

Bericht 2003 / 2004
über die
Bedarfs- und Entwicklungsplanung
für die Pflegevorsorge

Aktuelles Maßnahmenprogramm – Entwicklungstrends bis 2006

Eisenstadt, im Mai 2004

Inhaltliche Gestaltung:

Dipl.SA Erich Craß

Bereich alte Menschen (S. 1 – 33)

Teilbereich psychisch behinderte Menschen (S. 41 – 44)
(in Abstimmung mit a.o. Univ.-Prof. Dr. Karl Dantendorfer)

Anhang

wHR Dr. Alexander Pongracz

Bereich Menschen mit Behinderungen (S. 34 – 40, 45 – 46)

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit in diesem Bericht personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher bzw. weiblicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

Inhalt

Einleitung und Überblick	1
---------------------------------	---

Allgemeines zur Planung

<u>Organisation</u>	5
<u>Inhaltliche Ziele und Schwerpunkte</u>	8

Bereich alte Menschen

<u>Altersstruktur und Bevölkerungsprognose</u>	10
<u>Abschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen</u>	11
<u>Pflegegeld</u>	12
<u>Abschätzung der Verteilung der Pflegearbeit</u>	12
<u>Künftiger Mehrbedarf an professionellen Pflege- u. Betreuungsdiensten (allg.)</u>	15
<u>Sektor pflegende Angehörige</u>	17
<u>Sektor ambulante Dienste</u>	18
<u>Sektor Pflegeheime</u>	19
<u>Projekte „betreuten Wohnens“</u>	23
<u>Sektor teilstationäre Einrichtungen</u>	24
<u>Überleitungspflege</u>	26
<u>Ausbildungsbereich</u>	24
<u>Koordinierungsstrukturen</u>	28
<u>Maßnahmenprogramm und „Offensiven“</u>	30

Bereich Menschen mit Behinderungen

<u>Einrichtungen der Behindertenhilfe</u>	<u>34</u>
<u>Mobiler Beratungsdienst</u>	<u>35</u>
<u>Angebote f. behinderte Kinder im Vorschulalter und deren Eltern</u>	<u>35</u>
Hilfen im Zusammenhang	
<u>mit Schulbildung</u>	<u>37</u>
<u>mit Ausbildung und Arbeit (berufl. Eingliederung)</u>	<u>38</u>
<u>Sonstige Angebote</u>	<u>40</u>
<u><i>Teilbereich psychisch behinderte Menschen</i></u>	<u>41</u>
<i>Psychosozialer Dienst</i>	41
<i>Wohnen – Tagesstruktur – Arbeitsintegration</i>	43
<i>Sonstiges</i>	44
<u>Bedarfsprognosen und Ausbau bis 2006</u>	<u>45</u>
Anhang	47

Der nun vorliegende „Bericht 2003/2004 über die Bedarfs- und Entwicklungsplanung für die Pflegevorsorge“ (kurz: *BEP 2003/04*) wurde bereits Anfang 2003 konzipiert und wird seither laufend aktualisiert. Der permanente Planungsprozess, dessen Momentaufnahme dieser Bericht darstellt, soll künftig als Grundlage für sozialpolitische Entscheidungen dienen.

Die Grundzüge des vom international anerkannten Alterswissenschaftler *Univ.-Prof. Dr. Anton Amann* 1996 präsentierten wissenschaftl. Gutachtens zur Pflegebedarfsplanung im Burgenland gelten nach wie vor. Diese Arbeit versucht einerseits in summarischer Form Rechenschaft über die vergangenen Jahre abzulegen und andererseits vor allem eine quantitative Neubewertung der künftigen Bedarfe aus heutiger Sicht vorzunehmen, aber punktuell auch neue Akzente zu setzen.

Der weitaus größte Teil (etwa 80%) der Pflege- und Betreuungsarbeit für behinderte und alte Menschen wird von der Familie bzw. durch informelle Hilfestrukturen geleistet. Im Bundesländer-Vergleich zeigt dieser Anteil im Burgenland den höchsten Wert – allerdings nehmen wir auch beim Anteil der Senioren und der hochaltrigen Menschen an der Gesamtbevölkerung in Österreich die Spitzenposition ein. Im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts wird im Burgenland die Anzahl der 80-jährigen und noch älteren Menschen (80+) von 10.000 um über 50% zunehmen und 2011 nahezu 16.000 erreichen; in 40 Jahren wird sie bereits 32.000 betragen. Von diesen Menschen werden zwei Drittel mindestens 50 Stunden pro Monat fremde Hilfe und Betreuung benötigen und daher nach den derzeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen *Pflegegeld* erhalten.

War länger andauernde Pflegebedürftigkeit vor wenigen Generationen noch eine Ausnahmeerscheinung (u.a. infolge geringerer Lebenserwartung und schlechterer medizinischer Versorgung), so leben heutzutage immer mehr Menschen auch mit hohem Pflegebedarf noch viele Jahre lang. Die demografische Entwicklung, die modernen Lebensverhältnisse (Kleinfamilie, mehr Einpersonenhaushalte, arbeitsplatzbedingte größere Mobilität der Kinder, steigende Berufstätigkeit der Frauen,...), eine gelockerte moralische Verpflichtung, fehlendes fachliches Know-How, mangelnde physische und psychische Eignung, schwere Pflegearbeit über einen längeren Zeitraum hindurch zu verrichten – dies alles trägt zum Schrumpfen des familiären Betreuungspotenzials bei. Angesichts einer stark anwachsenden Zahl sehr alter Menschen wird daher in zunehmendem Maß die Bereitstellung professioneller Hilfsangebote zur Unterstützung oder als Ersatz der Angehörigenpflege erforderlich werden.

In dieser Situation wurde das flexibel einsetzbare Pflegegeld vor mehr als zehn Jahren in Österreich ganz bewusst auch als Beitrag zur Absicherung des familiären und informellen Unterstützungspotenzials eingeführt. Der Wegfall eines nennenswerten Teiles der familiären Pflegearbeit und deren Ersatz durch professionelle soziale Dienste und Einrichtungen würde wesentlich mehr finanzielle Mittel erfordern als das Pflegegeld derzeit in Summe ausmacht.

Im Burgenland entstanden zwischen 1998 und 2004 in allen Landesteilen 350 neue **Heimplätze für pflegebedürftige alte Menschen** – bis 2006 werden weitere 150 hinzu kommen: das entspricht einer Kapazitätserweiterung von 37%. Diesen „Bauboom“ gilt es vorerst zu bremsen bis die Auslastung der neuen Einrichtungen und eine steigende Nachfrage nach Heimplätzen die Inangriffnahme weiterer Ausbaustufen für zweckmäßig erscheinen lassen. Es erfolgte aber auch eine merkliche Qualitätsverbesserung: so konnte der Fachpersonalanteil in den Heimen wesentlich angehoben werden.

Bei den **ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten** hat sich die Personalkapazität seit 1998 um mehr als 60% erhöht; die Anzahl der pro Monat betreuten Personen stieg um ein Drittel auf etwa 1.470 (März 2004).

Das Fundament für die Qualitätssicherung der Pflege kann nur durch eine vermehrte Ausbildung von Fachpersonal gelegt werden. Weitere wesentliche Bausteine stellen eine Verbesserung der Koordinationsstrukturen, eine stärkere Vernetzung der Dienste und Einrichtungen sowie mehr Informations- und Beratungsangebote für die Betroffenen dar.

Eine Pflegepolitik, die die Familienpflege im weitesten Sinn stützen will, den Vorrang der häuslichen Pflege vor der Heimunterbringung weiterhin verfolgt und sich sowohl der Qualität der Pflege als auch der Entlastung von pflegenden Angehörigen verpflichtet sieht, wird in den ambulanten und vor allem auch teilstationären Sektor investieren müssen, und damit gleichzeitig auch neue, zukunftsorientierte Arbeitsplätze sichern können.

Denn selbst stabile Unterstützungsnetzwerke sind etwa bei schweren Formen der Demenz schnell überfordert, wenn nicht in großem Umfang entlastende Dienste, insbesondere auch Tagesbetreuung, in das Pflegearrangement einbezogen werden; dafür bedarf es aber des Ausbaus ambulanter und teilstationärer Hilfen.

Nicht zuletzt sei noch auf den wichtigen *finanziellen Aspekt* hingewiesen: Dem Land werden in den kommenden Jahren durch den starken Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger der Altenhilfe erhebliche Mehrausgaben erwachsen, dennoch dürfen aber nötige Investitionen in den außerstationären Bereich (= Betreuung außerhalb der Rund-um-die-Uhr-Versorgung im Heim) keinesfalls vernachlässigt werden. Was man hier kurzfristig einzusparen glaubt, könnte dem Land schon bald teuer zu stehen kommen. Die ambulanten Betreuungsleistungen müssen den Kunden im Burgenland zu günstigeren Bedingungen angeboten werden – nur so lässt sich das informelle Pflegepotential wirkungsvoll und nachhaltig stützen!

Die *Bedarfsabschätzung im Behindertenbereich* (körper- und geistig behinderte jüngere Menschen) fällt leichter als bei den alten Menschen: hier erfolgt eine Beobachtung behinderter Kinder ab der Geburt und eine Begleitung durch alle Entwicklungsphasen, woraus sich zwangsläufig der aktuelle Bedarf an Förder- und Unterstützungsmaßnahmen sowie Beschäftigungs- und Wohnplätzen in einer Region ergibt.

Etwas heikler gestaltet sich die Bedarfsermittlung im Bereich der psychisch kranken (behinderten) Menschen, da deren Dunkelziffer relativ hoch ist: hier wird noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten sein. Das Zusammenwirken der im Burgenland jahrzehntelang bewährten ambulanten Betreuung durch den Psychosozialen Dienst mit der im Aufbau befindlichen stationären Versorgung wird in den kommenden Jahren auch auf diesem Sektor zu einer entscheidenden Verbesserung der Versorgungslage führen, die Weichen dazu wurden bereits gestellt.

Abschließend seien drei Projekte hervorgehoben, deren Umsetzung vorrangig vorangetrieben werden sollte – *drei Chancen für das Burgenland*:

1. Die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Pflege gilt international als eine wesentliche unbewältigte Schwachstelle der gesamten Versorgungskette. Hier hat sich im Bgld. das Modell der „**Überleitungspflege**“ als *Schaltzentrale zur Pflegeüberleitung von stationär zu ambulant* bestens bewährt und sollte schleunigst *flächendeckend* implementiert werden. Das Burgenland könnte mit dieser Errungenschaft zum Vorreiter werden!

2. Im „Land der Dörfer“ sollte im Sinne einer verstärkten Gemeindeorientierung im Sozialbereich – auch als Beitrag zur sozialen Dorferneuerung/Dorfentwicklung – mit sogenannten „(Senioren-) Tageszentren“ ein neuer, noch fehlender Einrichtungstyp („missing link“) geschaffen werden. Dabei sollte das Land als Partner der Gemeinden auftreten und die Realisierung durch eine an die Hauskrankenpflege angelehnte Förderschiene für die laufenden Kosten ermöglichen helfen.

Für (jüngere) Menschen mit Behinderungen:

3. Der Ausbau des ambulant betreuten Einzelwohnens sollte forciert werden, sodass alle dafür geeigneten Personen aus den vollbetreuten Wohnheimen bzw. Übergangseinrichtungen ausgliedert werden können.

Die dafür notwendigen Mittel bewegen sich durchaus in einem leistbaren Rahmen und erscheinen angesichts der damit zu erzielenden Wirkung mehr als gerechtfertigt.

Der Bedarfs- u. Entwicklungsplan für die Pflegevorsorge im Burgenland (BEP)

wurde mit Beschluss der Landesregierung vom 7.7.1998 zur verbindlichen Leitlinie für die zukünftige Entwicklung erklärt und besteht aus drei Teilen (Planerstellungszeitraum: 1995 – 1998):

- wissenschaftliches Gutachten von Prof. Amann (Vorschau bis 2021),
- Maßnahmenprogramm (Zeithorizont bis 2011 gem. Art.15a Vereinbarung) – und als dessen Konkretisierung:
- Aktionsprogramm bis 2002

Prognosen und Maßnahmenkatalog wurden nun hinsichtlich ihrer Gültigkeit überprüft und teilweise neue Prioritäten gesetzt.

Organisation der Planung

Planung ist nicht statisch, sondern als ein vorausschauender und zielorientierter Problemlösungsprozess zu betrachten, in dessen Verlauf Prioritäten gesetzt werden. Insbesondere für einen „Altenplan“ gilt, dass seine quantitativen Vorgaben rasch „veralten“, was eine permanente Fortschreibung umso notwendiger macht.

Planung heißt auch Informationsverarbeitung. „Bedarfs- u. Entwicklungsplanung“ erfordert ein effizientes Informationssystem, somit die laufende Beobachtung der Entwicklung soziostruktureller Daten und der vorhandenen Betreuungskapazitäten, insbesondere aber

1. der Inanspruchnahme der Einrichtungen und Dienste (Betreuungsleistungen)
 - a) dies erfolgt bei den ambulanten Diensten bereits seit Jahren, das Instrumentarium (= System von Parametern und Kennzahlen) dazu wird nun verfeinert;
 - b) auch im Heimbereich wird künftig regelmäßig (pro Quartal) der aktuelle Belag bzw. eine allfällige „Warteliste“ abgefragt und etwa alle zwei Jahre sollen genaue Strukturdaten über Bewohner und Personal erhoben und ausgewertet werden (Landesstatistik);
 - c) dies gilt natürlich auch für Einrichtungen im Behindertenbereich;
2. der Anzahl der pflegebedürftigen Personen aus der Statistik der Pflegegeld-Bezieher von Land und Bund;

Beim Prozess der Bedarfsfeststellung fließen nicht-konstante und nur schwer objektivierbare Faktoren ein. Zwischen Angebotsstruktur, Nachfrage und Bedarf existieren Rückkoppelungsschleifen: wie sich Änderungen auf andere Teile des Systems auswirken, kann zahlenmäßig nur schwer abgeschätzt werden. Prognosen können daher lediglich die grundsätzliche Richtung einer Entwicklung angeben.

Hinsichtlich der quantitativen Planung soll daher eine Umstellung erfolgen:

weg von einem jeweils für einen längeren Zeitraum (ca. 5-8 Jahre) festgelegten Plan mit unverrückbaren SOLL-Größen

→ hin zu einem kontinuierlichen *Planungsprozess* (= „work in progress“), welcher auf Basis einer fortlaufenden Beobachtung (*Monitoring*) der regionalen soziodemographischen Entwicklung (Altersstruktur, Haushaltsgröße, Frauenerwerbsquote,...) sowie der Veränderung der Pflege-Infrastruktur eine zeitgerechte Anpassung der Planvorgaben an die aktuellen Gegebenheiten erlaubt.

Durch kontinuierliche Sozialberichterstattung kann es gelingen, „den Finger immer am Puls der Entwicklung zu haben“.

Richtwerte für Bedarfsgrößen können nie längerfristig gültig sein, da ihre Einflussfaktoren einem permanenten Wandel unterworfen sind. Allgemeine Richtwerte sind daher für die konkrete sozialpolitische Praxis nur bedingt anwendbar. Bedarfe lassen sich nur unter Berücksichtigung der regionalen und lokalen Rahmenbedingungen bestimmen; folglich können auch Maßnahmenkonzepte zwar auf Erfahrungen anderer aufbauen, müssen dann aber für jedes Gebiet „maßgeschneidert“ werden. Zur Grobeinschätzung von Bedarfen – quasi als Orientierungsrahmen und Richtungsweiser – eignen sich fachlich plausible Richtwerte durchaus, zusätzlich kann allerdings auf eine nachfrageorientierte Bedarfsabschätzung keinesfalls verzichtet werden, um auf der Basis der bestehenden Nachfrage mehr Sicherheit über die tatsächliche Größenordnung zu erhalten: es ist dabei aber lediglich möglich Bandbreiten von Bedarfen einigermaßen verlässlich abzustecken.

