

Pflege und Betreuung

Lösungsvorschläge der Arbeitskreise

Wien, am 28.03.2007

**Österreichischer
Seniorenrat**

Sperrgasse 8-10/III, 1150 Wien
(01) 892 34 65
kontakt@seniorenrat.at
www.seniorenrat.at

Lösungsvorschläge für Pflege und Betreuung

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
AK I: Vorsorge	3
1.) Finanzielle (private) Vorsorge	3
2.) Seniorengerechtes Wohnen	4
3.) Gesundheits- und Pflegevorsorge	5
4.) Soziale Vorsorge	6
5.) Alltagskompetenz	6
AK II: Forschung – Qualitätsarbeit – Ausbildung	7
1.) Forschung	7
2.) Qualitätsarbeit	8
3.) Ausbildung	10
AK III: Struktur und Organisationsfragen zwischen den Gebietskörperschaften	12
1.) Ausgangslage	12
2.) Forderungen	12
AK IV: Unterstützung von privat Pflegenden und Betreuenden	15
1.) Einleitung	15
2.) Hintergrund	15
3.) Vorschläge für Maßnahmen	16
AK V: Rolle der Freiwilligenorganisationen	18
1.) Einleitung	18
2.) Allgemeine Voraussetzungen	18
3.) Voraussetzungen in der Person der Freiwilligen:	19
4.) Voraussetzungen bei den Freiwilligenorganisationen	19
5.) Rolle des Bundes	19
AK VI: Finanzierung	20
1.) Einleitung	20
2.) Grundlagen des Finanzierungssystems	20
3.) Weitere Überlegungen bezüglich finanziell relevanter Auswirkungen	21
4.) Zusammenfassung	22
AK VII: Gesetzgeberische Erfordernisse	23
1.) Gesetzliche Rahmenbedingungen einer „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“	23
2.) Mögliche Modelle, insbesondere aus arbeitsrechtlicher Sicht	24
3.) Sozialversicherungsrechtliche Vorschläge	25
4.) Maßnahmen im Bundespflegegeldgesetz	25
5.) Ausbau der Fördermöglichkeiten für pflegende Angehörige	26
6.) Ausdehnung der Pflegeberatung	26
7.) Steuerrechtliche Maßnahmen	27
8.) Einstufung von dementen Pflegebedürftigen	27
9.) Art. 15a B-VG Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für Pflegebedürftige	27
Informationen zu den Arbeitskreisen	28

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.

Einleitung

Der Österreichische Seniorenrat hat am 10. Oktober 2006 eine große Enquete zum Thema „Pflege und Betreuung“ abgehalten und in weiterer Folge beschlossen in sieben vertiefenden Arbeitskreisen Lösungsvorschläge für dieses aktuelle und umfangreiche Thema zu finden. Entsprechend der Bezeichnung der genannten Arbeitskreise gliedern sich die Lösungsvorschläge wie folgt:

- I: Vorsorge
- II: Ausbildung – Forschung - Qualitätssicherung
- III: Struktur- und Organisationsfragen zwischen den Gebietskörperschaften
- IV: Unterstützung von privaten Pflegenden und Betreuenden
- V: Rolle der Freiwilligenorganisationen
- VI: Finanzierung
- VII: Gesetzgeberische Erfordernisse

Ausdrücklich festgehalten wird, dass nicht sämtliche Vorschläge der Arbeitskreise in den Forderungskatalog des Österreichischen Seniorenrates eingeflossen sind.

AK I: Vorsorge

Der Begriff der „**Vorsorge**“ wird vom Arbeitskreis **breit verstanden** und umfasst neben der finanziellen Vorsorge die Gesundheitsvorsorge, Vorsorge im Wohnbereich, aber auch soziale Vorsorge und Alltagskompetenz.

1.) Finanzielle (private) Vorsorge

Neben der (auszuweitenden) Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen durch die öffentliche Hand bzw. die Solidarsysteme wird auch in Zukunft immer ein gewisser Eigenbeitrag seitens der Betroffenen notwendig sein. Daher hat die Schaffung bzw. der Ausbau von **Anreizsystemen** (auch bereits für junge Menschen) durch die öffentliche Hand höchste Priorität, um die Motivation zu eigenen, privaten Vorsorgeleistungen zu steigern.

Als Modelle kommen dabei vor allem die **Abfertigung Neu** bzw. **Mitarbeitervorsorge**, staatlich geförderte **Zukunftsvorsorge**, **Lebensversicherungen**, **Steuerfreibetrag** für Vorsorgemaßnahmen oder auch Anreize für **Vorsorgespargen** nach Vorbild des Bausparens in Betracht

Derzeit besteht das **Problem**, dass durch (österreichweit unterschiedliche) Regelungen über den **Zugriff** auf Einkommen und Vermögen sowie Regressregelungen der Anreiz zur finanziellen Vorsorge insofern verringert wird, als Erträge aus Vorsorgeanstrengungen die Leistungen der öffentlichen Hand schmälern und damit nur zu einem Teil den Betroffenen zugute kommen.

Die derzeitige Situation, dass in einigen Bundesländern die Möglichkeit des **Regresses** (Rückgriff auf das Einkommen bzw. Vermögen von Familienmitgliedern) besteht, in anderen nicht, ist **ein unbefriedigender Zustand**. Hier fordert der Arbeitskreis eine **einheitliche Lösung für ganz Österreich**.

Folgende **weitere Punkte** werden **unterstützt**:

- Die **Berücksichtigung** des **Verdiensts** des Pflegebedürftigen steht **außer Streit**.

- **Problematischer** wird der **Zugriff** auf das **Vermögen** selbst (insbesondere eine Nötigung zum Haus-/Wohnungsverkauf) gesehen. Hier könnte man auf den **Ertrag des Vermögens**, eventuell auch auf einen fiktiven Ertrag unter Zugrundelegung eines durchschnittlichen Zinssatzes für das Vermögen abstellen.
- Der **öffentliche Zugriff** auf das **Einkommen von Angehörigen** (Kinder, Enkelkinder) und Verwandten wird (mit Ausnahme von Umgehungslösungen) **abgelehnt** - unabhängig von privatrechtlichen Unterhaltsansprüchen die von Eltern gegenüber ihren Kindern geltend gemacht werden können.
- Und besonders wichtig: **Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit dürfen keine Verarmungsgründe sein!**

Die meisten dieser Punkte gelten angesichts der derzeitigen Praxis, dass Pflegeunterstützungsleistungen nach den Kriterien der Sozialhilfe gewährt werden. Generell wird aber **befürwortet**, die **Sozialhilfe** auf ihre **ursprüngliche Funktion**, nämlich eine Art „letztes **Auffangnetz**“ für sozial Schwache zu bilden, zurückzuführen und die **Sachleistungen im Pflegebereich gesondert zu finanzieren. Die Sozialhilfe ist kein Pflegefinanzierungsinstrument!** Sollte dies umgesetzt werden, sind Vermögens- und Einkommenszugriff anders zu beurteilen.

Der Arbeitskreis tritt im Sinne der Prävention für eine verbindliche Inanspruchnahme von **Beratungsleistungen** bei der Auszahlung bzw. Neueinstufung von Pflegegeld ein.

2.) Seniorengerechtes Wohnen

Ältere Menschen wollen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben. Dabei ermöglichen überschaubare, betreute und integrierte Wohnformen die **Etablierung neuer sozialer Netzwerke**, die **Selbsthilfepotentiale** im Alter stärken können.

Stürze im Haushalt sind wesentliche Faktoren für Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit im Alter. **Die Personengruppe über 60 braucht mehr Spitalstage wegen Unfällen als alle anderen!**

Vor diesem Hintergrund schlägt der Arbeitskreis folgende Maßnahmen vor:

- **Weiterentwicklung** und Ausbau des **barrierefreien Wohnens im Rahmen der Bauordnung(en)**: Die Art.15a Vereinbarung betreffend Bauordnung sollte rasch von allen noch säumigen Bundesländern ratifiziert werden. Um hier einheitliche Standards zu gewährleisten und die Umsetzung (etwa bei Fertigteilhäusern) zu erleichtern, sollten die Bauordnungen **vereinheitlicht** werden.
- Einführung eines verpflichtenden **Lehrinhalts „behindertengerechtes Bauen“** im Rahmen des Architekturstudiums.
- **Sturzpräventionsberatung** von Gemeinden in Zusammenarbeit mit Trägerorganisationen (analog der „Feuerbeschau“)
- Förderung der **Adaptierung von Wohnraum** im Hinblick auf die **Sturzprävention** und Unfallverhütung im Rahmen der **Wohnbauförderung**.
- **Einbindung von Behindertenverbänden/ Seniorenorganisationen in die entsprechenden Beiräte** (derzeit nur künstlerischer/architektonischer Schwerpunkt).
- **Keine Investition öffentlicher Mittel** in behinderten- bzw. betreuungserschwerende Bauten.
- Erleichterung und Förderung **betreuten Wohnens**, Schaffung der notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen.

- Initiierung und Förderung von **intergenerativen Modellprojekten** (Ältere Menschen / junge Familien / Kindergärten)
- **Ansiedelung** von Betreutes-Wohnen-Projekten in der **näheren Wohnumgebung**/Region der älteren Menschen ist besonders wünschenswert, da diese so ihre sozialen Kontakte nicht verlieren. Insgesamt soll die Möglichkeit des Verbleibs der Menschen in der gewohnten Umgebung auch durch **andere Anpassungsmaßnahmen** (Wohnungsgemeinnützigkeitsgesetz; Essen auf Rädern – Anpassung der StVO) gewährleistet werden.

3.) Gesundheits- und Pflegevorsorge

Gesundheitsvorsorge muss –wie die meisten anderen Präventionsmaßnahmen- möglichst früh beginnen, um bestmögliche Wirkung zu erzielen. So sind diesbezügliche Aktivitäten etwa in den Schulen letztlich auch ein Beitrag zur Pflegevorsorge.

Trotzdem hat die **Gesundheits-** bzw. **Pflegeprävention im Alter** -und auch schon bei gegebener Pflegebedürftigkeit- eine wichtige Funktion. Auch bei bereits vorliegender Pflegebedürftigkeit können präventive und rehabilitative Maßnahmen aktivierend wirken und vorhandene Defizite kompensieren oder zumindest mindern.

Als Maßnahmen der **primären**, d.h. Pflege vermeidenden **Pflegeprävention** kommen neben einer gesunden Lebensführung (Bewegung, gesunde Ernährung, Unfallprävention etc.) die Inanspruchnahme von Informations- und Beratungsstellen, Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft („Altern ist keine Krankheit“), seniorenfreundliche Wohnhausanlagen und Wohnformen (siehe oben) auch die bereits vielfach praktizierten präventiven Hausbesuche in Betracht.

