

Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Menschen in der Steiermark

Grundlagen und Empfehlungen für eine Entwicklung bis 2030

Endbericht, 1.1

Graz, Dezember 2023

EPIG GmbH

Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

Hans-Sachs-Gasse 14/2
8010 Graz

T: +43 (0)316 810 850
F: +43 (0)316 810 850 50
E: office@epig.at
W: www.epig.at

Gendering

Die Berücksichtigung der gleichen Rechte aller Menschen ist uns wichtig. Das Redaktionsteam bemüht sich daher um die sprachliche Gleichbehandlung von Personenbezeichnungen.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Einleitung	7
1.1 Wesentliche Herausforderungen	7
1.2 Ziel	8
1.3 Aufbau des Berichts	8
2 Grundlagen der Planung	10
2.1 Steirische Gesundheitsziele	10
2.2 Rechtliche Grundlagen	10
2.3 Planungsgrundsätze	11
2.4 Begriffsklärungen	13
3 Determinanten der Pflege	17
3.1 Bevölkerungsstruktur und demografische Entwicklung	17
3.2 Haushaltsstrukturen & Erwerbstätigkeit.....	19
3.3 Gesundheitszustand und Lebenserwartung.....	19
3.4 Pflegebedürftigkeit.....	20
3.5 Verstärkte Partizipation und Selbstbestimmtheit.....	25
3.6 Technologische Veränderungen.....	26
3.7 Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	27
4 Bestehende Versorgungsangebote und deren Nutzung.....	31
4.1 Mobile Pflege und Betreuung	33
4.2 Teilstationäre Tagesbetreuung	34
4.3 Stationäre Langzeitversorgung	34
4.4 Stationäre Kurzzeitpflege	38
4.5 24-Stunden-Betreuung.....	39
4.6 Alternative Wohnformen	40
4.7 Die Pflegedrehscheibe	40
5 Methodische Zugänge	42
5.1 Literaturrecherche	42
5.2 Expert*innenworkshops	42
5.3 Datenquellen.....	43
5.4 Prognosemodell	43
5.5 Limitationen	45
6 Ergebnisse der Prognose	47

6.1	Entwicklung des Pflegebedarfs	47
6.2	Quantitativer Entwicklungsbedarf für die einzelnen Versorgungsformen	48
6.3	Stationäre Langzeitpflege.....	49
6.4	Stationäre Kurzzeitpflege und Übergangspflege.....	50
6.5	Mobile Pflege- und Betreuungsdienste.....	51
6.6	Teilstationäre Tagesbetreuung	52
6.7	Alternative Wohnformen	53
7	Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen in Pflegewohnheimen.....	54
7.1	Reformvorschlag	54
7.2	Psychiatrische Familienpflege	55
8	Versorgung von Menschen mit Demenz.....	57
8.1	Epidemiologischer Hintergrund	57
8.2	Qualitative Aspekte der Versorgung	57
8.3	Empfehlungen für die Steiermark	59
9	Weitere Handlungsempfehlungen.....	60
9.1	Prävention und die Förderung von Gesundheit und gesellschaftlicher Teilhabe	60
9.2	Maßnahmen zur Selbsthilfe	61
9.3	Entlastung pflegender Angehöriger	62
9.4	Sicherstellung der Kapazitäten für die Kurzzeitpflege	64
9.5	Hospizgrundversorgung	66
10	Idealtypisches Modell einer integrierten, niederschweligen Versorgung	68
10.1	Sozial- und Pflegekoordination	68
10.2	Lokales Begegnungs-, Betreuungs-, und Pflegezentrum.....	70
10.3	Ehrenamtlichkeit	71
10.4	Modellhafte Beispiele in Österreich.....	71
11	SOLL-Kapazitäten bis 2030, tabellarische Übersicht.....	72
12	Anhang.....	74
12.1	Good Practice Beispiele aus Europa.....	75
12.2	Altersgerechte Assistenzsysteme.....	79
13	Literaturverzeichnis	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Planungsgrundsätze für die Erarbeitung der Grundlagen für den Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege Steiermark 2030	11
Abbildung 2: Bevölkerungsverteilung nach Alterskohorten und Bezirken zum 01.01.2022	17
Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung in den steirischen Bezirken in der Altersgruppe 75+ im Zeitraum 2021-2030.	18
Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher in der Steiermark in den Jahren 2015 – 2021.	21
Abbildung 5: Verteilung der Personen mit Bundespflegegeldbezug in der Steiermark nach Pflegegeldstufen mit Stichtag 31.12.2021.	22
Abbildung 6: Anteil Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher in der Steiermark nach Altersgruppen in den Jahren 2019 und 2021.	22
Abbildung 7: Versorgungsgrad in der mobilen Pflege und Betreuung nach steirischen Bezirken per 31.12. der Jahre 2019 und 2021.	33
Abbildung 8: Normierte Strukturdichte zum Stichtag 31.12.2021.	35
Abbildung 9: Relative Verteilung der Personen in Pflegeheimen mit bewilligten Plätzen gemäß StPHG nach Pflegegeldstufen per 31.12.2019 und per 31.12.2021 in der Steiermark.	36
Abbildung 10: Versorgungsgrad	36
Abbildung 11: Bewohnerinnen und Bewohner mit Psychiatriezuschlag,	37
Abbildung 12: Bewohnerinnen und Bewohner mit Psychiatriezuschlag, Pflegegeldstufe <4 und <60 Jahre.	38
Abbildung 13: Versorgungsgrade der 24-h-Betreuung per 31.12.2019 und 31.12.2021 auf Ebene der politischen Bezirke der Steiermark.	39
Abbildung 14: Klientinnen und Klienten der alternativen Wohnformen im Jahresvergleich 2019, 2021	40
Abbildung 15: Schematische Darstellung des Prognosemodells zum Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege Steiermark 2030	45
Abbildung 16: Entwicklung der Zahl der Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher in der Steiermark in den Jahren 2015-2021 sowie die Prognose dieser bis zum Jahr 2030.	48
Abbildung 17: Überblick über die prognostizierten Versorgungsgrade der Pflege- und Betreuungsangebote in der Steiermark im Jahr 2030	49

Abkürzungsverzeichnis

BEP	Bedarfs- und Entwicklungsplan
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
EBN	Evidence based nursing
EinstV	Einstufungsverordnung
EW	Einwohner*in
HPC	Hospiz und Palliative Care
ICD	International Classification of Diseases
ICN	International Council of Nurses
IHB	Individueller Hilfebedarf
LEVO	Leistungs- und Endgeltverordnung
LGBI	Landesgesetzblatt
LKH	Landeskrankenhaus
ÖPIA	Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAVO	Personalausstattungsverordnung
PDStV	Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung
PFG	Pflegefondsgesetz
PG	Pflegegeld
SHG	Steiermärkisches Sozialhilfegesetz
STATcube	Statistische Datenbank von Statistik Austria
StBHG	Steiermärkisches Behindertengesetz
StKAG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz
StPHG	Steiermärkisches Pflegeheimgesetz
VSD	Vorsorgedialog

1 Einleitung

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen regelt, dass im Rahmen eines Bedarfs- und Entwicklungsplanes für pflegebedürftige Personen (BGBl. Nr. 866/1993) ein ausreichendes und vielfältiges Angebot integrierter ambulanter Hilfs- und Betreuungsdienste sowie teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen in den Ländern sichergestellt werden soll. Die Planung soll dabei auf den bestehenden Strukturen aufbauen und diese so weiterentwickeln, dass diese Versorgung langfristig sichergestellt werden kann. Demgemäß liegt es in der Verantwortung der Länder, entsprechende Anstrengungen zu unternehmen und dafür notwendige Planungen durchzuführen.

Mit März 2022 wurde die EPIG GmbH – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit, von Seiten der Abteilung 8 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Referat Pflegemanagement, damit beauftragt, die Grundlagen und Empfehlungen aufzubereiten, um daraus den Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen für die Steiermark 2030 abzuleiten.

Es liegt aktuell der Bedarfs- und Entwicklungsplan 2025 für die Steiermark vor¹, der aus dem Jahr 2015 stammt und sich auf Daten des Jahres 2013 als Berechnungsgrundlage bezieht. 2020 erfolgte eine Aktualisierung der Planzahlen für den stationären Bereich, ebenso mit einem Zeithorizont bis zum Jahr 2025. Seither gab es auf Bundesebene und Länderebene Entwicklungen, die eine Veränderung des Verhaltens der Bevölkerung in Bezug auf die Inanspruchnahme von den verschiedenen Angeboten der Betreuung und Pflege erwarten lassen. In diesem Zusammenhang sind exemplarisch die Abschaffung des Pflegeregresses gemäß §330a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes² mit Jänner 2018 und die Anhebung der Kriterien für den Zugang zum Bundespflegegeld gemäß Bundespflegegeldgesetz³ zu nennen.

1.1 Wesentliche Herausforderungen

Neben diesen gesetzlichen Änderungen gibt es eine Reihe an gesellschaftlichen Herausforderungen, die Einfluss auf die Versorgungsplanung nehmen. Hier sei der erhebliche Zuwachs der Zahl alter und hochbetagter Menschen (Statistik Austria 2022) mit einer stetigen Steigerung der Anzahl der Menschen mit Demenz erwähnt (Höfler et al. 2015). Bei zunehmender Lebenserwartung tritt die Pflegebedürftigkeit zwar später ein (WIFO 2017), dennoch wird eine Zunahme an Multimorbidität (CCIV 2016; ÖPIA 2022) und den damit verbundenen komplexen Pflegesituationen erwartet. Dies, sowie Einsamkeit und soziale Isolation erhöhen das Risiko für negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit (Teti et al. 2022).

Zudem ändern sich die Familienstrukturen und die Zahl der Einpersonenhaushalte (siehe Kapitel 3.2) steigt. Die informelle Pflege nimmt, allein schon durch die Veränderung der intergenerationalen Unterstützungsrate, tendenziell ab (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und

¹ Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 8 – Wissenschaft und Gesundheit (Hg.): Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen. Steiermark 2025. Graz, September 2015

² Allgemeines Sozialversicherungsgesetz Stammfassung BGBl. Nr. 189/1955 idF BGBl. 18/1956

³ Bundespflegegeldgesetz Stammfassung BGBl. Nr. 110/1993

Konsumentenschutz 2018). Die Veränderung der demografischen Struktur in der Steiermark bewirkt zudem eine zunehmend geringere Verfügbarkeit an Pflege- und Betreuungspersonen. Die „Babyboomer“ mit Geburtsjahrgängen in den 50er und 60er Jahre des 20. Jahrhunderts scheiden nun aus dem Erwerbsleben aus, womit eine hohe Zahl an Arbeitskräften verloren geht. Gleichzeitig sind die jungen Alterskohorten kleiner, so dass potenziell weniger Personen die Pflege- und Sozialberufe übernehmen werden können.

Der eingeschränkte Zugang zu Pflegeleistungen ist für einen großen Teil der Österreicherinnen und Österreicher nach wie vor Realität. Dies liegt zum einen an der Verfügbarkeit an Diensten und Einrichtungen, zum anderen an den Kosten (European Union 2021). Der daraus resultierende Rückgriff auf informelle Unterstützung beeinträchtigt die Gesundheit, das Wohlbefinden und die wirtschaftlichen Möglichkeiten zahlreicher pflegender Angehöriger in Österreich, insbesondere von Frauen. (Ilinca et al. 2022)

1.2 Ziel

Ziel ist es, mit dem vorliegenden strategischen Grundlagenpapier zum Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen einen Entwicklungspfad für das Land Steiermark bis 2030 aufzuspannen, der eine Versorgungslandschaft sicherstellt, die den Bedürfnissen und Bedarfen von pflegebedürftigen Menschen gerecht wird und qualitativ hochwertig und dabei effizient und effektiv ist. Die pflegerischen wie sozialen Versorgungsangebote sollen sich unter der Prämisse der Wahrung von Selbstbestimmtheit im Alter bzw. von pflegedürftigen Menschen nach Möglichkeit ins Wohn- und Lebensumfeld integrieren lassen und flexibel auf geänderte Bedarfslagen hinsichtlich der Häufigkeit oder des Ausmaßes der Unterstützungs- und Betreuungsleistungen reagieren können, sowie leistbar sein. Es müssen Lösungsansätze für eine sich ändernde Personalverfügbarkeit auch in den strukturellen Konzeptionen sichtbar werden und Lösungen für einen integrierten Versorgungsprozess entwickelt werden, der auch präventiv wirksam wird.

1.3 Aufbau des Berichts

Der Bericht beschreibt zu Beginn die Planungsgrundlagen und theoretischen Überlegungen, die letztlich planungsleitend waren. Sie spannen den theoretischen Gestaltungsrahmen dafür auf, welche Funktionalitäten in der Struktur abgebildet sein sollten. Danach erfolgt eine Darstellung über die bestehenden pflegerischen Versorgungsstrukturen und Versorgungsangebote in der Steiermark und über die jeweilige Inanspruchnahme durch die steirische Bevölkerung auf Basis der Leistungsdaten des Jahres 2021. Aufgrund des Zeitverzuges, der besteht, bis die vollständigen Leistungsdaten eines Jahres plausibilisiert und validiert zur Verfügung stehen und für weiterführende Analysen, wie die hier zugrunde liegenden, Verwendung finden kann, und der in der Regel neun Monate beträgt, ist die Nutzung aktuellerer Daten bis zur Berichtslegung nicht möglich. Die analytischen Methoden sind jedoch so aufgebaut, dass sie in der Prognose weitgehend unabhängig davon sind, auf welchem Basisjahr diese aufbaut.

Im darauffolgenden Teil werden der methodische Zugang für die Prognoserechnungen und die Planungsannahmen dargelegt. Danach werden die Ergebnisse aus der Literatur und aus internationalen Versorgungsmodellen aufbereitet. Darauf baut jenes Kapitel auf, das die quantitativen Ergebnisse für den Planungshorizont 2030 für die einzelnen Versorgungsbereiche beschreibt.

Abschließend werden die qualitativen Schwerpunktsetzungen, insbesondere die niederschwelligen, wohnortnahen Betreuungs- und Pflegezentren als Dreh- und Angelpunkt der integrierten Versorgung beschrieben.

Im Anhang befinden sich nochmals eine tabellarische Darstellung der quantitativen Strukturbeschreibung für die Planung.

2 Grundlagen der Planung

2.1 Steirische Gesundheitsziele

Die Planungsgrundlagen bauen auf den steirischen Gesundheitszielen auf. Jenes Ziel, welches insbesondere auch den Pflegebereich anspricht, lautet *„Das Gesundheits- und Pflegewesen zukunftsfähig und gesundheitsförderlich gestalten“*. Im Mittelpunkt dieses Zieles stehen die pflegebedürftigen Steirerinnen und Steirer sowie deren Angehörige. Gesundheitsförderung und Prävention sollen dafür im Gesundheits- und Pflegewesen besondere Berücksichtigung finden. Das Gesundheits- und Pflegewesen orientiert sich an den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe, in diesem Sinne werden auch die Selbsthilfe und die Betroffenenvertretung als integraler Bestandteil des Gesundheits- und Pflegewesens verstanden. Der Zugang zur Versorgung und Pflege ist für alle niederschwellig und gleichwertig sicherzustellen. Jeder und jede hat das Recht, in medizinischer und pflegerischer Hinsicht evidenzbasiert und qualitativ voll versorgt zu werden.⁴

2.2 Rechtliche Grundlagen

Bei der Erarbeitung der Grundlagen für den BEP Pflege für die Steiermark 2030 fanden als wesentliche Rechtgrundlagen unter anderem das Steiermärkische Pflegeheimgesetz (StPHG), das Steiermärkische Sozialhilfegesetz (SHG) sowie das Pflegefondsgesetz (PFG) Berücksichtigung.

- das Steiermärkische Pflegeheimgesetz (StPHG): Ziele der Regelungen im StPHG sind es, die Interessen, Bedürfnisse und die Menschenwürde von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern zu achten, die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen zu gewährleisten, sowie die Rücksichtnahme auf Sterbebegleitung und einen würdevollen Tod. Zudem werden darin Qualitätskriterien für die Versorgung in Pflegeheimen, Verantwortlichkeiten und Qualifikationen, Rechte und Pflichten für Betreiber aber vor allem auch für Klientinnen und Klienten u.v.m. geregelt.
- das Steiermärkische Sozialhilfegesetz (SHG), in dem u.a. die Voraussetzungen und der Umfang zur Hilfe zur Sicherung des Pflege- und Betreuungsbedarfs geregelt werden
- die SHG-Leistungs- und Entgeltversorgung (LEVO-SHG); die Verordnung regelt die Leistungen, Leistungsentgelte, Ab- und Verrechnungsmöglichkeiten und sonstigen Rahmenbedingungen für Pflegeheime nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz.
- die steiermärkische Personalausstattungsverordnung (PAVO); sie regelt die Personalausstattung in Pflegeheimen. Für die zahlenmäßige Ermittlung des erforderlichen Mindestpflegepersonals wird hierzu die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren jeweiliger Pflegebedarf, der wiederum anhand der Pflegegeldeinstufung beurteilt wird, herangezogen. Mit der Novellierung vom Mai 2021 wurden der Grade-Mix angepasst und erstmals die Pflegefachassistenz oder Fachsozialbetreuung mit Schwerpunkt Altenarbeit oder Behindertenarbeit integriert.

⁴ <https://gesundheitsfonds-steiermark.at/gesundheitsziele-steiermark/>, abgerufen am 09.11.2022

- das Pflegefondsgesetz (PFG), hinsichtlich erforderlicher Pflege und Bedarfsdeckung.

2.3 Planungsgrundsätze

Die Planungsgrundsätze drücken die Erwartungen aus, die die Bevölkerung und Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen an die zukünftige Ausgestaltung des steirischen Pflegewesens haben. Sie bauen auf den steirischen Gesundheitszielen auf und unterstützen handlungsleitend die Gestaltung der pflegerischen Versorgungsstrukturen und Versorgungsangebote und deren Rahmenbedingungen. Sie definieren im Wesentlichen die allgemeinen Funktionalitäten des Versorgungssystems.



Personenzentrierung

Die Personen mit ihren Bedarfen und Erwartungen stehen im Zentrum der Leistungserbringung. Die Versorgung erfolgt abgestimmt auf die individuellen Bedarfe.



Selbstbestimmtheit & Teilhabe

Die Gesundheitskompetenz der pflegebedürftigen Menschen wird gestärkt. Damit nehmen sie eine aktive und partizipative Rolle im Versorgungsgeschehen ein.



Niederschwelligkeit

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen gelangen mit möglichst geringem Aufwand zu Informationen und barrierefreien Angeboten.



Gleichwertigkeit des Zugangs und der Versorgung

Jeder Mensch, unabhängig von Wohnort, Geschlecht, sozialem Status und Pflegebedarf hat ein Anrecht auf eine qualitativ gleichwertige Versorgung.



Sicherstellung der Qualität

Die Qualität der medizinischen und therapeutischen Leistungen wird nach bestverfügbarer Evidenz erbracht.



Effektivität & Effizienz

Die Prämissen der Sparsamkeit, Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit werden in der Vorhaltung der Angebote beachtet.



Integrierte Versorgung

Für eine aufeinander abgestimmte Versorgung von pflegebedürftigen Menschen wird sektorenübergreifend und interdisziplinär zusammen gearbeitet.

Abbildung 1: Planungsgrundsätze für die Erarbeitung der Grundlagen für den Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege Steiermark 2030

2.3.1 Personenzentrierung

Die personenzentrierte Praxis baut auf die Ideale der humanistischen Fürsorge auf und stellt die Person und ihre gesundheitlichen Bedürfnisse und Erwartungen ins Zentrum der Leistungserbringung. Die Perspektiven der Betroffenen werden aktiv in die Planung ihrer Anliegen miteinbezogen. Ein wesentliches Element ist eine Kultur der Befähigung. Werte wie die Achtung der Person, das individuelle Recht

auf Selbstbestimmung, gegenseitigen Respekts und Verständnis sind zentral für personenzentrierte Praxis.^{5, 6} (McCormack et al. 2021; McCormack und McCane 2017).

2.3.2 Selbstbestimmtheit & Teilhabe

Die Gesundheitskompetenz der pflegebedürftigen Personen wird gestärkt. Damit nehmen sie eine aktive und partizipative Rolle im Versorgungsgeschehen ein. Jede pflegebedürftige Person darf und kann darüber entscheiden, wie sie bzw. er leben und wohnen möchte. Ihr stehen dazu eine Reihe an Angebote zum Wohnen, zu Unterstützungs- und Pflegeleistungen oder Mobilitätsvarianten zur Auswahl zur Verfügung. Das Recht auf Selbstbestimmung älterer Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarfen ist in der „European Charter of rights and responsibilities of older people in need of long-term care assistance“ festgeschrieben. (AGE Platform Europe 2010)

2.3.3 Niederschwelligkeit und Gleichwertigkeit im Zugang zu und der Versorgung selbst

Niederschwelligkeit im Zugang zur Versorgung drückt sich dadurch aus, dass sich die pflegerischen Versorgungsstrukturen in der ersten Kontaktaufnahme am Bedürfnis der bedürftigen Personen orientiert. Dazu müssen sie zeitlich und örtlich ebenso gut erreichbar sein bzw. auf anderen Wegen der Kommunikation gut angebunden sein. Zudem soll jede pflegebedürftige Person, unabhängig von Wohnort, Geschlecht, sozialem Status niederschwellig, also durch möglichst geringen Aufwand, bei Bedarf auch aufsuchend und nachgehend, Betreuungs- und Pflegeleistungen in Anspruch nehmen können. Gleichwertigkeit im Zugang kann nur durch unterschiedliche Angebote gewährleistet werden, die bei unterschiedlichen Bedürfnissen immer adäquat reagieren können.

Der Grundsatz der Gleichwertigkeit der Versorgung schließt an die Gleichwertigkeit des Zuganges an. Er soll gewährleisten, dass betreuungs- und/oder pflegebedürftige Steirerin und jeder Steirer hinsichtlich des individuellen Versorgungsbedarf eine qualitativ gleichwertige Versorgung mit potentiell erwartbar gleichwertigem Ergebnis bekommt. Die Gleichwertigkeit zielt also nicht auf die gleiche Menge oder Art an Leistungen ab, sondern auf die Gleichwertigkeit in der Qualität des Ergebnisses im Prozess.

2.3.4 Sicherstellung der Qualität

Die Betreuung und Pflege werden flächendeckend qualitativ hochwertig nach bestverfügbarer Evidenz (Evidence based nursing) und entsprechend dem Versorgungsauftrag erbracht. Dies gilt unabhängig von der Person, dem Wohnort und der Art des pflegerischen Bedarfs. Dementsprechend sind die dafür notwendigen Ressourcen bereitzustellen.

Zur Sicherstellung der Qualität sind Mechanismen zur Bewertung und zur Sichtbarmachung von Qualität zu etablieren. Kontinuierliche Qualitätssicherungs- und verbesserungsmaßnahmen dienen intern wie anbieterübergreifend zur Orientierung und zur stetigen Verbesserung der Leistungsqualität. Auch

⁵ <https://www.kl.ac.at/allgemeine-gesundheitsstudien/pflegewissenschaft-mit-schwerpunkt-person-centred-care-research/forschung>, (abgerufen am 27.04.2022)

⁶ <https://www.kl.ac.at/allgemeine-gesundheitsstudien/pflegewissenschaft-mit-schwerpunkt-person-centred-care-research>, (abgerufen am 27.04.2022)

hier sei erwähnt, dass sich Qualität nicht in der Anzahl und Art der Leistungen zeigt, sondern in der Gesamtheit des Betreuungsprozesses und seinem Ergebnis.

2.3.5 Effektivität und Effizienz

Bei allen Überlegungen wird Bedacht darauf genommen, die Prämissen der Sparsamkeit, Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit in der Vorhaltung der Angebote in den Vordergrund zu stellen, da vor allem bei den personellen Kapazitäten Limitationen bestehen. Dennoch steht es jeder betreuungs- und/oder pflegebedürftige Steirerin und jedem Steirer zu, gemäß dem Versorgungsbedarf alle verfügbaren Ressourcen zur Verfügung gestellt zu bekommen, die notwendig sind, um nach Evidence Based Nursing (EBN) das bestmögliche Ergebnis erwarten zu können. Mittel der Digitalisierung und Technisierung sollten so eingesetzt werden, dass sie die Pflegekräfte unterstützen, um mehr Zeit für die unmittelbare Betreuung und Pflege an den Menschen zu haben.

2.3.6 Integrierte Versorgung

Ziel ist eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Pflege-, Gesundheits- und Sozialbereich, welche sich an den Bedürfnissen und Bedarfen der Menschen orientiert. Unterschiedliche Leistungen werden gebündelt angeboten und können mit größtmöglicher Flexibilität, auch kurzfristig, in Anspruch genommen werden. Im Mittelpunkt stehen die Person und der Prozess der Betreuung, die die Nutzung der Angebote und Strukturen dem Bedarf gemäß bedingen. Es sind demzufolge nicht die Strukturen und Angebote, die den Prozess definieren sollen.

2.4 Begriffsklärungen

Folgend werden die dem Bericht zugrundeliegenden häufigen Begriffe zur Zielgruppe, zu den Versorgungsformen sowie methodische Begriffe erläutert.

Diesem Grundlagenpapier liegt ein Verständnis von *Pflege* laut dem International Council of Nurses (ICN) zugrunde. *Professionelle Pflege* umfasst die alleine oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen durchgeführte Pflege von Menschen aller Altersgruppen, von Familien sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob gesund oder krank, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt in diesem Zusammenhang die Förderung von Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Pflege von Kranken, Sterbenden und Menschen mit Behinderungen ein. Darüber hinaus sind die Wahrung der Interessen und der Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung an der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management von Patientinnen und Patienten und Gesundheitssystemen sowie in der Bildung wichtige Aspekte der professionellen Pflege.⁷ Die Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeld wiederum definiert in den Bestimmungen aus § 1 die

⁷ ICN (2008): Nursing Care Continuum Framework and Competencies. https://siga-fsia.ch/files/user_upload/07_ICN_Nursing_Care_Continuum_Framework_and_Competencies.pdf, (abgerufen am 20.03.2023)

Verrichtungen, die typischerweise einen Betreuungsaufwand determinieren.⁸ Betreuung im Allgemeinen sind die in relativ kurzer Abfolge zu verrichtenden Tätigkeiten von anderen Personen, die den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die die zu betreuende Person der Verwahrlosung ausgesetzt wäre.

*Pflegebedürftige Personen*⁹ sind jedenfalls solche, die ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz beziehen. Auf systemischer Ebene ist eine andere Abgrenzung unter Berücksichtigung der Datengrundlage nicht zweckmäßig und undurchführbar.

Als *pflegende Angehörige* werden alle Familienmitglieder als auch Freundinnen/Freunde, Bekannte, Nachbarinnen/Nachbarn oder andere Personen verstanden, die auf Basis einer Beziehung zur pflegebedürftigen Person Betreuung und/oder Pflege informell erbringen. Angehörigenpflege betrifft somit nicht nur die Kernfamilie (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018).

Personen mit *Pflegegeldbezug*¹⁰ sind all jene, die auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung ständigen Betreuungs- und Hilfsbedarf haben, der voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird und die als Ergebnis einer Fachbegutachtung Bundespflegegeld einer bestimmten Stufe beziehen.

Tageszentren sind die wesentlichen Strukturen teilstationärer Pflege- und Betreuungsangebote und im Pflegefondsgesetz – PFG (BGBl. I Nr. 57/2011) in § 3 definiert¹¹. Im Wesentlichen dienen sie dazu, betreuende Angehörige insofern zu entlasten, als es möglich ist, tageweise zu pflegende Menschen dort unterzubringen. Sie dienen damit aber auch der sozialen Interaktion zwischen Menschen mit vergleichbaren Bedarfen und der zeitlich begrenzten therapeutischen und pflegerischen Betreuung unter Tags. Ein wichtiger begleitender Aspekt dieser Einrichtungen muss ein Angebot zur Sicherstellung der Mobilität in Bezug auf die Tagesbetreuung sein.

Unter *alternative Wohnformen* werden laut Pflegefondsgesetz Einrichtungen für Personen verstanden, die aus sozialen, psychischen oder physischen Gründen nicht mehr allein wohnen können oder wollen, aber keine ständige stationäre Betreuung oder Pflege brauchen. Das „Betreute Wohnen“¹² ist eine Wohnform für ältere Menschen im Rahmen eines wohnbauförderten Mietobjektes gemäß dem Steiermärkischen Wohnbauförderungsgesetz¹³. Ältere Menschen wohnen in einer barrierefreien Mietwohnung, welche sich in einem zentral gelegenen Wohnhaus bzw. in einer Wohnanlage befindet. Ergänzt wird das barrierefreie Wohnen mit einer obligatorischen Grundleistung, welche Beratungs-, Organisations- und Informationsleistungen die von Heimhelferinnen und Heimhelfer erbracht werden, umfasst. Das Angebot richtet sich an Menschen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr. Ein Pflegegeldbezug ist nicht Voraussetzung. Ziel ist ein selbstständiges Wohnen mit eigener Haushalts- und Lebensführung. Das

⁸ Siehe dazu: Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Beurteilung des Pflegebedarfes nach dem Bundespflegegeldgesetz (Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz – EinstV) StF: BGBl. II Nr. 37/1999, idFv. 13.10.2023

⁹ Steiermärkisches Pflegeheimgesetz Stammfassung BGBl. Nr. 77/2003, §2

¹⁰ Bundespflegegeldgesetz Stammfassung BGBl. Nr. 110/1993, §4

¹¹ Siehe dazu: Pflegefondsgesetz – PFG) Stammfassung: BGBl. I Nr. 57/2011; idFv. 23.10.2023

¹² Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft „Richtlinie Betreutes Wohnen für Seniorinnen und Senioren“

¹³ Steiermärkisches Wohnbauförderungsgesetz Stammfassung LGBl. Nr. 25/1993

Land Steiermark hat mit 1.1.2019 die Richtlinie „Betreutes Wohnen“ in Kraft gesetzt, die Rechte und Pflichten sowie die Funktionalität des „Betreuten Wohnens“ festlegt.¹⁴

Die *stationäre Langzeitversorgung* umfasst Pflegewohnheime, Pflegeplätze und psychiatrische Familienpflegeplätze.

*Pflegeheime*¹⁵ sind stationäre Einrichtungen, in denen mehr als sechs Personen betreut und gepflegt werden.

Pflegeplätze sind stationäre Einrichtungen, die eine organisatorische und betriebliche Einheit bilden, in der bis zu sechs nicht haushaltsverbandsangehörige Personen im Rahmen eines Haushaltsverbandes betreut und gepflegt werden.

Psychiatrische Familienpflegeplätze sind stationäre Einrichtungen, in denen höchstens zwei Personen betreut und gepflegt werden, die chronisch psychisch krank und/oder geistig behindert sind und vorwiegend psychiatrischer Betreuung bedürfen.

Unter *Kurzzeitpflege* in stationären Einrichtungen sind nach §3 des Pflegefondsgesetzes Angebote mit einer zeitlich bis zu drei Monate befristeten Wohnunterbringung, mit Verpflegung und mit Betreuung und Pflege einschließlich einer (re)aktivierenden Betreuung und Pflege zu verstehen. Das Amt der Steiermärkischen Landesregierung arbeitet an einer Novelle zum Steiermärkischen Pflege- und Betreuungsgesetz, das die „*Übergangspflege*“ als weitere Betreuungsform definieren soll. Während die Kurzzeitpflege vorwiegend die Entlastung pflegender Angehöriger zum Ziel hat, soll die Übergangspflege für Menschen nach Entlassung aus stationärer Akutversorgung und der Überbrückung jener Zeit dienen, in der eventuell Vorbereitungen zu treffen sind, um eine Wohnunterbringungen und Betreuung in der gewünschten Form zu ermöglichen.

Der *Versorgungsgrad* ergibt sich aus dem Verhältnis der Anzahl der im jeweiligen Kalenderjahr im Rahmen der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen (mobile und stationäre Betreuungs- und Pflegedienste, teilstationäre Tagesbetreuung, Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, alternative Wohnformen, mehrstündigen Alltagsbegleitungen und Entlastungsdiensten) betreuten Personen in der Steiermark zuzüglich der Personen, denen bzw. deren Angehörigen Zuschüsse zum Zweck der Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gewährt werden, zur Anzahl der Personen mit Anspruch auf Pflegegeld gemäß dem Bundespflegegeldgesetz, im Jahresdurchschnitt.¹⁶ Der *Richtversorgungsgrad* gemäß §2a Abs. 3 des Pflegefondsgesetzes ist ein Zielwert und wird für die Jahre 2017 bis 2023 mit 60 % festgelegt.

In der vorliegenden Aufbereitung der Grundlagen für den BEP Pflege Steiermark 2030 wird zwischen *Stichtag*, *Stichmonat* und *Jahressummen* unterschieden. Der Versorgungsgrad wurde je nach Versorgungsstruktur mit Stichtag 31.12.2019 und 31.12.2021 oder mit Stichmonat September berechnet. Der Stichtag 31.12.2019 wurde deshalb gewählt, da das Jahr 2019 das letzte vollständig verfügbare repräsentative Jahr vor der Covid-19 Pandemie darstellt. Da nicht alle Stichtage deckungsgleich sind, können bei Bezügen auf die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner (Stichtag dafür ist der 01.01.2022) geringfügige Unterschiede bestehen. Die Analyse der Klientinnen und Klienten zu einem Stichtag dient der Feststellung einer möglichen Über- oder Unterversorgung im jeweiligen Versorgungsangebot. Enthalten

¹⁴ Siehe dazu: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft, Land Steiermark. Richtlinie „Betreutes Wohnen“ für Seniorinnen und Senioren. https://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11333393_72574773/2d0c0c46/Richtlinie_Betreutes_WohnenNEU2019.pdf. Abgerufen am 13.10.2023

¹⁵ Steiermärkisches Pflegeheimgesetz Stammfassung BGBl. Nr. 77/2003, §2

¹⁶ Pflegefondsgesetz Stammfassung BGBl. I Nr. 57/2011, §2a (abgerufen am 02.06.2022)

sind all jene Personen, die zum jeweiligen Stichtag in einem Vertragsverhältnis zum jeweiligen Dienstleistungsanbieter standen bzw. eine Förderung bezogen. Sofern keine Daten zu einem Stichtag vorhanden waren, wurde auf eine Stichmonatserhebung bzw. auf Jahressummen zurückgegriffen.