Bei der Ermittlung des Umfanges der im Burgenland künftig erforderlichen Pflege-Infrastruktur soll daher – im Gegensatz zu aufwändigen mathematisch fundierten Szenarien, welche letztlich auch nur auf einer Reihe von grob geschätzten Parametern aufbauen und sich eher zur Verdeutlichung langfristiger Entwicklungen eignen – recht pragmatisch auf ein einfaches Verfahren der Zeitreihenprojektion, nämlich die „Trendextrapolation“ zurückgegriffen werden. In Kombination mit regional angepassten, „bgld.-spezifischen“ Richtwerten sowie qualitativen Methoden und unter Berücksichtigung bekannter Einflussfaktoren sind Trendkurven durchaus zur kurzfristigen Vorausschau (bis zu 2 Jahre) und zur Abschätzung der praktischen Auswirkungen von Entwicklungen (wie etwa zur Budgetierung) geeignet.

Die Datenbasis zur Abschätzung der künftigen Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen soll gebildet werden aus der jeweiligen *Anzahl*:

- der *PG-Bezieher* pro Stufe,
- der *Heimbewohner* je Herkunftsbezirk,
- der monatl. *ambulant betreuten Personen*,

jeweils gegliedert nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken, sowie verknüpft mit aktuellen Prognosen auf Bezirksebene über die *Entwicklung der Altersbevölkerung* und der *Einpersonenhaushalte*.

Die „**Bedarfs- und Entwicklungsplanung für die Pflegevorsorge (BEP)**“ sollte also künftig in Form einer flexiblen Vorausschau gestaltet werden. Weil die Entwicklung der künftigen Nachfrage nach institutionellen Pflege- und Betreuungsangeboten aus heutiger Sicht nicht genau vorherzusagen ist, sollten im laufenden Planungsprozess

- auf der Basis sozialpolitischer Zielvorstellungen und empirischer Befunde vorerst grobe Versorgungszielwerte mit einem Zeithorizont von einigen Jahren (etwa bis 2006) mit Bandbreiten formuliert und im Zuge der Verbesserung der Datenlage immer mehr verfeinert werden;
- durch laufende Beobachtung der Entwicklungstendenzen und begleitendem IST-SOLL-Vergleich regelmäßig die Angemessenheit der vorläufigen Zielwerte überprüft werden, um diese dann gegebenenfalls neuen Erfordernissen anzupassen (jährliche BEP-Umsetzungsberichte wurden bereits seit 1999 erstellt).

Es geht also um den **Aufbau eines strategischen Planungssystems** auf Grundlage einer künftig obligatorischen jährlichen Sozialberichterstattung (siehe Novelle des Bgld. Sozialhilfegesetzes 2000, LGBl. Nr.29/2004), wobei Statistiken und Leistungsdaten zu aussagekräftigen und vergleichbaren Kennzahlen verdichtet und mit kurzfristigen Trendberechnungen kombiniert werden müssen.

Inhaltliche Ziele und Schwerpunkte

Es gelten nach wie vor die bereits im BEP 1998 vorgestellten Grundziele:

- angestrebt wird eine möglichst selbständige Lebensführung der Hilfsbedürftigen;
- ambulante Pflege und Betreuung geht vor stationärer Unterbringung:
„*soviel mobil wie möglich und soviel stationär wie nötig*“;
- gemeindenaher und dezentrale Einrichtungen haben Vorrang;
- Integration der Hilfsbedürftigen geht vor Ausgliederung.

Schwerpunkte einer zukunftsorientierten und kostendämpfenden Sozialpolitik im Burgenland liegen in der Förderung folgender Bereiche:

- **Angehörigenhilfe:** Pflegende Angehörige sollten in allen Belangen unterstützt und entlastet werden - auch durch umfassende Beratung, ambulante Dienste, Tageszentren und Kurzzeitpflege. Dem Verbleib des hilfsbedürftigen Menschen in seiner vertrauten Wohnumgebung und der Unterstützung der familiären Betreuung soll höchste Priorität zukommen, sodass eine endgültige Übersiedlung in ein Heim erst dann erfolgen soll, wenn aufgrund des hohen Grades der Pflegebedürftigkeit alle anderen ambulanten und teilstationären Hilfsmöglichkeiten sich als unzureichend erweisen.
- **Prävention** sollte in Form verschiedener Gesundheitserziehungsprogramme forciert werden.
- **Rehabilitation** sollte nicht bloß zur Wiedereingliederung ins Berufsleben erfolgen, sondern auch in der Altenhilfe zur Erhaltung einer möglichst weitgehenden Selbständigkeit.

Prävention u. Rehabilitation vermögen den Alterungsprozess positiv zu beeinflussen.

- **Selbsthilfe:**
Eine besondere Zukunftschance bietet die gezielte Förderung der Selbsthilfe-Potenziale in der Bevölkerung, worunter die Aktivierung der noch rüstigen älteren Generation zur Mitwirkung an sozialen Gestaltungsaufgaben ebenso zu verstehen ist, wie die Einbindung der Erwachsenenbildung im weitesten Sinn, um so die Gedanken der Prävention und der sozialen Dorferneuerung in alle Schichten der Bevölkerung hineinzutragen. Diesbezügliche Kontakte zu den Pensionistenorganisationen und den Trägern der Erwachsenenbildung sollten aufgenommen werden (als neues Instrument dafür: „bes. Seniorenförderung“).

NEU aufgenommen:

- **Vernetzung der Angebote:** Schnittstellen zu Nahtstellen machen; Übergänge erleichtern (Überleitungspflege – Gesundheits- u. Sozialsprengel – Verbundkonferenzen der Anbieter auf Bezirksebene);
- **Information und Beratung** über bestehende Einrichtungen, Dienste und Hilfsmöglichkeiten sollte auf allen Ebenen anvisiert werden (Info–Offensive);
- **Schaffung sozialrechtlich abgesicherter Arbeitsplätze** zur Abdeckung des außerfamiliären Pflege- und Betreuungsbedarfes.

Sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen werden nicht zuletzt angesichts der demographischen Entwicklung immer wichtiger und sie sollen darauf abzielen, die Unabhängigkeit der älteren und der behinderten Menschen zu erhalten und die Solidarität unter den Generationen und mit Menschen mit besonderen Bedürfnissen zu fördern.

„Abgesehen von den im engeren Sinn fachlich und moralisch fundierten Argumenten [...] entspräche es auch sozialpolitischer Rationalität, die Ressource „*informelle Hilfe*“ durch formelle Unterstützung davor zu schützen, dass sie völlig verschleißt. Einmal verbraucht, ist sie, wenn überhaupt, nur schwer zu ersetzen.“

Peter Zeman,
Alter(n) im Sozialstaat

Bereich alte Menschen

Altersstruktur:

Das Burgenland weist mit 24,1% die weitaus höchste Altersquote (Anteil der Bevölkerung über 60 J. bzw. 75 J. = 60+, 75+) Österreichs auf, der Anteil bei den Personen über 75 J. liegt bei 8 % (→ *Anhang: Tabelle 1*).

Landesweit ist ein deutliches Nord-Süd-Gefälle erkennbar:

- während die Altersquoten der Bezirke Neusiedl, Eisenstadt und Mattersburg bis zu 7,5% unter dem Bgld.-Durchschnitt liegen,
- weisen insbes. der Bezirk Oberpullendorf, aber auch Jennersdorf und Güssing um bis zu 9,3% höhere Werte als der Durchschnitt auf.

Bei 60+ zeigen die benachbarten Bezirke Mattersburg (22,5%) und Oberpullendorf (26,1%) die größte Differenz, bei 75+ pendeln die Werte um den Schnitt von 8% zwischen Neusiedl (7,5%) und Oberpullendorf (8,75%).

Der weitaus größte Teil älterer Menschen kann bis ins hohe Alter ein weitgehend selbständiges Leben führen. Dieser Anteil könnte durch entsprechend effektive Prävention, welche allerdings schon in jüngeren Jahren einsetzen sollte, erhöht werden.

Weit über 90% der Hochaltrigen (80+) leben im Burgenland noch in Privathaushalten – und auch von diesen sind etwa ein Drittel noch weitgehend unabhängig von fremder Hilfe und Betreuung, lediglich 30% sind als „erheblich hilfs- bzw. pflegebedürftig“ einzustufen.

Bevölkerungsprognose:

Die neuen Bevölkerungsprognosen auf Basis der Volkszählung 2001 (→ *Anhang: Tabellen 2; 3.1 und 3.2*) zeigen, dass zwischen 2001 und 2006 die Alterspopulation 60+ nur um 1.000 Personen (1,5%) zunehmen wird, während mit einer **Erhöhung der Zahl hochaltriger Menschen (80+)** von rund 10.000 auf etwa 14.000 (um ca.40%) zu rechnen ist, wodurch auch der Pflegebedarf wesentlich anwachsen wird. Zwar gibt es widersprüchliche wissenschaftliche Thesen über den künftigen Gesundheitszustand der älteren Menschen. Einerseits zeigt die bisherige Erfahrung, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit steigt, an einem oder mehreren Gebrechen zu leiden – andererseits gibt es auch die Vorstellung, dass sich durch den medizinischen Fortschritt die Periode relativer Beschwerdefreiheit und körperlich-geistiger Funktionstüchtigkeit bis ins höchste Alter ausdehnen lassen könnte: für den Zeithorizont 2006 ist in dieser Hinsicht allerdings kaum mit einer wesentlichen Veränderung zu rechnen. Daher werden wir uns darauf einstellen müssen, dass allein dieser demographische Faktor zu einer Zunahme der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen um rund 2.000 Personen führen wird.

Abschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen:

Wer braucht Pflege und Betreuung?

Legt man die – aus verschiedenen Studien stammenden – altersgruppenspezifischen Richtwerte für die Hilfs- und Pflegebedarfsquote der Bevölkerung auf das Burgenland um, so ergeben sich 20.000 bis 25.000 Personen mit mehr oder weniger großem Bedarf an fremder Hilfe/Betreuung/Pflege. Davon müssen 4.000 – 6.000 Personen (also etwa 20 – 25%) als erheblich betreuungsbedürftig bis schwer pflegebedürftig bezeichnet werden.

Eine genauere, abgestufte Klassifizierung der Pflegebedürftigkeit ergibt sich aus der Zahl der Pflegegeld-Bezieher (von Land und Bund) im Burgenland: ca. 14.700 (Ende Dez. 2003), davon bezogen etwa 28% Pflegegeld der Stufen 4 bis 7 (monatlicher Pflegebedarf: mind. 160 Std.), das sind rund 4.000 Personen.

46% der PG-Bezieher sind mind. 81 Jahre alt; in dieser Altersgruppe beziehen etwa zwei Drittel der bgl. Bevölkerung Pflegegeld.

Aus dem aktuellen Entwicklungstrend ist aus heutiger Sicht im Jahr 2006 mit über 16.000 PG-Beziehern zu rechnen (→ Anhang: Diagr. 1 u. 2).

Um regelmäßig auch regional und altersmäßig differenzierte Daten der PG-Bezieher zu erhalten, sollte alle 2–3 Jahre eine diesbezügliche Auswertung vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger angekauft und von der Landesstatistik entsprechend aufbereitet werden.

Pflegegeld gebührt erst ab einem fremden Hilfebedarf von 50 Monatsstunden. Um die Zahl der Personen mit geringerem Hilfsbedarf abschätzen zu können, müssen wissenschaftlich fundierte Richtwerte über Pflegebedarfsquoten herangezogen werden, woraus sich dafür eine Größenordnung von 40–60% der PG-Bezieher ergibt. Die Zahl der Hilfsbedürftigen ermittelt sich also aus:

PG-Bezieher + zusätzliche Personen mit geringerem Hilfebedarf.

Zu einem besonderen Problem wird künftig auch die Betreuung altersspezifisch demenzkranker Menschen werden (gemäß Richtwerten waren im Burgenland 2001 ca. 3.300 Personen betroffen – Steigerung bis 2006 um etwa 500 Personen).

Betraif die Singularisierung im hohen Alter bisher vorrangig Frauen (als Auswirkung des 2. Weltkrieges), so wird künftig die Zahl allein lebender Männer markant ansteigen und zusätzliche Nachfrage nach Angeboten der Altenhilfe erzeugen.

Auf längere Sicht gesehen hängt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen nicht nur von der Anzahl der Hochaltrigen ab, sondern auch von Veränderungen in der Lebenshaltung und im Gesundheitszustand der Bevölkerung (beeinflussbar durch Präventionsmaßnahmen – Gesundheitsvorsorge - . . .).

→ Zu „Determinanten der Pflegebedürftigkeit“ siehe auch die Darstellung im Anhang (A 1,2)!

Pflegegeld:

Eine zentrale Rolle im österreichischen System der Pflegevorsorge spielt das abgestufte, bedarfsorientierte „Pflegegeld“ (PG), auf das unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit ein Rechtsanspruch besteht. Je nach dem monatlichen Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird das PG in sieben Stufen gewährt. Das PG hat lt. Gesetz *„den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.“*

Die Entscheidung darüber, wie der Bedarf an Hilfe und Betreuung abgedeckt werden soll und ob dazu institutionelle Angebote in Anspruch genommen werden, liegt weitgehend bei den pflegebedürftigen Personen selbst bzw. deren Angehörigen.

Das österreichische Pflegegeld ist – trotz der in Einzelfällen vorkommenden, in der öffentlichen Diskussion aber immer wieder überproportional dargestellten, sogenannten „missbräuchlichen Verwendung“ – ein äußerst flexibles System, weitaus flexibler, treffsicherer und unbürokratischer als etwa die deutsche Pflegeversicherung, welche einen Mix aus Sach- und Geldleistungen beinhaltet. Darüber hinaus garantiert das PG den betroffenen Menschen Selbstbestimmung über ihr Betreuungsarrangement – was nach einem „Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen“ auch nicht vergessen werden sollte.

Ein wesentlicher Nachteil des PG lässt sich aber nicht leugnen: **„Geld pflegt nicht!“** Pflegebudgets entfalten nur dann die erwünschten Effekte einer flexiblen, qualitätsgesicherten und integrierten Versorgung Pflegebedürftiger, wenn sie mit Hilfe und unter Supervision Professioneller eingesetzt werden – darauf wurde bei der Einführung des PG zu wenig Wert gelegt. Das „Produkt Pflegegeld“ sollte zusammen mit einer ausführlichen Kundenberatung geliefert werden, statt es ohne „Bedienungsanleitung“ zuzustellen: dazu müsste von pflegefachlich kompetenter Seite in jedem Einzelfall beratend der Frage nachgegangen werden, wie Geld in konkrete Pflegeleistungen umgesetzt werden kann.

Der immer wieder diskutierte Pflegescheck bedeutet jedoch: mangelnde Anpassung an den individuellen Pflegebedarf, komplizierte und teurere Administration, und entweder eine Kostensteigerung – auch für das Land als Sozialhilfeträger bzw. für die Bereitstellung der sozialen Dienste verantwortlicher Gebietskörperschaft – oder aber einen deutlichen Qualitätsverlust der Pflege (→ siehe auch Anhang: A 3-4).

Abschätzung der Verteilung der Pflegearbeit:

Für die Frage, wieviel ambulantes Pflegepersonal, wieviele Plätze in Pflegeheimen oder sonstigen Einrichtungen (z.B. Tagesbetreuung etc.) erforderlich sein werden, erweisen sich Prognosen über die Zahl der künftig pflegebedürftigen Personen als nicht allein maßgeblich: es geht vielmehr um die konkrete Nachfrage nach solchen institutionellen Angeboten. Dazu muss man beachten, wie sich die Pflegearbeit derzeit verteilt.

