

BRAUCHT ÖSTERREICH EIN NEUES PFLEGEMODELL?

**Warum Experimente und Einzelmaßnahmen
die Pflegereform nicht retten**

OTHMAR KARAS

Präsident Hilfswerk Österreich

ELISABETH ANSELM

Geschäftsführerin Hilfswerk Österreich

WIR ...

- sind **einer der größten gemeinnützigen Anbieter** gesundheitlicher, sozialer und familiärer Dienste in Österreich
- sind Arbeitgeber von rund **7.000 Pflegefachkräften und Betreuungskräften**
- pflegen und betreuen laufend mehr als **31.000 ältere und chronisch kranke Menschen** in Österreich
- sind **Österreichs Nr. 1 in der Pflege zu Hause**
- sind auch Träger stationärer Einrichtungen:
 - 20 Seniorenpensionen/-heime
 - 21 geriatrische Tages(struktur)zentren
 - 82 Einrichtungen des Betreuten Wohnens



OTHMAR KARAS

Präsident Hilfswerk Österreich

ZUR CHRONOLOGIE EINER „EWIGEN“ REFORM

- Pflege war bereits prominentes Thema aller Parteien im **Wahlkampf 2017**
- ebenso in den **Regierungsprogrammen 2017 ff. und 2020 ff.**
- unter Bundesminister Rudi Anschober
 - Einsetzung der „**Task Force Pflege**“,
 - Dialogtour und breiter Beteiligungsprozess im Sommer 2020,
 - Fachtagung in der Hofburg im Herbst 2020,
 - **Bericht** der „Task Force Pflege“ im **Herbst 2020** (der eher das „Protokoll“ des Beteiligungsprozesses als politisches Reformprogramm ist!).
- **Ankündigung** einer „**Zielsteuerung Pflege**“ zur **Umsetzung** (2020)
(Bund, Länder, Gemeinden u.a.)

WAS BLIEB BISHER OFFEN?

- **fachliche und politische Bewertung** der Vorschläge und Anregungen aus dem Bericht der „**Task Force Pflege**“ in Zusammenschau mit dem **Regierungsprogramm**
- **Erarbeitung und Verhandlung** eines **abgestimmten politischen Reformprogramms** zur Umsetzung, Prioritätensetzung, Erstellung von Maßnahmen- und Zeitplänen, budgetären Bedeckung (Pflegefonds, Finanzausgleich)
- Beauftragung der **fachlichen und operativen Aufbereitung** mit ausgewählten Expertinnen/Experten
- Einsetzen der „**Zielsteuerung Pflege**“ unter Führung des **Bundes** unter entsprechender Einbindung der **Länder und Gemeinden** und unter Beteiligung der notwendigen **Ressorts** sowie **Expertinnen/Experten**

PUNKTUELLE UND REGIONALE VORSTÖSSE MACHEN NOCH KEINE PFLEGEREFORM

- **auf Bundesebene**
 - Ausschreibung **Pilotprojekt „Community Nurse“** (Mittel der EU),
 - Präsentation einer **Website** für pflegende Angehörige,
 - Ankündigung eines **Ausbildungsfonds** (dotiert mit € 50 Mio. jährlich auf 3 Jahre),
 - tw. Schwerpunktsetzung für Pflegeberufe in den Programmen des **AMS**
- **auf Länderebene**
 - **Ankündigung diverser, punkto Ausrichtung und Größenordnung äußerst unterschiedlicher (Detail-)Maßnahmen** (u.a. im Bereich Ausbildung),
 - teilweise Ankündigung von **Pilotprojekten** und **Experimenten** (insbes. im Bereich Ausbildung, aber auch im Bereich der Versorgung)

WARUM BRAUCHT ES EINE „ECHTE“ REFORM?

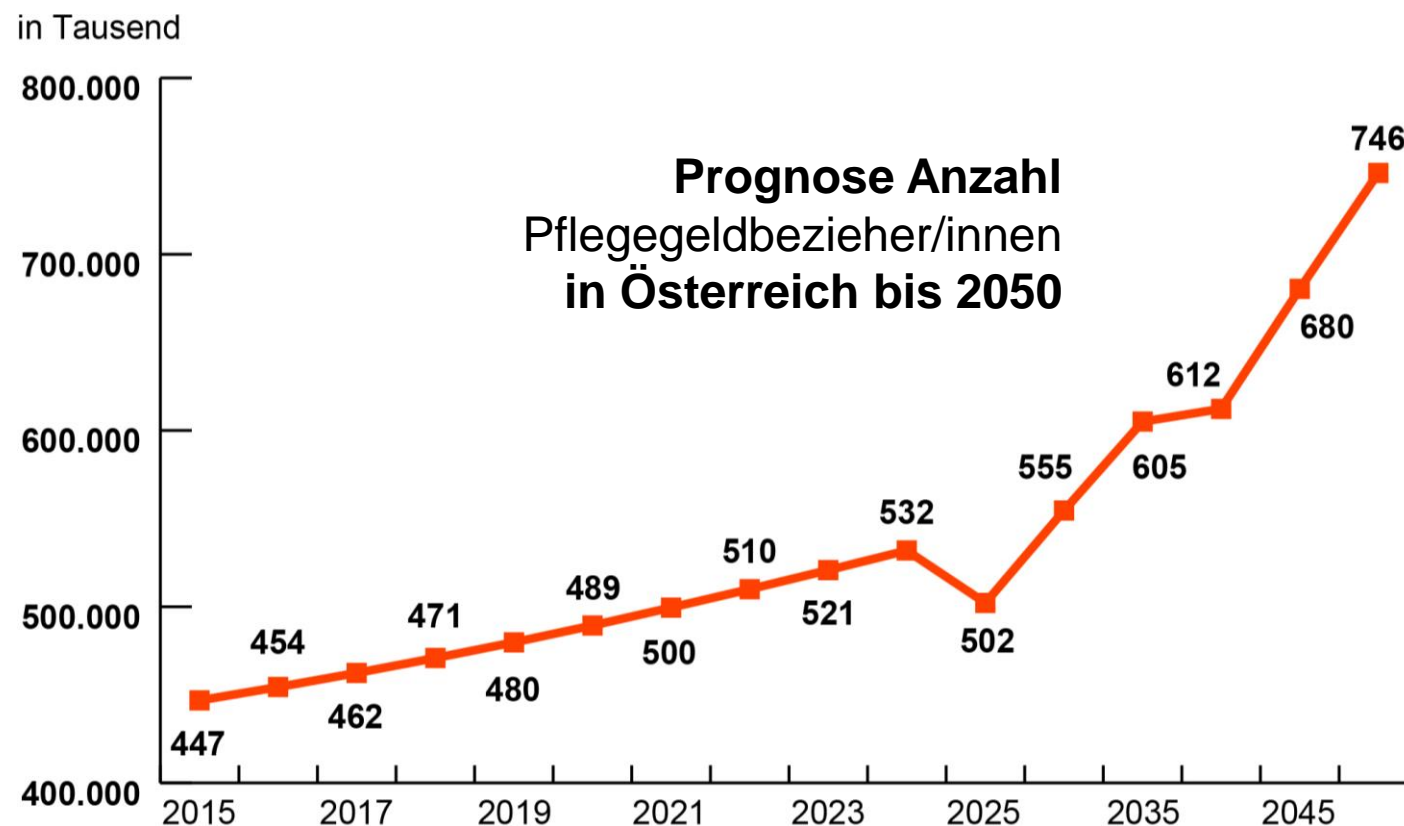
- Österreichs Pflegesystem ist durch einen **Mangel an reflektierten Standards und zielgerichteter Steuerung** gekennzeichnet, es gibt **zu viel Willkür und signifikante Fehlentwicklungen**.
- Der letzte **Rechnungshofbericht** zur „Pflege in Österreich“ – in den Anfängen der Corona-Pandemie leider kaum zur Kenntnis genommen – stellt Österreichs Pflegewesen daher **kein gutes Zeugnis** aus. Auch seriöse **Expertinnen/Experten** und ernsthafte Vertreterinnen/Vertreter der **Praxis** bestätigen diesen Befund.
- Das Hilfswerk hat aktuelle Erkenntnisse aus seiner umfassenden **Praxisexpertise**, **internationale Vergleiche** und die **Befunde des Rechnungshofes** zu einer **ungeschönten Analyse** zusammengetragen und zieht daraus **deutliche Schlüsse für die längst überfällige Pflegereform** in Österreich.

ELISABETH ANSELM

Geschäftsführerin Hilfswerk Österreich

WER WIRD GEPFLEGT?

ZUNAHME DER ANZAHL PFLEGEBEDÜRFTIGER MENSCHEN IN DEN NÄCHSTEN JAHREN

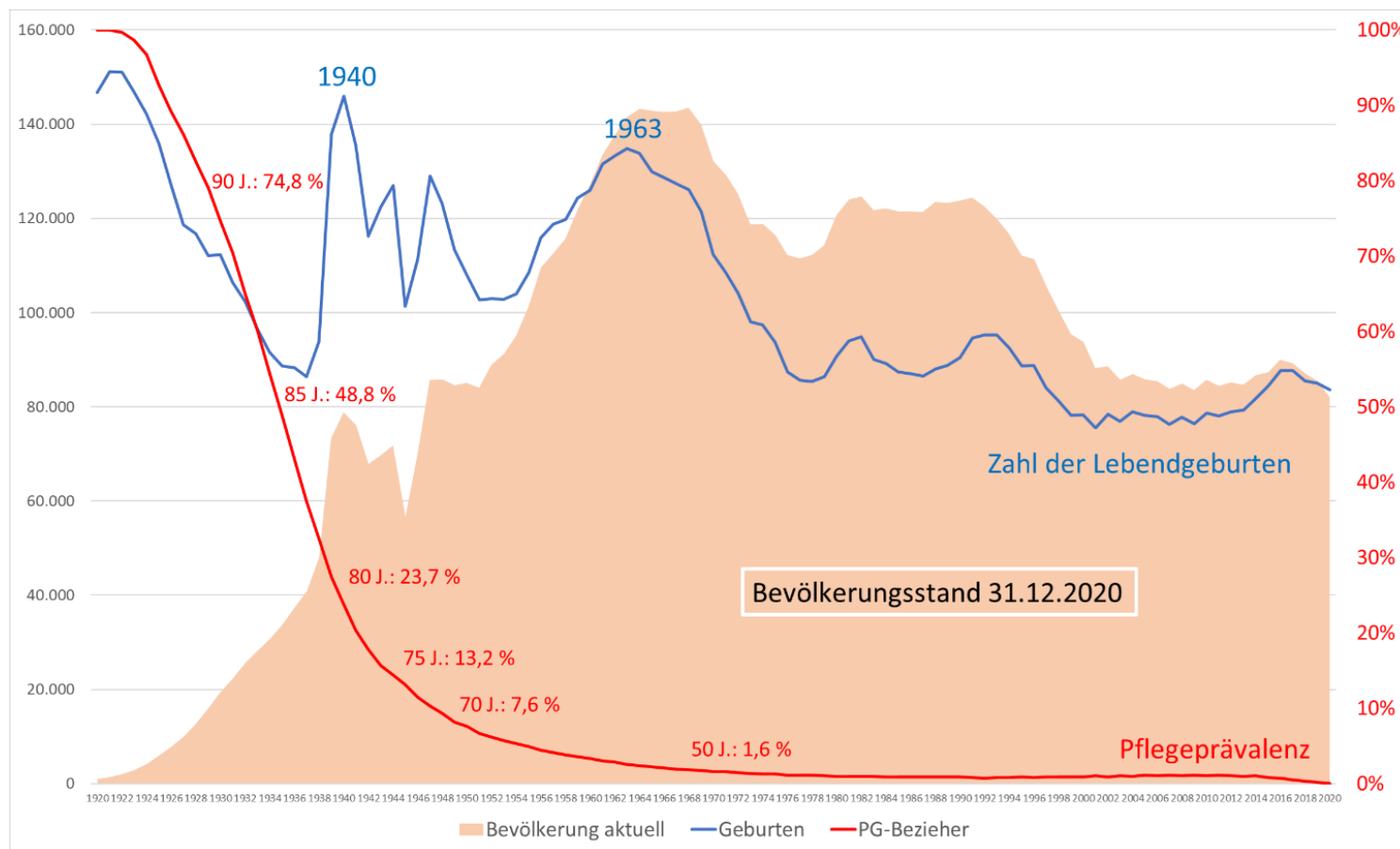


Alter
Pflegegeldbezieher/innen
49% über 80 Jahre
33% zwischen 60 und 80
18% unter 60 Jahre