Als Maßnahmen der **sekundären**, d.h. Dauer und Ausmaß der Pflege verringernden, **Pflegeprävention** sind zunächst alle jene anzusehen, die während eines Spitalsaufenthaltes gesetzt werden sollten, wie z.B. die Förderung der Beweglichkeit und Selbstständigkeit des Patienten.

Der Patient soll weiters auf seine gewohnte Umgebung vorbereitet werden. Als besonders wichtig erachtet der Arbeitskreis daher ein effizientes **Entlassungsmanagement**, wodurch gewährleistet wird, dass der Patient auch nach dem Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsaufenthalt in der erforderlichen Qualität weiter behandelt und betreut wird. Es sollte auf keinen Fall zu einer Unterbrechung der Behandlungskette kommen, da dies jedenfalls die Rehabilitationschancen mindert und die Pflegebedürftigkeit des Patienten verstärkt.

Die **tertiäre Pflegeprävention**, d.h. die geriatrische Rehabilitation soll schwere Krankheiten, bleibende Pflegebedürftigkeit und Begleit- und Folgeerkrankungen verhindern. Dem Arbeitskreis scheint dabei der Einsatz von aktivierender Pflege, wie Ergotherapie, Physiotherapie, Logotherapie, basaler Stimulation oder auch der Einsatz von Tieren besonders geeignet ein Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit hintanzuhalten.

Spezielle Versorgungsangebote benötigen **demenzerkrankte alte Menschen**. Als besonders geeignet haben sich dabei die Ritualisierung bestimmter Abläufe, Orientierungshilfen, Barrierefreiheit und das Schaffen gesicherter Außenbereiche erwiesen.

Bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die in Zukunft eine immer bedeutendere Rolle spielen werden, muss vor allem darauf geachtet werden, dass sie pflegepräventive Angebote auch wahrnehmen. Dabei sind natürlich sprachliche Barrieren sowie kulturelle Besonderheiten entsprechend zu berücksichtigen.

Für **behinderte Menschen**, die älter werden, sind für die Pflegeprävention entsprechende spezifische Angebote notwendig.

Information und Beratung spielen im Rahmen der Prävention eine besondere Rolle. Der Arbeitskreis schlägt **folgende Maßnahmen** vor:

- Die **Pensionsversicherungsanstalten** sollen alle Pensionisten im Zuge der jährlichen Pensionsbescheide über **Präventionsmaßnahmen** informieren.
- Der **ORF** soll unter Einbindung von Seniorenorganisationen, Trägern, Medizinern, Therapeuten etc. einen **Programmschwerpunkt „Vorsorge im Alter“** im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Auftrages zur Gesundheitsförderung setzen.
- Der **Fonds Gesundes Österreich** soll das Thema Gesundheitsprävention im Alter bzw. Pflegeprävention zu einem **Schwerpunkt** machen.
- Die Umsetzung der Idee des **Retirement-Counseling** (Beratung von Pensionsabgehern), wie sie bei manchen internationalen Unternehmen praktiziert wird, sollte auch für Österreich überlegt werden.
- Wesentliche Anhebung der Allgemeinen Seniorenförderung nach dem Bundes-Seniorengesetz.

Große Bedeutung für die Prävention hat auch die Erhaltung und Förderung der körperlichen und geistigen Beweglichkeit. Nachdem es im Alltag oft an entsprechender Motivation mangelt, wäre es eine Aufgabe von Gemeinden, Sportorganisationen und Seniorenverbänden, **Gruppenerlebnisse** zu **organisieren**. Aber auch die **Sozialversicherungsträger** sollten entsprechende Programme für ältere Menschen entwickeln und umsetzen.

Neben Sportarten wie Nordic Walking, Schwimmen, Turnen oder Radfahren sollten dabei auch **Alltagsbewegung** (etwa Gartengestaltung), **Alltagsgedächtnistraining** (Lesen) oder mit Bewegung verbundene **soziale Aktivitäten** (Tanz) gefördert werden.

4.) Soziale Vorsorge

Für die Prävention ist auch das bestehen sozialer Netzwerke ein wichtiger Faktor. Wenn diese fehlen (z.B. kein familiäres Netzwerk) ist die **Reetablierung sozialer Netzwerke** eine wichtige Aufgabe für Gemeinden, gemeinnützige Organisationen und Seniorenorganisationen. Dabei ist ein aktives Zugehen erforderlich, die bloße Bereitstellung eines Angebotes reicht nicht. In den Gemeinden sollten „**Sozialmanager**“ eingerichtet werden, die in Kooperation mit den ansässigen Vereinen und Seniorenorganisationen **von der Vereinsamung bedrohte Menschen aktiv ansprechen** und **Anschlussmöglichkeiten an bestehende soziale Gruppen schaffen**. Dies ist insbesondere beim Übergang vom Erwerbs- ins Pensionsleben notwendig, wenn die Einbettung ins soziale berufliche Netzwerk wegfällt.

5.) Alltagskompetenz

Ein beträchtlicher Teil an **Betreuungsleistungen** wird **nur deswegen notwendig**, weil an sich weitestgehend gesunde und mobile Personen mit den **grundlegenden Anforderungen des Führens eines Haushaltes nicht fertig** werden.

Alltagskompetenz in diesem Bereich bedeutet:

- Unabhängigkeit für die Betroffenen
- Geldersparnis für die Betroffenen und die Solidargemeinschaft (öffentliche Hand)

Auch hier können die Seniorenorganisationen wichtige Beiträge übernehmen (Kurse etc.), zusätzlich ist hier aber noch **Sensibilisierung** und **Bewusstseinsbildung** wichtig.

Vorsorge zahlt sich aus!

Der Arbeitskreis und der Österreichische Seniorenrat sind der Überzeugung, dass Vorsorgemaßnahmen nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen verbessern, sondern auch maßgebliche finanzielle Einsparungen mit sich bringen. Dieses Erkenntnis konnte sowohl aus der gemeinsam mit dem Sozialministerium durchgeführten Aktion „SeniorenSicherheit“ gewonnen werden wie auch aus der im Jänner 2007 vom Seniorenrat präsentierten Studie zum Sozialkapital älterer Menschen.

Jeder in Vorsorgemaßnahmen investierter Euro wird sich letztlich als gute Investition erweisen!

AK II: Forschung – Qualitätsarbeit – Ausbildung

1.) Forschung

Der Arbeitskreis betont die unbedingte Notwendigkeit für Forschung über die Situation alter Menschen in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. Dazu zählen beispielsweise **Gerontologie** (Altenforschung), **Geriatric**, **Pflegewissenschaften**, **pharmazeutische Forschung**, Forschung zur **Prävention** und **Gesundheitsförderung**, Forschung über die **Bedürfnisse der Nutzer** von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen und **ökonomische Forschung**. Als besonders dringlich wird dabei die Einrichtung von Lehrstühlen für Geriatric, Gerontologie und Pflegewissenschaften in ganz Österreich angesehen.

Relevante Forschungsfelder

Als besondere **Problemfelder** werden vom Arbeitskreis identifiziert:

Indikatorenforschung: Der Bereich der Indikatorenforschung stellt insbesondere für die bestehenden Qualitätsbemühungen eine wesentliche Grundlage dar. Forschung soll in diesem Zusammenhang Grundlagen für die Definition von Kriterien für die Ergebnisqualität von Betreuungs- und Pflegeleistungen beisteuern.

Soziale Integration alter Menschen: Forschung über die soziale Integration von alten Menschen kann Aufschlüsse über deren Lebenssituation und -möglichkeiten bieten. Diese Erkenntnisse sind Grundlage für eine nutzerorientierte Gestaltung von Betreuungs- und Pflegeleistungen und für eine dem Bedarf angemessene Begleitung, Schulung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen und Freiwilligen.

Nutzerforschung: Für die aktuelle und zukünftige Gestaltung von Betreuungs- und Pflegeangeboten ist es notwendig zu wissen, welche Anforderungen die bestehenden und potenziellen Nutzern an diese Dienste stellen. Dabei geht es auch um eine Differenzierung nach Zielgruppen und deren spezifischen Erwartungen. Relevante Unterscheidungen können dabei die zeitliche Dimension der Betroffenheit sein (aktuell/potenziell/nicht betroffen) und die unterschiedlichen Perspektiven von pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen sein.

Pharmazeutische Forschung: Die derzeitigen Medikamentenstudien werden zumeist an mittelalten und männlichen Probanden durchgeführt. Diese Vorgangsweise bedingt, dass das Wissen über Medikamentenwirkungen bei Frauen, Kindern und alten Menschen nur unzureichend ist.

Ein zweiter Punkt betrifft den Wissensstand über Wechselwirkungen von Medikamenten. Dieses Wissen ist besonders für Senioren relevant, da die Anzahl der angewendeten Präparate tendenziell mit steigendem Alter zunimmt.

In diesen beiden Punkten wird ein erweiterter Fokus der pharmazeutischen Forschungstätigkeit als notwendig erachtet.

Forschung zu Prävention und Gesundheitsförderung: In diesem Bereich wird eine verstärkte Forschung zu effektiven Maßnahmen und ihren Wirkungen empfohlen. Darüber hinaus werden Antworten auf die Frage „Was hat der einzelne davon, wenn er/sie gesund lebt?“ für die praktische Implementierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen als unterstützend eingeschätzt.

Ökonomische Forschung: Eine differenzierte Betrachtung der ökonomischen Aspekte einer alternden Gesellschaft kann dazu beitragen, nicht nur die Probleme einer solchen Gesellschaft sichtbar zu machen, sondern auch deren wirtschaftlichen Potenziale und Chancen. In diesem Zusammenhang wird etwa auf das Forschungsinstitut für Altersökonomie an der WU Wien verwiesen.

2.) Qualitätsarbeit

Bevor konkrete Aussagen über die Qualität von Betreuung und Pflege in Österreich möglich sind, muss zunächst einmal geklärt werden, welche **allgemeinen Zielvorstellungen von Gesellschaft und Politik** hinsichtlich der gewünschten Qualität formuliert werden. Dazu gehört die Festlegung, für welche Leistungen die öffentliche Hand verantwortlich sein soll und dementsprechend auch die Finanzierung sicher stellt.

Der Arbeitskreis hält deshalb eine **bundesweit gültige Definition von Versorgungsqualität** für eine dringliche Aufgabe. Sie kann Antwort auf die Frage geben, was sich ältere Menschen in Österreich im Bereich der Pflege- und Betreuung erwarten können.

