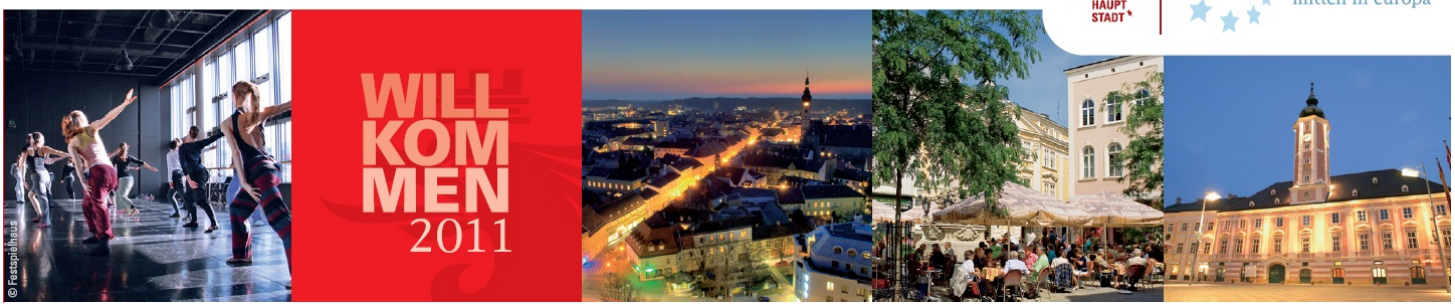


61. Österreichischer Städtetag

25. - 27. Mai 2011

St. Pölten

Arbeitskreis III

Eine wirkungsvolle Organisation der Pflege – wie kann sie aussehen?

Österreichischer Städtebund

Eine wirkungsvolle Organisation der Pflege – wie kann sie aussehen?

Moderation:

Mag.ª Petra Stuiber
Der Standard

Vorsitz:

Stadträtin Silvia Huber, MBA
Wels

Vorträge:

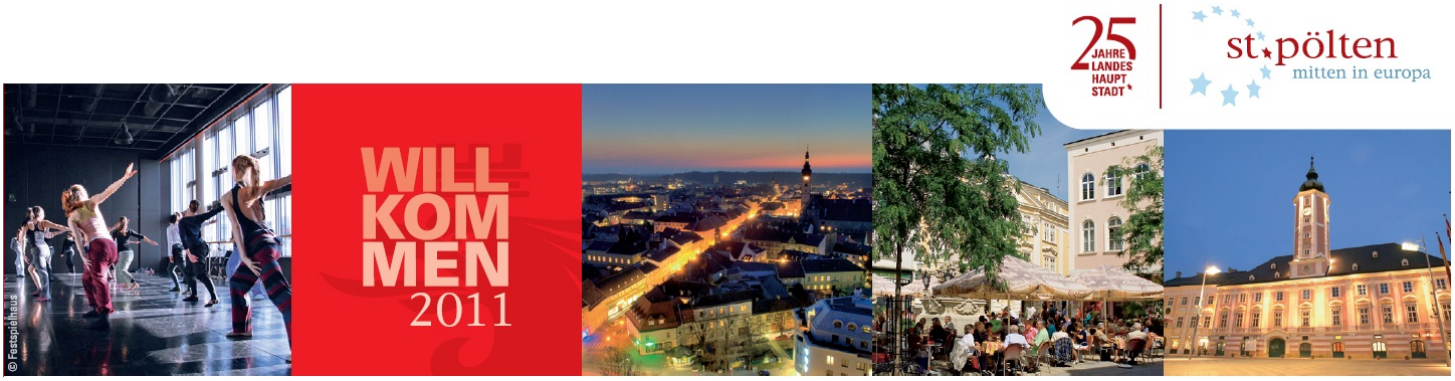
Der Pflegefonds
Bundesminister Rudolf Hundstorfer
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz _____Seite 5

Langzeitpflege im europäischen Vergleich
Dr. Kai Leichsenring
European Centre for Social Welfare Policy and Research _____ Seite 11

Pflege und Betreuung in Österreichs Städten
Mag. Peter Biwald
Geschäftsführer des KDZ – Zentrum für Verwaltungsforschung _____Seite 25

Pflegefonds
Mag.ª Monika Wild, MSc, MAS
Rotes Kreuz _____Seite 43

Pflege – große Herausforderungen liegen vor uns
Stadträtin Silvia Huber, MBA
Wels _____Seite 59



Der Pflegefonds

Bundesminister Rudolf Hundstorfer

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Der Pflegefonds

Erfreulicherweise steigt die Lebenserwartung stetig an. **Die ältere Generation bleibt länger aktiv.**

In den hohen Lebensjahren steigt aber auch die Pflegebedürftigkeit. Neben der Pflege durch Angehörige steigt der Bedarf an **professioneller Pflege**, die Angebote werden **umfangreicher, besser und vielfältiger**.

- **Mobile Dienste** ermöglichen den Verbleib im eigenen Zuhause
- **Pflegeheime** sind durch Einzelzimmer und moderne Strukturen lebenswerter
- **Tageszentren** ermöglichen Berufstätigkeit und Angehörigenpflege zu verbinden
- **Case- und Caremanagement** hilft bei der Auswahl der Pflegeleistungen

Diese Leistungen werden **von Ländern und Gemeinden finanziert**. Zusätzlich leisten die Pflegebedürftigen selbst sozial gestaffelte Eigenbeiträge (aus deren Pension und Pflegegeld).

Der Pflegefonds soll die Kostensteigerungen der Länder und Gemeinden für die kommenden Jahre abdecken. Nach FAG-Schlüssel beteiligen sich der **Bund zu 2/3, Länder und Gemeinden zu 1/3.** Die Gesamthöhe beträgt für **2011-2014 Euro 685 Millionen**, und zwar für das Jahr 2011 Euro 100 Millionen, für das Jahr 2012 Euro 150 Millionen, für das Jahr 2013 Euro 200 Millionen und für das Jahr 2014 Euro 235 Millionen.

Die Mittel dürfen ausschließlich für die Pflege verwendet werden. Das zu schaffende **Pflegefondsgesetz** regelt die Mittelaufteilung an Länder und Gemeinden, sowie die Mittelverwendung für den **Aufbau, Ausbau und die Sicherung von Pflegeleistungen** (mobile Dienste, Tageszentren, Kurzzeitpflege, stationäre Pflege, Case- und Caremanagement etc.).

Dabei haben die **Länder** Spielraum in der **Schwerpunktsetzung** (z.B. mobil vor stationär) entsprechend ihren Aufbau- und Versorgungsplänen.

Das Pflegefondsgesetz beinhaltet die Schaffung einer adäquaten österreichweiten **Pflegedienstleistungsstatistik** und die Regelung der **Auszahlung der Mittel auf Basis** von Bund, Ländern und Gemeinden **gemeinsam fixierter, transparenter Kriterien**.

Die Mittelaufteilung auf die Bundesländer erfolgt nach dem im jeweiligen Jahr geltenden **Bevölkerungsschlüssel**. Die Aufteilung im Innenverhältnis **zwischen Land und Gemeinden** erfolgt nach tatsächlichen und nachgewiesenen Netto-Aufwendungen für Pflegedienstleistungen.

Eine **Arbeitsgruppe** zur Strukturreform im Pflegebereich hat bis Ende 2012 Ergebnisse vorzulegen, die eine **Überführung dieser Lösung in den nächsten Finanzausgleich** vorschlägt.

Mit der Dotierung des Pflegefonds wird rasch **das Pflegesystem** für die nächsten Jahre **gesichert**. Die Begleitmaßnahmen (Pflegegeldleistungsstatistik, etc.) ermöglichen eine gute Vorbereitung für eine intensivere Diskussion der Pflegefinanzierung im Rahmen des nächsten Finanzausgleiches.

Verwaltungsreform Pflegegeld

Derzeit ist das Pflegegeldsystem zersplittert:

Bundespflegegeld	367.000 Bezieher	1.940 Mio Aufwand	23 Träger
Landespflegegeld	68.000 Bezieher	361 Mio Aufwand	>280 Träger

85% der Pflegebedürftigen erhalten das **Pflegegeld vom Bund**, der es über 23 Träger, den jeweiligen Pensionsversicherungsträger des Betroffenen, abwickelt.

15% der Pflegebedürftigen erhalten **Landespflegegeld**, das sich in den neun Ländern lt. Rechnungshof auf **280 Träger** (mit Gemeinden) aufsplittert. Das sind Menschen, die keine Pensionsleistung eines Bundesträgers erhalten, z.B. **jüngere Menschen mit Behinderung oder Landes- bzw. Gemeindebedienstete im Ruhestand**.

Gleichzeitig mit der Schaffung des Pflegefonds soll es zur **Reform des Pflegegelds** kommen:

Statt der Zersplitterung der Kompetenzen und die vergleichsweise hohe administrativen Belastung kleinerer Träger soll eine Kompetenzbereinigung das

Pflegegeld beim Bund konzentrieren. Dies entspricht auch der generellen Kompetenzaufteilung:

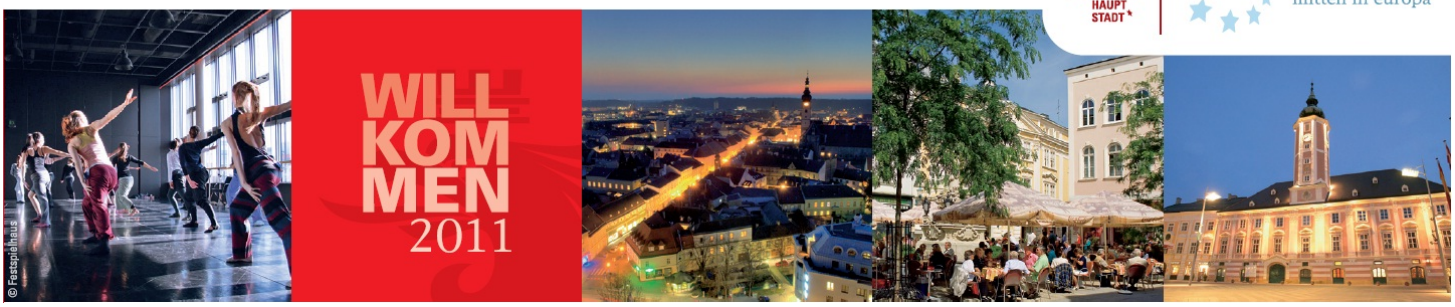
- Bund: Pflege-Geldleistungen (inkl. bisherigen Landespflegegeld)
- Länder: Pflege-Sachleistungen (durch Pflegefonds finanziell abgesichert)

Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz des Landespflegegeldes werden vom Bund übernommen. Hierbei erfolgt eine Kostenerstattung durch die Länder und Gemeinden in Höhe des Jahresaufwandes 2010 (ca. 361 Mio Euro). Diese Regelung gilt bis zum Inkrafttreten des neuen FAG. Über die Weiterführung wird im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Strukturreform beraten.

Bund und Länder werden **umgehend die Arbeiten zur legistischen und administrativen Umsetzung** beginnen und streben die Übertragung mit 1.1.**2012** an.

Ziel:

- **Reduktion** der Entscheidungsträger
- **Vereinheitlichung** der Vollziehung
- **Beschleunigung** der Verfahrensdauer
- Umsetzung von **Rechnungshof**-Vorschlägen
- **Verwaltungseinsparung** bei Ländern und Gemeinden in Vollzug und Legistik



Langzeitpflege im europäischen Vergleich - Wer ist zuständig und wer trägt die Verantwortung?

Dr. Kai Leichsenring

European Centre for Social Welfare Policy and Research

61. Österreichischer Städtetag
25. - 27. Mai 2011, St. Pölten
Arbeitskreis
Eine wirkungsvolle Organisation der Pflege –
wie kann sie aussehen?

Österreichischer Städtebund

Langzeitpflege im europäischen Vergleich – Wer ist zuständig und wer trägt die Verantwortung?

Dr. Kai Leichsenring

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

EUROPEAN CENTRE FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH · AFFILIATED TO THE UNITED NATIONS
EUROPÄISCHES ZENTRUM FÜR WOHLFAHRTSPOLITIK UND SOZIALFORSCHUNG · IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN VEREINTEN NATIONEN
CENTRE EUROPÉEN DE RECHERCHE EN POLITIQUE SOCIALE · AFFILÉ AUX NATIONS UNIES

Ziele des Vortrags

- Begriffsklärung
  - Langzeitpflege an der Nahtstelle zwischen Gesundheits- und Sozialsystem
  - Elemente integrierter Langzeitpflege
- Vorstellung von Verantwortlichkeiten im europäischen Vergleich
  - Hoher Grad an Fragmentierung
- Diskussion von Steuerungsmechanismen zur Qualitätsverbesserung
  - Marktversagen und Korrekturmaßnahmen
  - Anreize durch gesetzliche Regelungen, Verträge und Tarife