Quelle:
Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2020

Quelle: WIFO, Österreich 2025: Pflegevorsorge - Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG TREIBT PFLEGEBEDARF AKTUELL MASSIV AN



geburtenstarke Jahrgänge ab 1939/40 kommen aktuell in die Phase hoher Pflegeprävalenz (über 80 Jahre)

der nächste Peak kommt mit den „Babyboomern“

bis dahin ist keine „echte Entspannung“ in Sicht

Quelle: SWÖ 2021

PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT HABEN SICH VERÄNDERT

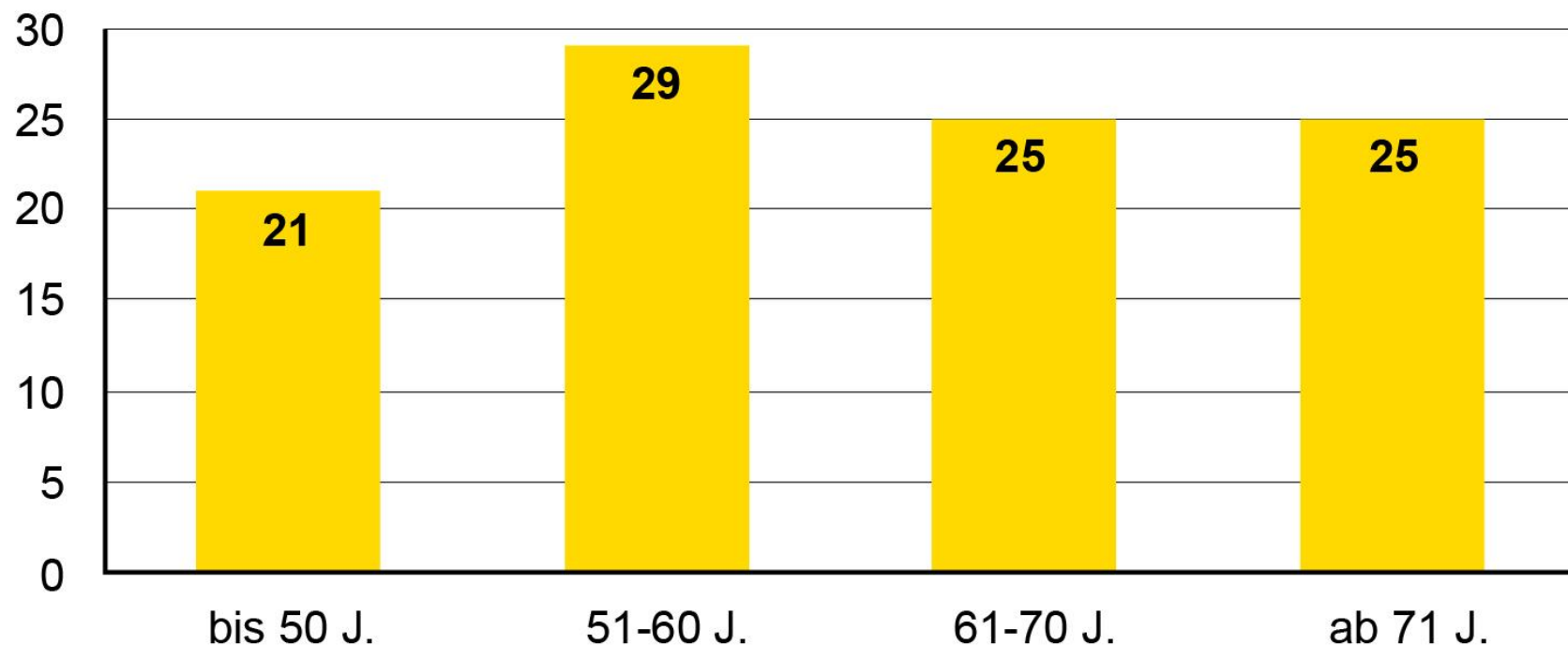
- **Pflegebedürftigkeit** mit steigender Lebenserwartung für die einzelne/den einzelnen immer **wahrscheinlicher**
 - **Phase der Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit wird länger:** von mehreren Monaten nach dem Zweiten Weltkrieg zu heute durchschnittlich 7 Jahren im Pflegegeldsystem (Kompression der Morbidität hat wenig Gesamteffekt)
 - hochaltrige pflegebedürftige Menschen haben oft mehrere Einschränkungen bzw. komplexe Erkrankungen (**Multimorbidität**), **demenzielle Erkrankungen und psychosoziale Herausforderungen** nehmen zu
- > **Bedarf und Anforderungen an Pflege und Betreuung nehmen zu!**

WER PFLEGT?

GRÖSSTER „PFLEGEDIENST“ IM LAND = ANGEHÖRIGE

- **rund 1 Million Menschen in Österreich sind pflegende Angehörige** (siehe Studie „Angehörigenpflege in Österreich“, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2018)
- **immer mehr pflegebedürftige Menschen in einer Familie,** die heute **länger pflegebedürftig** sind als früher (*siehe vorne*)
- **Zahl der Angehörigen nimmt in der nächsten Generation ab** (intergenerative Unterstützungsrates sinkt), **Frauenerwerbstätigkeit nimmt zu, Arbeits- und Wohnortmobilität nehmen zu**
 - > **pflegende Angehörige werden auch künftig eine zentrale Funktion haben, aber man darf sie nicht mit der gesamten Last überfordern!**

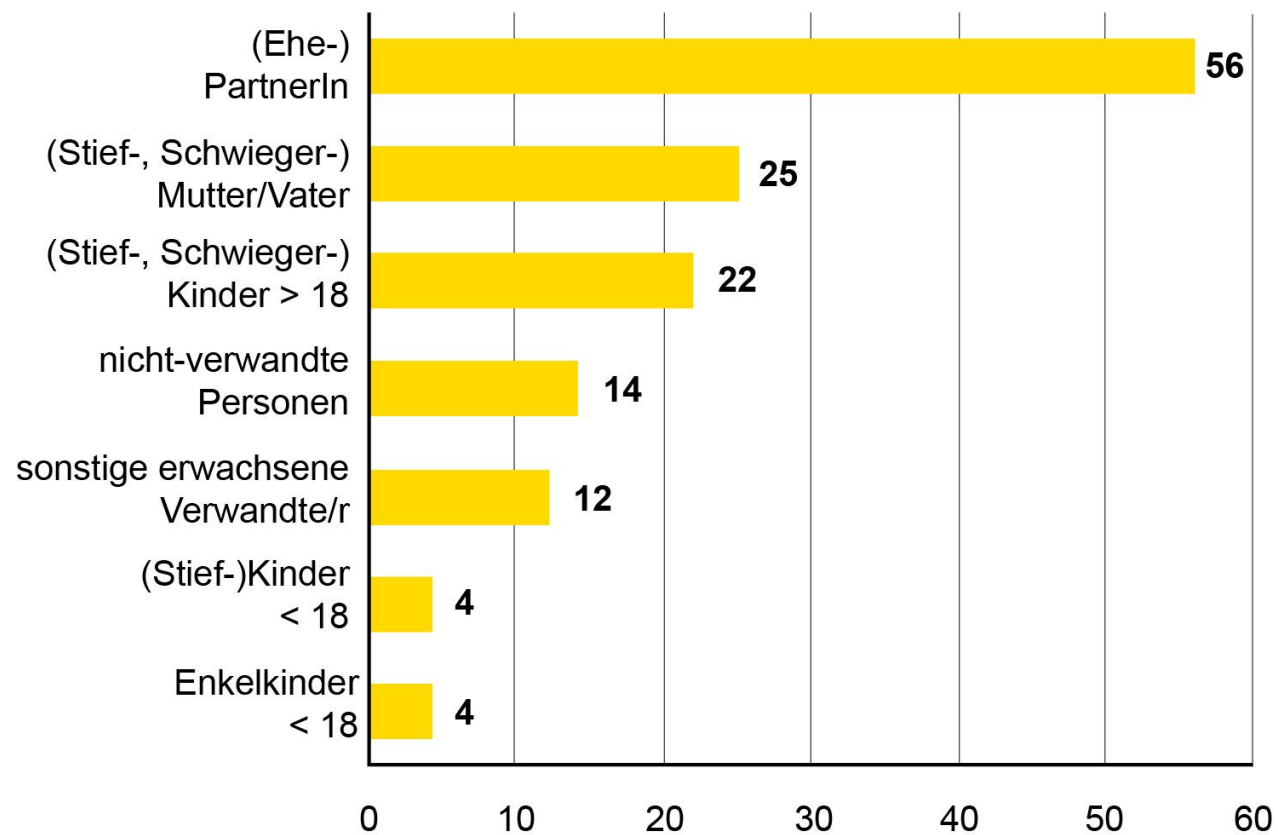
PFLEGENDE ANGEHÖRIGE NACH ALTERSGRUPPEN IN PROZENT



die Hälfte der pflegenden Angehörigen ist **über 60**, ein **Viertel** ist **über 70**

Quelle: Angehörigenpflege in Österreich, 2018

FAMILIÄRES BZW. SOZIALES VERHÄLTNIS ZUR BETREUTEN PERSON IM SELBEN HAUSHALT



**mehr als die Hälfte
von allen pflegenden
Angehörigen sind
(Ehe-)Partner/innen**

Quelle: Angehörigenpflege in Österreich,
2018

PFLEGE- UND BETREUUNGSKRÄFTE

- **Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP)**
(mittlerweile) tertiäre Ausbildung, insbes. tätig in der Hauskrankenpflege (mobiler Dienst), in Pflegeheimen, in Spitälern und Gesundheitseinrichtungen/-diensten
- **Pflegeassistentenberufe** (Pflegeassistent PA, Pflegefachassistent PFA)
mehrjährige Ausbildungen, Tätigkeitsfelder siehe DGKP
- **Heimhilfen (HH)**
rund 4 bis 6 Monate Ausbildung, insbes. tätig in der häuslichen Betreuung (mobiler Dienst), tw. auch in stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen u.a.
- **Fachsozialbetreuer/innen und Diplomsozialbetreuer/innen Altenarbeit**
mehrjährige Ausbildungen, im stationären und ambulanten Bereich tätig
- Spezialbereich **Personenbetreuer/innen in der 24-Stunden-Betreuung**

PFLEGE- UND BETREUUNGSBERUFE „BOOMEN“ – ABER BEDARF WÄCHST STÄRKER

- **rund 170.000 Menschen in Pflege- und Betreuungsberufen (DGKP, PA/PFA, HH)**
(davon lt. Gesundheitsberuferegister rund 158.000 DGKP & PA/PFA)
- **Gesundheits- und Sozialbereich**
gehört zu den **Branchen mit dem größten Personalzulauf** in den letzten Jahren
beispielhafter Zuwachs an (unselbständig) Beschäftigten zwischen 2008 und 2016
 - in Altenheimen + 25 %
 - in der sozialen Betreuung älterer Menschen + 27 %
- erheblich **stärker wachsender Bedarf an professioneller Pflege- und Betreuungsdienstleistung** erzeugt massive **Personallücke**, die sich lt. Prognosen (siehe Gesundheit Österreich) **bis 2030 dramatisch vergrößern** wird und durch Absolventinnen/Absolventen nicht mehr gedeckt werden kann