Definition von Qualitätsstandards

Eine Lösungsmöglichkeit bei der generellen Definition von Qualitätsstandards könnte die Formulierung von konkret beschriebenen Qualitätsniveaus sein, die zur Beurteilung von Leistungen herangezogen werden (z. B. Niveaus von sicherer, angemessener und optimaler Pflege).

Als **Eckpunkte für österreichweite Qualitätsstandards** werden identifiziert:

- Eine integrierte Versorgungsstruktur, die Pflege- und Betreuungssettings von stationär/ambulant/mobil sowie informell/professionell umfasst
- Implementierung von Case-Management, Entlassungsmanagement
- Einheitliche und präzise formulierte Gesetzesvorgaben – auch auf Verfassungsebene – für eine transparente und effektive Kompetenzverteilung
- Ein flächendeckendes Netz von Sozialzentren
- Die Integration von Prinzipien der Gemeinwesenarbeit
- Einheitliche Finanzierung beispielsweise durch einen Pflegeleistungsausgleichsfonds oder die Koppelung von Sozialversicherungs- und Sozialhilfeleistungen
- Verankerung von Gesundheitsförderung als fixen Bestandteil von Qualitätsstandards
- Einführung von Family-Nurse-Systemen, Primary Nursing im Krankenhaus, Family Health Nursing (im Sinne des WHO-Modells der Familiengesundheitspflege bei der häuslichen Pflege und Betreuung)

Als **generelle Maßnahmen zur Qualitätsarbeit (Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement)** von Betreuung und Pflege werden daher empfohlen:

- Unterstützung des Qualitätszertifikates für Altenheime, das derzeit unter dem Arbeitstitel „Nationales Qualitätszertifikat“ entwickelt wird
- Unterstützung ähnlicher Bemühungen für ambulante Dienste
- Finanzielle Anreize zur Weiterentwicklung der Organisation (Förderung von Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen)
- Unabhängige Qualitätssicherung (z. B. durch externe Institute)
- Professionelle Begleitung und Supervision von Freiwilligen in Organisationen
- Flächendeckende Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige, wie beispielsweise Beratungsangebote, finanzielle Unterstützung für Ersatzpflege
- Einbindung und Mitwirkung der Betroffenen (der gepflegten Personen) sowie deren Angehörigen in die Qualitätsarbeit, beispielsweise durch regelmäßige Befragungen und Mitwirkung von Betroffenenvertretungen bei Planungs- und Entscheidungsprozessen
- Entwicklung nationaler Standards der Messung bzw. Definition von Ergebnisqualität im Heim
- Schaffung einheitlicher und zwischen den Ländern wie Trägern abgestimmte statistischer Daten.

Maßnahmen der Qualitätsarbeit in der **ambulanten Betreuung und Pflege** sind:

- Durchführung der Pflege und Betreuung nach den Berufsgesetzen im Sozial- und Gesundheitsbereich (Auswahl der Pflege- bzw. Betreuungskraft, Dokumentation etc.). Die jeweiligen gesetzlichen Regelungen sollten auch auf Ihre Passung für die ambulante Betreuung und Pflege geprüft werden, da sich die Voraussetzungen zwischen stationär und ambulant sehr unterscheiden.
- Unterstützung, Anleitung und Entlastung der Mitarbeiter von 24-Stunden-Diensten vor Ort durch eine diplomierte Pflegeaufsicht (Case Management)
- Qualitätssicherung beim Einsatz von ausländischen Arbeitskräften in der Betreuung zu Hause durch gesetzliche/kollektivvertragliche Regelungen
- Qualitätssicherung beim Einsatz von ausländischen Arbeitskräften in der Betreuung zu Hause durch gemeinnützige Trägerorganisationen, z. B. Unterstützung durch diplomierte Pflegepersonen oder andere Mitarbeiter, Pflegevisiten
- Pflege Tätigkeiten dürfen nur von Personen mit Berufsausweis oder speziell für das Einsatzfeld ausgebildete/vorbereitete Personen ausgeübt werden
- Regelmäßige Befragungen der betreuten/gepflegten Personen zu Wohlbefinden und Zufriedenheit
- Implementierung und Weiterentwicklung eines funktionierenden Beschwerdemanagements
- Bundesweit einheitliche Regelungen zur behördlichen Anzeige und Aufsicht von ambulanter Pflege

Maßnahmen der Qualitätsarbeit in **stationären Betreuung und Pflege** sind:

- Kleine und wohnortnahe Strukturen

- Gestaltung der Wohnbereiche in Heimen: Wohnliche Atmosphäre, vorwiegend Einzelzimmer mit eigenen Badezimmern, barrierefreie Balkone, große Aufenthalts- und Therapiebereiche: die Zimmer dürfen keine Krankenhauszimmer sein (unter Berücksichtigung von Düften, Geräten etc.)
- Optimale palliative Versorgung und hospizliche Betreuung der sterbenden Bewohner und Kultur des Abschiednehmens
- Abstimmung der Pflege- und Ausstattungsstandards in der stationären Pflege
- Flächendeckendes Angebot an Akutgeriatrie und geriatrischer Rehabilitation, das einzelfallbezogen zum Übergang zur stationären Langzeitpflege dient

Maßnahmen in der **Ausbildung** als Strategie der Qualitätsarbeit sind:

- Gezielte und für den unmittelbaren Bedarf Schulungen von pflegenden Angehörigen
- Bedarfsgemäße Weiterbildung ausländischer Pflegekräfte in Österreich
- Nachweis von ausreichenden Sprachkenntnissen von ausländischen Pflegekräften/ Hilfskräften
- Evaluierung der Ergebnisse von Ausbildungen
- Förderung der Durchlässigkeit der Ausbildungen und eröffnen von Karriere-möglichkeiten

Verweildauer verlängern

Dem Arbeitskreis ist es ein besonders wichtiges Anliegen die Verweildauer von Pflege- und Betreuungskräften in ihrem Beruf zu verlängern. Derzeit betragen diese im Durchschnitt nur 7 Jahre. Als Maßnahmen werden vorgeschlagen

- Familienfreundliche Dienstzeiten
- Ausbau der Teilzeitarbeit
- Ausweitung der Öffnungszeiten von Kinderbetreuungsplätzen
- Verstärkung der personellen Durchlässigkeit zwischen ambulanten und stationären Bereich in beide Richtungen

3.) Ausbildung

Berufsbilder und Handlungsfelder

Der Katalog der **Berufsbilder** im Bereich Pflege und Betreuung (Gesundheitsberufe und Sozialberufe) ist **ausreichend**, allerdings besteht

- Optimierungsbedarf in der **Definition und Beschreibung der jeweiligen Handlungsfelder und Kompetenzprofile**
- Optimierungsbedarf **in der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern für Sozialberufe**

Die wichtigsten **Empfehlungen** betreffend Berufsbilder und Handlungsfelder:

- Eine am zukünftigen Bedarf ausgerichtete, strukturübergreifende und bundesweit abgestimmte Kapazitätsplanung für Gesundheits- und Sozialberufe
- Registrierung aller Gesundheitsberufe
- Einheitliche Richtlinien für Berufe im Zuge der Verfassungsreform (z. B. Sozialbetreuungsberufe, Heimhilfe) und damit Sicherstellung, dass Angehörige der Sozialberufe im gesamten Bundesgebiet arbeiten können

- Definition und Beschreibung der Handlungsfelder und Kompetenzprofile von Pflege- und Sozialbetreuungsberufen
- Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen den Gesundheits- und Sozialberufen
- Einsatz von höherqualifizierten Pflegepersonen (tertiärer Bereich) für Case-Management und Beratung in der Pflege
- Ermöglichung einer situationsabhängigen und individuellen Entscheidungskompetenz für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege betreffend die „Intensität der Aufsicht“ über die Pflegehilfe

Bildungskonzept und Struktur der Ausbildung

- Ein **Pflege- und Betreuungsplan der Zukunft** verlangt ein Bildungskonzept, für alle Personen, die in irgendeiner Weise an Pflege und Versorgung betreuungsbedürftiger Menschen beteiligt sind.
- **Im Bereich des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege** ist eine **enorme Steigerung der Komplexität der Aufgabenstellungen (Case-Management)** und der **beruflichen Verantwortung (Eigenverantwortlichkeit)** zu verzeichnen. Zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgungsqualität ist es dringend notwendig, die Zulassungsvoraussetzungen und das Ausbildungsniveau für diesen Beruf anzuheben.

Die wichtigsten **Maßnahmen** zur strukturellen Gestaltung der Ausbildung:

- Integration der Pflegegrundausbildung in den tertiären Bildungsbereich, entsprechend der europäischen Bildungsentwicklung in der Pflege
- Einrichtung von Fachhochschulstudiengänge für Pflege in allen Bundesländern für die Ausbildung im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege
- Einrichtung von Studiengängen für Pflegemanagement und Pflegepädagogik sowie von pflegewissenschaftlichen Studiengängen an den Universitäten, zur Entwicklung der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung
- Etablierung unabhängiger Bildungseinrichtungen für Pflegeausbildung, die nicht an konkrete Leistungsanbieter gebunden sind
- Gewährleistung einer breiten, universalistischen Ausbildung von Pflegekräften mit Spezialisierungsangeboten, die auf der allgemeinen Ausbildung aufbauen (z. B. Langzeitpflege)
- Schaffen von multiplen Zugängen für Ausbildungen in den Pflege- und Sozialberufe auch für Erwachsene, und Erhöhung der Durchlässigkeit in den Studiengängen
- Ausbildungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige, bedarfsgerecht und gezielt für die konkrete Pflegesituation
- Ressourcen von ehemaligen pflegenden Angehörigen sollen für professionelle Dienste nutzbar gemacht werden, z. B. Anrechnung praktischer Erfahrungen für eine spezifische Ausbildung oder Unterstützung bei einem Berufs(wieder)einstieg

AK III: Struktur und Organisationsfragen zwischen den Gebietskörperschaften

1.) Ausgangslage

Etwa 80% der Pflege- und Betreuungsleistungen werden im Wesentlichen von den Angehörigen selbst - also innerhalb der Familie - erbracht. Politisch ist der Bereich Pflege und Betreuung durch eine weitgehende Zersplitterung der Kompetenzen zwischen den einzelnen Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden) und den Politikbereichen Gesundheit und Soziales (sowie Arbeitsmarkt und Bildung) gekennzeichnet. So haben die Länder auch die im Rahmen von Art. 15a B-VG abgeschlossene Vereinbarungen noch nicht ausreichend umgesetzt, bis 2010 ist noch Zeit. Dies gilt z.B. auch für die flächendeckende Einrichtung von Gesundheitssprengeln, für Qualitätskriterien (da in den Bundesländern unterschiedlich umgesetzt) und für die Gewährung weiterer unterstützender Maßnahmen für pflegende Angehörige.

