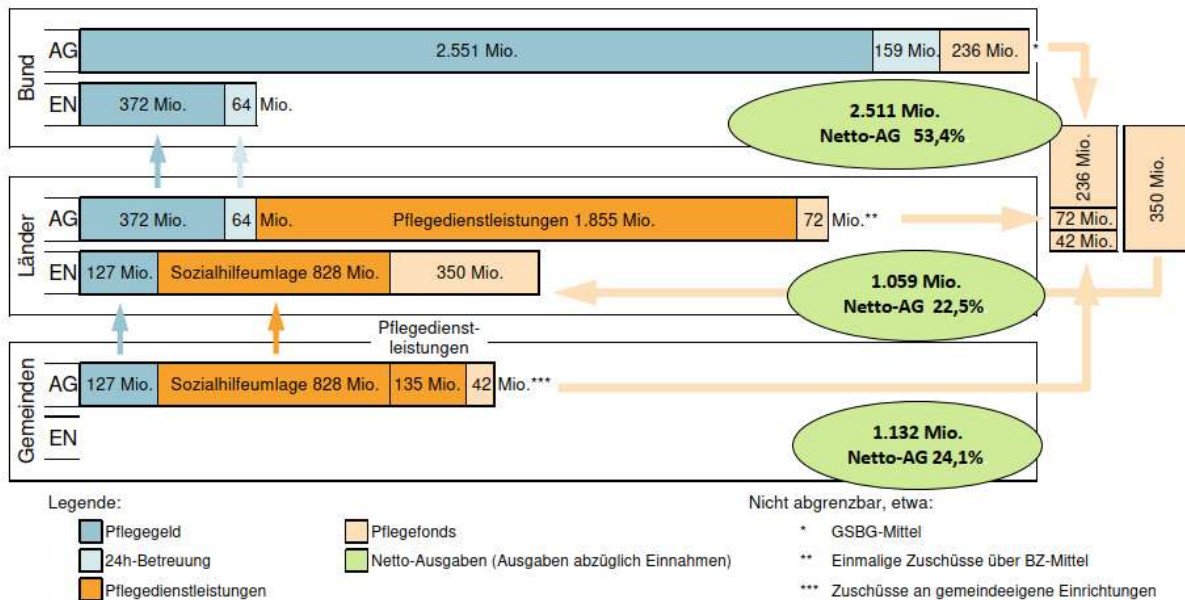


Masterplan Pflege – aktueller Stand

Pflege ist eine Gemeinschaftsaufgabe, welche Bund, Länder und Gemeinden betrifft. Bei einer gesamthaften Betrachtung der Netto-Belastung in der Pflege verteilt sich diese folgendermaßen: 53,4 % Bund, 22,5 % Länder, 24,1 % Gemeinden.¹ Die kommunalen Ausgaben in den Bereichen soziale Wohlfahrt und Gesundheit stiegen von 2008 bis 2017 um 49 bzw. 52 %.²



Quelle: KDZ: eigene Darstellung 2019; auf Basis: BMASK: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017; Pflegefondsgesetz BGBl. 57/2011; Statistik Austria: Gemeindefinanzdaten 2017.

Anmerkung: Ausgaben der Länder für Pflegedienstleistungen sind Netto-Ausgaben (daher abzüglich Beiträge und Ersätze von Privaten sowie sonstigen Einnahmen). Pflegedienstleistungen Gemeinden ohne Wien.

Abkürzungen: AG = Ausgaben, EN = Einnahmen, GSBG = Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, BZ = Gemeinde-Bedarfszuweisungsmittel.

Ende des Jahres 2017 bezogen 458.783 Personen ein Pflegegeld.³ Schätzungen zufolge sind in Österreich 947.000 Personen auf irgendeine Art und Weise in die Pflege und Betreuung einer/eines Angehörigen involviert.⁴

Am 04. Dezember 2018 präsentierte Bundesministerin Hartinger-Klein als Vertreterin der damaligen Bundesregierung den Ministerratsvortrag „Pflegevorsorge – Masterplan Pflege“. In wie fern und in welchem Ausmaß dieser Masterplan in Zukunft nochmals aufgegriffen wird ist fraglich. Sicher ist jedenfalls, dass auch künftige Bundesregierungen – unabhängig von deren politischer Zusammensetzung – nicht an der Thematik vorbei kommen werden. Die nachhaltige Sicherung der Pflege für die kommenden Jahrzehnte wird eine der größten Herausforderungen, nicht nur für den Bund, sondern für alle Gebietskörperschaften darstellen.

¹ Biwald/Mitterer/Seisenbacher, Fact-Sheets: Sozialhilfe- und Pflegefinanzierung (2019), S. 14.

² Mitterer/Biwald/Seisenbacher, Österreichische Gemeindefinanzen 2019 – Entwicklungen 2008 bis 2022, Österreichischer Städtebund (Hrsg), S. 19.

