schaffen, mehrmals wöchentlich bzw. für mehrere Stunden pro Tag diese Dienste in Anspruch zu nehmen. Durch den Lückenschluss im Angebot kann bedarfsorientierter betreut werden, als bei (Ganz-)Tageszentren oder (Ganz-)24-Stunden-Betreuung. Darüber hinaus kann es auch zu einer Verzögerung einer allfälligen stationären Unterbringung kommen, was einen Kostendämpfungseffekt mit sich bringt.

» Prävention und Mobilisierung: Reha statt Pflege

- Definition eines optimalen Betreuungsnetzes (Verbesserung des Entlassungsmanagements, vom Krankenhaus über die Rehabilitation oder die befristete stationäre Übergangspflege zur Betreuung durch mobile Dienste zu Hause) und Schließung von vorhandenen Lücken durch Klärung der Zuständigkeiten bei der Kostenübernahme.
- Entwicklung von Remobilisations- und Rehabilitationspflege in allen Bundesländern nach einheitlichen Qualitäts- und Förderrichtlinien, um stationäre Aufenthalte in Langzeitpflege zu verhindern oder zumindest die Aufnahme verzögern zu können
- Forcierung von gesundheitsfördernden Projekten für ältere Menschen in den Settings Pflegeheime und Gemeinden bzw. Tageszentren/Mehr-Generationenhäusern

2. PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

» Pflegekarenz und Pflegezeit

- Eine Pflegekarenz soll für die betroffenen Personen einen Motivkündigungsschutz beinhalten. Die finanzielle Absicherung soll in Anknüpfung an vergleichbare Modelle erfolgen. Die Empfehlung der Reformarbeitsgruppe wurde durch das Arbeitsrechts-Änderungsgesetz 2013, BGBl. I Nr. 138/2013, umgesetzt, welches mit 1. Jänner 2014 in Kraft tritt und wodurch die Möglichkeit einer Pflegekarenz oder Pflegezeit mit Rechtsanspruch auf ein Pflegekarenzgeld geschaffen wurde.

» Frauen als pflegende Angehörige

» Pflegenden Kinder und Jugendliche

- Enttabuisierung des Themas durch sensible Berichterstattung und Bewusstseinsbildung der Bevölkerung und der professionellen AkteurInnen (Gesundheit, Sozial, Bildung) aber Vermeiden von Stigmatisierung kindlicher Pflegearbeit als „pathologisch“.
- Gesprächsmöglichkeit der Kinder mit Erwachsenen und „Peers“, Beratung und Information im Alltag der Kinder durch aufsuchende niederschwellige Hilfen (Pflegerberatung, mobile Pflege, Case-Management).

- » Erhöhung der Selbständigkeit im häuslichen Umfeld
 - Zuhause ohne Barrieren alt werden: Wohnungen und Gebäude sollen so adaptiert werden, dass sie von allen Menschen ohne fremde Hilfe genutzt werden können. Dafür soll die 2013 mit 100 Mio. Euro dotierte thermische Sanierung des Wirtschafts- und Umweltministeriums ab 2014 zusätzliche Förderkriterien für altersgerechte Sanierungen enthalten.
 - Die Entwicklung und Einsatzreife von Ambient Assisted Living (AAL) ist zu fördern, insbesondere im Hinblick auf Vernetzung und Schaffung von kompatiblen und integrierten Gesamtlösungen, mehr Kooperation und Koordination der verschiedenen Player und Anbieter.
 - Forcierung des konkreten Einsatzes von AAL -Systemen, einerseits direkt in Privathaushalten, aber auch in institutionellen Einrichtungen wie betreutem Wohnen.

3. PERSONAL

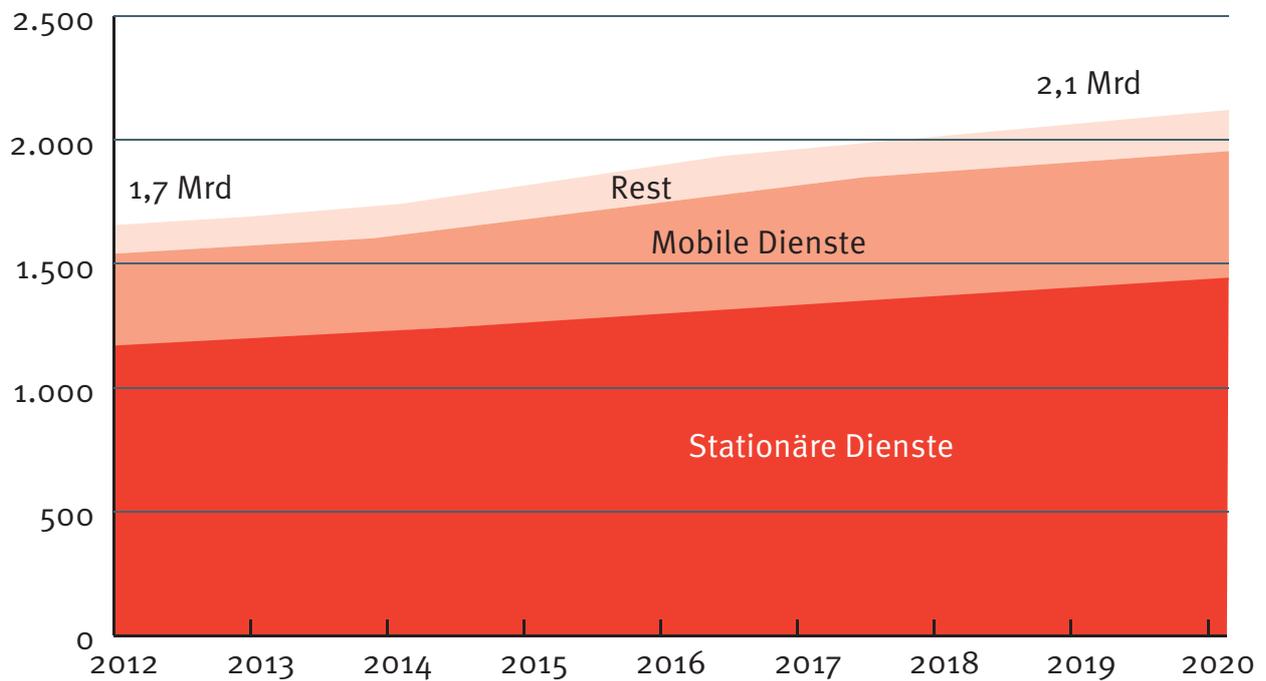
- » Personalbedarf
- » Ausbildungsoffensive
 - Um ArbeitnehmerInnen die Teilnahme an einer Ausbildung zu ermöglichen, soll für längstens 3 Jahre ein Fachkräftestipendium zur Deckung des Lebensunterhalts entsprechend der Mindestsicherung gewährt werden. Ausbildungskosten liegen weiterhin in der Zuständigkeit der Länder. Während des Bezugs wird auch die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung getragen. Das Fachkräftestipendium soll bis zu 2.000 Stipendien jährlich (für alle Zukunftsberufe) ermöglichen.
Zielgruppe sind gering und mittel qualifizierte ArbeitnehmerInnen sowie Arbeitslose, die in den letzten 15 Jahren mindestens 4 Jahre arbeitslosenversicherungspflichtige Beschäftigung nachweisen können und die die Aufnahmevoraussetzungen erfüllen (bzw. die Aufnahmeprüfung bestanden haben). Das Fachkräftestipendium wird nicht für Studien an Fachhochschulen und Universitäten vergeben (dort Selbsterhalterstipendium). Während des Stipendiums darf weder ein Einkommen über der Geringfügigkeitsgrenze (Zuverdienstgrenze), noch eine Alterspension oder sonstige staatliche Zuwendungen zur Existenzsicherung (Kinderbetreuungsgeld ausgenommen) bezogen werden.
 - Das AMS setzt im Pflege-Bereich einen umfangreichen Qualifikationsschwerpunkt um, der einerseits auf die Ausbildung von Arbeitslosen und andererseits auf die Höherqualifizierung von bereits in diesem Arbeitsmarktbereich Beschäftigten abzielt. Damit werden z.B. über Implacementstiftungen bis zu 4.000 Personen jährlich in Pflegeberufen qualifiziert.
 - Verstärkte männerspezifische Bewerbung von Berufen im Pflegebereich, um den Männeranteil in Pflegeberufen zu erhöhen.
- » Personalausbildung
 - Durchführung einer Ist-Analyse 2013 durch die GÖG bei den bestehenden Berufsgruppen und deren Kompetenzen sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialbereich unter enger Einbindung der Trägerorganisationen.

- Erarbeitung eines Reformmodells „Kompetenzmodell Pflege“ 2014, in welchem alle derzeitigen Berufsgruppen (vom gehobenen Dienst bis hin zu Sozialbetreuungsberufen und Heimhilfe) insbesondere mit dem Ziel einer höheren Durchlässigkeit berücksichtigt werden.
 - Die Curricula in der Ausbildung 2015 sind auf die Erfordernisse in der Praxis hin zu überarbeiten.
 - Prüfung des Bedarfs einer berufsbildenden höheren Schule für Pflege mit Abschluss „Matura“ in der theoretische und praktische Ausbildung eng verschränkt sind.
- » Erhaltung der Arbeitsfähigkeit
- Um dem in Zukunft drohenden Personalmangel entgegenwirken zu können, ist es notwendig, die Fluktuation hintanzuhalten und die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu verbessern. Wichtig ist dabei auch, die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen in der stationären und mobilen Pflege und Betreuung zu berücksichtigen. Während bei der stationären Pflege die betriebliche Gesundheitsförderung im klassischen Sinn durchaus bewährte Methoden und Instrumente anbietet, muss bei der mobilen Pflege und Betreuung auf innovative Maßnahmen zurückgegriffen werden.
 - Ausbau von betrieblicher Gesundheitsförderung v.a. in der stationären Pflege anhand von erprobten Best Practice Modellen.
 - Optimierung betrieblicher Rahmenbedingungen (Arbeitszeit, Kinderbetreuung, Arbeitsorganisation, Dienstpläne etc.).

4. FINANZIERUNG

- » Steuerfinanzierung statt Pflegesozialversicherung
- Pflegebedürftigkeit soll die Menschen nicht finanziell stärker belasten. Aber auch für die Zeit vor der Pflegebedürftigkeit sollen die Überlegungen in Richtung nachhaltige Steuer- statt Beitragsfinanzierung gehen. Die Pflege und Betreuung soll auf breitest möglicher Basis und daher aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden.
- » Sozialhilfelogik, Vermögenseinsatz und Regress
- » Kostenprognose

Prognose der Entwicklung der Nettoaufwendungen der Länder und Gemeinden bis 2020¹



1.4 DER PFLEGEFONDS

Mit 30. Juli 2011 ist das Pflegefondsgesetz (PFG), BGBl. I Nr. 57/2011, in Kraft getreten. Damit wurde ein bedeutsamer Schritt für die Pflegevorsorge in Österreich gesetzt.

Der Bund unterstützt die Länder und Gemeinden im Bereich der Langzeitpflege mit der Gewährung von Zweckzuschüssen aus dem Pflegefonds bei der Sicherung sowie beim bedarfsgerechten Aus- und Aufbau ihres Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes.

Der Pflegefonds wird vom Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Finanzen verwaltet. Die Mittel des Pflegefonds werden durch einen Vorwegabzug vor der Verteilung der gemeinschaftlichen Bundesabgaben aufgebracht. Die Verteilung der Mittel auf die Länder erfolgt nach dem Schlüssel der Wohnbevölkerung.

Mit den im Pflegefonds für die Jahre 2011 bis 2014 vorhandenen Mitteln in der Höhe von insgesamt 685 Mio. Euro werden Zweckzuschüsse an die Länder zur teilweisen Abdeckung der Ausgaben für die Sicherung sowie den bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege für die Jahre 2011 bis 2014 gewährt.

¹ Quelle: GÖG 2012, Nettoaufwendungen, Preisbasis 2010, ohne Preisanpassung

Am 6. August 2013 ist die Novelle zum PFG, BGBl. I Nr. 173/2013, in Kraft getreten. Damit wird die Dotierung des Pflegefonds auch für die Jahre 2015 und 2016 sichergestellt. Für die Jahre 2015 und 2016 werden Zweckzuschüsse in der Höhe von zusätzlichen 650 Mio. Euro gewährt. Neben der Finanzierung der Sicherung bzw. des Aus- und Aufbaues der bereits vorhandenen Angebote wurde verstärkt die Finanzierung der Förderung von Maßnahmen zur Durchführung von innovativen Projekten und zur begleitenden Qualitätssicherung ermöglicht, um den Erfordernissen der Zukunft und neuen Anforderungen gerecht werden zu können.

Mit der Novelle zum PFG wurde darüber hinaus ein einheitlicher Richtversorgungsgrad eingeführt. Der Versorgungsgrad spiegelt den Anteil betreuter Personen im Bundesland an den pflegebedürftigen Menschen (gemessen an der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen im Bundesland). Der Richtversorgungsgrad ist für alle Bundesländer gleich hoch, wobei die Ausgestaltung des Betreuungs- und Beratungsangebotes den regionalen Erfordernissen folgt. Für die Jahre 2011 bis 2013 wurde der Richtversorgungsgrad mit 50 vH festgelegt, für die Jahre 2014 bis 2016 mit 55 vH.

Da sowohl der Ausbau der Dienstleistungen als auch die Umsetzung von innovativen Modellen und Pilotprojekten hohe zeitliche und organisatorische Planungs- und Umsetzungsansprüche erheben, wird den Ländern mit der Novelle zum PFG die Möglichkeit eingeräumt, einen bestimmten Anteil der Zweckzuschüsse über die jeweilige Abrechnungsperiode hinaus zu verwenden. Weiters kann in den Jahren 2013 und 2014 jedes Bundesland auf Anforderung zusätzliche Mittel für den Aus- und Aufbau der Pflegedienstleistungen aus den jeweiligen Folgejahren vorziehen. Damit wurde für die Länder die Möglichkeit zur erhöhten Flexibilisierung der Mittelverwendung eingerichtet. Dies schafft die Voraussetzungen für eine vorgezogene Verbesserung des Leistungsangebotes in der Langzeitpflege und einen rascheren Ausbau von Pflegedienstleistungen sowie die Schaffung von zusätzlichen Pflegearbeitsplätzen.

Für folgende Angebote der Langzeitpflege können Mittel des Zweckzuschusses eingesetzt werden:

- » Mobile Betreuungs- und Pflegedienste
- » Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste
- » Teilstationäre Tagesbetreuung
- » Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen
- » Case- und Caremanagement
- » Alternative Wohnformen
- » Begleitende qualitätssichernde Maßnahmen
- » Innovative Projekte

Die Zweckzuschussanteile sind vorrangig für nicht dem stationären Bereich zugehörige Maßnahmen einzusetzen.

Für das Jahr 2012 wurden den Ländern aus dem Pflegefonds folgende Mittel zur Verfügung gestellt:

Bundesland	Mittel
Burgenland	5.082.715,17
Kärnten	9.964.681,05
Niederösterreich	28.752.084,02
Oberösterreich	25.208.613,43
Salzburg	9.472.403,42
Steiermark	21.584.968,08
Tirol	12.631.817,13
Vorarlberg	6.594.360,07
Wien	30.407.297,25
Gesamt	149.698.939,62

Der Bundesanstalt Statistik Österreich wurde der Aufwand (Euro 301.060,38) für die erbrachten Leistungen gemäß § 5 Abs. 7 PFG aus Mitteln des Pflegefonds ersetzt.

1.5 DIE PFLEGEDIENSTLEISTUNGSSTATISTIK-VERORDNUNG

Das Pflegefondsgesetz regelt in § 5 Abs. 1, dass eine Pflegedienstleistungsdatenbank zum Zweck der Erstellung von Pflegedienstleistungsstatistiken und von weiterführenden statistischen Auswertungen einzurichten und ab 1. Juli 2012 zu führen ist. Die Länder haben zu diesem Zweck die erforderlichen Daten der Bundesanstalt Statistik Österreich zur Verfügung zu stellen. Vor Inkrafttreten der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung (PDStV) waren die verfügbaren Daten von unterschiedlicher Qualität und nur bedingt einem Vergleich zuführbar.

Mit 12. September 2012 ist die PDStV, BGBl. II Nr. 302/2012, in Kraft getreten. Die Verankerung einheitlicher Definitionen sowie die Präzisierung von Erhebungsmerkmalen sind grundlegende Voraussetzungen für die Generierung valider Daten.

Mit der PDStV wurden Art und Umfang der von den Ländern zu übermittelnden Daten geregelt, relevante Erhebungsmerkmale definiert und für die einzelnen Pflege- und Betreuungsdienste detailliert festgelegt.

Mit der Verordnung wurde die Erreichung insbesondere folgender Zielsetzungen angestrebt:

- » Einrichtung einer Pflegedienstleistungsdatenbank
- » Schaffung konkretisierter und verbindlicher Begriffsbestimmungen im Zusammenhang mit den für die Erstellung der Pflegedienstleistungsstatistik relevanten Erhebungsmerkmalen
- » Verankerung der zu erhebenden und zu übermittelnden Erhebungsmerkmale in den sechs Pflege- und Betreuungsdiensten
- » Schaffung einer adäquaten österreichweiten Pflegedienstleistungsstatistik
- » Verbesserung der Datenlage im Bereich der Betreuungs- und Pflegedienste

- » Verbesserung der Validität, Vergleichbarkeit und Transparenz der Daten
- » Schaffung der statistischen Grundlage für die Auszahlung der Zweckzuschüsse

Die Länder sind auf Grund von § 5 Abs. 2 PFG verpflichtet, die von der Bundesanstalt Statistik Österreich zur Verfügung gestellte Online-Applikation mit den Daten der Leistungserbringer zu befüllen. Die Datenerhebung erfolgt einmal jährlich und ist Voraussetzung für die Auszahlung der jeweils zweiten Teilbeträge des Zweckzuschusses.

Von der Bundesanstalt Statistik Österreich werden auf Basis der Pflegedienstleistungsdatenbank jährlich Pflegedienstleistungsstatistiken in aggregierter Form erstellt. Mit Hilfe dieser Pflegedienstleistungsstatistiken können die in den einzelnen Bundesländern erbrachten Leistungen im Bereich der Langzeitpflege dargestellt werden.

1.6 YOUNG CARERS – KINDER UND JUGENDLICHE ALS PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Im Rahmen einer Fünf-Parteien-Entschießung des Nationalrates vom 8. Juli 2011 wurde der Herr Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz ersucht, „eine Studie zur Situation von pflegenden Kindern und Jugendlichen in Auftrag zu geben und dem Nationalrat bis spätestens Ende 2012 einen entsprechenden Bericht zuzuleiten“.

Mit der Erstellung der Studie „Young Carers – Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Einsicht in die Situation gegenwärtiger und ehemaliger pflegender Kinder und Jugendlicher in Österreich“ wurde das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien beauftragt. Bisher ist weltweit keine Studie bekannt, die sich dieser Thematik über einen direkten Zugang zu den pflegenden Kindern und Jugendlichen gewidmet hat.

Ziel dieser Forschungsarbeit war es, ein umfangreiches Bild von der Situation pflegender Kinder und Jugendlicher mittels wissenschaftlich fundierter Zahlen zu zeichnen und in einem weiteren Schritt den Bedarf an unterstützenden Maßnahmen für diese spezielle Gruppe zu eruieren. Weiters sollten Empfehlungen für verschiedene Handlungsebenen angeführt werden, um aufzuzeigen, wie öffentliche Institutionen hier unterstützend tätig werden können.

Da es sich bei Young Carers um einen besonders sensiblen und schützenswerten Personenkreis handelt, wurden strenge Anforderungen an die ethische Vorgangsweise gestellt. Die korrekte Vorgangsweise wurde von der Ethikkommission der Universität Wien vor Aufnahme der Erhebungen bestätigt.

Nach Weiterleitung des Endberichtes an den Nationalrat wurden die Ergebnisse der Untersuchung im Dezember 2012 veröffentlicht. Um die Zielsetzungen des Forschungsauftrages zu erreichen, umfasst das Studiendesign sowohl einen quantitativen als auch einen qualitativen Teil.

DIE SITUATION GEGENWÄRTIGER PFLEGENDER KINDER UND JUGENDLICHER

Um eine aussagekräftige Datengrundlage zu erhalten, wurde als erster Projektschritt eine repräsentative Fragebogenerhebung bei Kindern und Jugendlichen in der 5. bis 8. Schulstufe über Art und Umfang der von ihnen geleisteten Pflege sowie über deren Bedürfnisse bei chronischer Erkrankung eines Familienangehörigen durchgeführt. Insgesamt konnten in den Bundesländern Wien und Niederösterreich 85 Schulen bzw. 474 Schulklassen und 10.433 SchülerInnen in die Studie eingeschlossen werden. Das Durchschnittsalter liegt bei 12,4 Jahren. Der Rücklauf von 7.403 Fragebögen (= 71%) hat eine qualitativ hochwertige, repräsentative Auswertung ermöglicht.

In diesem Teil der Studie wurden u.a. untersucht:

- » Anzahl der pflegenden Kinder und Jugendlichen innerhalb der Altersgruppe der 10 bis 14-Jährigen und Hochrechnung der Prävalenz auf die Gesamtpopulation der 5 bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen in Österreich
- » Art und Umfang der Pflegeleistung in den Familien
- » Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen für sich selbst und für die Familie

Bei der Hochrechnung der Ergebnisse wurde bundesweit ein Anteil von 3,5 % bzw. rund 42.700 pflegenden Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 18 Jahren ermittelt. Diese deutliche höhere Anzahl als bisher vermutet, hat selbst die StudienautorInnen überrascht; die Ursache dafür liegt vermutlich im gewählten Studiendesign (via Schulen). Das durchschnittliche Alter der Young Carers liegt bei 12,5 Jahren; 70% davon sind weiblich.

Pflegende Kinder leisten in den verschiedensten Lebensbereichen regelmäßig über einen längeren Zeitraum Unterstützungsarbeit. Je nachdem, wo sie gebraucht werden, helfen sie bei der

- » direkten Pflege der erkrankten Person in Form von körperlicher und emotionaler Unterstützung (z.B. Essen und Trinken reichen, beim Essen helfen, Medikamente bringen, Trösten) sowie Körperpflege (z.B. Hilfe beim An- und Ausziehen, beim Duschen und Baden, bei Besuch der Toilette, etc.)
- » Unterstützung im Haushalt (z.B. Essen kochen, Einkäufe erledigen, Wäsche waschen/bügeln, Putzen, Staubsaugen)
- » Geschwisterhilfe (z.B. Hilfe bei den Hausaufgaben, Geschwister in die Schule / in den Kindergarten bringen, Aufpassen)

Knapp ein Viertel der Young Carers helfen in allen drei Bereichen überdurchschnittlich viel; 14% erklärten, fünf oder mehr Stunden am Tag unterstützend tätig zu sein. Auch nicht pflegende Jugendliche leisten teilweise sehr viel Hilfe wenn jemand in der Familie krank ist. Bei der Unterscheidung zwischen pflegenden und nicht pflegenden Kindern ist zu beachten, dass Young Carers mit einer chronischen Erkrankung eines Familienmitgliedes konfrontiert sind. Nicht pflegende Kinder helfen „nur“ dann, wenn jemand zu Hause krank ist. Dies bedeutet, dass pflegende Jugendliche auf Grund der permanenten Hilfebedürftigkeit eines Angehörigen in Summe auffällig mehr Unterstützung erbringen als nicht pflegende Kinder.

81% der Befragten geben an, der Mutter „sehr viel“ oder „viel“ zu helfen, wenn jemand zu Hause krank ist. 63% helfen den Geschwistern, 60% dem Vater, wobei diese Hilfestellungen nicht unweigerlich mit der erkrankten Person verknüpft sind. Oft helfen pflegende Kinder gemeinsam mit Vater oder Mutter, manchmal aber auch ganz alleine oder mit Geschwistern. Hilfen von außen, zum Beispiel durch Freunde oder eine Pflegeperson, geben Young Carers nur selten an. Die Studie hat auch ergeben, dass sie sich selbst nicht in der Rolle der Pflegenden erkennen. Die Motivation der betroffenen jungen Menschen liegt in der Normalität der Situation begründet. Viele kennen es nicht anders: „Ich habe immer schon geholfen.“

Ein pflegendes Kind zu sein, hat einen Einfluss auf viele Lebensbereiche. Die Pflegesituation hat vorwiegend körperliche (z.B. Müdigkeit, Schlafprobleme, Rücken- und Kopfschmerzen), soziale (z.B. keine außerschulischen Freundschaften) und schulische Auswirkungen. Aber auch psychische Auswirkungen sind erkennbar. Pflegende Jugendliche machen sich oft Sorgen um ihr erkranktes Familienmitglied und sind trauriger als andere. Dies spiegelt sich in ihren Wünschen für die Familie wider, welche oft mit Gesundheit bzw. Heilung einer bestehenden Krankheit im Zusammenhang stehen.

Positiv bewertet werden kann, dass sich Young Carers erwachsener als ihre MitschülerInnen fühlen und meinen mit schwierigen Problemen gut umgehen zu können, was im Pflegealltag von Vorteil sein kann.

DIE SITUATION EHEMALIGER PFLEGENDER KINDER UND JUGENDLICHER

In einem zweiten Projektschritt wurden 16 ehemalige Young Carers, nun im Alter zwischen 32 und 60 Jahren (12 weiblich, 4 männlich) zur Darstellung der Langzeitauswirkungen ihrer Pflegetätigkeit aus einer retrospektiven Sicht als Grundlage für die Entwicklung von Hilfsangeboten interviewt.

Erhoben wurde u.a.

- » welche Auswirkungen eine frühe als Kind oder Jugendliche erlebte Pflegeerfahrung auf das private und berufliche Leben hat und
- » was ehemalige Kinder in der damaligen Situation als wünschenswerte und hilfreiche Unterstützung gebraucht hätten.

Im Erwachsenenalter zeigen sich negative Auswirkungen in körperlicher, sozialer und psychischer Hinsicht – dies reicht von Kreuzschmerzen bis hin zu übersteigertem Kontrollbewusstsein, Schuldgefühlen und Verlustängsten sowie dem Bedürfnis nach Ordnung. Die frühe Pflegeerfahrung wird aus Sicht der Betroffenen aber oft auch positiv empfunden. Als Erwachsene treten sie Problemen heute gelassener gegenüber und fühlen sich dem Leben gewachsen; viele bezeichnen sich selbst als einfühlsam und empathisch.

Ehemalige Young Carers konnten einige Bereiche nennen, in denen sie sich damals Unterstützung gewünscht hätten. Dies betrifft vor allem ein besseres Wissen über die entsprechende

Erkrankung und deren Symptome, eine praktische Unterstützung bei der Pflege sowie eine Anlaufstelle für pflegerische Notfälle.

Im Rahmen der Studie wurden abschließend Ziele und Handlungsempfehlungen zur Unterstützung von pflegenden Kindern und Jugendlichen in Österreich erarbeitet.