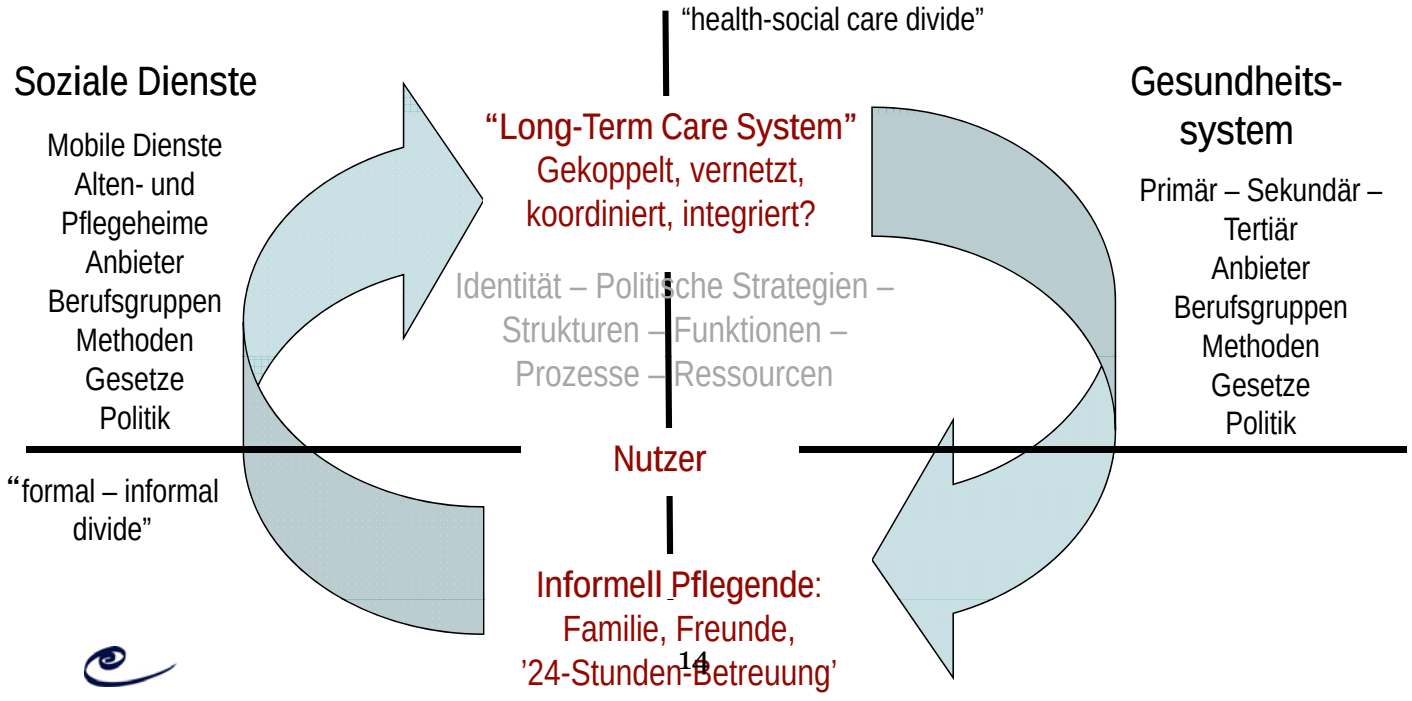
Hintergrund

- INTERLINKS
  (EU Siebtes Rahmenprogramm Forschung: 2008-2011)
  - Gesundheitssysteme und Langzeitpflege für ältere Menschen
- Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Kennzahlen
  (PROGRESS, DG Employment: 2008-2010)
  - Handbuch zur Arbeit mit validierten Kennzahlen für Alten- und Pflegeheime
- Contracting for Quality (European Social Network – PROGRESS, DG Employment: 2008-2010)
  - Regulierung der Qualität in der Langzeitpflege älterer Menschen durch Vertragsmechanismen

interlinks

Health systems and long-term care for older people in Europe. Modelling the interfaces and links between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care

Langzeitpflege als System – "long-term care"



Vergleichbare Herausforderungen in Europa

- Steigende Ausgaben für Altenpflege prognostiziert
  - 2007-2060: Steigerungsraten zwischen 60% und 200% ?
- Reduktion der Gesundheitsausgaben angestrebt
  - NHS England: Budgetreduktion um £20 Mrd. (-20%) bis 2014
  - Gesundheitsreformen zu Lasten der Langzeitpflege
- Kritik an mangelnder Integration von Sozial- und Gesundheitsdiensten
  - Ausbau mobiler Dienste, Vermeidung von unnötiger Krankenhausaufnahme
- New Public Management
  - Königsweg oder Hindernis?
- Einforderung von Transparenz und Qualitätsverbesserung …

Viele Akteure mit unterschiedlichen Rollen

- Gesetzgebung – Regulierung – Aufsicht
  - Gesetzliche Regelungen auf unterschiedlichen Ebenen
  - Ausschreibungen
  - Qualitätskontrolle
- Leistungserbringung
  - Öffentliche, private non-profit Organisationen, gewerbliche Anbieter
  - Pflegende Angehörige, 24-Stunden-Pflege
- Planung
  - Marktmechanismen vs. Sozialplanung
- Finanzierung
  - Öffentliche Haushalte, (Sozial-)Versicherungen, Nutzerbeiträge

Wer koordiniert wen, wie, wo und was?

- Koordination auf Systemebene
  - Soziales und Gesundheit meist getrennte Ressorts
  - Vertikale und horizontale Fragmentierung: national, regional, lokal
  - Zugang zum 'Pflegemarkt': Akkreditierung, Mindeststandards, Anreize
- Koordination der Leistungserbringung
  - Case & Care Management:
    - Zugang, Pflegeplanung, Controlling von Kosten und Leistungen
    - Begleitung der NutzerInnen durch das System
    - Ressourcen?
- NutzerInnen und Angehörige
  - Überforderung durch Rollenvielfalt

Gesetzgebung – Regulierung – Qualitätssicherung

Land	Gesetzgebung	Regulierung	Qualitätssicherung
England	Gesundheits-ministerium	Care Quality Commission: Akkreditierungskriterien, Kontrolle	
Schweden	Sozial- und Gesundheits-ministerium: Rahmengesetzgebung	Regionen (counties)Gesundheit Städte und Gemeinden: Langzeitpflege	National Council for Health and Welfare: Kriterien, Forschung; Städte und Gemeinden
Niederlande	Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport	Gesundheitsinspektorat und Gesundheitsbehörde: Marktaufsicht, Qualitätskriterien	
Deutschland	Gesundheits-ministerium	Pflegeversicherung (MDS)	MDK, Bundesländer

Wer sichert Qualität wie in Europa?

England

- **Care Quality Commission:** Registrierung, Definition von Standards, jährliche Berichterstattung wird im Internet veröffentlicht, Inspektion

Frankreich

- **National Inspectorate for Social Affairs** (IGAS) und **National Agency for the Assessment of Nursing Home and Home Care Providers** (ANESM): Inspektion, Definition von Standards, "good practice"

Deutschland

- **Pflegeversicherung** (Medizinischer Dienst der Krankenkassen): Prüfkatalog, jährliche Prüfung (ab 2011); Transparenzberichte im Internet (Schulnoten)
- **Heimaufsicht der Bundesländer:** Strukturqualität, neue Entwicklungen (Bayern)

Quelle: Nies et al, 2010

Wer sichert Qualität wie in Europa?

Finnland

- **Städte und Gemeinden:** RAI – Minimum Data Set, Benchmarking der Pflegequalität

Niederlande

- **Health Care Inspectorate:** jährliche Berichte, Inspektion, Akkreditierung und Zertifizierung (HKZ)
- **Quality Framework Responsible Care:** Veröffentlichung aller Ergebnisse im Internet

Österreich

- **Heimaufsicht der Bundesländer** (Städte und Gemeinden)
- **Fakultativ:** QM auf Trägerebene: ISO, QAP, E-Qalin; Nationales Qualitätszertifikat (NQZ)

Quelle: Nies et al, 2010

Leistungserbringung

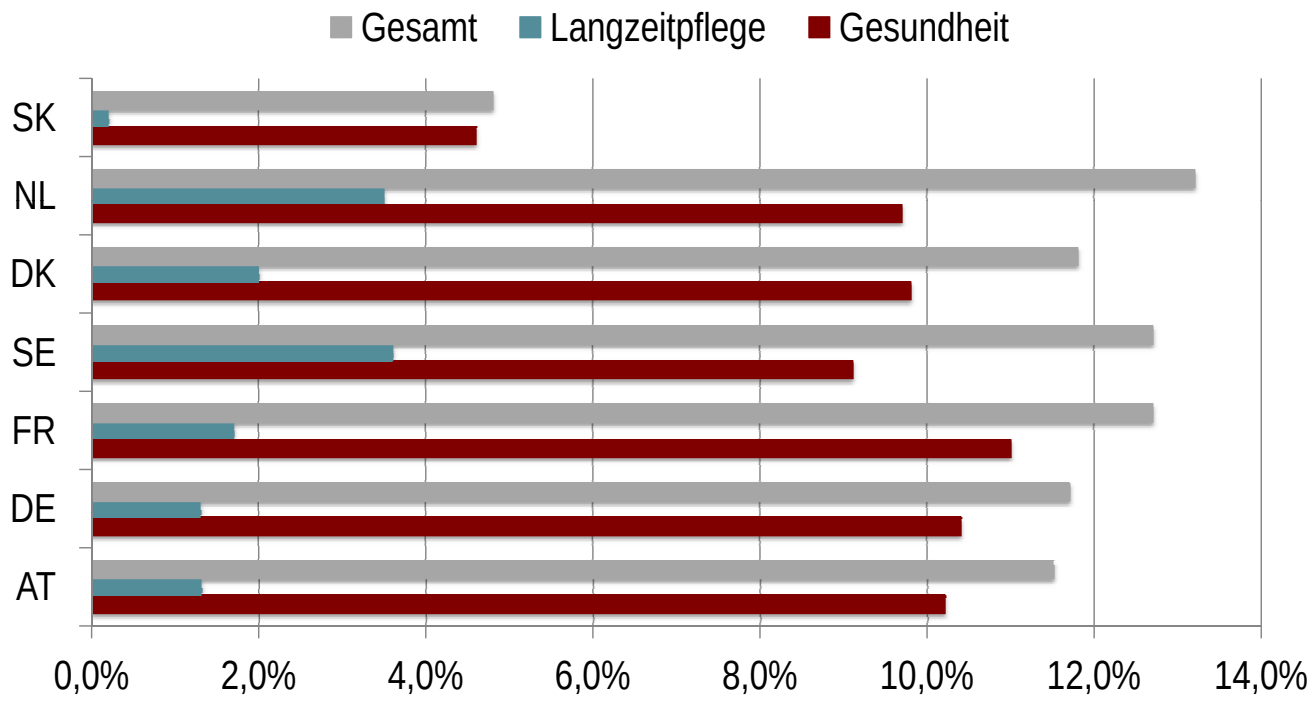
Land	Öffentlich		Non-profit		For-profit	
	Heime	Dienste	Heime	Dienste	Heime	Dienste
England	7%	14%	13%	8%	79%	75%
Schweden	85%	84%	-	-	15%	16%
Niederlande	-	-	100%	ca. 95%	-	ca. 5%
Deutschland	7%	2%	55%	41%	38%	47%
Belgien • Flandern • Wallonie	36% 26%		52% 21%		12% 52%	
Tschechische Republik	53% (Regionen) 31% (Gemeinden)		15%		2%	

Quelle: Leichsenring et al, 2011

Finanzierung der Langzeitpflege

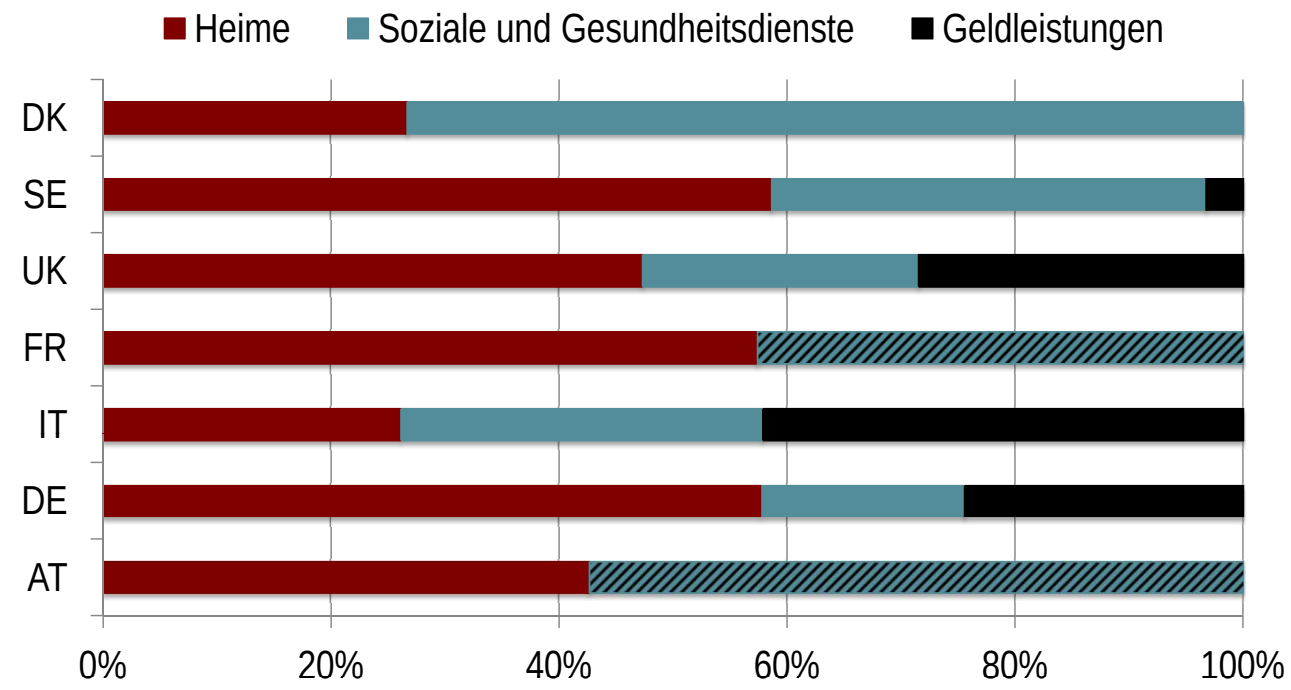
Land	Kompetenz	Prinzipien und Charakteristik
England	Städte und Gemeinden (Council Tax, z.T. Finanzausgleich), lokale NHS Trusts	*Commissioning*: Ausschreibung von Diensten, vertragliche Vereinbarung, Kontrolle; einkommensabhängige Nutzerbeiträge; Pflegegeldleistungen (Arbeitsministerium)
Schweden	Städte und Gemeinden (aus lokalen Steuern)	Subventionierte Dienstleistungen, geringe Rolle von Geldleistungen
Niederlande	Pflegeversicherung (AWBZ) als Teil der Krankenversicherung	Hohe Versicherungsprämien (bis zu 2.800€ pro Jahr), ca. 40% der Ausgaben für Gesundheit; Heimhilfe wird durch Städte und Gemeinden finanziert
Deutschland	Pflegeversicherung	Wahlmöglichkeit zwischen Geld- und Sachleistung; Beitragssatz: 1,95%