³ Auswertung Statistik Austria auf Basis der Meldung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017 (Erstellt am 15.02.2019).

⁴ Nagl-Cupal/Kolland/Zartler/Mayer/Bittner/Koller/Parisot/Stöhr, Angehörigenpflege in Österreich – Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke (2018), S. 11.

Der Masterplan gliederte sich in folgende 5 Bereiche:

- Steuerung/Organisation
- Pflegende Angehörige
- Pflegepersonal
- Digitalisierung
- Finanzielles

Die einzelnen darin definierten Herausforderungen und Ziele sind äußerst allgemein formuliert. Konkretes lies dieser Masterplan vermissen. Beim Ministerratsvortrag handelte es sich vielmehr um eine Punktation sowie eine Beschreibung der bekannten Problemlagen (etwa der demographischen Entwicklung). Der Masterplan enthielt einen Zeitplan der bis Herbst 2019 Konsultationen mit den involvierten Stakeholdern vorsah. Ende des Jahres 2019 sollten fertige Konzepte inkl. Gesetze vorgelegt werden. Allen voran wurde seitens des Österreichischen Städtebundes kritisiert, dass trotz einer Kostenbeteiligung von etwa 24 % der kommunalen Ebene im Masterplan lediglich vom Bund und den Ländern gesprochen wurde. Städte und Gemeinden wurden an nur einer Stelle genannt (im überaus wichtigen Kapitel „Finanzierung“ gar nicht).

Zu Zwecken der angesprochenen Konsultation mit Stakeholdern wurde der, durchaus breit aufgestellte, **Arbeitskreis Pflegevorsorge** vom BMASGK ins Leben gerufen. Der Österreichische Städtebund ist Mitglied des Arbeitskreises. Das erste Treffen dieses Gremiums fand am 31.01.2019 statt. Eine Folgesitzung am 30.04.2019.

Die im Masterplan vorgegebene Gliederung wird in Folge zur Veranschaulichung des derzeitigen Diskussionsstandes beibehalten.

Steuerung/Organisation

Der Österreichische Städtebund tritt seit Jahren für einen Ausbau der mobilen Pflege ein. Das Pflegeheim per se soll dabei keineswegs zurückgedrängt werden. Vielmehr geht es darum, einen geeigneten Versorgungs-Mix für sämtliche Phasen der Pflege sicherzustellen.⁵ Die Wünsche der zu pflegenden Personen sind stets in den Vordergrund zu stellen – dafür braucht es ein breites Angebot. So sind neben stationären Einrichtungen auch Tageszentren, teilstationäre Einrichtungen und mobile Dienste, aber auch das Case- und Caremanagement weiter auszubauen. Auch Angebote wie die mehrstündige Alltagsbegleitung sind aus Sicht des Österreichischen Städtebundes zu begrüßen. Derartige Angebote setzen (wie auch Tageszentren) bei der Problematik an, dass es zwischen mobilen Diensten (Betreuung für wenige Stunden) und stationären Diensten (rund um die Uhr) nur wenig Angebote gibt.

Der Masterplan Pflegevorsorge definiert den Grundsatz „mobil vor stationär“. Auf dieses Prinzip sei „ein Augenmerk zu richten“. Zuletzt wurde durch die Abschaffung des Pflegeregresses der genau gegenteilige Anreiz gesetzt. Partiiell widersprechen auch die im Masterplan Pflege normierten Maßnahmen dem selbst gesetzten Grundsatz, der ohnehin – wie erläutert – differenzierter betrachtet werden muss.

⁵ Laut Berechnungen der Stadt Wien ist es etwa in Wien so, dass die stationäre Unterbringung ab einem Betreuungsbedarf von 5 Stunden oder mehr kostengünstiger ist als die Betreuung durch mobile Dienste.

Die **integrierte Versorgung** sowie die **Hospiz- und Palliativbetreuung** sollen ausgebaut werden. Zudem soll es zu einer **Harmonisierung im Bereich der mobilen Dienste** kommen. Diesbezüglich wird auf die Studie „Aktuelle und künftige Versorgungsfunktion der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Österreich“ des WIFO hingewiesen. Demnach hat die Steigerung des Anteils der betreuten Personen in mobilen Diensten positive Effekte auf das Budget.⁶ Details dazu, wie dieser Ausbau bzw. die Harmonisierung konkret gefördert und finanziert werden sollten, wurde nie dargelegt. Hier handelt es sich grundsätzlich um Landeskompetenzen. Bezüglich der Harmonisierung der Kostenbeiträge ist anzumerken, dass sich eine solche angesichts völlig unterschiedlicher Konstruktionen in den Bundesländern schwierig gestalten würde.

