

sozial MINISTERIUM

ÖSTERREICHISCHER PFLEGEVORSORGEBERICHT

2016

IMPRESSUM:

Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz – Stubenring 1; 1010 Wien ▪ **Für den Inhalt verantwortlich:** Sektion IV ▪ **Verlags- und Herstellungsort:** Wien Druck: Sozialministerium ▪ **Redaktion:** Dr.ⁱⁿ Margarethe Grasser, Dr.ⁱⁿ Karin Pfeiffer, Manuela Fuchs ▪ **Stand:** Dezember 2017 ▪ **ISBN:** 978–3–85010–484-5

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

Zu beziehen beim kostenlosen Broschürenservice des Sozialministeriums unter 01 711 00–86 25 25 oder unter <https://sozialministerium.at/broschuerenservice>.

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung.....	5
1. Allgemeiner Teil	7
1.1 Pflegekarenz/Pflegezeit, Familienhospizkarenz/Familienhospizzeit und Pflegekarenz- geld.....	7
1.2. Kinder-Einstufungsverordnung zum BPGG.....	8
1.3. ICD-10- Codierung der pflegerelevanten Hauptdiagnose.....	13
1.4. Das Angehörigengespräch.....	19
1.5. Der Pflegefonds.....	24
1.6. Die Pflegedienstleistungsdatenbank.....	27
1.7. Vorschlag der Europäischen Kommission zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit.....	28
1.8. 24-Stunden-Betreuung.....	30
1.8. Zuwendungen zu den Kosten für die Ersatzpflege.....	35
1.10. Hospiz- und Palliativversorgung.....	37
2. Qualitätsteil	41
2.1. Bund.....	41
2.2. Länder.....	46
3. DEMENZ	79
3.1 Demenzstrategie – Gut leben mit Demenz.....	79
3.2 Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen im Überblick.....	79
3.3 Plattform Demenzstrategie.....	82
3.4. Umsetzung der Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“.....	85
3.5. Die MAS Alzheimerhilfe.....	88
3.6. Demenzprojekte Länder.....	94
4. GELDLLEISTUNGSTEIL	113
4.1 Antragsbewegung für erstmalige Zuerkennungen und Erhöhungen im Jahr 2016.....	113
4.2 Klagen gegen Bescheide der Pensionsversicherungsträger.....	114
4.3 Pflegegeld - Anspruchsberechtigte am 31.12.2016.....	115
4.4 Pflegegeld - Anspruchsberechtigte nach Entscheidungsträger und Stufe.....	116
4.5 PflegegeldbezieherInnen in EWR-Staaten und der Schweiz.....	117
4.6 PflegegeldbezieherInnen gemäß § 5a OFG.....	118

4.7 Aufwand nach Stufen und Bundesland im Zeitraum von 1.1.2016 bis 31.12.2016	119
4.8 Durchschnittlicher Pflegegeldaufwand nach Bundesland im Jahr 2016	119
4.9 Kostenentwicklung des Bundespflegegeldes	120
4.10 Pflegegeld - Anspruchsberechtigte nach Bundesland und Stufe	121
4.11 Pflegegeld - Anspruchsberechtigte nach Bundesland und Alter	122
4.12 Pflegegeld - Anspruchsberechtigte nach Stufen und Alter	123
4.13 Entwicklung der Anspruchsberechtigten nach Stufen - Bund	124
4.14 Entwicklung der Anspruchsberechtigten in den einzelnen Stufen	125
4.15 Entwicklung der Anspruchsberechtigten der Länder	127
4.16 Bevölkerung (Jahresdurchschnitt 2016)	128
4.17 Anteil der Anspruchsberechtigten an der Gesamtbevölkerung in Altersklassen	129
4.18 Anteil der Anspruchsberechtigten an der Wohnbevölkerung	130
4.19 AntragstellerInnen auf Pflegekarenzgeld	130
4.20 Laufende BezieherInnen eines Pflegekarenzgeldes	132
4.21 Aufwand für das Pflegekarenzgeld	133
4.22 Durchschnittliche Höhe des Pflegekarenzgeldes	133
4.23 Entwicklung der Anzahl der laufenden BezieherInnen eines Pflegekarenzgeldes	134
4.24 Entwicklung der Anzahl Anträge auf Pflegekarenzgeld	135
5. Soziale Dienstleistungen	137
5.1 Betreuungs- und Pflegedienste	137
5.2 Burgenland	138
5.3 Kärnten	144
5.4 Niederösterreich	150
5.5 Oberösterreich	156
5.6 Salzburg	162
5.7 Steiermark	168
5.8 Tirol	174
5.9 Vorarlberg	180
5.10 Wien	186
5.11 Österreich	192
5.12 Erläuterungen	198

EINLEITUNG

Bei der Pflegevorsorge handelt es sich aufgrund der demographischen Entwicklung sowie des Wandels der Lebensformen um ein zentrales Thema der österreichischen Sozialpolitik.

Bereits im Jahr 1993 kam es in Österreich als einem der ersten europäischen Länder zur Schaffung eines umfassenden Pflegevorsorgesystems. Im Rahmen einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG verpflichteten sich Bund und Länder zu gemeinsamen Maßnahmen für pflegebedürftige Personen. Neben der Einführung des Pflegegeldes und dem Ausbau der sozialen Dienstleistungen auf Länderebene wurde ein Arbeitskreis für Pflegevorsorge mit der Aufgabe der Erstellung eines jährlichen Berichtes eingerichtet.

Gemäß Art. 12 Abs. 5 der Pflegevereinbarung führt das Sozialministerium die Geschäfte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge und erstellt den Jahresbericht nach dessen Vorgaben.

Der vorliegende Bericht informiert über Grundlegendes sowie über Neuerungen rund um das Thema Pflegevorsorge (**Allgemeiner Teil**), über qualitätssichernde Maßnahmen von Bund und Ländern (**Qualitätsteil**) und über das „Zukunftsthema“ **Demenz**. Außerdem werden ein Überblick über die maßgeblichen finanziellen Aufwendungen des Bundes (**Geldleistungen**) sowie nähere Informationen zu den **sozialen Dienstleistungen** der Länder gegeben.

Die im Geldleistungsteil zum Pflegegeld dargestellten Daten beruhen auf Auswertungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger aus der Anwendung „Pflegegeldinformation – PFIF“. Die Angaben zum Pflegekarengeld werden vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen zur Verfügung gestellt. Die Daten zu den sozialen Dienstleistungen stammen aus der gemäß § 5 Pflegefondsgesetz (PFG) eingerichteten österreichweiten Pflegedienstleistungsstatistik.

Der nunmehr vorliegende zweiundzwanzigste Jahresbericht erstreckt sich über den Zeitraum 1. Jänner bis 31. Dezember 2016.

1. ALLGEMEINER TEIL

1.1 Pflegekarenz/Pflegeteilzeit, Familienhospizkarenz/Familienhospizteilzeit und Pflegekarenzgeld

Am 04.07.2013 wurde das Arbeitsrechts-Änderungsgesetz 2013, BGBl I Nr. 138/2013, mit wesentlichen Verbesserungen für pflegende und betreuende Angehörige im Nationalrat einstimmig beschlossen.

Arbeitsrechtlich besteht seit 01.01.2014 dadurch die Möglichkeit der Vereinbarung einer Pflegekarenz (gegen gänzlichen Entfall des Entgelts) oder einer Pflegeteilzeit (gegen teilweisen Entfall des Entgelts) für eine Dauer von ein bis drei Monaten zur Pflege und Betreuung naher Angehöriger die einen Anspruch auf ein Pflegegeld ab der Stufe 3 (bzw. Stufe 1 bei Minderjährigen oder an Demenz erkrankten Personen) haben.

Ziel dieser Maßnahmen ist, es den betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern für eine bestimmte Zeit zu ermöglichen, die Pflegesituation zu organisieren und dadurch eine Doppelbelastung zu vermeiden. Dies gilt insbesondere im Falle eines plötzlich auftretenden Pflegebedarfs einer/eines nahen Angehörigen.

Zur sozialrechtlichen Absicherung in dieser Zeit wurde ein Rechtsanspruch auf ein Pflegekarenzgeld – welches grundsätzlich der Höhe des Arbeitslosengeldes entspricht – sowie eine umfassende kostenlose kranken- und pensionsversicherungsrechtliche Absicherung normiert.

Diese Form der sozialrechtlichen Absicherung - und damit wesentliche Verbesserung - besteht seit 01.01.2014 auch für Personen die eine Familienhospizkarenz in Anspruch nehmen.

Eine Familienhospizkarenz kann zur Sterbebegleitung naher Angehöriger für eine Gesamtdauer von sechs Monaten sowie zur Begleitung schwersterkrankter Kinder für bis zu neun Monate in Anspruch genommen werden. Auf die Familienhospizkarenz besteht ein Rechtsanspruch sowie ab Bekanntgabe der beabsichtigten Inanspruchnahme ein umfassender Kündigungsschutz.

Die Erfahrungen bei der Vollziehung der Bestimmung des § 14b des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetzes (AVRAG) in der die Begleitung schwersterkrankter Kinder geregelt ist haben gezeigt, dass ein Anpassungsbedarf gegeben ist.

So ist, wenn der Anspruch auf Familienhospizkarenz bereits ausgeschöpft ist, eine neuerliche Inanspruchnahme durch den Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin jeweils bei Vorliegen eines neuen Anlassfalls zulässig. Dieser liegt grundsätzlich im Fall des Hinzukommens eines neuen, die Famili-

enhospizkarenz rechtfertigenden, Krankheitsbildes oder im Fall einer Verbesserung/Stabilisierung des Gesundheitszustandes mit einer nachfolgenden Verschlechterung vor.

Die Erfahrungen haben aber gezeigt, dass rund 20 bis 25 % der notwendigen Therapien für schwersterkrankte Kinder länger als neun Monate dauern bzw. weitere notwendige Therapien nach einer Unterbrechung (z.B. von einigen Wochen oder Monaten) erforderlich sind. Um Härtefälle abzumildern wurde bereits in der Verwaltungspraxis bei der Begleitung schwersterkrankter Kinder darüber hinaus vom Vorliegen eines neuen Anlassfalls ausgegangen, wenn die Karenzierung des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin anlässlich einer weiteren notwendigen Therapie erfolgen sollte, selbst wenn sich keine Hinweise auf ein neues Krankheitsbild oder eine maßgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes fanden. Entsprechend der Verwaltungspraxis wurde in diesen Fällen auch schon bisher das Pflegekarenzgeld gewährt.

Zur gesetzlichen Klarstellung dieser Auslegungspraxis wurde im Rahmen des Wiedereingliederungsteilzeitgesetzes, BGBl. I Nr. 30/2017, auch das AVRAG novelliert und dem § 14b folgender Satz angefügt:

„Wurde die Maßnahme bereits voll ausgeschöpft, kann diese höchstens zweimal in der Dauer von jeweils höchstens neun Monaten verlangt werden, wenn die Maßnahme anlässlich einer weiteren medizinisch notwendigen Therapie für das schwersterkrankte Kind erfolgen soll.“

Die Änderungen im § 14b AVRAG sind mit Wirkung vom 1. Juli 2017 in Kraft getreten.

Umfangreiche statistische Auswertungen zum Pflegekarenzgeld finden sich im Geldleistungsteil des Berichtes.

1.2. Kinder-Einstufungsverordnung zum BPGG

Mit 1. 1. 2012 verschob sich die Zuständigkeit für das Pflegegeld bei Kindern und Jugendlichen von den Ländern zum Bund. Unter Beteiligung multiprofessioneller Experten und basierend auf einer zwanzigjährigen Begutachtungspraxis bei den Ländern wurde das Konsensuspapier zur einheitlichen ärztlichen und pflegerischen Begutachtung nach dem BPGG um den Abschnitt drei - Kinder und Jugendliche - erweitert. Dieses ist gemäß § 29a der Richtlinien des Hauptverbands von den Sachverständigen der Entscheidungsträger (in etwa 99 % die PVA) zu beachten.

Nur der „behinderungsbedingte Pflegemehrbedarf“ kann im Zuge der Einstufung berücksichtigt werden; der altersbedingte Aufwand eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr ist auszuschneiden. Diese Formulierung stellt klar, dass alle Kinder und Jugendlichen bis zu einem gewissen Alter bei den jeweiligen pflegegeldrelevanten Verrichtungen einen sogenannten

natürlichen, entwicklungsabhängigen Pflegebedarf haben, der bei der Beurteilung des Pflegebedarfs nicht heranzuziehen ist.

Nach der Rechtsprechung des OGH ist das Konsensuspapier für die Gerichte hingegen nicht bindend. Um einheitliche Maßstäbe für die Beurteilung des Pflegebedarfs von Kindern und Jugendlichen für die Entscheidungsträger und die Gerichte zu schaffen, wurde eine eigene Verordnung über die Beurteilung des Pflegebedarfs von Kindern und Jugendlichen nach dem Bundespflegegeldgesetz (Kinder-Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz - Kinder-EinstV, BGBl. II Nr. 236/2016) erlassen, welche am 1.9.2016 in Kraft getreten ist.

Die in der Verordnung enthaltenen Altersgrenzen und Zeitwerte wurden anhand der Zeitwerte des Konsensuspapiers von ExpertInnen wie zB VertreterInnen der österreichischen LIGA für Kinder- und Jugendgesundheit, des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands, des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Österreich, VertreterInnen des Vereins MOKI und anderen KinderfachärztInnen und KinderkrankenpflegerInnen auf Basis langjähriger Erfahrung überprüft.

Mit der Kinder-EinstV wurden einerseits Altersgrenzen festgelegt, ab denen kein natürlicher Pflegebedarf mehr anzunehmen ist und andererseits wurden Zeitwerte festgelegt, die im Regelfall für die Beurteilung des Pflegebedarfs herangezogen werden sollen.

Für die Beurteilung des Pflegebedarfs von Kindern und Jugendlichen werden bevorzugt FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde bzw. für die Neubemessung auch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte, spezialisiert auf Kinder- und Jugendlichenpflege, eingesetzt, die den individuellen Pflegebedarf der Kinder und Jugendlichen besonders beurteilen können.

Die konkrete individuelle Berücksichtigung des Pflegebedarfs von Kindern und Jugendlichen ist weiterhin möglich. Bis zum Erreichen der jeweiligen Altersgrenze ist bei den einzelnen Verrichtungen ein allenfalls festgelegter natürlicher Pflegebedarf in Abzug zu bringen. Sofern es die besondere Pflegesituation des Kindes oder des Jugendlichen verlangt, kann bereits vor Erreichen der Altersgrenze ein Pflegemehrbedarf berücksichtigt werden. Ab Erreichen der festgelegten Altersgrenze ist jedenfalls kein natürlicher Pflegebedarf mehr zu berücksichtigen. Der jeweilige natürliche Pflegebedarf ist ein fixer Zeitwert und besteht nur bis zum Erreichen des jeweiligen nachstehenden Lebensalters.

Übersicht über die einzelnen Verrichtungen

Die in der Verordnung festgelegten Zeitwerte für die einzelnen Betreuungsverrichtungen sind eine Orientierungshilfe für Sachverständige und erfassen die gängigsten, häufigsten Fälle und legen damit einen einheitlichen Maßstab fest. Im Einzelfall können diese abweichen und sind dann

konkret zu ermitteln. Die normierten Altersgrenzen definieren bei durchschnittlicher Betrachtung jenes Alter, das noch von der Normvarianz eines gesunden, normal entwickelten Kindes oder Jugendlichen erfasst ist, wenn also keine behinderungsbedingte oder krankhafte Entwicklungsverzögerung vorliegt. In der Regel wird schrittweise die Selbständigkeit erworben und man wird dabei von Eltern (Aufsichtspersonen) begleitet, unterstützt, beaufsichtigt und angeleitet, bis letztlich die volle Selbständigkeit erreicht ist. Dieser gesamte Prozess der alterstypischen Entwicklung hin zur vollständigen Selbständigkeit ist vom sogenannten natürlichen Pflegebedarf umfasst.

Bestimmte Erkrankungen oder Behinderungen führen zu erschwerenden Funktionseinschränkungen und erhöhen den Zeitaufwand zur Verrichtung einer oder mehrerer Pflegemaßnahmen. Diese sind gesondert zu beurteilen und zu begründen. Dazu zählen vor allem:

- ausgeprägte motorische Störungen wie schwere Spastizität oder vergleichbar schwere Funktionsstörungen bei muskulärer Hypotonie mit fehlender oder verminderter Kopf- bzw. Rumpfkontrolle;
- Ataxie mit eingeschränkter oder fehlender Bewegungskoordination und/oder unkontrollierbaren Bewegungsabläufen;
- Fehlbildungen der Extremitäten und/oder hochgradig eingeschränkter Bewegungsumfang der großen Gelenke;
- Fehlbildungen im Mund- und Rachenraum wie Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, orofaciale Dysfunktion;
- Erkrankungen wie Osteogenesis imperfecta, Spina bifida, Epidermolysis bullosa;
- äußere Faktoren, die eine besondere Umsicht, Vorsicht und daher einen höheren Zeitaufwand bei einzelnen Verrichtungen erfordern wie beispielsweise bei permanenter Sauerstoffgabe oder Fixateur.
- Grundsätzlich können ab dem vollendeten dritten Lebensjahr auch schwere Verhaltensstörungen, die in oppositioneller oder apathischer Ausprägungsform auftreten, als erschwerende Funktionseinschränkung bei den jeweiligen Verrichtungen berücksichtigt werden.

Die einzelnen Verrichtungen und Zeitwerte im Überblick:

Tabelle 1: Körperpflege

Verrichtung	Vollendetes Lj.	Minute/Tag	Stunden/Monat
Tägliche Körperpflege	ab 7. Lj.	2 x 25	25
Tägliche Körperpflege bei erschwerender Funktionseinschränkung	bis 7. Lj.	2 x 10	10
Tägliche Körperpflege bei erschwerender Funktionseinschränkung	ab 7. Lj.	2 x 35	35
Sonstige Körperpflege	ab 7. Lj.	10	5

Verrichtung	Vollendetes Lj.	Minute/Tag	Stunden/Monat
Sonstige Körperpflege bei erschwerender Funktionseinschränkung	bis 7. Lj.	5	2,5
Sonstige Körperpflege bei erschwerender Funktionseinschränkung	ab 7. Lj.	20	10

Tabelle 2: Zubereitung der Mahlzeiten

Verrichtung	Vollendetes Lj.	Minute/Tag	Stunden/Monat
Mithilfe beim Zubereiten von Mahlzeiten	ab 12 Lj.	20	10
Zubereiten von Spezialdiäten	altersunabhängig	60	30

Tabelle 3: Einnehmen von Mahlzeiten

Verrichtung	Vollendetes Lj.	Minute/Tag	Stunden/Monat
Einnehmen der Mahlzeiten	ab 3 Lj.	60	30
Einnehmen der Mahlzeiten bei erschwerender Funktionseinschränkung	bis 3 Lj.	30	15
Einnehmen der Mahlzeiten bei erschwerender Funktionseinschränkung	ab 3 Lj.	90	45

Tabelle 4: Verrichtung der Notdurft und Hilfe bei Reinigung wegen Inkontinenz

Verrichtung	Vollendetes Lj.	Minute/Tag	Stunden/Monat
Verrichtung der Notdurft	ab 4 Lj.	60	30
Regelmäßige Hilfe bei der Reinigung	ab 4 Lj.	10	5
Reinigung bei Inkontinenz	ab 4 Lj.	40	20
Hilfe bei nächtlichem Einnässen	ab 4 Lj.	10	5
Katheterisieren	altersunabhängig	10 Min./Katheterisierung	

Tabelle 5: An- und Auskleiden

Verrichtung	Vollendetes Lj.	Minute/Tag	Stunden/Monat
An- und Auskleiden	ab 5. Lj.	2 x 20	20
An- und Auskleiden bei erschwerender Funktionseinschränkung	bis 5. Lj.	2 x 10	10
An- und Auskleiden bei erschwerender Funktionseinschränkung	ab 5. Lj.	2 x 30	30
An- und Auskleiden der oberen oder unteren Körperhälfte	ab 5. Lj.	2 x 10	10
An- und Auskleiden orthopädischer Schuhe	altersunabhängig	2 x 5	5

Tabelle 6: Medikamentenverabreichung

Verrichtung	Vollendetes Lj.	Minute/Tag	Stunden/Monat
Einnehmen von Medikamenten (auch bei Sondenernährung)	altersunabhängig	6	3
Tägliche Subcutaninjektionen	altersunabhängig	10	5
Einnahme mittels Haler	altersunabhängig	10	5
Feuchtinhalationen	altersunabhängig		10 Min./Inhalation
Mikroklistieren	altersunabhängig		10 Min./Anwendung
Einläufe oder Darmspülungen	altersunabhängig		20 Min./Anwendung

Tabelle 7: Sonstige Pflegemaßnahmen

Verrichtung	Vollendetes Lj.	Minute/Tag	Stunden/Monat
Stoma-Pflege	altersunabhängig	15	7,5
Katheter-Pflege (bei liegendem Dauerkatheter)	altersunabhängig	10	5
Kanülen- oder Sonden-Pflege	altersunabhängig	10	5
Handhabung von Hörgeräten	altersunabhängig	20	10
Hilfestellung bei Menstruationshygiene	altersunabhängig		3
Handhabung eines Beatmungsgeräts mit Kanüle	altersunabhängig		30 Min./Verrichtung
Handhabung eines Beatmungsgeräts mit Maske	altersunabhängig		15 Min./Verrichtung
Wechsel der O2-Flasche	altersunabhängig		10 Min./Verrichtung
Handhabung von Absaugegeräten	altersunabhängig		5 Min./Verrichtung

Tabelle 8: Mobilitätshilfe im engeren Sinn

Verrichtung	Vollendetes Lj.	Minute/Tag	Stunden/Monat
Kein gezieltes Krabbeln/Rutschen/Robben	zwischen 12. und 18. Lm.	20	10
Kein freies Gehen, aber Krabbeln/Rutschen/Robben	ab 18. Lm.	30	15
Kein freies Gehen/Krabbeln/Rutschen/Robben	ab 18. Lm.	60	30
Unterstützung bei Bewegungsübergängen bei selbständiger Fortbewegung	ab 18. Lm.	20	10
Unterstützung beim Bewältigen von Stufen innerhalb der Wohnung	ab 18. Lm.	10	5
Lagerungsmaßnahmen bei erschwerender Funktionseinschränkung	bis 18. Lm.	60	30
Lagerungsmaßnahmen bei erschwerender Funktionseinschränkung	ab 18. Lm.	120	60
Handhabung von Prothesen/Orthesen	altersunabhängig	10	5

Tabelle 9: Hilfsverrichtungen

Verrichtung	Vollendetes Lj.	Minute/Tag	Stunden/Monat
Herbeischaffen von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Bedarfsgütern des täglichen Lebens	altersunabhängig		Mehraufwand
Reinigung der Wohnung und Gebrauchsgegenstände	altersunabhängig		Mehraufwand
Pflege der Leib- und Bettwäsche	altersunabhängig		Mehraufwand
Beheizung des Wohnraums und Herbeischaffen des Brennmaterials	altersunabhängig		Mehraufwand
Mobilitätshilfe im weiteren Sinn für krankheits- und therapiebedingte Wege	bis 7. Lj.		Mehraufwand
Mobilitätshilfe im weiteren Sinn	ab 7. Lj.		Mehraufwand
Alle Hilfsverrichtungen in Summe			Maximal 50

Tabelle 10: Erschwerniszuschlag

Verrichtung	Vollendetes Lj.	Minute/Tag	Stunden/Monat
Erschwerniszuschlag	bis 7. Lj.		50
Erschwerniszuschlag	ab 7. Lj.		75

Im 1. Quartal 2017 wurden insgesamt 863 Anträge (575 Anträge auf Gewährung eines Pflegegeldes und 288 Anträge auf Erhöhung des Pflegegeldes) erledigt. Rund 58 % der Erstanträge und rund 82 % der Erhöhungsanträge wurden positiv abgeschlossen. Zum Stichtag 31.3.2017 bezogen insgesamt 8.748 Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 15. Lebensjahr ein Pflegegeld.

1.3. ICD-10- Codierung¹ der pflegerelevanten Hauptdiagnose

Bislang gab es im deutschsprachigen Raum keinerlei datengestützte Untersuchungen über Erkrankungen oder Behinderungen, die zum Bezug von Pflegegeld oder vergleichbarer Leistungen führen. Veröffentlicht sind lediglich Analysen basierend auf Befragungen bei einzelnen Krankheitsbildern. Auch ein Versuch, die im internationalen Pflegebereich gängigen NANDA-Pflegediagnosen² in die ICD-10 Codierung überzuführen, scheiterte, wie eine Arbeit von Wolfram Fischer³ zeigte; nur in rund einem Fünftel der Fälle war eine Zuordnung möglich.

Um diese Lücke zu schließen, wird seit März 2016 die pflegerelevanten Hauptdiagnose nach der ICD-10 im Zuge aller ärztlichen Begutachtungen nach dem BPGG codiert und in der Pflegegeldinformation (PFIF), Datenbank beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger, gespeichert.

¹ Internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient zu eindeutigen Zuordnung von Krankheiten im Gesundheitsbereich.

² NANDA: Nordamerikanische Pflegediagnosevereinigung: Pflegediagnosen, Definition und Klassifikation 2001-2001. Verlag Hans Huber; Bern 2003.

³ Fischer W. Transcodierungsversuch von NANDA-Pflegediagnosen nach ICD-10. Swiss Medical Informatics 2003, Nr. 50.

Diese **Auswertung stellt erstmals im deutschsprachigen Raum** einen kausalen Konnex zwischen Erkrankungen oder Behinderungen zum Bezug von Pflegegeld basierend auf validen Daten her.

Auswertung

Rohdaten

Im Zeitraum 1.3.2016 bis 31.12.2016 wurde bei allen Neuanträgen, Erhöhungsanträgen und Nachuntersuchungen, die ein Pflegegeld der Stufen 1 bis 7 beziehen, die **pflegerelevante Hauptdiagnose** nach der ICD-10 (dreistellige Systematik) codiert.

Die Daten wurden gesondert nach zwei Altersgruppen – bis 15. Lebensjahr und ab 15. Lebensjahr – ausgewertet.

Aus den übermittelten Rohdaten – 110.000 Fälle, also rund $\frac{1}{4}$ aller PG-BezieherInnen – wurden medizinisch sinnvoll Gruppen zusammengefasst, um einen **Überblick über pflegeauslösende Krankungsbilder** zu ermöglichen. Bei der Bildung dieser Erkrankungsgruppen wurden funktionelle Auswirkungen anstelle der Ursachen einer Erkrankung (stärker) gewertet.

Beispiel: Bei der Gruppe ab dem 15. Lebensjahr wurden alle Demenzformen, also Demenz vom Alzheimer Typ, Lewy-body-Demenz usw., zusammengefasst.

Für die fünf häufigsten Krankheitsbilder wurde jeweils eine **Auswertung über die Verteilung in den 7 Pflegegeldstufen** vorgenommen.

Auswertung der pflegerelevanten Hauptdiagnose ab dem 15. Lebensjahr (Erwachsene nach dem BPGG)

Insgesamt wurden 107.197 pflegerelevante Hauptdiagnosen nach 2.772 ICD-10 Codes ausgewertet.

Es wurden 19 Gruppen an Krankheitsbildern gebildet. In diese Gruppen wurden alle zugehörigen Codierungen unabhängig von der Pflegegeldstufe aufgenommen.

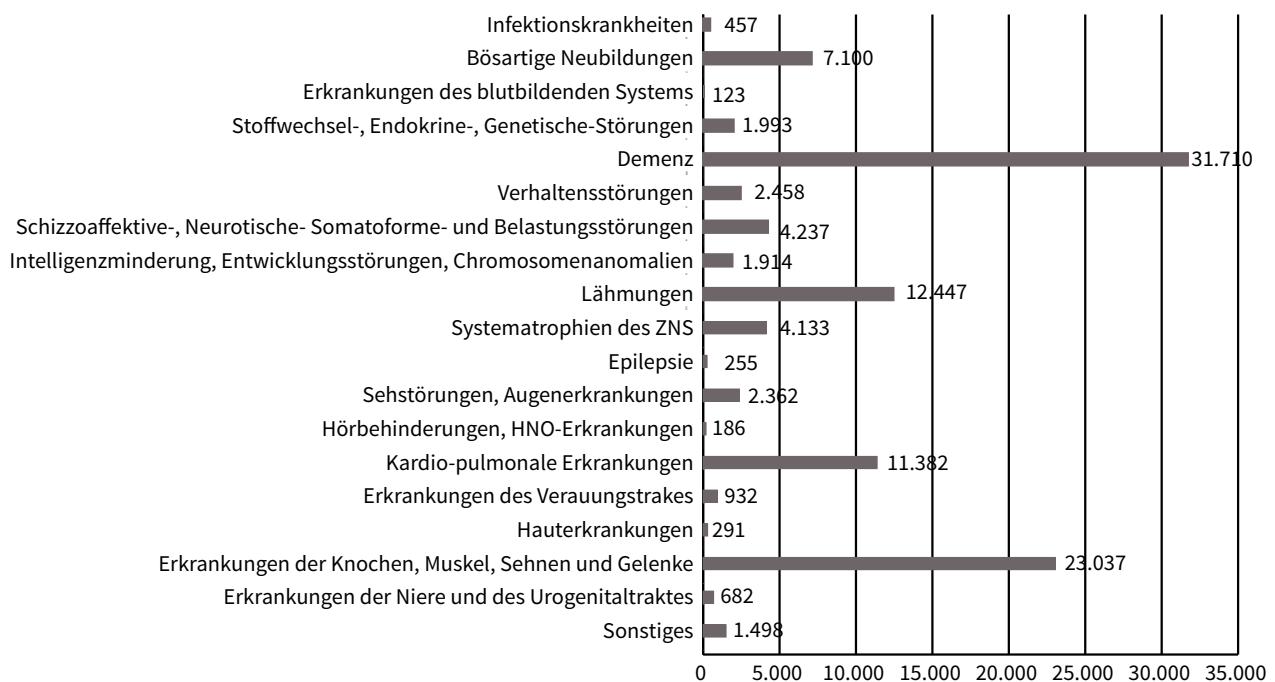
Die Anzahl, die nach R00 bis R99 codiert waren, betrug 24.352 (22,7%). Nach R00 bis R99 werden jene codiert, deren Symptome mit ziemlicher Sicherheit auf eine bestimmte Diagnose hindeuten, jedoch noch **keine genaue Diagnose** erstellt wurde oder erstellt werden konnte. Bei der Zuordnung in die 19 Gruppen wurden aus dem R-Kapitel folgende Erkrankungen übernommen:

- 13.144 zu Demenz
- 7.427 zu Erkrankungen der Knochen, Muskel, Sehnen und Gelenke
- 2.664 zu Lähmungen
- 1.117 zu anderen Gruppen

Tabelle 11: Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in den 19 Gruppen an Krankheiten

Krankheitsbilder	Anzahl	%
Infektionskrankheiten	457	0 %
Bösartige Neubildungen	7.100	7 %
Erkrankungen des blutbildenden Systems	123	0 %
Stoffwechsel-, Endokrine-, Genetische-Störungen	1.993	2 %
Demenz	31.710	30 %
Verhaltensstörungen	2.458	2 %
Schizoaffective-, Neurotische- Somatoforme- und Belastungsstörungen	4.237	4 %
Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen, Chromosomenanomalien	1.914	2 %
Lähmungen	12.447	12 %
Systematrophien des ZNS	4.133	4 %
Epilepsie	255	0 %
Sehstörungen, Augenerkrankungen	2.362	2 %
Hörbehinderungen, HNO-Erkrankungen	186	0 %
Kardio-pulmonale Erkrankungen	11.382	11 %
Erkrankungen des Verdauungstraktes	932	1 %
Hauterkrankungen	291	0 %
Erkrankungen der Knochen, Muskel, Sehnen und Gelenke	23.037	21 %
Erkrankungen der Niere und des Urogenitaltraktes	682	1 %
Sonstiges	1.498	1 %
Gesamt	107.197	100 %

Grafik 1: Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in den 19 Gruppen an Krankheiten



Die **häufigsten Ursachen von Pflegebedürftigkeit** sind Demenz mit 30 % gefolgt von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates mit 23 % und etwa gleich bedeutend sind Lähmungen mit 12 % und kardiopulmonale Erkrankungen mit 11 %.

Für die fünf häufigsten Krankheitsbilder wurde jeweils eine Auswertung über die Verteilung in den 7 Pflegegeldstufen vorgenommen.

Schlussfolgerungen

Bei der Gruppe ab dem 15. Lebensjahr wurden 24.352 Codierungen nach R00 bis R99 vorgenommen. Das heißt, dass in **22,7 % zum Zeitpunkt der Begutachtung keine genaue medizinische** Diagnose vorlag, sondern die Symptome lediglich mit ziemlicher Sicherheit auf eine bestimmte Diagnose hindeuten.

Bei **Demenzen liegt der Anteil der nicht eindeutigen Diagnosen bei 41 %**. Bei diesen Pflegebedürftigen fehlt zum Zeitpunkt der Begutachtung eine Diagnostik entsprechend den Empfehlungen der Fachgesellschaft (state of the art). In Fachkreisen ist bekannt, dass bei rund 30 % der vermuteten Demenzen andere Erkrankungen Ursache der Symptomatik sind und bei entsprechender Diagnostik und medizinischer Therapie die Symptome wesentlich gebessert werden könnten. Es sollten **Anreize für eine zeitnahe (fach)ärztliche Diagnostik und Therapie** geschaffen werden.

Die relativ gleichmäßige Verteilung in den Stufen 1 bis 5 bei der Auswertung der Stufenverteilung der Demenz zeigt, dass auch in den niedrigen Stufen der Pflegebedarf wegen Demenz von Relevanz ist und der notwendige Unterstützungsbedarf bei der Begutachtung berücksichtigt wird. Dieses Ergebnis bestätigt auch die **Treffsicherheit der Pflegemaßnahme „Erschwernispauschale“**.

24 % der pflegerelevanten Hauptdiagnosen des Stütz- und Bewegungsapparates sind Frakturen. Mit einer **zeitnah einsetzenden Mobilisierung und altersangepassten Rehabilitation könnte die Selbständigkeit und Lebensqualität dieser Betroffenen wesentlich gebessert** werden.

Die dritthäufigste pflegerelevante Hauptdiagnose sind Lähmungen, vorrangig als Folge eines zerebrovasculären Geschehens. Das Ergebnis bestätigt, dass der Schlaganfall häufige Ursache für bleibende Behinderungen im Erwachsenenalter ist.

Sowohl degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates als auch neurologische Erkrankungen lösen im Alter durch Muskelschwäche, eingeschränktes Koordinationsvermögen und Unsicherheit Gangstörungen aus. Konsequentes Kraft- und Koordinationstraining führt, wie Studien zeigen, zu wesentlich mehr Sicherheit bei der Mobilität und reduziert die Gefahr von schwerwiegenden Sturzfolgen.

Präventive Ansätze ergeben sich aus dem hohen Anteil an Diabetes und Adipositas bei den Stoffwechselerkrankungen, den kardialen und pulmonalen Erkrankungen und den Erkrankungen des Bewegungsapparates, wobei einladende Programme (auch) auf die Gruppe der älteren und betagten Menschen abgestimmt werden sollten. Es geht um **Ernährung, regelmäßige Bewegung, gezieltes Kraft- und Koordinationstraining** auch im höheren und hohen Alter.

Auswertung der pflegerelevanten Hauptdiagnosen bis zum 15. Lebensjahr (Kindern und Jugendlichen)

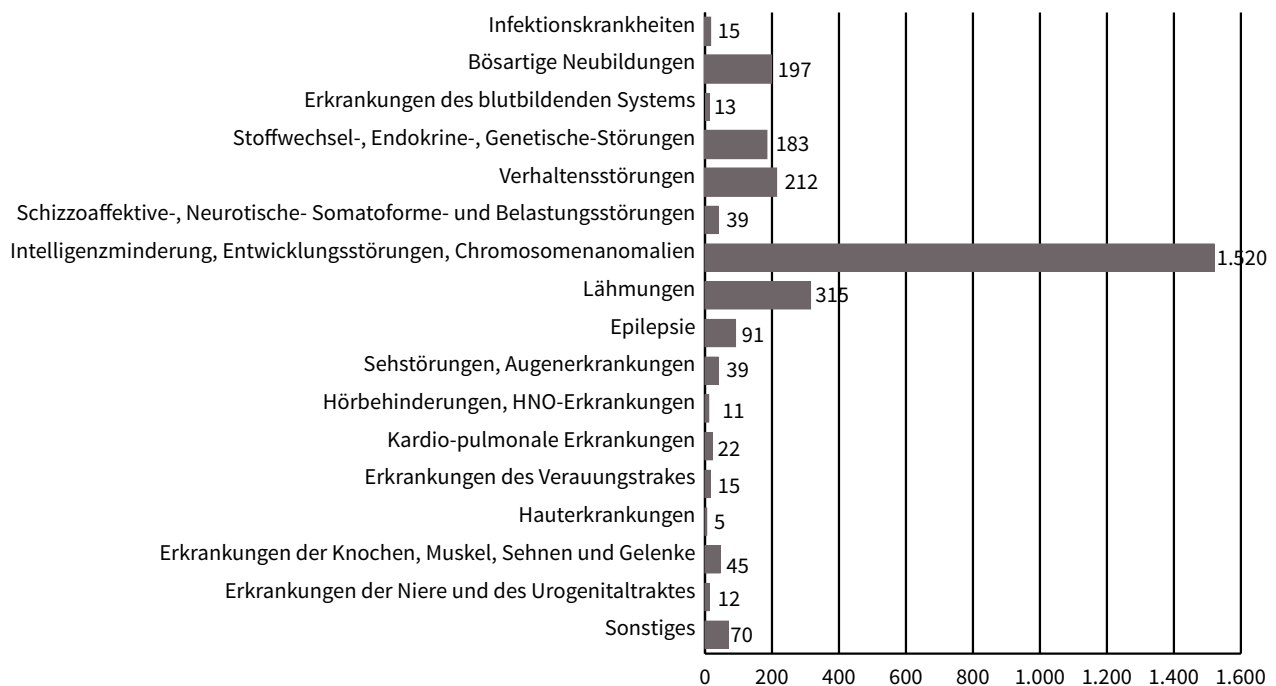
Insgesamt wurden 2.804 pflegerelevante Hauptdiagnosen nach 582 ICD-10 Codes ausgewertet.

Es wurden 17 Gruppen an Krankheitsbildern gebildet. In diese Gruppen wurden alle zugehörigen Codierungen unabhängig von der Pflegegeldstufe aufgenommen.

Tabelle 12: Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in den 17 Gruppen an Krankheiten

Krankheitsbilder	Anzahl	%
Infektionskrankheiten	15	1 %
Bösartige Neubildungen	197	7 %
Erkrankungen des blutbildenden Systems	13	0 %
Stoffwechsel-, Endokrine-, Genetische-Störungen	183	7 %
Verhaltensstörungen	212	8 %
Schizzoaffektive-, Neurotische- Somatoforme- und Belastungsstörungen	39	1 %
Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen, Chromosomenanomalien	1.520	54 %
Lähmungen	315	11 %
Epilepsie	91	3 %
Sehstörungen, Augenerkrankungen	39	1 %
Hörbehinderungen, HNO-Erkrankungen	11	0 %
Kardio-pulmonale Erkrankungen	22	1 %
Erkrankungen des Verdauungstraktes	15	1 %
Hauterkrankungen	5	0 %
Erkrankungen der Knochen, Muskel, Sehnen und Gelenke	45	2 %
Erkrankungen der Niere und des Urogenitaltraktes	12	2 %
Sonstiges	70	3 %
Gesamt	2804	100 %

Grafik 2: Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in den 17 Gruppen an Krankheiten



Die Anzahl jener, die nach R00 bis R99 codiert waren, ist vernachlässigbar gering. Nach R00 bis R99 werden jene codiert, deren Symptome mit ziemlicher Sicherheit auf eine bestimmte Diagnose hindeuten, jedoch noch keine genaue Diagnose erstellt wurde oder nicht gestellt werden konnte.

Für die fünf häufigsten Krankheitsbilder wurde jeweils eine Auswertung über die Verteilung in den 7 Stufen vorgenommen und grafisch dargestellt.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Kinder und Jugendliche mit Anspruch auf Pflegegeld sind **nahezu durchgängig eindeutig diagnostiziert**.

Kinder und Jugendliche, die Anspruch auf Pflegegeld haben, sind eher **schwer bis sehr schwer** erkrankt oder behindert.

Weit überwiegend sind **Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderungen und Chromosomenanomalien (54 %)**, gefolgt von Lähmungen einschließlich infantilen Zerebralpareesen (11 %), akuten Leukämien und Hirntumore Hauptursachen der Pflegebedürftigkeit.

Präventive Ansätze ergeben sich aus dem hohen Anteil an **Diabeteserkrankungen** (Diabetes mellitus vom Typ II) bei den Stoffwechselstörungen und bei den Verhaltensstörungen mit einem hohen Anteil an **hyperkinetischen Erkrankungsformen** (wie ADHS).

1.4. Das Angehörigengespräch

Entlastung für pflegende Angehörige

Mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2015 wurde im Bundespflegegeldgesetz in § 33a Abs. 1 die Grundlage für **Hausbesuche auf Wunsch** im Rahmen der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege und in § 33a Abs. 2 die Grundlage für **Unterstützungsgespräche für pflegende Angehörige** mit psychischen Belastungen, als Beitrag zur Prävention und als qualitätssichernde Maßnahme, geschaffen (BGBl. I Nr. 12/2015).

Auswertungen aus der „**Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege**“ belegen, dass pflegende Angehörige oftmals psychisch belastet sind.

Um diesem Personenkreis eine besondere Unterstützung anbieten zu können, wurde in Zusammenarbeit von Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG), dem Arbeiter-Samariter-Bund Österreich (ASBÖ), dem Bundesverband österreichischer PsychologInnen (BÖP), dem Kompetenzzentrum der SVA der Bauern und dem Sozialministerium das Pilotprojekt **Angehörigengespräch** ins Leben gerufen. Die Evaluierungsergebnisse des Pilotprojektes, welches von August 2014 bis April 2015 in fünf Bundesländern durchgeführt wurde, waren durchwegs positiv, sodass die österreichweite Umsetzung in Etappen als weitere Maßnahme zur Entlastung pflegender Angehöriger erfolgte. Seit Beginn des Jahres 2016 wird das Angehörigengespräch in ganz Österreich angeboten.

Das Konzept

Diese Maßnahme ist niederschwellig konzipiert und soll zur Prävention von gesundheitlichen Beeinträchtigungen beitragen, die sich durch die anstrengende Pflege und Betreuung in der Familie ergeben.

Jene Angehörige, die zuvor beim Hausbesuch durch die „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ eine psychische Belastung angegeben haben, soll mittels Angehörigengespräch geholfen werden, die eigene Gesundheit zu erhalten bzw. zu verbessern und die Pflegesituation insgesamt zu entlasten. Bestehende Ressourcen werden analysiert und individuelle Handlungsoptionen identifiziert, etwa durch:

- das Bewusstmachen der eigenen Stärken und Kräfte,
- das Erkennen der persönlichen Grenzen und Leistungsfähigkeit,
- das Achten auf das eigene Wohlbefinden,
- die Vermittlung von Strategien zur Situationsbewältigung, sowie
- die Information zu regional verfügbaren Unterstützungsstrukturen.

Der Hausbesuch im Rahmen der „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ und das Angehörigengespräch verfolgen unterschiedliche Zwecke. Der erste Hausbesuch durch eine diplomierte Pflegefachkraft hat die pflegebedürftige Person selbst und die Pflegeberatung im Fokus. Der zweite Hausbesuch hingegen ist eigens für pflegende Angehörige gedacht, um Probleme, die sich aufgrund der belastenden Pflegesituation ergeben, aufarbeiten zu können.

Vorwiegend werden Klinische und GesundheitspsychologInnen sowie SozialarbeiterInnen eingesetzt. Im Rahmen der Umsetzung der Demenzstrategie (insbesondere des Wirkungszieles 3 „Wissen und Kompetenz stärken“), wurde die Fortbildung „Aktuelle neuropsychologische Diagnostik und Behandlung“ für die Beraterinnen und Berater angeboten.

Das vertrauliche Gespräch kann sowohl zuhause als auch an einem anderen Ort stattfinden, was sich sehr bewährt hat. Für das Angehörigengespräch entstehen keine Kosten.

Auswertung des Angehörigengesprächs

Das Kompetenzzentrum „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ der SVA der Bauern hat eine Auswertung zum Angehörigengespräch für das Jahr 2016 erstellt. Die Auswertung umfasst **438 erfolgreich durchgeführte Angehörigengespräche**, wobei 63,2% aller Beratungen in der Steiermark, in Niederösterreich oder in Wien erfolgten.

Unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. langjährige Pflege oder Pflege von zwei oder mehreren Personen) konnte pflegenden Angehörigen noch eine zweite Gesprächseinheit offeriert werden. Von dieser Möglichkeit haben 197 Personen (45%) Gebrauch gemacht, sodass **insgesamt 635 Gespräche** stattgefunden haben. Mit Beginn des Jahres 2017 entfielen die erforderlichen Kriterien für eine zweite Gesprächseinheit zur Gänze.

132 Gespräche wurden vor Ort oder telefonisch abgesagt. Als Gründe dafür wurden genannt: Die Belastung wurde geringer, Zeitmangel, Inanspruchnahme professionelle Hilfe, Tod der der pflegebedürftigen Person.

Die folgende **Auswertung bezieht sich jeweils auf 438 Personen** und liefert folgende Ergebnisse:

Der überwiegende Anteil der **pflegenden Angehörigen**, nämlich 80,8% ist weiblich. 31,3% der Frauen ist im Alter zwischen 51 und 60 Jahren. Die meisten Männer sind zwischen 71 und 75 Jahren alt. Das Durchschnittsalter beider Geschlechter liegt bei 62 Jahren.

Im Zuge des Angehörigengesprächs wurden vorwiegend folgende Belastungen thematisiert:

- Am häufigsten wurden „Verantwortung“ genannt – 80,9%,
- 77,9% gaben „Verzicht/Einschränkungen“ an,
- 77,6% nannten „Angst/Sorge“ und
- 62,1% fühlen sich überfordert.
- 45,7% berichten von Schlafstörungen.
- Für jene 54 Angehörigen, die zwei oder mehrere Menschen pflegen, ist auch der Zeitdruck ein drängendes Problem (53,7%).

Die Anzahl der psychischen Belastungen, welche von Angehörigen genannt wurden, steht im direkten Zusammenhang mit der Pflegedauer und der Pflegegeldstufe. Mehr als die Hälfte der Gespräche wurde von Angehörigen wahrgenommen, die bereits seit mehr als 4 Jahren pflegen. Von diesen 226 Angehörigengesprächen waren jeweils 43 (19%) bei Bezug eines Pflegegeldes der Stufe 3 oder 4 zu verzeichnen. Die Mehrheit gab 4 oder 5 Belastungen an.

29,2% der Gespräche wurden auf Wunsch der Angehörigen außerhalb des Hauses bzw. der Wohnung geführt.

Bei den **hilfebedürftigen Personen** überwiegt der Anteil der Männer mit 50,5%. Knapp drei Viertel werden von ihren Ehefrauen oder Partnerinnen gepflegt. Bei Frauen wird überwiegend (78,7%) die (Schwieger-)Mutter betreut.

Die meisten Pflegegeld-Bezieherinnen und -Bezieher sind im Alter zwischen 81 und 90 Jahren (35,2%), gefolgt von 76 bis 80 Jahren (15,5%). Das Durchschnittsalter der zu pflegenden Menschen liegt bei 74 Jahren.

Hauptsächlich wird ein Pflegegeld der Stufe 2 (19,9%), der Stufe 3 (19,4%) oder der Stufe 4 (18,3%) bezogen.

Ressourcen

Im Zuge des Angehörigengesprächs werden vorhandene Ressourcen⁴, über die pflegende Angehörige selbst verfügen sowie jene, die in ihrem Umfeld zu finden sind, identifiziert und besprochen. Diese können konkrete Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen im Bereich der psychischen Belastungen geben. Die angewandten Ressourcen bieten pflegenden Angehörigen jedoch eine

⁴ Mischke Claudia (2012): Ressourcen von pflegenden Angehörigen. Entwicklung und Testung eines Assessmentinstruments; Hungen, hpsmedia; S. 79–82

gute, übersichtliche Darstellung und Orientierung ihrer vielfältigen Optionen, auf die im Hinblick auf erlebte psychische Belastungen Bezug genommen werden kann.

Die anschließende Tabelle zeigt eine Auswahl von Ressourcen und Potenzialen, die in den Angehörigengesprächen zur besseren Bewältigung der Pflege- und Betreuungssituation erarbeitet und identifiziert wurden bzw. welche eventuell im künftigen Pflegeverlauf noch dazu gewonnen und eingesetzt werden können.

Ressourcenkategorien pflegender Angehöriger:

Tabelle 13: Objektressourcen

Ressourcen	Prozent
Wohnsituation	87,4 %
Notwendige Grundlagen für die Pflege	84,9 %
Transportmöglichkeiten	77,2 %
Soziale Sicherheit und Sicherheit der eigenen Zukunft	75,1 %

Tabelle 14: Lebensbedingungen und -umstände

Ressourcen	Prozent
Familienstabilität	72,4 %
Unterstützung durch kompetente und engagierte Ärzte/Ärztinnen	68,7 %
Soziale Beziehung und Begleitung	65,1 %
Unterstützung und Hilfe durch das soziale Netz	51,8 %

Tabelle 15: Persönliche Ressourcen

Ressourcen	Prozent
Gefühl, dass das Leben Sinn macht	81,1 %
Gefühl für andere wichtig zu sein	80,4 %
Gefühl eine gute Beziehung zu der/dem Pflegebedürftigen zu haben	76,5 %
Gefühl der eigenen sozialen Sicherheit	70,3 %
Handlungskompetenzen	68,7 %

Tabelle 16: Energieressourcen

Ressourcen	Prozent
Geld bzw. finanzielle Möglichkeiten	71,5 %
Information und Wissen	65,8 %
Soziale Netzwerke/Beziehungen	63,0 %
Personenbezogene Energiequellen	59,8 %

Tabelle 17: Andere Ressourcen

Ressourcen	Prozent
z.B. Garten, Natur, Hobbies, (Haus-) Tiere, Körperliche Aktivitäten	18,5 %

Ziele zur Entlastung der Pflegesituation

Zum Abschluss des Gesprächs haben die beratenen Personen folgende Ziele ins Auge gefasst, um die Pflegesituation in Zukunft zu entlasten:

- Auf die eigene Gesundheit achten 61,2 %
- Freizeit/Auszeit (erhöhen) 55,3 %
- Selbstfürsorge 50,9 %
- Private Entlastung/Unterstützung 25,1 %
- Glaube/spirituelle Ressourcen 24,9 %
- BürgerInnenservice/Information(-smaterial und -adressen) 12,1 %
- Mobiler Dienst 11,2 %
- Kurzzeitpflege 11,0 %
- Angehörigenberatung/-begleitung 8,9 %
- Demenzberatung 7,8 %

Die ersten drei Ziele zeigen deutlich, dass die gesundheitliche Prävention als vorrangig erkannt wird und pflegende Angehörige im Gespräch den Fokus auf sich selbst richten.

Die **Psychologinnen und Psychologen** sowie **Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter** haben vorwiegend folgende Schritte empfohlen:

- Selbstfürsorge 84,9 %
- Auf eigene Gesundheit achten 84,7 %
- Glaube/spirituelle Ressourcen 76,9 %
- Freizeit/Auszeit (erhöhen) 74,7 %
- Private Entlastung/Unterstützung 48,6 %
- Angehörigenberatung/-begleitung 37,9 %
- BürgerInnenservice/Information(-smaterial und -adressen) 36,8 %
- Mobiler Dienst 32,7 %
- Kurzzeitpflege 20,6 %
- Demenzberatung 22,4 %

Das Angehörigengespräch wird bei Bedarf im Zuge der Hausbesuche der diplomierten Pflegefachkräfte der „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ in ganz Österreich angeboten. Falls ein Gespräch gewünscht ist, wird dieses ehestmöglich durch das Kompetenzzentrum der SVA der Bauern organisiert.

Ab 2017 wird das Angehörigengespräch österreichweit auch auf Wunsch hin angeboten.

1.5. Der Pflegefonds

Mit dem am 30. Juli 2011 in Kraft getretenen Pflegefondsgesetz (PFG), BGBl. I Nr. 57/2011, wurde ein bedeutsamer Schritt für die Pflegevorsorge in Österreich gesetzt.

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

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

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

Mit der Novelle zum PFG vom 6. August 2013, BGBl. I Nr. 173/2013, wurde die Dotierung des Pflegefonds für die Jahre 2015 und 2016 mit einer Gesamthöhe von 650 Millionen Euro sichergestellt. Neben der Finanzierung der Sicherung bzw. des Aus- und Aufbaues der bereits vorhandenen Angebote wurde verstärkt die Finanzierung der Förderung von Maßnahmen zur Durchführung von innovativen Projekten und zur begleitenden Qualitätssicherung ermöglicht, um den Erfordernissen der Zukunft und neuen Anforderungen gerecht werden zu können.

Verlängerung des Pflegefonds bis 2021

Als Ergebnis der abgeschlossenen Verhandlungen zum Finanzausgleich im Jahr 2016 konnte eine Verlängerung der Dotierung für die Jahre 2017 bis 2021 von insgesamt 1.914 Millionen Euro (ab 2018 jährliche Valorisierung der Dotierung des Pflegefonds um 4,5 %) erzielt werden.

Für die Erweiterung der Angebote der Hospiz- und Palliativbetreuung werden für die Dauer der Finanzausgleichsperiode 2017 bis 2021 zusätzlich 18 Millionen Euro jährlich zweckgebunden zur Verfügung gestellt (auch für teilstationäre und stationäre Angebote).