Personalbedarfsprognose 2030 – Stand 11/2019 – informelle Korrektur 03/2021 Alternativszenario bei gleichbleibendem Grade-Mix

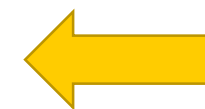
ALTERNATIVSZENARIO	DGKP	PA/PFA/SBB	Heimhilfe	Gesamt
Iststand Personen 2017	76.100	39.000	11.800	126.900
Iststand VZÄ 2017	61.800	30.700	8.100	100.600
Summe aus Zusatz- und Ersatzbedarf bis 2030 (im Vergleich zu 2017) in Personen				
Zusatzbedarf in Personen aufgrund <u>demografischer Entw.</u>	17.400	12.000	4.800	34.200
Ersatzbedarf in Personen aufgrund von <u>Pensionierungen</u>	24.400	13.200	3.900	41.500
Zusatz- und Ersatzbedarf in Personen gesamt	41.800	25.200	8.700	75.700

Iststand Personen
2020

169.800

nach Abgleich mit
Gesundheitsberufe-
register

90.900



DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson

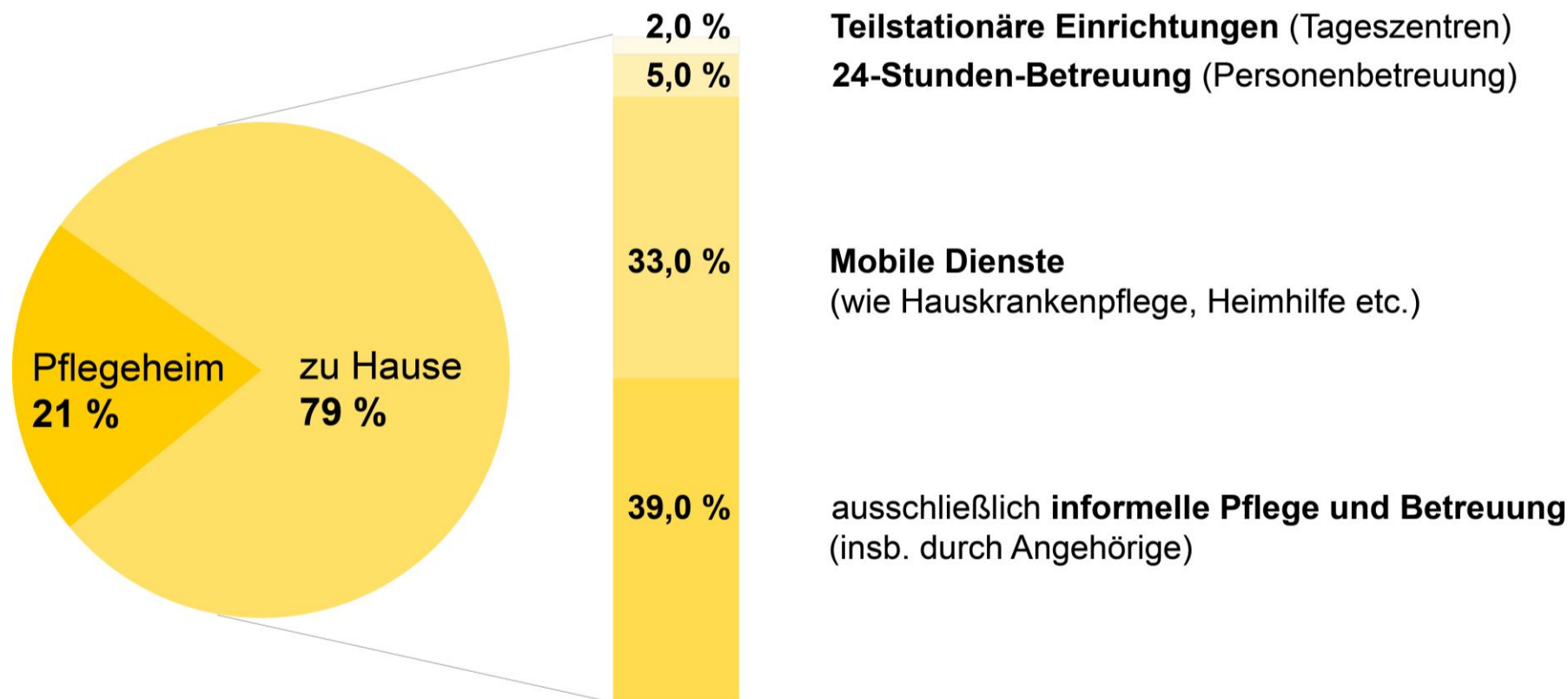
PA/PFA/SBB = Pflegeassistentz/Pflegefachassistentz/Sozialbetreuungsberufe – Zusammensetzung Status Quo Grade-Mix

Krankenanstalten: abgestimmte Variante

(Teil-)Stationäre LZPB = Teilstationäre/stationäre Langzeitpflege und -betreuung inkl. innovative Wohnformen, Kurzzeitpflege

Quelle: GÖG

WIE WIRD GEPFLEGT?



464.131 Anspruchsberechtigte Pflegegeld

Quelle: Pflegevorsorgebericht, BMASGK 2020

* Grobschätzung des Hilfswerks auf Basis der Anzahl der Pflegegeldbezieher/innen zum Stichtag 31.12. und der Anzahl der Personen, die innerhalb eines Jahres Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in Anspruch genommen haben.

PFLEGE UND BETREUUNG ZU HAUSE

- von der überwältigenden Zahl der Menschen **gewünscht**,
- **volkswirtschaftlich und ressourcentechnisch** (Personal, öffentliche Mittel) **vorteilhaft**,
- **Ressourcen und Selbsthilfepotenziale** der **Betroffenen bzw. Angehörigen** werden eingebracht (Wohnung, Lebensunterhalt, Angehörigenleistung, Familie und soziales Umfeld),
- Leistungen der **mobilen Dienste** (insbes. Hauskrankenpflege, Heimhilfe) können unter **Bezahlung** von (meist) **sozial gestaffelten Eigenbeiträgen** (Selbstbehalten) in Anspruch genommen werden (Tariftabellen der Länder),
- **24-Stunden-Betreuung** muss komplett **selbst bezahlt** werden, dazu kommt aber eine **Förderung** von € 550.- pro Monat (Bund) (tw. geben Länder weitere Förderung dazu),
- **Tarife und Förderungen** sind **durch Steuermittel gestützt bzw. finanziert**,
- ebenso das **Pflegegeld**,
- **wirtschaftliche Verantwortung** bleibt **beim Betroffenen** und dessen Angehörigen

PFLEGE UND BETREUUNG IM PFLEGEHEIM

- **ressourcentechnisch intensivstes Setting** (Personal, öffentliche Mittel),
- **Einbringung des Einkommens** (insbes. Pension) und des **Pflegegeldes** der Betroffenen, jedenfalls **20% der Pension** müssen **zur freien Verfügung** verbleiben, **kein Regress** (seit 2018),
- **Fehlbeträge** (Differenzen zwischen eingebrachten Mitteln und Kosten) werden **durch Sozialhilfe** (öffentliche Mittel) **ausgeglichen**, womit die **wirtschaftliche Verantwortung von der Allgemeinheit übernommen wird**,
- **Pflegeheime decken nicht nur Pflegeleistung ab**, sondern u.a. auch **Wohnung und Verpflegung** („Hotelkomponente“), **Lebensführung, Soziales und Freizeitgestaltung**,
- Pflegeheime stehen in den meisten Bundesländern erst **ab einer definierten Pflegestufe bzw. bei besonderen sozialen Umständen** zur Verfügung,
- dennoch **leben pflegebedürftige Menschen (fast) aller Stufen sowohl im Pflegeheim als auch zu Hause**

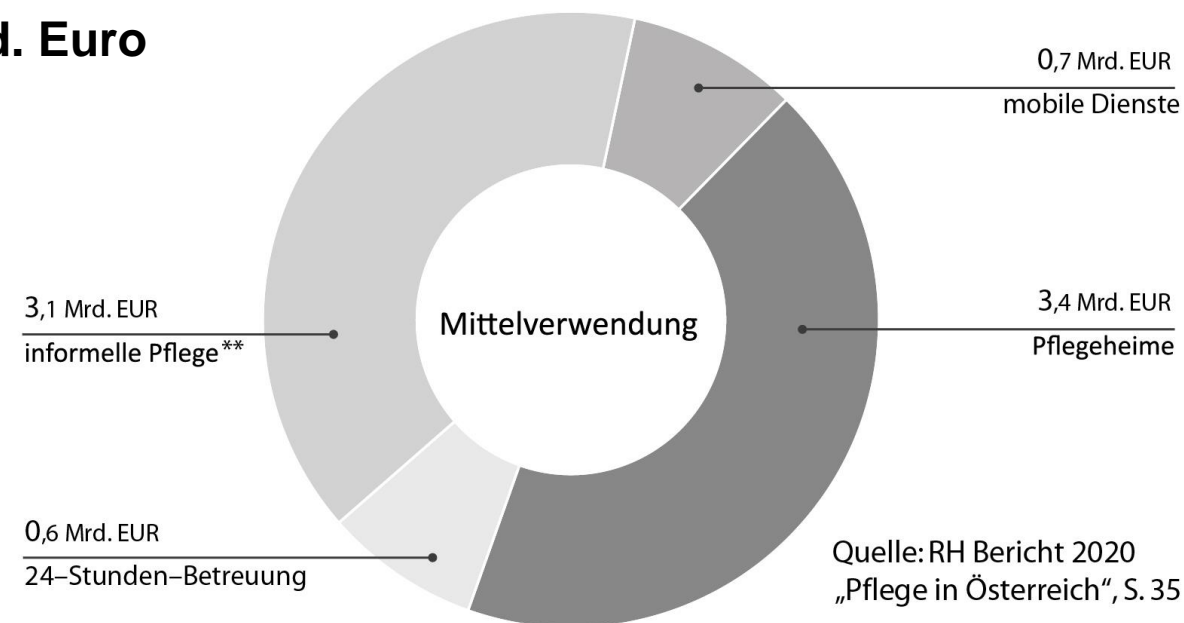
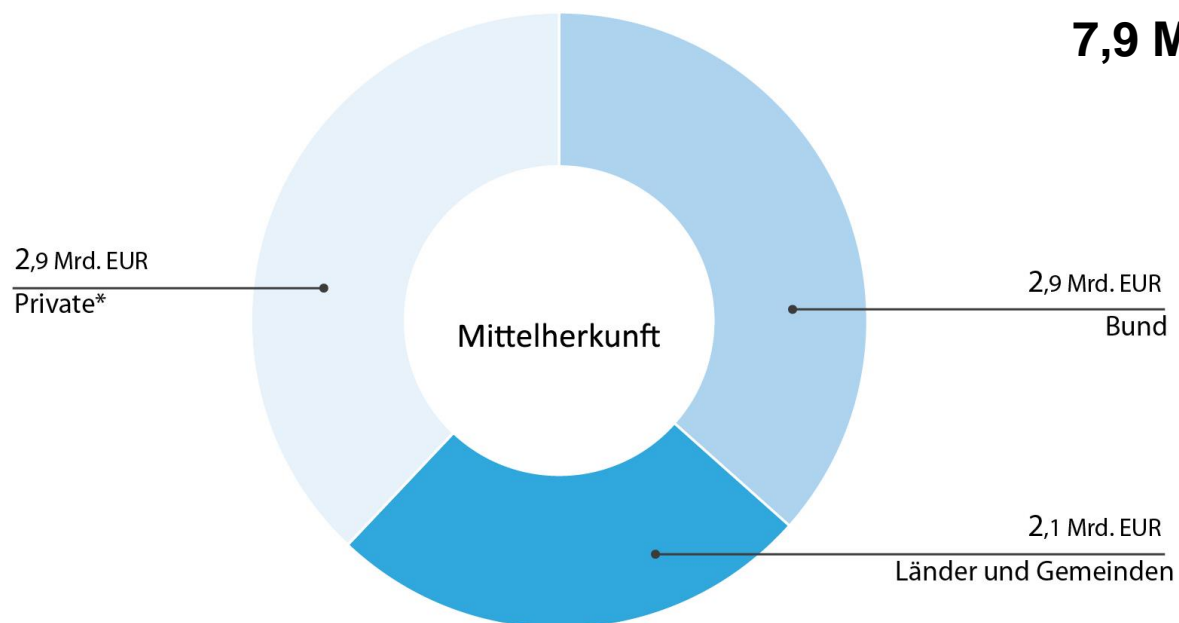
WIE WIRD PFLEGE FINANZIERT?