Wer pflegt und betreut?

informeller Sektor:

- Angehörige
Die Angehörigenpflege ist im Burgenland noch besonders stark ausgeprägt und überwiegend Sache der Frauen zwischen 45 u. 80 J. (Spitze zwischen 50 - 65 J.);
- Bekannte und Nachbarschaftshilfe
- privat organisierte bezahlte Hilfskräfte
fallweise legal beschäftigte Personen, vor allem aber „Schwarzarbeit“ von in- und ausländischem Personal (teils unqualifizierten Hilfskräften, aber auch Fachpersonal) – vorwiegend zur Deckung von hohem zeitlichen Betreuungsaufwand;

formeller Sektor:

- professionelle institutionelle Angebote
ambulante Dienste (Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Essen auf Rädern) und *Kurzzeitpflege / Tagesbetreuung* (beides mit Stützfunktion der Angehörigen) sowie *Altenwohn- und Pflegeheime*

Wieviele Personen werden über institutionelle Pflege- und Betreuungsangebote im Burgenland versorgt (Stand Anfang 2003)?

ca. 1.350 in Altenwohn- und Pflegeheimen;

230 behinderte Menschen im Wohnbereich;

500 Behinderte in Beschäftigungstherapie (Tagesheim-, Förderwerkstätten) – zum Teil ident mit den im Wohnbereich betreuten Personen;

1.400 monatlich von ambulanten Diensten betreut.

Grob gerechnet werden dzt. 3.300 Personen im Alten- und Behindertenbereich, überwiegend mit finanzieller Beteiligung des Landes, betreut. Unter Berücksichtigung der einigen hundert Bezieher von „Essen auf Rädern“ in den Gemeinden folgt daraus, dass über 80% aller hilfsbedürftigen Personen keinerlei formelle Hilfsangebote in Anspruch nehmen und nur von Angehörigen und/oder privaten Hilfskräften versorgt werden.

Den hohen Stellenwert der Angehörigenpflege belegt auch der Mikrozensus 1998: Pflege von Personen über 60 J. bei längerer Krankheit erfolgt im Bgld. noch zu 83,7% innerhalb der Familie – gegenüber einem Österreich-Schnitt von 68,5%.

Einen weiteren Beleg für den außerordentlichen Pflegebeitrag der Angehörigen (bzw. privat organisierter Hilfskräfte) liefert eine grobe Abschätzung des aus den Zeitwerten der Pflegegeld-Einstufung resultierenden Betreuungsausmaßes: demnach werden den burgenländischen PG-Beziehern pro Monat insgesamt etwa 1,9 Mio. Stunden Pflege/Betreuung/ Hilfe geleistet, in etwa folgender Aufgliederung:

- 80% Angehörige und/oder private Hilfskräfte (auch Schwarzarbeit);
- 20% institutionelle Betreuungsangebote, davon etwa
 - 14% Altenpflegeheime im Land
 - 3,5 % Behindertenheime und Einrichtungen außer Landes
 - 1,5% offene Behindertenhilfe (Tagesheimstätten)
 - 1% ambulante Dienste (Hauskrankenpflege, Heimhilfe)

Bei der Beurteilung des künftigen Bedarfes nach institutionellen Pflegeangeboten (ambulanten Diensten, Heimplätzen und halbstationären Angeboten) erweist sich die Veränderung des Faktors „Angehörigenbetreuung“ (inkl. privat organisierter Hilfen) als die große Unbekannte mit möglicherweise entscheidenderem Einfluss als die Bevölkerungsprognosen. Verglichen mit den anderen Bundesländern ist im Burgenland das Potenzial dieses „informellen Sektors“ noch am größten, was sich auch in der mit Abstand geringsten Heimunterbringungsquote niederschlägt. Die wahrscheinliche – zeitlich und umfangmäßig allerdings kaum abschätzbare – Abnahme dieses Betreuungspotenzials wird weitaus stärkere Auswirkungen auf die Nachfrage nach Diensten und Einrichtungen zeigen als die bloße Zunahme der Anzahl hochaltriger Personen.

Mögliche Veränderungen hängen von demografischen, soziostrukturellen und sozioökonomischen Faktoren ab, wie etwa

- Zunahme der *Einpersonenhaushalte* der über 75-Jährigen (d.h. keine Hilfsmöglichkeit im gleichen Haushalt): Anstieg seit 1991 um etwa 20% auf über 7.000 – künftig auch markanter Zuwachs allein lebender Männer; (→ Anhang: *Diagr.3*)
- steigende *Berufstätigkeit der Frauen* (die Erwerbsquote der 45–60-Jährigen ist in den vergangenen 10 Jahren von 45% auf 57% gestiegen); (→ *Diagr.4*)
- *arbeitsplatzbedingte Mobilität* der familiären Pflegepersonen;
- künftig *erhöhtes Pensionsantrittsalter*;
- Abnahme *demografischer Unterstützungsraten* (dem Verhältnis jüngerer Altersgruppen wie der 45–60-Jährigen bzw. der 60–80-Jährigen zu den Hochaltrigen 80+); (→ *Diagr.4*)
- ungewisse *Bereitschaft der jüngeren Generation* Betreuungsaufgaben zu übernehmen.

In letzter Zeit wird im Pflege- und Betreuungssektor von verschiedenen Seiten ein starkes Anwachsen der Inanspruchnahme ausländischen Personals gemeldet, daher soll im Folgenden der Frage nachgegangen werden:

Wovon hängt die private Nachfrage nach institutionellen Hilfsangeboten ab?

- Schweregrad der Pflegebedürftigkeit;
- Überwindung der „Schwellenangst“ zur Inanspruchnahme fremder Hilfe;
- vorhandene Infrastruktur: regionale (lokale) Verfügbarkeit;
- Information über bestehende Angebote;
- Deckungsgrad in quantitativer und qualitativer Hinsicht zwischen Nachfrager-Erwartung und Leistungsangebot, d.h. ob das vorhandene Angebot puncto Inhalt und Ausmaß den Anforderungen gerecht wird;
- **Kosten** (Preis-Leistungs-Verhältnis) im Vergleich zu alternativen Möglichkeiten;

Es ist derzeit nicht abzuschätzen, wie lange und in welchem Umfang der hohe Betreuungsanteil des informellen Sektors im Burgenland aufrecht erhalten werden kann. Ohne flankierende Maßnahmen durch formelle Pflegeangebote (Hauskrankenpflege, Tagespflege) zu akzeptablen Preisen ist zu befürchten, dass sich die Qualität der Altenpflege verringert, die Inanspruchnahme des grauen Arbeitsmarktes zunimmt und insgesamt ein merkliches Schrumpfen des informellen Pflegesektors und die vermehrte Nachfrage nach stationärer Vollpflege eintritt.

Ein künftiger Mehrbedarf an professionellen Pflege- und Betreuungsleistungen ergibt sich aus einem

1. Nachholbedarf: dzt. noch nicht abgedeckter Bedarf nach profess. Hilfen (überlastete Angehörige, die noch nicht nachfragen bzw. regional fehlende Kapazitäten oder keine passenden Angebote)
 - a) im *Heimsektor* dzt. nicht feststellbar, weil keine Wartelisten vorhanden;
 - b) bei *ambulanten Diensten* ist ungedeckter Unterstützungsbedarf vorhanden (siehe Studie zur Pflegegeld-Evaluation von Badelt, sowie Mikrozensus 1998) – mit einer Größenordnung von 200 – 300 Personen ist zu rechnen, wobei die Gründe auch in „Zugangsbarrieren“ liegen (zu hohe Kosten, Informationsdefizite, persönl. Hemmschwellen zur Inanspruchnahme fremder Hilfe)
2. Zusatzbedarf:
 - a) durch die Zunahme der Hochaltrigen und der Einpersonenhaushalte
 - b) durch eine mögliche Abnahme des Pflegepotenzials der Angehörigen
 - c) zwecks Abbau des „Schwarzarbeit-Bereiches“

Beeinflussungsmöglichkeiten des Landes zur Schaffung der Pflegeinfrastruktur

Da das Land nicht selbst als Träger von Einrichtungen und Diensten fungiert, verfügt es nur über begrenzte Einflussmöglichkeiten:

- Zwecks Eindämmung des gegenwärtig grassierenden „Heimbau-Booms“ kann potenziellen Betreibern von Pflegeheimen – unter Hinweis auf die Einschätzung der aktuellen Bedarfslage seitens des Landes – lediglich von der Errichtung zu einem bestimmten Zeitpunkt abgeraten und eine „Tagsatzvereinbarung“ (zur Gänze oder teilweise) verweigert werden, wodurch in das Heim lediglich Selbstzahler aufgenommen werden könnten.

- In Zukunft sollten **Ansuchen um Wohnbaufördermittel** zur Errichtung eines Altenwohn- und Pflegeheimes nur dann positiv erledigt werden, wenn eine Bedarfserklärung seitens der zuständigen Fachabteilung des Amtes der Landesregierung vorliegt. Eine diesbezügliche Zusage kann erst dann erteilt werden, wenn die bestehenden Plätze einer Region dauerhaft ausgelastet sind.

- Die Erhöhung der personellen Kapazitäten der ambulanten Dienste hängt im Wesentlichen von der konkreten Nachfrage nach solchen Diensten sowie von der Verfügbarkeit des notwendigen Personals ab. Das Land kann die Rahmenbedingungen günstig gestalten: die Nachfrage potenzieller Nutzer lässt sich in erster Linie über die Tarifgestaltung beeinflussen, sowie über mehr Information und Beratung; die Personalkapazität über die Aufstockung von Ausbildungsplätzen bzw. durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit zur Attraktivierung dieser Berufe.

Das ist zu bedenken, wenn im Folgenden für 2006 Zielwerte für Heimplätze und ambulant betreute Personen formuliert werden: sie zu erreichen bedarf es einer intensiven Kooperation mit den Anbietern der Pflege- und Betreuungsinfrastruktur.

Sektor pflegende Angehörige

Angesichts der erfreulich hohen Beteiligung der Angehörigen an der schwierigen, körperlich und psychisch anstrengenden Pflegearbeit, sowie übereinstimmender Ergebnisse diverser Studien, die einerseits ein hohes Ausmaß an Überlastung und Überforderung dieser Angehörigen, andererseits aber auch deren großes Informationsdefizit in pflegerlevanten Fragen belegen, muss der **Ausbau von ambulanten Dienste** und der **Aufbau von Einrichtungen zur Tagesbetreuung u. Kurzzeitpflege** („Urlaubspflege“) **an oberster Stelle der Prioritätenliste** stehen. Pflege liegt zum größten Teil in älteren weiblichen Händen: Ehefrauen, Mütter, Töchter und Schwiegertöchter leisten sie oft viele Jahre hindurch. Zu deren Entlastung und zur Vermeidung von Burn-out-Erscheinungen müssen auch bestehende Beratungs-, Schulungs- und Kontaktangebote (Angehörigengruppen) weiter ausgebaut werden; Fördermöglichkeiten dafür bestehen seit 1999. Vorstellbar wären auch obligatorische Beratungsgespräche für alle neuen Pflegegeld-Empfänger, wobei über die Kostentragung mit dem BMSG und den SV-Trägern zu verhandeln wäre.

Als ein weiterer Bereich ist die Sterbebegleitung zu nennen: zu einem höheren Prozentsatz als im übrigen Österreich sterben die Menschen im Burgenland noch daheim (2001: 39% gegenüber 27%). Hospizdienste, welche Sterbende und deren Angehörige in dieser schwierigen Lebensphase begleiten, müssen – in Ergänzung zur Hauskrankenpflege – stärker ausgebaut werden. Die bereits begonnene Ausbildung ehrenamtlicher Mitarbeiter sollte finanziell gefördert werden. Derzeit wird ein eigenes Konzept für den weiteren Aufbau dieser Dienste und die Gestaltung besserer Rahmenbedingungen für die Hospizarbeit ausgearbeitet. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um einen quantitativ kleinen – wenn auch wichtigen – Teilbereich der gesamten Pflegevorsorge handelt.

Auch ökonomische Überlegungen sprechen für eine optimale Stützung der Angehörigen als der bei weitem „größten Pflegeorganisation“ des Landes: Investitionen in diesem Bereich verursachen der öffentlichen Hand weit geringere Kosten als bei einem Rückgang der familiären Pflegekapazität zu erwarten wären: Eine durch den Ausfall familiärer Leistungskapazität um lediglich 10% bedingte Steigerung der Nachfrage nach institutionellen Pflegeangeboten könnte dem Land Burgenland jährliche Mehrkosten bis zu etwa 8 Mio. Euro verursachen, abgesehen davon, dass das zur Abdeckung dieser Pflegeleistungen zusätzlich erforderliche Fachpersonal (400 –500 Personen) in absehbarer Zeit nicht zur Verfügung stehen würde.

Sektor ambulante Dienste

Seit 1995 konnte einerseits die Qualität der Dienste wesentlich verbessert werden, andererseits erfolgte auch eine erhebliche Ausweitung der Betreuungskapazität.

- Die größeren Pflegeorganisationen schlossen sich 1997 zwecks Koordinierung und Qualitätsverbesserung zur „Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege und soziale Dienste“ (kurz: ARGE) zusammen.
- 1999 hat das Land in Zusammenwirken mit der ARGE „Richtlinien zur Durchführung professioneller ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste“ festgelegt, welche den Anbietern detaillierte Qualitätskriterien vorgeben, aber auch den Nutzern z.B. die Möglichkeit eines kostenlosen Hausbesuches einer Fachkraft eröffneten, zwecks ausführlicher Information und Beratung über alle mit der Pflege zusammenhängenden Fragen.
- Das neue Bgld. Sozialhilfegesetz 2000 sieht die Betriebsbewilligungspflicht auch für alle ambulanten Pflegedienste vor; dies ermöglichte eine genaue Kontrolle jeder Organisation, wobei im Einzelfall konkrete, durchsetzbare Auflagen zur Qualitätsverbesserung erteilt wurden.
- Mit den bgl. SV-Trägern wurde im Jahr 2000 eine Vereinbarung zur Finanzierung der „medizinischen Hauskrankenpflege“ getroffen, wodurch für Patienten der Zugang zu dieser Versicherungsleistung erleichtert werden sollte; der tatsächliche Leistungsumfang des als „medizinisch“ definierten Teils der Hauskrankenpflege (2003: 130 Patienten, ca. 3.500 Pflorgetage) hat jedoch bisher nicht das erwartbare Ausmaß erreichen können – nicht zuletzt wegen des engen Definitionsrahmens der Kassen.
- Einige Organisationen bieten mit wachsendem Erfolg Notruftelefone („Rufhilfe“, „Hilfe auf Knopfdruck“) an.
- Von 1995 bis 2003 erhöhte sich die Personalkapazität der amb. Dienste von 112 Vollzeitkräften auf 200 – der BEP1998-Sollwert für 2003 betrug 170 (→ Diagr.5).
- Gleichzeitig stieg die Zahl der pro Monat betreuten Personen von 916 (Okt. 1995) auf 1.460 (Okt. 2003), was einer Steigerung der Pflegequote (= Betreute pro 1.000 Einw. über 75 J.) von 51 auf 61 entspricht (→ Anhang: Diagr.6 u. 7). Zuletzt waren von den Betreuten 75% PG-Bezieher – 83% waren 70 Jahre und älter.

Um die Qualität der ambulanten Dienste auch für die Zukunft sichern zu können und in Anbetracht der Erwartung, dass sich der Grad der Pflegebedürftigkeit der Leistungsnutzer künftig erhöhen wird (z.B. durch Zunahme der Demenzkranken) sollte ein Mindestanteil von dipl. Fachpersonal am Gesamtpersonal einer Mitgliedsorganisation der ARGE im Ausmaß von etwa 20% in Etappen bis 2006 angestrebt werden. Um den Bedürfnissen der Nutzer besser gerecht werden zu können und auch als Reaktion auf das Überhandnehmen ausländischer „Schwarzarbeit“, sollte gemeinsam mit der ARGE die Entwicklung „neuer Produkte“ (z.B. einer „Tages-

betreuung daheim“ für spezielle Klienten und zu günstigeren Tarifen) bzw. die Einbeziehung neuer Zielgruppen (z.B. Kinderkrankenpflege: wird bereits zusätzlich angeboten) überlegt werden.