Die Novelle des PFG, welche am 1. Jänner 2017 in Kraft trat (BGBl. I Nr. 22/2017), umfasst zudem insbesondere folgende Neuerungen:

- Einführung eines Ausgabenpfades; die jährlichen prozentuellen Steigerungen der Bruttoausgaben aller Länder im Bereich der Sicherung sowie des Aus- und Aufbaus der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen dürfen nicht mehr als 4,6% ausmachen
- Verbesserung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei der Kostenverrechnung im Bereich des mobilen und stationären Dienstleistungsangebotes
- Anwesenheit oder Erreichbarkeit im Rahmen einer Rufbereitschaft eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin während der Nachtstunden in stationären Einrichtungen
- ausreichende Anzahl an angestelltem, fachlich qualifizierten Personal der Berufsbilder sowohl der Gesundheits- und Krankenpflege und der Sozialbetreuungsberufe entsprechend der Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen sowie der Art und dem Ausmaß der diesen zu erbringenden Leistungen
- Harmonisierung der Rahmenbedingungen bzw. Aufnahmekriterien in stationären Einrichtungen
- Ausstattung stationärer Pflege- und Betreuungseinrichtungen bundesweit durch Qualitätssicherungssysteme (Zielwert von 50% bis 2021)
- Berichterstattung an den Arbeitskreis für Pflegevorsorge über die Ergebnisse der Planungen im Zweijahresrhythmus (ab 2019)
- Übermittlung jährlich zu aktualisierender Planungsunterlagen mit einem Planungshorizont von mindestens 5 Jahren an das Sozialministerium (2019 und 2021).

Die Umsetzung der im Rahmen der Novelle zum Pflegefondsgesetz, BGBl. I Nr. 22/2017, verankerten Neuerungen im Bereich der Harmonisierung des Dienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege werden einem beim Bundesministerium für Finanzen angesiedelten Monitoring zum Finanzausgleich unterzogen.

Richtversorgungsgrad

Mit der Novelle zum PFG vom 6. August 2013, BGBl. I Nr. 173/2013, wurde ein einheitlicher Richtversorgungsgrad eingeführt. Der Versorgungsgrad spiegelt den Anteil betreuter Personen an den pflegebedürftigen Menschen im Bundesland (gemessen an der Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher im Bundesland) wieder. Der für die Jahre 2012 bis 2016 ermittelte Versorgungsgrad der jeweiligen Bundesländer ist in der nachstehenden Tabelle ersichtlich. Der Richtversorgungsgrad ist für alle Bundesländer gleich hoch, wobei die Ausgestaltung des Betreuungs- und Beratungsangebotes den regionalen Erfordernissen folgt. Für die Jahre 2011 bis 2013 wurde der Richtversorgungsgrad mit 50 vH, für die Jahre 2014 bis 2016 mit 55 vH und für die Jahre 2017 bis 2021 mit 60 vH festgelegt.

Tabelle 18: Versorgungsgrad in den Jahren 2012 bis 2016 nach Bundesländern

Bundesland	2012	2013	2014	2015	2016
Burgenland	52,4%	54,1%	58,6%	60,7%	63,1%
Kärnten	60,4%	61,6%	65,9%	61,8%	64,8%
Niederösterreich	56,3%	57,1%	58,1%	65,5%	66,0%
Oberösterreich	60,6%	62,3%	64,0%	66,5%	67,3%
Salzburg	63,4%	66,7%	67,3%	69,1%	70,0%
Steiermark	58,6%	59,2%	61,8%	64,2%	65,8%
Tirol	64,8%	67,9%	70,8%	74,7%	75,2%
Vorarlberg	82,3%	82,9%	83,3%	85,9%	86,1%
Wien	65,1%	65,7%	67,8%	69,4%	70,1%

Mittelverwendung

Für den Aufbau, Ausbau und die Sicherung folgender Angebote der Langzeitpflege können die Zweckzuschussmittel eingesetzt werden:

- Mobile Betreuungs- und Pflegedienste
- Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste
- Teilstationäre Tagesbetreuung
- Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen
- Case- und Caremanagement
- Alternative Wohnformen
- Mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste (ab 2017)
- Begleitende qualitätssichernde Maßnahmen
- Innovative Projekte

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

Für das Jahr 2016 wurden den Ländern aus dem Pflegefonds folgende Mittel zur Verfügung gestellt:

Tabelle 19: Pflegefondsmittel für das Jahr 2016 nach Bundesländern

Bundesland	Mittel (in Euro)*
Burgenland	11.763.757,32 €
Kärnten	22.744.262,46 €
Niederösterreich	66.776.042,79 €
Oberösterreich	58.586.210,15 €
Salzburg	21.953.461,75 €
Steiermark	49.816.364,51 €

Bundesland	Mittel (in Euro)*
Tirol	29.689.933,53 €
Vorarlberg	15.433.364,77 €
Wien	73.168.222,73 €
Gesamt	349.931.620,00 €

* abzüglich der Kostenbeiträge für die Statistik Österreich

Der Bundesanstalt Statistik Österreich wurde im Jahr 2016 der Aufwand für die erbrachten Leistungen in Höhe von 68.380,00 Euro gemäß § 5 Abs. 7 PFG aus Mitteln des Pflegefonds ersetzt.

Tabelle 20: Verlauf ausbezahlter Pflegefondsmittel nach Bundesländern - in Mio. Euro (kaufmännische Rundung)

Bundesland	2011	2012	2013	2014**	2015***	2016
Burgenland	3,4	5,1	6,8	8,0	10,1	11,8
Kärnten	6,7	10,0	13,2	15,5	19,6	22,7
Niederösterreich	19,2	28,8*	38,4	45,0	57,4	66,8
Oberösterreich	16,9	25,2	33,6	39,5	50,3	58,6
Salzburg	6,3	9,5	12,6	14,8	18,8	22,0
Steiermark	14,4	21,6	28,8	33,7	42,9	49,8
Tirol	8,4	12,6	16,9	19,9	25,4	29,7
Vorarlberg	4,4	6,6	8,8	10,4	13,2	15,4
Wien	20,2	30,4	40,8	53,2	57,3	73,2

Anmerkungen:

* Bereinigung im Jahresbericht 2013 (Niederösterreich im Jahr 2012).

** Für das Jahr 2014 wurde die Aufrollung für 2013 sowie der Mittelvorgriff Wiens (4,8 Mio. Euro) berücksichtigt.

*** Für das Jahr 2015 wurde der Abzug des Mittelvorgriffs Wiens (4,8 Mio. Euro) berücksichtigt.

1.6. Die Pflegedienstleistungsdatenbank

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

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

Mit der PDStV 2012 wurden Art und Umfang der von den Ländern zu übermittelnden Daten geregelt, relevante Erhebungsmerkmale definiert und für die einzelnen Pflege- und Betreuungsdienste detailliert festgelegt.

Mit der Verordnung wurde die Erreichung insbesondere folgender Zielsetzungen angestrebt:

- Einrichtung einer Pflegedienstleistungsdatenbank
- Schaffung konkretisierter und verbindlicher Begriffsbestimmungen im Zusammenhang mit den für die Erstellung der Pflegedienstleistungsstatistik relevanten Erhebungsmerkmalen
- Verankerung der zu erhebenden und zu übermittelnden Erhebungsmerkmale in den sechs Pflege- und Betreuungsdiensten
- Schaffung einer adäquaten österreichweiten Pflegedienstleistungsstatistik
- Verbesserung der Datenlage im Bereich der Betreuungs- und Pflegedienste
- Verbesserung der Validität, Vergleichbarkeit und Transparenz der Daten
- Schaffung der statistischen Grundlage für die Auszahlung der Zweckzuschüsse

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

Von der Bundesanstalt Statistik Österreich werden auf Basis der Pflegedienstleistungsdatenbank jährlich Pflegedienstleistungsstatistiken in aggregierter Form erstellt. Mit Hilfe dieser Pflegedienstleistungsstatistiken werden die in den einzelnen Bundesländern erbrachten Leistungen im Bereich der Langzeitpflege dargestellt. In diesem Zusammenhang wird auf die unter Kapitel „Soziale Dienstleistungen“ dargestellten Kernprodukte der Länder und Gemeinden für die Pflege und Betreuung hingewiesen.

1.7. Vorschlag der Europäischen Kommission zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Die VO (EG) Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 hat zum Ziel, die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit zu koordinieren. Ihr Anwendungsbereich erstreckt sich gemäß Art. 3 auf bestimmte Zweige der sozialen Sicherheit, zu denen gemäß Art. 3 Abs. 1 auch Leistungen bei Krankheit zählen. Am 8. März 2011 hat der Gerichtshof der Europäischen Union (im Folgenden: EuGH) in der Rechtssache C 215/99, Jauch, entschieden, dass das Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz bei einer gemeinschaftsrechtlichen Begriffsauslegung als eine „Leistung bei Krankheit“ im Sinne des Art. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 anzusehen ist.

Diese Entscheidung hat zur Konsequenz, dass das Pflegegeld den Koordinierungsvorschriften der Verordnung, insbesondere dem Kapitel 1 über Leistungen bei Krankheit, unterliegt. Dieses sieht

in seinem Art. 17 (iVm Art. 35) vor, dass Versicherte, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen, in dem Wohnmitgliedstaat Sachleistungen vom dort zuständigen Träger erhalten, und zwar unter Rückerstattung durch den Träger des zuständigen Mitgliedstaates. Demgegenüber sind Geldleistungen gemäß Art. 21 bei einem Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat vom Träger des zuständigen Mitgliedstaates zu erbringen, mit anderen Worten gesagt also vom jeweils zuständigen Staat in den Wohnortmitgliedstaat zu exportieren.

Welcher Mitgliedstaat der zuständige Staat ist, richtet sich gemäß Art. 11 danach, welche Anknüpfungen der Einzelne zu einem Mitgliedstaat hat. Übt eine Person eine Beschäftigung oder eine selbständige Erwerbstätigkeit in einem Mitgliedstaat aus, so unterliegt sie den Vorschriften eben dieses Mitgliedstaates (lit. a). Liegt überhaupt kein in Art. 11 lit. a bis d aufgezähltes Anknüpfungsmoment wie etwa der Sitz der Verwaltungseinheit bei Beamten vor, so unterliegt die Person den Leistungen des Wohnmitgliedstaates.

In ihrem Zusammenhalt bewirken die genannten Bestimmungen, dass im Falle der Zuständigkeit Österreichs Pflegegeld auch an Personen ausbezahlt ist, die einen Pflegegeldanspruch nach österreichischem Recht haben, sich aber in EWR-Staaten bzw. der Schweiz aufhalten. Dementsprechend wird seit dem Urteil des EuGH in der Rechtssache Jauch das österreichische Pflegegeld auch ins EWR-Ausland bzw. in die Schweiz exportiert.

Am 13. Dezember 2016 hat die Europäische Kommission nun einen Entwurf ausgegeben, der einen Vorschlag zur Änderung der VO (EG) Nr. 883/2004 enthält. Er beinhaltet auch Änderungsvorschläge, die sich auf Leistungen bei Pflegegebedürftigkeit beziehen. Insbesondere sieht der Entwurf eine eigene Begriffsdefinition der „Leistungen bei Pflegegebedürftigkeit“ vor. Darunter ist nach dem Vorschlag eine Sachleistung, eine Geldleistung oder eine Kombination aus beiden Leistungen zu verstehen, und zwar für Personen, die über einen längeren Zeitraum aufgrund ihres Alters, einer Behinderung, einer Krankheit oder einer Beeinträchtigung beträchtliche Unterstützung zur Verrichtung grundlegender alltäglicher Tätigkeiten durch eine oder mehrere andere Personen benötigen. Eingeschlossen soll ferner die Unterstützung ihrer persönlichen Unabhängigkeit sein. Nach dem Entwurf sollen von den Leistungen bei Pflegegebedürftigkeit auch solche Leistungen umfasst sein, die der Person bzw. für die Person gewährt werden, die eine derartige Unterstützung erbringt.

Neben der Begriffsdefinition sieht der Entwurf außerdem ein eigenes Kapitel für Leistungen bei Pflegegebedürftigkeit vor (Kapitel 1a), das aus Art. 35a, 35b und 35c besteht. Art. 35a trägt die Überschrift „Allgemeine Bestimmungen“ und ordnet zunächst an, dass – unbeschadet der besonderen Bestimmungen des Kapitels 1a – das Kapitel über Leistungen bei Krankheit entsprechend gilt. Das hat zur Folge, dass – ähnlich wie bisher – weitgehend das Krankheitskapitel anzuwenden ist.

Neu ist demgegenüber, dass die Verwaltungskommission gemäß Art. 35a Abs. 2 eine ausführliche Liste der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu erstellen hat, die die Voraussetzungen der Legaldefinition erfüllen. Diese Leistungen haben zudem in Geld- und Sachleistungen aufgeschlüsselt zu sein. Wie bisher räumt Art. 35a Abs. 3 den Mitgliedstaaten sodann die Möglichkeit ein, Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit auch nach anderen Kapiteln der Verordnung zu koordinieren.

Art. 35b enthält im Anschluss daran Vorschriften über das Zusammentreffen von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, die im Wesentlichen dem derzeit noch geltenden Art. 34 entsprechen.

In Artikel 35c wird schließlich die Erstattung von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zwischen den Trägern geregelt. Dabei legt Abs. 1 zunächst fest, dass Art. 35 über die Erstattung von Leistungen bei Krankheit auch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit anwendbar ist. Abs. 2 normiert anschließend daran, dass bei Fehlen von Rechtsvorschriften über Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit nachrangig die Krankenversicherungsträger für die Erstattung zuständig sind.

Der Kommissionsvorschlag wird derzeit zahlreichen Beratungen unterzogen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit er noch Änderungen unterliegt.

1.8. 24-Stunden-Betreuung

Die 24-Stunden-Betreuung hat sich als bedeutsames Instrumentarium im Rahmen der Pflege daheim etabliert. Zum Zweck der Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung hat das Sozialministerium ein Förderungsmodell entwickelt, mit dem Betreuungsleistungen an pflege- und betreuungsbedürftige Personen (aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung) gefördert werden können. Dieses seit dem Jahr 2007 bestehende Modell der Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Privathaushalten wird von den betroffenen Menschen sehr gut angenommen.

Ziel der Unterstützungsleistung:

- Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung
- Sozialversicherungsrechtliche Absicherung der Betreuung zu Hause
- Verbleib im gewohnten Umfeld
- Finanzielle Unterstützung

Höhe der finanziellen Zuwendung:

- Unselbständige Betreuungskräfte: € 550 bzw. € 1.100 monatlich
- Selbständige Betreuungskräfte: € 275 bzw. € 550 monatlich
- Auszahlung 12 mal jährlich

Als Voraussetzungen für die Förderung gelten:

- Notwendigkeit einer bis zu 24-Stunden-Betreuung
- Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3
- Vorliegen eines Betreuungsverhältnisses nach den Bestimmungen des Hausbetreuungsgesetzes
- Einkommensgrenze: das Einkommen der pflegebedürftigen Person darf €2.500 netto pro Monat nicht überschreiten; diese Einkommensgrenze erhöht sich für jede/n unterhaltsberechtigten/n Angehörige/n
- Pflichtversicherung der Betreuungskraft
- Qualitätserfordernis der Betreuungskraft
 - Theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen jener eines/r Heimhelfers/in entspricht, oder
 - Durchführung der sachgerechten Betreuung der pflegebedürftigen Person seit mindestens sechs Monaten, oder
 - Verfügung über eine delegierte Befugnis zu pflegerischen/ärztlichen Tätigkeiten

Seit dem Jahr 2001 werden im Auftrag des Sozialministeriums durch die Sozialversicherungsanstalt der Bauern im Rahmen der „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ Pflegegeldbezieher und Pflegegeldbezieherinnen, die in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden, von diplomierten Pflegefachkräften - die über ein spezifisches Wissen über die extramurale Pflege und eine hohe Beratungskompetenz verfügen - besucht. Bei diesen Hausbesuchen wird die konkrete Betreuungssituation mittels eines standardisierten Situationsberichtes erfasst.

Im Jahr 2016 wurden im Bereich der 24-Stunden-Betreuung 4.950 erfolgreiche Hausbesuche durchgeführt. Hinsichtlich der Qualität der Betreuungssituation konnten ähnlich gute Ergebnisse wie in den letzten Jahren festgestellt werden. In rund 99,9 % der Fälle kann von einer ordnungsgemäßen bzw. guten Betreuungsqualität gesprochen werden.

Tabelle 21: 24-Stunden-Betreuung - Förderungsansuchen beim Sozialministeriumservice im Jahr 2016

Bundesland	Ansuchen
Burgenland	852
Kärnten	1.018
Niederösterreich	620
Oberösterreich	2.078
Salzburg	545
Steiermark	2.633
Tirol	780
Vorarlberg	680
Wien	1.138
Gesamt	10.344

Tabelle 22: 24-Stunden- Betreuung - Bezieherinnen und Bezieher einer Förderungsleistung im Jahr 2016

Bundesland	Ø BezieherInnen pro Monat	Steigerungen gegenüber Vorjahr
Burgenland	1.738	13,4%
Kärnten	1.551	8,5%
Niederösterreich	6.668	7,5%
Oberösterreich	3.821	6,2%
Salzburg	956	13,4%
Steiermark	4.553	9,3%
Tirol	1.103	9,8%
Vorarlberg	1.237	12,3%
Wien	2.210	7,2%
Gesamt	23.837	8,6%

Tabelle 23: 24-Stunden-Betreuung - Verlauf der durchschnittlichen Bezieherinnen und Bezieher inkl. Steigerung zum Vorjahr

Bundesland	Ø BezieherInnen pro Monat Steigerung zum Vorjahr (in %)				
	2012	2013	2014	2015	2016
Burgenland	1.119	1.202	1.327	1.532	1.738
	23,1%	7,4%	10,4%	15,4%	13,4%
Kärnten	805	1.058	1.238	1.429	1.551
	37,1%	31,4%	17,0%	15,4%	8,5%
Niederösterreich	4.341	4.920	5.570	6.205	6.668
	21,0%	13,3%	13,2%	11,4%	7,5%
Oberösterreich	2.525	2.745	3.183	3.597	3.821
	19,0%	8,7%	16,0%	13,0%	6,2%
Salzburg	543	661	750	843	956
	29,9%	21,7%	13,5%	12,4%	13,4%

Bundesland	Ø BezieherInnen pro Monat Steigerung zum Vorjahr (in %)				
	2012	2013	2014	2015	2016
Steiermark	2.249	3.001	3.659	4.165	4.553
	43,2%	33,4%	21,9%	13,8%	9,3%
Tirol	604	725	879	1.005	1.103
	18,9%	20,0%	21,2%	14,3%	9,8%
Vorarlberg	663	791	954	1.102	1.237
	24,6%	19,3%	20,6%	15,5%	12,3%
Wien	1.234	1.509	1.749	2.062	2.210
	23,2%	22,3%	15,9%	17,9%	7,2%
Gesamt	14.083	16.611	19.308	21.940	23.836
	25,3%	18,0%	16,2%	13,6%	8,6%

Tabelle 24: 24-Stunden-Betreuung - Aufwand Bund und Länder im Jahr 2016

Bundesland	Aufwand (in Mio. €)	Steigerungen gegenüber Vorjahr
Burgenland	8,7	13,6%
Kärnten	9,6	7,2%
Niederösterreich	41,6	8,6%
Oberösterreich	25,4	5,4%
Salzburg	6,1	9,0%
Steiermark	28,9	9,8%
Tirol	7,1	8,7%
Vorarlberg	8,3	11,0%
Wien	14,8	7,5%
Gesamt	150,5	8,5%

Tabelle 25: 24-Stunden-Betreuung - Verlauf Aufwand Bund und Länder inkl. Steigerung zum Vorjahr (kaufmännisch gerundet)

Bundesland	Aufwand (in Mio. €) Steigerung zum Vorjahr (in %)				
	2012	2013	2014	2015	2016
Burgenland	4,8	5,6	6,6	7,7	8,7
	15,9%	16,5%	17,8%	16,1%	13,6%
Kärnten	5,2	6,5	7,6	8,9	9,6
	41,2%	25,4%	17,3%	17,3%	7,2%
Niederösterreich	26,8	30,4	34,0	38,3	41,6
	18,9%	13,3%	12,0%	12,6%	8,6%
Oberösterreich	16,9	19,1	21,7	24,1	25,4
	13,4%	13,0%	13,6%	11,1%	5,4%
Salzburg	3,3	4,1	5,1	5,6	6,1
	22,9%	22,7%	24,9%	9,4%	9,0%

Bundesland	Aufwand (in Mio. €)				
	Steigerung zum Vorjahr (in %)				
	2012	2013	2014	2015	2016
Steiermark	14,4	18,7	23,1	26,3	28,9
	29,4%	30,2%	23,7%	14,0%	9,8%
Tirol	3,9	4,9	6,0	6,5	7,1
	17,5%	24,9%	22,1%	9,4%	8,7%
Vorarlberg	4,5	5,5	6,4	7,5	8,3
	20,1%	20,2%	17,4%	16,6%	11,0%
Wien	9,3	10,7	12,4	13,8	14,8
	27,4%	14,7%	15,7%	11,7%	7,5%
Gesamt	89,2	105,4	123,0	138,7	150,6
	21,4%	18,1%	16,7%	12,8%	8,5%

Im Bereich der 24-Stunden-Betreuung werden 60% der Ausgaben vom Bund und 40% von den Ländern bedeckt.

Verlängerung des Staatsvertrages zur 24-Stunden-Betreuung

Um die Finanzierung der Förderung der 24-Stunden-Betreuung für pflegebedürftige Menschen langfristig sicherzustellen, wurde die bis Ende 2016 in Geltung stehende Fassung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über die gemeinsame Förderung der 24-Stunden-Betreuung bis zum Ende der laufenden Finanzausgleichsperiode (2017 –2021) verlängert.

Gewerberechtliche Trennung von Personenbetreuung und Vermittlungsagenturen

Im Regierungsprogramm 2013 –2018 ist die gewerberechtliche Trennung von Betreuerinnen und Betreuern sowie Vermittlungsagenturen im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung vorgesehen.

Mit einer im Juli 2015 in Kraft getretenen Novelle zur Gewerbeordnung 1994 (GewO 1994) wurden deshalb die Tätigkeiten der Vermittlungsagenturen („Organisation von Personenbetreuung“) aus dem bestehenden Personenbetreuungsgewerbe herausgelöst und einem freien Gewerbe zugeordnet. Dies soll insbesondere Transparenz und Klarheit schaffen.

Begleitend wird aufgrund der bisherigen Erfahrungen die Qualität der 24-Stunden-Betreuung durch Anpassung der bestehenden Verordnungen weiter ausgebaut. Personenbetreuerinnen und Personenbetreuer unterliegen bereits Ausübungsregeln. Auf Basis derselben Verordnungsermächtigung der GewO 1994 wurden auch für Vermittlungsagenturen - zur weiteren Verbesserung der Rechtsstellung von Konsumentinnen und Konsumenten sowie der Personenbetreuungskräfte selbst - Ausübungs- und Standesregeln neu formuliert und festgelegt (in Geltung seit Anfang Jänner 2016).

Die genannten Maßnahmen zielen insbesondere auf die Steigerung der Qualität des Dienstleistungsangebotes von Vermittlungsagenturen ab, wovon neben den betroffenen pflegebedürftigen Personen auch die vermittelten Personenbetreuungskräfte profitieren sollen.

1.8. Zuwendungen zu den Kosten für die Ersatzpflege

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

Das Sozialministeriumservice kann Ersatzpflegemaßnahmen von bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr fördern, wenn

- die Antragstellerin/der Antragsteller ihren/seinen nahen pflegebedürftigen Angehörigen seit mindestens einem Jahr überwiegend pflegt,
- die pflegebedürftige Person zum Zeitpunkt der Verhinderung an der Pflege seit mindestens einem Jahr Anspruch auf ein Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 hat; bei einer nachgewiesenen demenziellen Beeinträchtigung oder wenn die Pflegegeldbezieherin/der Pflegegeldbezieher minderjährig ist, reicht bereits die Pflegegeldstufe 1,
- die/der pflegende Angehörige wegen Krankheit, Urlaub oder sonstigen wichtigen Gründen durchgehend mindestens eine Woche – bei demenziell beeinträchtigten oder minderjährigen Personen mindestens durchgehend vier Tage – an der Pflege verhindert ist und
- eine soziale Härte vorliegt.

Die jährlichen Höchstzuwendungen sind von der Höhe des Pflegegeldes der zu betreuenden Person abhängig und betragen

- € 1.200.- bei Pflege eines Angehörigen mit Pflegegeld der Stufen 1, 2 oder 3,
- € 1.400.- bei Pflege eines Angehörigen mit Pflegegeld der Stufe 4,
- € 1.600.- bei Pflege eines Angehörigen mit Pflegegeld der Stufe 5,
- € 2.000.- bei Pflege eines Angehörigen mit Pflegegeld der Stufe 6 und
- € 2.200.- bei Pflege eines Angehörigen mit Pflegegeld der Stufe 7.

Mit 1.1.2017 wurden diese Höchstbeträge bei der Pflege einer demenziell beeinträchtigten oder minderjährigen Person um € 300.- erhöht und betragen bei Anspruch auf Pflegegeld

- der Stufen 1 bis 3 € 1.500.-
- der Stufe 4 € 1.700.-
- der Stufe 5 € 1.900.-
- der Stufe 6 € 2.300.- und
- der Stufe 7 € 2.500.-

Anträge und Anzahl der Zuwendungen im Jahr 2016

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 10.827 Anträge eingebracht und 8.964 Zuwendungen gewährt. Insgesamt 1037 Anträge wurden abgewiesen, in den meisten Fällen, weil das Pflegegeld noch nicht seit mindestens einem Jahr (in der erforderlichen Höhe) bezogen wurde oder die Antragstellerin/der Antragsteller nicht die überwiegende Pflege durchgeführt hat.

Mehr als die Hälfte der Zuwendungen wurden an Angehörige von PflegegeldbezieherInnen der Stufen 4 oder 5 ausbezahlt. Etwa 11% der Zuwendungen entfielen auf Angehörige, die pflegebedürftige Menschen in der Stufe 7 betreuen.

Tabelle 26: Anzahl der Zuwendungen zu den Kosten für die Ersatzpflege im Jahr 2016 nach Pflegegeldstufen

2016	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Gesamt
Zuwendungen	88	231	1.827	2.241	2.170	1.416	997	9.791
In %	0,98%	2,58%	20,38%	25,00%	24,21%	15,80%	11,06%	100%

Zuwendungen nach Bundesländern

Eine Aufteilung der gewährten Förderungen auf die einzelnen Landesstellen zeigt, dass die meisten Zuwendungen wie in den Vorjahren in Oberösterreich, der Steiermark und in Tirol ausbezahlt wurden. Im Burgenland, Salzburg und Vorarlberg wurde dieses Angebot am wenigsten in Anspruch genommen.

Tabelle 27: Anzahl der Zuwendungen zu den Kosten für die Ersatzpflege im Jahr 2016 nach Bundesländern

Landesstellen	Zuwendungen	Anteile an Gesamt
Oberösterreich	3.116	34,76 %
Steiermark	1.967	21,94 %
Tirol	1.002	11,18 %
Niederösterreich	837	9,34 %

Landesstellen	Zuwendungen	Anteile an Gesamt
Kärnten	811	9,05 %
Wien	414	4,62 %
Salzburg	329	3,67 %
Vorarlberg	327	3,65 %
Burgenland	161	1,80 %
Gesamt	8.964	100 %

Verhinderungsgründe

Wie schon erwähnt, können Zuwendungen zu den Kosten für die Ersatzpflege an pflegende Angehörige geleistet werden, die wegen Krankheit, Urlaub oder sonstigen wichtigen Gründen, etwa familiäre Erfordernisse, dienstliche Verpflichtungen oder Schulungen, an der Pflege verhindert sind.

Im Jahr 2016 war der Verhinderungsgrund in rund 62 % ein Urlaub, in 32 % eine Erkrankung; in 6 % der Fälle war die Verhinderung auf einen anderen wichtigen Grund zurückzuführen.

Finanzieller Aufwand

Der Aufwand für die Zuwendungen betrug im Jahr 2016 rund 11 Mio. EURO. Seit 2004, dem Jahr, in dem diese Fördermöglichkeit geschaffen wurde, sind finanzielle Unterstützungen in Höhe von mehr als 95 Mio. EURO an pflegende Angehörige ausbezahlt worden.

Die durchschnittliche Höhe der Zuschüsse betrug im Jahr 2004 €987,72 und ist auf €1.230,15 im Jahr 2016 angestiegen.

1.10. Hospiz- und Palliativversorgung

Vorrangiges Ziel der Hospiz- und Palliativversorgung ist es, schwerst- und unheilbar kranken Menschen die bestmögliche Lebensqualität bis zuletzt zu gewährleisten und ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Regierungsprogramm

Im Regierungsprogramm der XXV. Gesetzgebungsperiode wird die Wichtigkeit der Hospiz- und Palliativversorgung hervorgehoben, die bis zuletzt ein hohes Maß an Lebensqualität ermöglichen kann.

Parlamentarische Enquetekommission „Würde am Ende des Lebens“

Im Rahmen der 2014 eingerichteten parlamentarischen Enquetekommission zum Thema „Würde am Ende des Lebens“ erfolgte eine Bestandserhebung der Situation der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Sie beendete am 4. März 2015 ihre Arbeiten mit einem Positionspapier (51 Empfehlungen), das die Zustimmung aller sechs im Nationalrat vertretenen Fraktionen erhielt.

Mit der EntschlieÙung des Nationalrates vom 18. Juni 2015 betreffend die Umsetzung der Empfehlungen der parlamentarischen Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ (91/E XXV.GP) wurde die Bundesregierung ersucht, in Zusammenarbeit mit den Bundesländern, der Sozialversicherung und den Trägern der Hospiz- und Palliativversorgung die Empfehlungen der Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ zu prüfen und umzusetzen, wobei eine der prioritären Forderungen die Einsetzung eines Hospiz- und Palliativforums bildete.

Hospiz- und Palliativforum

Am 15. Dezember 2015 wurde in Umsetzung des Regierungsprogrammes sowie in Entsprechung der Empfehlungen der Enquete-Kommission und der EntschlieÙung des Nationalrates in der Sitzung des Ministerrates der Antrag der Frau Bundesministerin für Gesundheit und des Herrn Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz auf Einsetzung eines Hospiz- und Palliativforums zustimmend zur Kenntnis genommen.

Am 18. Mai 2016 fand auf Einladung der beiden Präsidentinnen, Frau Landeshauptmann a.D. Waltraud Klasnic (Präsidentin von Hospiz Österreich) und Frau NR a.D. Dr.ⁱⁿ Elisabeth Pittermann, die konstituierende Sitzung des Hospiz- und Palliativforums statt. Weitere Sitzungen wurden im Jahr 2016 am 20. September und 1. Dezember 2016 abgehalten.

Ziele und Aufgaben des Hospiz- und Palliativforums sind insbesondere:

- die Förderung der Zusammenarbeit sowie Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen und den bestehenden Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen
- die Prüfung der Validität der für die Umsetzung eines Hospiz- und Palliativ Care Stufenplanes entsprechend der Empfehlungen der Enquete-Kommission genannten finanziellen Mittel und Aktualisierung der Kostenschätzungen
- die Förderung der koordinierten Einbindung von Ehrenamtlichen in die Hospiz- und Palliativbetreuung sowie
- die Mitarbeit bei der Entwicklung einer Regelfinanzierung für Hospiz- und Palliativeinrichtungen.

Finanzierung aus dem Pflegefonds

Die Wichtigkeit der Hospizkultur in Österreich wird unter anderem auch dadurch zum Ausdruck gebracht, dass auf Grund der Novelle zum Pflegefondsgesetz im Jahr August 2013 (BGBl. I Nr. 173/2013) die Zweckzuschüsse des Pflegefonds auch für die mobile Hospiz- und Palliativversorgung und zur Finanzierung innovativer Projekte verwendet werden können. Dabei wird der Kinderhospiz- und Kinderpalliativbetreuung prioritäre Bedeutung eingeräumt.

Mit der Novelle zum Pflegefondsgesetz vom 1. Jänner 2017 (BGBl. I Nr. 22/2017) wurde in Umsetzung der Empfehlungen der parlamentarischen Enquete – Kommission „Würde am Ende des Lebens“ und des Paktums über den Finanzausgleich ab dem Jahr 2017 verankert, dass für die Erweiterung der Angebote der Hospiz- und Palliativbetreuung für die Finanzausgleichsperiode 2017 bis 2021 zusätzlich 18 Millionen Euro jährlich zweckgebunden zur Verfügung gestellt werden. Die Mittel hierfür werden zu gleichen Teilen von Bund, Ländern und den Trägern der Sozialversicherung aufgebracht (Drittelfinanzierung).

Die Verteilung des Zweckzuschusses auf die Länder soll nach dem für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Schlüssel der Wohnbevölkerung erfolgen und jährlich in zwei Teilraten ausbezahlt werden.

Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH)

Das Sozialministerium unterstützt Hospiz Österreich insbesondere bei der Implementierung des Projektes Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH), welches eine kompetente Hospiz und Palliativversorgung in allen Alten- und Pflegeheimen Österreichs gewährleisten und nachhaltig sicherstellen soll.

Hospizkultur und Palliative Care in der Betreuung und Pflege zuhause (HPC Mobil)

HPC Mobil ist ein dreijähriges Projekt von Hospiz Österreich, das im Juni 2015 startete und in Kooperation mit sechs verschiedenen Trägern in Wien, NÖ und in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Hospiz NÖ durchgeführt wird. Ein wichtiges Ziel dieses Pilotprojektes ist die Entlastung und Unterstützung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Betreuung und Pflege Zuhause, vor allem im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen.

VSD Vorsorgedialog

Der seit 21. Februar 2017 markenrechtlich geschützte VSD Vorsorgedialog® für Alten- und Pflegeheime wurde unter der Leitung von Hospiz Österreich mit dem Beirat HPC (Hospiz und Palliative Care) in der Grundversorgung und zahlreichen Experten und Expertinnen speziell für die Alten- und Pflegeheime Österreichs entwickelt. Er stellt den Betreuenden (Pflegekräfte, Ärzte und Ärztinnen) einen strukturierten Kommunikationsprozess für die Durchführung von Gesprächen mit den Bewohnern und Bewohnerinnen zur letzten Lebenszeit zur Verfügung. Die Pilotphase des Vorsorgedialogs hat mit 1. Jänner 2017 begonnen.

2. QUALITÄTSTEIL

2.1. Bund

Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege - Auswertung 2016

Im Rahmen dieser Qualitätssicherungsmaßnahme werden pflegebedürftige Personen im Auftrag des Sozialministeriums von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zu Hause besucht, die konkrete Pflegesituation und -qualität mittels eines standardisierten Situationsberichtes erfasst und, wenn notwendig, umfassend informiert und beraten. Der Schwerpunkt der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege liegt im Ausgleich des hohen Informations- und Beratungsdefizites in der häuslichen Pflege und Betreuung. Im Vordergrund stehen dabei praktische Pflegetipps (zB richtige Lagerungswechsel, Körperpflege etc.) aber auch spezifische Informationen, etwa zur Versorgung mit Hilfsmitteln oder zum Angebot von sozialen Diensten und Kurzzeitpflege.

Im Jahr 2016 führten rund 140 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in ganz Österreich insgesamt 19.515 Hausbesuche bei pflegebedürftigen Menschen durch, die ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz – ungeachtet welcher Stufe – beziehen sowie bei PflegegeldbezieherInnen, denen im Jahr 2015 erstmals ein Pflegegeld zuerkannt wurde.

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

2.1.1. Hausbesuche nach Pflegegeldstufen

Bei der Auswahl der PflegegeldbezieherInnen, denen ein Hausbesuch angeboten wurde, ist auf den prozentuellen Anteil aller PflegegeldbezieherInnen in den einzelnen Stufen Bedacht genommen worden.

Tabelle 28: Hausbesuche nach Pflegegeldstufen

Pflegegeldstufen	Absolute Zahlen	in %
Stufe 1	4.813	24,66 %
Stufe 2	5.113	26,20 %
Stufe 3	3.650	18,70 %
Stufe 4	2.787	14,28 %
Stufe 5	1.820	9,33 %
Stufe 6	770	3,95 %
Stufe 7	562	2,88 %
Gesamt	19.515	100 %

Etwas mehr als die Hälfte der besuchten Personen bezogen ein Pflegegeld in Höhe der Stufen 1 und 2, rund 33% die Pflegegeldstufen 3 und 4; die restlichen 16% entfielen auf die Stufen 5 bis 7.

Das Durchschnittsalter der besuchten Pflegegeldbezieherinnen betrug 78,08 Jahre, jenes der Pflegegeldbezieher 73,13 Jahre (Gesamtdurchschnitt 76,20 Jahre).

2.1.2. Qualität der Pflege

Ebenso wie in den Vorjahren zeigt sich in den einzelnen Domänen eine hohe Qualität in der häuslichen Pflege und nur in wenigen Einzelfällen wurden kurative Defizite festgestellt, die weitere Maßnahmen erforderten.

Die Bewertung erfolgte nach folgendem Schema:

Tabelle 29: Erläuterungen zu den Bewertungsstufen

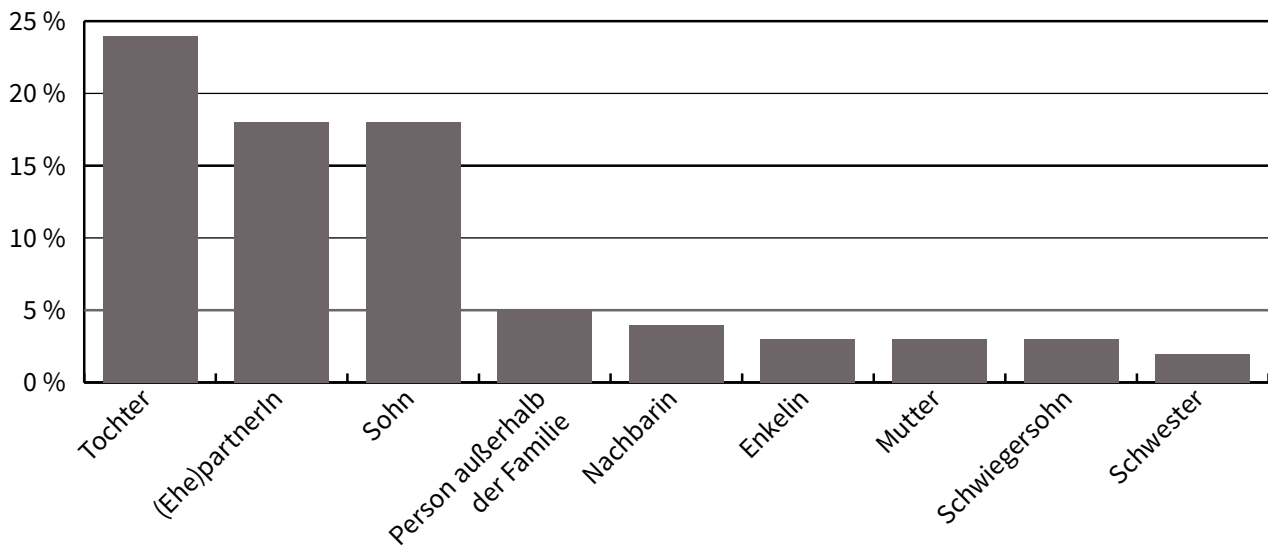
Bewertungsstufe	Bewertung
A	vollständig und zuverlässig versorgt
B	geringfügige Beeinträchtigung der Lebensqualität; nicht vollständige Deckung des Bedarfs
C+	mentale/physische Gesundheit könnte beeinträchtigt werden, wenn Situation nicht verbessert wird
C-	mentale/ physische Gesundheit ist beeinträchtigt

Tabelle 30: Qualität der Pflege – Übersicht über die 6 Domänen

Domäne	Funktionale Wohnsituation	Körperpflege	Medizinisch-pflegerische Versorgung	Ernährung/ Flüssigkeitszufuhr	Hygienische Wohnsituation	Aktivitäten/ Sozialleben
A	87,80 %	99,21 %	98,13 %	99,38 %	98,24 %	97,88 %
B	12,01 %	0,72 %	1,76 %	0,59 %	1,59 %	2,02 %
C+	0,15 %	0,07 %	0,08 %	0,03 %	0,16 %	0,07 %
C-	0,04 %	0,01 %	0,03 %	0,01 %	0,02 %	0,02 %

2.1.3. Pflegenden Angehörige

Bei 10.893 Besuchen war eine Hauptbetreuungsperson anwesend, bei den übrigen besuchten PflegegeldbezieherInnen wurden keine Angaben zur Hauptbetreuungsperson gemacht. Die private Pflege und Betreuung wird überwiegend von weiblichen Angehörigen übernommen.

Grafik 3: Verhältnis der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person

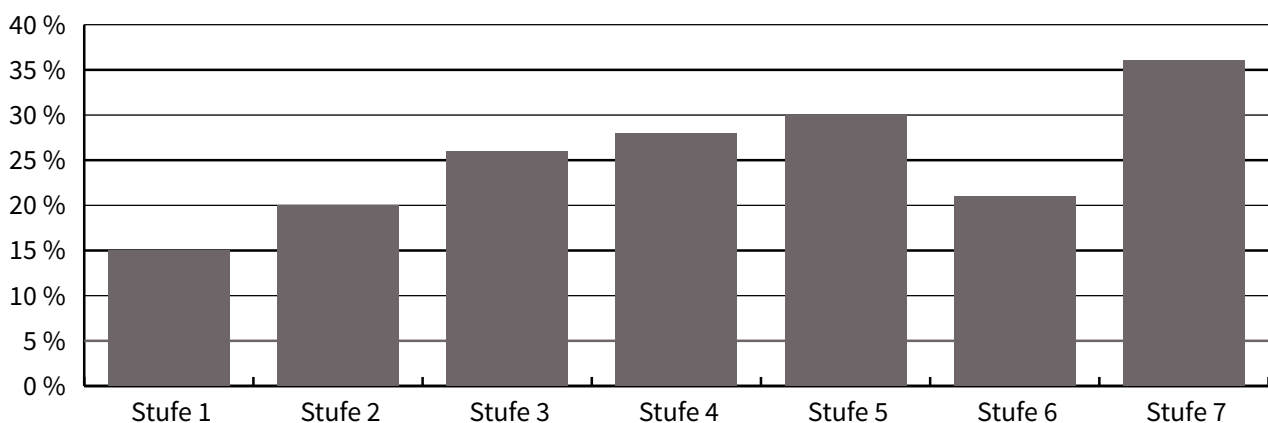
Im Durchschnitt waren die Hauptbetreuungspersonen 62,82 Jahre alt, die weiblichen mit 61,60 Jahren etwas jünger als die männlichen Hauptbetreuungspersonen (66,19 Jahre).

2.1.4. Inanspruchnahme von sozialen Diensten

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

Von 77,75% der im Jahr 2016 besuchten PflegegeldbezieherInnen werden keine professionellen Dienste in Anspruch genommen.

Die pflegebedürftigen Personen, die einen sozialen Dienst in Anspruch nehmen, teilen sich wie folgt auf die einzelnen Pflegegeldstufen auf:

Grafik 4: Inanspruchnahme professioneller Dienste nach Pflegegeldstufen

Die Häufigkeit, mit der soziale Dienste zur Pflege und Betreuung beigezogen werden, ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Während in Vorarlberg rund 45 % und in Wien etwa 28 % davon Gebrauch machten, betrug dieser Prozentsatz in der Steiermark etwas mehr als 14 % und im Burgenland weniger als 13 %.

Tabelle 31: Inanspruchnahme professioneller Dienste nach Bundesland

Bundesland	Inanspruchnahme eines professionellen Dienstes
Vorarlberg	45,12 %
Wien	28,39 %
Oberösterreich	24,39 %
Tirol	23,79 %
Niederösterreich	22,86 %
Salzburg	22,03 %
Kärnten	19,59 %
Steiermark	14,44 %
Burgenland	12,62 %

2.1.5. Vorliegen einer demenziellen Beeinträchtigung

Der Situationsbericht wurde als Erhebungsinstrument sukzessive erweitert und aktuellen Entwicklungen angepasst. So wurden etwa zusätzliche Fragen zum Thema „Demenz“ aufgenommen, beispielsweise die Frage, ob und ggf. wann eine demenzielle Beeinträchtigung fachärztlich festgestellt wurde.

Bei 3.049 Hausbesuchen wurde angegeben, dass bei den pflegebedürftigen Personen eine demenzielle Beeinträchtigung von einer Fachärztin/einem Facharzt festgestellt wurde. Diese PflegegeldbezieherInnen befanden sich in folgenden Pflegegeldstufen:

Tabelle 32: Festgestellte demenzielle Beeinträchtigungen nach Pflegegeldstufen

Stufe	Absolute Zahlen	in %
Stufe 1	207	6,79 %
Stufe 2	522	17,12 %
Stufe 3	596	19,55 %
Stufe 4	575	18,86 %
Stufe 5	614	20,14 %
Stufe 6	372	12,20 %
Stufe 7	163	5,35 %
Gesamt	3.049	100 %

2.1.6. Zeitpunkt der Feststellung der demenziellen Beeinträchtigung

Bei mehr als einem Drittel der 3.049 pflegebedürftigen Personen wurde die demenzielle Beeinträchtigung bereits vor mehr als 3 Jahren befundet, bei insgesamt 80 % vor mehr als einem Jahr.

Tabelle 33: Zeitpunkt der Feststellung der demenziellen Beeinträchtigung

Zeitpunkt der fachärztlichen Feststellung	Summe	in %
vor einem halben Jahr	212	6,95 %
vor einem Jahr	405	13,28 %
vor 1 bis 2 Jahren	690	22,63 %
vor 2 bis 3 Jahren	690	22,63 %
vor mehr als 3 Jahren	1.052	34,50 %
Gesamt	3.049	100 %

2.1.7. Kenntnis der Betreuungsperson(en) über das Krankheitsbild Demenz

Die diplomierten Pflegefachkräfte nahmen aufgrund der im Gespräch gewonnenen Erkenntnisse eine subjektive Einschätzung über den Informationsstand der BetreuerInnen vor. Die Kenntnisse wurden bei etwa 90 % der Betreuungspersonen als ausreichend oder teilweise beurteilt, bei rund 8 % als ungenügend. Allerdings wurden dabei auch Angehörige von PflegegeldbezieherInnen, bei denen keine fachärztliche Feststellung einer demenziellen Beeinträchtigung erfolgte, berücksichtigt.

Tabelle 34: Einschätzung der Kenntnis über das Krankheitsbild Demenz

Einschätzung	Summe	in %
ausreichend	1.758	45,95 %
teilweise	1.742	45,53 %
ungenügend	326	8,52 %
Gesamt	3.826	100 %

2.1.8. Beratung und Information

Die Beratung und Information der pflegebedürftigen Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen ist nach wie vor von zentraler Bedeutung und wie die nachfolgenden Zahlen belegen auch vielfach erforderlich.

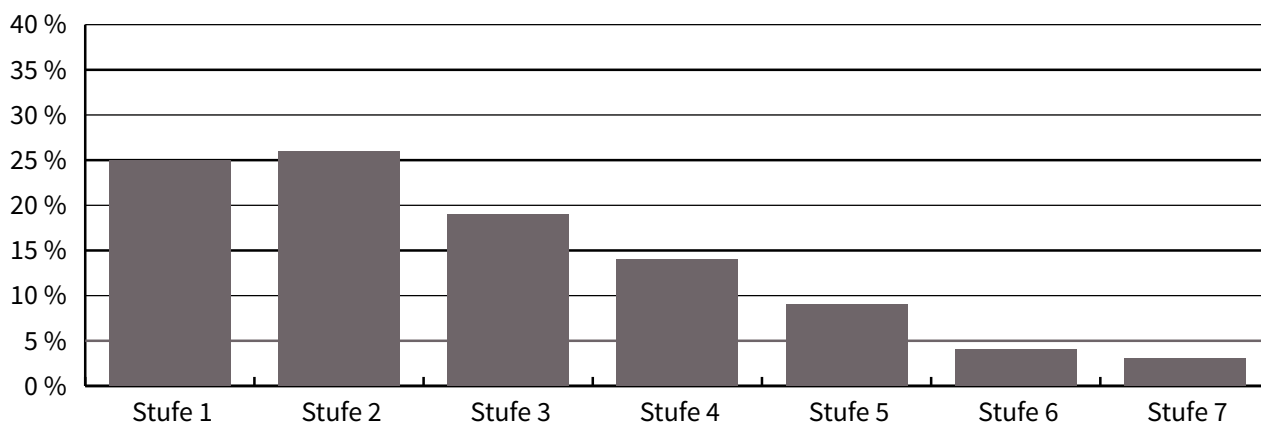
Tabelle 35: Anzahl der Beratungen

Beratung	Anzahl	in %
Beratung durchgeführt	18.450	94,54 %
Beratung nicht erforderlich	1.065	5,46 %
Gesamt	19.515	100,00 %

Der größte Beratungsbedarf bestand zum Angebot von sozialen Diensten und zur Versorgung mit Hilfsmitteln sowie zur funktionalen Wohnsituation und zum Pflegegeld.

Der Großteil der Beratungen - nämlich über 50 % - wurde bei PflegegeldbezieherInnen der Stufen 1 und 2 durchgeführt.

Grafik 5: Anzahl der Beratungen nach Pflegegeldstufen



2.2. Länder

Burgenland

Qualitätssicherung

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

Ebenso sind die Errichtung und der Betrieb von teilstationären und stationären Einrichtungen für behinderte Menschen sowie von Senioren-Tageszentren und mobilen Pflegediensten nach dem Bgld. Sozialhilfegesetz 2000 bewilligungspflichtig; auch diese Einrichtungen unterliegen der Aufsicht der Landesregierung und werden regelmäßig kontrolliert. In einer Verordnung zum Bgld. Sozialhilfegesetz 2000 sind Mindestanforderungen hinsichtlich baulicher und personeller Voraussetzungen in Wohn- und Tagesheimen für behinderte Menschen festgelegt. In Durchführungsrichtlinien werden die AnbieterInnen von Senioren-Tageszentren und mobilen Pflegediensten zur Setzung von qualitätssichernden Maßnahmen verpflichtet.

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

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

Pflegeberatung zu Hause und Pflegeinformation

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

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

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

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

Senioren-Tagesbetreuung

Ende 2016 standen 120 Plätze in 11 eigenen Tageszentren zur Verfügung, die meisten davon sind an Pflegeheime angeschlossen. Viele andere Heime haben aber auch Bewilligungen zur Aufnahme

einzelner Tagesgäste. Gemäß den Richtlinien zur Durchführung und Förderung der Senioren-Tagesbetreuung leistet das Land gestaffelt nach Einkommen und Pflegegeldhöhe des Tagesgastes im „Normalfall“ einen Zuschuss von bis zu 40 Euro pro Besuchstag (bei erhöhtem Betreuungsbedarf bis zu 54 Euro). Anfallende Transportkosten übernimmt das Land zur Hälfte.

Die Einrichtungen sind bewilligungspflichtig und müssen den Qualitätskriterien der Richtlinien entsprechen.

Manche BesucherInnen kommen nur an einigen Tagen pro Monat – aber bei starker Inanspruchnahme (ab etwa 3x pro Woche) können hohe monatliche Gesamtkosten entstehen, weshalb es dafür zusätzliche Zuschüsse des Landes gibt. Schließlich können auch besondere Härtefälle durch individuelle Lösungen vermieden werden, falls etwa neben der Tagesbetreuung auch noch andere Pflegedienste finanziert werden müssen.

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

Kurzzeitpflege

Bei der Kurzzeitpflege handelt es sich um bis zu 90 Tage im Jahr befristete Heimaufenthalte zur Rekonvaleszenz, etwa nach Krankenhausaufenthalten oder wegen urlaubsbedingter bzw. anderer vorübergehender Verhinderung sonst pflegender Angehöriger.

Dies ist ein Beitrag, pflegende Angehörige zu entlasten und die häusliche Pflege zu stützen und längerfristig möglich zu machen. Es sollen damit auch kurzfristige Engpässe in der häuslichen Pflege überbrückt und die Aufnahme der pflegebedürftigen Menschen in Langzeitpflege vermieden oder zumindest hinausgezögert werden.

Das Land Burgenland gewährt eine Förderung für die Kurzzeitpflege, welche durch Richtlinien geregelt ist.

Die pflegebedürftige Person hat als Kostenbeitrag 80% der Pension (ohne 13. und 14. Bezug) und das Pflegegeld (abzüglich Taschengeld) selbst zu bestreiten, und zwar den aliquoten Anteil, berechnet nach der Dauer der Kurzzeitpflege in Tagen, während den allfälligen Restbetrag auf die Gesamtkosten des befristeten Heimaufenthalts das Land als Träger von Privatrechten übernimmt.

Falls Anspruch auf eine Zuwendung des Sozialministeriumservice an pflegende Angehörige („Ersatzpflege“) besteht, wird dies berücksichtigt und die geförderten Kosten der Heimunterbringung verringern sich um diesen Betrag.

Pflegeplatzbörse

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

Kärnten

Stationäre Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen

Mit der Novelle zum Kärntner Heimgesetz, welche nunmehr auch im Landtag beschlossen wurde, wurden nachstehende Punkte zur Qualitätssicherung – und Verbesserung umgesetzt:

- Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung – und Sicherung in allen Altenwohn – und Pflegeheimen in Kärnten durch die Einführung eines QM-Systems, welches vom Land Kärnten bereits gefördert wird – bis dato haben bereits 43 Einrichtungen von dieser Förderung Gebrauch gemacht.
- Die Verpflichtung der Heimbetreiber zur Übermittlung von Daten wurde gesetzlich verankert sowie das Zuwiderhandeln unter (Verwaltungs)strafe (€ 1.000 - € 10.000 und im Wiederholungsfalle € 2000 – € 12.000) gestellt. Damit ist eine bessere Überprüfbarkeit der Einrichtungen gegeben.
- Die Höhe der Verwaltungsstrafen wurde generell angehoben und ein Mindeststrafausmaß mit 10% der höchstmöglichen Strafe angesetzt.

Um einerseits die Qualität in den Altenwohn – und Pflegeheimen zu sichern und andererseits das Betreuungs – und Pflegepersonal zu entlasten, plant das Land Kärnten zudem eine Novelle zur Kärntner Heimverordnung, welche bereits in Begutachtung war und mit 1.1.2018 in Kraft treten soll. Folgende Punkte sind enthalten:

- Absenkung des Personalschlüssels von 1:2,5 auf 1:2,4
- Implementierung von zusätzlichem Personal (außerhalb des Personalschlüssels) für „Animation“ (0,5 VZÄ pro Heim).

Diese Maßnahmen weisen eine Beschäftigungswirksamkeit von zusätzlich rd. 130 VZÄ an Pflegepersonen auf.