GEBARUNGSVOLUMEN LANGZEITPFLEGE

ÖFFENTLICHE AUSGABEN VRG. STEUERFINANZIERT

Mittelherkunft und Mittelverwendung der Pflege für das Jahr 2016

7,9 Mrd. Euro



Quelle: RH Bericht 2020
„Pflege in Österreich“, S. 35

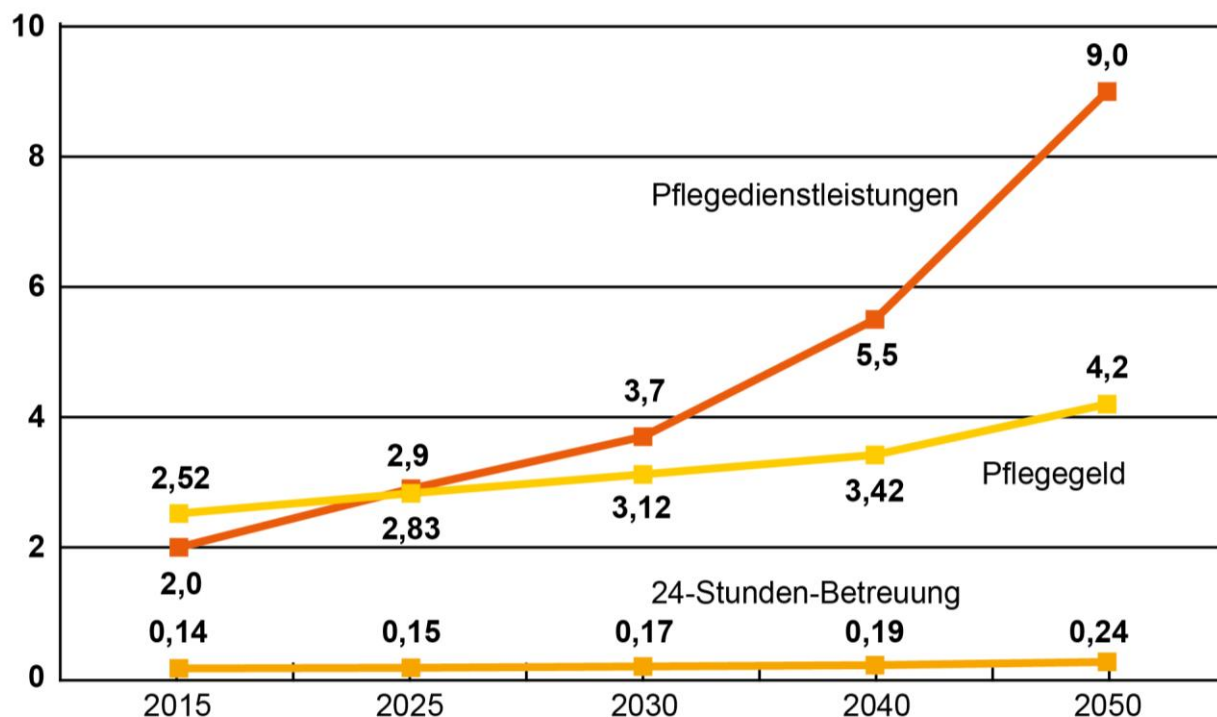
* Eigenbeiträge zu Pflegedienstleistungen, aber auch die in Geld bewerteten informellen Pflegedienstleistungen abzüglich des vom Bund finanzierten Pflegegeldes

** Arbeitsleistung informelle Pflege

PROJEKTION AUSGABEN LANGZEITPFLEGE

2015 bis 2050

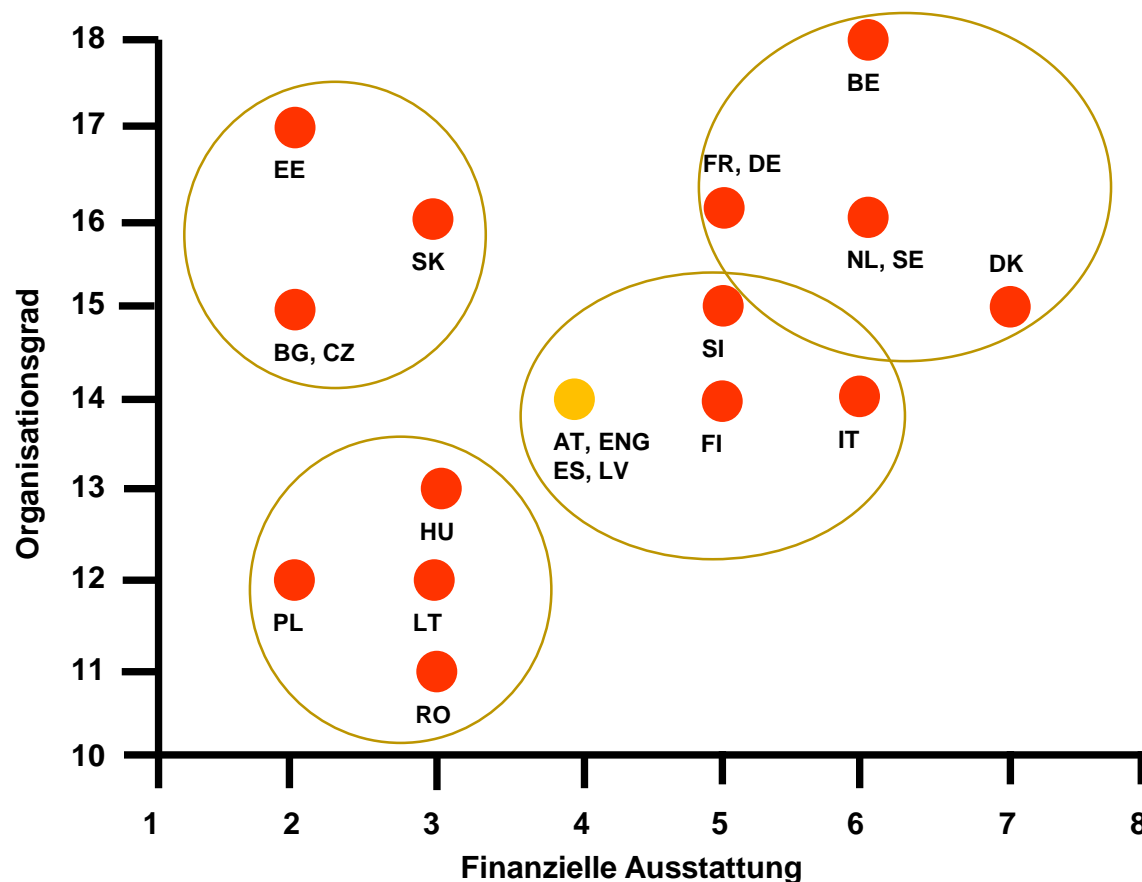
in Mrd. €



Quelle: WIFO, Österreich 2025: Pflegevorsorge - Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen

Prognoserechnung unter der **Annahme gleichbleibender Leistungsniveaus** und Versorgungsstrukturen
dargestellte **Dynamik ausschließlich durch demografischen Entwicklung** getrieben

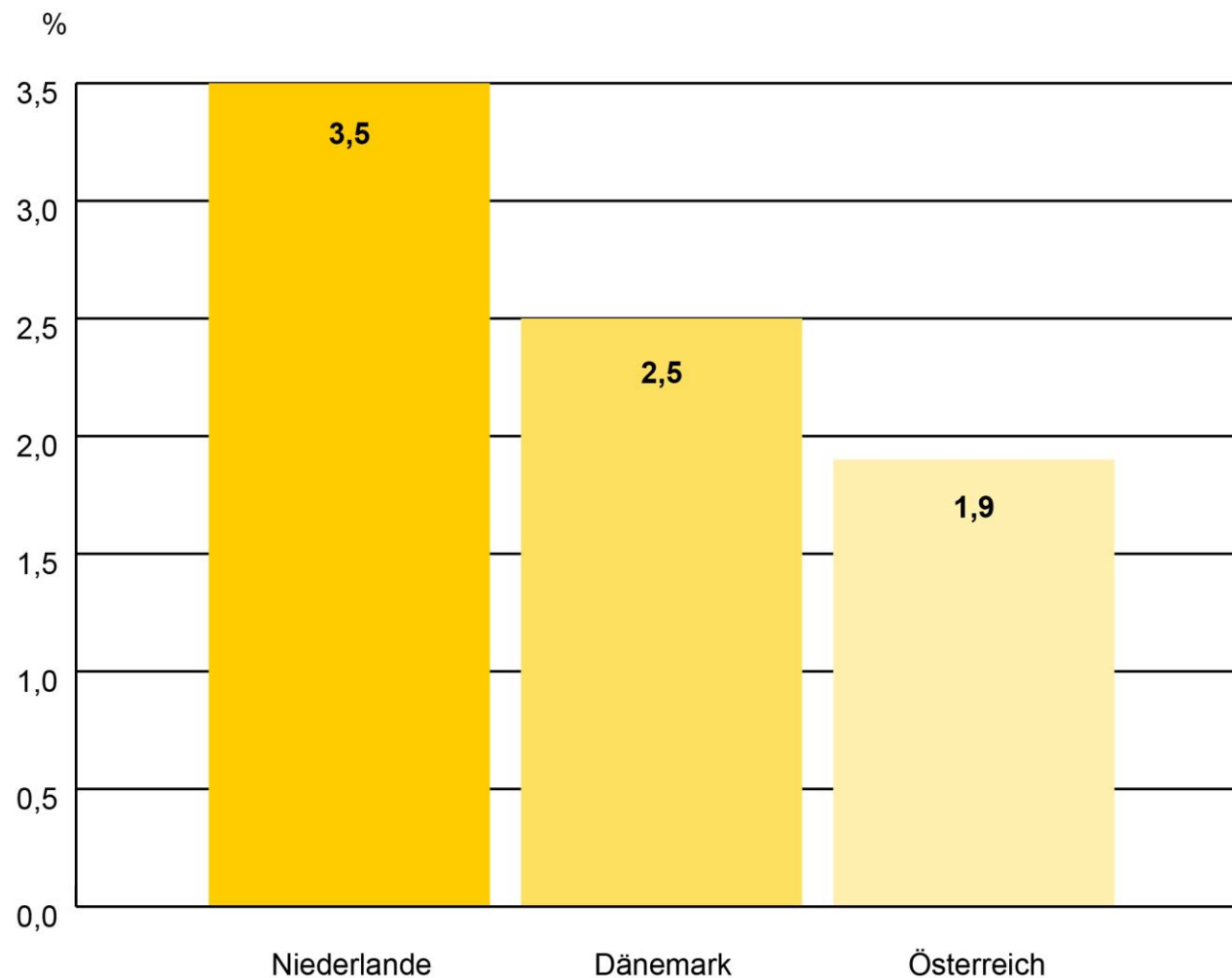
Typologie europäischer Pflegesysteme



It. Analyse des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) liegt **Österreichs Pflegesystem** bzgl. der **Indikatoren „Organisationsgrad“** und **„finanzielle Ausstattung“** lediglich **im Mittelfeld** des Vergleichs europäischer Pflegesysteme