Seit längerem tritt der Österreichische Städtebund für eine möglichst bürgernahe Ansiedelung jeglicher Serviceleistungen im Bereich der Pflege ein. Beratungs- und Vermittlungsangebote sollten sich dabei am Einzugsbereich der nächstgelegenen (auch kleineren) Stadt orientieren. Eine Überwindung von Bezirks- und Landesgrenzen muss möglich sein. Generell sollen die Menschen auch die Möglichkeit haben, dort einen Heimplatz zu erhalten, wo sie es wünschen, wenn dieser Wunsch begründet werden kann (zB möglichst nahe bei den eigenen Kindern zu wohnen). Eine öffentliche Stelle sollte das Angebot auf die regionalen Bedürfnisse angepasst koordinieren und zudem als zentrale Ansprechperson für Betroffene und pflegende Angehörige fungieren. Dieses Grundsatzkonzept (oftmals als „Versorgungsregionen“ bezeichnet) findet sich in unterschiedlichen Ausprägungen bereits in diversen Staaten, die international als Best-Practices angesehen werden (zB Dänemark, Schweden, Niederlande, Kanada). Als KoordinatorInnen fungieren in diesen Staaten sogenannte „Community Nurses“. Entsprechende Masterstudiengänge, deren Ziel die Verknüpfung klinischer Pflegekompetenzen mit umfangreichen Managementkompetenzen ist, werden auch in Österreich bereits angeboten.⁷ Das Potential des eingeleiteten Akademisierungsprozesses könnte so bestmöglich genutzt werden. Auch in Österreich gibt es bereits in diese Richtung gehende Ansätze. Diese finden sich in den Bundesländern in den unterschiedlichsten organisatorischen Varianten.⁸

In der **24-Stunden-Betreuung** ist - nach einem massiven Anstieg in den vergangenen Jahren - im Jahr 2018 eine Stagnation eingetreten. Es bleibt bis zum Vorliegen von neuen Daten abzuwarten, ob dabei ein Zusammenhang mit dem Entfall des Pflegeregresses und einer dadurch bedingten erhöhten Nachfrage nach stationären Unterbringungen bestehen. In einigen Ländern wurden auch die Zuschüsse im Rahmen von Sonderregelungen erhöht. Aufgrund der Kritik des Rechnungshofes wird es zu einer Ausweitung der Hausbesuche der Qualitätssicherung auf alle FörderwerberInnen einer 24-Stunden-Betreuung kommen. In den Bundesländern Wien und Tirol wurde das Pilotprojekt „**unangekündigte Hausbesuche**“ gestartet. Mit ersten Ergebnissen ist noch im 1. Halbjahr 2019 zu rechnen. Die Erarbeitung des **Qualitätssiegels für Vermittlungsagenturen** in der 24-Stunden-Betreuung ist abgeschlossen.⁹ Das Qualitätssiegel wurde vom BMASGK in Kooperation mit der Wirtschaftskammer erarbeitet. Vermittlungsagenturen können sich auf freiwilliger Basis zertifizieren lassen. Eine Pflicht dazu besteht nicht. Der Zertifizierungsprozess startete im März 2019. Erste

⁶ *Famira-Mühlberger/Firgo*, Aktuelle und künftige Versorgungsfunktion der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Österreich, Dezember 2018.

⁷ So etwa der Masterstudiengang „Advanced Nursing Practice“ an der FH Campus Wien.

⁸ Organisation durch Länder, Gemeinden oder Sozialhilfverbände – mit und ohne Einbeziehung privater Akteure – üblich ist etwa eine Gliederung in Sozialsprengel mit Ansiedelung der Beratungsleistungen sowie des Case-Managements in der Bezirkshauptstadt.

⁹ Nähere Informationen auf der Website des Österreichischen Qualitätszertifikats für Vermittlungsagenturen in der 24-Stunden-Betreuung: oeqz.at

Zertifikate sollen im Juni 2019 verliehen werden. Die vielfach kritisierte fehlende Möglichkeit zur Teilung von 24-Stunden-Betreuungsverhältnissen auf mehrere BetreuerInnen in den Förderrichtlinien sollte laut Aussagen des zuständigen Ministeriums geprüft werden.

Pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige sind LeistungsträgerInnen der Gesellschaft. Diese brauchen, neben einer stärkeren Wahrnehmung und Wertschätzung, vor allem Beratung sowie flexible Angebote, die in verschiedenen Lebenslagen Entlastung bieten. Im Bewusstsein dieser Problematik gab das BMASGK die Studie „Angehörigenpflege in Österreich – Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke“ bei der Universität Wien in Auftrag.¹⁰ Die daraus abgeleiteten Empfehlungen sind zu begrüßen und wurden im Rahmen einer Stellungnahme vom Österreichischen Städtebund ergänzt. Die Studie empfiehlt stundenweise abrufbare Angebote, soziale Alltagsbegleitung oder anlassbezogene Angebote zur Nachtbetreuung. Auch der Ausbau von Tageszentren bietet den Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf eine professionelle Pflege und Beschäftigung außerhalb der eigenen Wohnung und zeitgleich eine Entlastung für die pflegenden Angehörigen. Sämtliche Maßnahmen zur Förderung der **Vereinbarkeit von Pflege und Beruf** sind, insbesondere im Hinblick auf den hohen Frauenanteil unter pflegenden Angehörigen, aus Sicht des Österreichischen Städtebundes zu begrüßen (Frauenanteil Angehörige häusliche Pflege: 73%). Maßnahmen zur Angehörigenentlastung schaffen Karrierechancen und tragen positiv zur Bekämpfung der Altersarmut unter Frauen bei. Es gilt jedoch zu bedenken, dass ein System, das auch in Zukunft zu stark auf die familiäre Verantwortung und auf pflegende Angehörige (hier wiederum insbesondere Frauen) setzt, nicht nachhaltig ist, zumal die Hälfte der pflegenden Angehörigen bereits selbst über 60 Jahre alt ist. Um das System der Altenpflege und -betreuung zukunftsfit zu machen, bedarf es - so wie in Skandinavien oder in den Niederlanden- einer Stärkung der öffentlichen Verantwortung und einem damit verbundenen Ausbau leistbarer Angebote.