Um die Versorgung in den Pflegeeinrichtungen weiter zu optimieren, wird das Projekt „geriatrischer Konsiliardienst“, welches bereits in 23 Einrichtungen in Kärnten etabliert wurde, auf alle Pflegeeinrichtungen in ganz Kärnten ausgerollt. Bei diesem Projekt geht es um folgende Maßnahmen und Verbesserungen:

- Senkung der Transportraten von vermeidbaren Transporten ins Akutspital und zurück
- Vermeidung von Krankenhausaufhalten bzw. Folgeaufhalten, Drehtüreffekte
- Reduzierung der Polymedikation und Vermeidung von Polypragmasie
- Steigerung der (haus)ärztlichen Präsenz durch den GERIATRISCHEN KONSILIARARZT
- Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation und Zusammenarbeit der MitarbeiterInnen aus den Pflegeheimen und den Krankenhäusern sowie der ÄrztInnen und ebenso der Angehörigen
- Qualifizierung des Pflegeheimpersonals
- Qualifizierung der AllgemeinmedizinerInnen (PatientInnenfallkonferenzen, geriatrische Medizin)
- Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung von HeimbewohnerInnen
- Anhebung der Lebensqualität der HeimbewohnerInnen bzw. der Arbeitsqualität der VertreterInnen der involvierten Berufsgruppen

Mobile Dienste

Um auch die Qualität in den mobilen Diensten zu verbessern, ist in einem zweiten Schritt die Einführung von QM-Systemen auch bei den mobilen Diensten geplant.

Zudem wurde von der zuständigen Gesundheitsreferentin ein Projekt ins Leben gerufen, mit welchem die derzeitigen Strukturen der mobilen sozialen Dienste in Kärnten durchleuchtet und im Bedarfsfall Veränderungen zur Optimierung vorgenommen werden. Es soll jedenfalls mehr Transparenz in der Abrechnung der Dienstleistungen erfolgen, sodass jede/r Klient/in diese auch nachvollziehen kann. Die Erstellung eines Online-Rechners zur individuellen Berechnung der Kosten der in Anspruch genommenen Dienstleistungen der mobilen sozialen Dienste ist geplant.

Bedarfs – und Entwicklungsplan

Um ein adäquates Pflege – und Betreuungsangebot für die ältere Kärntner Bevölkerung sicherzustellen, wurde die Erarbeitung eines „Bedarfs- und Entwicklungsplanes Pflege (BEP) 2030“ in Auftrag gegeben, wobei folgende Prämissen beachtet werden:

- Ambulant vor teilstationär vor stationär
- Den älteren Menschen ein möglichst langes und selbständiges Leben im privaten Umfeld ermöglichen
- Ausbau der wohnortnahen Versorgung
- Unterstützung jener Personen, die Pflege zu Hause (informell) leisten
- Die Bürger sollen ausreichend und kompetent über den Pflege- und Betreuungsbereich informiert sein
- Hohe Zufriedenheit des Bürgers mit der Qualität der Pflege
- Regional ausgewogene Verteilung der Pflege- und Betreuungseinrichtungen
- Das Miteinander von Generationen fördern
- Menschen mit fortgeschrittener demenzieller Erkrankung sollen das Recht haben, ihre „Normalität“ leben zu können
- Analyse zu Sinnhaftigkeit des Einsatzes moderner Informations- und Kommunikationstechnologien für Pflege zu Hause und in stationären Einrichtungen (AAL etc.)
- Zukünftig noch höhere Wertschätzung und Ausbau der ehrenamtlichen Tätigkeit im Bereich Pflege
- Die Prämisse Sparsamkeit, Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit stehen bei all diesen Maßnahmen vor allem aufgrund der finanziellen Gebarung des Landes im Vordergrund
- Evidenzbasierte Planung und wirkungsorientierte Steuerung

Dieser Bedarfs- und Entwicklungsplan wird voraussichtlich mit Ende d.J. vorliegen.

Niederösterreich

Beratung und Information

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

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

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

Das „NÖ Pflegeservicezentrum“ bietet pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen und allen Personen, die mit Problemen der Pflege befasst sind telefonische Beratungen, mobile Beratungen (auf Wunsch besuchen Mitarbeiter der Pflegehotline auch Haushalte) und Büroberatungen an. Daneben werden auch Vorträge vor Ort (z.B. in Gemeinden) zu allen Belangen im Zusammenhang mit Betreuung und Pflege gehalten.

Im Jahr 2016 wurden 11.853 telefonische Anfragen beantwortet und 187 Büro- bzw. mobile Beratungen geleistet.

Qualitätssicherung im Bereich der stationären Pflege

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

Das NÖ SHG und die NÖ Pflegeheim Verordnung geben die Mindeststandards zur baulich technischen Gestaltung, zur Personalausstattung, zu organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Erfordernissen, zur Wahrung der Bewohnerrechte, etc. vor.

Die Konkretisierung der erforderlichen Personalausstattung erfolgt im Handbuch der NÖ Personalbedarfsberechnung 2016 und ist für alle Pflegeeinrichtungen verbindlich.

Seitens der Abteilung Soziales werden die Angebote koordiniert und durch die Pflegeaufsicht die Einhaltung der Qualitätsvorgaben geprüft. 2016 wurden 20 Aufsichtsverfahren und 48 unangekündigte Einsichten durchgeführt.

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

Mit dem Projekt „Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim in NÖ“ soll erreicht werden, dass eine kompetente Hospiz- und Palliativversorgung in den Pflegeheimen in NÖ gewährleistet ist und nachhaltig sichergestellt wird. Dieser ca. 2 Jahre dauernde Prozess wurde bereits in 32 Pflegeheimen abgeschlossen und 8 weitere Pflegeheime haben diesen Prozess gestartet.

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

Seit mehr als 20 Jahren stellt sich Niederösterreich der Verantwortung und Herausforderung in Hinsicht auf die Planung und Steuerung der Pflegeangebote und beauftragt im 5 Jahres Abstand einen Bedarfs- und Entwicklungsplan, den sogenannten Altersalmanach. Um die Planung und Steuerung zu unterstützen, braucht es solide wissenschaftliche Prognosen und Szenarien.

Zu berücksichtigen sind für die Prognose des Pflegebedarfs vor allem vier große gesellschaftliche Trends, nämlich der demografische Wandel, der Wandel in den Lebensformen, der Wandel der gesundheitlichen Situation älterer Menschen und der Wandel in den Pflege- und Betreuungsformen. Diese Trends werden im Altersalmanach 2016 „Altwerden in Niederösterreich“ bis 2030 in Zahlen und Perspektiven dargestellt.

Bei der Planung neuer Projekte wird besonderer Wert auf die Konzepte zum Betrieb, zur Pflege und Betreuung und auf die Personalausstattung gelegt.

Qualitätssicherung im Bereich der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege/Übergangspflege

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

Zur Entlastung pflegender Angehöriger wird zeitlich begrenzt und zumeist integriert in Pflegeheimen Kurzzeitpflege angeboten. Sollte nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus eine häusliche Pflege und Betreuung vorübergehend noch nicht möglich sein, so wird in stationären Einrichtungen die Möglichkeit der Übergangspflege mit intensiverer rehabilitativer Pflege und therapeutischer Unterstützung geboten.

Um die Qualität des Angebotes zu optimieren, wurden landesweit 24 Übergangspflegezentren mit 320 Plätzen eingerichtet.

Die Qualitätssicherung erfolgt neben den internen Qualitätssicherungssystemen auch durch externe Kontrollen der Pflegeaufsicht.

Qualitätssicherung im Bereich der mobilen Dienste

Ein flächendeckendes Netz von 189 Sozialstationen mit durchschnittlich ca. 4.280 Mitarbeitern bietet Niederösterreichern mit Pflege- und Betreuungsbedarf die Möglichkeit, so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung betreut und gepflegt zu werden und pflegende Angehörige zu unterstützen und entlasten.

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

Mit niederösterreichweit tätigen Anbietern erfolgt eine enge Zusammenarbeit und laufender Informationsaustausch auf der Ebene der Geschäftsführer bzw. Pflegedienstleitungen. Enge Kooperationen gibt es mit Anbietern anderer Leistungen wie Tagesbetreuung und -pflege, Kurzzeitpflege, mobile Hospiz- und Palliativteams, Entlassungsmanagement von Krankenhäusern, zur Verbesserung der Betreuungs- und Pflegesituation für die betroffenen Personen und deren Angehörigen.

Fachliche Beratung und Unterstützung, gegebenenfalls auch vor Ort, erhalten die mobilen Dienste durch die Pflegeaufsicht des Landes NÖ.

Qualitätssicherung im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung

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

Die Abwicklung der Förderung erfolgt durch die Abteilung Soziales. Die Richtlinie des Landes Niederösterreich für das NÖ Modell zur 24-h-Betreuung gibt die Voraussetzungen für die Förderungen, die Förderhöhe und das Verfahren vor. Zur Qualitätssicherung sind Hausbesuche durch die Pflegeaufsicht vorgesehen. 2016 wurden wieder rund 50 Hausbesuche durchgeführt.

Qualitätssicherung im Bereich Hospiz und Palliativ Care

Niederösterreich hat eine lange Tradition und bietet eine flächendeckende Palliativ- und Hospizversorgung.

Schon 2005 wurde ein umfassendes Konzept für eine flächendeckende abgestufte Hospizversorgung in Niederösterreich beschlossen und umgesetzt.

Ziel des Konzeptes ist es, eine qualitativ hochwertige Hospiz- und Palliativversorgung für alle Menschen die sie benötigen anzubieten. Erreicht wird dies durch die Ergänzung bestehender Strukturen zu einem integrierten, abgestuften, flächendeckenden intra- und extramuralen Netzwerk des Gesundheits- und Sozialwesens. So entstanden die Angebote der mobilen Hospizteams, der mobilen Palliativteams, der stationären Hospize in Pflegeheimen und der Palliativstationen im Verbund mit Akutkrankenhäusern.

Die Qualitätskriterien des ÖBIG wurden ins Konzept für eine flächendeckende abgestufte Hospizversorgung in Niederösterreich übernommen. Neben jenen Aufsichtsbehörden, die systematisch, regelmäßig und anlassbezogen die Umsetzung der Anforderungen in den stationären Einrichtungen überprüfen, erfolgt die Qualitätssicherung auch durch den Landesverband Hospiz NÖ und den NÖGUS.

Oberösterreich

Kennzahlen

Arbeit mit Kennzahlen in Oberösterreich

Im Bereich der Pflege wird bereits seit mehreren Jahren mit Kennzahlen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit gearbeitet. Um eine Organisation nicht nur einseitig nach Kostengesichtspunkten zu beurteilen, werden die Wirtschaftlichkeitskennzahlen in zunehmendem Ausmaß auch durch Kennzahlen zur Beurteilung der Qualität ergänzt (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität).

Ziele der Kennzahlenarbeit:

Durch den Kennzahlenvergleich mit den Mitbietern ist eine Standortbestimmung für jede einzelne Organisation möglich. Es ist wichtig zu wissen, wo es in den eigenen Arbeitsfeldern gelungen ist, positive Schwerpunkte zu setzen bzw. wo noch Handlungsbedarf für Verbesserungen besteht.

Das oberösterreichische Kennzahlenverständnis ist im Regelfall kein Bewertungsverständnis in Richtung „gut“ oder „schlecht“, sondern will auf Ausreißer aufmerksam machen, damit deren Hintergründe analysiert werden können.

Für eine Kennzahlenarbeit ist es unumgänglich, dass verständliche Definitionen entwickelt bzw. vorgegeben werden und dass diese dann so weit wie möglich in bestehende Abläufe und Instrumente integriert werden.

Um bei der Kennzahlenarbeit eine gewisse Standardisierung zu unterstützen, wurde bei jeder Kennzahl aufgrund von fachlichen Gesichtspunkten und Erfahrungswerten ein Toleranzbereich festgelegt, der in der Regel durch einen Grenzwert nach unten als auch einen Grenzwert nach oben definiert ist.

Ziel ist es, sukzessive zu einem Zusammenspiel und zu einer gemeinsamen Interpretation von Wirtschaftlichkeitskennzahlen und Qualitätsindikatoren zu kommen.

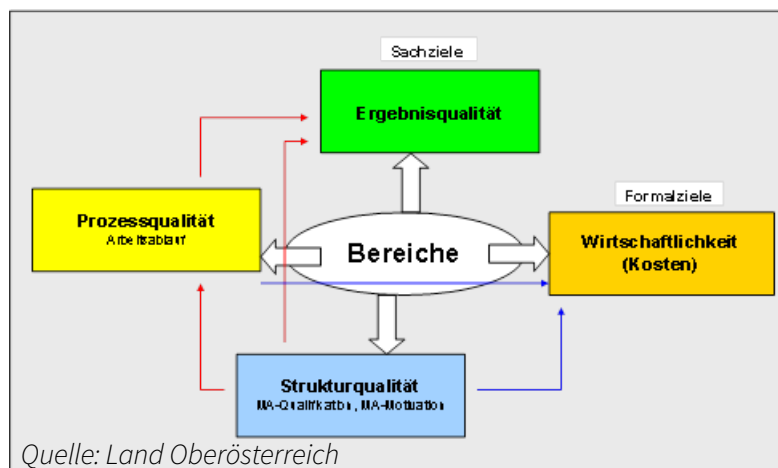
Bei der Definition der Kennzahlen (und deren Toleranzbereiche) ist es ein grundsätzliches Anliegen, die betroffenen Systempartner einzubinden, um eine hohe Akzeptanz für die Arbeit mit Kennzahlen zu erreichen. Zu den Systempartnern zählen insbesondere die regionalen Träger sozialer Hilfe (Sta-

tutarstädte und Sozialhilfeverbände) aber auch die einzelnen Leistungsanbieter (NGOs im Bereich der Mobilen Dienste, Heimträger im Bereich der Alten- und Pflegeheime usw.).

1. Mobile Betreuungs- und Pflegedienste

Im Bereich der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste liegt der Fokus momentan noch auf den wirtschaftlichen Kennzahlen, die allerdings sukzessive um qualitative Aspekte ergänzt werden sollen. Das aktuelle Setting will mit einer überschaubaren Anzahl von Kennzahlen sowohl qualitative als auch wirtschaftliche Aspekte der Leistungserbringung darstellen:

Abbildung 1: Grafische Darstellung der Kennzahlen



Ergebnisqualität

- Erfüllungsgrad gesamt
- Anteil Spätdienst an den gesamt erbrachten Leistungsstunden
- Anteil Sonntags- und Feiertagsdienst an den gesamt erbrachten Leistungsstunden
- Anteil Planung und Evaluierung an den gesamt erbrachten Leistungsstunden
- Anteil der nicht an den Kunden verrechenbaren Leistungszeit

Prozessqualität

- Ø Dauer eines Hausbesuches in Minuten
- Ø gefahrene Kilometer je Hausbesuch
- Ø Dauer der Leistungszeit je Kunde und Monat in Stunden
- Ø konsumierter Urlaub in Wochen je Personaleinheit
- Ø Krankenstand in Wochen je Personaleinheit
- Ø sonstige Abwesenheit in Wochen je Personaleinheit

- Ø ausbezahlte Mehr- und Überstunden in Wochen je PE
- Ø sonstige Hilfszeiten in Wochen je Personaleinheit
- Ø erbrachte Leistungsstunden je PE
- Produktivität
- Ø Anwesenheitszeit je PE

Strukturqualität

- operativ tätige Personaleinheiten pro eine Personaleinheit Einsatzleitung
- Ø Aus-/Weiterbildung, Supervision in Wochen je Personaleinheit

Wirtschaftlichkeit

- Gesamtausgaben (ohne Investitionen) je Leistungsstunde
- Deckung der Gesamtausgaben (inkl. Investitionen) durch Kundenbeiträge
- KFZ-Betriebskosten je gefahrenen km

Eine konkrete Auswirkung der Kennzahlenarbeit war eine Neuregelung der Sprengeinteilung und die Multiprofessionalisierung in den mobilen Betreuungs- und Pflegediensten. Dieser Prozess ist nunmehr nahezu abgeschlossen, der letzte Feinschliff der Umstrukturierung ist allerdings noch teilweise offen. Dabei geht es insbesondere darum, dass die Mindestteamgröße, die mit 10 Personaleinheiten (PE) definiert wurde, flächendeckend umgesetzt wird. So soll auch an Wochenenden und zu den Randzeiten ein reibungsfreier Dienstbetrieb gewährleistet werden. Bei dem vereinbarten Pflegequalifikationsmix von 1 : 2 : 1 ergibt das eine Mindestanforderung von 2,5 PE Hauskrankenpflege, 5 PE Fachsozialbetreuung und 2,5 PE Heimhilfe pro Team (Multiprofessionalisierung). Dieser Berufsgruppenmix soll eine bedarfsgerechte qualitativ hochwertige Versorgung unter der Prämisse eines zweckmäßigen und wirtschaftlichen Angebotes gewährleisten.

2. Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste

Im Bereich der stationären Betreuungs- und Pflegedienste wurden neben den Wirtschaftlichkeitskennzahlen, die bereits seit mehreren Jahren im Einsatz sind, zusätzlich folgende Indikatoren mit vorwiegend qualitativem Fokus implementiert:

- a) Anteil Bewohner/innen mit im Heim entstandenem Dekubitus Grad I + II, III + IV
- b) Anteil Bewohner/innen mit (im Krankenhaus behandelten) Stürzen
- c) Anteil immobile (bettlägerige) Bewohner/innen
- d) Anteil Bewohner/innen mit PEG-Versorgung und -stilllegung

- e) Pflegeintensität: 1 Personaleinheit zu x Bewohner/innen (SOLL-Wert)
- f) Erfüllungsgrad des Mindestpflegepersonalbedarfs in Prozent
- g) Durchschnittlicher Krankenstand in Wochen je Personaleinheit
- h) Durchschnittlich konsumierter Urlaub in Wochen je Personaleinheit
- i) Durchschnittliche Mehr- und Überstunden in Wochen je Personaleinheit

Die Bewertung der Daten erfolgt im Vergleich zu Mittelwert, Median und gestutztem Mittel aller angegebenen Werte.

Das Indikatormodell wurde so erstellt, dass für jeden Indikator folgende Differenzierungen in Berechnung und Darstellung möglich sind:

- Gesamtsituation der oö. Alten- und Pflegeheime
- Situation nach Größenkategorien
- Situation nach Bezirken
- Situation nach Trägern
- Situation der Einzelheime

3. Hospiz

Die mobilen Hospizteams sind der aktuell letzte Bereich, in dem Kennzahlen etabliert wurden.

Gemeinsam mit dem Landesverband Hospiz OÖ wurde ein Berichtswesen betreffend Patient/innen, Personal, Leistungsstunden, Trauerbegleitung und Kosten aufgebaut. Ein Großteil der Daten wird getrennt nach ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiter/innen dargestellt.

Das Berichtswesen beinhaltet ein Kennzahlenblatt je Leistungserbringer mit Aussagen zu den Qualitätskriterien Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität sowie zur Wirtschaftlichkeit.

In einem nächsten Schritt sollen wiederum gemeinsam mit dem Landesverband Hospiz OÖ ausgewählte Kennzahlen und deren Korridore bestimmt werden.

Salzburg

Qualität in der stationären Pflege

Das Bundesland Salzburg verfügt über eine gute Versorgung mit Plätzen in Seniorenpflegeheimen, wobei einige davon bereits vor 25 oder 30 Jahren errichtet wurden. Den Trägern ist es ein großes Anliegen die Qualität in bestehenden Einrichtungen zu steigern, besonders im Hinblick auf die Anforderungen der sich ändernden Zielgruppe (steigender Pflegebedarf der BewohnerInnen).

Daher wurden auch im Jahr 2016 einige Seniorenpflegeheime saniert beziehungsweise erneuert. Besonders hervorzuheben ist hier die Stadt Salzburg, die derzeit eine völlig „Runderneuerung“ ihrer fünf Seniorenpflegeheime umsetzt. Im ganzen Bundesland wurden vermehrt Hausgemeinschaften realisiert, so etwa bei den Ersatzbauten in den Gemeinden Pfarrwerfen und Werfen und auch die geplanten Projekte in den Gemeinden Golling und St. Veit werden als Hausgemeinschaften errichtet.

Darüber hinaus wurden im Jahr 2016 Vorbereitungen zur Schaffung eines stationären Angebots für pflegebedürftige Menschen mit Beatmungsbedarf durch Heimrespirator im Bundesland Salzburg getroffen. Im März 2017 wurde dieses Angebot im SeniorenInnen-Wohnhaus Hallein etabliert.

Pflege- und Betreuungsqualität in Seniorenpflegeheimen

Die Qualität der Pflege und Betreuung wird durch das Salzburger Pflegegesetz (LGBl Nr. 52/2000 idgF) sichergestellt, dessen Einhaltung durch die Heimaufsicht in regelmäßigen, unangemeldeten Aufsichtsbesuchen überprüft wird. Anders als in anderen Bundesländern gibt es in Salzburg keinen Mindestpersonalschlüssel - die Anzahl und Zusammensetzung des Personals obliegt dem Träger. Nach § 18 Abs. 1 Salzburger Pflegegesetz muss sichergestellt sein, dass

„für die Leistungserbringung eine ausreichende Zahl an angestelltem, fachlich qualifiziertem Pflegepersonal und nicht pflegendem Hilfspersonal entsprechend der Anzahl der Bewohner sowie der Art und dem Ausmaß der diesen zu erbringenden Leistungen zur Verfügung steht und dass die Pflegeleistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal im Sinn des GuKG erbracht werden.“

Auch ohne verpflichtende Vorgaben bezüglich zumindest erforderlicher Personalausstattung, nehmen die Träger ihre Verantwortung wahr – abzulesen in den steigenden Personalzahlen. So stieg in den letzten fünf Jahren die Anzahl der Plätze in Pflegeeinrichtungen im Bundesland Salzburg um 0,1%, die Anzahl der dort in der Pflege Beschäftigten (gemessen in Vollzeitäquivalenten) wuchs hingegen um knapp 9% an. Dieser Zuwachs ist bedingt durch die steigenden Anforderungen an das Pflegepersonal, die mit dem erhöhten Pflegebedarf der BewohnerInnen einhergehen.

Qualität in teilstationärer Pflege

Der überwiegende Anteil der Betreuungsarbeit wird nach wie vor von pflegenden Angehörigen geleistet. Um diese zu entlasten und die häusliche Pflege zu stützen wurde in den vergangenen Jahren das Angebot an Tageszentren und Kurzzeitpflege flächendeckend ausgebaut. Im Bundesland Salzburg existieren 21 Tageszentren mit gesamt 246 Betreuungsplätzen, was einen Zuwachs an Plätzen von 18,3% seit dem Jahr 2012 darstellt (davon drei in der Stadt Salzburg und 18 in den Landgemeinden). Bei der Errichtung von Tageszentren sind die Mindeststandards und Qualitätsanforderungen des Salzburger Pflegegesetzes (LGBl Nr. 52/2000 idgF) sowie die Verordnung über

Richtlinien für die Errichtung, die Ausstattung und den Betrieb von Senioren- und Seniorenpflegeheimen (Hausgemeinschaften, Seniorenpflegeheime) und Tageszentren (LGBI Nr 61/2015) einzuhalten. Wie auch im Bereich der stationären Pflege wird die Betreuungsqualität der Tageszentren mittels unangekündigter Aufsichtsbesuche sichergestellt.

Im Jahr 2016 wurden vom Land Salzburg 5.190 Kurzzeitpflegetage in 53 Seniorenpflegeheimen gefördert. Das entspricht einem Zuwachs an Pflegetagen seit dem Jahr 2012 von über 9 %.

Qualität in den mobilen Diensten

Möglichst lange zuhause in den eigenen vier Wänden zu wohnen, ist ein Wunsch, der dank der finanziellen Unterstützung des Landes im Bereich der Sozialen Dienste (Haushaltshilfe und Hauskrankenpflege) vielen betreuungs- und pflegebedürftigen Personen erfüllt werden kann. In diesem Bereich zeigt sich ein klarer Zuwachs an betreuten Haushalten und Stunden, einhergehend mit steigenden MitarbeiterInnen-Zahlen. 2016 wurden im Bundesland Salzburg durchschnittlich pro Monat 4.345 Haushalte durch 673 MitarbeiterInnen (Vollzeitäquivalente) betreut. Die betreuten Haushalte stiegen seit dem Jahr 2012 um 15,4 %, die Anzahl der betreuenden MitarbeiterInnen um knapp 14 %.

Betroffene können für ihre Betreuung und Pflege unter den 14 privaten Organisationen wählen, die die Voraussetzungen im Sinne des Salzburger Pflegegesetzes erfüllen.

Pflegeberatung

Die Pflegeberatung des Landes Salzburg und die Seniorenberatung Tennengau bieten flächendeckend Information, Beratung und Unterstützung in allen Fragen rund um das Thema Pflege an. Das Case-Management im Rahmen der Beratung verfolgt das Ziel, durch die Optimierung des Pflege-settings eine Erhöhung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörigen zu bewirken.

Das kostenlose, individuelle, serviceorientierte und regional bereit gestellte Beratungsangebot steht allen pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen und deren Angehörigen offen. Durch das Angebot der Pflege- und Seniorenberatung konnten viele KundInnen individuell und Schritt für Schritt begleitet werden, den für sie passenden „Pfleagemix“ zu finden.

Die Beratungen erfolgen telefonisch, schriftlich, persönlich in der Beratungsstelle und bei Sprechstunden in Gemeinden und Krankenhäusern. Bei Bedarf werden die KundInnen zu Hause besucht. Die KundInnen erhalten Informationen und Unterstützung in verschiedenen Bereichen. Häufig wurden die Themen Pflegegeld, Haushaltshilfe und Hauskrankenpflege, stationäre Einrichtungen, 24 Stunden-Betreuung und Hilfsmittel angesprochen beziehungsweise Entlastungsgespräche geführt.

Steiermark

Teilstationäre Pflege/Tagesbetreuung für SeniorInnen

Als Ergänzung zur mobilen Pflege wurde im Jahr 2008 bzw. 2009 vom Land Steiermark das Modell „Tagesbetreuung für Seniorinnen und Senioren“ sowie „Tagesbetreuung Graz für Menschen mit Demenz“ entwickelt. Zielsetzung war es, ein Angebot für ältere Menschen, welche psychosoziale Betreuung und Basispflege benötigen zu schaffen, damit sie weiterhin in ihrem vertrauten Umfeld verbleiben können. Ebenfalls sollten durch dieses Angebot pflegende Angehörige entlastet werden. Diese Tagesbetreuungseinrichtungen werden derzeit in 3 Bezirken als Modellprojekte angeboten und gemäß § 16 Steiermärkisches Sozialhilfegesetz mitfinanziert. Insgesamt stehen 2015 im Rahmen dieser Modellprojekte 112 Tagesplätze zur Verfügung.

Des Weiteren waren im Jahr 2015 im Bundesland Steiermark 20 weitere Tagesbetreuungseinrichtungen in Betrieb, welche durch Gemeinden und Sozialhilfeverbände subventioniert wurden. Im Rahmen dieser Einrichtungen stehen 253 Tagesbetreuungsplätze zur Verfügung.

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

Mobile Pflege und Betreuung/Hauskrankenpflege

Die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste werden in der Steiermark flächendeckend von fünf gemeinnützigen Trägerorganisationen erbracht. Die Leistungen umfassen die Dienste diplomierte Gesundheits- und Krankenpflgerin-/pflger, Pflegeassistentz/Fach-SozialbetreuerIn Altenarbeit und Heimhilfe. Vom Hilfswerk Steiermark GmbH wird zudem der Mobile Kinderkrankenpflegedienst (MoKidi) angeboten.

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

Der Anstieg der geleisteten Pflege- und Betreuungsstunden von 2015 auf 2016 beträgt rund 3,4 Prozent. Betreffend die Anzahl der erbrachten Hausbesuche beträgt der Anstieg zwischen den Jahren 2015 und 2016 rund 0,7 Prozent.

Betreutes Wohnen für SeniorInnen

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

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

Im Jahr 2006 wurden die ersten Wohneinheiten errichtet und im Jahr 2015 wurden an 110 Standorten 1.622 Plätze für Betreutes Wohnen angeboten.

24-Stunden-Betreuung

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

Die aufgrund dieser Unterstützungsleistung entstehenden Kosten, werden zu 60 Prozent vom Bund und zu 40 Prozent von den Ländern getragen. Die Förderung der 24-Stunden-Betreuung wird in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern geregelt. Im steiermärkischen Sozialhilfegesetzes § 24a zur Kostentragung der 24-Stunden-Betreuung (Inkrafttreten 01.01.2012) wird geregelt, dass die Sozialhilfeverbände und Städte mit eigenem Statut dem Land 40 Prozent der Kosten zu ersetzen haben. Die Abwicklung der 24-Stunden-Betreuung sowie die Prüfung der Einhaltung der Richtlinie (§ 21b des Bundespflegegeldgesetzes) wird vom Sozialministeriumservice - Landesstelle Steiermark vorgenommen.

Die Anzahl der Personen, welche einen Zuschuss zur 24-Stunden-Betreuung erhalten, betrug im Jahr 2016 insgesamt 7.216 Personen und ist um 6,6 Prozent zwischen den Jahren 2015 und 2016 gestiegen.

Stationäre Pflege (Pflegeheime und Pflegeplätze)

Hospiz- und Palliativ Care in Pflegeheimen (HPCPH):

Das Land Steiermark unterstützt den Hospizverein Steiermark, so dass Schulungen für Hospiz- und Palliative Care in Pflegeheimen für teilnehmende Pflegeheime vergünstigt angeboten werden können.

Teilnehmende Pflegeheime haben beispielsweise 80 Prozent des gesamten Personals via HP-CPH-Basisseminar zu schulen, ein hausinternes Hospiz- und Palliativteam zu ernennen, eine Hospiz-Fortbildung (16h in 5 Jahren) für ebenfalls 80 Prozent des Personals zu gewährleisten uam., um ein Hospiz-Gütesiegel zu erhalten.

Im Jahr 2016 nahmen acht steirische Pflegeheime an der Ausbildung teil und im Oktober 2016 konnte bereits an vier Pflegeheime das Hospiz-Gütesiegel verliehen werden.

Die Förderung wurde im Jahr 2017 fortgesetzt.

Personalschlüsselerhöhung in Pflegeheimen:

Im Zuge der Verhandlungen zwischen Pflegeheimbetreibern, der Gewerkschaft und dem Land Steiermark sowie Städte- und Gemeindebund wurde vereinbart, dass der Personalschlüssel in Pflegeheimen in vier Schritten angehoben wird. Im März 2016 wurde der erste Schritt dieser Vereinbarung umgesetzt und die neue Personalausstattungsverordnung trat in Kraft. In Summe sollen durch diese Einigung ca. 800 Dienstposten geschaffen werden, mit der Personalausstattungsverordnung des März 2016 wurden ca. 300 Dienstposten geschaffen.

Tirol

Investitionsförderrichtlinie

Im Ausbauprogramm des Landes Tirol wird der Grundsatz „mobil vor stationär“ verfolgt und deshalb die Schwerpunkte für die künftigen Ausbaumaßnahmen vor allem auch auf die mobile Pflege, die Kurzzeitpflege, die Tagespflege und alternative Wohnangebote gelegt. Dies entspricht einerseits den Bedürfnissen der Menschen, ihren Lebensabend möglichst lange zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung zu verbringen und andererseits auch den Vorgaben des Pflegefondsgesetzes, wonach Zweckzuschüsse aus diesem Fonds vorrangig für Maßnahmen zu verwenden sind, die nicht dem vollstationären Bereich zuzurechnen sind.

Das Land Tirol, der Tiroler Gemeindeverband und die Stadtgemeinde Innsbruck sind deshalb übereingekommen, dass zur Unterstützung der Investitionen in Zusammenhang mit dem Ausbau, dem Aufbau und der Sicherung von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in Tirol Fördermittel zur Verfügung gestellt werden. Primär werden dadurch bauliche Investitionen wie Neu-, Zu- und Ausbauten bzw. Generalsanierungen von Wohn- und Pflegeheimen sowie von Kurzzeit-, Übergangs- und Tagespflegeeinrichtungen als auch von Stützpunkten für mobile Pflege- und Betreuungseinrichtungen mitfinanziert. Zudem werden Pilotprojekte zur Erprobung neuer und alternativer Angebote sowie zur Verbesserung bzw. Zusammenführung der Versorgungsstrukturen in der Pflege und Betreuung innerhalb einer Region gefördert. Für die Gewährung von diesen Investitionsförderungen wurden von der Tiroler Landesregierung entsprechende Förderrichtlinien erlassen.

Qualitätssicherung im Bereich der stationären Pflege

Heimaufsicht

Laut § 14 Tiroler Heimgesetz 2005 sind die Bezirksverwaltungsbehörden für die Heimaufsicht zuständig, und üben diese dahingehend aus, dass die Verpflichtungen nach dem Tiroler Heimgesetz 2005 eingehalten werden. Insbesondere ist darauf zu achten, dass die gesetzlichen Vorkehrungen zur Wahrung der Rechte der Heimbewohner getroffen werden. Im Jahr 2016 wurden 14 Heimeinschauen durchgeführt, in denen auch die Heimanwaltschaft eingebunden war.

Leistungskatalog und Personalkoeffizient

Die Umsetzungsmaßnahmen aus den Handlungsempfehlungen des Projektes „Evaluierung stationäre Pflege“ haben im Jahr 2012 begonnen. Insbesondere wird an der Erstellung eines Leistungskataloges und eines Personalkoeffizienten für die stationäre Pflege gearbeitet. Dazu gibt es eine Pilotstudie der UMIT (Universität für medizinische Informationstechnologie, Department Pflegewissenschaft) zum Thema „Bedarfsgerechte Pflegeleistungen für Bewohnerinnen und Bewohner in Tiroler Wohn- und Pflegeheimen“.

Qualitätssicherung im Bereich der Übergangspflege/ qualifizierte Kurzzeitpflege

Für pflege- und betreuungsbedürftige Personen, die unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt eine qualifizierte Pflege in einer spezialisierten Pflegeeinrichtung bedürfen, wurde noch als Pilotprojekt ab Ende 2011 die Form der remobilisierenden Übergangspflege im Angebot der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen aufgenommen. Dieses spezielle Leistungsangebot wird als qualifizierte Kurzzeitpflege im Ausmaß von bis zu maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr gewährt.

Durch die als qualifizierte Kurzzeitpflege geführte Übergangspflege wurde eine Nahtstelle zwischen der Behandlung und Pflege im Krankenhaus und der Pflege und Betreuung zu Hause bzw. im Pflegeheim geschlossen. Neben Pflege- und Unterstützungsleistungen (Bezugspflege, ganzheitliche Betreuung und erforderlichenfalls palliative Betreuung) werden medizinische- und therapeutische Leistungen durch ein Therapeutenteam und tägliche ärztliche Visiten abgedeckt. Die Richtlinie des Landes Tirol zur Förderung der qualifizierten Kurzzeitpflege für pflege- und betreuungsbedürftige Personen (Übergangspflegerichtlinie) ist mit 1. Juli 2014 in Kraft getreten und dieses Leistungsangebot in den Regelbetrieb aufgenommen.

In Tirol wird zum Stichtag 31.12.2016 eine Einrichtung mit 16 Plätzen in der Versorgungsregion Tirol- Zentralraum (VR 71) geführt. Die Richtlinie des Landes Tirol zur Förderung der qualifizierten Kurzzeitpflege für pflege- und betreuungsbedürftige Personen (Übergangspflegerichtlinie) ist mit 1. Juli 2014 in Kraft getreten.

24-Stunden-Betreuung

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

Qualitätssicherung im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung

In Tirol werden Mobile Pflege- und Betreuungsleistungen von 60 Sozial- und Gesundheitssprengel und von fünf weiteren Organisationen erbracht. Mit den 60 Sozial- und Gesundheitssprengeln wird in Tirol eine flächendeckende Versorgung im Bereich der häuslichen Pflege und Betreuung erreicht bzw. sichergestellt. Des Weiteren bietet MOBITIK – Mobile Tiroler Kinderhauskrankenpflege der Volkshilfe in weiten Teilen des Landes Pflegedienste für Kinder an, der Verein VAGET bietet ebenso fast tirolweit mobile psychiatrische Pflege für SeniorInnen an.

Die im Jahr 2010 durch die Umstellung von einer Subventionsfinanzierung auf eine leistungsgerechte Finanzierung eingeführten Richtlinien enthalten Vorgaben hinsichtlich Mindeststandards und Qualität, welche auch durch den Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern vertraglich festgelegt wurden. Ebenso werden zwischen dem Leistungserbringer und den KlientInnen, als Grundlage für die Leistungserbringung vor Beginn des Pflege- und Betreuungsverhältnisses, nach einem vorgegebenen Muster des Amtes der Tiroler Landesregierung eine Pflege- und Betreuungsvereinbarung abgeschlossen. Die Leistungserbringer haben ihre Leistungen anhand dieser Vereinbarung und nach der damit verbundenen Pflege- und Betreuungsplanung durchzuführen. Die Anwendung und der Nachweis eines pflegerischen Erst-Assessment im Rahmen eines Erstgespräches ist für alle KlientInnen und Leistungen verpflichtend.

Die zur Gewährung der optimalen Versorgung für pflege- und betreuungsbedürftige Personen sowie zur Sicherstellung der Qualität eingeführte Leistung Casemanagement als geförderte Leistung, welche in den Leistungskatalog mit entsprechenden Qualitätskriterien aufgenommen wurde, wird stetig ausgebaut: im Jahr 2016 wurden über 8.100 Stunden für Casemanagement geleistet.

Zur Prüfung der Einhaltung der erlassenen Richtlinien und der vorgegebenen Qualitätskriterien, werden im Rahmen von Organisationsanalysen die Leistungserbringer in pflegerischer, wirtschaftlicher und verwaltungstechnischer Hinsicht durch den zuständigen Fachbereich Mobile Dienste in Zusammenarbeit mit der Landessanitätsdirektion überprüft. Diese Organisationsanalysen werden nach einer standardisierten Vorgehensweise durchgeführt und zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Qualität der Pflege und Betreuung werden durch entsprechende Berichte Maßnahmen, u.a. die Behebung von Mängeln, vorgeschrieben, um eine landesweit einheitliche Qualität sicherstellen zu können.

Zur Weiterentwicklung des Führungspersonals in den Mobilen Pflege und Betreuungsorganisationen und damit verbundenen Stärkung der Qualität wurde seitens des Landes im Jahr 2014 eine Bildungsinitiative gestartet, welche auch noch im Jahr 2016 fortgeführt und dementsprechend gefördert wurde.

Qualitätssicherung im Bereich der Tagespflege

Für den Bereich der Tagespflege wurde im Jahr 2010 eine Förderrichtlinie des Landes Tirol erlassen, um im Sinne des Pflegefondsgesetzes einen verstärkten Ausbau und eine vermehrte Inanspruchnahme dieser Leistungen zu erreichen. Diese Leistungen dienen in erster Linie der Entlastung pflegender Angehöriger und tragen dazu bei, dass Menschen tageweise eine teilstationäre Einrichtung in Anspruch nehmen können, in der übrigen Zeit aber die Pflege und Betreuung zu Hause möglich ist. Das Tagespflegeangebot wird je nach Einkommen der pflege- und betreuungsbedürftigen Person bis zu 70 % des von der Tiroler Landesregierung landeseinheitlich festgesetzten Nettonormkostensatzes gefördert.

Die Förderrichtlinien zur Genehmigung der Tagespflegeeinrichtung, welche von Wohn- und Pflegeheimen oder mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen betrieben wird, sehen entsprechende Voraussetzungen des Angebotes der Einrichtung vor, welche vor Genehmigung der Tagespflegeeinrichtung entsprechend überprüft werden. Durch die Richtlinien werden die Anbieter von Tagespflegeeinrichtungen zur Setzung von qualitätssichernden Maßnahmen verpflichtet. Die Richtlinie enthält Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, welche nach dem vorgelegten als auch genehmigten Konzept durch das Land Tirol im Rahmen der Heimeinschauen sowie der Organisationsanalysen bei den mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen jederzeit überprüft werden können.

Mit Jahresende 2016 standen in Tirol 31 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 269 Plätzen zur Verfügung.

Qualitätssicherung im Bereich Hospiz- und Palliative Care

Die Schwerpunkte der Hospiz- und Palliativversorgung sollen gemäß Strukturplan Pflege 2012 – 2022 in der regionalen stationären und ambulanten Versorgung in den Versorgungsregionen und Bezirken gebildet werden. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Entwicklung und Qualitätssicherung soll die Ausweitung und Intensivierung der Bildungsaktivitäten im Hospiz- und Palliativbereich und die Umsetzung innovativer Projekte gesichert werden. Es wird eine Bündelung der Hospiz- und Palliativangebote in Tirol angestrebt. Vorrangiges Ziel ist die Schaffung eines Knotenpunktes für Angebote einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung.

Mobile Dienste

Das in den Pilotregionen Bezirk Reutte und Lienz erarbeitete Konzept der integrierten Palliativbetreuung (Modell IPB) soll gemäß Strukturplan Pflege 2012 –2022 und der Landeszielsteuerungskommission des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) bis Ende 2017 in allen Tiroler Bezirken umgesetzt werden können.

Für pflege- und betreuungsbedürftige Palliativpatientinnen und -patienten, die zu Hause versorgt werden und vom betreuenden Hausarzt als PalliativpatientIn im Modell „IPB“ der Sozialversicherung gemeldet werden, sieht das Modell für einen Zeitraum von 28 Tagen mit Option auf Verlängerung eine durch die Abteilung Soziales, den Sozialversicherungen und dem TGF ausfinanzierte Versorgung über die mobilen Pflegedienste (Sozial- und Gesundheitsprengel) in Zusammenarbeit mit einem mobilen Palliativteam vor.

Im Jahr 2016 wurde das Projekt auf die Bezirke Innsbruck-Stadt und Innsbruck Land erweitert. Ebenso wurde mit den Vorbereitungs- und Abstimmungsarbeiten zur Ausrollung des Projektes in den Bezirken Kufstein und Schwaz begonnen.

Die Arbeiten zur Einrichtung eines intramuralen Palliativkonsiliardienstes am Landeskrankenhaus Innsbruck wurden weitergeführt.

Langzeitpflege / Wohn- und Pflegeheime

In Tirol wurde 2016 das Projekt „Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim (HPCPH)“ gestartet. Die Aus- und Durchführung dieses Projektes wird durch die Tiroler Hospiz-Gemeinschaft geleistet. Ziel ist die Entwicklung einer Organisationskultur in einem zweijährigen begleiteten Prozess. In einem Organisations- und Qualitätsentwicklungsprozess in Verbindung mit einer systematischen Weiterbildung in Palliativer Geriatrie werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohn- und Pflegeheime miteinbezogen. Das Projekt „HPCPH“ ist keine reine Fortbildungsmaßnahme, sondern es soll den Entwicklungsprozess initiieren und die fachliche Kompetenz in der Palliativbetreuung fördern.

Der Projektprozess läuft jeweils über zwei Jahre, die durch einen verbindlichen Zeitplan strukturiert sind. Regelmäßige Austauschtreffen im Heim, heimübergreifende Vernetzungstreffen und weitere „Bausteine“ sind vorgesehen.

Durch die Implementierung von Hospizkultur und Palliative Care wird im Pflegeheim eine Lebens- und Sterbekultur geschaffen, die hilft, den vielfältigen Bedürfnissen von Menschen in ihrer letzten Lebensphase Raum zu geben. Die Lebensqualität der BewohnerInnen und Bewohner steigt und

belastende Krankenhauseinweisungen können möglichst vermieden werden. Ethische Entscheidungen werden in interprofessionellen Fallbesprechungen mit Betroffenen, An- und Zugehörigen und dem gesamten Betreuungsteam rechtzeitig vorbereitet werden. Es soll als weitere Zielsetzung die Motivation und Zufriedenheit der MitarbeiterInnen und Mitarbeiter gesteigert werden. Dazu wird auf die Kommunikation und Zusammenarbeit im Team im Zuge des Entwicklungsprozesses besonders Bedacht genommen.

Die Implementierung von „HPCPH“ in den Pflegeheimen soll zeitlich abgestuft und versetzt zunächst mit 5 Pflegeheimen beginnen und daran anschließend in weiteren Gruppen mit jeweils 5 – 10 Pflegeheimen fortgesetzt werden.

Hospizhaus Tirol

Als Knotenpunkt der Hospizversorgung in Tirol wird derzeit durch die Tiroler Hospiz- Gemeinschaft auf dem nunmehrigen Standort des Landeskrankenhauses Hall i. T. ein vom Land Tirol gefördertes Hospizhaus Tirol gebaut. Die Tiroler Hospiz-Gemeinschaft wird zudem das mobile Palliativteam Innsbruck im Rahmen der Fördermöglichkeiten des Strukturplans Pflege 2012-2022 unterstützen. Das Tageshospiz wird als Modellprojekt durch die Tiroler Hospiz- Gemeinschaft geführt.

Das Hospizhaus Tirol wird insgesamt umfassen:

Die bisher im Sanatorium Kettenbrücke bestehende Hospiz- und Palliativstation mit 14 Betten sowie die bereits seit 2004 bestehende Ambulanz für Schmerztherapie, Nadelwechsel, Verbandswechsel, etc. werden ins Hospizhaus Tirol übersiedeln. Weiters werden Räumlichkeiten für die Leitung und Koordination des Mobilen Palliativteams Innsbruck-Stadt und Innsbruck- Land zur Verfügung gestellt sowie der Bildungsakademie für Ausbildungen im Bereich Hospiz und Palliativ Care. Ein Tageshospiz zur Entlastung pflegender Angehöriger und die Leitung und Verwaltung der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft und der Tiroler Hospizbetriebsgesellschaft mbH sowie der ehrenamtlichen Hospizgruppen Tirols werden ebenfalls in den Räumlichkeiten untergebracht.

Vorarlberg

Stationärer Bereich (Pflegeheime)

Die Aufsicht über die Pflegeheime liegt bei den Bezirkshauptmannschaften. Sie haben im Rahmen der Aufsicht zu prüfen, ob die im Pflegeheimgesetz verankerten Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. die Pflichten der Heimträger erfüllt werden. Dazu stehen den Bezirkshauptmannschaften medizinische, pflegefachliche und technische Sachverständige zur Verfügung.

Zur Sicherung eines einheitlichen Vollzuges auf den vier Bezirkshauptmannschaften wurde ein Durchführungserlass zum Pflegeheimgesetz verfügt, der die wesentlichen Aufgaben und Abläufe regelt. Alle Pflegeheime unterliegen zusätzlich dem Tätigkeitsbereich der Patientenanwaltschaft, der OPCAT Kommission, der Besuchskommission des Landesvolksanwaltes und der Bewohnervertretung (IFS).

Im Jahr 2013 wurde die landesweite Einführung des ressourcenorientierten Bedarfserhebungsinstrumentes BESA abgeschlossen. Die Fremdevaluation erfolgt im Rahmen der behördlichen Einschau.

Darüber hinaus stellt BESA eine Informationsbasis zur Verfügung, welche die pflegerelevante Lebenssituation der Heimbewohnenden umfassend enthält. Basierend auf diesen strukturiert aufgebauten Informationen und deren Verläufe werden im Modul Qualität des BESA Systems Kennzahlen bzw. Indikatoren als Information für die Managementebene, neu mit der BESA Version 5.0 vierteljährlich, zur Verfügung gestellt. BESA Qualität zeigt zur aktuellen Situation Ergebnisse, wie auch im Verlauf über mehrere Jahre. Mit dieser Grundlage besteht auch die Möglichkeit eines Benchmarks. Über die behördliche Aufsicht hinaus wurden und werden zahlreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung im stationären Langzeitbereich gesetzt:

- Jährliche detaillierte Leistungsberichte, zuletzt „Bericht 2016 -stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf“
- Förderung von Maßnahmen im Bereich Qualitätssicherung, Fortbildungen und Datengrundlagen durch den Dienstleister connexia - Gesellschaft für Gesundheit und Pflege
- Förderung von Qualitätsinstrumenten (NQZ, E-Qualin ...)
- Förderung des Projektes „gerontopsychiatrische Kompetenz in den Vorarlberger Pflegeheimen“

Ambulanter Bereich

Mobile Hilfsdienste

In Vorarlberg werden über 80 Prozent der Pflegegeldempfänger/innen in ihrem Zuhause betreut. Regionale Mobile Hilfsdienste entlasten betreuende bzw. pflegende Angehörige und unterstützen Menschen, die einer Betreuung bedürfen und alleine leben. Die Hilfen werden den persönlichen Erfordernissen angepasst.

Mit 1.1.2017 tritt die neue Richtlinie zur Förderung der Mobilen Hilfsdienste in Kraft. Mit der neuen Richtlinie wurden Ziele gesetzt und Eckpunkte ausgebaut, die eine verbesserte Struktur ermöglicht und eine bessere wirtschaftliche Wirkung auf die Struktur der einzelnen Mobilen Hilfsdienste sichert.

Hauskrankenpflege

Die Hauskrankenpflege in Vorarlberg ist ein einzigartiges Erfolgsmodell und gemeinsam mit den Mobilien Hilfsdiensten wichtigster Akteur der ambulanten Betreuung und Pflege in Vorarlberg.

Durch die bestehende Finanzierungsstruktur, die in der Richtlinie zur Förderung der Hauskrankenpflege geregelt ist, sind die Leistungen der Hauskrankenpflege für die Betroffenen und ihre Familien für einen geringen Pflegebeitrag erhältlich.

Betreuungspool Vorarlberg

Es werden selbständige Personenbetreuerinnen und -betreuer vermittelt. Der Betreuungsumfang beginnt bei ca. 4 Stunden am Block und geht bis zur 24h-Betreuung.

Förderung der 24-Stunden-Betreuung

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

Zuschuss zum Pflegegeld bei ambulanter Pflege

Bei Bezug eines Pflegegeldes der Stufe 5, 6 oder 7, der überwiegenden Pflege zu Hause, Wohnsitz in Vorarlberg und keinem Bezug eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung kann ein monatlicher Zuschuss in der Höhe von Euro 200,-- beantragt werden.

Beratung und Information

Das Leistungsspektrum der dezentralen, flächendeckend ausgebauten Hauskrankenpflegevereine geht weit über das Niveau einer medizinischen Hauskrankenpflege nach ASVG hinaus. Die Anleitung, Beratung und psychosoziale Betreuung der Angehörigen können als Leistungen dokumentiert werden und finden bei der Förderung der Hauskrankenpflegevereine ihre Berücksichtigung.

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

Wichtige Handlungsfelder der Hauskrankenpflege sind auch die Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung. So fördert das Angebot der präventiven Hausbesuche mit dem Titel „Unabhängig leben im Alter“ für Menschen ab 75+ die Gesundheitskompetenz älterer Menschen und es hat sich gezeigt, dass durch diese Beratungsgespräche die Bereitschaft steigt, bei Bedarf frühzeitig Hilfe anzunehmen.

Case Management und Care Management, Bedarfs- und Entwicklungsplanung

Case Management:

Das im Jahr 2011 gestartete Projekt „Case Management“ wurde 2016 weitergeführt. Flächendeckend ist ein Case Management vorhanden um mit dem Klienten ein individuelles und bedarfsorientiertes Versorgungspaket zu planen, umzusetzen sowie zu evaluieren. Case Management stützt den Ansatz „so viel wie möglich ambulant so viel wie nötig stationär“ und hilft somit die Pflegeheimaufnahmen auf das notwendige Ausmaß zu reduzieren. Der Schwerpunkt für die nächsten Jahre liegt auf qualitätssichernden Maßnahmen sowie im Ausbau der Ressourcen und in die Eingliederung in neue Projekte im Pflegebereich.

Care Management:

Auf der Basis von 19 Planungsregionen (aus 96 Gemeinden Vorarlbergs) wird eine gemeindeübergreifende Betreuung und Pflege zukunftsfähig und sozialplanerisch sinnvoll angegangen. Mit Stand Dezember 2016 konnten im Care Management Vertreterinnen und Vertreter aus insgesamt 14 Planungsregionen verzeichnet werden, die an einem gemeinsamen strukturellen Aufbau mitwirken.

Bedarfs- und Entwicklungsplanung

Ergänzend zum im Jahr 2012 erstellten Bedarfs- und Entwicklungsplan in Bezug auf die aktuelle Pflegebedürftigkeit und die zu erwartenden Bedarfe in den Leistungssegmenten des ambulanten und stationären Bereiches wurden für den stationären und einen Teil des ambulanten Bereichs weitere Kennzahlen entwickelt und evaluiert. Ziel ist es, verfeinerte Planungsgrundlagen vorliegen zu haben und regionsindividuelle Ausprägungen noch besser berücksichtigen zu können. Die Bildung weiterer Kennzahlen und Ansätze zur Messung von Interdependenzen und Verläufen befindet sich in der Planung und Umsetzung. Im Jahr 2016 wurde eine Prognose zum Bedarf an Pflegeheimplätzen unter Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung (Basis: erste Annahmen) erstellt. Eine Aktualisierung der Prognose wird aufgrund der Entwicklung der 24h-Betreuung bereits wieder für das Jahr 2018 eingeplant.

Öffentlichkeitsarbeit

- Jahresbericht des „Betreuungs- und Pflegenetz“
- Aktion Demenz
- daSein – Zeitschrift für pflegende Angehörige
- Auf der Homepage des Landes Vorarlberg wurden alle Informationen zur Betreuung und Pflege kompakt zusammengefasst. Im „Wegbegleiter zur Pflege daheim“ finden sich diese Informationen auch in gedruckter Form.

Wien

Neuerungen in der Qualitätssicherung im Bereich Pflege und Betreuung durch den Fonds Soziales Wien im Jahr 2016

Weiterentwicklung von Leistungen

Im April 2016 präsentierte Gesundheits- und Sozialstadträtin Sonja Wehsely am Wiener Hospiz- und Palliativtag eine neue, durch den Fonds Soziales Wien geförderte Leistung: „Kinderbetreuung Daheim Plus“. Mit der neuen Leistung werden Familien und Angehörige eines Kindes mit einer chronisch lebensverkürzenden Erkrankung unterstützt. Durch die Betreuung der gesunden Geschwisterkinder werden die Eltern durch stundenweise Auszeiten entlastet. Die Geschwister des kranken Kindes können auf diese Weise ein wenig Zeit verbringen, die ganz ihnen gehört und Gelegenheit für eigene Bedürfnisse und Wünsche bietet. Ziel ist es, ihnen einen Ausgleich zu ihrem Familienalltag anzubieten.