Quelle: Berechnungen des DIW Berlin

Öffentliche Ausgaben für Pflege in % des BIP, 2016 oder letztverfügbares Jahr



Quelle: European Commission (2018)

LÄNDERVERGLEICH

**Niederlande,
Dänemark,
Österreich**

bzgl. der öffentlichen
**Ausgaben für
Langzeitpflege
in % des BIP**

lt. Statistik der
Europäischen Kommission

KOSTENDÄMPFUNGSPFAD BIS 2021

Paktum zum Finanzausgleichsgesetz 2017 zwischen Bund, Länder und Gemeinden

Kostendämpfungspfad – erwartete Kostensteigerungen in der Pflege
Betreffend Bruttoausgaben für Dienstleistungen/Versorgung

	2017	2018	2019	2020	2021
Kostensteigerungen	in %				
Prognose Länder ohne Kostendämpfung	4,72	5,88	8,47	11,05	9,95
Prognose Länder mit Kostendämpfung	4,72	5,47	5,17	5,50	5,40
Prognose Bund	3,9	4,7	4,8	4,7	4,2
Paktum zum Finanzausgleichsgesetz 2017 (Maximum)	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6

< **Höchstwert**
Prognose Länder

< **Tiefstwert**
Prognose Länder

< festgelegter
Wert im **Paktum**

Quelle: RH Bericht 2020 „Pflege in Österreich“, S. 42

ANALYSE UND KRITIK DES ÖSTERREICHISCHEN PFLEGESYSTEMS

RECHNUNGSHOFKRITIK KOSTENDÄMPFUNGSPFAD

- Der Rechnungshof kritisierte jedoch, dass die **festgelegte Ausgabenobergrenze** von 4,6 % **nicht nachvollziehbar begründet** war.
- Er **vermisste eine Festlegung der Kostentreiber**, nämlich der **Entwicklung der Heimplätze und der Tarife je Land**, als Basis für die Einhaltung der Planung.

Quelle: Rechnungshofbericht „Pflege in Österreich, 2020

RECHNUNGSHOFKRITIK FINANZIERUNG & STEUERUNG

- Der Rechnungshof bemängelt: Die **Verantwortung** für die **Finanzierung** war **unklar aufgeteilt**: Der **Bund trug** aufgrund der Einnahme der Steuern und Abgaben eine **Gesamtverantwortung** zur Finanzierung (Finanzausgleich, Pflegegeld, Dotierung Pflegefonds), die **Länder jedoch** die **Verantwortung für die wesentlichen Kostentreiber** (Anzahl der Pflegeplätze, Tarife) und sie entschieden, in welchem Ausmaß die allgemeinen Mittel des Finanzausgleichs für die Pflege zu verwenden waren (...). (..) Die **Gemeinden trugen** zwar **insbesondere über die Sozialhilfe-umlage zur Finanzierung bei** (...), waren **aber nur teilweise** in die **Planung und Steuerung eingebunden**.

RECHNUNGSHOFKRITIK FINANZIERUNG & STEUERUNG

- Der Rechnungshof wies darauf hin, dass die Finanzierung der Pflege zwischen Privatpersonen (37 %), Bund (37 %) sowie Ländern und Gemeinden (26 %) aufgeteilt war. Obwohl die **Zuständigkeit zur Regelung der Pflege überwiegend bei den Ländern** lag (TZ 5), war der **Finanzierungsanteil des Bundes bzw. der Privaten** somit **höher** als jener der Länder. Der Rechnungshof verwies dazu auf seine Empfehlung in TZ 4, das **erforderliche koordinierte Vorgehen im Bereich der Pflege durch entsprechende dauerhaft eingerichtete Gremien und Instrumente** wie z.B. Finanzpläne sowie Bedarfs- und Entwicklungspläne sicherzustellen.
- Der Rechnungshof empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, für den Pflegebereich **geeignete Kennzahlen zur Messung der Versorgung in Art und Umfang** zu entwickeln und diese für **Bedarfs- und Entwicklungspläne** sowie für die **Steuerung und Evaluierung der Versorgung** zu nutzen.

RECHNUNGSHOFKRITIK PLANUNG & DATEN

- Der Rechnungshof empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, die **Definitionen im Bereich der Pflegedienstleistungen** hinsichtlich der betroffenen Personen und der Dienstleistungen **abzustimmen** und die **Begriffe präziser zu definieren**, um über **ausreichend genaue Daten für Vergleiche und Steuerungsmaßnahmen** verfügen zu können.
- Der Rechnungshof kritisiert, dass die **Gesamtkosten und deren Entwicklung in keiner einheitlichen Übersicht erfasst** und **in keinem einheitlichen Prozess steuerbar** waren. Es trafen die Einzelfallentscheidungen der Pensionsversicherungsträger, die Valorisierungsentscheidungen des Bundesgesetzgebers, Förderentscheidungen des Sozialministeriumservice und der Länder sowie die Investitions- und Tarifentscheidungen der Länder und Gemeinden zusammen.

RECHNUNGSHOFKRITIK PLANUNG & DATEN

- Der Rechnungshof empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, die **Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte** und die **Inhalte der Bedarfs- und Entwicklungsplanungen** im Pflegebereich zu **harmonisieren** (...).
(...) **alle Formen der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen** zu berücksichtigen und in den Bedarfsprognosen darzustellen, um eine **nach Pflegeformen differenzierte Versorgungsplanung** gewährleisten zu können.
(...) die Bedarfsprognosen (...) um eine **Abschätzung** der dafür **benötigten Personalressourcen und -qualifikationen** sowie **Ausgabenschätzungen** zu ergänzen.
(...) auf **Basis koordinierter Bedarfs- und Entwicklungspläne** eine **österreichweite abgestimmte Bedarfsprognose** (...) zu erstellen und darauf aufbauend eine **Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen** zu erarbeiten.

RECHNUNGSHOFKRITIK VERSORGUNG

- Die **Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993** verpflichtete die **Länder, dezentral und flächendeckend** einen **Mindeststandard an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten für pflegebedürftige Personen zu gewährleisten**. Eine **Konkretisierung erfolgte zunächst nicht**.
- Erst mit **1. Jänner 2013** legte der **Bund im PFG*** einen **Richtversorgungsgrad fest**, das heißt einen **Zielwert für das Verhältnis der in einem Jahr betreuten Personen zu jenen mit Anspruch auf Pflegegeld im Jahresdurchschnitt**. (...) Der Rechnungshof hatte bereits im Jahr 2014 und erneut im Jahr 2018 kritisiert, dass der **Richtversorgungsgrad mangels Unterscheidung der Leistungsarten nicht zur Steuerung geeignet** war bzw. dass die **Mittel des Pflegefonds jedenfalls ausbezahlt** wurden und daher auch **keine Steuerungswirkung** hatten.

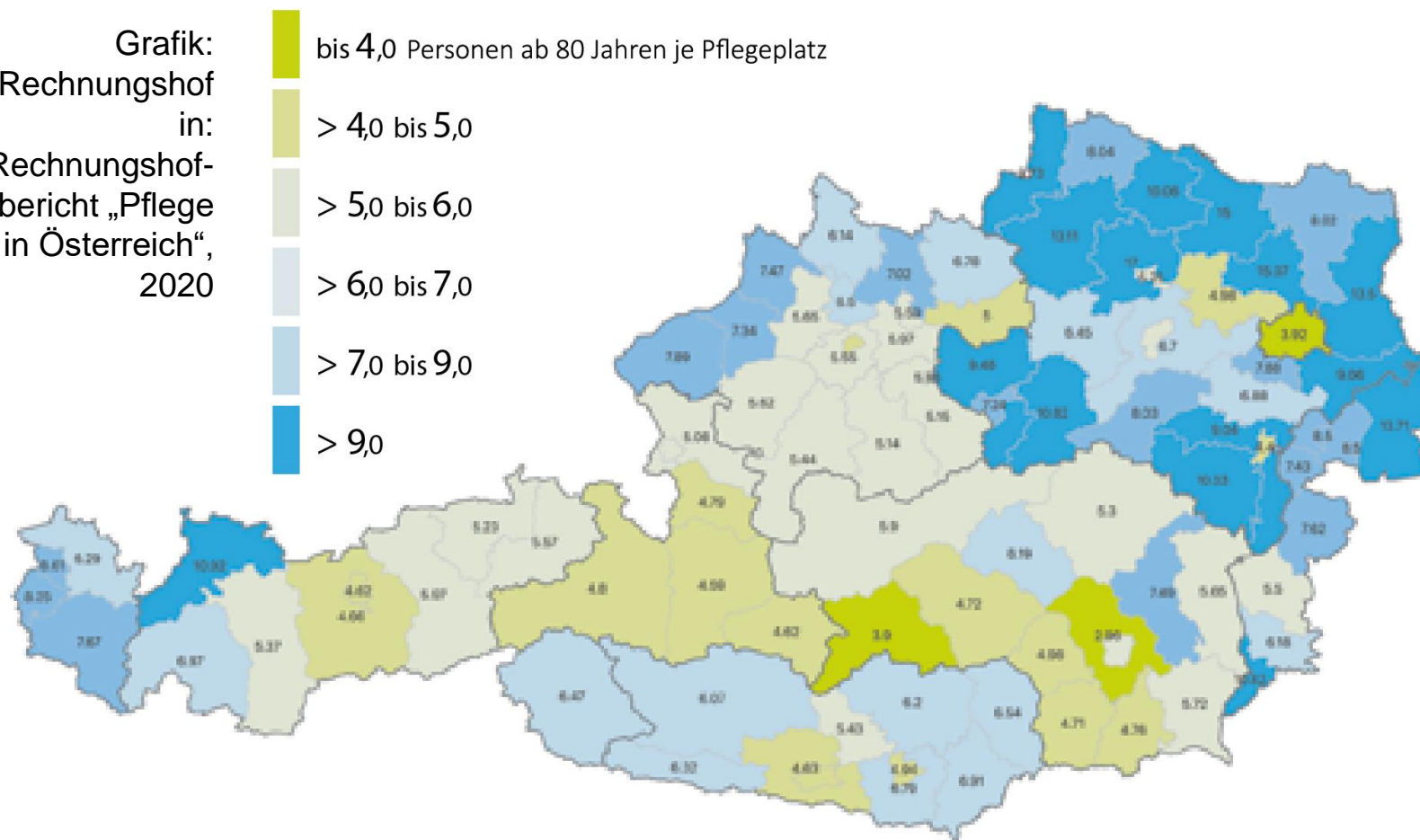
* Pflegefondsgesetz

RECHNUNGSHOFKRITIK VERSORGUNG

- Die **Bandbreite** reichte von einer eher dichten Versorgung mit rund drei Personen ab 80 Jahren pro Pflegeheimplatz im Bezirk Graz-Umgebung bis zu rd. 17 Personen ab 80 Jahren pro Pflegeheimplatz in Krems-Land. Die **Dichte an Heimplätzen unterschied sich somit um einen Faktor von rd. 5,7**. Ein österreichweites systematisches Vorgehen zur Beurteilung der unterschiedlichen regionalen Versorgung konnte der Rechnungshof nicht feststellen.
- *Ergänzung Hilfswerk:
Ähnlich stellt sich die Situation im Bereich der mobilen Dienste,
aber auch der Gesamtversorgung (beide Settings in der Zusammenschau) dar.*

Versorgung durch Pflegeheimplätze

Grafik:
Rechnungshof
in:
Rechnungshof-
bericht „Pflege
in Österreich“,
2020



Die Karte zeigt:

- > stark **unterschiedliche Versorgungsdichte mit Heimplätzen**
- > aber auch Entscheidungen für **unterschiedliche Versorgungskonzepte** (stationär <> mobil)