Bedarfsprognose bis 2006

Der aus der Zunahme der Zahl hochaltriger Menschen resultierende Mehrbedarf an Pflegeleistungen sollte zwecks Entlastung der Angehörigen zu einem etwas höheren Teil als bisher von ambulanten Diensten abgedeckt werden können. Darüber hinaus sind sowohl der bereits jetzt bestehende „ungedeckte Unterstützungsbedarf“, als auch künftige Bestrebungen zur Eindämmung der „Schwarzarbeit“ zu berücksichtigen. Weiters sollte mittelfristig die ambulante Pflegequote jene des Heimsektors überflügeln.

Um dies zu erreichen, wird vorerst als ambitionierter Zielwert für 2006 eine Erhöhung der Pflegequote von dzt. knapp 62 auf 68 bis 72 monatl. Betreute pro 1.000 Ew. 75+ angestrebt (→ Diagr.7). Dies bedeutete eine Kapazitätssteigerung von ca. 1.500 auf rund 1.700 bis über 1.800 betreute Personen pro Monat bzw. eine Personalerhöhung auf 245 bis 260 Vollzeitkräfte (=PE), das wären ca. 16 PE pro 1.000 PG-Bezieher – bezogen auf diese Zielgruppe entspräche das einer Steigerung der Versorgungskapazität um bis zu 20% (→ Diagr.5, 8, 9).

Größerer Nachholbedarf besteht vor allem in den Bezirken Eisenstadt und Neusiedl sowie Oberwart (→ Diagr.10).

Dieses Ziel wird nur dann zu erreichen sein, wenn das Land den ambulanten Bereich höher subventioniert.

Sektor Pflegeheime

Seit 1995, als die Daten des wiss. Gutachten für den BEP von Prof. Amann erhoben wurden, kam es vorerst vor allem zu qualitativen Verbesserungen. Auf Grund der Qualitätskriterien des neuen *Altenwohn- und Pflegeheimgesetzes (1996)* und der zugehörigen Durchführungsbestimmungen der *Verordnung (1998)* wurden Errichtungs- und Betriebsbewilligungen erteilt sowie kommissionelle Qualitätskontrollen durchgeführt; einige qualitativ nicht entsprechende Einrichtungen mussten in der Folge geschlossen werden.

Die Anzahl der Heimplätze verringerte sich zunächst von 1.386 (1995) auf 1.353 (1998), ehe dann ein zügiger Ausbau einsetzte.

Derzeit (Mai 2004) stehen in 30 Heimen

1.580 Heimplätze zur Verfügung,

192 befinden sich im Bau (4 Heime), für

63 weitere wurde um eine Errichtungsbewilligung angesucht

für weitere Plätze existieren konkrete Pläne.

Neben den für 2006 absehbaren 1.844 Plätzen – bzw. 1.794, wenn man die 50 psychiatrischen Plätze in Neudörfel nicht berücksichtigt – befinden sich noch etliche weitere, mehr oder weniger konkrete Projekte in verschiedenen Entwicklungsstadien.

Bei den neuen Heimen handelt es sich – wie im BEP 1998 vorgesehen – vorwiegend um kleinere Einrichtungen mit rund 30 Plätzen, welche auch zu einer regional-ausgewogeneren Verteilung der Heimplätze im Burgenland beitragen (→ *Anhang: Diagr.11 u. 12*).

Der Anteil an diplomiertem Fachpersonal in den Heimen konnte im Zeitraum von 1995 bis 2000 erheblich gesteigert werden. Es erfolgte eine Aufstockung um rund 50%: kamen 1995 auf eine dipl. Fachkraft noch 10,3 Bewohner, so konnte dieser Wert 2000 auf 6,9 gesenkt werden. Der Fachpersonalanteil muss allerdings noch weiter erhöht werden, zumal der Grad der Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner in Zukunft ansteigen wird.

Mit Stand 20. April 2004 boten 27 Heime Kurzzeitpflege (Urlaubspflege) an, 21 Personen befanden sich in Kurzzeitpflege. Als Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige ist der Ausbau dieser Betreuungsform weiter voranzutreiben, wobei die „Werbung“ dafür bei der Zielgruppe über die ambulanten Dienste laufen könnte, indem sie besonders überlasteten Angehörigen einen „Urlaub von der Pflege“ anbieten und die entsprechenden Kontakte herstellen.

Bedarfsprognose bis 2006

Im BEP wurde für das Jahr 2011 die Erreichung einer Heimquote von 84 Plätzen pro 1.000 Einwohnern über 75 J. (75+) angepeilt; dies entspricht auch ziemlich genau dem Durchschnitt der SOLL-Werte fünf anderer Bundesländer (NÖ, OÖ, Stmk., Kärnten, Vbg.). Ende 2003 lagen wir mit ca. 65 Plätzen pro 1.000 Ew. 75+ noch deutlich unter diesem Wert, ohne dass allerdings ein gravierender Mangel an Heimplätzen bemerkbar wäre. So ergab eine Studie Ende 2000, dass zu einem bestimmten Stichtag etwa 120 Plätze unbesetzt waren; Ende April 2004 waren über 150 Plätze (10%) unbesetzt.

Eine Heimquote von 84 Plätzen sollten wir als mittelfristiges Ziel weiter beibehalten, ohne allerdings – aus heutiger Sicht – dessen Erreichung vor dem Jahr 2011 voranzutreiben. Für 2006 sollte zunächst eine Heimquote zwischen 72 und 76 Plätzen anvisiert werden, was einer Gesamtzahl von ca. 1.800 bis 1.900 Plätzen entspricht. Dieser Wert liegt unter dem im BEP 1998 bisher vorgeschlagenem SOLL von 1.951 (→ *Diagr.13b*). Mit den in Umsetzung befindlichen Projekten wären wir im Jahr 2006 bereits bei etwa 74 Plätzen, wobei zahlreiche weniger konkrete Vorhaben noch gar nicht berücksichtigt sind.

Wie aus Diagr. 13a ersichtlich ist, weist die Bautendenz deutlich nach oben, es besteht die Gefahr, dass zu viele Plätze in zu kurzer Zeit errichtet werden.

Um das Prinzip des Vorranges der ambulanten Pflege beibehalten zu können („Daheim statt ins Heim“), darf keinesfalls durch ein Überangebot an Heimplätzen eine Art Sogwirkung in den stationären Bereich hinein erzielt werden, stattdessen sind alternative Angebote zu forcieren, welche den an der Verbesserung ihrer lokalen Altenbetreuung interessierten Gemeinden besser entsprechen als Pflegeheime.

Ebenso wenig wie die künftige Entwicklung des familiären Pflegepotenzials sind die Auswirkungen von Projekten „betreuten Wohnens“ bzw. des Aufbaus von Tagesbetreuungseinrichtungen auf die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen vorhersehbar.

Auch die Auswirkung der EU-Ostöffnung auf die Heimplatz-Nachfrage im Burgenland ist derzeit quantitativ kaum abzuschätzen. Jedenfalls bestehen in der Slowakei und in Ungarn konkrete Pläne in Grenznähe Altenheime zu errichten, deren Tagsätze beträchtlich unter den einheimischen liegen werden.

„Selbstzahler“ (ca. 30 – 40% der Heimbewohner) könnten diese Einrichtungen den teureren bgl. Heimen vorziehen – außerdem könnten etliche Personen, welche im Burgenland zur Heimunterbringung auf Unterstützung durch Sozialhilfemittel angewiesen sind, wegen der niedrigeren Tarife jenseits der Grenzen zu Selbstzahlern werden und diese Angebote in Anspruch nehmen. Die möglichen Entwicklungen werden in den kommenden Jahren zu beobachten und bei der Bedarfsabschätzung zu berücksichtigen sein.

Entsprechend dem Grundsatz: „*nur so viele Heimplätze wie unbedingt erforderlich*“, ist ein Monitoring-System einzurichten, welches mindestens vierteljährlich die aktuellen Belagsdaten der Heime ausweist, Über- und Unterbelag anzeigt sowie auch die aktuelle Nachfragesituation annäherungsweise darzustellen vermag. Die Beurteilung des notwendigen Ausbaubedarfes sollte dann jeweils nur für zwei Jahre im Vorhinein vorgenommen werden.

Jedenfalls ist die Wirkung der gegenwärtigen Ausbauphase auf die konkrete Nachfrage abzuwarten – dies gilt ganz besonders für die Bezirke Neusiedl und Güssing – ehe an neue Projekte herangegangen wird; gegebenenfalls müssen diese auf später verschoben oder in Richtung „Tagesbetreuung“ umgelenkt werden.

Regionaler Ausbau bis 2006

Weitere Ausbauschritte sollen erst dann gesetzt werden, wenn die bestehenden bzw. in Bau befindlichen Heimplätze entsprechend ausgelastet sind. Auch die Mittel der Wohnaufförderung zur Errichtung von Heimplätzen sollen erst dann gewährt werden, wenn dies die regionale Bedarfslage zulässt.

Ein Ziel ist es, dass mittelfristig alle pflegebedürftigen Personen, die Heimplätze benötigen, diese in ihrem Heimatbezirk vorfinden sollten. Bei der Bewertung neuer Einrichtungen sollte künftig nicht mehr die Reihenfolge der Vorhabensanmeldung als Entscheidungskriterium herangezogen werden, vielmehr sollte die Erzielung einer regionalen Ausgewogenheit auch innerhalb des Bezirkes sowie die Entfernung zum nächsten Heim den Ausschlag geben, ob ein Projekt seitens des Landes gefördert wird!

Unter dem Gesichtspunkt des bezirksweisen Ausgleichs des Platzangebotes wird mit Hinblick auf die regionale Altersbevölkerung – ausgehend vom derzeitigen Stand (Mai 2004) – folgender Ausbau als ausreichend erachtet (→ *Anhang: Diagr.14*):

1.) Bezirk Neusiedl

In Podersdorf wurden 28 Plätze errichtet (2003), in Kittsee 21 Plätze (2004); Heime in Bau sind in Gols (47 Plätze – Betriebsbeginn Juli 2004) und Neusiedl am See (56 Plätze); ein Antrag für einen Zubau in Mönchhof (35 Plätze) liegt vor; in Frauenkirchen werden 12 Plätze abgebaut.

Damit kämen zu den derzeit 132 Heimplätzen weitere 126(!) dazu. Trotz eines (theoretischen) Bedarf von weiteren Plätzen, **müssen hier zunächst die Auswirkungen der gleichzeitigen Errichtung mehrerer Heime genau beobachtet werden, ehe der Startschuss für einen weiteren Ausbau gegeben werden kann.** Unterdessen sollte man vorrangig die Kapazitäten der Hauskrankenpflege aufstocken und Tagesbetreuungsmöglichkeiten schaffen.

2.) Bezirk Eisenstadt + Freistädte

In Neufeld wurden 28 Plätze errichtet (2003), in Steinbrunn 14 Plätze (2004): damit stehen nun 303 Plätze zur Verfügung.

Vorausgesetzt die Auslastung der bestehenden Einrichtungen lässt dies zu, könnten im Hinblick auf den anvisierten SOLL-Wert bis 2006 noch 30 zusätzliche Plätze geschaffen werden.

3.) Bezirk Mattersburg

Ein Heim in Wiesen (22 Pl.) musste 2003 wegen Qualitätsmängel geschlossen werden. Wenn man die 50 „psychiatrischen“ Plätze in Neudörfel unberücksichtigt lässt, stehen derzeit 226 Plätze zur Verfügung. Allerdings ist zusätzlich auch noch ein Heim (25 Plätze) zwischen Bad Sauerbrunn und Neudörfel zu beachten, welches sich zwar auf niederösterreich. Gebiet befindet, jedoch einen starken Burgenland-Bezug besitzt.

Eine Einrichtung in Mattersburg (28) ist in Vorbereitung. Weitere Plätze sind vorerst nicht erforderlich.

4.) Bezirk Oberpullendorf

Derzeit gibt es 132 Plätze. In Nikitsch, Deutschkreutz, Weppersdorf und Draßmarkt besteht Interesse an der Errichtung von Heimen.

Es muss hier auch das derzeitige Überangebot des Bezirkes Oberwart als Versorgungspotenzial mitkalkuliert werden, daher wären bis 2006 aus heutiger Sicht nur etwa 60 neue Plätze vertretbar, falls dies die Auslastungsentwicklung der bestehenden Heime zulässt.

5.) Bezirk Oberwart

Die 573 vorhandenen Plätze stellen – bezogen auf den SOLL-Wert für 2006 – ein Überangebot von ca. 200 Plätzen für die Bezirksversorgung dar, daher besteht vorerst kein Ausbaubedarf. Die Auslastung des Heimes am Hirschenstein lässt zu wünschen übrig. Ein Abbau dieser 138 Plätze und stattdessen eine Neuerrichtung von ca. 30 bis 50 Plätzen an einem günstigeren Standort sollte in Erwägung gezogen werden.

6.) Bezirke Güssing und Jennersdorf (diese werden wegen der regionalen Verflechtung zusammen betrachtet)

Derzeit gibt es 164 Plätze; in Güttenbach werden 29 weitere demnächst in Betrieb genommen, 60 Plätze werden außer Plan in Strem errichtet und 28 Plätze sollen in Limbach entstehen. Ein Projekt in Stegersbach ist weit gediehen – dieses und weitere Projekte sollten erst bei entsprechender Auslastung der bestehenden und in Bau befindlichen Heime verwirklicht werden.

Damit wäre der regionale Bedarf vorerst gedeckt, wenn man das Versorgungsüberangebot des Nachbarbezirkes Oberwart mitberücksichtigt.

Projekte „betreuten Wohnens“:

Zur Abdeckung der Wohnbedürfnisse noch rüstiger Senioren bzw. von Personen mit bloß geringem Hilfe- und Betreuungsbedarf entwickeln derzeit einige Siedlungsgenossenschaften in Zusammenwirken mit mehreren Gemeinden und fallweise auch Anbietern ambulanter Pflegedienste Projekte „betreuten Wohnens“ (eigentlich: betreubaren Wohnens) durch behindertengerecht gestaltete Wohnhausanlagen.

Pilotprojekte in Pötttsching (22 Wohneinheiten) und Stegersbach (13 W.) wurden 2003 bereits fertiggestellt und von den Mietern teilweise bezogen; weitere Projekte sind in Bau bzw. in Planung.

Bei einigen Konzepten werden auch Tagesbetreuungseinrichtungen mit eingeplant; die Entwicklung ist derzeit sehr in Fluss und es wäre notwendig, die einzelnen Projekte genauer zu evaluieren.

Außerdem wird darauf zu achten sein, dass unter dem Titel „betreutes Wohnen“ nicht – unter Umgehung des einschlägigen Gesetzes – „Altenwohn- und Pflegeheime mit minderer Betreuungsqualität“ (weil ohne ausreichendes Fachpersonal) entstehen.

Sektor teilstationäre Einrichtungen

Das **Bgld. Sozialhilfegesetz 2000** (LGBl. Nr.5/2000 und 29/2004) sieht unter „Soziale Dienste“ vor, dass das Land als Träger der Sozialhilfe *„unter Bedachtnahme auf die regionalen Bedürfnisse, die Bevölkerungsstruktur sowie die anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisse der einschlägigen Fachgebiete für die sozialen Dienste in einem wirtschaftlich vertretbaren Ausmaß vorzusorgen“* hat. Im § 35 werden als *„Teilstationäre Dienste“* explizit auch *„Betreuung und Förderung in Tagesstrukturen für alte und pflegebedürftige Menschen“* genannt, welche die *„Unterbringung und Betreuung betagter, pflegebedürftiger und behinderter Menschen während eines Teiles des Tages“* gewährleisten und *„den höchsten für den hilfsbedürftigen Menschen erreichbaren Grad psychischer, physischer, geistiger und sozialer Leistungsfähigkeit zu erhalten und zu fördern“* helfen sollen.