Eine weitere neue Leistung wird im teilstationären Bereich, den Tageszentren, getestet. 2015 bis 2017 läuft ein Pilotprojekt mit verlängerten bzw. erweiterten Öffnungszeiten. KundInnen können durch ein neu entwickeltes „Blocksystem“ die Leistung noch flexibler in Anspruch nehmen (z.B. zu den Abendstunden oder am Wochenende). Damit werden Angehörige und das soziale Umfeld der KundInnen in der Betreuung unterstützt und weiter entlastet.

In Wien stehen im Sinne der „Abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene“ (Gesundheit Österreich GmbH) mobile und stationäre Palliativteams, Hospizteams und ein stationäres Hospiz sowie sechs Palliativstationen zur Verfügung. Im Jahr 2015 boten acht mobile Palliativteams in Wien Leistungen an. 2016 hat ein zusätzliches Hospiz- und Palliativteam die Tätigkeit aufgenommen. Drei Teams werden folgen.

Weiterentwicklung der einheitlichen Handlungsleitlinien

Die Pflegeforschung liefert laufend neue Erkenntnisse. Der FSW sorgt gemeinsam mit dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen dafür, dass der aktuelle wissenschaftliche Stand in der täglichen Pflegepraxis Anwendung findet.

Möglich macht das ein neues Nachschlagewerk mit dem Titel „Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung“, das die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zusammenfasst und um Erfahrungswissen aus der Praxis für die tägliche Arbeit ergänzt. Die Inhalte werden in Arbeitsgruppen von VertreterInnen des FSW, des Dachverbandes und der Trägerorganisationen gemeinsam seit Anfang 2016 erarbeitet. Neu ist die gewählte Form. Erstmals stehen damit Handlungsleitlinien für alle Settings, die Mobilen Dienste, die Tageszentren und den Bereich „Wohnen und Pflege“ in einem gemeinsamen Kompendium zur Verfügung. 2016 wurde der erste Teil zu den Themen „Hautintegrität“, „Kontinenzmanagement“, „Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement“ sowie „Mobilität und Sturzmanagement“ fertiggestellt. Weitere Themen werden folgen.

Aktualisierte “Spezifische Förderrichtlinien” in der Pflege und Betreuung

Durch eine Aktualisierung der ”Spezifischen Förderrichtlinien” in der Pflege und Betreuung hat der Fonds Soziales Wien 2016 darüber hinaus erreicht, dass sich alle Partnerorganisationen im Pflege- und Betreuungsbereich dazu verpflichten, die Handlungsleitlinien im Rahmen der Leistungserbringung umzusetzen. Damit ist für die Zukunft ein einheitliches Qualitätsverständnis in der Pflege und Betreuung in Wien fest verankert.

Laufende Qualitätssicherung im Bereich Pflege und Betreuung

Gesetzliche Grundlagen

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

Die gesetzliche Grundlage für „Wohnen und Pflege“ bildet das mit 29.6.2005 in Kraft getretene Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WWPG) und die Verordnung der Wiener Landesregierung betreffend Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen (Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz). In diesem Gesetz sind beispielsweise Mindeststandards zur Personalausstattung, zu baulich-technischen Vorgaben, zur Betriebsführung sowie zur Wahrung der Rechte der BewohnerInnen festgeschrieben.

Anerkennung durch den FSW

Mit der in den Allgemeinen und Spezifischen Förderrichtlinien verankerten Anerkennung verpflichten sich die Rechtsträger der Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements, z. B. Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung, Maßnahmen zur Umsetzung von Qualitätsstandards und Maßnahmen zur Umsetzung von Richtlinien des Fonds Soziales Wien.

Einheitliche Qualitätsstandards in Form von Handlungsleitlinien

Im Auftrag des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen wurde in Zusammenarbeit mit dem Fonds Soziales Wien, der Magistratsabteilung 40 und VertreterInnen von Partnerorganisationen das „Qualitätshandbuch ambulant“ und das „Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime“ unter wissenschaftlicher Begleitung erarbeitet. 2012 publizierte der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen ein Kompendium der in diesem Prozess entstandenen evidenzbasierten Handlungsleitlinien im facultas Verlag. Dieses stellt eine kompakte, übersichtliche und informative, von PraktikerInnen für die Praxis erstellte Fachliteratur dar.

2013 wurden Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung und -entwicklung in Tageszentren in Zusammenarbeit mit dem Dachverband und den Partnerorganisationen fertiggestellt. Seit Beginn 2016 wird an einer Überarbeitung und Weiterentwicklung gearbeitet (siehe Neuerungen).

Qualitätsprüfung durch die Aufsichtsbehörde und die FSW-Qualitätsaudits

Die Überprüfung der gesetzlichen Mindeststandards obliegt der Magistratsabteilung 40 „Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht“. Die Aufsichtsbehörde prüft systematisch, regelmäßig und anlassbezogen die Umsetzung der Anforderungen in den Einrichtungen. Die gute Zusammenarbeit zwischen der Aufsichtsbehörde und der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft mit dem Fonds Soziales Wien ermöglicht es, gemeinsam mit den Partnerorganisationen an der Qualitätssicherung und einer stetigen Qualitätsweiterentwicklung zu arbeiten. Darüber hinaus werden derzeit durch den Fonds Soziales Wien Qualitätsaudits bei anerkannten Einrichtungen durchgeführt, um die in den Allgemeinen und Spezifischen Förderrichtlinien und im Qualitätshandbuch bzw. Qualitätsprogramm festgeschriebenen Kriterien strukturiert und regelmäßig zu evaluieren.

Zufriedenheitsstudien als Basis für Qualitätsverbesserungen

Die Zufriedenheit aller KundInnen mit den Leistungen des Fonds Soziales Wien und der Leistungserbringung in den Bereichen „Wohnen und Pflege“, mobile Dienste und Tageszentren wird seit 2012 in wienweiten Befragungen durch den Fonds Soziales Wien erhoben. Eine laufende Evaluierung der Ergebnisse findet statt.

So wurden 2016 zum zweiten Mal die KundInnen und deren Angehörigen in anerkannten Wohn- und Pflegehäusern befragt. Teilgenommen haben über 8.600 KundInnen und Angehörige. WienerInnen haben in der Befragung bestätigt, dass sie sich in den modernen Wohn- und Pflegehäusern wohl fühlen. 94 Prozent der WienerInnen, die in einer Wohn- und Pflegeeinrichtung leben, sind mit der Einrichtung zufrieden. Weitere Details der Befragung ergaben, dass 96 Prozent der Befragten großes Lob für die MitarbeiterInnen in den Wohn- und Pflegehäusern aussprechen. 95 Prozent sind mit der Ausstattung zufrieden. 90 Prozent äußerten sich positiv zu Pflege und Betreuung. „Unsere Qualitätssicherung in den Wiener Pflegeeinrichtungen stellt sicher, dass die hohen Standards eingehalten werden – die vielen positiven Rückmeldungen unserer KundInnen bestätigen, dass diese Qualität auch wahrgenommen und geschätzt wird“, freut sich Monika Badilla, Leiterin des Fachbereichs Pflege und Betreuung des Fonds Soziales Wien.

Qualitätsgesteuert von Anfang an

Die Vorgaben des WWPG im Bereich „Wohnen und Pflege“ fließen auch in die Planung von neuen Wohn- und Pflegehäusern ein. Besonderer Wert wird bei neu entstehenden Einrichtungen in der Planungsphase auf den Bedarf an Plätzen und die Erfüllung der Standards gemäß WWPG und den

im Qualitätsprogramm definierten Qualitätskriterien gelegt. In dieser Phase müssen bereits eine dem WWPG entsprechende Betriebs- und Leistungsbeschreibung sowie ein Konzept zur geplanten Personalausstattung vorliegen. Die Berücksichtigung der Wohn- und Lebensqualität für die BewohnerInnen muss aus diesen Konzepten ersichtlich sein.

Qualität durch “Know-how”

In Form von verschiedenen Formaten wird “Know-how” bei Pflegebedürftigen, Angehörigen oder InteressentInnen aufgebaut.

Es finden Infoabende für Angehörige und Interessierte zu diversen Themen wie “Pflege daheim” oder “Alltag mit Demenz” statt. Dabei informieren und beraten ExpertInnen und stehen für Fragen zur Verfügung.

Weiters fand 2016 zum zehnten Mal der Wiener Herz-Kreislauf-Event statt. In vier Terminen drehte sich alles um Herz, Kreislauf und Gesundheit. Ziel ist es, in der Bevölkerung das Bewusstsein für das persönliche Gesundheitsrisiko zu erhöhen und zu einem gesünderen Lebensstil zu führen. So können Angebote wie Blutdruckmessungen, Messungen des Körperumfanges, Blutzuckermessungen oder Bewegungs- und Ernährungsberatung in Anspruch genommen werden.

Eine andere Zielgruppe wird beim jährlich stattfindenden FSW-ExpertInnen-Forum angesprochen. Führungskräfte und MitarbeiterInnen von Pflege- und Betreuungseinrichtungen haben hier die Möglichkeit, aktuelles Wissen zu generieren und sich innerhalb der Branche auszutauschen.

2016 fand das 11. FSW-ExpertInnen-Forum unter dem Motto „Die Zukunft der Geriatrie – Sackgasse oder Chance?“ statt. Rund 160 BesucherInnen nahmen an der Fachtagung teil. Auf Einladung der Wiener SeniorInnenbeauftragten und Chefärztin des Fonds Soziales Wien wurde dieses wichtige Thema von namhaften ExpertInnen aus Medizin und Pflege beleuchtet.

Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“

Im Dezember 2016 wurde das Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“, im Rahmen einer Pressekonferenz im Wiener Rathaus, der Öffentlichkeit präsentiert. Das Kernstück bilden die bereits vorgestellten neun Leitlinien, welche im fertigen Strategiekonzept noch weiter konkretisiert wurden. Dazu wurden die Leitlinien im Laufe des Jahres weiter mit FachexpertInnen diskutiert, u.a. im Rahmen eines halbtägigen Feedback-Workshops mit zahlreichen VertreterInnen von Organisationen, die im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen Mitglieder sind. Das Ergebnis floss direkt in das Strategiekonzept ein. Parallel wurde im Jahr 2016 ein Maßnahmenkatalog zur Strategie erarbeitet. Die Umsetzung kann 2017 beginnen.

Das Strategiekonzept kann unter folgendem Link heruntergeladen werden: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/soziales/pflege2030.html>.

Wien wächst und wird jünger und älter zu gleich. Es wird in diesem Zusammenhang davon ausgegangen, dass es im Jahr 2030 um 39 % mehr Personen, die 75 Jahre und älter sind, geben wird als 2015. Im Hinblick auf diese Herausforderung setzt die Stadt Wien im Rahmen der Strategie 2030 den Fokus auf mehrere Maßnahmen, um diese Entwicklung zu meistern und ohne Ausbau der stationären Kontingentplätze ein Pflege- und Betreuungssystem auf höchstem Niveau zu bewerkstelligen.

Ein Hauptaugenmerk liegt auf der längeren Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Selbstständigkeit älterer Menschen. Eine Verstärkung der Rehabilitations- und Remobilisationsangebote soll die Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen möglichst lange hinauszögern. Auch die Veränderung der Aufnahmen in stationäre Einrichtungen, welche in Zukunft grundsätzlich vorläufig erfolgen sollen, wird als Baustein zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit älterer Menschen beitragen.

Ein weiterer Schwerpunkt der nächsten Jahre liegt auf der Ausweitung der mobilen und teilstationären Angebote bzw. auf deren Flexibilisierung. Dies soll durch eine höhere Durchlässigkeit zwischen den Angeboten und einem vereinfachten Zugang zu den Leistungen ermöglicht werden. Konkrete Maßnahmen, welche aktuell bzw. in Zukunft ausgearbeitet werden, sind beispielsweise die bereits existierende Möglichkeit in jedem Beratungszentrum des FSW jede Leistung zu beantragen bzw. zukünftig durch eine andere Lagerung der Betreuungsstunden die Lücke zwischen den derzeitigen mobilen Angeboten und der 24-Stunden-Betreuung zu schließen.

Beim Ausbau und der Neuentwicklung von Angeboten wird auf deren inklusiven Ansatz geachtet. Aus diesem Grund werden in Zukunft der Anstieg von psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung von Sterbenden sowie Diversitätsaspekte verstärkt mitberücksichtigt.

Studie Migration und Pflege

Seitens der MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung und des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen wurde im Jahr 2016 die Studie „Einfluss der Migration auf Leistungserbringung und Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen in Wien“ veröffentlicht (<https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/soziales/migration.html>). Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass bestimmte Gruppen von WienerInnen mit ausländischer Herkunft die Pflege- und Betreuungsleistungen der Stadt nur unterdurchschnittlich oft in Anspruch nehmen. Die Studie hat das Ziel, Gründe hierfür zu identifizieren bzw. nach den Erwartungen der MigrantInnen an die Pflege- und Betreuungsangebote zu fragen. Im Rahmen der Studie wurden durch den Auftragnehmer,

Prof. Christoph Reinprecht, und sein Team 429 WienerInnen, die ursprünglich aus der Türkei, dem Iran, Bosnien, Serbien oder Polen kommen, interviewt. Die Ergebnisse der Studie werden bei der Umsetzung der Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ berücksichtigt.

3. DEMENZ

3.1 Demenzstrategie – Gut leben mit Demenz

In Österreich sind derzeit ca. 115.000 bis 130.000 Menschen von einer demenziellen Beeinträchtigung betroffen. Auf Grund des Alterns und der damit verbundenen steigenden Lebenserwartung ist absehbar, dass sich die Anzahl der Demenz Patientinnen und -patienten bis 2050 verdoppeln wird. Daher hat sich die Bundesregierung in ihrem aktuellen Arbeitsprogramm für eine Schwerpunktsetzung in Form der Entwicklung einer „Demenzstrategie“ bekannt.

Aufbauend auf dem „Österreichischen Demenzbericht 2014“ wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Sozialministerium mit der Entwicklung der Demenzstrategie beauftragt. Die fachliche Arbeit erfolgte im Rahmen von 6 Arbeitsgruppen in einem breiten partizipativen Prozess. Vertreter/innen der Länder, Städte- und Gemeindebund, Sozialversicherungsträger, Interessenvertretungen, Wissenschaft, wichtiger Stakeholder, aber auch Betroffene sowie An- und Zugehörige erarbeiteten Wirkungsziele und erste Handlungsempfehlungen zu konkreten Handlungsfeldern.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen – insgesamt wurden 7 Wirkungsziele und 21 Handlungsempfehlungen formuliert - wurden am 14. Dezember 2015 der Öffentlichkeit präsentiert.

Die Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ soll den gemeinsamen Orientierungsrahmen für eine zielgerichtete Kooperation zwischen den Stakeholdern bilden.

Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen bilden eine gemeinsame Grundlage für die Konkretisierung von Zielen und Maßnahmen durch die beteiligten Organisationen. In Nachfolgeprozessen sind von den jeweils zuständigen Akteuren weitere Schritte zur Konkretisierung der Ziele und Umsetzung vorzusehen.

Die Demenzstrategie wurde am 30.08.2016 vom Ministerrat zustimmend zur Kenntnis genommen.

3.2 Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen im Überblick

Wirkungsziel 1 „Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen sicherstellen“

Die demenzsensible Gestaltung des Lebensumfeldes, aber auch Wertschätzung und Selbstbestimmung ermöglichen Menschen mit Demenz und deren An- und Zugehörigen soziale Teilhabe. Damit wird ein wichtiger Beitrag zu höherer Lebensqualität der Betroffenen geleistet.

HE 1a „Bewusstseinsbildung forcieren und Sensibilisierungsmaßnahmen setzen“

HE 1b „Partizipation/Teilhabe im Lebensumfeld sicherstellen“

HE 1c „Selbstbestimmung der betroffenen Menschen ermöglichen“

HE 1d „Partizipative Wissenschaft - Forschung mit allen umsetzen“

Wirkungsziel 2 „Information breit und zielgruppenspezifisch ausbauen“

Menschen mit Demenz, deren An- und Zugehörige wie auch die gesamte Bevölkerung haben Zugang zu niederschwelliger, flächendeckender Information über Demenz.

HE 2a „Entwicklung umfassender Informations- und Kommunikationskonzepte“

HE 2b „Breite Öffentlichkeitsarbeit und (Medien-)Kampagnen“

HE 2c „Zielgruppenspezifische Informationen“

HE 2d „Niederschwellige Informationsangebote“

HE 2e „Webbasierte Informationen und Angebote“

HE 2f „Entwicklung eines Code of good practice für die Medienberichterstattung“

Wirkungsziel 3 „Wissen und Kompetenz stärken“

Information und Qualifikation sowohl für Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich als auch für An- und Zugehörige, ermächtigen zu kompetenten, kooperativen und wechselseitig verbindlichem Handeln.

HE 3a „Sensibilisierung, Kompetenzentwicklung, -stärkung und Qualifizierung von medizinischen und nicht medizinischen Akteuren/Akteurinnen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens“

HE 3b „Kompetenzstärkung für An- und Zugehörige“

Wirkungsziel 4 „Rahmenbedingungen einheitlich gestalten“

Bedarfsorientierte Leistungen, die über alle Versorgungsbereiche aufeinander abgestimmt sind und Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und ihren An- und Zugehörigen kontinuierlich zur Verfügung stehen, erfordern die Zusammenarbeit aller im Gesundheits- und Sozialbereich Verantwortlichen. Diese Zusammenarbeit ermöglicht das Gestalten einer österreichweit vergleichbaren Angebotsstruktur.

HE 4a „Schaffen einer abgestimmten integrierten Versorgung für Menschen mit Demenz und einer sektorenübergreifenden Struktur durch Zusammenarbeit der Systempartner/innen im Gesundheits- und Sozialbereich“

HE 4b „Entwicklung von Qualitätsstandards im Bereich Gesundheit, Soziales, Pflege und Betreuung“

HE 4c „Einrichtung einer Plattform Demenzstrategie“

Wirkungsziel 5 „Demenzgerechte Versorgungsangebote sicherstellen und gestalten“

Die Angebote der Versorgungskette von Gesundheitsförderung bis Palliativ Care sind niederschwellig, leistbar, bei Bedarf aufsuchend, multiprofessionell, aufeinander abgestimmt, kontinuierlich und individualisiert.

HE 5a „Bestmögliche Langzeitbetreuung von Menschen mit Demenz“

HE 5b „Anpassung der Strukturen, Prozesse, Abläufe und Umgebungsfaktoren in Krankenanstalten an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz“

Wirkungsziel 6 „Betroffenenzentrierte Koordination und Kooperation ausbauen“

Österreichweit erhalten Menschen mit Demenz und deren An- und Zugehörige niederschwellige Angebote zur Früherkennung, Beratung und Begleitung entsprechend dem Krankheitsverlauf. Multiprofessionelle Teams planen mit den betroffenen Menschen und deren An- und Zugehörigen gemeinsam individuelle Maßnahmen und koordinieren diese bei Bedarf mit weiteren Leistungserbringern.

HE 6a „Flächendeckender Ausbau niederschwelliger Anlaufstellen für Menschen mit Demenz sowie für deren An- und Zugehörige und Integration in bestehende Systeme. Die Anlaufstellen agieren regional und bei Bedarf aufsuchend auf Basis eines abgestimmten Konzeptes“

Wirkungsziel 7 „Qualitätssicherung und -verbesserung durch Forschung“

Von der Prävention bis zu Palliative Care diagnostizieren, behandeln, betreuen und pflegen sämtliche Fachkräfte auf Basis wissenschaftlicher/ qualitätsorientierter Kriterien und berücksichtigen die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz.

HE 7a „Aufbau eines bundesweiten Datenpools zu Epidemiologie und Versorgungsangeboten, Evidenzbasierung des Versorgungsangebotes für Menschen mit Demenz und Evaluierung der vorhandenen Angebote als Basis für das Weiterentwickeln der Angebotsstruktur“

HE 7b „Entwicklung einer nationalen Forschungsagenda zur Versorgung von Menschen mit Demenz“

HE 7c „Forschungsergebnisse sollen schnell und umfassend allen relevanten Zielgruppen kommuniziert werden und Eingang in Gesellschaft, Politik und professionelle Praxis finden“

3.3 Plattform Demenzstrategie

Zur Unterstützung einer aufeinander abgestimmten Vorgangsweise wurde im Jahr 2016 die Plattform Demenzstrategie eingerichtet, die als Handlungsempfehlung 4c im Wirkungsziel 4 der Demenzstrategie formuliert wurde und folgende Wirkungen verfolgen soll:

Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene gibt es aufeinander abgestimmte Strukturen und Rahmenbedingungen, die Bedürfnisse von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen berücksichtigen und sicherstellen, dass im gesamten Bundesgebiet Leistungen mit gleicher Qualität unter vergleichbaren Voraussetzungen zur Verfügung stehen und von den Menschen in Anspruch genommen werden können. Diese können in der Folge auf regionaler Ebene und auf Organisationsebene verankert und umgesetzt werden.

Mit der Erarbeitung des Umsetzungskonzeptes für die Plattform und der Begleitung der Plattform in der Entwicklung und der operativen Phase wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) betraut.

Die Plattform soll abgestimmtes Vorgehen und das Umsetzen gemeinsamer Rahmenbedingungen und Empfehlungen ermöglichen. Dazu bilden Verantwortungsträger/innen, Umsetzer/innen, Forschung und betroffene Menschen eine gemeinsame Plattform, wobei schon vorhandene Strukturen berücksichtigt werden.

Die Plattform zur koordinierten Umsetzung der Demenzstrategie setzt sich aus einer Steuerungsgruppe, einer Koordinierungsgruppe, einem Plenum und bei Bedarf aus Arbeitsgruppen zusammen.

In der Steuerungsgruppe werden alle wesentlichen organisatorischen Entscheidungen im Zuge der Umsetzung der Demenzstrategie getroffen. Ihre Mitglieder setzen sich aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMGF) und dem Sozialministerium (BMASK) auf Kabinetts- und Beamtenebene zusammen.

Mitglieder der Koordinierungsgruppe sind Mitarbeiter/innen des BMGF, BMASK, Ländervertreter/innen, Städte- und Gemeindebund, Betroffenenvertretungen und nominierte Fachexpert/innen. Die Gruppe trifft sich 3 bis 4 Mal im Jahr um u.a. Schwerpunktthemen für die Umsetzung der Demenzstrategie im Jahresprogramm festzulegen, regelmäßige Berichterstattungen zu Maßnahmen im eigenen Wirkungsbereich (insbesondere für die Website), Vorschläge für die Weiterentwicklung und inhaltliche Gestaltung der Website, Empfehlungen für Projekte und Vorschläge zur Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung zu erarbeiten und um (Pilot)Projekte im eigenen Wirkungsbereich zu initiieren.

In das Plenum Demenzstrategie werden jene Stellen und Organisationen eingeladen, die maßgeblichen Einfluss auf die Umsetzung der Demenzstrategie haben. Die einzelnen Organisationen sollen möglichst viele Stakeholder vertreten und ihre Vertreter/innen kommen aus den Bereichen Gesundheit und Soziales. Zu ihren Aufgaben zählen die Verbreitung der Umsetzung im Rahmen eines Austauschs zu Maßnahmen im Rahmen der Demenzstrategie im eigenen Wirkungsbereich, die Diskussion und das Feedback zu Schwerpunktthemen und die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen im eigenen Wirkungsbereich. Dazu wird im Jahr 2018 erstmalig eine Jahrestagung in der Steiermark abgehalten, die in weiterer Folge in regelmäßigen Abständen geplant ist und alternierend immer in einem anderen Bundesland stattfinden kann.

Funktionen der Plattform Demenzstrategie

Die Plattform Demenzstrategie fungiert als Promotor für die Umsetzung der Strategie. Dabei sollen Impulse zur Umsetzung der Demenzstrategie gesetzt werden, der Informations- und Wissenstransfer unterstützt und Öffentlichkeitsarbeit in unterschiedlichen Bereichen forciert werden. Darüber hinaus soll die Plattform die Kooperation und Koordination fördern, indem Projekte, Strategien und Maßnahmen in Österreich in Bezug auf die sieben Wirkungsziele und 21 Handlungsempfehlungen der Demenzstrategie abgestimmt werden. Darüber hinaus hat die Plattform Governance Funktionen, indem sie dazu beiträgt, das Commitment für Health in all Policies herzustellen, zur Umsetzung zu motivieren und das Monitoring der Umsetzung der Demenzstrategie wahrzunehmen.

Ziele der Plattform Demenzstrategie mit allen relevanten Sektoren und Akteur/innen

Die abgestimmte koordinierte Umsetzung der Demenzstrategie schließt an den intersektoralen, partizipativen Prozess der Erarbeitung der Strategie an und bringt zahlreiche Vorteile:

- Die österreichische Demenzstrategie bildet einen Rahmen für ein abgestimmtes und koordiniertes Vorgehen zur Verbesserung der Lebenssituation für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und ihren An- und Zugehörigen.
- Zur (Weiter-)Entwicklung von Maßnahmen und Projekten haben Beteiligte eine gemeinsame Sichtweise und anerkennen den Einfluss und die Verantwortung ihrer Stelle und Organisation für die bestmögliche Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen.
- Um die Umsetzung für Österreich optimal zu gestalten, tragen die Beteiligten maßgeblich bei, indem sie die Diskussion und auch das Ergebnis bereichern und neue, alternative und auch ungewohnte Sichtweisen und Ideen zum Thema Demenz einbringen.
- Alle Beteiligten gestalten die Umsetzung der Demenzstrategie mit, indem relevante Stellen und Organisationen für Prävention, Versorgung und Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und deren An- und Zugehörigen die Ergebnisse mittragen und sich damit identifizieren.

- Um Maßnahmen und deren Umsetzung abstimmen zu können, schaffen die Beteiligten eine Basis für eine langfristige Kooperation.
- Die Beiträge der beteiligten Ressorts und Organisationen für die Gesundheitsförderung, Prävention und Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und deren An- und Zugehörige leisten, können durch die Plattform sichtbar gemacht werden. Dadurch können – im Sinne der Nachhaltigkeit – Ressourcen besser gebündelt und Doppelgleisigkeiten vermieden werden.

3.3.1 Logo Demenzstrategie

Als Zeichen für einen gemeinsamen Weg, den die Demenzstrategie darstellen soll, wurde seitens des BMGF und des BMASK im Jahr 2016 ein eigenes Logo entwickelt. Dieses gilt als wichtiger Grundbaustein im Hinblick auf die Öffentlichkeitsarbeit, soll bei allen im Rahmen der Strategie durchgeführten Aktivitäten Verwendung finden und die zentrale Kernbotschaft der Strategie („Gut leben mit Demenz“) verbreiten. Damit kann auch einer Stigmatisierung und Tabuisierung entgegengewirkt werden, indem, wo es nur geht, auf das Thema aufmerksam gemacht wird.

3.3.2 Website

Im Oktober 2016 wurde die Website Demenzstrategie zur Information eingerichtet. Nähere Informationen zur Website finden sich unter Punkt 3.4.1.

3.3.3 Folder „Gut leben mit Demenz“

Den HE 1a (Bewusstseinsbildung forcieren und Sensibilisierungsmaßnahmen setzen) und 2d (Niederschwellige Informationsangebote) entsprechend, haben das Gesundheits- und das Sozialministerium im Jahr 2016 gemeinsam einen Demenzfolder gestaltet und veröffentlicht. Die Entscheidung zugunsten eines Folders wurde deshalb getroffen, weil es zwar viele einschlägige Broschüren gibt, doch diese beinhalten oft zu viel Information und werden daher nicht gelesen.

Ziel des Folders ist es, einerseits Betroffene und deren Familien zu einer frühzeitigen Diagnosestellung zu animieren; andererseits soll ein kurzer Überblick über bestehende Hilfsangebote gegeben werden. In einem chronologischen Ablauf werden folgende Themen behandelt:

- Früherkennung
- Diagnose
- Unterstützung, Beratung und Therapie nach der Diagnose
- Pflegegeld
- Unterstützungen für die Pflege zuhause
- Soziale Dienstleistungen

- Sachwalter und vorsorgende Willenserklärungen
- Kontaktadressen

Der Folder kann über das Broschürenservice des Sozialministeriums kostenlos angefordert werden (Tel: 01/71100-862525) und steht darüber hinaus auch im Broschürenservice des Sozialministeriums zum Download verfügbar.

3.3.4 Erhöhung der jährlichen Höchstzuwendungen für pflegende Angehörige bei Ersatzpflege

Die Pflege von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen erfolgt oftmals über viele Jahre und stellt psychisch und physisch hohe Anforderungen an pflegende Angehörige. Um die Situation der pflegenden Personen zu verbessern, wurden die bisherigen Richtlinien nun dahingehend geändert, dass die jährlichen Höchstzuwendungen für pflegende Angehörige von demenziell erkrankten Personen in sämtlichen Stufen um jeweils EUR 300,- angehoben wurden. Die Höchstzuwendungen für diese Personengruppen betragen seit 1.1.2017 bei der Pflege einer Person mit Bezug eines Pflegegeldes der Stufen 1,2 oder 3 € 1.500,-, der Stufe 4 € 1.700,-, der Stufe 5 € 1.900,-; der Stufe 6 € 2.300,- und der Stufe 7 € 2.500,-.

3.4. Umsetzung der Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“

Beitrag der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Demografischer Wandel und damit einhergehende steigende Demenz-Prävalenzraten wie auch wachsender Betreuungs- und Pflegeaufwand veranlassten die österreichische Bundesregierung, die Entwicklung einer Demenzstrategie in ihr Regierungsprogramm aufzunehmen. Im Fokus der Strategie stehen neben den zu betreuenden Menschen auch deren Angehörige.

Im Jahr 2015 wurde im Auftrag des Sozialministeriums und des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen in 6 Arbeitsgruppen in einem breiten partizipativen Prozess die Demenzstrategie mit sieben Wirkungszielen und 21 Handlungsempfehlungen entwickelt. Der Bericht zur Strategie wurde im August 2016 vom Ministerrat beschlossen.

Abbildung 2: Die sieben Wirkungsziele der Österreichischen Demenzstrategie Gut leben mit Demenz



Quelle: GÖG

Im Jahr 2016 wurde zur Unterstützung der Umsetzung dieser Ziele und Empfehlungen die Plattform Demenzstrategie gegründet. Eine Koordinierungsgruppe aus rund 25 Vertreterinnen/Vertretern von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Expertinnen/Experten begleitet die Umsetzung. Die Website „www.demenzstrategie.at“ wurde eingerichtet, auf der unter anderem Praxisbeispiele und Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele vorgestellt werden.

3.4.1 Die Website

Die Website www.demenzstrategie.at dokumentiert den Umsetzungsstand von Maßnahmen, die in der Demenz-Strategie fixiert wurden. Damit wird Transparenz über Projekte und Initiativen, die engagierte Menschen und Organisationen betreiben, ermöglicht sowie die Möglichkeit von bereits Bestehendem zu lernen.

Die Website richtet sich insbesondere an jene Personen, Organisationen und Einrichtungen, die zur Umsetzung der Demenzstrategie beitragen. Sie umfasst im Wesentlichen vier Unterseiten:

Wirkungsziele

Hier finden Sie eine Beschreibung der sieben Wirkungsziele. Bei jedem Wirkungsziel wird angegeben, welchen Herausforderungen dieses Wirkungsziel begegnen soll und welche Wirkungen damit angestrebt werden. Außerdem werden alle Handlungsempfehlungen aufgelistet und beschrieben, die zur Erreichung dieses Zieles gesetzt werden können.

Gleichzeitig finden Sie bei den Wirkungszielen jene Umsetzungsmaßnahmen, welche von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern seit 2016 gesetzt werden.

Praxisbeispiele

Die Praxisbeispiele sind ein Kernstück der Website. Sie wurden im Zuge der Entwicklung der Demenzstrategie im Jahr 2015 gesammelt und werden laufend ergänzt. Ziel ist es, einen Überblick über demenzspezifische Angebote in Österreich und auf internationaler Basis zu geben. Es kann hier kein vollständiger Überblick über das gesamte Angebot für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen geboten werden, vielmehr wird angestrebt, diese Praxisbeispiele – die auch den einzelnen Handlungsempfehlungen zugeordnet sind – als Anregung und Anstoß für weitere Initiativen zu sehen.

Praxisbeispiele werden vermehrt von Umsetzern und Praktikern aktiv eingemeldet (unter der E-Mail-Adresse demenz@goeg.at). Als wesentliches Kriterium für die Aufnahme auf die Website ist definiert, dass die Maßnahmen und Projekte zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Demenzstrategie beitragen können.

Umsetzung

In der Übersicht werden jene Maßnahmen aufgelistet, die ab Jänner 2016 von den Verantwortlichen auf Bundes-, Länder- und Sozialversicherungsebene gesetzt werden, um die Wirkungsziele der Demenzstrategie zu erreichen.

Im Gegensatz zu den Praxisbeispielen wird bei der Beschreibung der Umsetzungsmaßnahmen versucht, diese so vollständig wie möglich zu erfassen.

Aus diesem Grund wurde auch die Plattform Demenzstrategie eingerichtet, die abgestimmtes Vorgehen und das Umsetzen gemeinsamer Rahmenbedingungen und Empfehlungen ermöglichen soll.

In einem ersten Schritt wurde eine Koordinierungsgruppe als länderübergreifendes, fachliches Gremium und als offene Dialog- und Koordinationsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Ländern, Städte- und Gemeindebund, Sozialversicherungsträgern, Betroffenenvertretungen, von Anbietern sozialer Dienstleistungen und Expertinnen und Experten eingesetzt. Im Rahmen

dieser Koordinierungsgruppe werden auch jene Maßnahmen besprochen, die zur Umsetzung auf der Website dokumentiert werden.

Ab dem Jahr 2018 soll die Plattform erweitert werden. Im Rahmen einer Tagung sollen Entscheidungsträger, Menschen aus der Praxis und Betroffene die Gelegenheit haben, sich zur Umsetzung der Demenzstrategie auszutauschen. So können Erkenntnisse und praktische Erfahrungen direkt in die weitere Umsetzung mit einfließen.

Service

Im Rahmen der Service-Seite werden aktuelle Informationen wie Veranstaltungen und neueste nationale und internationale Studien vorgestellt. Fachspezifische Literatur, Filme und Videos zum Thema finden sich ebenfalls auf dieser Seite.

3.4.2 Maßnahmen zur Umsetzung

Zur Umsetzung der Demenzstrategie braucht es eine Vielzahl von Akteuren und Stakeholdern. Ein wesentliches Ziel ist die österreichweit abgestimmte und koordinierte Umsetzung mit aktivem Wissens- und Informationsaustausch auf Ebene der Verantwortlichen unter Einbeziehung von Betroffenen sowie Expertinnen und Experten. Die oben beschriebene Plattform Demenzstrategie mit der Koordinierungsgruppe und die Einrichtung der Website als digitales Forum der Plattform waren daher einer der ersten Schritte und Schwerpunkte im Jahr 2016. Der vom Sozialministerium und Gesundheitsministerium entwickelte Folder „Gut leben mit Demenz“ dient als Wegweiser für betroffene Menschen und ihre An- und Zugehörigen.

Auf Bundesebene wird die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von den beiden Ministerien weiter fortgeführt. Die Beschreibung der gesetzten Maßnahmen finden sich auf der Website www.demenzstrategie.at.

3.5. Die MAS Alzheimerhilfe

Beitrag der MAS Alzheimerhilfe

47 Millionen Menschen leben heute weltweit mit Demenz und 2050 werden aufgrund der Überalterung unserer Gesellschaft bereits 131 Millionen Menschen betroffen sein. (Alzheimer's Disease International, 2016). Aufgrund des Anstiegs der Erkrankungshäufigkeit wird in naher Zukunft auch jede Familie in Österreich direkt oder indirekt von Demenz betroffen sein. Die Integration von Menschen mit Demenz in unsere Gesellschaft ist nicht nur eine menschliche Verpflichtung, sondern stellt auch eine Chance dar, ökonomisch vertretbare Methoden für die langfristige Begleitung von Menschen mit Demenz zu entwickeln. Im Welt-Alzheimer Bericht (Alzheimer's Disease International,

2016) werden als Lösungsstrategien für die Bewältigung dieser großen Herausforderung unter anderem genannt, dass niederschwellige Strukturen zur Früherkennung geschaffen, stadienspezifische Angebote entwickelt werden sollen, damit die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in verschiedenen Krankheitsstadien berücksichtigt werden und die Ausbildung verschiedener Berufsgruppen forciert werden soll. Die Definition klarer Prozess- und Erfolgsindikatoren ist für die Evaluierung der verschiedenen Angebote von größter Wichtigkeit (Alzheimer's Disease International 2016).

Die meisten Menschen mit Demenz leben heute nicht in einer Institution, sondern zu Hause und sie werden von ihren Angehörigen begleitet. Diese Hilfestellungen sind für unsere Gesellschaft von unschätzbarem Wert. Würde die Unterstützung der Familien wegfallen, kämen enorme Kosten auf unser Gesundheits- und Sozialsystem zu. Um die Pflege und Betreuung so lange wie möglich zu Hause durchführen zu können, benötigen Angehörige von Menschen mit Demenz Information, Entlastung und Erholung. Die Symptome einer Demenz schränken meist eine ganze Familie in ihrem täglichen Leben ein. Damit Familienangehörige eine Betreuung so lange wie möglich gesund durchführen können, ist es notwendig, konkrete bedürfnisgerechte Entlastung anzubieten. Angehörige von Menschen mit Demenz gleiten langsam in eine Spirale der Belastung. Zuerst ist es die Vergesslichkeit, die zu Missverständnissen und Konflikten zwischen dem Betroffenen und seiner Umgebung führt. Oftmals werden in dieser Zeit die Anzeichen einer beginnenden Demenz nicht erkannt. Immer mehr kommt es zu einer Einengung des persönlichen Freiraums durch permanente Anwesenheit. Soziale Kontakte werden weniger, Freunde und Nachbarn ziehen sich zurück und auch in der näheren Familie bekommt der pflegende Angehörige durch Unwissenheit oft wenig Verständnis für seine Situation. Internationale Studien zeigen (z.B. Mittelman et al 1996), dass Angehörigenentlastung durch Schulungsprogramme und Angehörigengruppen zu einer Verzögerung der frühzeitigen Institutionalisierung der betroffenen Partner führen.

Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in den verschiedenen Stadien der Erkrankung unterscheiden sich grundsätzlich voneinander. Kann eine Person mit Demenz am Beginn der Krankheit noch ihren beruflichen Verpflichtungen nachkommen, ein Auto lenken, sich um Enkelkinder kümmern, ist sie im letzten Stadium der Erkrankung vollständig von der Unterstützung ihrer Umgebung abhängig. Die Veränderungen im Krankheitsprozess sind schleichend und die jeweiligen Bedürfnisse müssen von der Umgebung erkannt und die Fähigkeiten entsprechend gefördert und unterstützt werden.

Im Folgenden werden 4 Angebote der MAS Alzheimerhilfe beschrieben: das Modell der Demenzservicestelle zur Früherkennung und Förderung von Menschen mit Demenz und zur Entlastung von Angehörigen (www.alzheimerhilfe.at), der Alzheimerurlaub (Therapie- und Förderaufenthalt; TUF) ein zwei- wöchiges Entlastungsprogramm für Angehörige (www.alzheimerurlaub.at), die Ausbildung zum MAS Demenztrainer (www.alzheimerakademie.at) und der Universitätslehrgang für Demenzstudien an der Donau Universität Krems (www.Donau-uni.ac.at/neuro/demenz).

3.5.1. Das Modell der Demenzservicestelle

Seit 2002 hat die MAS Alzheimerhilfe in Oberösterreich das Modell der Demenzservicestelle (Auer et al., 2007a; Auer et al, 2015) im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes (Fonds Gesundes Österreich, „Gesund Länger Pflegen“ Project Nr. 599/III/83) entwickelt. Eine Demenzservicestelle ist eine niederschwellige Anlaufstelle für Personen mit Demenz und deren Familienmitglieder. Das Team besteht aus klinischen Psychologen, Sozialarbeitern und MAS Demenztrainern. Die Beschäftigung mit dieser Population machte die Notwendigkeit der Entwicklung einer krankheitsspezifischen Einrichtung klar. Dies bedeutet, dass Beratungsangebote nicht in bereits bestehende soziale Einrichtungen integriert werden können. Bei der Entwicklung des Modells wurden die Früherkennung der Krankheit und die Verhinderung der frühzeitigen Institutionalisierung sowie die Entlastung der pflegenden Angehörigen als Hauptziele der Struktur definiert. Das Modell der Demenzservicestelle hat als optimales Stadium für eine Früherkennung das Stadium 3 (leichtes kognitives Defizit) der GDS (Global Deterioration Scale, Reisberg et al., 1982) definiert. Die Personen werden mit standardisierten psychologischen Tests von klinischen Psychologen untersucht und anschließend in eine medizinische Struktur (Facharzt, Kompetenzzentrum) zur medizinischen Diagnostik überwiesen. Die Bereitschaft, eine medizinische Diagnose zu akzeptieren, hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Die Kernangebote der Demenzservicestelle sind das stadienspezifische Training für Personen mit Demenz (Auer et. al, 2010) sowie die Langzeit-Begleitung der Angehörigen durch die Sozialarbeiterin und die Vermittlung von Information in Form von Vortrags-Modulen. In Oberösterreich stehen derzeit 6 Demenzservicestellen zur Verfügung.

Untersuchungsergebnisse: Ergebnisse aus der Langzeitdatenbank zeigen, dass die Demenzservicestellen die Kriterien für eine Struktur zur Früherkennung erfüllen. Der Prozentsatz an medizinischen Diagnosen liegt derzeit bei etwa 80% der in der Demenzservicestelle untersuchten Personen. In der langzeitlichen Betrachtung des Belastungsgrades der Angehörigen ist eine Stabilisierung zu beobachten, d.h. der Belastungsgrad der Angehörigen nimmt nicht im selben Maße zu, wie sich die Krankheit der Person mit Demenz verschlechtert. Weiters zeigte sich ein verzögerter Zeitpunkt der Institutionalisierung der Person mit Demenz. (Auer et al, 2015)

3.5.2. Der Alzheimerurlaub

Seit 2000 wird von der MAS Alzheimerhilfe das Konzept des Alzheimerurlaubs (Therapie- und Förderungsaufenthaltes; TUF) entwickelt (Auer et al, 2007b). Das Modell wurde in erster Linie zur Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz konzipiert. Das Besondere an diesem Therapiekonzept ist, dass auch für die Person mit Demenz ein Förderungskonzept angeboten wird. Dadurch können sowohl die Person mit Demenz als auch der Angehörige gemeinsam aufgenommen werden. Angehörige berichten im Rahmen der Therapie, dass sie sich vor allem dann optimal entspannen können, wenn ihr Partner in der Nähe ist, sie also wüssten, dass er während

ihrer Abwesenheit gut betreut ist. Schlechtes Gewissen und die Angst um den Partner machen oft eine Erholung zunichte, wenn der Angehörige alleine Urlaub macht. In diesem gemeinsamen 2-wöchigen Alzheimerurlaub in einem Hotel in Bad Ischl findet ein getrenntes Tagesprogramm für Angehörige und ihre betroffenen PartnerInnen statt. Nur die Zeit während der Mahlzeiten und das Abendprogramm werden gemeinsam verbracht. Dies stärkt die Sicherheit und das Vertrauen.

Das Programm für die Angehörigen beinhaltet für 2 Wochen folgende Komponenten:

- Vorträge zu den Themen: „Demenz - eine Krankheit verstehen“, „Kommunikation und der Umgang mit Herausforderungen“, „Beschäftigungsmöglichkeiten für Zuhause“, „allgemeine Informationen zu Sozialthemen“ (z. B. Finanzielles, Sachwalterschaft, usw.)
- Einzel- und Gruppengespräche mit Diplomierten SozialarbeiterInnen sowie Klinischen- und GesundheitspsychologInnen
- Regelmäßige Massagen und das Erlernen von Entspannungstechniken
- Geführte Spaziergänge und Ausflüge
- Präventives Gedächtnistraining

Wichtig für Angehörige ist genügend Freizeit und Freiraum. Die Angehörigen sollen wieder das Gefühl spüren lernen, alltägliche Tätigkeiten ungestört und in Ruhe tun zu können. Sehr geschätzt werden von den Angehörigen die gemeinsamen Abendprogramme, wo sie ihren PartnerInnen wieder näher kommen. Gemeinsames Tanzen, Musizieren, Singen und kulturelle Veranstaltungen tragen dazu bei, dass sich das Paar wieder in die Gesellschaft integriert fühlt. Die Atmosphäre eines Hotels, in dem die Paare Gäste unter vielen Hotelgästen sind, trägt zum Prozess der Entstigmatisierung des Krankheitsbildes bei und ermutigt die Paare, sich wieder stärker am öffentlichen gesellschaftlichen Leben zu beteiligen. Für Zuhause wird mithilfe einer Sozialarbeiterin im Rahmen der individuell geführten Gespräche ein soziales Unterstützungs- Netzwerk aufgebaut. Viele Angehörige lernen bei diesem Aufenthalt zum ersten Mal Hilfe anzunehmen und sehen beim „Modelllernen“, dass auch andere Personen, sofern sie gut geschult sind, Zeit mit der Person mit Demenz verbringen können. Personen mit Demenz erhalten täglich im „Club“ stadienspezifisches Training in verschiedenen Gruppen. Dabei werden Ressourcen und Fähigkeiten der Personen mit Demenz gefördert und gestärkt. Ein Hauptaugenmerk wird auf die Erhaltung und Förderung der körperlichen Fähigkeiten gelegt. Tägliche Bewegung an der frischen Luft und gemeinsames Turnen stärkt die Muskulatur und fördert die Mobilität der Betroffenen. Der Alzheimerurlaub (Therapie- und Förderungsaufenthalt) ist zurzeit privat zu bezahlen. Zuschüsse von verschiedenen Krankenkassen werden sehr unterschiedlich gehandhabt. Ziel wäre eine einheitliche Regelung der Zuschüsse aller österreichischen Krankenkassen als Kur- bzw. Erholungsaufenthalt. Der Alzheimerurlaub ist seit 2015 TÜV zertifiziert.

Untersuchungsergebnisse: In einer Untersuchung konnte gezeigt werden, dass sich bei einer Gruppe von 104 Angehörigen die depressive Stimmung und die subjektive Belastung der Angehörigen signifikant reduzierten. (Auer et al, 2007b)

3.5.3. Die Ausbildung zum MAS Demenztrainer

Das Schulungskonzept zum MAS-Demenztrainer wurde 2002 im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts, gefördert durch den Fonds Gesundes Österreich („Gesund Länger Pflegen“; Projekt Nr. 599/III/83) der MAS Alzheimerhilfe entwickelt. Dieses Schulungskonzept wurde zur Ausbildung von Personen konzipiert, die Menschen mit Demenz stadienspezifisch fördern und unterstützen. Die MAS Demenztrainer werden auch befähigt, Angehörige in schwierigen Situationen zu unterstützen und im Alltag beraten zu können. Die Ausbildungsinhalte wurden aus den Praxisbedürfnissen heraus entwickelt. Nach Beendigung des Forschungsprojekts wurde die Ausbildung frei zugänglich angeboten und kann seither von interessierten Personen ohne Vorbildungseinschränkung in Anspruch genommen werden. Ein zentrales Element der Ausbildung ist die Vermittlung eines wertschätzenden und empathischen, auf die Fähigkeiten der Person mit Demenz orientierten Kommunikationsstils. Im Mittelpunkt steht die Stützung der Ressourcen von Personen mit Demenz unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse und Fähigkeiten in den verschiedenen Stadien der Erkrankung. Den theoretischen Rahmen für die Trainingsmethode liefert die Theorie der Retrogenese (Reisberg et al. 2002; Auer et al, 2010). Innerhalb eines Jahres werden die Lehrinhalte in modularer Form vermittelt (160 UE plus 50 Stunden Praktikum). Das Ausbildungsprogramm zum MAS Demenztrainer ist seit 2014 TÜV zertifiziert.

Untersuchungsergebnisse: In einer Untersuchung zur Praxisevaluierung des Curriculums wurden 279 ausgebildete MAS Demenztrainer kontaktiert und gebeten, einen anonymen Fragebogen auszufüllen. 140 Personen (53,6%) haben den Fragebogen zurückgesendet. Zum Zeitpunkt der Befragung hatten die Trainer ihre Ausbildung durchschnittlich 2,69 Jahre zuvor beendet. Von den untersuchten Teilnehmern gaben 93,6% an, dass sie das in der Ausbildung vermittelte Wissen erfolgreich anwenden können, und 56% setzen die Inhalte der Ausbildung in ihrer Trainerfunktion um.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass sich die Inhalte des Curriculums in der Praxis bewähren und über die ursprüngliche Indikation für den mobilen Bereich auch zunehmend in Pflegeheimen Anwendung finden. (Schulz et al, 2012)

3.5.4. Universitätslehrgang für Demenzstudien

Seit 2009 wird der Masterlehrgang für Demenzstudien an der Donau Universität Krems angeboten. Um einen Fortschritt in der Versorgung von Menschen mit Demenz zu erzielen, ist die evidenzbasierte Ausbildung von Führungskräften von größter Bedeutung. Alle relevanten Disziplinen müssen zusammenarbeiten, um Fortschritt zu ermöglichen. Es besteht eine große Diskrepanz zwischen

theoretischem Wissen und der Anwendung dieses Wissens in der Praxis. Ein wesentliches Ziel des Lehrgangs ist die inhaltliche Auseinandersetzung mit interdisziplinären Behandlungsansätzen für Personen mit Demenz und deren Umfeld mit speziellem Fokus auf nicht-medikamentöse therapeutische Strategien. AbsolventInnen sollen zur Steigerung der Professionalität in einem zunehmend interdisziplinären Umfeld integrierter Versorgungsmodelle beitragen. Experten aus den verschiedensten Bereichen (z.B. Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter, Personen aus der Pflege, Juristen) mit umfangreicher Praxiserfahrung nehmen an dem Lehrgang teil und beschäftigen sich gemeinsam mit innovativen neuen Ansätzen. Der Lehrgang besteht aus drei Ausbildungsetappen (Zertifikat, Experte, Master). In dem Curriculum des Lehrgangs werden wesentliche Bereiche abgedeckt um transdisziplinäres Wissen zu vermitteln. Grundlegendes biologisches Wissen, diagnostische Kriterien und pharmakologische wie nicht-pharmakologische sowie stadienspezifische Behandlungsmethoden werden vermittelt. Methodisches Grundlagenwissen in Statistik und Wissenschaftstheorie erschließt die internationale Literatur für die Absolventen des Masterlehrgangs. Absolventen lernen, sich schriftlich auszudrücken, um gute Projekte mit anderen Experten zu teilen und sich an der fachlichen Diskussion zu beteiligen. Die Zeitdauer des gesamten Masterlehrganges beträgt 3 Jahre. Lehrpersonen sind international renommierte Fachexperten.

Lehrgangsstatistik: Absolventen kommen aus Österreich und dem deutschsprachigen Ausland. Bisher haben 99 Personen den Lehrgang besucht. Das Konzept des Lehrgangs wurde auf internationalen Konferenzen vorgestellt. (Auer et al, 2012, 2013)

Literatur

Alzheimer's Disease International (2016) World Alzheimer Report 2016 Improving healthcare for people living with dementia coverage, Quality and costs now and in the future (<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf>)

Auer S, Span E, Donabauer Y et al (2007a) Demenzservicestellen der M.A.S Alzheimerhilfe Österreich. Eine neue Struktur zur nicht-pharmakologischen Behandlung von Personen mit Demenz und deren Angehörige. GeroPsych 20(4):257 – 263

Auer S, Donabauer Y, Zehetner F, Span E (2007 b). Entlastung pflegender Angehöriger. Ein Programm der M.A.S Alzheimerhilfe. GeroPsych 20(2/3):169 – 174

Auer, S. Span E. Reisberg B. Dementia service centres in Austria: A comprehensive support and early detection model for persons with dementia and their caregivers-theoretical foundations and model description. Dementia, 2015, Vol. 14(4) 513 – 527. DOI:10.1177/1471301213502214.

Auer S, Gamsjäger M, Donabauer Y, Span E (2010). Stadienspezifisches retrogenetisches Training für Personen mit Demenz: Wichtigkeit der psychologischen Merkmale der einzelnen Stadien. In: Schloffer H, Prang E, Frick-Salzman A (Hrsg) Gedächtnistraining – theoretische und praktische Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 181 – 187.

Auer S, Span E, Adler Ch. Master course for dementia studies at the Danube University Krems, Austria. Poster at the 27th ADI Conference 2012 in London 7–10th March

Auer S, Span E, Adler C, Brainin M. Master course for dementia studies at the Danube University Krems, Austria. Poster, 23 rd Alzheimer Europe Conference, St.Julians, Malta, 10–12 October 2013

Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G., & Levin, B. A. (1996). A Family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 276, 1725 – 1731.

Reisberg B, Franssen EH, Souren LEM, Auer SR, Akram I, Kenowsky S. (2002). Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: management and treatment import. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 17:2002 – 2012

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136 – 1139.

Schulz H, Auer S, Span E, Adler Ch, Donabauer Y, Weber S, Wimmer-Elias J, Meyer M (2012).

Ausbildungsmodell für M.A.S-Trainer. Eine Praxisevaluierung.

Zeitschrift für Gerontol Geriat 45:637 – 641 DOI 10.1007/s00391-012-0297-3

3.6. Demenzprojekte Länder

Burgenland

Mobile Demenzbetreuung

Im Burgenland leiden ca. 5.000 Menschen an demenziellen Erkrankungen. Da das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter stark ansteigt und die Zahl der hochaltrigen Personen ständig zunimmt, wird auch die Zahl demenziell erkrankter Menschen immer größer werden. Weil die Krankheit mit

geringen Fehlleistungen schleichend beginnt, wird sie von Betroffenen und Angehörigen leicht übersehen. Wenn Demenzzranke durch massive Vergesslichkeit und andere gravierende Symptome auffallen, ist die Krankheit schon weit fortgeschritten und auch die Gefahr der Überforderung der pflegenden Angehörigen ist dann schon erheblich. Je früher die Diagnose erfolgt, desto größer ist die Chance, durch rechtzeitige Maßnahmen den weiteren Verlauf der Erkrankung zu verzögern.

