

B E R I C H T

der Arbeitsgruppe
"Vorsorge für pflegebedürftige Personen"Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Mai 1990

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort des Bundesministers

1. Art und Umfang des Pflegebedarfes

1.1. Zur Zahl der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in Österreich

1.2. Szenario zur Entwicklung der Zahl der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen

1.3. Zur sozialen Lage hilfs- und pflegebedürftiger Menschen

1.3.1. Soziale Schichtung

1.3.2. Geschlecht

1.3.3. Familienstand

1.3.4. Haushaltsformen

1.3.5. Wohnsituation

1.3.6. Soziale Aktivitäten

1.3.7. Familiäre Betreuung

1.4. Zu den ambulanten Versorgungsangeboten in den Bundesländern

1.5. Stationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen

1.6. Schwachstellen im System der Pflegevorsorge

2. Prüfung von alternativen Leistungssystemen

2.1. Ziel einer Pflegevorsorge

2.2. Leistungen der Pflegevorsorge

2.2.1. Geldleistungen

2.2.1.1. Stufenregelung

2.2.1.2. Ausschluß von Doppelleistungen

2.2.1.3. Berücksichtigung des eigenen Einkommens

2.2.2. Sachleistungen

2.2.2.1. Beratung

2.3. Sicherung für die Pflegepersonen

2.4. Fachliche Qualifikation der Pflegepersonen

2.5. Anzeige- bzw. Genehmigungspflicht

2.6. Verfahren

2.7. Organisationsmodelle

2.7.1. Vollziehung im Rahmen der unmittelbaren Bundesverwaltung und der Landesverwaltung

2.7.2. Vollziehung im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung und der Landesverwaltung

2.7.3. Einrichtung eines Fonds

2.7.4. Grundsatzgesetz Bund - Ausführungsgesetz und Vollziehung Land

2.7.5. Pflegeversicherung

2.8. Grundsätze der Finanzierung

3. Alternative Systeme zu bestehenden Heimstrukturen

3.1. Leitlinien

3.1.1. Ganzheitliche Sicht

3.1.2. Helfen, ohne zu entmündigen

3.1.3. Förderung autonomer Entscheidungen

3.1.4. Möglichst langer Verbleib in der gewohnten Umgebung

3.1.5. Integration

3.1.6. Vorrangiger Ausbau mobiler Dienste

3.1.7. Flächendeckendes Angebot mit Qualitätssicherung

3.1.8. Für alle Gruppen von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen

3.1.9. Entlastung der pflegenden Angehörigen

3.1.10. Institutionenvielfalt erzeugt Leistungsvielfalt

3.1.11. Reform der Bauordnungen und im Verkehrswesen

3.1.12. Begleitende Kontrolle

3.1.13. Ablehnung enger Kosten-Nutzen-Überlegungen

3.2. Vorschläge zur Umsetzung von Leitlinien

3.2.1. Mindeststandards

3.2.1.1. Ambulante Dienste

a) Soziale Dienste

b) Medizinische Dienste

3.2.1.2. Semistationäre Dienste

3.2.1.3. Vorsorge

3.2.1.4. Nachsorge

3.2.1.5. Beratung und Information

3.2.1.6. Begleitmaßnahmen im Wohnbereich

3.2.1.7. Übergreifende Qualitätskriterien

3.2.2. Organisation

3.2.2.1. Grundsätze der Strukturentwicklung

3.2.2.2. Sozial- und Gesundheitssprengel

a) Begriffsklärung

b) Bundeseinheitlicher Rahmen

c) Fonds für den Aufbau mobiler Dienste

3.2.3. HelferInnen

3.2.3.1. Arbeitssituation

3.2.3.2. Ausbildung

3.2.3.3. Betroffene als HelferInnen

3.2.3.4. Stellung und rechtliche Absicherung der HelferInnen

3.2.4. Aufbau neuer Pflegestrukturen

3.2.4.1. Umwandlung bestehender Großheime

3.2.4.2. Keine neuen Großheime

3.2.4.3. HelferInnen in Heimen

3.2.4.4. Öffnung der stationären Einrichtungen

3.2.4.5. Erhöhung der Durchlässigkeit

3.2.4.6. Heimgesetz

VORWORT DES BUNDESMINISTER DR. WALTER GEPPERT

Der Nationalrat hat am 27. September 1988 einen an die Bundesregierung gerichteten Entschließungsantrag gefaßt. Mit dieser Entschließung war die Bundesregierung ersucht worden, eine Arbeitsgruppe zum Thema "Vorsorge für pflegebedürftige Personen" einzusetzen. Ihr sollten Vertreter des Bundes, der Länder, der Gemeinden, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Sozial- und Wirtschaftspartner, der Pensionistenvereinigungen sowie der Behindertenorganisationen und der im Parlament vertretenen politischen Parteien angehören. Vor allem war dafür Sorge zu tragen, daß die behinderten Menschen und ihre Interessensvertretungen ausreichend in der Arbeitsgruppe repräsentiert waren.

Als Hauptaufgabe war der Arbeitsgruppe aufgetragen worden, den "Umfang und (die) Art des künftigen und langfristigen Pflegebedarfes festzustellen, sowie alternative Leistungssysteme und Alternativen für deren Bedeckung auszuarbeiten". Hierbei waren auch "die rechtlichen, sozialen und finanziellen Möglichkeiten der Einführung einer Pflegeversicherung zu prüfen". Weiters hatte die Arbeitsgruppe "alternative Systeme zu den derzeitigen Heimstrukturen zu prüfen und Vorschläge zu erstatten".

Der Ministerrat hat am 4. Oktober 1988 beschlossen, mit der Einrichtung der Arbeitsgruppe den Bundesminister für Arbeit und Soziales zu betrauen. In ihrer konstituierenden Sitzung am 29. November des gleichen Jahres hat die Arbeitsgruppe drei Ausschüsse gebildet und ihnen folgende Themenbereiche zur Erledigung zugewiesen:

Ausschuß 1: Art und Umfang des Pflegebedarfes.
Ausschuß 2: Prüfung von alternativen Leistungssystemen.
Ausschuß 3: Alternative Systeme zu bestehenden Heimstrukturen.

Über die bis Mitte 1989 vorgelegenen Beratungsergebnisse ist dem Nationalrat im Juli 1989 bereits ein Bericht vorgelegt worden. Er ist als Beilage diesem Bericht beigegeben.

Aufgrund des vorliegenden Endberichtes zeichnet sich in vielen Punkten eine Übereinstimmung ab. Es gibt aber auch unterschiedliche Auffassungen wie etwa zur Frage, was Vorrang hat: die Gewährung einer Geldleistung in Form eines abgestuften, bedarfsorientierten Pflegegeldes oder der Auf- und Ausbau eines flächendeckenden Angebotes an öffentlichen Dienstleistungen im Pflegebereich.

Unabhängig davon sollte meiner Meinung nach die Pflegebedürftigkeit so weit wie möglich vermieden oder vermindert werden, was einen Ausbau des Rehabilitationsangebotes insbesondere im Bereich der sozialen Rehabilitation erforderlich macht. Keinesfalls kann in der Pflegebedürftigkeit ein irreparabler Zustand erblickt werden. Infolgedessen muß jede Neugestaltung der sozialen Sicherung Pflegebedürftiger auch der Prävention und Reaktivierung einen hohen Stellenwert einräumen.

Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversorgung soll jedenfalls unabhängig vom Alter und vom Grund der Behinderung bestehen. Um in Österreich lebende Ausländer davon nicht auszuschließen, sollte für die Gesundheitsberechtigung der Wohnsitz oder ständige Aufenthalt im Inland genügen.

Jeder Pflegebedürftige soll weiters die Wahlmöglichkeit zwischen einer Betreuung zu Hause oder außerhalb der Familie haben. Keinesfalls darf ein Zwang zur Inanspruchnahme von Heimen bestehen. Die Unterbringung in auf die Pflege spezialisierte - öffentliche oder private - Einrichtungen kann nur die letzte aller Möglichkeiten sein. Jedenfalls sollte die Betreuung der Pflegebedürftigen solange wie möglich in der gewohnten Umgebung erfolgen. Dazu ist meiner Ansicht nach auch der Auf- und Ausbau von ambulanten Diensten nötig. Hiedurch läßt sich am

ehosten sicherstellen, daß der Pflegebedürftige in der gewohnten Umgebung die benötigte Hilfe erhält sowie die durch die Familie ermöglichte Pflegeleistung durch Fachkräfte ergänzt werden kann.

Der Aufbau neuer Pflegestrukturen muß nach meinem Dafürhalten in erster Linie zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen führen. Auf keinen Fall darf die Last der Pflege in der Familie so wie bisher den Frauen aufgebürdet bleiben. Entschließt sich jemand aber zu einer Pflege von Angehörigen, muß der Ausgleich für den Verzicht auf eine eigene Alterssicherung durch Erwerbstätigkeit über eine Einbindung der Pflegeperson in den Schutz der Sozialversicherung sichergestellt sein.

Hinsichtlich der Neuorganisation der Pflegevorsorge muß nicht bei Null angefangen werden. Aufgrund der derzeit bestehenden Verfassungslage müssen aber Bund und Länder eine gemeinsame Lösung finden, die durch Staatsverträge im Sinne des Art. 15a B-VG abgesichert werden kann. Keinesfalls darf es dadurch aber zu einer finanziellen Entlastung der Länder kommen. Jedenfalls sollten die von der Sozialversicherung unter dem Titel der Pflege gewährten Leistungen in das neue Pflegeversorgungssystem eingebunden werden. Als erster Schritt bietet sich meiner Meinung nach eine Vereinheitlichung der Leistungspakete der Länder an. Ich habe daher auch schon vorgeschlagen, diesbezüglich Verhandlungen mit den Ländern zu führen.

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen. Die Einbindung der Pflegebedürftigkeit in die gesetzliche Krankenversicherung führt jedoch zu einer Ausgrenzung jener Personen, die nicht sozialversichert sind. Das ist weder sachgerecht noch sozialpolitisch begründbar. Im übrigen gehört die Pflegeversorgung gegenwärtig nicht zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung, die sie zufolge des derzeitigen Beitragsaufkommens auch nicht finanzieren könnte.

Sollte die Inanspruchnahme des Dienstleistungsangebotes im Pflegebereich durch die Pflegebedürftigen nur über eine eigenständige Pflegeversicherung sichergestellt werden können, wäre die Einführung einer Solidaritätsversicherung für alle Betroffenen die beste Lösung. Durch deren Einbindung in die bestehende Sozialversicherungsorganisation wäre das Entstehen einer neuen Bürokratie vermeidbar.

Die Pflegebedürftigkeit ist mittlerweile bereits zu einem gängigen Lebensrisiko geworden. Das erfordert meiner Meinung nach eine umfassendere Form der sozialen Sicherung Pflegebedürftiger. Der Verweis auf eine individuelle Vorsorge ist wegen der enorm hohen Kosten, die bei der Pflegebedürftigkeit entstehen können, sozial kaum zumutbar. Der daher unbedingt nötige Auf- und Ausbau von zum Teil neuen Pflegestrukturen sollte über eine Weiterentwicklung der schon bestehenden Pflegesicherungssysteme zu einer sozial gerechten Pflegeversorgung für alle geschehen. Der vorliegende Bericht der Arbeitsgruppe "Vorsorge für pflegebedürftige Personen" ist dafür eine Grundlage.

Dr. Walter Geppert
Bundesminister für Arbeit und Soziales

1. ART UND UMFANG DES PFLEGEBEDARFS

Aufgabe des Ausschusses 1 war es, Unterlagen über die gegenwärtige Situation von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen zusammenzustellen.

Im folgenden werden Daten zur gegenwärtigen und zur zu erwartenden Zahl der hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen, zur sozialen Lage und zu den Versorgungsangeboten referiert. Das Ausgangsmaterial dazu sind Auswertungen von Mikrozensus-erhebungen und Bevölkerungsprognosen des Statistischen Zentralamtes (siehe: Statistiken zum Thema Pflegebedürftigkeit, Institut für Demographie: Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter), Bundesländererhebungen zum Ist-Zustand der ambulanten und stationären Pflegevorsorge (siehe: Institut für Demographie: Vergleich der ambulanten und stationären Altenhilfe in den 4 Bundesländern Wien, Burgenland, Niederösterreich und Vorarlberg) und Ergebnisse eines Hearings mit Betroffenen, mit auf diesem Gebiet beruflich Tätigen und Trägern ambulanter Sozial- und Pflegedienste (siehe: Protokoll des Hearings).

1.1. Zur Zahl der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in Österreich

Je nach Erhebungsform und Definition sind in Österreich zwischen 300.000 und 500.000 Personen hilfs- oder pflegebedürftig:¹⁾

¹⁾ Während die Mikrozensusdaten über den Gesundheitszustand (1983) und über Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (1987) alle Gruppen behinderter

*

Im Rahmen einer Mikrozensushebung vom Dezember 1983 wurden Personen gefragt, ob sie sich aufgrund einer ständigen Behinderung in ihrer Leistungsfähigkeit vollkommen (z. B. dauernd bettlägerig) oder stark beeinträchtigt fühlen. Etwa 70.000 Personen in Privathaushalten (d. h. außerhalb stationärer Einrichtungen) sind dauernd bettlägerig und weitere 270.000 Personen stark behindert.

*

Ca. 3 % der unter 60-Jährigen, 10 % der 60- bis 74-Jährigen, 20 % der 75- bis 79-Jährigen, 30 % der 80- bis 84-Jährigen und 40 % der über 85-Jährigen gehören zu diesen beiden Personengruppen. Jeweils ca. 1/3 der vollkommen oder stark Behinderten entfällt auf die Altersgruppen bis 59 Jahre, 60-74 Jahre und ab 75 Jahre. Obwohl Pflegebedürftigkeit sehr stark vom Alter abhängig ist, ist es bemerkenswert, daß gemäß dieser Befragung 1/3 der vollkommen oder stark behinderten Menschen unter 60 Jahre ist.

*

In einer Mikrozensusbefragung von über 60-jährigen älteren Menschen in Privathaushalten (Juni 1987) wurden im Gegensatz zum vorhin erwähnten Mikrozensus Personen nicht allgemein nach dem Ausmaß ihrer behinderungsbedingten Leistungsbeeinträchtigung befragt, sondern es wurde erkundet, welche wichtigen Aktivitäten des täglichen Lebens nicht ohne fremde Hilfe ausgeübt werden können. Ca. 420.000 ältere Menschen - d. s. über 1/4 der über 60-Jährigen - benötigen zumindest für eine der folgenden Tätigkeiten eine fremde Hilfe: Wohnung verlassen, sich selbst anziehen, kürzere Strecken gehen, sich bücken, Stiegen steigen, kochen, bügeln

;

Werden diese Aktivitäten des täglichen Lebens gewichtet, so kann eine Gliederung der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen nach dem Schweregrad der Behinderung annäherungsweise vorgenommen werden. Das Institut für Demographie (Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter, Wien, 1989) errechnete ca. 90.000 über 60-jährige pflegebedürftige und weitere ca. 330.000 über 60-jährige hilfsbedürftige Menschen in Privathaushalten. Pflegebedürftige Menschen können sich in der Regel nicht ohne Hilfen an- und ausziehen und sie können nicht alleine die Wohnung verlassen.