In der Art. 15a - Vereinbarung zur Pflegevorsorge hat sich das Burgenland u.a. auch dazu verpflichtet teilstationäre Angebote (wie Tagesstätten und Tagespflege) einzurichten: sie waren bereits im BEP 98 enthalten, konnten jedoch noch nicht realisiert werden. Sie sind somit das „missing-link“ der burgenländischen Pflegeinfrastruktur, und es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um diese Einrichtungen so rasch als möglich auf die Beine stellen zu können: der **Ausbau der Tagespflege ist „das Gebot der Stunde“**.

Zitate aus dem BEP 1998: Sie *„sind für Menschen gedacht, die ohne Hilfe daheim nicht mehr sein können, aber noch nicht in ein Pflegeheim müssen. Sie entlasten die Angehörigen, sind mit Transportmöglichkeiten verknüpft und haben ob ihrer Funktionsweise durchaus präventive Wirkung. Außerdem sind sie im Vergleich zu Dauerpflegeeinrichtungen kostengünstiger“*
„Es wird in den nächsten Jahren im Burgenland von großer Bedeutung für die Qualität der Versorgung sowie die Kostenentwicklung sein, in welchem Maß es gelingt, teilstationäre Einrichtungen in Kooperation mit den ambulanten Diensten und der stationären Betreuung zu entwickeln.“...
... *„Schaffung von überschaubaren und regional gestreuten, nach Klientengruppen differenzierten Übergangseinrichtungen zwischen mobiler Betreuung daheim und der Vollversorgung im Pflegeheim“*.

Tagespflege dient mit ihrem strukturierten Tagesablauf und dem Angebot an aktivierenden und therapeutischen Maßnahmen vorwiegend dazu, den pflegebedürftigen Menschen trotz vielfältiger Einschränkungen ein relativ selbstständiges Leben zu ermöglichen. Tagespflege wird von einer Person einmal oder mehrmals pro Woche in Anspruch genommen, es wird dabei vorausgesetzt, dass die Betreuung während der übrigen Zeit in der eigenen Wohnung sichergestellt ist. Derzeit gibt es im Burgenland noch keine in diesem Sinn funktionierende Einrichtung; mit Stand Ende April 2004 wurden zwar in 12 Heimen einzelne Tagesgäste aufgenommen – allerdings ohne spezielles Gruppen- bzw. Beschäftigungsangebot.

Von einigen Heimbetreibern wurden in den letzten Jahren vergeblich Versuche gestartet Tagesbetreuung anzubieten. Ausschlaggebend dafür waren in erster Linie finanzielle Gründe: die kostendeckend kalkulierten Angebote waren der Zielgruppe einfach zu teuer, offensichtlich stimmte das Preis-Leistungsverhältnis nicht zusammen. Es mag aber durchaus auch eine psychologische Barriere für ältere Menschen darstellen, *„in ein Heim gehen“* zu sollen – und sei es auch bloß für den Teil eines Tages.

Diese negativen Erfahrungen mit den ersten Umsetzungsversuchen in Pflegeheimen haben zweierlei gezeigt:

- ohne Sockelförderung des Landes zur Senkung der Nutzertarife – analog der Hauskrankenpflege – wird sich diese wichtige Betreuungsschiene nicht errichten lassen;
- es sollte auch versucht werden, Tagesbetreuung als kommunale Einrichtung außerhalb von Heimen aufzubauen – in Kooperation mit fachlich kompetenten Betreibern aus dem Bereich der ambulanten Dienste.

Eine Ausweitung der Landesförderung für ambulante auch auf die teilstationären Dienste erscheint als logische Konsequenz der Tatsache, dass es sich in beiden Fällen um Unterstützungsmaßnahmen für pflegebedürftige Menschen handelt, damit diese möglichst lange daheim bleiben können, und vor allem auch der Entlastung pflegender Angehöriger dienen. Sie betreffen den gleichen Nutzerkreis wie die ambulanten Dienste, erfassen zusätzlich aber auch jene, welche ambulant nicht mehr in zeitlich ausreichendem Umfang versorgt werden könnten.

Weiters wäre auch die aktivierende und mobilitätsfördernde Präventivwirkung der Tagesbetreuung hervorzuheben: sie trägt zur Erhaltung der geistigen und körperlichen Mobilität bei, kommt allerdings erst dann zum Tragen, wenn auch personell und von der Ausstattung her therapeutische Angebote gemacht werden können.

Wenn seitens des Landes jede ambulante Einsatzstunde gefördert wird, dann ist es nur konsequent, auch alternative Angebote dazu für die gleiche Zielgruppe, in vergleichbarem Umfang (hinsichtlich der monatl. Beanspruchung) in diese Förderung einzubeziehen. Es darf keinen Unterschied machen, ob eine pflegebedürftige Person etwa zwei Stunden daheim zu einem geförderten Tarif betreut wird – oder ob diese Person stattdessen die Dienste einer Tagesbetreuung in Anspruch nimmt. Die Förderhöhe des Tagsatzes soll in Stundensätzen ambulanter Betreuung bemessen werden (Kostentragungsverhältnis zwischen Nutzern und Land daher wie bei der HKP, ca. 60 : 40)

Nach einschlägigen Erfahrungen aus Niederösterreich würde eine solche Förderschiene des Landes auf Gemeindeebene die Errichtung von multifunktionellen Zentren zur Altenbetreuung – in Anbindung an die ambulanten Dienste statt an ein Pflegeheim – ermöglichen, wobei als Einzugsbereich auch die umliegenden Gemeinden herangezogen werden müssten. Solche Einrichtungen, die zum „Schaufenster der Altenhilfe“ gemacht werden könnten, schaffen Arbeitsplätze im Dorf und wären auch ein qualitätsvolles Alternativangebot zum stark überhand nehmenden „Pfleges Schwarzmarkt“.

Bedarfsabschätzung

Da es sich um gänzlich neue Einrichtungen handelt, können nur allgemeine Richtwerte herangezogen werden.

Man geht heute davon aus, dass pro 1.000 Einw. 65+ etwa 2 bis 3 Tagesbetreuungsplätze zur Verfügung zu stellen wären – das ergäbe für das Burgenland etwa 100 bis 150 Plätze im ganzen Land. Wenn man von Einrichtungen in der Größenordnung von 8 bis 15 Tagesgästen ausgeht, dann wären im Vollausbau pro Bezirk eine bis drei solcher Einrichtungen erforderlich.

Der durchschnittliche Tagesgast besucht das Zentrum zwei bis drei Mal pro Woche, das heißt an 9 bis 14 Tagen im Monat.

Überleitungspflege

Ziel der Überleitungspflege im Krankenhaus ist es, durch Intensivierung der Kommunikation – innerbetrieblich sowie zu den Angehörigen – und einer umfassenden, im Idealfall bereits nach der Aufnahme einsetzenden Entlassungsvorbereitung eine nahtlose Pflegeüberleitung über die Zeit des Spitalaufenthalts hinaus sicherzustellen, somit einen Brückenschlag zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu vollziehen und den gefürchteten „Drehtüreffekt“ verhindern zu helfen.

Bei entsprechender Gestaltung kann sich diese „Institution in der Institution“ zu einer Anlaufstelle für pflegende Angehörige, einem zweiten „Kompetenzknoten für Pflegeberatung“ – neben dem Hauskrankenpflegepersonal vor Ort – entwickeln.

Die unterschiedlichen Modelle in den Krankenhäusern Oberwart (2003: 710 Pat.; +22% gegenüber 2002) und Eisenstadt (2003: 427 Pat.; +66%) haben sich äußerst gut bewährt und es sollte ohne Verzögerung daran gegangen werden, solche Stellen in allen Krankenhäusern des Landes einzurichten → Dringlichkeitsstufe 1 !!

Interessant wäre auch eine Evaluationsstudie über die Erfolge bzw. Effekte der Überleitungspflege

Ausbildungsbereich

Eine genaue Quantifizierung des künftigen Bedarfes an Fachkräften ist nur schwer möglich. Sicher ist jedenfalls, dass dipl. Pflegepersonal bereits derzeit knapp ist (HKP und Heime) und dass für den vorgeschlagenen Ausbau der Angebote in allen Sektoren der Altenhilfe erheblich mehr (Fach)-Personal erforderlich sein wird.

▪ Ausbildungsoffensive:

Vordringlich sind daher alle Maßnahmen, welche die Ausbildungskapazität erhöhen helfen (2. Klasse in der GKP-Schule Oberwart, Ausbildungslehrgänge für PflegehelferInnen des BFI, Lehrgang f. PhysiotherapeutInnen an der Gesundheits-Akademie im Schloss Jormannsdorf).

- Imageoffensive:
Nötig wäre mehr ÖA und Werbung für den Pflegeberuf sowie eine öffentliche Aufwertung von Pflegetätigkeit ganz allgemein (auch der Angehörigen und Nachbarschaftshelfer). Es gilt die Attraktivität des Pflegesektors als Arbeitsfeld zu erhöhen, ihn als produktiven Wachstumsmarkt zu vermitteln, in dem nicht Mangel und Missstand verwaltet werden, sondern wo es um die Gestaltung einer bedeutenden gesellschaftlichen Aufgabe mit hohem Herausforderungsgehalt geht.

- Spezielle Weiterbildungsangebote für das Pflegepersonal im Altenhilfebereich (ambulant wie stationär) sollten vermehrt gemacht werden (z.B.: Umgang mit dementen Personen, Case Management für HKP-Personal,...); der hohe Aufwand in der Betreuung von geriatrischen Patienten erfordert eine spezielle Ausbildung bzw. Weiterbildungsmaßnahmen: geriatrisch-gerontologisches Diplom (eine ergänzende Ausbildung oder Sonderausbildung sollte angeboten werden);

- Neugestaltung der Sozialbetreuungsberufe:
Eine Experten-Arbeitsgruppe von Bund und Ländern hat sich mit der Neuregelung der im Wesentlichen in Länderkompetenz fallenden „Ausbildungen und Berufsbilder im Pflege- und Behindertenbereich“ befasst.
In diesem Bereich gibt es derzeit uneinheitliche Berufsbilder und -anforderungen sowie mangelnde bzw. überschneidende Regelungen in den einzelnen Bundesländern. Angesichts des zu erwartenden Personalbedarfs in der Altenpflege müssen die Attraktivität der Ausbildungen gesteigert und Sackgassen beseitigt werden. Durch Schaffung eines modularen Ausbildungssystems, einheitlicher Qualitäts- und Ausbildungsstandards und einheitlicher Berufsankennungen sollen eine weitgehende Harmonisierung der Berufsbilder und -bezeichnungen sowie Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen erreicht und Doppelgleisigkeiten vermieden werden und vor allem eine deutliche Qualitätsverbesserung für die betroffenen Klienten und auch die Berufsgruppen in den Bereichen Altenarbeit, Behindertenarbeit und -begleitung und Familienarbeit erzielt werden. Der Entwurf einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern sieht einheitliche Grundsätze bei der Ausbildung und bei den Tätigkeitsbereichen der Sozialbetreuungsberufe vor, wobei die Absolvierung der einzelnen Module nicht nur in einem Ausbildungsgang (in 2 oder 3 Jahren) sondern auch in versch. Ausbildungsschritten erfolgen kann.
Das Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz übermittelte nach abgeschlossenem Begutachtungsverfahren im Mai 2004 den Ländern den Text einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B -VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe zur abschließenden Stellungnahme; seitens des Bundes wird eine möglichst rasche Unterzeichnung der Vereinbarung angestrebt. Nach deren Abschluss wird dieser Bereich (einschließlich der Heimhilfe) auch im Burgenland innerhalb von zwei Jahren landesgesetzlich zu regeln sein.

Koordinierungsstrukturen

Schlichte Verwaltungs- und Hoheitsmodelle der Koordinierung und Einbindung erfüllen die Funktion der Dienstevernetzung nach allen verfügbaren Erfahrungen nicht. Vernetzung ist kein hoheitlicher Akt, sondern Ergebnis sozialer Kommunikation und als hilfreich erlebter Kooperation.

Moderation ist gefordert, sollen Vernetzungen erfolgreich eingeleitet und später stabilisiert werden.

Im Sinne der Förderung der Ganzheitlichkeit und der Kundenorientiertheit der institutionellen Pflege und Betreuung sollten Schnittstellen der Versorgung zu „Nahtstellen“ gemacht werden, um reibungsfreie Übergänge zwischen den einzelnen Betreuungsformen und dem Einsatz versch. professioneller HelferInnen (ÄrztInnen, Pflegepersonal, TherapeutInnen, HeimhelferInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, u.a.) zu gewährleisten.

- Die Überleitungspflege als Drehscheibe zwischen Krankenhaus und familiärer Pflege wurde bereits oben behandelt.
- Im ambulanten Bereich haben sich die Anbieter bereits zu einer ARGE Hauskrankenpflege und soziale Dienste zusammengeschlossen und pflegen zwecks Koordination regelmäßige Kontakte, welche aber sicher noch verbessert werden könnten.
Analog dazu hat sich nun auch im Heimbereich eine ARGE konstituiert, welche als Plattform aller Heime auf eine einheitliche Qualitätsentwicklung hinarbeiten sollte.
- Vernetzung bei der Qualitätssicherung durch gemeinsame Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals: bereits derzeit werden Mitarbeitern der Heime und ambulanten Dienste einschlägige Veranstaltungen der Krankenanstalten (KRAGES) über grundlegende Themen angeboten, dies sollte künftig verstärkt wahrgenommen werden.
- Die Case Management-Funktion des dipl. Personals anlässlich der Erstbesuche vor Ort sollte ausgebaut und den Trägern auch finanziell abgegolten werden. Das in den Gemeinden tätige Fachpersonal bildet einen weiteren Kompetenzknoten für alle Belange der Pflege und könnten die Bevölkerung umfassend informieren. Natürlich wären auch entsprechende Weiterbildungsangebote für das Personal erforderlich.
- Alle Leistungsanbieter sollten zwecks Verbesserung der Kooperation, Koordination und Kommunikation („K&K&K“) auf Bezirksebene regelmäßig zu Verbundkonferenzen eingeladen werden, welche von Vertretern der Erwachsenenbildung moderiert werden könnten.

▪ Gesundheits- und Sozialsprengel

In einer Kooperationsvereinbarung zwischen Ärztekammer, Land und den Gemeindevertreterorganisationen wurde festgelegt, dass sogenannte „Gesundheits- und Sozialsprengel“ eingerichtet werden sollen, wo unter Leitung des jeweiligen Gemeinde/Kreisarztes die Koordination und Vernetzung der bestehenden Anbieter im Gesundheits- und Sozialbereich für den Patienten geboten wird.

Die Gesundheits- und Sozialsprengel entsprechen den Sanitätsgemeinden bzw. -sprengel, wovon es im Burgenland 90 gibt. Ein durchschnittlicher Sprengel verfügt somit über ca. 3.100 Einwohner.

Die Idee der Vernetzung stellt einen hohen Anspruch an die Professionalität.

Vernetzung und Kooperation aller im regionalen Kontext vorhandenen Akteure der Altenhilfe mit dem Ziel einer qualitativ neuen Altenarbeit, bedarf des Wissens, der Phantasie und des Querdenkens aller Beteiligten.