ZIELE

- » Wahrnehmung und Akzeptanz von pflegenden Kindern als soziale Realität in unserer Gesellschaft
- » Enttabuisierung des Themas „pflegende Kinder“
- » Wahrung der Kinderrechte und Teilhabe der Kinder an allen für die jeweilige Altersgruppe relevanten Lebensbereichen
- » Förderung der Gesundheit und des Wohlergehens der Kinder durch Prävention einer für ihr Alter und ihre Entwicklung unangemessenen Pflegerolle
- » Hilfe für die gesamte Familie

EMPFEHLUNGEN

- » Bewusstseinsbildung der Bevölkerung und der betroffenen Young Carers (z.B. durch mediale Aufklärungs- und Informationskampagnen)
- » Identifizierung betroffener Young Carers in ihrer unmittelbaren Umgebung (z.B. durch lebensweltnahe Kontaktpersonen an Schulen oder durch Gesundheitsprofessionen)
- » Kindgerechte Aufklärung und Information über die Krankheit
- » Pflegerische Unterstützung im Alltag durch aufsuchende niederschwellige Hilfsangebote (z.B. durch Case-Management, Family Health Nurse, Anlaufstelle für Notfälle)
- » Entwicklung und Aufbau von kinder- und familienorientierten Hilfsprogrammen, um mit Gleichgesinnten und Erwachsenen reden zu können, um nur Kind sein dürfen

Zu Beginn des Jahres 2012 wurden ExpertInnengespräche mit verschiedenen Stakeholdern, z.B. Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger, Diakonie, Österreichische Kinderschutzzentren, Kinder- und Jugendanwaltschaft, etc. im BMASK initiiert. Neben deren fachlichen Input zu den vorliegenden Studienergebnissen erfolgte ein Gedankenaustausch dahingehend, welche Schritte in Zukunft erforderlich sind, um das Betreuungs- und Unterstützungsangebot für die betroffenen jungen Menschen zu etablieren bzw. zu verbessern.

Auf Basis dieser Ergebnisse hat das BMASK einen weiteren wissenschaftlichen Forschungsauftrag zur „Konzeptentwicklung und Planung von familienorientierten Unterstützungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige“ an das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien in Auftrag gegeben. Die Projektdauer beträgt 18 Monate; abschließende Ergebnisse werden im Herbst 2014 erwartet.

1.7 DAUER DER PFLEGEgeldVERFAHREN

Durch die Übertragung der Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz mit dem Pflegegeldreformgesetz 2012 für das Pflegegeld von den Ländern auf den Bund wurde auch die Anzahl der Entscheidungsträger von mehr als 280 auf Länder- und 23 auf Bundesebene auf nur mehr sieben Stellen reduziert. Mit 1. Jänner 2014 geht die Zuständigkeit für Personen, die entweder das Pflegegeld zu einer Leistung nach den Sozialentschädigungsgesetzen oder von der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates beziehen, auf die Pensionsversicherungsanstalt über, sodass in Hinkunft nur mehr fünf Entscheidungsträger für die Vollziehung des Bundespflegegeldgesetzes zuständig sein werden.

Die Übernahme der Länderfälle im Jahr 2012 hatte zur Folge, dass die durchschnittliche Verfahrensdauer zwischen dem Einlangen eines Antrages und dessen bescheidmäßiger Erledigung den Zielwert von 60 Tage in einigen Monaten überschritten hat; in der Zwischenzeit liegt die durchschnittliche Verfahrensdauer wieder unter 60 Tagen.

In den folgenden Tabellen ist die durchschnittliche Verfahrensdauer in Tagen gegliedert nach Entscheidungsträger zusammengefasst:

NEUZUERKENNUNGEN VON PFLEGEgeld

Träger	NEUZUERKENNUNGEN BUND					
	Jänner 2012	März 2012	Mai 2012	Juli 2012	Sept. 2012	Nov. 2012
PVA	52	57	64	67	67	62
VAEB	69	54	50	62	51	57
SVA	53	50	53	50	57	50
SVB	63	56	59	58	62	54
BSB	62	54	67	66	93	70
BVA	48	50	58	59	58	58
Verfahrensdauer gewichtet nach Anzahl der Verfahren	52,9	56,1	62,3	64,2	65,3	60,4

ERHÖHUNGEN VON PFLEGEGELD

Träger	ERHÖHUNGEN BUND					
	Jänner 2012	März 2012	Mai 2012	Juli 2012	Sept. 2012	Nov. 2012
PVA	53	53	59	64	63	59
VAEB	49	50	51	60	50	52
SVA	47	46	53	49	48	49
SVB	58	50	56	54	55	50
BSB	52	61	63	58	53	67
BVA	48	47	57	57	56	57
Verfahrensdauer gewichtet nach Anzahl der Verfahren	52,9	51,7	57,8	61,1	60,5	57,1

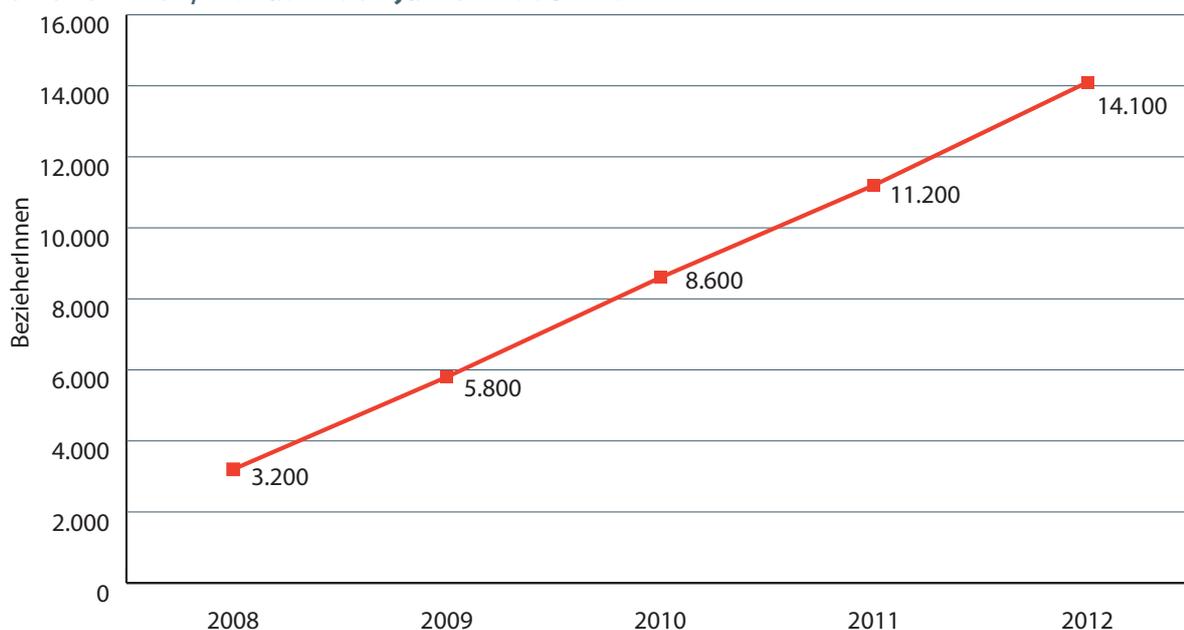
1.8 24-STUNDEN-BETREUUNG**ZUM FÖRDERMODELL DER 24-STUNDEN-BETREUUNG GEM. § 21b BPGG**

- » Die gesetzlichen Maßnahmen für die Unterstützungsleistung zur 24-Stunden-Betreuung sind mit 1. Juli 2007 in Kraft getreten (§ 21b BPGG).
- » Die bundesweit gültigen Förderrichtlinien des BMASK zu § 21b BPGG sehen keinerlei Regressbestimmungen vor.
- » Ziel: Legalisierung und sozialversicherungsrechtliche Absicherung der Betreuung in den eigenen vier Wänden.
- » Richtlinien:
 - Die Betreuungsleistung kann im Rahmen eines Werkvertrages (selbständige Betreuungskraft) oder im Rahmen eines Dienstvertrages (unselbständige Betreuungskraft) in Anspruch genommen werden.
Eine aktuelle Auswertung ergibt, dass sich rund 99 % der Betreuungsbedürftigen für eine selbständige Betreuungskraft entscheiden.
 - Bei Inanspruchnahme einer unselbständigen Betreuungskraft beträgt die Förderhöhe € 550 pro Monat zwölf Mal jährlich (im Falle von zwei Betreuungskräften € 1.100 pro Monat). Bei Inanspruchnahme einer selbständigen Betreuungskraft beträgt die Förderhöhe € 275 pro Monat zwölf Mal jährlich (bei zwei Betreuungskräften € 550 pro Monat).
 - Die Förderung kann ab einem Pflegegeldanspruch in der Höhe der Pflegegeldstufe 3 beantragt werden.
 - Es muss die Notwendigkeit einer bis zu 24-Stunden-Betreuung bestehen.
 - Einkommensgrenze: Das Einkommen der pflegebedürftigen Person darf 2.500 € netto pro Monat nicht überschreiten; diese Einkommensgrenze erhöht sich für jede/n unterhaltsberechtigten Angehörigen/n.
- » Die Qualität der geleisteten Betreuung wird im Rahmen von Hausbesuchen durch diplomierte Pflegefachkräfte überprüft. Die Hausbesuche erfolgen im Auftrag des BMASK durch das Kompetenzzentrum der SVA der Bauern.

Im Jahr 2012 wurden insgesamt rund 2.900 Hausbesuche durchgeführt. In rund 99% der Fälle wurde dabei eine ordnungsgemäße und auch gute Betreuungsqualität festgestellt.

- » Das beim BMASK eingerichtete Pflegetelefon sowie die Landesstellen des Bundessozialamtes bieten den Betreuungsbedürftigen und deren Angehörigen umfassende und individuelle Beratung unter Anderem auch im Bereich der 24-Stunden-Betreuung an.
- » Insgesamt wird das Fördermodell zur 24-Stunden-Betreuung sehr gut von der Bevölkerung angenommen. Dies zeigt sich auch in den stetig steigenden FörderbezieherInnenzahlen.

Ø BezieherInnen/Monat in den Jahren 2008 - 2012



(Basis: monatliche Stichtagsdaten)

- » Im Jahr 2012 wurden im Rahmen der 24-Stunden-Betreuungsförderung insgesamt rund € 89,2 Mio. ausgegeben.
- » Förderansuchen können beim Bundessozialamt und seinen Landesstellen eingebracht werden.

Im Jahr 2012 sind insgesamt rund 7.700 Anträge eingegangen.

1.9 ZUWENDUNGEN ZU DEN KOSTEN FÜR DIE ERSATZPFLEGE

Die finanziellen Zuwendungen erleichtern es den Hauptpflegepersonen, sich von der Betreuungstätigkeit zu erholen und während ihrer Abwesenheit eine geeignete Ersatzpflege zu organisieren. Diese „Verschnaufpausen“ führen zu einer Entspannung und Entlastung der pflegenden Angehörigen und tragen dazu bei, dass die überwiegend gewünschte Pflege in der häuslichen Umgebung verlängert werden kann.

Seit der Übertragung der gesamten Zuständigkeit für das Pflegegeldwesen von den Ländern auf den Bund durch das Pflegegeldreformgesetz 2012 leistet das Bundessozialamt seit 1. Jänner

2012 Zuwendungen zu den Kosten der Ersatzpflege an pflegende Angehörige sämtlicher PflegegeldbezieherInnen daher auch an Angehörige ehemaliger LandespflegegeldbezieherInnen. Voraussetzungen dafür sind:

- » Der Antragsteller/die Antragstellerin ist ein naher Angehöriger/eine nahe Angehörige.
- » Der pflegebedürftige Mensch wird von diesem/r nahen Angehörigen seit mindestens einem Jahr überwiegend gepflegt.
- » Zum Zeitpunkt der Verhinderung an der Pflege hat die pflegebedürftige Person seit mindestens einem Jahr Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3 oder zumindest der Stufe 1, wenn nachweislich eine demenzielle Erkrankung vorliegt bzw. die pflegebedürftige Person minderjährig ist.
- » Der/die pflegende Angehörige ist wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen wichtigen Gründen an der Erbringung der Pflege für durchgehend mindestens eine Woche oder bei demenziell erkrankten oder minderjährigen Personen mindestens vier Tage verhindert.
- » Es liegt eine soziale Härte vor.

Es können Ersatzpflegemaßnahmen von bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr gefördert werden. Die mögliche jährliche Höchstzuwendung ist von der Höhe des Pflegegeldes der zu betreuenden Person abhängig und beträgt zwischen € 1.200 (bei Pflege einer/s Angehörigen der Stufen 1, 2 oder 3) und € 2.200 (bei Pflege einer/s Angehörigen mit Pflegegeld der Stufe 7).

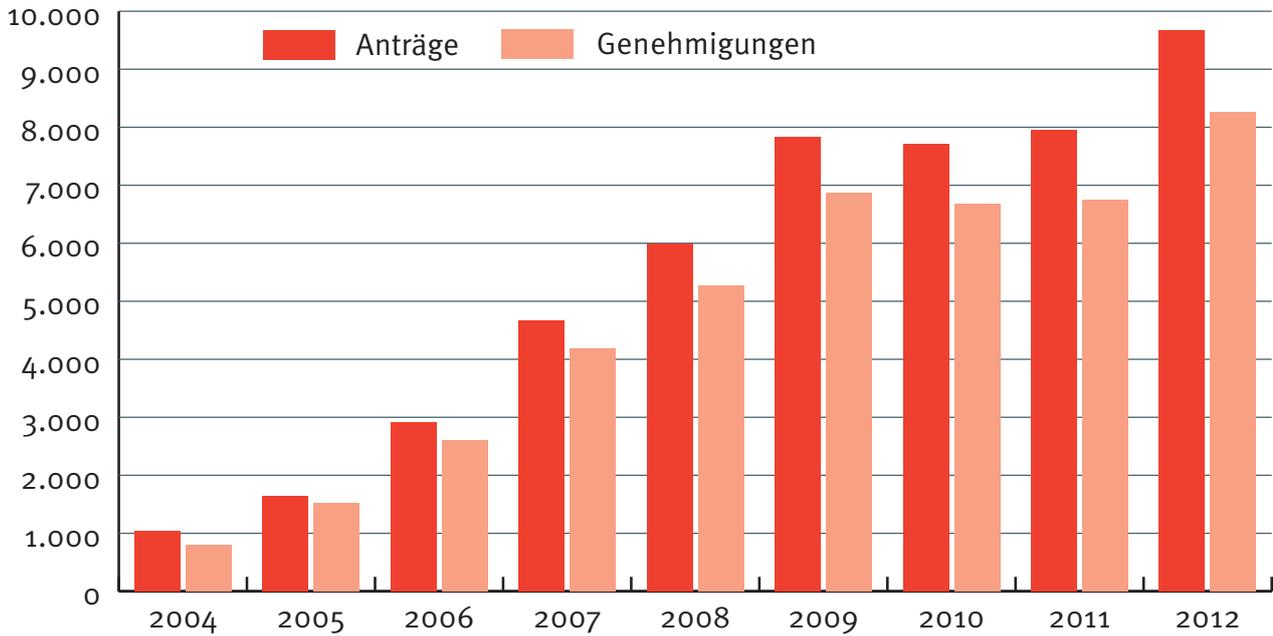
Bei der Bemessung der Zuwendung können nur nachgewiesene Kosten für eine tatsächlich in Anspruch genommene private oder professionelle Ersatzpflege berücksichtigt werden, die von der Antragstellerin/dem Antragsteller beglichen wurde.

ANZAHL DER ZUWENDUNGEN

Das folgende Diagramm zeigt, dass dieses Unterstützungsangebot von den pflegenden Angehörigen sehr gut angenommen wird.

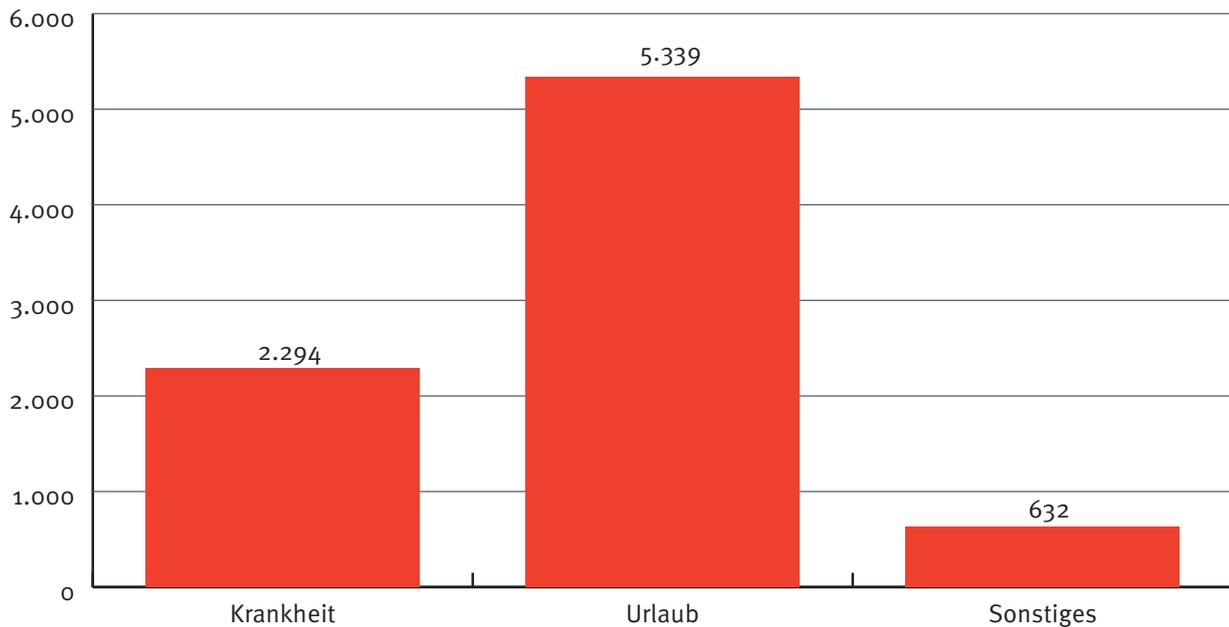
Im Jahr 2012 wurden insgesamt 9.668 Anträge auf eine Zuwendung eingebracht, von denen 8.265, also etwa 85%, positiv erledigt werden konnten. Eine Zuordnung der gewährten Leistungen zu den Pflegegeldstufen zeigt, dass vor allem Angehörige, die eine Pflegegeldbezieherin/einen Pflegegeldbezieher der Stufe 4 oder 5 pflegen (rund 54%), Zuwendungen erhalten haben.

Anträge und Genehmigungen



VERHINDERUNGSGRÜNDE IM JAHR 2012

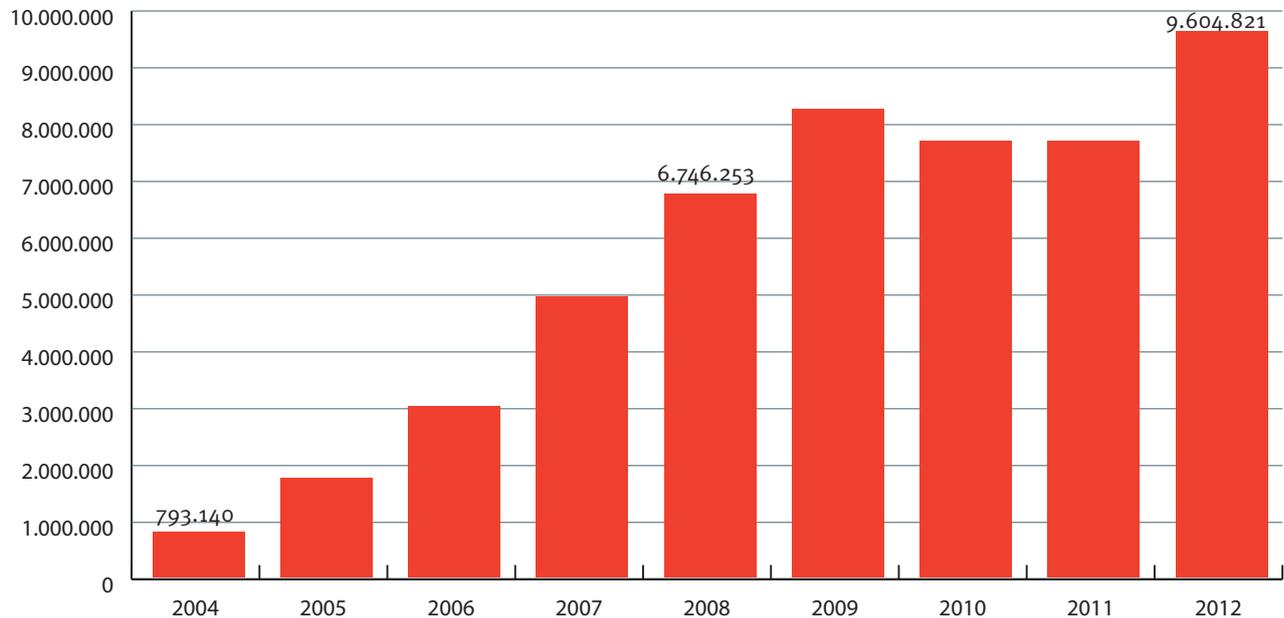
Wie in den Vorjahren waren die pflegenden Angehörigen in den meisten Fällen wegen eines Urlaubes (fast 2/3) an der Pflege verhindert.



FINANZIELLER AUFWAND

Der finanzielle Aufwand betrug im Jahr 2012 rund 9,6 Mio. Euro. Im Zeitraum von 2004 bis Ende 2012 wurden insgesamt Zuwendungen zu den Kosten für die Ersatzpflege in Höhe von mehr als 50,4 Mio. Euro geleistet.

Zuwendungen für pflegende Angehörige Gesamtausgaben 2004 - 2012



1.10 PFLEGETELEFON – BERATUNG FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN UND DEREN ANGEHÖRIGE

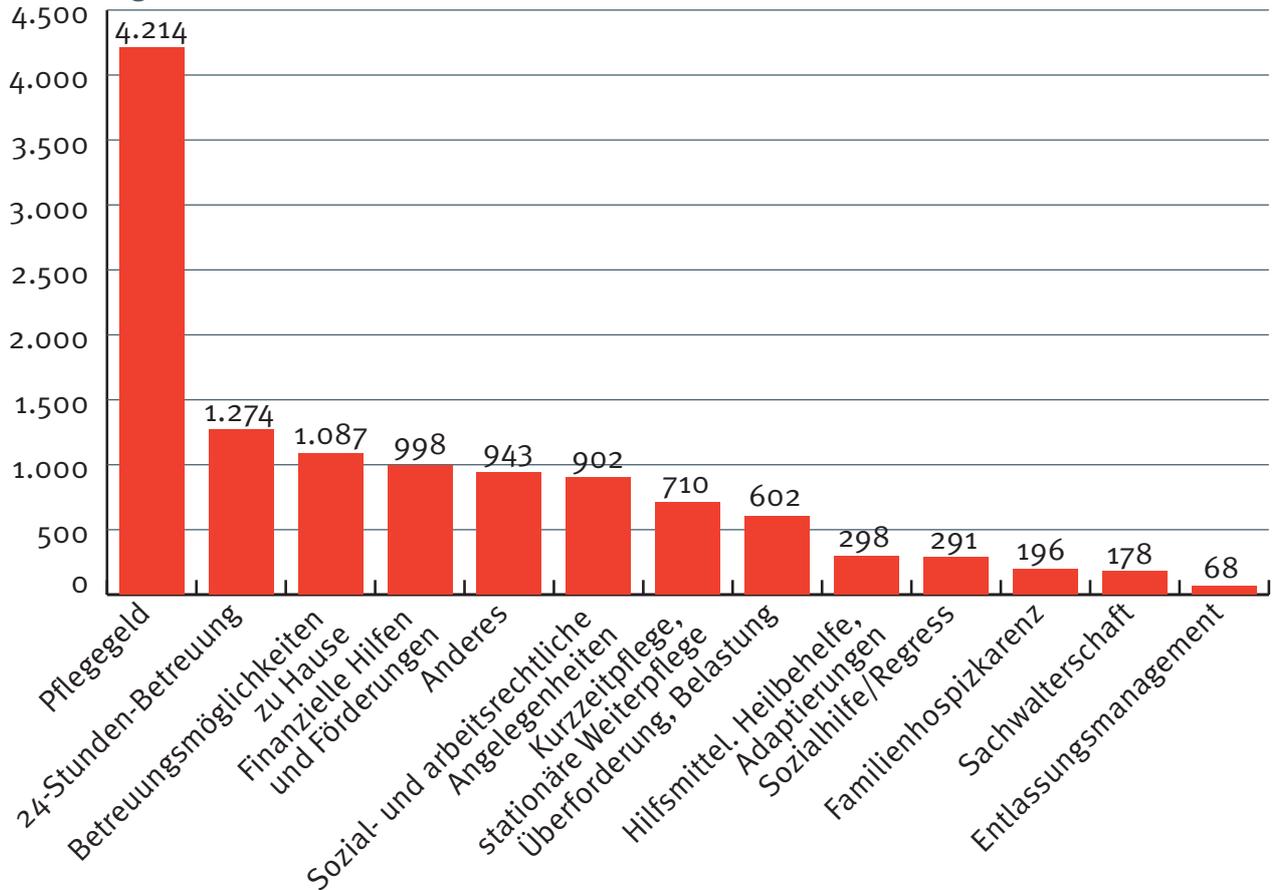
Seit Jänner 1998 bemüht sich das Pflegetelefon als Beratungs- und Informationsstelle um die Anliegen von pflegebedürftigen Personen, pflegenden Angehörigen, Personen und Institutionen, die mit Fragen der Pflege konfrontiert sind.

Die Beratungsstelle ist unter der österreichweiten, gebührenfreien Telefonnummer 0800 20 16 22 von Montag bis Donnerstag zwischen 8.00 Uhr und 16.00 Uhr und an Freitagen von 8.00 bis 13.00 Uhr erreichbar.

Das Pflegetelefon nimmt neben telefonischen auch schriftliche Anfragen, die per Fax (Nr. 0800 22 04 90) oder mittels E-Mail (pflegetelefon@bmask.gv.at) eingebracht werden können, entgegen. Mitunter wünschen Ratsuchende auch persönliche Beratungsgespräche, die nach Terminvereinbarung im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz durchgeführt werden.

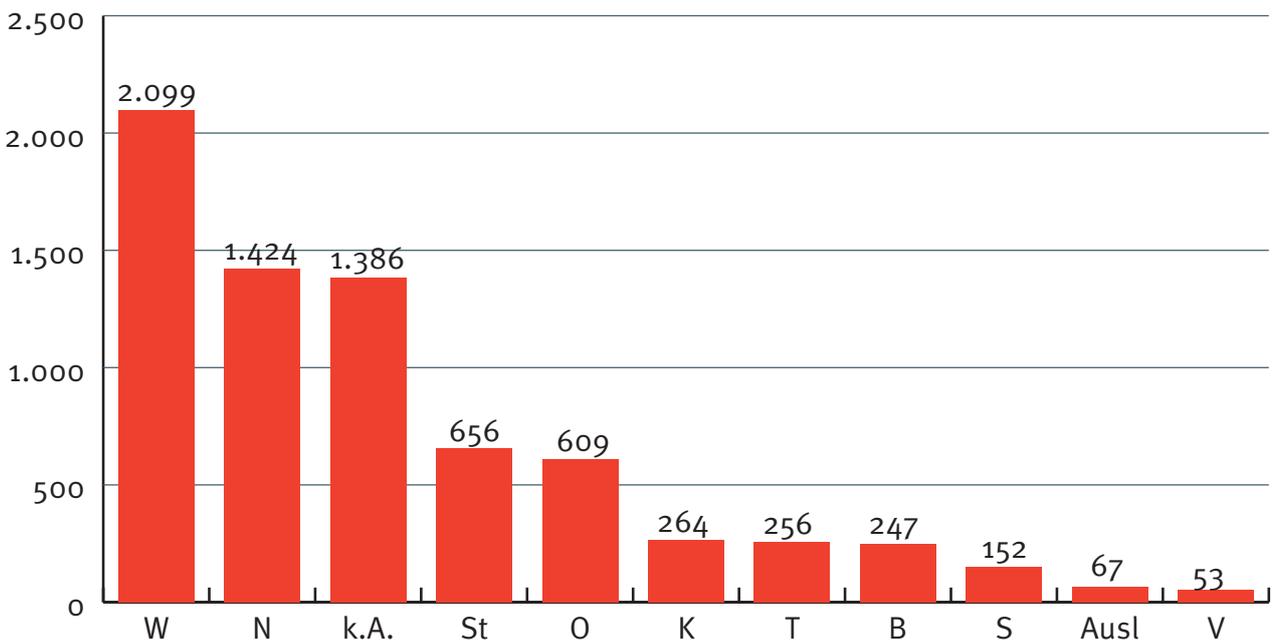
Im Jahr 2012 gab es 7.213 Anfragen, dies sind durchschnittlich rund 29 Kontaktaufnahmen pro Tag. Die nachstehende Grafik zeigt die verschiedenen Beratungsthemen des Pflegetelefons und die Häufigkeit der Anrufe zu den einzelnen Themenbereichen. In einem Beratungsgespräch werden oft mehrere Themen abgehandelt.