*

Der Adressatenkreis für Reformen bei der Pflegevorsorge wird von den Interessengruppen unterschiedlich definiert. Während sich der österreichische Zivilinvalidenverband (ÖZIV) primär für eine Verbesserung der Lage der stark beeinträchtigten Schwerbehinderten einsetzt, sehen andere Verbände (z. B. Pensionistenvereinigungen) ihr Ziel in Maßnahmen, die sich ebenso an dem vor allem altersbedingten Hilfs- und Pflegebedarf ausrichten.

*

Es gibt ca. 350.000 Bezieher von Geldleistungen auf Grund von Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit, wobei höchstens 20.000 Personen mehrere dieser Leistungen zugleich erhalten.

*

Die Pflege- und Hilflosengelder sind von der Anspruchsvoraussetzung, der Systematik und der Geldhöhe her unterschiedlich geregelt. Während das Kriegsopferversorgungsgesetz 6 Pflegestufen kennt, gibt es z. B. bei den BeamtInnen 3 Pflegestufen und bei den ASVG-Versicherten nur 1 Pflegestufe. Die Leistungshöhen schwanken 1990 zwischen S 1.390,- und S 23.824,-.

Geldleistungen für Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (1990)

Siehe: Tabelle 1 (Originalbericht S. 7)

Zu diesen Zahlen ist anzumerken, daß u. U. die angeführten Leistungen nebeneinander bezogen werden können (z. B. Pflegezulage nach dem KOVG und Hilflosenzuschuß) und zu ihnen je nach Versicherungs-, Versorgungs- oder Fürsorgeträger noch unterschiedlich viele und unterschiedlich hohe Geldleistungen hinzukommen.

Der Gesamtaufwand liegt bei über 12 Milliarden öS. Von 1977 bis 1989 hat sich die Zahl der Empfänger von Hilflosenzuschüssen nach dem ASVG, GSVG, FSVG und BSVG um 36 % und der Aufwand der Hilflosenzuschüsse um 125 % erhöht. Von den Hilflosenzuschußempfängern sind mehr als die Hälfte über 80 Jahre und weitere 30 % zwischen 70 und 79 Jahren.

Menschen umfassen, bezieht sich der Mikrozensus über Behinderungen (1986) lediglich auf körperliche Beeinträchtigungen.

1.2. Szenario zur Entwicklung der Zahl der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen

Dieses Szenario basiert auf der - gewiß anzweifelbaren - Annahme, daß sich die altersspezifischen Behindertenquoten (vollkommen oder stark behinderte Menschen) in Zukunft nicht von denen im Jahr 1983 (Mikrozensus Dezember 1983) unterscheiden werden. Im folgenden Szenario wird also die Situation des Jahres 1983 demographisch fortgeschrieben. Die internationale Diskussion ist sehr kontroversiell, ob aufgrund sozialer und medizinischer Entwicklungen die altersspezifischen Behinderungsquoten ab- oder zunehmen werden. Mit diesen Zahlen können auch keine Aussagen über die Entwicklung des Schweregrades der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit getroffen werden.

Siehe: Tabelle 2 (Originalbericht S. 8)

Gemäß der Tabelle wird es bis 2000 nur einen minimalen Anstieg (3 %) der Zahl der hilfs- und pflegebedürftiger Menschen geben, von 2000 bis 2010 wird ihre Zahl demographiebedingt um 10 % ansteigen und von 2010 bis 2020 um 6 %. Von 2020 bis 2050 wird die Zahl wiederum fallen. D. h. trotz der zukünftigen Alterung der Bevölkerungsstruktur wird die absolute Zahl an hilfs- und pflegebedürftigen Menschen vermutlich nicht drastisch ansteigen.

Erwähnenswert ist die altersmäßige Verschiebung unter den "ständig Behinderten", da dies Auswirkungen auf die Art der Hilfsangebote (familiäre versus ambulante und stationäre Hilfen) haben wird. Auf die unter 60-jährigen "ständig Behinderten" entfallen 1983 ca. 36 % aller "ständig Behinderten", 2000 und 2010 nur mehr 31 %, 2020 28 % und 2050 21 %. Die Zahl der über 70-jährigen "ständig Behinderten" erhöht sich gemäß des Szenarios bis 2000 um weitere 25.000 (von 1983 bis 2020 also um fast 50 %).

Weiters ist die sehr unterschiedliche demographische Entwicklung in den Bundesländern zu erwähnen. Während in Wien in den nächsten drei Jahrzehnten (bis 2020) mit einem demographiebedingten Rückgang um mehr als 10% der Zahl der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen gerechnet werden kann, wird in diesem Zeitrahmen die Zahl der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in Vorarlberg um 100 % und in Salzburg und Tirol um ca. 70 % ansteigen.

Zur Abschätzung des Bedarfs an ambulanten und stationären Sozial- und Pflegeeinrichtungen ist neben der Zahl hilfs- und pflegebedürftiger Menschen auch die Entwicklung des sozialen Umfeldes zu berücksichtigen. Die weitere Individualisierung der Lebensformen (weniger Ehegemeinschaften, mehr Einpersonenhaushalte), eine geringere Anzahl an Kindern, der Zuzug in die Ballungsräume und eine generell hohe geographische Mobilität wird die derzeit überwiegend noch im Familienrahmen funktionierende Pflegebetreuung vor große Herausforderungen stellen.

1.3. Zur sozialen Lage hilfs- und pflegebedürftiger Menschen

Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit hängt nicht nur vom Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung, sondern auch von den materiellen Lebensumständen, den Wohn- und Lebensformen, den sozialen Kontakten und finanziellen Ressourcen ab. Über die Einkommenssituation hilfs- oder pflegebedürftiger Menschen existieren jedoch keine aussagekräftigen Daten.

1.3.1. Soziale Schichtung

Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit steht in einem engen Zusammenhang mit der früheren beruflichen Tätigkeit. ArbeiterInnen sind im Alter in einem wesentlich höheren Ausmaß als Angestellte, BeamtInnen und Selbständige von diesem Sozialrisiko betroffen. 13 % der über 75-jährigen ehemaligen männlichen Angestellten und Beamten sind hilfs- oder pflegebedürftig. Bei den ehemaligen männlichen Arbeitern beträgt der Anteil 33 %. Bei den älteren Frauen besteht insgesamt ein wesentlich höheres Pflegerisiko, das wie bei den Männern unterschiedlich sozial gegliedert ist. Bei über 75-jährigen ehemaligen weiblichen Angestellten und Beamten liegt der Anteil bei 35 %, bei über 75-jährigen ehemaligen Arbeiterinnen bei 46 % und bei Landwirtinnen gar bei 64 %.

1.3.2. Geschlecht

Bei den unter 60-jährigen hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen ist der Anteil der Männer geringfügig höher als der der Frauen, während sich bei den über 60-jährigen das Geschlechterverhältnis umkehrt. Bei den Fällen von schwerer Pflegebedürftigkeit der über 60-Jährigen steigt der Frauenanteil auf knapp 70 %. Insgesamt liegt der Frauenanteil bei über 60 %.

1.3.3. Familienstand

Nur ca. 40 % der über 60-jährigen hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen leben in einer Ehegemeinschaft. Mehr als 3/4 der über 60-jährigen hilfs- und pflegebedürftigen Männer sind verheiratet, aber nur 20 % der Frauen.

1.3.4. Haushaltsformen

Von allen hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen in Privathaushalten lebt jeweils ca. ein Drittel allein, zu zweit oder in größeren Haushaltsformen. Bei der Hälfte der Alleinlebenden kommt erschwerend dazu, daß auch keine Erreichbarkeit durch Familienangehörige in der näheren Umgebung gegeben ist (= ca. 70.000 Personen).

Hilfs- und pflegebedürftige Männer leben etwa gleich häufig mit der Ehefrau oder mit der jüngeren Generation zusammen. Einpersonenhaushalte sind die Ausnahme. Bei hilfs- und pflegebedürftigen Frauen dominiert das Zusammenleben mit der jüngeren Generation. Ca. 1/4 der hilfs- oder pflegebedürftigen Frauen über 75 Jahre lebt allein und hat auch keine Kinder oder Verwandte in erreichbarer Entfernung.

Alleinlebende hilfs- oder pflegebedürftige Menschen sind überwiegend in Ballungsgebieten anzutreffen. In Wien lebt mehr als die Hälfte der schwerer behinderten Frauen allein, in Gemeinden mit hoher Agrarquote nur 1/6.

1.3.5. Wohnsituation

Die Wohnsituation von hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen ist wesentlich schlechter als die der nichtbehinderten. Während der Prozentsatz von Wohnungen ohne Bad oder Dusche bei der Gesamtbevölkerung bei 12 % liegt, steigt er auf 30 % bei den hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen. In rund 15 % der Wohnungen von hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen über 60 fehlen gar das WC in der Wohnung (= ca. 50.000 Wohnungen). Nur 40 % der Wohnungen von hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen haben sowohl Bad oder eine Dusche, aber keine Zentralheizung. 35 % der auf Hilfe oder Pflege angewiesenen Menschen besitzen zwar ein Bad oder eine Dusche, aber keine Zentralheizung. Die Einzelofenheizung kann für diese Gruppe bereits eine große Belastung darstellen.

Neben der Wohnausstattung kann bei funktionalen Behinderungen auch die in unmittelbarer Wohnnähe verfügbare Infrastruktur darüber entscheiden, ob das Weiterleben in der eigenen Wohnung möglich ist oder nicht. 17 % aller hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen stehen kein/e Arzt/Ärztin, Apotheke oder Lebensmittelgeschäft in unmittelbarer Wohnumgebung zur Verfügung.

1.3.6. Soziale Aktivitäten

Von den gesunden Menschen ist die Mehrzahl auch außer Haus aktiv. Diese Außenorientiertheit ist bei den hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen die Ausnahme. Ca. 20 % besuchen gelegentlich Lokale oder Veranstaltungen und weniger als 10 % ihre Verwandten.

Ein ganz anderes Bild zeigt sich bei den Besuchen, die behinderte Menschen erhalten. Auf Hilfe oder Pflege angewiesene Menschen leben nicht nur häufiger mit ihren Kindern im gemeinsamen Haushalt, sie werden von Kindern, Verwandten, Bekannten, FreundInnen und NachbarInnen auch öfter besucht als nichtbehinderte Menschen. Mehr als ein Drittel jener hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen, die nicht mit ihren Kindern unter einem Dach leben, erhalten täglich Besuch. Insgesamt drei von vier werden mindestens einmal pro Woche besucht.

10 % der über 60-jährigen hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen in Privathaushalten (= ca. 40.000 Personen) leben jedoch sehr isoliert. Sie verlassen kaum ihre Wohnung und erhalten auch kaum Besuche.

1.3.7. Familiäre Betreuung

Von der über 60-jährigen hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen in Privathaushalten erhalten ca. 80 % regelmäßige Hilfen. Dem engen Familienkreis kommt bei den Hilfs- und Pflegeleistungen für ältere Menschen eine überragende Bedeutung zu. Zwei Drittel der hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen geben Familienmitglieder (vor allem weibliche) als Betreuungspersonen an.

Ca. 15 % (= ca. 60.000 Personen) halten ihre Betreuungssituation für prekär. Eine solche unzureichend erlebte Versorgung ist überproportional bei den allein lebenden hilfs- und pflegebedürftigen Menschen gegeben. Ca. 10 % der funktional behinderten Menschen, die mit jüngeren Familienangehörigen oder Ehepartnern zusammenleben, bezeichnen ihre Betreuungssituation als prekär, bei den Alleinlebenden ist dies bei jedem Vierten der Fall. Jeder fünfte alleinlebende hilfs- oder pflegebedürftige Mensch beabsichtigt dementsprechend auch eine Übersiedlung in ein

Wohn-, Alten- oder Pflegeheim (gegenüber 6 % der nicht alleinwohnenden).

10 % der hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen (= ca. 40.000 Personen) geben an, von ambulanten sozialen und medizinischen Diensten zumindest vorübergehend betreut zu werden. Während gemäß der Mikrozensus-Untersuchung von den pflegebedürftigen Menschen vor allem ein zusätzlicher Bedarf an Hauskrankenpflege geäußert wird, der in seinem nachgefragten Umfang eine Verdoppelung des bisherigen Angebots bedeuten würde, wird laut Mikrozensus von den hilfsbedürftigen Menschen vor allem eine Ausweitung der sozialen Dienste gewünscht. Auch dieser zusätzlich Bedarf würde eine Verdoppelung des bisherigen Angebotes erfordern.

1.4. Zu den ambulanten Versorgungsangeboten in den Bundesländern

Im Gegensatz zu stationären Pflegeleistungen haben hilfs- oder pflegebedürftige ältere Menschen auf Angebote der mobilen Altenhilfe in der Regel keinen Anspruch.

Die Versorgungssituation ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Die Betreuungsdichte bei den sozialen Diensten (z. B. Heimhilfe) schwankt zwischen über 3 % der über 60-Jährigen (Wien) und weniger als 1 % (z. B. Burgenland und Niederösterreich). In Vorarlberg werden ca. 8 % der über 60-Jährigen durch sozialmedizinische Dienste (Hauskrankenpflege) intensiv betreut. Im Burgenland und in Niederösterreich sind es unter 1 %.

Die WHO empfiehlt mindestens eine vollbeschäftigte mobile Krankenpflegeperson pro 6000 Einwohnern aller Altersgruppen. Die entsprechende Betreuungsdichte liegt im Burgenland bei 31.000 Einwohnern, in Wien bei ca. 20.000 Einwohnern und in Vorarlberg bei 5.500 Einwohnern.

Die Beurteilung der derzeitigen Versorgungslage älterer pflegebedürftiger Menschen mit mobilen Diensten muß die regional sehr unterschiedliche Lebenssituation der Betroffenen miteinbeziehen. Es kann nicht prinzipiell davon ausgegangen werden, daß in einem Bezirk, in dem relativ wenig professionelle oder halbprofessionelle Hilfskräfte im Einsatz sind, keine andere außerfamiliäre Altenbetreuung stattfindet. Der nichtinstitutionellen Nachbarschaftshilfe kann im ländlichen Raume eine nicht unerhebliche Rolle zukommen. Es gibt dazu aber keine gesicherten Daten.