Eine effektive Politstrategie muss daher auch die strukturellen Fragen im Auge haben.

2.) Forderungen

- Abschluss einer neuen Art. 15a- Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern mit einer Bedarfs- und Entwicklungsplanung und konkreten Qualitätskriterien inklusive der Kosten für die Betroffenen. Eine verfassungsrechtliche Änderung der Kompetenzverteilung wäre wünschenswert.
- Ziel ist der flächendeckende Ausbau von Sozialsprengeln oder adäquaten Anlaufstellen.
- Die umfassende Koordination des Bereiches Pflege & Betreuung mit den Institutionen des Gesundheitswesens und den Länderplattformen.

Im Einzelnen:

Um optimalen Ressourceneinsatz zugunsten der Kunden zu ermöglichen, sollen Bürokratie und Verwaltungsaufwand (z.B. hinsichtlich unterschiedlicher Abrechnungs- bzw. Dokumentationsmodalitäten für mobile Dienste mit den verschiedenen Stellen) möglichst einheitlich und effizient gestaltet werden.

Aufgrund der in den meisten Bundesländern gehandhabten Tagsatzgestaltung der letzten Jahre konnten stationäre wie mobile Einrichtungen keine großen Entwicklungen, Innovationen und Umsetzungen finanzieren. Hier könnte ein „Innovationsfonds“ entscheidende Entwicklungsimpulse für neue Modelle der vernetzten Betreuung und Pflege liefern.

Es braucht außerdem in Österreich ein **flächendeckendes, gut ausgebautes und multidisziplinäres Entlassungsmanagement** (medizinische, pflegerische und soziale Aspekte sind zu berücksichtigen), wo die stationäre Pflege und Gesundheitseinrichtungen mit den mobilen Angeboten, den niedergelassenen Ärzten sowie anderen Anbietern im Gesundheits- und Pflegewesen optimal zusammenarbeiten und sich gegenseitig unterstützen. Es darf zu keiner Unterbrechung der Versorgungskette kommen, da dies, z.B. besonders bei Schlaganfallpatienten, negative Folgewirkungen (Verminderung der Rehabilitationschancen) mit sich zieht.

Entlassungsmanagement wie z.B. Übergangspflege greifen aber nur dann, wenn sie in eine „Integrierte Koordinationsstruktur“ eingebettet sind:

Elemente dieser Struktur sind:

- Ausbau der mobilen Dienste wie z.B. Altenfachbetreuung, Hauskrankenpflege, Heimhilfe
- Schaffung von flächendeckenden, regionalen Anlaufstellen für Pflege- und Betreuungsangelegenheiten.
- Ausbau der betreubaren Wohnungen/Wohngemeinschaften
- Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige (Beratung, Ausbildung, Kurzzeitpflege, Schulung am Bett, etc.)
- Teilstationäre Angebote (Tages- und Nachtbetreuung, stundenweise Betreuung, Wochenendpflege- und Betreuung)
- Legale, leistbare 24 Stunden Betreuung zu Hause.
- Schaffung von Sozialzentren bzw. geriatrischen Tageszentren
- Stationäre Betreuung und Pflege
- Niedergelassene Ärzte
- Prävention und Beratung
- mobile Therapie
- Hospiz- und Palliativpflege in allen Bereichen, wo Menschen leben und sterben
- Verstärkte Einbindung von Zivildienern in die Versorgung (bei Bewahrung der „Fachlichkeit“).
- Haushaltshilfe und persönliche Assistenz
- Soziale Initiativen („soziale Nahversorger“)
- Ehrenamtliche Dienste und mögliche Beschäftigungsverhältnisse für pflegende Angehörige bei z.B. Hilfsorganisationen

Parallel dazu und mit oben genannten Angeboten vernetzt ist die Versorgung mit:

- niedergelassenen praktischen Ärzte und Fachärzte
- Krankenhäusern
- Akutgeriatrische Abteilungen
- Übergangspflege/Entlassungsmanagement
- Geriatrische Rehabilitation und Remobilisation
- sowie entsprechenden Organisationen und Einrichtungen des Sozialbereiches zu gewährleisten.

Strukturelle Fragen und länderübergreifende Standards:

- Gemäß dem Subsidiaritätsprinzip ist im Pflegebereich die Frage zu untersuchen „Wer kann was sinnvoller Weise einbringen?“.
- Der Ausbau einer bedarfsgerecht orientierten und langfristig leistungsfähigen Versorgungsstruktur ist vorrangig => Differenzierung nach den Bedürfnissen der Kunden und deren Angehörigen, aber auch nach den sich laufend entwickelnden wissenschaftlichen Erkenntnissen über Alterserkrankungen.
- Der Ausbau dieser „koordinierten Versorgungsstruktur“ soll vorrangiges Ziel von Bund und Ländern sein, damit überall in Österreich ein umfassendes Unterstützungsangebot existiert. (Derzeit hängen der Ausbaugrad und die Standards einzelner Einrichtungen zu sehr von den finanziellen Möglichkeiten des jeweiligen

Trägers der Sozialhilfe ab.) Als positives Beispiel ist das bereits umgesetzte Tagesstrukturkonzept in Vorarlberg zu erwähnen.

- Vergessen werden darf nicht auf Angebote der Palliativmedizin und des Hospizwesens. Ziel: Ein flächendeckendes bedarfsorientiertes Angebot an mobilen Diensten, Tageseinrichtungen und stationären Hospizen bzw. Hospizbetten. Das ehrenamtliche Engagement soll dabei weiterhin ein wichtiger Bestandteil der Hospizversorgung bleiben, muss aber verankert und abgesichert werden.

Aufgabenverteilung im Bereich Pflege und Betreuung

Verantwortlichkeiten klar regeln:

Das Pflege- und Betreuungssystem in Österreich zeichnet sich dadurch aus, dass zahlreiche Akteure in den Bereichen Rahmenbedingungen, Finanzierung und Leistungserbringung zusammenarbeiten müssen. In diesem Kontext muss auch das Prinzip der Subsidiarität korrekt angewandt werden. Sehr viele und vor allem kleinere Gemeinden sind zunehmend mit der Finanzierung der Pflege und Altenbetreuung völlig überfordert.

- Einheitliche Standards bei Förderungen, Subventionen und/oder Leistungsverträgen und deren Abrechnung.
- Einheitliche Versorgungsstandards – unterschiedliche Angebotsstruktur
Es müssen österreichweit einheitliche Versorgungsstandards formuliert werden, die dann auch die Basis für Bedarfs- und Entwicklungspläne bilden. Diese Versorgungsstandards müssen qualitative und quantitative Aspekte umfassen. Im Bereich der Angebotsstruktur sollen regionale Unterschiede und Schwerpunktsetzungen der Landespolitik Berücksichtigung finden, und es muss Raum für innovative Modelle geschaffen werden.

Aufgabenverteilung zwischen den Institutionen und Gebietskörperschaften

- Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege sind Aufgabe der Krankenversicherung. Die medizinische Hauskrankenpflege, die bereits eine gesetzliche Pflichtleistung ist, unterliegt im Wesentlichen jedoch Einschränkungen: Erfahrungen zeigen, dass rund 30% der Hauspflege der medizinischen Hauskrankenpflege zu zuordnen sind. Tatsächlich werden aus diesem Titel – je nach Bundesland – wesentlich niedrigere Anteile finanziert. Es ist Kostenwahrheit herzustellen.
- Ein pauschalierter Beitrag zum pflegebedingten Mehraufwand ist Aufgabe eines bundesweiten Pflegegeldsystems und öffentlicher Zuschüsse.
Neben dem jährlich mit dem Preisindex für Pensionistenhaushalte zu valorisierenden Pflegegeld als Geldleistung bedarf es eines weiteren öffentlichen Finanzierungsinstruments auf Bundes- oder Landesebene zur Förderung der mit Pflege- und Betreuung verbundenen Mehrleistungen.
- Die Bereitstellung der Pflegeleistungen und der soziale Ausgleich ist Sache der Länder. Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen pflegerischen Versorgungsstruktur. Damit besteht auch die Verpflichtung, die Einrichtungen in die Lage zu versetzen, wirtschaftlich und mitverantwortlich handeln zu können. Dabei sind Investitionskosten bei der Bemessung der Tagsätze zu berücksichtigen. Die Prüfmaßstäbe dürfen nicht variieren, unabhängig davon ob ein privater oder öffentlicher Dienstleister kontrolliert wird.
- Die Länder sind weiters für die Unterstützung jener Menschen zuständig, die sich aus sozialen Gründen Pflege, Betreuung und Wohnung nicht leisten können. Die

Vereinheitlichung der Sozialhilfegesetze der Länder mittels Art. 15a B-VG Vereinbarung wäre notwendig.

- Die bedarfsorientierte Stützung der Dienstleistung, die derzeit ebenfalls von den Ländern aus der Sozialhilfe geleistet wird, wäre dann ebenso über die oben erwähnten zusätzlichen öffentlichen Mittel zu gewährleisten.
- Wohnen und lokale Anlaufpunkte sind Sache der Gemeinden und Gemeindeverbände. Diese sollten angebotsseitig betreubare Wohnformen/betreutes Wohnen, Vernetzungs- und Austauschangebote für pflegende Angehörige sowie lokale, niederschwellige Beratungsangebote sicherstellen.
- Das Angebot der Dienstleistungen ist Aufgabe der Träger. Die konkreten Dienstleistungen werden von Trägern, seien diese in privater, gemeinnütziger oder öffentlicher Hand erbracht. Da der Pflegemarkt keine freie Preisbildung zulässt, ist von Transparenz zwischen den Trägern, Versicherungen und der öffentlichen Hand auszugehen. Die öffentliche Hand muss – wenn sie höhere Standards vorschreibt – auch die dadurch anfallenden Mehrkosten finanzieren. Für die Kunden sollen einheitliche, sozial gestaffelte Kostenbeiträge festgelegt werden (jährlich valorisiert).
- Eine Überprüfung der Anwendbarkeit des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) für den Bereich der Pflege alter Menschen wird empfohlen
- Geeignete Maßnahmen zur Förderung der Freiwilligenarbeit im Betreuungsbereich sollte einheitlich umgesetzt werden.

AK IV: Unterstützung von privat Pflegenden und Betreuenden

1.) Einleitung

Die „privaten Pflegenden und Betreuenden“ sind der mit Abstand größte Sozialdienst Österreichs. Aufgrund der zu erwartenden soziodemografischen Veränderungen und des damit verbundenen abnehmenden Potentials familiärer oder familiennaher Betreuungsressourcen müssen verstärkt und vorbeugend Maßnahmen zur Stützung, Begleitung, Information und Schulung von privaten Pflegenden und Betreuenden getroffen werden.