3 Determinanten der Pflege

Die zentralen Einflussfaktoren, die einen zukünftigen Bedarf an Versorgungsangeboten im Rahmen der Betreuung und Pflege bedingen werden, sind die wesentlichen Determinanten, deren Entwicklung es abzuschätzen gilt. Als solche gelten die Veränderungen in der demografischen Struktur der Bevölkerung und damit einhergehend der Gesundheitszustand. Darüber hinaus sind dies Veränderungen in der Wohnsituation und der Erwerbstätigkeit, also in der Verfügbarkeit informeller Unterstützungsleistungen. Weitere Determinanten stellen technologische Entwicklungen aber auch Veränderungen rahmengebender Bedingungen, wie Finanzierungen verschiedener Angebote und die Entwicklung der Personalsituation dar. Zu nennen sind dabei auch Vorstellungen der Menschen selbst dazu, wie sie sich ihre Lebenssituation im Alter erwarten wollen.

Die einzelnen darauf bezogenen Determinanten werden in diesem Kapitel erläutert.

3.1 Bevölkerungsstruktur und demografische Entwicklung

Zu Jahresbeginn 2022 lebten in der Steiermark 1.252.922 Personen, davon waren 130.111 Personen 75 Jahre oder älter. Dies entspricht einem Anteil dieser Altersgruppe an der steirischen Gesamtbevölkerung von 10,4 %. Relativ betrachtet sind die ältesten Bezirke Leoben, Bruck-Mürzzuschlag und Murtal, mit Anteilen dieser Altersgruppe von 13,7 % bis 12,4 %. Die jüngsten Bezirke sind jene im Großraum Graz, Leibnitz und Weiz.

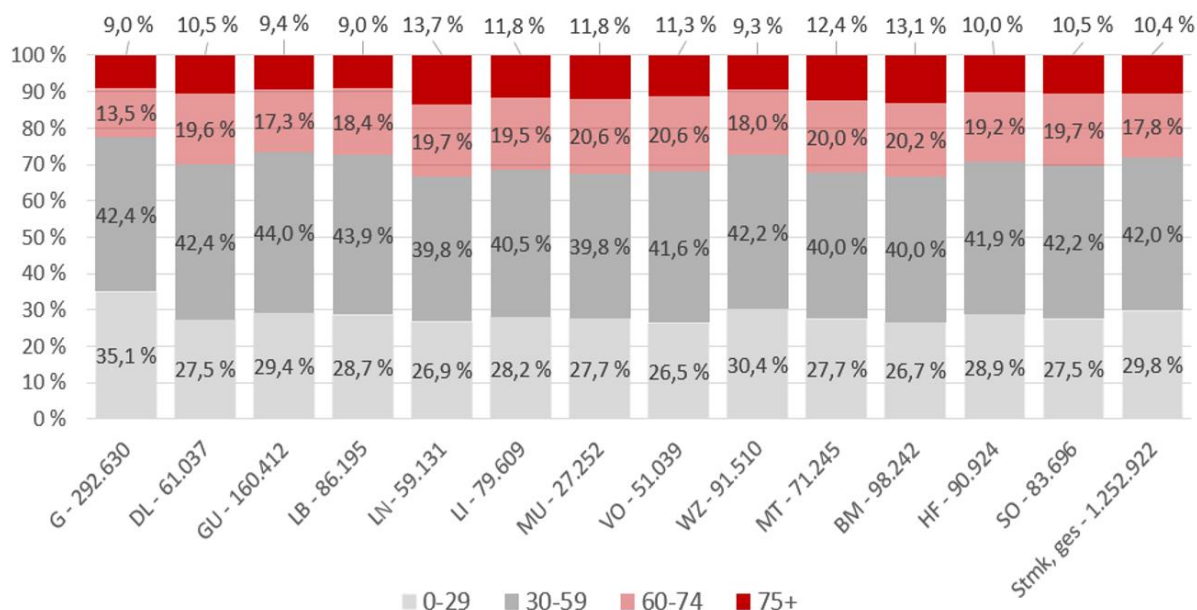


Abbildung 2: Bevölkerungsverteilung nach Alterskohorten und Bezirken zum 01.01.2022

Methode und Quelle: Deskriptive Analyse der Landesstatistik Steiermark Daten zur Bevölkerung zum Jahresbeginn 2022

Ergebnis: Es zeigt sich, dass die Altersverteilung zwischen den Bezirken geringfügig variiert. Die Bezirke Bruck-Mürzzuschlag und Leoben weisen im Jahr 2022 den höchsten Anteil an Einwohnerinnen und Einwohner in der Altersgruppe 75 Jahre und älter auf.

Die Bevölkerungszahl in der Steiermark nimmt gemäß den Schätzungen der Landesstatistik Steiermark kontinuierlich zu. Die jährliche Wachstumsrate liegt bei ca. 0,2 % bis 0,3 %. Die Gruppe der 75-Jährigen und älter wächst überproportional stark. Hier liegt die Wachstumsrate bei ca. 1,4 % - 1,5 %. Der Anteil der 75+ Jährigen an der Bevölkerung lag 2015 noch bei 9,8 % und wächst bis 2030 auf 11,7 %.

Deren absolute Zahl steigt in diesem Zeitraum von 129.174 Menschen auf 149.673 Menschen an, das wäre somit ein Anstieg um 20.499 Personen.

3.1.1 Prognosen nach Bezirken

Je nach Bezirk stellen sich die Veränderungen der Einwohnerzahlen und der Alterskohorten bis zum Jahr 2030 deutlich unterschiedlich dar. Im Bezirk Graz-Umgebung wird der höchste gesamthafte Bevölkerungsanstieg zu verzeichnen sein (+0,6 %), gefolgt von der Stadt Graz (+0,5 %) und den Bezirken Weiz (+0,2) und Leibnitz (+0,2 %). In allen anderen Bezirken wird die Gesamtbevölkerung bis 2030 konstant bleiben oder sogar leicht sinken. Der größte Bevölkerungsrückgang wird für den Bezirk Murau erwartet (-0,6 %).

Der Zuwachs älterer Menschen ist in jenen Bezirken stärker, die heute jünger sind. Dieser ist für die ab 75-Jährigen mit 2,3 % am deutlichsten im Bezirk Graz-Umgebung, gefolgt von Leibnitz (+2,2 %) und den Bezirken Weiz (+2,0 %) und Hartberg-Fürstenfeld (+2,0 %). Der geringste Anstieg in dieser Altersgruppe zeigt sich im Bezirk Leoben.

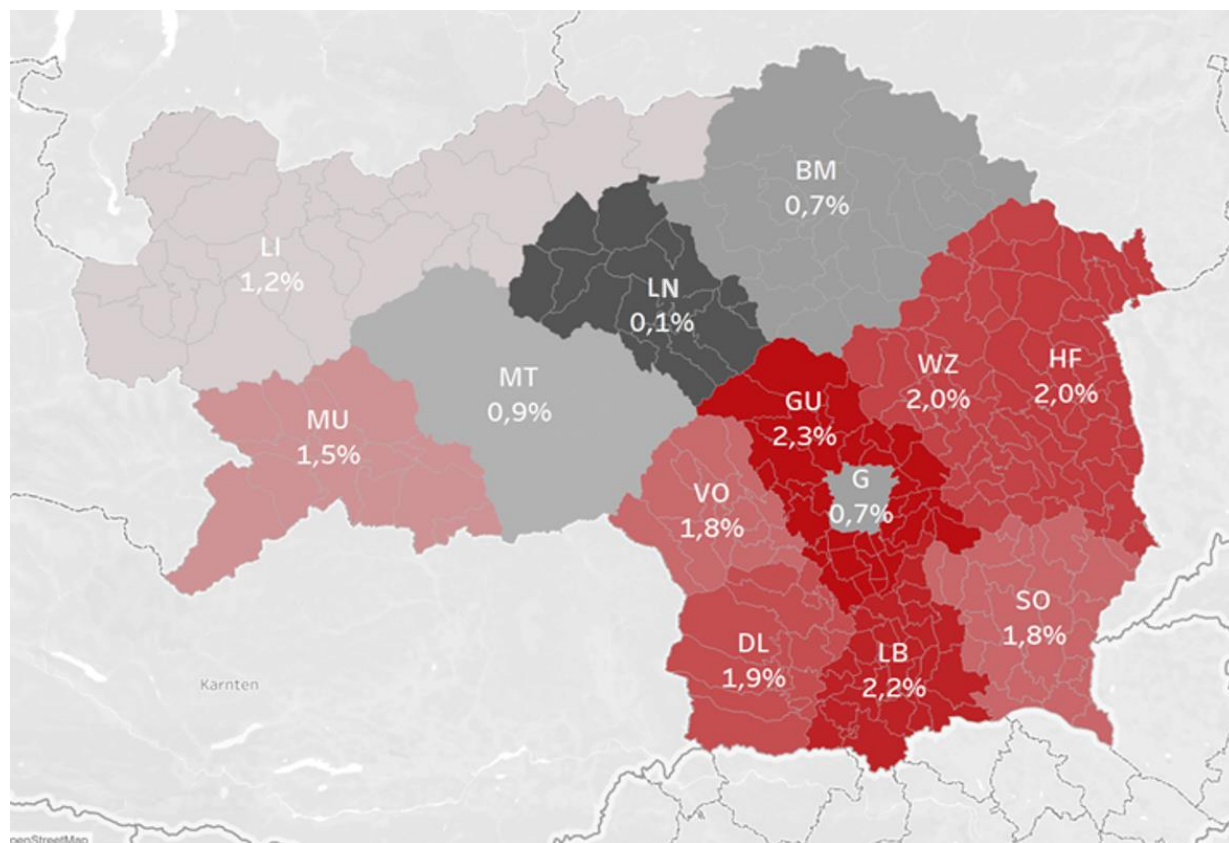


Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung in den steirischen Bezirken in der Altersgruppe 75+ im Zeitraum 2021-2030. Methode und Quelle: Deskriptive Analyse der Daten der Landesstatistik Steiermark zur Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2030
Ergebnis: Innerhalb der Alterskohorte der ab 75-Jährigen wird der Zuwachs in Graz-Umgebung und Leibnitz am höchsten sein. Am geringsten wird sich dieser in Leoben auswirken.

Seit der Veröffentlichung des BEP Pflege Steiermark 2025 im September 2015 wurden die Bevölkerungsprognosen von der Landesstatistik Steiermark aktualisiert. Diese Aktualisierung ist einer der Faktoren, welcher Einfluss auf die Anpassung der zukünftig benötigten Plan-Kapazitäten im Rahmen der abgestuften pflegerischen Versorgung nimmt. Die damalige Prognose zur Entwicklung der steirischen Bevölkerung in einem Prognosezeitraum von elf Jahren bis 2025 lag bei einer Zunahme von 2,1 % der

Gesamtbevölkerung.¹⁷ Die Bevölkerungsprognose bis 2030 sagt ein beschleunigtes Wachstum von ebenfalls 2,1 % auf 1,28 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner in nur acht Jahren voraus.¹⁸ In der Altersgruppe der 75+-Jährigen ging man über elf Jahre bis 2025 von einem Wachstum von +24,4 % aus. Die neue Prognose der Landesstatistik bis 2030 schätzt das Wachstum in dieser Bevölkerungsgruppe nun bei +15,0 % auf knapp 150.000 Menschen. Die Zunahme einer weiteren Alterung wird nun also als etwas verlangsamt angenommen.

3.2 Haushaltsstrukturen & Erwerbstätigkeit

Die Verteilung der Haushaltstypen sowie die Erwerbstätigenquote beeinflussen als sozioökonomische Determinanten unter anderem das Ausmaß der Verfügbarkeit von Personen, die informelle Pflege und Betreuung leisten können. Die prognostizierte Zunahme der Einpersonenhaushalte in Zusammenschau mit der demografischen Entwicklung und der steigenden Frauenerwerbsquote beeinflussen das informelle Pflegepotenzial und somit indirekt auch die Nachfrage nach formeller Pflege.

Mit dem Stichtag 17.12.2021 gab es in der Steiermark 199.160 Einpersonenhaushalte. Dies entspricht einem Anteil von 36,4 % an den gesamten Privathaushalten nach Haushaltstyp. Dieser Anteil lag ein Jahr zuvor bei 36,1 %.¹⁹ Bis zum Jahr 2030 soll die Anzahl der Einpersonenhaushalte auf 212.003 ansteigen. Der Anteil der Einpersonenhaushalte wird anteilmäßig somit geringfügig ansteigen (37,6 % der Privathaushalte nach Haushaltstyp).²⁰ Im Jahr 2021 waren 289.811 Frauen in der Altersgruppe 30- bis 64-Jährigen erwerbstätig. Für das Jahr 2030 wird eine Anzahl von 283.382 erwerbstätigen Frauen im Alter von 30-64 Jahren prognostiziert. Obwohl die absolute Anzahl sinkt, steigt der Anteil der erwerbstätigen Frauen an allen Frauen dieser Altersgruppe von 72 % im Jahr 2021 auf prognostizierte 73,62 % im Jahr 2030 an.²¹

3.3 Gesundheitszustand und Lebenserwartung

Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes wird als ein wesentlicher Indikator für das allgemeine Wohlbefinden gesehen. Die subjektive Gesundheit geht über medizinische und körperliche Aspekte der Gesundheit hinaus, sie ist eng mit dem Lebensumfeld und mit psychischen und sozialen Dimensionen verbunden. Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (BMSGPK 2020) wurde der subjektive Gesundheitszustand der Steirerinnen und Steirer erhoben. 32,9 % der befragten Frauen und Männer im Alter von 75 und mehr Jahren schätzen ihre Gesundheit im Allgemeinen als „sehr gut“ oder gut“ ein. 63,6 % derselben Altersgruppe geben jedoch an, eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben. 64,2% geben an, von gesundheitlichen Einschränkungen im

¹⁷ Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 8 – Wissenschaft und Gesundheit (Hg.): Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen. Steiermark 2025. Graz, September 2015

¹⁸ STATcube Statistische Datenbank von Statistik Austria: Bevölkerung zum Jahresanfang, (abgerufen am 26.05.2023)

¹⁹ Gesundheitsbericht 2020 für die Steiermark <https://gesundheitsbericht-steiermark.at/>, (abgerufen am 27.03.2023)

²⁰ STATcube – Statistische Datenbank von Statistik Austria: Haushaltsprojektion

²¹ STATcube - Statistische Datenbank von Statistik Austria: Erwerbsprognose, Steiermark, Frauen, 30-64 Jahre, (abgerufen am 15.05.2023)

Alltagsleben, die zumindest seit einem halben Jahr bestehen, betroffen zu sein. Die Steiermark weist im bundesweiten Vergleich in dieser Altersgruppe leicht unterdurchschnittliche Werte auf.²²

In der Steiermark liegt im Jahr 2019 die Lebenserwartung der Männer bei 79,5 Jahren und die der Frauen bei 84,6 Jahren. Zwischen Hartberg-Fürstenfeld mit der höchsten Lebenserwartung der Männer und Murtal mit der niedrigsten Lebenserwartung liegen 3,2 Jahre. Bei den Frauen sind es 3,6 Jahre zwischen der höchsten Lebenserwartung in der Südoststeiermark und der niedrigsten, ebenfalls im Murtal. Die Lebenserwartung ist den letzten Jahrzehnten stetig gestiegen.²³

Die fernere Lebenserwartung für jene, die 2019 65 Jahre alt waren, liegt für die Männer bei 18,6 Jahren und für die Frauen bei 22,0 Jahren. Damit entspricht die Steiermark fast genau den österreichischen Werten von 18,4 Jahren bei den Männern und 21,9 Jahren bei den Frauen. Die Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit betrug 2019 in der Steiermark 63,1 Jahre bei den Frauen und 61,9 Jahre bei den Männern. Damit liegt die gesunde Lebenserwartung in der Steiermark etwas unter den österreichischen Werten von 64,7 Jahren bei den Frauen und 63,1 Jahren bei den Männern²⁴. Österreich liegt bei der ferneren Lebenserwartung mit 65 Jahren im EU-Vergleich relativ gut, jedoch beim Indikator gesunde Lebensjahre sowohl für Frauen als auch Männer unter dem EU-Schnitt. (GÖG o. J.)

3.4 Pflegebedürftigkeit

Zum 31.12.2021 gab es in der Steiermark 80.076 Bezieherinnen und Bezieher von Bundespflegegeld. Das Pflegegeld gebührt, wenn auf Grund körperlicher, geistiger oder psychischer Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfebedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird.²⁵ Unter Betreuungsbedarf sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die der pflegebedürftige Mensch der Verwahrlosung ausgesetzt wäre. Unter Hilfe sind aufschiebbare Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind²⁶

Die 80.076 Bezieherinnen und Bezieher von Bundespflegegeld entsprechen 6,4 % der steirischen Gesamtbevölkerung. Die Zahl der Personen mit Pflegegeldbezug in der Steiermark stieg von 2015 bis zum Jahr 2021 um 1,1 % an. In absoluten Zahlen sind dies 905 Personen mehr als sechs Jahre davor. Da mit 1.1.2015 eine Verschärfung der Bedingungen für einen Zugangs zu Bundespflegegeld (Erhöhung des Stundenausmaßes an Betreuungsbedarf in den niederen Stufen) eingeführt wurde, hat es gegenüber dem Zeitraum davor eine deutliche Abflachung des Zuwachses gegeben, die bis heute anhält. Nach diesem schwachen, aber dennoch kontinuierlichen Anstieg ausgehend vom Jahr 2015 bis zum Jahr 2019, kam es im Jahr 2020 zu einem Rückgang der Anzahl an Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher (-1,7 %), der der Pandemie und der damit verbundenen erhöhten Mortalität gerade in dieser Gruppe

²² Gesundheitsbericht für die Steiermark 2020 <https://gesundheitsbericht-steiermark.at/>, (abgerufen am 27.03.2023)

²³ Gesundheitsbericht 2020 für die Steiermark <https://gesundheitsbericht-steiermark.at/>, (abgerufen am 27.03.2023)

²⁴ Klimont, J. & Psihoda, S. (2022): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung, Statistische Nachrichten 02/2022

²⁵ § 4 Bundespflegegeldgesetz, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859>, (abgerufen am 17.05.2023)

²⁶ § 1, § 2 Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009142>, (abgerufen am 17.05.2023)

geschuldet sein dürfte, bevor die Anzahl der Bezieherinnen und Bezieher vom Jahr 2020 bis zum Jahr 2021 wieder geringfügig stieg (+0,3 %). Die jährliche Zunahme beträgt im Median 0,4 %, was dem Gesamtzuwachs in der Bevölkerung gleichkommt, jedoch niedriger ausfällt, als der Zuwachs bei den 75+jährigen. Der Anteil der Personen mit Pflegegeldbezug an der Gesamtbevölkerung ist somit gegenüber dem Jahr 2013, dem Basisjahr des letzten BEP-Pflege mit 6,4 % gleichgeblieben.

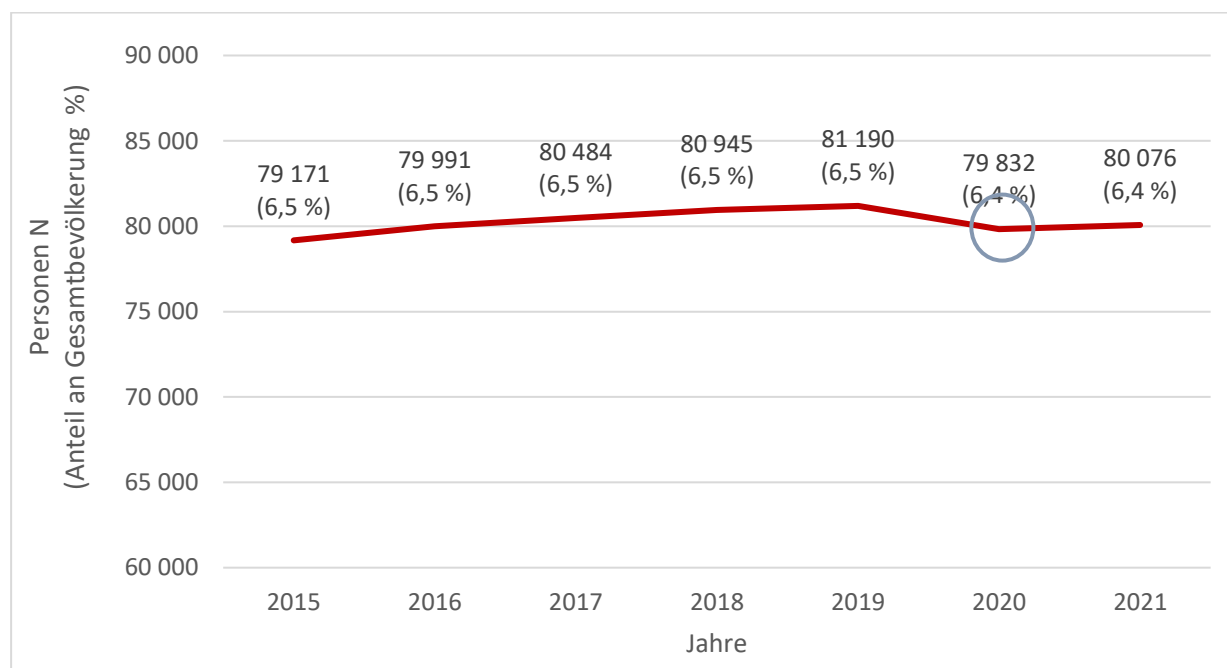


Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher in der Steiermark in den Jahren 2015 – 2021. Methode und Quelle: Analyse der Daten der Landesstatistik Steiermark zu den Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher aus den Jahren 2015-2021. Ergebnis: Die Zahl der Personen mit Pflegegeldbezug in der Steiermark stieg von 2015 bis zum Jahr 2021 um 1,1 % an. Die Markierung weist auf den Knick im Zuwachs im Jahr 2020 hin, der der erhöhten Mortalität während der SARS-CoV-2-Pandemie geschuldet ist.

Zum Stichtag 31.12.2021 bezog rund ein Viertel der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher Bundespflegegeld der Stufe 1, in der höchsten Stufe sind es 2,3 %. Knapp zwei Drittel (64,7 %) aller Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher verteilen sich auf die Stufen 1-3.

PG-Stufe	Anteil (%)	Anteil, kumulativ (%)
Stufe 1	25,1	25,1
Stufe 2	21,2	46,3
Stufe 3	18,4	64,7
Stufe 4	15,2	79,9
Stufe 5	12,5	92,4
Stufe 6	5,4	97,8
Stufe 7	2,3	100

Tabelle 1: Anteile der Pflegegeldstufen an allen Bezieherinnen und Beziehern von Bundespflegegeld mit Wohnsitz in der Steiermark, Stand 31.12.2021. Die Prozentwerte enthalten Ungenauigkeiten aufgrund von Rundungseffekten.

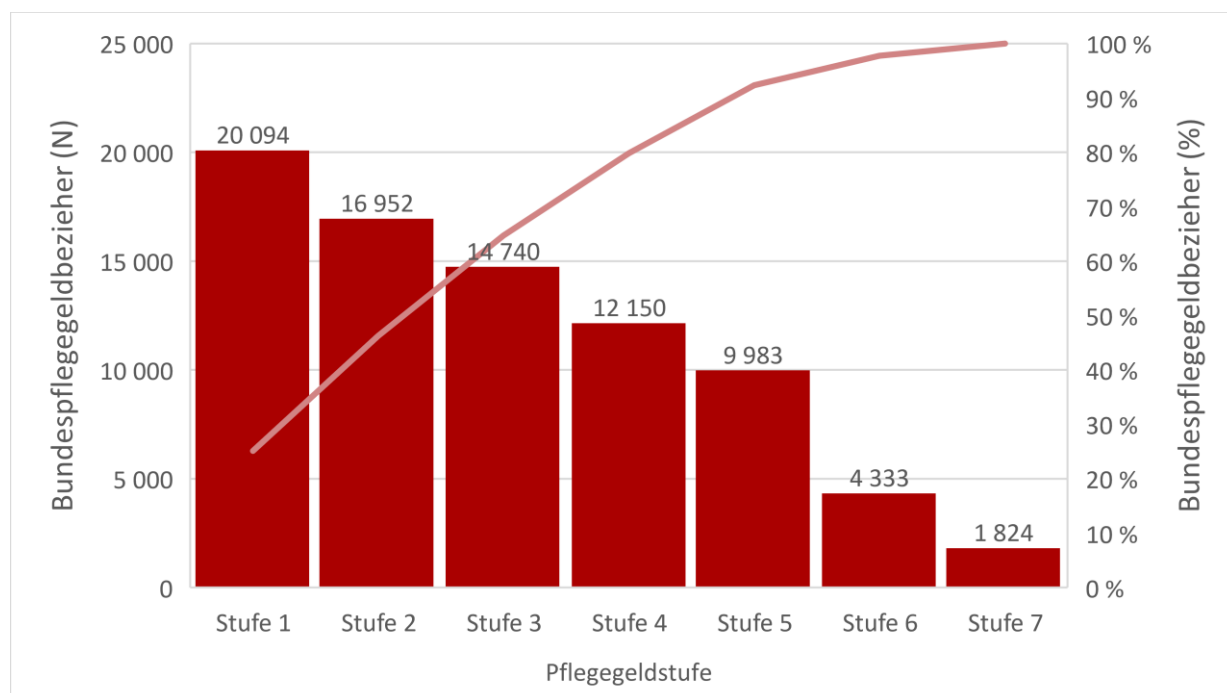


Abbildung 5: Verteilung der Personen mit Bundespflegegeldbezug in der Steiermark nach Pflegegeldstufen mit Stichtag 31.12.2021. Methode und Quelle: Analyse der Daten der Landesstatistik Steiermark zu den Bundespflegegeldbezieherinnen und -beziehern.

Betrachtet man den Anteil der Personen mit Bezug von Bundespflegegeld an der Gesamtbevölkerung und staffelt diesen nach Altersgruppen, so zeigt sich, dass 15,5 % (9.372 Personen) in der Altersgruppe der 75-79-Jährigen Pflegegeld bezogen. In der Altersgruppe der 80-84-Jährigen waren es bereits 32,4 % (16.371 Personen). Dieser Anteil nimmt mit den weiteren älteren Altersgruppen erwartungsgemäß weiter zu. Unter jenen Menschen die 95 Jahre alt sind und älter, beziehen fast alle bereits Bundespflegegeld.

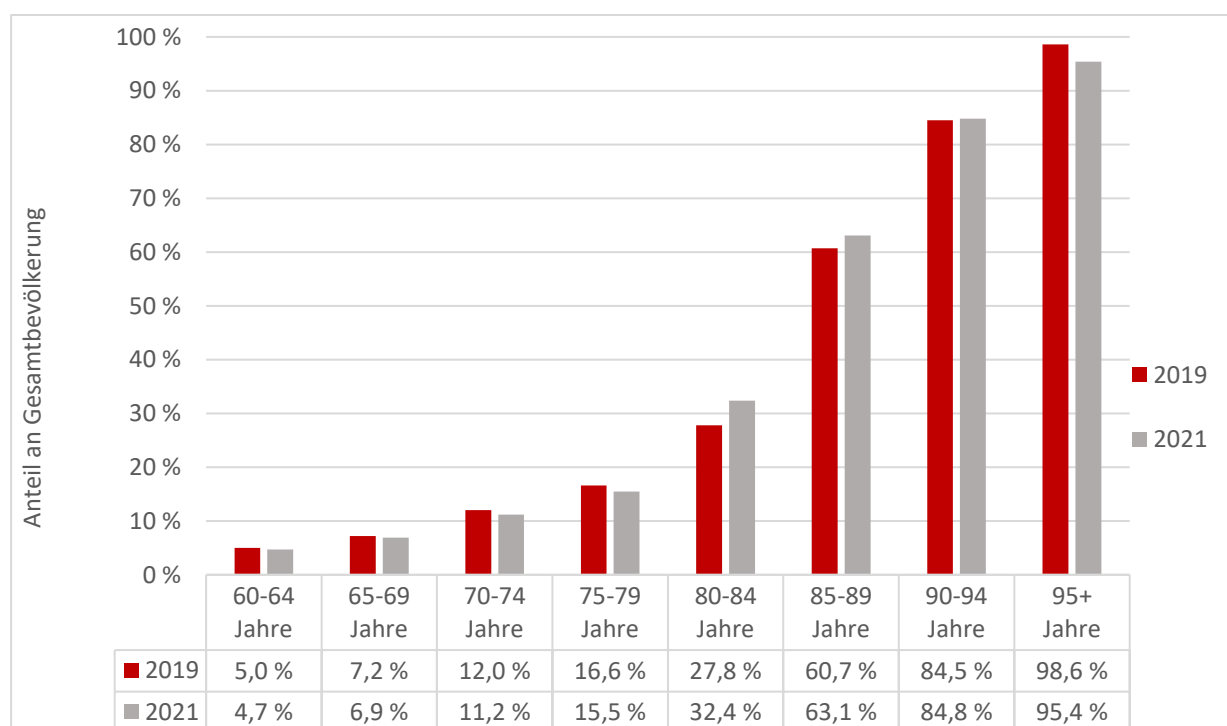


Abbildung 6: Anteil Pflegegeldbezieherinnen und -beziehern in der Steiermark nach Altersgruppen in den Jahren 2019 und 2021. Methode und Quelle: Analyse der Daten der Landesstatistik Steiermark zu den Bundespflegegeldbezieherinnen und -

beziehen. Ergebnis: Mit Stichtag 31.12.2021 bezogen 15,5 % in der Altersgruppe der 75-79-Jährigen Pflegegeld. In der Altersgruppe der 80-84-Jährigen sind es 32,4 %. Der Anteil nimmt mit den älteren Altersgruppen zu

	Altersgruppen							
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
2019	3.950	4.456	6.575	11.164	14.723	15.368	9.033	2.536
2021	4.089	4.743	6.746	9.372	16.371	14.218	8.915	2.623

Tabelle 2: Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher in der Steiermark nach Altersgruppen in den Jahren 2019 und 2021

3.4.1 Pflegebedürftige Personen mit psychischen Erkrankungen

Körperlich pflegebedürftige Menschen, die zusätzlich psychisch erkrankt sind, haben spezifische Bedarfe. Daher wird auf diese Zielgruppe und ihre Wohnversorgung hier im Speziellen eingegangen. Menschen mit psychischen Erkrankungen gelten als Menschen mit Behinderungen, wenn ihre psychische Gesundheit länger als sechs Monate beeinträchtigt ist (Steiermärkisches Behindertengesetz).²⁷ Der Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention beschreibt das Recht von Menschen mit Behinderungen auf ein selbstbestimmtes Leben und auf Inklusion in die Gemeinschaft. So sollen Menschen mit Behinderungen, wie alle anderen Menschen, die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben. Gemeindenahe Unterstützungsangebote sollen Isolation und Segregation von der Gemeinschaft verhindern (BMSGPK 2016). Das Ermöglichen eines selbstbestimmten Lebens und die Umsetzung des Normalitätsprinzips stehen dabei im Vordergrund. Die gültige S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ hält folgende Mindeststandards für eine adäquate Wohnversorgung fest:

Psychisch kranke Menschen haben in Bezug auf das Wohnen dieselben Wünsche und Bedürfnisse wie andere Menschen auch. Es werden vier Grundprinzipien hinsichtlich der Wohnsituation genannt. Diese sind:

- Wahlfreiheit aus einer Angebotsvielfalt („choice“)
- Kontinuität
- Bedarfsorientiertheit
- Normalität

Die Leitlinie gibt die klare Empfehlung, dass alle weiteren Maßnahmen zur Unterstützung bedarfsgerecht an den Wohnort und an die Bewohnerin bzw. den Bewohner angepasst werden sollen. Im Sinne des Recoveryansatzes sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen im Prozess des persönlichen Wachstums und der Entwicklung unterstützt werden, persönliche, soziale und gesellschaftliche Folgen einer psychischen Erkrankung zu überwinden und zurück zu einem erfüllten, sinnhaften und selbstbestimmten Leben zu finden. Recovery geht somit weit über die Behandlung von Symptomen und Funktionseinschränkungen hinaus. (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2019)

²⁷ StBGH. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000434>, (abgerufen am 03.03.2023)

Eine Empfehlung der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ in Bezug auf unterstütztes Wohnen ist, eine Dauerinstitutionalisierung zu vermeiden, da mit der Zunahme der Institutionalisierung auch unerwünschte Effekte zunehmen. (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2019)

3.4.2 Demenz

Demenz ist nicht eine einzige Krankheit. Der Begriff wird verwendet, um die Symptome einer großen Gruppe von Krankheiten, die direkt oder indirekt das Gehirn schädigen, zu beschreiben.²⁸ Das Krankheitsbild „Demenz“ wird in der International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) als Syndrom²⁹ infolge einer chronischen bzw. fortschreitenden Erkrankung des Gehirns definiert³⁰.