Zwischen den Bundesländern, aber auch innerhalb der Bundesländer (je nach Träger) gibt es unterschiedliche Einstellungen hinsichtlich des Einsatzes von professionellen, halbprofessionellen und ehrenamtlich tätigen Menschen. In einigen Ländern werden professionelle Kräfte mit ordentlichen Anstellungsverhältnissen bevorzugt, während in anderen Ländern die Alten- und Behindertenhilfe mit organisierten NachbarschaftshelferInnen auf Basis stundenweiser Bezahlung durchgeführt wird.

Die Finanzierung mobiler Pflegeleistungen erfolgt in den einzelnen Bundesländern nach unterschiedlichen Konzepten: Teilweise erhalten die Wohlfahrtsorganisationen des Betreuungsdienstes Regiekostenbeiträge pro geleisteter Einsatzstunde. Teilweise werden die Dienste eher in Form leistungsgebundener Subvention oder Verlustabdeckung finanziert. Es bestehen in der Regel diverse Mischfinanzierungsformen.

Auch hinsichtlich des Eigenbeitrages der Hilfeempfänger gelten in den Bundesländern sehr unterschiedliche Bestimmungen. So ist in Wien z. B. die Betreuung durch die mobilen Krankenschwestern kostenlos. Auch entstehen WienerInnen mit geringen Einkommen für viele soziale Dienste keine Kosten. Ansonsten bezahlen HeimhilfeklientInnen monatliche Pauschalbeiträge, die nach Einkommen gestaffelt sind. In anderen Bundesländern werden auch von den einkommensschwächsten Betreuten Mindestkostenbeiträge eingehoben. Es gibt auch Kostenbeitragsysteme, bei denen sich die Kostenbelastung nicht nur nach der Einkommenshöhe sondern auch nach der Intensität der Betreuung richtet. In Vorarlberg wiederum bezahlen Mitglieder der privaten Krankenpflegevereine jährliche Mitgliedsbeiträge zwischen S 100,- und S 300,-. Den Mitgliedern entstehen dann im Falle der Betreuung durch Krankenschwestern keine zusätzlichen Kosten.

In einigen Bundesländern werden die sozialen und pflegerischen Systeme in einem organisatorischen Verbund angeboten, während z. B. in Wien diese beiden Versorgungssysteme nebeneinander existieren.

In den Bundesländern werden für die ambulanten Dienste Mittel in sehr unterschiedlicher Höhe aufgewendet. In Wien wurden 1988 fast 600 Mio. S für die Heimhilfe und ca. 30 Mio. S für die Hauskrankenpflege ausgegeben. In Niederösterreich betrug 1988 die Landesförderung für ambulante Dienste ca. 35 Mio. S und im Burgenland wurde die institutionalisierte Nachbarschaftshilfe 1988 mit 4,3 Mio. S gefördert.

Pro HeimhilfeklientIn gab das Sozialamt in Wien monatlich durchschnittlich S 3.300,- aus. Das entspricht einem Aufwand von rund

S 140,- pro Einsatzstunde. Für HauskrankenpflegeklientInnen bezahlte die MA 12 rund S 500,- pro Einsatzstunde. Die im Vergleich zu den anderen Bundesländern hohen Pro-Kopf-Kosten der mobilen Alten- und Behindertenhilfe in Wien lassen sich damit erklären, daß die HelferInnen in fixen Anstellungsverhältnissen arbeiten, die Hauskrankenpflege ohne Kostenbeteiligung der KlientInnen geleistet wird, einkommensschwache Bevölkerungsgruppen auch viele soziale Dienste kostenlos in Anspruch nehmen können und der größte Teil des Verwaltungs- und Organisationsaufwandes der mobilen Versorgung aus Landesmitteln finanziert wird. In Niederösterreich liegen die Kosten des Landes für die Durchführung der mobilen Dienste mit ca. S 65,- pro Einsatzstunde weit unter denen in Wien. Eine Ursache sind die höheren Kostenersätze der KlientInnen (rund S 50,- pro Einsatzstunde und S 850,- pro Monat). Der geringe öffentliche Kostenaufwand für das Land Niederösterreich entsteht auch deshalb, weil sich die Wohlfahrtsinstitutionen an den Verwaltungs- und Organisationskosten und den Fahrtkosten beteiligen und im hohen Ausmaß HelferInnen nur auf Stundenbasis (nicht mit einer fixen Anstellung) beschäftigen.

Die Schwachstellen des ambulanten Versorgungssystems äußern sich sowohl auf mengenmäßiger als auch auf qualitativer Ebene. Auch wenn die bestehenden - aber quantitativ nicht erfaßbaren - nicht-institutionellen ehrenamtlichen Versorgungsnetze mitberücksichtigt werden, ist in den meisten Bundesländern der Bedarf an ambulanten Diensten zweifellos bei weitem nicht gedeckt. Laut Mikrozensus 1987 melden Betroffene einen Bedarf an, der zumindest eine Verdoppelung der ambulanten Dienste bedeuten würde. Die niederösterreichische Landesverwaltung hält z. B. dann die mobilen Dienste in ihrem Bundesland für flächendeckend, wenn damit bis zu fünfmal so viele Menschen wie 1988 betreut werden können. Mit Ausnahme von Wien, wo aus demographischen Gründen und aufgrund des derzeit schon relativ hohen Versorgungsgrades kein wesentlicher Ausbau in quantitativer Hinsicht für sinnvoll erachtet wird, sind alle Bundesländer bestrebt, die ambulanten Dienste auszuweiten.

Hinsichtlich einer qualitativen Verbesserung wird in den meisten Bundesländern von den Trägern der Sozial- und Gesundheitseinrichtungen eine Integration von sozialen Diensten und pflegerischen Diensten angestrebt. Weiters stellt in allen Bundesländern die Versorgung pflegebedürftiger Menschen am Wochenende, am Abend und während der Nacht derzeit ein Problem dar. Ein entsprechendes erweitertes Angebot wird von den Ländern als notwendig erachtet. Es wäre dabei aber auf die Arbeitssituation der Personen in den Hilfs- und Pflegeberufen Bedacht zu nehmen.

Der österreichische Zivilinvalidenverband weist darauf hin, daß mit ambulanten Versorgungssystemen die Bedürfnisse der Langzeitpflegefälle nicht gelöst werden können.

1.5. Stationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen

Laut Volkszählung 1981 lebten in jenem Jahr ca. 50.000 über 60-Jährige in Anstalten. 3,6 % der über 60-Jährigen werden stationär versorgt. Dies war bei 1,3 % der 60- bis 70-Jährigen, 3,3 % der 70- bis 80-Jährigen und 10,9 % der über 80-Jährigen der Fall. Es gibt in einigen Bundesländern eine beträchtliche Zahl an jüngeren Menschen, die in Pflegeheimen leben. In einer Studie des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen wurden 62,7 Jahre als das durchschnittliche Alter von Männern bei der Aufnahme in steirische Pflegeheime erhoben.

Die Versorgungsquote ist nach Bundesländern sehr unterschiedlich. In Salzburg sind 5,6 % der über 60-Jährigen und im Burgenland 1,7 % in Heimen untergebracht.

Siehe: Tabelle 3 (Originalbericht S. 17)

Von den verfügbaren Plätzen in Alten- und Pflegeheimen entfallen auf Pflegebetten ca. 25 %. Auch dieses Verhältnis ist in den Bundesländern sehr verschieden. In Wien leben annähernd gleichviele Menschen in Wohntrakten der Altenwohnheime und in stationären Pflegeeinrichtungen, während in anderen Bundesländern auf die Pflegebetten oft weniger als 20 % entfallen.

In Gesamtösterreich verfügen Altenwohnheime über durchschnittlich 80 Wohnplätze, in Wien über durchschnittlich 165 Wohnplätze und in Vorarlberg unter 50 Plätze. Noch stärker variiert die durchschnittliche Heimgröße für Pflegeheime. Das größte Pflegeheim (Lainz) verfügt über 3.200 Pflegeplätze. In Niederösterreich hat das größte Pflegeheim 250 Plätze und in Vorarlberg 65 Plätze.

Hinsichtlich der qualitativen Ausgestaltung der Heime und der Bedeutung, die dem diplomierten Betreuungspersonal zugemessen wird, variieren die einzelnen Heime sehr stark.

Bei der Gegenüberstellung von Tagsätzen muß man berücksichtigen, daß in keinem der Bundesländer die Höhe der Kostenvorschreibungen aufgrund betriebswirtschaftlicher Kalkulationen festgelegt wird. Die

niedrigsten Tagsätze in Altenwohnheimen gibt es in Niederösterreich (S 137,- bis S 288,- pro Tag), die teuersten in Wiener Altenwohnheimen (S 301,-). Die billigsten Pflegeheimplätze stehen derzeit im Burgenland zur Verfügung (S 340,- bis S 410,-), Wien und Niederösterreich verrechnen zwischen S 430,- und 500,-.

Laut Mikrozensus 1987 sind ca. 40.000 über 60-Jährige in Österreich auf den Anmelde Listen von Altenwohn- und Pflegeheimen, wobei überwiegend Plätze in Wohnheimen nachgefragt werden. Großstädte (vor allem Wien) sind bei den Anmeldungen für stationäre Alteinrichtungen weit überrepräsentiert. Den BewohnerInnen von Altenwohn- und Pflegeheimen in Wien stehen fast viermal so viel Wartende gegenüber. Die hohe Nachfrage nach stationären Wohnmöglichkeiten steht im Zusammenhang mit den zunehmenden Problemen einer adäquaten familiären Versorgung und mit einem zu geringen Angebot an ambulanten Diensten. Keinesfalls kann dies als Akzeptanz der derzeitigen stationären Einrichtungen gedeutet werden.

Alternativen zu Altersheimen und zur mobilen Betreuung:

Teilstationäre Einrichtungen oder kleine nur teilweise betreute Wohnformen als Zwischenglied oder Alternative zu den heute üblichen stationären Einrichtungen bzw. zu den rein ambulanten Diensten werden in Österreich im Gegensatz zu vielen anderen Industriestaaten momentan noch äußerst marginal angeboten. In Wien gibt es zwei Tageszentren für alte Menschen, in Vorarlberg 12 Altenwohnungen für jeweils 8-12 Senioren und in Niederösterreich einige wenige betreute Seniorenwohnungen.

1.6. Schwachstellen im System der Pflegevorsorge

Im Rahmen eines Hearings wurden von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen sowie von MitarbeiterInnen sozialer und medizinischer Betreuungseinrichtungen folgende Kritikpunkte am derzeitigen Zustand der Pflegevorsorge vorgebracht:

Ein berufstätiger Behinderter (Halswirbelbruch, Rollstuhlfahrer) kritisierte das unzureichende bzw. zu bürokratische Angebot an Fahrtendiensten. Da eine entsprechende Umgestaltung der öffentlichen Fahrtendienste sehr teuer käme, wären nach seiner Ansicht direkte finanzielle Zuschüsse für die Betroffenen die kostengünstigere Alternative. Mit dem ihm zur Verfügung stehenden Pflegegeld (ca. S 2.500,-) sei es kaum möglich, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden Zusatzkosten ausreichend abzudecken. Ein Teil seines Gehaltes muß zur Finanzierung von Pflegediensten verwendet werden. Allein die Heimhilfe kostet ihn mehr, als ihm durch das Pflegegeld zur Verfügung steht. Er braucht von der Heimhilfe tägliche Hilfen in der Früh und am Abend für lebensnotwendige Verrichtungen. Die darüber hinausgehenden Hilfen von Freunden (an Wochenenden, in der Nacht) werden unentgeltlich erbracht. Dies wird als unbefriedigender Zustand betrachtet, da der Behinderte so in die Rolle eines Bittstellers gedrängt wird.

Ein Vater eines behinderten Kindes (Mongolismus) bedauert, daß es in Österreich nur in Ansätzen Früherkennung und Frühförderung gibt. Sehr oft wird Kindern mit derartigen Beeinträchtigungen im Vorhinein die soziale und intellektuelle Entwicklungsfähigkeit abgesprochen oder die einzige Möglichkeit für Förderungen dieser Kinder wird in Sondereinrichtungen, d. h. abseits von gleichaltrigen nichtbehinderten Kindern, gesehen. Ziel sollte es sein, letztlich auf Sonderkindergärten, Sonderschulen und andere Sondereinrichtungen verzichten zu können. Die integrativen Einrichtungen müßten besser als jetzt mit therapeutischen Angeboten ausgestattet sein. Es wäre Aufgabe der Krankenkassen, in ihrem Leistungsangebot diverse Therapien hinsichtlich Frühförderung anzubieten. Dies dürfte nicht auf ärztliche Tätigkeit beschränkt sein. Weiters müßte gewährleistet sein, daß im Falle einer temporären Verhinderung einer Betreuung durch die Eltern entsprechender Ersatz angeboten wird. Dies könnte dadurch geschehen, daß sich die Familie mittels öffentlicher Pflegegelder privat im Freundeskreis "Hilfen kaufe", falls keine geeigneten öffentlichen Dienste bestehen. Für berufstätige Eltern mit pflegebedürftigen Kindern sollten entsprechend großzügigere Pflegefreistellungen ohne finanzielle Nachteile überlegt werden. Gibt ein Elternteil wegen schwerer Pflegebedürftigkeit der Familienangehörigen seine Berufstätigkeit auf oder kann ein Elternteil deshalb erst gar nicht in das Berufsleben eintreten, müßte dafür sozialrechtlich vorgesorgt sein.

Eine ältere Frau, die mit ihrer nach einem Schlaganfall rund um die Uhr betreuungsbedürftigen Schwester zusammenlebt, betreut während der Woche in der Nacht und an den Wochenenden ganztägig ihre Schwester. Während der Woche hält sich ihre Schwester vor- und nachmittags in einem Tageszentrum auf. Die größten Probleme entstehen dann, wenn sie wegen Krankheit als Pflegeperson ausfällt. Längere Abwesenheiten von zuhause, wie z. B. Urlaub, sind unmöglich. Besuche mit der Pflegebedürftigen außer Haus sind nur ganz selten möglich. Um die

Betreuung pflegebedürftiger Menschen durch Haushaltsmitglieder zu erleichtern, wären ambulante soziale Dienste auch an Wochenenden und Abenden, mehr Tageszentren, soziale Absicherungen der Betreuungsperson sowie ihre Vertretung in Krankheits- und Urlaubsfällen, eine Einschulung der betreuten Personen und eine gewisse finanzielle Abgeltung vorzusehen.