Anteil der Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege am BIP im Vergleich, 2008



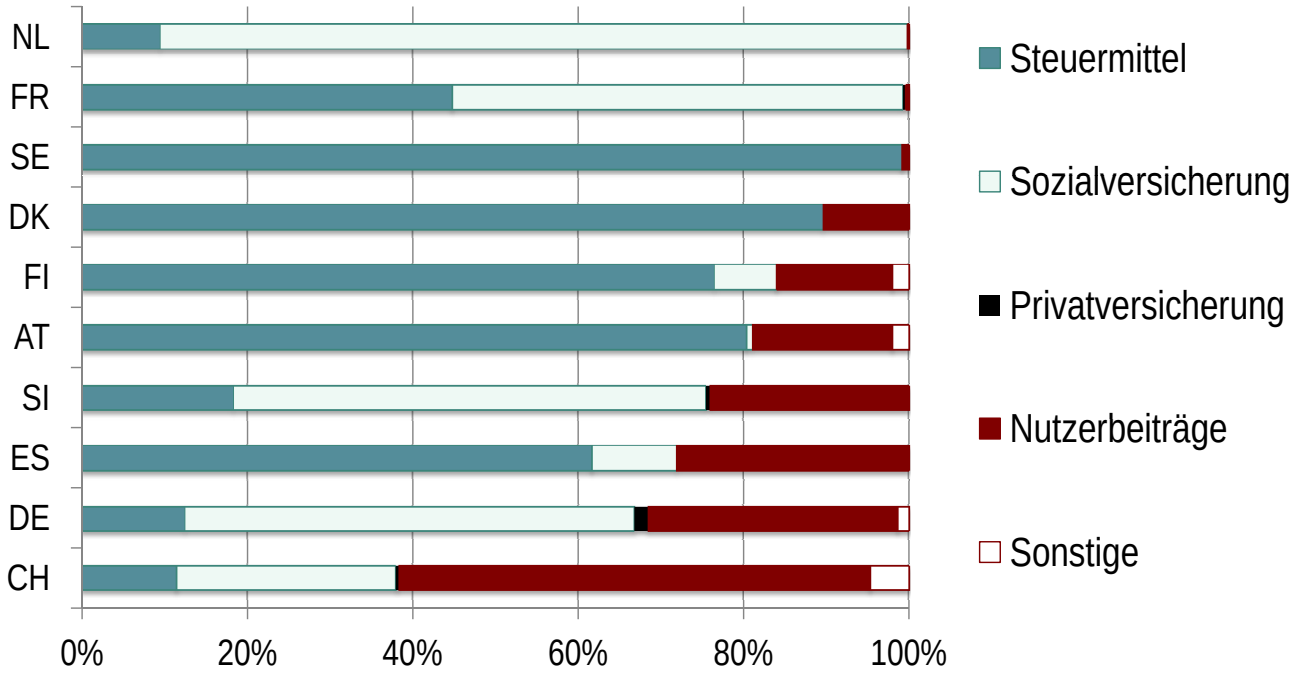
Quellen: OECD Health Data, 2008; Allen et al, 2011; eigene Berechnungen

Anteil der Ausgaben für unterschiedliche Unterstützungsformen an den Gesamtausgaben



Quellen: Huber et al, 2009; Allen et al, 2011; eigene Berechnungen

Langzeitpflegeausgaben nach Kostenträgern



Quelle: OECD Health System Accounts, 2010

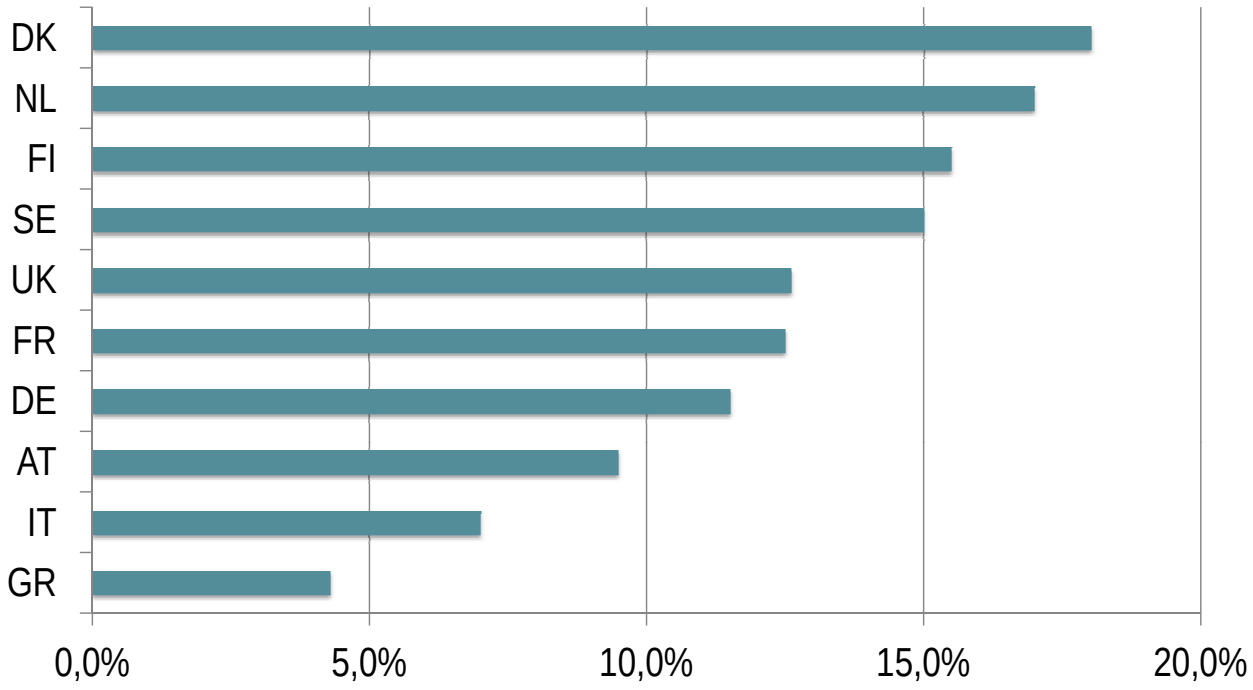
Marktmechanismen ersetzen Sozialplanung

- Versorgungsverträge, Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen regeln den freien Markt der Anbieter (Deutschland)
- Von monopolistischen Anbieterstrukturen zu mehr Wettbewerb durch Voucher-Systeme (Schweden)
- 12 Krankenversicherungen leiten 32 Regionale Büros, die Pflege-Dienstleistungen kaufen und vermitteln – unter Einbindung der Kundenwünsche (Niederlande)
- Ausschreibung von sozialmedizinischen Diensten auf lokaler Ebene nach Stunden – max. 3-Jahres Verträge (England)

Achillesferse Koordination

- Managed Care im Gesundheitswesen
  - "Disease Management" meist auf spezifische Krankheitsbilder beschränkt
  - Kürzere Krankenhausaufenthalte, höherer Pflegebedarf zuhause
- Wer zahlt für Koordination und Integration?
  - Modellprojekte mit beschränkten Folgewirkungen
  - Fehlende Zuständigkeiten und Anreize
    - zwischen Sozial- und Gesundheitssystem
    - zwischen Anbietern
    - zwischen formeller und informeller Betreuung

Anteil der Beschäftigten in Sozial- und Gesundheitsberufen an der Gesamtbeschäftigung



 Quellen: European Labour Force Survey, 2009; CEDEFOP, 2010

Steuerungsmechanismen zur Verbesserung von Qualität und Effizienz

- Multiprofessionelle Bedarfserhebung
  - England: Single Assessment Process
- Finanzielle Anreize
  - England: 10% des vereinbarten Preises erst nach Erreichen definierter Ergebnisse
  - Schweden, Dänemark: Kommunen zahlen für “bed-blockers”
  - Niederlande (in Entwicklung): individualisierte Finanzierung nach Pflegeaufwand in Heimen und Diensten
- Prävention durch Organisation
  - Vermeidung unnötiger Spitalsaufenthalte und Wiederaufnahmen
  - Qualitätssicherung über Systemgrenzen Gesundheit/Soziales

Steuerungsmechanismen zur Verbesserung von Qualität und Effizienz

- Konkrete Verbesserungsprogramme
  - Niederlande: www.zorgvoorbeter.nl
- Von Struktur- und Prozessqualität zu Kennzahlen und Ergebnisqualität
  - Entwicklung gemeinsam vereinbarter Indikatoren
  - www.euro.centre.org/progress
- Transparenz und Veröffentlichung von Leistungsdaten
  - Deutschland, Niederlande, England, Schweden
- Neues Berufsbild Case und Care Manager
  - Sozial- oder Gesundheitsberufe?
  - Netzwerkmanager

Steuerungsmechanismen zur Verbesserung von Qualität und Effizienz

- Von der (Heim-)Aufsicht zur Selbstbewertung und Zertifizierung durch Dritte
  - Österreich, Slowenien, Deutschland, Luxemburg: E-Qalin
  - Österreich: NQZ
- Controlling der Qualität von Pflege- und Lebensqualität, Führung, ökonomischer Nachhaltigkeit und sozialem Kontext
  - www.euro.centre.org/progress
- Dialog zwischen Betriebswirtschaft, Aufsicht und Betreuungsarbeit
  - Gemeinsame Weiterbildung, Organisationslernen

PROGRESS The EU programme for employment and social solidarity 2007-2013

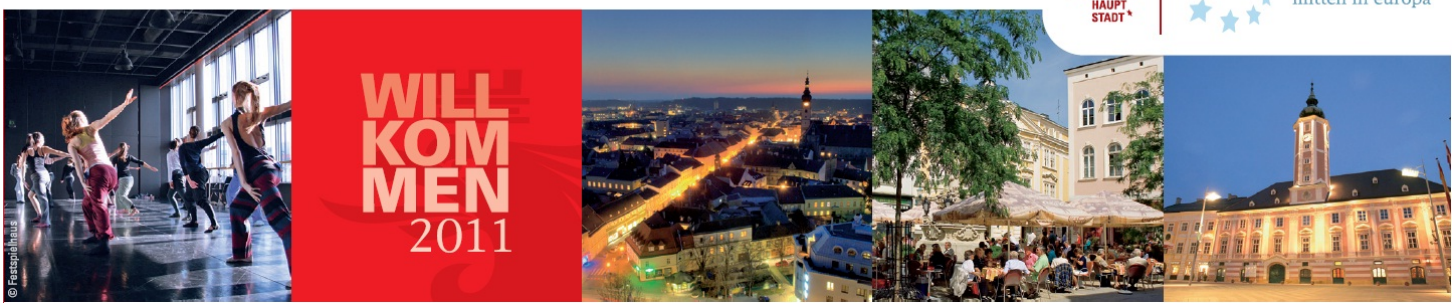
Ziele formulieren

- Reduzierung der Ausgaben für Gesundheit um 20% bis 2015
  - ca. € 6 Mrd. (analog zum Beispiel England)
- + 20% Investitionen in Langzeitpflege
  - ca. € 0,8 Mrd., v.a. an den Nahtstellen zum Gesundheitssystem
  - Integrierte Gesundheits- *und* Pflegereform
  - Aktivierung von Gesundheits- und Sozialsprengeln
- + 50.000 Arbeitsplätze in der Pflege und integrierten sozialen Dienstleistungen
  - Aktive Rolle von Städten und Gemeinden: Fokus auf ländliche Gebiete, gemeindeübergreifende Kooperation
  - Neue Berufsbilder, gemeinsames Lernen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

leichsenring@euro.centre.org

- www.euro.centre.org/interlinks
- http://interlinks.euro.centre.org
- www.esn-eu.org (Contracting for Quality)
- www.euro.centre.org/progress



Pflege und Betreuung in Österreichs Städten

Mag. Peter Biwald

Geschäftsführer des KDZ - Zentrum für Verwaltungsforschung

Pflege und Betreuung in Österreichs Städten

Österreichischer Städtetag 2011 – Arbeitskreis 3

St. Pölten, 26. Mai 2011

Biwald, Hochholdinger, Köfel, Gencgel, Haindl

Projektauftrag und Themen

- Erhebung Status-Quo Pflege und Betreuung in Österreichs Städten
  - **Leistungsangebot**
  - **Qualität und Leistungsstandards**
  - **Betreiberstruktur**
  - **Personal**
  - **Finanzierung**
- Nachfrage-, Kosten- und Personalentwicklung
- Reformoptionen

Leistungsangebot

Stationäre Einrichtungen

	Platzangebot im Bereich der stationären Pflege 2009				Pflegepersonal 2009	
	Anzahl Plätze		Versorgungsgrad			
Bundesland	Plätze gesamt	davon Kurzzeitpflege	Plätze pro 1.000 75+ Jährigen	Kurzzeitplätze pro 1.000 75+Jährigen	gesamt (VZÄ)	Personal je Pflegeplatz
Burgenland	1.916	15-30	71	1,1	776	0,41
Kärnten	4.904	25	97	0,5	1.682	0,34
Niederösterreich	10.596	62	79	0,5	5.919	0,56
Oberösterreich	12.149	276	109	2,5	4.975	0,41
Salzburg	5.204	67	136	1,8	529	0,10
Steiermark	10.841	39	102	0,4	3.499	0,32
Tirol	5.419	72	108	1,4	3.659	0,68
Vorarlberg	2.161	**k.A**	89	**k.A**	**k.A.**	**k.A.**
Wien	9.376	86	74	0,7	**k.A.**	**k.A.**
Österreich	**62.566**	**627**	**93**	**0,9**	**21.039**	**0,41**

Anmerkung: VZÄ: Vollzeitäquivalent
Quelle: Statistik Austria – Bevölkerungsregister 1.1.2010, BMASK- Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009, KDZ - eigene Berechnungen 2011.