Menschen mit Demenz brauchen gleich wie alle anderen betreuungs- und pflegebedürftige Menschen ein ganzheitliches und sektorenübergreifendes Versorgungs- und Pflegesystem, welches ihre individuellen Bedürfnisse und krankheitsbedingten Bedarfe berücksichtigt. Der Heterogenität von Menschen mit Demenz ist in der Versorgungsplanung besondere Bedeutung zuzumessen. Diese kommt in der Vielfalt der neuro- und/oder vaskulärkognitiven Beeinträchtigungen, der unterschiedlichen Krankheitsverläufe sowie der persönlichen Lebenskonzepten der Menschen mit Demenz und ihrer Familien zum Ausdruck. Es bedarf eines vielfältigen Maßnahmenangebotes (inklusive und demenzspezifisch) aus dem je nach Bedarf und Bedürfnis individuell gewählt und kombiniert werden kann.

In Bezug auf die Entwicklung der Anzahl der Menschen mit Demenzsyndrom folgt Österreich dem breiten europäischen Trend, was bedeutet, dass sich die Anzahl der Menschen mit Demenz voraussichtlich von 2018 bis 2050 verdoppeln wird. Ein Schlüsselfaktor für diese Veränderung ist der signifikante Anstieg der Anzahl der über 65-Jährigen, insbesondere aber die stark wachsende Altersgruppe der über 85-Jährigen, die sich zwischen 2018 und 2050 ebenso mehr als verdoppeln wird. Die Altersgruppe der über 85-Jährigen ist deshalb so relevant, da die Demenzprävalenz stark altersabhängig ist und im hohen Alter sprunghaft ansteigt. Bis zum Jahr 2050 werden in Österreich 290.499 Menschen mit Demenz erwartet. (Alzheimer Europe 2019) Umgelegt auf die Steiermark würde dies bedeuten, dass im Jahr 2050 rund 40.600 Personen mit Demenzerkrankung hier leben würden.

3.4.3 Veränderung der Zielgruppen

Im Bereich der Pflege werden künftig neue Zielgruppen hinzukommen. So wird die Zahl von älteren Menschen mit Behinderung in den kommenden Jahren steigen. Einerseits aufgrund der Anzahl an Menschen die altersbedingt, z.B. durch Erkrankungen, eine Behinderung erfahren und andererseits durch die Zunahme an Menschen, die von frühen Lebensphasen an mit einer Behinderung leben und nun älter werden. (BMSGPK 2022a; querraum. kultur- & sozialforschung 2022) Ebenso wird die Anzahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund in den kommenden Jahren zunehmen (Statistik Austria 2021).

²⁸ World Health Organization: Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=Alzheimer%20disease%20is%20the%20most%20common%20form%20and,%28degeneration%20of%20the%20frontal%20lobe%20of%20the%20brain%29,> (abgerufen am 23.3.2023)

²⁹ Ein Syndrom ist ein Krankheitsbild, welches aus einem Komplex mehrerer Symptome besteht.

³⁰ International Classification of Diseases 11th Revision for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS): Dementia. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/546689346>, (abgerufen am 01.03.2023)

3.5 Verstärkte Partizipation und Selbstbestimmtheit

Wesentlich ist es, die Vorstellungen der Menschen darüber, wie sie leben wollen, wahrzunehmen und entsprechend zu handeln. Die zentrale Zielsetzung im hohen Alter und damit auch eine der Determinanten für die Entwicklung einer zukünftigen Versorgungslandschaft ist gemäß der österreichischen Hochaltrigenstudie die Erhaltung der Selbsthilfefähigkeit und der Funktionalität. Dies führt zu zwei wesentlichen Handlungssträngen:

- Maßnahmen zum Erhalt der körperlichen und kognitiven Funktionalitäten im präventiven und supportiven Sinne
- Entwicklung von Versorgungsangeboten, die niederschwellig wirken und flexibel auf Änderungen in den Bedarfen und Vorstellungen reagieren können

3.5.1 Gesundheitsförderung

Längsschnittanalysen geben Hinweise, dass die Progredienz funktionaler Verluste nicht gänzlich umkehrbar ist und Verbesserungspotenziale auch bei bereits vorherrschenden Einschränkungen möglich sind. Es gilt daher funktionale Potenziale gezielt zu fördern, um die Selbsthilfefähigkeit und Autonomie der Menschen so lange wie möglich zu erhalten. (ÖPIA 2022)

Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz ist eine pflegerische Kernkompetenz³¹. Im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages ist das zentrale Ziel der Gesundheitsförderungsstrategie, ein längeres und selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich zu leisten (BMGF 2017). Ein Schwerpunkt dabei ist es, die Gesundheitskompetenz, die soziale Teilhabe und die psychosoziale Gesundheit von älteren Menschen zu stärken und zu erhalten. Auch im hohen Alter ist es relevant, in den Erhalt und die Stärkung von Ressourcen und die Förderung von Gesundheit zu investieren, wie Schweden mit seinem umfassenden Sozial- und Gesundheitsangebot zeigt.

3.5.2 Gestaltung des Lebensraumes

„Ageing in place“ ist der Wunsch und die Fähigkeit einer Person in der Wohnung ihrer Wahl zu leben, so lange sie dazu in der Lage ist. In einem erweiterten Verständnis zur Daseinsvorsorge wird das Thema „Wohnen“ für die Gemeinden zunehmend an Bedeutung gewinnen. Der Wunsch, auch bei Notwendigkeit einer Betreuung und/oder Pflege möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben sein zu können, setzt neben einem barrierefreien Wohnraum auch ein altersgerechtes Lebensumfeld voraus. In die Wohnform sollten demnach unterschiedliche Betreuungs- und Pflegebedarfe integrierbar und die Nahversorger (z.B. Einkaufsmöglichkeiten, Apotheke...) selbstständig erreichbar sein. Um Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bis ins hohe Alter zu gewährleisten, muss der öffentliche Raum barrierefrei sein und Begegnungsmöglichkeiten bieten. Spätestens wenn die Generation der Babyboomer ins (hohe) Al-

³¹ GuKG §14 Abs. 2

ter kommt gilt es innovative Wohnformen zu unterstützen, die die Diversität dieser Generation entspricht und soziales Engagement fördert.³² Die Vernetzung der Angebote, um den gesamten Betreuungsprozess adäquat gestalten zu können, erfordert vor allem Anstrengungen in organisatorischer Hinsicht, bietet jedoch die Chance, andere als die etablierten formellen Modelle zu erproben.

3.5.3 Informelle Betreuung

Der Wunsch der Menschen, im Alter und auch bei zunehmendem Betreuungsbedarf, so lange als möglich zu Hause leben zu können, stellt auch sehr große Herausforderungen an das private und familiäre Umfeld, diesem Wunsch zu entsprechen und dazu beizutragen, ihn erfüllen zu können. Pflegende Angehörige sind überwiegend weiblich (67,81 %), im Durchschnitt 63,74 Jahre alt und mehrheitlich (knapp 70 %) nicht berufstätig (BMSGPK 2022b).

Dass pflegende Angehörige besonders gefährdet sind, unter psychischen und physischen Problemen zu leiden, geht aus dem Bericht zur Situation pflegender Angehöriger hervor (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018). Neuere Erhebungen bestätigen dies. So zeigt sich, dass sich psychische Belastungen aufgrund der Verantwortung, Angst, Sorge oder Einschränkungen bzw. Verzicht ergeben. Schlafstörungen, Isolation, Aussichtslosigkeit, familiäre Probleme, Depressionen und sonstige psychische Belastungen sind weitere Belastungen, mit denen die Hauptbetreuungspersonen konfrontiert sind. Daher besteht zum einen ein Bedarf an entlastenden Angeboten, die direkt die zu pflegende Person betreffen und Angehörigen freie Zeit verschaffen und zum anderen auch ein Bedarf an unterstützenden Möglichkeiten für Angehörige, wie Beratung oder Schulungen, auch über Online-Kurse und Broschüren und Netzwerke zum Austausch mit Personen, die ebenfalls Angehörige betreuen und pflegen. Es gilt durch vielfältige Maßnahmen diese Gruppe in besonderem Maße zu unterstützen, da sie auch zukünftig die größte Säule im Pflege- und Betreuungssystem in der Steiermark bleiben wird.

Durch die zunehmende Erwerbstätigkeit von pflegenden An- und Zugehörigen, auch durch das Anheben des Pensionsalters der Frauen, sowie durch die zu beobachtenden Veränderungen der Haushaltsformen wird allgemein erwartet, dass die absolute Zahl jener Menschen, die in der Lage wären, informelle Pflege und Betreuung zu leisten, rückläufig ist. Gleichzeitig wird durch das längere Verweilen in Gesundheit und körperlicher Fitness die Zahl derer, die solche Leistungen erbringen können auch wieder gestärkt werden, was einen gegenläufigen Effekt hat.

3.6 Technologische Veränderungen

Zudem wird auch der technologische Fortschritt Einfluss auf die Betreuungs- und Pflegelandschaft nehmen. Die neuen Technologien haben das Potenzial die Lebensqualität der Menschen zu erhöhen indem sie u.a. das soziale Umfeld stärker vernetzen oder das selbstständige Wohnen unterstützen. Bislang werden AAL-Technologien noch wenig genutzt – unzureichende Information über die Möglichkeiten und derzeit ungelöste Finanzierungsfragen stehen einer breiten Nutzung noch entgegen. Das Potenzial wird von Expertinnen und Experten jedoch erkannt. So könnte ein sinnvoller Einsatz von AAL neben

³² Körber-Stiftung (2022): Ageing in place. Wohnen in der altersfreundlichen Stadt

Effizienz- und Effektivitätssteigerungen in der stationären Versorgung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zum Einsatz kommen und die Selbstbestimmtheit der älteren Personen durch Unterstützung ihrer Selbsthilfefähigkeiten stärken und das Gefühl von Einsamkeit und Isolation zu verringern.³³ (Kainradl et al. 2021)

3.7 Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Es soll im Zuge der Arbeiten an den Empfehlungen zu einem neuen Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Menschen in der Steiermark auch reflektiert werden, wie dieses Versorgungsangebot weiterentwickelt werden soll, auch vor dem Hintergrund, dass es regelmäßig Anregungen zu seiner Adaptierung von unterschiedlicher Seite gibt.

3.7.1 Der Psychiatriezuschlag in der Steiermark

Einrichtungen, die nach dem Steiermärkischem Sozialhilfegesetz (SHG) anerkannt sind, gebührt für die Erbringung von Leistungen je Hilfeempfängerin bzw. Hilfeempfänger und Tag ein Entgelt. Dieses besteht aus einer Abgeltung für die Erbringung von Grundleistungen und dem jeweiligen Pflegezuschlag oder dem Psychiatriezuschlag für die Betreuung psychisch erkrankter Menschen. Die Höhe ist in der SHG-Leistungs- und Entgeltverordnung 2017 (LEVO-SHG 2017) geregelt.³⁴ Der Bedarf an Pflegeheimbetten mit Psychiatriezuschlag wird per Verordnung der Landesregierung festgelegt. Bei der Festlegung des Bedarfs ist auch für Pflegeheimbetten mit Psychiatriezuschlag auf demografische, sozioökonomische und gesundheitsbezogene Daten wie z. B. Pflegebedürftigkeit sowie auf die Struktur und Inanspruchnahme der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen Bedacht zu nehmen.³⁵ Die Kriterien für die Zuerkennung eines Psychiatriezuschlags sind im § 2 Abs. 1 und Abs. 2 der LEVO-SHG geregelt. Per Verfahren ist festzustellen, ob der Hilfeempfänger oder die Hilfeempfängerin den Lebensbedarf aufgrund der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit auch im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Erkrankung in sonst keiner anderen zumutbaren Weise decken kann, als in Form einer Pflegeheimunterbringung, und allenfalls ein Psychiatriezuschlag zu gewähren ist.

Für die Zuerkennung ist eine fachärztlich diagnostizierte psychiatrische Diagnose notwendig. Als Beispiele dafür werden eine Schizophrenie, schizoaffektive Erkrankungen, Intelligenzminderung (Oligophrenie), organische oder psychiatrische Störungen nach chronischem Suchtmittelmissbrauch, bipolare Störungen, hirnorganische Psychosyndrome, Depressionen, Wahnerkrankungen und Persönlichkeitsstörungen angeführt. Liegen diese Störungen mehr als sechs Monate dauerhaft vor, so gelten die Betroffenen als Behinderte.³⁶

³³ Warmbein, A. et al (2021) Lläuft in der Pflege? Eine Beobachtungsstudie zu pflegefernen Tätigkeiten, zurückgelegten Laufstrecken und zur Inanspruchnahme von Personalressourcen im Pflegedienst

³⁴ LEVO-SHG 2017. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20001357>, (abgerufen am 18.04.2023)

³⁵ SHG. <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000360&FassungVom=2022-06-10&Artikel=&Paragraf=13a&Anlage=&Uebergangsrecht=>, (abgerufen am 19.12.2022)

³⁶ Siehe dazu: Steiermärkisches Behindertengesetz – StBHG LGBl. Nr. 94/2014; idFv. 13.10.2023; § 1a (2)

Bei altersbedingten demenziellen Erkrankungen, einer akuten Suchterkrankung, einem Mini Mental State Examination-Wert unter 17 im Screening oder nur vorübergehenden, täglichen, kurzfristigen Stimmungsschwankungen oder Verhaltensauffälligkeiten, die in Ausprägungsgrad und Intensität nicht als psychiatrische Erkrankung zu werten sind, wird kein Psychiatriezuschlag zuerkannt.³⁷

3.7.2 Leistungen im Rahmen des Psychiatriezuschlags

Ein Pflegeheim hat für psychisch erkrankte Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner Zusatzleistungen zu erbringen. Diese sind in der Anlage 1 zur LEVO-SHG festgehalten. Es handelt sich dabei um die Erfüllung spezieller personeller Anforderungen (Mindestpersonal, zusätzliches Fachpersonal), Regelungen zur Größe von Pflegeeinheiten, zu Leistungen der Verpflegung³⁸ und zu zusätzlichen Betreuungsleistungen³⁹. Anstelle des Pflegezuschlages für die Pflege und Betreuung je nach Pflegegeldstufe, wird für die Betreuung psychisch erkrankter Heimbewohnerinnen und -bewohner ein Psychiatriezuschlag verrechnet. Hierzu gibt es nur zwei Stufen, einmal für die Pflegegeldstufe bis einschließlich Stufe 6 und einmal für die Pflegegeldstufe 7. Für Betreiber von Pflegeheimen stellt der pauschalisierte Psychiatriezuschlag für die Pflegegeldstufe bis einschließlich Stufe 6 einen ökonomischen Anreiz dar, da die Betreuung und Pflege von Menschen mit weniger Pflegebedarf gleich abgegolten wird, wie bei jenen mit höherem Pflegebedarf. Ziel der finanziellen Mehrleistung durch den Psychiatriezuschlag ist die Annäherung an eine bedarfsgerechte Versorgung mit entsprechender krankheitsbildadäquater Förderung.

3.7.3 Kritikpunkte an der bestehenden Regelung

Vom Rechnungshof wurde kritisiert, dass in der Steiermark die Qualitätsanforderungen an Pflegeheime im Vergleich zu psychosozialen Angeboten der Behindertenhilfe deutlich niedriger seien. Aus Sicht des Rechnungshofes ist die Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Pflegeheimen nur dann zweckmäßig, wenn der Pflegebedarf gegenüber der psychischen Beeinträchtigung im Vordergrund steht. (Rechnungshof 2019)

Im Tätigkeitsbericht 2020-2021 der Steiermärkischen Anwaltschaft für Menschen mit Behinderung⁴⁰ sowie im Bericht der Präventiven Menschenrechtskontrolle 2021⁴¹ und der Stellungnahme 2020 des Steiermärkischen Monitoringausschusses für Menschen mit Behinderung⁴² wird angemerkt, dass die

³⁷ LEVO-SHG 2017 <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20001357>, (abgerufen am 18.04.2023)

³⁸ Die Verpflegungsleistungen (Punkt II.2.) sind auf psychiatrisch erkrankte Personen abzustimmen. Abneigungen, Vorlieben und Ängste in Bezug auf bestimmte Nahrungsmittel sind in die Ernährungsplanung aufzunehmen. Unterstützend können regelmäßige Gewichtsbilanzen, diätische Beratung, gezielte vitaminreiche oder spezielle Kost angeboten werden.

³⁹ Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 20. Februar 2017 über die Festlegung von Leistungen, Leistungsentgelten, Ab- und Verrechnungsmodalitäten und sonstigen Rahmenbedingungen für Pflegeheime nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz (SHG-Leistungs- und Entgeltverordnung 2017 – LEVO-SHG 2017), (abgerufen am 29.11.2022)

⁴⁰ Anwaltschaft für Menschen mit Behinderung: Tätigkeitsbericht 2020/2021. https://www.behindertenanwaltschaft.steiermark.at/cms/dokumente/12822986_162573385/aeedc80b/AMB%20Bericht%202020-2021.pdf, (abgerufen am 29.11.2022)

⁴¹ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und Bundesrat 2021: Band Präventive Menschenrechtskontrolle. https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/32cb0/PB%2045%20Pr%C3%A4ventiv_2021_final.pdf, (abgerufen am 20.03.2023)

⁴² Steiermärkischer Monitoringausschuss für Menschen mit Behinderungen: Stellungnahme zum Thema „Psychiatriezuschlag“. <https://www.monitoring-stmk.at/wp-content/uploads/2020/07/Stellungnahme-Stmk-MA-Psychiatriezuschlag.pdf>, (abgerufen am 29.11.2022)

Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Pflegeheimen dem Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention und dem darin verankerten Recht auf ein selbstbestimmtes Leben und Inklusion in die Gemeinschaft widerspräche. Zudem komme laut den oben erwähnten Berichten das Zusammenwirken von psychosozialer Behandlung und Unterstützung, die fachliche Ausrichtung auf Empowerment und Recovery sowie ein Respektieren persönlicher Lebensperspektiven in den Pflegeheimen zu kurz. Dies verhindere die Wiedererlangung einer möglichst eigenständigen, individuellen Lebensführung, zu der die für die jeweilige Person passende Wohnform und die Wahl des Ortes gehören.

Die EPIG GmbH hat im Rahmen des Bedarfs- und Entwicklungsplans für die Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen eine Analyse zur Versorgung von Personen mit psychiatrischen Erkrankungen an der Schnittstelle zwischen Behindertenhilfe, Gesundheitsversorgung und Pflege durchgeführt. Zum Stichtag 31.12.2018 lebten 394 Personen mit Psychiatriezuschlag in steirischen Pflegeeinrichtungen; 226 dieser Bewohnerinnen und Bewohner hatten eine PG-Stufe unter 4 und waren zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Pflegeheim jünger als 60 Jahre. 161 Personen dieser Gruppe (PG-Stufe < 4, beim Einzug ins Pflegeheim < 60 Jahre) waren auch zum Stichtag der Erhebung noch immer jünger als 60 Jahre alt. Bis zum Jahr 2025 wurde als Ergebnis dieses Bedarfs- und Entwicklungsplans ein Ausbaubedarf von bis zu 150 Plätzen im Bereich des Wohnens und bis zu 90 Plätzen im Bereich der Beschäftigung festgehalten. (Land Steiermark 2023) Mit diesen zusätzlichen Wohnplätzen ist ein Angebot geschaffen, das Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen künftig eine bedarfsgerechte Wohnmöglichkeit bietet und Aufnahmen in Pflegeheime, ohne dass die pflegerische Versorgung im Vordergrund stünde, mangels Alternativen nicht erforderlich werden.

Psychische Erkrankungen können in jedem Alter auftreten. So kann für einen alten Menschen, der beispielsweise an einer Depression erkrankt, die fachärztlich diagnostiziert wird, ein Psychiatriezuschlag zuerkannt werden. Demenzielle Erkrankungen zählen nach der ICD-11 zur Gruppe der psychischen Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronalen Entwicklungsstörungen. Dennoch werden demenzielle Erkrankungen vom Psychiatriezuschlag ausgeschlossen, da sie bereits im Rahmen der Erstellung der Personalausstattungsverordnung des Landesimplizit berücksichtigt worden seien. Begründung dafür ist, dass sie üblicher Bestandteil der Symptomatiken bei pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen seien und somit keiner zusätzlichen Personalausstattung über die in der PAVO⁴³ definierte hinaus bedürfen.⁴⁴ Abgesehen davon lässt sich der Förder- und Pflegebedarf psychisch und/oder physisch erkrankter Menschen nicht allein von medizinischen Diagnosen ableiten, sondern bedarf immer einer Einschätzung des individuellen Bedarfs durch eine Gutachterin oder einen Gutachter.

Durch die krankheitsbildadäquate Förderung von Menschen mit psychischen Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronalen Entwicklungsstörungen (ICD 11) entsteht ein Betreuungs- und Pflegemehrbedarf der richtiger Weise auch durch die Kriterien zur Einstufung zum Bundespflegegeldes abgebildet ist. Mit 01.01.2023 wurde in der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz (EinstV)⁴⁵ zusätz-

⁴³ Siehe dazu: Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 23. November 2017 über die Personalausstattung in Pflegeheimen (Personalausstattungsverordnung 2017 – PAVO) Stammfassung: LGBl. Nr. 99/2017; idFv. 13.10.2023

⁴⁴ Gemäß Auskunft von Seiten des Referats für Pflegemanagement der Abt. 8 des Amts der Steiermärkischen Landesregierung vom 21.9.2023; in der PAVO selbst findet sich kein Hinweis auf die Berücksichtigung besonderer Bedarfe dementiell Erkrankter.

⁴⁵ § 1 Abs 6 EinstV. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009142>, (abgerufen am 24.03.2023)

lich die pauschalierte Erschwerniszuschlag für Menschen mit schweren geistigen oder schweren psychischen Behinderungen, dazu gehören auch Menschen mit demenziellen Erkrankungen, von 25 auf 45 Stunden pro Monat angehoben und damit der Pflegemehrbedarf stärker berücksichtigt. Eine Maßnahme von der alle pflegebedürftigen Menschen mit psychischen Erkrankungen profitieren, unabhängig davon wo sie wohnen bzw. betreut werden.

4 Bestehende Versorgungsangebote und deren Nutzung

In der Steiermark gibt es eine Vielzahl an abgestuften Unterstützungs-, Betreuungs-, Wohn- und Pflegemöglichkeiten für Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf. Die zentrale Säule der Betreuungs- und Pflegeleistungen in der Steiermark bildet, wie in allen Bundesländern in Österreich, die informelle Betreuung und Pflege⁴⁶ durch Angehörige in den eigenen vier Wänden. Der Wunsch der überwiegenden Mehrheit an Menschen für das Leben im hohen Alter geht dahin, dass man im eigenen Heim und - soweit als möglich - mit Familienanschluss leben möchte. Demgemäß kommt der Familie im engeren und dem sozialen Umfeld im weiteren Sinne eine wesentliche Rolle in diesem Zusammenhang zu. Somit ist ein hoher Anteil an informeller Unterstützung auch Ausdruck wunschgemäßer Betreuungssituationen und nicht zwingend mangelnder formeller Angebote.

Bei den Quantifizierungen zu den Versorgungsanteilen ist auf die unterschiedlichen Betrachtungsweisen Rücksicht zu nehmen. Neben dem Jahresdurchschnittsmodell, das in der Praxis aufgrund seiner Komplexität angesichts der verfügbaren Daten kaum Anwendung findet, werden vor allem das Jahressummenmodell und das Stichtagsmodell zum Ansatz gebracht. Während das Jahressummenmodell für die Darstellung von Leistungsmengen gut verwendbar ist, überschätzt es Versorgungsanteile erheblich. Es ist für konzise Planungsansätze, die tendenziell großzügig, im Sinne der notwendigen Kapazitäten, rechnen sollten, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten, demgemäß nicht gut geeignet. Das Stichtagsmodell hat den Vorteil einer zurückhaltenden Leistungsdarstellung im Ist, weil es punktuell einzelne Tage herausgreift, aber nicht aufsummiert. Damit werden in der Folge zukünftige Kapazitätsbedarfe eher großzügig prognostiziert.

In nachstehender Betrachtung (siehe dazu Tabelle 3) wird die Inanspruchnahme einzelner Leistungssektoren in der Alten- und Langzeitpflege anhand des Stichtagsmodells zum 31.12.2021 zur Anwendung gebracht. Der Versorgungsanteil wird auch deswegen zum Stichtag 31.12.2021 berichtet, da er nur so zu den Pflegegeldbezieherinnen objektiv in Relation gestellt werden kann. In der Summe eines ganzen Jahres ist die Zahl der Menschen, die mobile Dienste in Anspruch nehmen deutlich höher. Demgemäß lebten 15,9 % der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld in Pflegeheimen und weitere 5,5 % zuhause mit einer 24-Stunden-Betreuung. 78,5 % der Menschen mit Pflegegeldbezug leben zuhause (inkl. in Angeboten alternativer Wohnformen), was mit den überwiegenden Vorstellungen davon konform geht, wie Menschen im Alter leben wollen. Sie tun dies teilweise mit formellen Unterstützungsangeboten, teilweise auch ohne solche Leistungen.

Die Verteilung der Pflegegeldstufen innerhalb der großen Gruppe jener Menschen, die am Stichtag zu Hause und ohne Nutzung formeller Betreuungsangebote lebten, zeigt, dass es sich in überwiegendem Ausmaß um Menschen mit niedrigem Betreuungsbedarf handelt. So haben ca. 79 % dieser Personen eine Pflegegeldstufe 1 bis 3, während insgesamt nur 65 % der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher ein Pflegegeld dieser Stufen beziehen. Ca. 90 % aller Menschen mit der Pflegegeldstufe 1, ca. 84 % jener mit der Pflegegeldstufe 2 und ca. zwei Drittel der Menschen mit der Pflegegeldstufe 3 leben ohne formelle Unterstützung. In allen höheren Pflegegeldstufen leben jeweils deutlich mehr als die Hälfte der Menschen zum Teil oder zur Gänze mit formeller Unterstützung.

⁴⁶ Zur Personengruppe, die überwiegend informell betreut und/oder gepflegt wird, zählen alle Personen mit Pflegegeldbezug, die sich nicht in stationärer Betreuung und Pflege befinden und auch nicht das Angebot der 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen.

BEP-Pflege Steiermark, Personen mit Pflegegeldbezug nach Versorgungsformen zum Stichtag 31.12.2021 - absolut / in Prozent																		
Versorgungsregionen und Bezirke		Personen mit Pflegegeldbezug	davon mit 24-Stunden-Betreuung		davon mit stationärer Langzeitpflege		Personen mit PGB in informeller Betreuung		davon mit stationärer Kurzzeitpflege		davon mit mobiler Betreuung und Pflege		davon mit teilstationärer Tagesbetreuung		davon Personen in alternativen Wohnformen		davon gänzlich ohne professionelle Unterstützung	
		abs.	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Versorgungsregion 61		24.831	1.330	5,4%	4.071	16,4%	19.430	78,2%	19	0,1%	2.389	9,6%	147	0,6%	243	1,0%	16.632	67,0%
Graz	G	15.858	696	4,4%	1.887	11,9%	13.275	83,7%	6	0,0%	1.572	9,9%	112	0,7%	128	0,8%	11.457	72,2%
Graz-Umgebung	GU	8.973	634	7,1%	2.184	24,3%	6.155	68,6%	13	0,1%	817	9,1%	35	0,4%	115	1,3%	5.175	57,7%
Versorgungsregion 62		4.740	271	5,7%	775	16,4%	3.694	77,9%	4	0,1%	644	13,6%	18	0,4%	79	1,7%	2.949	62,2%
Liezen	LI	4.740	271	5,7%	775	16,4%	3.694	77,9%	4	0,1%	644	13,6%	18	0,4%	79	1,7%	2.949	62,2%
Versorgungsregion 63		12.154	596	4,9%	1.794	14,8%	9.764	80,3%	7	0,1%	1.381	11,4%	47	0,4%	150	1,2%	8.179	67,3%
Bruck-Mürzzuschlag	BM	7.507	366	4,9%	1.070	14,3%	6.071	80,9%	5	0,1%	888	11,8%	47	0,6%	114	1,5%	5.017	66,8%
Leoben	LN	4.647	230	4,9%	724	15,6%	3.693	79,5%	2	0,0%	493	10,6%	0	0,0%	36	0,8%	3.162	68,0%
Versorgungsregion 64		16.243	1.137	7,0%	2.429	15,0%	12.677	78,0%	8	0,0%	2.227	13,7%	138	0,8%	140	0,9%	10.164	62,6%
Hartberg-Fürstenfeld	HF	5.540	455	8,2%	841	15,2%	4.244	76,6%	3	0,1%	638	11,5%	96	1,7%	33	0,6%	3.474	62,7%
Südoststeiermark	SO	5.781	353	6,1%	951	16,5%	4.477	77,4%	4	0,1%	848	14,7%	0	0,0%	70	1,2%	3.555	61,5%
Weiz	WZ	4.922	329	6,7%	637	12,9%	3.956	80,4%	1	0,0%	741	15,1%	42	0,9%	37	0,8%	3.135	63,7%
Versorgungsregion 65		14.426	807	5,6%	2.270	15,7%	11.349	78,7%	10	0,1%	1.362	9,4%	0	0,0%	118	0,8%	9.859	68,3%
Deutschlandsberg	DL	4.438	254	5,7%	696	15,7%	3.488	78,6%	3	0,1%	430	9,7%	0	0,0%	48	1,1%	3.007	67,8%
Leibnitz	LB	5.944	319	5,4%	997	16,8%	4.628	77,9%	4	0,1%	525	8,8%	0	0,0%	37	0,6%	4.062	68,3%
Voitsberg	VO	4.044	234	5,8%	577	14,3%	3.233	79,9%	3	0,1%	407	10,1%	0	0,0%	33	0,8%	2.790	69,0%
Versorgungsregion 66		7.682	296	3,9%	1.408	18,3%	5.978	77,8%	9	0,1%	876	11,4%	0	0,0%	119	1,5%	4.974	64,7%
Murau	MU	2.004	80	4,0%	423	21,1%	1.501	74,9%	3	0,1%	294	14,7%	0	0,0%	20	1,0%	1.184	59,1%
Murtal	MT	5.678	216	3,8%	985	17,3%	4.477	78,8%	6	0,1%	582	10,3%	0	0,0%	99	1,7%	3.790	66,7%
Steiermark gesamt		80.076	4.437	5,5%	12.747	15,9%	62.892	78,5%	57	0,1%	8.879	11,1%	350	0,4%	849	1,1%	52.757	65,9%

Tabelle 3: Darstellung der Versorgungsanteile zum 31.12.2021 in der Steiermark je Wohnbezirk

4.1 Mobile Pflege und Betreuung

Zum Stichtag nahmen insgesamt 11,1 %⁴⁷ der Personen mit Pflegegeldbezug mobile Betreuung und Pflegedienste in Anspruch. Am höchsten ist der Versorgungsgrad in den Bezirken Weiz (15,1 %) und Murau (14,7 %). Am geringsten in den Bezirken Leibnitz (8,8 %) und Deutschlandsberg (9,7 %). Sowohl die gesamten geleisteten mobilen Stunden als auch der Versorgungsanteil steigen kontinuierlich an. So waren es 2019 noch 1.316.000 Betreuungs- und Pflegestunden gewesen, was einem Versorgungsgrad von 10,7 % aller Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher in der Steiermark entsprach.

Mobile Betreuung und Pflege wurde im Jahr 2021 in der Steiermark von fünf Trägern angeboten, die dabei auch die mehrstündigen Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste bereitstellten. Diese sind die Caritas der Diözese Graz-Seckau, die Hilfswerk Steiermark GmbH, das Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark - Pflege und Betreuung, die SMP-Sozialmedizinischer Pflegedienst Hauskrankenpflege Steiermark gemeinnützige Betriebs GmbH und die Volkshilfe Steiermark gemeinnützige Betriebs GmbH. Insgesamt wurden im Jahr 2021 in der Steiermark 1.362.000 Betreuungs- und Pflegestunden konsumiert.

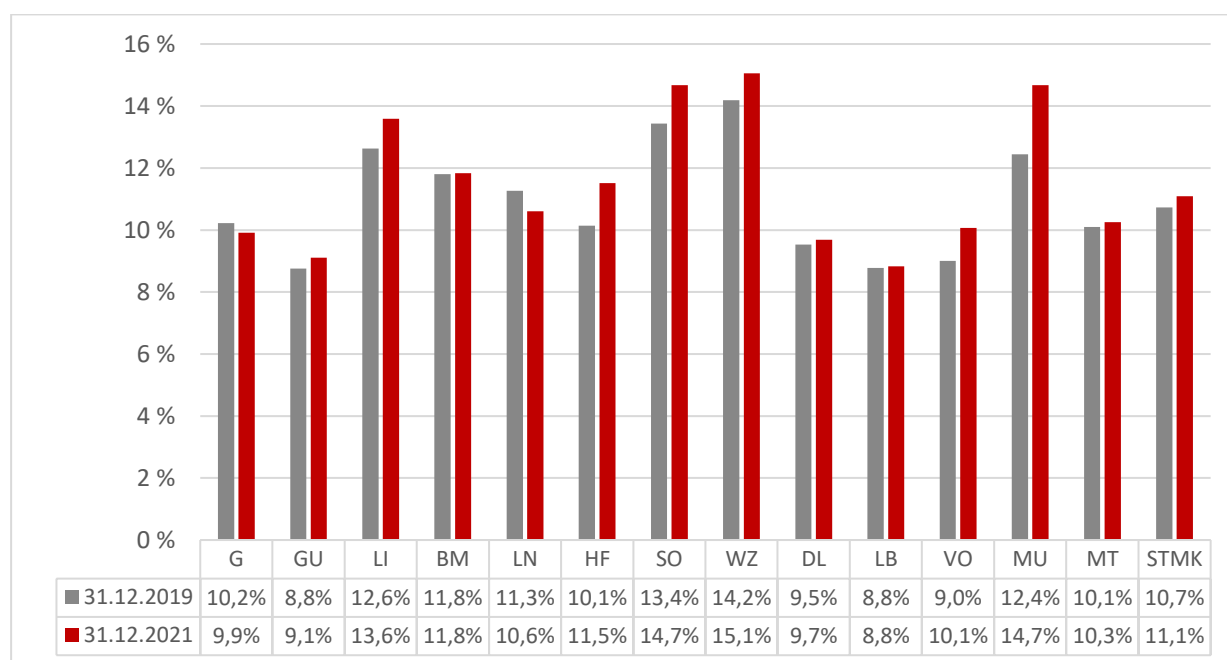


Abbildung 7: Versorgungsgrad in der mobilen Pflege und Betreuung nach steirischen Bezirken per 31.12. der Jahre 2019 und 2021. Methode und Quelle: Deskriptive Analyse der Daten aus der Pflegedienstleistungsstatistik sowie der Daten der Landesstatistik Steiermark zu den Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher der Jahre 2019 und 2021

⁴⁷ exkl. Personen, die einen Antrag auf Pflegegeld gestellt haben und eine mobile Betreuungs- und Pflegedienstleistung in Anspruch nehmen, inkl. mehrstündige Alltagsbegleitung

4.2 Teilstationäre Tagesbetreuung

Per 31.12.2021 standen in der Steiermark insgesamt 279 Plätze der teilstationären Tagesbetreuung mit und ohne Zuzahlung des Landes Steiermark zur Verfügung. Die meisten davon waren in den Bezirken Graz und Hartberg-Fürstenfeld zu finden. Dies entspricht 2,1 Plätze je 1.000 EW ab 75 Jahren. Bis Ende 2021 gab es noch kein Angebot der teilstationären Tagesbetreuung in den Bezirken Südoststeiermark, Leibnitz, Voitsberg, Murau, Murtal, Deutschlandsberg, Leoben. Ende 2022 waren in den Bezirken Südoststeiermark, Voitsberg, Murau und Deutschlandberg keine Angebote der teilstationären Tagesbetreuung vorhanden.