Ein Vertreter des Dachverbandes der Angehörigenvereinigungen für psychisch Erkrankte weist auf Besonderheiten von psychischen Erkrankungen hin. Im Gegensatz zu körperbehinderten und älteren pflegebedürftigen Menschen sind psychische Erkrankungen äußerlich nicht sichtbar. Eine Folge davon ist, daß für psychisch behinderte Menschen oft kein Hilfs- und Betreuungsbedarf angenommen wird. Da die Beeinträchtigungen sehr schwankend und nur schwer vorhersehbar sind, müßte das Betreuungs- und Hilfsangebot sehr flexibel gestaltet sein. Es müßte jedenfalls sichergestellt sein, daß bei der zukünftigen Gestaltung der Pflegevorsorge die finanziellen Aufwendungen und der Betreuungsbedarf psychisch behinderter Menschen miteinbezogen werden.

Vertreter von Wohlfahrtsverbänden sehen einen beträchtlichen zusätzlichen Bedarf an Sozialen Diensten, der aber aufgrund fehlender finanzieller Mittel nicht realisiert werden kann. Auch eine Qualitätsverbesserung der Dienste (mehr Flexibilität) sei mit höheren Kosten verbunden. So notwendig zweifellos ein Ausbau der ambulanten sozialen Dienste wäre, so dürfte dies nicht durch eine Vernachlässigung der Heimangebote geschehen. Es gebe nämlich auch zusätzlichen Bedarf an stationären Pflegeeinrichtungen.

Eine Spitalsärztin einer internen Abteilung wies auf die oft mangelhafte Rehabilitation und Entlassenenvorbereitung der geriatrischen und behinderten PatientInnen in den Spitälern hin. Eine bessere Entlassenenvorbereitung würde zwar zunächst die Verweildauer der PatientInnen in den Spitälern verlängern. Auch würden sich aufgrund eines höheren Personalbedarfs von TherapeutInnen und SozialarbeiterInnen die Kosten für die Spitäler erhöhen. Dadurch könnte aber der häufig zu beobachtende "Drehtüreffekt" gemildert werden. Tatsächlich konnte aufgrund solcher verstärkter Rehabilitationsbemühungen in der Abteilung, in der die Spitalsärztin tätig ist, die spätere Einweisung der PatientInnen in Pflegeheime oder die Wiederaufnahme ins Spital reduziert werden.

Neben der weitgehend fehlenden Rehabilitation in Spitälern wird die viel zu geringe Zahl an Tageszentren und anderen teilstationären Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen kritisiert. In Wien gibt es zwei Tageszentren. Bedarf für Tageszentren wäre laut der Leiterin eines Tageszentrums für jeden Bezirk in Wien gegeben. Solche Einrichtungen sind eine enorme Entlastung für die pflegenden Personen. Weiters könnten solche Einrichtungen auch als Alternative für einige PflegeheimbewohnerInnen dienen, v. a. dann, wenn die für die Betreuung in Frage kommende Person berufstätig ist.

Ein praktischer Arzt bezeichnet die rein naturwissenschaftliche Ausrichtung in der medizinischen Ausbildung als ein wesentliches Hindernis für einen sinnvollen Umgang der ArztInnen mit den Leiden älterer und behinderter Menschen. Die von den Krankenkassen vorgegebene Honorierungsordnung biete falsche Anreize. Hausbesuche und ärztliche Gespräche seien kraß unterdotiert. Schließlich müßten die jetzigen Bestimmungen geändert werden, die eine gemeinschaftliche Organisation von verschiedenen medizinischen, therapeutischen und sozialen Professionen in Form sozialmedizinischer Zentren verhindern.

Eine Heimhelferin berichtete über das Wohnumfeld der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen. Ein beträchtlicher Teil lebt in Substandardwohnungen. Allein wegen dieses Umstandes erhöht sich der Pflege- und Hilfsbedarf beträchtlich und soziale Dienste sind oft überfordert. Entsprechende Wohnungsstandardanhebungen würden nicht nur für die Betroffenen eine große Steigerung ihrer Lebensqualität bringen, auch die HeimhelferInnen und ähnliche andere Sozialdienste könnten so von gewissen Aufgaben entlastet werden.

Der Beratungsdienst für entwicklungsgestörte Kinder und Jugendliche im Burgenland wurde vorgestellt. Durch Früherkennung, entsprechende Therapie- und Pflegeangebote sollte die Integration gefördert und die Heimeinweisung verhindert werden. Die größten Probleme zeigen sich vor allem auf der Pflegeebene, die überwiegend der Familie überantwortet wird, welche dabei oft überfordert ist. Die öffentliche Hand steht der Familie kaum zur Seite.

Im Arbeitsausschuß wurde die hier vorgebrachten Mängel der derzeitigen Pflegevorsorge unterschiedlich bewertet. Für die eine Seite ist das unzureichende qualitative und quantitative Angebot an Pflegevorsorge das zentrale Argument für die Forderung nach mehr direkten Geldleistungen an die hilfs- und pflegebedürftigen Menschen, da in vielen Fällen die Betroffenen auf eine effizientere und bedarfsgerechtere Art die Abdeckung ihres Hilfsbedarfs organisieren könnten. Für die andere Seite

ergibt sich aus der derzeit mangelnden Pflegevorsorge eher die Notwendigkeit, einen ansehnlichen Teil der für die Pflegevorsorge zur Verfügung stehenden Mittel für eine flächendeckende ambulante Versorgung und für z. B. Wohnstandardanhebungen zu verwenden. Trotz dieser unterschiedlichen Gewichtung kommen beide Denkrichtungen einander darin nahe, daß weder Geld- noch Sachleistungen allein zu befriedigenden Lösungen führen können. Es sollte eine sinnvolle Kombination an Leistungen angeboten werden, mit denen sowohl den Prinzipien der Selbsthilfe und Wahlfreiheit der Betroffenen entsprochen wird, als auch eine Mindestversorgung für alle Hilfs- und Pflegebedürftigen sichergestellt wird.

2. PRÜFUNG VON ALTERNATIVEN LEISTUNGSSYSTEMEN (einschließlich der Möglichkeit einer Pflegeversicherung)

2.1. Ziel einer Pflegevorsorge

Ziel einer Pflegevorsorge ist die bundesweite Abdeckung des Pflegerisikos durch Geld- und (oder) Sachleistungen, unabhängig vom Grund der Behinderung (Finalitätsprinzip). Unter gleichen Voraussetzungen sollen gleiche Leistungsansprüche auf Geld- und (oder) Sachleistungen bestehen; unabhängig davon, ob die Leistung vom Bund, vom Land oder von einem sonstigen Träger erbracht wird. Der Leistungsanspruch soll nicht an die Voraussetzung des Besitzes der österreichischen Staatsbürgerschaft geknüpft werden; für die Anspruchsberechtigung sollte der Wohnsitz oder der ständige Aufenthalt in Österreich genügen. Der Klub der FPÖ und die Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs treten dabei jedoch für eine Mindestaufenthaltsdauer (FPÖ: 5 Jahre) als Anspruchsvoraussetzung ein. Für die pflegebedürftigen Menschen soll grundsätzlich eine Wahlmöglichkeit zwischen der Annahme der Sachleistung und einer Geldleistung bestehen.

Von der Pflegevorsorge sollen Personen umfaßt sein, die infolge ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes ständig der Wartung und Hilfe bedürfen. Am Begriff der "Wartung" soll im Hinblick auf die umfangreiche Judikatur zu § 105a ASVG und der dadurch gegebenen Rechtssicherheit festgehalten werden.

Der Grüne Klub, der Zentralverband der Pensionisten Österreichs, die Mobilen Hilfsdienste und die österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR) vertraten dagegen die Ansicht, daß der diskriminierende Begriff der "Wartung und Hilfe" durch den Ausdruck "Hilfe (Persönliche Assistenz) und Pflege" ersetzt werden sollte. Dieser Meinung schloß sich die Lebenshilfe Österreich an und verwies auch auf den Begriff der "Beaufsichtigung" (oder "Aufsicht"), der insbesondere bei geistig behinderten Menschen relevant wäre.

2.2. Leistungen der Pflegevorsorge

Im Rahmen der Pflegevorsorge müssen sowohl direkte Geldleistungen an Betroffene erbracht als auch Sachleistungen bereitgestellt werden. Die Erbringung von Geldleistungen allein wurde nicht als umfassende zielführende Lösung angesehen. Übereinstimmend wurde festgestellt, daß auch ein vielfältiges Angebot an Sachleistungen gesichert werden muß.

Divergierende Positionen gab es zum Thema, ob den pflegebedürftigen Menschen eher durch eine Erhöhung der Geldleistungen oder ein verbessertes Angebot von Sachleistungen geholfen werden soll. So sprachen sich vor allem die ÖAR, der ÖZIV, die Klubs der Grünen und der ÖVP, die Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs sowie Ländervertreter dafür aus, in erster Linie auf ein bedarfsgerechtes Pflegegeld abzustellen, womit die pflegebedürftigen Menschen in die Lage versetzt würden, selbst für ihre notwendigen Pflegeerfordernisse vorzusorgen und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Durch die Gewährung von ausreichenden Geldleistungen könnten sich die Betroffenen die erforderlichen Hilfen selbst organisieren.

Andererseits gab es eine beträchtliche Zahl von Mitgliedern der Arbeitsgruppe, der es vor allem um den Aufbau eines bundesweiten Netzes von Sozial- und Gesundheitssprengeln ging, innerhalb derer die verschiedenen Dienste zur Wartung und Hilfe angeboten werden, wobei Wahlmöglichkeiten für den pflegebedürftigen Menschen bestehen sollen.

Die Lebenshilfe Österreich legt Wert auf die Feststellung, daß jene Leistungsansprüche nach den jeweiligen Landesbehindertengesetzen unberührt bleiben sollen, die die Förderung behinderter Menschen (vor allem mit einer geistigen Behinderung) vorsehen, weil es sich dabei nicht um Leistungen der Pflege handle.

2.2.1. Geldleistungen

Zielvorstellung ist die Vereinheitlichung aller zweckgebundenen Leistungen, die für die Abgeltung des Pflegebedarfes ausbezahlt werden. Als Geldleistung kommt ein Pflegegeld in Betracht. Dieses soll dazu beitragen, daß die pflegebedürftige Person die notwendige Wartung und Hilfe in häuslicher Pflege erhalten kann.

Nach Ansicht des Grünen Klubs muß gewährleistet werden, daß hilfs- und pflegebedürftige Personen durch bedarfsgerechte Leistungen ein selbstbestimmtes Leben führen können.

2.2.1.1. Stufenregelung

Grundsätzliche Einigkeit besteht jedenfalls darüber, daß das Pflegegeld bedarfsorientiert sein und zur Abdeckung des pflegebedingten Mehraufwandes dienen soll. Die Höhe des Pflegegeldes soll in Stufen gewährt werden, wobei die Schwere der Pflegebedürftigkeit und der Umfang sowie die Qualität der notwendigen Wartung und Hilfe berücksichtigt werden sollen. Mehrheitlich wird ein Pflegegeld in Höhe der derzeit nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes gewährten Pflegezulage angestrebt.

Hinsichtlich der Stufenregelung wurden im wesentlichen zwei Modelle diskutiert:

Modell 1 geht von einer 4- bis 7-stufigen Regelung unter Einbeziehung des derzeitigen Hilflosenzuschusses als erste Stufe aus. In einem solchen Fall würde die Judikatur des OHG zum Hilflosenzuschuß sowie die Richtlinien des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger zu beachten sein. Die Pflegebedürftigkeit müßte mindestens im Ausmaß der Stufe 1 (= Hilflosenzuschuß) nachgewiesen werden.

Modell 2 sieht 3 Stufen unter Anrechnung des beizubehaltenden Hilflosenzuschusses vor, wobei in diesem Fall die Stufe 1 relativ hoch angesetzt werden müßte.

Für beide Vorschläge gilt, daß ein Anspruch auf Pflegegeld nur besteht, wenn der pflegebedingte Mehraufwand das Ausmaß der jeweiligen Stufe 1 bzw. des Hilflosenzuschusses erreicht. Liegt zwar Pflegebedürftigkeit vor, erreicht der Mehraufwand dieses Ausmaß jedoch nicht, so gebühren lediglich Sachleistungen.

Nach einer vorwiegend von den Vertretern der Länder geäußerten Ansicht kann bei einem mehr als 3-stufigen System die Einstufung differenzierter und somit gerechter vorgenommen werden. Eine 4- bis 7-stufige Lösung würde einen geringeren finanziellen Aufwand bedingen.

Demgegenüber wurde die Meinung vertreten, daß bei einem 4- bis 7-stufigen System mit einem erhöhten Administrationsaufwand und somit höheren Kosten gerechnet werden muß.

Zur näheren Regelung der Pflegestufen wurden verschiedene Auffassungen vorgebracht:

* Nach Ansicht des Grünen Klubs sollte die Abdeckung besonderer pflegebedingter Aufwendungen vorgesehen werden und die Möglichkeit bestehen, im Einzelfall auch über die höchste Stufe hinaus Geldleistungen zu erbringen. Es wurde eine individuelle Festlegung des Bedarfs ohne starre Grenzen vorgeschlagen. Weiters wurde vom Grünen Klub eingebracht, daß bei der Einstufung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nicht allein medizinische Faktoren ausschlaggebend sein dürfen, sondern auch die individuellen Lebensumstände der betroffenen Menschen (z. B. Lage und Ausstattung der Wohnung, Infrastruktur, Mobilitätserschwerisse etc.) berücksichtigt werden müssen.

* Der Österreichische Landarbeiterkammertag schlug ein Modell vor, das von einer Leistung für Vollpflege ausgeht und nach einer Indikationsliste Teilleistungen nach einem Prozentsatz der Vollpflege vorsieht.

* Nach Ansicht des Österreichischen Arbeiterkammertages könnte ein Grundpflegegeld vorgesehen werden. Für besondere Erschwernisse könnte dieses durch festgestellte Steigerungsprozente erhöht werden.

* Der Pensionistenverband Österreichs hält eine 3-stufige Regelung, mit der im Regelfall das Auslangen gefunden werden könnte, für vorteilhaft. Bei Vorliegen besonderer Erschwernisse wären außerordentliche Zuschläge zu gewähren.

* Der Zentralverband der Pensionisten Österreichs befürwortet unter Hinweis auf einen geringeren Ermessungsspielraum ein 5-stufiges System. Er fordert, daß die erste Stufe des Pflegegeldes nach unten hin offen gestaltet wird und Geldleistungen auch dann zuerkannt werden, wenn der pflegebedingte Mehraufwand die Stufe 1 des Pflegegeldes nicht erreicht. Sollte der Mehraufwand für die Gewährung einer Geldleistung

nicht ausreichen, wären zumindest die notwendigen Sachleistungen kostenlos zu erbringen.