> *siehe nächste Seite*

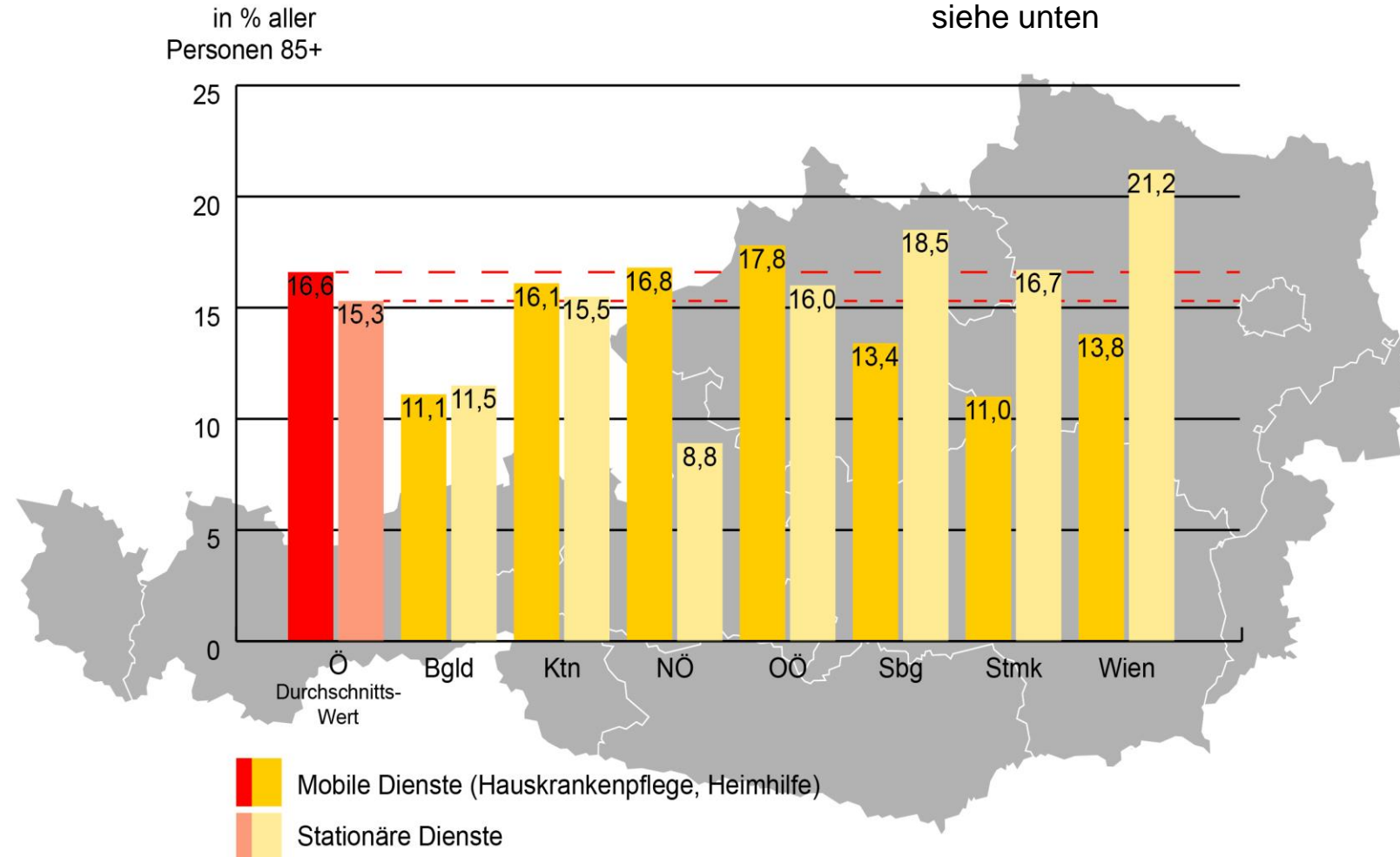
Stand: Ende 2018; für Oberösterreich und Salzburg: 2017

Quellen: erstellt mit dem Rauminformationssystem des RH;
Datengrundlagen: Bundesamt für Eich- und Vermessungswesen;
Statistik Austria; Länder

**Versorgungsdichte mobile und stationäre Dienste
in Relation zur Gesamtbevölkerung im Alter von 85+
nach Bundesland (2020)**

Grafik:
Hilfswerk
Quellen:
siehe unten

GROSSE HILFE,
GANZ NAH.

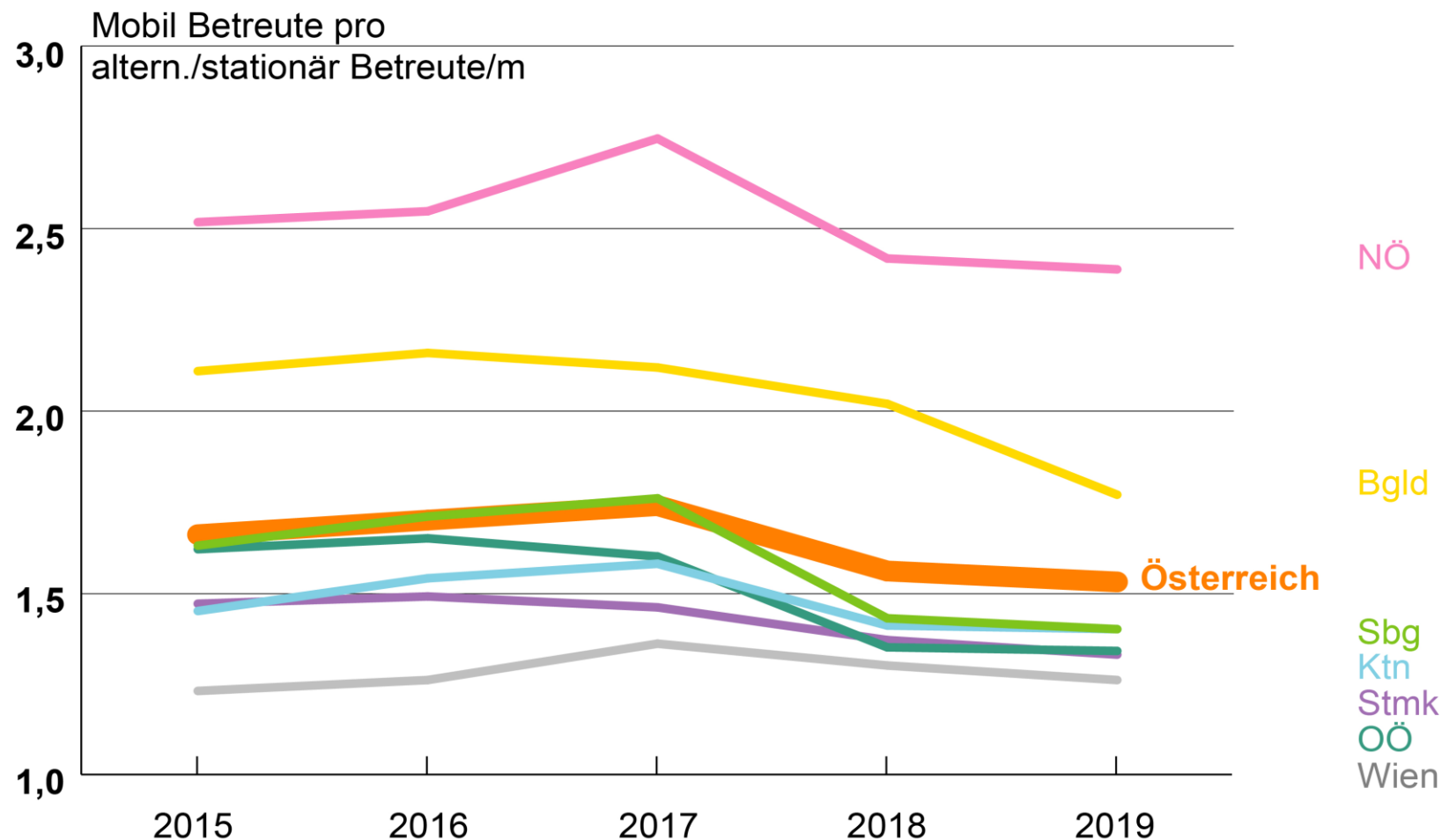


Quelle: BMASK, Österr. Pflegevorsorgebericht 2020, Statistik Austria

Die Karte zeigt:

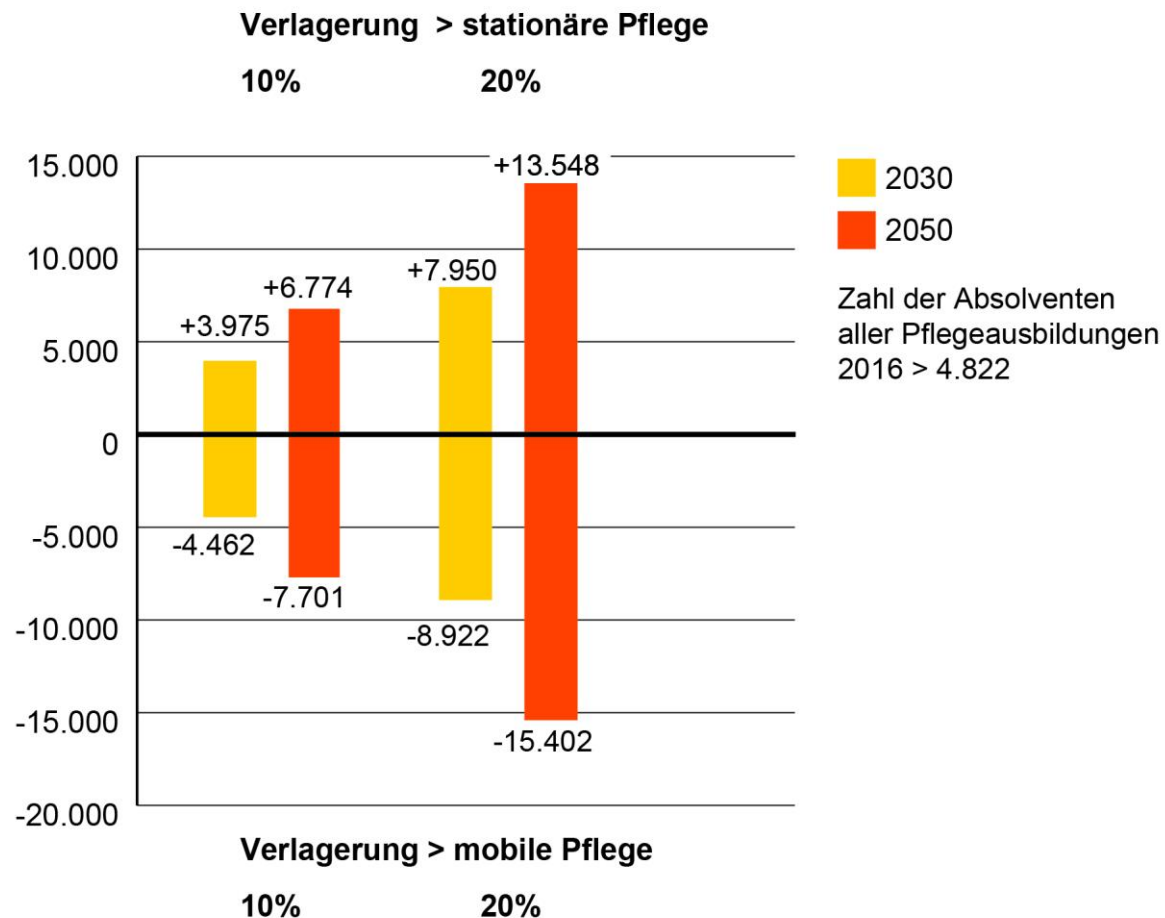
- > stark **unterschiedliche Versorgungsdichte** mit **Heimplätzen** und **mobilen Diensten**
- > aber auch Entscheidungen für **unterschiedliche Versorgungskonzepte** (stationär <> mobil bzw. im Heim <> zu Hause)