Leistungsangebot

Teilstationäre Einrichtungen

Teilstationäre Dienste 2008 und 2009			
Bundesland	Leistungsdaten 2008	Leistungsdaten 2009	Besuchstage pro 1.000 75+ Jährigen
Burgenland	3.272 Besuchstage	5.721 Besuchstage	211
Kärnten	k.A.	k.A	
Niederösterreich	***89 Plätze***	26.048 Besuchstage	193
Oberösterreich	***151 Plätze***	45.614 Besuchstage	409
Salzburg	22.885 Besuchstage	26.048 Besuchstage	682
Steiermark	k.A.	k.A.	
Tirol	7.000 Besuchstage	7.000 Besuchstage	139
Vorarlberg	k.A.	k.A.	
Wien	137.887 Besuchstage	142.390 Besuchstage	1.122

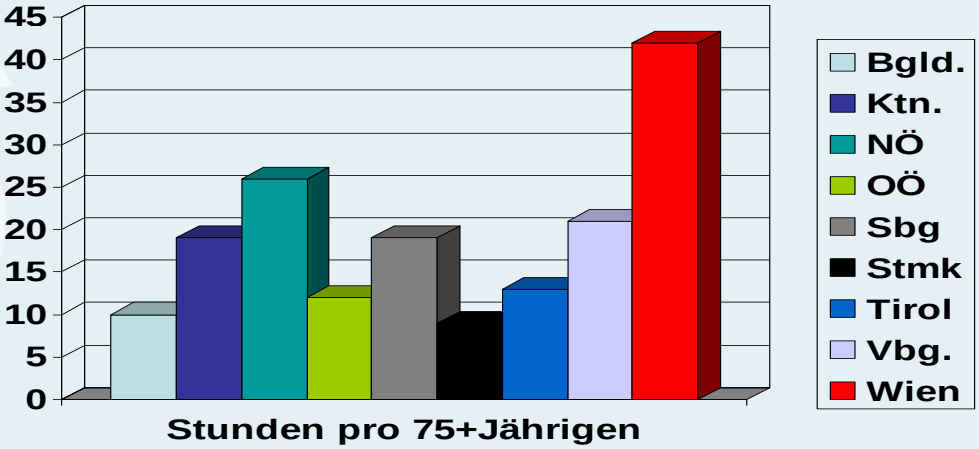
Besuchstage: Jahressumme der BesucherInnen (Anzahl der Personen) an den geöffneten Tagen.

Quelle: BMASK- Österreichischer Pflegevorsorgebericht e 2007, 2008 sowie Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009, KDZ - eigene Berechnungen 2011.

www.kdz.or.at

Leistungsangebot

Mobile Dienste 2009



Quelle: BMSK- Österreichische Pflegevorsorgebericht e 2007, 2008 und 2009; Amt der Vorarlberger Landesregierung – Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2009, KDZ - eigene Berechnungen 2011.

Vielfältige Betreiberstruktur – Bsp. Stationäre Einrichtungen

- Land als Betreiber
  - **In Niederösterreich große Bedeutung**
  - **In Burgenland, Kärnten, Steiermark und Tirol untergeordnete Bedeutung**
  - **In Salzburg und Oberösterreich keine Bedeutung**
- Gemeinden und Gemeindeverbände als Betreiber
  - **Vor allem in Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Tirol**
  - **In Niederösterreich und Vorarlberg geringe Bedeutung**
  - **Im Burgenland keine Bedeutung**
- Private und Gemeinnützige Betreiber
  - **Vor allem in der Steiermark**
  - **Aber auch in allen anderen Bundesländern vertreten**

Leistungsstandards in stationärer Betreuung

- Personalschlüssel
  - **In den Bundesländern unterschiedlich präzise geregelt**
  - **Besonders hohe Standards in der Steiermark und Kärnten**
- Qualifikationsvorgaben Personal
  - **Burgenland und Niederösterreich hoher Anteil Diplomiertes Personal**
- Pflegeheimgröße
  - **zwischen 75 und 350 Betten maximal**
  - **Besonders kleine Heime in Kärnten, besonders große in Wien**
  - **Im Durchschnitt aller Bundesländer ca. 100 Betten pro Heim**
- Aufnahmebedingungen
  - **Stufe 4 setzt sich vermehrt als Mindestpflegestufe für stationäre Betreuung durch**
- Einzelzimmer/Doppelzimmer sind Standard

Finanzierungsstandards bei den Mobilen Diensten

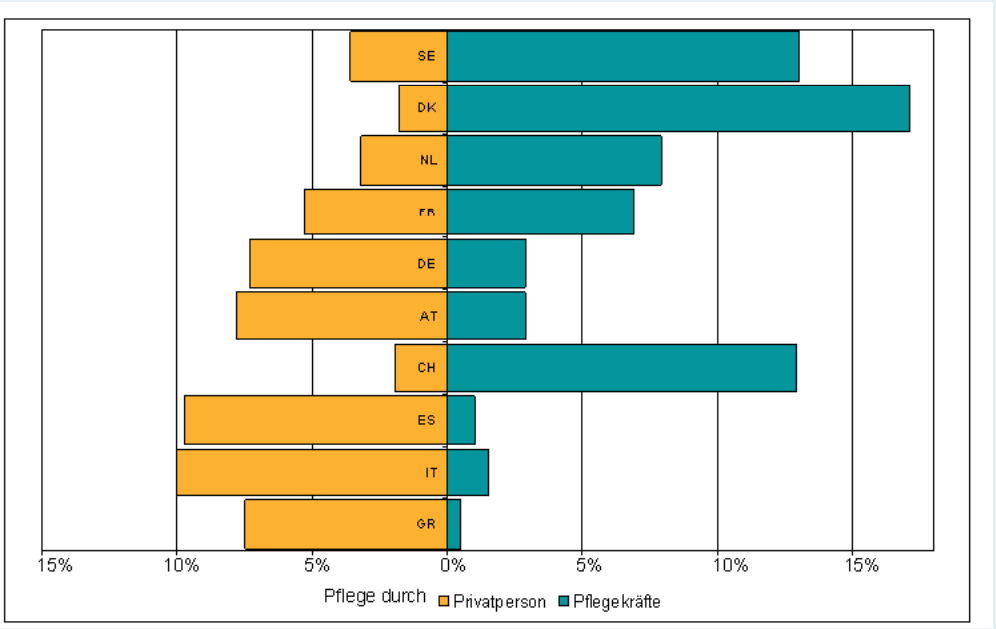
- Fixe klientenbezogene Förderung
  - **Bsp.: Burgenland, Steiermark – Zuschuss zu Stundensätzen**
- Vom Einkommen und dem sozialen Umfeld abhängige klientenbezogene Förderung
  - **Bsp.: Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Wien**
- Strukturförderung an Träger
  - **Bsp.: Vorarlberg**

Fazit Standards und Strukturen

- Pflege ist Landeskompetenz
  - **Unterschiedliche Regelungen bzgl. Strukturen und Standards in den Bundesländern**
  - **Kein einheitliches Leistungsniveau, keine einheitlichen Leistungsstandards, unterschiedliche Betreiberstrukturen**
  - **Keine einheitliche Leistungsstatistik**

Pflegepersonal

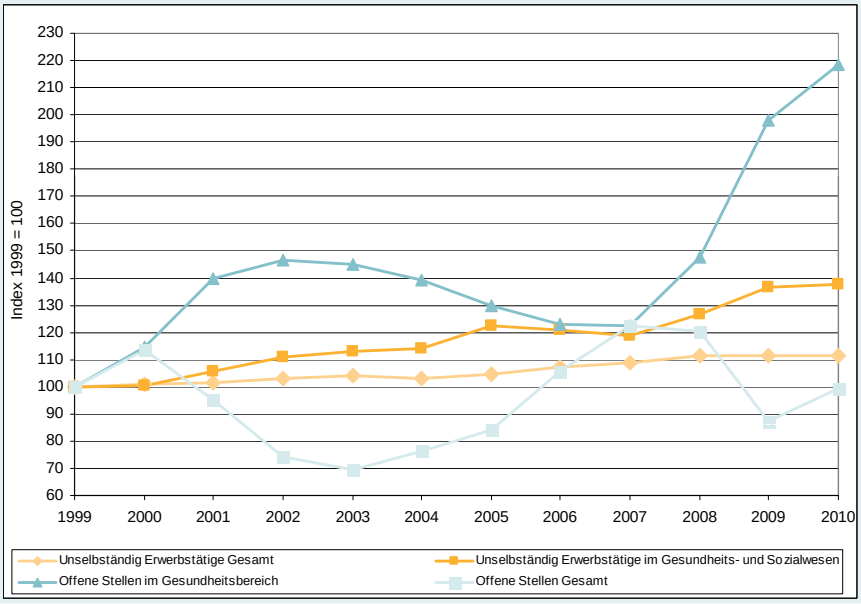
- Große Bedeutung informeller Pflege in Österreich:



Quelle: Haberkern, Szydlik, 2008, KDZ-Darstellung

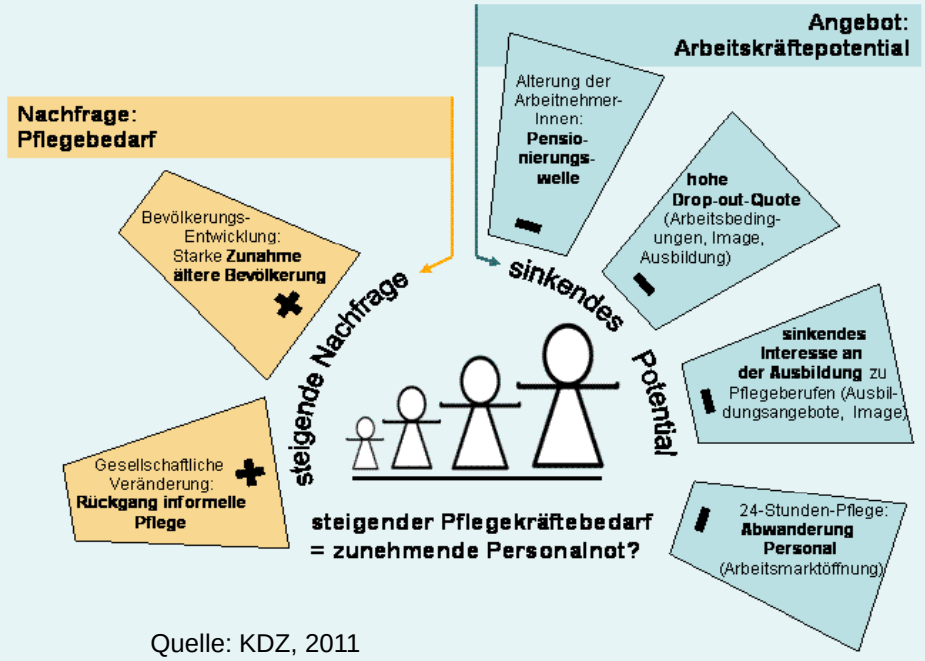
Pflegepersonal

- Im Fachdiskurs keine Einigkeit darüber, ob Pflegekräftemangel vorherrscht
  - **Fachkräftemangel wird jedenfalls eingeräumt (Diplomiertes Personal)**



Quelle: AMS; Statistik Austria; KDZ-Darstellung 2011

Pflegepersonal

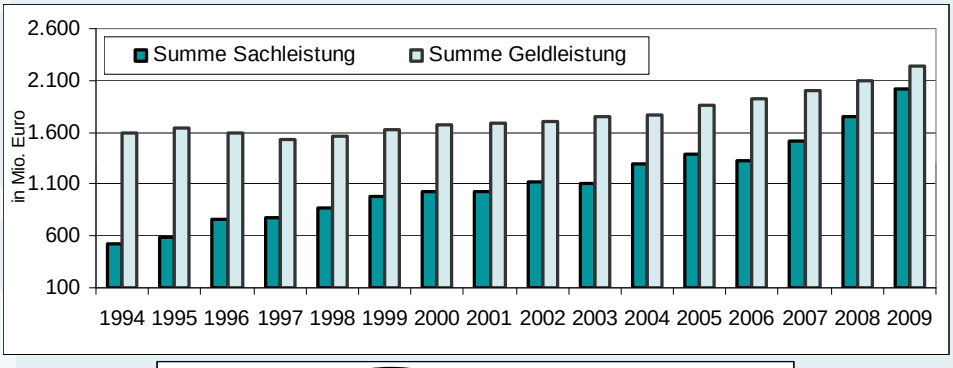


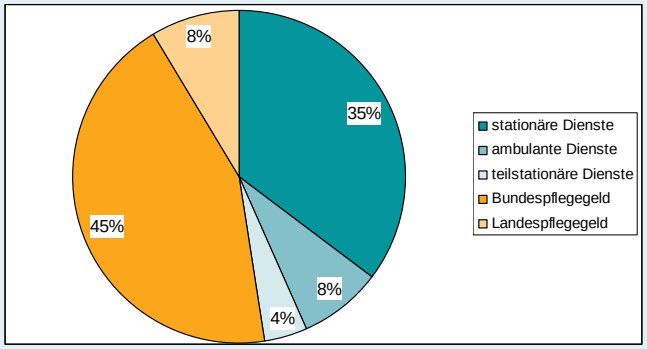
Quelle: KDZ, 2011

Finanzierung – 3 Säulen

- Eigenleistung
- Pflegegeld
- Sozialhilfe
  - **Subsidiaritätsprinzip**
  - **„Hilfe nur für den Fall, (…) dass sich SozialhilfeempfängerInnen zum einen nicht mehr selbst helfen können und zum anderen auch keine Absicherung durch die Familie mehr möglich ist.“**