Die Empfehlungen der erwähnten Studie fanden Einzug in den Masterplan Pflegevorsorge. Demnach sollten Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Berufstätigkeit gesetzt werden. Pflegenden Angehörigen sollte es ermöglicht werden, eine tageweise **Ersatzpflege** in Anspruch zu nehmen. Diesbezüglich plante die Bundesregierung einen Kostenersatz von 28 Tagen pro Jahr für pflegende Angehörige von Personen ab der Pflegestufe 3. Diese Möglichkeit sollte aus Sicht des Österreichischen Städtebundes auch auf die Pflegestufen 1 und 2 ausgeweitet werden.

Im Jahr 2019 soll die im Rahmen der wirkungsorientierten Folgenabschätzung vorgesehene **Evaluierung der Pflegekarenz, der Pflegezeit und des Pflegekarenzgeldes** durchgeführt werden. Basierend darauf soll es zu einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung kommen.

Um die gesellschaftlich wertvolle Aufgabe der Angehörigenpflege sichtbar zu machen, plante das BMASGK eine **Imagekampagne**. Dies wird seitens des Österreichischen Städtebundes begrüßt.

Nach dem Masterplan Pflegevorsorge sollte es – begrüßenswerter Weise – zu einem Ausbau des Unterstützungsangebots von pflegenden Angehörigen in Form von Beratung und Kursen kommen. Diesbezüglich ist nochmals anzumerken, dass der Österreichische Städtebund die Schaffung einer **zentralen Anlaufstelle für pflegende Angehörige (One-Stop-Shop)** als sinnvoll und zweckmäßig

¹⁰ Nagl-Cupal/Kolland/Zartler/Mayer/Bittner/Koller/Parisot/Stöhr, Angehörigenpflege in Österreich – Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke (2018).

erachtet. Eine solche sollte, möglichst nah bei der Bevölkerung und daher idealerweise auf Gemeindeebene (bzw in größeren Städten auf Statteilebene) oder in Versorgungsregionen angesiedelt sein.

Der Österreichische Städtebund weist zudem darauf hin, dass beim Ausbau des Beratungsangebotes bedacht auf Schulungsangebote für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz gelegt werden muss, wie dies auch in der **Demenzstrategie** des Bundes vorgesehen ist.

Einen gänzlich neuen Weg beschreitet in diesem Bereich das **Land Burgenland**. Das Land wird – im Rahmen eines Pilotprojekts für zwei Jahre – die Anstellung von pflegenden Angehörigen im erwerbsfähigen Alter ermöglichen, die sich primär der Betreuung ihrer Angehörigen widmen und daher einer Beschäftigung nicht nachgehen können. Gleichzeitig wird diesen eine Ausbildung im Bereich der Pflege (Heimhilfeausbildung) angeboten werden um eine qualitativ hochwertige Betreuung sicherzustellen und auch einen Berufseinstieg im Pflegebereich nach Ende der Pfl egetätigkeit zu ermöglichen. Die pflegenden Personen werden so sozialversicherungsrechtlich abgesichert und ihr Lebensunterhalt wird gewahrt. Zur Abwicklung dieses Modells wird ein gemeinnütziger Rechtsträger gegründet (Burgenländische Pflege und Service gGmbH). Eine Evaluierung des Pilotprojekts wird in zwei Jahren erfolgen.¹¹

Pflegepersonal

Der Mangel an diplomiertem sowie an nicht-diplomiertem Personal im Bereich der Pflege ist allgegenwärtig. Die bereits jetzt angespannte Situation wird sich, Prognosen zufolge, durch die demographische Entwicklung noch weiter verschärfen. Das BMASGK hat – wie im Masterplan Pflegevorsorge vorgesehen – die **Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)** damit beauftragt den **langfristigen Personalbedarf** zu erheben, eine **Bedarfsprognose bis 2030** hochzurechnen und **Empfehlungen** zur Deckung des Personalbedarfs zu erarbeiten (Präsentation der Ergebnisse im Oktober 2019). Bereits im März 2019 präsentierte das WIFO seine Prognose zum künftigen Bedarf an Pflegepersonal in den stationären und mobilen Diensten. Demnach werden bis 2030 rund 24.000 und bis 2050 rund 79.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt.¹²

Wie auch im Bereich der pflegenden Angehörigen sollte eine bundesweite **Imagekampagne** gestartet werden, um Pflegeberufe stärker in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken.