Hier setzte ein Pilotprojekt (2008 – 2009) des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und der Volkshilfe Burgenland an, welches zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen sollte. Dieses Projekt wurde dann in den Jahren 2010 bis 2012 weitergeführt und vom Land maßgeblich mitfinanziert. Im Rahmen des Projektes konnten demenziell erkrankte Personen in ihrem gewohnten Umfeld Demenztestungen durch Gerontopsychologinnen in Anspruch nehmen. Bei der darauf folgenden Befundbesprechung wurden die erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen im Familiensetting abgeklärt und meist wöchentliche beschäftigungstherapeutische Hausbesuche durchgeführt. Gegebenenfalls wurden die betreuten Personen auch auf die Hausärzte bzw. Fachärzte verwiesen. Halbjährlich erfolgten Verlaufsuntersuchungen durch Testwiederholung (Evaluation). Zur Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung fanden Informationsveranstaltungen statt und es wurden auch Gedächtnistrainingsgruppen (wöchentlich, mit jeweils zehnmal 2 Einheiten) abgehalten.

Ab 2013 wurde diese Demenzbetreuung in die Regelfinanzierung im Rahmen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste (Hauskrankenpflege) übernommen. Ab 2018 wird eine mobile Demenzbetreuung mit spezieller Angehörigenberatung auch durch andere Pflegeorganisationen landesweit durchgeführt werden. Als ersten Schritt dazu wird ab Herbst 2017 das gesamte Pflege- und Betreuungspersonal der Trägerorganisationen in Kursen zum Thema Demenz fortgebildet werden (40 Einheiten für dipl. Pflegepersonal und 8 Einheiten für das übrige Personal).

Betreute Seniorenwohngemeinschaft für Menschen mit Demenzerkrankungen

In Oberwart wird Ende Oktober 2017 als Pilotprojekt eine betreute Wohngemeinschaft für ältere Menschen mit Demenzerkrankungen eröffnet. Sie ist für zwei Wohngruppen mit je 12 Personen vorgesehen, wobei das besondere Merkmal dieser Wohnform die Erbringung der Grund- und Behandlungspflege durch ambulante Dienste darstellt. Die Wohngemeinschaft orientiert sich an einer normalen Wohnumgebung in einem Mehrpersonenhaushalt. In einer überschaubaren Gemeinschaft erleben Menschen mit Demenz Geborgenheit, Sicherheit und Normalität. Im Rahmen Ihrer Möglichkeiten können sich die MieterInnen an der Erledigung alltäglicher Aufgaben beteiligen (z.B. Kochen, Einkaufen etc.), wodurch individuelle Ressourcen und Fähigkeiten besonders gefördert werden.

Die baulichen Gegebenheiten im Erdgeschoß sind speziell auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenzerkrankungen ausgerichtet. Den Betreuungspersonen obliegt die Aufgabe zum

Mitmachen anzuregen und die Menschen in ihren Bemühungen zu unterstützen. Wie zu Hause stehen verschiedene Aktivitäten am Programm (spazieren gehen, fernsehen, Handarbeiten, Ruhepausen, Musik hören, spielen etc.). Durch diese neue Form der Betreuung in einer familiären Atmosphäre soll sich die Lebensqualität der Betroffenen entscheidend verbessern. Pflegeleistungen, die über die vereinbarten Leistungen (Medikamentenverabreichung, Blutzuckerkontrolle, Insulinverabreichung, Blutdruckkontrolle) hinausgehen, werden durch MitarbeiterInnen der Hauskrankenpflege erbracht.

Kärnten

Im Rahmen der Kärntner Demenzstrategie wird in einem ersten Schritt über die Verwaltungsakademie des Landes Kärnten ein Seminar zum Thema "Umgang mit Menschen mit Demenz im Arbeitsalltag" angeboten. Außerdem wurde eine „Demenzbroschüre“ als „Informationswegweiser“ für alle Betroffenen und deren Angehörigen aufgelegt. Hier sind die wichtigsten Anlaufstellen und Hilfsangebote übersichtlich und auf einen „ersten Blick“ enthalten.

Niederösterreich

Informationen zu Projekten und Aktivitäten zur Demenz in NÖ

Dementielle Erkrankungen stellen eine der Herausforderungen in der Betreuung und Pflege dar. Ziel von Angeboten ist es, Betroffene und pflegende Angehörige in allen Stufen der Erkrankung zu unterstützen, zu entlasten und zu begleiten.

Die bestehende niederösterreichische Landschaft für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen ist vielfältig und basiert auf bereits gut funktionierenden Strukturen im Bereich des Gesundheitswesens und insbesondere im - in der Folge beschriebenen - extramuralen Bereich.

Viele Menschen mit Demenz werden zu Hause betreut und gepflegt und erhalten durch Projekte wie z.B. die demenzfreundliche Apotheke erste niederschwellige Informationen. Die mobilen Dienste bieten fachkundige Unterstützung und Beratung bei der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz an, ergänzt durch Angebote wie „Essen auf Rädern“ und Notruftelefon. Zusätzlich gibt es viele Aktivitäten wie z.B. Demenzbeauftragte in den Bezirken, Angehörigenberatung durch Beratungs- bzw. Demenzkompetenzzentren. Beratungen gibt es zudem in Selbsthilfegruppen und bei der NÖ Pflegehotline. Des Weiteren gibt es eine kostenlose DVD zum Thema „Demenz- und Sturzprävention“.

Unterstützung und Entlastung finden Betroffene und Angehörige auch in NÖ Pflegeheimen etwa im Rahmen der Tagesbetreuung und -pflege, der Kurzzeit- und schließlich der Langzeitpflege. Viele NÖ Pflegeheime haben eigene Demenzkonzepte oder spezielle Angebote für Menschen mit Demenz wie z.B. eigene Demenzgruppen, kleine gemütliche Wohnbereiche, Erinnerungsräume, spezielle Farb-

und Lichtkonzepte, Demenzgärten sowie gezielte Aktivitäten und Berücksichtigung der Demenz in der Alltagsgestaltung und Angehörigengruppen. Nach einem 2jährigen Innovationsprozess in den Landespflegeheimen wurden die innovativen Denkansätze im Pflege- und Betreuungskontext auch im Hinblick auf Demenz mit dem Bericht „Leben entfalten – Zukunft gestalten“ festgehalten und im Rahmen eines Innovationstages präsentiert.

In den Landespflegeheimen startete 2016 ein Kooperationsprojekt mit dem Institut für Pflegewissenschaften der Uni Wien an 5 Standorten, mit dem Ziel Indikatoren und Kennzahlen auch zur Demenz zu entwickeln. Das Projekt hat eine Laufzeit bis 2019.

Die Bedeutung der Demenz in der täglichen Arbeit zeigt sich auch darin, dass bereits seit Jahren sowohl im mobilen als auch im stationären Bereich im Rahmen der Fort- und Weiterbildung diesbezügliche Schwerpunkte gesetzt wurden.

So wurden auch 2016 der Lehrgang „Pflege bei Demenz“ und Ausbildungen in Validation nach Naomi Feil durchgeführt.

Zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen und zur Optimierung und Weiterentwicklung bestehender Behandlungs- und Betreuungsstrukturen sowie der Unterstützung pflegender Angehöriger wird in Niederösterreich an einer Demenzstrategie Niederösterreich von Experten aller Bereiche (Gesundheit, Soziales, Sozialversicherungen, Ärzte, Forschung, etc.) gearbeitet. Ziel dieser Strategie sind neben der Verbesserung der Versorgungsangebote auch deren Koordination und Vernetzung sowie die gezielte Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten.

2017 werden die Stelle eines Demenzkoordinators/einer Demenzkoordinatorin besetzt und erste Pilotprojekte im Rahmen der Demenzstrategie Niederösterreich gestartet.

Oberösterreich

1. Die Pflegeoase

1.1. Ausgangssituation

Im Rahmen der Überlegungen, welche stationäre Organisationsform positiv auf Bewohner/innen mit schwerster Demenz einwirkt, kann folgender Spruch als maßgebliche Orientierungshilfe dienen:

„Das tiefste Verlangen von Menschen mit Demenz ist die Nähe des anderen“

Da im Konzept der Pflegeoase die menschliche Nähe als Kernmerkmal gesehen wird, erfolgte eine Vertiefung in das Konzept der Oase. Erkenntnisse wurden aus diversen Exkursionen und Fachtagungen gewonnen.

1.2 Pflegeoasen

Die Kernidee der Pflegeoase ist es, den Bewohner/innen eine Teilnahme an der Gemeinschaft zu ermöglichen, um der sozialen Isolation entgegenzuwirken. Dies wird durch zwei Ansätze gefördert:

- durch das Raumprogramm: Sechs bis acht Bewohner/innen leben in einem großen Raum zusammen, geschützte Privatbereiche werden durch Raumteiler ermöglicht.
- durch die kontinuierliche Präsenz von Pflegenden: Diese nehmen die Bedürfnisse der Bewohner/innen direkt wahr und können darauf reagieren.

Pflegeoasen als Mehrpersonenräume in der Langzeitpflege erfahren im Expert/innenkreis nicht immer Zustimmung. Erinnerungen an „Krankenhaussäle“ werden bei älteren Pflegepersonen wach. So verwundert es nicht, dass mit diesem Konzept ein Rückschritt, verbunden mit kostensparenden Möglichkeiten, gesehen wird. Andere wiederum sehen in dem Konzept einen höchst innovativen und vor allem bedürfnisgerechten Ansatz.

Evaluationsstudien zu Pflegeoasen zeigen zusammenfassend folgende Ergebnisse:

- Für die Bewohner/innen: gesteigertes Aufmerksamkeitsniveau, verbesserte Ernährungssituation, positive Entwicklung am Verlauf des BMI, Abnahme der Muskelanspannung
- Aus Sicht der Angehörigen: u. a. äußerste Zufriedenheit, Gefühl der Entlastung, Ansprechpartner ständig vor Ort, kontinuierliche Präsenz der Mitarbeiter/innen bedeutet für Angehörige, dass Begleitung erfolgt
- Für das Team: u.a. ständige Herausforderung, die Balance zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung auszutarieren, körperliche und psychische Herausforderungen stehen positiven Aspekten gegenüber wie der Möglichkeit, bedürfnisorientiert zu arbeiten, Gestaltungsspielraum, Gefühl einer sinnvollen Arbeit, Aufbau einer vertrauten Beziehung, Möglichkeit, auf Bewohner/innen individuell zu reagieren und zu agieren

1.3 Das Konzept der Pflegeoase in Oberösterreich

Eine Pflegeoase ist im Bezirksseniorenheim Sarsteinerstiftung in Bad Ischl seit Juli 2014 in Betrieb. Der anfängliche Pilotbetrieb wurde nunmehr in einen Regelbetrieb übergeführt. Nachstehend werden die zentralen Elemente aus dem Konzept vorgestellt:

Aufnahmekriterien – Zielgruppe

Folgende Aufnahmekriterien bestimmen das Auswahlverfahren:

- diagnostizierte Demenz mit den Stufe 6 bis 7 nach Reisberg
- Pflegegeldstufe 6 oder 7
- keine Palliativphase
- Immobilität, jedoch nicht dauernde Bettlägrigkeit
- Einverständnis der Angehörigen oder Sachwalter

Aufnahmeprozess

Im Aufnahmeprozess wird auf die einzelnen Schritte im Detail eingegangen. Es wird insbesondere darauf hingewiesen, dass bei einer Auswahl einer Bewohnerin/eines Bewohners, vorerst ein Erstgespräch mit Angehörigen durch die Leitung des Betreuungs- und Pflegedienstes betreffend Konzept, Eingewöhnungszeit, Einverständniserklärung, ...) geführt wird. Es hat sich herausgestellt, dass eine einwöchige Eingewöhnungsphase ausreichend (sowohl für die Bewohner als auch für die Angehörigen) für eine Beurteilung ist.

Pflege- bzw. Betreuungskonzept

Es wird das Pflegekonzept der Mäeutik angewandt.

Die Erarbeitung des Betreuungsplanes erfolgt vom Team der Pflegeoase, wobei für jede Bewohnerin (aktuell leben nur Frauen in der Oase) in der Pflegeoase zuerst ein Aktivitätenkatalog (mit Tätigkeiten aus den Bereichen körperliches Training, Gedächtnistraining, Wahrnehmungstraining, Training der ADL-Funktionen, Spiele und Kreatives) angelegt wird. Daraus wird ein Betreuungsplan erstellt und monatlich ein Durchführungsnachweis zur Dokumentation geführt. Reaktionen der Bewohnerinnen werden dokumentiert und analysiert.

Personalkonzept

In der Pflegeoase arbeitet ein eigenes Team, welches sich den Herausforderungen gewachsen sieht, wobei Rotationen – unter möglicher Wahrung der Kontinuität – ermöglicht werden.

Das Pflege- und Betreuungspersonal verfügt unter anderem über Kompetenzen in den Bereichen Kinesthetik, Mäeutik, Gedächtnistraining, Aktivierung, Validation, basaler Stimulation und ist bereit, sich auf vorwiegend nonverbaler Konversation mit den Heimbewohnerinnen einzulassen. Zur Unterstützung der Mitarbeiter/innen werden regelmäßiges Coaching und Supervision angeboten.

Die Dienstzeiten umfassen nur den Tagdienst von 6.30 bis 18.30 Uhr, da es keinen eigenen Nachtdienst für die Oase gibt. Vor diesem Hintergrund ist die Oase organisatorisch in den Wohnbereich im Erdgeschoss eingegliedert.

Die Einbindung der Angehörigen

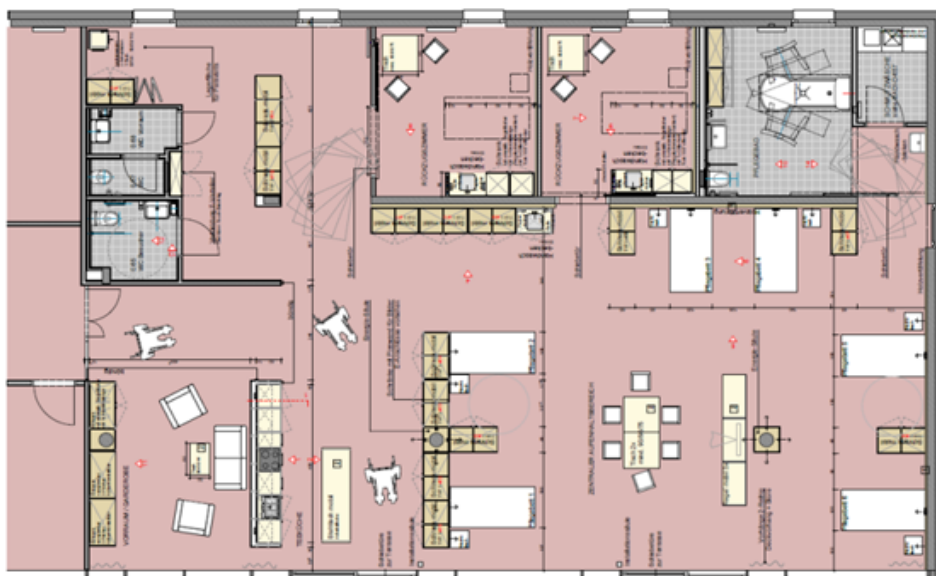
Das Angehörigenkonzept ist ein wichtiger Bestandteil im Konzept. In regelmäßig angebotenen Angehörigenrunden wird das Konzept der Pflegeoase erklärt und Problemfelder (Lärm, Geruch, Störungen, Besuche, etc.) besprochen. Auch konkrete Hilfestellungen/Fördermaßnahmen aus dem Aktivitätenkatalog werden den Angehörigen vermittelt, damit die Hilflosigkeit bei den Besuchen vermindert wird.

Ziel ist es, die Häufigkeit von Besuchen anderer Familienmitglieder zu erhöhen (Abbau der Schwellenangst) sowie verschiedene Aktivitäten mit Angehörigen (z.B. vorlesen am Abend, Organisation von Geburtstagsfeiern, ...) zu organisieren.

1.4 Bauliche Anforderungen

Die Pflegeoase ist für 6 Bewohner/innen in einem gemeinsamen Raum konzipiert und verfügt über zwei Rückzugszimmer mit Schiebetüren. Die gesamte Pflegeoase umfasst rund 260 m² und verfügt über einen direkten Zugang in den Freibereich. Der nachfolgende Plan gibt Einblick in die Raumgestaltung.

Abbildung 3: Raumplan



Quelle: Land Oberösterreich

Der Raum wurde durch das richtige Platzieren der (größtenteils flexiblen und mobilen) Möbel in folgende Bereiche unterteilt:

- Eingangsbereich/Garderobe – „Entschleunigungsbereich“
- Wohnküche
- Offener Stützpunkt (für Medikamentengebarung, geschlossene Lagerungsmöglichkeit von Arbeitsmitteln und Arbeitsstoffen, Hilfsmitteln)
- Zentraler Wohnbereich (einschließlich Dokumentationsbereich) mit einer sternförmigen Anordnung der Lebensbereiche der Bewohner/innen um den Tischbereich

1.5 Planung der Evaluierung

Die Angehörigen heben immer wieder die dauerhafte Präsenz des Pflegepersonals, die Gemeinschaft und die Verbesserung der Lebensqualität für ihr Familienmitglied positiv hervor. Ebenso sind die bisherigen Rückmeldungen seitens der Mitarbeiter/innen sehr positiv. Eine anfängliche Skepsis innerhalb der Gruppe der betreuenden Hausärztinnen und Hausärzte ist durchgehend einem positiven Eindruck aufgrund der erlebten Erfahrungen gewichen.

Nichtsdestotrotz sollen die Erfahrungen aus der Pflegeoase der Sarsteinerstiftung mit den internationalen Erkenntnissen verglichen werden. Es wird kein Evaluierungsziel über eine Daseinsberechtigung der Oase an sich verfolgt, da diese aufgrund der positiven Rückmeldungen außer Diskussion steht. Vielmehr soll der Vergleich mit den internationalen Erkenntnissen aufzeigen, in welchen Bereichen über Qualitätsverbesserungsmaßnahmen diskutiert werden soll.

Salzburg

Maßnahmen hinsichtlich des Themenfeldes Demenz

Menschen mit dementiellen Erkrankungen stellen schon aktuell eine Hauptgruppe im Bereich Pflege und Betreuung dar. Dementsprechend ist bereits jetzt das Angebot für diese Zielgruppe flächendeckend ausgebaut (Seniorenpflegeheime, Mobile Dienste, Tageszentren, Kurzzeitpflege, Übergangspflege und Pflegeberatung). Um den zukünftigen Anforderungen zu entsprechen, werden Pflege- und Betreuungsleistungen laufend bedarfsgerecht aus- und weiterentwickelt.

Stationäre Pflege

Das Hausgemeinschaftsmodell

Im Bundesland Salzburg entstehen seit der Eröffnung des ersten Seniorenpflegeheims nach dem Hausgemeinschaftsmodell im Jahr 2014 laufend weitere Einrichtungen nach diesem Zuschnitt, auch in Kombination mit „klassischen“ Senioreneinrichtungen.

Besonders Menschen mit dementiellen Erkrankungen profitieren von den kleineren und überschaubaren Wohnstrukturen, dem gewohnten Tagesablauf, dem Leben in einer Gruppe von maximal 12 BewohnerInnen und der fixen Bezugsperson sowie durch den ganzheitlichen Ansatz der Betreuung und Pflege.

Punkte zur Verbesserung der Strukturqualität im Sinne von Wohnlichkeit und Überschaubarkeit in „klassischen“ Seniorenpflegeheimen wurden in der Verordnung über Richtlinien für die Errichtung, die Ausstattung und den Betrieb von Senioren- und Seniorenpflegeheimen (Hausgemeinschaften, Seniorenpflegeheime) und Tageszentren (LGBl Nr 61/2015) verankert. Je max. 20 (Einpersonen-) Wohneinheiten muss eine Aufenthalts- und Speisefläche mit anschließender Freifläche in entsprechender Größe errichtet werden. Damit ist für dementiell erkrankte BewohnerInnen auch hier die Überschaubarkeit des Lebensraums und der sozialen Gruppe sichergestellt.

Darüber hinaus bietet das Gunther Ladurner Pflegezentrum, eine Einrichtung für Menschen mit erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf, einen Schwerpunkt mit 29 Plätzen für BewohnerInnen mit dementiellen Erkrankungen.

Heimaufsicht nach dem Salzburger Pflegegesetz (LGBl Nr. 47/2015)

Zur Sicherung der Qualität von Pflege und Betreuung in den Salzburger Seniorenpflegeheimen führen die MitarbeiterInnen der Heimaufsicht des Landes laufend unangekündigte Kontrollen durch. Dabei wird mit Hilfe der (Pflege-) Leitung und der MitarbeiterInnen ein Fragenkatalog durchgearbeitet, die BewohnerInnen werden befragt und der Lebensalltag in der Einrichtung sowie konkrete Pflegehandlungen werden beobachtet. Mittels der gesammelten Informationen, Wahrnehmungen und Beobachtungen werden die Durchführung der Arbeitsprozesse und die erreichten Qualitätsergebnisse abgebildet. Besonderes Augenmerk wird auf die Versorgung desorientierter beziehungsweise dementiell erkrankter BewohnerInnen gelegt. Überprüft wird unter anderem: die Durchführung regelmäßiger Gedächtnistrainings, das Vorhandensein biographischer Notizen, die Unterstützung der Kommunikationsfähigkeit, das Vermeiden von Ernährungsdefiziten, der Umgang mit Schmerzäußerungen, das Vorhandensein von Orientierungshilfen, Erhaltung und Wiedererlangung der Selbständigkeit, geeignete Kommunikation bei den Pflegehandlungen, Berücksichtigung der biographischen Tagesstruktur, usw.

Darüber hinaus werden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Seniorenpflegeheimen Fortbildungen angeboten, die direkt an ihrer Arbeitsstätte in Anspruch genommen werden können (In-house-Fortbildungen). Diese Schulungen widmen sich aktuellen und bewohnerbezogenen Fachthemen und Pflegeproblemen, besonders auch dem Umgang mit dementiell Erkrankten (beispielsweise Schulungen zu Validation).

Übergangspflege

Die Übergangspflege bietet flächendeckend Hilfe und Unterstützung für Menschen mit dementiellen Erkrankungen, um nach einem Krankenhausaufenthalt wieder weitgehend selbständig zu Hause leben zu können. Durch die Betreuung in der gewohnten Umgebung kann oftmals eine geplante stationäre Versorgung verhindert beziehungsweise hinausgeschoben werden.

Durch die Begleitung wird PatientInnen die Angst vor der Entlassung genommen und in weiterer Folge der Einstieg in die Normalität (ins Leben) erleichtert. Es werden Trainingsprogramme unter fachlicher Anleitung, im Rahmen der Ressourcenorientierung, in der Wohnumgebung der Patientin/ des Patienten durchgeführt. Ebenso werden ihre/seine lebenspraktischen Fähigkeiten überprüft und gefördert. MitarbeiterInnen der Übergangspflege übernehmen auch die Koordination der Betreuung mit den An- und Zugehörigen und fungieren als Ansprechperson für das Umfeld der Betroffenen.

Darüber hinaus organisieren MitarbeiterInnen der Übergangspflege Schulungen im Umgang mit Menschen mit dementiellen Erkrankungen für Pflegepersonal in den Krankenanstalten in denen sie tätig sind.

Pflegeberatung

Die Pflegeberatung des Landes sowie die Seniorenberatung Tennengau bieten flächendeckend im Bundesland Salzburg Information, Beratung und Unterstützung in allen Fragen rund um das Thema Pflege (Zuschüsse, Förderungen, Hilfsmittel, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige ...) an und leisten Hilfestellungen bei der Organisation von Pflege- und Betreuungsangeboten. Um speziell auf Anfragen zum Thema Demenz eingehen zu können, haben MitarbeiterInnen der Pflegeberatung die Ausbildung zur MAS Demenztrainerin der Alzheimerakademie absolviert. Sie können nunmehr An- und Zugehörige qualifiziert über eine angemessene, ressourcenorientierte Betreuung im jeweiligen Stadium der dementiellen Erkrankung informieren und passende Leistungen empfehlen.

Steiermark

Demenz

Eine vom Land Steiermark im Jahr 2016 durchgeführte IST-Erhebung zum Thema Demenz zeigte, dass eine vielfältige Angebotslandschaft hierzu in der Steiermark besteht. Neben Dienstleistungsanbietern von Pflege- und Betreuungsleistungen wurden u.a. öffentliche Stellen, Kammern, Universitäten und viele andere Organisationen und Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich in die Erhebung miteinbezogen und befragt.

Die Erhebung orientierte sich an den Ergebnissen/Wirkungszielen der „Demenzstrategie – Gut leben mit Demenz“, welche als Abschlussbericht im November 2015 von Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und vom Sozialministerium herausgegeben wurden.

Die, im Zuge der IST-Erhebung gesammelten Rückmeldungen, reichten dabei von allgemeinen Informationsveranstaltungen für Interessierte und Betroffene in den steirischen Regionen bis hin zu spezifischen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für die verschiedensten Akteure im Gesundheits- und Pflegebereich. Auch für die betroffenen Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen

und zur Unterstützung der Angehörigen werden in den unterschiedlichsten Einrichtungen und Organisationen strukturelle und themenspezifische Angebote wie z.B. Gedächtnistraining, Validation, psychosozialer Dienste, Demenzbeauftragte zur Verfügung gestellt.

Insgesamt ergab die IST-Erhebung eine Anzahl von 276 rückgemeldeten, demenzspezifischen Angeboten in der Steiermark. Dem Wirkungsziel 5 „Demenzgerechte Versorgungsangebote sicherstellen und gestalten“ konnten 35 Prozent, dem Wirkungsziel 3 „Wissen und Kompetenz stärken“ 33 Prozent und dem Wirkungsziel 2 „Information breit und zielspezifisch ausbauen“ 14 Prozent der spezifischen Demenzangebote zugeordnet werden.

Der Bericht ist unter dem Link <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/ziel/135718174/DE/> abzurufen.

Vom Land Steiermark werden derzeit in der Stadt Graz drei „Tagesbetreuungen für Menschen mit Demenz“ mitfinanziert. Im Rahmen dieser Demenztageszentren wurden im Jahr 2015 insgesamt 108 Personen betreut. In diesen Einrichtungen werden demenzkranke Personen über 60 Jahre nach erfolgter psychiatrischer Diagnosestellung tagsüber betreut. Das Ziel ist es, die körperliche und psychische Gesundheit der Betroffenen zu fördern bzw. zu erhalten, die pflegenden Angehörigen zu entlasten und den Verbleib im privaten Wohnumfeld so lange als möglich zu gewährleisten.

Tirol

Maßnahmen zum Themenbereich Demenz

Die Demenzerkrankung stellt eine sehr große Herausforderung in der Betreuung für Angehörige und andere Betreuungspersonen dar. Um die häusliche Betreuung so gut und lange durchführen zu können, ist es wichtig diese Personen zu stützen. Dies erfolgt einerseits durch die Pflege im Rahmen der Gesundheits- und Sozialsprengel, aber letztendlich bleibt ein Großteil der Last bei den Angehörigen. Eine wesentliche Erleichterung wäre es für diese Betreuungspersonen, einerseits zusätzliche Information über die Demenzerkrankung zu erhalten, andererseits ist ein kompetenter Gesprächspartner ein wichtiges Ventil, dem enormen emotionalen Stress besser zu begegnen.

Im Jahr 2016 erfolgte eine Mitwirkung der Abteilung Soziales, der Landessanitätsdirektion und des Tiroler Gesundheitsfonds bei der im Auftrag des BMG und BMASK von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) federführend geleiteten Erarbeitung einer bundesweiten Demenzstrategie - Österreichische Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“. Die Mitwirkung erstreckte sich insbesondere in den Arbeitsgruppen zu den Handlungsfeldern bei der Erarbeitung von Wirkungszielen.

Im Bereich der mobilen gerontopsychiatrischen Pflege wurde bei den mobilen Diensten das Leistungsangebot „Mobile psychiatrische Pflege für Senioren“ als Basisleistung bereits im Jahr 2012 erweitert und überwiegend in allen Bezirken angeboten. Dieses Angebot wurde speziell für Menschen mit Demenzerkrankungen entwickelt.

Demenz braucht Kompetenz

Eine Initiative der tirol kliniken für mehr Sensibilität für Menschen mit Demenz und akuter Verwirrtheit im Krankenhaus.

Die 2014 gestartete praxis- und handlungsorientierte Initiative der tirol kliniken zur Optimierung der Versorgung von PatientInnen mit Demenzerkrankungen und Delir im Krankenhaus wurde 2016 sehr engagiert weiterentwickelt und wichtige Bausteine konnten umgesetzt werden.

Vier Leitgedanken bilden die Basis und den Orientierungsrahmen für alle Projekte, Maßnahmen und Handlungsstrategien der Initiative. Sie umfassen die Sensibilisierung und Befähigung aller MitarbeiterInnen, die frühzeitige Erkennung und Risikoprävention, die individuell angepasste, interprofessionelle Behandlung, Pflege und Betreuung der Betroffenen sowie die Vernetzung nach innen und außen. Konzepte für die Milieugestaltung zur besseren Orientierung und Sicherheit unter Einbezug der Patientenbewegungen im Krankenhaus von der Aufnahme bis zur Entlassung sind dafür ein Beispiel. Die Anliegen von Angehörigen, Selbsthilfegruppen und extramuralen Pflege- und Betreuungseinheiten werden in die verschiedenen Umsetzungsprojekte und Maßnahmen einbezogen.

Als einer der ersten Bausteine wurde ein interprofessionelles und abgestuftes Fortbildungskonzept entwickelt, unterstützt durch eine interne Kampagne mit Plakaten (im Oktober 2016 startete die 2. Plakatkampagne mit 6 Sujets), Broschüren und Informationsveranstaltungen, das die MitarbeiterInnen der tirol kliniken unter Nutzung der vorhandenen Expertise in den tirol kliniken für die Bedürfnisse der betroffenen PatientInnen und Angehörigen sensibilisieren und befähigen soll. Bis Ende 2016 (2017) haben bereits 1550 (ca. 2500) MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen an zumindest einer Fortbildungsmaßnahme bzw. Weiterbildung teilgenommen. Neben dem notwendigen Verständnis für die PatientInnen und deren Angehörigen und dem Erwerb des notwendigen medizinischen und pflegerischen Wissens soll darüber hinaus die bedarfsgerechte poststationäre Versorgung bzw. Unterstützung gesichert werden.

Neben einigen - zum Teil vom TGF geförderten Projekten (z.B. das Projekt „Delir - erkennen - behandeln - vermeiden“) - stellt das Memory Netzwerk einen weiteren wesentlichen Baustein der Initiative dar. Ende 2016 (2017) standen in den Häusern der tirol kliniken 7 (11) Memory Nurses (bereichsübergreifend) und 77 (173) Memory Beauftragte (Stationen/Funktionsbereiche) zur Verfügung. Sie

sind speziell ausgebildete Pflegepersonen und MTDs, die MitarbeiterInnen, aber auch Betroffene und Angehörige beraten. Als MultiplikatorInnen und Ansprechpersonen vor Ort bilden sie das ExpertInnen-Netzwerk für die Weiterentwicklung und nachhaltige Umsetzung in der Praxis. Sie sind der Garant dafür, dass Maßnahmen und Ideen der Initiative auch bei den PatientInnen ankommen.

Die Zusammenarbeit und Vernetzung nach innen und außen wird durch die Teilnahme an Veranstaltungen und Kongressen, ExpertInneninterviews (z.B. Tiroler Gesundheitsgespräche), Presseartikel und Mitwirkung in verschiedenen Gremien bzw. Plattformen gefördert. Auch durch die Kooperation mit dem Verein Klinikbrücke im Projekt der Begleitung kognitiv beeinträchtigter PatientInnen durch speziell geschulte ehrenamtliche MitarbeiterInnen oder durch die Kooperation mit den Partnerbetrieben an den Standorten der tiroler Kliniken durch Fortbildungsangebote für ihre MitarbeiterInnen wird Vernetzung hergestellt.

Neueröffnung am Landeskrankenhaus Hall

Nach einer Generalsanierung wurde die Station A3/Gerontopsychiatrie am Dienstag, den 26. April 2016, eröffnet. Mehr Komfort und Sicherheit für PatientInnen sowie bessere Arbeitsbedingungen für das Personal wurden durch eine Generalsanierung erreicht. Ein barrierefreier Zugang zur Station, die sich im Erdgeschoss befindet, ermöglicht den PatientInnen mehr Bewegungsfreiheit, eine automatische Schiebetür vereinfacht den Zugang mit Rollstuhl oder Gehilfe. Die Station selbst ist mit einem Desorientiertensystem ausgestattet, das Alarm schlägt, wenn PatientInnen die Station unbemerkt und/oder unbeabsichtigt verlassen. Ein zusätzlicher Aufenthaltsraum mit überdachter Terrasse, eine Rampe, die barrierefrei in den neu gestalteten Garten führt (mit der Möglichkeit einer Endlosschleife) und zusätzliche Sanitäranlagen erhöhen den Komfort für die PatientInnen. Ein hochmodernes Lichtsystem unterstützt es, den Schlaf-Wach-Rhythmus der PatientInnen ins Lot zu bringen und die Schlafqualität zu verbessern.

Bildungsmaßnahmen zum Thema

Im GesundheitsPädagogischen Zentrum der Landessanitätsdirektion für Tirol fanden im Jahr 2016 zehn Fortbildungstage mit insgesamt 80 Unterrichtseinheiten zum Themenschwerpunkt „Umgang mit dem herausfordernden Verhalten von Menschen mit dementiellen Beeinträchtigungen“ statt. Darüber hinaus wurde ein Weiterbildungslehrgang für PflegeassistentInnen mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie erfolgreich durchgeführt, in dem 40 weitere Unterrichtseinheiten zur Diagnostik, Therapie, Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen angeboten wurden.

Anlässlich des Weltalzheimertages am 21. September 2016 referierte Professor Dr. Reimer Gronemeyer im Festsaal des Landhauses im Rahmen der Veranstaltung „Gratwanderung zwischen Autonomie und Fürsorge“. Im Fokus stand die Frage, wie das Spannungsfeld zwischen Persönlichkeitsrechten

und Fürsorgepflichten konstruktiv gelebt werden kann. Bei der Podiumsdiskussion fanden Betroffene und Angehörige von Demenzerkrankten einen Raum, ihre Sichtweise und Bedürfnisse mit EntscheidungsträgerInnen und Führungskräften von Einrichtungen auszutauschen. Dabei stellte sich heraus, dass die Entlastung und Begleitung der Angehörigen, die zu Hause eine/n Betroffene/n betreuen, eine wesentliche Aufgabe ist, die flächendeckend eingerichtet werden soll.

Praxistag „Demenz – den Alltag meistern“, 13.10.2016

Austausch und Information für Betroffene und Interessierte

Diese Veranstaltung mit ca. 150 TeilnehmerInnen wurde in Kooperation mit den tiroler Kliniken, der UMIT und der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft durchgeführt. Ziel war es, einen Rahmen zu schaffen, in dem Betroffene oder Interessierte die Möglichkeiten hatten, sich in Vorträgen Wissen über Demenz anzueignen, in Workshops ExpertInnen befragen zu können und sich zu vernetzen.

Mitwirkung an der Koordinierungsgruppe zur Umsetzung der Demenzstrategie

Die erste Sitzung am 13.12.2016 dieser bundesweiten Arbeitsgruppe (33 Personen) beschäftigte sich mit der Präzisierung der Aufgaben dieses Gremiums. Primär geht es um ein abgestimmtes Vorgehen bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Demenzstrategie. Dabei stehen einerseits Wissensaustausch, Vernetzung, langfristige Kooperation und andererseits die Entwicklung einer gemeinsamen Sichtweise sowie gemeinsame Zielformulierungen unter Einbeziehung von Menschen mit dementiellen Beeinträchtigungen im Vordergrund. Darüber hinaus wird eine multidisziplinäre und öffentlichkeitswirksame Jahrestagung vorbereitet, die sämtlichen Berufsgruppen, die mit dementiell Beeinträchtigten und deren An- und Zugehörigen arbeiten, einen Austausch ermöglicht und die Entwicklung weiterer Umsetzungsschritte vorantreiben soll.

Vorbereitung des Projektes „Koordinationsstelle Demenz“

Alle Aufgaben und Tätigkeiten im Rahmen des Projektes haben unter Berücksichtigung der Arbeiten zum Thema Demenz auf Bundesebene insbesondere der bundesweiten Demenzstrategie zu erfolgen. Durch begleitende Öffentlichkeitsarbeit soll das Thema Demenz der Bevölkerung nähergebracht werden. Keine Aufgabe des Projektes ist die Durchführung von Diagnostik, Behandlung und Case Management an PatientInnen.

Aufgaben sind:

- Analyse der Ist-Situation erarbeiten
- Versorgungslandschaft in Tirol darstellen
- weitere Good-Practice-Beispiele und Qualitätssicherungsprojekte sammeln
- Kontakte zu den Systempartnern knüpfen und zwischen diesen herstellen

- die Umsetzungsmöglichkeit von Inhalten der bundesweiten Demenzstrategie vor dem Hintergrund der Tiroler Versorgungslandschaft prüfen
- Fort- und Weiterbildung für Gesundheits- und Sozialberufe im Sinne der Förderung moderner Behandlungs-, Pflege- und Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz organisieren - ein Themenschwerpunkt des Bildungsangebotes im GesundheitsPädagogischen Zentrum der Landesgesundheitsdirektion für Tirol
- Angebote nach wissenschaftlichen Kriterien unter Einbindung der wissenschaftlichen Forschung evaluieren
- Daten für die Versorgungskette und Versorgungsforschung aufbereiten

Ziele:

Erhöhte Aufmerksamkeit und Kenntnis der Anfangssymptome können zu einer früheren Erkennung der Krankheit, der besseren Therapierbarkeit und damit zu einer Erhöhung der Lebensqualität der betroffenen Erkrankten und deren Umfeld führen.

Die umfassende Kenntnis über die Diagnostik, Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten der Institutionen und deren Vernetzung sollen nicht nur die Situation der PatientInnen und deren Umfeld verbessern, sondern auch die Arbeitszufriedenheit aller Berufsgruppen in stationären, ambulanten und niedergelassenen Einrichtungen erhöhen. Die Vernetzung und die Kenntnis der bestehenden Möglichkeiten werden zu einer weiteren Optimierung der (individuellen) Diagnostik, Behandlungs-, Pflege- und Betreuungskonzepte im stationären, ambulanten und niedergelassenen Umfeld führen. So können Doppelgleisigkeiten vermieden, Synergieeffekte genutzt und bestehende Versorgungslücken erkannt werden.

Vorarlberg

Ambulante gerontopsychiatrische Pflege

Ziel: Gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen möglichst lange ein weitgehend selbstbestimmtes Leben im gewohnten Umfeld zu ermöglichen. Speziell ausgebildete Pflegefachkräfte unterstützen die Betroffenen und ihre Angehörigen, sowie Betreuungs- und Pflegepersonen und Fachkräfte in Sozial- und Gesundheitsdiensten und leiten diese an.

Der Ausbau erfolgt sukzessiv. Eine Ausrollung für das gesamte Bundesland ist im Rahmen der budgetären Möglichkeiten in Planung.

Mobile Hilfsdienste

Ziel: Beitrag zur würdigen Versorgung und Integration von Menschen mit einer demenziell bedingten Veränderung und zur Unterstützung von deren Angehörigen in Vorarlberg.

Das Angebot ist flächendeckend.

Ausblick: Weiterführung und Stärkung der Mobilen Hilfsdienste in Bezug auf Demenzerkrankungen.

Gerontopsychiatrische Angebote in Tagesbetreuungen

Ziel: Adäquate Versorgungsangebote für Gäste in der Tagesbetreuung mit Demenzerkrankung.

Ausblick: Ein Modellprojekt ist in Planung.

Gerontopsychiatrie in Pflegeheimen

Ziel: Verbesserung der Versorgung der demenzkranken Patientinnen und Patienten, die Entlastung und Stärkung der Betreuungs- und Pflegekräfte in den Heimen, die Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft sowie die Reduktion bzw. Anpassung von Psychopharmaka.

Das Projekt befindet sich derzeit im dritten Durchgang. Insgesamt sind vom Projekt mit Stand Dezember 2016, 32 Pflegeheime befasst.

Ausblick: Eine weitere Ausrollung im Rahmen der möglichen personellen Ressourcen (Ärzte, Mitarbeiter/innen in den Pflegeheimen) und budgetären Möglichkeiten wird angestrebt.

Aktion Demenz

Ziel: Im Mittelpunkt der „Aktion Demenz“ steht die Vision, dass in Vorarlberg Menschen mit Demenz am öffentlichen und sozialen Leben ungehindert teilhaben können.

Zahlreiche Aktionen und Projekte können ausgewählt werden. Verschiedene Gemeinden beteiligen sich jeweils. Details siehe www.aktion-demenz.at

Ausblick: Weiterführung und Weiterentwicklung der Aktion Demenz

In der Gesamtstrategie soll ebenfalls die Stärkung der Ressourcen in der Zivilgesellschaft zur Unterstützung der Selbstbestimmung Berücksichtigung finden.

Wien

Jeder Mensch, der an einer Demenz erkrankt ist, hat andere Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen und Ängste, aber auch ganz persönliche Talente und Fähigkeiten, die trotz der Krankheit erhalten bleiben. In Wien bildet dieses Wissen die Grundlage für eine würdevolle Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung.

Das Casemanagement der fünf Beratungszentren „Pflege und Betreuung“ des Fonds Soziales Wien bietet Informationen und Beratung anhand definierter Kriterien für pflegebedürftige WienerInnen. Es wird sichergestellt, dass Betroffene individuelle Hilfe, unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten und unabhängig von der Ursache des Betreuungsbedarfs, erfahren. Zusätzlich stehen speziell für den Schwerpunkt Demenz Beratungsbroschüren, wie „Demenz – Ratgeber für den Alltag“ oder „Sicher und menschenwürdig pflegen – Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der mobilen Betreuung“ zur Verfügung.

Geförderte Leistungen für Menschen, die eine dementielle Erkrankung haben, gibt es in der Pflege und Betreuung zu Hause, in ambulanten/teilstationären Einrichtungen als auch in Einrichtungen im Bereich „Wohnen und Pflege“. Häufig am Beginn der Erkrankung, wenn Symptome und Einschränkungen im Alltag zwar vorhanden sind, die Betroffenen jedoch weitgehend noch selbstständig sind, besteht die Möglichkeit, Betreuung und Pflege im inklusiven Ansatz zu erhalten. Wenn diese Leistungen bei fortschreitender Erkrankung eine angemessene Versorgung nicht mehr ausreichend gewährleisten können, stehen spezielle Leistungen für Menschen mit Demenzerkrankungen zur Verfügung.

Der Fonds Soziales Wien orientiert sich an der nationalen Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“. Es werden strategiekonforme Leistungen und Maßnahmen geplant und umgesetzt. Im Folgenden eine Übersicht der Leistungen zum Thema Demenz:

Leistungen in der extramuralen Pflege und Betreuung

Inklusiver Ansatz - Demenz

Mobile Betreuungs- und Pflegedienste (Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Besuchsdienst, Reinigungsdienst/Sonderreinigungsdienst, Mobile Palliativbetreuung, Mobile Ergotherapie) haben zum Ziel, den Verbleib des pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen in seiner vertrauten Wohnumgebung so lange als möglich, unter Bedachtnahme auf Professionalität und Qualität, zu ermöglichen. Außerdem kommt dabei der Unterstützung der familiären Betreuung sowie aller Formen der Selbsthilfe höchste Priorität zu, um die Übersiedlung in eine Einrichtung von „Wohnen und Pflege“ möglichst lange hinauszuzögern. Diese Voraussetzungen – auch für Menschen mit dementieller Erkrankung – werden in Wien durch ein flächendeckendes und ganzheitliches System professioneller mobiler Betreuungs- und Pflegedienste geschaffen.

Der Kontaktbesuchsdienst ist ein Instrument der Stadt Wien, um den Kontakt zu den BürgerInnen Wiens, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, zu intensivieren und sie über spezielle, dem Alter entsprechende Angebote – auch im Hinblick auf Demenz – zu informieren.

Stoma- und Kontinenzberatung: An Demenz erkrankte Menschen leiden häufig an unterschiedlichen Formen der Inkontinenz. Das Ziel des Teams der Kontinenzberatung des Fonds Soziales Wien

ist es, Menschen – auch mit Demenzdiagnose – zu helfen, ihre Kontinenz zu erhalten oder sie so zu fördern, dass die Inkontinenz beseitigt bzw. weitestgehend reduziert wird.

SeniorInnen-Wohngemeinschaften stellen für betagte Menschen, die aus sozialen oder gesundheitlichen Gründen nicht mehr alleine zu Hause leben möchten oder können, eine Wohnform dar, die ein selbstständiges Leben forciert. Neben dem Ziel der Erhaltung der Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit der BewohnerInnen liegt der Fokus dieses Wohnmodells auch auf der Prävention von Vereinsamung und sozialer Isolation. Das Leben innerhalb einer Wohngemeinschaft bietet die Möglichkeit, Synergien zu nutzen, fördert durch die Beteiligung bei der Bewältigung des Alltags (einkaufen, kochen, putzen, bügeln ...) kognitive und motorische Ressourcen und hat gegenüber Rückzugstendenzen, Depressionen und Apathie einen präventiven Charakter.

Zusätzlich zu den mobilen und ambulanten Angeboten werden dementiell erkrankte Menschen auch in integrativ-geriatrischen Tageszentren betreut. Dieses Angebot stellt für pflegende Angehörige eine wesentliche Entlastung dar.

Spezielle Leistungen Demenz

Für an Morbus Alzheimer oder Demenz erkrankten Menschen besteht die Möglichkeit, zielgruppenorientierte Tageszentren, welche speziell an die Zielgruppe angepasste Betreuungs- und Therapieangebote zur Verfügung stellen, in Anspruch zu nehmen.

Leistungen in „Wohnen und Pflege“

Inklusiver Ansatz - Demenz

Unter den allgemeinen Leistungen „Betreutes Wohnen“, „Pflegeplatz“, „Hausgemeinschaft“ und „Pflegehaus mit ärztlicher rund-um-die-Uhr-Betreuung“ ist die Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Personen in Pflegewohnhäusern, Pflegeheimen und auf Pflegestationen mit mindestens einem Pflegebedarf entsprechend der Pflegegeldstufe 3 zu verstehen. Grundlage für diese Leistung und die dahinterstehenden Inhalte bietet das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz sowie dessen Durchführungsverordnung bzw. das Wiener Krankenanstaltengesetz.

Da Menschen in den genannten Einrichtungen auch an Demenzerkrankungen unterschiedlicher Art leiden, wird in diesen Einrichtungen ein integrativer Betreuungsansatz im Zusammenhang mit Demenz verfolgt.

Spezielle Leistungen - Demenz

Spezielle Leistungsangebote für Demenz können, wenn eine angemessene Versorgung in einer Einrichtung mit inklusivem Ansatz nicht mehr ausreichend gewährleistet werden kann, in folgenden Wohn- und Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden: „Betreutes Wohnen – Leistung

Demenz“, „Pflegeplatz – Leistung Demenz“, „Pflegeplatz – Leistung Demenz bei Blindheit und Sehbehinderung“, „Pflegehaus mit ärztlicher rund-um-die-Uhr-Betreuung – Leistung Demenz“.

Die speziellen Demenzleistungen umfassen aufgrund der Erkrankung und den damit einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten ein erweitertes Leistungsangebot an fachspezifischer Pflege sowie medizinischer und therapeutischer Betreuung.

4. GELDLEISTUNGSTEIL

4.1 Antragsbewegung für erstmalige Zuerkennungen und Erhöhungen im Jahr 2016

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 184.125 Neu- und Erhöhungsanträge eingebracht und über 189.642 Anträge entschieden.

Tabelle 36: Neuanträge und Erledigungen

Neuanträge	Anträge	in %	Anträge	in %
Im Jahr 2016 eingelangte Neuanträge	81.495			
Summe aller im Jahr 2016 erledigten Anträge	84.833	100,00 %		
Davon erstmalige Zuerkennungen	66.816	78,8 %		100,00 %
davon Stufe 1			33.528	50,2 %
Stufe 2			13.062	19,5 %
Stufe 3			9.383	14,0 %
Stufe 4			5.614	8,4 %
Stufe 5			3.590	5,4 %
Stufe 6			1.103	1,7 %
Stufe 7			536	0,8 %
Ablehnungen	18.017	21,2 %		

Aufgrund von Neuanträgen wurde in jedem zweiten Fall ein Pflegegeld in Höhe der Stufe 1 gewährt und in 476 Fällen (0,8%) ein Pflegegeld der Stufe 7; rund 21 % der Anträge wurde abgewiesen.

Tabelle 37: Erhöhungsanträge und Erledigungen

Erhöhungsanträge	Anträge	in %	Anträge	in %
Im Jahr 2016 eingelangte Erhöhungsanträge	102.630			
Summe aller im Jahr 2016 erledigten Anträge	104.809	100,00 %		
Davon Zuerkennung eines höheren Pflegegeldes	78.357	74,8 %		100,00 %
davon Stufe 2			10.247	13,1 %
Stufe 3			18.899	24,1 %
Stufe 4			19.203	24,5 %
Stufe 5			19.345	24,7 %
Stufe 6			6.872	8,8 %
Stufe 7			3.791	4,8 %
Ablehnungen	26.452	25,2 %		

Fast drei Viertel der Erhöhungsanträge wurden positiv erledigt, wobei meistens ein Pflegegeld der Stufe 3 bis 5 zuerkannt wurde.

4.2 Klagen gegen Bescheide der Pensionsversicherungsträger

Gegen Pflegegeldbescheide besteht die Möglichkeit der Klage an das Arbeits- und Sozialgericht.

Tabelle 38: Anzahl der Klagen und Erledigungen 2009 – 2012

Jahr	2009		2010		2011		2012	
	absolut	Anteil	absolut	Anteil	absolut	Anteil	absolut	Anteil
„Entscheidungen der PV-Träger (Neu- und Erhöhungsanträge)“	175.214		168.920		151.778		153.119	
eingebraachte Klagen	7.119		7.237		6.827		8.596	
„Anteil der Klagen an den Entscheidungen“		4,06%		4,28%		4,50%		5,61%
„Erledigungen der Arbeits- und Sozialgerichte“	6.621	100%	6.693	100%	6.007	100%	7.515	100%
davon								
Stattgebungen	473	7,14%	436	4,35%	406	6,76%	470	6,25%
Vergleiche	3.149	47,56%	3.344	33,33%	2.887	48,06%	3.530	46,97%
Klagsrücknahmen	2.188	33,05%	2.097	20,90%	1.978	32,93%	2.704	35,98%
Abweisungen	685	10,35%	676	6,74%	651	10,84%	701	9,33%
sonstige Erledigungen	126	1,90%	140	1,40%	85	1,42%	110	1,46%

Tabelle 39: Anzahl der Klagen und Erledigungen 2013 – 2016

Jahr	2013		2014		2015		2016	
	absolut	Anteil	absolut	Anteil	absolut	Anteil	absolut	Anteil
„Entscheidungen der PV-Träger (Neu- und Erhöhungsanträge)“	197.375		213.722		196.019		218.619	
eingebraachte Klagen	10.965		10.795		9.955		10.365	
„Anteil der Klagen an den Entscheidungen“		5,56%		5,05%		5,08%		4,74%
„Erledigungen der Arbeits- und Sozialgerichte“	10.033	100%	10.839	100%	10.853	100%	9.636	100%
davon								
Stattgebungen	672	6,70%	592	6,14%	609	5,61%	538	5,58%
Vergleiche	4.676	46,61%	4.913	50,99%	4.874	44,91%	4.501	46,71%
Klagsrücknahmen	3.637	36,25%	3.936	40,85%	3.776	34,79%	3.229	33,51%
Abweisungen	908	9,05%	942	9,78%	951	8,76%	773	8,02%
sonstige Erledigungen	140	1,40%	456	4,73%	643	5,92%	595	6,17%

Die im Jahr 2013 deutlich gestiegene absolute Zahl an Entscheidungen und eingebrachten Klagen ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass in der Statistik für das Jahr 2013 erstmals auch Klagen von Personen gemäß § 3a BPGG, BezieherInnen einer Leistung nach dem OFG und sämtlichen BezieherInnen einer Leistung aus der Unfallversicherung enthalten sind.

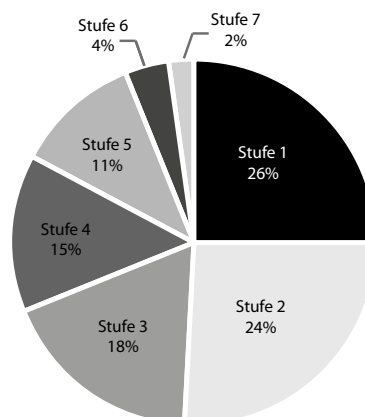
Im Jahr 2014 werden erstmalig auch Klagen gegen Bescheide des BVA-Pensionservice erfasst.