* Nach dem Modell der ÖAR bzw. des ÖZIV soll die Höhe des Pflegegeldes in 6 pauschalierten Pflegegeldstufen geregelt werden, wobei die Höhe und Zuordnung der einzelnen Stufen sich an der Regelung des Kriegsoferversorgungsgesetzes orientieren soll. Es wird von drei gleichwertigen Kostenfaktoren (Pflege, Mobilität und persönliche Hilfsdienste) ausgegangen, die bei der Einschätzung in Pflegestufen berücksichtigt werden sollten. Auch wird darauf hingewiesen, daß Betroffene unter Umständen keine Pflege bräuchten, aber ein Bedarf an Mobilität und zusätzlicher Leistungen bestehen könnte.

* Nach Auffassung der Vertreterin des Ludwig-Boltzmann-Institutes für Altersforschung ist für alte Menschen ein 7-stufiges System nicht zumutbar, da sich der Leidenszustand laufend ändert.

* Der Vertreter des Landes Vorarlberg wies demgegenüber auf die seit 1. Jänner 1990 im Land Vorarlberg wirksame Regelung über die Gewährung eines Pflegezuschusses hin. Der Pflegezuschuß wird im Rahmen der Sozialhilfe aufgrund einer Verordnung der Vorarlberger Landesregierung, LGBl.Nr. 46/1989, in 7 Stufen je nach dem Ausmaß des Betreuungserfordernisses gewährt. Er beträgt in der Stufe 1 S 2.230,-- und in der höchsten Stufe S 15.000,-- monatlich. Gleichartige Leistungen (z. B. Hilflosenzuschüsse) werden auf den Pflegezuschuß angerechnet. Einkommen und Vermögen finden ab einer bestimmten Höhe bei der Bemessung des Pflegezuschusses Berücksichtigung. Hauptziel des Pflegezuschusses ist, die Familienpflege zu fördern. Die bisherige Erfahrung in Vorarlberg zeigte, daß es keine Schwierigkeiten bei der stufenweisen Bemessung des Pflegezuschusses gebe. Die Stufenregelung habe sich schon viele Jahre hindurch bei Vollziehung des Vorarlberger Behindertengesetzes (3 Stufen des Pflegegeldes) bewährt.

Zur Frage der Stufenregelung liegt eine Stellungnahme eines Expertenteams vom 7. März 1990 vor, derzufolge unter anderem gegen eine 7-stufige Regelung aus wissenschaftlicher Sicht keine Einwände bestehen. Weiters wird ausgeführt, daß bei einem bedarfsorientierten Pflegegeld die Dauer der Pflege trotz der damit verbundenen Einstufungsschwierigkeiten berücksichtigt werden müßte. In dieser Stellungnahme wird auch Formulierungsvorschlag zur Gliederung der einzelnen Stufen unterbreitet. Der Vorschlag lehnt sich weitgehend an das Modell der ÖAR bzw. des ÖZIV sowie die Vorarlberger Regelung an.

Eine nähere wissenschaftliche Begutachtung zur Ausarbeitung von allgemeinen Begutachtungsrichtlinien und Einschätzungskriterien muß auf der Grundlage der vorliegenden Expertise zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

2.2.1.2. Ausschluß von Doppelleistungen

Im Falle einer gesetzlichen Neuregelung soll nur eine Leistung zur Abdeckung des pflegebedingten Mehraufwandes erbracht werden. Um eine Verschlechterung im Einzelfall auszuschließen, müßten Übergangslösungen getroffen werden.

Mehrheitlich wurde die Auffassung vertreten, daß bei Wegfall des pflegebedingten Mehraufwandes (z. B. bei stationärem Aufenthalt in einer Krankenanstalt auf Kosten eines Krankenversicherungsträgers) die Geldleistung nicht an den Betroffenen zur Auszahlung gelangen soll, weil in solchen Fällen das Ruhen des Pflegegeldes eintritt.

Nach Auffassung des Grünen Klubs, der ÖAR, des Zentralverbandes der Pensionisten Österreichs und der FPÖ müssen den Betroffenen auch bei stationärem Aufenthalt Geldleistungen gewährt werden, damit sie sich Persönliche Assistenz, die von der Einrichtung nicht geboten werde, beschaffen können. Ein teilweises Abtreten des Pflegegeldes in Form einer Legalzession wird als denkbar erachtet.

2.2.1.3. Berücksichtigung des eigenen Einkommens

Das Pflegegeld soll unabhängig vom Vermögen gewährt werden, wobei die Frage besteht, ob ein Einkommen über der Einkommensobergrenze (etwa Höchstbeitragsgrundlage nach dem ASVG) einschleifend berücksichtigt werden soll.

Mehrheitlich wurde die Ansicht vertreten, daß Geldleistungen unter Berücksichtigung (Anrechnung) eines die Einkommensobergrenze überschreitenden Einkommens im Sinne einer Einschleifregelung gewährt werden sollen. Demgegenüber haben die ÖAR und der Grüne Klub unter Hinweis auf das Gleichheitsprinzip vorgeschlagen, Geldleistungen unabhängig vom Einkommen zu gewähren, da es ausschließlich um den Ausgleich behinderungsbedingter Mehraufwendungen gehe.

2.2.2. Sachleistungen

Parallel zu den Geldleistungen muß es zum flächendeckenden Ausbau und adäquaten Angebot sozialer Dienste kommen. Hiefür hätten die Länder unter Abschluß von Vereinbarungen nach Artikel 15a B-VG Sorge zu tragen. Wesentlich ist, daß die Sachleistungen nicht nur in ausreichender Zahl, sondern auch in verbesserter Qualität angeboten werden. Dem pflegebedürftigen Menschen soll grundsätzlich die Wahlmöglichkeit zukommen, die erforderlichen Dienste für sich selbst zu besorgen oder Leistungen von dafür eingerichteten Trägerorganisationen in Anspruch zu nehmen. Als Diskussionsergebnis wurde festgehalten, daß es zu einer Verbindung von bestehendem Gesundheitssystem und auszubauendem Pflegesystem kommen muß. Nur eine gemeinsame Reform des Gesundheitsversorgungssystems, der Struktur der sozialen Krankenversicherung und des Pflegesystems kann zum angestrebten Erfolg führen.

2.2.2.1. Beratung²⁾

Die Beratung bildet einen wesentlichen Bestandteil der angebotenen Hilfe. Es muß eine Verpflichtung der Träger gegenüber den pflegebedürftigen Menschen und den Pflegepersonen bestehen,

- * fachliche Beratungen über Leistungen und Hilfen
- * Anleitung zur eigenständigen Durchführung der Pflege unter Berücksichtigung der Wünsche des pflegebedürftigen Menschen und unter Einbeziehung von Betroffenen sowie
- * die Erstellung eines Rehabilitations- und Pflegeplanes allenfalls auf Grund einer Teamberatung anzubieten und
- * Selbsthilfe in den verschiedenen Formen zu fördern.

Die Beratung hat durch speziell ausgebildetes Personal zu erfolgen.

Die ÖAR hat darauf hingewiesen, daß ihrer Ansicht nach einem/r an Ort und Stelle tätigen PflegeberaterIn gegenüber einer zumeist am Behördensitz erfolgenden Teamberatung der Vorzug zu geben sei.

Der Grüne Klub hat insbesondere die Notwendigkeit der Förderung von Selbsthilfegruppen in den Vordergrund gestellt.

2.3. Sicherung für die Pflegepersonen³⁾

Sowohl den pflegenden Familienangehörigen als auch familienfremden Personen soll die Möglichkeit der begünstigten Pensionsversicherung unter Bedachtnahme auf den bisherigen Versicherungsverlauf bei hohem Pflegeaufwand (nach Pflegestufe) gegeben werden, wenn wegen der Pflege keine versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann. Eine begünstigte Pensionsversicherung sollte auch dann gewährt werden, wenn vorher keine Erwerbstätigkeit der Pflegeperson bestanden hat.

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger Österreichs hält eine begünstigte (freiwillige) Pensionsversicherung für nicht zweckmäßig und tritt für eine Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung für jene Personen ein, die behinderte Menschen im Allgemeininteresse pflegen. Die Beitragsgrundlage für solche Zeiten könne dabei je nach Pflegeaufwand abgestuft sein.

Für freiwillige und stundenweise Hilfe soll die Aufnahme in die Unfallversicherung mit einem Kostenbeitrag geschaffen werden.

Überwiegender Konsens konnte auch darüber erzielt werden, daß ein gleichwertiger Sozialversicherungsschutz sichergestellt sein sollte, wenn ein Dienstverhältnis ausschließlich wegen der Erbringung von Pflegeleistungen beendet wurde.

2.4. Fachliche Qualifikationen der Pflegepersonen⁴⁾

Die Pflegeleistungen müssen durch ein entsprechend qualifiziertes Personal erbracht werden. Zur Sicherung eines hohen Ausbildungsniveaus sowohl im öffentlichen als auch im privaten Bereich soll die fachliche Qualifikation der Pflegepersonen eindeutig geregelt werden.

Nach dem Alternativvorschlag des Grünen Klubs soll die fachliche Qualifikation von Personen, die Hilfe und Pflege ("Persönliche Assistenz") leisten, bedarfsgerecht geregelt werden.

Der ÖZIV vertrat den Standpunkt, daß nur im Rahmen der Krankenversorgung und bei besonderen Behinderungsformen qualifiziertes Personal erforderlich sei, beim Gros der Pflegefälle jedoch

die Hilfestellung überwiegend von willigen und einfühlsamen Personen erfolgen könne.

Für die Hauskrankenpflege soll zusätzlich zu der bereits gesetzlich geregelten Pflege durch Diplomkrankenschwestern und -pfleger auch die Pflege durch andere Dienste geregelt werden (z. B. AltenhelferIn). Darüber hinaus sollen für die in den Sozialdiensten tätigen sonstigen Personen Berufsbilder bundeseinheitlich geschaffen werden.

2.5. Anzeige- bzw. Genehmigungspflicht

Die Führung von Einrichtungen, die Hilfe und Pflege anbieten und organisieren, sollte unter Wahrung der Zuständigkeit der Länder anzeige- bzw. genehmigungspflichtig werden.

2.6. Verfahren

Für das Verfahren sollten nachstehende Grundsätze gelten:

* Auf Geldleistungen ist ein Rechtsanspruch einzuräumen. Bei den Sachleistungen ist ein Rechtsanspruch auf Hauskrankenpflege (die von der Krankenversicherung zu tragen ist) und ähnliche therapeutische Maßnahmen⁵⁾ vorzusehen. Im übrigen wären die Träger zu verpflichten, Sachleistungen anzubieten und in pflichtgemäßem Ermessen zu gewähren. Es ist nicht auf jede einzelne Sachleistung ein Rechtsanspruch einzuräumen.

* Die Antragstellung auf Gewährung von Geldleistungen hat durch den Betroffenen oder einen Bevollmächtigten zu erfolgen. Die Antragstellung auf Gewährung von Sachleistungen soll auch durch Dritte möglich sein; es ist auch eine amtswegige Einleitung des Verfahrens vorzusehen.

* Die Beurteilung der Einstufung soll erforderlichenfalls durch Zusammenwirken der notwendigen Fachleute (Arzt/Ärztin, SozialarbeiterIn, Psychologe/in, ErgotherapeutIn, diplomierte/r Krankenschwester/pfleger, etc.) geschehen.

* Sollte das AVG keine Anwendung finden, wäre das Parteiengehör zwingend vorzusehen.

Die ÖAR schlug als Ergänzung vor, daß im Verfahren die Möglichkeit der Selbsteinschätzung durch den Betroffenen vorgesehen werden sollte.

Der Grüne Klub brachte unterstützt vom Zentralverband der Pensionisten Österreichs vor, daß auf Antrag der/s Betroffenen eine individuelle Feststellungsprüfung zu erfolgen hätte, wenn die/der Betroffene mit der schematischen Zuordnung zu einer Pflegegeldstufe nicht einverstanden sei.

2.7. Organisationsmodelle

Nach Möglichkeit soll an der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung festgehalten werden. Es ist zu beachten, daß vorgeschlagene Lösungsmodelle auf gewachsenen Strukturen und bestehenden Einrichtungen aufbauen, wobei jedoch eine aufeinander abgestimmte Vorgangsweise aller Leistungsträger für eine qualitative Verbesserung der Pflegevorsorge unumgänglich ist. Als bestehende Einrichtungen bieten sich insbesondere die Sozialversicherungsträger sowie die Landesinvalidenämter und Landesbehörden (eventuell die Bezirksverwaltungsbehörden) an. Mehrheitlich wurde darüber hinaus die Auffassung vertreten, daß der Entscheidungsträger auch für den finanziellen Aufwand aufkommen soll.

²⁾ Weitere Ausführungen zu diesem Thema in Kapitel 3.2.1.5.

³⁾ Weitere Ausführungen zu diesem Thema in Kapitel 3.2.3.4.

⁴⁾ Weitere Ausführungen zu diesem Thema in Kapitel 3.2.3.2.

⁵⁾ vgl. Kapitel 2.7.5.

Es wurde festgehalten, daß hinsichtlich der Pflegevorsorge verfassungsrechtliche Kompetenzen des Bundes im Rahmen des "Sozialversicherungswesens", der Kriegsof- und Heeresversorgung, der Opferfürsorge, (der Verbrechensopferversorgung) und im Rahmen des Pensionsrechtes der Beamten gegeben sein könnten. Als weitere verfassungsrechtliche Grundlage könnte Artikel 12 BV-G "Armenwesen" - Grundsatzgesetz des Bundes und Ausführungsgesetze der Länder - herangezogen werden. Im übrigen ist die Zuständigkeit der Länder gemäß Artikel 15 BV-G (Generalklausel) gegeben.

Für die Vollziehung der Pflegevorsorge bieten sich unter möglichster Beibehaltung der bisherigen Kompetenzverteilung folgende Organisationsmodelle an:

2.7.1. Vollziehung im Rahmen der unmittelbaren Bundesverwaltung und der Landesverwaltung

Die gesetzliche Regelung des Pflegegeldes hätte für alle pflegebedürftigen Menschen, für die es eine Bundeskompetenz gibt, durch Bundesgesetz zu erfolgen. Die in diesen Rechtsbereichen über die Leistungsgewährung entscheidenden Stellen, wie z.B. die Sozialversicherungsträger, Landesinvalidenämter und Dienstbehörden, könnten auch für die Administration des Pflegegeldes herangezogen werden.

Mehrheitlich hat man sich für eine Zuweisung der Geldleistungen an bereits befaste Stellen und gegen die Einrichtung neuer Apparate ausgesprochen. Bei Umwandlung des Hilflosenzuschusses in Pflegegeld bietet sich eine Vollziehung der Geldleistungen durch die Pensionsversicherung an. Diesfalls wären Ansprüche im Leistungsstreitverfahren durchzusetzen. Als Vorteil wurde festgehalten, daß eine solche Lösung rasch realisierbar wäre. Insbesondere die Vertreter der Länder, die Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft, die Parlamentsklubs der Sozialistischen Partei und der Österreichischen Volkspartei haben sich für diese Konstruktion ausgesprochen.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hält es dagegen für nicht zweckmäßig, daß für einen Teil der in Frage kommenden Personen das Pflegegeld von den Pensionsversicherungsträgern gezahlt wird und für alle anderen Personen andere Stellen zur Auszahlung zuständig sind. Die Auszahlung sollte nur von einer Stelle erfolgen.