Verhältnis mobil Betreute vs. altern. und stationär Betreute | Ö und BL Entwicklung 2015–2019 in Personen



seit **2017**
(**Abschaffung
Pflegereregess**)
Zahl der **stationär
betreuten Personen**
im Verhältnis zu den
mobil (zu Hause)
betreuten Personen
**signifikant
ansteigend**
(„Trendumkehr“)
entsprechende
Auswirkungen auf
Dynamik von
Personalbedarf und
Kostenentwicklung

Effekte auf den Personalbedarf durch Verlagerungen im Versorgungsmix
in VZÄ (Vollzeitäquivalent) ausgehend vom Gesamtbedarf an Pflegefachpersonal*
im WIFO-Hauptzenario (auf Basis des aktuellen Versorgungsmix)



Zunahme betreute Personen

Stationärer Bereich

2011-15 + 4,06%

2016-19 **+29,11%**

Mobiler Bereich

2011-15 +14,97%

2016-19 **+ 4,16%**

Zunahme Pflegegeldbezieher/innen

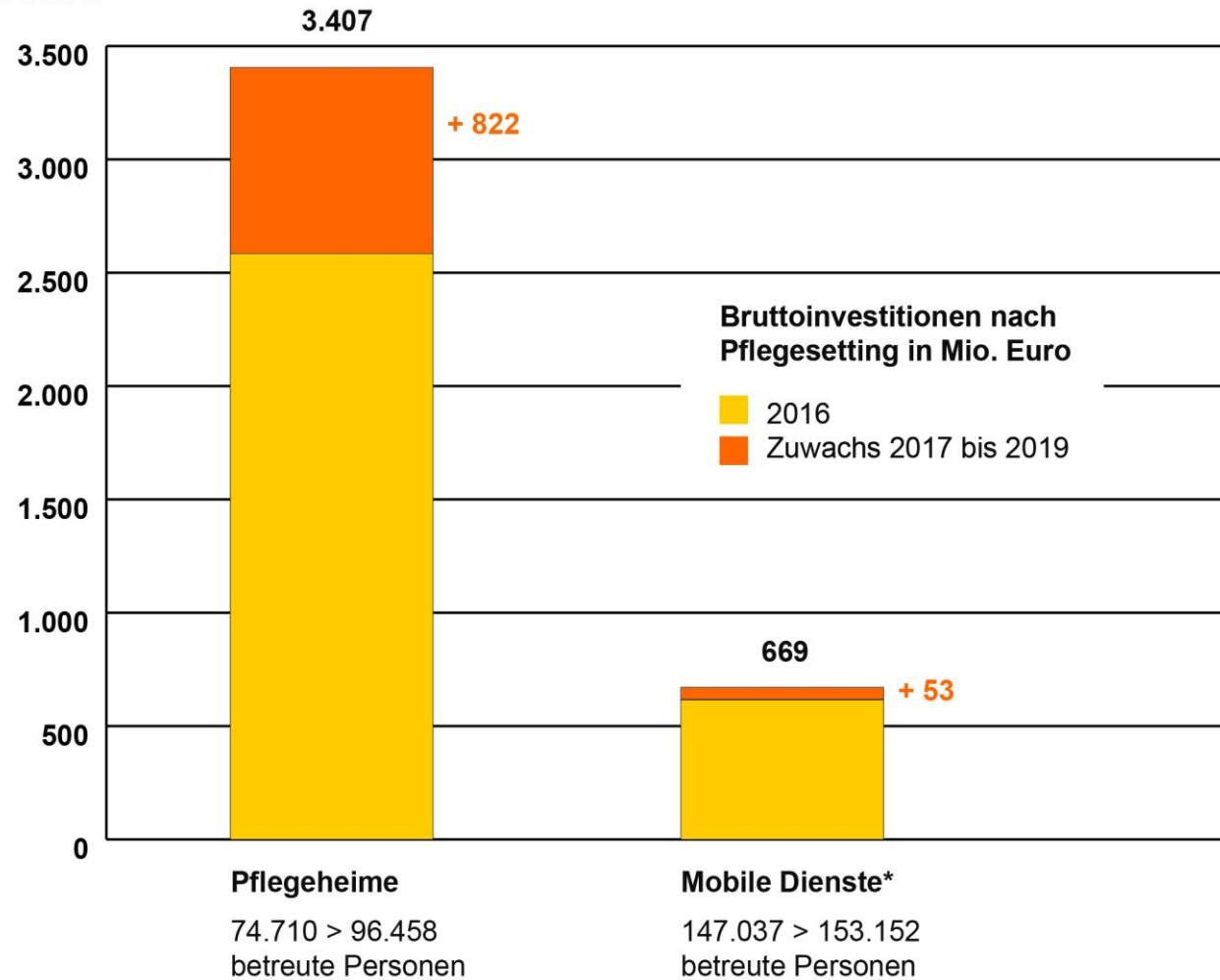
2016-19 **+ 2,72%**

Quelle: WIFO, Aktuelle und künftige Versorgungsfunktion der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Ö, S. 36, 40, 44

*Pflegefachpersonal: Heimhilfe, Pflegeassistenz, Pflegefachassistenz, DGKP

Österreich Bruttokosten stationäre und mobile Pflege 2019 und Vergleich Zuwachs 2017 bis 2019

in Mio. €



Allein der **Zuwachs der Bruttokosten für stationäre Pflege** zwischen 2017 und 2019 **übersteigt die Gesamtkosten für die mobilen Dienste.**

RECHNUNGSHOFKRITIK EIGENBEITRÄGE

- Auch die einbehaltenen **Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen** waren **nicht nach Steuergesichtspunkten ausgerichtet**. Für die **24-Stunden-Betreuung** und die **mobilen Dienste** war **ohne entsprechende Eigenmittel die Inanspruchnahme wirtschaftlich teilweise unmöglich**, bei Unterbringung in einem **Pflegeheim** konnten die Träger der **Sozialhilfe** bzw. Mindestsicherung **Fehlbeträge ausgleichen**. Durch das **Abstellen auf das Einkommen zur Zeit der Pflegebedürftigkeit** bestanden **keine Anreize für eine individuelle finanzielle Vorsorge**.

Der **Eigenbeitrag für Pflegebedürftige pro Stunde** liegt im Musterfall aus dem **Rechnungshofbericht** für gleiche Leistungen je nach Bundesland **zwischen 8,88 und 22,24 Euro**.

(Anmerkung Hilfswerk: Je nach gewähltem Fall bzw. Haushaltseinkommen ergeben die Vergleiche im Ergebnis unterschiedliche Bilder! Die Tariftabellen der Länder sind in sich unterschiedlich sozial gestaffelt.)

Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen für mobile Dienste am Beispiel eines Musterfalls

Tabelle: Rechnungshof, in: Rechnungshofbericht „Pflege in Österreich“, 2020

	Burgen- land	Kärnten	Nieder- österreich	Oberöster- reich	Salzburg	Steier- mark	Tirol	Vorarl- berg	Wien
	in EUR								
Eigenbeitrag je Monat	385,20	340,20	333,36	159,90	156,00	400,23	183,60	214,20	251,64
Eigenbeitrag je Stunde	21,40	18,90	18,52	8,88	10,40	22,24	10,20	11,90	13,98

Musterfall: Eine alleinstehende Person mit Pflegegeldstufe 3, einem Nettoeinkommen von 1.331 EUR, Kosten für Wohnen von 550 EUR und sonstigen Ausgaben von 730 EUR, die monatlich neun Stunden Hauskrankenpflege und neun Stunden Heimhilfe beanspruchte. In sieben Ländern waren die Fahrtzeiten pauschal mitberechnet. Das Land Salzburg verrechnete sie separat und schrieb auch Eigenbeiträge vor. Der RH berücksichtigte diese mit rd. 21 % (dem Landesschnitt). In Tirol waren die Fahrtzeiten nicht im Stundensatz enthalten, veränderten aber die Eigenbeiträge nicht.

Quellen: Länder

AUSWIRKUNGEN DER DEFIZITE IN STEUERUNG UND PLANUNG

- **keine übergeordnete Auseinandersetzung mit Versorgungskonzepten, -zielen und -niveaus** sowie **Ressourcenplanung** (insbes. **Personal** und **Finanzmittel**), keine systematische Nutzung von Evidenzen, Benchmarking, Best Practice Learning,
- Etablierung eines **Kostendämpfungspfades**, der **nicht plausibel** ist, und der **unsachgemäßen Druck** auf das **System, Betroffene und Personal** macht,
- **massive Unterschiede** in der **Versorgungsdichte** und den **Versorgungsstrukturen** sowie den **Eigenbeiträgen der pflegebedürftigen Menschen** zwischen den Bundesländern, **trotz gleicher Besteuerung der Betroffenen**,
- Umsetzung von **punktuellen bzw. Einzelmaßnahmen und regionalen Vorstößen ohne Berücksichtigung der Einbettung in das Gesamtsystem und der Steuerungswirkung** (Bsp. Abschaffung des Pflegeregresses).

INTERNATIONALES BEISPIEL DÄNEMARK

REFORMEN IN DÄNEMARK AB DEN 1980er-JAHREN BETREFFEND DAS VERSORGUNGSKONZEPT

konsequente (!) Entscheidung für die Stärkung von Selbsthilfepotenzialen und Autonomie, für die Förderung des längstmöglichen Verbleibs zu Hause sowie von Prävention und Rehabilitation

- > Dänemark baut seit 1987 keine Pflegeheime mehr!
- > hat umfassende Angebote zur sozialen Einbindung und Integration von Seniorinnen/Senioren sowie zur weitreichenden niederschweligen Unterstützung zu Hause entwickelt (u.a. Fahrtendienste, gemeinsame Einkaufstouren, großzügige Tagesbetreuungsangebote zu Hause) in Ergänzung zu häuslichen Hilfs- und Pflegediensten

AB DEN 1990er-JAHREN

- > Schaffung eines **differenzierten Angebots neuer Wohnformen** für den Fall, dass ein Leben in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist, mit einem **ansteigenden Bogen an Serviceintensität** (Seniorenwohnungen, Pflegewohnungen)
- > Etablierung von **Prävention und Rehabilitation** als integralen **Bestandteil des Versorgungsbogens** (**präventive Hausbesuche ab 75 Jahren** und damit weniger Einweisungen in Spitäler und Pflegeheime sowie weniger ärztliche Akutbesuche; **verpflichtendes Rehabilitationsangebot bei Eintritt von Hilfsbedürftigkeit**, um das Selbsthilfepotenzial bestmöglich wiederherzustellen und Maßnahmen gegen mögliche Einschränkungen zu setzen; dann greifen je nach Bedarfslage niederschwellige Services sowie Betreuungs- und Pflegedienste)

POSITIVE AUSWIRKUNGEN AUCH AUF DAS PERSONAL

- > Entwicklung hin zu **mehr Rehabilitation** hat auch die **Arbeitszufriedenheit des Pflege- und Betreuungspersonals erhöht**

*„Die **Entwicklung hin zu mehr Rehabilitation**, insbesondere in der häuslichen Hilfe, hat die **Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten in der häuslichen Hilfe erhöht ...**
– sie **empfinden ihre Arbeit als sinnvoller.**“*

Quelle: Rostgaard und Matthiesen, 2016

AUSGANGSLAGE STRUKTURREFORM DER 2000-er JAHRE

- **Langzeitpflege von Kommunen organisiert**, bestimmte **Gesundheitsleistungen von Regionen angeboten**, bei Erstellung der Leistungskataloge in den Kommunen Mitspracherecht von „Seniorenräten“, Langzeitpflege **durch allgemeine Steuern finanziert**, die **meisten Leistungen kostenlos**
- **zunehmende Kritik am staatlichen Wohlfahrtssystem und seinen Monopolstrukturen**, seinem **Mangel an Effizienz, Dienstleistungsinnovation, Kundenorientierung und Bedarfsgerechtigkeit**
- **zunehmende Kritik an der Ungleichbehandlung der Bürgerinnen und Bürger** infolge unterschiedlicher Leistungskataloge aufgrund föderaler Strukturen – im Gegensatz zur bundesweit gleichen Steuer- und Abgabenlast
- **Forderung nach Professionalisierung**, mehr **Transparenz**, der **Beseitigung von Ungerechtigkeiten** im System und mehr **Kosteneffizienz**