2.) Hintergrund

Laut Statistik Austria (Mikrozensus 2002) betreuen in Österreich 425.900 Personen (private Pflegenden und Betreuende) Angehörige und Bekannte, davon 38.900 Personen mehr als eine Person. Durchschnittlich werden dabei 10 Stunden pro Woche geleistet, ca. 25% leisten mehr als 15 Stunden pro Woche.

Das durchschnittliche Alter der pflegenden Angehörigen von Pflegegeldbeziehern beträgt lt. ÖBIG 58 Jahre, 45% sind über 60, 22% über 70 Jahre alt. 78,4% der Betreuungspersonen sind weiblich. Ca. 40% pflegen den Lebenspartner, 27% die Eltern, 10% die Geschwister.

82% der Betreuungspersonen sind pensionsversichert, 18% haben keine Pensionsversicherung, 2% sind aufgrund ihrer Betreuungstätigkeit versichert.

30% der pflegenden Angehörigen gehen einer Erwerbsarbeit nach, 40% davon einer Teilzeitbeschäftigung.

Ca. 25% derer, die über den wöchentlichen Betreuungsaufwand Auskunft geben, wenden mehr als 35 Stunden pro Woche für die Betreuung auf.

Die starke Zunahme dementieller Erkrankungen bedeutet eine zunehmende Belastung der Pflege- und Betreuungssituation zu Hause. Sind bei über 80 Jährigen ein Fünftel davon betroffen, so steigt die Zahl bei den über 85 Jährigen bereits auf ein Drittel an.

Die aktuelle Situation – Probleme/Herausforderungen

- Starke physische, psychische und materielle Belastungssituation vieler pflegender Angehöriger, insbesondere im Fall dementieller Erkrankungen. Oft besteht die Gefahr, dass sie in den Strukturen der eigenen Überforderung gefangen sind
- Informationsdefizite betreffend Unterstützungs-/Beratungs-/Schulungsangebote
- Starke Berührungängste professionelle Beratung und Unterstützung in Anspruch zu nehmen
- Mittel- und langfristige Abnahme der Zahl pflegender Angehöriger durch demografische Faktoren (Mobilität, Berufstätigkeit, Kinderzahl)
- Oftmals Unvereinbarkeit zwischen Pflege und beruflicher Tätigkeit

Zielsetzungen

- Hintanhaltung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit
- Langfristige Erhaltung und Stärkung des Systems „private Pflegende und Betreuende“
- Nachhaltige Entlastung privat Pflegender und Betreuender
- Möglichst früh und niederschwellig einsetzende Unterstützung privater Pflegender und Betreuender
- Besseres Zusammenspiel von informellen und formellen Angeboten

3.) Vorschläge für Maßnahmen

Kurzfristig

- **Erprobung, Evaluierung und nachfolgende flächendeckende Umsetzung von Beratungsmodellen für Pflegende und Betreuende** (Pflegeberatungsscheck, Pflegeberatung durch Mobile Dienste, Internet Plattformen, erweitertes Casemanagement, Wohnraumadaptierung etc.)
- **Ausbau und gesicherte Finanzierung von mobilen Diensten und unterstützenden Angeboten** (Pflegehilfsmittel, Zusatzdienste, verstärkter Einsatz technischer Hilfsmittel und Rufsystemen)
- **Forcierung von Betreubarem Wohnen für Senioren und Betroffene** um die Selbständigkeit von Senioren zu erhalten, nach bundesweiter Bedarfserhebung – weiterer Ausbau „betreutes Wohnen“.
- **Ausbau von „Austauschmöglichkeiten“ wie Selbsthilfegruppen und Gesprächsrunden** unter Einbeziehung von Mobilen Diensten
- **Aus- und Aufbau von Beratungsstellen** in Krankenhäusern, um mit Erstberatungen das Nahtstellenmanagement zwischen stationärem und mobilem Bereich zu verbessern und Betroffene möglichst früh zu erreichen
- **Schaffung eines klaren Bekenntnisses**, dass Pflege und Betreuung eine gemeinschaftliche Aufgabe und daher öffentlich zu finanzieren ist (bedarfsorientierte

Weiterentwicklung des Pflegegeldsystems) und dass das Angebot bundesweit für jeden erschwinglich ist

- **Ausführliches Informationsmaterial** für alle Pflegende und Betreuende

Mittelfristig

- **Pflegeberatung bei jedem Antrag auf Erteilung oder Erhöhung des Pflegegeldes**, obligat, parallel zur Pflegegeldbegutachtung durch erfahrene Pflegekräfte – siehe auch das seit 2001 bestehende Angebot des Sozialministeriums und des Kompetenzzentrums Pflege bei der SVA d. Bauern „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“
- **Ausbau des Angebotes für temporäre Entlastung** (Kurzzeitbetreuung, Tagesbetreuung) und Erholungsmöglichkeiten (Urlaubsangebote) für Pflegende
- **Angebot von Information, Beratung und Supervision, Bildungskonzept**. Ausbau von Bildungsangeboten für Pflegende und Betreuende, um fachlich zu unterstützen und psychisch zu entlasten. Ausbildung mit Zertifikat (für die Zeit der Ausbildung – Heimhilfe als Ersatz).
- **Verbesserung der sozialrechtlichen Absicherung** von Pflegenden, insbesondere weitere Begünstigungen der bestehenden Selbst- und Weiterversicherung in der Pensionsversicherung
- **Finanzielle Unterstützung für Pflegende**, ev. ab Pflegestufe 4 in Form von Lebensversicherung oder Sachleistung
- **Adaption der arbeitsrechtlichen Grundlagen für mehrstündige Betreuungen zuhause**, um eine bedarfsorientiertere und legale Betreuung durch Mobile Dienste zu ermöglichen.
- **Jüngere Generation** soll über Pflege Thema informiert werden

Langfristig (Rahmenbedingungen)

- Schaffen einer „**Neuen Kultur des Alterns**“, in der die alternde Bevölkerung nicht als Belastung und die damit verbundenen Sozialleistungen nicht ausschließlich als Kosten, sondern als notwendige und lohnende Investition für eine funktionierende (Zivil) Gesellschaft gesehen werden.
- Forschungsbasierte Entwicklung von Strategien, wie der **demografisch bedingte Rückgang** von pflegenden Angehörigen substituiert werden kann
- Schaffung eines **innovationsfreundlichen Klimas** auch für Pflege- und Betreuung in Österreich
- Berücksichtigung der steigenden Anzahl der **Demenzerkrankungen** bei neu zu schaffenden Wohnformen
- Schaffung **bundesweit harmonisierter Rahmenbedingungen** für den Bereich der Pflege und Betreuung. Umsetzung einheitlicher Standards und eines bundesländerübergreifenden Monitoring anhand von Kennzahlen.
- Erfahrungsorientierte **Anpassung der Ausbildungscurricula** für Medizin und Pflege an die sich aktuell entwickelnden Bedürfnisse
- Berücksichtigung der Erkenntnisse der Studie des Seniorenrates „Sozialkapital bei Senioren - Glückliches Altern“, die zeigt, welcher Zusammenhang zwischen einer gesunden und glücklichen Lebensführung der Senioren und der Kosten/Nutzen-Rechnung für den Staat besteht.

AK V: Rolle der Freiwilligenorganisationen

1.) Einleitung

Die Freiwilligenorganisationen sind in unserer Gesellschaft in der Betreuung von behinderten pflegebedürftigen Menschen unverzichtbar. Nur sie vermögen professionelle Hilfe und ehrenamtliches Engagement optimal zu verbinden. Ohne die Arbeit der Freiwilligenorganisationen, die von den zahlreichen Ehrenamtlichen Helfern getragen wird, wäre Pflege und Betreuung in Österreich bereits heute nicht mehr finanzierbar.

Somit ist die ehrenamtliche Tätigkeit ein unverzichtbarer Bestandteil unseres Sozialwesens. Wichtig in diesem Zusammenhang ist aber die Rolle des Wohlfahrtsstaates!

- Pflege für Personen zu ermöglichen, die der Pflege bedürfen, ist ein wesentlicher Teil ihres Rechts auf Menschenwürde. Diesem Anspruch darf sich der Sozialstaat nicht entziehen.
- Wenn daher Aufgaben durch das Ehrenamt übernommen werden, muss der Staat dafür die optimalen Voraussetzungen schaffen, um die damit verbundenen Aktivitäten in bestmöglicher Weise erfüllen zu können. Dazu gehören insbesondere eine ausreichende finanzielle Vorsorge durch die öffentliche Hand und entsprechende gesetzliche Grundlagen.

2.) Allgemeine Voraussetzungen

Die für die ehrenamtliche Tätigkeit so wichtige gesellschaftliche Anerkennung erfordert bestimmte Voraussetzungen:

- Aus Sicht der Arbeitgeber, sowohl in der Wirtschaft als auch im öffentlichen Dienst, sollte das ehrenamtliche Engagement der Mitarbeiter ein Qualifikationsfaktor sein.
- Lobbyismus bei Arbeitgebern unter Einbindung der gesetzlichen Interessenvertretung ist gefordert (Soziale Kompetenz als ein zentraler Vorteil ehrenamtlich tätiger Mitarbeiter).
- Engagement der Sozialpartner
- Eine von den Freiwilligen selbst bestimmt ablaufende professionelle Koordination ihrer Arbeit muss ohne Einschränkung möglich sein.

Ehrenamtlich Tätige benötigen zusätzlich Information, Motivation und ein Sicherheitsnetz wie z.B.:

- Anreize zum Mitmachen (z.B. Uniform, aber auch andere sichtbare Zeichen einer ehrenamtlichen Tätigkeit, wie Auszeichnungen)
- professionelle Werbung um mögliche Ehrenamtliche „abzuholen“
- Aufwandsentschädigung (wenn auch gering aber unbedingt erforderlich)
- Versicherung (Unfall und Haftpflicht)
- Für die Gruppe 60+ sollten die Seniorenorganisationen eine wesentliche Rolle als Plattform spielen. Die Koordination mit anderen Hilfsorganisationen ist wichtig, damit diese mit professionellen Animatoren in dieser Gruppe 60+ ehrenamtliche Mitarbeiter auffinden und motivieren.