Die ÖAR und der ÖZIV bevorzugen eine Konzentration bei Bundesbehörden, wobei die Landesinvalidenämter über das Pflegegeld entscheiden sollten. Die Bezirksverwaltungsbehörden könnten mit den Ermittlungen vor Ort beauftragt werden. Bei dieser Konstruktion würde den Betroffenen ein Instanzenzug offen stehen.

Die Einrichtung einer Zentralstelle wäre vor allem für Neubewilligungen und Neubemessungen denkbar. Eine solche Regelung wäre insofern problematisch, als die Administration der bereits bewilligten Hilflosenzuschüsse bei den Pensionsversicherungsträgern verbleiben müßte und bei Einrichtung einer Bundesbehörde als zentraler Administrationsstelle noch abzuklären wäre, ob im Hinblick auf Artikel 102 Abs. 2 BV-G eine Verfassungsänderung zu erfolgen hätte.

In beiden Fällen müßten sich die Länder zusätzlich durch Verträge gemäß Art. 15a BV-G verpflichten, das Pflegegeld für den durch die bundesgesetzliche Regelung nicht umfaßten Personenkreis unter gleichen Voraussetzungen und in selber Höhe wie der Bund zu gewähren und freiwerdende Gelder für den Ausbau sozialer Dienste zu verwenden. Darüber hinaus müßte den Ländern eine Verpflichtung auferlegt werden, nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden und zusätzlich freiwerdenden Mittel dafür Sorge zu tragen, daß von geeigneten Institutionen Sachleistungen flächendeckend - z.B. durch "Sozial- und Gesundheitssprengel" - angeboten werden.

2.7.2. Vollziehung im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung und der Landesverwaltung

Die gesetzliche Regelung hätte ebenfalls in Form eines Bundesgesetzes zu erfolgen; auch wären analog der Vollziehung im Rahmen der unmittelbaren Bundesverwaltung mit den Ländern entsprechende Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG abzuschließen.

In erster Instanz würden die Bezirksverwaltungsbehörden oder Landesinvalidenämter und in zweiter Instanz der Landeshauptmann über das Pflegegeld entscheiden. Allerdings hat sich in der Praxis (Opferfürsorge und Tuberkulosehilfe) die Leistungsverwaltung im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung nicht bewährt. Einer Konstruktion, bei der der Entscheidungsträger auch für den finanziellen Aufwand aufkomme, wäre der Vorzug einzuräumen.

Als Vorteil dieser Organisationsform wurde angeführt, daß die Beratung und Entscheidung vor Ort durch die Bezirksverwaltungsbehörde erfolgen könnte; es wäre aber auch vorstellbar, daß die

Bezirksverwaltungsbehörde im Verfahren nur als ersuchte Behörde fungierte und das Landesinvalidenamt über die Leistungsgewährung entscheidet. Auch die Erstellung eines Pflegeplanes im Rahmen von Teamberatungen könnte vor Ort erfolgen.

Da für die Durchführung der Pflegevorsorge im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung gemäß Artikel 102 Abs. 1 B-VG die Zustimmung der Länder erforderlich wäre, müßte mit langwierigen Verhandlungen mit den Ländern gerechnet werden.

2.7.3. Einrichtung eines Fonds

Es wäre auch die Einrichtung eines Fonds durch ein Bundesgesetz ähnlich dem Nationalfondsgesetz oder dem Familienlastenausgleichsgesetz denkbar.

Der ÖZIV hat als größten Vorteil der Fondslösung die Möglichkeit der Vereinheitlichung der Pflegevorsorge angesehen. Demnach sollten Bundesbeiträge, Länderbeiträge und Sozialversicherungsbeiträge in einen Fonds fließen und sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit Pflege von einer Stelle erbracht werden.

Während der ÖZIV und der österreichische Landarbeiterkammertag die Einrichtung eines Fonds zur Administration von Geldleistungen für möglich erachten, sieht der österreichische Arbeiterkammertag die Aufgabe eines Fonds darin, Geldmittel zu verwalten und den Ausbau sozialer Dienste zu steuern. Nach Ansicht des österreichischen Arbeiterkammertages könnte einem Fonds koordinierende, impulsgebende und steuernde Funktion zukommen⁶⁾.

Es wäre vorstellbar, den Fonds als "Starthilfe" zu konstruieren, um erforderliche Impulse auszulösen.

Demgegenüber wurde von Vertretern der Länder und der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft betont, daß ein Fonds eine zentralistische Lösung darstelle und die Verteilung der Geldmittel durch einen behäbigen Verwaltungsapparat mit zusätzlichem Personalaufwand erfolgen würde; dies gelte auch für eine zeitlich befristete Fondslösung.

Der Zentralverband der Pensionisten Österreichs und der Österreichische Pensionistenring haben sich unter Hinweis auf die Möglichkeit der Zweckentfremdung der zur Verfügung stehenden Mittel gegen eine Fondslösung ausgesprochen.

Abschließend konnte Übereinstimmung darüber erzielt werden, daß eine Steuerungs- und Koordinationsfunktion auch durch Abschluß von Verträgen mit den Länder gemäß Artikel 15a B-VG erzielt werden könnte.

Vom Zentralverband der Pensionisten Österreichs wurde darauf hingewiesen, daß im Falle einer solchen Regelung die länderweise unterschiedlichen Regreßbestimmungen aufgehoben werden müßten.

Zum Leistungsangebot wurde festgestellt, daß bei einer möglichen Ausweitung des sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriffes unter Umständen von der Schaffung eines eigenen Versicherungsfalles der Pflegebedürftigkeit abgesehen werden könnte. Hauskrankenpflege, Rehabilitation, ambulante medizinische Fachdienste aber auch Pflege im sogenannten Asylierungsfall werden faktisch zum Teil schon heute aus dem Versicherungsfall der Krankheit geleistet und könnten bei einer Erweiterung des Krankheitsbegriffes künftig zur Gänze und rechtlich einwandfrei nicht nur als freiwillige Leistung, sondern auch als Pflichtleistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit geleistet werden. Ein Anspruch auf soziale Dienste im Rahmen der Versicherung wäre jedoch nicht einzuräumen. Der Ausbau der sozialen Dienste bliebe im Kompetenzbereich der Länder.

Hinsichtlich der Geldleistungen ist die Umwandlung des Hilflosenzuschusses in ein 7-stufiges Pflegegeld vorstellbar. Die Geldleistungen würden daher primär vom Pensionsversicherungsträger, die Sachleistungen vom Krankenversicherungsträger erbracht. Die Einhebung der Versicherungsbeiträge könnte über die Krankenversicherung erfolgen.

Um eine Gleichstellung der Betroffenen zu erreichen, müßten vom Bund mit den Ländern Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG getroffen werden, in denen sich die Länder verpflichten, unter denselben Voraussetzungen gleich hohe Leistungen wie der Bund zu erbringen. Weiters müßten sich die Länder verpflichten, freiwerdende Mittel für den Ausbau eines flächendeckenden Netzes sozialer Dienste zu verwenden sowie Einrichtungen der Pflege zu fördern.

Nach Ansicht des Grünen Klubs würden die freiwerdenden Mittel der Länder keinesfalls ausreichen, um den Ausbau eines flächendeckenden

⁶⁾ Weitere Ausführungen zu diesem Thema im Kapitel 3.2.2.2., c)

Netzes sozialer Dienste zu gewährleisten. Es müssen daher weitere Finanzierungsquellen ausfindig gemacht werden.

Vom Versicherungsträger wären - ähnlich wie derzeit im Rahmen der Krankenversicherung - mit Institutionen, die Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung anbieten (z.B. Sozial- und Gesundheitsprengel), Verträge abzuschließen. Die Institutionen müßten nach Inanspruchnahme von Leistungen mit dem Versicherungsträger abrechnen. Sollte eine Leistung von einer Institution bezogen werden, die in keinem Vertragsverhältnis zum Versicherungsträger steht, wäre ein pauschaler Kostenersatz an den pflegebedürftigen Menschen vorzusehen, damit das Prinzip der Wahlfreiheit gewahrt bleibe. Für jenen Personenkreis, der von der Versicherung nicht umfaßt wäre, bliebe der Abschluß solcher Verträge Sache der Länder im Rahmen der Sozialhilfe.

Da das Pflegegeld zur Abdeckung des pflegebedingten Mehraufwandes dienen soll, könnte auch ein Kostenbeitrag für Sachleistungen vorgesehen werden. Sollte ein Kostenbeitrag nicht vorgesehen werden, müßte dies bei der Bemessung des Pflegegeldes Berücksichtigung finden.

Im wesentlichen wurde Einigung darüber erzielt, keine Wartezeit vorzusehen und das Pflegegeld ab dem 3. Lebensjahr zu gewähren.

Vertreter der Länder haben zum Versicherungsmodell angemerkt, daß sie es als besonders kostenaufwendig ansehen, zumal sie befürchten, die Finanzierung werde sich ähnlich wie im Spitalswesen entwickeln und es werde getrachtet werden, Pflegebetten zu füllen; dies würde zu weiteren Asylierungsfällen führen.

2.8. Grundsätze der Finanzierung

Zur Berechnung des finanziellen Mehraufwandes für ein Pflegegeld liegen unterschiedliche statistische Daten über die Anzahl der pflegebedürftigen Personen vor. Als Vorfragen wären insbesondere

- * die Personenanzahl
- * die zu erwartenden Prozentsätze nach einzelnen Stufen
- * die Höhe der Pflegestufen
- * eine 12- oder 14-malige Auszahlung sowie
- * das Ausmaß der bisher erbrachten Leistungen

zu klären.

Die Anzahl der Personen, die in den Genuß eines Pflegegeldes kommen könnten, wird auf 290.000 (ÖAR) bis 350.000 (Ergebnis der Beratungen im Ausschuß 1) geschätzt. Es stehen keine exakten statistischen Zahlen zur Verfügung.

Nach einer Berechnung des BMAS ergibt sich bei einer 12-maligen Auszahlung des Pflegegeldes ein zusätzlicher Finanzbedarf von ca. 6,5 bis 7,5 Mrd. S für geschätzte 300.000 Personen pro Jahr. Geht man von 330.000 Personen aus, errechnet sich ein jährlicher Mehrbedarf von ca. 8 bis 9,5 Mrd. S. In diesen Berechnungen sind allfällige finanzielle Auswirkungen von Übergangsregelungen zur Wahrung der Rechtsansprüche in derzeitiger Höhe nicht berücksichtigt.

Der ÖZIV errechnete 1988 den Mehrbedarf mit rund 6 Mrd. S, wobei auch eine Ersparnis der von den Ländern eingesetzten Mittel für Heimunterbringung in Höhe von geschätzten 2,5 Mrd. S berücksichtigt wurde.

Von Vertretern der Länder und der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft wurde betont, daß als Zwischenlösung auch ein Pflegegeld in der Höhe der im Land Vorarlberg vorgesehenen Beträge eingeführt werden könnte. Dies würde dann lediglich ein Mehrerfordernis von 0,7 bis 2 Mrd. S (bei 12-maliger Auszahlung) bedingen.

Von den derzeitigen Aufwendungen für Geldleistungen entfallen rund 85 % auf den Bund.

Zur Finanzierung des Pflegegeldes müssen zusätzliche Mittel aufgebracht werden. Hiefür bestehen grundsätzlich drei Möglichkeiten:

- 1) Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge
- 2) Einhebung einer Pflegehilfeabgabe
- 3) Umschichtungen von anderen Budgets (KRAZAF, Gebietskörperschaften)

Wie bereits in Kapitel 2.7.5. festgestellt, könnte die Einhebung der Versicherungsbeiträge über die Krankenversicherung erfolgen.

Bei Anhebung des Krankenversicherungsbeitrages um 1 % im Jahr 1990 würden bei den Pensionisten etwa 1,6 Mrd. S Mehreinnahmen und bei den Erwerbstätigen ca. 6,7 Mrd. S Mehreinnahmen erzielt.

Die ÖAR hat vorgeschlagen, daß Pensionisten einen Pflegehilfebeitrag von 0,6 % und Aktive von 0,8 % ihres Einkommens entrichten sollten.

Auch der Pensionistenverband Österreichs hat sich für einen eigenen Pflegeversicherungsbeitrag ausgesprochen, der im Rahmen der Krankenversicherung einzuheben wäre.

Der Österreichische Arbeiterkammertag hat unter Hinweis darauf, daß sowohl eine Anhebung der Sozialversicherungsbeiträge als auch die Einführung einer neuen Abgabe das Arbeitseinkommen der Erwerbstätigen schmälern würde, solche Finanzierungsformen abgelehnt und einen Ausgleich über die Steuergestaltung bevorzugt.

Die Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft hat jede generelle Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge und Steuern hiefür abgelehnt. Es sollten zu den derzeit bestehenden Finanzmitteln für Hilflosenzuschüsse und -zulagen und Pflegegelder auch Beiträge anderer Gebietskörperschaften wie z.B. der Gemeinden oder Finanzmittel aus dem KRAZAF hiefür verwendet werden.

Vertreter des BMF haben sich im Hinblick auf die Auswirkungen auf das Steueraufkommen (Lohn- und Einkommenssteuer) gegen eine Beitragserhöhung ausgesprochen. Es wurde auch darauf hingewiesen, daß man von einer Regelung über den Finanzausgleich keine Lösung der Finanzierungsproblematik erwarten dürfe. Auch mit der Einführung einer neuen Steuer sollte nicht gerechnet werden.

Es liegen keine Ansatzpunkte für eine seriöse Schätzung des Sachleistungsaufwandes vor. Wie unterschiedlich die Aufwendungen sind, zeigt eine vom BMAS (Grundsatzabteilung) in Auftrag gegebene Studie des Institutes für Demographie "Einrichtungen und Dienste für hilfs- und pflegebedürftige ältere Menschen in Österreich".

Die Vertreterin des Ludwig-Boltzmann-Institutes für Altersforschung hat die Auffassung vertreten, daß der Aufwand für die Geldleistungen zu jenem für die Sachleistungen im Verhältnis 1:3 stehe.

Es wurde festgehalten, daß die Kosten der Strukturentwicklung und die des laufenden Betriebes unterschieden werden müßten. In erster Linie wären die Kosten der Strukturentwicklung zu beachten, da die Aufwendungen für den laufenden Betrieb zum Teil durch das Pflegegeld refinanziert würden.