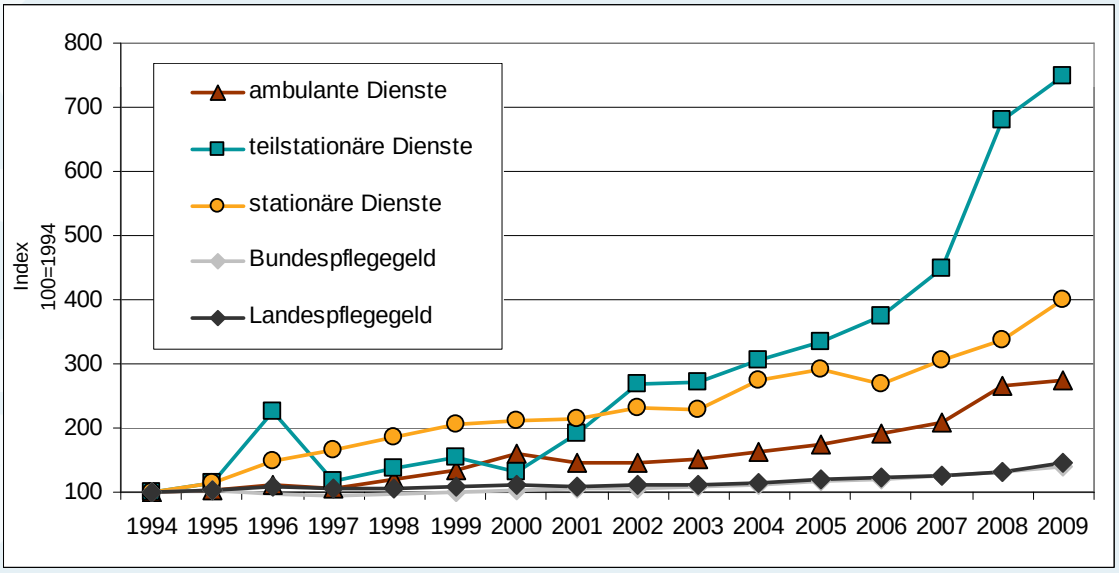
Finanzierung – Geldleistung vs. Sachleistung





Quelle: BMASK, WIFO, KDZ-eigene Berechnungen 2011

Finanzierung – Entwicklung Ausgaben nach Leistungsarten

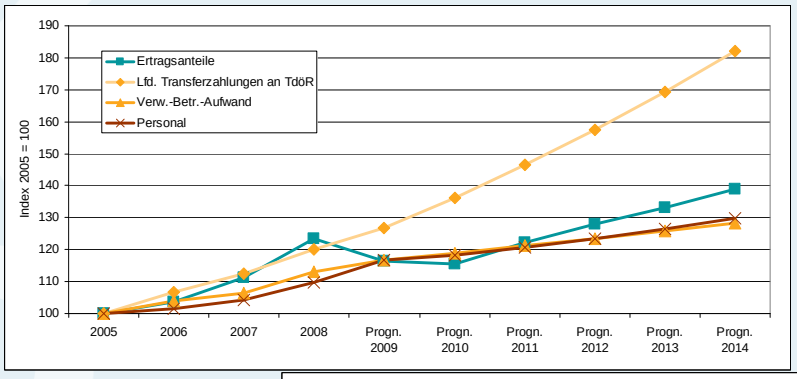


Quelle: BMASK, WIFO, KDZ-eigene Berechnungen 2011

Finanzierung – Zwischenfazit I

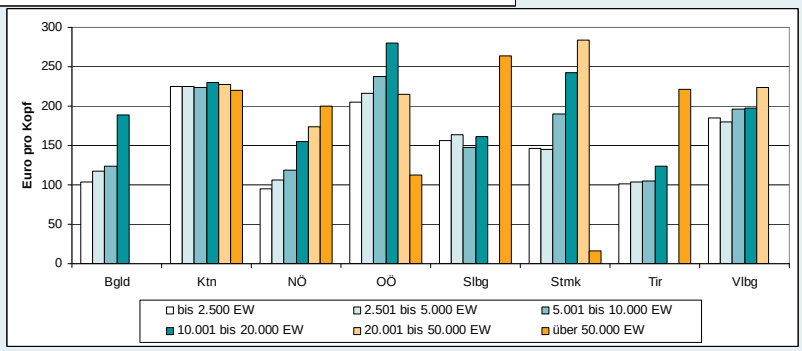
- Finanzierung der Leistung grundsätzlich durch Leistungsempfänger
  - **Unterstützung durch Pflegegeld**
  - **Grenze der finanziellen Belastbarkeit überschritten - Sozialhilfe**
- Sachleistungen gewinnen an Bedeutung
  - **Angehörigenregresspflicht abgeschafft**
  - **Pflegegeld nur gering valorisiert**
  - **Aus Geldleistungen werden Sachleistungen**
- Stärkere Belastung der Länder und Gemeinden
  - **Geldleistung wird großteils vom Bund erbracht**
  - **Sozialhilfe/Sachleistung ist von den Ländern und Gemeinden zu finanzieren**

Finanzierung – Umlagenbelastung der österr. Gemeinden



Quelle: Statistik Austria 2010, KDZ-Berechnungen 2011

Sozialhilfe-Transfers Gemeinden 2009

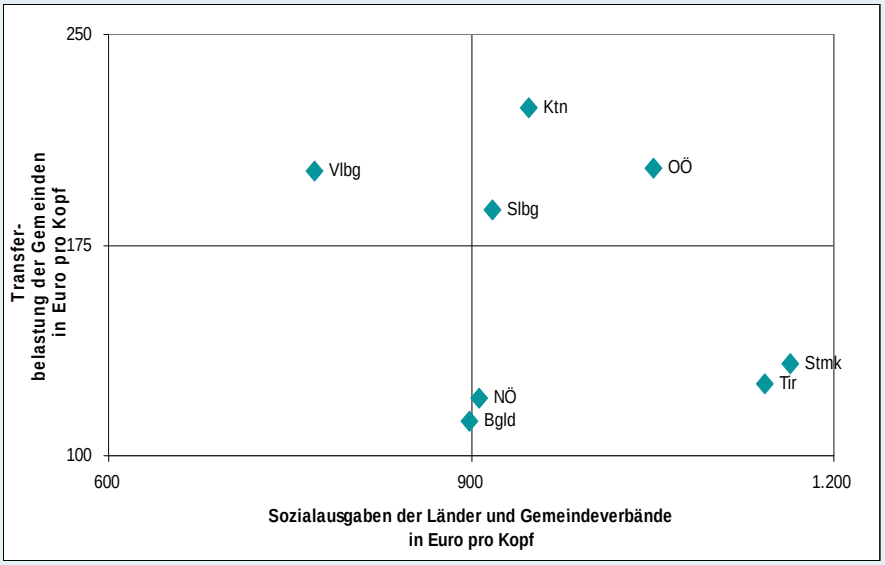


Finanzierung – Leistungen der Länder

- Rolle der Länder – grundsätzlich Aufgabenverantwortung
  - **Transferzahler in Bundesländern mit flächendeckenden Sozialhilfeverbänden (Oberösterreich, Steiermark) – jedoch Planung, Genehmigung, Steuerung bei Ländern**
  - **Leistungsfinanzierer (Burgenland, Niederösterreich, Vorarlberg)**
  - **Gemischte Rolle (Kärnten, Salzburg, Tirol)**
- Höhe der Sozialausgaben in Bundesländern bei rund 900 Euro pro EW
  - **In Tirol und der Steiermark etwas höher**
    Rund 1.150 Euro pro EW
  - **In Vorarlberg relativ niedrig**
    Rund 780 Euro pro EW

Finanzierung – Leistungen der Länder

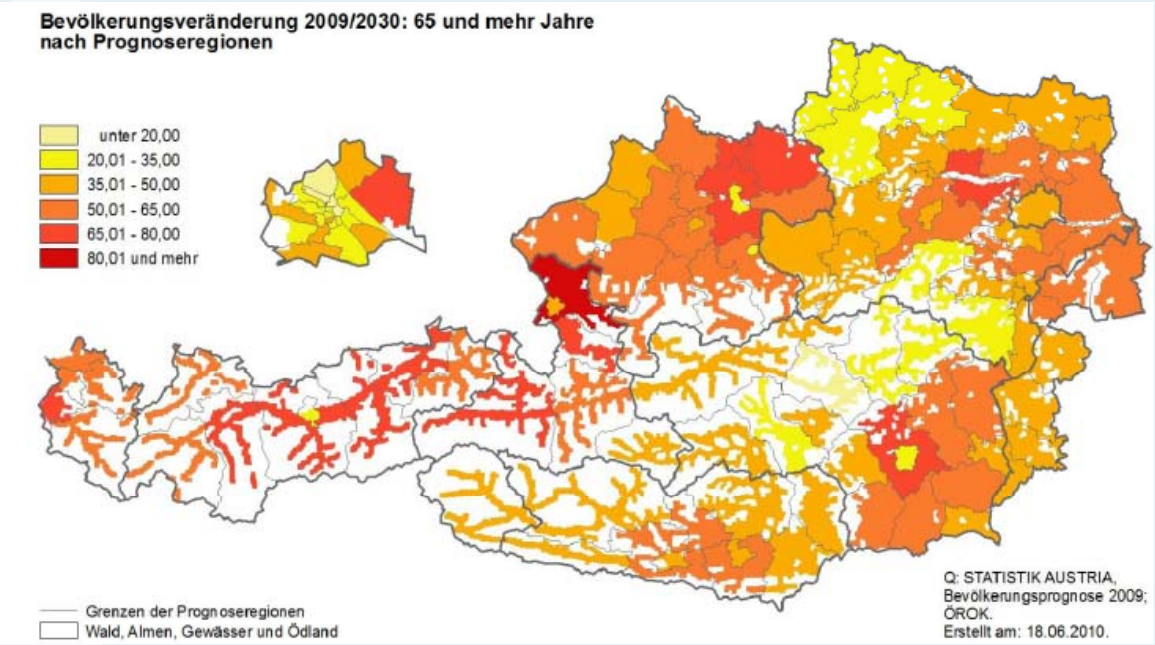
- Sozialausgaben in den Bundesländern und Transferbelastung der Gemeinden



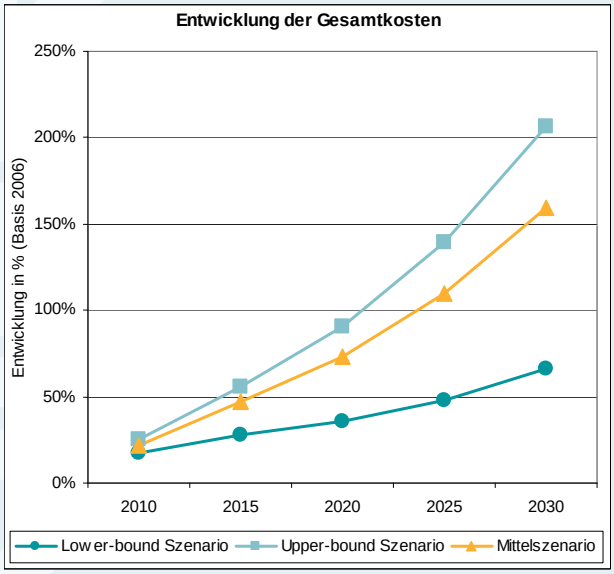
Finanzierung – Zwischenfazit II

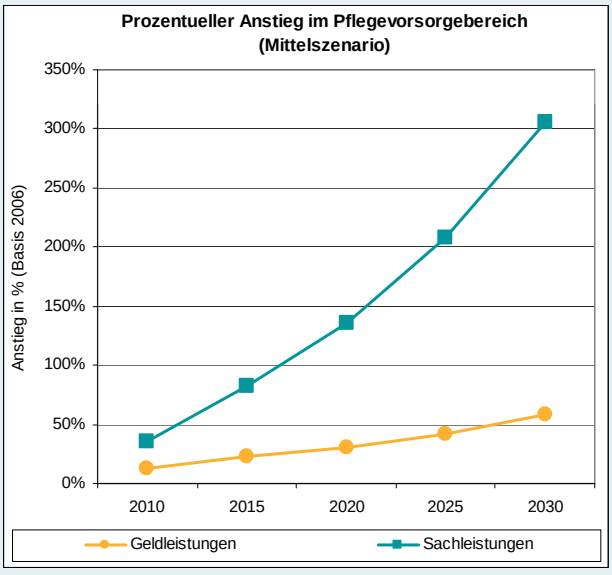
- Steigende Sozialtransfers belasten die Städte
  - **Große Städte sind am stärksten belastet**
  - **Zusammenhang mit steigender Sachleistungsfinanzierung/Sozialhilfe**
  - **Genauer Anteil der Pflegekosten kann nicht nachgewiesen werden**
- Direkte Pflegeleistungen der Städte
  - **Nicht flächendeckend**
  - **Vor allem durch die Gemeinden in Salzburg und Tirol**
  - **Sowie durch die großen Städte in Oberösterreich, Graz und St. Pölten**
- Keine großen Unterschiede bei den Sozialausgaben in den Bundesländern
  - **Tendenziell höher in der Steiermark und in Tirol**
  - **Tendenziell niedriger in Vorarlberg**
- Transferbelastung der Städte zwischen den Bundesländern unterschiedlich hoch
  - **Besonders hohe Belastung in Kärnten, Vorarlberg und Oberösterreich**
  - **Besonders geringe Belastung in Niederösterreich, Tirol und der Steiermark**

Nachfrageentwicklung und Finanzierungsbedarf



Nachfrageentwicklung und Finanzierungsbedarf





Quelle: Mühlberger, Knittler, Guger, 2008

Reformoptionen – Pflegefonds

- Reform der Pflegegeldverwaltung
- Bund beteiligt sich an der Sachleistungsfinanzierung
  - **Finanzielle Entlastung der Länder und Gemeinden**
    685 Mio. Euro bis 2014
    Zu 2/3 vom Bund finanziert; 1/3 finanzieren Länder und Gemeinden
    Städte und Gemeinden profitieren insgesamt netto von max. 1/3 der zusätzlichen Einnahmen
- Pflegestatistik?
- Transferbeziehungen?