Gliederung nach Themenbereichen



Die meisten Kontaktaufnahmen stammen, wie auch in den Jahren zuvor, aus Wien und Niederösterreich. Hier lässt sich ein deutliches Ost-Westgefälle erkennen.

Kontaktaufnahmen nach Bundesländern



2. QUALITÄTSTEIL

2.1 BUND

QUALITÄTSSICHERUNG IN DER HÄUSLICHEN PFLEGE – AUSWERTUNG 2012

Im Rahmen dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen werden pflegebedürftige Personen von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) zu Hause besucht, die konkrete Pflegesituation und -qualität mittels eines standardisierten Situationsberichtes erfasst und, wenn notwendig, umfassend informiert und beraten. Der Schwerpunkt der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege liegt im Ausgleich des hohen Informations- und Beratungsdefizites in der häuslichen Pflege und Betreuung, besonders bei der Gruppe der pflegenden Angehörigen.

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 20.382 erfolgreiche Hausbesuche – ausgenommen die Kontrollbesuche im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung – durchgeführt. Die Zielgruppe umfasste BundespflegegeldbezieherInnen – Betreuung und Pflege in häuslicher Umgebung vorausgesetzt – aller Stufen sowie jene mit den Pflegegeldstufen 1 bis 6, die seit Jänner 2006 keinen Antrag auf Erhöhung des Pflegegeldes gestellt haben bzw. bei denen keine Herabsetzung oder Entziehung seitens des Entscheidungsträgers erfolgte, ebenso BundespflegegeldbezieherInnen, die einen Erschwerniszuschlag erhalten.

Die Auswertung der Situationsberichte, die vom Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege vorgenommen wurde, zeigt im Wesentlichen folgende Ergebnisse:

HAUSBESUCHE NACH PFLEGEGELDSTUFEN

Bei der Auswahl der PflegegeldbezieherInnen, denen ein Hausbesuch angeboten wurde, ist auf den prozentuellen Anteil aller PflegegeldbezieherInnen in den einzelnen Stufen Bedacht genommen worden. Ebenso wie im Jahr 2011 erfolgten aus präventiven Gründen etwas mehr Hausbesuche bei BezieherInnen eines Pflegegeldes der Stufen 1 und 2 (57,46%).

Hausbesuche nach Pflegegeldstufen

Pflegegeldstufe	Summe	in Prozent
Stufe 1	4.950	24,29%
Stufe 2	6.761	33,17%
Stufe 3	3.175	15,58%
Stufe 4	2.399	11,77%
Stufe 5	1.850	9,08%
Stufe 6	917	4,50%
Stufe 7	330	1,62%
Gesamt:	20.382	100%

ERGEBNISSE DER BEWERTUNGEN IN DEN EINZELNEN DOMÄNEN

Die Erhebung der Versorgungssituationen erfolgt nach ausgewählten Lebensbereichen, die von Betreuung und Pflege beeinflusst werden können.

Im Erhebungsinstrument, das im Rahmen der Hausbesuche eingesetzt wird, stehen die Domänen

- » funktionale Wohnsituation,
 - » Körperpflege,
 - » medizinisch-pflegerische Versorgung,
 - » Ernährung inkl. Flüssigkeitszufuhr,
 - » hygienische Wohnsituation sowie
 - » Aktivitäten/Beschäftigung/Sozialleben
- im Mittelpunkt.

DIE BEWERTUNG ERFOLGT NACH FOLGENDEM SCHEMA:

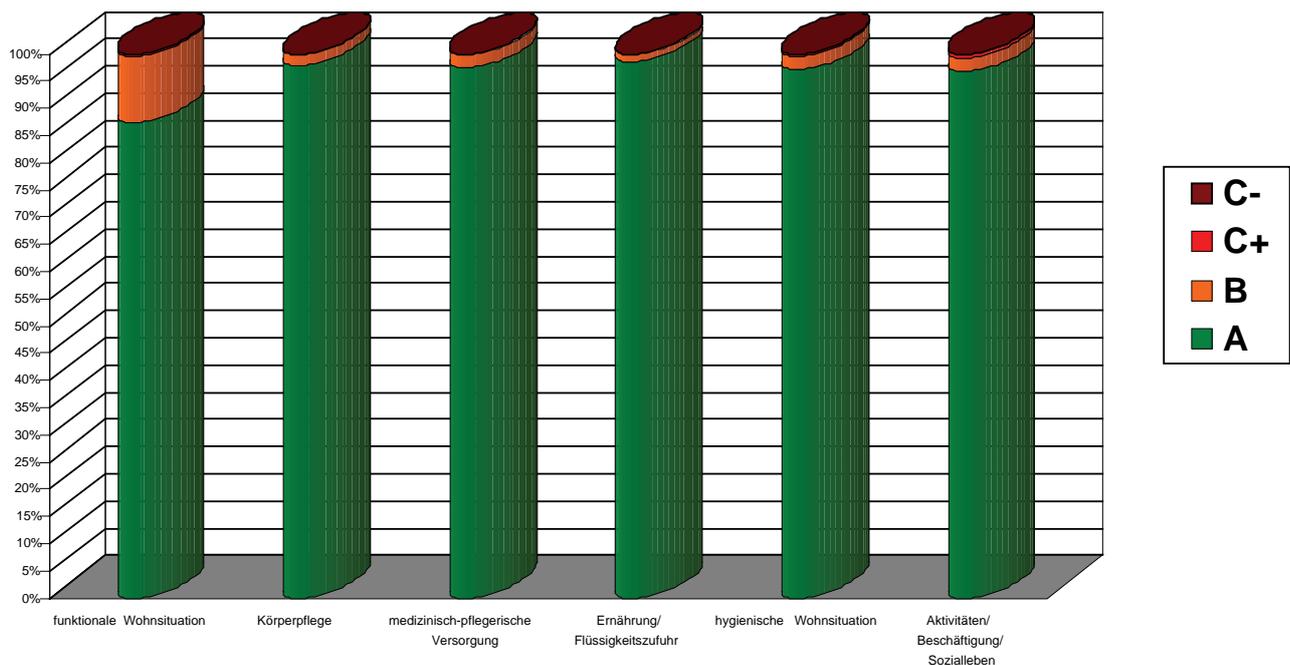
A = vollständig und zuverlässig versorgt

B = Pflege- und Betreuungsbedarf ist nicht vollständig und/oder nicht zuverlässig gedeckt, die Lebensqualität ist zumindest geringfügig beeinträchtigt

C+ = die mentale/physische Gesundheit der PGB könnte beeinträchtigt werden, wenn die Situation nicht verbessert wird

C- = die mentale/physische Gesundheit der PGB ist bereits beeinträchtigt

Die nachstehenden Daten zeigen, dass auch bei den im Jahr 2012 durchgeführten Hausbesuchen die Pflege und Betreuung in hoher Qualität erbracht wird und nur in einem geringen Prozentsatz Defizite festgestellt wurden.



Absolute Zahlen						
	funktionale Wohnsituation	Körperpflege	medizinisch-pflegerische Versorgung	Ernährung/ Flüssigkeitszufuhr	hygienische Wohnsituation	Aktivitäten/ Beschäftigung/ Sozialleben
A	17.777	19.727	19.570	19.794	19.559	19.432
B	2.517	365	457	261	480	546
C+	82	25	82	58	75	131
C-	6	1	9	5	4	9

in Prozent						
	funktionale Wohnsituation	Körperpflege	medizinisch-pflegerische Versorgung	Ernährung/ Flüssigkeitszufuhr	hygienische Wohnsituation	Aktivitäten/ Beschäftigung/ Sozialleben
A	87,22%	98,06%	97,28%	98,39%	97,22%	96,59%
B	12,35%	1,81%	2,27%	1,30%	2,39%	2,71%
C+	0,40%	0,12%	0,41%	0,29%	0,37%	0,65%
C-	0,03%	0,01%	0,04%	0,02%	0,02%	0,04%

INANSPRUCHNAHME VON PROFESSIONELLEN DIENSTEN DURCH DIE PFLEGEGELDBEZIEHENDEN PERSONEN NACH PFLEGEGELDSTUFEN

Unter einem „professionellen Dienst“ in der Altenpflege wird in diesem Zusammenhang die institutionelle und organisatorische Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen Menschen in häuslicher Umgebung (wie zB Körperpflege durch einen ambulanten Dienst), für die ein Entgelt zu bezahlen ist, verstanden.

Pflegegeldstufe	nie	seltener als 1x pro Woche	an einem Tag in der Woche	an 2-3 Tagen in der Woche	an 4-5 Tagen in der Woche	täglich	mehrmals täglich
Stufe 1	90,18%	1,19%	3,03%	3,92%	0,55%	0,81%	0,32%
Stufe 2	84,11%	1,20%	4,04%	5,95%	1,33%	2,34%	1,04%
Stufe 3	76,09%	1,13%	5,13%	7,37%	2,46%	4,85%	2,96%
Stufe 4	71,20%	1,13%	4,13%	8,55%	2,75%	6,13%	6,13%
Stufe 5	67,95%	1,51%	4,32%	8,86%	3,14%	6,32%	7,89%
Stufe 6	72,96%	1,31%	5,67%	7,42%	2,18%	5,34%	5,13%
Stufe 7	58,48%	3,64%	6,36%	11,21%	3,64%	6,67%	10,00%
Gesamt:	80,43%	1,25%	4,11%	6,40%	1,72%	3,37%	2,71%

INANSPRUCHNAHME VON PROFESSIONELLEN DIENSTEN DURCH DIE PFLEGEGELDBEZIEHENDEN PERSONEN NACH BUNDESLÄNDERN

Bundesland	nie	seltener als 1x pro Woche	an einem Tag in der Woche	an 2-3 Tagen in der Woche	an 4-5 Tagen in der Woche	täglich	mehrmals täglich
Wien	77,90%	1,04%	2,92%	7,07%	1,79%	3,82%	5,47%
Niederösterreich	78,63%	1,56%	3,17%	5,61%	1,67%	4,73%	4,63%
Burgenland	88,80%	0,65%	2,15%	3,17%	0,28%	2,99%	1,96%
Oberösterreich	76,37%	0,82%	6,15%	9,35%	2,47%	3,50%	1,35%
Salzburg	77,55%	1,19%	6,12%	8,16%	2,38%	3,23%	1,36%
Tirol	79,55%	1,34%	4,87%	6,63%	2,26%	3,31%	2,05%
Vorarlberg	56,65%	7,11%	16,97%	11,01%	3,21%	3,90%	1,15%
Steiermark	87,62%	0,80%	2,50%	4,85%	1,19%	1,52%	1,52%
Kärnten	84,88%	1,59%	3,29%	3,89%	0,99%	3,18%	2,19%
Gesamt:	80,43%	1,25%	4,11%	6,40%	1,72%	3,37%	2,71%

Von 80,43% der besuchten PflegegeldbezieherInnen werden keine professionellen Dienste in Anspruch genommen. Im Bundesland Burgenland setzen fast 89% der Befragten keine professionellen Dienste ein.

BELASTUNGEN DER HAUPTPFLEGEPERSONEN

Im Rahmen der Hausbesuche werden die Hauptpflegepersonen auch befragt, ob und gegebenenfalls welche Belastung mit der Pflege der/des Angehörigen verbunden sind.



Bemerkenswert ist der hohe Anteil jener Hauptpflegepersonen, die sich in psychischer Hinsicht belastet fühlen. Die psychische Belastung äußert sich etwa durch Übernahme von Verantwortung, Angst und Sorge um den pflegenden Angehörigen/die pflegende Angehörige, persönlicher Verzicht und Einschränkungen oder Zeitdruck, der durch die Pflege erlebt wird.

BERATUNG UND INFORMATION

Im Jahr 2012 war bei 92,48% der insgesamt 20.382 besuchten PflegegeldbezieherInnen eine Information und Beratung erforderlich, wobei der größte Bedarf zu folgenden Themen bestand:

Thema	Absolut	in Prozent
(Versorgung) mit Hilfsmittel(n)	11.290	55,39%
Angebote von Sozialen Diensten	10.656	52,28%
Pflegegeld	8.617	42,28%
funktionale Wohnsituation	8.382	41,12%
Mobilität	6.006	29,47%
Angebote von Kurzzeitpflege	5.845	28,68%
Ernährung inkl. Flüssigkeitszufuhr	5.148	25,26%

2.2 LÄNDER

QUALITÄTSSICHERUNG

2.2.1 BURGENLAND

In der auf dem Burgenländischen Altenwohn- und Pflegeheimgesetz beruhenden Verordnung sind genaue Kriterien hinsichtlich Größe, Einrichtung und Ausstattung der Zimmer und sonstige infrastrukturelle Voraussetzungen sowie personelle Erfordernisse festgelegt. Errichtung, Aufnahme des Betriebes und die gänzliche Betriebseinstellung eines Altenwohn- und Pflegeheimes bedürfen der Bewilligung der Landesregierung, welcher auch die Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen, der entsprechenden Verordnung sowie der darauf basierenden Bescheidaufgaben obliegt. In Erfüllung des gesetzlichen Auftrages werden in den Heimen durch Sachverständige für Pflege und Medizin laufend Kontrollen durchgeführt; im Bedarfsfall werden Sachverständige aus dem Bereich der Psychologie und der Technik zugezogen.

Ebenso sind die Errichtung und der Betrieb von teilstationären und stationären Einrichtungen für behinderte Menschen sowie von Senioren-Tageszentren und mobilen Pflegediensten nach dem Sozialhilfegesetz bewilligungspflichtig; auch diese Einrichtungen unterliegen der Aufsicht der Landesregierung und werden regelmäßig kontrolliert. In einer Verordnung zum Sozialhilfegesetz sind Mindestanforderungen hinsichtlich baulicher und personeller Voraussetzungen in Wohn- und Tagesheimen für behinderte Menschen festgelegt. In Durchführungsrichtlinien werden die AnbieterInnen von Senioren-Tageszentren und mobilen Pflegediensten zur Setzung von qualitätssichernden Maßnahmen verpflichtet.

Zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Qualität von Betreuung und Pflege werden den Betreibern detaillierte Auflagen als ständige Betriebsvorschriften und zur Behebung von Mängeln erteilt, um eine landesweit einheitliche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gewährleisten zu können.

Außerdem fallen die Altenwohn- und Pflegeheime, die mobilen Pflegedienste und auch die Behinderteneinrichtungen in den Zuständigkeitsbereich der Burgenländischen Gesundheits-, Patientinnen-, Patienten- und Behindertenanwaltschaft.

PFLEGEBERATUNG ZU HAUSE UND PFLEGEGELDDINFORMATION

Als Beitrag des Landes zur Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege und zur fachlichen Unterstützung pflegender Angehöriger erfolgt eine pauschale Abgeltung von Beratungsbesuchen des diplomierten Pflegefachpersonals.

Erstbesuche dienen der erstmaligen und unverbindlichen Information und Beratung des pflegebedürftigen Menschen und der Angehörigen über alle Fragen im Zusammenhang mit den benötigten Hilfen, auch wenn in der Folge die eigentliche Pflege und Betreuung durch Angehörige und ohne Beteiligung professioneller Dienste durchgeführt wird. Die Fachkräfte sollen durch kompetente praktische Tipps zur Erleichterung des Pflegealltages beitragen.

Die sogenannten „Unterstützungsbesuche“ dienen in erster Linie der Beratung und Unterstützung von „Pflege-Selbstversorgern“, also pflegenden Angehörigen, die bisher noch keine professionellen Dienste beansprucht haben, oder der intensiveren Information und Anleitung von Angehörigen regelmäßig betreuter KlientInnen. Wenn sich jemand bei einem Pflegeproblem nicht mehr zu helfen weiß oder unsicher ist, ob er/sie alles richtig macht, kann über den einmaligen Erstbesuch hinaus zweimal im Jahr diplomiertes Pflegefachpersonal unentgeltlich herangezogen werden. Anbieter sind die Pflegeorganisationen, die Finanzierung erfolgt durch das Land.

Als Ergänzung dazu informieren Pflegeinformations-Veranstaltungen auf kommunaler Ebene entweder breit über das gesamte Spektrum von Pflege und Betreuung oder sie liefern zu einem speziellen Thema (z.B. Inkontinenz, demenzielle Erkrankungen,...) fachlich kompetente Informationen. Bei Pflege- bzw. Angehörigenstammtischen wird pflegenden Angehörigen in kleineren Gruppen neben einschlägigen Informationen auch eine entlastende Aussprachemöglichkeit und gegenseitiger Erfahrungsaustausch geboten.

SENIOREN-TAGESBETREUUNG

Ende 2012 standen 114 Plätze in eigenen Tageszentren (mit jeweils bis zu 12 Plätzen) zur Verfügung, die meisten davon sind an Pflegeheime angeschlossen. Gemäß den Richtlinien zur Durchführung und Förderung der Senioren-Tagesbetreuung leistet das Land gestaffelt nach Einkommen und Pflegegeldhöhe des Tagesgastes im „Normalfall“ einen Zuschuss von bis zu 32 Euro pro Besuchstag (bei erhöhtem Betreuungsbedarf bis zu 44 Euro). Die Einrichtungen sind bewilligungspflichtig und müssen den Qualitätskriterien der Richtlinien entsprechen.

Manche Besucher kommen nur an einigen Tagen pro Monat – aber bei starker Inanspruchnahme (ab etwa 3x pro Woche) können hohe monatliche Gesamtkosten entstehen, weshalb es dafür zusätzliche Zuschüsse des Landes gibt. Schließlich können auch besondere Härtefälle durch

individuelle Lösungen vermieden werden, falls etwa neben der Tagesbetreuung auch noch andere Pflegedienste finanziert werden müssen.

Die Abwicklung der Förderung des Landes erfolgt über das Tageszentrum – unbürokratisch und ohne weitere Formalitäten für den Tagesgast, welcher seinen Beitrag für Unterbringung und Betreuung abzüglich der Landesförderung sowie die Kosten der Verpflegung und falls erforderlich Transportkosten zu bezahlen hat.

PFLEGEPLATZBÖRSE

Ab Feber 2012 kann man sich unter der Internetadresse <http://www.burgenland.at/gesundheits-soziales/pflegeplatzboerse> informieren, in welchen burgenländischen Altenwohn- und Pflegeheimen freie Heimplätze einer bestimmten Bettenkategorie (Einbett-, Zweibett- oder Mehrbettzimmer) oder freie Seniorentagesbetreuungsplätze zur Verfügung stehen. Spezifische Informationen betreffend Ausstattung, Angebote, Ansprechpartner, Telefon, Buchungsplattform, Anfragesystem etc. können direkt über eine Verlinkung zur Homepage der Betreiber abgerufen werden.

2.2.2 KÄRNTEN

LEGISTISCHE MASSNAHMEN

Mit dem Gesetz vom 19.07.2012, LGBI. Nr. 89/2012, mit dem unter anderem das Kärntner Heimgesetz geändert wurde, erfolgte eine Verbesserung der bereits nach der vordem geltenden Rechtslage statuierten Mitwirkungsbefugnisse bzw. Mitwirkungsverpflichtungen von Organen des Wachkörpers Bundespolizei bei der Vollziehung der Ahndung der Verwaltungsübertretung der konsenslosen Errichtung einer dem Kärntner Heimgesetz unterliegenden Einrichtung dergestalt, dass nunmehr im Gesetz als Mitwirkungstatbestände ausdrücklich die Setzung von Vorbeugungsmaßnahmen gegen drohende Verwaltungsübertretungen, andererseits aber auch die Setzung von Maßnahmen, die für die Einleitung von Verwaltungsstrafverfahren erforderlich sind, angeführt werden.

STATIONÄRE DIENSTE

Mit Dezember 2012 bestanden in Kärnten insgesamt 72 Altenwohn- und Pflegeheime, das sind um sieben mehr als noch im Juni 2010 (Erweiterung bestehender Heimkapazitäten ausgenommen). Zwei Einrichtungen davon waren reine Altenwohnheime (Betreuung von Klienten in der Regel bis zur Pflegestufe II), drei Einrichtungen reine gerontopsychiatrische Pflegeheime (Schwerpunktsetzung: Pflege und Betreuung von Klienten mit psychiatrischen Erkrankungen bis zur Pflegestufe VII), die überwiegende Zahl (67) bildeten gleichwohl Heime mit integrierten Wohn- und Pflegeplätzen.

Darüber hinaus bestanden nach wie vor vier so bezeichnete „Pflegeanstalten für chronisch Kranke“, welche im intramuralen Bereich angesiedelt sind.

Per Dezember 2012 waren in Kärnten 4.958 Heimplätze belegt, davon 818 Altenwohnplätze, 3.756 Pflegeplätze in Pflegeheimen, 166 Plätze in gerontopsychiatrischen Einrichtungen und 218 Plätze in Pflegeanstalten für chronisch Kranke. Mit Stand Dezember 2012 bestanden insgesamt 5.339 bewilligte Heimplätze (reine Altenwohnheimplätze, integrierte Altenwohn- und Pflegeheimplätze, Plätze in Pflegeanstalten für chronisch Kranke sowie gerontopsychiatrische Pflegeplätze).

TEILSTATIONÄRE DIENSTE

Mit Stand von Dezember 2012 verfügte Kärnten über insgesamt 132 teilstationäre Betreuungsplätze in Seniorentagesstätten, welcher Umstand gegenüber dem Jahr 2010 eine Steigerung von 314 % darstellt. Das Angebot besteht derzeit in den Bezirken Klagenfurt-Stadt und Klagenfurt-Land, Villach-Stadt und Villach-Land, Spittal/Drau, Wolfsberg und Völkermarkt.

KURZZEITPFLEGE

Kurzzeitpflege erfolgt über Antrag jener Person, die den nahen Angehörigen pflegt. Der Antragsteller hat den Nachweis zu erbringen, dass dieser den Pflegling vor Antragstellung seit mindestens einem halben Jahr betreut hat, der Pflegling zumindest in der Pflegestufe drei eingestuft ist und der Antragsteller mindestens die Hälfte des notwendigen Pflegeaufwands erbringt. Sowohl Antragsteller als auch Pflegling müssen ihren Hauptwohnsitz seit zumindest einem halben Jahr in Kärnten haben. In begründeten Ausnahmefällen kann von dem Erfordernis der mindestens halbjährigen Pflege durch den Angehörigen abgesehen werden, ebenso können bei nachgewiesener Nachbarschaftspflege Ausnahmen von den sonstigen Kriterien gewährt werden.

Die Dauer des Aufenthaltes in einer Pflegeeinrichtung beträgt mindestens vier bis maximal 28 Tage pro Kalenderjahr und kann in maximal zwei Einheiten in Anspruch genommen werden. Die Bereitstellung eines Kurzzeitpflegeplatzes erfolgt zunächst nach Maßgabe der jeweils freien Betten durch die vom Antragsteller selbst gewählte Pflegeeinrichtung, welche sodann nach selbständiger Vorprüfung der Voraussetzungen den entsprechenden Antrag an das Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 4 - Soziales, übermittelt. Die genannte Amtsstelle prüft sodann innerhalb von drei Tagen, ob die Voraussetzungen für eine Zuerkennung der Förderungen vorliegen – im Falle des Nichtvorliegens ist die Förderung der Kurzzeitpflege binnen der genannten Frist zu untersagen.

Das System der Förderung von Kurzzeitpflege wurde ferner dergestalt verändert und damit verbessert, dass nunmehr auf Grundlage der Verträge mit den jeweiligen Heimträgern nicht mehr eine bestimmte Anzahl von der Kurzzeitpflege gewidmeten Plätzen von den Heimen zur Verfügung zu stellen ist, sondern freie Betten generell auch für Kurzzeitpflege genutzt werden können.

ÜBERGANGSPFLEGE

Mit Beschluss der Kärntner Landesregierung im Februar 2010 war ferner die Übergangspflege eingeführt worden, die eine bedarfsgerechte Versorgung der Kärntner Bevölkerung in flexibler Weise ermöglicht. Übergangspflege/-betreuung existiert in Kärnten seit 1.1.2010. Die

Übergangspflege/-betreuung ist das Angebot einer Pflege und/oder Betreuung bis zu 28 Tagen. In Ausnahmefällen (z. B. bei pflegerischer Notwendigkeit) kann die Übergangspflege bis zu sechs Wochen angeboten werden. Sie soll eine Überbrückungshilfe nach der Akutbehandlung in einem Krankenhaus sein. Der Unterschied zur Kurzzeitpflege besteht auch darin, dass die pflegebedürftige Person über keine PflegegeldEinstufung verfügen muss.

Im Berichtsjahr 2012 konnten insgesamt 991 Buchungen für Übergangspflege vorgenommen werden, wobei davon effektiv 494 zur Verrechnung als Übergangspflege. Die Differenz erklärt sich aus dem Umstand, dass in Langzeitpflege transformierte Übergangspflegeaufenthalte nicht nach den Kriterien der Übergangspflege, sondern in der Regel insgesamt nach den Bestimmungen für Langzeitpflege abzurechnen sind. Für diese Angebotsform besteht kein Bettenpool, es werden Plätze nach Maßgabe freier Heimplätze vergeben. Auf die Gewährung einer Übergangspflege/-betreuung besteht kein Rechtsanspruch.

Die dargelegten Zahlen veranschaulichen insgesamt einen deutlichen Anstieg der Inanspruchnahme der Übergangspflege im Vergleich mit dem Jahr 2010, worin auch ein entsprechender Bedarf der Bevölkerung hinsichtlich solchen Leistungen zu erblicken ist. Unter Bedachtnahme auf die durch Gewährung von Übergangspflege oftmals vermiedene Inanspruchnahme von Langzeitpflege erscheint die genannte Einrichtung sowohl vor dem Hintergrund der Erhaltung der Selbständigkeit von Hilfe Suchenden als auch mit Blick auf die Erfordernisse der Konsolidierung öffentlicher Haushalte als vorteilhaft und ausbauwürdig.

„PFLEGE- UND GESUNDHEITSSERVICE“

Die stetig älter werdende Bevölkerung erfordert zusätzliche ergänzende soziale Dienste und Betreuungsangebote in der Pflege und Betreuung zu Hause, die zum einen die Lebensqualität der Betroffenen erhöhen und zum anderen volkswirtschaftlich betrachtet die Kosten des Sozial- und Gesundheitssystems abflachen helfen können. Das Projekt Pflege- und Gesundheitsservice („PGS“) stellt in diesem Zusammenhang eine innovative Informations-, Beratungs- und Betreuungsdienstleistung dar, die diese Ziele unterstützen kann, und dient in diesem Sinne nicht zuletzt der Umsetzung der in der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Artikel 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen, BGBl. Nr. 866/1993, übernommenen Verpflichtung Kärntens, die sozialen Dienste, aufbauend auf den bestehenden Strukturen, dezentral und flächendeckend anzubieten und insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass alle angebotenen ambulanten, teilstationären und stationären Dienste koordiniert Informationen und Beratung bereitstellen.