4.3 Pflegegeld - Anspruchsberechtigte am 31.12.2016

Tabelle 40: Anspruchsberechtigte nach Stufen

Entscheidungsträger		Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Pensionsversicherung	Frauen	61.789	55.769	40.534	33.110	26.513	8.967	4.162	230.844
	Männer	30.813	30.993	21.786	17.670	12.061	5.008	2.039	120.370
	Gesamt	92.602	86.762	62.320	50.780	38.574	13.975	6.201	351.214
Unfallversicherung	Frauen	14	25	36	59	36	14	8	192
	Männer	104	168	137	412	190	65	50	1.126
	Gesamt	118	193	173	471	226	79	58	1.318
andere Bundesträger	Frauen	3.961	3.505	3.073	2.669	2.517	591	303	16.619
	Männer	3.717	3.614	2.912	2.416	1.854	583	231	15.327
	Gesamt	7.678	7.119	5.985	5.085	4.371	1.174	534	31.946
ehemalige Landespflegegeld-bezieherInnen	Frauen	11.959	10.759	8.019	5.573	4.132	2.355	1.476	44.273
	Männer	6.305	6.026	5.094	3.586	2.193	2.311	1.088	26.603
	Gesamt	18.264	16.785	13.113	9.159	6.325	4.666	2.564	70.876
Summe	Frauen	77.723	70.058	51.662	41.411	33.198	11.927	5.949	291.928
	Männer	40.939	40.801	29.929	24.084	16.298	7.967	3.408	163.426
	Gesamt	118.662	110.859	81.591	65.495	49.496	19.894	9.357	455.354

Grafik 6: Pflegegeld - Anspruchsberechtigte am 31.12.2016 in %



4.4 Pflegegeld - Anspruchsberechtigte nach Entscheidungsträger und Stufe

Stichtag 31.12.2016

Tabelle 41: Männer

Entscheidungsträger	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Pensionsversicherungsanstalt	31.744	30.627	22.209	17.237	11.344	6.277	2.746	122.184
VA für Eisenbahnen und Bergbau	1.576	1.863	1.607	1.349	920	263	106	7.684
SVA der gewerblichen Wirtschaft	2.428	2.380	1.690	1.785	1.223	509	177	10.192
SVA der Bauern	2.225	2.962	2.012	1.726	1.197	393	183	10.698
BVA - Pensionservice	2.966	2.969	2.411	1.987	1.614	525	196	12.668
Gesamt	40.939	40.801	29.929	24.084	16.298	7.967	3.408	163.426

Tabelle 42: Frauen

Entscheidungsträger	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Pensionsversicherungsanstalt	62.664	54.427	40.027	30.654	24.462	9.726	4.690	226.650
VA für Eisenbahnen und Bergbau	1.512	1.906	1.712	1.537	1.338	249	141	8.395
SVA der gewerblichen Wirtschaft	3.316	3.026	2.147	2.406	1.809	581	280	13.565
SVA der Bauern	6.681	7.505	4.980	4.379	3.287	828	558	28.218
BVA - Pensionservice	3.550	3.194	2.796	2.435	2.302	543	280	15.100
Gesamt	77.723	70.058	51.662	41.411	33.198	11.927	5.949	291.928

Tabelle 43: Männer und Frauen

Entscheidungsträger	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Pensionsversicherungsanstalt	94.408	85.054	62.236	47.891	35.806	16.003	7.436	348.834
VA für Eisenbahnen und Bergbau	3.088	3.769	3.319	2.886	2.258	512	247	16.079
SVA der gewerblichen Wirtschaft	5.744	5.406	3.837	4.191	3.032	1.090	457	23.757
SVA der Bauern	8.906	10.467	6.992	6.105	4.484	1.221	741	38.916
BVA - Pensionservice	6.516	6.163	5.207	4.422	3.916	1.068	476	27.768
Gesamt	118.662	110.859	81.591	65.495	49.496	19.894	9.357	455.354

4.5 PflegegeldbezieherInnen in EWR-Staaten und der Schweiz

Stichtag 31.12.2016

Am 8.3.2011 hat der Europäische Gerichtshof in der Rechtssache C-215/99, Jauch, entschieden, dass das Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz bei einer gemeinschaftsrechtlichen Begriffsauslegung als eine „Leistung bei Krankheit und Mutterschaft“ im Sinne der Verordnung (EWG) Nr. 883/2004 zu qualifizieren und daher nach den speziellen Zuständigkeitsvorschriften für die Leistung bei Krankheit auch in Mitgliedsstaaten des EWR zu exportieren ist, wenn Österreich für die Gewährung der Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft zuständig ist. Aufgrund von zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits abgeschlossener Abkommen, wodurch das EG-Recht auch im Verhältnis zur Schweiz anzuwenden ist, trifft dies auch bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz zu.

In der folgenden Tabelle wird dargestellt, wie viele im EWR und der Schweiz wohnhafte Frauen und Männer zum Stichtag 31.12.2016 ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz bezogen haben und in welchen Staaten sie wohnen.

Tabelle 44: PflegegeldbezieherInnen in EWR-Staaten und der Schweiz

Staat	Männer	Frauen	Gesamt
Deutschland	202	225	427
Slowenien	20	23	43
Ungarn	29	14	43
Kroatien	15	27	42
Spanien	11	12	23
Italien	5	16	21
Tschechische Republik	13	5	18
Polen	13	4	17
Schweiz	5	7	12
Slowakei	8	3	11
Griechenland	5	3	8
Frankreich	3	4	7
Niederlande	1	4	5
Großbritannien	3	2	5
Rumänien	4	0	4
Zypern	3	0	3
Portugal	0	2	2
Schweden	1	1	2
Luxemburg	0	1	1
Belgien	1	0	1
Bulgarien	0	1	1
Finnland	1	0	1
Gesamt	343	354	697

4.6 PflegegeldbezieherInnen gemäß § 5a OFG

Stichtag 31.12.2016

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

Dabei handelt es sich um Personen, die in der Zeit vom 4.3.1933 bis 9.5.1945 aus politischen Gründen – außer wegen nationalsozialistischer Betätigung – oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung in ihren sozialversicherungsrechtlichen Verhältnissen einen Nachteil erlitten haben und die aus den angeführten Gründen ausgewandert sind. Dieser Personenkreis hat auch dann einen Anspruch auf Pflegegeld, wenn sich ihr gewöhnlicher Aufenthalt außerhalb des EWR bzw. der Schweiz befindet. Zum Stichtag 31.12.2016 bezogen insgesamt 1.441 pflegebedürftige Menschen ein Pflegegeld nach dieser Bestimmung, die sich wie folgt auf die einzelnen Staaten aufteilen:

Tabelle 45: PflegegeldbezieherInnen außerhalb der EWR-Staaten und der Schweiz

Staat	Männer	Frauen	Gesamt
Vereinigte Staaten (USA)	158	438	596
Israel	140	330	470
Großbritannien	51	89	140
Argentinien	11	42	53
Australien	12	24	36
Kanada	11	21	32
Frankreich	10	10	20
Brasilien	1	14	15
Chile	5	9	14
Deutschland	3	6	9
Uruguay	3	7	10
Italien	3	2	5
Schweiz	0	7	7
Belgien	3	6	9
Schweden	1	3	4
Kolumbien	1	3	4
Mexiko	1	2	3
Peru	0	2	2
Spanien	3	0	3
Ungarn	0	2	2
Bolivien	0	1	1
Bulgarien	0	1	1
Guatemala	0	1	1

Staat	Männer	Frauen	Gesamt
Panama	0	1	1
Rumänien	1	0	1
Singapur	1	0	1
Zypern	0	1	1
Gesamt	419	1022	1441

4.7 Aufwand nach Stufen und Bundesland im Zeitraum von 1.1.2016 bis 31.12.2016

Tabelle 46: Aufwand nach Stufen und Bundesland

Bundesland	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Bgld	7.711.403	15.713.976	17.831.970	25.962.573	23.616.270	11.157.560	7.746.588	109.740.339
Ktn	18.204.816	31.023.781	32.956.063	40.040.252	34.073.017	18.949.321	12.133.154	187.380.404
Noe	42.097.008	77.742.479	79.857.960	117.856.335	107.747.102	49.593.022	44.737.016	519.630.921
Ooe	33.074.413	59.485.131	72.681.647	73.854.125	92.662.304	36.001.826	30.617.378	398.376.824
Sbg	12.594.598	21.315.093	28.682.898	23.950.808	30.916.197	15.759.456	9.666.275	142.885.324
Stmk	33.291.867	69.070.553	75.329.597	93.471.199	107.762.758	71.533.464	39.627.628	490.087.066
Tirol	13.472.465	27.414.488	30.808.920	36.458.787	35.820.624	29.490.123	8.223.548	181.688.955
Vbg	7.347.177	14.781.110	17.778.941	16.451.063	23.284.412	17.229.632	5.551.566	102.423.900
Wien	46.469.790	74.468.169	75.173.344	93.170.556	77.127.155	46.284.749	28.541.443	441.235.206
Gesamt	214.872.762	393.077.798	433.115.560	524.787.844	535.888.646	297.783.691	187.617.610	2.587.143.913

4.8 Durchschnittlicher Pflegegeldaufwand nach Bundesland im Jahr 2016

Tabelle 47: Durchschnittlicher Pflegegeldaufwand nach Bundesland

Bundesland	Anspruchsberechtigte Personen	Aufwand	durchschnittlicher jährlicher Aufwand pro anspruchsberechtigter Person	durchschnittlicher monatlicher Aufwand pro anspruchsberechtigter Person
Burgenland	18.522	109.740.339	5.925	493,74
Kärnten	34.921	187.380.404	5.366	447,15
Niederösterreich	90.398	519.630.921	5.748	479,02
Oberösterreich	70.434	398.376.824	5.656	471,34
Salzburg	25.696	142.885.324	5.561	463,38
Steiermark	80.137	490.087.066	6.116	509,63
Tirol	31.140	181.688.955	5.835	486,22
Vorarlberg	17.170	102.423.900	5.965	497,11
Wien	84.270	441.235.206	5.236	436,33
Gesamt	454.897	2.587.143.913	5.687,32	473,94

4.9 Kostenentwicklung des Bundespflegegeldes

(in Millionen Euro)

In der folgenden Tabelle wird der Pflegegeldaufwand des Bundes in den Jahren 1994 bis 2016 dargestellt. Die außergewöhnliche Steigerung im Jahr 2012 ist darauf zurückzuführen, dass mit dem Pflegegeldreformgesetz 2012 die PflegegeldbezieherInnen der Länder mit Wirkung vom 1. Jänner 2012 in die Bundeskompetenz übernommen wurden.

Tabelle 48: Entwicklung der Kosten seit 1994

Jahr	Pflegegeldaufwand ¹⁾	Pflegegeldaufwand (Veränderung zum Vorjahr in %)
1994	1.340,90	-
1995	1.379,40	2,9
1996	1.321,60	-4,2
1997	1.266,30	-4,2
1998	1.299,50	2,6
1999	1.355,60	4,3
2000	1.397,60	3,1
2001	1.426,90	2,1
2002	1.432,50	0,4
2003	1.470,60	2,7
2004	1.489,30	1,3
2005	1.566,40	5,2
2006	1.621,40	3,5
2007	1.691,50	4,3
2008	1.774,30	4,9
2009	1.943,10	9,5
2010	2.002,20	3
2011	2.070,60	3,4
2012 ²⁾	2.632,50	27,1
2013	2.477,20	-5,9
2014	2.493,50	0,7
2015	2.530,10	1,5
2016	2.587,14	2,3

¹⁾ In diesen Beträgen sind die Verwaltungskosten enthalten.

²⁾ Im Gesamtaufwand für das Jahr 2012 sind auch Vorlaufzahlungen in Höhe von 149,526 Mio. € und Vorschusszahlungen für das Pflegegeld im Todesmonat in Höhe von 16 Mio. € enthalten. Der Aufwand für die laufenden Pflegegeldzahlungen im Jahr 2012 betrug 2.467 Mio. €.

4.10 Pflegegeld - Anspruchsberechtigte nach Bundesland und Stufe

Stichtag 31.12.2016

Tabelle 49: Männer

Bundesland	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Bgld	1.487	1.581	1.222	1.121	705	297	139	6.552
Ktn	3.439	3.300	2.187	1.730	988	537	214	12.395
Noe	8.088	8.000	5.588	5.344	3.350	1.339	789	32.498
Ooe	6.109	6.117	4.945	3.468	2.870	967	525	25.001
Sbg	2.395	2.245	1.914	1.110	1.005	443	193	9.305
Stmk	6.153	7.067	5.294	4.281	3.147	1.883	704	28.529
Tirol	2.546	2.948	2.188	1.754	1.104	815	171	11.526
Vbg	1.447	1.658	1.311	880	757	428	111	6.592
Wien	9.154	7.693	5.137	4.243	2.283	1.212	544	30.266
Ausland	121	192	143	153	89	46	18	762
Summe	40.939	40.801	29.929	24.084	16.298	7.967	3.408	163.426

Tabelle 50: Frauen

Bundesland	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Bgld	2.800	2.819	2.131	2.125	1.491	440	229	12.035
Ktn	6.584	5.412	4.007	3.195	2.146	757	399	22.500
Noe	15.279	13.920	9.475	9.281	6.539	1.913	1.407	57.814
Ooe	12.100	10.610	8.630	5.693	5.743	1.416	1.030	45.222
Sbg	4.483	3.853	3.463	1.901	1.823	598	300	16.421
Stmk	12.091	12.270	8.946	7.400	6.659	2.862	1.235	51.463
Tirol	4.887	4.815	3.643	2.822	2.226	1.130	237	19.760
Vbg	2.591	2.539	2.045	1.247	1.364	731	161	10.678
Wien	16.707	13.457	9.096	7.475	5.006	1.992	926	54.659
Ausland	201	363	226	272	201	88	25	1.376
Summe	77.723	70.058	51.662	41.411	33.198	11.927	5.949	291.928

Tabelle 51: Männer und Frauen

Bundesland	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Bgld	4.287	4.400	3.353	3.246	2.196	737	368	18.587
Ktn	10.023	8.712	6.194	4.925	3.134	1.294	613	34.895
Noe	23.367	21.920	15.063	14.625	9.889	3.252	2.196	90.312
Ooe	18.209	16.727	13.575	9.161	8.613	2.383	1.555	70.223
Sbg	6.878	6.098	5.377	3.011	2.828	1.041	493	25.726
Stmk	18.244	19.337	14.240	11.681	9.806	4.745	1.939	79.992
Tirol	7.433	7.763	5.831	4.576	3.330	1.945	408	31.286

4. GELDLEISTUNGSTEIL

Bundesland	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
Vbg	4.038	4.197	3.356	2.127	2.121	1.159	272	17.270
Wien	25.861	21.150	14.233	11.718	7.289	3.204	1.470	84.925
Ausland	322	555	369	425	290	134	43	2.138
Summe	118.662	110.859	81.591	65.495	49.496	19.894	9.357	455.354

4.11 Pflegegeld - Anspruchsberechtigte nach Bundesland und Alter

Stichtag 31.12.2016

Tabelle 52: Männer

Alter	Bgld	Ktn	NOe	OOe	Sbg	Stmk	Tirol	Vbg	Wien	Ausl.	Summe
0 – 20	214	458	1.619	1.131	489	1.198	626	410	2.225	25	8.395
21 – 40	337	741	2.235	1.716	683	1.875	827	516	2.419	31	11.380
41 – 60	847	1.893	4.933	3.722	1.440	4.548	1.799	1.204	5.100	93	25.579
61 – 80	2.511	4.663	12.058	8.914	3.360	10.671	4.105	2.529	11.738	158	60.707
81 +	2.643	4.640	11.653	9.518	3.333	10.237	4.169	1.933	8.784	455	57.365
Gesamt	6.552	12.395	32.498	25.001	9.305	28.529	11.526	6.592	30.266	762	163.426

Tabelle 53: Frauen

Alter	Bgld	Ktn	NOe	OOe	Sbg	Stmk	Tirol	Vbg	Wien	Ausl.	Summe
0 – 20	157	331	1.118	736	332	819	410	273	1.297	14	5.487
21 – 40	228	585	1.592	1.322	462	1.404	685	432	1.791	14	8.515
41 – 60	737	1.809	4.454	3.255	1.392	4.235	1.717	1.097	5.125	41	23.862
61 – 80	3.511	6.475	17.627	12.552	4.945	15.607	5.744	3.241	17.567	140	87.409
81 +	7.402	13.300	33.023	27.357	9.290	29.398	11.204	5.635	28.879	1.167	166.655
Gesamt	12.035	22.500	57.814	45.222	16.421	51.463	19.760	10.678	54.659	1.376	291.928

Tabelle 54: Männer und Frauen

Alter	Bgld	Ktn	NOe	OOe	Sbg	Stmk	Tirol	Vbg	Wien	Ausl.	Summe
0 – 20	371	789	2.737	1.867	821	2.017	1.036	683	3.522	39	13.882
21 – 40	565	1.326	3.827	3.038	1.145	3.279	1.512	948	4.210	45	19.895
41 – 60	1.584	3.702	9.387	6.977	2.832	8.783	3.516	2.301	10.225	134	49.441
61 – 80	6.022	11.138	29.685	21.466	8.305	26.278	9.849	5.770	29.305	298	148.116
81 +	10.045	17.940	44.676	36.875	12.623	39.635	15.373	7.568	37.663	1.622	224.020
Gesamt	18.587	34.895	90.312	70.223	25.726	79.992	31.286	17.270	84.925	2.138	455.354

Rund die Hälfte der Anspruchsberechtigten sind älter als 81 Jahre, wobei davon 3/4 weiblich sind; die meisten männlichen Anspruchsberechtigten sind zwischen 61 und 80 Jahre alt.

4.12 Pflegegeld - Anspruchsberechtigte nach Stufen und Alter

Stichtag 31.12.2016

Tabelle 55: Männer

Alter	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
0 – 20	1.939	1.710	1.821	1.023	587	880	435	8.395
21 – 40	2.498	2.841	1.906	1.465	870	1.140	660	11.380
41 – 60	7.519	6.939	4.089	3.291	1.903	1.145	693	25.579
61 – 80	17.280	15.618	10.705	8.268	5.540	2.319	977	60.707
81 +	11.703	13.693	11.408	10.037	7.398	2.483	643	57.365
Gesamt	40.939	40.801	29.929	24.084	16.298	7.967	3.408	163.426

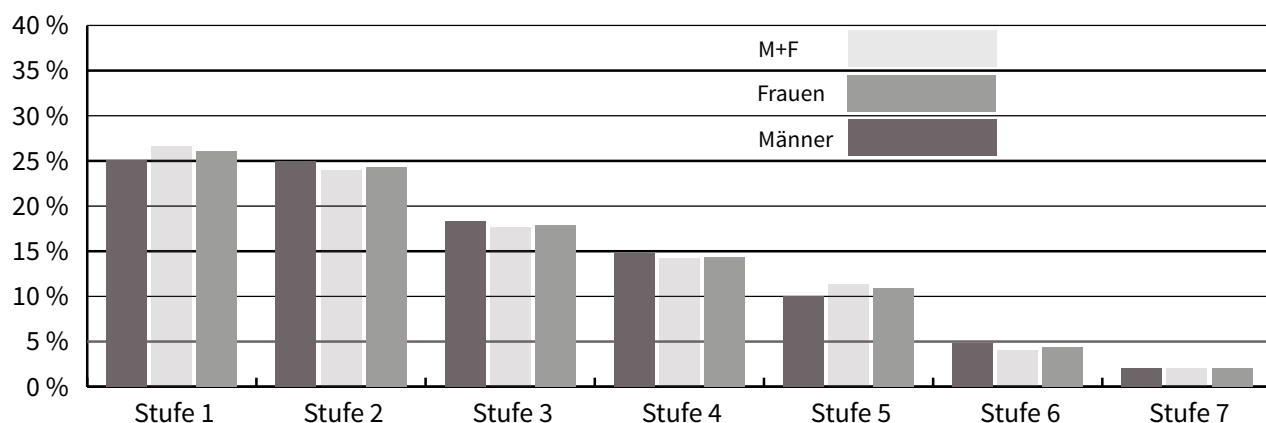
Tabelle 56: Frauen

Alter	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
0 – 20	1.249	1.171	1.076	650	411	494	436	5.487
21 – 40	2.086	2.084	1.465	937	669	766	508	8.515
41 – 60	8.472	6.277	3.536	2.475	1.612	891	599	23.862
61 – 80	31.846	22.318	13.551	9.329	6.544	2.510	1.311	87.409
81 +	34.070	38.208	32.034	28.020	23.962	7.266	3.095	166.655
Gesamt	77.723	70.058	51.662	41.411	33.198	11.927	5.949	291.928

Tabelle 57: Männer und Frauen

Alter	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
0 – 20	3.188	2.881	2.897	1.673	998	1.374	871	13.882
21 – 40	4.584	4.925	3.371	2.402	1.539	1.906	1.168	19.895
41 – 60	15.991	13.216	7.625	5.766	3.515	2.036	1.292	49.441
61 – 80	49.126	37.936	24.256	17.597	12.084	4.829	2.288	148.116
81 +	45.773	51.901	43.442	38.057	31.360	9.749	3.738	224.020
Gesamt	118.662	110.859	81.591	65.495	49.496	19.894	9.357	455.354

Grafik 7: Verteilung der Anspruchsberechtigten in den 7 Pflegegeldstufen



4.13 Entwicklung der Anspruchsberechtigten nach Stufen - Bund

Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Jahres

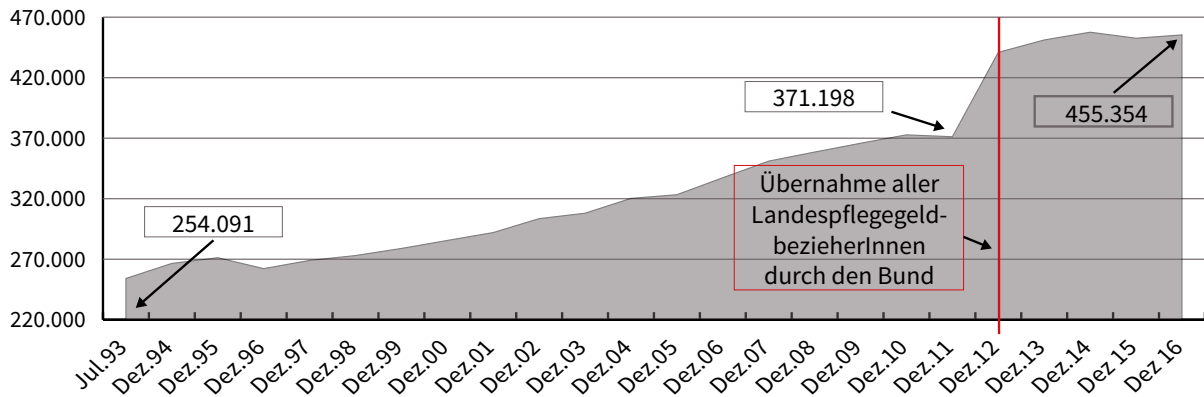
Tabelle 58: Entwicklung der Anspruchsberechtigten nach Stufen

Jahr	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
1993	2.506	198.597	25.724	14.576	12.969	2.882	1.634	258.888
1994	13.123	161.674	44.919	21.198	19.041	4.103	2.440	266.498
1995	22.631	146.441	51.801	23.591	19.690	4.364	2.735	271.253
1996	27.634	133.180	52.983	23.478	18.336	4.093	2.516	262.220
1997	34.449	125.380	56.837	25.388	19.777	4.265	2.899	268.995
1998	40.275	118.586	59.422	26.220	20.743	4.630	3.144	273.020
1999	45.571	112.964	48.701	40.581	21.889	5.630	3.551	278.887
2000	50.379	110.605	49.644	42.156	22.743	6.058	3.915	285.500
2001	54.485	109.551	50.304	43.594	23.460	6.410	4.215	292.019
2002	58.830	109.891	52.285	45.720	24.960	7.092	4.750	303.528
2003	62.172	109.944	52.507	46.365	25.085	7.090	4.836	307.999
2004	67.039	111.971	53.348	48.830	26.069	7.758	5.243	320.258
2005	70.437	112.150	52.865	49.215	25.409	8.052	5.160	323.288
2006	74.294	115.455	54.986	51.458	26.578	8.848	5.703	337.322
2007	76.444	119.086	57.372	53.942	28.397	9.732	6.084	351.057
2008	78.004	121.587	59.091	54.881	28.542	10.210	6.230	358.545
2009	76.522	121.253	60.775	54.249	33.389	12.644	6.978	365.810
2010	78.901	124.522	62.118	53.750	34.092	12.820	6.560	372.763
2011	81.082	117.803	62.765	53.533	35.794	13.510	6.711	371.198
2012	98.989	131.843	76.410	62.534	43.751	18.183	9.186	440.896
2013	104.393	130.803	78.170	63.463	46.089	18.806	9.435	451.159
2014	106.980	130.021	79.544	64.518	47.657	19.300	9.556	457.576
2015	112.788	118.882	79.919	64.479	48.121	19.212	9.200	452.601
2016	118.662	110.859	81.591	65.495	49.496	19.894	9.357	455.354

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

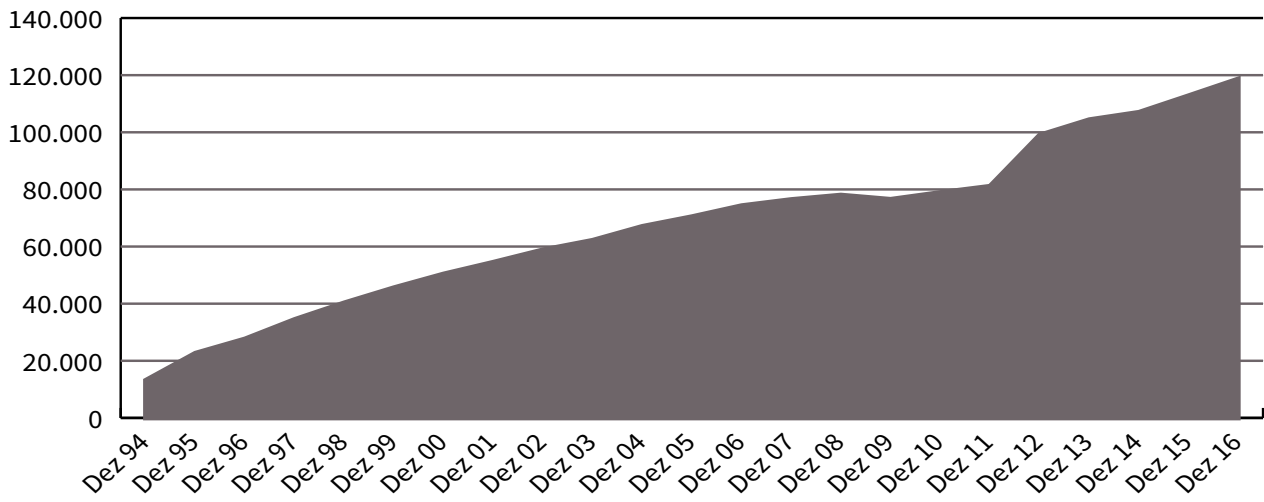
Die große Steigerung der Anspruchsberechtigten im Jahr 2012 ist auf die Übernahme der Länderfälle in die Bundeskompetenz zurückzuführen.

Grafik 8: Entwicklung der Anspruchsberechtigten seit 1993

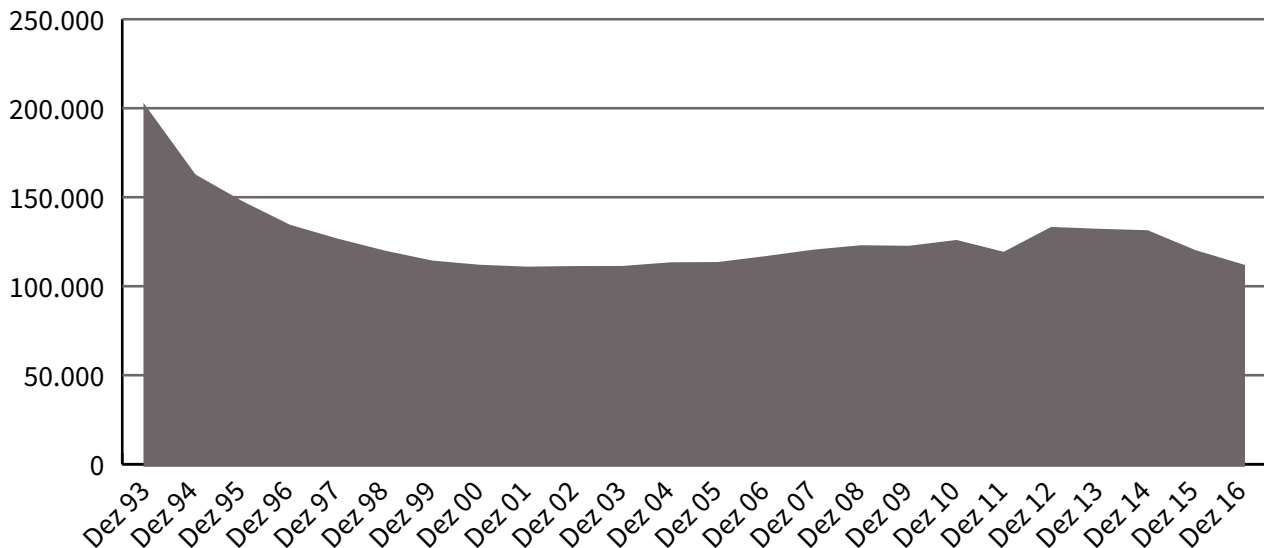


4.14 Entwicklung der Anspruchsberechtigten in den einzelnen Stufen

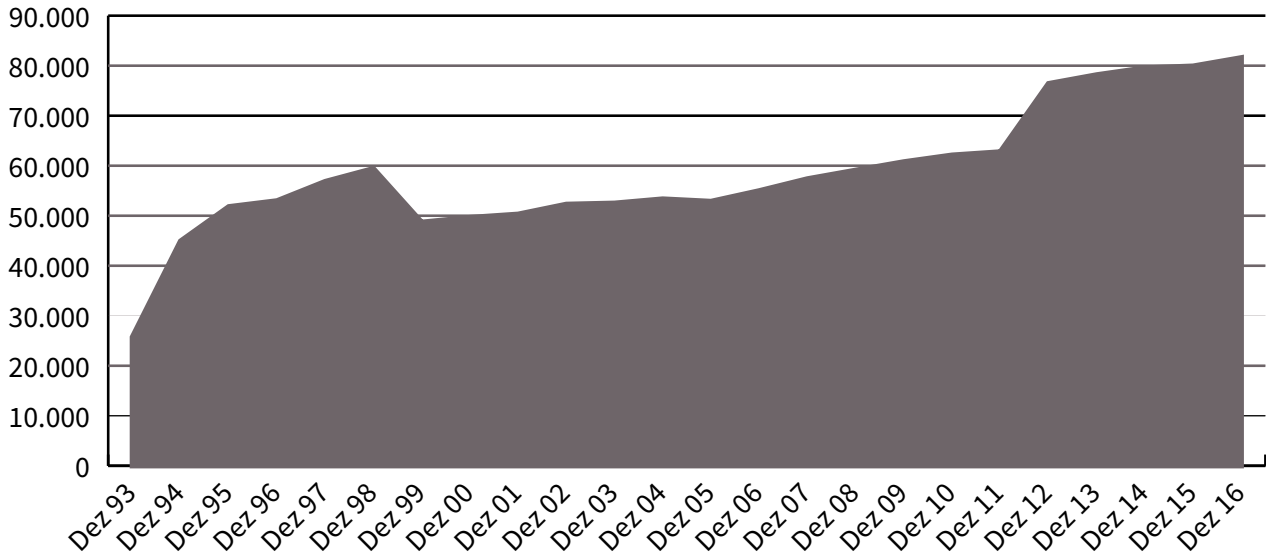
Grafik 9: Entwicklung in der Stufe 1



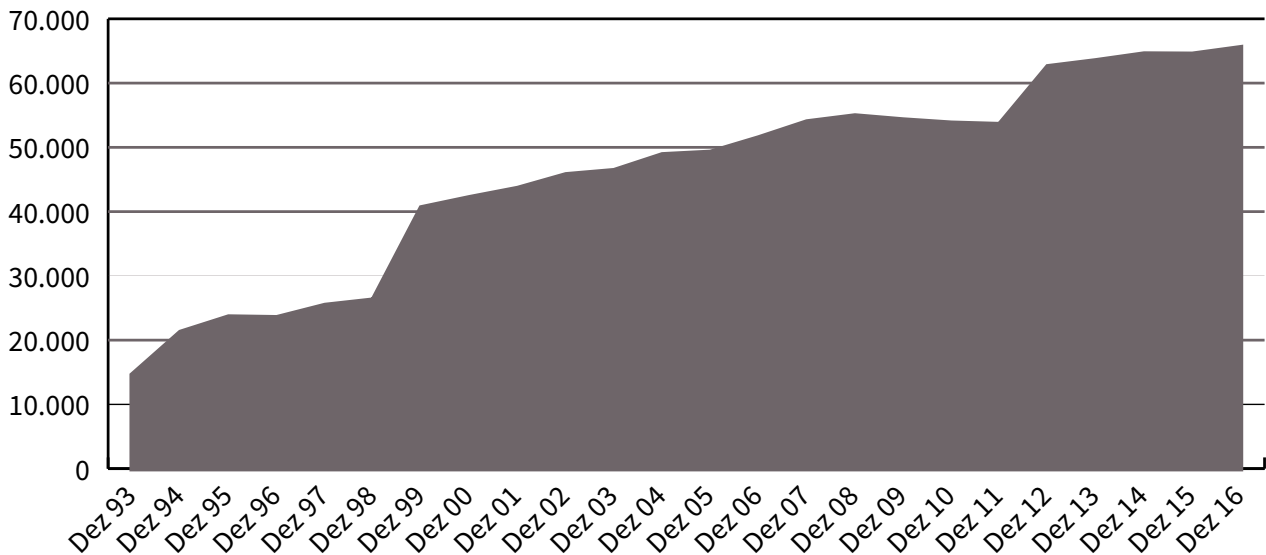
Grafik 10: Entwicklung in der Stufe 2



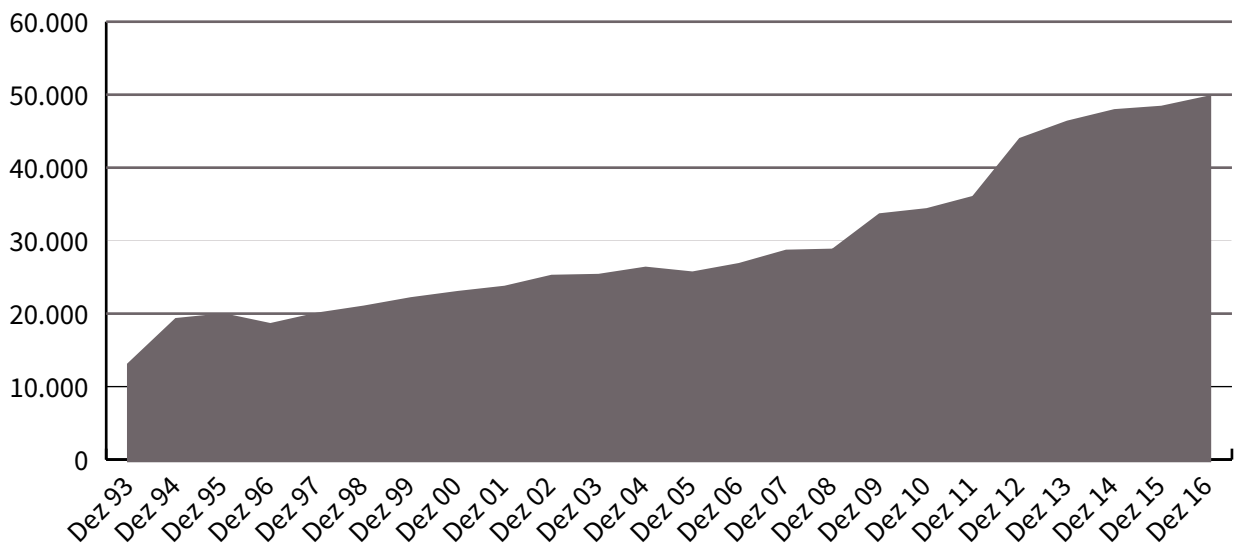
Grafik 11: Entwicklung in der Stufe 3



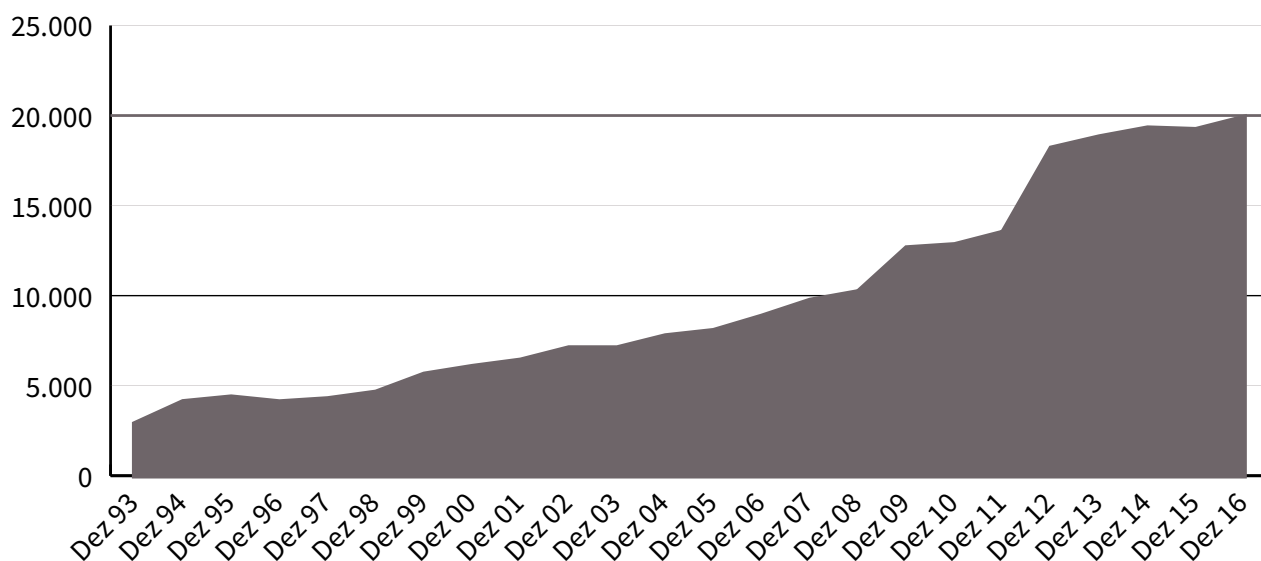
Grafik 12: Entwicklung in der Stufe 4



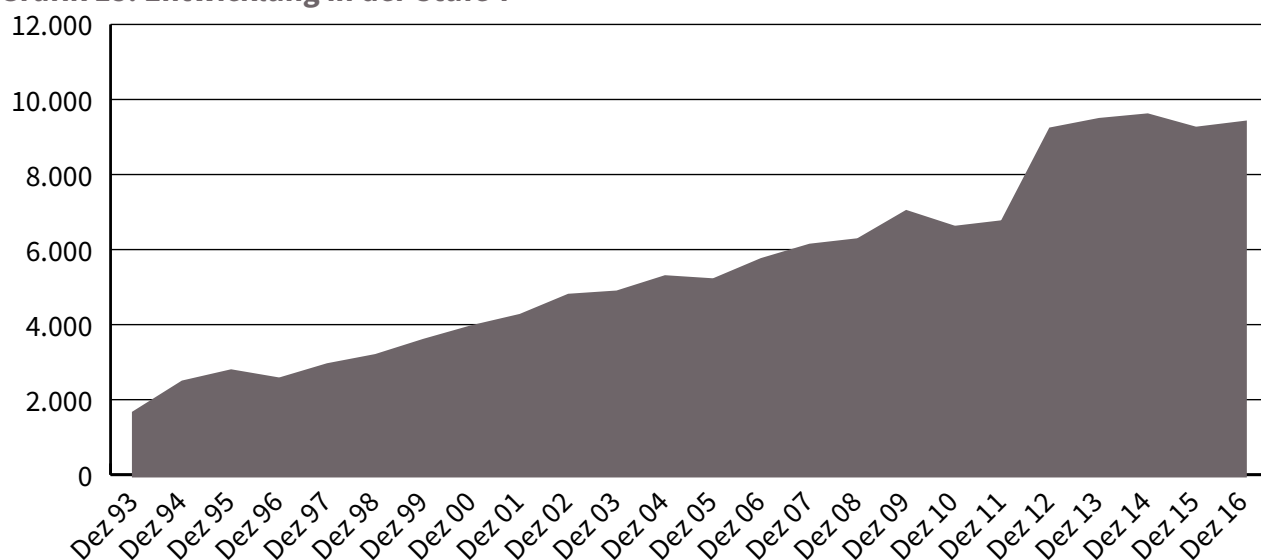
Grafik 13: Entwicklung in der Stufe 5



Grafik 14: Entwicklung in der Stufe 6



Grafik 15: Entwicklung in der Stufe 7



4.15 Entwicklung der Anspruchsberechtigten der Länder

Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Jahres

Bis einschließlich 2011 wurden die Daten über die Anspruchsberechtigten auf Landespflegegeld bei den einzelnen Ländern erhoben. Mit dem Pflegegeldreformgesetz 2012 wurde die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz für das Pflegegeld mit Wirkung vom 1.1.2012 von den Ländern auf den Bund übertragen. Im Zuge dessen erfolgte auch eine Bereinigung der Daten der ehemaligen LandespflegegeldbezieherInnen durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Mögliche Gründe für die geringere Anzahl der BezieherInnen im Jahr 2012 könnten sein, dass die Länder auch PflegegeldbezieherInnen, deren Pflegegeldanspruch aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes ruhte, bekanntgaben oder die Abfrage zu einem anderen Stichtag vorgenommen wurde.

Tabelle 59: Entwicklung der Anspruchsberechtigten der Länder

Jahr	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
1993	7.281	15.670	8.565	4.876	2.117	1.383	549	40.441
1994	7.866	13.398	9.107	4.416	4.007	2.674	1.081	42.549
1995	8.359	14.017	10.248	4.212	4.526	2.877	1.192	45.431
1996	7.537	15.517	11.233	4.449	4.741	2.994	1.218	47.689
1997	7.696	14.784	11.118	4.435	4.542	2.685	1.229	46.489
1998	7.856	14.702	10.978	4.425	4.507	2.664	1.233	46.365
1999	8.987	15.272	10.697	6.150	4.641	2.861	1.390	49.998
2000	9.608	15.602	10.601	6.516	4.579	2.866	1.440	51.212
2001	9.913	15.814	10.409	6.674	4.471	2.966	1.516	51.763
2002	10.306	16.558	10.349	6.864	4.550	3.001	1.641	53.269
2003	10.709	16.968	10.517	6.918	4.476	2.981	1.684	54.253
2004	11.339	17.930	10.742	7.271	4.556	3.072	1.799	56.709
2005	11.710	18.124	11.042	7.299	4.619	3.158	1.796	57.748
2006	12.155	18.649	11.283	7.679	4.694	3.172	1.863	59.495
2007	12.565	19.426	11.263	7.730	4.668	3.295	1.972	60.919
2008	13.495	20.331	11.657	7.939	4.701	3.483	2.073	63.679
2009	14.367	20.999	12.201	8.032	5.235	3.841	2.263	66.938
2010	15.151	21.643	12.611	8.273	5.586	4.026	2.325	69.615
2011	15.538	21.053	12.752	8.450	5.861	4.115	2.366	70.135
2012	15.402	19.678	12.641	8.426	5.758	4.164	2.340	68.409
2013	16.074	19.367	12.791	8.712	5.998	4.392	2.484	69.818
2014	16.345	19.248	12.822	8.833	6.224	4.477	2.509	70.458
2015	17.189	17.804	12.878	8.954	6.333	4.550	2.511	70.219
2016	18.264	16.785	13.113	9.159	6.325	4.666	2.564	70.876

4.16 Bevölkerung (Jahresdurchschnitt 2016)

Tabelle 60: Männer

Alter	Bgld	Ktn	NOe	OOe	Sbg	Stmk	Tirol	Vbg	Wien	Österr.
0 –20	28.833	56.959	180.630	163.949	60.752	125.095	80.971	46.275	195.317	938.781
21 –40	33.441	66.987	199.194	193.951	73.187	165.268	103.579	51.876	291.797	1.179.280
41 –60	46.450	86.006	257.716	220.204	79.540	187.136	109.460	57.170	253.763	1.297.445
61 –80	29.446	53.771	153.256	123.078	46.520	110.854	60.723	31.102	138.277	747.027
81+	5.207	10.025	27.475	22.585	8.088	21.144	11.202	5.324	21.581	132.631
Gesamt	143.377	273.748	818.271	723.767	268.087	609.497	365.935	191.747	900.735	4.295.164

Tabelle 61: Frauen

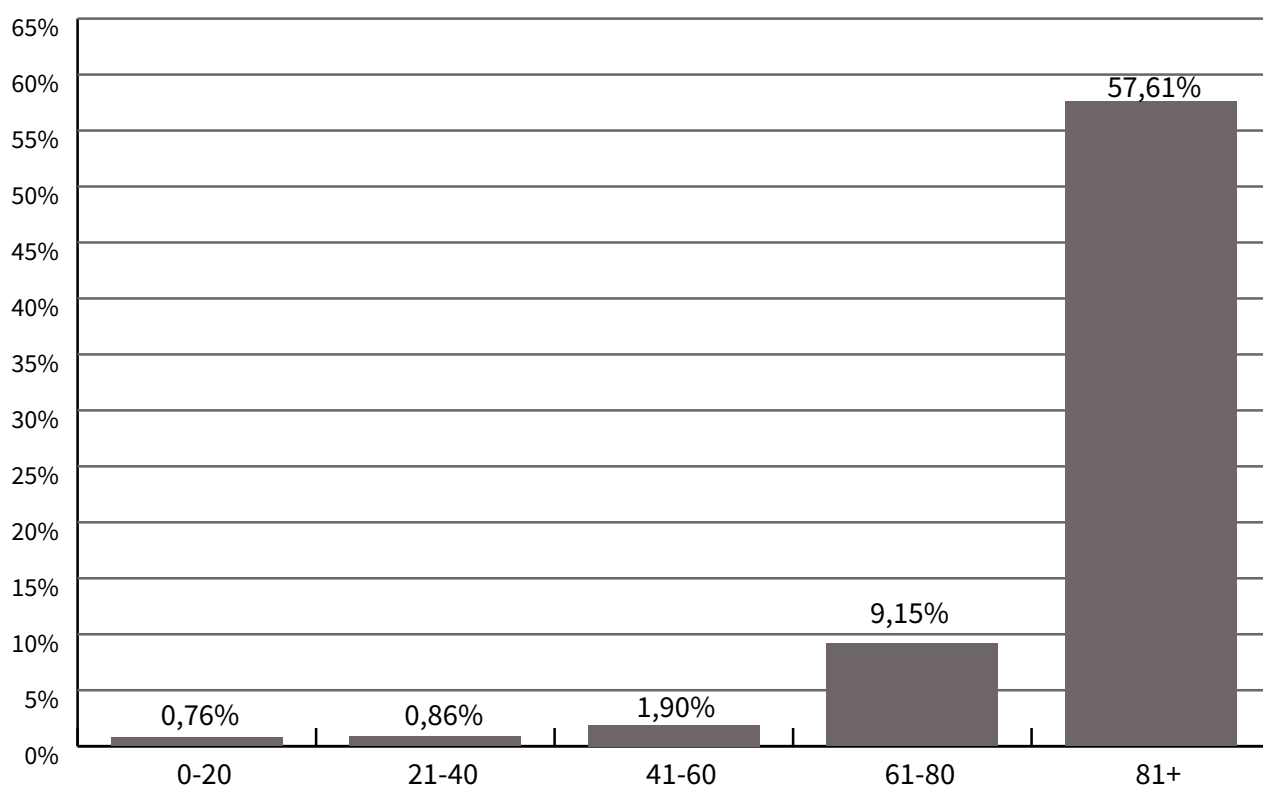
Alter	Bgld	Ktn	NOe	OOe	Sbg	Stmk	Tirol	Vbg	Wien	Österr.
0 – 20	26.934	53.275	168.003	153.898	56.387	116.651	76.564	43.350	184.265	879.327
21 – 40	32.973	64.448	194.113	182.379	71.021	155.095	100.581	50.123	288.800	1.139.533
41 – 60	45.989	87.792	257.818	217.488	82.860	184.564	110.470	56.509	260.038	1.303.528
61 – 80	32.136	62.398	172.185	140.514	54.812	128.868	69.859	35.181	172.919	868.872
81+	10.254	19.438	50.719	42.230	14.472	40.907	19.181	9.798	46.383	253.382
Gesamt	148.286	287.351	842.838	736.509	279.552	626.085	376.655	194.961	952.405	4.444.642

Tabelle 62: Männer + Frauen

Alter	Bgld	Ktn	NOe	OOe	Sbg	Stmk	Tirol	Vbg	Wien	Österr.
0 – 20	55.767	110.234	348.633	317.847	117.139	241.746	157.535	89.625	379.582	1.818.108
21 – 40	66.414	131.435	393.307	376.330	144.208	320.363	204.160	101.999	580.597	2.318.813
41 – 60	92.439	173.798	515.534	437.692	162.400	371.700	219.930	113.679	513.801	2.600.973
61 – 80	61.582	116.169	325.441	263.592	101.332	239.722	130.582	66.283	311.196	1.615.899
81+	15.461	29.463	78.194	64.815	22.560	62.051	30.383	15.122	67.964	386.013
Gesamt	291.663	561.099	1.661.109	1.460.276	547.639	1.235.582	742.590	386.708	1.853.140	8.739.806

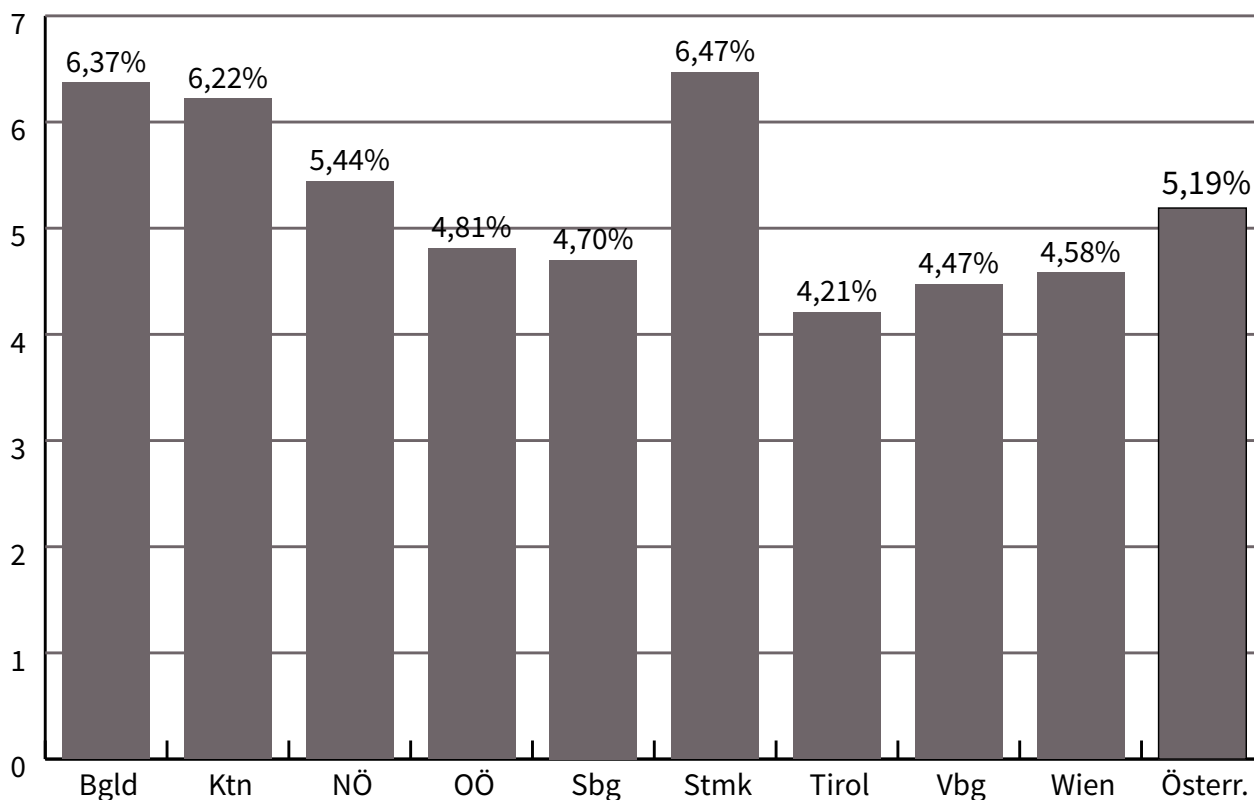
4.17 Anteil der Anspruchsberechtigten an der Gesamtbevölkerung in Altersklassen

Grafik 16: Anteil der Anspruchsberechtigten an der Gesamtbevölkerung nach Altersklassen



4.18 Anteil der Anspruchsberechtigten an der Wohnbevölkerung

Grafik 17: Anteil der Anspruchsberechtigten an der Wohnbevölkerung nach Bundesländern



4.19 AntragstellerInnen auf Pflegekarenzgeld

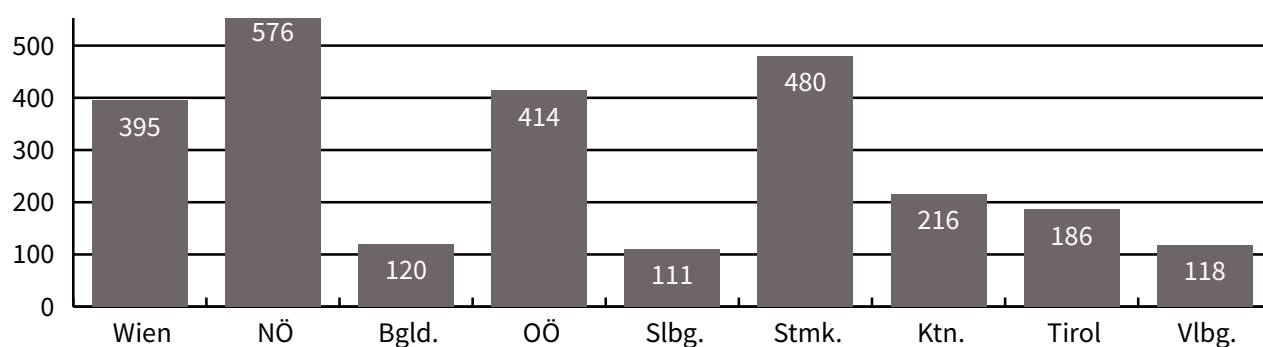
Im Jahr 2016 wurde 52,9% der AntragstellerInnen ein Pflegekarenzgeld aufgrund der Vereinbarung einer Pflegekarenz gewährt. In 44% der Fälle liegt der Gewährung des Pflegekarenzgeldes die Vereinbarung einer Familienhospizkarenz zur Sterbebegleitung naher Angehöriger bzw. der Begleitung schwerst erkrankter Kinder zugrunde. Lediglich in 3,1% wurde eine Pflegezeit vereinbart.