Im Raum Graz gibt es in der teilstationären Tagesbetreuung auch spezialisierte Angebote für Menschen mit Demenz, die sich derzeit in einer Phase der Erprobung als Pilotprojekte befinden.

4.3 Stationäre Langzeitversorgung

Zum 31.12.2021 standen in der Steiermark insgesamt 15.493 errichtete und bewilligte Plätze in 230 stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Dabei sind die bewilligten Plätze in Pflegeheimen gemäß StPHG, sowie die bewilligten Plätze⁴⁸ in Pflegeanstalten für chronisch Kranke gemäß StKAG umfasst. Ergänzt werden diese noch um psychiatrische Familienpflegeplätze, um Pflegeplätze und um stationäre Hospizplätze. Die Zahl der bewilligten und errichteten Gesamtplätze in stationären Einrichtungen in der Steiermark (gemäß PDStV) ist somit vom Jahr 2018 von 14.366 auf nunmehr 15.770 (jeweils Stichtag 31.12.) angestiegen (+9,7 %). Der Anstieg bewilligter Plätze in Pflegeheimen gemäß StPHG war dabei von 13.017 auf 14.392 (+10,6 %) hauptverantwortlich für den Gesamtzuwachs.

Stationäre Einrichtungsformen	Anzahl der Plätze
Plätze in Pflegeheimen (gemäß §2 StPHG) und in Pflegeanstalten (gemäß §1 Abs. 2 StKAG)	15.493 (bewilligt)
- Davon bewilligt gemäß StPHG	14.392 (92,9 %)
- Davon bewilligt gemäß StKAG	1.101 (7,1 %)
Psychiatrische Familienpflegeplätze (gemäß §2 StPHG)	74
Pflegeplätze (gemäß §2 StPHG)	189
Stationäre Hospizplätze	14
IST-Plätze gesamt (gemäß PDStV)	15.770

Tabelle 4: Anzahl der Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen der Steiermark per 31.12.2021.

4.3.1 Strukturdichte nach Bezirken

Für die Vergleichbarkeit zwischen den Bezirken wird die Anzahl der Plätze je Bezirk im folgenden Abschnitt statistisch auf je 1.000 EW der Altersgruppe 75+ eines Bezirkes normiert (Strukturdichte). Innerhalb der Steiermark weisen die Bezirke Graz-Umgebung (189 Plätze /1.000 EW der Altersgruppe) und

⁴⁸ Stationäre Pflegeeinrichtungen mit bis zu sechs Plätzen

Murau (161 Plätze je 1.000 EW der Altersgruppe) zum 31.12.2021 die höchste normierte Strukturdichte auf. Der Bezirk Weiz und die Stadt Graz liegen deutlich unter dem Steiermark-Durchschnitt, der wiederum bei 119,1 Plätzen gemäß PDStV pro 1.000 EW der Altersgruppe 75+ Jahre liegt. Die Strukturdichte der Steiermark ist vom Jahr 2019 bis 2021 von 109,7 auf 119,1 gestiegen. Im Jahr 2018 lag die Strukturdichte bei 111,1, im Jahr 2013 sogar bei 129,2.

Es zeigt sich, dass einerseits die Bezirke sehr unterschiedliche Angebotsmengen vorhalten und zum zweiten, dass die zeitliche Entwicklung in den vergangenen Jahren einen permanenten Zuwachs an Plätzen mit sich brachte, wiewohl die steiermarkweite Strukturdichte gemessen an der dafür relevanten Bevölkerungsgruppe schwankt. Im bundesweiten Vergleich liegt die Steiermark mit der Dichte an Pflegeplätzen an der Spitze aller Bundesländer. (Rechnungshof Österreich 2020)

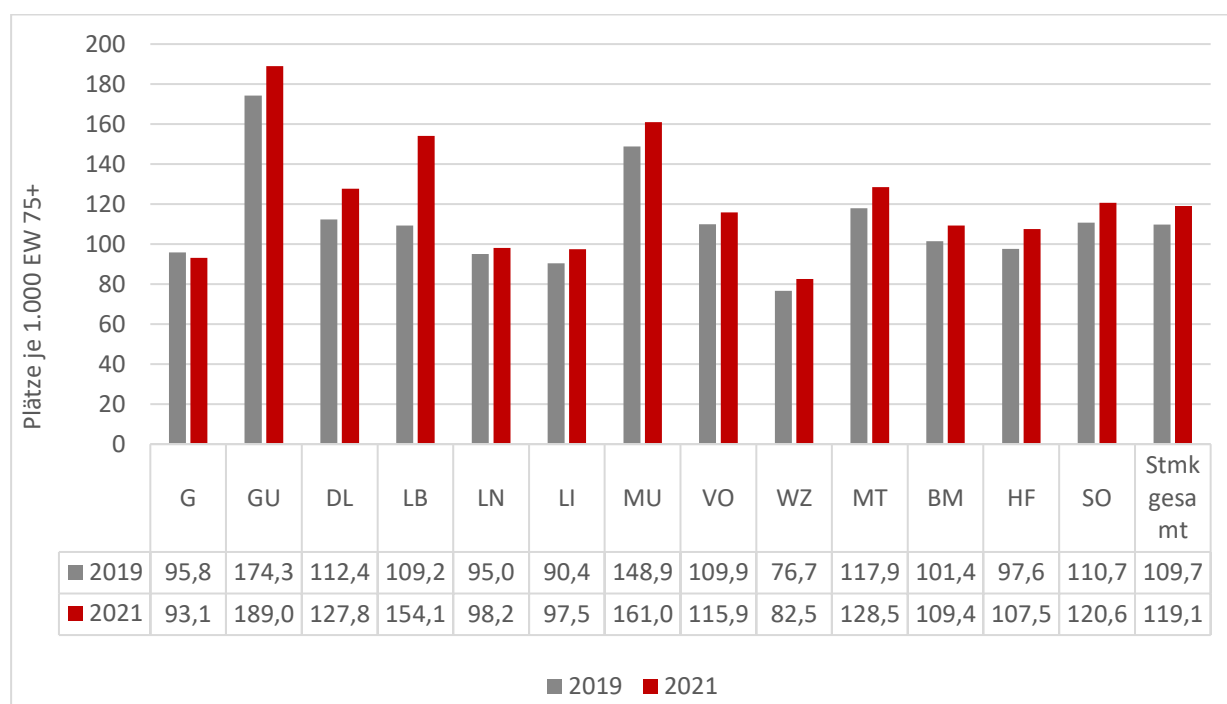


Abbildung 8: Normierte Strukturdichte zum Stichtag 31.12.2021. Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen inkl. Kurzzeitpflege gemäß PDStV pro 1.000 EW mit Bevölkerungsstand vom 01.01.2022 in der Altersgruppe der 75+ Jährigen für die politischen Bezirke der Steiermark. Dieser Wert umfasst alle bewilligten Plätze nach dem StPHG und dem KAG; erkennbar ist die hohe Variabilität zwischen den Bezirken.

Methode und Quelle: Deskriptive Analyse der Daten aus der Landesstatistik Steiermark zu den Bevölkerungszahlen der Jahre 2019 und 2021

4.3.2 Inanspruchnahme der stationären Angebote

Zum Stichtag 31.12.2021 lebten in Pflegeheimen mit bewilligten Plätzen gemäß StPHG insgesamt 12.812 Personen, was einer Auslastung am Stichtag von 89,0 % entspricht. Von diesen Personen bezogen 99,5 % zum Stichtag 31.12.2021 Bundespflegegeld einer der sieben Stufen. 78,9 % der Personen sind 75 Jahre oder älter. 68,9 % der Personen waren weiblich. Der Anteil von Bezieherinnen und Beziehern ohne Pflegegeld bzw. mit einer Pflegegeldstufe bis 3 beträgt 19,4 % und blieb damit gegenüber dem Jahr 2019 de facto unverändert (19,7 %).

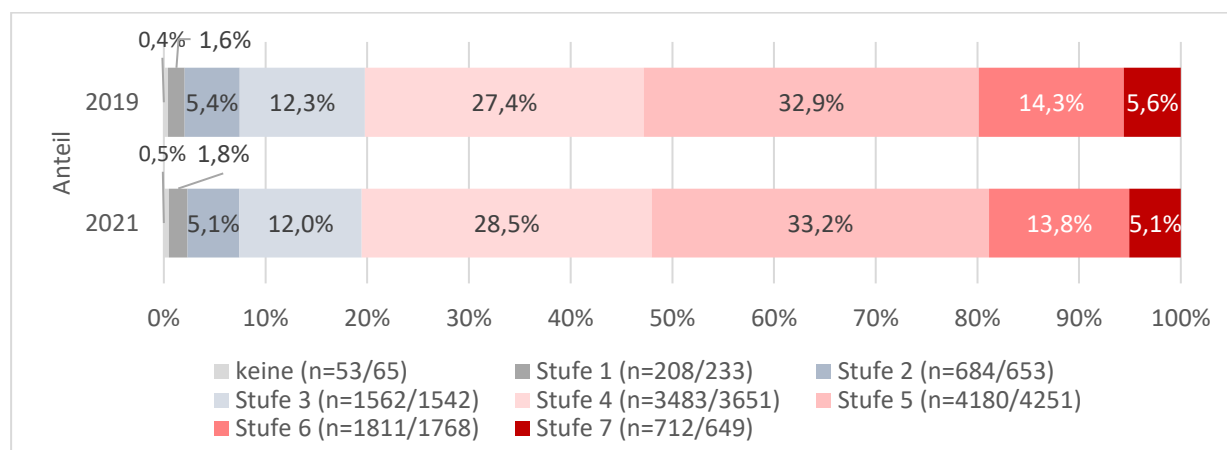


Abbildung 9: Relative Verteilung der Personen in Pflegeheimen mit bewilligten Plätzen gemäß StPHG nach Pflegegeldstufen per 31.12.2019 und per 31.12.2021 in der Steiermark. Es wird daraus ersichtlich, dass mit 31.12.2021 knapp 2.500 Personen in stationärer Langzeitbetreuung (19,4 %) kein Pflegegeld oder eine Pflegegeldstufe kleiner 4 aufweisen.
Methode und Quelle: Deskriptive Analyse der Daten aus der Sozialdatenbank des Landes Steiermark der Jahre 2019 und 2021

Der stationäre Versorgungsgrad lag einschließlich der Kurzzeitpflege zum Stand 31.12.2021 in der Steiermark bei 16,0 %. Am 31.12.2019 waren es 12.693 Bewohnerinnen und Bewohner, der Versorgungsgrad lag damals bei 15,7 %. Ein Jahr davor, am Jahresletzten 2018 waren es insgesamt 12.096 Bewohnerinnen und Bewohner, bei einem Versorgungsgrad von 14,8 %. Der Versorgungsgrad bezogen auf stationäre Pflege steigt also kontinuierlich, jedoch sehr langsam an, wobei über das Pandemiejahr 2020 keine Aussage getroffen werden kann. In den Bezirken Graz-Umgebung (24,4 %) und Murau (21,2 %) war der Versorgungsgrad am höchsten, in der Stadt Graz (11,9 %) am niedrigsten. Der Versorgungsgrad auf Ebene der gesamten Steiermark ist von 2018 auf 2021 etwas gestiegen.

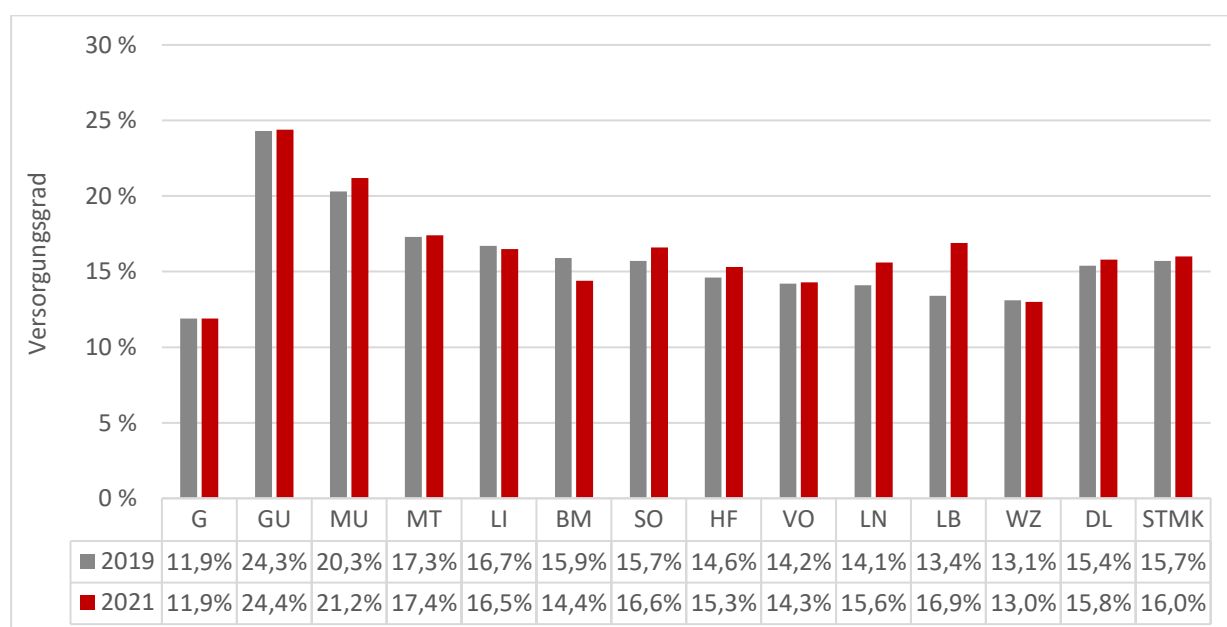


Abbildung 10: Versorgungsgrad (Anteil an betreuten Personen in Pflegeheimen mit bewilligten Plätzen gemäß StPHG an allen Personen mit Pflegegeldbezug) per 31.12.2019 und 31.12.2021 auf Ebene der politischen Bezirke der Steiermark
Methode & Quelle: Deskriptive Analyse der Daten aus der Daten der Landesstatistik Steiermark zu den Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher der Jahre 2019 und 2021

Ergebnis: Der Versorgungsgrad in der stationären Langzeitpflege ist vom Jahr 2019 mit 15,7 % auf 16,0 % im Jahr 2021 gestiegen. Den höchsten Versorgungsgrad weist der Bezirk Graz-Umgebung mit 24,4 % im Jahr 2021 auf, den niedrigsten die Stadt Graz mit 11,9 %.

4.3.3 Inanspruchnahme des Psychiatriezuschlags

Für 594 der insgesamt 15.493 nach dem StPHG oder dem KAG bewilligten Betten kann von den Trägern der Einrichtungen ein Psychiatriezuschlag beantragt werden. An den Stichtagen 31.12.2018 sowie 31.12.2019 gab es 514 anerkannte Betten mit Psychiatriezuschlag, sind also in der jüngeren Vergangenheit merklich angehoben worden. Die Betten, für die ein Psychiatriezuschlag zuerkannt wurde, stehen in zwölf stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in den beiden Versorgungsregionen 61 (Bezirk: G, GU) und 65 (Bezirke: DL, LB, VO). In vier von sechs Versorgungsregionen gibt es keine Betten, für die ein Psychiatriezuschlag beantragt werden kann.

Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit Psychiatriezuschlag sowie die Zahl der jährlichen Neuzugänge in den Jahren 2015-2021. Demzufolge lag die Auslastung von Betten mit Psychiatriezuschlag durch Klientinnen und Klienten, denen ein Psychiatriezuschlag gewährt wurde, am Stichtag lediglich bei 67 %.

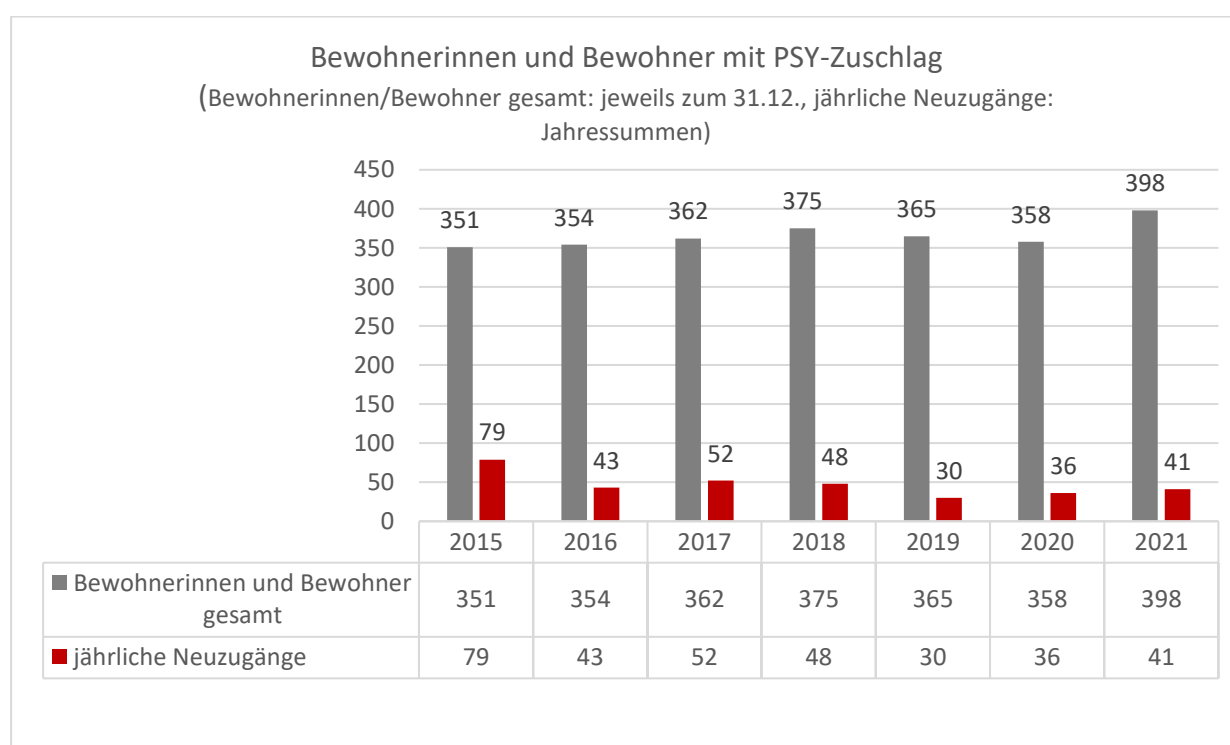


Abbildung 11: Bewohnerinnen und Bewohner mit Psychiatriezuschlag, Quelle: Sozialdatenbank des Landes Steiermark – Klientinnen- und Klientendaten, Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH

In Anlehnung an die Kritikpunkte des Rechnungshofes wurde von der EPIG GmbH eine quantitative Analyse mit Fokus auf die Bewertung potenzieller Fehlbelegungen von psychisch kranken Menschen in steirischen Pflegeheimen durchgeführt. Eine Fehlbelegung gilt nach Definition des Rechnungshofes für Personen, die ein Pflegegeld einer Stufe geringer als 4 beziehen und beim Eintritt ins Pflegeheim jünger als 60 Jahre sind. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass die Pflegebedürftigkeit nicht im Vordergrund steht. Als Datenquelle für die Analyse wurde die Sozialdatenbank des Landes Steiermark herangezogen. Es handelt sich um eine Stichtagsbetrachtung zum 31.12.2021. Zu diesem Stichtag lebten 239 Bewohnerinnen und Bewohner mit Psychiatriezuschlag in steirischen Pflegeheimen, die eine Pflegestufe unter 4 hatten und zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Pflegeheim jünger als 60 Jahre alt waren. 150 Personen dieser Gruppe waren auch zum Stichtag noch immer jünger als 60 Jahre alt. Etwas weniger als die Hälfte dieser Personengruppe bezog Pflegegeld der Stufe 2 (49 %), 25 % bezogen Pflegegeld der Stufe 3,

rund 23 % Pflegegeld der Stufen 1 und rund 3 % bezogen kein Pflegegeld. 2021 wurden 22 Personen neu in Pflegeheimen aufgenommen, auf welche diese Kriterien zutreffend sind, 2020 waren es 17 neue Zugänge.

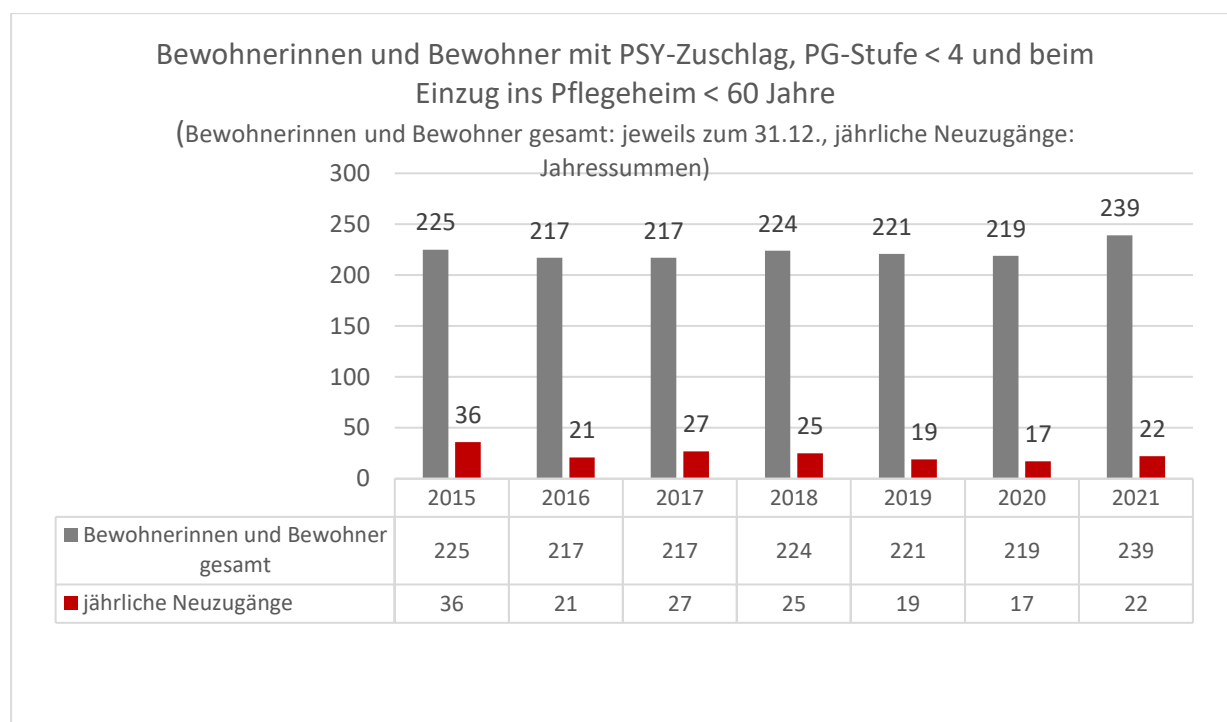


Abbildung 12: Bewohnerinnen und Bewohner mit Psychiatriezuschlag, Pflegegeldstufe <4 und <60 Jahre. Quelle: Sozialdatenbank des Landes Steiermark – Klientinnen und Klientendaten, Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH

4.4 Stationäre Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege dient einerseits zur Entlastung pflegender Angehöriger, damit sie sich durch eine professionelle Ersatzpflege im Falle einer Krankheit oder Urlaub vertreten lassen können und andererseits zur Übergangspflege bis eine häusliche Betreuung und Pflege nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus aufgebaut bzw. eine passende Wohnform gefunden wird. Sie dient ebenso zur Rekonvaleszenz nach einem stationären Aufenthalt. Unter Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen sind zeitlich bis zu drei Monate befristete Wohnunterbringung, Verpflegung sowie Betreuung und Pflege zu verstehen.⁴⁹ In der steirischen SHG-Leistungs- und Entgeltverordnung wird eine Unterbringung für maximal sechs Wochen beschrieben.⁵⁰ Die Verrechnung des Tagsatzes erfolgt tageweise je Hilfsempfängerin bzw. Hilfsempfänger, gleich wie bei jenen, die einen Langzeitpflegeplatz nutzen.

Am Stichtag 31.12.2021 befanden sich 57 Personen in Kurzzeitpflege in einem der steirischen Pflegeheime. Im gesamten Jahr 2021 wurden rund 1.200 Personen im Rahmen der Kurzzeitpflege betreut. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 16,7 Tagen. Die durchschnittliche Pflegegeldstufe bei den Kurzzeitpflegeaufenthalten betrug sowohl im Jahr 2019 als auch im Jahr 2021 3,6 bzw. im Median 4,0. 2021

⁴⁹ § 3 Abs. 8 Pflegefondsgesetz, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007381>, (abgerufen am 17.05.2023)

⁵⁰ Anlage 3 Ab- und Verrechnungsmodalität SHG-LEVO 2017

wurden insgesamt 20.139 stationäre Aufenthaltstage als Kurzzeitpflegetage abgerechnet, 2019 waren es 19.926 Tage.

4.5 24-Stunden-Betreuung

Das Angebot der 24-Stunden-Betreuung wird aufgrund der Versorgungswirksamkeit für einen Teil der Bezieherinnen und Bezieher von Bundespflegegeld in diesem BEP in der Darstellung der aktuellen Versorgungsformen berücksichtigt.

Zum Stichtag 31.12.2021 nahmen in der Steiermark insgesamt 5,5 % der Personen mit Pflegegeldbezug eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch, absolut waren das 4.437 Personen. 2019 waren es 4.946 Personen (6,1 %) gewesen. Seit der Pandemie ist deren Zahl merklich zurückgegangen. Im Jahr 2018 wurden zum Stichtag in der Steiermark sogar noch 6.851 Personen durch die 24-Stunden-Betreuung betreut. Das entsprach damals einem Versorgungsgrad von 8,5 %. Bei Betrachtung der Jahre 2018-2021 zeigt sich somit ein stark rückläufiger Trend.

Betrachtet man die einzelnen politischen Bezirke der Steiermark, zeigen sich wiederum deutliche regionale Unterschiede in der Nutzung dieses Versorgungsangebots. Am höchsten ist der Versorgungsgrad in den Bezirken Hartberg-Fürstenfeld (8,2 %) und Graz-Umgebung (7,1 %), am geringsten in den Bezirken Murtal (3,8 %) und Murau (4,0 %).

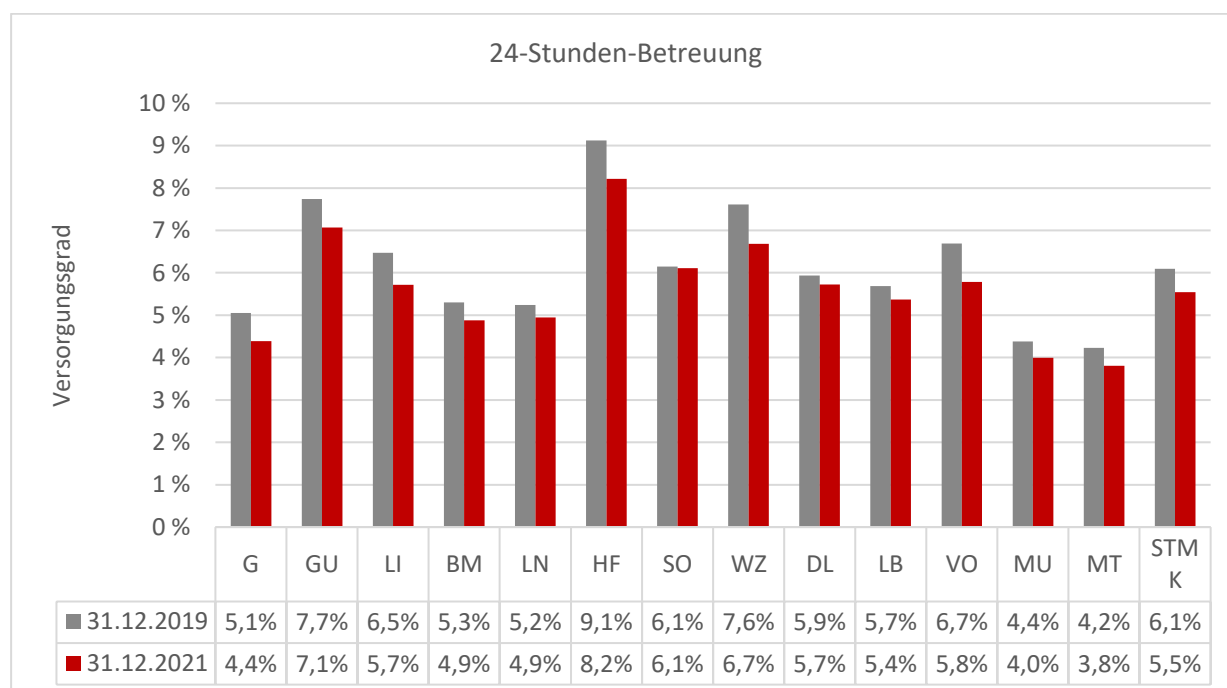


Abbildung 13: Versorgungsgrade der 24-h-Betreuung per 31.12.2019 und 31.12.2021 auf Ebene der politischen Bezirke der Steiermark

Methode & Quelle: Deskriptive Analyse der Daten aus der Landesstatistik Steiermark zu den Zahlen der 24-h-Betreuung und von Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher der Jahre 2019 und 2021

Ergebnis: Der steiermarkweite Versorgungsgrad der 24-h-Betreuung sank von 6,1 % im Jahr 2019 auf 5,5 % im Jahr 2021. Im Bezirk Hartberg-Fürstenfeld ist der Versorgungsgrad mit 8,2 % im Jahr 2021 am höchsten, im Bezirk Murtal mit 3,8 % am niedrigsten.

4.6 Alternative Wohnformen

In alternativen Wohnformen nach dem Fördermodell des Landes Steiermark standen per 31.12.2021 steiermarkweit 1.634 Plätze zur Verfügung.⁵¹ Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 12,6 Plätzen je 1.000 EW der Altersgruppe 75+ Jahre. Im Vergleich dazu lagen diese Werte im Jahr 2019 bei 1.567 Plätzen und im Jahr 2018 bei 1.606 Plätzen. Der Versorgungsgrad mit alternativen Wohnformen steiermarkweit lag 2018 bei 1,0 % und im Jahr 2021 bei 1,1 %. Die Zahl der Klientinnen und Klienten in der Pflegestufe 1-7 ist von 825 im Jahr 2019 auf 849 im Jahr 2021 gestiegen. Werden auch jene Personen hinzugezogen, die noch keine Pflegegeldstufe haben waren es 2019 1251 Personen und im Jahr 2021 1285 Personen, die die alternativen Wohnformen genutzt haben.