Maßnahmenprogramm

1. **Änderung der Planungslogik:**
statt fixem BEP-Plan, der alle 5 bis 10 Jahre überarbeitet wird,
→ kontinuierlicher Planungsprozess: laufende Anpassung, wodurch ein rasches Reagieren auf aktuelle Entwicklungen ermöglicht wird
(„work in progress“)
2. **höchste Priorität für den Ausbau der Überleitungspflege:**
das bewährte System der Pflegeüberleitung/Entlassungsmanagement ist so rasch wie möglich in allen Krankenhäusern des Landes einzuführen!
3. **multifunktionale Senioren-Tageszentren auf Gemeindeebene:**
für Tagesbetreuung als „missing link“ der bgl. Infrastrukturpalette ist Landesförderung im Ausmaß der HKP vorzusehen;
Verschmelzung eines Konzeptes aus Niederösterreich für Tageszentren + Kurzzeitpflege + betreutes Wohnen mit den bgl. Vorstellungen der „organisierten sozialen Dorferneuerung“ – als potenzielle Kristallisationspunkte eines ganzen Spektrums soziokultureller Hilfen und Angebote und als „Pflegekompetenzzentren“ für alle umliegenden Gemeinden; zur Realisierung stehen die Träger der ARGE HKP bereit;
Vollausbau: je nach Bedarf ein bis mehrere Zentren pro Bezirk
4. **ambulante Pflege- und Betreuungsdienste:**
weil die „Pflege daheim“ unbedingten Vorrang hat, soll die Hauskrankenpflege zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen – gegebenenfalls durch Verbesserung der Rahmenbedingungen (eine Arbeitsgruppe soll dazu Vorschläge erarbeiten) – ausgeweitet werden; Nachholbedarf insbesondere in den Bezirken Neusiedl und Eisenstadt;
Steigerung der monatl. Betreuten bis 2006: von 1.500 auf ca. 1.800
5. **Strategien gegen die „Pflege-Schwarzarbeit“:**
z.B. Angebote der Tagesbetreuung: in Tageszentren, Pflegeheimen – aber auch als „Tagesbetreuung daheim“;
6. **Errichtung von Heimplätzen für pflegebedürftige Menschen:**
um das Ziel „*ambulant geht vor stationär*“ nicht zu gefährden, sollten keinesfalls zu rasch zu viele Plätze bereitgestellt werden;
dzt. rund 1.600 Plätze, über 200 in Bau bzw. Planung,
bis 2006: max. 1.800 Plätze

Die einzelnen Maßnahmen lassen sich aber auch thematisch zusammenfassen und in Form von „*Offensiven*“ formulieren:

- ❖ **Entlastungsoffensive** für pflegende Angehörige
mehr ambulante Dienste – Tagesbetreuung – Urlaubspflege – mehr Informations- u. Beratungsangebote – Kurse – Angehörigengruppen – Hospizdienste – Einrichtung einer Beratung zur Wohnungsadaptierung;
- ❖ **Informations- und Beratungsoffensive**
regionalisierte Übersicht über alle Leistungsangebote und Anspruchsvoraussetzungen erstellen – auch Erwachsenenbildungsorganisationen einbinden; durch entsprechende Kenntnis der zur Verfügung stehenden Angebote soll gewährleistet werden, dass die Nachfragenden rechtzeitig Zugang zu den für sie erforderlichen Diensten finden und jene Angebote gewählt werden, die der speziellen Situation am angemessensten sind;
- ❖ **Beschäftigungsoffensive**
„Pflege“ ist ein wachsender Markt – ein arbeitsmarktpolitisches Hoffungsgebiet der Zukunft –, allerdings nur so fern sich die Nachfrager die professionellen Angebote auch leisten können:
→ die öffentliche Hand muss die Tarife stützen, um Arbeitsplätze zu sichern;
- ❖ **Vernetzungsoffensive**
Überleitungspflege – Gesundheits- u. Sozialsprengel unter Einbindung der Kreis- u. Gemeindeärzte – Verbundkonferenzen der Anbieter;
- ❖ **Ausbildungsoffensive** für Pflegeberufe
Maßnahmen zur Beseitigung des Fachkräftemangels und Vorsorge für den Mehrbedarf – gesetzl. Regelung auf Basis einer Art. 15a-Vereinbarung;
- ❖ **Imageoffensive**
für Pflegearbeit allgemein und für Pflegeberufe im Besonderen;
- ❖ **Qualitätsoffensive**
begonnene Initiativen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung in allen Pflegebereichen fortführen – Ressourcen sind auch für besonders pflegeintensive Heimbewohner (z.B. beatmete Patienten) zu schaffen;

in letzter Zeit erkennbaren Tendenzen zur Umgehung der Qualitätskriterien des Altenwohn- u. Pflegeheimgesetzes, dass sich nämlich Einrichtungen „anders“ nennen, um nicht unter die Gesetzesbestimmungen zu fallen, ist schärfstens entgegenzutreten – gegebenenfalls auch mit einer Gesetzesänderung; die „Fremdunterbringung“ pflegebedürftiger Menschen – auch wenn sie unter dem Deckmantel des „bloßen Wohnens“ erfolgt – sollte jedenfalls im Interesse der Betroffenen strengen Qualitätskriterien unterliegen;

❖ **Gemeinde-Offensive**

Essen auf Rädern – Tagesbetreuung – „Soziales Zentrum“;
„Zusammenarbeit von Gemeinden“ als Einzugsgebiet von neuen Versorgungseinrichtungen unterstützen (Modell Schattendorf);

❖ **Präventionsoffensive**

Maßnahmen zur Prävention der Pflegebedürftigkeit forcieren, bereits bei der Generation 50+ ansetzen (als Strategien u.a. gesündere Ernährung, körperliche und geistige Betätigung); konkrete Programme einer umfassenden Gesundheitsförderung mit kompetenten Partnern (etwa den Erwachsenenbildungsorganisationen) entwickeln;

❖ **Rehabilitationsoffensive**

Funktion und Potenzial der Rehabilitation (= *Maßnahmen zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit*) fördern; Angebote mobiler Therapie zur besseren Rehabilitation im Alter aufbauen bzw. intensivieren – falls nötig mit Förderung des Landes analog HKP (wird etwa in NÖ bereits praktiziert);
zumindest eine Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation sollte im Burgenland möglichst bald eingerichtet werden;
*„Ein einfacher Sturz kann aus einem unabhängigen, aktiven älteren Menschen schnell einen stark abhängigen Menschen mit rasch verfallender Gesundheit machen. Zugang zu hochwertigen Rehabilitationsleistungen kann dies vermeiden helfen. Das Potenzial in ausreichendem Umfang vorhandener, generell zugänglicher Rehabilitationseinrichtungen, die Kosten eindämmen und die Lebensqualität zu steigern vermögen, kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Es ist eine wichtige Komponente einer **Politik des aktiven Alterns.**“*

❖ **Seniorenoffensive** – Politik des aktiven Alterns

Landesseniorengesetz 2002 – Gemeindesenioresenbeiräte – Einbeziehung der älteren Generation;

Motto: *„Nicht nur mehr Lebensalter, sondern auch mehr Leben im Alter!“*

Relevanz für Pflegebereich durch:

- Gesundheitsförderung für jüngere Senioren (*„besondere Seniorenförderung“*);
- (Selbsthilfe-) Potenzial rüstiger Senioren für Betreuungsaufgaben erschließen; ältere Menschen verstärkt, aber „zwanglos“, in gemeinnützige Tätigkeiten in den Gemeinden einbinden – als wichtiges Instrument einer Strategie aktiven Alterns;

nach dem Motto: *„dem Helfer eine sinnvolle Beschäftigung, dem Empfänger eine wertvolle Hilfe“*, eine Art „Imagekampagne“ starten.

Bereich Menschen mit Behinderungen

(Stand: Mai 2004)

Als Menschen mit Behinderungen im Sinne des Bgld. Sozialhilfegesetzes 2000 und der dazu ergangenen Verordnung gelten Menschen mit folgenden Leiden und Gebrechen:

- a) dauernde Funktionsstörungen des Körpers, der Organe und Organsysteme, und zwar
 - aa) Fehlen und Funktionsbeeinträchtigung von Körperteilen oder Sinnesorganen
 - ab) angeborene Missbildungen und Störungen
 - ac) Folgezustände nach Erkrankungen, Unfällen und Verletzungen
- b) dauernde geistige und psychische Störungen, und zwar
 - ba) Beeinträchtigungen durch hirnorganische Schädigungen (wie z.B. Anfallskrankheiten, Minderbegabung, etc.)
 - bb) Beeinträchtigungen durch psychische Krankheiten (wie z.B. Süchte, Psychosen, etc.)
 - bc) angeborene intellektuelle Minderbegabung.

Dienste und Angebote für behinderte Menschen haben sich an den Bedürfnissen des Einzelnen zu orientieren. Sie müssen demnach flexibel sein und einander ergänzen, die Fähigkeiten des behinderten Menschen stärken und das soziale Umfeld unterstützen und für jedermann leicht erreichbar sein. Die gesamte Struktur an Hilfs-, Betreuungs-, Pflege- und Rehabilitationsmaßnahmen muss differenzierte Angebote in ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen bereitstellen.

Einrichtungen der Behindertenhilfe:

Stationäre und teilstationäre Einrichtungen decken den Bedarf an

- Wohnen mit Vollbetreuung
- Wohnen mit Teilbetreuung („Betreutes Wohnen“)
- Beschäftigungstherapie (Betreuung und Förderung in Tagesstrukturen für behinderte Menschen)
- Angeboten für die berufliche Anlehre

Insgesamt werden derzeit rund 700 Einzelleistungen in Anspruch genommen, wobei zu berücksichtigen ist, dass häufig eine Kombination von Maßnahmen der Behindertenhilfe vorliegt: mit einer wohnmäßigen Unterbringung ist im Regelfall auch eine Unterbringung in einer Einrichtung der Beschäftigungstherapie (Förderwerkstätte, Tagesheimstätte) verbunden. Daher kommt es in diesen Fällen zu einer Doppelzählung als Teilnehmer an beiden Maßnahmen.

Die Entwicklung der letzten Jahre war insbesondere gekennzeichnet durch einen Ausbau der Kapazitäten im Bereich der Schwerstbehinderteneinrichtungen sowohl beim Wohnangebot als auch beim Angebot an Tagesstrukturen. Neue Einrichtungen sind in Jennersdorf, Frauenkirchen, Siegendorf entstanden.

Die **wohnmäßige Versorgung von Behinderten** muss aus heutiger Sicht den **Schwerpunkt der nächsten Jahre** bilden. Analog zum Wegfall von Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten durch Angehörige zu Hause (wegen zunehmenden Alters der Eltern, die in der Regel diese Betreuung besorgen) wird das Angebot an Wohnplätzen kontinuierlich zu erhöhen sein.

Grundsätzlich hat die Schaffung neuer (Wohn)Kapazitäten unter Berücksichtigung eines konkret absehbaren Bedarfes zu erfolgen, mit der Einschränkung, dass eine Reservekapazität für akut auftretende Unterbringungsnotwendigkeiten vorgehalten werden soll. Daraus folgt, dass – zumindest zeitlich befristet – Leerkapazitäten dem Träger auch finanziert werden müssen.

Die zukünftige Entwicklung der Angebote in Einrichtungen des teilstationären und stationären Sektors ist am Ende dieses Abschnitts dargestellt.

Mobiler Beratungsdienst:

Der Mobile Beratungsdienst für Kinder und Jugendliche wurde 1976 eingerichtet und ist eine Dienstleistung des Bundessozialamtes.

Aufgabe und Ziel des Beratungsdienstes besteht darin, Familien auf unbürokratische Weise Beratung und Betreuung in allen Fällen der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung ihrer behinderten Kinder kostenlos anzubieten.

Zwei Teams von Kinderärzten, Psychologen und Sozialarbeitern gewährleisten eine flächendeckende Versorgung des Burgenlandes (als einziges Bundesland!). Die Kosten für das Personal trägt der Bund, die Kosten der Beratungsstellen das Land.

Besonderes Augenmerk wird darauf zu legen sein, dass dieses bestehende flächendeckende und fachlich breit angelegte Angebot auch zukünftig aufrecht bleibt und nicht durch eventuelle Sparmaßnahmen des Bundes beschnitten wird.

Angebote für behinderte Kinder und Eltern im Vorschulalter:

Die im Burgenland verfügbaren Angebote für Kinder im Vorschulalter und deren Eltern sind mobile Beratungen und Förderungen, beginnend mit Geburt bis zum Schuleintritt des behinderten Kindes. Dieses umfassende Angebot stellt sich wie folgt dar:

1. Frühförderung

Diese ist eine Förderung von Kleinkindern, die entwicklungsverzögert, behindert oder in ihrer Entwicklung gefährdet sind, verbunden mit einer fachlichen Beratung der Eltern.

Neben den derzeit im Burgenland tätigen 6 Frühförderinnen (bei Rettet das Kind Österreich beschäftigt – mit Kostentragung durch das Land), die laufend rund 60 Kinder betreuen, werden für besondere Förderungsarten (insbesondere die Sehfrühförderung) bei Bedarf entsprechend ausgebildete Frühförderinnen aus angrenzenden Bundesländern bzw. Wien herangezogen.

Mit insgesamt 6 Frühförderinnen ist das Ausbauziel von insgesamt 7 für das Burgenland beinahe erreicht. Bei Vorliegen einer geeigneten Bewerberin könnte 2004 der Vollausbau erreicht sein.

2. Mobiler Heilpädagogischer Dienst

Das Team des Mobilen Heilpädagogischen Dienstes (von Rettet das Kind Österreich und Caritas) umfasst Physiotherapeutinnen, Musiktherapeutinnen, Sonderkindergärtnerinnen und Logopädinnen und ermöglicht mit den insgesamt 39 MitarbeiterInnen (35 Rettet das Kind, 3 Caritas, 1 Land) flächendeckend kostenlose Unterstützung und Therapie für (behinderte) Kinder im Kindergartenalter.

Derzeit werden vom Team insgesamt rund 1.150 Kinder laufend betreut.

Zur weiteren Verbesserung der Versorgungsstruktur, insbesondere in den therapeutischen Teilleistungsbereichen, sollen in den nächsten Jahren punktuell die personellen Kapazitäten erhöht werden.

3. Zusatzbetreuung in Kindergärten

Wenn Betreuung und Pflege erforderlich sind, um einem Kind mit Behinderungen den Kindergartenbesuch zu ermöglichen und der Pflege- und Betreuungsbedarf nicht durch die Einrichtung einer Integrationsgruppe gedeckt werden kann, wird im Rahmen der Behindertenhilfe die notwendige Pflege und Betreuung durch teilweise oder gänzliche Übernahme der Kosten einer Betreuungsperson sichergestellt.

Derzeit wird dieses Angebot nur mehr für 6 Kindergartenkinder in Anspruch genommen. Sollte sich der Trend, vermehrt Integrationsgruppen zu installieren, fortsetzen, wäre dies auch mit einem rückläufigen Bedarf an Zusatzbetreuungspersonen in Kindergärten verbunden.

Hilfen im Zusammenhang mit Schulbildung:

1. Zusatzbetreuung in Schulen:

Wenn der Schulbesuch nur mit entsprechender Pflege und Betreuung eines schulpflichtigen Kindes möglich ist und die (personellen) Maßnahmen des Schulerhalters nicht ausreichen, um die notwendige Pflege und Betreuung sicherzustellen, bietet die Behindertenhilfe die Möglichkeit Pflege- und Betreuungspersonen zur Verfügung zu stellen. Dies geschieht durch Personal im Anstellungsverhältnis (hauptsächlich in Allg. Sonderschulen) und Tragung der Personalkosten aus der Behindertenhilfe oder durch stundenweise Beistellung einer geeigneten Person, wobei die Kosten teilweise oder gänzlich aus Mitteln der Behindertenhilfe übernommen werden.

Derzeit sind im Rahmen dessen 16 Personen im Anstellungsverhältnis und 49 Personen stundenweise im Einsatz.

Die Entwicklung des zukünftigen Bedarfes an Zusatzbetreuung in Schulen ist mit dem Vorliegen eines Betreuungsbedarfes in konkreten Fällen verbunden. Erst wenn der Bedarf in einem konkreten Fall vorliegt, wird die entsprechende Maßnahme im Rahmen der Behindertenhilfe zu setzen sein.