Die effektive Umsetzung ehrenamtlicher Tätigkeit bedarf zusätzlicher organisatorischer Voraussetzungen, wobei die Gemeinden hier eine wichtige Rolle spielen:

- **Die Gemeinden sollen die Funktion der Drehscheibe/Schnittstelle/Netzwerkträger haben.** Sie sollen Beratungs- und Betreuungsangebote sicherstellen, damit niemand der dieser Hilfen bedarf ohne ausreichende Information bleibt. Denn Freiwilligenhilfe funktioniert nur teilweise, z.B. als Nachbarschaftshilfe, von selbst. Hier ist die Gemeinde gefordert diese unter Einbindung der Freiwilligenorganisationen zu organisieren. Das Leistungsangebot aller Leistungsanbieter muss für die Adressaten zugänglich sein. Leistungsvereinbarungen mit den vom Gesetzgeber normierten zuständigen Instanzen sind die Grundlage.
- **Kontaktbesuchsdienste** von den Gemeinden initiiert sollen sowohl eine präventive als auch akut beratende Funktion haben. Präventiv im Sinne von z.B. Beseitigung von Stolperfallen in der Wohnung; akut beratend welche Möglichkeiten der Hilfen es gibt. Diesen Kontaktbesuchsdienst können beispielsweise besonders geschulte Personen der Senioren- oder Freiwilligenorganisationen übernehmen. In Wien gibt es bereits diesen Kontaktbesuchsdienst, wobei die Zielgruppe Seniorinnen und Senioren über 65 Jahre sind.
- **Problem Datenschutz.** Die Gemeinde als Drehscheibe etc. muss die Zugänglichkeit der Daten zur Ausübung der freiwilligen Tätigkeit sicherstellen. Das bedeutet, dass alle Organisationen die auf diesem Feld tätig sind auf Anfrage eine Liste aller Adressaten (Kunden) bekommen müssen um diesen ihr Leistungsangebot offerieren zu können.

3.) Voraussetzungen in der Person der Freiwilligen:

- a) Eine zweckdienliche Basisinformation und Schulung muss gegeben sein.
- b) Zur Unterstützung der Tätigkeit sind psychologische Hilfen von Coaching bis Supervision notwendig.
- c) Es bedarf einer Regelung für den Aufwandsersatz
- d) Sonstige Anreize wie z.B. (teilweise) Urlaubsfinanzierung sind zweckmäßig. Zu prüfen wäre beispielsweise ein Ansparmodell mit Punkteguthaben für bestimmte Tätigkeiten. Diese „Urlaube“ können teilweise als Seminaraufenthalte gestaltet sein, aber auch der körperlichen Regeneration dienen.
- e) Gesetzliche Haftpflicht- und Unfallversicherung: Wenn die Tätigkeit der Freiwilligen nicht bereits in einem anderen Rahmen versichert ist (z.B. deckt die Haftpflichtversicherung einer Organisation auch die Tätigkeit der Freiwilligen) sollte die öffentliche Hand für den entsprechenden Versicherungsschutz sorgen.

4.) Voraussetzungen bei den Freiwilligenorganisationen

- a) Die steuerliche Absetzbarkeit von Spenden sollte ermöglicht werden
- b) Vernetzung der Organisationen

5.) Rolle des Bundes

Im zuständigen Bundesministerium soll die bereits bestehende zentrale Informationsplattform (www.freiwilligenweb.at) über Freiwilligenarbeit in Österreich weiter ausgebaut und verstärkt auch in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gebracht werden.

AK VI: Finanzierung

Pflege: Hohe Qualität – Menschlich und leistbar

1.) Einleitung

Angesichts der aktuellen Debatte um die Qualität der Pflege vor dem Hintergrund einer demografischen Entwicklung mit einem starken Ansteigen pflegebedürftiger Menschen muss auch in Zukunft der Grundsatz gelten, dass menschliche und leistbare Betreuung pflegebedürftiger Personen ein Grundrecht in einer solidarischen Gesellschaft ist.

Finanzierung und Leistbarkeit für den Einzelnen, die Träger und die öffentlichen Hände

Die Finanzierung von Pflege und Betreuung erfolgt derzeit aus einer Vielzahl von unterschiedlichen Quellen:

- Mit dem Pflegegeld wird der Pflegebedürftige bei der Finanzierung der notwendigen Pflegeleistungen pauschal unterstützt. Die Aufwendungen des Bundes für Pflegegeld betragen rund 1,6 Mrd. Euro (Bundesaufwendungen inkl. Zahlungen der Bundesdienststellen wie ÖBB, Post, Landeslehrer etc.). Insgesamt erhalten rund 320.000 Personen Pflegegeld des Bundes.
- Die Bundesländer geben rund 290 Mio. Euro für Pflegegeld aus sowie weiters 1 Mrd. Euro für Sachleistungen gemeinsam mit den Gemeinden.
- Die Länder sind außerdem verantwortlich für die Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen, ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.
- Subsidiäre Unterstützung für den Einzelnen wird von den Ländern aus dem Titel der Sozialhilfe gewährt.
- Die soziale Krankenversicherung trägt einen Teil des Aufwandes für medizinische Hauskrankenpflege, Arzneimittel sowie für Heilmittel und Heilbehelfe.

Die wesentlichen Kriterien für ein Finanzierungssystem in der Pflege und Betreuung älterer Menschen sind daher:

- Pflegegeld
- Finanzierung der Sachleistungen
- Private Vorsorge als zusätzliche Finanzierung über die Pflegestandards hinausgehender Leistungen (z. B. Abdeckung der „Hotelkomponente“)
- Für die Abschätzung des künftigen Sach- und Pflegeaufwandes ist eine entsprechende Bedarfprognose zu erarbeiten

2.) Grundlagen des Finanzierungssystems

Bei einer möglichen Neuordnung des Finanzierungssystems im Bereich Pflege und Betreuung müssen folgende Punkte im Vordergrund stehen:

- Transparenz
- Wahlfreiheit der Inanspruchnahme von Leistungen (mobil oder stationär)
- Solidarischer Ausgleich
- Gleichbehandlung der mobilen und stationären Versorgung

- Bundeseinheitliche Pflege- und Betreuungsstandards
- Stärkere Vernetzung zwischen den Bereichen Gesundheit und Pflege
- Stärkung der Selbstverantwortung im Sinne der Prävention

Weiters wird zur Absicherung der gesamtfanziellen Erfordernisse (Geld und Sachleistung) von folgenden Prämissen ausgegangen:

- Sicherstellung einer jährlichen Valorisierung des Pflegegeldes
- Überarbeitung der Einstufungskriterien beim Pflegegeld (z.B. Demenzkranke)
- Bundeseinheitliches Niveau für mobile und stationäre Dienstleistungen sowie der Anspruchsregelungen und der Wegfall der Rückgriffsrechte
- Sicherstellung der legalen „24 - Stundenpflege und –betreuung“

Ergebnisse und Vorschläge des Arbeitskreises:

Wenn auch die Finanzierung erst nach endgültigem Vorliegen der künftigen Organisationsstruktur und nach Klärung grundsätzlicher Positionen entwickelt werden kann, werden folgende Feststellungen getroffen:

- Das Pflegerisiko ist als gesellschaftliche Aufgabe anzusehen, wobei der Staat eine verpflichtende Ausfallhaftung hat und auch die Länder und Gemeinden ihren Anteil im bisherigen Umfang zu erbringen haben
- Im Sinne der Sozialphilosophie einer Gleichberechtigung aller Bürger sind Rückgriffsrechte auf Verwandte sowie auf das Vermögen der Pflegebedürftigen abzuschaffen
- Wenn auch ein sehr unterschiedlicher Zugang zu der Frage der Aufbringung des künftigen notwendigen Mehraufwandes anzutreffen ist, so geht der Arbeitskreis davon aus, dass der **Mehraufwand entweder** von einem **Beitragszuschlag zur Beitragsgrundlage** der gesetzlichen Krankenversicherung **oder zur Gänze aus Steuermitteln** (Umschichtungen bzw. Abschöpfungen) **gedeckt** wird. Folgt man einer Berechnung der Autoren Dr. Johannes Ruddy und Mag. Walter Marschitz (veröffentlicht in „Soziale Sicherheit“, November 2006), so könnte mit einem Zuschlag von 0,4 Prozent bei einer Gesamtbeitragsgrundlage von 126 Mrd. Euro ein Betrag von 504 Mio. Euro erzielt werden, was etwa dem Mehrerfordernis entspräche.
- Eine andere Überlegung zur Aufbringung des Mehrbedarfes wäre der **Einstieg in ein weiteres Sozialversicherungssystem** mit einem Umlageverfahren, wobei auch hier die staatliche Ausfallhaftung unverzichtbar ist. Private Pflegevorsorgeversicherungen haben lediglich Ergänzungscharakter für standardüberschreitende Leistungen. Wie diese private Pflegevorsorge im Steuerrecht behandelt werden soll (Absetzbeträge oder Prämiensystem), bleibt ohne Einfluss auf diese Überlegungen.
- Bei Gleichstellung mit der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt die Einhebung und Verwaltung durch die Krankenversicherung in einem eigenen Fonds (Übergang zum **Versicherungsprinzip und Umlageverfahren**)
- Der Staat trägt jedenfalls eine Ausfallhaftung für einen eventuellen künftigen Mehrbedarf.

3.) Weitere Überlegungen bezüglich finanziell relevanter Auswirkungen

- Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung sowie den Leistungen der sozialen Krankenversicherungen unter bundeseinheitlichen Richtlinien (derzeit bestehen

zwischen den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Regelungen bei der Hauskrankenpflege).

- Überlegungen angestellt werden sollten auch über die Zweckmäßigkeit der Trennung von begutachtender und entscheidender Stelle unter Heranziehung der lokalen Amts- und Gemeindeärzte für die Zuerkennung von Pflegegeld.
- Zur Aufrechterhaltung und Wiedererlangung der Mobilität sollen Maßnahmen zum bewussteren Umgang mit der Gesundheit im Sinne der Eigenverantwortung, einer schnellen Behandlung bei Schlaganfällen und abgestimmte Rehabilitation als medizinische Verpflichtung angesehen werden (länger fit bleiben). Zu diesen Maßnahmen zählt unter anderem auch die Forderung des Blindenverbandes, Nichterwerbstätigen den Zugang zur Rehabilitation und Leistungen für spezifische Hilfsmittel (z.B. Blindenhund) zu ermöglichen.
- Ausbau der „24 - Stundenbetreuung“ durch Verbesserung der Rufsysteme und Breitbandförderung für Senioren.
- Entlastung der Hauptpflegeperson durch einen Rechtsanspruch auf Urlaub und der damit notwendigen Urlaubspflege des Pflegebedürftigen.
- Die WKÖ brachte einen Vorschlag zur Schaffung eines eigenen (reglementierten) Gewerbes ein. Da dies im Sinne der Wettbewerbsneutralität keine Auswirkung auf die Finanzierungsüberlegungen hat, wurde dieser Vorschlag nicht näher behandelt. Die Argumente die für die Zulassung von Selbständigen sprechen, wurden von der Vertreterin der WKÖ vorgebracht: Hauptargument ist die Verbilligung der Pflege zu Hause.