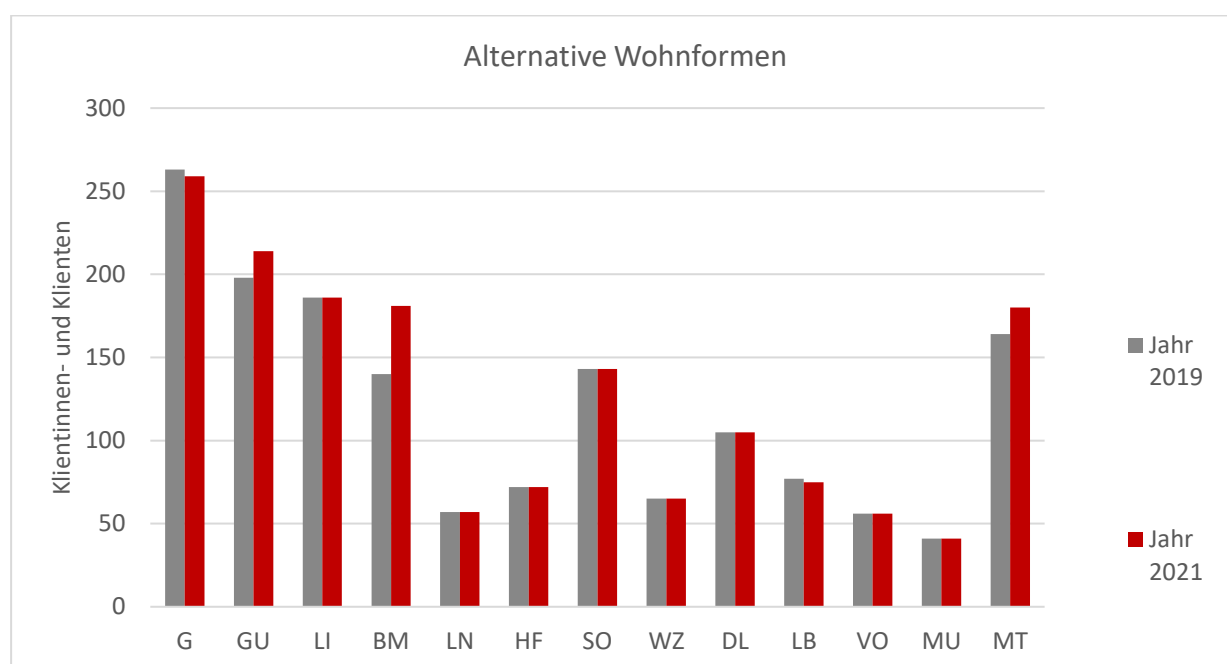


Abbildung 14: Klientinnen und Klienten der alternativen Wohnformen im Jahresvergleich 2019, 2021,
Methode & Quelle: Deskriptive Analyse der Daten aus der Pflegedienstleistungsstatistik der Jahre 2019 und 2021
Ergebnis: Im Bezirk Graz nutzen steiermarkweit am meisten Klientinnen und Klienten das Angebot der alternativen Wohnformen

4.7 Die Pflegedrehscheibe

Seit Mitte 2020 gibt es in allen steirischen Bezirken eine vom Land Steiermark eingerichtete „Pflegedrehscheibe“. Sie stellt seit diesem Zeitpunkt einen festen Bestandteil der steirischen Pflegeversorgung dar. Die Pflegedrehscheibe ist zentrale Anlauf- und Servicestelle für Menschen, die Pflege und Unterstützung benötigen, sowie für deren Angehörige. Ziel ist es, Fragen zu Pflege und Betreuung zu klären, die Situation der Pflegebedürftigen zu analysieren und somit die richtige Versorgung im richtigen Umfang und zur richtigen Zeit zu gewährleisten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten Unterstützung bei der Organisation der benötigten Pflege- und Betreuungsleistungen. Eine diplomierte Pflegeperson hilft, die beste Art der Betreuung zu finden und bietet Betroffenen Beratung und Informationen über

⁵¹ Richtlinie Betreutes Wohnen für Seniorinnen und Senioren, https://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11333393_72574773/2d0c0c46/Richtlinie_Betreutes_WohnenNEU2019.pdf, (abgerufen am 17.05.2023)

die verschiedenen Formen der Unterstützung und der Entlastung. Die Beratung erfolgt auf Wunsch auch aufsuchend. Ab 2022 finden auch in allen steirischen Regionen auf Gemeindeebene Sprechtag statt.⁵²

Im Jahr 2021 betreute die Pflegedrehscheibe in allen steirischen Bezirken 16.792 Klientinnen und Klienten. Insgesamt wurden 16.362 Leistungsstunden in der Pflegedienstleistungsstatistik dokumentiert. 37 Personen im Ausmaß von insgesamt 32 VZÄ kümmern sich um die Case- und Caremanagement Anfragen. Persönliche Daten müssen im Rahmen der größtenteils anonymen Beratungen nicht bekannt gegeben werden, weshalb keine detaillierte Auswertung nach den Charakteristika der Klientinnen und Klienten vorliegt.

⁵² <https://www.gesundheit.steiermark.at/cms/ziel/142146817/DE/>, (abgerufen am 17.05.2023)

5 Methodische Zugänge

Den Empfehlungen dazu, wie die zukünftigen Versorgungsstrukturen entwickelt werden sollten, liegt einerseits ein durch Daten getriebener Prognoseprozess auf Basis der Demografie sowie des aktuellen Leistungsgeschehen und zur Struktur bestehender Versorgungsangebote in der Steiermark zu Grunde. Andererseits gilt es, die qualitativen Entwicklungstendenzen in der Pflege, mit dem Fokus auf Evidenzbasierung und Beispielen guter Praxis, zu beachten. Dies geschieht durch die fachlich-thematische Aufarbeitung bestehender Literatur und das Miteinbeziehen von Expertinnen- und Expertenmeinungen. Im Grunde handelt es sich um Empfehlungen zu einem Strukturplan, die sich jedoch aus der Konzeption der Versorgungsprozesse ableiten. Die Strukturen dienen dazu, idealtypische Versorgungsprozesse auch entsprechend leben zu können. Dies stellt jedenfalls eine paradigmatische Veränderung der bisherigen Praxis insofern dar, als davon abgegangen wird, Prozesse und letztlich Bedarfe von Klientinnen und Klienten an die vorhandenen Strukturen anzupassen.

Neben der Literaturrecherche und den Expert*innenworkshops werden die Überlegungen zur Modellentwicklung und die zentralen Schritte der Operationalisierung nachstehend beschrieben. Für den Planungsprozess werden neben den rechtlichen Rahmenbedingungen, den relevanten Pflegedeterminanten und den definierten Planungsgrundlagen unterschiedliche Echtdatensätze herangezogen, um auf deren Basis realitätsnahe und valide Planungsergebnisse mit Handlungsempfehlungen auf regionaler Ebene für die Steiermark erstellen zu können.

5.1 Literaturrecherche

Von Juni bis August 2022 erfolgte eine Literaturrecherche nach der Berry Picking Methode (Bates 1989), um qualitative Entwicklungstendenzen in der Pflege zu identifizieren und die von den Expertinnen und Experten in den Workshops genannten Pflegetrends zu explorieren. Bei der Suche nach nationalen und internationalen Trends wurde im Speziellen die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz fokussiert.

5.2 Expert*innenworkshops

Zur Einholung von Praxiswissen und Expertinnen- und Expertenmeinungen zu den zentralen „Herausforderungen in der Versorgung älter und/oder pflegebedürftiger Personen“ sowie zur Diskussion von „Internationalen Trends“ und Beispielen guter Praxis wurden Einschätzungen und Erfahrungen von Seiten von Fachexpertinnen und Fachexperten eingeholt. Die Zusammensetzung der Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber vorgenommen und umfasste Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft und Lehre sowie von pflegenden Angehörigen und Klientinnen und Klienten. Darüber hinaus waren die PatientInnen- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark, das Land Steiermark und die Stadt Graz in dieser Runde vertreten. Im Rahmen dieses Workshops wurden Eckpunkte für eine optimale Pflege erarbeitet sowie aktuelle Hürden und Good Practice Beispiele der verschiedenen pflegerischen Versorgungsangebote in der Steiermark reflektiert. Es wurden in weiterer Folge internationale Entwicklungen pflegerischer Versorgungsangebote besprochen und auf

ihre Anwendbarkeit für die Steiermark geprüft. Aus dieser Arbeit wurden Handlungsfelder für die Pflege in der Steiermark bis 2030 abgeleitet.

Eine weitere themenspezifische Arbeitsgruppe wurde zum Thema „Leben mit Demenz“ eingesetzt, die der Frage nachging, wie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen betreut und gepflegt werden möchten und welche Unterstützungsmöglichkeiten die Angehörigen brauchen, angereichert mit nationalen sowie internationalen Best Practice Modellen. Hierzu wurden sowohl Betroffene und deren Angehörige miteinbezogen, wie auch Ärztinnen und Ärzte mit langjähriger praktischer Erfahrung in der Versorgung dieser Patientengruppe und Wissenschaftlerinnen, die sich in ihrer wissenschaftlichen Arbeit dieses Themas speziell angenommen haben.

5.3 Datenquellen

Es erfolgten im Zuge der Bearbeitung der Empfehlungen zum BEP Pflege umfangreiche Datenanalysen zu Bewertung der bestehenden Versorgungssituation aber auch zur Berechnung der prognostischen Bedarfsabschätzung zum zeitlichen Zielhorizont 2030. Als Datenquellen dienten prognostische Daten der Landesstatistik und der Statistik Austria zur Entwicklung der geschlechtsspezifischen Alterskohorten in der Steiermark, feingranulare Leistungs- und Strukturdaten zu den unterschiedlichen Versorgungsformen aus der Pflegedienstleistungsstatistik des Amts der Steiermärkischen Landesregierung aus den Jahren 2019 und 2021. Das Jahr 2020 wurde aufgrund der Pandemie und des deswegen erheblich verzerrten Leistungsgeschehens in diesem Jahr ausgelassen.

Die Daten des Jahres 2022 konnten für die vorliegenden Arbeiten zur Analytik keine Berücksichtigung finden, da sie für die Projektarbeiten zu spät verfügbar gewesen wären. Um aber zumindest ein möglichst aktuelles Bild der in der Steiermark themenspezifisch verfügbaren Struktur zu präsentieren, wurden kurz vor Abschluss der Arbeiten die Strukturdaten aus dem Jahr 2022 ergänzt und den entsprechenden Zahlen der eigentlich verwendeten Jahre 2019 und 2021 gegenüber gestellt.

Daten zu den Bezieherinnen und Beziehern von Bundespflegegeld für die Jahre 2015 bis 2021 wurden von Seiten der Landesstatistik Steiermark bereitgestellt.

Für die deskriptive Analyse wurden wiederum die Daten der Pflegedienstleistungsstatistik des Amts der Steiermärkischen Landesregierung herangezogen, wobei die stationäre Betreuung und Pflege sowie die mobilen Betreuungs- und Pflegedienste, die 24-Stunden Betreuung, die teilstationäre Tagesbetreuung und die alternativen Wohnformen jeweils zu den Stichtagen 31.12.2019 und 31.12.2021 evaluiert wurden.

5.4 Prognosemodell

Die quantitativen Analysen für die Grundlagen des Bedarfs- und Entwicklungsplans basieren auf demografischen, sozioökonomischen und gesundheitsbezogenen Daten sowie auf den Strukturangaben und Inanspruchnahme-Erhebungen der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in der Steiermark im Jahr 2021. Ergänzend dazu wurden zur Plausibilisierung auch die Daten aus dem Jahr 2019 ausgewertet.

Die SOLL-Planung beruht auf der Analyse bestehender Strukturen sowie der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten auf Ebene der einzelnen politischen Bezirke der Steiermark und des gesamten Bundeslandes zur Ermittlung von Versorgungscharakteristika.

Danach bildet die Prognose der erwarteten Zahl an Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher, differenziert nach Pflegegeldstufe, Altersgruppen und Geschlecht sowie nach dem Wohnbezirk, die Grundlage des erwarteten Bedarfs an professionellen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen für den Planungshorizont 2030.

Zur finalen Ermittlung des erwarteten Anteils an zukünftig pflegebedürftigen Personen, wird zudem der Ansatz der *Kompression der Morbidität*⁵³ berücksichtigt. Diesem Effekt wird eine wesentliche Bedeutung zugestanden. Die Größe des Effekts kann einerseits aus der zeitlichen Entwicklung der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher im Verhältnis zur Entwicklung der Bevölkerungsgruppe 65+ und andererseits aus der Veränderung der Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit abgeleitet werden.⁵⁴ Das Ergebnis dieser Prognose ist die erwartete Gesamtanzahl der Personen mit Pflegegeldbezug zum Planungshorizont 2030, getrennt nach Altersgruppen, Geschlecht, Pflegegeldstufe und Wohnbezirk.

Ein zentrales Ziel der Planung ist die Schaffung umfassender Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige sowie die Stärkung von niederschweligen Betreuungs- und Pflegeangeboten, die ein selbstbestimmtes Leben zu Hause unterstützen. Demzufolge wird das Angebot von mobiler Pflege und Betreuung, von Kurzzeitpflegeplätzen sowie der Auf- und Ausbau teilstationären Tagesbetreuungsangebote forciert.

Die 24-Stunden-Betreuung hat eine bedeutende Versorgungswirksamkeit und wird, auch wenn sie nicht geplant werden kann, im Rahmen der Festlegung der restlichen Strukturen im Planungsmodell berücksichtigt.

Die Berechnungsmethodik zur *stationären Langzeitpflege* erfolgt durch Anpassungsmaßnahmen in Bezug auf regionale Über- bzw. Unterversorgungssituationen auf Ebene der bewilligten Pflegeheimbetten nach dem Pflegeheimgesetz⁵⁵ PHG und durch Berücksichtigung von Verschiebungsströmen betreuter Personen zwischen den Pflegedienstleistungsarten. Zudem werden geplante Änderungen nach dem im Entwurf befindlichen steirischen Pflege- und Betreuungsgesetz berücksichtigt. Für die Prognose des zukünftigen Bedarfs an stationärer Langzeitpflege wurde der Versorgungsgrad auf Bezirksebene angepasst. In diesem Zusammenhang wurde eine Verschiebung der Pflegestufenverteilung hin zu höheren Pflegegeldstufen angenommen.

Für die Planung der *Kurzzeitpflege* wird generell die Zielgruppe der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher der Stufen 1 bis 7, die nicht in der stationären Langzeitpflege oder mit einer 24-h-Betreuung versorgt sind, zugrunde gelegt. Es wird die Annahme getroffen, dass jede dritte Person dieser Zielgruppe einmal jährlich für 14 Tage Kurzzeitpflege in Anspruch nimmt.

Die Entwicklungsabschätzung der *mobilen Dienste* beruht auf der Prognose der zu betreuenden Personen bis 2030 und der Anpassung des durchschnittlichen Betreuungsaufwands, gemessen in Pflege- und Betreuungsstunden pro betreute Person. Die durchschnittlichen Betreuungs- und Pflegestunden

⁵³ Das Konzept der Kompression der Morbidität geht davon aus, dass Menschen länger gesund bleiben und sich pflegerische Bedarfe daher in den Altersgruppen gegenüber heute nach hinten verschieben.

⁵⁴ www.gesundheitsbericht-steiermark.at (abgerufen am 15.02.2023)

⁵⁵ Steiermärkisches Pflegeheimgesetz 2003 (StPHG), LGBl. Nr. 77/2003 idF LGBl. Nr. 91/2022

pro Person werden auf Ebene der politischen Bezirke angepasst. Zudem wurden die erwarteten Betreuungs- und Pflegestunden je Pflegegeldstufe prognostiziert und in die Berechnung mitaufgenommen. Die Gesamtsumme der Pflege- und Betreuungsstunden je Bezirk ergibt sich durch die Verknüpfung der berechneten Personen bis 2030 mit den angepassten Betreuungsstunden pro Person.

Die Basis zur Abschätzung der Plätze in alternativen Wohnformen bildet die Fortschreibung jener Gruppe, die dieses Versorgungssegment bisher angenommen haben. Diese Gruppe wird um Personen ergänzt, die zukünftig aufgrund ihrer niedrigen Pflegegeldstufe nicht mehr in der stationären Langzeitpflege betreut werden.

Die Planung für die teilstationäre Tagesbetreuung orientiert sich an den bisherigen Prognosen zum Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege 2025, die ohnehin erheblich über der bislang etablierten diesbezüglichen Angebotsstruktur liegen (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abt. 8 - Gesundheit, Pflege und Wissenschaft 2015).

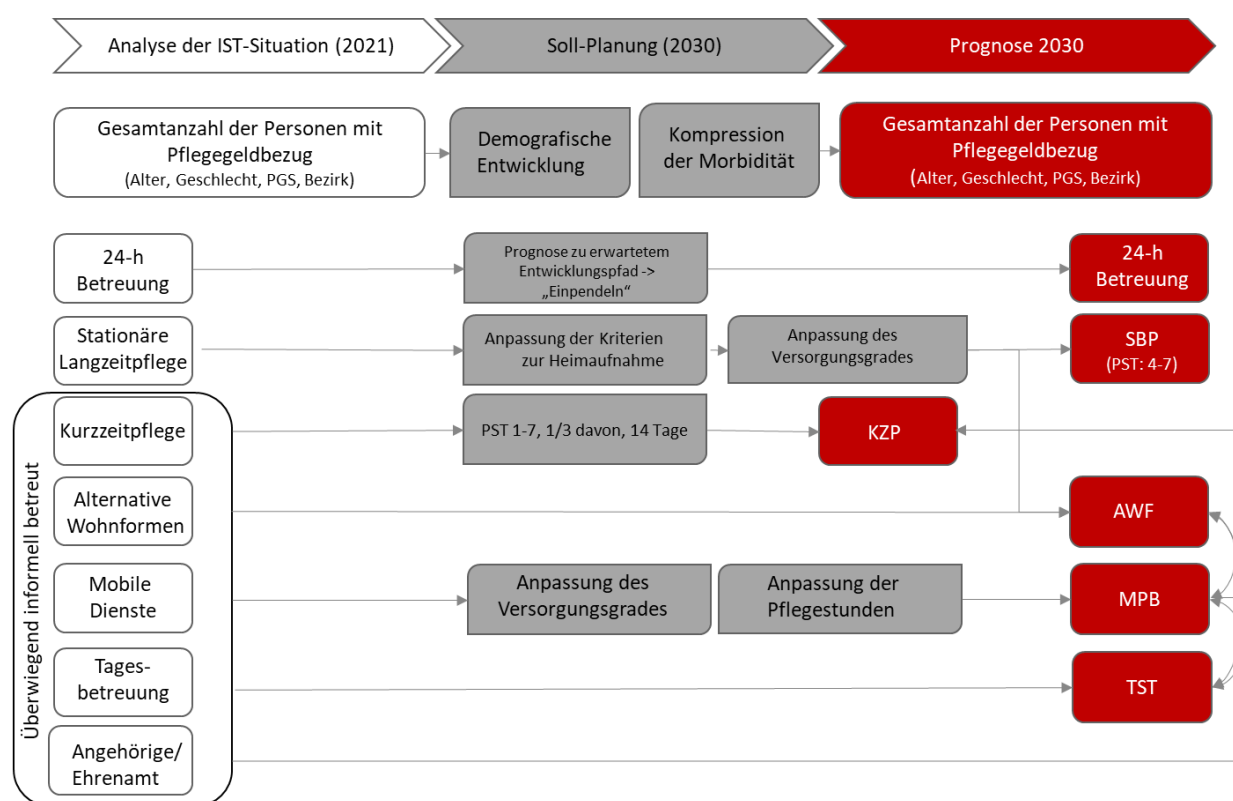


Abbildung 15: Schematische Darstellung des Prognosemodells zum Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege Steiermark 2030

5.5 Limitationen

Die Prognosen des zukünftigen Pflege- und Betreuungsbedarfs arbeiten mit Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der verschiedenen Betreuungsangebote und hängen von strategischen Maßnahmen ab, die auf Ebene des Landes gesetzt wurden oder in absehbarer Zeit gesetzt werden sollen. Soweit diese Maßnahmen bereits bekannt und prognostisch operationalisierbar sind, wurden sie berücksichtigt. Die Annahmen für das Planungsmodell wurden u.a. auf Basis der Überlegungen zum im Entwurfsstadium befindlichen steiermärkischen Pflege- und Betreuungsgesetz getroffen.

Annahmen, die tendenziell auf weniger strukturellen Bedarf hinwirken würden, wurden sehr zurückhaltend in die Prognoserechnungen aufgenommen. So sollen dem Modell gemäß vor allem Menschen mit Pflegegeld der Stufen 1 und 2 nur noch in geringem Ausmaß in Pflegeheimen stationär leben, während die gesetzliche Regelung dies auch für die Stufe 3 so vorsieht. Hintergrund der Überlegungen zu einem zurückhaltenden Ansatz war, dass eine Unterschätzung notwendiger Kapazitäten unbedingt vermieden werden sollte.

Dem Faktor der Kompression der Morbidität kommt eine wichtige Rolle im Prognosemodell dahingehend zu, als sie den Zuwachs an Pflegebedarf beeinflusst. Die Dimensionierung des Faktors beruht auf Beobachtungen aus der jüngeren Vergangenheit. Da keine publizierten Zahlen zur Entwicklung der Morbiditätskompression selbst vorliegen, wurde der Kompressionsfaktor anhand von themenrelevanten veröffentlichten Daten abgeschätzt, wobei einerseits auf den Gesundheitsbericht Steiermark⁵⁶ und andererseits auf Zahlen zur Bevölkerungsentwicklung⁵⁷ zurückgegriffen wurde. Weichen die zukünftigen Entwicklungen deutlich von den getroffenen Annahmen ab, bedarf es einer Neubewertung der Modellprognosen.

⁵⁶ www.gesundheitsbericht-steiermark.at (abgerufen am 15.02.2023)

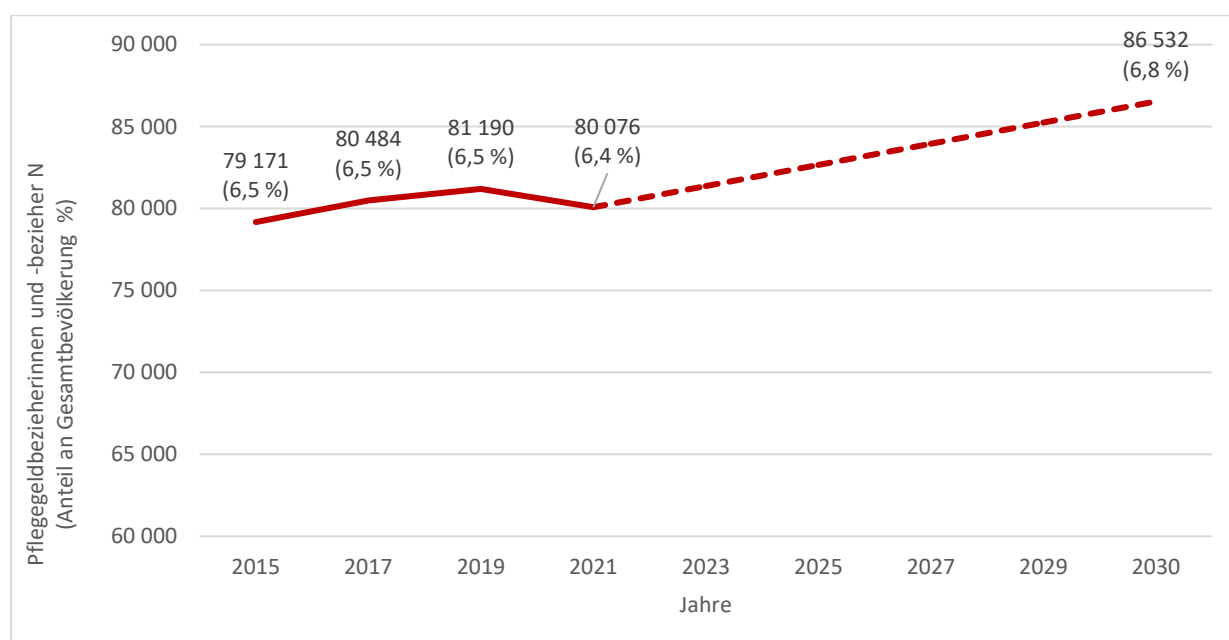
⁵⁷ Landesstatistik Steiermark, Daten zur Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2030

6 Ergebnisse der Prognose

Die Veränderung der Kohortenstruktur in der steirischen Bevölkerung führt zu einem Anwachsen der älteren, vor allem hochaltrigen Kohorten, die grundsätzlich jene mit höherem Betreuungsbedarf sind bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl junger Menschen. Einerseits treibt dies den Bevölkerungsanteil älterer und hochaltriger Menschen an der gesamten steirischen Bevölkerung, zum anderen verschlechtert dieses Auseinanderdriften der Kohorten entlang einem Altersvektor das Verhältnis potenziell betreuender zu zu betreuenden Menschen.

6.1 Entwicklung des Pflegebedarfs

Durch die beschriebenen demografischen Veränderungen und die Berücksichtigung der Kompression der Morbidität⁵⁸ wird bis zum Jahr 2030 ein Anstieg der Zahl der Bezieherinnen und Bezieher des Pflegegeldes in der Steiermark auf 86.532 Personen erwartet. Dies entspricht einem Zuwachs um 8,1 % gegenüber dem Jahr 2021. Dieser fällt damit jedoch deutlich geringer aus, als der Zuwachs der Gesamtbevölkerung über 65 Jahren, was der Berücksichtigung des Phänomens der Kompression der Morbidität geschuldet ist. Gegenüber der Entwicklung seit dem Jahr 2015 zeigt sich bis 2030 ein absoluter Zuwachs von rund 7.400 Pflegegeldbezieherinnen bzw. -bezieher (+9,3 %). Die Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher nehmen 2030 6,8 % der Gesamtbevölkerung ein, gegenüber 6,5 % im Jahr 2015. Für den Rückgang zwischen den Jahren 2019 und 2021 gibt es keinen klaren Beleg. Es erscheint wahrscheinlich, dass dieser pandemiebedingt ist und es einerseits schwerer war, Zugang zu einem Pflegegeldgutachten zu bekommen und es andererseits eine Übersterblichkeit bei älteren Menschen gab.⁵⁹



⁵⁸ Das Konzept der Kompression der Morbidität geht davon aus, dass Menschen länger gesund bleiben und sich pflegerische Bedarfe daher in den Altersgruppen gegenüber heute nach hinten verschieben.

⁵⁹ EPIG (2021): Mortalität in steirischen Pflegeheimen während der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020, Ergebnisse der quantitativen Evaluation

Abbildung 16: Entwicklung der Zahl der Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher in der Steiermark in den Jahren 2015-2021 sowie die Prognose dieser bis zum Jahr 2030

Methode und Quelle: Analyse der Daten der Landesstatistik Steiermark zu den Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher aus den Jahren 2015-2021 sowie Prognose bis 2030

Ergebnis: Die Zahl der Personen mit Pflegegeldbezug in der Steiermark wird bis zum Jahr 2030 auf 86 532 Personen ansteigen und dann einen Bevölkerungsanteil von 6,8 % einnehmen.

Es wird in allen Bezirken ein Anstieg der Zahl der Personen mit Pflegegeldbezug erwartet, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Die Zunahme wird für Bezirke mit Abwanderungstendenzen und mit einer derzeit schon relativ betrachtet älteren Bevölkerungsstruktur geringer ausfallen, als für jene Bezirke mit einem prognostizierten Bevölkerungszuwachs und einer derzeit noch jüngeren Bevölkerungsstruktur. So wird in den Bezirken Graz und Graz-Umgebung ein größerer Zuwachs an Pflegegeldbezieherinnen und -beziehern erwartet als in Leoben oder in Murau. Die detaillierte Darstellung der Zahlen zu den Bezieherinnen und Beziehern des Pflegegeldes befindet sich im Anhang. (Folie 1)

Die Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher nehmen, mit zwei kleinen Ausnahmen, in allen Pflegegeldstufen und Bezirken zu. Steiermarkweit wird ein Zuwachs je Pflegegeldstufe zwischen 5,5 % in der Pflegegeldstufe 7 und 10,4 % in der Pflegegeldstufe 5 prognostiziert. Auf Bezirksebene spiegelt sich die demografische Struktur wider. So werden im Bezirk Leoben geringere Zuwächse bei den Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher vorhergesagt (+0,9 %), als im Bezirk Graz-Umgebung (+16,1 %).

6.2 Quantitativer Entwicklungsbedarf für die einzelnen Versorgungsformen

Die Dimensionierungen der einzelnen Versorgungsstrukturen beeinflussen sich gegenseitig und werden daher voneinander abhängig geplant und betrachtet. Hierbei wird als Voraussetzung zugrunde gelegt, dass die notwendigen strukturellen Maßnahmen auch so umgesetzt werden, wie sie in dem vorliegenden Grundlagenarbeiten für den BEP empfohlen werden. Wesentliche Elemente der Versorgung sind die sogenannte informelle Betreuung in der Familie und im eigenen privaten Wohnumfeld sowie die 24-Stunden-Betreuung, die nicht außer Acht gelassen werden können, wenn es um die Dimensionierung der Kapazitäten der notwendigen formellen Angebote in der Steiermark geht. Sie sind deswegen im Planungsmodell berücksichtigt. Innerhalb der informellen Betreuung ist jedoch zu beachten, dass sie oft durch formelle Angebote, wie die Kurzzeitpflege oder mobile Angebote unterstützt wird. Es ist ein Ziel, formelle Angebote verstärkt auch dazu einzusetzen, um informelle Betreuung zu entlasten und somit aber auch zu ermöglichen.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die meisten Menschen ihren Lebensabend zu Hause verbringen wollen und dies, wenn die Unterstützung ausreichend ist, auch vermehrt tun werden, ist davon auszugehen, dass die Zahl der Menschen, die zu Hause betreut werden, ansteigen wird. Gleichzeitig wird innerhalb dieser Gruppe aber auch der Anteil derer auf 19,3 % steigen, die formelle Unterstützungsangebote nutzen. Sie sollen in Zukunft weiterhin erheblich ausgebaut werden. Im Gegenzug dazu sollte bis zum Jahr 2030 der Anteil der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher, die keine formellen Wohn-, Betreuungs- oder Pflegeleistungen in Anspruch nehmen und somit ausschließlich von pflegenden Angehörigen betreut oder gepflegt werden auf 61 % sinken. Die detaillierte Darstellung zur Entwicklung der informellen Pflege und Betreuung befindet sich im Anhang.

Die weitere Entwicklung der 24-Stunden-Betreuung ist schwer abschätzbar, allerdings geht die Prognose von einer regionalen Angleichung der diesbezüglichen Betreuungsraten aus und davon, dass – auch

aufgrund von Maßnahmen auf Bundesebene – der Versorgungsgrad wieder etwas ansteigen wird, jedoch nicht mehr frühere Anteile erreichen kann. Aufgrund dieser bisherigen Entwicklungen und aufgrund dieser Annahmen wird bis zum Jahr 2030 mit rund 5.300 Personen in dieser Betreuungsform gerechnet. Der Versorgungsgrad liegt dann steiermarkweit bei 6,1 %. Den höchsten Versorgungsgrad wird dieser Prognose zufolge 2030 der Bezirk Hartberg-Fürstenfeld mit 8,3 % aufweisen, den niedrigsten der Bezirk Graz (5,3 %). Es wird darauf hingewiesen, dass diese Abschätzung dazu dient, die formell anzubietenden Kapazitäten der stationären Pflege, der Kurzzeitpflege und weiterer Angebote besser quantifizieren zu können.

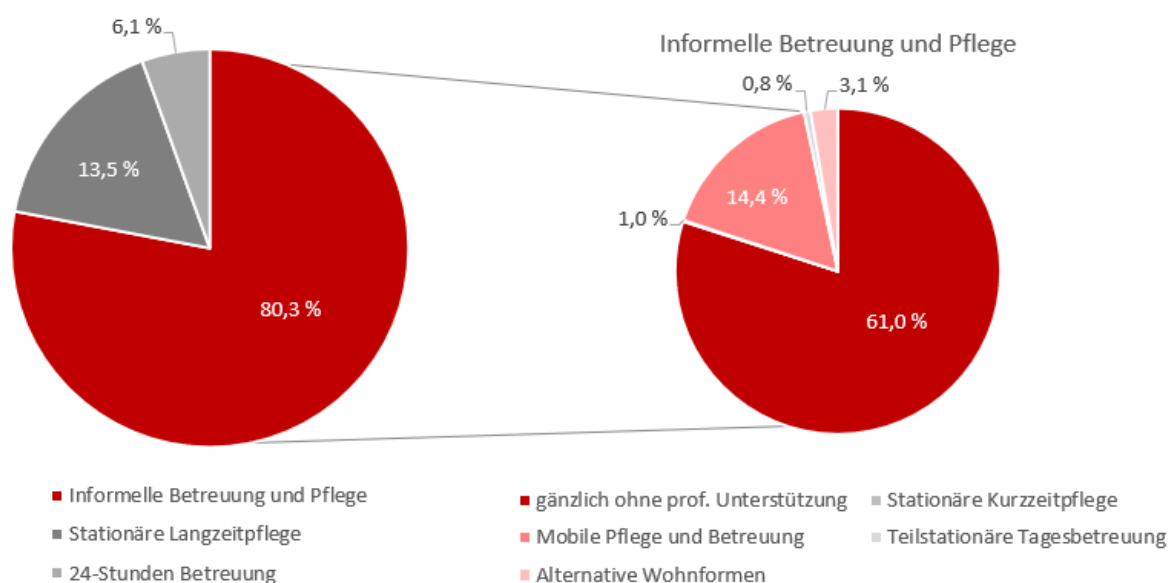


Abbildung 17: Überblick über die prognostizierten Versorgungsgrade der Pflege- und Betreuungsangebote in der Steiermark im Jahr 2030

Methode: Prognose zum Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege Steiermark

Ergebnis: 2030 werden 13,5 % der steirischen Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher in der stationären Langzeitpflege betreut werden. 6,1 % durch die 24-h Betreuung und 80,3 % überwiegend informell durch pflegende Angehörige. Insgesamt 14,4 % von diesen überwiegend informell betreuten Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher erhalten Unterstützungs- und Pflegeleistungen durch die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste

6.3 Stationäre Langzeitpflege

Für die Steiermark liegt aktuell der Bedarfs- und Entwicklungsplan 2025⁶⁰ vor, der aus dem Jahr 2015 stammt und sich auf Daten des Jahres 2013 bezieht. 2020 erfolgte eine Aktualisierung⁶¹ der Planzahlen für den Bereich der stationären Langzeitpflege, ebenso mit einem Zeithorizont bis zum Jahr 2025. In der aktualisierten Version des Bedarfs- und Entwicklungsplans für pflegebedürftige Personen in der Steiermark, der bis zum Jahr 2025 reicht, ergab sich ein Bedarf an stationären Lang- und Kurzzeitpflegebetten von insgesamt 14.637. Im Jahr 2021 standen bereits 15.493 bewilligte Betten zur Verfügung (einschließlich jenen, die nach dem KAG bewilligt sind), also mehr, als für 2025 als Bedarf ausgewiesen wurde.