Generell wird der Bedarf beeinflusst werden von der zukünftigen Entwicklung der Integration Behinderter in das Regelschulwesen und von der Bereitschaft der Schulerhalter, für die Pflege und Betreuung von SchülerInnen mit Behinderungen – zumindest teilweise – selbst zu sorgen.

2. Ausbildung in besonderen Schulen für Kinder mit Behinderungen:

In besonders gelagerten Fällen wird der Besuch von spezialisierten Schulen für Kinder mit Behinderungen ermöglicht (häufig auch mit internatsmäßiger Unterbringung, da sich die Schulen außerhalb des Burgenlandes befinden). Dazu zählen etwa Schulen für sehbehinderte oder hörbehinderte Kinder, aber auch die Waldschule in Wr. Neustadt.

Die Anzahl der Kinder in derartigen Schulen schwankt zwischen 20 und 25, wobei aus der Behindertenhilfe Schul-, Internats- und auch Fahrtkosten getragen werden.

3. Hilfsmittel:

Notwendige Hilfsmittel im Zusammenhang mit dem Schulbesuch, etwa Lerncomputer oder Lesegeräte für sehbehinderte SchülerInnen, können von der Behindertenhilfe teilweise oder gänzlich finanziert werden.

Hilfen im Zusammenhang mit Ausbildung und Arbeit (berufl. Eingliederung):

1. Beratung, Berufsorientierung:

Zur Gewährleistung der richtigen Berufswahl steht für behinderte Menschen eine Reihe von Entscheidungshilfen zur Verfügung:

Neben den Beratungslehrern in den Schulen bieten das Arbeitsmarktservice, die Berufsinformationszentren, der Mobile Beratungsdienst, die Arbeitsassistentinnen/-ten und weitere Beratungsdienste Entscheidungshilfen durch Beratung und Unterstützung.

Berufsorientierungskurse des AMS und Arbeitserprobung runden das Angebot ab.

2. Anlehre:

Die Anlehre ist ein Ausbildungsweg, der die betroffenen Menschen dazu befähigen soll, in beruflichen Teilbereichen qualifizierte Arbeit zu leisten. Es soll dadurch eine Integration am freien Arbeitsmarkt ermöglicht werden.

In letzter Zeit sind Projekte in Markt Allhau (MALKO), Neutal (BUZ) und in Minihof-Liebau realisiert worden. Rund 50 behinderte Menschen befinden sich in einer Anlehre oder in Arbeitserprobung.

Eine Ausweitung des Angebotes für Klienten auf der Stufe zwischen Anlehre und Beschäftigungstherapie ist für Einzelfälle im Bezirk Oberpullendorf verwirklicht. Weitere Angebote sollen im Land erst dann geschaffen werden, wenn die Bedarfsprüfungen positive Ergebnisse bringen und geeignete Träger dafür gewonnen werden können.

Die Anlehreprojekte werden derzeit aus Mitteln der Behindertenmilliarde finanziert. Sollten diese Mittel zukünftig allenfalls nicht mehr oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen, wären Finanzierungslösungen im Zusammenwirken zwischen AMS, Bundessozialamt und Land zu finden, sofern auf Grund positiver Evaluierungsergebnisse eine Projektweiterführung geboten wäre.

3. Berufsausbildung (Lehre):

Die berufliche Eingliederung als Maßnahme der Behindertenhilfe umfasst auch die berufliche Ausbildung in Form der Absolvierung einer Lehre in dafür geeigneten Ausbildungseinrichtungen. Derzeit befindet sich eine Person auf Kosten der Behindertenhilfe in einer derartigen Lehre.

4. Beschäftigung (Geschützte Arbeit):

Durch Gewährung von Lohnkostenzuschüssen (LKZ) an Arbeitgeber wird behinderten ArbeitnehmerInnen, denen es auf Grund ihrer Behinderung nicht gelingt, mit nicht behinderten Menschen auf dem Arbeitsmarkt erfolgreich zu konkurrieren, eine Beschäftigung zum betriebsüblichen Entgelt gesichert. Der Lohnkostenzuschuss ist eine Abgeltung der Minderleistung des behinderten Menschen am konkreten Arbeitsplatz.

Lohnkostenzuschüsse können gewährt werden vom

- Bundessozialamt (BSA)
- Land als Maßnahme der Behindertenhilfe
- Arbeitsmarktservice

Derzeit werden Lohnkostenzuschüsse für 50 Arbeitnehmer gewährt.

Ab 2003 trägt bei begünstigten Behinderten jene Lohnkostenzuschüsse, die bis Ende 2002 gemeinsam mit dem Land gewährt wurden, zur Gänze das Bundessozialamt. Im Gegenzug übernimmt das Land die Maßnahmen der sozialen Rehabilitation (eine Leistung gemäß Behinderteneinstellungsgesetz) in seine Zuständigkeit. Dieser Abtausch ist eine Maßnahme im Zusammenhang mit der Verwaltungsreform. Die berufliche Rehabilitation selbst verbleibt im Zuständigkeitsbereich der Bundessozialämter.

5. Soziale Rehabilitation

umfasst Zuschüsse für

- E-Rollstühle, Treppensteigergeräte, elektrische Behindertenfahrzeuge etc.
- Kommunikationshilfsmittel
- Elektronische Hilfsmittel
- sonstige technische Hilfsmittel
- Orthopädische Behelfe
- Maßnahmen der Heilfürsorge
- Ankauf von Kraftfahrzeugen
- Lenkerberechtigung
- Fahrtkostenzuschuss
- Förderung spezieller Schulungen für blinde und schwer sehbehinderte Menschen
- Blindenführhund
- Ausbildungsbeihilfe
- Behindertengerechte Ausstattung von Eigenheimen und Wohnungen

6. Zuschüsse zur behindertengerechten Adaptierung von Privatfahrzeugen:

Wenn ein behinderter Arbeitnehmer ein behindertengerecht adaptiertes Privatfahrzeug zur Erreichung des Arbeitsplatzes benötigt, kann für

- a) die Ausrüstung mit Automatikgetriebe und
- b) die Umrüstung auf Handbetrieb

ein Zuschuss in Höhe von 755,80 Euro (= im Jahr 2004 geltender Wert) pro Maßnahme gewährt werden.

Sonstige Angebote:

1. Arbeitsassistenz – Allgemein:

Die Arbeitsassistenz dient der Unterstützung von behinderten Menschen bei der Eingliederung in den Arbeitsmarkt und ist eine Serviceleistung für ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen. Ziel ist die Unterstützung bei der Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes durch Begleitung und Betreuung. Im Burgenland besteht sie seit 1995 und steht flächendeckend zur Verfügung – als Träger fungieren Rettet das Kind Österreich und der Verein BUNGIS. Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln des ESF, des AMS, des BSA und des Landes.

7 Vollzeitbeschäftigte betreuen pro Jahr rund 200 Personen.

2. Arbeitsassistenz für Jugendliche:

Ziel der Arbeitsassistenz für Jugendliche ist es, Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen im Alter zwischen 13 und 24 Jahren mittels kontinuierlicher Betreuung – unter Einbindung der Eltern und Schulen – bei der Berufsorientierung und der zukünftigen Lebensplanung zu helfen und einen geeigneten Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu finden und diesen zu sichern. Das Angebot besteht seit dem Jahre 2001 und wird aus der Behindertenmilliarde finanziert.

4 ArbeitsassistentInnen stehen flächendeckend zur Verfügung und betreuen jährlich rund 100 Jugendliche.

3. Arbeitsbegleitung und Job-coaching:

Ebenso seit 2001 (und aus der Behindertenmilliarde finanziert) besteht das Projekt Arbeitsbegleitung mit insgesamt 4 Mitarbeitern. Aufgabe ist die Begleitung von Jugendlichen und Erwachsenen während der Einarbeitungsphase an einem neuen Arbeitsplatz.

Jährlich finden ca. 40 Begleitungen statt.

4. Vermittlungsorientierte Integrationsbegleitung (VIB):

Ab 1997 besteht für Klienten des Malko ein eigenes Angebot, um sie als Teilnehmer der verschiedenen Einrichtungssparten (Transitarbeitskräfte, Arbeitserprobung, Anlehre, Beschäftigungstherapie) bei der Erlangung eines Arbeitsplatzes zu unterstützen und zu begleiten.

Rund 25 Klienten werden jährlich betreut.

Das obige Angebot mit Zielrichtung „Integration von Menschen mit Behinderungen am ersten Arbeitsmarkt“ gewährleistet in qualitativer und quantitativer Hinsicht eine durchaus zufriedenstellende und flächendeckende Versorgung des Burgenlandes; ein konkreter Ausweitungsbedarf ist derzeit nicht abzusehen.

Für die Sicherstellung der Finanzierung des Angebotes ab dem Zeitpunkt, in denen ESF-Mittel nicht mehr oder nicht mehr im derzeitigen Ausmaß zur Verfügung stehen (betrifft die Arbeitsassistenz-Allgemein und VIB) oder Mittel der Behindertenmilliarde gekürzt oder gar gestrichen werden sollten (betrifft Arbeitsassistenz für Jugendliche und Arbeitsbegleitung), wäre im Zusammenwirken zwischen AMS, Bundessozialamt und Land rechtzeitig Vorsorge zu treffen.

Teilbereich psychisch behinderte Menschen

Dieser Teilbereich und dessen wichtigste Entwicklungstrends sollen im Folgenden gesondert dargestellt werden. In den Platzzahlen auf den Seiten 45 und 46 sind die angeführten Einrichtungen für Wohnen und Tagesstruktur bereits inkludiert. Nähere Details sind dem eben erschienenen „Psychiatrie-Bericht Burgenland 2003“ zu entnehmen.

Der im BEP-Maßnahmenprogramm 1998 angeregte „eigene Psychiatrieplan“ wurde im Auftrag der KRAGES vom nunmehrigen Geschäftsführer und Chefarzt des Psychosozialen Dienstes Burgenland (PSD), a.o. Univ.-Prof. Dr. Karl Dantendorfer, unter dem Titel „Psychiatrieplan Burgenland 2000“ im Herbst 2000 fertiggestellt und von der Bgld. Landesregierung beschlossen. Eine Darstellung der aktuellen Versorgungslage bietet der „Psychiatrie-Bericht Burgenland 2003“.

Der Aufbau der lange Zeit fehlenden akutpsychiatrischen Abteilungen hat nunmehr konkrete Gestalt angenommen.

2001 ist im Krankenhaus Oberwart eine psychiatrische Ambulanz eingerichtet worden, welche sehr gut angenommen wird und bereits zu einer wesentlichen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung der Region geführt hat. Eine solche Ambulanz soll demnächst auch im KH der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt in Betrieb gehen.

Die stationäre Psychiatrie in Eisenstadt soll über 43 Betten sowie 10 Plätze in der Tagesklinik verfügen und bereits 2005 in Teilbetrieb gehen, weil dann die NÖ Landesnervenklinik Klosterneuburg in Gugging keine bgld. PatientInnen mehr aufnehmen wird. In weiterer Folge ist eine solche Einrichtung auch für Oberwart vorgesehen. Die Dimensionierung der stationären Angebote ist darauf abgestimmt, dass bereits eine gut ausgebaute ambulante Versorgung existiert.

Psychosozialer Dienst

Der PSD wurde bereits 1959 – unter anderem Namen – als erste derartige Einrichtung in Österreich gegründet. Er bietet ambulante psychosoziale Leistungen für Menschen mit Suchterkrankungen sowie psychiatrischen Erkrankungen und Krisen oder durch solche bedingten Problemen und Behinderungen an. Die Angebote sind kostenlos und im ganzen Land verfügbar: in den Beratungsstellen der sieben Bezirksvororte und im Bedarfsfall im Rahmen von Hausbesuchen. Diese Betreuungsangebote des PSD sichern – gemeinsam mit der niedergelassenen Ärzteschaft – die flächendeckende Versorgung der bgld. Bevölkerung mit ambulanten psychiatrischen und psychosozialen Leistungen. Eine enge Kooperation erfolgt mit den niedergelassenen Ärzten, den regional zuständigen stationären Einrichtungen, sowie jenen des Landes, der Gemeinden und allen anderen Anbietern im psychosozialen Bereich. Bei komplexem Betreuungsbedarf übernehmen MitarbeiterInnen des PSD die Funktion von „Case Managern“ für einzelne KlientInnen und erfüllen damit Aufgaben, die nicht von anderen Stellen geleistet werden.

Zusätzlich zu den Betreuungsaufgaben engagiert sich der PSD auch in der Krankheits-Prävention und der Gesundheits-Promotion, welche das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen umfassen, von Angststörungen über Depressionen und Psychosen bis hin zu Suchterkrankungen. Auch Selbsthilfegruppen von Patienten und Angehörigen werden gefördert und betreut bzw. moderiert.

Die Entwicklungen in der Medizin im Allgemeinen und insbesondere in der Psychiatrie haben auch im PSD Umstrukturierungsmaßnahmen notwendig gemacht, zumal es erforderlich war, die Weiterentwicklung des PSD mit der Umsetzung des Psychiatrieplanes zu koordinieren und zu synchronisieren. Darüber hinaus war eine Ausweitung der Betreuungsangebote und die Etablierung einer klaren fachlichen Leitung notwendig.

Die bisherige *Vereinsstruktur wurde in eine GmbH übergeführt*, die den Namen „Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH“ trägt, und eine Tochtergesellschaft der KRAGES ist. Durch eine organisatorische und personelle Zusammenführung der bisher teilweise getrennten Beratungsteams für Alkohol- und psychisch Kranke einerseits und für Drogenkranke andererseits ist es nun gelungen, in allen Regionen komplette multiprofessionelle MitarbeiterInnenteams zu etablieren, die über Beratungskompetenz in den Bereichen Psychiatrie, Sozialarbeit, Psychologie und Psychotherapie verfügen. Wesentliche Schritte waren auch die *Übersiedlungen der Beratungsstellen in Neusiedl am See und in Oberwart* und die damit verbundenen Verbesserungen der Angebotspalette.

Die Inanspruchnahme der PSD-Leistungen stieg in den vergangenen Jahren stetig an. Durch interne Umschichtung finanzieller Mittel aus der Verwaltung in den Therapie- und Betreuungsbereich konnten 2003 drei halbe Dienstposten zusätzlich geschaffen und die Frequenz der fachärztlichen Beratungen erhöht werden. Es werden nunmehr auch Hausbesuche durch Fachärzte angeboten.

Der Schwerpunkt der Weiterentwicklung des PSD wird im weiteren Ausbau der nachgehenden Betreuung (insbesondere der Hausbesuche) liegen, wofür künftig auch mehr finanzielle Mittel erforderlich sein werden.

Das Burgenland weist mit Abstand die niedrigsten stationären Aufnahmequoten mit psychiatrischen Diagnosen auf, was nur zum Teil damit zusammenhängt, dass eigene psychiatrische Abteilungen noch fehlen, vielmehr wird durch die jahrelange Tätigkeit des PSD praktisch demonstriert, dass der international propagierte Trend „ambulant vor stationär“ auch im Bereich der Psychiatrie tatsächlich realisierbar ist. Beim Aufbau der stationären Abteilungen wird daher besonderer Wert auf die Erhaltung der personellen Kontinuität zwischen intra- und extramuraler Betreuung gelegt werden.

Wohnen und Tagesstruktur

Die Einrichtungen in Großpetersdorf (39 Plätze) und in der Dornau (35 Plätze) bieten neben der Wohnmöglichkeit auch eine Tagesstruktur (Beschäftigungstherapie, Arbeit) an. Großpetersdorf wurde bereits renoviert, auch die Dornau wurde umgebaut und qualitativ aufgerüstet (Schaffung von vorwiegend Ein- bzw. Zweibettzimmern).

Rehabilitationswohnen (Übergangswohnheim)

Psychisch behinderte Menschen können in solchen Einrichtungen so lange bleiben bis sie gelernt haben autonom zu leben und in eine betreute Einzelwohnung übersiedeln können.