Reformoptionen – Systemreform nach internationalen Beispielen

- Pflegeversicherung (Modell Deutschland)
  - **Pflichtversicherung (ähnlich der Sozialversicherung)**
  - **Im Anspruchsfall Geldleistungen ähnlich unserem Pflegegeld + im Bedarfsfall Sozialhilfe**
  - **Sachleistungen werden nicht direkt finanziert**
- Integration der Pflege ins Gesundheitswesen (Modell Niederlande)
  - **Pflege als „Krankheit“ (z.B. im ASVG)**
  - **Finanzierung von Sachleistungen für Bedürftige**
  - **Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern möglich**
- Pflege als Aufgabe kommunaler Daseinsvorsorge (Modell Dänemark)
  - **Gemeinden für Finanzierung und Erbringung der Pflege zuständig**
  - **steuerfinanziert (aus Einkommensteuer)**

Reformoptionen – Finanzierungsreform

- Aufgabenorientierte Transferentflechtung
  - **Pflege als Aufgabe der Länder (Finanzierung + Erbringung)**
  - **Im Gegenzug:**

    Kinderbetreuung in Finanzierung und Erbringung Gemeindeaufgabe

    Besserstellung der Länder im Finanzausgleich zur Kompensation
- Entlastung finanzstarker Gemeinden
  - **Leistungen werden von finanzstarken Gemeinden oft direkt erbracht**

    Verteilung der Umlagen nicht nach Finanzkraft sondern pro Kopf

Reformoptionen – Organisation und Standards

- Mehr Einfluss der Gemeinden bei der Bedarfsplanung
  - **„Wer zahlt schafft an“**
  - **Planungskompetenz an jener Stelle die den größten Überblick über die Bedarfsentwicklung hat**
  - **vor allem größere Städte können wichtige Inputs liefern**
- Einheitliche Leistungsstandards in den Bundesländern
  - **Einheitliche Versorgungsqualität (Mindeststandards)**
- Schaffen einer transparenten Datenbasis
  - **Benchmarking ermöglichen**

Reformoptionen – Valorisierung des Pflegegeldes

- In den letzten Jahren nicht ausreichend
- Sachleistungen haben zugenommen
- Erhöhung des Pflegegeldes würde ebenfalls Entlastung für die Länder und Gemeinden bringen
- Treffsicherheit?

Reformoptionen – Systemübergreifende Reformoptionen

- Integrierte Versorgungsformen
  - **Case-Management**
  - **Care-Management**
- Professionalisierung der Pflege
  - **Ausbildungsoffensive**
  - **Aufwertung des Pflegeberufs**
- Förderung der informellen Pflege

Fazit

- Nachfrage nach Pflege wird künftig steigen
  - **Demografische Entwicklung**
  - **Rückgang informeller Pflege**
- Welche Leistungen kann die öffentliche Hand bieten?
  - **Pflegegeld + Sozialhilfe?**
  - **Versicherungsleistung?**
  - **Freier Zugang zur Pflege für alle BürgerInnen (steuerfinanziert)?**
- Sicherstellen der Finanzierung dieser Leistungen
  - **Verbreiterung der Finanzierungsbasis**
    Pflegefonds, zusätzliche Steuermittel, Pflegeversicherung
- Implementieren eines effizienten Steuerungssystems
  - **Steuerungsinformationen bereitstellen (Pflegestatistik)**
  - **Transparente und abgestimmte Bedarfspläne**
  - **Kompetenz- und Transferentfelchtung**

Vielen Dank – Ihr KDZ-Team

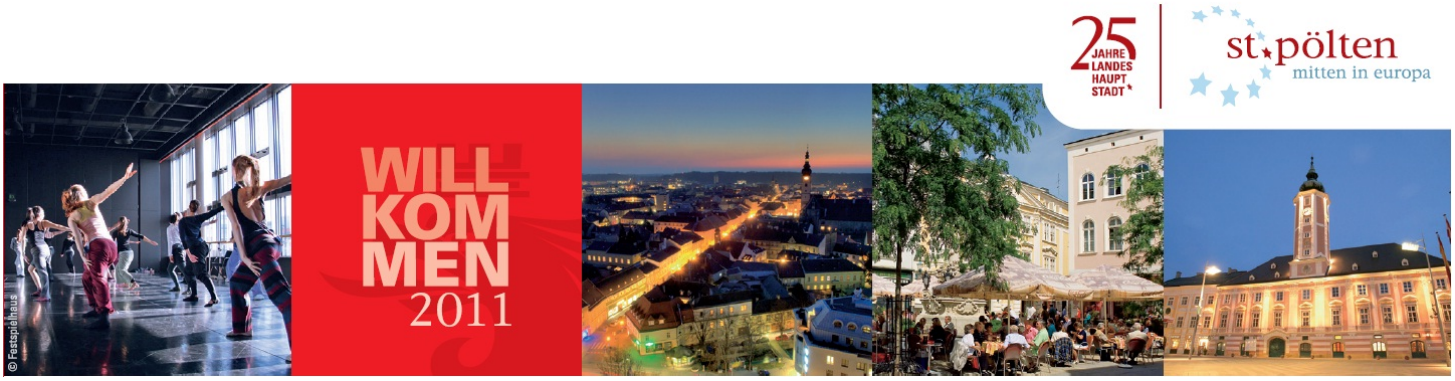
KDZ Zentrum für Verwaltungsforschung,
Guglgasse 13, 1110 Wien
www.kdz.or.at

Mag. Peter Biwald
01/8923492-15, Fax – 20
biwald@kdz.or.at

DI Nikola Hochholdinger
01/8923492-26
hochholdinger@kdz.or.at

Mag. Manuel Köfel
01/8923492-38
koefel@kdz.or.at

- MitarbeiterInnen:
  - **Marcel Gencgel**
  - **Anita Haindl**



Pflegefonds

Mag.ª Monika Wild, MSc, MAS

Rotes Kreuz

Pflegefonds

Fakten und Vorschläge aus Sicht der BAG für die zukünftige Pflegefinanzierung in Österreich

26.5.2011

Betreuungssituation in Österreich

Gesamtübersicht

<table>
<tr><td colspan="4">Insgesamt 430.000 PflegegeldbezieherInnen (Bund und Land)
(Stand: Ende 2009)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Zu Hause versorgt
ca. 365.000 (85 %)</td><td>In Heimen versorgt
ca. 65.000 (15 %)</td></tr>
<tr><td>Mit Hilfe von Pflegediensten
ca. 85.000
Personen
(20 %)</td><td>Mit 24-Stunden-Betreuung
ca. 15.000
Personen
(4 %)</td><td>Ausschließlich durch Angehörige
ca. 265.000
Personen
(61 %)</td><td></td></tr>
</table>

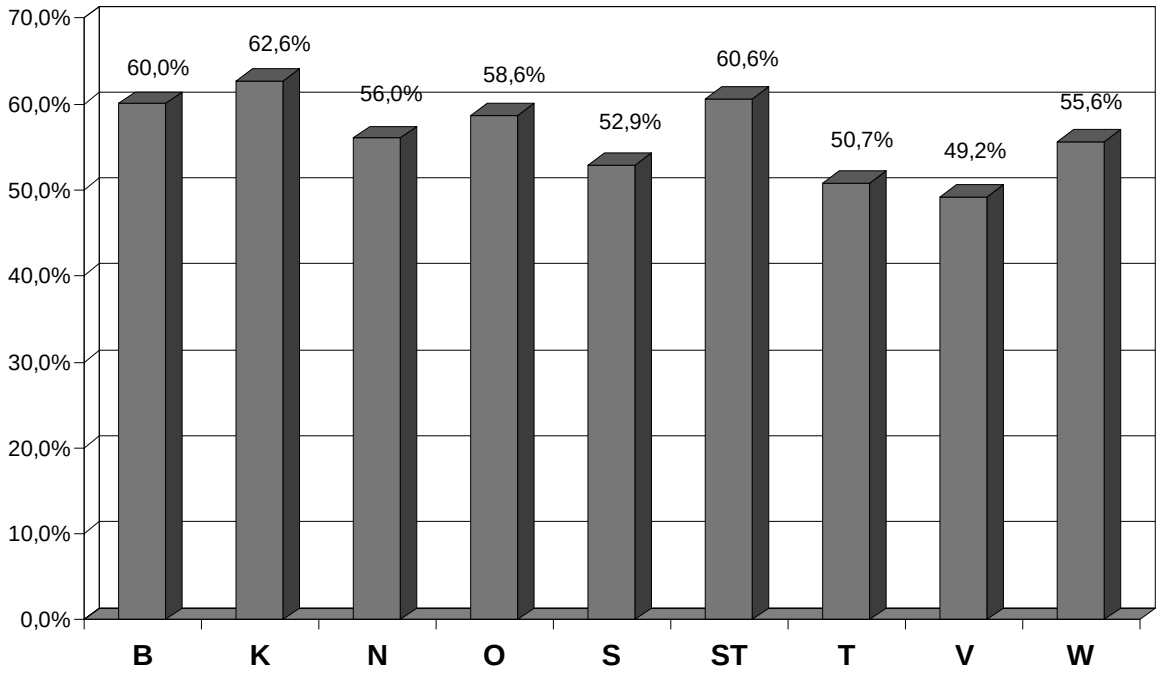
Quelle: Pflegevorsorgebericht, BAG, eigene Schätzungen

Pflegefonds

Volumen

- Derzeit (Stand 2009) werden für den Pflegebereich **ca. 3,9 Mrd. €** aufgewandt (**2,3 Mrd**. **€** Geldleistungen, **1,6 Mrd €** Sachleistungen)
- Bis 2020 ist auf Basis der Prognosen der Bundesländer und des WIFO mit zusätzlichen Kosten von ca. **1 Mrd. €** zu rechnen.
- Diese setzen sich wie folgt zusammen:
  - ca. **342 Mio. €** demografischer Mehraufwand bei **Sachleistungen**
    (257 Mio. € bei Heimen, 85 Mio. € bei mobilen Diensten)
  - ca. **247 Mio €** für den **Ausbau der Sachleistungen**
    (Heim, mobile Dienste, Kurzzeit-/Tagesbetreuung, Case Management)
  - ca. **383 Mio €** für den demografisch bedingten Mehraufwand beim **Pflegegeld**
- **Pro Jahr** ist daher mit einer Aufwandssteigerung von **ca. 100 Mio €** zu rechnen (+2,5 %, ohne Inflation)

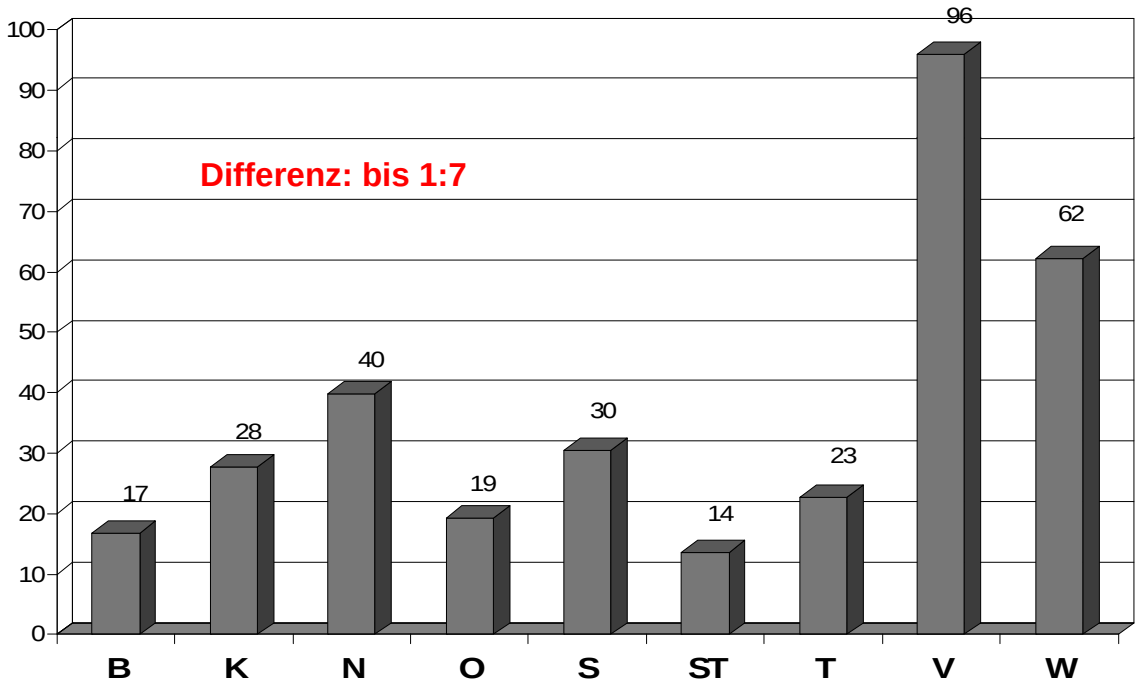
Pflegegeldbezieher
in Prozent der 81+ jährigen