In diesem Sinne erfolgte bis Ende 2012 die Konzeption und stufenweise Implementierung einer zentralen Informations-, Kommunikations- und Serviceplattform (kurz „PGS Plattform“) im Pflege, Gesundheits- und Sozialwesen, die in Form eines „PGS-Centers“ nunmehr allen Bürgerinnen und Bürgern sowie Gesundheitseinrichtungen (z.B. Pflegeeinrichtungen) zur Verfügung steht.

Über eine einzige Telefonnummer je Bezirk („Gesundheitsnummer“) ist dabei der partizipierende Endkunde (Klient bzw. Patient) in der Lage, alle für ihn relevanten Informationen und Services

zum Thema Gesundheit (Pflege, Soziales und Medizin) zu erhalten (ganzheitlicher Ansatz). Es wird ein integratives Gesamtkonzept dargestellt, das vor allem für den Pflegebereich zukunftsweisend ist und alle Teilnehmer mit ihren wichtigsten Leistungen im Sinne der „Kunden“ kanalisiert. Damit einher schreitet eine nicht unwesentliche Verwaltungsvereinfachung, erspart die Verwirklichung dieses ganzheitlichen Ansatzes doch einerseits den Betroffenen bzw. deren Angehörigen das Aufsuchen oder Kontaktieren verschiedenster Ansprechstellen und erlaubt es andererseits der Verwaltung, sich auf ihre Kernaufgaben zu beschränken. Die Zentralisierung der Informationsströme bei einer einzigen Stelle, bei welcher auch die entsprechende Kompetenz in pflegfachlicher Hinsicht angesiedelt ist, entspricht mit anderen Worten in hervorragendem Maße den Zielen von Effizienz und Effektivität und ist damit letztlich auch den Zielen des New Public Management im Sinne einer echten Aufgabenreform verpflichtet.

2.2.3 NIEDERÖSTERREICH

BERATUNG UND INFORMATION

Ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätssicherung in der Betreuung und Pflege und zur fachlichen Unterstützung pflegender Angehöriger ist die kundenzentrierte Beratung, welche in Niederösterreich auf mehreren Ebenen – vom Entlassungsmanagement, von den Mobilen Diensten und vom NÖ Pflegeservicezentrum – zu allen Fragen im Zusammenhang mit den benötigten Hilfen erbracht wird.

Die Beratungen umfassen Informationen und Unterstützung bei der Organisation von Hilfsmitteln, unterstützenden Dienstleistungen wie z.B. Notruftelefon, Essen auf Rädern, Mobile Dienste.

Wesentlich sind auch die Beratungen hinsichtlich des Pflegegeldes und sonstiger Förderungen und den Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige (Tagespflege, Kurzzeitpflege) bis hin zu Tipps zur Erleichterung des Betreuungs- und Pflegealltags.

Das „NÖ Pflegeservicezentrum“ bietet pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen und allen Personen, die mit Problemen der Pflege befasst sind telefonische Beratungen, mobile Beratungen (auf Wunsch besuchen Mitarbeiter der Pflegehotline auch Haushalte) und Büroberatungen statt. Daneben werden auch Vorträge (z.B. bei Gemeinden zur Information der Bediensteten) gehalten. Im Jahr 2012 wurden 12.868 telefonische Anfragen beantwortet und 245 Büro- bzw. mobile Beratungen geleistet.

QUALITÄTSSICHERUNG IM BEREICH DER STATIONÄREN PFLEGE

Niederösterreichern und Niederösterreicherinnen mit hohem Betreuungs- und Pflegebedarf, welcher einen stationären Aufenthalt erforderlich macht, stehen zahlreiche Einrichtungen zur Verfügung.

Das NÖ SHG und die NÖ Pflegeheim Verordnung geben die Mindeststandards zur baulich technischen Gestaltung, zur Personalausstattung, zu organisatorischen und betriebswirtschaftlichen

Erfordernissen, zur Wahrung der Bewohnerrechte, etc. vor. Seitens der Abteilung Soziales werden die Angebote koordiniert und durch die Pflegeaufsicht die Einhaltung der Qualitätsvorgaben geprüft.

Niederösterreich nimmt seit einigen Jahren am – explizit für die stationäre Altenpflege entwickelten – Qualitätsmanagement-Modell E-Qalin® teil. Das Projekt stattet die MitarbeiterInnen in den Heimen mit einem praxisorientierten Rüstzeug aus, welches sich vorrangig an den Bedürfnissen der HeimbewohnerInnen wie deren Angehörigen orientiert.

Durch die Umsetzung des Leitfadens für die Aufnahme in Landespflegeheime oder Heime sonstiger Rechtsträger in Niederösterreich wurde eine Verbesserung der bedarfsorientierten, transparenten und rasche Abwicklung erreicht.

Um auch zukünftige Bedarfe im Betreuungs- und Pflegebedarf aufzudecken, wurde der Bedarfs- und Entwicklungsplan 2011 evaluiert und die Planungen angepasst. Bei der Planung neuer Projekte wird besonderer Wert auf die Konzepte zum Betrieb, zur Pflege und Betreuung und auf die Personalausstattung gelegt.

QUALITÄTSSICHERUNG IM BEREICH DER TEILSTATIONÄREN PFLEGE UND DER KURZZEITPFLEGE/ÜBERGANGSPFLEGE

Tagespflege wird in NÖ überwiegend integriert in Pflegeheimen in einigen Tageszentren angeboten. Die Einrichtungen unterliegen einem Bewilligungsverfahren (§ 49 NÖ SHG i.V.m. der NÖ Pflegeheimverordnung) und damit werden die Mindeststandards bei Organisation, Personalausstattung festgelegt. Der Erlass zur Tagespflege legt eine besucherfreundliche unbürokratische Abwicklung fest.

Zur Entlastung pflegender Angehöriger wird zeitlich begrenzt und integriert in Pflegeheime Kurzzeitpflege angeboten. Sollte nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus eine häuslich Pflege und Betreuung vorübergehend noch nicht möglich sein, so wird in stationären Einrichtungen die Möglichkeit der Übergangspflege mit intensiverer rehabilitativer Pflege und therapeutischer Unterstützung geboten. Um die Qualität des Angebotes zu optimieren, wurden landesweit 23 Übergangspflegezentren eingerichtet.

Zur Sicherstellung der Qualität werden in den Einrichtungen Einsichten durchgeführt und die Einhaltung der Vorgaben geprüft und bei Bedarf Auflagen zur Behebung von Mängeln erteilt. Dadurch wird eine landesweit einheitliche Qualität der Angebote angestrebt.

Diese wird auch dadurch sichergestellt, dass in allen Landespflegeheimen das Instrument der Qualitätssicherung E-Qualin etabliert ist bzw bis Ende 2013 zumindest begonnen werden muss. Auch in den Heimen anderer Rechtsträger ist dieses bereits vielfach im Einsatz.

QUALITÄTSSICHERUNG IM BEREICH DER MOBILEN DIENSTE

Ein flächendeckendes Netz von 191 Sozialstationen mit ca. 4.000 Mitarbeitern bietet Niederösterreichern mit Pflege- und Betreuungsbedarf die Möglichkeit, so lange wie möglich in de

gewohnten Umgebung betreut und gepflegt zu werden und pflegende Angehörige zu unterstützen und entlasten.

Die Richtlinien zur Durchführung und Förderung der sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste in NÖ geben sowohl Mindeststandards zum Betrieb und zur Organisation und zur Personalausstattung vor.

Mit niederösterreichweit tätigen Anbietern erfolgt eine enge Zusammenarbeit und laufender Informationsaustausch auf der Ebene der Geschäftsführer bzw. Pflegedienstleitungen.

QUALITÄTSSICHERUNG IM RAHMEN DER 24-STUNDEN-BETREUUNG

Das Land Niederösterreich entwickelte zur 24-Stunden-Betreuung ein eigenes, vom Bundesmodell abweichendes Fördermodell.

Die Abwicklung der Förderung erfolgt durch die Abteilung Soziales. Die Richtlinie des Landes Niederösterreich für das NÖ Modell zur 24-h-Betreuung gibt die Voraussetzungen für die Förderungen, die Förderhöhe und das Verfahren vor. Zur Qualitätssicherung wird auch der Hausbesuch festgelegt. 2012 wurden rund 50 Hausbesuche durch die Pflegeaufsicht durchgeführt.

QUALITÄTSSICHERUNG IM BEREICH HOSPIZ UND PALLIATIV CARE

Niederösterreich arbeitet bereits seit Mitte der 90-er Jahre am Aufbau einer flächendeckenden Palliativ- und Hospizversorgung. Bereits damals wurde die Notwendigkeit einer Koordination dieser Angebote erkannt und die Plattform Hospiz NÖ gegründet, in der große Trägerorganisationen und Institutionen, die sich mit den Angelegenheiten der Hospiz- und Palliativversorgung beschäftigen haben, vertreten waren.

In der Folge wurde ein 2005 umfassendes Konzept für eine flächendeckende abgestufte Hospizversorgung in Niederösterreich beschlossen und die Umsetzung bis 2012 empfohlen.

Es ist festzuhalten, dass dieses Konzept mit Ende 2012 für den Bereich Soziales (Hospizteams, stationäre Hospize und MPT) zu 100 % und darüber hinausgehend sowie für den Bereich Gesundheit zu 82 % bei den Palliativstationen umgesetzt wurde.

Die Qualitätssicherung erfolgt durch den Landesverband Hospiz NÖ und durch die Pflegeaufsicht.

Derzeit werden in Niederösterreich pro Jahr mehr als 4.500 Patienten in den Hospiz und Palliativeinrichtungen versorgt.

2.2.4 OBERÖSTERREICH

ALTEN- UND PFLEGEHEIME

Neben der klassischen Heimaufsicht werden die jährlich durchgeführten Alten- und Pflegeheimhebungen um qualitative Parameter ergänzt, die künftig die Entwicklung eines Benchmark-Systems ermöglichen sollen. Ergänzt wird dieses inhaltliche Instrument durch definierte Kennzahlen aus dem Bereich der Kosten- und Leistungsrechnung.

Konkret wurden zum Stichtag 31.12.2012 erstmals systematisiert Qualitätskriterien in den Bereichen

- » Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit,
- » Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen (wie insbesondere im Zusammenhang mit Mobilitätseinschränkungen, Atmung, Ernährung und Schmerzen),
- » Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen sowie
- » Tagesgestaltung und soziale Betreuung abgefragt.

Sofern bei einzelnen Kennzahlen gewisse Schwellenwerte überschritten werden (z.B. Anzahl der Dekubitalgeschwüre der Stufen 3 und 4 liegt über dem doppelten Landesdurchschnitt), sind Zusatzfragen zu beantworten, die eine vertiefte Beschäftigung mit der Thematik erfordern.

Die daraus resultierenden Werte werden einerseits in einem Kennzahlenblatt den Einrichtungen und deren Trägern zur Verfügung gestellt und dienen andererseits der Heimaufsicht für eine effiziente Aufsichtsgestaltung.

Ergänzend zu diesen Kennzahlen im qualitativen Bereich, die auf eine Beurteilung der Struktur,- Prozess- und Ergebnisqualität abzielen, werden auch Kennzahlen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eingesetzt. Grundlage dafür ist eine landesweit für alle Heimträger einheitliche Kosten- und Leistungsrechnung.

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit erfolgt durch einen Betriebs- und Zeitvergleich, wobei der Schwerpunkt beim Betriebsvergleich liegt. Anhand ausgewählter Kennzahlen werden die Kosten der Oö. Alten- und Pflegeheime miteinander verglichen. Der Vergleich erfolgt insbesondere auf Kostenstellenebene. Hierbei werden die Kosten der Funktionsbereiche (wie Verwaltung, Küche, Reinigung, Wäscherei und Infrastruktur) ebenso betrachtet wie die Kosten der Pflege und Betreuung.

Sofern bei definierten Kennzahlen ein festgelegter Toleranzbereich überschritten wird, bzw. Werte im obersten (oder auch untersten) Bereich des landesweiten Rankings erzielt werden, erfolgt eine Kontaktaufnahme mit dem Heimträger mit dem Ziel, unter Berücksichtigung der qualitativen Aspekte mögliche Optimierungspotentiale auszuschöpfen.

Schließlich wurden mit der letzten Heimverordnungsnovelle erste Anpassungen an die Definitionen und Qualitätsmaßstäbe des Pflegefondsgesetzes (z.B. hinsichtlich der Dauer der Kurzzeitpflege, ec.) vorgenommen.

MOBILE DIENSTE

In diesem Bereich ist es bereits gelungen, zwischen den Leistungsanbietern und Kostenträgern einen transparenten Controllingbericht zu etablieren, der für die beteiligten Partner einerseits einen Blick auf qualitative Elemente wie z.B. die durchschnittliche Hausbesuchsdauer und andererseits auf wirtschaftliche Kennzahlen wie z.B. die Produktivität ermöglicht. Dadurch ist eine qualitative strategische Steuerung für beide Seiten auf der Basis definierter objektiver Kennzahlen besser wahrnehmbar.

CASE- UND CAREMANAGEMENT

In Oberösterreich wird das Case- und Caremanagement von der Koordination für Betreuung und Pflege und in den Sozialberatungsstellen (mit einem Schwerpunkt auf der Beratung und Information betreffend Pflege und Betreuung) angeboten.

Mit den definierten Kernbereichen der Koordination für Betreuung und Pflege (Casemanagement im Einzelfall, Mitwirkung an der Sozialplanung sowie Koordination und Vernetzung) wird ein der Definition des Pflegefonds entsprechendes Instrument eingesetzt.

Nach einer Implementierungsphase (2009 bis 2011) ist mittlerweile die Koordination für Betreuung und Pflege in allen 18 Bezirken etabliert und einer wissenschaftlichen Evaluierung unterzogen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Funktion der KBP in allen Bezirken bewährt. Sowohl Träger als auch die KBP selbst schätzen den Nutzen der Funktion sehr hoch ein, da durch den besseren fachlichen Einblick in die Organisationen eine bessere Steuerung gelingt. Als weitere Nutznießer werden die Klient/innen bzw. deren Angehörige, die Anbieterorganisationen selbst, die Gemeinden, die Sozialberatungsstellen und auch das Land Oberösterreich gesehen.

Die personelle Ausstattung in den Bezirken mit rd. einer Personaleinheit (je nach Größe des Bezirkes) wurde im Wesentlichen als ausreichend beurteilt. Allerdings wird in der Evaluierungsstudie angesichts der bezirksspezifischen Einsatzgebiete eine kritische Überprüfung der Aufgaben empfohlen.

Im Tätigkeitsbereich Casemanagement im Einzelfall wird eine Schärfung des Aufgabenprofils der Kernbereiche der KBP angeregt, um dadurch eine bessere Abgrenzung zu anderen Funktionen zu ermöglichen, die ebenfalls im Bereich des Casemanagements tätig sind. Die Koordination und Vernetzung als weitere Kernaufgabe der KBP hat sich auf der Ebene des Einzelfalls gut etabliert, während für die Tätigkeit auf Systemebene noch das Bewusstsein geschärft werden soll. Die Mitwirkung an der (regionalen) Sozialplanung als dritte Kernaufgabe soll in Zukunft stärker betont werden.

In 17 Bezirken haben die KBP die Qualifikation des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und bringen dadurch eine hohe Pflegeexpertise ein, was von den Trägern sehr geschätzt wird. Die regelmäßigen Treffen der KBP in Peer-Gruppen in den Versorgungsregionen sowie der regelmäßige Kontakt mit dem Land Oberösterreich hat sich bei der Umsetzung der Casemanagementaufgaben bewährt.

Die Aussage: „Das war eine der zündendsten Ideen des Landes ...“ bestätigt die Wichtigkeit der Einführung der Koordination für Betreuung und Pflege in Oberösterreich, wengleich die Anfangsphase viel Überzeugungsarbeit abverlangt hat.

2.2.5 SALZBURG

DIE PFLEGEPERSONALPROGNOSE SALZBURG

Da das Bundesland Salzburg innerhalb Österreichs die höchste Pflegebettendichte aufweist, wird der Schwerpunkt der Planung in der Pflege von quantitativer zu qualitativer Expansion verschoben, ohne dabei die erwarteten Steigerungszahlen in der Pflege außer Acht zu lassen.

Beispielhaft ist hier die „Senioren-Hausgemeinschaft“ anzuführen, die nächste Generation des Senioren-Wohnens, welche die Klein-Gruppe ins Zentrum rückt. Sie ist die Organisationsform menschlichen Zusammenlebens, in der ein Mensch meist von Kind an lebt und sich meist am wohlsten fühlt.

Um eine noch höhere Pflege-Qualität zu sichern, ist ein ausreichender Personalstand notwendig. Dies verlangt präzise Prognosen und sorgfältige Planung, die alle Faktoren einschließt: Da Gesundheits- und Pflege-Sektor sich eines gemeinsamen Pools an Pflegekräften bedienen, muss eine Pflegepersonalprognose somit auch beide Sektoren einschließen.

So beauftragte das Land Salzburg im Rahmen der 2010 gestarteten Pflegeoffensive die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, den Bedarf an Pflegepersonal in Salzburg zu prognostizieren – einmal für den Pflege- und einmal für den Gesundheitsbereich.

Das Angebot an Personal wurde auf Basis einer Ist-Stands-Erhebung auf Individual-Ebene für die Jahre 2011 bis 2020 fortgeschrieben. Die Nachfrage nach Personal wurde auf Basis epidemiologischer und demographischer Prognosen auf Basis der heutigen Pflegelandschaft ebenfalls fortgeschrieben. Die Differenz ergibt jeweils den Mangel oder Überschuss im Personalstand.

Nach dieser Prognose werden im Jahr 2020 ohne weitere Maßnahmen 908 Pflegekräfte oder rund 12% des Pflegepersonals fehlen. Diese teilen sich weiter in 626 Diplomkrankenschwestern und 282 Pflegehelfer auf.

Im Sozialbereich fehlen 93 (15%) der 626 DiplomkrankenschwesternInnen und 218 (77%) der 282 PflegehelferInnen. Wenn keine Gegenmaßnahmen eingeleitet werden, bedeutet dies, dass auf

den Sozialbereich ein Drittel (311) aller fehlenden Pflegekräfte (908) entfallen. Maßnahmen werden dabei in Form von Mitarbeiter-Anwerbung, -Ausbildung und -Bindung vorgeschlagen:

Um mehr Personal anzuwerben, sollten unter anderem

- » Initiativen unterstützt werden, die Pflege sichtbar und populärer machen,
- » eine aufsuchende Berufsberatung in Schulen installiert werden und
- » Berufsorientierungspraktika angeboten werden.

Um mehr Personal auszubilden, sollten

- » neben der Erhöhung der Ausbildungsplätze
- » zusätzliche Gesundheits- und KrankenpflegelehrerInnen eingestellt werden und
- » ein weiterer, dritter Lernort geschaffen werden, der, neben Schule und Praxis, praxisnahes Üben ermöglicht.

Um Personal mehr zu binden, sollten unter anderem

- » Strategien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen entwickelt werden,
- » die Leistungserbringung flexibilisiert werden, damit eine Pflegekraft in Seniorenheimen, in der Hauskrankenpflege und in Tageszentren arbeiten kann und
- » mehr in die untere und mittlere Führungsebene investiert werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass dieser Markt gesteuert werden muss, weil ohne weitere Steuerung das vorhandene Pflegekräfte-Angebot die gegebene Nachfrage nicht bedienen kann. Mit der Pflegepersonalprognose hat das Land Salzburg eine Grundlage für diese nachhaltige und frühzeitige Steuerung geschaffen.

2.2.6 STEIERMARK

RECHTSGRUNDLAGEN

Die Angelegenheiten der stationären, teilstationären und mobilen Pflege sind in nachfolgenden Gesetzen und Verordnungen geregelt:

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, LGBl. Nr. 137/1993 über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen,
 Steiermärkisches Pflegeheimgesetz StPHG, LGBl. Nr. 77/2003 idF 66/2011,
 Durchführungsverordnung zum StPHG, LGBl. Nr. 80/2013
 Personalausstattungsverordnung zum StPHG (GZ Nr. 139/2009),
 Steiermärkisches Sozialbetreuungsberufegesetz StSBBG,
 57. Bundesgesetz: Pflegefondsgesetz – PFG (NR: GP XXIV RV 1207 AB 1286 S. 114. BR: AB 8553 S. 799.) und die aktuelle Fassung des Steiermärkischen Sozialhilfegesetzes StSHG LGBl. Nr. 87/2013 und der diesbezüglichen Leistungsverordnung (LEVO).

STATIONÄRE PFLEGE (PFLEGEHEIME UND PFLEGEPLÄTZE)

Pflegeregress:

Regress bedeutet teilweise Rückforderung von Kosten für einen Pflegeheimplatz, die von Land und Gemeinden zwischenzeitig übernommen werden, wenn der Kostenaufwand der Pflege im Heim höher ist als die Einkünfte der dort gepflegten Person.

Regresspflicht besteht nur bei Unterbringung im Heim und zivilrechtlicher Unterhaltspflicht. Regresspflichtig sind Hilfeempfänger selbst, Kinder gegenüber Eltern, Eltern gegenüber Kindern, Ehegatten und ev. Dritte. Nicht zur Zahlung herangezogen werden Geschwister, Großeltern, Enkel, Schwiegereltern, Schwiegerkinder.

Die Höhe des Regresses für Eltern und Kinder ist nach Einkommen gestaffelt. Unter € 1.500.- Nettoeinkommen wird kein Regress fällig. Kinder haben bei einem Nettoeinkommen von € 1.500.- für die Heimversorgung ihrer Eltern vier Prozent (€ 60.-) zu leisten. Der Betrag erhöht sich um ein halbes Prozent je € 100.- Mehreinkommen bis maximal € 2.700.-. Ab da gilt ein maximaler Betrag von zehn Prozent des Nettoeinkommens. Eltern werden ab einem Nettoeinkommen von € 1.500.- zu einer Beitragsleistung von neun Prozent bzw. € 135.- herangezogen. Der Betrag erhöht sich um ein halbes Prozent je € 100 Mehreinkommen bis maximal € 2.700.-. Ab da gilt ein maximaler Betrag von 15 Prozent. Bei EhegattInnen wird der Regress durch den Unterhalt geregelt.

Anspruchsvoraussetzungen für die Unterbringung in stationären Einrichtungen:

Pflegebedürftige Personen, die ihren Lebensbedarf auf Grund ihrer Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit sonst nicht in zumutbarer Weise ausreichend decken können, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten oder Restkosten der Unterbringung in einer stationären Einrichtung. Bei Personen, die zumindest Pflegegeld der Stufe 4 beziehen, ist das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen anzunehmen. Bei Personen, die nach den pflegegeldrechtlichen Bestimmungen ein Pflegegeld der Stufe 1 bis 3 beziehen oder bei denen das Verfahren der Pflegegeldeinstufung noch nicht abgeschlossen ist, ist die tatsächliche Notwendigkeit der Unterbringung sowie der Pflege- und Betreuungserfordernisse durch ein amtsärztliches und/oder pflegerisches und/oder sozialarbeiterisches Gutachten zu bestätigen.

KURZZEITPFLEGE

Unter Kurzzeitpflege (Urlaubspflege) ist ein kurzzeitiger, vorübergehender Aufenthalt von maximal 3 Monaten im Pflegeheim zur Entlastung der pflegenden Angehörigen zu verstehen. Ziel ist die Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie die Verhinderung oder die Verzögerung einer dauernden Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

Nach Maßgabe freier Betten, besteht die Möglichkeit zur Kurzzeitpflege grundsätzlich in fast allen Pflegeheimen.

ÜBERGANGSPFLEGE

Übergangspflege bezeichnet einen Aufenthalt im Pflegeheim zwischen einem Krankenhausaufenthalt und einer Rehabilitation oder einer weiteren Unterbringungsmöglichkeit. Im großen Teil der Pflegeheime ist Übergangspflege möglich.

TEILSTATIONÄRE PFLEGE/TAGESBETREUUNG FÜR SENIORINNEN

Als Ergänzung zur mobilen Pflege wurde im Jahr 2008 bzw. 2009 vom Land Steiermark das Modell „Tagesbetreuung für Seniorinnen und Senioren“ sowie „Tagesbetreuung Graz für Menschen mit Demenz“ entwickelt. Zielsetzung war es, ein Angebot für ältere Menschen, welche psychosoziale Betreuung und Basispflege benötigen zu schaffen, damit sie weiterhin in ihrem vertrauten Umfeld verbleiben können. Ebenfalls sollten durch dieses Angebot pflegende Angehörige entlastet werden. Diese Tagesbetreuungseinrichtungen werden derzeit in 3 Bezirken als Modellprojekte angeboten und gemäß § 16 Steiermärkisches Sozialhilfegesetz mitfinanziert. Insgesamt stehen im Rahmen dieser Modellprojekte 57 Tagesplätze zur Verfügung.

Des Weiteren waren im Jahr 2012 im Bundesland Steiermark 17 weitere Tagesbetreuungseinrichtungen in Betrieb, welche durch Gemeinden und Sozialhilfverbände subventioniert wurden. Im Rahmen dieser Einrichtungen stehen 239 Tagesbetreuungsplätze zur Verfügung.

Die derzeit geführten Einrichtungen liefern Erfahrungswerte, um den weiteren Ausbau zu planen und klar definierte und landesweit einheitliche Qualitätsrichtlinien zu formulieren. Ziel ist es, diese Leistung steiermarkweit zu etablieren und in die regionale Versorgungsstruktur bedarfsgerecht und qualitätsgesichert einzugliedern.

MOBILE PFLEGE UND BETREUUNG/HAUSKRANKENPFLEGE

Die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste werden in der Steiermark flächendeckend von fünf gemeinnützigen Trägerorganisationen erbracht. Die Leistungen umfassen die Dienste diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester-/pfleger, Pflegehilfe/Fach-SozialbetreuerIn Altenarbeit und Heimhilfe. Vom Hilfswerk Steiermark GmbH wird zudem der Mobile Kinderkrankenpflege-dienst (MoKidi) angeboten. Ausgehend von 101 Stützpunkten/Sozialzentren werden die mobilen Dienste flächendeckend in der gesamten Steiermark erbracht.

Die Förderungsrichtlinien/Qualitätskriterien des Landes geben den einheitlichen Qualitätsstandard vor (www.gesundheit.steiermark.at). Die Verrechnung erfolgt auf Basis einer Normkostenfinanzierung. Die Normkosten werden jährlich valorisiert. Die Personalkosten werden entsprechend der BAGS Kollektivvertragserhöhung und die Gemeinkosten entsprechend des VPI valorisiert.

Der Anstieg der geleisteten Pflege- und Betreuungsstunden von 2011 auf 2012 beträgt rund 4,7 Prozent. Betreffend die Anzahl der erbrachten Hausbesuche beträgt der Anstieg zwischen den Jahren 2011 und 2012 rund 3,3 Prozent.

BETREUTES WOHNEN FÜR SENIORINNEN

Betreutes Wohnen für SeniorInnen ist ein freiwilliges Vertrags-Angebot des Landes an die Gemeinden bzw. Sozialhilfeverbände. Sofern ein Bedarf in der Gemeinde an einer Wohnbetreuung gegeben ist, schließt das Land mit der Gemeinde / dem Sozialhilfeverband einen Förderungsvertrag ab. Das Wohnbetreuungsangebot für SeniorInnen beinhaltet ein Paket mit Grundserviceleistungen und kann von SeniorInnen ab dem vollendeten 54. Lebensjahr in Anspruch genommen werden.

Für die Ermittlung der zumutbaren Eigenleistung für die Grundserviceleistungen wird das Monatsnettoeinkommen (Pension) inklusive Ausgleichszulage herangezogen. Ausgaben wie z.B. die Kosten für Mobile Dienste reduzieren die Bemessungsgrundlage (siehe www.gesundheit.steiermark.at). Die Kosten für die Grundserviceleistungen betragen € 277.- im Monat, wobei der Eigenleistungsanteil des Bewohners sozial gestaffelt berechnet wird.