4.) Zusammenfassung

Der Arbeitskreis ist sich bewusst, dass die künftigen Pflegeanforderungen auf hohem Niveau nicht ohne zusätzliche Finanzmittel erreicht werden können. Dazu wird es notwendig sein, neben den bisherigen finanziellen Grundlagen und der vollen Aufrechterhaltung der öffentlichen Leistungen im gesamten Pflegebereich auch neue Finanzquellen anzusprechen, um eine langfristige Finanzierungssicherheit zu gewährleisten. Nach Meinung des Arbeitskreises bedeutet das Ansprechen neuer Finanzquellen nicht automatisch dies ausschließlich der öffentlichen Hand allein zu überlassen, sondern bedeutet auch z.B. die Ergänzung durch öffentliche Förderungen analog zum Pensionssystem einer 2. und 3. Säule, die von allem durch Eigenleistungen finanziert werden müssten. Das langfristige Ziel muss neben den staatlichen Garantieleistungen der Aufbau einer solidarischen Finanzierung in stärkerem Umfang im Rahmen eines Selbstverwaltungskörpers sein.

Die Finanzierung des sozialen Bereiches einschließlich Pflege ist auf Grund des zunehmenden Wohlstandes durchaus leistbar – sofern die Gesellschaft und die Politik dies auch will. Nachdem wir uns bis heute nahezu den 8-fachen Reichtum erarbeitet haben, sprechen Experten bis 2030 von einer Verdopplung des Wohlstandes. Auch das Zukunftsinstitut in Kelkheim (Matthias Horx: Global Trends Monitor) prognostiziert ein „goldenes“ Zeitalter mit weniger Kriegen, keiner Übervölkerung, steigendem Luxus aber auch sinkender Armut, mit mehr Bildung und erhöhter Reisetätigkeit (das Jahrhundert der Globetrotter). Alles in allem hängt die soziale Zukunft ausschließlich von unserem Gestaltungswillen und der politischen Durchsetzungskraft ab. Dieses Wissen ist unser Auftrag.

AK VII: Gesetzgeberische Erfordernisse

Strategien für eine legale Beschäftigung und die Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen des Pflege- und Betreuungssystems für ein qualitatives und leistbares Angebot für die Bevölkerung verbunden mit guten Arbeitsbedingungen ist zweifellos die zu lösende Hauptaufgabe in nächster Zukunft. Die betroffenen Rechtsbereiche wie Ausländerbeschäftigung, Fremdenrecht, Arbeitsvermittlung, Arbeitsrecht (Entgelt, Arbeitszeit, Arbeitnehmerschutz), Sozialversicherungsrecht und auch Berufsrecht bedürfen einer Anpassung an die neuen Rahmenbedingungen, damit Pflege und Betreuung zu Hause legal ermöglicht wird.

Derzeitige „illegale“ Beschäftigungen wie die Vermittlung ausländischer Pflegekräfte durch einschlägige Vereine, turnusmäßige Rund-um-die-Uhr Anwesenheit im Haushalt des Pflegebedürftigen in etwa zweiwöchigem Rhythmus sowie Unterkunft und Verpflegung im Rahmen des Haushalts des Pflegebedürftigen können und sollen nicht auf Dauer mit Amnestien geschützt werden, insbesondere da auch die Gefahr von Regressansprüchen privatrechtlicher Natur an zu Pflegenden oder deren Angehörige damit nicht ausgeschlossen werden können.

1.) Gesetzliche Rahmenbedingungen einer „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“

Bei der Entwicklung von neuen Modellen ist auf die Gesamtsituation im Pflegebereich Rücksicht zu nehmen. Die einzelnen Maßnahmen der Pflegevorsorge müssen aufeinander abgestimmt sein und sich sinnvoll ergänzen. Dies gilt insbesondere auch für die notwendige und rasche Regelung des Bereiches der sogenannten „illegalen Pflege“.

Man kann davon ausgehen, dass rund 20.000 Personen (und nicht wie oft kolportiert 40.000) zu Hause von ausländischen Pflege- und Betreuungskräften betreut werden. Für die Richtigkeit dieser Annahme sprechen folgende Fakten: Von den rund 40.000 bis 50.000 schwer pflegebedürftigen Personen leben etwa 15.000 bis 20.000 in Pflegeheimen, viele Pflegebedürftige werden von ihren Angehörigen – häufig mit Unterstützung durch mobile Dienste – betreut und es gibt auch „legale“ „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“. Allerdings können sich viele Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige eine legale Pflege und Betreuung eben nicht leisten (rund 60 % der Pflegegeldbezieher verfügen über ein Einkommen von weniger als 860 Euro monatlich).

Es darf auch nicht übersehen werden, dass die ausländischen Betreuungskräfte nicht täglich nach Hause fahren können, wodurch sich fallweise eine nicht unbedingt erforderliche Anwesenheit „Rund-um-die-Uhr“ ergibt. Auch ist zu hinterfragen, ob tatsächlich alle „Rund-um-die-Uhr-Betreuten“ diesen Dienst tatsächlich benötigen.

Bei der Diskussion über „legale“ Modelle der „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ sollten auch künftige Entwicklungen nicht unberücksichtigt bleiben. So wird z.B. der überwiegenden Zahl der ausländischen Pflegekräfte ab Mai 2011 der gesamte Arbeitsmarkt offen stehen. Auch ist anzunehmen, dass das familiäre Pflegepotential eher abnimmt, während die Zahl der Pflegebedürftigen voraussichtlich weiter ansteigen wird.

Die „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ erfordert überwiegend keine echte 24-Stunden-Betreuung, sondern vor allem die Anwesenheit einer Person und niederschwellige Dienstleistungen.

2.) Mögliche Modelle, insbesondere aus arbeitsrechtlicher Sicht

Nachdrücklich sei festgehalten, dass die Aktivitäten primär auf den Ausbau der mobilen Dienste und die Schaffung von teilstationären Einrichtungen wie Tagesbetreuungscentren etc. ausgerichtet sein müssen. Maßnahmen im Zusammenhang mit der „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ wären auf das bestehende System der Pflegevorsorge abzustimmen und müssten dieses sinnvoll ergänzen.

Die **individuellen Bedürfnisse** bei einer derartigen Betreuung können aber **nicht nur mit einem einzigen Modell** befriedigt werden, sondern es braucht flexibler Grundmodelle und Lösungen, die nebeneinander bestehen müssen.

Modell „Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz“

Das Gesetz ist in der Grundstruktur hierfür sicher brauchbar, jedoch im Detail nur schwer an die spezifischen Erfordernisse einer „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ anzupassen. Es wird deshalb die Auffassung vertreten, dass dieses Gesetz durch einen eigenen Abschnitt erweitert werden müsste und jedenfalls die Ausdehnung der Normalarbeitszeit in einzelnen Wochen mit Zeitausgleich und flexiblere Ruhezeiten einer Novellierung bedürften.

Modell „Eigene gesetzliche Regelung“

Diese gesetzliche Regelung müsste folgende Eckpunkte enthalten:

- Der Zugang muss auch inländischen Pflegekräften offen stehen
- Nachweis der entsprechenden Qualifikation
- Sicherstellung der Kontrolle und Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- Dem Pflegebedürftigen bzw. dem Angehörigen müsste bei Bedarf Hilfestellung bei der mit einer Anstellung verbundenen administrativen Tätigkeit geleistet werden. Die erforderliche Hilfe könnte von den Trägern der freien Wohlfahrtspflege bereitgestellt werden
- Die Träger der freien Wohlfahrtspflege wären umfassend einzubinden (Beratung, Vermittlung etc.) und sollten auch steuernd tätig werden. Allerdings müsste die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen hierbei sichergestellt sein
- Die Bezirkshauptmannschaften wären entsprechend einzubinden
- Die Verständigungsmöglichkeit muss durch ausreichende Sprachkenntnisse der Pflegekraft gewährleistet sein
- Kriterien für die Prüfung der Notwendigkeit der Betreuung

Dieses Modell könnte an das Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz angelehnt sein und bedürfte weiters entsprechender gesetzlicher Anpassungen in diversen Bereichen des Arbeitsrechtes (Arbeitszeitgesetz, Arbeitnehmerschutz, berufliche Vorschriften etc.), wobei die Bewertung der bloßen Anwesenheit und Fragen des Entgeltes hier ebenso wie beim erstgenannten Modell zentrale Problemfelder sind.

Beide Lösungsvarianten sind in ihrer Auswirkung auf das Ziel einer Legalisierung als gleichwertig zu betrachten und würden gleichermaßen begrüßt werden.

Modell „Selbstständige“

Auch dieses Modell wird als mögliche Form der Bereitstellung von Pflege beurteilt. Hier bedürfte es allerdings ebenso einer eigenen gesetzlichen Regelung, da die oberhalb angeführten Eckpunkte im Wesentlichen auch für dieses Modell Geltung haben müssten. Im Hinblick auf die erforderliche Rechtsform (z.B. Werkvertrag) müsste aber mittels eines

„Pools“ sichergestellt werden, dass dieses Modell alle Erfordernisse einer „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ abdecken kann, insbesondere dass auch bei einem kurzfristigen Ausfall der Pflegeperson, z.B. (Erkrankung) eine andere Person die Pflegetätigkeit nahtlos übernimmt.

Angeregt wird auch eine selbstständige Tätigkeit im Rahmen des Gewerberechtes (Gewerbeordnung) unter Schaffung eines eigenen Berufs als reglementiertes Gewerbe.

Modell „Anstellung von Angehörigen bei Trägerorganisationen“

Diese Möglichkeit wird nur von einigen Trägerorganisationen in Betracht gezogen und soll der Vollständigkeit halber nicht unerwähnt bleiben. Die Rahmenbedingungen wären noch abzustecken.

Modell „Anstellung von unselbständig Erwerbstätigen bei Trägerorganisationen“ und Modell „Arbeitskräfteüberlassung“

Als Vorteil gilt, dass die administrativen Erfordernisse für den Pflegebedürftigen und dessen Angehörige weitgehend entfallen. Zu bedenken ist aber, dass eine Reihe anderer Gesetze angepasst werden müssten und die Kosten dieser Modelle sehr hoch wären (Overhead-Kosten, Steuern etc.).

Bei einigen dieser Modelle ist ein umfassendes Case Management eine unabdingbare Voraussetzung.