Nach diesem Konzept arbeitet eine Einrichtung in Zurndorf-Friedrichshof (Bgl. Netzwerk Sozial) mit 16 Wohn- und 13 Tagesstrukturplätzen. Von Zurndorf aus werden auch Einzelwohnungen betreut (derzeit 3 Plätze), ein ähnliches Projekt läuft auch beim Gesundheitsforum Burgenland in Großpetersdorf.

Eine neue Einrichtung für rehabilitatives Wohnen mit 25 Plätzen wird Ende 2004 in Lackenbach fertiggestellt und von „pro mente Bgl.“ betrieben werden. In weiterer Folge soll in Lackenbach auch eine Tagesstruktur angeboten werden und ein Tageszentrum für Menschen mit psychischen Erkrankungen (auch gerontopsychiatrische Formen wie Alzheimer,...) entstehen.

Eine weitere Einrichtung für Rehabilitationswohnen des Vereins WAL (Wohnen–Arbeiten–Leben) mit ca. 12 Plätzen soll noch heuer in Kohfidisch in Betrieb genommen werden.

Als Kooperationsprojekt aller einschlägigen Vereine wurde mit 1.1.2004 das Konzept „Wohnformen Burgenland“ für betreutes Wohnen von psychisch behinderten Menschen umgesetzt, dessen Ziel es ist, landesweit gültige Betreuungsstandards mit verschiedenen Intensitätsstufen anzubieten.

In den Pflegezentren der KRAGES in Neudörfl und am Hirschenstein sind neben geriatrischen Pflegefällen und gerontopsychiatrischen Patienten auch jüngere Menschen mit Behinderungen auf Grund psychiatrischer Erkrankungen untergebracht (psychiatr. Langzeitwohnbetrieb). In den letzten Jahren konnte dort die psychiatrischen Konsiliartätigkeit wesentlich intensiviert werden. Allerdings ist der Standort Hirschenstein als problematisch zu bewerten.

Der Verein „pro mente Burgenland“ wurde Ende 2000 gegründet und hat sich die Förderung der Anliegen und Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt; zu den Mitgliedern zählen u.a. auch die einschlägigen bgl. Einrichtungen. Pro mente tritt als Träger verschiedener Projekte auf, wie z.B.

der Anti-Stigma-Kampagne Schizophrenie der WHO (in Schulveranstaltungen mit Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften) oder der „Sozialbegleitung“: dabei unterstützen in einsemestrigen VHS-Kursen geschulte Laien (2003 wurde bereits der 3. Kurs abgeschlossen) ehrenamtlich und unter Supervision psychiatrische Patienten bei der Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung – das Angebot gibt es bereits landesweit, es wird kontinuierlich ausgebaut.

Selbsthilfe-Initiativen wie HPE-Burgenland (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter), ein Dachverband, der regionale SH-Gruppen bildet und workshops, Informationsabende und Vorträge für Angehörige und Interessierte organisiert, um zu einem besseren Verständnis im Umgang mit psychisch Erkrankten beizutragen, und „helping friends“ – eine selbstverwaltete Interessensvertretung für Menschen mit Psychiatrieerfahrungen, mit der Zielsetzung der Öffentlichkeitsarbeit und Entstigmatisierung – wurden in den vergangenen Jahren von engagierten Betroffenen ins Leben gerufen und werden zügig ausgebaut.

Bedarfsprognose und Ausbau von stationären und teilstationären Einrichtungen bis 2006

1. Wie bereits in der Einleitung zu diesem Abschnitt ausgeführt, liegt der Schwerpunkt des Ausbaubedarfes in der **wohnmäßigen Versorgung** von Menschen mit Behinderungen. Dieser Ausbau hat kontinuierlich zu erfolgen und zu berücksichtigen, dass durch den Wegfall von Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten im familiären Bereich – insbesondere wegen des zunehmenden Alters der Betreuungspersonen (vorwiegend Eltern oder ein Elternteil) – immer mehr Menschen mit Behinderungen auf Wohnmöglichkeiten in spezialisierten Einrichtungen unterschiedlicher Kategorie angewiesen sein werden. Dadurch wird sicher gestellt, dass die Versorgung von Menschen mit Behinderungen exakt abgestimmt auf ihre Bedürfnisse ermöglicht werden kann und es weder zu einer Unter- noch zu einer Überversorgung kommt.

Daher werden alle drei derzeitigen Kategorien vermehrt anzubieten sein und zwar – abgestuft nach Betreuungsintensität:

- Wohnheime für Schwer- und Mehrfachbehinderte
- Wohnheime für Behinderte
- teilbetreutes Wohnen

Nicht unerwähnt bleiben darf, dass es auch in Zukunft sporadisch besonders gelagerte Einzelfälle geben wird, für die ein spezielles Versorgungsangebot in einem anderen Bundesland in Anspruch genommen werden muss.

Bis zum Jahre 2006 wären aus heutiger Sicht nachstehende Ausbauefordernisse gegeben:

Wohnheime für Schwer- und Mehrfachbehinderte:

Bezirk Oberwart: 9 zusätzliche Plätze, auch für weniger schwer Behinderte nutzbar.

Weitere Erfordernisse sind derzeit nicht erkennbar, nachdem in Jennersdorf noch Kapazitäten frei sind.

Wohnheime für Behinderte:

Bezirk Neusiedl: 10 Plätze

Bezirk Eisenstadt: 12 Plätze

Bezirk Oberwart/Güssing: 12 Plätze (eher gegen Ende der Vorschauperiode)

Bezirk Oberwart: 20 Plätze (für psychisch Kranke)

Teilbetreutes Wohnen:

Bezirk Eisenstadt:	6 Plätze (im Zusammenwirken mit dem Wohnheim)
Bezirk Mattersburg:	5 Plätze
Bezirk Oberpullendorf:	4 Plätze
Bezirk Oberwart/Güssing:	6 Plätze (im Zusammenwirken mit dem Wohnheim)

2. Auch die Betreuung und Förderung in Tagesstrukturen für behinderte Menschen (**Beschäftigungstherapieeinrichtungen**) bedürfen im Zeitraum bis 2006 einer Ausweitung sowohl für Schwer- und Mehrfachbehinderte als auch für geringer Behinderte.

Obwohl der Versorgungsstand als überaus gut bezeichnet werden kann, zeichnen sich Bedarfe ab bei:

Beschäftigungstherapie für Schwer- und Mehrfachbehinderte:

Bezirk Eisenstadt:	6 Plätze
--------------------	----------

Beschäftigungstherapie für Behinderte:

Bezirk Eisenstadt:	8 Plätze
Bezirk Oberpullendorf:	6–8 Plätze

Der dargestellte Bedarf an Beschäftigungstherapieplätzen für Behinderte wird besonders davon abhängig sein, in welchem Umfang parallele Projekte und Dienste für Menschen mit Behinderungen in ihrem Bemühen erfolgreich sein werden, die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen in das Erwerbsleben zu integrieren. Jeder behinderter Mensch, bei dem der Integrationsversuch (etwa durch Anlehre oder Arbeitsassistenz) erfolgreich verläuft, benötigt keinen Platz in der Beschäftigungstherapie.

Abschließend soll noch auf einen wesentlichen Punkt hingewiesen werden. Die Prognose des zukünftigen Bedarfes ist von großen Unsicherheiten geprägt und sollte daher nicht als unveränderliche Fixgröße gesehen werden. Wesentlich ist vielmehr eine flexible Handhabung der Bedarfsvorschau in beide Richtungen hin, wobei der tatsächliche, zum Entscheidungszeitpunkt konkret absehbare Bedarf maßgeblich für Umsetzungsschritte sein muss. Denn ebenso nachteilig wie zu geringe Kapazitäten wären auch Überkapazitäten – beide Zustände sollten möglichst vermieden werden.

Anhang

A 1 / 2: Determinanten der Pflegebedürftigkeit (nach H.-C. Mager)

A 3 / 4: Argumentation gg. Umwandlung v. Pflegegeld in einen Pflegescheck

Tabelle 1: Alterspopulation der bgl. Bezirke u. der Bundesländer (VZ 2001)

Tabelle 2 und 3.1 / 3.2: Neueste Bevölkerungsprognose 2001 – 2050

Diagramm 1: Pflegegeld-Bezieher (Anzahl: Bund und Land)

Diagramm 2: Pflegegeld-Bezieher nach Altersgruppen

Diagramm 3: Einpersonenhaushalte (75+ Jahre)

Diagramm 4: Demographische Unterstützungsraten
intergenerationelle Unterstützungsraten (45 - 59 J. / 80+J.)
Senioren-Selbsthilferate (60 - 79 J. / 80+ J.)
Frauenerwerbsquote (45 - 59 J.)

Diagramm 5: Ambulante Dienste: Personalentwicklung (1997-2006)

Diagramm 6: Ambulante Dienste: betreute Personen 1995 - 2006

Diagramm 7: Altenhilfe-Pflegequoten (1995 – 2011): Heimplätze bzw.
monatl. ambulant betreute Personen pro 1.000 Einw. 75+ J.

Diagramm 8: Ambulante Dienste: Personal (1997 - 2006) pro 1.000 Ew. 75+

Diagramm 9: Ambulante Dienste: Personal (1998 - 2006) pro 1.000 PG-
Bezieher

Diagramm 10: Ambulante Dienste: betreute Personen pro Bezirk und Ew. 75+
Stand 2004 – SOLL 2006

Diagramm 11: Heimplätze im Bezirk / Bewohner aus dem Bez. (30.11.2000)

Diagramm 12: Heimplätze inkl. Projekte pro Bezirk (Mai 2004)

Diagramm 13a,b: Heimplätze (1995 - 2006): SOLL-Werte nach BEP 98
IST-Stand und Ausbau

Diagramm 14: Heimplatzbedarf 2006 pro Bezirk – aus Sicht Mai 2004

Argumentation gegen die Umwandlung von Pflegegeld in einen Pflegescheck

Die Vorstellung, mit einer Art Gutschein für Pflegeleistungen („Pflegescheck“) einerseits die Pflegequalität der hilfsbedürftigen Menschen zu verbessern und andererseits neue Arbeitsplätze zu schaffen, mag zwar in der Theorie plausibel scheinen, gegen die Umsetzung in die Praxis sprechen allerdings gewichtige Argumente:

- Das Pflegegeld (PG) ist ein „*personenbezogenes Pflegebudget*“. Es war bei seiner Einführung durchaus auch zur Finanzierung der Pflege im Familienkreis vorgesehen, und nicht bloß für profess. Dienste – das ergibt sich bereits aus dessen Höhe, andernfalls hätte man statt einer Geldleistung gleich unentgeltliche Sachleistungen (wie in Schweden) anbieten müssen; vehement gegen eine solche „Bevormundung“ haben sich seinerzeit aber die Behindertenvertreter ausgesprochen.
- Die durchschnittliche Höhe des PG im Bgld. liegt bei 3,30 Euro pro Betreuungsstunde (Stundenausmaß gemäß ärztl. Gutachten);
- laut PG-Evaluationsstudie von Badelt liegt die erbrachte Monatsleistung der familiären Hauptpflegepersonen weit höher – was einem „Stundenlohn“ von 1,20 bis 3,70 Euro entspräche;
- bei 17 Euro liegen demgegenüber im Bgld. die durchschnittlichen Kosten einer profess. ambulanten Betreuungsstunde für die Nutzer (im durchschn. tatsächlich konsumierten Verhältnis von Fachpflege zu Heimhilfe).
- Angehörigenpflege ist nicht selbstverständlich und wird in Zukunft immer weniger selbstverständlich sein, wenn nicht flankierende Maßnahmen gesetzt werden. Verschlechterungen für die Angehörigen beim PG sind kontraproduktiv und ein Signal in die falsche Richtung.
- Jeder noch so „kleine“ Eingriff im PG-System in Richtung „Ersatz der Geld- durch Sachleistung“ könnte eine sofortige Nachfrage nach ambulanten Dienstleistungen erzeugen, zu deren Befriedigung ausgebildetes Personal gar nicht zur Verfügung stünde.

In Anbetracht der Tatsache, dass die weitaus meiste Pflegearbeit von Angehörigen geleistet wird – und das durchwegs zur vollsten Zufriedenheit (wie einige Studien, auch eine Untersuchung der Abt.6 im Jahr 1999 bei Landespflegegeldbeziehern, gezeigt haben) – und deren Motivation zur Angehörigenbetreuung durch das PG sicherlich gefördert wird, ist damit zu rechnen, dass eine (teilweise) Rücknahme dieser finanziellen Anerkennung gerade im Burgenland mehr negative als positive Auswirkungen zeigen würde.

Im Bgld. tragen nämlich die Nutzer ambulanter Dienste bereits jetzt weit mehr zu den Gesamtkosten bei als in jedem anderen Bundesland – sie könnten sich daher für das PG die weitaus wenigsten profess. Pflegestunden leisten, und müssten vielmehr dazu bereit sein, „als Dank“ für das „entzogene“ PG die fehlenden Profi-Stunden durch eigene unentgeltliche Tätigkeit auszugleichen – diese Bereitschaft wird aber keineswegs in jedem Fall gegeben sein. Es werden daher „Pflegelücken“ entstehen, die Qualitätseinbußen für die pflegebedürftigen Menschen bringen und letztlich nur durch vermehrte Heimunterbringungen geschlossen werden können.

Dadurch erhöht sich aber auch der Landesaufwand zusätzlich zu der bereits aus der Altersstruktur erwartbaren Steigerung (bei einem Selbstzahleranteil von 40% beträgt der Jahresaufwand der Sozialhilfe pro Heimbewohner im Durchschnitt grob geschätzt 7.000 Euro).

Substitutionsabschätzungen:

- *Die Umwandlung von lediglich 20% des PG in Sachleistungsschecks könnte im Bgld. ein sofortiges Nachfragepotenzial nach 400 Vollzeitkräften in den amb. Diensten auslösen und damit – unter der theoret. Annahme, dieses Personal wäre tatsächlich verfügbar – die bisherigen Kosten für das Land mehr als verdoppeln.*
- *Wenn Eingriffe ins PG-System die Wirkung hätten, dass die Betreuungsleistung der Angehörigen (samt privat organisierten Hilfen) bloß um 10% abnimmt, so könnte das eine Nachfrage nach bis zu 700 zusätzlichen Heimplätzen sowie nach einer doppelt so hohen Leistung ambulanter Dienste auslösen und dem Land Mehrkosten bis zu 8 Mio. Euro im Jahr verursachen.*

* * *

Vergleich der Alterspopulation des Burgenlandes mit anderen Bundesländern (Ergebnisse der Volkszählung 2001)

Bezirk	Bevölkerung 60+ (in %)	Bevölkerung 75+ (in %)
Neusiedl	23,73	7,50
Eisenstadt (inkl. Städte)	23,42	7,90
Mattersburg	22,53	7,73
Oberpullendorf *)	26,07	8,75
Oberwart	23,70	8,06
Güssing	25,64	8,07
Jennersdorf *)	25,12	8,52
BGLD. GESAMT	24,10	8,01
<u>Österreich **)</u>	21,07	7,24
Wien	21,69	8,28
Steiermark	22,29	7,70
Niederösterreich	22,16	7,33
Kärnten	21,92	7,57
Oberösterreich	20,18	6,74
Salzburg	18,70	6,25
Tirol	18,58	6,05
Vorarlberg **)	17,46	5,34

*) insbesondere die Bezirke Oberpullendorf und Jennersdorf weisen bei der Bev. 75+ überdurchschnittlich hohe Anteile auf und liegen auch bei der Bev. 80+ deutlich über dem Landesdurchschnitt.

**) österreichweit ist ein erhebliches Ost-West-Gefälle festzustellen: so liegt der Wert Vorarlbergs bei der Bev. 75+ um genau ein Drittel unter jenem des Burgenlandes.