Quelle: Pflegevorsorgebericht 2008, Statistik Austria, eigene Berechnungen

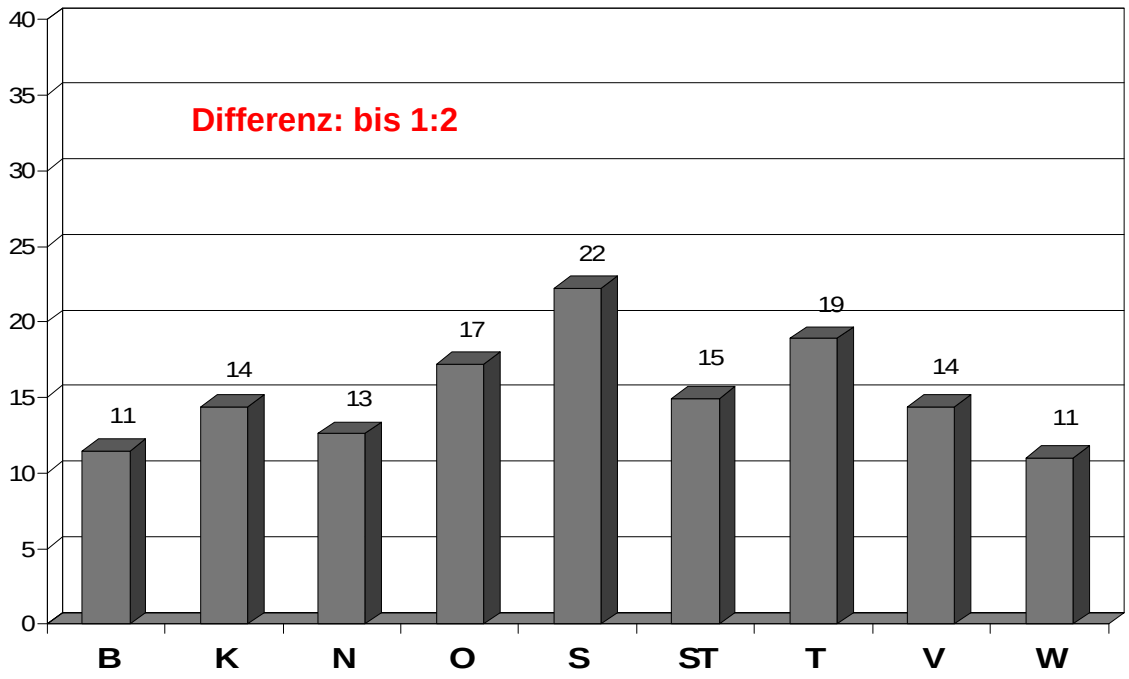
Differenz: bis 13,4 %-Punkte

Leistungsstunden mobil
in Stunden/PG-Bezieher



Quelle: Pflegevorsorgebericht 2009, eigene Berechnungen

Heimplätze
pro 100 PG-Bezieher

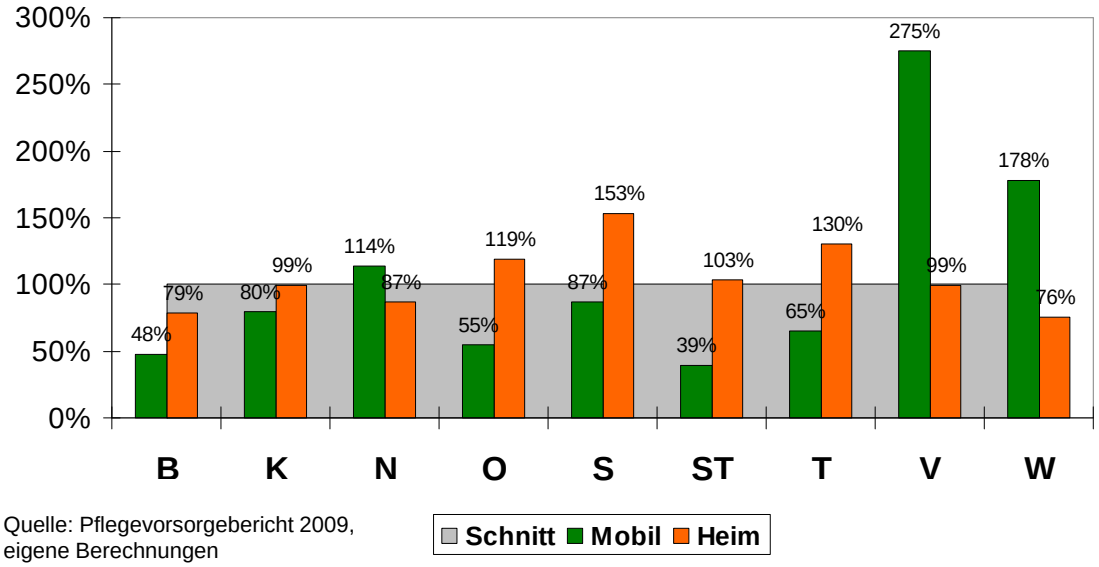


Quelle: Pflegevorsorgebericht 2009, eigene Berechnungen

Mobile Pflege und Betreuung

Übersicht über Versorgungssituation (mobil/stat.)

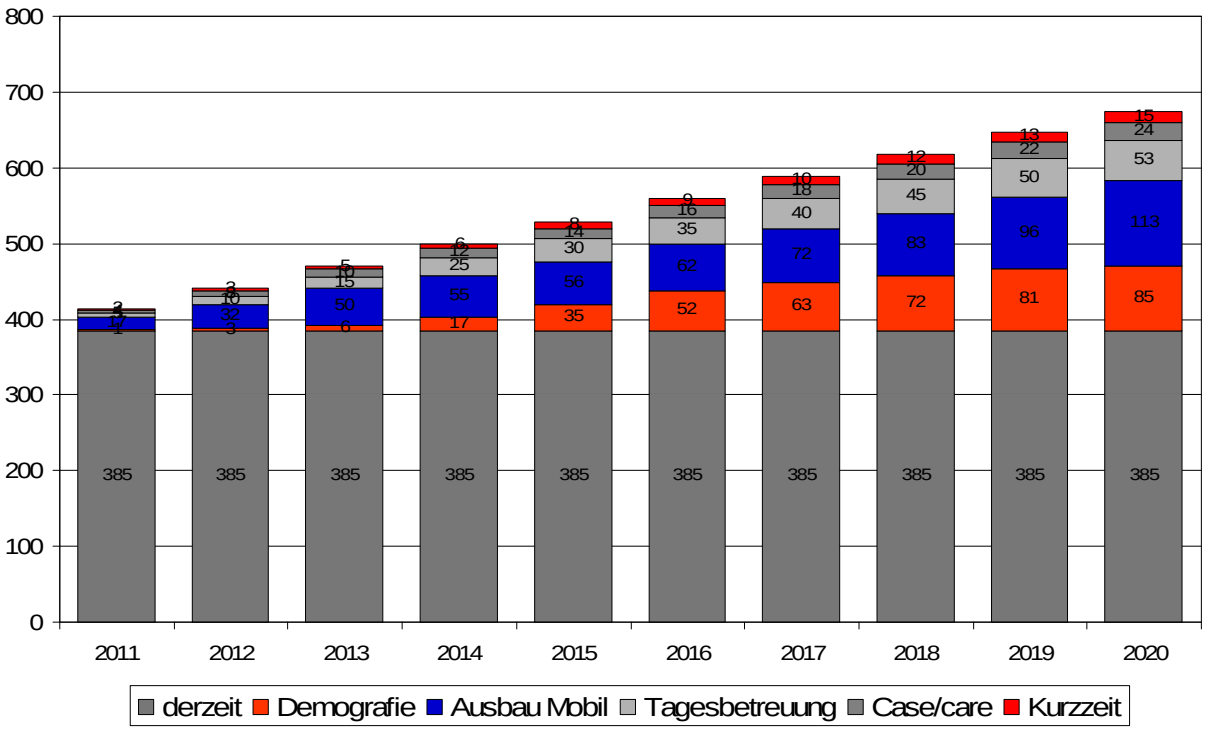
Stunden mobile Pflege/Heimplätze pro PflegegeldbezieherIn
Jeweils in Bezug zum Österreichschnitt (100%)



Quelle: Pflegevorsorgebericht 2009, eigene Berechnungen

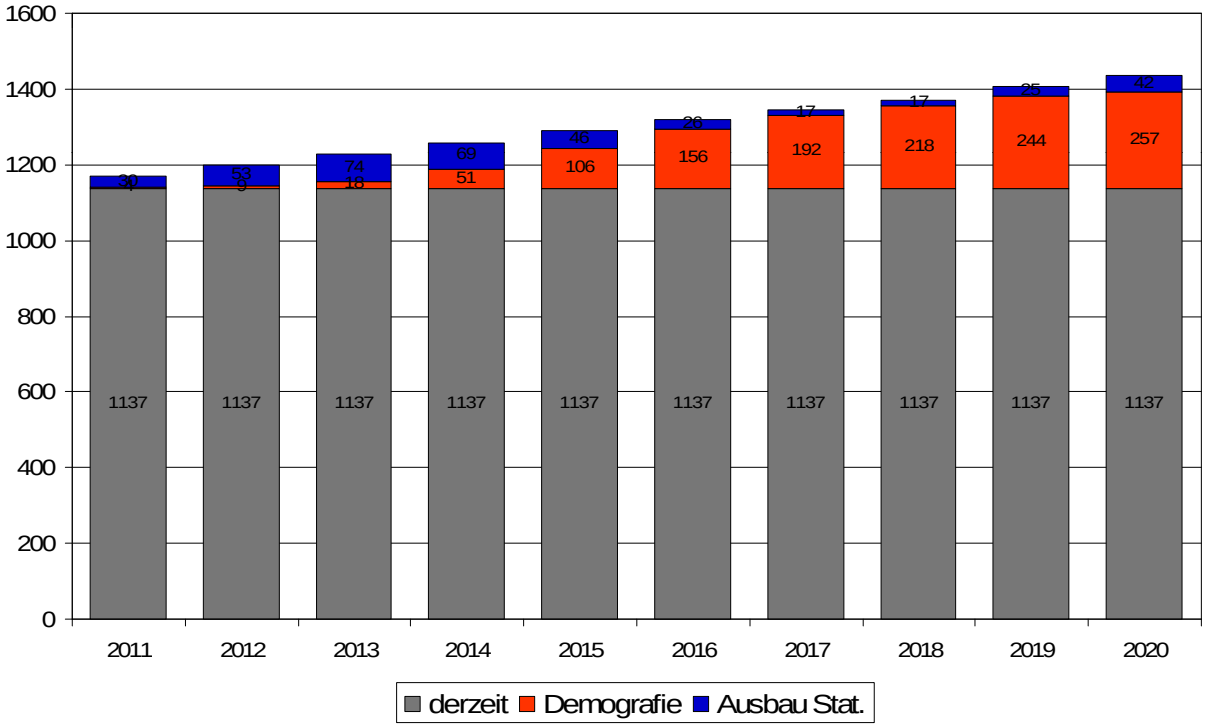
Ausbaupläne der Länder

Mobile Betreuung 2011-2020



Ausbaupläne der Länder

Stationäre Betreuung 2011-2020



Zukünftige Finanzierung der Pflege

Ziele

- Langfristige **Finanzierung** des v.a. demografisch bedingten **Mehraufwandes**
- Verbesserung des **Riskoausgleiches**
  - zwischen den Gebietskörperschaften (-> Entlastung der Gemeinden)
  - zwischen Betroffenen und Solidargemeinschaft (Selbstbehalte)
- Verbesserung der **Planungsgrundlagen** und Steuerungsmöglichkeiten für den einzelnen, die Träger und die öffentliche Hand
- Pflegebedürftigkeit soll kein **Armutsrisiko** darstellen
- Ausgleich der starken **regionale Unterschiede** bei Pflegegeldeinstufung, Selbstbehalten und Versorgungsniveau
- Erhöhung der **Transparenz** und **Vereinfachung der Abläufe**

Unser Verständnis vom Pflegefonds

Der Pflegefonds

- Ein
  - **transparentes**
  - **österreichweit** nach **einheitlichen** Prinzipien gestaltetes
  - **Instrument zur Steuerung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen** zu schaffen,

  bei dem es neben einem **Anspruch auf Geldleistungen** (Pflegegeld) auch einen **garantierten Anspruch auf Unterstützung für Sachleistungen** (z.B. mobile Pflegeleistungen) geben soll.

- **Zusammenfassung aller bestehenden** (Kunden-)**Finanzierungen** von Bund, Ländern und Gemeinden im Langzeitpflegebereich

- **Herausführen** der Sachleistungsfinanzierung **aus der „Armenhilfe“.**

Pflegefonds

Das Vorbild Familienlastenausgleichsfonds

- **Mischfinanzierung**

- Breites **Leistungsspektrum**
  - Geldleistungen (Familienbeihilfe, Kinderbetreuungsgeld, Sozialversicherungsersatzzahlungen, Anrechnung von Kindererziehungszeiten für die Pension)
  - Sachleistungen (Schülerfreifahrten, Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, Schulbücher usw.).