⁶⁰ Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 8 – Wissenschaft und Gesundheit (Hg.): Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen. Steiermark 2025. Graz, September 2015

⁶¹ EPIG GmbH (2020): Evaluierung des BEP Pflege Steiermark 2025, Gutachterliche Empfehlung zur Anpassung der stationären Planzahlen bis 2025

Allerdings sind in den Bettenzahlen des BEP auch die Kurzzeitpflegekapazitäten enthalten, die mit einem Mindestmaß auch gesondert ausgewiesen sind.

In der vorliegenden Erarbeitung der Grundlagen und Empfehlungen zu einem aktualisierten BEP für pflegebedürftige Personen in der Steiermark, der bis 2030 reichen soll, ergibt sich unter der gesetzten Zieldefinition in Bezug auf Pflegegeldstufen und der weiteren Forcierung mobiler und tagesspezifischer Angebote ein Bettenbedarf, der unter jener Bettenzahl liegt, die heute schon im derzeit geltenden BEP alleine für die stationäre Langzeitpflege ausgewiesen ist.

Zur Wahrung der Kontinuität in der Struktur und um gegebenenfalls notwendige Kapazitätsreserven erhalten zu können, erscheint es somit zweckmäßig, die steiermarkweiten Gesamtkapazitäten, die die Aktualisierung des BEP 2025 bereits ausweist, also insgesamt 14.637 Betten, für die stationäre Lang- und für die stationäre Kurzzeitpflege beizubehalten und um als Land steuernd eingreifen zu können, gemäß § 13a StSHG anzuerkennen.

Da somit die Bettenzahl höher liegt, als es der Bedarf bei effizienter Nutzung der Strukturen und forcierten mobilen Angeboten ausweist, sollten innerhalb dieser Kapazitäten die Kurzzeitpflege⁶² und die derzeit pilothaft erprobte Übergangspflege jedenfalls in hohem Maße genutzt und angeboten werden. Dazu sollten auch neue Anreizmodelle für die Klientinnen und Klienten, aber auch für die Träger der Heime, entwickelt werden (siehe hierzu Kapitel 6.4). Es ist jedenfalls zu vermeiden, dass diese Betten zur Gänze der stationären Langzeitpflege zufallen und somit nicht der kurzzeitigen und akuten Entlastung vor allem in der informellen Betreuung dienen können. Die detaillierte Darstellung der Planzahlen auf Ebene der einzelnen politischen Bezirke in der Steiermark findet sich im Anhang.

6.4 Stationäre Kurzzeitpflege und Übergangspflege

Die Kurzzeitpflege als Form der Entlastung der pflegenden Angehörigen und in weiterer Folge der Stabilisierung häuslicher Pflege- und Betreuungsarrangements soll zukünftig forciert werden. Formal enthält der aktuell geltende Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen in seiner aktualisierten Form die Kapazitäten für stationäre Kurzzeitpflege und weist sie auch weiter gesondert als bezirksweise Maximalkapazität innerhalb der Gesamtkapazitäten aus. Sie werden jedoch, wie die Ist-Analyse zeigt, derzeit kaum für diesen Zweck tatsächlich genutzt (siehe dazu 4.4).

Zudem wird derzeit in Mürzzuschlag im Rahmen eines Pilotprojektes das Modell der *Übergangspflege* erprobt. Tatsächlich bedarf es im österreichischen und somit auch im steirischen Versorgungssystem an der Schnittstelle der Entlassung aus einem akutversorgenden Krankenhaus hinaus verstärkt Möglichkeiten, Menschen, die keiner Akutbehandlung mehr bedürfen, jedoch noch rekonvaleszent sind und aktivierender Pflege und Therapie bedürfen, bessere Betreuungsangebote zu machen. In welchem Sektor diese Angebote etabliert werden sollten, wie sie organisatorisch im gesamten Versorgungsprozess positioniert werden sollen und letztlich, wie sie finanziert werden sollten, sollte durchaus Gegenstand vertiefter Betrachtungen sein und auch in unterschiedlichen Settings erprobt werden. Im Rahmen der hier vorgelegten SOLL-Kapazitäten wurden eigene Kapazitäten für die Übergangspflege nicht explizit ausgewiesen.

⁶² Anlage 3 Ab- und Verrechnungsmodalität SHG-LEVO 2017, https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Landesnormen/LST40030468/9200-06.22_An13.pdf (abgerufen am 30.05.2023)

Generell ist es jedenfalls sinnvoll, die Kapazitäten für die Kurzzeitpflege in ausreichendem Maße flächendeckend bereitzustellen und dafür zu sorgen, dass sie nicht zweckentfremdet für die Langzeitpflege verwendet werden. Zudem sollte dieses Angebot besser bekannt gemacht werden. Es werden demzufolge, Möglichkeiten vorgeschlagen, wie Mechanismen gesetzt werden könnten, damit von Seiten der Betreiber von stationären Pflegeeinrichtungen Interesse daran besteht, diese Betten auch tatsächlich für Personen freizuhalten, die ungeplant und vorübergehend einen Bettenbedarf haben. Darüber hinaus ist es notwendig, Anreize zu schaffen, damit von Seiten der zu Pflegenden und von Seiten ihrer Angehörigen Interesse an der Nutzung dieser Betten entsteht. Diese Anreize werden in erster Linie finanzieller Natur sein müssen, da die Kurzzeitpflege für die zu Pflegenden dahingehend einen finanziellen Mehraufwand darstellt, als sie in diesen wenigen Wochen die Kosten ihrer Wohnung und jene der Kurzzeitpflege tragen müssen. Das Land Oberösterreich gewährt beispielsweise einen finanziellen Zuschuss in der Höhe von 32,34 Euro für jeden begonnenen Kurzzeitpflegetag, jedoch für höchstens 21 Tage.⁶³

Unter Kapitel 9.4 werden unterschiedliche Möglichkeiten aufgezeigt und erörtert, wie eine widmungsgemäße Verwendung der Kurzzeitpflegebetten gewahrt bleiben könnte. Eine mögliche Empfehlung richtet sich nicht mehr auf eine absolute Bettenzahl hin, sondern auf ein aktives trägerunabhängiges bzw. trägerbergreifendes gesteuertes Bettenmanagement in Bezug auf die notwendigen Kapazitäten für Kurzzeitpflege. Unter der Annahme, dass rund jede dritte Pflegegeldbezieherin bzw. jeder dritte Pflegegeldbezieher, die nicht in einem Pflegeheim oder durch eine 24-h-Betreuung versorgt sind, einmal pro Jahr für 14 Tage diese Versorgungsform in Anspruch nimmt, sollten zumindest ca. 5 % der Pflegeheimbetten (ca. 700) als Kurzzeitpflegebetten je Versorgungsregion und somit steiermarkweit vorgehalten werden. Es wird angeregt, die Entwicklung der Inanspruchnahme und die dahinter liegenden steuernden Maßnahmen zu evaluieren.

6.5 Mobile Pflege- und Betreuungsdienste

Die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sollten bis 2030 weiter gestärkt werden. Insbesondere die Mehrstundenbetreuung als niederschwelliges Betreuungsangebot gilt es, zukünftig zu forcieren. Es wird angestrebt, bis 2030 den Versorgungsgrad steiermarkweit auf 14,4 % zu erhöhen. Dabei soll sich die Zielgruppe von durchschnittlich 8.879 betreute Personen pro Monat auf 12.477 betreute Personen (+40 %), vor allem der niederen Pflegegeldstufen 1 bis 3 pro Monat erhöhen. Die größten Steigerungsraten werden im Raum Graz bzw. Graz-Umgebung sowie Leibnitz prognostiziert, die geringsten im Bezirk Murau, da dort bereits im Jahr 2021 eine hohe Versorgungsdichte bestand.

Neben dem deutlichen Anstieg an zu betreuenden Personen ist auch eine Anhebung der durchschnittlichen jährlichen Einsatzstunden je Klientin und Klient vorgesehen. Daraus resultiert eine erwartete Steigerung des gesamten Einsatzstundenkontingents auf insgesamt ca. 2,1 Millionen Stunden, wobei anteilig der Bereich der alltagsbegleitenden Betreuung deutlich stärker steigen sollte, als jener der Pflegeberufe. Die detaillierte Darstellung der benötigten Einsatzstunden, um dieses Ziel zu erreichen, ist auf Bezirksebene in Tabelle 6 im Anhang ersichtlich.

Diese Empfehlung folgt den Überlegungen dazu, wie Menschen im Alter versorgt werden wollen und damit auch dem Vorsatz, eine klarere Ausdifferenzierung entlang der Pflegegeldstufen für die Aufnahme

⁶³ <https://www.pflegeinfo-ooe.at/finanzielles-und-rechtliches/zusch%3%bcsse-und-f%3%b6rderungen/zuschuss-zur-kurzzeitpflege-in-alten-und-pflegeheimen>, (abgerufen am 29.06.2023)

in die stationäre Langzeitpflege zu erreichen. Die in diesem Kontext ebenfalls forcierte Stärkung der niederschwelligen (Tagesbetreuung, alternative Wohnformen) und schnell verfügbaren Angebote (Kurzzeit- und Übergangspflege) stehen somit in einem gesamthaften logischen Zusammenhang miteinander.

6.6 Teilstationäre Tagesbetreuung

Das Angebot der teilstationären Tagesbetreuung richtet sich primär an Personen mit überwiegend informeller Pflege und Betreuung, welche zu einem großen Teil von Angehörigen mit Erwerbstätigkeit betreut werden. Somit ist dies ein zentrales Entlastungselement für betreuende und pflegende Angehörige und soll zu diesem Zwecke und um dem Wunsch nach einem möglichst langen Leben zu Hause nachkommen zu können, weiter gestärkt werden.

Zur Stabilisierung und Unterstützung der informellen Pflege und Betreuung ist ein deutlicher Ausbau der Plätze in Tagesbetreuungseinrichtungen von 279 Plätzen im Jahr 2021 auf insgesamt zumindest 713 Plätze bis zum Jahr 2030 zu empfehlen. Beim Ausbau der Plätze ist vor allem darauf zu achten, dass dieses Angebot in allen Bezirken verfügbar ist und einheitlichen Überlegungen zu seiner Aufgabe, Funktion und Rolle im gesamten Versorgungsgefüge folgt. Somit wird eine Gleichwertigkeit im Zugang wie in der Versorgung erreicht. Der Versorgungsgrad wird dann von 0,4 % im Jahr 2021 auf 0,8 % im Jahr 2030 ansteigen.

Derzeit leidet dieses Angebot an einer geringen Nachfrage durch die Zielgruppe. Ein Ausbau, wie oben dargestellt, muss daher in Einklang mit einem steigenden Interesse daran durch die Betroffenen erfolgen. Um dieses Interesse zu steigern, sind von Seiten des Landes und von Seiten der Träger wiederum Schritte zu setzen. Die Inanspruchnahme dieser Betreuungsform ist abhängig von der zeitlichen und örtlichen Erreichbarkeit und seiner Flexibilität in der Nutzbarkeit (kurzfristig und stundenweise buchbar). Um die Mobilität der Interessentinnen und Interessenten zu fördern, bedarf es eines gut funktionierenden, gemeindespezifischen Transportmanagementsystem und einer finanziellen Ausgestaltung, die es gut leistbar macht. Die inhaltlichen Angebote sollten breit gestreut sein und pflegerische Aspekte ebenso beinhalten, wie ausschließlich auf die soziale Interaktion oder die sinnvolle Beschäftigung ausgerichtete Maßnahmen. Dabei sollten die Bedürfnisse der Tagesgäste zur Zeitgestaltung im Mittelpunkt stehen.

Zur Detektion der förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Inanspruchnahme dieser niederschwelligen und pflegenden Angehörigen stark entlastenden Betreuungsform wird die Durchführung einer Kundenanalyse sowie Reflexion des aktuell gültigen Qualitätsstandards für die Tagesbetreuung für ältere Menschen⁶⁴ hinsichtlich Öffnungszeiten, Ausstattung, Leistungsangebot, Tagesstrukturierung, Personalausstattung und Mindestgröße empfohlen. Die Ergebnisse sollen in den schrittweisen Ausbau des teilstationären Angebotes miteinfließen. Zudem wird ein kontinuierliches Monitoring der Bedarfsentwicklung empfohlen.

⁶⁴ Qualitätsstandard „Tagesbetreuung für ältere Menschen“ https://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11645217_72563312/25dd7c0e/Qualit%C3%A4tsstandard_Feb2023.pdf, (abgerufen am 26.06.2023)

6.7 Alternative Wohnformen

Der Wunsch nach Autonomie, individueller Lebensweise und sozialer Teilhabe sowie nach Versorgungssicherheit wird zukünftig die Wahl der Wohnform im Alter beeinflussen (Jacobs et al. 2021). Wohnformen mit ambulanter Betreuung und Pflege gelten als Versorgungskonzepte, die den Anspruch auf Selbstbestimmtheit, Privatheit und Individualität von älteren Menschen mit Pflegebedürftigkeit entsprechen.⁶⁵ Alternative Wohnformen in Kombination mit mobilen Pflege- und Betreuungsangeboten kompensieren in erster Linie die fehlende Zugänglichkeit bzw. Barrierefreiheit in den gewohnten eigenen vier Wänden. Die Wohnpräferenzen sind im Alter sehr divers. Einfluss auf die Wohnvorstellungen nehmen dabei sozio-ökonomische Aspekte wie auch unterschiedliche Lebensstile, Erfahrungen im bisherigen Leben und gesellschaftliche und individuelle Werte. Wohnen ist somit sehr individuell und je nach Generation auch von Wandel geprägt. Ebenso nimmt der jeweilige Gesundheitszustand Einfluss auf die Wohnbedürfnisse sowie die Wohnumwelt, die sich in der Erreichbarkeit von Verkehrsanbindungen, Einkaufsmöglichkeiten oder Gesundheitseinrichtungen widerspiegelt (Kolland et al. 2018). Grundsätzlich haben die Menschen das Bedürfnis möglichst lange in den eigenen Wohnräumlichkeiten zu leben. Neben den gesundheitlichen Voraussetzungen spielt auch eine barrierefreie Wohnumgebung eine entscheidende Rolle.

Der Versorgungsgrad im Bereich alternativer Wohnformen sollte sich bis zum Jahr 2030 verdreifachen und folglich von heute 1,1 % bezogen auf alle Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld auf zumindest 3,1 % im Jahr 2030 ansteigen. Insgesamt sollten bis 2030 rund 2.637 Plätze in alternativen Wohnformen steiermarkweit vorgehalten werden. Dabei ist wiederum auf eine regionale Ausgewogenheit zu achten und darauf, ein differenziertes Wohnangebot zu schaffen. Diese Differenzierung kann durchaus unterschiedliche Organisationsformen des Zusammenlebens beinhalten, um individuelle Interessen und Vorstellungen abdecken zu können. Neben dem bewährten betreuten Wohnen können dies auch Mehrgenerationenwohnungen, Alters-Wohngemeinschaften oder Wohndörfer sein.

⁶⁵ Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften (2021): Bundesweites Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaften, https://www.alzheimer-brandenburg.de/Journal_2021.pdf, S.17 (abgerufen am 11.04.2023)

7 Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen in Pflegeheimen

Ausgehend vom steirischen Gesundheitsziel, „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in der Steiermark sicherzustellen“⁶⁶, gilt es, strukturelle und individuelle Benachteiligungen zwischen den Menschen mit unterschiedlichem Pflegebedarf auszugleichen. Zur Erreichung dieses Zieles bedarf es personenzentrierter und bedarfsorientierter Versorgungsangebote nach dem Recoveryansatz⁶⁷, die für Betroffene Inklusion in der Gemeinschaft und ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen. (DGPPN 2019) Der Förder- und Pflegebedarf psychisch und/oder physisch erkrankter Menschen lässt sich nicht allein von medizinischen Diagnosen ableiten, sondern bedarf immer einer Einschätzung des individuellen Bedarfs durch eine Gutachterin oder einen Gutachter. In den Kriterien der Einstufung zum Bundespflegegeld spiegelt sich die Ermittlung des Hilfs- und Pflegebedarfs. Durch die mit 01.01.2023 in Kraft getretene Änderung in der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz (EinstV)⁶⁸ wurde der möglichen Ungleichbehandlungen von Menschen mit schweren psychischen Behinderungen gegenüber jenen mit physischen Behinderungen gegengesteuert.

Aufgrund der bestehenden Kritiken an der derzeitigen Lösung sowie aufgrund der unter 3.7 dargelegten Überlegungen, wird nachstehend die Empfehlung ausgesprochen, das bestehende System zu reformieren und ein neuer Lösungsweg für diese Thematik vorgeschlagen.

7.1 Reformvorschlag

Im Rahmen dieses Berichts wird die Empfehlung ausgesprochen, Schritte zu setzen, damit zukünftig jegliche Neuaufnahme von Menschen mit psychischen Behinderungen, die jünger als 60 Jahre alt sind und wenig Pflegebedarf (eine geringere Pflegestufe als 4) aufweisen, in Pflegeheimen nach Möglichkeit vermieden werden kann. Menschen mit schweren bzw. chronischen psychischen Erkrankungen benötigen gezielte Interventionen von fachlich qualifiziertem Personal sowie eine strukturelle Ausrichtung des Betreuungsangebotes an eine möglichst normalisierte Lebensform (Normalisierungsprinzip), um die soziale Rehabilitation und Reintegration zu fördern, wie sie im Rahmen der psychosozialen Versorgung angeboten wird. Eine exakte Quantifizierung eines entsprechenden Versorgungsangebotes obliegt der Zuständigkeit des Sozialressorts.

Das langfristige Ziel ist das Auslaufenlassen des Psychiatriezuschlags. Zur Wahrung der individuellen Versorgungskontinuität soll dies jedoch behutsam erfolgen. Dazu wird auch eine weitere Intensivierung der Zusammenarbeit von Gesundheitsressort und Sozialressort hilfreich sein.

⁶⁶ Steirische Gesundheitsziele. <https://gesundheitsfonds-steiermark.at/gesundheitsziele-steiermark/>, (abgerufen am 20.12.2022)

⁶⁷ Recoveryansatz bedeutet, dass Betroffene die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung überwinden und zurück zu einem erfüllten, sinnhaften und selbstbestimmten Leben finden und einen positiven Beitrag in der Gesellschaft leisten können

⁶⁸ § 1 Abs 6 EinstV., Bei der Festsetzung des Pflegebedarfs gemäß Abs. 1 bis 4 ist für Personen mit einer schweren geistigen oder einer schweren psychischen Behinderung, insbesondere einer demenziellen Erkrankung, ab dem vollendeten 15. Lebensjahr (§ 4 Abs. 5 und 6 des Bundespflegegeldgesetzes) zusätzlich ein auf einen Monat bezogener fixer Zeitwert als Erschwerniszuschlag von 45 Stunden zu berücksichtigen, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009142>, (abgerufen am 24.03.2023)

Im Sinne des individuellen Recovery-Prozesses wird für Menschen, die derzeit in Pflegeheimen leben und einen Psychiatriezuschlag erhalten, eine regelmäßige Evaluierung (6 bis 12 Monate) des Wohn-, Pflege- und Betreuungsbedarfs empfohlen⁶⁹, um bei Verbesserung der Pflegesituation frühzeitig den Übergang in eigenständigere Lebensformen und die damit verbundene Deinstitutionalisierung einzuleiten. Dazu bedarf es der Sicherstellung adäquater Wohn-, Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten und die Möglichkeit der Kombination der Leistungen nach dem SHG und BHG, um Versorgungslücken zu vermeiden. Die Evaluierung hinsichtlich des jeweiligen Wohn-, Pflege- und Betreuungsbedarfs soll über Gutachten von einem unabhängigen, interdisziplinären Team von Gutachterinnen und Gutachtern (z.B. dem IHB-Team) oder zumindest durch unterschiedliche Gutachterinnen und Gutachter sichergestellt werden. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die Ausführungen unter 3.7.3 und den Aufbau zusätzlicher 150 Betreuungsplätze für die Behindertenbetreuung verwiesen.

Für Menschen mit psychosozialen Bedarfen wie z.B. Schizophrenie, bei denen der körperliche Pflegebedarf überwiegt, sollen die bedarfsgerechte Versorgung und die frei gewählte Aufnahme in Pflegeheimen wie für alle anderen körperlich pflegebedürftigen Menschen weiterhin möglich sein. Der Grundsatz des Wahlrechts und der Selbstbestimmung der Betroffenen, wie er in der Anlage 1 zur SHG-Leistungs- und Entgeltverordnung 2017 (LEVO-BHG) beschrieben ist⁷⁰, ist dabei jedenfalls zu berücksichtigen. Die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung pflegebedingten Mehraufwendungen werden bei der Pflegegeldeinstufung seit der Reform 2023 berücksichtigt. Daher bedarf es bei der Entgeltabrechnung von Pflegeheimleistungen in Zukunft keines Ersatzes des Pflegezuschlags durch den Psychiatriezuschlag.

Da bei allen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern psychiatrische Erkrankungen auftreten können, ist es zudem empfehlenswert, die aktuell gültige Mindestpersonalausstattung⁷¹ und die Qualitätskriterien, insbesondere vor dem Hintergrund der Kriterien der Pflegegeldeinstufung für Menschen mit psychischen Erkrankungen, zu reflektieren. Jedenfalls sinnvoll ist, dass in allen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind, die im Umgang mit psychiatrisch erkrankten Personen qualifiziert sind.^{72,73}

7.2 Psychiatrische Familienpflege

Bei der psychiatrischen Familienpflege handelt es sich um eine dauerhafte Wohnversorgung für chronisch psychisch erkrankte Personen und/oder Menschen mit psychischer Behinderung. Die Klientinnen und Klienten sollen am täglichen Leben im Familienverband, in den sie eingegliedert werden, teilhaben. Ein weiteres definiertes Ziel ist auch die Zurückfindung zu einer relativ selbständigen Lebensführung. Zur

⁶⁹ Grundsätzlich wäre eine regelmäßige Evaluierung im Sinne eines Recovery-Prozesses für alle Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sinnvoll, der Aufwand dafür ist aber als nicht machbar einzustufen.

⁷⁰ LEVO-SHG 2017, Fassung vom 18.06.2020; Anlage 1 -Leistungsbeschreibungen

⁷¹ Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 23. November 2017 über die Personalausstattung in Pflegeheimen (Personalausstattungsverordnung 2017 – PAVO)

⁷² <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/3B67B333C3633092AA5E-CECCBC704330/S0007125000279683a.pdf/div-class-title-prevalence-of-mental-disorders-in-elderly-people-the-european-mentdis-icf65-study-div.pdf>, (abgerufen am 20.12.2022)

⁷³ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>, (abgerufen am 20.12.2022)

Zielgruppe zählen Menschen, die eine akute psychische Erkrankung überwunden haben und Unterstützung bei der Orientierung im Alltag sowie bei der Findung von Lebenszielen benötigen und für welche eine stationäre Pflegeeinrichtung ein Überangebot darstellt, da sie im Wesentlichen einer adäquaten Wohnversorgung bedürfen. Die rechtliche Grundlage für diese Betreuungsform bildet der § 17 ff im StPHG.⁷⁴ Die psychiatrische Familienpflege ist am LKH Graz II, Standort Süd, organisatorisch angebunden. Grundsätzlich kann die psychiatrische Familienpflege (PFP) als gemeindenahe Betreuungsform von Menschen mit psychischen Erkrankungen betrachtet werden. Welche Kapazitäten erforderlich wären, um dieses Angebot flächendeckend bereitzustellen, lässt sich objektiv nicht abschließend beurteilen, da dieses Angebot regional unterschiedlich vorhanden ist und eher als „historisch gewachsen“, denn einer Planungslogik folgend aufgebaut wurde. Die Abhängigkeit dieses Angebots von freiwillig tätig werden den Laien schließt eine systematische Bedarfsplanung grundsätzlich aus.

Zukünftig ist jedenfalls ein Ausbau im Bereich der sozialpsychiatrischen Wohnangebote in der Steiermark empfehlenswert, um alternative Möglichkeiten und eine Wahl für betroffene Personen und ihre Familien zu ermöglichen. Der erforderliche Ausbau von adäquaten Wohnbetreuungsplätzen ist als Teil des gesamten Settings an psychosozialen Betreuungsangeboten zu sehen. Insofern wird empfohlen, diese Entwicklung eng mit dem Sozialressort abzustimmen oder gänzlich in dessen Verantwortung zu transferieren.

⁷⁴ Steiermärkisches Pflegeheimgesetz <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000292>, (abgerufen am 26.06.2023)

8 Versorgung von Menschen mit Demenz

8.1 Epidemiologischer Hintergrund

In Bezug auf die Entwicklung der Anzahl der Menschen mit Demenz liegt Österreich im breiten europäischen Trend, das heißt, die Anzahl der Menschen mit Demenz wird sich voraussichtlich von 2018 bis 2050 verdoppeln. Ein Schlüsselfaktor für diese Veränderung ist der signifikante Anstieg der Anzahl der über 65-Jährigen, insbesondere der Altersgruppe der über 85-Jährigen, die sich zwischen 2018 und 2050 mehr als verdoppeln soll. Die Altersgruppe der über 85-Jährigen ist deshalb so relevant, da die Demenzprävalenz stark altersabhängig ist und im hohen Alter sprunghaft ansteigt. Bis zum Jahr 2050 werden folglich in Österreich 290.499 Menschen mit Demenz erwartet. (Alzheimer Europe 2019) Umgelegt auf die Steiermark bedeutet das, dass im Jahr 2050 rund 40.600 Personen mit Demenz hier leben werden. (Alzheimer Europe 2019) Zu einem vergleichbaren Ergebnis führen die Prognoseberechnungen von Wancata et al. (2011), die auf Studien und Hochrechnungen basieren. Sie prognostizieren für Österreich im Jahr 2030 174.600 Menschen mit einer Demenz und bis zum Jahr 2050 262.000.⁷⁵ (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014). Umgelegt auf die Steiermark bedeutet das, dass im Jahr 2030 rund 24.000 Personen mit Demenz hier leben werden und dass es bis zum Jahr 2050 dieser Studie zufolge immerhin auch 36.000 an Demenz Erkrankte in diesem Bundesland geben würde.

Frauen zeigen in denselben Altersgruppen wie Männer häufiger ein Demenzsyndrom. (Alzheimer Europe 2019) (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde und Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2016)

8.2 Qualitative Aspekte der Versorgung

Menschen mit Demenz brauchen, gleich wie alle anderen betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen, ein ganzheitliches und sektorenübergreifendes Versorgungs- und Pflegesystem, welches ihre individuellen Bedürfnisse und krankheitsbedingten Bedarfe berücksichtigt. Sie benötigen eine Umgebung, die ihnen Sicherheit und Orientierung bietet, sowie Selbstbestimmtheit und Lebensqualität ermöglicht. Die Basis dafür ist eine *demenzsensible und demenzinklusive Gesellschaft*. Vielfältige Maßnahmen wie z. B. der Welt-Alzheimerstag sollen zur Enttabuisierung von Erkrankungen mit neuro- oder vaskulärkognitiven Beeinträchtigungen beitragen, sowie für Menschen mit Demenz und ihre Bedarfe sensibilisieren. (Land Steiermark - Abteilung 8 - Wissenschaft und Gesundheit 2016; Gesundheit Österreich GmbH 2015; Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie 2022; WHO 2021) Bewusstseinsbildung und Enttabuisierung von Demenz können auch die Hemmschwelle zum Aufsuchen und für die Inanspruchnahme von Behandlungs- und Unterstützungsangeboten zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung reduzieren. Dadurch können die Erkrankung früher behandelt und so ein längerer Verbleib im gewohnten Umfeld ermöglicht werden (Liu et al. 2017).⁷⁶

⁷⁵ Wancata, Johannes; Takacs, S; Fellingner, M (2011): Aktualisierte Prognosen Demenzerkrankter in Europa. Unveröffentlicht, Wien.

⁷⁶ Sepandj, A. (2020): Demenz – ein Überblick aus sozialpsychiatrischer Sicht, Spektrum Psychiatrie 3/2020;

Der Heterogenität von Menschen mit Demenz ist besondere Bedeutung beizumessen. Die Bandbreite an Bedarfen und Bedürfnissen ist groß. So gibt es Menschen mit Demenz, die in einem Alter von unter 50 Jahren erkranken und mit schnell fortschreitenden kognitiven Beeinträchtigungen konfrontiert sind, (Curnow et al. 2021) bei anderen wiederum treten demenzielle Symptome erst in hohem Lebensalter auf schreiten nur langsam voran. Für den einen Menschen mit Demenz kann eine flexible stundenweise Betreuung passend sein, für den anderen die tageweise Beschäftigung und Betreuung auf einem Bauernhof (Green Care-Angebot⁷⁷) (Gräske et al. 2020), für den dritten ein Leben in einer Wohngemeinschaft und für den vierten ein Leben in einer stationären Pflegeeinrichtung. Daher sind keine einheitliche und standardisierte Vorgehensweise und keine einheitliche strukturelle Ausprägung in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz möglich. *Es bedarf eines vielfältigen Maßnahmenangebotes (inklusive und demenzspezifisch) aus dem je nach Bedarf und Bedürfnis individuell gewählt und kombiniert werden kann.* (Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie 2022; Curnow et al. 2021; Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH 2021)

Es ist empfehlenswert, Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen bei der Wahl der für ihre Familiensysteme passenden Pflege- und Betreuungsangebote zu unterstützen, indem auslösende und hemmende Faktoren für herausforderndes Verhalten detektiert werden und darauf aufbauend ein individuelles und passgenaues Versorgungsangebot zusammengestellt wird. Das Anfang 2023 gegründete „Netzwerk Demenz Steiermark“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern und Nahtstellen im Gesundheitssystem zu fördern. Dies soll durch das Verbinden der Bedürfnisse (needs) und Perspektiven von Familien mit dem mobilen und stationären Bereich erreicht werden. Zur besseren Transparenz und Übersichtlichkeit werden Angebote für Menschen mit Demenz auf einer Steiermarklandkarte auf der Homepage des „Netzwerkes Demenz Steiermark“ im Laufe des Jahres 2023 eingetragen.⁷⁸ Bei der Auswahl der passenden Versorgungsangebote sind die Kommunikation und das Miteinbeziehen der Menschen mit Demenz sowie ihrer Angehörigen von zentraler Bedeutung. (Gesundheit Österreich GmbH 2015; Land Steiermark - Abteilung 8 - Wissenschaft und Gesundheit 2016; Curnow et al. 2021; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2019). Ein konkreter Ansatz in diesem Zusammenhang ist das *Dementia Care Management* (DCM). Ähnlich den Disease-Management-Programmen für chronisch kranke Menschen ermöglicht DCM einen frühen Zugang zu regionalen Angeboten des Gesundheits- und Versorgungssystems und begleitet Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im Krankheitsverlauf. Dazu gehört eine frühzeitige und strukturierte Beratung und Begleitung durch speziell qualifiziertes Personal – Dementia Care Managerinnen und Dementia Care Manager – in der häuslichen Versorgung. (Eichler et al. 2014; IQWiG 2021) In der Steiermark ist dieser Versorgungsansatz in der Arbeit der mobilen interdisziplinären, multiprofessionellen geronto-psychiatrischen Teams zu finden (Klug und Jagsch 2017).

Bei der Gestaltung der Betreuungs- und Pflegeangebote gilt es, einige Handlungsprinzipien zu berücksichtigen, um die Selbstfürsorge- und Selbstpflegekompetenzen bestmöglich zu fördern und zu erhalten. Dazu zählt, so viel Normalität wie möglich zu schaffen, die Alltagsaktivitäten an den vorhandenen Kompetenzen zu orientieren, deeskalierend zu wirken und die Identität der Betroffenen durch Andocken an die individuellen Lebensthemen zu stabilisieren. Den Angehörigen gilt es mit Beratung, Information und Schulung und Entlastungsangeboten zur Seite zu stehen. (Institut für europäische Gesundheits- und

⁷⁷ Angebote am Hof. <https://www.greencare-oe.at/angebote-am-hof+2500+2444023>, (abgerufen am 24.03.2023)

⁷⁸ Netzwerk Demenz Steiermark: Steirischer Wegweiser. <https://www.demenz-steiermark.at/Was-hilft/Steirischer-Wegweiser/>, (abgerufen am 19.04.2023)

Sozialwirtschaft GmbH 2021) Durch unterschiedliche und gut miteinander vernetzte auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse eines jeden einzelnen Menschen mit Demenz abgestimmte Angebote kann dem Wunsch, möglichst lange im gewohnten Umfeld zu verbleiben, nachgekommen werden und die Teilhabe an dem und Inklusion von Menschen mit Demenz in das gesellschaftliche Leben unterstützt werden. Werden Übergänge zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen nötig, gilt es diese bestmöglich zu begleiten. So kann z. B. der Umzug von zuhause in ein Pflegeheim durch ein mobiles interdisziplinäres, multiprofessionelles geronto-psychiatrisches Team (Klug und Jagsch 2017) unterstützt werden oder die stationäre Aufnahme in eine Krankenanstalt durch eine auf die Bedarfe von Menschen mit Demenz spezialisierte Person⁷⁹. Gelingen diese Übergänge so atraumatisch wie möglich, kann eine stabile integrierte Versorgung mit wenig herausfordernden Situationen und zum Wohle der Menschen mit Demenz erreicht werden. (Land Steiermark - Abteilung 8 - Wissenschaft und Gesundheit 2016; Gesundheit Österreich GmbH 2015)

8.3 Empfehlungen für die Steiermark

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es auf Basis einer demenzinklusive Gesellschaft generell gilt, präventive Strategien zu fördern, die den Aufbau und die Erhaltung von körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Ressourcen unterstützen, um das Auftreten von Demenzsymptomen zu verzögern und wenn möglich zu vermeiden. Sozial-partizipative (z.B. Begegnungsorte), kulturell-partizipative (Bildung, kognitives Training) sowie sport- und bewegungsbezogene Angebote, die auf die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen sozialen Schichten und Milieus abgestimmt sind, sind mögliche präventive Ansätze.