NEGATIVE AUSWIRKUNGEN AUCH AUF DAS PERSONAL

- zunehmende **Unzufriedenheit** beim **Pflege- und Betreuungspersonal**

*„Die zunehmende **politische und institutionelle Kontrolle im Pflegesektor** hat zu einer **Standardisierung und Manualisierung** (in Handbuch definiert) **der Pflegearbeit** geführt.*

*Ihr zufolge führte diese Entwicklung zu einer **Dequalifizierung der Pflegekräfte**, da die **Arbeit nun weniger vom Lernen und der Entwicklung** von Pflegekräften **als vielmehr von politischen und institutionell gesteuerten Konstruktionen von Pflegepraktiken** abhängt.“*

Quelle: NJSR – Nordic Journal of Social Research, 2011,
„Care as you like it: the construction of a consumer approach in home care in Denmark“

AUSGANGSLAGE STRUKTURREFORM DER 2000-er JAHRE

Weitere Themen, Spannungs- und Reformfelder:

- **Diskrepanzen** zwischen der „**Gewährleistung von Autonomie** und der **Legitimierung öffentlicher Eingriffe** in private Angelegenheiten ...“
- **Widerspruch** der bis dato vorherrschenden „**Dominanz der Fachleute**“ (z.B. bei der Bedarfsfeststellung) mit der **Befähigung** und **Partizipation der Betroffenen**
> stärkeres **Mitspracherecht der Betroffenen**, besseren **Kontrollen**,
Rechenschaftspflicht für die von Fachleuten geleistete Arbeit
- **Unvereinbarkeit** eines **staatlichen Pflegemonopols** und einer „**Dominanz der bürokratischen Logik**“ mit der **Würde** eines **souveränen Individuums**, das auch in der **Lebensphase der Pflegebedürftigkeit** ein **Recht auf Wahlfreiheit** und die **Individualisierung der sozialen Dienstleistung** haben sollte

ZENTRALES ELEMENT DER STRUKTURREFORM

ausgewählte Zielsetzungen

- **Autonomie** der Nutzer/innen erhöhen („Ermächtigung“ der Nutzer/innen)
- **Qualität** der Pflege verbessern (Kundenorientierung, Bedarfsgerechtigkeit)
- **Effizienz** fördern
- Entwicklung eines geordneten **Dienstleistungsmarktes** für Pflege
anstelle des **staatlichen Monopols**

> **gesetzliche (!) Verankerung** der **freien Wahl der Anbieter häuslicher Pflege** und **Verpflichtung der Gebietskörperschaften** dafür zu sorgen, dass **in ihrem Verantwortungsbereich mindestens ein weiterer,** und zwar ein **privater (!), Dienstleister** anbietet

WAHLFREIHEIT ALS SCHLÜSSEL ZUM SYSTEMWECHSEL

*„Die Einführung der **Wahlfreiheit hat die Würde der älteren Menschen in den Vordergrund gerückt**, weil sie von nun an die **Möglichkeit haben, eine Wahl zu treffen und nicht nur das kommunale Standardangebot zu nutzen**. Für die Regierung ist das einfach **eine Frage des Menschenbildes**.“*

Dänische Regierung, 2003

Quelle: NJSR – Nordic Journal of Social Research, 2011,

„Care as you like it: the construction of a consumer approach in home care in Denmark“

EINE ANALOGIE ZUM BUDGET ...

Würde Österreich den gleichen Anteil des BIP in die Pflege investieren wie Dänemark, würde das eine **Aufstockung** der Mittel **um rund 2,4 Mrd. Euro (+ 0,6% des BIP)** bedeuten.

OTHMAR KARAS

Präsident Hilfswerk Österreich

BRAUCHT ÖSTERREICH EIN NEUES PFLEGEMODELL?

JA, ÖSTERREICH BRAUCHT EIN „NEUES“ PFLEGEMODELL!
DENN ÖSTERREICH HAT BISHER KEIN PFLEGEMODELL.

Österreichs Pflegesystem ist durch einen Mangel an reflektierten Standards und zielgerichteter Steuerung gekennzeichnet, es gibt zu viel Willkür und signifikante Fehlentwicklungen (*siehe auch Befunde des Rechnungshofs im Rechnungshofbericht „Pflege in Österreich“, 2020*).

ÖSTERREICH BRAUCHT EIN PFLEGEMODELL

- das die **Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen konsequent und nachvollziehbar (!) in den Mittelpunkt** stellt,
- das den bestmöglichen **Erhalt von Autonomie (!), Selbsthilfepotenzialen und sozialer Einbindung** sowie den längstmöglichen **Verbleib zu Hause evident und wirksam zur bestimmenden Richtschnur** macht,
- das die **Pflege und Betreuung zu Hause** für Betroffene und Angehörige **attraktiv** macht und **bestmöglich unterstützt** (d.h. Verbesserung der Einstufungspraxis beim **Pflegegeld**, Prüfung und ggf. Adaption der **Tarife**, bedarfsgerechte Weiterentwicklung der angebotenen **Dienstleistungen**),
- das **Prävention und Rehabilitation konsequent und effektiv integriert**,

ÖSTERREICH BRAUCHT EIN PFLEGEMODELL

- das Betroffenen und Angehörigen **Wahlfreiheit** lässt, welche konkrete **Dienstleistung** und welcher **Dienstleister** ihrer **Präferenz** entspricht,
- das **nicht bürokratischer Logik und bevormundenden Fachleuten Vorschub leistet** zu Lasten der Autonomie der Betroffenen und Angehörigen,
- das **keine Monopole** und (zusätzliche) **bürokratische Strukturen** schafft, sondern einen gut geordneten, lebendigen **Qualitätswettbewerb** zwischen Dienstleistern und somit auch **Kundenorientierung** und **Flexibilität** sowie Effizienz fördert,
- das **ebenso bedarfsgerecht wie ökonomisch** ist,
- das **jeder Österreicherin/jedem Österreicher** bzw. **jeder Steuerzahlerin/jedem Steuerzahler** ein **transparentes, faires und gerechtes Angebot** macht, unabhängig davon, wo sie/er wohnt,
- das ein **würdiges Altern** in Österreich sicherstellt!

ÖSTERREICH BRAUCHT EINE NEUE PFLEGEPOLITIK

- die eine **übergeordnete Auseinandersetzung mit Versorgungskonzepten, Versorgungszielen und -niveaus** sowie **Ressourcenplanung** - insbes. **Personal** und **Finanzmittel** - nicht scheut,
- die auf eine **neue Qualität** von **Steuerung und Planung** sowie **Abstimmung und Kooperation** setzt (und u.a. auch das „Kompetenzgerangel“ zwischen Bund und Ländern hintanstellt!),
- die einer adäquaten **Logik zwischen Finanzierungs-, Steuerungs-, Umsetzungs- und Kontrollverantwortung** folgt,
- die **von Einzelmaßnahmen** und **regionalen Vorstößen ohne Berücksichtigung des Gesamtsystems** und deren **Steuerungswirkung Abstand** nimmt,

ÖSTERREICH BRAUCHT EINE NEUE PFLEGEPOLITIK

- die **Daten, Evidenzen** und **Prognosen**, Benchmarking und Best Practice Learning sowie **Controlling** und **Evaluierungen** ernst nimmt, selbige verbindlich und transparent erhebt, bewertet und Ableitungen für die Umsetzung trifft,
- die sich im Zuge dessen auch seriös mit den **Befunden und Empfehlungen des Rechnungshofes** auseinandersetzt,
- die **sachgerechte und realistische Kostenpfade** definiert, die einer **Plausibilitätsprüfung** standhalten,
- die **strukturelle Voraussetzung** für eine **abgestimmte Steuerung** des Pflegewesens schafft durch die Einrichtung von Gremien mit entsprechenden Kompetenzen.

WAS MUSS DAHER SOFORT GESCHEHEN?

- Einsetzen der „**Zielsteuerung Pflege**“ unter Führung des **Bundes** unter entsprechender Einbindung der **Länder und Gemeinden** und unter Beteiligung der notwendigen **Ressorts** sowie **Expertinnen/Experten**
- **fachliche und politische Bewertung** der Vorschläge und Anregungen aus dem Bericht der „**Task Force Pflege**“ in Zusammenschau mit dem **Regierungsprogramm**
- **Erarbeitung und Verhandlung** eines **abgestimmten politischen Reformprogramms**, Klärung von **Zielen**, Setzen von **Prioritäten**, Erstellen von **Maßnahmen- und Zeitplänen**, **budgetäre Bedeckung** (Finanzierungspfad, Pflegefonds, Finanzausgleich)
- Beauftragung der **fachlichen und operativen Aufbereitung** mit ausgewählten Expertinnen/Experten

WAS MUSS DIE PFLEGEREFORM JEDENFALLS LEISTEN?

- **Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgungslandschaft**
mit dem vorrangigen Ziel der Stärkung der Pflege und Betreuung zu Hause
sowie der Unterstützung pflegender Angehöriger

d.h. Stärkung von Hauskrankenpflege, Heimhilfe, mehrstündiger Tagesbetreuung zu Hause zu leistbaren Tarifen, Adaption des Fördersystems und der Qualitätssicherung in der 24-Stunden-Betreuung, Ausbau therapeutischer und psychosozialer Dienste, Etablierung präventiver und rehabilitativer Angebote, niederschwelliger und ergänzender Dienste und Angebote wie bspw. Fahrtendienste, Seniorentreffs u.a.
- **Verbesserung der Pflegegeldeinstufung und der Einstufungspraxis**
insbes. im Hinblick auf häuslich begutachtete Personen
- **bedarfsgerechtere Angebote zur Absicherung von pflegenden Angehörigen**

WAS MUSS DIE PFLEGEREFORM JEDENFALLS LEISTEN?

- **abgestimmte und wirksame Personaloffensive als unabdingbare Voraussetzung und „Herzstück“ der Pflegereform**
OHNE PFLEGEKRÄFTE KEINE PFLEGE!
 - Aufstockung der Ausbildungskapazitäten
 - Erweiterung der Zugänge und (lückenlosen) Durchlässigkeit der Ausbildungswege
 - Bezahlung Praktika, Ausbau Stipendien, Übernahme Ausbildungskosten, Unterstützung Lebensunterhalt
 - geförderte Programme für Umstieg und Weiterqualifikation
 - Beschleunigung der Anerkennungsverfahren für Pflegekräfte aus dem Ausland
 - Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Arbeit
- **Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung**
unter Annahme realistischer und plausibler Kostenpfade

Die **Gewährleistung würdigen Alterns** und eines **funktionstüchtigen Pflegemodells** gelten als **zentrale soziale und sozialpolitische Herausforderung unserer Zeit**.

In **Österreich** sind **rund eineinhalb Millionen Menschen** direkt betroffen (als pflegebedürftige Menschen oder als pflegende Angehörige).

In den **Pflege- und Betreuungsberufen** sind **rund 170.000 Menschen** tätig.

Diese Menschen haben eine ernst gemeinte Pflegereform verdient!

Österreich braucht endlich ein zukunftsfähiges Pflegemodell!

Und Österreich braucht dringend eine neue Qualität der Pflegepolitik!

Herzlichen Dank für Ihr Interesse!

Die Unterlagen zur Pressekonferenz (inkl. Aufnahme und separater Tonspur) finden Sie unter:
<https://bit.ly/braucht-österreich-ein-neues-pflegemodell>

Kontakte für Rückfragen:

Hilfswerk Österreich

Mag. Petra Baumberger
Medien & Kommunikation
0676 8787 60 206

petra.baumberger@hilfswerk.at

PR Agentur

Martin Lengauer
die jungs kommunikation e. U.
+43 699 10088057

office@diejungs.at