Tabelle 63: Anzahl der positiven Anträge

Bundesland	Pflegekarenz	Pflegezeit	Sterbebegleitung	Begleitung Kinder	Gesamt	Prozent
Wien	191	5	89	110	395	15,10%
Niederösterreich	315	12	138	111	576	22,02%
Burgenland	70	2	20	28	120	4,59%
Oberösterreich	205	29	101	79	414	15,83%
Salzburg	56	2	24	29	111	4,24%
Steiermark	254	19	108	99	480	18,35%
Kärnten	132	3	34	47	216	8,26%

Bundesland	Pflege- karenz	Pflege- teilzeit	Sterbe- begleitung	Begleitung Kinder	Gesamt	Prozent
Tirol	80	3	54	49	186	7,11 %
Vorarlberg	81	5	17	15	118	4,51 %
Gesamt	1.384	80	585	567	2.616	
In Prozent	52,9%	3,1%	22,3%	21,7%	100,00%	

Grafik 18: Diagramm 1: Anzahl der positiven Anträge nach Bundesland
Anträge/Jahr (absolute Zahlen)



Im Jahr 2016 wurde vom Sozialministeriumservice, Landesstelle Steiermark, über 2.713 Anträge auf Pflegekarenzgeld abgesprochen. Bei einer durchschnittlichen Verfahrensdauer von rund 9 Tagen wurde in 97 Fällen (3,6%) negativ sowie in 2.616 Fällen (96,4%) positiv entschieden.

Tabelle 64: Antragsbewegung 2016 und Verfahrensdauer

Monat	Antragsbewegung 2016		Verfahrensdauer
	Positiv	Abgewiesen	
Jänner	160	5	10 Tage
Feber	222	12	8 Tage
März	227	6	6 Tage
April	224	7	8 Tage
Mai	191	18	14 Tage
Juni	234	8	8 Tage
Juli	224	5	8 Tage
August	186	5	10 Tage
September	243	7	7 Tage
Oktober	239	5	9 Tage
November	237	10	9 Tage
Dezember	229	9	10 Tage
Gesamt	2.616	97	Ø 9 Tage

4.20 Laufende BezieherInnen eines Pflegekarenzgeldes

Im Jahresdurchschnitt 2016 bezogen monatlich 769 Personen ein Pflegekarenzgeld nach dem Bundespflegegeldgesetz. Die BezieherInnen waren zu 72,6% weiblich und zu 27,4% männlich wobei in rund 48% der Fälle Pflegekarenzgeld aufgrund Pflegekarenz oder Pfl egeteilzeit sowie in rund 52% der Fälle Pflegekarenzgeld aufgrund einer Familienhospizkarenz zur Sterbebegleitung oder zur Begleitung schwersterkrankter Kinder bezogen wurde.

Tabelle 65: Anzahl der laufenden BezieherInnen nach Monat und Maßnahme

Monat	Anzahl der BezieherInnen	Frauen	Anteil in %	Männer	Anteil in %	Pflegekarenz	Pfl egeteilzeit	Sterbebegleitung	Begleitung Kinder
Jänner	696	511	73,42	185	26,58	293	22	151	230
Feber	726	535	73,69	191	26,31	297	28	155	246
März	746	547	73,32	199	26,68	310	26	165	245
April	789	572	72,50	217	27,50	344	29	159	257
Mai	783	566	72,29	217	27,71	359	21	157	246
Juni	781	562	71,96	219	28,04	366	21	153	241
Juli	823	586	71,20	237	28,80	395	17	154	257
August	763	566	74,18	197	25,82	369	8	142	244
September	785	572	72,87	213	27,13	375	11	154	245
Oktober	774	557	71,96	217	28,04	356	15	148	255
November	765	546	71,37	219	28,63	359	17	140	249
Dezember	792	570	71,97	222	28,03	380	16	154	242

Tabelle 66: Laufende BezieherInnen nach Monat und Bundesland

Monat	Jänner	Feber	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
Wien	113	119	119	122	102	102	134	113	124	118	113	129
Niederösterreich	143	155	169	167	194	182	182	191	183	182	173	168
Burgenland	39	37	33	40	34	32	31	32	36	34	32	36
Oberösterreich	109	113	106	113	111	118	126	112	114	123	124	126
Salzburg	38	33	39	38	30	34	36	30	39	35	32	30
Steiermark	134	140	139	157	167	161	154	146	133	136	135	148
Kärnten	55	60	65	64	62	59	65	54	62	61	68	68
Tirol	37	37	46	55	50	57	60	56	59	54	54	55
Vorarlberg	28	32	30	33	33	36	35	29	35	31	34	32
Gesamt	696	726	746	789	783	781	823	763	785	774	765	792
Frauen	511	535	547	572	540	562	586	566	572	557	549	570
Anteil in %	73,4%	73,7%	73,3%	72,5%	72,3%	72,0%	71,2%	74,2%	72,9%	72,0%	71,4%	72,0%

Monat	Jänner	Feber	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
Männer	185	191	199	217	181	219	237	197	213	217	219	222
Anteil in %	26,6%	26,3%	26,7%	27,5%	27,7%	28,0%	28,8%	25,8%	27,1%	28,0%	28,6%	28,0%

4.21 Aufwand für das Pflegekarenzgeld

Im Jahr 2016 wurden rund €7,3 Mio. an Pflegekarenzgeld ausbezahlt. Rund 44,8% des Aufwandes entfiel dabei auf Personen in Pflegekarenz und 53,5% auf Personen in Familienhospizkarenz. Lediglich 1,7% des Pflegekarenzgeldes wurde für Personen aufgewendet, die eine Pflegezeit vereinbart haben.

Tabelle 67: Jahresaufwand nach Monat und Maßnahme

Monat	Aufwand Gesamt	Pflegekarenz	Pflegezeit	Sterbebegleitung	Begleitung Kinder
Jänner	€ 548.191,00	€ 225.785,00	€ 12.320,00	€ 116.990,00	€ 193.080,00
Februar	€ 554.246,00	€ 230.673,00	€ 13.947,00	€ 116.775,00	€ 192.848,00
März	€ 608.270,00	€ 250.058,00	€ 12.835,00	€ 129.634,00	€ 215.746,00
April	€ 623.096,15	€ 264.931,68	€ 14.242,56	€ 126.281,73	€ 217.640,18
Mai	€ 631.720,11	€ 279.374,13	€ 12.088,04	€ 128.667,22	€ 211.590,72
Juni	€ 614.948,13	€ 273.789,40	€ 11.309,24	€ 120.948,15	€ 208.901,34
Juli	€ 651.311,17	€ 300.725,73	€ 9.559,66	€ 122.886,86	€ 218.138,92
August	€ 606.484,24	€ 287.448,05	€ 4.254,59	€ 114.301,60	€ 200.480,00
September	€ 602.312,74	€ 282.549,33	€ 5.795,36	€ 116.765,00	€ 198.261,62
Oktober	€ 619.032,20	€ 280.307,91	€ 8.123,41	€ 111.733,13	€ 218.867,75
November	€ 600.482,06	€ 284.003,56	€ 9.631,38	€ 102.100,60	€ 204.746,52
Dezember	€ 665.120,07	€ 319.372,95	€ 9.082,55	€ 118.624,56	€ 216.996,15
GESAMT	€ 7.325.213,87	€ 3.279.018,74	€ 123.188,79	€ 1.425.707,85	€ 2.497.298,49

4.22 Durchschnittliche Höhe des Pflegekarenzgeldes

In der nachstehenden Tabelle ist die durchschnittliche tägliche Höhe des Pflegekarenzgeldes, aufgeschlüsselt nach Geschlecht dargestellt.

Tabelle 68: Durchschnittliche tägliche Höhe des Pflegekarenzgeldes

Durchschnittliche Höhe 2016			
Monat	Gesamt	Männer	Frauen
Jänner	€ 31,02	€ 34,16	€ 27,88
Feber	€ 31,53	€ 34,79	€ 28,26
März	€ 31,51	€ 34,83	€ 28,19
April	€ 31,54	€ 35,08	€ 28,01

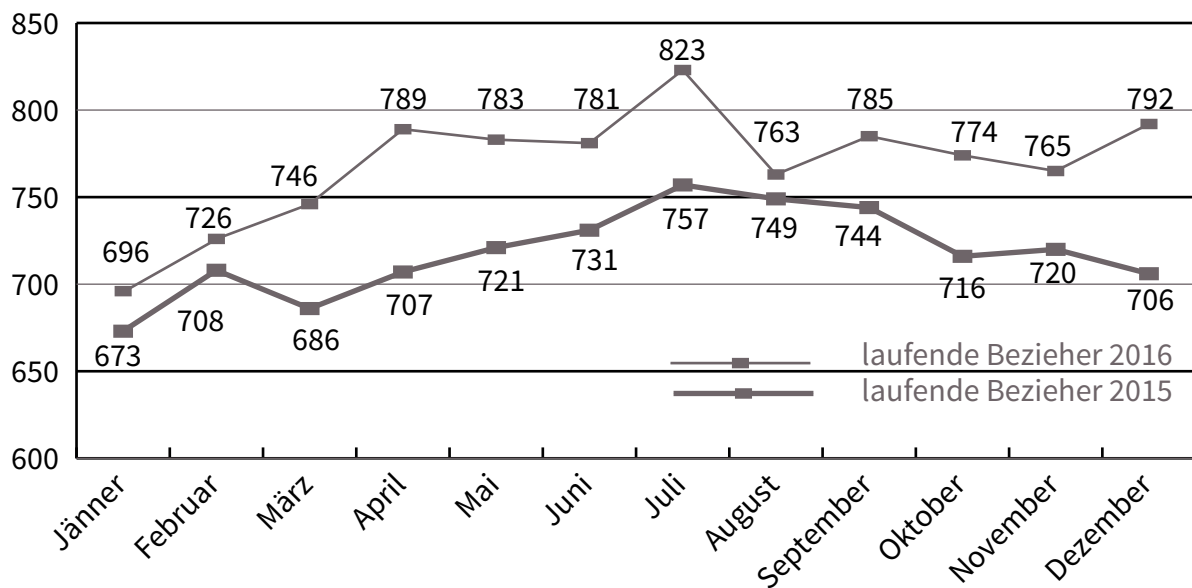
4. GELDLEISTUNGSTEIL

Durchschnittliche Höhe 2016			
Monat	Gesamt	Männer	Frauen
Mai	€31,04	€34,22	€27,85
Juni	€31,10	€34,52	€27,68
Juli	€31,35	€34,84	€27,86
August	€30,95	€34,77	€27,14
September	€31,31	€34,98	€27,65
Oktober	€31,34	€35,51	€27,37
November	€31,76	€35,92	€27,59
Dezember	€31,75	€35,87	€27,64
Gesamt	€31,35	€34,96	€27,76

4.23 Entwicklung der Anzahl der laufenden BezieherInnen eines Pflegekarengeldes

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der Anzahl der laufenden BezieherInnen eines Pflegekarengeldes in den Jahren 2015 und 2016.

Grafik 19: Diagramm 2: Entwicklung der Anzahl der laufenden BezieherInnen eines Pflegekarengeldes



4.24 Entwicklung der Anzahl Anträge auf Pflegekarenzgeld

Im ersten Jahr der Einführung des Pflegekarenzgeldes wurden insgesamt 2.321 Anträge positiv erledigt. Im Jahr 2016 wurden 2.616 Anträge positiv erledigt, was einer Steigerung von rund 12,7 % entspricht.

Tabelle 69: Entwicklung der Anzahl der Anträge auf Pflegekarenzgeld

Anträge	Antragsentwicklung 2015/2016												Gesamt
	Jänner	Feber	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez	
positive Anträge 2016	160	222	227	224	191	234	224	186	243	239	237	229	2.616
positive Anträge 2015	228	187	254	224	205	243	242	190	180	214	221	189	2.577
Veränderung zum Vormonat in %	-15,3%	38,8%	2,3%	-1,3%	-14,7%	22,5%	-4,3%	-17,0%	30,6%	-1,6%	-0,8%	-3,4%	
Veränderung zum selben Monat im Vorjahr in %	-29,8%	18,7%	-10,6%	0,0%	-6,8%	-3,7%	-7,4%	-2,1%	35,0%	11,7%	7,2%	21,2%	

5. SOZIALE DIENSTLEISTUNGEN

5.1 Betreuungs- und Pflegedienste

Die Pflegedienstleistungsstatistik basiert auf den Bestimmungen des Pflegefondsgesetzes (PFG) und der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung 2012 (PDStV 2012). Im Rahmen dieser Statistik werden die in den folgenden Tabellen präsentierten sechs Dienstleistungsbereiche der Länder und Gemeinden in der Langzeitpflege (mobile, teilstationäre und stationäre Dienste, Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, alternative Wohnformen, Case- und Caremanagement) erfasst, soweit ihre (Mit-)Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln erfolgt. Die Erläuterungen geben nähere Auskunft zu den erfassten Dienstleistungen und den sonstigen Erhebungsmerkmalen.

Die Pflegedienstleistungsstatistik wird von Statistik Austria auf Basis der Angaben der Bundesländer erstellt. Bei der Verwendung der Daten sind auch die in den Fußnoten angeführten Anmerkungen zu berücksichtigen, die insbesondere auf Abweichungen zu den Vorgaben in den Erläuterungen hinweisen. In den Bereichen „Betreute Personen“ und „Betreuungs-/Pflegepersonen“ ist die Bildung von Summen über mehrere soziale Dienste (z.B. mobile und stationäre Dienste) nicht zulässig, weil die Daten nicht entsprechend bereinigt sind.

5.2 Burgenland

Tabelle 1: Kernprodukte der Länder und Gemeinden für die Betreuung und Pflege¹⁾

Produkt	Messeinheit	Wert (Jahressumme; Plätze: 31.12.)	Betreute Personen (Jahressumme)	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) Köpfe	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) VZÄ	Bruttoausgaben (Jahressumme) ⁴⁾	Beiträge und Ersätze (Jahressumme)	Sonstige Einnahmen (Jahressumme)	Nettoausgaben ²⁾ (Jahressumme)
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	306.728	5.210	468	289,9	€ 10.829.277	€ 134.528	€ 1.301.600	€ 9.393.149
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	589.374	2.210	1.149	952,2	€ 73.671.667	€ 36.078.469	€ 5.715.529	€ 31.877.669
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	13.311	216	57	36,9	€ 586.018	€ 0	€ 0	€ 586.018
Kurzzeitpflege ⁶⁾	Verrechnungstage	15.393	270	n.v.	n.v.	€ 574.979	€ 0	€ 0	€ 574.979
Alternative Wohnformen	Plätze	170	201	19	7,6	€ 227.879	€ 0	€ 0	€ 227.879
Case- und Caremanagement ⁷⁾	Leistungsstunden	-	-	-	-	-	-	-	-

Quelle: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

Anmerkungen:

- ¹⁾ Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln (mit-)finanziert werden; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- ²⁾ Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).
- ³⁾ Beiträge/Ersätze: werden hauptsächlich von den Leistungserbringern direkt vereinnahmt (2016: 5,5 Mio. EUR) und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst.
- ⁴⁾ Betreuungs- und Pflegepersonen: einschließlich Kurzzeitpflege.
- ⁵⁾ Beiträge/Ersätze: werden direkt von den Leistungserbringern vereinnahmt und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst.
- ⁶⁾ Verrechnungstage: einschließlich Selbstzahler/-innen. Betreuungs- und Pflegepersonen: bei den stationären Diensten enthalten; nicht getrennt verfügbar (n.v.).
- ⁷⁾ Kein öffentlich finanziertes Angebot im Berichtsjahr.

Betreute Personen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 2: Betreute Personen in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	4.611	4.455	4.567	4.852	5.007	5.210
Stationäre Dienste	2.018	2.025	2.065	2.183	2.212	2.210
Teilstationäre Dienste	149	130	148	209	221	216
Kurzzeitpflege	-	-	26	128	203	270
Alternative Wohnformen	-	-	-	115	163	201
Case- und Caremanagement	-	-	-	-	-	-

Tabelle 3: Veränderung der betreuten Personen 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	-3,4%	+2,5%	+6,2%	+3,2%	+4,1%	+13,0%
Stationäre Dienste	+0,3%	+2,0%	+5,7%	+1,3%	-0,1%	+9,5%
Teilstationäre Dienste	-12,8%	+13,8%	+41,2%	+5,7%	-2,3%	+45,0%
Kurzzeitpflege	-	-	+392,3%	+58,6%	+33,0%	+100,0%
Alternative Wohnformen	-	-	-	+41,7%	+23,3%	+100,0%
Case- und Caremanagement	-	-	-	-	-	-

Quelle zu betreute Personen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Betreute Personen nach Geschlecht

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Geschlecht und Bereichen für den Zeitraum 2013 und 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 4: Betreute Personen in den Jahren 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	1.294	731	1.366	738	1.384	720	1.440	797
Stationäre Dienste	1.156	410	1.141	424	1.164	408	1.202	428
Teilstationäre Dienste	81	25	84	40	88	40	97	31
Kurzzeitpflege	2	0	6	0	13	4	27	8

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Alternative Wohnformen	-	-	75	37	97	57	111	59
Case- und Caremanagement	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle 5: Veränderung der betreuten Personen 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung 2013/2014		Veränderung 2014/2015		Veränderung 2015/2016		Veränderung 2013/2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	+5,6%	+1,0%	+1,3%	-2,4%	+4,0%	+10,7%	+11,3%	+9,0%
Stationäre Dienste	-1,3%	+3,4%	+2,0%	-3,8%	+3,3%	+4,9%	+4,0%	+4,4%
Teilstationäre Dienste	+3,7%	+60,0%	+4,8%	0,0%	+10,2%	-22,5%	+19,8%	+24,0%
Kurzzeitpflege	+200,0%	-	+116,7%	+100,0%	+107,7%	+100,0%	+1250,0%	+100,0%
Alternative Wohnformen	-	-	+29,3%	+54,1%	+14,4%	+3,5%	-	+100,0%
Case- und Caremanagement	-	-	-	-	-	-	-	-

Quelle zu betreute Personen nach Geschlecht: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Geschlecht erst ab 2013 verfügbar

Betreute Personen nach Altersgruppen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Altersgruppen für den Zeitraum 2013 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 6: Betreute Personen im Jahr 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	unter 60	60 bis < 75	75 bis < 85	85 od. älter
Mobile Dienste	153	378	846	860
Stationäre Dienste	61	231	523	815
Teilstationäre Dienste	6	22	52	48
Kurzzeitpflege	1	6	9	19
Alternative Wohnformen	16	56	62	36
Case- und Caremanagement	-	-	-	-

Tabelle 7: Veränderung der betreuten Personen 2013 zu 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung unter 60	Veränderung unter 60 bis < 75	Veränderung unter 75 bis < 85	Veränderung unter 85 od. älter
Mobile Dienste	+9,3%	-2,8%	+17,5%	+10,8%
Stationäre Dienste	-28,2%	+5,0%	-0,4%	+10,7%
Teilstationäre Dienste	0,0%	0,0%	+15,6%	+45,5%
Kurzzeitpflege	-	+100,0%	+100,0%	+850,0%
Alternative Wohnformen	+100,0%	+100,0%	+100,0%	+100,0%
Case- und Caremanagement	-	-	-	-

Quelle zu betreute Personen nach Altersgruppen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Altersgruppen erst ab 2013 verfügbar

Nettoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Nettoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 8: Nettoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	5.308.522	5.230.864	6.248.844	7.316.599	8.665.898	9.393.149
Stationäre Dienste	20.804.218	24.453.210	27.643.196	29.650.215	32.507.523	31.877.669
Teilstationäre Dienste	361.035	293.775	379.092	498.442	556.149	586.018
Kurzzeitpflege	-	-	49.650	200.149	387.279	574.979
Alternative Wohnformen	-	-	-	116.312	167.552	227.879
Case- und Caremanagement	-	-	-	-	-	-

Tabelle 9: Veränderung der Nettoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	-1,5%	+19,5%	+17,1%	+18,4%	+8,4%	+76,9%
Stationäre Dienste	+17,5%	+13,0%	+7,3%	+9,6%	-1,9%	+53,2%
Teilstationäre Dienste	-18,6%	+29,0%	+31,5%	+11,6%	+5,4%	+62,3%
Kurzzeitpflege	-	-	+303,1%	+93,5%	+48,5%	-
Alternative Wohnformen	-	-	-	+44,1%	+36,0%	-
Case- und Caremanagement	-	-	-	-	-	-

Quelle zu Nettoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Bruttoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Bruttoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 10: Bruttoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	6.726.803	6.616.492	7.580.242	8.810.349	10.113.745	10.829.277
Stationäre Dienste	50.603.642	55.403.662	63.010.001	65.632.339	70.859.321	73.671.667
Teilstationäre Dienste	361.035	293.775	379.092	498.442	556.149	586.018
Kurzzeitpflege		-	49.650	200.149	387.279	574.979
Alternative Wohnformen		-	-	116.312	167.552	227.879
Case- und Caremanagement		-	-	-	-	-

Tabelle 11: Veränderung der Bruttoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	-1,6%	+14,6%	+16,2%	+14,8%	+7,1%	+61,0%
Stationäre Dienste	+9,5%	+13,7%	+4,2%	+8,0%	+4,0%	+45,6%
Teilstationäre Dienste	-18,6%	+29,0%	+31,5%	+11,6%	+5,4%	+62,3%
Kurzzeitpflege	-	+100,0%	+303,1%	+93,5%	+48,5%	+100,0%
Alternative Wohnformen	-	-	-	+44,1%	+36,0%	+100,0%
Case- und Caremanagement	-	-	-	-	-	-

Quelle zu Bruttoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

5.3 Kärnten

Tabelle 1: Kernprodukte der Länder und Gemeinden für die Betreuung und Pflege¹⁾

Produkt	Messeinheit	Wert (Jahressumme; Plätze: 31.12.)	Betreute Personen (Jahressumme)	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) Köpfe	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) VZÄ	Bruttoausgaben (Jahressumme)	Beiträge und Ersätze (Jahressumme)	Sonstige Einnahmen (Jahressumme)	Nettoausgaben ²⁾ (Jahressumme)
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	999.658	11.156	1.848	807,0	€ 32.486.683	€ 0	€ 3.070.378	€ 29.416.305
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	1.738.570	7.136	2.790	2.284,3	€ 156.766.535	€ 78.059.962	€ 14.043.562	€ 64.663.011
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	11.955	224	28	19,0	€ 438.739	€ 0	€ 23.442	€ 415.298
Kurzzeitpflege ⁶⁾	Verrechnungstage	8.715	537	n.v.	n.v.	€ 770.520	€ 0	€ 55.059	€ 715.460
Alternative Wohnformen	Plätze	105	107	35	11,2	€ 2.164.684	€ 1.028.488	€ 196.055	€ 940.141
Case- und Caremanagement ⁷⁾	Leistungsstunden	n.v.	1.745	16	10,9	€ 479.109	€ 0	€ 0	€ 479.109

Quelle: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

Anmerkungen:

- ¹⁾ Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln (mit-)finanziert werden; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- ²⁾ Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).
- ³⁾ Beiträge/Ersätze: werden von den Leistungserbringern direkt vereinnahmt und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst.
- ⁴⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: einschließlich Kurzzeitpflege.
- ⁵⁾ Beiträge/Ersätze: werden von den Leistungserbringern direkt vereinnahmt und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst.
- ⁶⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: bei den stationären Diensten enthalten; nicht getrennt verfügbar (n.v.).
- ⁷⁾ Leistungsstunden: nicht verfügbar (n.v.).

Betreute Personen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 2: Betreute Personen in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	10.521	11.128	11.173	12.418	10.402	11.156
Stationäre Dienste	5.018	6.033	6.542	6.583	7.066	7.136
Teilstationäre Dienste	64	185	311	245	256	224
Kurzzeitpflege	402	412	293	484	460	537
Alternative Wohnformen	79	99	108	121	111	107
Case- und Caremanagement	1.483	1.794	2.060	1.836	1.918	1.745

Tabelle 3: Veränderung der betreuten Personen 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+5,8%	+0,4%	+11,1%	-16,2%	+7,2%	+6,0%
Stationäre Dienste	+20,2%	+8,4%	+0,6%	+7,3%	+1,0%	+42,2%
Teilstationäre Dienste	+189,1%	+68,1%	-21,2%	+4,5%	-12,5%	+250,0%
Kurzzeitpflege	+2,5%	-28,9%	+65,2%	-5,0%	+16,7%	+33,6%
Alternative Wohnformen	+25,3%	+9,1%	+12,0%	-8,3%	-3,6%	+35,4%
Case- und Caremanagement	+21,0%	+14,8%	-10,9%	+4,5%	-9,0%	+17,7%

Quelle zu betreute Personen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Betreute Personen nach Geschlecht

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Geschlecht und Bereichen für den Zeitraum 2013 und 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 4: Betreute Personen in den Jahren 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	383	120	6.131	3.322	4.238	2.071	4.881	2.624
Stationäre Dienste	3.062	1.171	3.284	1.137	3.431	1.361	3.679	1.283
Teilstationäre Dienste	64	43	75	44	79	48	73	43
Kurzzeitpflege	178	115	285	199	293	168	328	209

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Alternative Wohnformen	47	48	43	50	51	51	52	50
Case- und Caremanagement	1.386	674	1.221	615	1.262	656	1.153	592

Tabelle 5: Veränderung der betreuten Personen 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung 2013/2014		Veränderung 2014/2015		Veränderung 2015/2016		Veränderung 2013/2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	+1500,8%	+2668,3%	-30,9%	-37,7%	+15,2%	+26,7%	+1174,4%	+2086,7%
Stationäre Dienste	+7,3%	-2,9%	+4,5%	+19,7%	+7,2%	-5,7%	+20,2%	+9,6%
Teilstationäre Dienste	+17,2%	+2,3%	+5,3%	+9,1%	-7,6%	-10,4%	+14,1%	0,0%
Kurzzeitpflege	+60,1%	+73,0%	+2,8%	-15,6%	+11,9%	+24,4%	+84,3%	+81,7%
Alternative Wohnformen	-8,5%	+4,2%	+18,6%	+2,0%	+2,0%	-2,0%	+10,6%	+4,2%
Case- und Caremanagement	-11,9%	-8,8%	+3,4%	+6,7%	-8,6%	-9,8%	-16,8%	-12,2%

Quelle zu betreute Personen nach Geschlecht: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Geschlecht erst ab 2013 verfügbar

Betreute Personen nach Altersgruppen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Altersgruppen für den Zeitraum 2013 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 6: Betreute Personen im Jahr 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	unter 60	60 bis < 75	75 bis < 85	85 od. älter
Mobile Dienste	432	1.034	2.045	2.663
Stationäre Dienste	186	761	1.425	2.590
Teilstationäre Dienste	4	23	42	47
Kurzzeitpflege	26	75	176	260
Alternative Wohnformen	15	44	25	18
Case- und Caremanagement	74	282	599	790

Tabelle 7: Veränderung der betreuten Personen 2013 zu 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung unter 60	Veränderung unter 60 bis < 75	Veränderung unter 75 bis < 85	Veränderung unter 85 od. älter
Mobile Dienste	+100,0%	+100,0%	+100,0%	+100,0%
Stationäre Dienste	-2,6%	+14,8%	+13,0%	+22,3%
Teilstationäre Dienste	-42,9%	-14,8%	+35,5%	+11,9%
Kurzzeitpflege	+44,4%	+70,5%	+85,3%	+91,2%
Alternative Wohnformen	-31,8%	+69,2%	-19,4%	+12,5%
Case- und Caremanagement	-26,7%	-23,0%	-18,6%	-7,8%

Quelle zu betreute Personen nach Altersgruppen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Altersgruppen erst ab 2013 verfügbar

Nettoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Nettoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 8: Nettoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	19.392.430	22.261.200	21.514.914	26.016.914	25.911.508	29.416.305
Stationäre Dienste	63.485.204	77.263.014	86.605.128	94.152.996	64.287.248	64.663.011
Teilstationäre Dienste	432.522	462.799	308.661	373.968	379.324	415.298
Kurzzeitpflege	550.000	665.500	795.859	898.539	786.850	715.460
Alternative Wohnformen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	906.119	940.141
Case- und Caremanagement	185.103	196.682	333.555	111.384	444.121	479.109

Tabelle 9: Veränderung der Nettoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+14,8%	-3,4%	+20,9%	-0,4%	+13,5%	+51,7%
Stationäre Dienste	+21,7%	+12,1%	+8,7%	-31,7%	+0,6%	+1,9%
Teilstationäre Dienste	+7,0%	-33,3%	+21,2%	+1,4%	+9,5%	-4,0%
Kurzzeitpflege	+21,0%	+19,6%	+12,9%	-12,4%	-9,1%	+30,1%
Alternative Wohnformen	-	-	-	+100,0%	+3,8%	+100,0%
Case- und Caremanagement	+6,3%	+69,6%	-66,6%	+298,7%	+7,9%	+158,8%

Quelle zu Nettoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Bruttoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Bruttoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 10: Bruttoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	24.222.430	25.580.700	25.714.914	29.316.914	28.982.900	32.486.683
Stationäre Dienste	138.804.449	157.087.350	165.770.146	181.140.130	150.972.153	156.766.535
Teilstationäre Dienste	432.522	462.799	308.661	373.968	401.501	438.739
Kurzzeitpflege	550.000	665.500	795.859	898.539	848.281	770.520
Alternative Wohnformen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2.072.940	2.164.684
Case- und Caremanagement	185.103	196.682	333.555	111.384	444.121	479.109

Tabelle 11: Veränderung der Bruttoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+5,6%	+0,5%	+14,0%	-1,1%	+12,1%	+34,1%
Stationäre Dienste	+13,2%	+5,5%	+9,3%	-16,7%	+3,8%	+12,9%
Teilstationäre Dienste	+7,0%	-33,3%	+21,2%	+7,4%	+9,3%	+1,4%
Kurzzeitpflege	+21,0%	+19,6%	+12,9%	-5,6%	-9,2%	+40,1%
Alternative Wohnformen	-	-	-	+100,0%	+4,4%	+100,0%
Case- und Caremanagement	+6,3%	+69,6%	-66,6%	+298,7%	+7,9%	+158,8%

Quelle zu Bruttoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

5.4 Niederösterreich

Tabelle 1: Kernprodukte der Länder und Gemeinden für die Betreuung und Pflege¹⁾

Produkt	Messeinheit	Wert (Jahressumme; Plätze: 31.12.)	Betreute Personen (Jahressumme)	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) Köpfe	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) VZÄ	Bruttoausgaben (Jahressumme)	Beiträge und Ersätze (Jahressumme)	Sonstige Einnahmen (Jahressumme)	Nettoausgaben ²⁾ (Jahressumme)
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	3.501.684	30.436	4.416	2.847,3	€ 94.500.159	€ 0	€ 31.640.000	€ 62.860.159
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	3.093.138	11.924	5.965	5.037,7	€ 362.008.375	€ 179.352.130	€ 0	€ 182.656.245
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	33.327	601	26	18,7	€ 974.614	€ 0	€ 0	€ 974.614
Kurzzeitpflege ⁶⁾	Verrechnungstage	155.914	4.122	9	8,0	€ 11.789.080	€ 0	€ 3.500.000	€ 8.289.080
Alternative Wohnformen ⁶⁾	Plätze	-	-	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement ⁷⁾	Leistungsstunden	50.270	20.957	n.v.	n.v.	€ 2.006.778	-	-	€ 2.006.778

Quelle: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

Anmerkungen:

- ¹⁾ Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln (mit-)finanziert werden; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- ²⁾ Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds); ohne Umsatzsteuerbefreiung.
- ³⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: inkl. Case- und Caremanagement. Beiträge/Ersätze: werden von den Leistungserbringern direkt vereinbart (2016: 59,7 Mio. EUR) und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst.
- ⁴⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: einschließlich teilstationäre Dienste und Kurzzeitpflege im Bereich der integrierten Angebote.
- ⁵⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: integrierte Angebote bei den stationären Diensten enthalten.
- ⁶⁾ Kein öffentlich finanziertes Angebot im Berichtsjahr.
- ⁷⁾ Umfasst nur die im Rahmen der mobilen Dienste von den Sozialstationen erbrachten Leistungen. Betreuungs-/Pflegepersonen: bei den Mobilien Diensten enthalten; nicht getrennt verfügbar (n.v.).

Betreute Personen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 2: Betreute Personen in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	25.326	26.342	26.751	26.935	30.784	30.436
Stationäre Dienste	11.924	12.789	12.016	12.073	12.195	11.924
Teilstationäre Dienste	433	560	510	689	549	601
Kurzzeitpflege	2.416	2.377	3.660	3.951	3.852	4.122
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	15.571	12.059	20.241	21.496	21.565	20.957

Tabelle 3: Veränderung der betreuten Personen 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+4,0%	+1,6%	+0,7%	+14,3%	-1,1%	+20,2%
Stationäre Dienste	+7,3%	-6,0%	+0,5%	+1,0%	-2,2%	0,0%
Teilstationäre Dienste	+29,3%	-8,9%	+35,1%	-20,3%	+9,5%	+38,8%
Kurzzeitpflege	-1,6%	+54,0%	+8,0%	-2,5%	+7,0%	+70,6%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	-22,6%	+67,8%	+6,2%	+0,3%	-2,8%	+34,6%

Quelle zu betreute Personen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Betreute Personen nach Geschlecht

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Geschlecht und Bereichen für den Zeitraum 2013 und 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 4: Betreute Personen in den Jahren 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	11.236	4.712	11.349	4.861	10.492	5.532	11.334	5.092
Stationäre Dienste	6.582	2.033	5.915	2.320	5.696	2.054	5.875	2.343
Teilstationäre Dienste	153	71	247	142	270	137	288	140

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Kurzzeitpflege	233	83	483	178	547	215	541	219
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	5.406	2.684	5.582	2.873	5.341	2.846	5.366	2.801

Tabelle 5: Veränderung der betreuten Personen 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung 2013/2014		Veränderung 2014/2015		Veränderung 2015/2016		Veränderung 2013/2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	+1,0%	+3,2%	-7,6%	+13,8%	+8,0%	-8,0%	+0,9%	+8,1%
Stationäre Dienste	-10,1%	+14,1%	-3,7%	-11,5%	+3,1%	+14,1%	-10,7%	+15,2%
Teilstationäre Dienste	+61,4%	+100,0%	+9,3%	-3,5%	+6,7%	+2,2%	+88,2%	+97,2%
Kurzzeitpflege	+107,3%	+114,5%	+13,3%	+20,8%	-1,1%	+1,9%	+132,2%	+163,9%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	+3,3%	+7,0%	-4,3%	-0,9%	+0,5%	-1,6%	-0,7%	+4,4%

Quelle zu betreute Personen nach Geschlecht: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Geschlecht erst ab 2013 verfügbar

Betreute Personen nach Altersgruppen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Altersgruppen für den Zeitraum 2013 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 6: Betreute Personen im Jahr 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	unter 60	60 bis < 75	75 bis < 85	85 od. älter
Mobile Dienste	918	2.220	5.658	7.630
Stationäre Dienste	607	1.282	2.171	4.158
Teilstationäre Dienste	17	63	173	175
Kurzzeitpflege	21	100	280	359
Alternative Wohnformen	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	979	2.398	3.274	1.516

Tabelle 7: Veränderung der betreuten Personen 2013 zu 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung unter 60	„Veränderung unter 60 bis < 75“	Veränderung unter 75 bis < 85	Veränderung unter 85 od. älter
Mobile Dienste	-1,4%	-5,9%	+4,5%	+5,3%
Stationäre Dienste	-10,3%	-10,0%	-11,9%	+2,7%
Teilstationäre Dienste	+6,3%	+85,3%	+64,8%	+153,6%
Kurzzeitpflege	+16,7%	+81,8%	+113,7%	+220,5%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	+81,6%	+88,2%	+12,9%	-55,1%

Quelle zu betreute Personen nach Altersgruppen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Altersgruppen erst ab 2013 verfügbar

Nettoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Nettoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 8: Nettoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	41.340.238	43.967.140	48.522.062	56.232.221	58.714.609	62.860.159
Stationäre Dienste	147.887.178	159.466.931	170.767.183	174.696.045	180.350.996	182.656.245
Teilstationäre Dienste	898.070	880.695	991.835	981.711	971.098	974.614
Kurzzeitpflege	2.118.416	3.219.591	4.545.807	5.266.812	7.195.427	8.289.080
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	1.974.403	2.037.990	1.538.853	1.685.095	1.871.087	2.006.778

Tabelle 9: Veränderung der Nettoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+6,4%	+10,4%	+15,9%	+4,4%	+7,1%	+52,1%
Stationäre Dienste	+7,8%	+7,1%	+2,3%	+3,2%	+1,3%	+23,5%
Teilstationäre Dienste	-1,9%	+12,6%	-1,0%	-1,1%	+0,4%	+8,5%
Kurzzeitpflege	+52,0%	+41,2%	+15,9%	+36,6%	+15,2%	+291,3%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	+3,2%	-24,5%	+9,5%	+11,0%	+7,3%	+1,6%

Quelle zu Nettoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Bruttoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Bruttoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 10: Bruttoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	69.172.516	73.246.870	78.612.062	87.422.221	90.244.609	94.500.159
Stationäre Dienste	316.759.111	332.784.921	349.158.711	362.024.911	363.034.968	362.008.375
Teilstationäre Dienste	898.070	880.695	991.835	981.711	971.098	974.614
Kurzzeitpflege	4.118.416	5.332.131	6.853.807	7.726.812	10.383.227	11.789.080
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	1.974.403	2.037.990	1.538.853	1.685.095	1.871.087	2.006.778

Tabelle 11: Veränderung der Bruttoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+5,9%	+7,3%	+11,2%	+3,2%	+4,7%	+36,6%
Stationäre Dienste	+5,1%	+4,9%	+3,7%	+0,3%	-0,3%	+14,3%
Teilstationäre Dienste	-1,9%	+12,6%	-1,0%	-1,1%	+0,4%	+8,5%
Kurzzeitpflege	+29,5%	+28,5%	+12,7%	+34,4%	+13,5%	+186,3%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	+3,2%	-24,5%	+9,5%	+11,0%	+7,3%	+1,6%

Quelle zu Bruttoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

5.5 Oberösterreich

Tabelle 1: Kernprodukte der Länder und Gemeinden für die Betreuung und Pflege¹⁾

Produkt	Messeinheit	Wert (Jahressumme; Plätze: 31.12.)	Betreute Personen (Jahressumme)	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) Köpfe	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) VZÄ	Bruttoausgaben (Jahressumme)	Beiträge und Ersätze (Jahressumme)	Sonstige Einnahmen (Jahressumme)	Nettoausgaben ²⁾ (Jahressumme)
Mobile Dienste	Leistungsstunden	1.730.105	20.587	2.287	1.294,0	€ 74.376.463	€ 20.339.933	€ 16.189.495	€ 37.847.035
Stationäre Dienste ³⁾	Verrechnungstage	3.540.749	12.439	7.416	5.568,5	€ 392.894.593	€ 197.379.205	€ 10.970.230	€ 184.545.158
Teilstationäre Dienste ⁴⁾	Besuchstage	62.186	1.402	129	70,6	€ 2.609.705	€ 501.123	€ 7.026	€ 2.101.556
Kurzzeitpflege ⁴⁾	Verrechnungstage	59.266	2.020	n.v.	n.v.	€ 334.464	€ 0	€ 0	€ 334.464
Alternative Wohnformen ⁵⁾	Plätze	38	41	15	8,2	€ 472.071	€ 256.441	€ 0	€ 215.630
Case- und Caremanagement ⁶⁾	Leistungsstunden	73.532	12.969	70	42,7	€ 1.983.838	€ 0	€ 2.759	€ 1.981.079

Quelle: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

Anmerkungen:

- ¹⁾ Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln (mit-)finanziert werden; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- ²⁾ Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).
- ³⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: einschließlich teilstationäre Dienste und Kurzzeitpflege im Bereich der integrierten Angebote.
- ⁴⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: integrierte Angebote bei den stationären Diensten enthalten; nicht getrennt verfügbar (n.v.).
- ⁵⁾ Ausgaben/Einnahmen wegen teilweise abweichender Kostenzuordnungen in den Vorjahren mit diesen nicht vergleichbar.
- ⁶⁾ Ohne die Leistungen der Sozialberatungsstellen für anonym betreute Klienten/-innen (4.802).

Betreute Personen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 2: Betreute Personen in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	19.283	19.542	19.866	20.172	20.791	20.587
Stationäre Dienste	13.189	13.112	13.090	12.639	12.810	12.439
Teilstationäre Dienste	852	903	958	1.336	1.362	1.402
Kurzzeitpflege	9	73	356	1.515	1.567	2.020
Alternative Wohnformen	8	46	43	42	43	41
Case- und Caremanagement	10.063	11.566	8.643	10.006	10.849	12.969

Tabelle 3: Veränderung der betreuten Personen 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+1,3%	+1,7%	+1,5%	+3,1%	-1,0%	+6,8%
Stationäre Dienste	-0,6%	-0,2%	-3,4%	+1,4%	-2,9%	-5,7%
Teilstationäre Dienste	+6,0%	+6,1%	+39,5%	+1,9%	+2,9%	+64,6%
Kurzzeitpflege	+711,1%	+387,7%	+325,6%	+3,4%	+28,9%	+22344,4%
Alternative Wohnformen	+475,0%	-6,5%	-2,3%	+2,4%	-4,7%	+412,5%
Case- und Caremanagement	+14,9%	-25,3%	+15,8%	+8,4%	+19,5%	+28,9%

Quelle zu betreute Personen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Betreute Personen nach Geschlecht

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Geschlecht und Bereichen für den Zeitraum 2013 und 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 4: Betreute Personen in den Jahren 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	9.273	4.048	9.210	4.294	9.118	4.328	9.250	4.566
Stationäre Dienste	7.482	2.138	7.590	2.135	7.488	2.092	7.469	2.122
Teilstationäre Dienste	427	120	521	200	539	214	556	255

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Kurzzeitpflege	15	7	122	70	137	68	174	91
Alternative Wohnformen	33	5	35	4	35	2	33	3
Case- und Caremanagement	649	333	647	326	1.479	793	1.669	889

Tabelle 5: Veränderung der betreuten Personen 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung 2013/2014		Veränderung 2014/2015		Veränderung 2015/2016		Veränderung 2013/2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	-0,7%	+6,1%	-1,0%	+0,8%	+1,4%	+5,5%	-0,2%	+12,8%
Stationäre Dienste	+1,4%	-0,1%	-1,3%	-2,0%	-0,3%	+1,4%	-0,2%	-0,7%
Teilstationäre Dienste	+22,0%	+66,7%	+3,5%	+7,0%	+3,2%	+19,2%	+30,2%	+112,5%
Kurzzeitpflege	+713,3%	+900,0%	+12,3%	-2,9%	+27,0%	+33,8%	+1060,0%	+1200,0%
Alternative Wohnformen	+6,1%	-20,0%	0,0%	-50,0%	-5,7%	+50,0%	0,0%	-40,0%
Case- und Caremanagement	-0,3%	-2,1%	+128,6%	+143,3%	+12,8%	+12,1%	+157,2%	+167,0%

Quelle zu betreute Personen nach Geschlecht: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Geschlecht erst ab 2013 verfügbar

Betreute Personen nach Altersgruppen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Altersgruppen für den Zeitraum 2013 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 6: Betreute Personen im Jahr 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	unter 60	60 bis < 75	75 bis < 85	85 od. älter
Mobile Dienste	664	2.397	4.936	5.819
Stationäre Dienste	94	1.009	2.787	5.701
Teilstationäre Dienste	15	115	387	294
Kurzzeitpflege	5	43	103	114
Alternative Wohnformen	0	1	7	28
Case- und Caremanagement	238	449	883	988

Tabelle 7: Veränderung der betreuten Personen 2013 zu 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung unter 60	Veränderung unter 60 bis < 75	Veränderung unter 75 bis < 85	Veränderung unter 85 od. älter
Mobile Dienste	+3,3%	+8,0%	-1,1%	+6,4%
Stationäre Dienste	-26,0%	-11,1%	-3,2%	+4,1%
Teilstationäre Dienste	+36,4%	+11,7%	+75,1%	+38,7%
Kurzzeitpflege	+100,0%	+1333,3%	+2475,0%	+660,0%
Alternative Wohnformen	0,0%	-66,7%	-36,4%	+16,7%
Case- und Caremanagement	+155,9%	+138,8%	+151,6%	+182,3%

Quelle zu betreute Personen nach Altersgruppen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Altersgruppen erst ab 2013 verfügbar

Nettoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Nettoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 8: Nettoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	35.121.347	35.749.816	35.260.323	35.506.822	37.319.389	37.847.035
Stationäre Dienste	141.903.275	163.660.866	162.421.780	169.924.017	180.385.143	184.545.158
Teilstationäre Dienste	1.391.854	1.510.379	1.594.974	1.816.153	1.942.894	2.101.556
Kurzzeitpflege	6.963	21.336	114.075	214.252	229.760	334.464
Alternative Wohnformen	52.792	147.144	196.991	243.211	259.626	215.630
Case- und Caremanagement	2.132.094	1.769.944	1.855.235	1.933.955	1.956.773	1.981.079

Tabelle 9: Veränderung der Nettoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+1,8%	-1,4%	+0,7%	+5,1%	+1,4%	+7,8%
Stationäre Dienste	+15,3%	-0,8%	+4,6%	+6,2%	+2,3%	+30,0%
Teilstationäre Dienste	+8,5%	+5,6%	+13,9%	+7,0%	+8,2%	+51,0%
Kurzzeitpflege	+206,4%	+434,7%	+87,8%	+7,2%	+45,6%	+4703,4%
Alternative Wohnformen	+178,7%	+33,9%	+23,5%	+6,7%	-16,9%	+308,5%
Case- und Caremanagement	-17,0%	+4,8%	+4,2%	+1,2%	+1,2%	-7,1%

Quelle zu Nettoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Bruttoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Bruttoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 10: Bruttoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	65.084.478	67.849.765	68.111.499	69.180.365	72.477.124	74.376.463
Stationäre Dienste	327.079.802	357.445.224	359.925.819	367.505.260	378.450.831	392.894.593
Teilstationäre Dienste	1.634.596	1.797.606	1.944.957	2.200.351	2.355.001	2.609.705
Kurzzeitpflege	11.091	21.336	114.075	214.252	229.760	334.464
Alternative Wohnformen	173.860	470.871	510.475	587.103	608.645	472.071
Case- und Caremanagement	2.134.729	1.771.398	1.857.040	1.936.817	1.959.559	1.983.838

Tabelle 11: Veränderung der Bruttoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+4,2%	+0,4%	+1,6%	+4,8%	+2,6%	+14,3%
Stationäre Dienste	+9,3%	+0,7%	+2,1%	+3,0%	+3,8%	+20,1%
Teilstationäre Dienste	+10,0%	+8,2%	+13,1%	+7,0%	+10,8%	+59,7%
Kurzzeitpflege	+92,4%	+434,7%	+87,8%	+7,2%	+45,6%	+2915,6%
Alternative Wohnformen	+170,8%	+8,4%	+15,0%	+3,7%	-22,4%	+171,5%
Case- und Caremanagement	-17,0%	+4,8%	+4,3%	+1,2%	+1,2%	-7,1%

Quelle zu Bruttoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

5.6 Salzburg

Tabelle 1: Kernprodukte der Länder und Gemeinden für die Betreuung und Pflege¹⁾

Produkt	Messeinheit	Wert (Jahressumme; Plätze: 31.12.)	Betreute Personen (Jahressumme)	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) Köpfe	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) VZÄ	Bruttoausgaben (Jahressumme)	Beiträge und Ersätze (Jahressumme)	Sonstige Einnahmen (Jahressumme)	Nettoausgaben ²⁾ (Jahressumme)
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	941.900	7.508	1.206	689,5	€ 24.687.180	€ 132.502	€ 5.258.420	€ 19.296.258
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	1.300.922	4.384	2.832	2.164,4	€ 117.059.293	€ 58.542.655	€ 728.602	€ 57.788.036
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	37.638	820	103	45,8	€ 1.169.260	€ 0	€ 0	€ 1.169.260
Kurzzeitpflege ⁶⁾	Verrechnungstage	5.248	475	n.v.	n.v.	€ 263.075	€ 0	€ 0	€ 263.075
Alternative Wohnformen ⁷⁾	Plätze	-	-	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	Leistungsstunden	24.788	3.175	22	16,1	€ 922.890	€ 0	€ 0	€ 922.890

Quelle: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

Anmerkungen:

- ¹⁾ Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln (mit-)finanziert werden; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- ²⁾ Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).
- ³⁾ Beiträge/Ersätze: enthält nur die Einnahmen aus Pflegegeldnachforderungen und ähnlichem; die Eigenleistungen der betreuten Personen werden von den Leistungserbringern direkt vereinnahmt (2016: 12,6 Mio. EUR) und sind, weil keine Einnahmen der öffentlichen Haushalte, in der Tabelle nicht erfasst. Sonstige Einnahmen: einschließlich Mittel des Salzburger Gesundheitsfonds für 2015, die erst 2016 verbucht wurden.
- ⁴⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: einschließlich Kurzzeitpflege.
- ⁵⁾ Besuchstage, Betreute Personen, Betreuungs-/Pflegepersonen: ohne Hospiz- und Palliativbetreuung.
- ⁶⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: bei den stationären Diensten enthalten; nicht getrennt verfügbar (n.v.).
- ⁷⁾ Kein öffentlich finanziertes Angebot im Berichtsjahr.

Betreute Personen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 2: Betreute Personen in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	5.779	6.235	6.838	6.991	7.250	7.508
Stationäre Dienste	3.861	4.073	4.195	4.291	4.446	4.384
Teilstationäre Dienste	544	588	737	755	846	820
Kurzzeitpflege	420	415	428	452	465	475
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	3.027	2.579	2.783	2.830	3.268	3.175

Tabelle 3: Veränderung der betreuten Personen 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+7,9%	+9,7%	+2,2%	+3,7%	+3,6%	+29,9%
Stationäre Dienste	+5,5%	+3,0%	+2,3%	+3,6%	-1,4%	+13,5%
Teilstationäre Dienste	+8,1%	+25,3%	+2,4%	+12,1%	-3,1%	+50,7%
Kurzzeitpflege	-1,2%	+3,1%	+5,6%	+2,9%	+2,2%	+13,1%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	-14,8%	+7,9%	+1,7%	+15,5%	-2,8%	+4,9%

Quelle zu betreute Personen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Betreute Personen nach Geschlecht

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Geschlecht und Bereichen für den Zeitraum 2013 und 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 4: Betreute Personen in den Jahren 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	3.011	1.385	3.351	1.597	3.463	1.757	3.605	1.807
Stationäre Dienste	2.593	787	2.664	838	2.704	872	2.702	873
Teilstationäre Dienste	318	129	336	145	341	150	322	144

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Kurzzeitpflege	19	13	18	9	25	19	28	8
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	.	.	.	.	.	.	.	.

Tabelle 5: Veränderung der betreuten Personen 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung 2013/2014		Veränderung 2014/2015		Veränderung 2015/2016		Veränderung 2013/2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	+11,3%	+15,3%	+3,3%	+10,0%	+4,1%	+2,8%	+19,7%	+30,5%
Stationäre Dienste	+2,7%	+6,5%	+1,5%	+4,1%	-0,1%	+0,1%	+4,2%	+10,9%
Teilstationäre Dienste	+5,7%	+12,4%	+1,5%	+3,4%	-5,6%	-4,0%	+1,3%	+11,6%
Kurzzeitpflege	-5,3%	-30,8%	+38,9%	+111,1%	+12,0%	-57,9%	+47,4%	-38,5%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	-	-	-	-	-	-	-	-

Quelle zu betreute Personen nach Geschlecht: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Geschlecht erst ab 2013 verfügbar

Betreute Personen nach Altersgruppen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Altersgruppen für den Zeitraum 2013 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 6: Betreute Personen im Jahr 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	unter 60	60 bis < 75	75 bis < 85	85 od. älter
Mobile Dienste	598	992	1.674	1.671
Stationäre Dienste	124	450	1.042	1.959
Teilstationäre Dienste	14	80	188	184
Kurzzeitpflege	1	6	11	18
Alternative Wohnformen	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	.	.	.	.

Tabelle 7: Veränderung der betreuten Personen 2013 zu 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung unter 60	„Veränderung unter 60 bis < 75“	Veränderung unter 75 bis < 85	Veränderung unter 85 od. älter
Mobile Dienste	+7,9%	+7,9%	+13,6%	+15,2%
Stationäre Dienste	-3,1%	-3,6%	+6,0%	+8,7%
Teilstationäre Dienste	-33,3%	-22,3%	-2,6%	+41,5%
Kurzzeitpflege	0,0%	-45,5%	-21,4%	+200,0%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	-	-	-	-

Quelle zu betreute Personen nach Altersgruppen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Altersgruppen erst ab 2013 verfügbar

Nettoaussgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Nettoaussgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 8: Nettoaussgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	14.538.846	15.693.156	17.616.101	18.713.410	21.241.289	19.296.258
Stationäre Dienste	42.615.035	44.979.445	45.649.977	55.055.132	57.091.357	57.788.036
Teilstationäre Dienste	629.380	695.480	1.049.320	1.155.940	1.136.320	1.169.260
Kurzzeitpflege	233.216	231.694	237.054	270.078	255.659	263.075
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	864.467	846.821	807.993	941.799	881.393	922.890

Tabelle 9: Veränderung der Nettoaussgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+7,9%	+12,3%	+6,2%	+13,5%	-9,2%	+32,7%
Stationäre Dienste	+5,5%	+1,5%	+20,6%	+3,7%	+1,2%	+35,6%
Teilstationäre Dienste	+10,5%	+50,9%	+10,2%	-1,7%	+2,9%	+85,8%
Kurzzeitpflege	-0,7%	+2,3%	+13,9%	-5,3%	+2,9%	+12,8%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	-2,0%	-4,6%	+16,6%	-6,4%	+4,7%	+6,8%

Quelle zu Nettoaussgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Bruttoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Bruttoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 10: Bruttoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	17.995.390	19.267.924	21.127.291	22.404.914	23.087.904	24.687.180
Stationäre Dienste	90.544.771	94.873.110	97.260.791	109.246.466	112.751.973	117.059.293
Teilstationäre Dienste	629.380	695.480	1.049.320	1.155.940	1.136.320	1.169.260
Kurzzeitpflege	233.216	231.694	237.054	270.078	255.659	263.075
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	864.467	846.821	807.993	941.799	881.393	922.890

Tabelle 11: Veränderung der Bruttoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+7,1%	+9,7%	+6,0%	+3,0%	+6,9%	+37,2%
Stationäre Dienste	+4,8%	+2,5%	+12,3%	+3,2%	+3,8%	+29,3%
Teilstationäre Dienste	+10,5%	+50,9%	+10,2%	-1,7%	+2,9%	+85,8%
Kurzzeitpflege	-0,7%	+2,3%	+13,9%	-5,3%	+2,9%	+12,8%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	-2,0%	-4,6%	+16,6%	-6,4%	+4,7%	+6,8%

Quelle zu Bruttoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

5.7 Steiermark

Tabelle 1: Kernprodukte der Länder und Gemeinden für die Betreuung und Pflege¹⁾

Produkt	Messeinheit	Wert (Jahressumme; Plätze: 31.12.)	Betreute Personen ²⁾ (Jahressumme)	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) Köpfe	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) VZÄ	Bruttoausgaben (Jahressumme)	Beiträge und Ersätze (Jahressumme)	Sonstige Einnahmen (Jahressumme)	Nettoausgaben ³⁾ (Jahressumme)
Mobile Dienste	Leistungsstunden	1.287.443	23.864	2.686	1.209,8	€ 72.802.919	€ 24.794.003	€ 6.548.917	€ 41.460.000
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	3.979.839	14.658	7.209	5.580,8	€ 450.185.271	€ 195.609.488	€ 726.713	€ 253.849.070
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	46.101	843	91	59,7	€ 4.375.833	€ 1.580.544	€ 270.358	€ 2.524.931
Kurzzeitpflege ⁶⁾	Verrechnungstage	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Alternative Wohnformen	Plätze	1.639	1.388	162	90,3	€ 4.062.058	€ 1.135.947	€ 0	€ 2.926.111
Case- und Caremanagement	Leistungsstunden	7.620	2.880	8	4,6	€ 318.506	€ 0	€ 318.506	€ 0

Quelle: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

Anmerkungen:

- ¹⁾ Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln (mit-)finanziert werden; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- ²⁾ Einschließlich Doppel-/Mehrfachzählungen.
- ³⁾ Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).
- ⁴⁾ Einschließlich Kurzzeitpflege.
- ⁵⁾ Besuchstage: Summe aus Ganz- und Halbtagen.
- ⁶⁾ Bei den Stationären Diensten enthalten; nicht getrennt verfügbar (n.v.).