In diesem Sinne bedarf es einer Qualifizierung aller Professionistinnen und Professionisten, die mit älteren (pflegebedürftigen) Menschen arbeiten, im Erkennen von und im Umgang mit Demenz. So kann eine frühzeitige Detektion von Menschen mit Demenzsymptomen beispielsweise im Rahmen von präventiven Hausbesuchen erfolgen und begleitende Maßnahmen, wie z.B. die Diagnostik von Demenz und die Begleitung durch mobile geronto-psychiatrische Teams, im Sinne eines Dementia Care Management eingeleitet werden oder aber auch (Online-)Schulungen für Angehörige angeboten werden.

In Bezug auf alle Versorgungsangebote für alle pflegebedürftigen Menschen – im Speziellen Tageszentren und Einrichtungen der stationären Langzeitpflege – ist auf den demenzinklusive Charakter der Angebote zu achten. Um pflegebedürftige Menschen mit ausgeprägten Demenzsymptomen bedarfsgerecht und inklusiv versorgen zu können, werden kleinteilige Strukturen mit etwa acht Klientinnen und Klienten, angelehnt an das Wohngemeinschaftsmodell, empfohlen. Bei besonders ausgeprägten Demenzsymptomatiken muss die Gruppengröße an die individuellen Bedarfe der Menschen mit Demenz angepasst werden. Von den Einrichtungen sind die dafür notwendigen organisatorischen und infrastrukturellen Vorkehrungen zu treffen. Landesweit ist auf ein flächendeckendes Angebot und eine regionale Ausgewogenheit dieser kleinteiligen Strukturen für Menschen mit ausgeprägten Demenzsymptomen zu achten.

All diese Empfehlungen sind mit der Demenzkoordination des Gesundheitsfonds Steiermark abzustimmen.

⁷⁹ KAGES: Demenz und Delir, Angehörigeninformation. <https://www.kages.at/demenz-und-delir>, (abgerufen am 03.03.2023)

9 Weitere Handlungsempfehlungen

Die Planzahlen folgen dem konsequent eingeschlagenen Weg in der pflegerischen Versorgung hin zu niederschwelligen, aufsuchenden Angeboten, die wohnortnahe zur Verfügung stehen und die Erfüllung individueller Bedürfnisse und Bedarfe in den Vordergrund stellen. Dies entspricht den Planungsgrundsätzen und folgt damit auch dem internationalen Trend (European Union 2021). Ziel ist ein flächendeckender und bestmöglich aufeinander abgestimmter Aufbau eines abgestuften, niederschwelligen und wohnortnahen Versorgungsangebotes mit einer guten Vernetzung zu ergänzenden sozialen und medizinischen Angeboten. Diese regionale integrierte Versorgung soll von der Gesundheitsförderung und Prävention bis zu den Bereichen Palliative Care und Hospiz reichen und unter Berücksichtigung regionaler Spezifika mögliche regionale Versorgungslücken schließen sowie eine Fehlversorgung vermeiden. Die folgenden Unterkapitel geben einen Abriss über den aktuellen Stand der Wissenschaft zu diesem Thema und sie fassen die für die pflegerische Versorgung der steirischen Bevölkerung relevanten Ergebnisse kurz zusammen.

Alle Empfehlungen haben die inklusive pflegerische Versorgung zum übergeordneten Ziel, durch die alle Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit jederzeit gleichberechtigt und gleichwertig behandelt werden. Der Ausbau von inklusiven Pflegeangeboten steht im Vordergrund und der Aufbau von segregativen⁸⁰ Parallelstrukturen für Menschen mit spezifischen Bedarfen wie z. B. für Menschen mit Demenz soll vermieden werden, sofern sie nicht aus pflegerischer, medizinischer und/oder sozialer Sicht unbedingt benötigt werden. Spezialisierte Einrichtungen für Menschen mit spezifischen Bedarfen sind nur bei Notwendigkeit besonderer Behandlungsmethoden und -settings, Fachkenntnissen, Handlungskompetenzen wegen der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankungen gerechtfertigt.

9.1 Prävention und die Förderung von Gesundheit und gesellschaftlicher Teilhabe

„Das Gesundheits- und Pflegewesen zukunftsfähig und gesundheitsförderlich gestalten“ ist eines der steirischen Gesundheitsziele. Dies gilt für jene Menschen die im Gesundheits- und Pflegewesen arbeiten, wie auch für die Empfängerinnen und Empfänger von Gesundheits- und Pflegeleistungen.

Manche europäischen Länder (z.B. Dänemark, Luxemburg, Frankreich oder Großbritannien) forcieren Prävention und Rehabilitation, mit dem Fokus auf funktionale, psychische, medizinische und soziale Ressourcen und Herausforderungen sowie dem Entgegenwirken der sozialen Isolation. Als Beispiel kann der „präventive Hausbesuch“ genannt werden. Er unterstützt die Selbstbestimmtheit, das Gefühl vorbereitet zu sein, sowie die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen (Nivestam et al. 2020). Diese Länder haben erkannt, dass Krankheitsprävention, z.B. in Bezug auf Demenz, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit bei der älteren Bevölkerung hinauszögern kann (European Union 2021). Menschen die körperlich und geistig aktiv bleiben, haben eine bessere Chance, Gebrechlichkeit hintanzuhalten, bestenfalls sogar zu vermeiden und sind in der Lage beginnende funktionelle Einschränkungen zu bewältigen (ÖPIA 2022).

Bestimmte Krankheiten, z.B. Diabetes mellitus, ein Insult, Arthritis, COPD, Herz-Kreislaufkrankungen oder Demenz treten sehr häufig im Alter auf. Einige Risikofaktoren dieser Erkrankungen gelten als

⁸⁰ In segregativen Angeboten werden pflegebedürftige Menschen bedarfs- und bedürfnisorientiert sowie räumliche von anderen Menschen getrennt gepflegt und betreut.

potenziell beeinflussbar. Gleichzeitig ist Prävention eine gute Investition zur Verlängerung der gesunden Lebensjahre (European Union 2021). Präventionsmaßnahmen sind daher vielversprechend (BMASGK 2019). Präventionsprogramme sollten dabei bestenfalls in jungen Jahren beginnen und einen Fokus auf die am stärksten gefährdeten Personen haben.

In Österreich gibt es dahingehend mehrere Initiativen. Beispielhaft sind hier Initiativen aus der Steiermark und Niederösterreich genannt. Styria Vitalis⁸¹ oder auch der Verein „akzente“ beschäftigen sich mit Gesundheitsförderung. So wird z.B. aufbauend auf einem „Gesundheitsprofil“ der Bevölkerung erarbeitet, was die (älteren) Menschen in der Region in Bezug auf Gesundheit brauchen. Zudem gibt es Vorträge zum Thema „Gesund und selbstbestimmt älter werden“. Die „Tut gut!“⁸² Gesundheitsvorsorge GmbH in Niederösterreich agiert als Drehscheibe für Gesundheitsförderung und Prävention. Durch diverse Programme und Projekte in den Gemeinden, Kindergärten, Schulen und Betrieben wird Gesundheitsinformation zielgruppengerecht aufbereitet und transportiert. Ziel ist das Bewusstsein für den Wert der Gesundheit zu stärken damit sie letztlich mehr gesunde Lebensjahre verbringen können. Aktueller Schwerpunkt ist die mentale Gesundheit – dazu gibt es ein Seniorenmagazin, Videos und vieles mehr.

Zusammenfassend ist daher das flächendeckende freiwillige Angebot des „präventiven Hausbesuchs“ ab etwa 75 Jahren sowie ein vielfältiges Angebot zur Gesundheitsförderung und Primärprävention zu empfehlen. Dieses Angebot könnte von der Pflegedrehscheibe auf Gemeindeebene bzw. in den Gemeindesprechstunden oder den derzeit im Pilotprojekt aktiven Community Nurses erfolgen. Dafür sollten jedenfalls keine zusätzlichen, neuen Strukturen geschaffen werden.

9.2 Maßnahmen zur Selbsthilfe

Selbsthilfe ist ein wichtiger Teil der Laienversorgung⁸³ und ergänzt professionelle Angebote. Konzepte der Selbsthilfe sind z. B. das Selbstmanagement, Peer-Arbeit, mediengestützte Edukation und Selbsthilfegruppen. Gemeinschaftliche Selbsthilfe kann in ganz verschiedenen Formen erfolgen, wie z. B. in Gesprächsgruppen vor Ort, in bundesweit tätigen Vereinigungen, in Freizeitgruppe, Initiative auf Zeit oder Internetforen. Selbsthilfegruppen sind der freiwillige Zusammenschluss von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten sowie von psychischen und sozialen Problemen richten, von denen sie selbst oder als Angehörige betroffen sind. Ziel ist es dabei, ihre persönlichen Lebensumstände zu verändern und häufig auch in das sozial- und gesundheitspolitische Umfeld hineinzuwirken.⁸⁴ (Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe 2021) Pflegende Angehörige und chronisch kranke Menschen sind zwei Personengruppen, die durch Selbsthilfeinitiativen

⁸¹ Styria Vitalis <https://styriavitalis.at/>, abgerufen am 27.03.2023

⁸² <https://www.noetutgut.at/tut-gut/leitbild/>, abgerufen am 27.07.2022

⁸³ ÖSG 2017, gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 1. Oktober 2021 beschlossenen Anpassungen, S. 28 (https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_2017_-_Textband%2C_Stand_01.10.2021.pdf), (abgerufen am 22.02.2023)

⁸⁴ Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen: Formen von Selbsthilfegruppen. <https://selbsthilfe-unterstuetzen.de/hintergrundwissen/formen-von-selbsthilfegruppen/>, (abgerufen am 28.03.2023)

Stärkung erfahren können. Gemeinschaftliche Selbsthilfe hat in Österreich in den vergangenen drei Jahrzehnten einen starken Aufschwung erfahren.⁸⁵ In ganz Österreich sind Selbsthilfegruppen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu finden. In diesen Selbsthilfegruppen erfolgt Informations- und Erfahrungsaustausch über Demenz sowie zu finanziellen und rechtlichen Unterstützungsmöglichkeiten. Im Jahr 2021 wurde für die Demenz-Selbsthilfegruppen ein Dachverband namens „Demenz Selbsthilfe Austria“ gegründet.⁸⁶ In der Steiermark hat sich die Interessenvertretung von Angehörigen von Menschen mit Demenz „Salz Steirische Alzheimerhilfe“ zum Ziel gesetzt, Gesprächsrunden in der ganzen Steiermark anzubieten, als eine starke Gemeinschaft auf die Bedürfnisse von Angehörigen von Alzheimerpatient*innen aufmerksam zu machen und positive Veränderungen zu bewirken.⁸⁷ Selbsthilfe für Menschen mit Demenz wie „Leben mit Vergessen“ in Tirol⁸⁸ gibt es in der Steiermark derzeit noch nicht.

Für die große Gruppe der pflegebedürftigen Personen gibt es in Österreich und der Steiermark keine spezifische Selbsthilfe. Jedoch können Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen österreichweit unter www.selbsthilfe.at über eine Suchmaschine und steiermarkweit über die Homepage von „Selbsthilfe Steiermark“⁸⁹ die für sie und ihre spezifische Erkrankung passende Selbsthilfe-Organisation finden.⁹⁰

Beim Weiterentwickeln von Pflege- und Betreuungsangeboten ist es empfehlenswert Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe im Sinne des Care Managements miteinzubinden. Beispielsweise könnten bei der Reflexion von tagesstrukturierenden oder aufsuchenden Angeboten für Menschen mit Demenz Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe eingeladen werden.

9.3 Entlastung pflegender Angehöriger

In Österreich werden rund 80 % der pflegebedürftigen Menschen zu Hause in unterschiedlichen Pflegesettings gepflegt. Ein überwiegender Teil der pflegebedürftigen Menschen wird durch Angehörige betreut (BMSGPK 2021), manchmal ist diese Variante der Pflege jedoch aufgrund von Zugangsmöglichkeiten, fehlenden Angeboten, zu hohen Kosten oder des Mangels an Information über Alternativen die einzige Option. (UNECE 2019)

Die informelle Pflege ist ein wesentlicher Bestandteil der Langzeitpflege, ihre Verfügbarkeit wird künftig jedoch abnehmen. Gründe dafür sind die Veränderung der intergenerationalen Unterstützungsrate (Famira-Mühlberger und Firgo 2019), der längere Verbleib im Berufsleben, der Wandel der Familienstrukturen und eine erhöhte Mobilität (European Union 2021).

⁸⁵ Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe: Factsheet Gemeinschaftliche Selbsthilfe und Patientenbeteiligung in Österreich, https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/2018-06/Factsheet_Selbsthilfe%20Allgemein.pdf, (abgerufen am 28.03.2023)

⁸⁶ Demenz Selbsthilfe Austria, <https://www.demenzselbsthilfeaustria.at/dachverband/mitglieder/> (abgerufen am 28.03.2023)

⁸⁷ Salz Steirische Alzheimerhilfe, <https://www.steirische-alzheimerhilfe.at/>, (abgerufen am 28.03.2023)

⁸⁸ <https://www.demenzselbsthilfeaustria.at/selbsthilfegruppen/leben-mit-vergessen/> (abgerufen am 28.03.2023)

⁸⁹ Service- und Kontaktstelle Selbsthilfe Steiermark. <https://selbsthilfe-stmk.at/gruppenverzeichnis-a-z/>, (abgerufen am 28.03.2023)

⁹⁰ <https://www.selbsthilfe.at/selbsthilfe-organisationen>, (abgerufen am 28.03.2023)

Zudem hat die Übernahme informeller Betreuungsaufgaben kurz- und mittelfristige Auswirkungen auf die eigene Lebensqualität, kann zu einem erhöhten Stresslevel bei den betreuenden Personen führen und wirkt sich zumeist auf das gesamte Lebensumfeld, wie die Arbeit, auf Beziehungen oder die gesellschaftlichen Kontakte aus (Shah et al. 2010).

Die Aufrechterhaltung ihrer Kräfte und Motivation, die Betreuung und Pflege einer ihnen naheliegenden Person zu übernehmen, kann vielfältig unterstützt werden. Allen voran stehen hier niederschwellig, unter Umständen auch aufsuchend, zur Verfügung stehende *Informations- und Beratungsmöglichkeiten* über diverse Betreuungs- und Pflegeangebote, die zugänglich, leistbar, individuell anpassbar und hochwertig sind. In der Steiermark bieten die Pflegedrehscheiben diese Information und Beratung an. Darüber hinaus sind ausreichend Ressourcen mobiler Unterstützungs- und Betreuungsleistungen oder Tagesbetreuungsplätze, Kurzzeitpflegemöglichkeiten sowie *Schulungsmaßnahmen*, psychologische Unterstützungsmöglichkeiten und Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben bedeutend. Zudem leisten auch AAL Technologien Unterstützung. Krankenversicherungsschutz und Pensionsbeiträge spielen ebenso eine wichtige Rolle. (UNECE 2019)

Vielfach kommt es vor, dass pflegende Angehörige ihre Erwerbstätigkeit reduzieren, unter Umständen sogar aufgeben, um die Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen Personen zu Hause zu übernehmen. Um diese pflegenden Angehörigen finanziell und sozialversicherungsrechtlich abzusichern, könnten Modelle zur Ersatzanstellung entwickelt werden. Mittelfristig bestünde dadurch auch die Chance durch Ausbildungsmöglichkeiten der pflegenden Angehörigen zusätzliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den Pflegebereich zu akquirieren.⁹¹

Der Expertenworkshop (siehe auch 5.2) hat das Thema der *Nachtpflegeangebote* aufgeworfen. Bislang existiert dieses Angebot in der Steiermark noch nicht (im Rahmen der mobilen Pflege wird bis 22:00 gepflegt), es findet in Gesprächen mit pflegenden Angehörigen allerdings immer wieder Erwähnung. Nachtpflege ist ein Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger insbesondere dann, wenn betreute Personen in der Nacht Medikamente brauchen oder einen gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus haben. In Deutschland ist dieses Angebot bereits gesetzlich verankert.⁹²

Pflegende Angehörige werden oft unvorbereitet mit ihrer neuen Aufgabe und Rolle konfrontiert. Es fehlt ihnen an Wissen und Fertigkeiten. So fehlt ihnen Wissen, beispielsweise über ihre Ansprüche (z.B. Pflegefreistellung), über mögliche Unterstützungsleistungen (z.B. Verhinderungspflege), über praktische Hilfsmittel sowie Fertigkeiten, wie z.B. die Unterstützung oder Übernahme von Körperpflege. Bildungsprogramme können hier Abhilfe schaffen und positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeit nehmen. (Löffler et al. 2022) In Österreich gibt es hierzu bereits positive Beispiele – so die Pflegewerkstatt für pflegende Angehörige in Linz⁹³ oder das Albert-Schweitzer-Trainingszentrum in Graz⁹⁴. Hier kann pflegerisches Wissen und praktische Fertigkeiten erlernt und geübt werden. Es könnten als weiteres Angebot auch Informationsvideos für pflegende Angehörige angedacht werden.

Es ist daher empfehlenswert pflegenden Angehörigen bzw. potentiell zukünftig pflegenden Angehörigen zum einen kostenfreie, niederschwellige Informations- und Beratungsmöglichkeiten anzubieten

⁹¹ <https://www.soziale-dienste-burgenland.at/pflegeberatung/anstellungsmodell-betreuende-angehoerige/> (abgerufen am 30.03.2023)

⁹² Bundesministerium für Gesundheit (2017): Die Pflegestärkungsgesetze; Sozialgesetzbuch XI, §41

⁹³ <https://www.pflegewerkstatt.or.at/>, abgerufen am 08.08.2022

⁹⁴ <https://ggz.graz.at/de/Einrichtungen/Institut/Albert-Schweitzer-Trainingszentrum/Albert-Schweitzer-Trainingszentrum/Kursangebote>, abgerufen am 08.08.2022

und zum anderen kostenfreie Schulungsmaßnahmen auf regionaler Ebene. Die Beratungen sollten bestenfalls proaktiv auf Gemeindeebene erfolgen und könnten durch die Pflegedrehschreibe oder die derzeit im Pilotprojekt aktiven Community Nurses erfolgen. Dafür sollen jedenfalls keine neuen Strukturen geschaffen werden.

9.4 Sicherstellung der Kapazitäten für die Kurzzeitpflege

Das Angebot der Kurzzeitpflege trägt wesentlich zum Verbleib in den eigenen vier Wänden bei, wird derzeit jedoch noch nicht in großem Ausmaß in Anspruch genommen. Sie entlastet informelle Betreuungspersonen und dient zur Überbrückung von begrenzten Zeitperioden. Um zu vermeiden, dass die entsprechenden Kapazitäten, die in den SOLL-Darstellungen enthalten sind, zu Gunsten der stationären Langzeitpflege aufgesogen werden, werden in diesem BEP Überlegungen vorgestellt, wie Anreize gestaltet sein können, um sie wirklich zweckgemäß zu nutzen. Für die Betreiber gab es bislang keine Notwendigkeit die Kapazitäten für Kurzzeitpflege auch dafür frei zu halten und zur Verfügung zu stellen, wenn Bedarf für die Langzeitversorgung gegeben war. Bei hohem Nachfragedruck werden somit freistehende Bettenkapazitäten für die Langzeitpflege verwendet. Die Nachfrage nach Kurzzeitpflege ist zwar saisonal unterschiedlich, besteht jedoch kontinuierlich. Vor diesem Hintergrund ist es empfehlenswert, Maßnahmen zu setzen, die geeignet sind, Betten für die Kurzzeitpflege zu widmen. Nachstehend werden unterschiedliche Überlegungen vorgestellt, wie dies bewerkstelligt werden könnte. Letztlich ist es eine Entscheidung des Gesetzgebers, welche Variante er präferieren wird.

9.4.1 Variante 1 – Vorwegfinanzierung von Kurzzeitpflegebetten

Um zu starre Modelle zu vermeiden, empfiehlt es sich, dafür ein Anreizsystem zu schaffen. Dies kann beispielweise in Form eines eigenen Honorierungsmodells erfolgen, welches den Anreiz schafft, ein gewisses Kontingent in Pflegeheimen als Kurzzeitpflegebetten kontinuierlich und regional ausgewogen in den Bezirken vorzuhalten. Folgend werden mögliche Rahmenbedingungen für ein solches zukünftiges Honorierungsmodell beschrieben:

- Trägern von Pflegeheimen wird auf freiwilliger Basis angeboten, maximal 10 % bis 15 % ihrer Betten für Kurzzeitpflege zur Verfügung zu stellen; dies gilt solange, bis maximal 5 % aller Betten steiermarkweit dafür zur Verfügung stehen. Auf regionale Ausgewogenheit sollte nach Möglichkeit geachtet werden.
- Das Land Steiermark oder eine andere trägerübergreifende und neutrale Stelle übernimmt die Verwaltung dieser Betten und die Zuteilung zu Klientinnen und Klienten je nach regionalem Bedarf
- Die Träger erhalten im Ausmaß der vorgehaltenen und vom Land Steiermark anerkannten Kurzzeitpflegebetten unabhängig von deren Auslastung einen reduzierten Tagsatz, der zumindest die Personalkosten in der Höhe der Pflegegeldstufe 4 und einen Teil des Normkostenanteils für die Unterkunft pauschal ersetzt.
- Die Träger verpflichten sich im Gegenzug dazu, das Pflegepersonal für die Kurzzeitpflegebetten in der Pflegegeldstufe 4 jederzeit vorzuhalten, um im Bedarfsfall gerüstet zu sein, da der Bedarf an Kurzzeitpflege akut auftreten kann.

- Der Antrag auf Kurzzeit- oder Übergangspflege wird von den Klientinnen und Klienten bzw. Angehörigen an die unabhängige und trägerübergreifende Stelle gestellt. Diese führt die Zuteilung nach vorab definierten Kriterien in Absprache mit der jeweiligen Pflegedienstleitung durch.
- Für jeden tatsächlich erbrachten Pfl egetag unter dem Titel der Kurzzeitpflege erhalten die Träger die Differenz zum jeweiligen tatsächlichen Tagsatz nachträglich abgerechnet. Dies wird mit den Vorauszahlungen zwar gegengerechnet, einen allfälligen Überschuss dürfen die Träger jedoch behalten.

Eine genaue Austarierung der Geldmittel für Vorauszahlungen sind jedenfalls noch zu finden. Der Vorteil des Modells wäre es jedoch, dass, sind die Kurzzeitpflegebetten nicht vollumfänglich genutzt, das vorhandene Personal für die Pflege und Betreuung der Langzeitbewohnerinnen und -bewohner eingesetzt werden kann, wodurch es zu einer quantitativen und qualitativen Personalverdichtung kommt. Indirekt entspräche dies einer Erhöhung des Normkostentarifes, die unmittelbar personalwirksam wäre. Details zu diesem Modell müssten im Falle einer Realisierung noch ausgearbeitet und abgestimmt werden. Zu bedenken wäre bei diesem Modell jedenfalls, dass das Land dazu überginge, auch nicht genutzte Betten (zumindest teilweise) zu bezahlen. Gleichzeitig böte dieses Modell jedoch einen hohen Grad an Flexibilität.

9.4.2 Variante 2 – verpflichtende Freihaltung definierter Betten

Es könnte der Weg gewählt werden, regional ausgewogen, eine gewisse Zahl an Betten der Kurzzeitpflege zuzuteilen und standortgenau als solche auszuweisen und für andere Zwecke dezidiert zu sperren. Eine rechtliche Beurteilung dieses Vorgehens wäre jedenfalls vorweg notwendig. Es erscheint aber schwer nachvollziehbar, weswegen Träger Teile ihrer Betten freiwillig dafür zur Verfügung stellen sollten, außer es wird flankierend wiederum ein (wahrscheinlich finanzielles) Anreizsystem aufgebaut.

Auch in diesem Fall müsste überwacht werden, ob die Regelungen eingehalten werden, wobei die Betten auch formal in der Verfügungsgewalt der Träger verblieben, was die Überprüfung sicher erschwert. Zudem bleibt das Problem bestehen, dass in der Kurzfristigkeit, in der Kurzzeitpflege im Bedarfsfall bereitzustellen wäre, das nötige Personal wahrscheinlich nicht zur Verfügung gestellt werden könnte.

9.4.3 Variante 3 – höhere Tarife für Kurzzeitpfl egetage

Ein weiterer Ansatz könnte es sein, den Tagsatz für Kurzzeitpflege höher anzusetzen, als jenen für dauerhafte Pflege, wobei dies so gestaltet werden könnte, dass die ersten vier Aufenthaltswochen in einem Pflegeheim für alle mit höheren Tagsätzen bewertet würden, die ab der fünften Woche (nach Auslaufen der Frist für Kurzzeitpflege) auf den derzeit geltenden Satz zurückgeführt werden würden. So wie auch Variante 2 böte diese Variante keine zusätzliche Flexibilität in Bezug auf vorzuhaltendes Personal, würde aber auch nicht dazu führen, dass leerstehende Betten finanziert werden würden.

9.5 Hospizgrundversorgung

Aktuell erhält das Thema Sterben und Selbstbestimmung am Lebensende mit dem Sterbeverfügungsgesetz in der Öffentlichkeit zunehmend Aufmerksamkeit. Hospiz und Palliative Care sind somit ein wichtiger Bestandteil der Grundversorgung. Die Integration einer Hospizkultur und der Palliative Care in die Grundversorgung gilt es zu fördern. Die Mehrheit der Menschen möchte zu Hause sterben (Hedinger 2016; Gomes et al. 2012), tatsächlich jedoch sterben die Menschen zumeist in Institutionen. In der Steiermark starben im Jahr 2019 46 % der Erwachsenen im Krankenhaus und 21,1 % im Pflegewohnheim. 28,4 % starben zu Hause. Österreichweit starben im Jahr 2019 48,9 % im Krankenhaus, 20,1 % im Pflegewohnheim und 25,2 % zu Hause.⁹⁵

Hospiz- und Palliative Care setzen zu einem Zeitpunkt ein, an dem Heilung kein primäres Ziel mehr ist. Es ist vielmehr ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien durch Vorbeugen und das Lindern von Leiden. Die zentralen Maßnahmen dazu sind das frühzeitige Erkennen und Behandeln von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.⁹⁶ Das heißt aber, dass es neben der konsequenten Behandlung und dem Lindern von belastenden Beschwerden auch um die vorausschauende Planung – Advanced Care Planning des weiteren Vorgehens geht, vor allem auch um für eine Phase gewappnet zu sein, in der ein partizipatives Vorgehen nicht mehr möglich wäre. Ein gutes Beispiel dafür ist in der Steiermark der Vorsorgedialog®. Der Vorsorgedialog® (VSD) ist ein Kommunikationsinstrument zur Erfassung des aktuellen, voraus verfügt Patientinnenwillens/Patientenwillens. Den Bewohnerinnen und Bewohnern wird dadurch die Möglichkeit geboten, ihre Selbstbestimmtheit wahrzunehmen und entsprechende Handlungsanweisungen für einen späteren Zeitpunkt festzulegen. Der VSD fördert und unterstützt die Kommunikation zum Thema der letzten Lebensphase, zum Sterben und Tod und stellt eine wichtige Orientierung für die Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte und die Angehörigen dar.

Die Integration einer Hospizkultur und Palliative Care in der Grundversorgung schafft Bewusstsein, gibt Sicherheit, stärkt die Mitmenschlichkeit und die Lebensqualität sowie die Würde und Selbstbestimmung bis zuletzt. Hospiz- und Palliative Care soll zu Hause, beim Hausarzt/Hausärztin, in der stationären Langzeitpflege, im Akutspital sowie in Hospiz- und Palliativeinrichtungen stattfinden. Eine koordinierte, übergreifende, interprofessionelle Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten sowie von deren Angehörigen ist dabei essenziell, um Kontinuität in der Versorgung zu ermöglichen und Versorgungsbrüche oder -lücken zu vermeiden.⁹⁷ Im Bereich der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste gibt es derzeit ein Pilotprojekt. Mit HPC Mobil – Hospizkultur und Palliative care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause gibt es erste Ansätze für die Integration von Hospiz und Palliative Care in die mobile Pflege und Betreuung zu Hause. Ziel von HPC Mobil ist es, durch die Entwicklung der Organisation und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter daran mitzuwirken, den Wunsch der Klienten, zu Hause zu sterben, zu ermöglichen bei gleichzeitiger möglichst guter Lebensqualität bis zuletzt.

Mit Hospiz- und Palliative Care in Pflegeheimen (HPCPH) ⁹⁸wird der Hospizgedanke in der Einrichtung verankert, in dem die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter geschult und externe Partnerinnen/Partner, wie z.B.

⁹⁵ Koordination Palliativbetreuung Steiermark (2021) Sterbeorte in Österreich, Erwachsene

⁹⁶ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, abgerufen am 16.11.2022

⁹⁷ GÖG (2018): Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung

⁹⁸ <https://hospiz-stmk.at/projekte/hospiz-und-palliative-care-in-pflegeheimen-hpcph/>, abgerufen am 21.07.2022

Hausärztinnen/Hausärzte oder die Seelsorge eingebunden werden. Nach erfolgreichem Organisationsentwicklungsprozess wird auch ein Gütesiegel verliehen.

Es ist zu empfehlen, dass möglichst viele Einrichtungen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sowie der stationären Langzeitpflege diese Kultur und damit einhergehende adäquate Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben im Unternehmen verankern. Dies könnte durch finanzielle Förderung von Fort- und Weiterbildungen zu dieser Thematik erfolgen, sodass sichergestellt wird, dass in jeder Einrichtung Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Hospiz und Palliative Care vorhanden sind. Empfehlenswert ist zudem, dass insbesondere in der stationären Langzeitpflege frühzeitig Gespräche im Sinne des Vorsorgedialoges geführt werden.

10 Idealtypisches Modell einer integrierten, niederschweligen Versorgung

Die aktuell vorliegende Angebotsstruktur an medizinischen und pflegerischen Leistungen ist komplex, heterogen und fragmentiert. Die Vielfalt an Unterstützungsleistungen in organisatorischer, finanzieller und betreuungstechnischer Hinsicht ist gut ausgebaut und deckt einen breiten Bedarfsrahmen ab. Dennoch werden die Potenziale der Prävention und frühen – geringfügigen – Unterstützung bisher nur rudimentär genutzt. Die Bedürfnisse und Vorstellungen der älteren Personen werden dabei nur zum Teil wahrgenommen. Durch den Aufbau und Ausbau niederschwelliger Angebote, die unmittelbar im eigenen sozialen Umfeld der Menschen ansetzen, soll die Selbstbestimmtheit älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen gefördert werden.

Teil davon sind beispielsweise frühzeitige, gesundheitsfördernde und präventive Angebote (z.B. Themen zu Ernährung, Bewegung, Sturzprophylaxe), Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe, Empowerment sowie wohnortnahe, bestenfalls aufsuchende aber nicht überstülpende, pflegerische und sozialarbeiterische Angebote. Ein niederschwelliges, wohnortnahes Versorgungsangebot vereint im Idealfall mit Ausnahme der stationären Langzeitpflege möglichst alle Versorgungsangebote für ältere und/oder betreuungs- und/oder pflegebedürftige Menschen unter einem Dach und bietet somit auf die Bedürfnisse älterer Personen abgestufte Betreuungs- und Wohnmöglichkeiten, die ineinandergreifen und es den Menschen möglich machen, bei sich ändernden Bedarfen dennoch in derselben Versorgungsstruktur verbleiben zu können. Hier finden sich somit auch die gesamten Unterstützungsangebote für betreuende Angehörige. Sinnvoller Weise sind die einzelnen Angebote modular aufgebaut und somit auf die spezifischen Gegebenheiten einzelner Gemeinden gut abstimmbare. Gemeindespezifische Unterschiede, die letztlich die Lebensgestaltung der Menschen beeinflussen sind beispielsweise topografische Gegebenheiten, die Lage von Siedlungsräumen, Verkehrswege und Mobilitätsangebote, bestehende Infrastruktur usw.

Die im Folgenden beschriebenen einzelnen Komponenten eines idealtypisch aufeinander abgestimmten Modells sind dabei nicht neu, sie sollen jedoch in ihrer Interaktion und Funktionalität neu austariert werden. Ziel ist es, das selbstbestimmte Altern in der eigenen Wohnumgebung so lange als möglich zu unterstützen.