Zudem sah der Masterplan Pflegevorsorge eine Prüfung der **Durchlässigkeit** im Bereich der Pflegeberufe vor.

Die im Masterplan Pflegevorsorge vorgesehenen Maßnahmen in diesem Bereich wurden vom Österreichischen Städtebund positiv gesehen, gehen jedoch wohl bei weitem nicht weit genug. Jobs in der Pflege sind sowohl körperlich, als auch psychisch extrem anstrengend. Eine Studie im Auftrag der AK Oberösterreich zeigt die derzeitige Problemlage hinsichtlich des Pflegepersonals deutlich auf.¹³ So können sich zwar im Bundesland Salzburg fast 70 % der Beschäftigten in den mobilen

¹¹ Zukunftsplan Pflege des Landes Burgenland, S. 10 ff.

¹² *Famira-Mühlberger/Firgo*, Zum künftigen Bedarf an Pflegepersonal in den stationären und mobilen Diensten in WIFO Monatsberichte (2019, 3), S. 149-157.

¹³ *Bauer/Rodrigues/Leichsenring*, Arbeitsbedingungen in der mobilen und stationären Langzeitpflege in Oberösterreich (2018), S. 44.

Diensten einen Verbleib im Beruf bis zur Pension vorstellen, in Wien jedoch nur 49,7 % und in Oberösterreich nur 41,7 %. In den Alten- und Pflegeheimen ist es noch alarmierender: In Salzburg glauben nur 47,2 % der Beschäftigten, dass sie bis zur Pension „durchhalten“, in Wien 40 % und in Oberösterreich gar nur 34,4 %. Mehr Wertschätzung für ihre Arbeit ist nur eine Seite der Medaille. Die andere muss eine **Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen** sein. Beispielsweise sollte die Stundenwochenzahl für einen Vollzeitjob in der Pflege hinterfragt werden – möglich wäre eine Herabsetzung der Stundenanzahl bei voller Bezahlung einer derzeitigen 40h-Woche. Es wird sonst mittelfristig nicht möglich sein, ausreichend Personal für diese anspruchsvolle und emotional sehr herausfordernde Tätigkeit zu finden. Innovative Arbeitszeitmodelle sind auf ihre Tauglichkeit für das österreichische Pflegesystem zu überprüfen: so zB Das Göteborg-Modell, das einen Sechs-Stunden-Tag in der Pflege vorsieht. Ebenso sollte das niederländische Buurtzorg-Modell (auf Deutsch in etwa „Nachbarschaftshilfe-Modell“) auf seine Übertragbarkeit auf Österreichs Pflegelandschaft geprüft werden. Dieses Organisationsmodell bietet den PflegerInnen (die vor allem diplomierte Pflegefachkräfte sind) mehr Freiheitsgrade und Selbstverantwortlichkeit. Es kann auch mehr auf die konkreten lokalen Erfordernisse (zB mehr Pflegebedürftige mit Demenz oder mit psychischen Problemen) eingegangen werden.

Neben einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen sind auch **höhere Gehälter** im Pflegesektor aus Sicht des Österreichischen Städtebundes längerfristig wohl unerlässlich. Beispielsweise erhalten PolizeischülerInnen während ihrer Ausbildungszeit im 2. Ausbildungsjahr (ohne Matura) in etwa gleich viel wie der Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft für an der Fachhochschule ausgebildete Gesundheits- und KrankenpflegerInnen vorsieht.¹⁴ Auch vor dem Hintergrund der, derzeit immer wieder in den Fokus der Öffentlichkeit gerückten Sicherheitsdebatte ist anzumerken, dass die öffentliche Sicherheit nicht nur die polizeiliche Sicherheit beinhaltet. Vielmehr müsste auch der Aspekt der sozialen Sicherheit (soziale Betreuungsleistungen) stärker in den Vordergrund treten – was sich wiederum in der Bemessung der Gehälter widerspiegeln sollte.

Zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe ist darüber hinaus ein **modernes Ausbildungs- und Weiterbildungssystem für alle Qualifikationsstufen** einzurichten. Medizinische Maßnahmen und Tätigkeiten könnten in den eigenverantwortlichen Entscheidungs- und Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verlagert werden, sodass die ärztliche Anordnungspflicht dadurch entfällt und selbstständiges Agieren – speziell auch im mobilen Versorgungsbereich – möglich wird. Dies ist in zahlreichen Staaten, etwa im Vereinigten Königreich, in Schweden, in den Niederlanden oder in Kanada üblich. So genannten „Advanced Nurses“ (Abschluss eines Masterstudiums) ist es in diesen Staaten teilweise auch möglich, bestimmte, in einem Katalog definierte, Medikamente zu verschreiben. Die Akademisierung der Pflege wurde auch hierzulande eingeleitet. Es müsste endlich konsequent damit begonnen werden, diese neuen Potentiale und Möglichkeiten besser auszuschöpfen. Eine Studie des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungen aus dem Jahr 2016 zeigt, dass es keine qualitativen Unterschiede macht, wenn Pflegenden (Ausbildungsniveau Advanced Nurse Practitioner) in der Versorgung eigenständig eingesetzt werden, sofern diese die Möglichkeit haben, im Bedarfsfall AllgemeinmedizinerInnen zu kontaktieren. Die PatientInnenzufriedenheit war im Fall der Betreuung

¹⁴ Bruttobezug für Bedienstete des Exekutivdienstes während des praktischen Lehrgangsabschnittes: 2.270,00 Euro; Einstiegsgehalt des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals gem Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich: 2.330,60 Euro.

durch Pflegepersonal sogar höher.¹⁵ Für die Pflegefachassistenz empfiehlt sich ein weiter gefasstes Weiterbildungsangebot als die derzeit vorgesehene Analogie zur Pflegeassistenz sowie etwaige zusätzliche settingspezifische Kompetenzerweiterungen. Es ist belegt, dass Pflegendе mit hohem Bildungsabschluss und erweiterten Verantwortungsbereichen im internationalen Vergleich eine hohe Berufs- und Arbeitsplatzzufriedenheit aufweisen, die wiederum eine längere Berufsverweildauer annehmen lässt.¹⁶

Von Seiten des AMS kam es mit 1.1.2019 zu einer **Verlängerung des Fachkräftestipendiums** im Bereich der Pflege um zwei Jahre. Die Liste der förderbaren Ausbildungen wurde um die Schule für Sozialbetreuungsberufe erweitert.¹⁷ Das AMS Förderbudget ist bis 31.12.2020 gültig.

Die mögliche Einführung und konkrete Ausgestaltung eines **Lehrberufs** im Bereich der Pflege wird derzeit von Seiten des BMASGK geprüft. Hier gilt es zu beachten, dass BewerberInnen in Krankenpflegeschulen laut einer internationalen Konvention (von Österreich ratifiziert) einen Bildungsgrad aufweisen müssen, der mindestens dem des 10. Schuljahres entspricht.¹⁸ Für die Arbeit am Patienten sieht das Abkommen ein empfohlenes Mindestalter zwischen 17 und 19 Jahren vor.¹⁹ Bisher wurde diesem internationalen Standard in Österreich entsprochen.²⁰ Aus gutem Grund, da die Arbeit mit kranken und sterbenden Menschen schon für Erwachsene, trotz einschlägiger Pflegefachausbildung, nicht leicht zu bewältigen ist. Für die Überbrückung zwischen dem Abschluss der Pflichtschule und dem Einstieg in den Regelbetrieb der Patientienbetreuung sind daher für die Zielgruppe der 15 bis 17 Jährigen geeignete Überbrückungsangebote vorzusehen. Schulische Überbrückungsangebote, verbunden mit verschiedenen Praktika, werden dabei – mangels Möglichkeit der Arbeit direkt am Patienten – als sinnvoller erachtet als eine Lehre direkt in Pflegeheimen oder bei Anbietern mobiler Dienste. Hier wäre eine Orientierung an BHS-Modellen naheliegend. Diese könnte man idealerweise direkt bei bestehenden Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege ansiedeln.

Die Einführung eines **freiwilligen sozialen Jahres** im Bereich der häuslichen Betreuung sowie dessen Anrechenbarkeit auf nachfolgende Berufsausbildungen sollten laut Aussagen des BMASGK geprüft werden.

Digitalisierung

Laut Masterplan Pflegevorsorge sollte es zu einer verstärkten Förderung sogenannter **AAL-Lösungen (Ambient Assisted Living)** kommen. Dabei handelt es sich um jegliche Form von Technologien, die dazu beitragen, den Alltag von zu pflegenden Personen angenehmer und sicherer zu machen.

¹⁵ *Abuzahra, M. et al*, Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis: Internationale Tätigkeitsprofile und Evidenzlage im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherung (2016).

¹⁶ *Adams/Miller*, Professionalism in nursing behaviours of nurse practitioners in *Journal of Professional Nursing* 14 (2001), S. 203-210; *Aiken et al*, Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction, *Journal of the American Medicine Association* (2012), S. 288.

¹⁷ Siehe Fachkräftestipendium – Liste der förderbaren Ausbildungen gem § 34b Abs 3 AMSG – Anhang zur AMS-Bundesrichtlinie Fachkräftestipendium (AMF/24-2018), S. 10 f.