Im Jahr 2006 wurden die ersten Wohneinheiten errichtet und im Jahr 2012 wurden an 90 Standorten 1.271 Plätze für Betreutes Wohnen angeboten.

24-STUNDEN-BETREUUNG

Gemäß der Richtlinien zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung (§ 21b des Bundespflegegeldgesetzes) kann im Sinne des Hausbetreuungsgesetzes aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung, Zuschüsse an pflegebedürftige Personen oder deren Angehörige gewährt werden.

Die aufgrund dieser Unterstützungsleistung entstehenden Kosten, werden zu 60 Prozent vom Bund und zu 40 Prozent von den Ländern getragen. Die Förderung der 24-Stunden-Betreuung wird in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern geregelt. Im Steiermärkischen Sozialhilfegesetzes § 24a zur Kostentragung der 24-Stunden-Betreuung (Inkrafttreten 01.01.2012) wird geregelt, dass die Sozialhilfeverbände und Städte mit eigenem Statut dem Land 40 Prozent der Kosten zu ersetzen haben. Diese Regelung kommt im Jahr 2013 rückwirkend für 2012 erstmalig zur Anwendung.

Die formelle Abwicklung der 24-Stunden-Betreuung in der Steiermark wird vom Bundessozialamt – Landesstelle Steiermark vorgenommen. Eine Verwaltungsvereinbarung zur 24-Stunden-Betreuung zwischen dem Land Steiermark und dem Bundessozialamt – Landesstelle Steiermark wurde am 23. Juli 2012 abgeschlossen. Die Abrechnung der 24-Stunden-Betreuung erfolgt jeweils im 1. Quartal des darauffolgenden Jahres.

Die Anzahl der Personen, welche einen Zuschuss zur 24-Stunden-Betreuung erhalten, ist um 34,5 Prozent zwischen den Jahren 2011 und 2012 gestiegen.

2.2.7 VORARLBERG

STATIONÄRER BEREICH (PFLEGEHEIME)

Die Aufsicht über die Pflegeheime liegt bei den Bezirkshauptmannschaften. Sie haben im Rahmen der Aufsicht zu prüfen, ob die im Pflegeheimgesetz verankerten Rechte der Bewohner und Bewohnerinnen bzw. die Pflichten der Heimträger erfüllt werden. Dazu stehen den Bezirkshauptmannschaften medizinische, pflegfachliche und technische Sachverständige zur Verfügung. Zur Sicherung eines einheitlichen Vollzuges auf den vier Bezirkshauptmannschaften wurde ein Durchführungserlass zum Pflegeheimgesetz verfügt, der die wesentlichen Aufgaben und Abläufe regelt. Alle Pflegeheime unterliegen zusätzlich dem Tätigkeitsbereich der Patientenanwaltschaft.

Im Jahr 2012 wurde die landesweite Einführung des ressourcenorientierten Bedarfserhebungsinstrumentes BESA fortgesetzt. Ziel ist, dass mittelfristig alle 50 Pflegeheime mit diesem Instrument den Betreuungs- und Pflegebedarf erheben und als Basis für die Leistungsplanung und Qualitätssicherung verwenden. Als Grundlage für die Bewertung der Ergebnisqualität durch die pflegfachlichen Sachverständigen wurde mit wissenschaftlicher Begleitung ein „Prüfraster“ entwickelt und mittlerweile dreimal flächendeckend als Selbstevaluation eingesetzt (2009, 2010 und 2011). Die Fremdevaluation erfolgt im Rahmen der behördlichen Einschau.

Über die behördliche Aufsicht hinaus wurden und werden zahlreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung im stationären Langzeitbereich gesetzt:

- » Jährliche detaillierte Leistungsberichte, zuletzt „Bericht 2012 -stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf“
- » Förderung von Maßnahmen im Bereich Qualitätssicherung, Fortbildungen und Datengrundlagen durch den Dienstleister connexia - Gesellschaft für Gesundheit und Pflege
- » Maßnahmen zur Sicherung des Personalbedarfes, u.a. Erhöhung der Ausbildungskapazitäten sowie Weiterführung der Implacemestiftung „Betreuung und Pflege“.
- » Abgeleitet von den Risikobereichen, die beim Prüfraster untersucht werden, wurden Inhouse-Schulungen für Pflegeheime entwickelt und umgesetzt.

AMBULANTER BEREICH

FÖRDERUNG DER 24-STUNDEN-BETREUUNG

Die Förderungsrichtlinien weichen insofern vom Bundesmodell ab, dass auch Pflegegeldbezieher und Pflegegeldbezieherinnen im Pflegegeldbezug der Stufen 1 und 2 mit einer Demenzerkrankung nach Vorlage eines ärztlichen Attestes die Förderungen für die 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen können.

ZUSCHUSS ZUM PFLEGEgeld

Bei Bezug eines Pflegegeldes der Stufe 5, 6, oder 7, der überwiegenden Pflege zu Hause durch Verwandte und/oder Nachbarinnen/Nachbarn, Wohnsitz in Vorarlberg und keinem Bezug eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung kann ein monatlicher Zuschuss in der Höhe von Euro 100,- beantragt werden.

BERATUNG UND INFORMATION

Das Leistungsspektrum der dezentralen, flächendeckend ausgebauten Hauskrankenpflegevereine geht weit über das Niveau einer medizinischen Hauskrankenpflege nach ASVG hinaus. Die Anleitung, Beratung und psychosoziale Betreuung der Angehörigen können als Leistungen dokumentiert werden und finden bei der Förderung der Hauskrankenpflegevereine ihre Berücksichtigung. Durch die besondere Finanzierungsstruktur sind die Leistungen der Hauskrankenpflege für die Betroffenen und ihre Familien weitgehend kostenfrei. Nur bei pflegeintensiven Situationen wird ein angemessener Pflegebeitrag eingehoben.

In Zusammenarbeit mit dem Bildungshaus Batschuns wird ein Schwerpunkt für pflegende Angehörige gesetzt. Ein neues Element sind Tandem-Gruppen, in denen Angehörige von dementiell erkrankten Menschen durch pflegefachliche Begleitung beraten und unterstützt werden.

Auf der Homepage des Landes Vorarlberg wurden alle Informationen zur Betreuung und Pflege kompakt zusammengefasst. Im „Wegbegleiter zur Pflege daheim“ finden sich diese Informationen auch in gedruckter Form.

CASE MANAGEMENT UND CARE MANAGEMENT, BEDARFS- UND ENTWICKLUNGSPLAN

Das im Jahr 2011 gestartete Projekt „Case Management“ wurde 2012 weitergeführt, um die Pläne, ein bedarfsgerechtes Paket („fit“) für jeden Klienten zu erhalten und die Zahl der Pflegeheimaufnahmen auf das notwendige Ausmaß zu reduzieren, Schritt für Schritt in die Praxis umzusetzen.

Im Jahr 2012 wurden die ersten Voraussetzungen für das Projekt „Care Management“ geschaffen.

Es erfolgte die Erstellung eines wissenschaftlich begleiteten Bedarfs- und Entwicklungsplanes in Bezug auf die aktuelle Pflegebedürftigkeit und die zu erwartenden Bedarfe in den Leistungssegmenten des ambulanten und stationären Bereiches mit deren Entwicklung bis zum Jahr 2030 für Vorarlberg und für die einzelnen Regionen.

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

- » Jahresbericht 2012 des „Betreuungs- und Pflegenetz“
- » Aktion Demenz
- » daSein-Zeitschrift für pflegende Angehörige

2.2.8 WIEN

Der Fachbereich Pflege und Betreuung des Fonds Soziales Wien hat die Aufgabe die ambulante und stationäre Pflege und Betreuung im Sinne einer umfassenden Pflegekette hinsichtlich der Pflege- und Betreuungsleistungen übergreifend zu planen, zu steuern, zu fördern und mit den Partnerorganisationen umzusetzen.

QUALITÄTSSICHERUNG FÜR STATIONÄRE PFLEGE UND BETREUUNG

WienerInnen, deren Pflege- und Betreuungsbedarf einen stationären Aufenthalt erforderlich macht, stehen zahlreiche Einrichtungen mit allgemeinen und spezifischen Leistungsangeboten von knapp 30 verschiedenen Trägern an über 90 Standorten zur Verfügung. Der Fachbereich Pflege und Betreuung koordiniert in diesem Zusammenhang das Angebot und sorgt für die Einhaltung von Qualitätsvorgaben.

GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Die gesetzlichen Grundlagen bilden das mit 29.06.2005 in Kraft getretene Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WWPG) und die Verordnung der Wiener Landesregierung betreffend Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen (Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz). In diesem Gesetz sind beispielsweise Mindeststandards zur Personalausstattung, zu baulich-technischen Vorgaben, der Betriebsführung sowie der Wahrung der Rechte der BewohnerInnen festgeschrieben.

QUALITÄTSPROGRAMM FÜR WOHN- UND PFLEGEHEIME

Auf Grundlage des WWPG wurde vom Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen in Zusammenarbeit mit dem Fonds Soziales Wien, der Magistratsabteilung 40 und VertreterInnen von Partnerorganisationen das „Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime“ entwickelt. Das Ziel dieses Qualitätsprogramms ist es, auf Basis des WWPG, der Durchführungsverordnung und anerkannter fachlicher Standards, eine inhaltliche Grundlage zur Qualitätsentwicklung, -sicherung und -kontrolle in Wiener Wohn- und Pflegeheimen zur Verfügung zu stellen.

- » 2010 wurden die Qualitätsanforderungen mit dem Ablaufmodell „BewohnerInnen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen pflegen und betreuen“ erweitert.
- » In den Jahren 2009 bis 2012 wurden insgesamt 12 evidenzbasierte Handlungsleitlinien zu den Qualitätsindikatoren Hautintegrität, demenzielle Erkrankungen, Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement, Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Kontinenzmanagement, Medikamenten-compliance, Mobilität/Immobilität, Schmerzmanagement, Soziale Integration, Sturzprophylaxe, Atmung/Pneumonieprophylaxe und Umgang mit Sucht/ Abhängigkeit von Substanzen entwickelt. Die Zusammenführung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Expertisen zu zentralen Themen bringt Unterstützung im Pflegealltag und leistet als fachlich fundierte Arbeitshilfe einen Beitrag zur Professionalisierung.

2012 publizierte der Dachverband 11 dieser evidenzbasierten Handlungsleitlinien im facultas Verlag. Das Kompendium stellt eine kompakte, übersichtliche und informative von PraktikerInnen für die Praxis erstellte Fachliteratur dar. Die laufende Weiterentwicklung des Qualitätsprogrammes stellt einen wesentlichen weiteren Schritt in Qualitätssicherung und -entwicklung der Langzeitpflege in Wien dar. Das individuelle Wohlbefinden der BewohnerInnen in den Wiener Wohn- und Pflegeeinrichtungen soll durch diesen Beitrag über die gesetzlichen Mindeststandards hinaus gefördert werden.

QUALITÄTSPRÜFUNG: AUFSICHTSBEHÖRDE UND QUALITÄTSAUDITS

Die Überprüfung der gesetzlichen Mindeststandards obliegt der Magistratsabteilung 40 „Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht“, jener Aufsichtsbehörde die systematisch, regelmäßig und anlassbezogen die Umsetzung der Anforderungen in den stationären Einrichtungen durchführt. Die gute Zusammenarbeit zwischen der Aufsichtsbehörde und der Wiener Pflege-, PatientInnen- und Patientenadvokatur mit dem Fonds Soziales Wien, ermöglicht es, gemeinsam mit den Partnerorganisationen an der Qualitätssicherung und einer stetigen Qualitätsweiterentwicklung zu arbeiten.

Darüber hinaus werden derzeit durch den Fonds Soziales Wien Qualitätsaudits bei anerkannten LeistungsanbieterInnen entwickelt, um die in den allgemeinen und spezifischen Förderrichtlinien und im Qualitätsprogramm festgeschriebenen Kriterien ab 2014 strukturiert und regelmäßig zu evaluieren.

UNTERNEHMEN STATIONÄRER PFLEGE UND BETREUUNG VERPFLICHTEN SICH ZUR QUALITÄT

Mit der in den allgemeinen und spezifischen Förderrichtlinien für stationäre Pflege und Betreuung verankerten Anerkennung verpflichten sich die BetreiberInnen der stationären Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements, z. B. Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung, zur Umsetzung von Qualitätsstandards und von Richtlinien des Fonds Soziales Wien, sowie zur Sicherstellung von Fortbildungs- und Supervisionsangeboten für MitarbeiterInnen.

NEUE UNTERNEHMEN: QUALITÄTSGESTEUERT VON ANFANG AN

Die Vorgaben des WWPG fließen auch in die Planung von neuen stationären Einrichtungen ein. Besonderer Wert wird bei neu entstehenden Einrichtungen in der Planungsphase auf den Bedarf an Plätzen und die Erfüllung der Standards gemäß WWPG und den definierten Qualitätskriterien im Qualitätsprogramm gelegt. In dieser Phase müssen unter anderem auch bereits eine dem WWPG entsprechende Betriebs- und Leistungsbeschreibung sowie ein Konzept zur geplanten Personalausstattung vorliegen. Die Berücksichtigung der Wohn- und Lebensqualität für die BewohnerInnen muss in diesen Konzepten ersichtlich sein.

QUALITÄTSSICHERUNG FÜR MOBILE PFLEGE UND BETREUUNG

WienerInnen, deren Pflege- und Betreuungsbedarf die Inanspruchnahme von Leistungen der mobilen oder ambulanten Pflege und Betreuung erforderlich macht, stehen zahlreiche geförderte und kostenfreie Dienstleistungen zur Verfügung. Der Fachbereich Pflege und Betreuung koordiniert in diesem Zusammenhang das Angebot und sorgt für die Einhaltung von Qualitätsvorgaben.

GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Gesetzliche Mindestanforderungen sind im Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG) und den Berufsgesetzen der leistungserbringenden Berufsgruppen geregelt. Das WSHG regelt in diesem Zusammenhang vor allem, welche sozialen Dienste (wie Hauskrankenpflege und Tageszentren) in Betracht kommen. Weiters sind die Regelungen zur Aufsicht im Gesetzestext verankert.

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und dem Wiener Sozialbetreuungsberufegesetz sind die jeweiligen Kriterien zur Ausbildung und Fortbildungspflicht, die Berufsbilder, die Tätigkeiten und weitere qualitätsrelevante Dimensionen für die leistungserbringenden Berufsgruppen definiert.

QUALITÄTSHANDBUCH UND HANDLUNGSLEITLINIEN

Im Auftrag des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen wurde 2008 das „Qualitätshandbuch ambulant“ mit VertreterInnen der Partnerorganisation und des Fonds Soziales Wien unter wissenschaftlicher Begleitung erarbeitet.

- » Nachdem die gesetzlichen Grundlagen in der ambulanten Pflege und Betreuung nicht in dem Ausmaß wie in der stationären Pflege und Betreuung definiert sind, ist es das Ziel des Qualitätshandbuchs im Rahmen eines „Wiener Standards“ einheitliche Vorgehensweisen zu ermöglichen.
- » In den Jahren 2009 bis 2012 wurden gesamt 12 evidenzbasierte Handlungsleitlinien zu den Qualitätsindikatoren Hautintegrität, demenzielle Erkrankungen, Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement, Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Kontinenzmanagement, Medikamenten-compliance, Mobilität/Immobilität, Schmerzmanagement, Soziale Integration, Sturzprophylaxe, Atmung/Pneumonieprophylaxe und Umgang mit Sucht/Abhängigkeit von Substanzen entwickelt. Die Zusammenführung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Expertisen zu zentralen Themen bringt Unterstützung im Pflegealltag und leistet als fachlich fundierte Arbeitshilfe einen Beitrag zur Professionalisierung.
- » 2012 publizierte der Dachverband 11 dieser evidenzbasierten Handlungsleitlinien im facultas Verlag. Das Kompendium stellt eine kompakte, übersichtliche und informative von PraktikerInnen für die Praxis erstellte Fachliteratur dar.
- » Für den teilstationären Bereich der Geriatrischen Tageszentren (integrative geriatrische Tageszentren und zielgruppenorientierte geriatrische Tageszentren) wurde 2011 im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen mit VertreterInnen von Partnerorganisation und des Fonds Soziales Wien mit der Erstellung von Rahmenrichtlinien bezüglich Qualität in Tageszentren begonnen. Ziel ist es für die Tageszentren Qualitätskriterien zu definieren, um zum Wohle der Wienerinnen und Wiener einheitliche und messbare Qualitätsstandards im Bezug auf die Leistungserbringung zu definieren. 2012 wurde an diesen Qualitätskriterien weitergearbeitet.

QUALITÄTSPRÜFUNG: AUFSICHTSBEHÖRDE UND QUALITÄTSAUDITS

Die Überprüfung der gesetzlich definierten Mindeststandards obliegt der Magistratsabteilung 40 „Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht“, jener Aufsichtsbehörde die systematisch, regelmäßig und anlassbezogen die Umsetzung der Anforderungen in den Einrichtungen der mobilen Dienstleistern und Tageszentren durchführt. Die gute Zusammenarbeit mit der Aufsichtsbehörde der Wiener Pflege-, PatientInnen- und Patienten-anwaltschaft und dem Fonds Soziales Wien ermöglicht es, gemeinsam mit den Partnerorganisationen an der Qualitätssicherung und einer stetigen Qualitätsweiterentwicklung zu arbeiten.

Im Rahmen von Qualitätsaudits bei anerkannten LeistungsanbieterInnen durch den Fonds Soziales Wien wird die Erfüllung der Anforderungen der allgemeinen und spezifischen Förderrichtlinien und des Qualitätsprogrammes regelmäßig vor Ort strukturiert evaluiert sowie Qualitätsweiterentwicklungen sichtbar gemacht. 2012 wurde das Auditsystem für die mobilen Dienste entwickelt und mittels Probeaudits evaluiert.

Im Jahr 2013 werden sämtliche anerkannte Partnerorganisationen, welche mobile Dienste anbieten durch den Fonds Soziales Wien auditiert. An der Umsetzung der Qualitätsaudits in den Tageszentren wird, wie an den Rahmenrichtlinien bezüglich Qualität, laufend weitergearbeitet.

Zufriedenheitsstudie als Basis für Qualitätsverbesserungen

Die Zufriedenheit aller Kundinnen und Kunden mit den Leistungen des Fonds Soziales Wien und der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege und Betreuung durch die anerkannten Partnerorganisationen wurde 2011/2012 in einer Wien weiten Befragung durch den Fonds Soziales Wien erhoben. Die durch diese Befragung erlangten Erkenntnisse unterstützen die Identifizierung von Verbesserungspotentialen und leisten einen wesentlichen Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung der qualitativen Leistungserbringung.

Es ist geplant die Zufriedenheitsbefragung der Kundinnen und Kunden in Zukunft in regelmäßigen Intervallen zu wiederholen und auch bei Wienerinnen und Wienern in anerkannten Einrichtungen der stationären Pflege und Betreuung im Jahr 2013 zu durchzuführen.

WEITERE MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG UND –ENTWICKLUNG

Neben den spezifisch – für mobile oder stationäre Angebote – eingesetzten Qualitätsmaßnahmen, schaffen auch 2012 die folgenden Bereiche und Aktivitäten eine Basis für eine generelle Qualitätsentwicklung und festigen etablierte Qualitätsstrukturen.

- » Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen in Arbeitsgruppen zu spezifischen Themen und laufender Informationsaustausch auf Ebene der GeschäftsführerInnen und Pflegedienstleitungen.
- » Beratungs- und Informationsangebote zur Inanspruchnahme individuell geeigneter Dienstleistungen erfolgen vorrangig durch das Beratungszentrum Pflege und Betreuung des Fonds Soziales Wien. Der Fonds Soziales Wien stellt an mehreren Standorten sicher, dass alle Wienerinnen und Wiener individuelle Hilfe bekommen können, unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten und unabhängig von der Ursache des Betreuungsbedarfs.
- » Unterstützung und Informationen bieten darüber hinaus der Kontaktbesuchsdienst, das Wiener SeniorInnenbüro, Beratungsangebote für pflegende Angehörige, die SeniorInnenberatung für MigrantInnen und Medien wie die Homepage www.fsw.at und das Broschürenservice des Fonds Soziales Wien.
- » Der Nachweis der Effizienzsteigerung im Fonds Soziales Wien und dessen operativen Dienstleistungsbetrieben wird durch die Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagementsystems angestrebt.

3. GELDLEISTUNGEN

3.1 ANTRAGSBEWEGUNG FÜR ERSTMALIGE ZUERKENNUNGEN UND ERHÖHUNGEN IN DER PENSIONSVERSICHERUNG IM JAHR 2012

Im Jahr 2012 wurden in der Pensionsversicherung insgesamt 153.891 Neu- und Erhöhungsanträge eingebracht und über 153.119 Anträge entschieden.

Im Jahr 2012 eingelangte Neuanträge	68.175			
Summe aller im Jahr 2012 erledigten Anträge	67.763	100,00%		
Davon erstmalige Zuerkennungen	48.441	71,50%		100,00%
davon Stufe 1			19.428	40,10%
Stufe 2			14.888	30,70%
Stufe 3			6.359	13,10%
Stufe 4			4.064	8,40%
Stufe 5			2.507	5,20%
Stufe 6			768	1,60%
Stufe 7			427	0,90%
Ablehnungen	12.400	18,30%		
Sonstige Erledigungen ^{x)}	6.922	10,20%		

Aufgrund von Neuanträgen wurde zumeist ein Pflegegeld in Höhe der Stufen 1 und 2 (ca. 70%) gewährt und nur in 427 Fällen (0,9%) ein Pflegegeld der Stufe 7; rund 18% der Anträge wurden abgewiesen.

Im Jahr 2012 eingelangte Erhöhungsanträge	85.716			
Summe aller im Jahr 2012 erledigten Anträge	85.356	100,00%		
Davon Zuerkennung eines höheren Pflegegeldes	56.671	66,40%		100,00%
davon Stufe 2			8.076	14,30%
Stufe 3			13.373	23,60%
Stufe 4			14.156	25,00%
Stufe 5			13.633	24,10%
Stufe 6			4.802	8,50%
Stufe 7			2.631	4,60%
Ablehnungen	18.861	22,10%		
Sonstige Erledigungen ^{x)}	9.824	11,50%		

^{x)} Sonstige Erledigungen sind etwa Antragsrückziehung, Tod und Abtretungen mangels Zuständigkeit.

Rund zwei Drittel aller Erhöhungsanträge hatten die Gewährung eines höheren Pflegegeldes zur Folge, wobei überwiegend ein Pflegegeld der Stufen 3, 4 und 5 zuerkannt wurde.

3.2 KLAGEN GEGEN BESCHEIDE DER PENSIONSVERSICHERUNGSTRÄGER

Gegen Pflegegeldbescheide besteht die Möglichkeit der Klage an das Arbeits- und Sozialgericht. Bei Einführung der Pflegegeldgesetze bestand zunächst nur eine Klagsmöglichkeit für die Stufen 1 und 2, seit dem 1.7.1995 (BGBl. Nr. 131/95) besteht die Klagsmöglichkeit für alle Stufen.

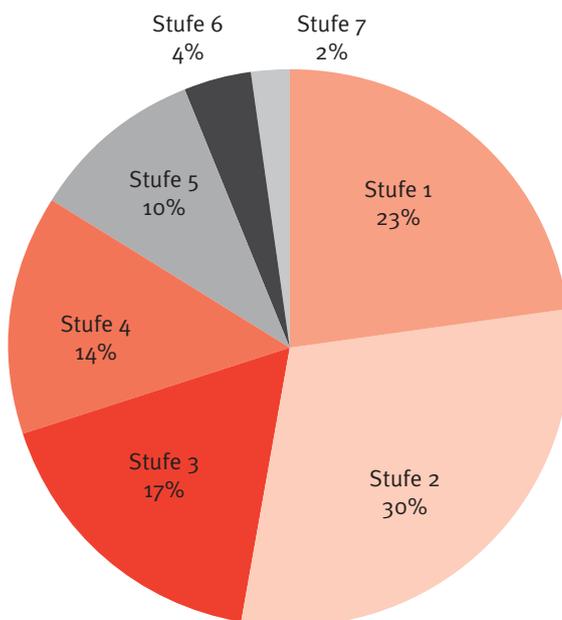
KLAGEN GEGEN PFLEGEGELDBESCHEIDE DER PENSIONSVERSICHERUNGSTRÄGER

	2005		2006		2007		2008	
	absolut	Anteil	absolut	Anteil	absolut	Anteil	absolut	Anteil
Entscheidungen der PV-Träger (Neu- und Erhöhungsanträge)	149.794		150.279		152.032		160.893	
eingebrachte Klagen	6.381		6.369		6.589		6.622	
Anteil der Klagen an den Entscheidungen		4,26%		4,24%		4,33%		4,12%
Erledigungen der Arbeits- und Sozialgerichte	6.032	100%	6.321	100%	6.341	100%	6.425	100%
davon								
Stattgebungen	514	8,52%	502	7,94%	514	8,11%	438	6,82%
Vergleiche	2.843	47,13%	2.865	45,33%	2.942	46,40%	3.049	47,46%
Klagsrücknahmen	1.729	28,66%	2.040	32,27%	2.035	32,09%	2.122	33,03%
Abweisungen	865	14,34%	800	12,66%	754	11,89%	709	11,04%
sonstige Erledigungen	81	1,34%	114	1,80%	96	1,51%	107	1,67%
	2009		2010		2011		2012	
	absolut	Anteil	absolut	Anteil	absolut	Anteil	absolut	Anteil
Entscheidungen der PV-Träger (Neu- und Erhöhungsanträge)	175.214		168.920		151.778		153.119	
eingebrachte Klagen	7.119		7.237		6.827		8.596	
Anteil der Klagen an den Entscheidungen		4,06%		4,28%		4,50%		5,61%
Erledigungen der Arbeits- und Sozialgerichte	6.621	100%	6.693	100%	6.007	100%	7.515	100%
davon								
Stattgebungen	473	7,14%	436	6,51%	406	6,76%	470	6,25%
Vergleiche	3.149	47,56%	3.344	49,96%	2.887	48,06%	3.530	46,97%
Klagsrücknahmen	2.188	33,05%	2.097	31,33%	1.978	32,93%	2.704	35,98%
Abweisungen	685	10,35%	676	10,10%	651	10,84%	701	9,33%
sonstige Erledigungen	126	1,90%	140	2,09%	85	1,42%	110	1,46%

Der prozentuelle Anteil der eingebrachten Klagen gegen Pflegegeldbescheide der Pensionsversicherungsträger ist im Jahr 2012 gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Der Prozentsatz der Stattgebungen und Vergleiche ist gesunken, während sich jener der Klagsrücknahmen um 3% erhöht hat.