- **Selbstbehalte**

- **Keine eigene Verwaltungsstruktur**

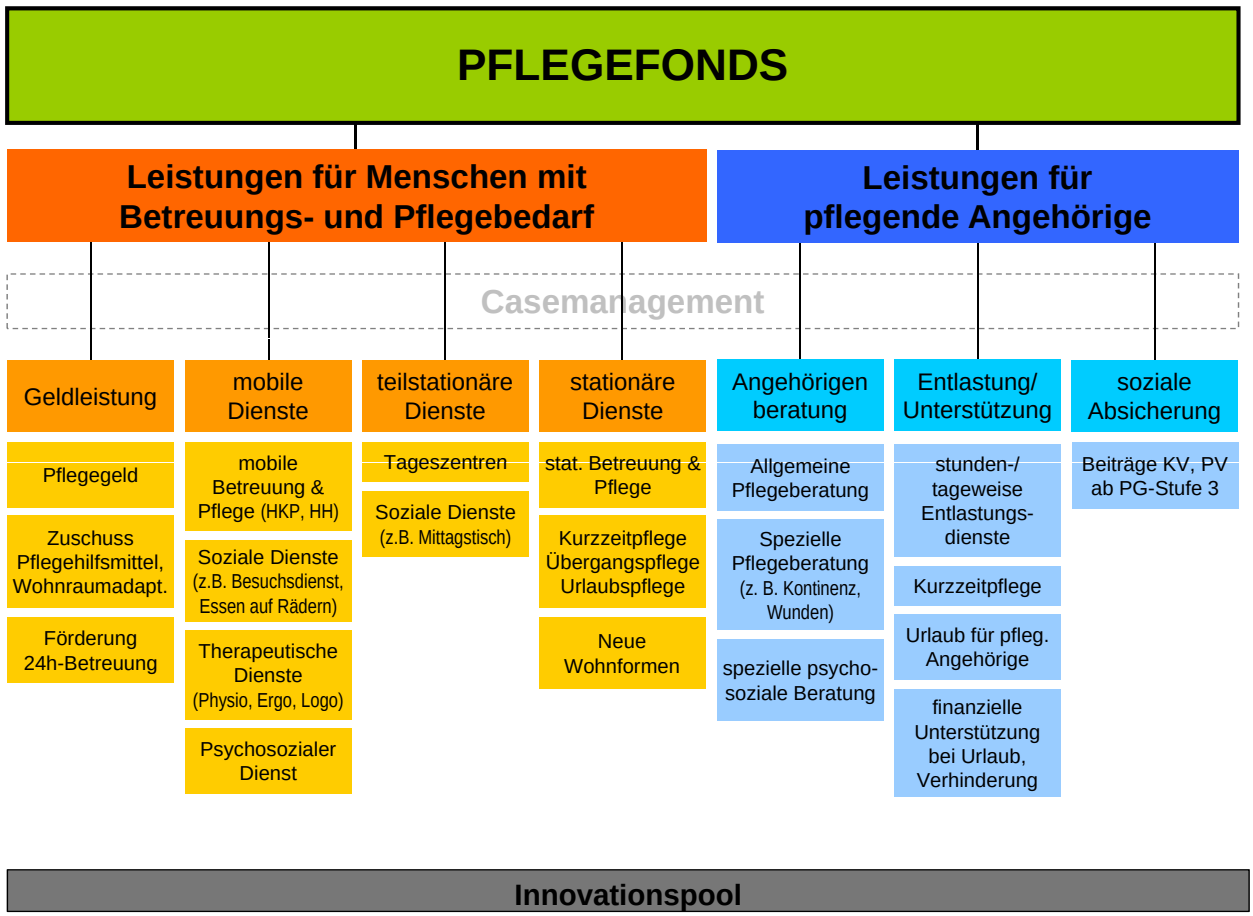
Grundsätzliche Behandlung der Leistungen

Geldleistungen:

- **Pflegegeld** für zu Hause betreute Personen soll **im wesentlichen beibehalten werden, Zusammenführung** von **Bundes- und Landespflegegeld**
- Umwandlung bei stationärer Langzeitbetreuung in **„stationäres Pflegegeld“** in Höhe der pflegebezogenen Kosten je PG-Stufe, Wegfall der 10%-Regelung, Taschengeld soll bei Pension berücksichtigt werden (derzeitige Regelung nicht sachgerecht), dabei soll die Pflegekomponente“ im wesentlichen aus dem Pflegegeld abgedeckt werden, die „Hotelkomponente“ aus Eigenleistungen der Bewohner

Sachleistungen:

- **Leistungsstunden der mobilen Dienste**, **Tageszentren**, **Kurzzeitpflege** u.ä. werden öffentlich gefördert (Eigenbeitrag durch sozial gestaffelte Selbstbehalte bzw. Kostenzuschüsse)



Pflegefonds

Abwicklung

- Grundlage für die Bemessung der Leistungen ist eine **weiterentwickelte Einstufung des Pflegebedarfes**.
- Dafür soll –auf Basis internationaler Erfahrungen- ein einheitliches **Assessmentinstrument** entwickelt werden, das sowohl für die Bemessung der Geldleistung als auch der Sachleistung geeignet ist.
- Es wird (in einem Verfahren) ein **Anspruch auf eine Geldleistung** und für einen **Zuschuss zu bestimmten Sachleistungen** festgestellt.
- Das **Ausmaß der geförderten Sachleistungen wird mengenmäßig begrenzt**.
- Alle **Prozesse** in Zusammenhang mit Antrag, Einstufung, Dokumentation Abrechnung etc. werden **elektronisch abgewickelt** (eigene Pflegecard oder E-Card).

Pflegefonds

Selbstbehalte/Kostenzuschüsse

- **Selbstbehalte** (bzw. gestaffelte Kostenzuschüsse) sollen einerseits als (Selbst-)**Steuerungsinstrument** dienen, andererseits einen Beitrag zur **sozialen Gerechtigkeit** leisten .
- Die **soziale Staffelung** der Selbstbehalte (bzw. gestaffelten Kostenzuschüsse) soll nach **Individualeinkommen** erfolgen (einheitlicher Sockelbetrag plus einkommensabhängiger Komponente).
- Die derzeitige **Sozialhilfelogik** soll nur **subsidiär** zum Einsatz kommen.

Pflegefonds

Möglicher Verteilungsmechanismus

- Pflegefonds bringt zentral das Geld für die Regelversorgung im Bereich Pflege auf (aus unterschiedlichen Quellen)
- Pflegefonds definiert Pflegebedürftigkeit (Einstufungskriterien) und identifiziert Pflegebedürftige (Assessmentinstrument, Gutachter)
- Die Pflegebedürftigen sind die Maßzahl für die Verteilung der Gelder auf die Länder (fixe Beträge für Regelleistungen, Pauschalsumme für weitere Entlastungsangebote)
- Rahmennormkostensatz für Träger
- Struktur- und Kaufkraftunterschiede werden berücksichtigt
- Kundenseitige Bedarfssteuerung erfolgt über Eigenleistung, Deckelung des Anspruches und ev. Koppelung der Sachleistung mit dem Pflegegeld

Pflegefonds

Verwaltung und Kompetenzen

- Der Pflegefonds soll ein **Ordnungsmodell** für die Pflegefinanzierung sein, **keine neugeschaffene Behörde**.
- Im Rahmen des Pflegefonds sollen die **Gebietskörperschaften arbeitsteilig** und nach **einheitlichen Regeln zusammenwirken**.
- Derzeit bestehende **Doppelgleisigkeiten** sollen **abgebaut** werden (z.B. Pflegegeldauszahlung).
- Hauptverantwortung beim **Bund** liegt bei **Finanzierung** und **Regelwerk**, die **Länder** sind für die **Sicherstellung der Versorgung** verantwortlich
- Durch eine **zentrale Datenerfassung, Assessment- und Evaluierungsinstrumente** sollen **Planungsgrundlagen** und **Steuerungsmöglichkeiten** für den Pflegebereich verbessert werden.

Pflegefonds

Qualitätssicherung und Transparenz

Mit dem Pflegefonds sollen auch Qualität und Transparenz im System steigen:

- Gezielte Verbesserung der Versorgungsqualität
- Sicherstellung von Versorgungsstandards für geförderte Angebote
- Verbesserung des individuellen Case-Managements und des regionalen Care-Managements (ohne Zentralbürokratien zu schaffen)
- Bessere Transparenz im Hinblick auf Angebote, Preise und Unterstützungsmöglichkeiten
- Zielgerichtete Evaluation und Qualitätskontrolle

Pflegefonds

Finanzierung

- Neben den **bestehenden Mitteln** zur Pflegefinanzierung werden in den nächsten Jahren **zusätzliche Mittel** notwendig sein (ca. 5 Mrd. Euro in den nächsten 10 Jahren).
- Wie dieses Geld aufgebracht werden soll (Steuern, Beiträge, Umschichtungen etc.) ist im Lichte der **Gesamtgestaltung** der öffentlichen Finanzierung zu treffen.
  Realistisch scheint eine **Mischfinanzierung**.
- Vergleichszahlen zur Mittelaufbringung:
  KV-Beiträge: 0,1% ergibt …. Mio €
  Erbschaftssteuer
  Vermögenssteuer
  Umsatzsteuer: 1% ergibt …. Mio €

Pflegefonds

Migrationsschritte

Der Pflegefonds kann nur schrittweise verwirklicht werden. Mögliche Teilschritte wären:

1. Zusammenführung von Bundes- und Landespflegegeld
2. Entwicklung und Implementation eines standardisierten Assessment-Instruments
3. Vereinheitlichung der Begutachtung
4. Schrittweise Harmonisierung der Kosten und Versorgungsqualität

Pflegefonds

Vorteile/Nachteile für KundInnen

+ Berechenbarkeit
+ Gerechtigkeit
+ Transparenz
+ Rechtsanspruch
+ Sicherstellung der Versorgung/Versorgungsqualität
+ Keine Sozialhilfeempfänger
– Für manche Kunden höhere Kundenbeiträge

Pflegefonds

Vorteile/Nachteile für Träger

+ Berechenbarkeit
+ Weniger Abhängigkeit von Landesengpässen
– Weniger Möglichkeiten der für Individualabsprachen

Pflegefonds

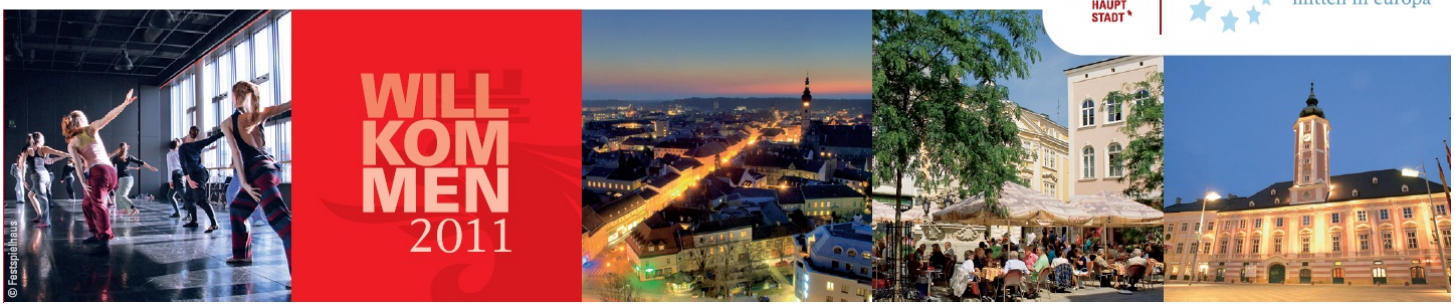
Vorteile/Nachteile für Solidarsystem/öffentl.Hand

+ Bessere Versorgungsplanung
+ Trennung zwischen Regulator und Leistungserbringern
+ Bessere Steuerbarkeit
+ Verwaltungsvereinfachung

Pflegefonds

Offene Fragen

- Wie weit reicht der Rechtsanspruch?
- Wie wirken die Incentives?
- Wo ist der Pflegefonds angesiedelt?
- Wie sehen die Entscheidungsmechanismen aus?
- Woher kommt die Finanzierung?
- …



Pflege - große Herausforderungen liegen vor uns

Stadträtin Silvia Huber, MBA

Wels

Pflege: Große Herausforderungen liegen vor uns!

Die Frage, wie eine wirkungsvolle Organisation der Pflege in Zukunft aussehen kann, ist zweifellos eine der spannendsten und wichtigsten Herausforderungen unserer Gesellschaft. Vor allem die demographischen Veränderungen werden uns in den nächsten Jahren und Jahrzehnten intensiv beschäftigen. Die Stadt Wels hat auf die demographische Entwicklung zeitgerecht reagiert und die Weichen für eine Alters- und Pflegepolitik gestellt, bei der die Bedürfnisse der Menschen im Mittelpunkt stehen. Trotz der wachsenden Anforderungen gilt in Wels als oberster Grundsatz: Kein Abgehen von den Qualitätsstandards – ein Altern in Würde muss möglich sein! Es muss das Ziel der Politik sein, den Menschen so lange wie möglich ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Angesichts dessen hat auch der Ausbau der mobilen Dienste Priorität in der Pflegevorsorge. Alleine dafür hat die Stadt Wels im Jahr 2010 knapp 1,7 Mio. Euro budgetiert.

Neben dem Ausbau der mobilen Dienste liegt ein weiterer Schwerpunkt in Wels gegenwärtig darauf, Menschen mit Demenz möglichst lange ein Leben in ihrer gewohnten Umgebung ermöglichen zu können. Noch heuer wird deshalb in Wels eine Wohngemeinschaft für demenzkranke Menschen eröffnet. Das Angebot der SeniorInnenbetreuung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen in Wels wird damit um eine Neuerung bereichert, die Modellcharakter für ganz Oberösterreich hat. Für die Welser Seniorinnen und Senioren bietet sich damit die Chance, aus einer noch größeren Palette an Angeboten die für sie richtige Wohnform zu wählen.

Es liegt jedoch nicht nur an den Städten, dass die Herausforderungen im Bereich der Pflege in den nächsten Jahren gelöst werden. Es ist zwar äußerst begrüßenswert, dass für die Jahre 2011 bis 2014 insgesamt 685 Mio. Euro im Pflegefonds bereitstehen. Besonders wichtig wäre es aber, dass diese Mittel auch für die Sicherung und in der Folge für den laufenden Betrieb – und nicht für den Ausbau der Infrastruktur – verwendet werden können. Fakt ist jedenfalls, dass die Städte und Gemeinden die Gelder des Pflegefonds dringend benötigen. Andernfalls würde die Gefahr bestehen, die Jahr für Jahr weiter steigenden Pflegekosten nicht mehr finanzieren zu können. Letztlich führt kein Weg daran vorbei, einnahmenseitig eine aufgabengerechte Verteilung der Mittel aus den Ertragsanteilen sicherzustellen. Es muss gewährleistet sein, dass jene Städte und Gemeinden, die die größten Aufgaben- und Ausgabenlasten zu tragen haben, auch mit den entsprechenden Finanzmitteln ausgestattet werden.

Eine weitere große Herausforderung wird in Zukunft die MitarbeiterInnenrekrutierung in der Altenpflege sein. Wenn man Pflegeberufe attraktiver gestalten will, muss man bereits bei der Ausbildung ansetzen. Darin muss auf das ganze Spektrum an Einsatzbereichen eingegangen werden. Rein medizinische Fertigkeiten reichen schon lange nicht mehr aus – Sozialpädagogik, Alltagsmanagement und individuelle Spezialgebiete gehören aufgewertet. So müssen PflegemitarbeiterInnen beispielsweise bereits in der Schule sattelfest im Umgang mit demenzkranken Menschen gemacht werden. Nicht zuletzt sollte die Ausbildung auch Angebote für Quer- und WiedereinsteigerInnen schaffen, die sich bereits Praxiserfahrungen in diesem Bereich angeeignet haben.