3.) Sozialversicherungsrechtliche Vorschläge

Es wäre auch eine Förderung der sozialversicherungsrechtlichen Absicherung von privaten Pflegekräften über einen **Unterstützungsfonds** vorstellbar; in diesem Fall wäre z.B. der Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung nach dem Bundesbehindertengesetz weiter auszubauen und - **im Gegensatz zur jetzigen Konstruktion - mit einem Rechtsanspruch** für die Pflegebedürftigen auszustatten. Über den Unterstützungsfonds könnten überdies auch andere Lohnnebenkosten abgegolten werden, wodurch mehr Flexibilität gewonnen würde.

Ebenfalls wäre das Modell des **Künstlersozialversicherungsfondsgesetzes** für bedürftige selbstständige Künstler auch auf den gut abgrenzbaren Personenkreis der privaten Pflegekräfte übertragbar.

Bei der sozialversicherungsrechtlichen Absicherung pflegender Angehöriger sollte über die derzeitigen Modelle einer **begünstigten Weiter- bzw. Selbstversicherung in der Pensionsversicherung** (§ 18b iVm § 77 Abs. 6 bis 8 ASVG) hinaus, durchgängig das Modell der Förderung der Sozialversicherungsbeiträge nach dem Vorbild des § 18a ASVG – Selbstversicherung in der PV für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes – (gänzliche Übernahme der Sozialversicherungsbeiträge aus dem FLAF bei Annahme einer Beitragsgrundlage von 1.350 Euro) angewendet werden.

4.) Maßnahmen im Bundespflegegeldgesetz

Im Bereich der Pflege waren insbesondere in den letzten zwei Jahren drastisch steigende demografische Entwicklungen zu beobachten. Bei Einführung des neu geordneten Pflegevorsorgesystems im Jahr 1993, einem gemischten Sach- und Geldleistungssystem, waren rd. 300.000 Personen pflegebedürftig im Sinne der Pflegegeldgesetze (Bund und Land). Ende 2006 bezogen bereits rd. 400.000 Personen Pflegegeld. Auch der damit verbundene Finanzaufwand ist von rd. 1,3 Mrd. Euro (Bund) im Jahr 1994 auf rd. 1,6 Mrd.

Euro (Bund) im Jahr 2006 angestiegen. Das Pflegegeld wurde in den letzten 10 Jahren lediglich im Jahr 2005 um 2 Prozent angehoben, die Kosten für Pflege sind in diesem Zeitraum jedoch im Vergleich zum Verbraucherpreisindex überdurchschnittlich angestiegen.

Es bedarf daher unbedingt der Festschreibung einer **jährlichen Anpassung des Pflegegeldes** mit dem Preisindex für Pensionistenhaushalte, um eine Sicherung der notwendigen Pflege der Betroffenen zu gewährleisten.

Prävention durch aktivierende Pflege ist derzeit im Bundespflegegeldgesetz nicht ausdrücklich berücksichtigt. Nicht zuletzt im Hinblick auf die in den letzten Jahren beobachtbare demografische Entwicklung im Bundespflegegeldgesetz sollte auch der Gedanke der Prävention ausdrücklich implementiert werden.

5.) Ausbau der Fördermöglichkeiten für pflegende Angehörige

Ebenso gehören Erholungsangebote für pflegende Angehörige vermehrt unterstützt; hier könnte an das mit 1. Februar 2007 gestartete Pilotprojekt des Sozialministeriums, welches die Situation von pflegenden Angehörigen von Menschen mit demenziellen Erkrankungen verbessern soll, das bereits existierenden Modellen der „Erholungsaufenthalte für pflegende Angehörige“ im Bereich der SVA der Bauern oder an dem vom Sozialministerium geförderten und vom KOBV aktuell durchgeführten Pilotprojekt „Erholungsurlaub für pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen“ sowie an den Fördermöglichkeiten für Ersatzpflege bei Verhinderung der privaten Hauptpflegeperson aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung nach § 21a BPGG iVm dem Bundesbehindertengesetz angeknüpft werden.

Die Länder sind gefordert, entsprechende teilstationäre und Kurzzeitpflegeangebote zur Entlastung pflegender Angehöriger weiter auszubauen. Es wäre ferner Vorsorge für ein adäquates Angebot von Pflegediensten in der Nacht zu treffen.

6.) Ausdehnung der Pflegeberatung

Es bedarf auch des Angebotes einer **qualifizierten, unentgeltlichen Pflegeberatung** für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige, die neben Pflegetipps, Fördermöglichkeiten, Wohnungsadaptierungen und Hilfsmittel auch eine Rechtsberatung umfassen sollte, da ein Informationsdefizit und damit verbundene falsche Verhaltensweisen bei der Pflege nicht unerhebliche Folgekosten nach sich ziehen; hier könnte an dem beim Kompetenzzentrum Pflege bei der SVA der Bauern seit 2001 betriebenen Beratungsservice für Bundespflegegeldbezieher „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ sowie an dem durch das Sozialministerium geförderten und von der BAG aktuell durchgeführten Pilotprojekt „Beratungsscheck – Fachliche Erstberatung für Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen“ angeknüpft werden.

Der Arbeitskreis schlägt in diesem Zusammenhang die **Implementierung einer solchen qualifizierten Pflegeberatung** bereits im Pflegegeld-Einstufungs-, Umstufungs- und Begutachtungsverfahren vor. Zu beachten wäre aber, dass dies mit der berechtigten Forderung nach einer **möglichst kurzen Verfahrensdauer von Pflegegeldverfahren** harmonisiert werden muss.

7.) Steuerrechtliche Maßnahmen

Nach den bislang durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchungen zur österreichischen Pflegevorsorge stellt die Pflege durch Angehörige eine tragende Säule dar, die es zur Erhaltung des Gesamtsystems bestmöglich zu unterstützen gilt. Rund 80 % der Pflegeleistungen werden durch die Angehörigen erbracht.

Um diesen hohen Anteil zu halten, sind diesbezüglich Anreize zu schaffen und bedarf es weiterer **steuerlicher Maßnahmen** zur Begünstigung der Pflege, wie z.B. die Anpassung der Vorschriften über außergewöhnliche Belastungen im EStG. Weiters ist auch insbesondere das Modell einer „**Negativsteuer**“ zu prüfen.

8.) Einstufung von dementen Pflegebedürftigen

Durch die aktuell im Auftrag des Sozialministeriums laufende ÖBIG-Studie „Demenzhandbuch“ sollen die den weiteren Arbeiten zu Grunde zu legende Definition des Begriffes Demenz einer Klärung zugeführt, Qualitätsstandards für die Pflege demenziell erkrankter Pflegebedürftiger erarbeitet und eine Darstellung des speziell für demenziell erkrankte Pflegebedürftige existierenden Dienstleistungsangebotes in Form eines sog. **Demenzhandbuches** erstellt werden. Mit dem Ergebnis dieser Studie ist Ende 2007 zu rechnen. In dem Zusammenhang wird nochmals auf den Vorschlag der Überarbeitung der Einstufungskriterien beim Pflegegeld erinnert.

Hinsichtlich der Verbesserung der Situation demenziell erkrankter Pflegebedürftiger im Bereich des Pflegegeldrechts wurden seitens des Sozialministeriums bereits Vorarbeiten geleistet. Es sollte eine **Arbeitsgruppe** unter Einbeziehung externer Experten zur Erarbeitung zweckmäßiger Lösungen eingesetzt werden. Leistbare, auf die speziellen Bedürfnisse demenziell erkrankter Pflegebedürftiger zugeschnittene Dienstleistungsangebote wären jedenfalls zu entwickeln bzw. auszubauen.

9.) Art. 15a B-VG Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für Pflegebedürftige

Der bereits bestehende **Arbeitskreis für Pflegevorsorge** hat u.a. die Aufgabe, Empfehlungen über gemeinsame Ziele und Grundsätze für die Pflegevorsorge abzugeben sowie Vorschläge für die Weiterentwicklung der Mindeststandards der sozialen Dienste zu erstatten. Diesem Arbeitskreis gehören neben Vertretern des Bundes und der Länder auch Vertreter der Sozialpartner, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherung, der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Dachverband der Behindertenorganisationen), des Österreichischen Seniorenrates und – seit November 2006 – auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG) an.

Eine Erweiterung des genannten Arbeitskreises sollte in Erwägung gezogen werden und dieser sollte sich insbesondere vermehrt der Koordination, der Vernetzung und dem Schnittstellenmanagement widmen, wobei zu spezifischen Themenbereichen Untergruppen einsetzen wären.

Nach Auffassung des Arbeitskreises VII und Seniorenrates sind Kern- und Angelpunkt der Betreuung zu Hause weiterhin das mobile Pflege- und Betreuungsangebot der Gebietskörperschaften und der bewährten Trägerorganisationen. Darüber hinaus ist es aber im Hinblick auf die stark steigende Zahl der Pflegebedürftigen dringend geboten, die Pflegeangebote rasch weiter auszubauen und zu verbessern.

Informationen zu den Arbeitskreisen

Arbeitskreis I:

Leitung: Bgm.a.D. Vize.Präs. Johann Grillenberger
NR a.D. Mag. Walter Tancsits
Betreuende Organisation: Österreichisches Hilfswerk,
Walter Marschitz, Regina Gschwandtner

Arbeitskreis II:

Leitung: Marianne Kriegl
Ing. Karl Svoboda
Betreuende Organisation: Caritas Österreich,
Judit Marte-Huainigg, Kurt Schalek

Arbeitskreis III:

Leitung: Vizebgm. Dr. Ingrid Holzhammer
GD.Stv.a.D Leopold Scherer
Betreuende Organisation: Volkshilfe Österreich,
Robert Hartmann

Arbeitskreis IV:

Leitung: Bgm.a.D. Traude Eripek
LAbg. Gregor Hammerl
Betreuende Organisation: Österreichisches Rotes Kreuz,
Fanny Tamussino

Arbeitskreis V:

Leitung: Dr. Klaus Hecke
Walter Scheed
Betreuende Organisation: Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs,
Mag. Eva Maria Eder

Arbeitskreis VI:

Leitung: NR. Dkfm. Dr. Hannes Bauer
Dir. Johann Hable
Betreuende Organisation: ÖVP-Parlamentsklub,
Dr. Harald Wögerbauer

Arbeitskreis VII:

Leitung: NR.a.D. Dr. Gottfried Feurstein
SC i.R. Dr. Gerd Gruber (BMSG)
Betreuende Organisation: SPÖ-Parlamentsklub,
Dr. Johannes Schnizer

Zusammenfassung der Ergebnisse Österreichischer Seniorenrat:

Vizepräs. Dr. Alfred Zupancic
Mag. Wolfgang Braumandl
Mag. Michael Schleifer