Betreute Personen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 2: Betreute Personen in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	15.044	21.499	21.598	22.470	23.313	23.864
Stationäre Dienste	15.473	12.235	13.743	14.303	14.514	14.658
Teilstationäre Dienste	253	664	834	772	833	843
Kurzzeitpflege	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Alternative Wohnformen	654	993	1.121	1.278	1.338	1.388
Case- und Caremanagement	1.659	1.880	2.400	2.466	2.313	2.880

Tabelle 3: Veränderung der betreuten Personen 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+42,9%	+0,5%	+4,0%	+3,8%	+2,4%	+58,6%
Stationäre Dienste	-20,9%	+12,3%	+4,1%	+1,5%	+1,0%	-5,3%
Teilstationäre Dienste	+162,5%	+25,6%	-7,4%	+7,9%	+1,2%	+233,2%
Kurzzeitpflege	-	-	-	-	-	-
Alternative Wohnformen	+51,8%	+12,9%	+14,0%	+4,7%	+3,7%	+112,2%
Case- und Caremanagement	+13,3%	+27,7%	+2,8%	-6,2%	+24,5%	+73,6%

Quelle zu betreute Personen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Betreute Personen nach Geschlecht

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Geschlecht und Bereichen für den Zeitraum 2013 und 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 4: Betreute Personen in den Jahren 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	6.248	3.009	6.404	3.210	6.382	3.244	6.560	3.332
Stationäre Dienste	8.222	3.316	7.737	3.053	7.607	3.116	7.777	3.127
Teilstationäre Dienste	398	113	385	111	417	132	417	128

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Kurzzeitpflege	.	.	.	.	.	.	.	.
Alternative Wohnformen	791	255	881	271	921	278	955	301
Case- und Caremanagement	1.301	717	1.447	869	1.413	900	1.775	1.105

Tabelle 5: Veränderung der betreuten Personen 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung 2013/2014		Veränderung 2014/2015		Veränderung 2015/2016		Veränderung 2013/2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	+2,5%	+6,7%	-0,3%	+1,1%	+2,8%	+2,7%	+5,0%	+10,7%
Stationäre Dienste	-5,9%	-7,9%	-1,7%	+2,1%	+2,2%	+0,4%	-5,4%	-5,7%
Teilstationäre Dienste	-3,3%	-1,8%	+8,3%	+18,9%	0,0%	-3,0%	+4,8%	+13,3%
Kurzzeitpflege	-	-	-	-	-	-	-	-
Alternative Wohnformen	+11,4%	+6,3%	+4,5%	+2,6%	+3,7%	+8,3%	+20,7%	+18,0%
Case- und Caremanagement	+11,2%	+21,2%	-2,3%	+3,6%	+25,6%	+22,8%	+36,4%	+54,1%

Quelle zu betreute Personen nach Geschlecht: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Geschlecht erst ab 2013 verfügbar

Betreute Personen nach Altersgruppen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Altersgruppen für den Zeitraum 2013 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 6: Betreute Personen im Jahr 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	unter 60	60 bis < 75	75 bis < 85	85 od. älter
Mobile Dienste	778	1.764	3.548	3.802
Stationäre Dienste	701	1.592	2.597	6.014
Teilstationäre Dienste	12	80	162	140
Kurzzeitpflege	.	.	.	.
Alternative Wohnformen	70	414	501	271
Case- und Caremanagement	417	1.132	1.150	181

Tabelle 7: Veränderung der betreuten Personen 2013 zu 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung unter 60	Veränderung unter 60 bis < 75	Veränderung unter 75 bis < 85	Veränderung unter 85 od. älter
Mobile Dienste	+13,6%	-3,4%	+12,5%	+5,8%
Stationäre Dienste	-27,4%	-12,4%	-16,3%	+6,4%
Teilstationäre Dienste	-36,8%	-11,1%	+8,7%	-13,0%
Kurzzeitpflege	-	-	-	-
Alternative Wohnformen	+55,6%	+14,7%	+17,6%	+26,6%
Case- und Caremanagement	+75,2%	+76,9%	+38,6%	+100,0%

Quelle zu betreute Personen nach Altersgruppen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Altersgruppen erst ab 2013 verfügbar

Nettoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Nettoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 8: Nettoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	30.654.954	31.897.688	34.591.247	36.709.557	39.254.706	41.460.000
Stationäre Dienste	201.997.846	191.813.914	198.536.068	227.296.023	242.061.099	253.849.070
Teilstationäre Dienste	1.492.416	1.531.104	1.902.887	2.107.833	2.484.849	2.524.931
Kurzzeitpflege	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Alternative Wohnformen	753.580	1.468.371	2.271.422	2.958.132	2.924.337	2.926.111
Case- und Caremanagement	0	0	0	0	0	0

Tabelle 9: Veränderung der Nettoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+4,1%	+8,4%	+6,1%	+6,9%	+5,6%	+35,2%
Stationäre Dienste	-5,0%	+3,5%	+14,5%	+6,5%	+4,9%	+25,7%
Teilstationäre Dienste	+2,6%	+24,3%	+10,8%	+17,9%	+1,6%	+69,2%
Kurzzeitpflege	-	-	-	-	-	-
Alternative Wohnformen	+94,9%	+54,7%	+30,2%	-1,1%	+0,1%	+288,3%
Case- und Caremanagement	-	-	-	-	-	-

Quelle zu Nettoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Bruttoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Bruttoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 10: Bruttoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	52.263.888	56.298.923	60.924.094	64.677.914	68.346.549	72.802.919
Stationäre Dienste	367.449.542	370.288.029	383.952.542	411.603.820	427.714.619	450.185.271
Teilstationäre Dienste	2.725.135	2.885.201	3.457.713	3.723.337	4.248.757	4.375.833
Kurzzeitpflege	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Alternative Wohnformen	1.198.402	2.110.492	3.106.274	3.875.887	4.020.817	4.062.058
Case- und Caremanagement	324.469	202.298	323.792	282.554	273.993	318.506

Tabelle 11: Veränderung der Bruttoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+7,7%	+8,2%	+6,2%	+5,7%	+6,5%	+39,3%
Stationäre Dienste	+0,8%	+3,7%	+7,2%	+3,9%	+5,3%	+22,5%
Teilstationäre Dienste	+5,9%	+19,8%	+7,7%	+14,1%	+3,0%	+60,6%
Kurzzeitpflege	-	-	-	-	-	-
Alternative Wohnformen	+76,1%	+47,2%	+24,8%	+3,7%	+1,0%	+239,0%
Case- und Caremanagement	-37,7%	+60,1%	-12,7%	-3,0%	+16,2%	-1,8%

Quelle zu Bruttoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

5.8 Tirol

Tabelle 1: Kernprodukte der Länder und Gemeinden für die Betreuung und Pflege¹⁾

Produkt	Messeinheit	Wert (Jahressumme; Plätze: 31.12.)	Betreute Personen (Jahressumme)	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) Köpfe	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) VZÄ	Bruttoausgaben (Jahressumme)	Beiträge und Ersätze (Jahressumme)	Sonstige Einnahmen (Jahressumme)	Nettoausgaben ²⁾ (Jahressumme)
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	1.115.040	10.584	1.709	854,6	€ 44.368.768	€ 11.300.786	€ 913.627	€ 32.154.355
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	2.106.850	6.282	3.871	2.918,7	€ 167.342.355	€ 82.836.424	€ 0	€ 84.505.930
Teilstationäre Dienste	Besuchstage	26.965	733	168	51,4	€ 2.625.287	€ 842.382	€ 0	€ 1.782.905
Kurzzeitpflege ⁵⁾	Verrechnungstage	19.526	238	n.v.	n.v.	€ 1.196.030	€ 344.914	€ 0	€ 851.116
Alternative Wohnformen ⁶⁾	Plätze	-	-	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement ⁷⁾	Leistungsstunden	14.833	6.869	n.v.	n.v.	€ 573.474	€ 0	€ 0	€ 573.474

Quelle: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

Anmerkungen:

- ¹⁾ Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln (mit-)finanziert werden; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- ²⁾ Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds); ohne Abschreibungen für Herstellungs- und Instandhaltungskosten sowie ohne Umsatzsteuer.
- ³⁾ Leistungsstunden: einschließlich Betreuungs- und Pflegeleistungen in alternativen Wohnformen. Betreuungs-/Pflegepersonen: einschließlich Case- und Caremanagement.
- ⁴⁾ Verrechnungstage: einschließlich Selbstzahler/-innen. Betreuungs- und Pflegepersonen: einschließlich Kurzzeitpflege.
- ⁵⁾ Verrechnungstage: einschließlich Selbstzahler/-innen. Betreuungs- und Pflegepersonen: bei den stationären Diensten enthalten; nicht getrennt verfügbar (n.v.).
- ⁶⁾ Kein öffentlich finanziertes Angebot im Berichtsjahr.
- ⁷⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: bei den mobilen Diensten enthalten; nicht getrennt verfügbar (n.v.).

Betreute Personen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 2: Betreute Personen in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	8.125	8.648	9.418	9.793	10.247	10.584
Stationäre Dienste	5.400	5.823	5.887	6.236	6.554	6.282
Teilstationäre Dienste	335	425	468	565	652	733
Kurzzeitpflege	782	336	319	277	237	238
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	5.206	4.311	5.426	5.768	6.332	6.869

Tabelle 3: Veränderung der betreuten Personen 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+6,4%	+8,9%	+4,0%	+4,6%	+3,3%	+30,3%
Stationäre Dienste	+7,8%	+1,1%	+5,9%	+5,1%	-4,2%	+16,3%
Teilstationäre Dienste	+26,9%	+10,1%	+20,7%	+15,4%	+12,4%	+118,8%
Kurzzeitpflege	-57,0%	-5,1%	-13,2%	-14,4%	+0,4%	-69,6%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	-17,2%	+25,9%	+6,3%	+9,8%	+8,5%	+31,9%

Quelle zu betreute Personen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Betreute Personen nach Geschlecht

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Geschlecht und Bereichen für den Zeitraum 2013 und 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 4: Betreute Personen in den Jahren 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	6.448	3.299	6.664	3.512	6.972	3.674	7.267	3.721
Stationäre Dienste	4.201	1.518	4.253	1.566	4.293	1.599	4.294	1.721

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Teilstationäre Dienste	304	164	392	181	439	219	504	237
Kurzzeitpflege	26	16	23	15	183	89	215	121
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	3.656	2.011	3.807	2.194	4.158	2.412	4.600	2.568

Tabelle 5: Veränderung der betreuten Personen 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung 2013/2014		Veränderung 2014/2015		Veränderung 2015/2016		Veränderung 2013/2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	+3,3%	+6,5%	+4,6%	+4,6%	+4,2%	+1,3%	+12,7%	+12,8%
Stationäre Dienste	+1,2%	+3,2%	+0,9%	+2,1%	+0,0%	+7,6%	+2,2%	+13,4%
Teilstationäre Dienste	+28,9%	+10,4%	+12,0%	+21,0%	+14,8%	+8,2%	+65,8%	+44,5%
Kurzzeitpflege	-11,5%	-6,3%	+695,7%	+493,3%	+17,5%	+36,0%	+726,9%	+656,3%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	+4,1%	+9,1%	+9,2%	+9,9%	+10,6%	+6,5%	+25,8%	+27,7%

Quelle zu betreute Personen nach Geschlecht: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Geschlecht erst ab 2013 verfügbar

Betreute Personen nach Altersgruppen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Altersgruppen für den Zeitraum 2013 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 6: Betreute Personen im Jahr 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	unter 60	60 bis < 75	75 bis < 85	85 od. älter
Mobile Dienste	943	1.913	3.740	4.392
Stationäre Dienste	228	813	1.823	3.151
Teilstationäre Dienste	23	100	242	376
Kurzzeitpflege	18	45	135	138
Alternative Wohnformen	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	657	1.394	2.506	2.611

Tabelle 7: Veränderung der betreuten Personen 2013 zu 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung unter 60	Veränderung unter 60 bis < 75	Veränderung unter 75 bis < 85	Veränderung unter 85 od. älter
Mobile Dienste	+8,1%	+2,9%	+20,4%	+12,4%
Stationäre Dienste	+2,2%	-4,7%	+5,3%	+8,2%
Teilstationäre Dienste	+27,8%	+23,5%	+48,5%	+82,5%
Kurzzeitpflege	+1700,0%	+800,0%	+938,5%	+500,0%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	+24,7%	+12,3%	+35,9%	+27,1%

Quelle zu betreute Personen nach Altersgruppen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Altersgruppen erst ab 2013 verfügbar

Nettoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Nettoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 8: Nettoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	18.588.322	22.691.731	26.454.500	29.011.600	31.101.561	32.154.355
Stationäre Dienste	66.552.539	69.763.261	72.310.255	76.928.711	81.601.353	84.505.930
Teilstationäre Dienste	390.067	550.267	669.148	1.026.466	1.404.803	1.782.905
Kurzzeitpflege	320.283	231.495	321.693	254.655	819.297	851.116
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	235.227	243.087	382.273	431.605	499.778	573.474

Tabelle 9: Veränderung der Nettoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+22,1%	+16,6%	+9,7%	+7,2%	+3,4%	+73,0%
Stationäre Dienste	+4,8%	+3,7%	+6,4%	+6,1%	+3,6%	+27,0%
Teilstationäre Dienste	+41,1%	+21,6%	+53,4%	+36,9%	+26,9%	+357,1%
Kurzzeitpflege	-27,7%	+39,0%	-20,8%	+221,7%	+3,9%	+165,7%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	+3,3%	+57,3%	+12,9%	+15,8%	+14,7%	+143,8%

Quelle zu Nettoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Bruttoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Bruttoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 10: Bruttoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	26.914.206	31.035.050	36.013.883	39.297.139	42.306.987	44.368.768
Stationäre Dienste	130.998.917	140.058.560	144.061.490	151.740.264	160.078.535	167.342.355
Teilstationäre Dienste	831.622	1.034.944	1.260.537	1.667.426	2.057.081	2.625.287
Kurzzeitpflege	420.266	479.492	685.168	500.190	1.050.421	1.196.030
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	235.227	243.087	382.273	431.605	499.778	573.474

Tabelle 11: Veränderung der Bruttoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+15,3%	+16,0%	+9,1%	+7,7%	+4,9%	+64,9%
Stationäre Dienste	+6,9%	+2,9%	+5,3%	+5,5%	+4,5%	+27,7%
Teilstationäre Dienste	+24,4%	+21,8%	+32,3%	+23,4%	+27,6%	+215,7%
Kurzzeitpflege	+14,1%	+42,9%	-27,0%	+110,0%	+13,9%	+184,6%
Alternative Wohnformen	-	-	-	-	-	-
Case- und Caremanagement	+3,3%	+57,3%	+12,9%	+15,8%	+14,7%	+143,8%

Quelle zu Bruttoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

5.9 Vorarlberg

Tabelle 1: Kernprodukte der Länder und Gemeinden für die Betreuung und Pflege¹⁾

Produkt	Messeinheit	Wert (Jahressumme; Plätze: 31.12.)	„Betreute Personen (Jahressumme)	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) Köpfe	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) VZÄ	Bruttoausgaben (Jahressumme)	Beiträge und Ersätze (Jahressumme)	Sonstige Einnahmen (Jahressumme)	Nettoausgaben ²⁾ (Jahressumme)
Mobile Dienste ³⁾	Leistungsstunden	921.890	8.322	2.088	610,3	€ 27.102.298	€ 12.792.162	€ 1.821.590	€ 12.488.546
Stationäre Dienste ⁴⁾	Verrechnungstage	654.446	2.407	1.750	1.259,7	€ 101.884.017	€ 39.935.325	€ 6.218.667	€ 55.730.025
Teilstationäre Dienste ⁵⁾	Besuchstage	11.731	517	81	24,4	€ 270.408	€ 0	€ 0	€ 270.408
Kurzzeitpflege ⁶⁾	Verrechnungstage	12.812	458	n.v.	n.v.	€ 1.387.509	€ 399.340	€ 66.669	€ 921.500
Alternative Wohnformen	Plätze	113	109	50	28,7	€ 2.444.386	€ 950.792	€ 163.292	€ 1.330.302
Case- und Caremanagement ⁷⁾	Leistungsstunden	32.583	1.507	43	13,0	€ 951.116	€ 0	€ 0	€ 951.116

Quelle: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

Anmerkungen:

- ¹⁾ Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln (mit-)finanziert werden; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- ²⁾ Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).
- ³⁾ Betreute Personen: Hauskrankenpflege, ohne sonstige mobile Dienste.
- ⁴⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: einschließlich teilstationäre Dienste im Bereich der integrierten Angebote und Kurzzeitpflege.
- ⁵⁾ Besuchstage: erhobene Stunden durch 8 dividiert und auf volle Tage gerundet. Betreuungs-/Pflegepersonen: integrierte Angebote bei den stationären Diensten enthalten.
- ⁶⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: bei den stationären Diensten enthalten; nicht getrennt verfügbar (n.v.).
- ⁷⁾ Betreuungs-/Pflegepersonen: ohne Caremanagement.

Betreute Personen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 2: Betreute Personen in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	7.671	7.928	7.980	8.150	8.340	8.322
Stationäre Dienste	2.054	2.151	2.223	2.252	2.345	2.407
Teilstationäre Dienste	421	458	521	556	511	517
Kurzzeitpflege	505	436	483	451	439	458
Alternative Wohnformen	120	62	98	95	114	109
Case- und Caremanagement	298	1.311	1.782	1.546	1.471	1.507

Tabelle 3: Veränderung der betreuten Personen 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+3,4%	+0,7%	+2,1%	+2,3%	-0,2%	+8,5%
Stationäre Dienste	+4,7%	+3,3%	+1,3%	+4,1%	+2,6%	+17,2%
Teilstationäre Dienste	+8,8%	+13,8%	+6,7%	-8,1%	+1,2%	+22,8%
Kurzzeitpflege	-13,7%	+10,8%	-6,6%	-2,7%	+4,3%	-9,3%
Alternative Wohnformen	-48,3%	+58,1%	-3,1%	+20,0%	-4,4%	-9,2%
Case- und Caremanagement	+339,9%	+35,9%	-13,2%	-4,9%	+2,4%	+405,7%

Quelle zu betreute Personen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Betreute Personen nach Geschlecht

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Geschlecht und Bereichen für den Zeitraum 2013 und 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 4: Betreute Personen in den Jahren 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	6.533	3.157	6.467	3.104	6.625	3.100	5.433	2.638
Stationäre Dienste	1.145	501	1.196	514	1.216	520	1.245	543
Teilstationäre Dienste	222	83	261	80	221	74	213	96

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Kurzzeitpflege	13	5	22	7	19	10	14	8
Alternative Wohnformen	46	32	51	28	55	31	56	37
Case- und Caremanagement	352	234	926	592	174	107	204	145

Tabelle 5: Veränderung der betreuten Personen 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung 2013/2014		Veränderung 2014/2015		Veränderung 2015/2016		Veränderung 2013/2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	-1,0%	-1,7%	+2,4%	-0,1%	-18,0%	-14,9%	-16,8%	-16,4%
Stationäre Dienste	+4,5%	+2,6%	+1,7%	+1,2%	+2,4%	+4,4%	+8,7%	+8,4%
Teilstationäre Dienste	+17,6%	-3,6%	-15,3%	-7,5%	-3,6%	+29,7%	-4,1%	+15,7%
Kurzzeitpflege	+69,2%	+40,0%	-13,6%	+42,9%	-26,3%	-20,0%	+7,7%	+60,0%
Alternative Wohnformen	+10,9%	-12,5%	+7,8%	+10,7%	+1,8%	+19,4%	+21,7%	+15,6%
Case- und Caremanagement	+163,1%	+153,0%	-81,2%	-81,9%	+17,2%	+35,5%	-42,0%	-38,0%

Quelle zu betreute Personen nach Geschlecht: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Geschlecht erst ab 2013 verfügbar

Betreute Personen nach Altersgruppen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Altersgruppen für den Zeitraum 2013 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 6: Betreute Personen im Jahr 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	unter 60	60 bis < 75	75 bis < 85	85 od. älter
Mobile Dienste	586	1.250	2.798	3.435
Stationäre Dienste	125	338	529	796
Teilstationäre Dienste	7	57	114	131
Kurzzeitpflege	2	5	8	7
Alternative Wohnformen	14	33	23	23
Case- und Caremanagement	37	84	124	104

Tabelle 7: Veränderung der betreuten Personen 2013 zu 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung unter 60	„Veränderung unter 60 bis < 75“	Veränderung unter 75 bis < 85	Veränderung unter 85 od. älter
Mobile Dienste	-24,6%	-29,8%	-18,1%	-6,0%
Stationäre Dienste	15,7%	2,4%	12,1%	8,2%
Teilstationäre Dienste	0,0%	1,8%	-2,6%	4,8%
Kurzzeitpflege	100,0%	0,0%	100,0%	-22,2%
Alternative Wohnformen	-22,2%	26,9%	43,8%	27,8%
Case- und Caremanagement	-31,5%	-54,3%	-33,0%	-36,2%

Quelle zu betreute Personen nach Altersgruppen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Altersgruppen erst ab 2013 verfügbar

Nettoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Nettoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 8: Nettoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	8.633.903	9.482.385	10.492.818	11.318.635	11.895.508	12.488.546
Stationäre Dienste	43.386.143	46.614.870	47.307.309	53.560.699	56.615.971	55.730.025
Teilstationäre Dienste	242.127	260.970	280.695	281.925	274.875	270.408
Kurzzeitpflege	765.840	563.072	607.309	666.883	781.542	921.500
Alternative Wohnformen	514.692	689.430	938.650	1.080.690	1.236.009	1.330.302
Case- und Caremanagement	100.625	680.001	1.087.202	1.159.074	1.592.404	951.116

Tabelle 9: Veränderung der Nettoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+9,8%	+10,7%	+7,9%	+5,1%	+5,0%	+44,6%
Stationäre Dienste	+7,4%	+1,5%	+13,2%	+5,7%	-1,6%	+28,5%
Teilstationäre Dienste	+7,8%	+7,6%	+0,4%	-2,5%	-1,6%	+11,7%
Kurzzeitpflege	-26,5%	+7,9%	+9,8%	+17,2%	+17,9%	+20,3%
Alternative Wohnformen	+33,9%	+36,1%	+15,1%	+14,4%	+7,6%	+158,5%
Case- und Caremanagement	+575,8%	+59,9%	+6,6%	+37,4%	-40,3%	+845,2%

Quelle zu Nettoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Bruttoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Bruttoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 10: Bruttoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	19.822.000	21.012.002	23.310.180	24.438.637	25.772.263	27.102.298
Stationäre Dienste	77.666.706	82.436.991	84.518.495	92.661.898	96.934.207	101.884.017
Teilstationäre Dienste	242.127	260.970	280.695	281.925	274.875	270.408
Kurzzeitpflege	1.131.404	1.015.106	1.070.632	1.106.935	1.287.022	1.387.509
Alternative Wohnformen	1.167.863	1.246.245	1.705.919	1.895.518	2.182.340	2.444.386
Case- und Caremanagement	100.625	680.001	1.087.202	1.159.074	1.592.404	951.116

Tabelle 11: Veränderung der Bruttoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+6,0%	+10,9%	+4,8%	+5,5%	+5,2%	+36,7%
Stationäre Dienste	+6,1%	+2,5%	+9,6%	+4,6%	+5,1%	+31,2%
Teilstationäre Dienste	+7,8%	+7,6%	+0,4%	-2,5%	-1,6%	+11,7%
Kurzzeitpflege	-10,3%	+5,5%	+3,4%	+16,3%	+7,8%	+22,6%
Alternative Wohnformen	+6,7%	+36,9%	+11,1%	+15,1%	+12,0%	+109,3%
Case- und Caremanagement	+575,8%	+59,9%	+6,6%	+37,4%	-40,3%	+845,2%

Quelle zu Bruttoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

5.10 Wien

Tabelle 1: Kernprodukte der Länder und Gemeinden für die Betreuung und Pflege¹⁾

Produkt	Messeinheit	Wert (Jahressumme; Plätze: 31.12.)	Betreute Personen (Jahressumme)	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) Köpfe	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) VZÄ	Bruttoausgaben (Jahressumme)	Beiträge und Ersätze (Jahressumme)	Sonstige Einnahmen (Jahressumme)	Nettoausgaben ²⁾ (Jahressumme)
Mobile Dienste	Leistungsstunden	5.781.010	29.370	4.797	3.699,8	€ 234.351.231	€ 60.857.717	€ 18.978.370	€ 154.515.143
Stationäre Dienste	Verrechnungstage	3.426.670	13.270	8.146	7.245,4	€ 763.252.022	€ 240.013.037	€ 33.399.495	€ 489.839.490
Teilstationäre Dienste	Besuchstage	173.090	2.130	196	138,4	€ 18.707.900	€ 2.282.078	€ 1.637.908	€ 14.787.914
Kurzzeitpflege	Verrechnungstage	43.630	1.200	179	156,2	€ 8.280.426	€ 2.707.975	€ 315.700	€ 5.256.751
Alternative Wohnformen	Plätze	9.078	10.010	1.424	1.156,8	€ 203.775.454	€ 111.296.133	€ 14.513.475	€ 77.965.846
Case- und Caremanagement	Leistungsstunden	63.490	47.620	91	83,5	€ 4.809.344	€ 0	€ 124.873	€ 4.684.471

Quelle: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

Anmerkungen:

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

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

Betreute Personen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 2: Betreute Personen in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	26.900	26.900	27.890	28.610	29.190	29.370
Stationäre Dienste	13.360	13.580	13.430	13.280	13.490	13.270
Teilstationäre Dienste	2.000	2.110	2.130	2.200	2.190	2.130
Kurzzeitpflege	979	867	780	1.130	1.080	1.200
Alternative Wohnformen	10.160	9.940	10.010	10.240	10.250	10.010
Case- und Caremanagement	30.780	33.760	37.766	40.521	40.660	47.620

Tabelle 3: Veränderung der betreuten Personen 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	0,0%	+3,7%	+2,6%	+2,0%	+0,6%	+9,2%
Stationäre Dienste	+1,6%	-1,1%	-1,1%	+1,6%	-1,6%	-0,7%
Teilstationäre Dienste	+5,5%	+0,9%	+3,3%	-0,5%	-2,7%	+6,5%
Kurzzeitpflege	-11,4%	-10,0%	+44,9%	-4,4%	+11,1%	+22,6%
Alternative Wohnformen	-2,2%	+0,7%	+2,3%	+0,1%	-2,3%	-1,5%
Case- und Caremanagement	+9,7%	+11,9%	+7,3%	+0,3%	+17,1%	+54,7%

Quelle zu betreute Personen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Betreute Personen nach Geschlecht

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Geschlecht und Bereichen für den Zeitraum 2013 und 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 4: Betreute Personen in den Jahren 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	12.561	5.737	12.419	5.933	12.307	6.158	12.426	6.285
Stationäre Dienste	7.180	2.244	6.730	2.144	6.767	2.299	6.660	2.354
Teilstationäre Dienste	907	480	906	490	913	501	926	518

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Kurzzeitpflege	105	49	62	28	132	61	145	74
Alternative Wohnformen	6.251	2.401	6.158	2.527	6.610	2.070	6.102	2.536
Case- und Caremanagement	842	473	838	499	898	572	1.013	578

Anmerkung: Mehrfachnennungen auf Grund von betreuten Personen mit zwei oder mehr Leistungen/Leistungserbringer zum Stichtag 31.12.2017.

Tabelle 5: Veränderung der betreuten Personen 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung 2013/2014		Veränderung 2014/2015		Veränderung 2015/2016		Veränderung 2013/2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	-1,1%	+3,4%	-0,9%	+3,8%	+1,0%	+2,1%	-1,1%	+9,6%
Stationäre Dienste	-6,3%	-4,5%	+0,5%	+7,2%	-1,6%	+2,4%	-7,2%	+4,9%
Teilstationäre Dienste	-0,1%	+2,1%	+0,8%	+2,2%	+1,4%	+3,4%	+2,1%	+7,9%
Kurzzeitpflege	-41,0%	-42,9%	+112,9%	+117,9%	+9,8%	+21,3%	+38,1%	+51,0%
Alternative Wohnformen	-1,5%	+5,2%	+7,3%	-18,1%	-7,7%	+22,5%	-2,4%	+5,6%
Case- und Caremanagement	-0,5%	+5,5%	+7,2%	+14,6%	+12,8%	+1,0%	+20,3%	+22,2%

Quelle zu betreute Personen nach Geschlecht: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Anmerkung: Daten zu Geschlecht erst ab 2013 verfügbar. Mehrfachnennungen auf Grund von betreuten Personen mit zwei oder mehr Leistungen/Leistungserbringer zum Stichtag 31.12.2017.

Betreute Personen nach Altersgruppen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Altersgruppen für den Zeitraum 2013 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 6: Betreute Personen im Jahr 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	unter 60	60 bis < 75	75 bis < 85	85 od. älter
Mobile Dienste	2.721	4.288	5.437	6.265
Stationäre Dienste	485	1.337	2.310	4.882
Teilstationäre Dienste	106	410	537	391
Kurzzeitpflege	8	52	81	78
Alternative Wohnformen	775	1.368	2.431	4.064
Case- und Caremanagement	183	407	525	476

Anmerkung: Mehrfachnennungen auf Grund von betreuten Personen mit zwei oder mehr Leistungen/Leistungserbringer zum Stichtag 31.12.2017.

Tabelle 7: Veränderung der betreuten Personen 2013 zu 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung unter 60	Veränderung unter 60 bis < 75	Veränderung unter 75 bis < 85	Veränderung unter 85 od. älter
Mobile Dienste	+9,5%	-4,2%	+6,2%	+0,8%
Stationäre Dienste	-3,6%	-5,3%	+2,7%	-7,2%
Teilstationäre Dienste	-2,8%	-0,7%	+18,5%	-5,1%
Kurzzeitpflege	-52,9%	+4,0%	+88,4%	+77,3%
Alternative Wohnformen	+12,2%	-3,6%	+3,3%	-3,0%
Case- und Caremanagement	+18,1%	+12,4%	+25,6%	+25,3%

Quelle zu betreute Personen nach Altersgruppen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Anmerkung: Daten zu Altersgruppen erst ab 2013 verfügbar. Mehrfachnennungen auf Grund von betreuten Personen mit zwei oder mehr Leistungen/Leistungserbringer zum Stichtag 31.12.2017.

Nettoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Nettoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 8: Nettoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	131.846.319	133.039.960	140.552.013	146.905.687	152.288.545	154.515.143
Stationäre Dienste	413.259.942	449.215.910	445.401.388	484.310.801	499.762.832	489.839.490
Teilstationäre Dienste	13.454.096	15.459.370	13.447.202	14.232.789	14.559.640	14.787.914
Kurzzeitpflege	2.183.666	3.909.790	6.004.965	7.430.167	7.128.397	5.256.751
Alternative Wohnformen	66.800.626	74.181.520	60.986.614	78.998.810	80.195.870	77.965.846
Case- und Caremanagement	4.093.797	4.319.770	4.883.912	4.648.861	5.322.786	4.684.471

Tabelle 9: Veränderung der Nettoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+0,9%	+5,6%	+4,5%	+3,7%	+1,5%	+17,2%
Stationäre Dienste	+8,7%	-0,8%	+8,7%	+3,2%	-2,0%	+18,5%
Teilstationäre Dienste	+14,9%	-13,0%	+5,8%	+2,3%	+1,6%	+9,9%
Kurzzeitpflege	+79,0%	+53,6%	+23,7%	-4,1%	-26,3%	+140,7%
Alternative Wohnformen	+11,0%	-17,8%	+29,5%	+1,5%	-2,8%	+16,7%
Case- und Caremanagement	+5,5%	+13,1%	-4,8%	+14,5%	-12,0%	+14,4%

Quelle zu Nettoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Bruttoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Bruttoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 10: Bruttoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	207.118.330	209.952.230	217.357.286	224.917.335	230.740.830	234.351.231
Stationäre Dienste	684.260.691	713.441.000	718.327.277	744.567.188	759.914.871	763.252.022
Teilstationäre Dienste	15.334.449	17.414.960	17.013.890	18.004.168	18.352.474	18.707.900
Kurzzeitpflege	3.985.708	5.082.950	10.204.713	10.271.452	9.663.709	8.280.426
Alternative Wohnformen	155.793.499	174.127.850	175.437.882	188.750.079	195.236.190	203.775.454
Case- und Caremanagement	4.438.750	4.533.750	5.045.750	4.789.178	5.476.585	4.809.344

Tabelle 11: Veränderung der Bruttoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+1,4%	+3,5%	+3,5%	+2,6%	+1,6%	+13,1%
Stationäre Dienste	+4,3%	+0,7%	+3,7%	+2,1%	+0,4%	+11,5%
Teilstationäre Dienste	+13,6%	-2,3%	+5,8%	+1,9%	+1,9%	+22,0%
Kurzzeitpflege	+27,5%	+100,8%	+0,7%	-5,9%	-14,3%	+107,8%
Alternative Wohnformen	+11,8%	+0,8%	+7,6%	+3,4%	+4,4%	+30,8%
Case- und Caremanagement	+2,1%	+11,3%	-5,1%	+14,4%	-12,2%	+8,3%

Quelle zu Bruttoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

5.11 Österreich

Tabelle 1: Kernprodukte der Länder und Gemeinden für die Betreuung und Pflege¹⁾

Produkt	Messeinheit	Wert (Jahressumme; Plätze: 31.12.)	Betreute Personen (Jahressumme)	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) Köpfe	Betreuungs-/Pflegepersonen (31.12.) VZÄ	Bruttoausgaben (Jahressumme)	Beiträge und Ersätze (Jahressumme)	Sonstige Einnahmen (Jahressumme)	Nettoausgaben ³⁾ (Jahressumme)
Mobile Dienste	Leistungsstunden	16.585.458	147.037	21.505	12.302,2	€ 615.504.978	€ 130.351.631	€ 85.722.398	€ 399.430.950
Stationäre Dienste	Verrechnungstage	20.430.558	74.710	41.128	33.011,7	€ 2.585.064.129	€ 1.107.806.695	€ 71.802.799	€ 1.405.454.634
Teilstationäre Dienste	Besuchstage	416.304	7.486	879	464,9	€ 31.757.764	€ 5.206.126	€ 1.938.734	€ 24.612.904
Kurzzeitpflege	Verrechnungstage	320.504	9.320	188	164,2	€ 24.596.082	€ 3.452.229	€ 3.937.428	€ 17.206.425
Alternative Wohnformen	Plätze	11.143	11.856	1.705	1.302,9	€ 213.146.533	€ 114.667.801	€ 14.872.823	€ 83.605.909
Case- und Caremanagement	Leistungsstunden	267.116	97.722	250	170,7	€ 12.045.055	€ 0	€ 446.138	€ 11.598.917

Quelle: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik.

Anmerkungen:

- ¹⁾ Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln (mit-)finanziert werden; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- ²⁾ Summe der Bundesländer. Hinsichtlich der einzelnen Positionen sind die Anmerkungen in den Fußnoten zu den einzelnen Bundesländern mit zu berücksichtigen.
- ³⁾ Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds).

Betreute Personen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 2: Betreute Personen in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	123.260	132.677	136.081	140.391	145.723	147.037
Stationäre Dienste	72.297	71.821	73.191	73.840	75.632	74.710
Teilstationäre Dienste	5.051	6.023	6.617	7.327	7.426	7.486
Kurzzeitpflege	5.513	4.916	6.345	8.388	8.487	9.320
Alternative Wohnformen	11.021	11.140	11.380	11.891	12.019	11.856
Case- und Caremanagement	68.087	69.260	81.101	86.469	88.614	97.722

Tabelle 3: Veränderung der betreuten Personen 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+7,6%	+2,6%	+3,2%	+3,8%	+0,9%	+19,3%
Stationäre Dienste	-0,7%	+1,9%	+0,9%	+2,4%	-1,2%	+3,3%
Teilstationäre Dienste	+19,2%	+9,9%	+10,7%	+1,4%	+0,8%	+48,2%
Kurzzeitpflege	-10,8%	+29,1%	+32,2%	+1,2%	+9,8%	+69,1%
Alternative Wohnformen	+1,1%	+2,2%	+4,5%	+1,1%	-1,4%	+7,6%
Case- und Caremanagement	+1,7%	+17,1%	+6,6%	+2,5%	+10,3%	+43,5%

Quelle zu betreute Personen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Betreute Personen nach Geschlecht

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Geschlecht und Bereichen für den Zeitraum 2013 und 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 4: Betreute Personen in den Jahren 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	56.987	26.198	63.361	30.571	60.981	30.584	62.196	30.862
Stationäre Dienste	41.623	14.118	40.510	14.131	40.366	14.321	40.903	14.794
Teilstationäre Dienste	2.874	1.228	3.207	1.433	3.307	1.515	3.396	1.592

Bereiche	2013		2014		2015		2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Kurzzeitpflege	591	288	1.021	506	1.349	634	1.472	738
Alternative Wohnformen	7.168	2.741	7.243	2.917	7.769	2.489	7.309	2.986
Case- und Caremanagement	13.592	7.126	14.468	7.968	14.725	8.286	15.780	8.678

Tabelle 5: Veränderung der betreuten Personen 2013 bis 2016 gegliedert nach Geschlecht (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	Veränderung 2013/2014		Veränderung 2014/2015		Veränderung 2015/2016		Veränderung 2013/2016	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Mobile Dienste	+11,2%	+16,7%	-3,8%	+0,04%	+2,0%	+0,9%	+9,1%	+17,8%
Stationäre Dienste	-2,7%	+0,1%	-0,4%	+1,3%	+1,3%	+3,3%	-1,7%	+4,8%
Teilstationäre Dienste	+11,6%	+16,7%	+3,1%	+5,7%	+2,7%	+5,1%	+18,2%	+29,6%
Kurzzeitpflege	+72,8%	+75,7%	+32,1%	+25,3%	+9,1%	+16,4%	+149,1%	+156,3%
Alternative Wohnformen	+1,0%	+6,4%	+7,3%	-14,7%	-5,9%	+20,0%	+2,0%	+8,9%
Case- und Caremanagement	+6,4%	+11,8%	+1,8%	+4,0%	+7,2%	+4,7%	+16,1%	+21,8%

Quelle zu betreute Personen nach Geschlecht: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Geschlecht erst ab 2013 verfügbar

Betreute Personen nach Altersgruppen

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die betreuten Personen gegliedert nach Altersgruppen für den Zeitraum 2013 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 6: Betreute Personen im Jahr 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	unter 60	60 bis < 75	75 bis < 85	85 od. älter
Mobile Dienste	7.793	16.236	30.682	36.537
Stationäre Dienste	2.611	7.813	15.207	30.066
Teilstationäre Dienste	204	950	1.897	1.786
Kurzzeitpflege	82	332	803	993
Alternative Wohnformen	890	1.916	3.049	4.440
Case- und Caremanagement	2.585	6.146	9.061	6.666

Tabelle 7: Veränderung der betreuten Personen 2013 zu 2016 gegliedert nach Altersgruppen (Stichtag 31.12.2016)

Bereiche	unter 60	60 bis < 75	75 bis < 85	85 od. älter
Mobile Dienste	7.087	15.828	27.400	32.308
Stationäre Dienste	3.007	8.321	15.671	28.742
Teilstationäre Dienste	214	929	1.477	1.390
Kurzzeitpflege	55	173	304	347
Alternative Wohnformen	776	1.835	2.838	4.460
Case- und Caremanagement	1.707	4.255	7.264	7.182

Quelle zu betreute Personen nach Altersgruppen: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich
 Anmerkung: Daten zu Altersgruppen erst ab 2013 verfügbar

Nettoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Nettoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 8: Nettoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	305.424.880	320.013.940	341.252.823	367.731.445	386.393.013	399.430.950
Stationäre Dienste	1.141.891.379	1.227.231.421	1.256.642.283	1.365.574.640	1.394.663.523	1.405.454.634
Teilstationäre Dienste	19.291.568	21.644.838	20.623.814	22.475.228	23.709.951	24.612.904
Kurzzeitpflege	6.178.384	8.842.478	12.676.411	15.201.535	17.584.210	17.206.425
Alternative Wohnformen	68.121.690	76.486.464	64.393.677	83.397.154	85.689.514	83.605.909
Case- und Caremanagement	9.585.716	10.094.295	10.889.023	10.911.772	12.568.341	11.598.917

Tabelle 9: Veränderung der Nettoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+4,8%	+6,6%	+7,8%	+5,1%	+3,4%	+30,8%
Stationäre Dienste	+7,5%	+2,4%	+8,7%	+2,1%	+0,8%	+23,1%
Teilstationäre Dienste	+12,2%	-4,7%	+9,0%	+5,5%	+3,8%	+27,6%
Kurzzeitpflege	+43,1%	+43,4%	+19,9%	+15,7%	-2,1%	+178,5%
Alternative Wohnformen	+12,3%	-15,8%	+29,5%	+2,7%	-2,4%	+22,7%
Case- und Caremanagement	+5,3%	+7,9%	+0,2%	+15,2%	-7,7%	+21,0%

Quelle zu Nettoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
 Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Bruttoausgaben

In den nachstehenden Tabellen wird eine detaillierte Übersicht über die Bruttoausgaben gegliedert nach Bereichen für den Zeitraum 2011 bis 2016 sowie die prozentuelle Veränderung dargestellt.

Tabelle 10: Bruttoausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 (Jahressummen; in Euro)

Bereiche	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mobile Dienste	489.320.041	510.859.957	538.751.451	570.465.787	592.072.912	615.504.978
Stationäre Dienste	2.184.167.631	2.303.818.847	2.365.985.272	2.486.122.276	2.520.711.478	2.585.064.129
Teilstationäre Dienste	23.088.936	25.726.430	26.686.700	28.887.268	30.353.255	31.757.764
Kurzzeitpflege	10.450.101	12.828.209	20.010.958	21.188.407	24.105.357	24.596.082
Alternative Wohnformen	158.333.624	177.955.459	180.760.550	195.224.899	204.288.485	213.146.533
Case- und Caremanagement	10.257.773	10.512.027	11.376.459	11.337.505	12.998.919	12.045.055

Tabelle 11: Veränderung der Bruttoausgaben 2011 bis 2016 (Jahressummen)

Bereiche	Veränderung 2011/2012	Veränderung 2012/2013	Veränderung 2013/2014	Veränderung 2014/2015	Veränderung 2015/2016	Veränderung 2011/2016
Mobile Dienste	+4,4%	+5,5%	+5,9%	+3,8%	+4,0%	+25,8%
Stationäre Dienste	+5,5%	+2,7%	+5,1%	+1,4%	+2,6%	+18,4%
Teilstationäre Dienste	+11,4%	+3,7%	+8,2%	+5,1%	+4,6%	+37,5%
Kurzzeitpflege	+22,8%	+56,0%	+5,9%	+13,8%	+2,0%	+135,4%
Alternative Wohnformen	+12,4%	+1,6%	+8,0%	+4,6%	+4,3%	+34,6%
Case- und Caremanagement	+2,5%	+8,2%	-0,3%	+14,7%	-7,3%	+17,4%

Quelle zu Bruttoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

5.12 Erläuterungen

Erläuterungen	
Betreuungs- und Pflegedienste	<p>„Zu erfassen sind: Betreuungs- und Pflegedienste (soziale Dienste) der Länder und Gemeinden im Altenbereich (Langzeitpflege), die aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln (mit)finanziert werden.</p> <p>Nicht zu erfassen sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Betreuungs- und Pflegedienste, die aus Sozialversicherungsmitteln finanziert werden, 2. Leistungen der Grundversorgung und 3. Leistungen der Behindertenhilfe außerhalb des Dienstleistungskataloges gemäß § 3 Abs. 1 PFG (z.B. Persönliche Assistenz, Beschäftigungstherapie, Unterstützung zur schulischen Integration oder der geschützten Arbeit, Mobilitätshilfen wie etwa Fahrten-dienste).“
Mobile Dienste	<p>„Definition: Mobile Dienste gemäß § 3 Abs. 4 PFG sind Angebote</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sozialer Betreuung, 2. der Pflege, 3. der Unterstützung bei der Haushaltsführung oder 4. der Hospiz- und Palliativbetreuung <p>für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Menschen zu Hause.</p> <p>Beispiele: medizinische und soziale Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Haushaltshilfe, mobile Hospiz.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Leistungsanteile der medizinischen Hauskrankenpflege und der Hospizbetreuung, die aus Mitteln der Sozialversicherung finanziert werden; Betreuungsleistungen in alternativen Wohnformen (werden unter diesem Titel erfasst).“</p>
Teilstationäre Dienste	<p>„Definition: Teilstationäre Dienste gemäß § 3 Abs. 6 PFG sind Angebote einer ganz oder zumindest halbtägigen betreuten Tagesstruktur für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Menschen, die nicht in stationären Einrichtungen leben. Die Betreuung wird in eigens dafür errichteten Einrichtungen bzw. Senioreneinrichtungen – z.B. Alten-, Wohn- und Pflegeheime, Tageszentren – jedenfalls tagsüber erbracht. Es werden Pflege und soziale Betreuung, Verpflegung, Aktivierungsangebote und zumindest ein Therapieangebot – z.B. auch Beschäftigungstherapie in der Tagesstruktur – bereit gestellt; darüber hinaus kann der dafür notwendige Transport vom Wohnort zur Betreuungseinrichtung und zurück sicher gestellt werden (§ 3 Abs. 7).</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Seniorenclubs oder Seniorentreffs ohne Betreuungs- bzw. Pflegedienstleistungscharakter.“</p>
Stationäre Dienste	<p>„Definition: Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste gemäß § 3 Abs. 5 PFG umfassen die Erbringung von Hotelleistungen (Wohnung und Verpflegung) sowie Pflege- und Betreuungsleistungen (einschließlich tagesstrukturierende Leistungen) für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen in eigens dafür geschaffenen Einrichtungen (einschließlich Hausgemeinschaften) mit durchgehender Präsenz des Betreuungs- und Pflegepersonals.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Kurzzeitpflege; Übergangs- und Rehabilitationspflege; alternative Wohnformen.“</p>

Erläuterungen	
Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen	<p>„Definition: Die Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen gemäß § 3 Abs. 8 PFG umfasst Angebote</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. einer zeitlich bis zu drei Monaten befristeten Wohnunterbringung, 2. mit Verpflegung sowie 3. mit Betreuung und Pflege einschließlich einer (re)aktivierenden Betreuung und Pflege. <p>Die Gründe für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege sind ohne Relevanz.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: aus Mitteln der Sozialversicherung finanzierte Angebote einer Urlaubs-, Rehabilitations- oder Übergangs-Kurzzeitpflege.“</p>
Alternative Wohnformen	<p>„Definition: Alternative Wohnformen gemäß § 3 Abs. 10 PFG sind Einrichtungen für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen, die aus sozialen, psychischen oder physischen Gründen nicht mehr alleine wohnen können oder wollen und keiner ständigen stationären Betreuung oder Pflege bedürfen.</p> <p>Beispiele: niederschwellig betreutes Wohnen, in dem keine durchgängige Präsenz von Betreuungs- und Pflegepersonal erforderlich sein darf.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: ausschließliche Notrufwohnungen, andere nur wohnbauförderungsfähige Wohnungen.“</p>
Case- und Caremanagement	<p>„Definition: Case- und Caremanagement gemäß § 3 Abs. 9 PFG umfasst Angebote</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Sozial-, Betreuungs- und Pflegeplanung auf Basis einer individuellen Bedarfsfeststellung, 2. der Organisation der notwendigen Betreuungs- und Pflegedienste und 3. des Nahtstellenmanagements. <p>Multiprofessionelle Teams können eingesetzt werden.</p> <p>Beispiele: Planungs- Beratungs- und Organisations- Vermittlungsleistungen in der Senioren- und Pflegearbeit (mobil oder an Servicestellen/Stützpunkten).</p> <p>Nicht zu erfassen sind: im Rahmen von mobilen Diensten erbrachte Beratungsleistungen.“</p>
Leistungsstunden	<p>„Jahressumme: Anzahl der mit der Sozialhilfe/Mindestsicherung verrechneten Leistungsstunden im Berichtszeitraum 1.1.2016 - 31.12.2016.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Leistungsstunden, die nicht aus der Sozialhilfe/Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden (mit)finanziert wurden (SelbstzahlerInnen).“</p>
Besuchstage	<p>„Jahressumme: Anzahl der mit der Sozialhilfe/Mindestsicherung verrechneten Besuchstage im Berichtszeitraum 1.1.2016 - 31.12.2016, wobei Halbtage mit 50 vH zu berücksichtigen sind.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Besuchstage, die nicht aus der Sozialhilfe/Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden (mit)finanziert wurden (SelbstzahlerInnen).“</p>
Verrechnungstage	<p>„Jahressumme: Anzahl der mit der Sozialhilfe/Mindestsicherung verrechneten Bewohntage im Berichtszeitraum 1.1.2016 - 31.12.2016.</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Bewohntage, die nicht aus der Sozialhilfe/Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden (mit)finanziert wurden (SelbstzahlerInnen).“</p>

Erläuterungen	
Plätze	<p>„Stichtag 31.12.: Anzahl der zum Stichtag 31.12.2016 ständig verfügbaren Plätze.“</p> <p>Zu erfassen sind: Plätze, die am Stichtag tatsächlich verfügbar waren; war kein fixes Kontingent verfügbar, ist die Anzahl der im Berichtsjahr tatsächlich belegt gewesenen Plätze anzugeben.“</p>
Betreute Personen	<p>„Jahressumme: Anzahl der betreuten/gepflegten - und von der Sozialhilfe/Mindestsicherung unterstützten - Personen im Berichtszeitraum 1.1.2016 - 31.12.2016.“</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Betreute/gepflegte Personen, die nicht aus der Sozialhilfe/Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden bezuschusst wurden (SelbstzahlerInnen).“</p>
Betreuungs- und Pflegepersonen	<p>„Köpfe: Anzahl der zum Stichtag 31.12.2016 in der Betreuung und Pflege unselbständig beschäftigten Personen, freien Dienstnehmer/-innen und neuen Selbständigen.“</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Beschäftigte in der Administration bzw. in der Geschäftsführung.</p> <p>Vollzeitäquivalente: Anzahl der Köpfe in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zum Stichtag 31.12.2016.</p> <p>Bei der Berechnung der VZÄ ist von der bezahlten wöchentlichen Normalarbeitszeit der jeweiligen Beschäftigtenkategorie nach dem anzuwendenden Kollektivvertrag auszugehen. 1 ganzjährig im Ausmaß von 40 Wochenstunden vollzeitbeschäftigte Person entspricht 1 VZÄ. Teilzeitkräfte oder weniger als ein Jahr lang Beschäftigte werden aliquot berechnet. Beispiel: Eine 6 Monate lang in einem Ausmaß von 20 Wochenstunden beschäftigte Betreuungsperson entspricht $6/12 \times 20/40 = 0,25$ VZÄ.“</p>
Bruttoausgaben	<p>„Jahressumme: Summe der Sozialhilfe-/Mindestsicherungsausgaben bzw. sonstiger öffentlicher Mittel für die jeweiligen Betreuungs- und Pflegedienste im Berichtszeitraum 1.1.2016 - 31.12.2016. Die Bruttoausgaben umfassen auch die Umsatzsteuer und den allfälligen Ersatz einer Abschreibung für Herstellungs- und Instandhaltungsaufwendungen.“</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Investitionskosten, Rückstellungen/Rücklagen.“</p>
Beiträge und Ersätze	<p>„Jahressumme: Summe der vom Bundesland oder von den Leistungserbringern vereinnahmten Beiträge und Ersätze der betreuten Personen, der Angehörigen sowie der Drittverpflichteten (z.B. Erben, Geschenknehmer/-innen) im Berichtszeitraum 1.1.2016 - 31.12.2016.“</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Kostenbeiträge und -ersätze von sonstigen Drittverpflichteten.“</p>
Sonstige Einnahmen	<p>„Jahressumme: Summe allfälliger sonstiger Einnahmen (z.B. Mittel des Landesgesundheitsfonds, Umsatzsteuererfundierung, außerordentliche Erträge) im Berichtszeitraum 1.1.2016 - 31.12.2016.“</p> <p>Nicht zu erfassen sind: Einnahmen aus Kostenbeiträgen und -ersätzen (Regressen) der betreuten/gepflegten Personen und ihrer Angehörigen bzw. der Drittverpflichteten.“</p>
Nettoausgaben	<p>Jahressumme: Summe der Sozialhilfe-/Mindestsicherungsausgaben bzw. sonstiger öffentlicher Mittel im Berichtszeitraum 1.1.2016 - 31.12.2016, die nicht durch Beiträge und Ersätze sowie sonstige Einnahmen gedeckt sind.</p>

**BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT, SOZIALES
UND KONSUMENTENSCHUTZ**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

sozialministerium.at