¹⁸ Europäisches Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von diplomierten Krankenpflegepersonen – Ratifiziert am 13. Oktober 1972; siehe insbesondere KAPITEL II.

¹⁹ KAPITEL EMPFEHLUNGEN – die Bestimmung ist nicht verpflichtend.

²⁰ Eine entsprechende Altersbeschränkung findet sich etwa in § 43 Abs 3 GuKG.

Technische Hilfsmittel sollen es Betroffenen ermöglichen, länger in Ihrem eigenen Haus bzw. in ihrer eigenen Wohnung zu bleiben. Generell wird es als sinnvoll angesehen, die Entwicklung von AAL-Lösungen im Rahmen einer Bundesstrategie auszubauen.

Das Interesse an Unterstützung ist da, jedoch fehlt den SeniorInnen sowie auch oftmals deren Angehörigen das Wissen darüber, was genau bereits am Markt angeboten wird. Um die Zielgruppe der zu pflegenden Personen und deren Angehörige besser zu erreichen, ist es notwendig, diese möglichst niederschwellig – im Idealfall persönlich - über AAL-Systeme zu informieren. Informationen über bestehende technologische Möglichkeiten könnten im Rahmen der geplanten Beratungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige erfolgen. Je nach Ausgestaltung dieses Beratungsangebotes wären selbstverständlich übergeordnete Stellen (etwa das BMASGK oder auch die Länder) in der Verantwortung, die vor Ort verantwortlichen Personen (etwa in Versorgungsregionen, Gemeinden oder auch Sozialen Diensten) bestmöglich über das bestehende Angebot zu informieren. Wichtig ist außerdem, dass über das gesamte Angebot unabhängig vom Anbieter informiert wird. Auch Informationsveranstaltungen und Schauräume sind dazu geeignet das Wissen über hilfreiche Technologien anhand praxisnaher Beispiele möglichst niederschwellig zu vermitteln.

Das BMASGK unter der Leitung von BM Hartinger-Klein plante die Einführung einer **Pflegenummer**, um ein besseres Informationsangebot, insbesondere für Angehörige bereitzustellen. Angesichts der regional stark differierenden Angebotslandschaft bezüglich der angebotenen Pflegeleistungen wird sich die Ansiedelung einer Pflegenummer auf Ebene des Bundes wohl schwierig gestalten. Das BMASGK begann bereits damit ein konkretes Konzept auszuarbeiten. Dieses sollte insbesondere bestehende Angebote zusammenfassen (diese existieren vielerorts, jedoch nicht flächendeckend) und auch eng mit der vor kurzem eingeführten Gesundheitsnummer des Bundes zusammenarbeiten.

Finanzierung

Aktuelle Prognosen zum Pflegebereich zeigen das Risiko von deutlich dynamischen Ausgabensteigerungen im Pflegebereich.²¹ In einer optimistischen Prognosevariante erhöht sich die Anzahl an PflegedienstleistungsbezieherInnen bis 2060 um 100 %, in der pessimistischen Variante um 260 %. Das durchschnittliche jährliche Wachstum der Ausgaben für Pflegedienstleistungen, für welche Länder und Gemeinden aufkommen, soll bis 2030 – abhängig vom Szenario – zwischen 5,8 bis 7,8 % pro Jahr liegen. Dies übersteigt dabei recht deutlich den vereinbarten Ausgabendämpfungspfad von jährlich 4,6 %. Die aktuellen Prognosewerte der Bundesländer lassen erwarten, dass die Ausgabenpfade nicht eingehalten werden. So bestehen im Jahr 2018 in sechs Bundesländern Steigerungen bei den Umlagen über dem Kostendämpfungspfad von 5 bis 11 % gegenüber dem Vorjahr. Diese Entwicklungen werden in den nächsten Jahren fortgeführt. Die Notwendigkeit einer nachhaltigen Pflegefinanzierung liegt daher auf der Hand.²²

²¹ Grossmann/Schuster, Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung, S. 36 ff (2017).

²² Mitterer/Biwald/Seisenbacher, Österreichische Gemeindefinanzen 2019 – Entwicklungen 2008 bis 2022, Österreichischer Städtebund (Hrsg), S. 19.

Auch Fiskalrat Präsident Gottfried Haber wies darauf hin, dass künftig mehr Geld ins System fließen müsse. Dies sei klar und unabhängig davon ob man sich letztendlich für ein steuer- oder für ein versicherungsbasiertes Modell entscheide.²³

Das IHS wurde vom BMASGK mit einer Studie zur zukünftigen **Finanzierung der Langzeitpflege** beauftragt. Dabei wird das IHS in einem internationalen Vergleich das Niveau der Mittelaufbringung sowie das Ausgabenniveau in anderen Staaten evaluieren und daraus Best Practice Modelle herausfiltern. Danach sollen die jeweiligen Finanzierungsmodelle mit dem österreichischen Modell verglichen werden und die Szenarien verschiedener Finanzierungsvarianten durchgerechnet werden. Die Einführung von Erbschafts- und Vermögenssteuern wurde aufgrund der Vorgaben der damaligen Bundesregierung explizit ausgeschlossen. Die Präsentation des Endergebnisses der Studie sollte planmäßig Mitte Juli 2019 erfolgen.