3.3 PFLEGEgeldBEZIEHERINNEN DES BUNDES AM 31.12.2012

		Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Pensionsversicherung	Frauen	54.446	67.996	38.488	32.506	23.356	8.327	4.305	229.424
	Männer	23.472	35.007	19.586	16.452	10.399	4.487	1.877	111.280
	Gesamt	77.918	103.003	58.074	48.958	33.755	12.814	6.182	340.704
Unfallversicherung	Frauen	18	38	35	64	41	14	13	223
	Männer	114	210	160	468	217	76	62	1.307
	Gesamt	132	248	195	532	258	90	75	1.530
andere Bundesträger	Frauen	3.189	4.678	2.936	2.536	2.352	595	344	16.630
	Männer	2.348	4.236	2.564	2.082	1.628	520	245	13.623
	Gesamt	5.537	8.914	5.500	4.618	3.980	1.115	589	30.253
ehemalige LandespflegegeldbezieherInnen	Frauen	10.274	13.077	8.031	5.325	3.786	2.156	1.356	44.005
	Männer	5.128	6.601	4.610	3.101	1.972	2.008	984	24.404
	Gesamt	15.402	19.678	12.641	8.426	5.758	4.164	2.340	68.409
Summe	Frauen	67.927	85.789	49.490	40.431	29.535	11.092	6.018	290.282
	Männer	31.062	46.054	26.920	22.103	14.216	7.091	3.168	150.614
	Gesamt	98.989	131.843	76.410	62.534	43.751	18.183	9.186	440.896



3.4 PFLEGEgeldBEZIEHERINNEN NACH ENTSCHEIDUNGSTRÄGER UND STUFE

Stichtag 31.12.2012

Männer

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Pensionsversicherungsanstalt	23.969	33.589	19.908	15.862	9.950	5.609	2.523	111.410
VA öffentlich Bediensteter	2.143	3.514	2.139	1.729	1.306	464	196	11.491
SVA der Bauern	1.828	3.837	1.892	1.675	1.071	383	164	10.850
SVA der gewerblichen Wirtschaft	1.802	2.648	1.503	1.542	1.005	410	158	9.068
VA für Eisenbahnen und Bergbau	1.284	2.388	1.416	1.216	826	211	119	7.460
Bundessozialamt	34	73	57	73	52	12	7	308
VA des österreichischen Notariats	2	5	5	6	6	2	1	27
Gesamt	31.062	46.054	26.920	22.103	14.216	7.091	3.168	150.614

Frauen

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Pensionsversicherungsanstalt	53.508	65.478	37.935	29.746	21.666	8.984	4.607	221.924
VA öffentlich Bediensteter	3.186	4.374	2.651	2.250	1.939	510	315	15.225
SVA der Bauern	6.020	9.286	4.881	4.330	2.809	751	589	28.666
SVA der gewerblichen Wirtschaft	3.368	3.876	2.186	2.419	1.786	559	308	14.502
VA für Eisenbahnen und Bergbau	1.726	2.574	1.685	1.545	1.193	262	176	9.161
Bundessozialamt	116	197	149	137	142	21	23	785
VA des österreichischen Notariats	3	4	3	4	0	5	0	19
Gesamt	67.927	85.789	49.490	40.431	29.535	11.092	6.018	290.282

Männer + Frauen

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Pensionsversicherungsanstalt	77.477	99.067	57.843	45.608	31.616	14.593	7.130	333.334
VA öffentlich Bediensteter	5.329	7.888	4.790	3.979	3.245	974	511	26.716
SVA der Bauern	7.848	13.123	6.773	6.005	3.880	1.134	753	39.516
SVA der gewerblichen Wirtschaft	5.170	6.524	3.689	3.961	2.791	969	466	23.570
VA für Eisenbahnen und Bergbau	3.010	4.962	3.101	2.761	2.019	473	295	16.621
Bundessozialamt	150	270	206	210	194	33	30	1.093
VA des österreichischen Notariats	5	9	8	10	6	7	1	46
Gesamt	98.989	131.843	76.410	62.534	43.751	18.183	9.186	440.896

3.5 PFLEGEGEGELDBEZIEHERINNEN IN EWR-STAATEN UND DER SCHWEIZ

Stichtag 31.12.2012

Am 8.3.2011 hat der Europäische Gerichtshof in der Rechtssache C-215/99, Jauch, entschieden, dass das Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz bei einer gemeinschaftsrechtlichen Begriffsauslegung als eine „Leistung bei Krankheit und Mutterschaft“ im Sinne der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zu qualifizieren und daher nach den speziellen Zuständigkeitsvorschriften für die Leistung bei Krankheit auch in Mitgliedsstaaten des EWR zu exportieren ist, wenn Österreich für die Gewährung der Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft zuständig ist. Dies trifft in der Regel dann zu, wenn ausschließlich eine Pension oder Rente nach österreichischen Vorschriften bezogen wird, da bei Bezug einer solchen Leistung vom Wohnortstaat nicht Österreich, sondern dieser für die Krankenversicherung zuständig ist.

Aufgrund von zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits abgeschlossener Abkommen, wodurch das EG-Recht auch im Verhältnis zur Schweiz anzuwenden ist, trifft dies auch bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz zu.

In der folgenden Tabelle wird dargestellt, wie viele im EWR und der Schweiz wohnhafte Frauen und Männer zum Stichtag 31.12.2012 ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz bezogen haben und in welchen Staaten sie wohnen.

Staat	Männer	Frauen	Gesamt
Deutschland	143	201	344
Slowenien	16	17	33
Ungarn	23	2	25
Spanien	12	9	21
Italien	5	9	14
Polen	9	4	13
Tschechische Republik	7	4	11
Schweiz	2	5	7
Slowakei	6	1	7
Griechenland	3	3	6
Niederlande	2	4	6
Großbritannien	3	2	5
Frankreich	1	3	4
Portugal	1	3	4
Belgien	1	1	2
Rumänien	1	1	2
Finnland	1	0	1
Liechtenstein	1	0	1
Norwegen	0	1	1
Schweden	0	1	1
Gesamt	237	271	508

3.6 PFLEGEGEGELDBEZIEHERINNEN GEMÄß § 5a OFG

Stichtag 31.12.2012

Gemäß § 5a des Opferfürsorgegesetzes haben Personen, die in der im § 500 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes angeführten Zeit und aus den dort angeführten Gründen ausgewanderten, auf Antrag und unter den sonstigen Voraussetzungen des Bundespflegegeldgesetzes Anspruch auf eine monatliche Leistung in der jeweiligen Höhe eines Pflegegeldes der Stufen 1 bis 7, wenn sich ihr gewöhnlicher Aufenthalt auf Grund dieser Auswanderung im Ausland befindet.

Dabei handelt es sich um Personen, die in der Zeit vom 4.3.1933 bis 9.5.1945 aus politischen Gründen – außer wegen nationalsozialistischer Betätigung – oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung in ihren sozialversicherungsrechtlichen Verhältnissen einen Nachteil erlitten haben und die aus den angeführten Gründen ausgewandert sind. Dieser Personenkreis hat auch dann einen Anspruch auf Pflegegeld, wenn sich ihr gewöhnlicher Aufenthalt außerhalb des EWR bzw. der Schweiz befindet.

Zum Stichtag 31.12.2012 bezogen insgesamt 1.980 pflegebedürftige Menschen ein Pflegegeld nach dieser Bestimmung, die sich wie folgt auf die einzelnen Staaten aufteilen:

Staat	Männer	Frauen	Gesamt
USA	237	574	811
Israel	222	434	656
Großbritannien	44	131	175
Argentinien	18	48	66
Australien	23	43	66
Kanada	8	24	32
Frankreich	12	17	29
Chile	7	14	21
Deutschland	9	12	21
Brasilien	1	13	14
Schweiz	2	11	13
Uruguay	4	8	12
Schweden	1	10	11
Italien	4	4	8
Peru	1	5	6
Belgien	1	3	4
Mexiko	1	3	4
Ungarn	0	4	4
Kolumbien	0	3	3
Spanien	2	1	3
Venezuela	2	1	3
Bolivien	0	2	2
Bulgarien	0	2	2

Staat	Männer	Frauen	Gesamt
Zypern	1	1	2
Amerikan. Jungferinseln	0	1	1
Costa Rica	0	1	1
Dominikanische Republik	0	1	1
Guatemala	0	1	1
Monaco	1	0	1
Neuseeland	0	1	1
Niederlande	0	1	1
Panama	0	1	1
Rumänien	1	0	1
Singapur	1	0	1
Südafrika	0	1	1
Tschechische Republik	1	0	1
Gesamt	604	1376	1980

3.7 AUFWAND NACH STUFEN UND BUNDESLAND

IM ZEITRAUM 1.1.2012 BIS 31.12.2012

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Bgld	5.603.930	19.171.405	16.755.681	22.691.570	18.652.911	7.907.747	7.823.717	98.606.961
Ktn	15.112.990	36.316.525	28.952.565	38.105.836	28.860.027	13.634.154	10.086.076	171.068.173
Noe	34.582.070	87.545.812	73.616.885	105.244.793	90.588.049	48.106.434	41.054.751	480.738.794
Ooe	27.848.802	72.640.164	67.804.087	71.915.693	84.810.993	37.742.422	31.121.587	393.883.748
Sbg	10.018.357	24.243.231	24.334.238	24.199.051	25.061.942	14.646.608	9.002.873	131.506.300
Stmk	27.552.107	76.677.811	67.759.592	84.865.927	84.041.228	57.690.711	34.129.831	432.717.207
Tirol	11.090.321	30.117.580	27.927.165	33.503.225	33.079.409	24.433.842	8.336.428	168.487.970
Vbg	5.460.921	15.293.353	16.677.896	15.807.469	19.646.385	16.662.245	5.812.691	95.360.960
Wien	40.839.441	89.250.466	71.074.191	90.686.345	66.042.765	41.668.808	28.017.093	427.579.109
Ausland	593.606	3.109.790	2.448.738	4.061.929	2.784.219	1.857.909	901.073	15.757.264
Gesamt	178.702.545	454.366.137	397.351.038	491.081.838	453.567.928	264.350.880	176.286.120	2.415.706.486

3.8 DURCHSCHNITTLICHER PFLEGEGERELDAUFWAND IM JAHR 2012

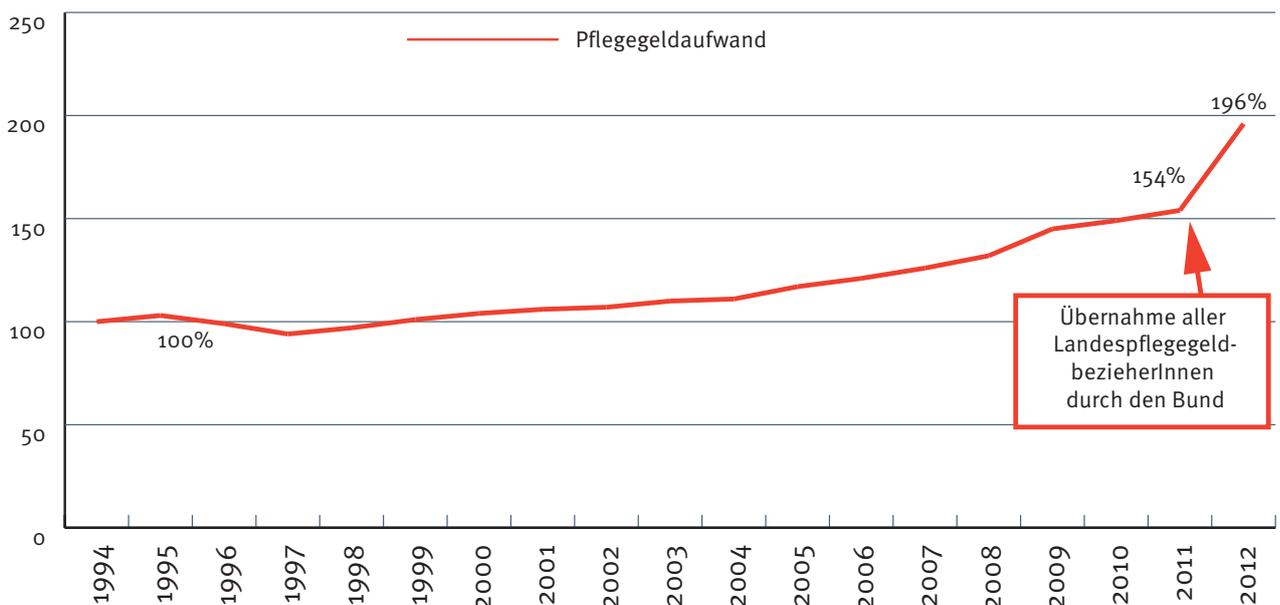
	Pflegegeld- bezieherInnen	Aufwand	durchschnittlicher jährlicher Aufwand pro BezieherIn	durchschnittlicher monatlicher Aufwand pro BezieherIn
Burgenland	17.480	98.606.961	5.641	470,09
Kärnten	33.518	171.068.173	5.104	425,31
Niederösterreich	86.305	480.738.794	5.570	464,19
Oberösterreich	71.074	393.883.748	5.542	461,82
Salzburg	24.214	131.506.300	5.431	452,58
Steiermark	74.927	432.717.207	5.775	481,27
Tirol	29.754	168.487.970	5.663	471,89
Vorarlberg	15.967	95.360.960	5.972	497,70
Wien	84.731	427.579.109	5.046	420,53
Ausland	2.658	15.757.264	5.928	494,02
Gesamt	440.628,00	2.415.706.486,00	5.482,42	456,87

Quelle: Auswertung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

3.9 KOSTENENTWICKLUNG DES BUNDESPFLEGEGERELDES

(in Millionen Euro)

In der folgenden Tabelle wird der Pflegegeldaufwand des Bundes in den Jahren 1994 bis 2012 dargestellt. Die außergewöhnliche Steigerung im Jahr 2012 ist darauf zurückzuführen, dass mit dem Pflegegeldreformgesetz 2012 die PflegegeldbezieherInnen der Länder mit Wirkung vom 1. Jänner 2012 in die Bundeskompetenz übernommen wurden.



Jahr	Pflegegeldaufwand ¹⁾	Pflegegeldaufwand (Veränderung zum Vorjahr in %)
1994	1.340,90	-
1995	1.379,40	2,9
1996	1.321,60	-4,2
1997	1.266,30	-4,2
1998	1.299,50	2,6
1999	1.355,60	4,3
2000	1.397,60	3,1
2001	1.426,90	2,1
2002	1.432,50	0,4
2003	1.470,60	2,7
2004	1.489,30	1,3
2005	1.566,40	5,2
2006	1.621,40	3,5
2007	1.691,50	4,3
2008	1.774,30	4,9
2009	1.943,10	9,5
2010	2.002,20	3
2011	2.070,60	3,4
2012	2.632,50	27,1

1) In diesen Beträgen sind die Verwaltungskosten enthalten.

3.10 PFLEGEgeldBEZIEHERINNEN NACH BUNDESland UND STUFE

Stichtag 31.12.2012

Männer

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Bgld	958	1.823	1.086	958	577	240	135	5.777
Ktn	2.592	3.754	1.910	1.656	842	399	194	11.347
Noe	5.841	8.957	5.158	4.618	2.962	1.326	733	29.595
Ooe	4.900	7.197	4.479	3.407	2.702	917	512	24.114
Sbg	1.853	2.529	1.638	1.167	830	380	165	8.562
Stmk	4.484	7.841	4.537	3.930	2.611	1.595	598	25.596
Tirol	1.923	3.180	1.927	1.552	972	689	171	10.414
Vbg	994	1.691	1.171	815	685	401	119	5.876
Wien	7.405	8.813	4.853	3.838	1.952	1.104	527	28.492
Ausland	112	269	161	162	83	40	14	841
Summe	31.062	46.054	26.920	22.103	14.216	7.091	3.168	150.614

Frauen

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Bgld	2.163	3.670	2.170	1.941	1.219	304	261	11.728
Ktn	5.819	6.793	3.614	3.210	1.877	557	370	22.240
Noe	13.261	16.604	8.916	8.787	5.785	1.969	1.451	56.773
Ooe	10.701	13.797	8.525	5.787	5.371	1.556	1.050	46.787
Sbg	3.775	4.589	3.074	1.872	1.595	619	280	15.804
Stmk	10.486	14.374	8.555	6.939	5.610	2.470	1.179	49.613
Tirol	4.180	5.622	3.407	2.699	2.211	1.001	258	19.378
Vbg	2.051	2.799	2.042	1.220	1.219	739	187	10.257
Wien	15.287	16.972	8.913	7.645	4.482	1.802	954	56.055
Ausland	204	569	274	331	166	75	28	1.647
Summe	67.927	85.789	49.490	40.431	29.535	11.092	6.018	290.282

Männer + Frauen

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Bgld	3.121	5.493	3.256	2.899	1.796	544	396	17.505
Ktn	8.411	10.547	5.524	4.866	2.719	956	564	33.587
Noe	19.102	25.561	14.074	13.405	8.747	3.295	2.184	86.368
Ooe	15.601	20.994	13.004	9.194	8.073	2.473	1.562	70.901
Sbg	5.628	7.118	4.712	3.039	2.425	999	445	24.366
Stmk	14.970	22.215	13.092	10.869	8.221	4.065	1.777	75.209
Tirol	6.103	8.802	5.334	4.251	3.183	1.690	429	29.792
Vbg	3.045	4.490	3.213	2.035	1.904	1.140	306	16.133
Wien	22.692	25.785	13.766	11.483	6.434	2.906	1.481	84.547
Ausland	316	838	435	493	249	115	42	2.488
Summe	98.989	131.843	76.410	62.534	43.751	18.183	9.186	440.896

Fast 70% aller PflegegeldbezieherInnen erhalten ein Pflegegeld in Höhe der Stufen 1 bis 3, wobei kaum geschlechtsspezifische Unterschiede zu bemerken sind. In den höheren Stufen sind mehr Männer in den Stufen 4, 6 und 7, während der Frauenanteil in der Stufe 5 höher ist.

3.11 PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN NACH BUNDESLAND UND ALTER

Stichtag 31.12.2012

Männer

Alter	Bgld	Ktn	Noe	Ooe	Sbg	Stmk	Tirol	Vbg	Wien	Ausl.	Summe
0 - 20	186	379	1.607	1.154	392	1.070	616	364	2.202	18	7.988
21 - 40	309	674	2.064	1.709	694	1.776	774	502	2.287	20	10.809
41 - 60	785	1.765	4.701	3.754	1.353	4.103	1.757	1.128	4.921	68	24.335
61 - 80	2.201	4.061	10.910	8.561	3.021	9.324	3.690	2.147	10.287	150	54.352
81 +	2.296	4.468	10.313	8.936	3.102	9.323	3.577	1.735	8.795	585	53.130
Gesamt	5.777	11.347	29.595	24.114	8.562	25.596	10.414	5.876	28.492	841	150.614

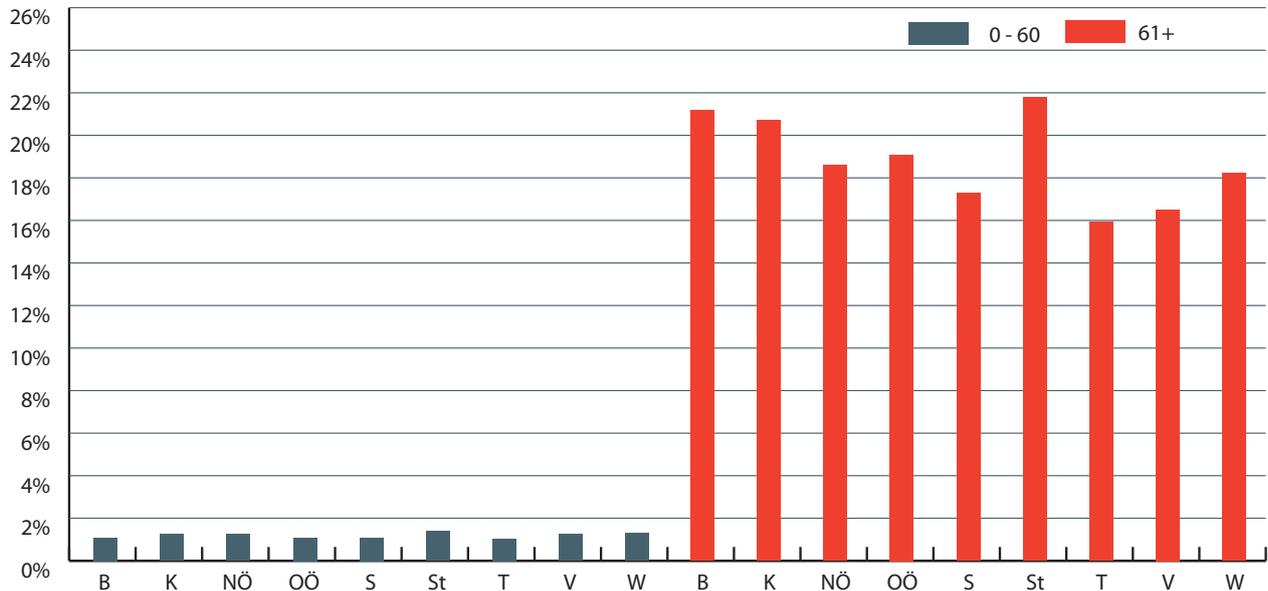
Frauen

Alter	Bgld	Ktn	Noe	Ooe	Sbg	Stmk	Tirol	Vbg	Wien	Ausl.	Summe
0 - 20	150	272	1.050	803	268	767	452	263	1.348	8	5.381
21 - 40	211	579	1.542	1.345	466	1.376	653	430	1.731	12	8.345
41 - 60	688	1.631	4.349	3.309	1.317	3.752	1.624	1.056	5.132	36	22.894
61 - 80	3.302	6.192	16.647	13.135	4.652	14.460	5.588	3.153	15.982	103	83.214
81 +	7.377	13.566	33.185	28.195	9.101	29.258	11.061	5.355	31.862	1.488	170.448
Gesamt	11.728	22.240	56.773	46.787	15.804	49.613	19.378	10.257	56.055	1.647	290.282

Männer und Frauen

Alter	Bgld	Ktn	Noe	Ooe	Sbg	Stmk	Tirol	Vbg	Wien	Ausl.	Summe
0 - 20	336	651	2.657	1.957	660	1.837	1.068	627	3.550	26	13.369
21 - 40	520	1.253	3.606	3.054	1.160	3.152	1.427	932	4.018	32	19.154
41 - 60	1.473	3.396	9.050	7.063	2.670	7.855	3.381	2.184	10.053	104	47.229
61 - 80	5.503	10.253	27.557	21.696	7.673	23.784	9.278	5.300	26.269	253	137.566
81 +	9.673	18.034	43.498	37.131	12.203	38.581	14.638	7.090	40.657	2.073	223.578
Gesamt	17.505	33.587	86.368	70.901	24.366	75.209	29.792	16.133	84.547	2.488	440.896

Anteil der PflegegeldbezieherInnen an der Bevölkerung des Landes (Männer und Frauen)



Mehr als die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen sind älter als 81 Jahre, wobei davon 3/4 weiblich sind; die meisten männlichen Bezieher eines Pflegegeldes sind zwischen 61 und 80 Jahre alt.

Der Anteil an der Wohnbevölkerung in den einzelnen Bundesländern beträgt zwischen 21,78% in der Steiermark und 15,94% in Tirol.

3.12 PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN NACH STUFEN UND ALTER

Stichtag 31.12.2012

Männer

Alter	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
0 - 20	1.668	2.065	1.636	919	570	723	407	7.988
21 - 40	2.083	2.983	1.851	1.376	879	1.045	592	10.809
41 - 60	6.227	7.612	3.899	3.076	1.809	1.070	642	24.335
61 - 80	12.390	17.179	9.446	7.454	4.915	2.096	872	54.352
81 +	8.694	16.215	10.088	9.278	6.043	2.157	655	53.130
Gesamt	31.062	46.054	26.920	22.103	14.216	7.091	3.168	150.614

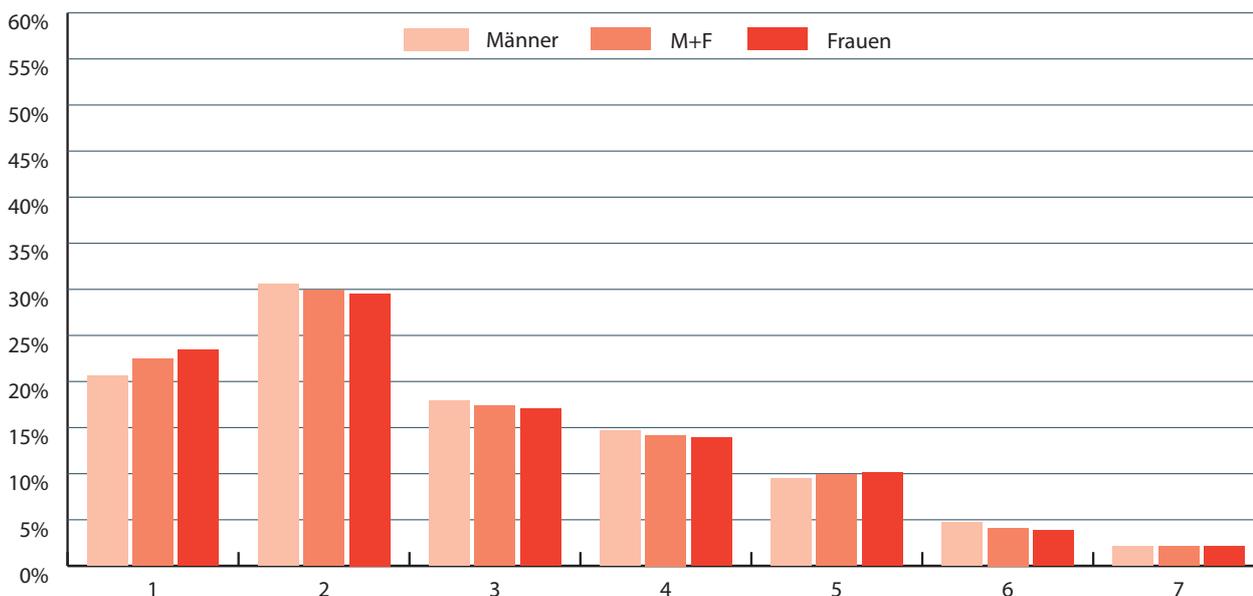
Frauen

Alter	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
0 - 20	1.126	1.362	1.086	600	408	417	382	5.381
21 - 40	1.885	2.258	1.427	918	658	733	466	8.345
41 - 60	7.244	7.078	3.406	2.315	1.468	814	569	22.894
61 - 80	26.473	26.194	12.783	8.646	5.677	2.161	1.280	83.214
81 +	31.199	48.897	30.788	27.952	21.324	6.967	3.321	170.448
Gesamt	67.927	85.789	49.490	40.431	29.535	11.092	6.018	290.282

Männer und Frauen

Alter	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
0 - 20	2.794	3.427	2.722	1.519	978	1.140	789	13.369
21 - 40	3.968	5.241	3.278	2.294	1.537	1.778	1.058	19.154
41 - 60	13.471	14.690	7.305	5.391	3.277	1.884	1.211	47.229
61 - 80	38.863	43.373	22.229	16.100	10.592	4.257	2.152	137.566
81 +	39.893	65.112	40.876	37.230	27.367	9.124	3.976	223.578
Gesamt	98.989	131.843	76.410	62.534	43.751	18.183	9.186	440.896