Einigkeit wurde darüber erzielt, daß die Gewährung eines Pflegegeldes zu Einsparungen der Länder im Bereich der Kosten für Heimunterbringung führen würde. Wie bereits erwähnt, müßten die Länder freiwerdende Mittel für den Ausbau sozialer Dienste verwenden; ferner wären Sonderbeiträge aus KRAZAF-Mitteln zu verwenden (vgl. KRAZAF-Vereinbarung von 1988 bis 1990 - 800 Mio. S bis 2 Mrd. S jährlich).

Nach Ansicht der Ausschußmitglieder ist damit zu rechnen, daß der Ausbau und die Verbesserung der Strukturen der sozialen Dienste in den Ländern Jahre in Anspruch nehmen werde.

Eine Umschichtung von Mitteln innerhalb der Bundesbudgets bzw. jede zusätzliche direkte oder indirekte Bundesbelastung wurde von den Vertretern des BMF kategorisch abgelehnt.

3. ALTERNATIVE SYSTEME ZU BESTEHENDEN HEIMSTRUKTUREN

Viele hilfs- und pflegebedürftige Menschen sind derzeit nur deswegen in Pflegeheimen untergebracht, weil ihnen Alternativen dazu, etwa in Form mobiler Dienste, nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Der Wechsel in die überdies teuren und entindividualisierten Pflegeheime wird in der Regel als Entwurzelung empfunden und stellt vielfach eine partielle Überversorgung dar, weil viele hilfs- und pflegebedürftige Menschen nur in Teilbereichen ihrer Lebensführung einer Unterstützung bedürfen, die Organisation der Abläufe in Pflegeheimen aber auf noch vorhandene Kompetenzen gewöhnlich keine Rücksicht nimmt.

Im Arbeitsausschuß 3 wurden deshalb Alternativen für eine menschengerechtere Lösung des Hilfe- und Pflegebedarfes vorgestellt und diskutiert, so unter anderem die Mobilen Hilfsdienste in Linz und Innsbruck, die sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste (im Rahmen regionaler Sozialstationen) in Niederösterreich, das Sozialmedizinische Nachbarschaftszentrum Untertpenzing (SMUP), das Sozial- und Begegnungszentrum St. Leonhard, INGESO 2 (Modellprojekt für die weitere Integration von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen der Stadt Wien im 2. Wiener Gemeindebezirk und der Private Krankenpflegedienst rund um die Uhr (Wien).

Dabei wurde in den wesentlichen Diskussionspunkten weitgehende Übereinstimmung erzielt. Abweichende Meinungen wurden in den Bericht eingearbeitet. Übereinstimmend wurden folgende Leitlinien für alternative Pflegestrukturen ausgearbeitet:

3.1. Leitlinien

3.1.1. Ganzheitliche Sicht

Die Bemühungen um einen Ausbau der Pflege müssen auf einer ganzheitlichen Sicht des Menschen beruhen, in der seine körperlichen, geistigen, psychischen und sozialen Bedürfnisse gleichermaßen berücksichtigt werden.

3.1.2. Helfen, ohne zu entmündigen

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß jeder Mensch kompetent ist, seine Bedürfnisse auszudrücken. Entsprechend ist der hilfs- und pflegebedürftige Mensch als letzte Instanz für alle ihn betreffenden Fragen anzusehen, Maßnahmen gegen seinen Willen (z.B. Heimeinweisungen) sind unzulässig. Das System darf auch nicht zu Unmündigkeit erziehen, sondern hat jede vorhandene Kompetenz zu fördern. Schließlich hat sein Ausbau so zu erfolgen, daß Wahlfreiheiten (zwischen verschiedenen Anbietern verschiedener Betreuungsformen) entstehen.

3.1.3. Förderung autonomer Entscheidungen

Ein selbstbestimmtes Leben der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen muß Richtschnur aller Maßnahmen sein. Die Voraussetzungen dafür müssen allerdings vielfach erst geschaffen werden, so unter anderem

- a) durch die Auszahlung eines ausreichenden und den individuellen Bedarf abdeckenden Pflegegeldes direkt an die Betroffenen (u.a. zur Sicherung der Persönlichen Assistenz);
- b) durch Training und Schulung der Betroffenen zur eigenständigen Organisation und Anleitung von Hilfen im Sinn Persönlicher Assistenz; und
- c) indem die hilfs- und pflegebedürftigen Menschen auf ein Angebot an qualifizierter Hilfe in einer geregelten Dienstleistungsbeziehung zurückgreifen können.

3.1.4. Möglichst langer Verbleib in der gewohnten Umgebung

Es sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die Betreuung hilfs- und pflegebedürftiger Personen in deren gewohnter Umgebung erfolgen kann.

3.1.5. Integration

Hilfs- und pflegebedürftige Menschen dürfen nicht ausgegrenzt werden, ihr Verweis auf spezialisierte Institutionen soll nur letzte Möglichkeit sein.

3.1.6. Vorrangiger Ausbau mobiler Dienste

In diesem Zusammenhang wurde Übereinstimmung dahingehend erzielt, daß eine Ausweitung des Angebotes an mobilen Diensten zur ambulanten Versorgung der hilfs- und pflegebedürftigen Personen sowie die Sicherung der Persönlichen Assistenz klaren Vorrang vor anderen Formen der Hilfe und Pflege zu genießen haben.

3.1.7. Flächendeckendes Angebot mit Qualitätssicherung

Das Angebot aller Hilfs- und Pflegedienste muß flächendeckend sein. Die Qualität der Leistungen muß einheitlichen Mindeststandards entsprechen.

3.1.8. Für alle Gruppen von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen

Der Ausbau der Pflegestrukturen hat sich an den Bedürfnissen aller Gruppen von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen zu orientieren, also der

- * hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen, der
- * körperlich, geistig, psychisch und sinnesbehinderten Menschen
- und der
- * behinderten Kinder und ihrer Eltern.

3.1.9. Entlastung der pflegenden Angehörigen

Der Ausbau der Pflegestrukturen darf nicht von der Bereitschaft der Angehörigen zu (stärkerem) Engagement in der Pflege abhängig

gemacht werden, sondern muß ihnen im Gegenteil eine Entlastung anbieten.

3.1.10. Institutionenvielfalt erzeugt Leistungsvielfalt

Wohl ist durch Richtlinien eine Qualitätssicherung zu garantieren, doch soll das Angebot im übrigen nicht administrativ beschränkt werden, damit es leichter zu einer Vielfalt von Leistungen kommen kann.

3.1.11. Reform der Bauordnungen und im Verkehrswesen

Hilfsbedürftigkeit entsteht oft erst in Auseinandersetzung mit einer behinderten- und altenfeindlichen Gestaltung der Infrastruktur. Reformen in den Bauordnungen und im Verkehrswesen müssen daher darauf abzielen, bestehende Barrieren zu beseitigen.

3.1.12. Begleitende Kontrolle

Die Entwicklung des Hilfs- und Pflegebedarfes und des Leistungsangebotes ist begleitend wissenschaftlich zu beobachten und dokumentieren sowie unter Mitwirkung der Betroffenen zu bewerten, damit rasch auf sich ändernde Bedürfnisse reagiert werden kann.

3.1.13. Ablehnung enger Kosten-Nutzen-Überlegungen

Bei der Neugestaltung der Pflegestrukturen ist primär vom Bedarf auszugehen. Eine Kosten-Nutzen-Analysen werden einer menschenorientierten Lösung der Pflegevorsorge nicht gerecht und übersehen überdies, daß viele "unrentabel" (aus der Sicht des jeweiligen Kostenträgers) erscheinende Maßnahmen aus volkswirtschaftlicher Sicht (durch Kreislaufeffekte) durchaus rentabel sein können.

3.2. Vorschläge zur Umsetzung der Leitlinien

3.2.1. Mindeststandards

In der Arbeitsgruppe wurde Einigkeit über die folgenden Leistungen als Grundangebot erzielt:

3.2.1.1. Ambulante Dienste

a) Soziale Dienste wie

- * Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes (Essen auf Rädern, Wäschepflege-, Reinigungs- und Reparatordienst = Schnelldienst zur Reparatur technischer Hilfen, usw.)
- * Unterstützung bei der persönlichen Hygiene
- * Familienhilfe
- * Besuchsdienst
- * Vorlesedienst⁷⁾
- * Fahrtendienst⁷⁾
- * Hilfen für die Freizeit

b) Medizinische Dienste (i.w.S.) wie

- * Hauskrankenpflege (als Pflichtleistung der Sozialversicherung)
- * Intensivierung der Hausbesuche durch praktische ÄrztInnen⁸⁾
- * Hausbesuche durch FachärztInnen⁸⁾ und PsychotherapeutInnen⁹⁾
- * Diagnostik⁹⁾
- * Therapeutische Dienste

3.2.1.2. Semistationäre Dienste

- * Tagesheime
- * Aktivierende Betreuung
- * Kurzzeitpflege, "Ferienbetten", "Feriendialyse", ...

3.2.1.3. Vorsorge

- * Gesundheitsförderung und -erziehung (Gesundenuntersuchungen, Ernährungsberatung, Diabetikerberatung und -schulung, etc.)

3.2.1.4. Nachsorge

⁷⁾ Unbedingter Vorrang ist der Entwicklung behindertenfreundlicher öffentlicher Verkehrsmittel einzuräumen. Doch werden unter Umständen Fahrtendienste für Einzelfälle weiterhin erforderlich sein.

⁸⁾ Auch ist die Bildung von Gemeinschaftspraxen zur Verbesserung der prästationären Diagnostik zu fördern.

- * Medizinische und soziale Rehabilitation für alle hilfs- und pflegebedürftigen Menschen
- * Rehabilitationsabteilungen in Krankenanstalten
- * Rehabilitationsmöglichkeiten in Pflegeeinrichtungen
- * Übergangspflege im Rahmen der Krankenbehandlung
- * Angehörige sollen so weit wie möglich einbezogen werden (Möglichkeit der Pflegehelfer in Spitälern, unter Anleitung von geschultem Personal)
- * Verpflichtende umfassende Beratung vor der Entlassung aus einer Krankenanstalt

3.2.1.5. Beratung und Information

- * Beratung und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Persönlicher Assistenz (Auswahl, Schulung, Anstellung, Verrechnung, ...)
- * Rechtsberatung
- * Beratung in anderen finanziellen und in Wohnungsangelegenheiten
- * Hilfsmittelberatung (verbunden mit einem Pool von Hilfsmitteln und Pflegebehelfen)
- * Systematische Beratung pflegewilliger Angehöriger
- * Verpflichtende umfassende Beratung über Möglichkeiten einer Betreuung im Wohnbereich vor einer allfälligen Aufnahme in stationäre Pflege

Dabei soll nach Möglichkeit auf das wichtige know how anderer Betroffener zurückgegriffen werden. Diesem Zweck dient die

- * Initiierung und (sachliche, u.a. durch Information, und finanzielle) Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Beratung durch Betroffene, "peer counselling")

3.2.1.6. Begleitmaßnahmen im Wohnbereich

- * Erhaltung der eigenen Wohnung während eines notwendig gewordenen Aufenthaltes in einer (teil)stationären Einrichtung
- * Verbindlicherklärung einer neu zu erstellenden Ö-Norm für die alten- und behindertengerechte Gestaltung aller Neu- und Umbauten durch den Gesetzgeber (Türbreiten, stufenlose Zugänge, behindertengerechte Aufzüge, vorsorglicher Leitungseinbau für medizinische Zwecke, usw.)

Zum Mindeststandard gehören auch folgende

3.2.1.7. Übergreifende Qualitätskriterien:

- * Dem hilfs- und pflegebedürftigen Menschen ist Wahlmöglichkeit hinsichtlich der Leistungen (von mobilen bis zu stationären Diensten) der anbietenden Organisationen und der HelferInnen einzuräumen
- * Die Leistungen müssen bei Bedarf rund um die Uhr zur Verfügung stehen (auch an Wochenenden und Feiertagen) und sie müssen ganzheitlich erbracht werden, auch ist auf möglichst fließende Übergänge zu achten.
- * Die Leistungen müssen für alle hilfs- und pflegebedürftigen Personen rasch abrufbar sein (Notrufsystem, Schreibtelefon bzw. Telefax, etc.)
- * zur Kontrolle und Beratung sowie als Beschwerdeinstanz sind regionale Pflegebeiräte einzurichten, die periodisch von den Betroffenen geheim zu wählen sind.

3.2.2. Organisation

3.2.2.1. Grundsätze der Strukturentwicklung

Der beschriebene Mindeststandard ist nur teilweise bereits erreicht. Aufbauend auf den bestehenden Einrichtungen und Diensten ist das Angebot zu vervollständigen. Da ein möglichst bedarfsgerechtes Angebot am ehesten durch seine Organisation vor Ort erreicht wird (flexibleres Eingehen auf die Wünsche der jeweils Betroffenen), soll die Weiterentwicklung der Strukturen möglichst wenig administrativ beschränkt werden. Sie kann privat oder öffentlich erfolgen, doch hat die öffentliche Hand jedenfalls dort einzuspringen, wo die erforderlichen Dienste von privaten Anbietern nicht oder nicht vollständig abgedeckt werden.

3.2.2.2. Sozial- und Gesundheitssprengel

Die oben beschriebenen Leitlinien können am ehesten im Rahmen eines flächendeckenden Netzes an Sozial- und Gesundheitssprengeln erfolgen. Die Benennung mit "Sozial- und Gesundheitssprengel" erfolgt wegen der engen Verflechtung der sozialen und medizinischen Dienste und der Wichtigkeit einer möglichst integrierten Betreuung (im Rahmen eine Forschungsauftrages an das österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen werden derzeit die Grundlagen für eine flächendeckende Versorgung im Rahmen von Sozial- und

Gesundheitssprengeln unter Berücksichtigung vorhandener Versorgungsstrukturen erarbeitet).

a) Begriffsklärung

Sozial- und Gesundheitssprengel sind Organisationseinheiten, die für das oben beschriebene Grundangebot an sozialen und medizinischen Dienstleistungen, HelferInnen und Einrichtungen sorgen. Das Grundangebot muß aber nicht in jedem Fall in jedem Sozial- und Gesundheitssprengel abgedeckt sein - je nach räumlichen Gegebenheiten und Ausmaß der Inanspruchnahme wird auch mit sprengelübergreifenden Angeboten das Auslangen gefunden werden können (insbesondere bei stationären Einrichtungen wie Krankenanstalten). Die durch die Sprengel erfaßten Gebiete sollen klein und damit überschaubar sein, die Gebietsgröße variiert dabei je nach den räumlichen Gegebenheiten (Einzugsbereich im städtischen Raum in der Regel kleiner, jedoch mit mehr Einwohnern), auch sind gewachsene Strukturen und demographisch bedingte Unterschiede zu berücksichtigen.