Diese Vorgehensweise wurde im Rahmen der Sitzung des Arbeitskreises Pflegevorsorge vielfach kritisiert. So wurde von Seiten des Österreichischen Städtebundes kritisch angemerkt, dass weder die Auswirkungen auf Städte und Gemeinden, noch jene auf den Finanzausgleich errechnet werden. Zudem werden nur die Kosten berücksichtigt und etwaige Wertschöpfungsaspekte vollkommen außer Acht gelassen. Von anderer Stelle wurde kritisiert, dass von der derzeitigen Verteilungswirkung und vom derzeitigen Qualitätsstandard ausgegangen wird und dass Fragen der Preiselastizität nicht berücksichtigt werden (zB wie verändert sich die Inanspruchnahme von sozialen Diensten, wenn sich die Kostenbeiträge ändern). Auch der kategorische Ausschluss von Vermögens- und Erbschaftssteuern wurde kritisch gesehen. Die angemerkten Aspekte wurden von Seiten des IHS als sinnvoll erachtet, jedoch im Hinblick auf den von der Bundesregierung vorgegebenen engen Zeitplan als nicht machbar zurückgewiesen.

Mit Verweis auf das Regierungsprogramm sah auch der Masterplan Pflegevorsorge eine Erhöhung des **Pflegegeldes** ab Pflegestufe 4 vor. Das Pflegegeld wurde im Jahr 1993 eingeführt und seither nur fünfmal erhöht. Die Höhe des Pflegegeldes hat seit 1993 um nur 15,1 % zugenommen, während der Verbraucher-Preis-Index um 58,9 % gestiegen ist.²⁴ Die mangelnden jährlichen Anpassungen des Pflegegeldes an die Preisentwicklungen führen dazu, dass es zu Verschiebungen der Finanzierungslast vom Bund hin zu den Ländern und Gemeinden kommt, da ein immer größerer Anteil der Pflegeausgaben über die Sozialhilfe abgedeckt werden muss. **Möchte man alleine die Inflationsabgeltung der letzten zehn Jahre nachholen (+22,8 %) – und daher der Finanzierungsverantwortung des Bundes für den Pflegebereich gerecht werden – müsste das Pflegegeld in allen Stufen um rund 17 % angehoben werden.**

Laut aktuellen Berechnungen müsste das Pflegegeld sogar um 35 % erhöht werden, um den Wertverlust seit der Einführung auszugleichen.²⁵ Dieser massive Kaufkraftverlust trifft insbesondere jene Personen, die zu Hause gepflegt werden und, anders als im Heim, mit ihren Ressourcen selbst wirtschaften müssen. Der Österreichische Städtebund fordert daher eine Erhöhung in allen Pflegestufen sowie eine jährliche Valorisierung im Ausmaß der Inflation. Dies wird auch im Endbericht „Angehörigenpflege in Österreich“ der Universität Wien empfohlen.

²³ Interview mit *Gottfried Haber* in diePresse vom 05.04.2019 – dieser tritt darin für eine Pflichtversicherung ein, wie sie aus dem Bereich der Krankenkassen bekannt ist.

²⁴ Steigerung des VPI von 1993 bis 2018.

²⁵ *Greifeneder*, 25 Jahre Pflegegeld in Österreich in Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht (2018, 3), S. 80-83.

Laut Aussagen von Bundesministerin Hartinger-Klein im Rahmen der Sitzung des Arbeitskreises Pflegevorsorge sowie in der Pressestunde am 03. Februar 2019 wurde zuletzt eine Erhöhung des Pflegegeldes **ab Pflegestufe 3** ins Auge gefasst. Eine Erhöhung auch der niedrigeren Pflegestufen wäre insbesondere im Hinblick auf die Entlastung pflegender Angehöriger wichtig, da zuhause gepflegte Personen meist in den Stufen 1 bis 3 eingestuft sind. In diesem Zusammenhang ist es keine nachhaltige Strategie, darauf zu setzen, dass ausreichend Familienangehörige (meistens Frauen) zu Hause bleiben, um zu pflegen. Eine Erhöhung ausschließlich der höheren Pflegestufen wäre darüber hinaus dem im Ministerratsvortrag selbst gesetzten Ziel „mobil vor stationär“ klar entgegen gelaufen.

Nachjustierungen sind im Bereich der Einstufung in den Pflegestufen notwendig – insbesondere müssen demenzielle Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt werden. Zudem ist eine raschere Bearbeitung der Anträge dringend notwendig, da derzeitige Wartezeiten, gerade für palliative oder in Rehabilitation befindliche Menschen unzumutbar sind.