Verteilung der PflegegeldbezieherInnen in den 7 Pflegegeldstufen



3.13 ENTWICKLUNG DER PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN DES BUNDES

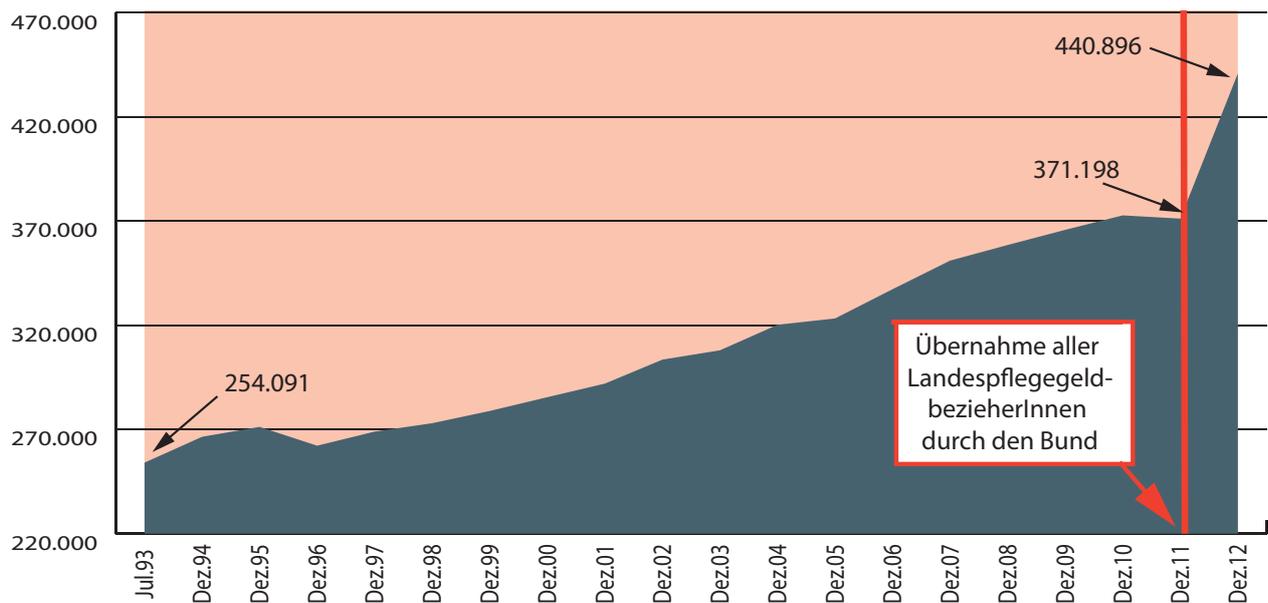
Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Jahres

Jahr	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
1993	2.506	198.597	25.724	14.576	12.969	2.882	1.634	258.888
1994	13.123	161.674	44.919	21.198	19.041	4.103	2.440	266.498
1995	22.631	146.441	51.801	23.591	19.690	4.364	2.735	271.253
1996	27.634	133.180	52.983	23.478	18.336	4.093	2.516	262.220
1997	34.449	125.380	56.837	25.388	19.777	4.265	2.899	268.995
1998	40.275	118.586	59.422	26.220	20.743	4.630	3.144	273.020
1999	45.571	112.964	48.701	40.581	21.889	5.630	3.551	278.887
2000	50.379	110.605	49.644	42.156	22.743	6.058	3.915	285.500
2001	54.485	109.551	50.304	43.594	23.460	6.410	4.215	292.019
2002	58.830	109.891	52.285	45.720	24.960	7.092	4.750	303.528
2003	62.172	109.944	52.507	46.365	25.085	7.090	4.836	307.999
2004	67.039	111.971	53.348	48.830	26.069	7.758	5.243	320.258
2005	70.437	112.150	52.865	49.215	25.409	8.052	5.160	323.288
2012	98.989	131.843	76.410	62.534	43.751	18.183	9.186	440.896

Jahr	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
2006	74.294	115.455	54.986	51.458	26.578	8.848	5.703	337.322
2007	76.444	119.086	57.372	53.942	28.397	9.732	6.084	351.057
2008	78.004	121.587	59.091	54.881	28.542	10.210	6.230	358.545
2009	76.522	121.253	60.775	54.249	33.389	12.644	6.978	365.810
2010	78.901	124.522	62.118	53.750	34.092	12.820	6.560	372.763
2011	81.082	117.803	62.765	53.533	35.794	13.510	6.711	371.198
2012	98.989	131.843	76.410	62.534	43.751	18.183	9.186	440.896

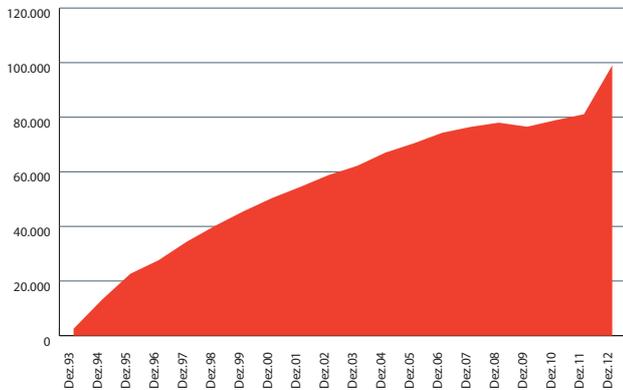
Der Rückgang der Anzahl der BezieherInnen im Jahr 1996 resultiert aus den geänderten Ruhebestimmungen bei stationären Aufenthalten ab Mai 1996 (§ 12 BPGG).

Die große Steigerung der BezieherInnen eines Pflegegeldes im Jahr 2012 ist auf die Übernahme der Länderfälle in die Bundeskompetenz zurückzuführen. Ein Vergleich mit der Summe der PflegegeldbezieherInnen des Bundes und der Länder im Jahr 2011 ergibt, dass in diesem Jahr 437 Personen mehr ein Pflegegeld erhielten.

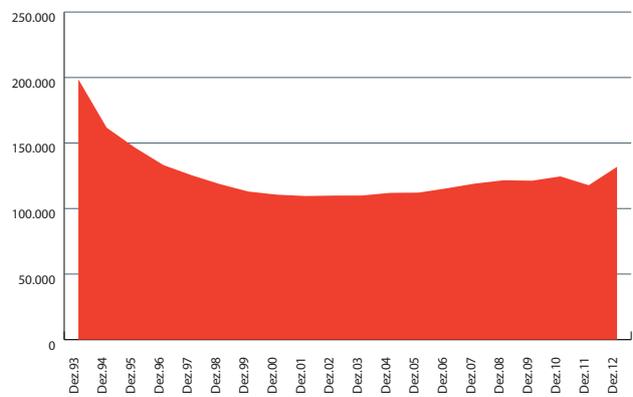


3.14 ENTWICKLUNG DER PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN IN DEN EINZELNEN STUFEN

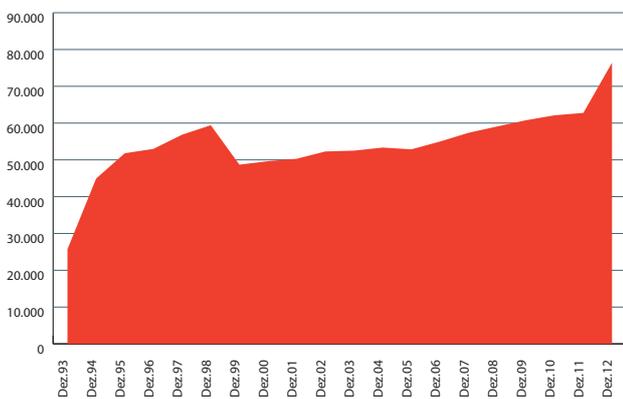
Entwicklung in der Stufe 1



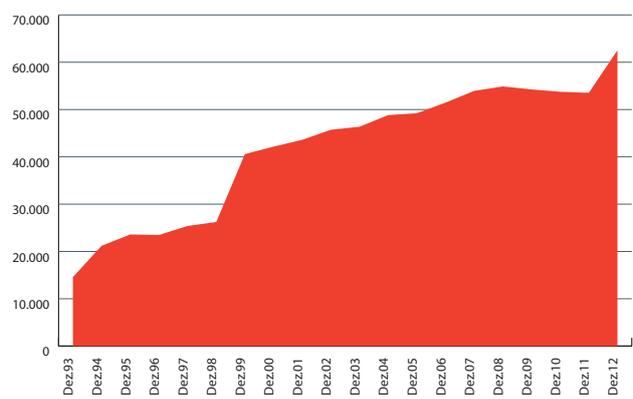
Entwicklung in der Stufe 2



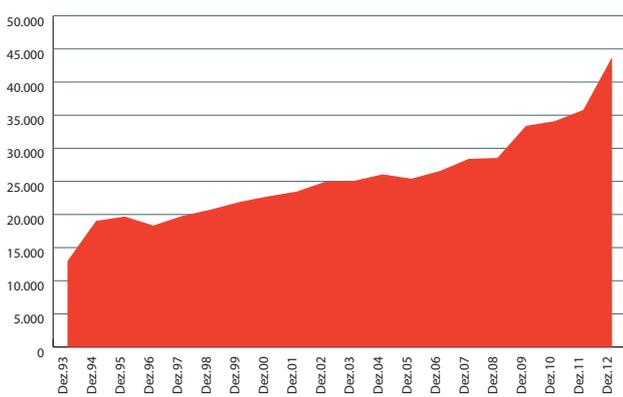
Entwicklung in der Stufe 3



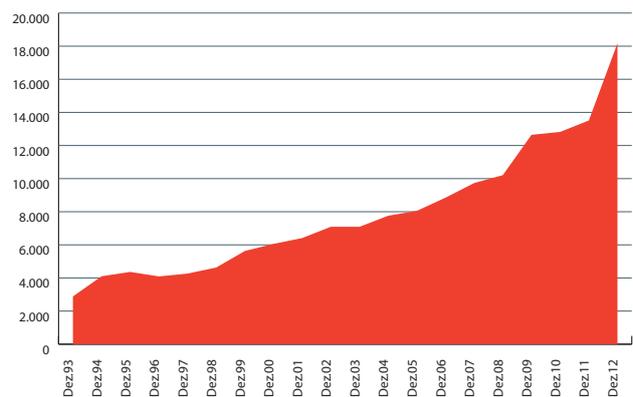
Entwicklung in der Stufe 4



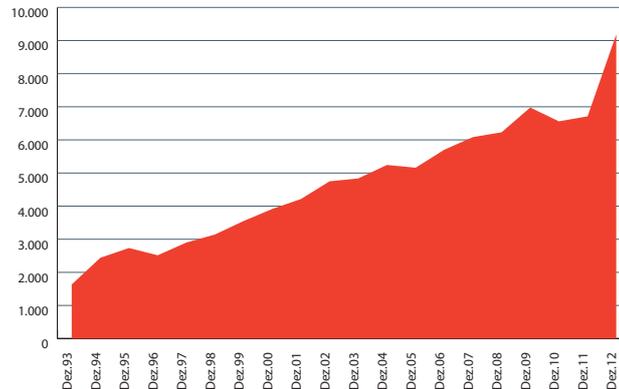
Entwicklung in der Stufe 5



Entwicklung in der Stufe 6



Entwicklung in der Stufe 7



3.15 ENTWICKLUNG DER PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN DER LÄNDER

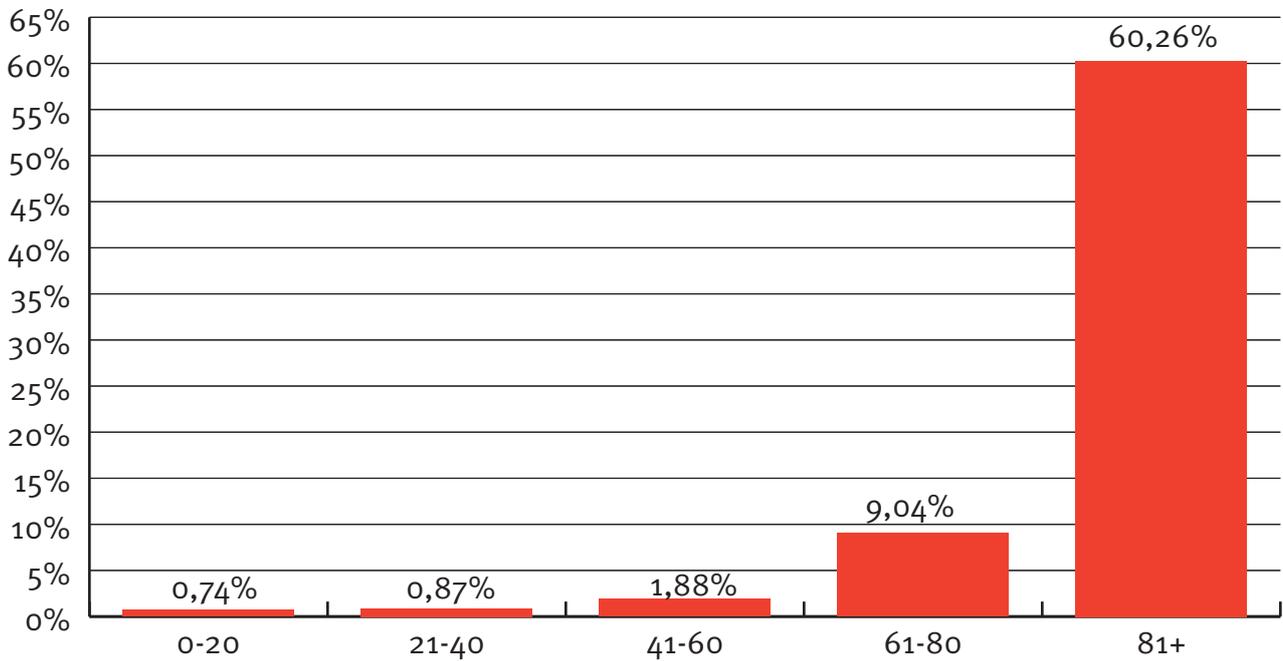
Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Jahres

Mit dem Pflegegeldreformgesetz 2012 wurde die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz für das Pflegegeld mit Wirkung vom 1.1.2012 von den Ländern auf den Bund übertragen.

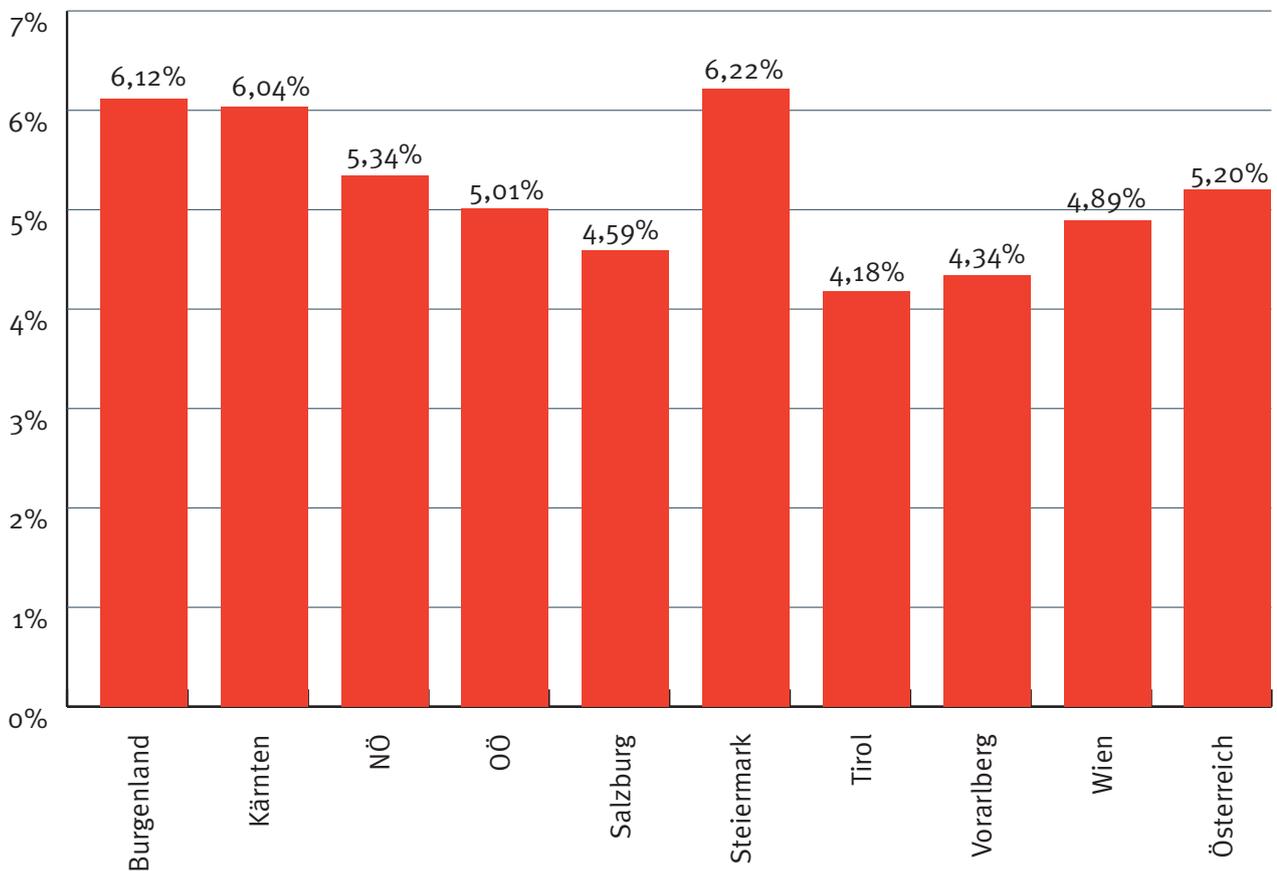
Jahr	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
1993	7.281	15.670	8.565	4.876	2.117	1.383	549	40.441
1994	7.866	13.398	9.107	4.416	4.007	2.674	1.081	42.549
1995	8.359	14.017	10.248	4.212	4.526	2.877	1.192	45.431
1996	7.537	15.517	11.233	4.449	4.741	2.994	1.218	47.689
1997	7.696	14.784	11.118	4.435	4.542	2.685	1.229	46.489
1998	7.856	14.702	10.978	4.425	4.507	2.664	1.233	46.365
1999	8.987	15.272	10.697	6.150	4.641	2.861	1.390	49.998
2000	9.608	15.602	10.601	6.516	4.579	2.866	1.440	51.212
2001	9.913	15.814	10.409	6.674	4.471	2.966	1.516	51.763
2002	10.306	16.558	10.349	6.864	4.550	3.001	1.641	53.269
2003	10.709	16.968	10.517	6.918	4.476	2.981	1.684	54.253
2004	11.339	17.930	10.742	7.271	4.556	3.072	1.799	56.709
2005	11.710	18.124	11.042	7.299	4.619	3.158	1.796	57.748
2006	12.155	18.649	11.283	7.679	4.694	3.172	1.863	59.495
2007	12.565	19.426	11.263	7.730	4.668	3.295	1.972	60.919
2008	13.495	20.331	11.657	7.939	4.701	3.483	2.073	63.679
2009	14.367	20.999	12.201	8.032	5.235	3.841	2.263	66.938
2010	15.151	21.643	12.611	8.273	5.586	4.026	2.325	69.615
2011	15.538	21.053	12.752	8.450	5.861	4.115	2.366	70.135
2012	15.402	19.678	12.641	8.426	5.758	4.164	2.340	68.409

Während die Zahl der PflegegeldbezieherInnen bis zum Vorjahr kontinuierlich gestiegen ist, war im Jahr 2012 ein Rückgang von 2,5% zu verzeichnen.

3.16 ANTEIL DER PFLEGEgeldBEZIEHERINNEN AN DER GESAMTBEVÖLKERUNG IN ALTERSKLASSEN

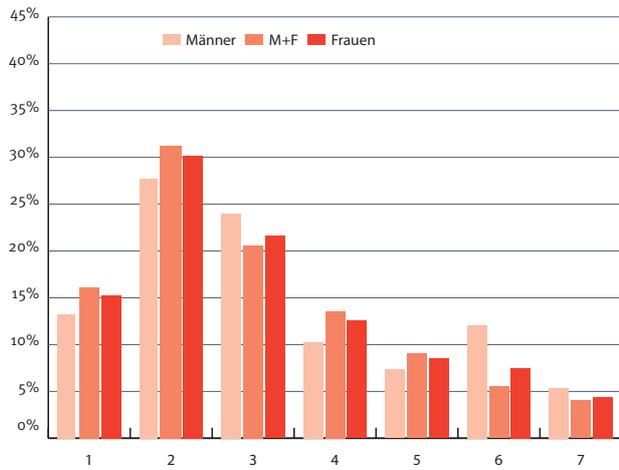


3.17 ANTEIL DER PFLEGEgeldBEZIEHERINNEN AN DER WOHNBEVÖLKERUNG

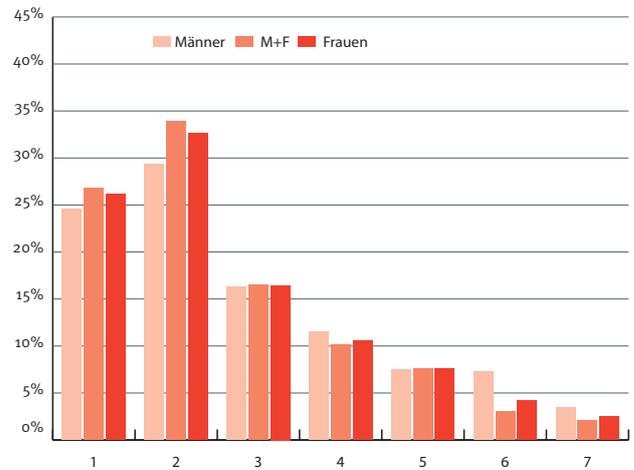


Verteilung der PflegegeldbezieherInnen in den 7 Pflegegeldstufen

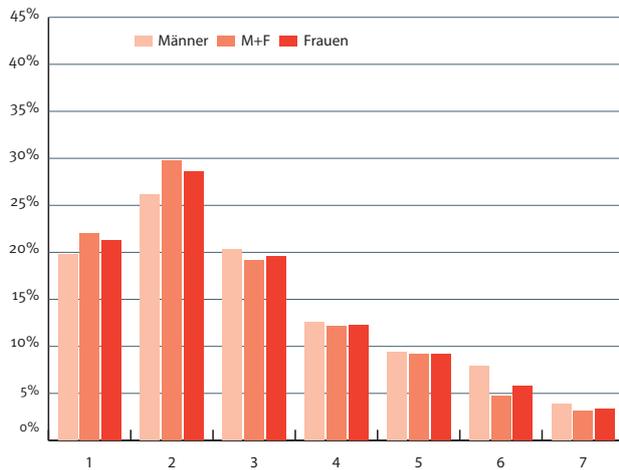
Burgenland



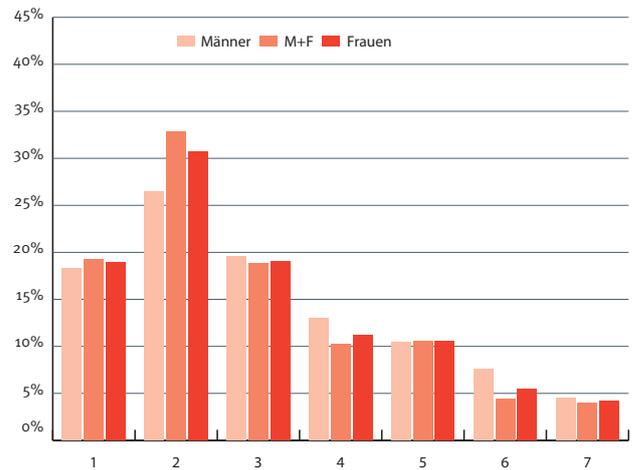
Kärnten



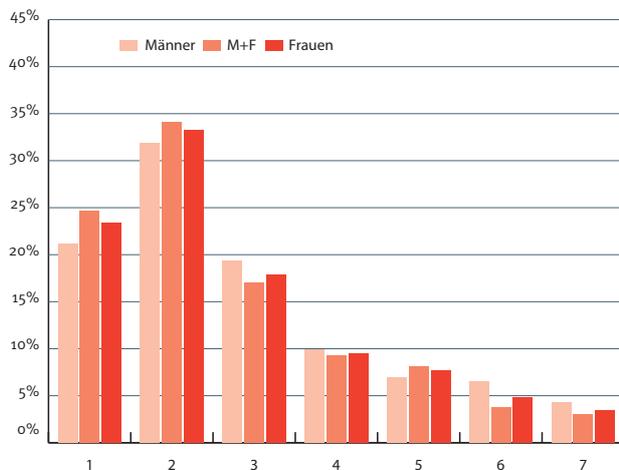
Niederösterreich



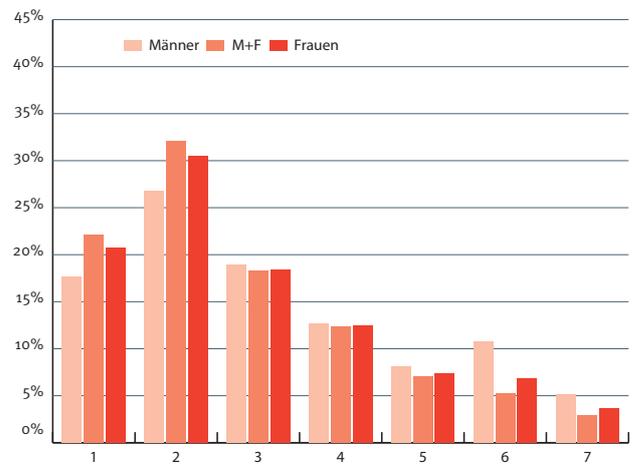
Oberösterreich



Salzburg

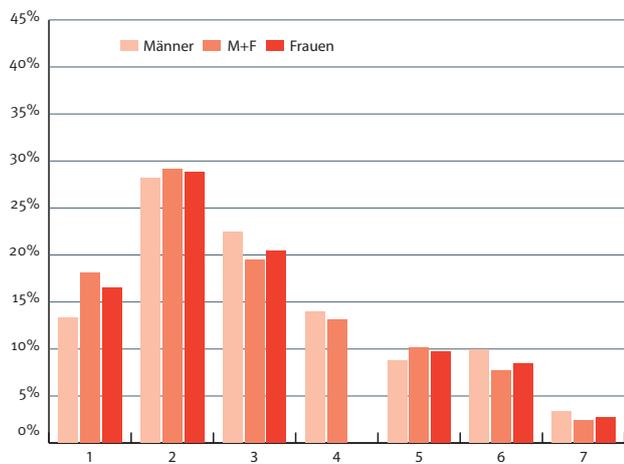


Steiermark

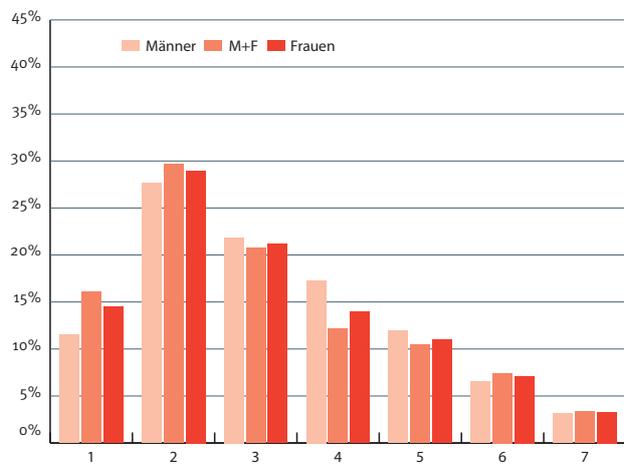


Verteilung der PflegegeldbezieherInnen in den 7 Pflegegeldstufen

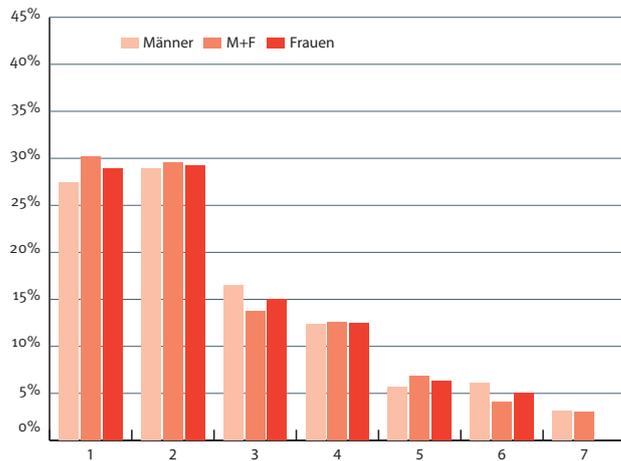
Tirol



Vorarlberg



Wien



4. SOZIALE DIENSTLEISTUNGEN

Die Pflegedienstleistungsstatistik basiert auf den Bestimmungen des Pflegefondsgesetzes (PFG) und der Pflegedienstleistungsstatistikverordnung 2012 (PDStV 2012). Im Rahmen dieser Statistik werden die in den folgenden Tabellen präsentierten sechs Dienstleistungsbereiche der Länder und Gemeinden in der Langzeitpflege erfasst, soweit ihre (Mit-)Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung erfolgt (die näheren Erläuterungen zu diesen Dienstleistungen und den sonstigen Erhebungsmerkmalen sind unter 4.10 zu finden).