Leitlinie bei der Sprengelorganisation ist, daß damit möglichst autonome, selbstverwaltete, somit durch Betroffene und MitarbeiterInnen mitgetragene Strukturen geschaffen werden.

Neben dem bereits erwähnten Ausbau der ambulanten Dienste ist eine wesentliche Aufgabe der Sozial- und Gesundheitssprengel die Koordination und Vernetzung der Leistungsangebote des Sprengels.

Es ist dafür zu sorgen, daß Ansuchen um soziale und medizinische Dienste an die im Gebiet tätigen Personen bzw. Einrichtungen weitergeleitet werden, wobei auf eine möglichst umfassende Befriedigung der Hilfebedürfnisse Bedacht zu nehmen ist.

b) Bundeseinheitlicher Rahmen

Mehrheitlich wurde die Auffassung vertreten, daß die Grundstrukturen der Sozial- und Gesundheitssprengel, nämlich die Antworten auf die Fragen,

- * welche Leistungen (Mindeststandard)
- * wie organisiert (Organisation) und
- * von welchen Personen durchgeführt

werden sollen, bundeseinheitlich zu regeln sind. Die Vertreter der Bundesländer weisen darauf hin, daß insbesondere der Bereich der Organisation in die Zuständigkeit der Länder fällt.

Der sinnvolle Rückgriff auf bestehende Strukturen beim Aufbau von Sozial- und Gesundheitssprengel kann unterschiedliche Standards für den Beginn bedeuten, die jedoch in der Folge zu vereinheitlichen sind.

Solche breiter verankerten Vorformen von Sozial- und Gesundheitssprengeln bzw. -stationen, die Kristallisationskern für den weiteren Ausbau werden könnten, sind die etwa 140 Sozialstationen in Niederösterreich (von Volkshilfe, NÖ Hilfswerk und Caritas), die 36 Sozial- und Gesundheitssprengel in Tirol, die 53 Vorarlberger Krankenpflegevereine und die Sozialen Stützpunkte in Wien.

c) Fonds für den Aufbau der mobilen Dienste

Da die Sozial- und Gesundheitssprengel mit einem entsprechenden umfassenden Dienstleistungsangebot flächendeckend sein sollen, vorhandene Strukturen aber dieser Zielsetzung nicht entsprechen, ist der Auf- und Ausbau der Sozial- und Gesundheitssprengel ein vorrangiges Ziel.

Der Auf- und Ausbau der Sozial- und Gesundheitssprengel ist durch eine Zusammenfassung aller jetzt schon zur Verbesserung der Strukturen im ambulanten Sektor eingesetzten Mittel in einem Fonds zu sichern:

Dieser Fonds müßte mit Richtlinienkompetenz ausgestattet sein, um den Ausbau in gewünschte Bahnen lenken zu können. Um größtmögliche Kooperation zu erreichen, müssen alle Körperschaften, die Beiträge zur Verbesserung der Pflegestrukturen leisten, sowie Vertreter der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in diesem Fonds vertreten sein.

Primäre Aufgabe des Fonds ist es, die organisatorischen Grundlagen für Einrichtungen zu sichern, die die beschriebenen sozialen und medizinischen Leistungen anbieten. Förderungen kommen nur dann in Betracht, wenn die Anbieter die in den Fondsrichtlinien festgelegten Anforderungen erfüllen.

Die Vertreter der Länder sprechen sich gegen eine Fondslösung aus, da der damit verbundene Verwaltungsaufwand und die dadurch entstehenden Kosten zu hoch seien. Auch stelle ein Fonds einen schwerfälligen Apparat dar.

3.2.3. HelferInnen

HelferInnen im weiteren Sinn sind alle Mitglieder helfender Berufe (ÄrztInnen, PsychologInnen und andere TherapeutInnen, KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen und Familien-, Alten und HeimhelferInnen im Sinne Persönlicher Assistenz).

3.2.3.1. Arbeitssituation

Die Arbeitsbedingungen der HelferInnen müssen durch entsprechende Personalvermehrung (einschließlich Teilzeitbeschäftigungen) verbessert werden. Personalbedarfsberechnungen haben auf unterschiedliche Grade der Pflegebedürftigkeit Rücksicht zu nehmen und sind für alle Einrichtungen verpflichtend periodisch durchzuführen.

Die HelferInnen, gleich, ob im stationären oder ambulanten Bereich, müssen in ihren psychosozialen Fähigkeiten gestärkt werden, um die oft psychisch sehr belastenden Situationen im Umgang mit hilfs- und pflegebedürftigen Menschen auf positive Weise verarbeiten zu können. Eine Supervision durch unabhängige PsychologInnen/PsychotherapeutInnen ist für alle HelferInnen unbedingt anzubieten.

Eine verstärkte Rotation des Personals zwischen verschiedenen Abteilungen der (semi)stationären Einrichtungen wie auch zwischen dem (semi)stationären und dem ambulanten Bereich ist anzustreben. Allerdings bedeutet Rotation auch tendenziell weniger persönliche Zuwendung und Kompetenz ("ungeliebte Durchgangsstation", häufiger Wechsel der Bezugsperson), sodaß Rotation nur in einem schützenden Rahmen stattfinden sollte.

3.2.3.2. Ausbildung

Viele HelferInnen sind nur ungenügend auf ihre Aufgaben vorbereitet. Dies gilt insbesondere für den Umgang mit hochgradig und umfassend pflegebedürftigen Menschen (besonders häufig in der Altenpflege). Eine verbesserte Ausbildung ist demnach ein wichtiger Schritt dorthin, daß der hilfs- und pflegebedürftige Mensch mit seinen Bedürfnissen zum Mittelpunkt und Maßstab seiner Betreuung wird.

Da sich der Hilfs- und Pflegebedarf insbesondere von alten pflegebedürftigen Menschen ständig verändert, ist eine zu große Diversifizierung der Hilfs- und Pflegeberufe problematisch, weil sie einen zu häufigen Wechseln von unterschiedlich spezialisiertem Personal bei den Betroffenen mit sich bringen würde ("Türschnalle in die Hand-Vision").

So wichtig Professionalität im Sinn eines für anfallende Aufgaben gerüstet-Seins ist, so darf aber nicht übersehen werden, daß viele Hilfen zur Bewältigung des Alltags keine speziellen Kenntnisse erfordern, wie die Erfahrungen der Mobilien Hilfsdienste belegen. Eine Forderung, ausschließlich speziell geschultes Personal zur Hilfe einzusetzen, würde damit an den Bedürfnissen der Betroffenen in vielen Fällen vorbeigehen.

Den HelferInnen ist auf allen Ebenen die Möglichkeit zu weiterer Aus- und Fortbildung zu geben.

3.2.3.3. Betroffene als HelferInnen

Erforderlich ist nicht nur die Qualifizierung der HelferInnen - entscheidend ist auch, daß die auf Hilfe und Pflege angewiesenen Personen qualifiziert werden, eigenständig Hilfspersonen (Laien) anstellen und anleiten können (Unterstützung und Bildung der Finanz-, Organisations-, Personal und Anleitungskompetenz der auf Persönliche Assistenz angewiesenen Personen). Die Aus- und Fortbildung in diesem Bereich kann am besten durch selbst betroffene Personen erfolgen. Eine Forcierung dieses Vorschlages würde überdies dazu beitragen, daß behinderte Menschen wieder vermehrt in den Arbeitsmarkt integriert werden.

3.2.3.4. Stellung und rechtliche Absicherung der HelferInnen

Unbedingt erforderlich ist eine arbeitsrechtliche und sozialversicherungsrechtliche (Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- und Pensionsversicherung) Absicherung der HelferInnen.

Die Qualifikation der HelferInnen muß der Aufgabenstellung und den Anforderungen entsprechen.

Ehrenamtlichkeit der HelferInnen soll nicht ausgeschlossen werden, doch darf der Betroffene auf sie für die Abdeckung seiner Hilfsbedürfnisse nicht angewiesen sein.

3.2.4. Aufbau neuer Pflegestrukturen

Durch den Auf- und Ausbau von Alternativen muß der pflegebedürftige Mensch zunehmend die Wahlmöglichkeit erhalten, ob er in der eigenen

Wohnung verbleiben oder in eine Wohngemeinschaft, Wohngruppe oder in eine andere stationäre Einrichtung gehen möchte.

Dazu ist die Bildung von Wohngemeinschaften und Wohngruppen (räumliche Nähe selbständiger Wohneinheiten für 4 - 5 Personen) zu fördern, um der Ghettoisierung durch Abschieben in große Heime vorzubeugen. Es ist darauf zu achten, daß es zu keiner "verordneten" Häufung solcher Wohngruppen kommt. Die Größe neuzubauender Wohneinheiten soll dabei mindestens 60 m² (für Einzelpersonen, incl. Naßräume) betragen. Auch sind diese Wohngruppen (und Wohngemeinschaften) pflegebedürftiger Personen bevorzugt in der Nähe von Sozial- und Gesundheitsstationen anzusiedeln (das gilt insbesondere für jene mit stark pflegebedürftigen Personen mit akutem Bedarf nach medizinischen Hilfeleistungen).

Dem Verbleib in der eigenen (adaptierten) Wohnung bzw. Wohngemeinschaft und Wohngruppe ist der Vorzug zu geben. Für die Fälle, daß jemand trotz ausgebaute mobiler Dienste und behindertengerechter Gestaltung von Wohnraum und -umfeld in ein Pflegeheim gehen will, sind aber weiterhin (wenn auch in reduziertem Ausmaß) Pflegeheimplätze anzubieten.

Da vor allem jene Menschen von den neu eröffneten Alternativen Gebrauch machen werden, die weniger hilfs- und pflegebedürftig sind, werden vor allem sehr hilfs- und pflegebedürftige Menschen in die Heime gehen. Darauf ist natürlich bei den Personalbedarfsrechnungen Bedacht zu nehmen.

Die weiter bestehenden Heime sollen klein, dezentral und in die Standortgemeinden integriert sein und den Heimbewohnern die Möglichkeit einer individuellen Gestaltung ihrer Zimmer bieten (Aufbau und Aufrechterhaltung einer Intimsphäre). Deswegen ist die feststellbare Tendenz der Umwidmung großer Altenheime in große Pflegeheime oder von nicht mehr nachgefragten Krankenanstalten in Langzeitbettenstationen problematisch, weil dabei nur in den seltensten Fällen menschengerechte Strukturen geschaffen werden.

3.2.4.1. Umwandlung bestehender Großheime

Bestehende Pflegeheime sind im Rahmen von Verbesserungsprogrammen schrittweise in kleine, selbständige Wohneinheiten mit 30/40 m² Mindestgröße für Einzelpersonen/Paare umzubauen. Große Heime sind dabei nur teilweise in Pflegeeinheiten und zum anderen Teil in öffentliche Wohnungen (etwa für Jungfamilien oder Zuwanderer) umzubauen, damit einerseits eine Zusammenballung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen an einem Ort vermieden und andererseits für eine Durchmischung mit nicht hilfs- und pflegebedürftigen Personen gesorgt wird.

3.2.4.2. Keine neue Großheime

Großheime (Heime mit über 30 Pflegebetten) sollen (ÖAR und Grüner Klub: dürfen) nicht mehr neu gebaut werden. Der Schwerpunkt der Neubaubestrebungen muß unbedingt in der Schaffung von Wohngruppen liegen. Mehrheitlich wurde die Auffassung vertreten, daß für geistig, körperlich, psychisch und sinnesbehinderte Personen ausschließlich Wohngruppen vorzusehen sind (die Vertreter der Länder sprechen sich gegen diese Ausschließlichkeit aus, ÖAR und Grüner Klub wollen sie auch auf die Gruppe der alten pflegebedürftigen Menschen ausgeweitet sehen).

Um kleinere Pflegeeinheiten zu ermöglichen, als dies betriebswirtschaftlich angezeigt wäre (Untergrenze derzeit bei etwa 30 Pflegebetten), soll ein Personalverbund mehrerer kleiner Heime bzw. einer zwischen diesen Heimen und den mobilen Diensten des jeweiligen Sprengels überlegt werden. Auch ein Verbund an technischen Einrichtungen kann sich als sinnvoll erweisen.

3.2.4.3. HelferInnen in Heimen

Es ist nochmals auf die im Regelfall erforderliche Erhöhung des Personalstandes hinzuweisen. Durch die dann verbesserte Arbeitssituation des Personals wird es zu weniger Konfliktfällen zwischen den Interessen des Personals und denen der BewohnerInnen (PatientInnen) kommen. Während man in Österreich derzeit ein Verhältnis Pflegepersonal zu Pflegebedürftigen von 1 : 4,5 hat, liegt der Richtwert in der BRD bei 1 : 2,5. Dieser Wert müßte zum Mindeststandard (für leichte Pflegebedürftigkeit - zu beachten sein wird aber die erwartbare Tendenz zu höherer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner) für Österreich erklärt werden. Periodische Personalbedarfsrechnungen müssen obligatorisch sein.

In allen Heimen muß täglich ein Heimarzt/eine Heimarztin (bzw. seine/ihre Vertretung) Ordination abhalten.

In den Heimen soll es außerdem zu einer Klarlegung der Verantwortlichkeiten durch Bestellung einer kollegialen Führung kommen: LeiterIn für die Verwaltung, für den Pflegedienst und für den medizinischen Bereich.

3.2.4.4. Öffnung der stationären Einrichtungen

Die stationären Einrichtungen und die von ihnen angebotenen Dienste sind für die externe Nachfrage zu öffnen (allgemein zugängliche Ordination des Heimarztes/der Heimgärtin, Tageszentren, öffentliche Veranstaltungen im Festsaal, ...), weil dadurch neben einer besseren Auslastung der Einrichtungen auch ein Abbau der sonst üblichen Ghettoisierung in Heimen erfolgen kann.

3.2.4.5. Erhöhung der Durchlässigkeit

Es ist allgemein viel mehr Wert darauf zu legen, daß HeimbewohnerInnen eine realistische Möglichkeit erhalten, ein Heim auch wieder zu verlassen.

3.2.4.6. Heimgesetz

Heimordnung, bauliche Gestaltung und Ablauforganisation in den Heimen sind primär auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen (PatientInnen) auszurichten.

Gewisse Mindeststandards (hinsichtlich baulicher und technischer Normen und qualitativer und quantitativer Personalausstattung sowie betreffend die Heimordnungen, einschließlich des Rechts der HeimbewohnerInnen auf Mitbestimmung, Einführung einer Kostenrechnung,...) sind möglichst sofort in einem Heimgesetz festzulegen, auch wenn es langfristig keine Heime im heutigen Sinn geben sollte. In diesem Zusammenhang ist auch ein Zeitpunkt festzulegen, ab dem keine Neueinweisungen in Großheime mehr erfolgen dürfen.