Die von Statistik Austria erstellte Pflegedienstleistungsstatistik beruht auf den Angaben der Bundesländer. Bei der Verwendung der Daten sind auch die in den Fußnoten angeführten Anmerkungen zu berücksichtigen, die insbesondere auf Abweichungen zu den Vorgaben in den Erläuterungen hinweisen. Da die Daten nicht entsprechend bereinigt sind, ist die Bildung von Summen über mehrere soziale Dienste in den Bereichen „Betreute Personen“ und „Pflege-/Betreuungspersonen“ nicht zulässig.

4.1 BURGENLAND

KERNPRODUKTE DER LÄNDER UND GEMEINDEN FÜR DIE PFLEGE UND BETREUUNG¹⁾

PRODUKT	MESSEINHEIT	WERT (JAHRSSUMME; PLÄTZE: 31.12.)	BETREUTE PERSONEN (JAHRSSUMME)	PFLEGE-/BETREU- UNGPERSO- NEN (31.12.)		AUSGABEN UND EINKÜNFEN (JAHRSSUMMEN)			
				KÖPFE	VOLLZEIT- ÄQUIVALENTE	BRUTTOAUSGABEN	BEITRÄGE UND ERSÄTZE	SONSTIGE EINKÜNFEN	NETTOAUSGABEN ²⁾
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	275.001	4.455	416	244,9	€ 6.616.492	€ 107.524	€ 1.278.104	€ 5.230.864
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	535.229	2.025	1.012	854,0	€ 55.403.662	€ 26.824.026	€ 4.126.426	€ 24.453.210
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	8.021	130	22	15,2	€ 293.775			€ 293.775
Kurzzeitpflege ⁶⁾	Verrechnungstage								
Alternative Wohnformen ⁶⁾	Plätze								
Case- und Caremanagement ⁶⁾	Leistungsstunden								

Q: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

- 1) Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- 2) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).
- 3) Die Beiträge/Ersätze werden hauptsächlich von den Leistungserbringern direkt vereinnahmt und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst.
- 4) Die in Einrichtungen in anderen Bundesländern betreuten Personen sind hier nicht erfasst, die dafür angefallenen Ausgaben/Einnahmen hingegen schon.
- 5) Die Beiträge/Ersätze werden direkt von den Leistungserbringern vereinnahmt und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst.
- 6) Kein von der Sozialhilfe/Mindestsicherung finanziertes Angebot im Berichtsjahr.

4.2 KÄRNTEN

KERNPRODUKTE DER LÄNDER UND GEMEINDEN FÜR DIE PFLEGE UND BETREUUNG¹⁾

PRODUKT	MESSEINHEIT	WERT (JARESSUMME; PLÄTZE: 31.12.)	BETREUTE PERSONEN (JARESSUMME)	PFLEGE-/BETREU- UNGPERSO- NEN (31.12.)		AUSGABEN UND EINNAHMEN (JARESSUMMEN)			
				KÖPFE	VOLLZEIT- ÄQUIVALENTE	BRUTTOAUSGABEN	BEITRÄGE UND ERSÄTZE	SONSTIGE EINNAHMEN	NETTOAUSGABEN ²⁾
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	894.669	11.128	1.517	1.032,0	€ 25.580.700		€ 3.319.500	€ 22.261.200
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	1.401.205	6.033	2.380	1.951,9	€ 157.087.350	€ 75.396.789	€ 4.427.547	€ 77.263.014
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	6.943	185	26	19,6	€ 462.799			€ 462.799
Kurzzeitpflege ⁶⁾	Verrechnungstage	8.133	412			€ 665.500			€ 665.500
Alternative Wohnformen ⁷⁾	Plätze	78	99	31	8,0				
	Leistungsstunden		1.794	5	4,1	€ 196.682			€ 196.682
Case- und Caremanagement ⁸⁾									

Q: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

1) Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.

2) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).

3) Die Beiträge/Ersätze werden von den Leistungserbringern direkt vereinnahmt und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst.

4) Pflege-/Betreuungspersonen: inkl. Kurzzeitpflege.

5) Die Beiträge/Ersätze werden von den Leistungserbringern direkt vereinnahmt und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst.

6) Pflege-/Betreuungspersonen: bei den stationären Diensten erfasst.

7) Ausgaben/Einnahmen: nicht verfügbar.

8) Leistungsstunden: nicht verfügbar.

4.3 NIEDERÖSTERREICH

KERNPRODUKTE DER LÄNDER UND GEMEINDEN FÜR DIE PFLEGE UND BETREUUNG¹⁾

PRODUKT	MESSEINHEIT	WERT (JARESSUMME; PLÄTZE: 31.12.)	BETREUTE PERSONEN (JARESSUMME)	PFLEGE-/BETREU- UNGSPERSONEN (31.12.)		AUSGABEN UND EINNAHMEN (JARESSUMMEN)			
				KÖPFE	VOLLZEIT- ÄQUIVALENTE	BRUTTOAUSGABEN	BEITRÄGE UND ERSÄTZE	SONSTIGE EINNAHMEN	NETTOAUSGABEN ²⁾
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	3.347.935	26.342	4.034	2.732,0	€ 73.246.870		€ 29.279.730	€ 43.967.140
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	3.055.993	12.789	5.714	4.663,6	€ 332.784.921	€ 173.317.990		€ 159.466.931
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	35.085	560	22	15,2	€ 880.695			€ 880.695
Kurzzeitpflege ⁶⁾	Verrechnungstage	62.996	2.377	23	16,9	€ 5.332.131		€ 2.112.540	€ 3.219.591
Alternative Wohnformen ⁶⁾	Plätze								
Case- und Caremanagement ⁷⁾	Leistungsstunden	62.804	12.059			€ 2.037.990			€ 2.037.990

Q: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

1) Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.

2) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).

3) Leistungsstunden, betreute Personen und Pflege-/Betreuungspersonen: ohne mobile Hospizbetreuung. Die Beiträge/Ersätze werden von den Leistungserbringern direkt vereinnahmt (2012: 51,91 Mio. EUR) und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst.

4) Pflege-/Betreuungspersonen: inkl. jener von teilstationären Diensten und der Kurzzeitpflege, soweit diese im stationären Bereich integriert angeboten werden.

5) Werden überwiegend in integrierter Form (im Rahmen stationärer Dienste) angeboten, die Pflege-/Betreuungspersonen sind in diesen Einrichtungen bei den stationären Diensten erfasst.

6) Kein von der Sozialhilfe/Mindestsicherung finanziertes Angebot im Berichtsjahr.

7) Umfasst nur die im Rahmen der mobilen Dienste von den Sozialstationen erbrachten Leistungen. Pflege-/Betreuungspersonen: nicht verfügbar (in den Mobilien Diensten enthalten).

4.4 OBERÖSTERREICH

KERNPRODUKTE DER LÄNDER UND GEMEINDEN FÜR DIE PFLEGE UND BETREUUNG¹⁾

PRODUKT	MESSEINHEIT	WERT (JARESSUMME; PLÄTZE: 31.12.)	BETREUTE PERSONEN (JARESSUMME)	PFLEGE-/BETREU- UNGPERSO- NEN (31.12.)		AUSGABEN UND EINNAHMEN (JARESSUMMEN)			
				KÖPFE	VOLLZEIT- ÄQUIVALENTE	BRUTTOAUSGABEN	BEITRÄGE UND ERSÄTZE	SONSTIGE EINNAHMEN	NETTOAUSGABEN ²⁾
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	1.732.760	19.542	2.546	1.346,0	€ 67.849.765	€ 17.581.951	€ 14.517.998	€ 35.749.816
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	3.516.952	13.112	7.072	5.439,2	€ 357.445.224	€ 180.931.100	€ 12.853.258	€ 163.660.866
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	44.084	903	77	42,1	€ 1.797.606	€ 283.491	€ 3.737	€ 1.510.379
Kurzzeitpflege	Verrechnungstage	1.733	73			€ 21.336			€ 21.336
Alternative Wohnformen	Plätze	40	46	17	8,7	€ 470.871	€ 248.431	€ 75.297	€ 147.144
Case- und Caremanagement	Leistungsstunden	66.975	11.566	67	40,4	€ 1.771.398		€ 1.453	€ 1.769.944

Q: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

1) Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.

2) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).

3) Betreute Personen: exkl. Hospizbetreuung.

4) Pflege-/Betreuungspersonen: inkl. jener von teilstationären Diensten und der Kurzzeitpflege, die im stationären Bereich integriert angeboten werden.

5) Pflege-/Betreuungspersonen: integrierte Angebote bei den stationären Diensten enthalten.

4.5 SALZBURG

KERNPRODUKTE DER LÄNDER UND GEMEINDEN FÜR DIE PFLEGE UND BETREUUNG¹⁾

PRODUKT	MESSEINHEIT	WERT (JARESSUMME; PLÄTZE: 31.12.)	BETREUTE PERSONEN (JARESSUMME)	PFLEGE-/BETREU- UNGSPERSONEN (31.12.)		AUSGABEN UND EINKÜNFEN (JARESSUMMEN)			
				KÖPFE	VOLLZEIT- ÄQUIVALENTE	BRUTTOAUSGABEN	BEITRÄGE UND ERSÄTZE	SONSTIGE EINKÜNFEN	NETTOAUSGABEN ²⁾
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	840.844	6.235	1.083	596,2	€ 19.267.924	€ 97.696	€ 3.477.072	€ 15.693.156
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	1.232.509	4.073	2.592	1.960,2	€ 94.873.110	€ 49.115.775	€ 777.890	€ 44.979.445
Teilstationäre Dienste	Besuchstage	28.301	588	83	36,7	€ 695.480			€ 695.480
Kurzzeitpflege ⁵⁾	Verrechnungstage	4.758	415			€ 231.694			€ 231.694
Alternative Wohnformen ⁶⁾	Plätze								
Case- und Caremanagement	Leistungsstunden	21.686	2.579	20	13,7	€ 846.821			€ 846.821

Q: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

1) Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-) finanziert werden; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.

2) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).

3) Beiträge/Ersätze: enthält nur die Einnahmen aus Pflegegeldnachforderungen und ähnlichem; die Eigenleistungen der Klienten werden von den Leistungserbringern direkt vereinnahmt und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst.

4) Pflege-/Betreuungspersonen: inkl. Kurzzeitpflege.

5) Pflege-/Betreuungspersonen: bei den stationären Diensten erfasst.

6) Kein von der Sozialhilfe/Mindestsicherung finanziertes Angebot im Berichtsjahr.

4.6 STEIERMARK

KERNPRODUKTE DER LÄNDER UND GEMEINDEN FÜR DIE PFLEGE UND BETREUUNG¹⁾

PRODUKT	MESSEINHEIT	WERT (JAHRSSUMME; PLÄTZE: 31.12.)	BETREUTE PERSONEN (JAHRSSUMME)	PFLEGE-/BETREU- UNGPERSO- NEN (31.12.)		AUSGABEN UND EINNAHMEN (JAHRSSUMMEN)			
				KÖPFE	VOLLZEIT- ÄQUIVALENTE	BRUTTOAUSGABEN	BEITRÄGE UND ERSÄTZE	SONSTIGE EINNAHMEN	NETTOAUSGABEN ²⁾
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	1.100.432	21.499	2.419	1.022,0	€ 56.298.923	€ 19.643.693	€ 4.757.542	€ 31.897.688
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	4.274.672	12.235	6.271	5.077,3	€ 370.288.029	€ 171.242.843	€ 7.231.272	€ 191.813.914
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	37.846	664	72	50,3	€ 2.885.201	€ 1.138.058	€ 216.039	€ 1.531.104
Kurzzeitpflege ⁶⁾	Verrechnungstage								
Alternative Wohnformen ⁶⁾	Plätze	1.271	993	130	73,4	€ 2.110.492	€ 642.121		€ 1.468.371
Case- und Caremanagement	Leistungsstunden	3.748	1.880	5	2,6	€ 202.298		€ 202.298	€ 0

Q: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

1) Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.

2) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).

3) Betreute Personen: inkl. medizinische Hausrankenpflege.

4) Inkl. Kurzzeitpflege.

5) Besuchstage: Summe aus Ganz- und Halbtagen.

6) Bei den Stationären Diensten enthalten.

4.7 TIROL

KERNPRODUKTE DER LÄNDER UND GEMEINDEN FÜR DIE PFLEGE UND BETREUUNG¹⁾

PRODUKT	MESSEINHEIT	WERT (JARESSUMME; PLÄTZE: 31.12.)	BETREUTE PERSONEN (JARESSUMME)	PFLEGE-/BETREU- UNGSPERSONEN (31.12.)		AUSGABEN UND EINKÜNFEN (JARESSUMMEN)			
				KÖPFE	VOLLZEIT- ÄQUIVALENTE	BRUTTOAUSGABEN	BEITRÄGE UND ERSÄTZE	SONSTIGE EINKÜNFEN	NETTOAUSGABEN ²⁾
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	848.041	8.921	1.449	651,8	€ 31.035.050	€ 7.853.433	€ 489.887	€ 22.691.731
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	1.995.086	5.823	3.556	2.655,7	€ 140.058.560	€ 70.295.299		€ 69.763.261
Teilstationäre Dienste	Besuchstage	12.429	385	17	11,5	€ 1.034.944	€ 484.677		€ 550.267
Kurzzeitpflege ⁵⁾	Verrechnungstage	18.715	336			€ 479.492	€ 247.997		€ 231.495
Alternative Wohnformen ⁶⁾	Plätze								
Case- und Caremanagement ⁷⁾	Leistungsstunden	7.188	4.449			€ 243.087			€ 243.087

Q: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

- 1) Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- 2) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).
- 3) Leistungsstunden: inkl. Leistungsstunden im Rahmen alternativer Wohnformen.
- 4) Verrechnungstage: beziehen sich sowohl auf Selbst- als auch auf Teilzahler/innen. Pflege-/Betreuungspersonen: inkl. Kurzzeitpflege.
- 5) Verrechnungstage: beziehen sich sowohl auf Selbst- als auch auf Teilzahler/innen. Pflege- und Betreuungspersonen: bei den stationären Diensten enthalten.
- 6) Kein von der Sozialhilfe/Mindestsicherung finanziertes Angebot im Berichtsjahr.
- 7) Pflege-/Betreuungspersonen: nicht verfügbar; Leistungen werden durch das Pflegepersonal der mobilen Dienste im Rahmen ihrer Tätigkeit erbracht.

4.8 VORARLBERG

KERNPRODUKTE DER LÄNDER UND GEMEINDEN FÜR DIE PFLEGE UND BETREUUNG¹⁾

PRODUKT	MESSEINHEIT	WERT (JARESSUMME; PLÄTZE: 31.12.)	BETREUTE PERSONEN (JARESSUMME)	PFLEGE-/BETREU- UNGPERSOENEN (31.12.)		AUSGABEN UND EINNAHMEN (JARESSUMMEN)			
				KÖPFE	VOLLZEIT- ÄQUIVALENTE	BRUTTOAUSGABEN	BEITRÄGE UND ERSÄTZE	SONSTIGE EINNAHMEN	NETTOAUSGABEN ²⁾
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	1.788.171	13.991	2.403	184,1	€ 22.523.524	€ 10.093.422	€ 1.436.195	€ 10.993.907
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	591.456	2.151	1.635	1.161,1	€ 82.436.991	€ 31.296.493	€ 4.525.627	€ 46.614.870
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	12.544	458			€ 260.970			€ 260.970
Kurzzeitpflege ⁵⁾	Verrechnungstage	11.741	436			€ 1.015.106	€ 396.026	€ 56.008	€ 563.072
Alternative Wohnformen ⁶⁾	Plätze		62			€ 1.246.245	€ 456.498	€ 100.318	€ 689.430
Case- und Caremanagement ⁷⁾	Leistungsstunden	19.121	1.311	28	10,0	€ 680.001			€ 680.001

Q: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

1) Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.

2) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).

3) Inkl. Leistungen der von einem Betreuungspool vermittelten Personenbetreuer/innen (24-Stunden-Betreuungen). Betreute Personen: inkl. Mehrfachzahlungen.

4) Pflege-/Betreuungspersonen: inkl. teilstationäre Dienste und Kurzzeitpflege.

5) Pflege-/Betreuungspersonen: bei den stationären Diensten erfasst.

6) Plätze und Pflege-/Betreuungspersonen: nicht verfügbar.

4.9 WIEN

KERNPRODUKTE DER LÄNDER UND GEMEINDEN FÜR DIE PFLEGE UND BETREUUNG¹⁾

PRODUKT	MESSEINHEIT	WERT (JARESSUMME; PLÄTZE: 31.12.)	BETREUTE PERSONEN (JARESSUMME)	PFLEGE-/BETREU- UNGPERSO- NEN (31.12.)		AUSGABEN UND EINNAHMEN (JARESSUMMEN)			
				KÖPFE	VOLLZEIT- ÄQUIVALENTE	BRUTTOAUSGABEN	BEITRÄGE UND ERSÄTZE	SONSTIGE EINNAHMEN	NETTOAUSGABEN ²⁾
Mobile Dienste	Leistungsstunden	6.040.380	26.900	5.883	4.271,6	€ 209.952.230	€ 57.887.240	€ 19.025.030	€ 133.039.960
Stationäre Dienste	Verrechnungstage	3.509.320	13.580	11.169	9.692,3	€ 713.441.000	€ 233.209.720	€ 31.015.370	€ 449.215.910
	Besuchstage	156.800	2.110	375	228,5	€ 17.414.960	€ 1.955.590		€ 15.459.370
Kurzzeitpflege	Verrechnungstage	41.320	867	214	187,0	€ 5.082.950	€ 1.173.160		€ 3.909.790
	Plätze	8.760	9.940	2.132	1.824,8	€ 174.127.850	€ 94.771.580	€ 5.174.750	€ 74.181.520
Case- und Caremanagemen	Leistungsstunden	45.010	33.760	118	112,3	€ 4.533.750		€ 213.980	€ 4.319.770

Q: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

1) Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.

2) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).

4.10 ERLÄUTERUNGEN ZUR ANLAGE

<p>Pflege- und Betreuungsdienste</p>	<p>Zu erfassen sind: Pflege- und Betreuungsdienste (soziale Dienste) der Länder und Gemeinden im Altenbereich (Langzeitpflege), die aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung (mit)finanziert werden.</p> <p>Nicht zu erfassen sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pflege- und Betreuungsdienste, die aus Sozialversicherungsmitteln finanziert werden, 2. Leistungen der Grundversorgung und 3. Leistungen der Behindertenhilfe außerhalb des Dienstleistungskataloges gemäß § 3 Abs. 1 PFG (z.B. Persönliche Assistenz, Beschäftigungstherapie, Unterstützung zur schulischen Integration oder der geschützten Arbeit, Mobilitätshilfen wie etwa Fahrdienste).
<p>Mobile Dienste</p>	<p>Definition: Mobile Dienste gemäß § 3 Abs. 4 PFG sind Angebote</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sozialer Betreuung, 2. der Pflege, 3. der Unterstützung bei der Haushaltsführung oder 4. der Hospiz- und Palliativbetreuung <p>für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Menschen zu Hause.</p> <p>Beispiele: medizinische und soziale Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Haushaltshilfe, mobile Hospiz.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Leistungsanteile der medizinischen Hauskrankenpflege und der Hospizbetreuung, die aus Mitteln der Sozialversicherung finanziert werden; Betreuungsleistungen in alternativen Wohnformen (werden unter diesem Titel erfasst).</p>
<p>Teilstationäre Dienste</p>	<p>Definition: Teilstationäre Dienste gemäß § 3 Abs. 6 PFG sind Angebote einer ganz oder zumindest halbtägigen betreuten Tagesstruktur für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Menschen, die nicht in stationären Einrichtungen leben. Die Betreuung wird in eigens dafür errichteten Einrichtungen bzw. Senioreneinrichtungen – z.B. Alten-, Wohn- und Pflegeheime, Tageszentren – jedenfalls tagsüber erbracht. Es werden Pflege und soziale Betreuung, Verpflegung, Aktivierungsangebote und zumindest ein Therapieangebot – z.B. auch Beschäftigungstherapie in der Tagesstruktur – bereit gestellt; darüber hinaus kann der dafür notwendige Transport vom Wohnort zur Betreuungseinrichtung und zurück sicher gestellt werden (§ 3 Abs. 7).</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Seniorenclubs oder Seniorentreffs ohne Betreuungs- bzw. Pflegedienstleistungscharakter.</p>

Stationäre Dienste	<p>Definition: Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste gemäß § 3 Abs. 5 PFG umfassen die Erbringung von Hotelleistungen (Wohnung und Verpflegung) sowie Pflege- und Betreuungsleistungen (einschließlich tagesstrukturierende Leistungen) für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen in eigens dafür geschaffenen Einrichtungen (einschließlich Hausgemeinschaften) mit durchgehender Präsenz des Betreuungs- und Pflegepersonals.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Kurzzeitpflege; Übergangs- und Rehabilitationspflege; alternative Wohnformen.</p>
Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen	<p>Definition: Die Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen gemäß § 3 Abs. 8 PFG umfasst Angebote</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. einer zeitlich bis zu drei Monaten befristeten Wohnunterbringung, 2. mit Verpflegung sowie 3. mit Betreuung und Pflege einschließlich einer (re)aktivierenden Betreuung und Pflege. <p>Die Gründe für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege sind ohne Relevanz.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: aus Mitteln der Sozialversicherung finanzierte Angebote einer Urlaubs-, Rehabilitations- oder Übergangs-Kurzzeitpflege.</p>
Alternative Wohnformen	<p>Definition: Alternative Wohnformen gemäß § 3 Abs. 10 PFG sind Einrichtungen für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen, die aus sozialen, psychischen oder physischen Gründen nicht mehr alleine wohnen können oder wollen und keiner ständigen stationären Betreuung oder Pflege bedürfen.</p> <p>Beispiele: niederschwellig betreutes Wohnen, in dem keine durchgängige Präsenz von Betreuungs- und Pflegepersonal erforderlich sein darf.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: ausschließliche Notrufwohnungen, andere nur wohnbaugeförderte Wohnungen.</p>

<p>Case- und Caremanagement</p>	<p>Definition: Case- und Caremanagement gemäß § 3 Abs. 9 PFG umfasst Angebote</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Sozial-, Betreuungs- und Pflegeplanung auf Basis einer individuellen Bedarfsfeststellung, 2. der Organisation der notwendigen Betreuungs- und Pflegedienste und 3. des Nahtstellenmanagements. <p>Multiprofessionelle Teams können eingesetzt werden.</p> <p>Beispiele: Planungs- Beratungs- und Organisations- Vermittlungsleistungen in der Senioren- und Pflegearbeit (mobil oder an Servicestellen/Stützpunkten).</p> <p>Nicht zu erfassen sind: im Rahmen von mobilen Diensten erbrachte Beratungsleistungen.</p>
<p>Leistungsstunden</p>	<p>Jahressumme: Anzahl der mit der Sozialhilfe/Mindestsicherung verrechneten Leistungsstunden im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Leistungsstunden, die nicht aus der Sozialhilfe/Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden (mit)finanziert wurden (SelbstzahlerInnen).</p>
<p>Besuchstage</p>	<p>Jahressumme: Anzahl der mit der Sozialhilfe/Mindestsicherung verrechneten Besuchstage im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012, wobei Halbtage mit 50 vH zu berücksichtigen sind.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Besuchstage, die nicht aus der Sozialhilfe/Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden (mit)finanziert wurden (SelbstzahlerInnen).</p>
<p>Verrechnungstage</p>	<p>Jahressumme: Anzahl der mit der Sozialhilfe/Mindestsicherung verrechneten Bewohntage im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Bewohntage, die nicht aus der Sozialhilfe/Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden (mit)finanziert wurden (SelbstzahlerInnen).</p>
<p>Plätze</p>	<p>Stichtag 31.12.: Anzahl der zum Stichtag 31.12.2012 ständig verfügbaren Plätze.</p> <p>Zu erfassen sind: Plätze, die am Stichtag tatsächlich verfügbar waren; war kein fixes Kontingent verfügbar, ist die Anzahl der im Berichtsjahr tatsächlich belegt gewesenen Plätze anzugeben.</p>

Betreute Personen	<p>Jahressumme: Anzahl der betreuten/gepflegten - und von der Sozialhilfe/Mindestsicherung unterstützten - Personen im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Betreute/gepflegte Personen, die nicht aus der Sozialhilfe/Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden bezuschusst wurden (SelbstzahlerInnen).</p>
Pflege- und Betreuungspersonen	<p>Köpfe: Anzahl der zum Stichtag 31.12.2012 in der Pflege und Betreuung unselbständig beschäftigten Personen, freien Dienstnehmer/-innen und neuen Selbständigen.</p> <p>Nicht zu erfassen: Beschäftigte in der bloßen Administration bzw. in der Geschäftsführung.</p> <p>Vollzeitäquivalente: Anzahl der Köpfe in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zum Stichtag 31.12.2012.</p> <p>Bei der Berechnung der VZÄ ist von der bezahlten wöchentlichen Normalarbeitszeit der jeweiligen Beschäftigtenkategorie nach dem anzuwendenden Kollektivvertrag auszugehen. 1 ganzjährig im Ausmaß von 40 Wochenstunden vollzeitbeschäftigte Person entspricht 1 VZÄ. Teilzeitkräfte oder weniger als ein Jahr lang Beschäftigte werden aliquot berechnet. Beispiel: Eine 6 Monate lang in einem Ausmaß von 20 Wochenstunden beschäftigte Betreuungsperson entspricht $6/12 \times 20/40 = 0,25$ VZÄ.</p>
Bruttoausgaben	<p>Jahressumme: Summe der Sozialhilfe- bzw. Mindestsicherungsausgaben für die jeweiligen Pflege- und Betreuungsdienste im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012. Die Bruttoausgaben umfassen auch die Umsatzsteuer und den allfälligen Ersatz einer Abschreibung für Herstellungs- und Instandhaltungsaufwendungen.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Investitionskosten, Rückstellungen/Rücklagen.</p>
Beiträge und Ersätze	<p>Jahressumme: Summe der vom Bundesland oder von den Leistungserbringern vereinnahmten Beiträge und Ersätze der betreuten Personen, der Angehörigen sowie der Drittverpflichteten (z.B. Erben, Geschenknehmer/-innen) im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Kostenbeiträge und -ersätze von sonstigen Drittverpflichteten.</p>

<p>Sonstige Einnahmen</p>	<p>Jahressumme: Summe allfälliger sonstiger Einnahmen (z.B. Mittel des Landesgesundheitsfonds, Umsatzsteuerrefundierung, außerordentliche Erträge) im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Einnahmen aus Kostenbeiträgen und -ersätzen (Regressen) der betreuten/gepflegten Personen und ihrer Angehörigen bzw. der Drittverpflichteten.</p>
<p>Nettoausgaben</p>	<p>Jahressumme: Summe der Sozialhilfe- bzw. Mindestsicherungsausgaben im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012, die nicht durch Beiträge und Ersätze sowie sonstige Einnahmen gedeckt sind.</p>



bmask.gv.at

BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES UND
KONSUMENTENSCHUTZ

**BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES UND
KONSUMENTENSCHUTZ**

Stubenring 1, 1010 Wien

Tel.: +43 1 711 00 - 0

www.bmask.gv.at

post@bmask.gv.at