10.1 Sozial- und Pflegekoordination

Um das Ziel einer frühzeitigen präventiven Bedarfsbewertung zu erreichen und um die bedarfsgerechte und gleichzeitig geringstmögliche Unterstützung zu organisieren, sollte in Ergänzung zur Pflegedrehscheibe, die auf Regions- und Gemeindeebene auch Sprechstage anbietet, eine gemeindenahe Einrichtung etabliert werden. Kernelement dieser Funktion wäre die Verankerung der „Sozial- und Pflegekoordination“ innerhalb der Gemeinde bzw. Kleinregion (wo kleinere Gemeinden zusammengefasst werden) und in deren Verantwortung. Diese Funktion trägt dafür Sorge, dass auf freiwilliger Basis jede Bürgerin und jeder Bürger mit Unterstützungsbedarfen jenes Angebot erhält, das benötigt und gleichzeitig auch gewünscht wird. Dabei wird darauf geachtet, dass dieses Angebot den tatsächlichen Bedarf nicht überschreitet. Durch den präventiven Charakter eines solchen Angebots kann früh und sehr oft geringfügig unterstützt werden. Dies soll dadurch erreicht, dass ab einer gewissen Altersschwelle (z.B. ab dem 75. Lebensjahr) alle Personen von Seiten der jeweiligen Gemeinde adressiert werden, die noch

keine Bedarfe ihrerseits angemeldet haben, um ihnen einen präventiven Hausbesuch anzubieten. Dabei tritt die Koordination mit einer aktivierenden Haltung den älteren Menschen gegenüber. Die zentrale Frage ist nicht eine, die sich nach Bedürftigkeit und Abhängigkeit orientiert, im Sinne „Was brauchen Sie?“⁹⁹, sondern stellt die Selbstbestimmtheit in den Vordergrund, im Sinne „Wie wollen Sie im Alter leben?“ Die Vorstellungen und Erwartungen an das „Altwerden“ und jeweiligen persönlichen Lebensentwurf können so frühzeitig besprochen und ggf. auch an die pflegenden Angehörigen kommuniziert werden, so dass diesen später unter Umständen Entscheidungen leichter fallen, da sie wissen, was ihren Familienangehörigen wichtig ist und was sie glücklich macht.

Diese Koordinationsstelle in der Verantwortung der Gemeinde hilft präventiv und während des gesamten Verlaufes von formalen Unterstützungsbedarfen. Sie ist anbieterunabhängig, arbeitet landesweit nach einem einheitlichen Standard und stellt klientenorientierte Hilfe-Mixes neutral und vermittelnd zusammen. Auch ein Netzwerk an ehrenamtlich Tätigen kann über diese Funktion in den Gemeinden koordiniert werden.

Diese Funktion ist keine Konkurrenz zur Pflegedrehscheibe, sondern die konsequente Weiterentwicklung dieses ersten Umsetzungsschrittes, der aus dem aktuell gültigen BEP Pflege 2025 entspringt. Von den Bezirken und der Verantwortung, die dort auf Seiten des Landes liegt, sollte ein Schritt näher an die sozialen Umfeld der Menschen gegangen werden und dort sollten die Gemeinden verstärkt in die Pflicht genommen werden. Die Pflegedrehscheiben stellen auch weiterhin die Verbindung zum Land Steiermark dar, um eine einheitliche Funktion und Vorgabe des Landes sicherstellen zu können. Im Rahmen eines EU geförderten Pilotprojektes sind in der Steiermark Community Nurses, die derzeit eine vergleichbare Funktion wie die Sozial- und Pflegekoordination ausüben, in insgesamt 25 Gemeinden aktiv.¹⁰⁰ Das Pilotprojekt endet mit 31.12.2024. Eine Sozial- und Pflegekoordination auf Gemeindeebene sollte als Funktion landesweit etabliert werden, ein klares Aufgabenprofil sollte dafür entwickelt werden, wobei darauf zu achten ist, dass keine Parallelstrukturen entstehen. Auch ist die koordinative Tätigkeit nicht – wie bei den „Community Nurses“ zwingend vom gehobenen Pflegedienst zu erbringen.

Bei den Ausübenden sollte es sich um qualifizierte Personen aus sozialen Berufen handeln. Sollte ein pflegerischer Bedarf erkennbar sein, vermitteln sie zu mobilen Pflegediensten, die die genaue pflegerische Bedarfserhebung durchführen und den Pflegeplan erstellen. Wichtig ist, dass die Pflege- und Sozialberatung die lokalen und regionalen Gegebenheiten kennt und mit den dazugehörigen Schlüsselpersonen gut vernetzt ist. Sie ist auch die Kontaktstelle für das Entlassungsmanagement aus den Krankenanstalten, wenn diese Funktion nicht durch An- und Zugehörige übernommen werden kann.

In Kärnten wird seit 2019 vergleichbar zur Sozial- und Pflegekoordination die „Pflegenahversorgung“ in aktuell 91 Gemeinden¹⁰¹ angeboten. Ziel ist die engere Vernetzung der niederschweligen Versorgungsangebote sowie die unmittelbare Verankerung in der Gemeinde, um älteren Menschen frühzeitig Unterstützung bei gleichzeitigem optimalem Einsatz eigener Ressourcen zur Wahrung der Autonomie anbieten zu können.

⁹⁹ Fachtagung „Taskforce Pflege“ Vortrag Pflege im Sozialraum Professor Dr. Wolfgang Hinte

¹⁰⁰, https://cn-oesterreich.at/system/files/inline-files/Factsheet_Landkarte_J%C3%A4nner2023_0.pdf (abgerufen am 15.02.2023)

¹⁰¹ <https://www.ktn.gv.at/Themen-AZ/Details?thema=131&detail=986>, (abgerufen am 30.03.2023)

10.2 Lokales Begegnungs-, Betreuungs-, und Pflegezentrum

Wesentliche Aufgabe der Einrichtungen ist die Wahrung sozialer Integration und Interaktion und die Entlastung betreuender und pflegender An- und Zugehöriger. Älteren und betreuungsbedürftigen Menschen soll es künftig leichter gemacht werden, sich am Leben in der Gemeinde bzw. in der Region auch dann noch aktiv zu beteiligen, wenn Funktionseinschränkungen dies bereits erheblich erschweren. Durch die Einrichtung von Begegnungsorten kann Partizipation und Solidarität im Sinne der „sorgenden Gemeinschaft“ gefördert werden. Diese „Begegnungsorte“ können nicht nur soziale Aspekte abdecken, sondern auch Standort einer Primärversorgungseinrichtung, einer teilstationären Einrichtung oder Stützpunkt eines mobilen Betreuungs- und Pflegedienstes sein. Die Gestaltung kann gemeindespezifisch unterschiedlich erfolgen, könnte exemplarisch jedoch aussehen, wie nachstehend dargelegt:

Begegnungsorte sollen jedenfalls in der Gemeinde bzw. in der Kleinregion gut erreichbar und in die örtliche Infrastruktur integriert sein, um Einkaufsmöglichkeiten, Kirchen, Vereinslokale, öffentliche Verkehrsanbindungen, Lokale (z.B. Café), etc. gemäß den eigenen Mobilitätsmöglichkeiten eigenverantwortlich erreichen zu können. Sie könnten eine Art „Dorfplatz“ darstellen. Vorhandene, nicht mehr genutzte Gebäude könnten dafür adaptiert und herangezogen werden. Diese Begegnungsorte beherbergen den *Stützpunkt der Sozial- und Pflegekoordination*, die in diesen Räumlichkeiten auch Einzel- und Gruppenberatungen oder Informationsveranstaltungen und Schulungen abhalten kann. Zudem kann der *Stützpunkt* des in dieser Region zuständigen *mobilen Betreuungs- und Pflegedienstes* untergebracht werden, der zeitgleich auch ein *Tageszentrum* für die Gemeinde anbietet. Dieses Tageszentrum wiederum bietet ein flexibles Betreuungsangebot, welches von wenigen Stunden bis zur ganztägigen Betreuung reichen kann. Je nach regionalen Spezifika könnten auch *alternative Wohnformen* an diesen Begegnungsort angrenzen.

Für die dort betreuten Menschen, aber auch für interessierte zu Hause lebende Personen kann ein „Mittagstisch“ zur Verfügung gestellt und somit eine Möglichkeit der sozialen Interaktion angeboten werden. Je nach regionaler Situation können durchaus auch breitere Angebote angedacht werden, die über die Versorgung der älteren Menschen hinausgehen (z.B. Kinder der Kinderkrippe/ des Kindergartens, Gemeindemitarbeiterinnen und -mitarbeiter etc.). Dafür können auch bestehende Strukturen der Gemeinde genutzt bzw. mit ihnen kooperiert werden. Angeschlossen an den Begegnungsort könnte sich auch weitere Einrichtungen der Kommunikation oder für kleine Besorgungen befinden.

Damit dieser Begegnungsort unkompliziert und leistbar erreicht werden kann, und damit auch andere Wege in der Gemeinde bewältigbar bleiben, sollten ergänzend *Mobilitätsangebote*¹⁰² entwickelt werden, so es sie nicht schon vor Ort gibt. Auch hier kann die Funktion der Sozial- und Pflegekoordination im Sinne der Gemeinde unterstützen.

In den Begegnungsorten können auch diverse Veranstaltungsreihen für unterschiedliche Alters- und Zielgruppen, wie ein „*Pflegestammtisch*“ oder Treffen von Selbsthilfegruppen abgehalten werden. Durch die Schulungen werden den Angehörigen neben praktischen Fertigkeiten im Rahmen der Pflege auch notwendige Kenntnisse vermittelt, wie sie sich selbst für negativen Auswirkungen auf ihre physische und psychische Gesundheit schützen können (UNECE 2019).

¹⁰² <https://www.mobil-am-land.at/content/Hauptseite>, (abgerufen a, 27.09.2021)

10.3 Ehrenamtlichkeit

Koordiniert durch die Sozial- und Pflegekoordination könnte im Rahmen der Aktivitäten im Begegnungsort auch ein *Netz an Ehrenamtlichen* aufgebaut werden. Einer Studie zum Freiwilligenengagement gemäß möchten auch engagierte Pensionistinnen und Pensionisten helfen und zum Gemeinwohl beitragen. Gleichzeitig bleiben sie dadurch auch selbst aktiv, lernen dazu und erweitern ihre Lebenserfahrung. Um Menschen für ein freiwilliges Engagement zu animieren ist es nötig, sie direkt und gezielt anzusprechen und die Bedeutung des sozialen Engagements als einen wesentlichen Grundstein für ein fürsorgliches Miteinander zu vermitteln. Viele finden den Zugang durch Bekannte und Freunde (BMSGPK 2019), aber auch Apps oder virtuelle Nachbarschaftsnetzwerke können den Zugang für Menschen in ehrenamtliche Tätigkeit ermöglichen. Die Aufgabenfelder im regionalen Begegnungsort liegen dabei vorwiegend in der Unterstützung der gesellschaftlichen Teilhabe und in der Alltagsbegleitung älterer Menschen aus und in der Region. Bestenfalls wird die Bevölkerung frühzeitig in die Planung und Entwicklung des Begegnungsortes einbezogen, wodurch zeitgleich auch dessen Akzeptanz gefördert und eine nachhaltige Bindung unterstützt werden. Ehrenamtlichkeit findet auch heute schon in der Unterstützung alter und betreuungsbedürftiger Menschen statt. Allerdings ist sie oft nicht koordiniert, hat eher den Charakter der „Nachbarschaftshilfe“, die nur dem jeweiligen unmittelbaren Umfeld zugute kommt und ist in seiner wirkweise oft sehr volatil. Um etwas mehr Planbarkeit und gleichwertige Wirksamkeit zu erreichen und diese somit für alle Betroffenen einer Region zu heben, um dem Ehrenamt aber auch mehr Bedeutung zu geben (wie es z.B. die freiwillige Feuerwehr erlebt) sollte es zentral koordiniert werden. Der natürliche Anknüpfungspunkt dafür ist wiederum die Gemeinde.

10.4 Modellhafte Beispiele in Österreich

Ansätze dazu gibt es bereits in der Steiermark sowie in anderen Bundesländern. Erwähnt sei hier das „Wohnzimmer Leibnitz“¹⁰³, welches partizipativ aus einem Bürgerbeteiligungsprozess heraus entwickelt wurde. Das Wohnzimmer als Ort der Begegnung und Bildung umfasst eine niederschwellige Informationsstelle mit dem Fokus auf Prävention, Fort- und Weiterbildungsangebote, eine Co-Working Area sowie einen inklusiven Café-Betrieb.

Ein weiteres Beispiel ist die „Mehr Zeller Nachbarschaft“¹⁰⁴, die ein aktives Miteinander in Bad Zell fördert. Hier werden u.a. ein Besuchsdienst, ein Fahrdienst sowie ein gemeinsamer Mittagstisch angeboten und koordiniert. Gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürger, Vereinen und weiteren Organisationen wird der Sozialraum Bad Zell aktiv gestaltet und durch Zusammenbringen und Vernetzung interessierter und engagierter Bad Zeller und Bad Zellerinnen der sozialen Isolation entgegengewirkt.

Im Burgenland startete mit Oktober 2022 dahingehend ein Pilotprojekt in Schattendorf. Für ein Einzugsgebiet von rund 4.000 Bürgerinnen und Bürger wurde ein bestehendes Gebäude adaptiert und ein Tageszentrum, der Stützpunkt des mobilen Pflege- und Betreuungsdienstes sowie eine Einrichtung des betreuten Wohnens mit sechs bis acht Plätzen errichtet. Im selben Gebäude hat auch die für die Region zuständige Community Nurse ihr Büro.

¹⁰³ <https://stadtentwicklung.leibnitz.at/wohnzimmer-leibnitz-eine-initiative-zum-wohlfuehlen-fuer-die-buergerinnen-und-gaeste-von-leibnitz/>, abgerufen am 27.07.2022

¹⁰⁴ <https://www.diakonie.at/unsere-angebote-und-einrichtungen/mehr-zeller-nachbarschaft>, abgerufen am 27.07.2022

11 SOLL-Kapazitäten bis 2030, tabellarische Übersicht

BEP-Pflege Steiermark, Personen mit Pflegegeldbezug nach Versorgungsformen zum Stichtag 31.12.2030 - absolut / in Prozent																			
Versorgungsregionen und Bezirke		Personen mit Pflegegeldbezug		davon mit 24-Stunden-Betreuung		davon mit stationärer Langzeitpflege		Personen mit PGB in informeller Betreuung		davon mit stationärer Kurzzeit- oder Übergangspflege		davon mit mobiler Betreuung und Pflege		davon mit teilstationärer Tagesbetreuung		davon Personen in alternativen Wohnformen		davon gänzlich ohne professionelle Unterstützung	
		abs.		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Versorgungsregion 61		27.673		1.663	6,0%	3.631	13,1%	22.379	80,9%	286	1,0%	3.768	13,6%	214	0,8%	905	3,3%	17.206	62,2%
Graz	G	17.259		919	5,3%	1.800	10,4%	14.540	84,2%	186	1,1%	2.242	12,9%	136	0,8%	398	1,9%	11.578	67,1%
Graz-Umgebung	GU	10.414		744	7,1%	1.831	17,6%	7.839	75,3%	100	0,9%	1.526	14,6%	78	0,7%	507	4,3%	5.628	54,0%
Versorgungsregion 62		5.057		300	5,9%	767	15,2%	3.990	78,9%	51	1,0%	832	16,4%	46	0,9%	191	2,3%	2.870	56,8%
Liezen	LI	5.057		300	5,9%	767	15,2%	3.990	78,9%	51	1,0%	832	16,4%	46	0,9%	191	2,3%	2.870	56,8%
Versorgungsregion 63		12.466		701	5,6%	1.703	13,7%	10.062	80,7%	129	1,0%	1.759	14,1%	107	0,9%	322	2,6%	7.745	62,1%
Bruck-Mürzzuschlag	BM	7.776		431	5,5%	1.025	13,2%	6.320	81,3%	81	1,0%	1.121	14,4%	65	0,8%	226	2,5%	4.827	62,1%
Leoben	LN	4.690		270	5,8%	678	14,5%	3.742	79,8%	48	1,0%	638	13,6%	42	0,9%	96	1,7%	2.918	62,2%
Versorgungsregion 64		17.461		1.260	7,2%	2.404	13,8%	13.797	79,0%	177	1,0%	2.719	15,6%	151	0,9%	397	2,3%	10.353	59,3%
Hartberg-Fürstenfeld	HF	6.015		500	8,3%	859	14,3%	4.656	77,4%	60	1,0%	802	13,3%	50	0,8%	111	1,4%	3.633	60,4%
Südoststeiermark	SO	6.148		405	6,6%	914	14,9%	4.829	78,5%	62	1,0%	1.007	16,3%	55	0,9%	185	2,4%	3.520	57,3%
Weiz	WZ	5.298		355	6,7%	631	11,9%	4.312	81,4%	55	1,0%	910	17,1%	46	0,9%	101	1,5%	3.200	60,4%
Versorgungsregion 65		15.872		930	5,9%	2.043	12,9%	12.899	81,3%	165	1,0%	2.191	13,8%	130	0,8%	542	3,4%	9.871	62,2%
Deutschlandsberg	DL	4.855		288	5,9%	648	13,3%	3.919	80,7%	50	1,0%	627	12,9%	40	0,8%	168	2,8%	3.034	62,5%
Leibnitz	LB	6.670		380	5,7%	908	13,6%	5.382	80,7%	69	1,0%	932	13,9%	51	0,8%	227	3,1%	4.103	61,5%
Voitsberg	VO	4.347		262	6,0%	487	11,2%	3.598	82,8%	46	1,0%	632	14,3%	39	0,9%	147	3,1%	2.734	62,9%
Versorgungsregion 66		8.003		445	5,6%	1.169	14,6%	6.389	79,8%	81	1,0%	1.217	15,2%	65	0,8%	317	4,0%	4.709	58,8%
Murau	MU	2.105		122	5,8%	306	14,5%	1.677	79,7%	21	1,0%	412	19,5%	17	0,3%	90	3,6%	1.106	52,5%
Murtal	MT	5.898		323	5,5%	863	14,6%	4.712	79,9%	60	1,0%	805	13,6%	48	2,3%	227	3,1%	3.603	61,1%
Steiermark gesamt		86.532		5.299	6,1%	11.717	13,5%	69.516	80,3%	889	1,0%	12.486	14,4%	713	0,8%	2.674	3,1%	52.754	61,0%

Tabelle 5: Prognostische Abschätzung der Verteilung der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher nach Versorgungsformen in der Steiermark für das Jahr 2030

Übersichtsdarstellung der Planzahlen für den Planungshorizont 2030															
Politische Bezirke		G	GU	LI	BM	LN	HF	SO	WZ	DL	LB	VO	MU	MT	Σ Stmk.
Stationäre Kurz- und Langzeitpflege	Plätze														
	IST 2021, gesamt, inkl. KAG	2.443	2.844	918	1.408	794	978	1.065	705	816	1.199	669	520	1.134	15.493
	IST 2022, gesamt, inkl. KAG	2.443	2.996	919	1.322	934	990	1.125	874	987	1.230	809	511	1.371	16.511
	SOLL 2030, gesamt, inkl. KAG, maximal	2.249	2.287	958	1.280	847	1.073	1.142	788	809	1.135	609	382	1.078	14.637
	Davon nach KAG	369	600	-	-	8	-	-	-	-	124	-	-	-	1.101
	Δ absolut, 2030 - 2021	-194	-557	40	-128	53	95	77	83	-7	-64	-60	-138	-56	-856
Mobile Pflege- und Betreuung	Pflege- und Betreuungsstunden, Jahressummen														
	IST 2021, gesamt	262.937	128.093	104.830	125.485	73.828	71.448	121.790	106.620	65.355	102.935	58.349	35.596	104.666	1.361.932
	IST 2022, gesamt	215.896	112.764	101.480	122.389	68.561	64.424	109.430	98.055	58.551	95.535	58.055	30.860	94.487	1.230.488
	SOLL 2030, gesamt, Zielwert ¹⁰⁵	391.459	251.250	143.736	190.811	111.236	137.221	171.440	151.421	108.993	148.382	102.065	57.148	134.106	2.099.268
	Δ absolut, 2030 - 2021	128.522	123.157	38.906	65.326	37.408	65.773	49.650	44.801	43.638	45.447	43.716	21.552	29.440	737.336
Alternative Wohnformen	Plätze														
	IST 2021, gesamt	259	214	186	181	57	72	143	65	105	75	56	41	180	1.634
	IST 2022, gesamt	270	214	186	181	57	72	132	65	105	16	68	41	16	1.646
	SOLL 2030, gesamt, Zielwert	398	507	191	226	96	111	185	101	168	227	147	90	227	2.674
	Δ absolut, 2030 - 2021	139	293	5	45	39	39	42	36	63	152	91	49	47	1.040
Teilstationäre Tagesbetreuung	Plätze														
	IST 2021, gesamt	82	42	10	28	0	74	0	43	0	0	0	0	0	279
	IST 2022, gesamt	72	41	10	28	12	59	0	57	0	0	0	0	16	295
	SOLL 2030, gesamt, Zielwert	136	78	46	64	42	50	54	46	40	50	40	16	48	710
	Δ absolut, 2030 - 2021	54	36	36	36	42	-24	54	3	40	50	40	16	48	431

Tabelle 6: Planzahlen zu den wesentlichen Versorgungsformen bis 2030, bezirksweise Darstellung.

¹⁰⁵ Die Soll-Stunden 2030 beinhalten auch jene der Alltagsbegleitung, die zukünftig verstärkt angeboten werden sollten.

12 Anhang

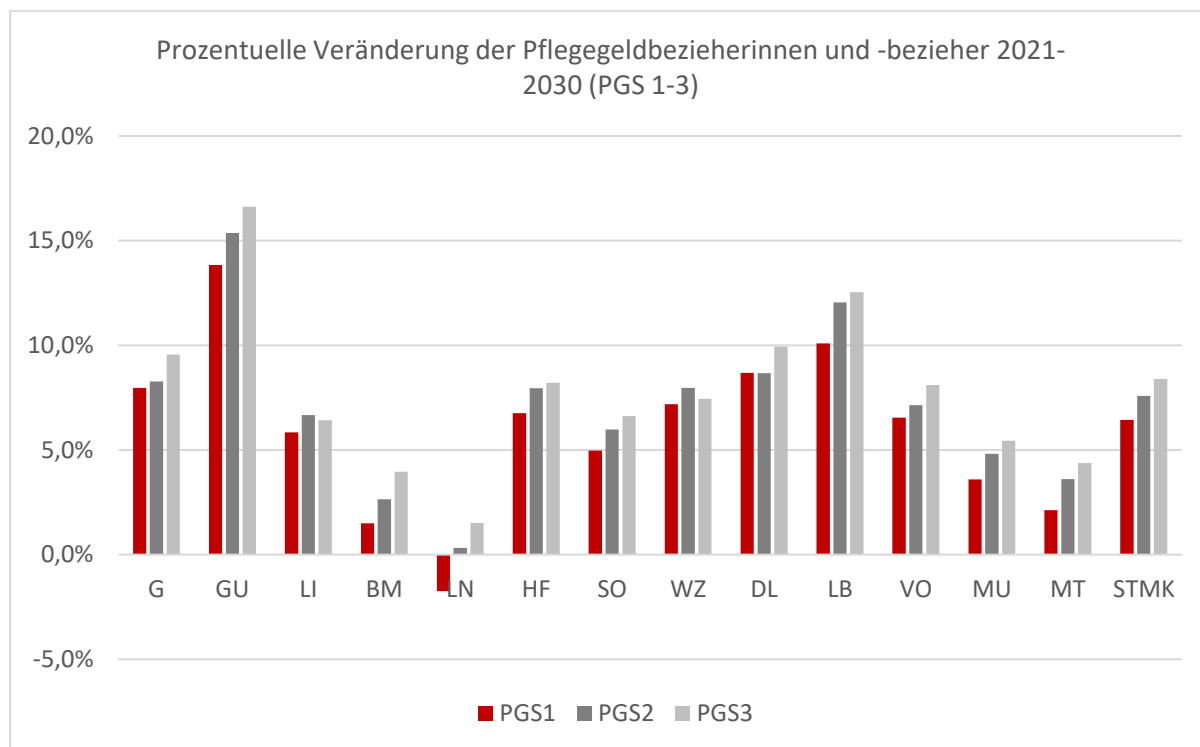


Abbildung 18: Prognose der Entwicklung der Pflegegeldstufen 1 bis 3 bis 2030, bezirksweise Darstellung

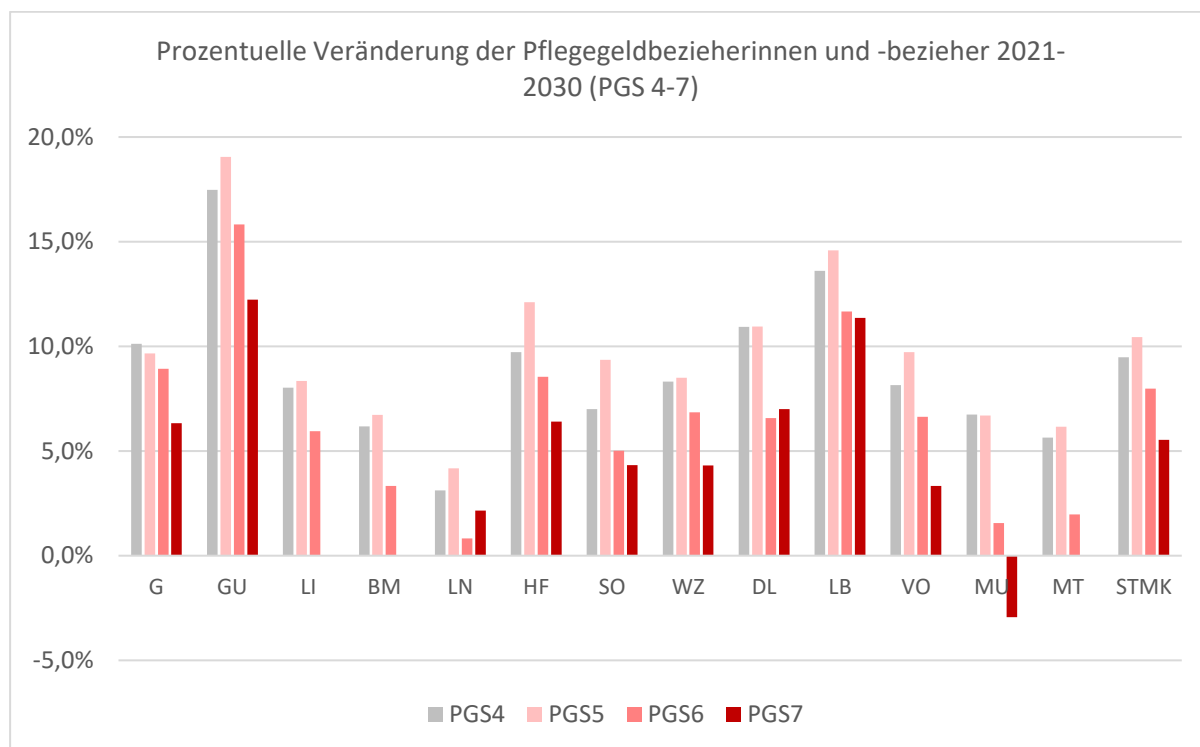


Abbildung 19: Prognose der Entwicklung der Pflegegeldstufen 4 bis 7 bis 2030, bezirksweise Darstellung

12.1 Good Practice Beispiele aus Europa

Vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung stehen alle westeuropäischen Länder vor ähnlichen Herausforderungen. Sie müssen einen für die jeweilige Bevölkerung passenden Zugang zu Pflege- und Betreuungsangeboten für alle Pflegebedürftigen schaffen, eine gute Qualität bei diesen Dienstleistungen bieten, gute Arbeitsbedingungen gewährleisten, um ausreichend Arbeitskräfte zu finden und gleichzeitig all die Angebote langfristig finanzieren können. (European Union 2021) Diesen Herausforderungen begegnen die einzelnen Länder mit unterschiedlichen Ansätzen und Maßnahmen. Die damit gemachten Erfahrungen anderer Länder kann die Steiermark als Ideenpool für die Weiterentwicklung von für ihre Bevölkerung passende Maßnahmen und Angebote nutzen.

12.1.1 Schweden

Das schwedische Gesundheitswesen ist ein dezentrales nationales Gesundheitssystem¹⁰⁶. Die Gemeinden sind für die Altenpflege verantwortlich. Sie stehen vor den Herausforderungen des demografischen Wandels. Bevölkerungsprognosen zu Folge wird in Schweden bis 2040 beinahe jede vierte Person über 65 Jahre alt sein und zugleich eine der höchsten Lebenserwartungen der Welt haben. Das Land setzt daher den Fokus auf Prävention, Altern an Ort und Stelle, Zugang zu häuslicher Pflege und Unterstützungsleistungen sowie Mobilitätsaktivitäten mit dem Ziel, ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben zu führen und die Lebensqualität der älteren Menschen und der Angehörigen zu erhöhen.

Dafür können ältere Menschen verschiedene Arten von Unterstützung zur Erleichterung ihres Alltages erhalten. Dazu zählt ein flächendeckendes Angebot von „Essen auf Rädern“, teilweise werden auch gemeinsame Mahlzeiten in Tageszentren angeboten. Daneben gibt es auch die Möglichkeit, kommunal geförderte Haushaltshilfen zu bekommen, der Bedarf wird individuell ermittelt. Zudem werden auch Tagesaktivitäten angeboten, die in erster Linie Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung fördern sollen. Freiwillige Organisationen bieten auch einen Besuchsdienst an. Dieser kann für ein Gespräch, einen Spaziergang oder eine Begleitung zu einem Termin genutzt werden. Im Bedarfsfall steht gegen Kostenersatz auch ein Beförderungsdienst in speziell angepassten Taxis zur Verfügung.

In den letzten Jahren wurde die Vorsorge priorisiert. So gibt es z.B. körperliche Aktivität auf Rezept als Prävention, wie auch als Behandlung. Die Auswirkungen der speziell verschriebenen körperlichen Aktivität wird von den Ärztinnen und Ärzten in Kontrollterminen überwacht.

12.1.2 Niederlande

In den Niederlanden sind, wie auch in Schweden, die Gemeinden dafür verantwortlich, dass die Menschen so lange wie möglich selbstbestimmt leben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können¹⁰⁷. Im Rahmen des Sozialhilfegesetzes werden Unterstützungsleistungen zu Hause, wie Haushaltshilfen und Unterstützungsleistungen für informell Pflegende geregelt.

¹⁰⁶ <https://sweden.se/life/society/elderly-care-in-sweden>

¹⁰⁷ <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/living-independently-for-longer>

„District nurses“ schätzen den individuellen Bedarf an Unterstützungsleistungen im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens ein. Sie beurteilen somit den Pflegebedarf und erstellen einen Pflegeplan. Die Pflege ist ihre Hauptaufgabe. Daneben koordinieren diese auch und sind Ansprechpartner bei sozialen Fragestellungen oder Fragen rund ums Wohnen. Menschen, die eine 24-Stunden-Pflege oder -Betreuung benötigen, haben Anspruch auf einen Platz in einer Wohneinrichtung, die eine hochwertige Pflege für ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen bietet. Diese Personen können auch zu Hause wohnen bleiben, sofern eine angemessene Pflege gewährleistet werden kann und die Kosten für die häusliche Pflege jene der stationären Pflege nicht übersteigen.

In Maastricht wurde ein „*Living Lab in Ageing and Long-Term Care*“ installiert. Ein interdisziplinäres Team an Wissenschaftler, Pflegekräften, Pädagog*innen, Politiker*innen sowie Betroffene arbeiten hier zusammen, um die besten verfügbaren Erkenntnisse aus der Forschung in die Praxis umzusetzen und so die Lebensqualität der älteren Menschen und ihrer Familien, die Pflegequalität sowie die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zu verbessern. Die Forschung bewirkt beispielsweise Gesetzesänderungen (z.B. Personalausstattung und Qualität in Pflegeheimen). Darüber hinaus werden durch vom Living Lab organisierte öffentliche Treffen Diskussionen über die Pflege angeregt.

12.1.3 Dänemark

Unterstützung der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit nimmt auch in Dänemark ein wichtiges Element in der Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen ein. Ziel ist es, den Menschen so weit wie möglich zu helfen, damit sie in ihrem eigenen Zuhause oder in einer betreuten Wohneinrichtung bleiben können. Durch die Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens wird nicht nur das Wohlbefinden der Menschen erhöht, gleichzeitig kann es auch zu Optimierungen im Pflegesektor kommen. Ein weiteres Ziel ist es, kohärente Patientenpfade sicherzustellen.

Die intermediäre Pflege und die Rehabilitation stellen Herausforderungen dar – finden sie sowohl im Sozial- als auch im Gesundheitsbereich statt. Im Mittelpunkt steht die tägliche Rehabilitation. Die Gemeinden bieten unterschiedliche Möglichkeiten an. Training zu Hause, in einem Pflegezentrum oder in kommunalen Rehabilitationszentren. Dort werden auch präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten gesetzt. Neben der Rehabilitation wird mit technologischen Unterstützungsprogrammen und Initiativen für Empowerment die Selbstständigkeit gefördert. Es zeigt sich, dass die älteren Menschen oft viel mehr tun können als angenommen, vorausgesetzt sie erhalten die notwendige Unterstützung und Anleitung. „Papierlose“ Toiletten, ergonomische Messer, höhenverstellbare Küchenarbeitsplatten uvm. unterstützen das eigenständige Wohnen. Besonders hervorzuheben ist die Förderung von Deckenliftern. Durch deren Verwendung zum Transport einer Person vom Schlafzimmer ins Bad beispielsweise wird nur eine Pflegeperson benötigt. Sämtliche Produkte werden dabei immer gemeinsam mit den Nutzerinnen und Nutzern entwickelt und in Living Labs getestet.

Die Gemeinden bieten zudem weitere vielfältige Möglichkeiten rund um Betreuung und Pflege an. Betreute Wohneinheiten, Seniorenresidenzen, Pflegewohnheime. Tageszentren nutzen vor allem jene, die (noch) nicht dauerhaft umziehen wollen, aber zusätzliche Betreuung benötigen. Der Transport zum und vom Tageszentrum wird organisiert. In jedem Pflegeheim stehen auch Kurzzeitpflegebetten zur Verfügung. Für die pflegenden Angehörigen gibt es darüber hinaus eine Reihe von Unterstützungsmöglichkeiten. So besteht die Möglichkeit, dass pflegende Angehörige, für die Pflege eines nahen Angehörigen bei der Gemeinde für bis zu sechs Monate angestellt werden. Eine Entschädigung für einen Verdienstausschluss kann auch bei der Übernahme der Pflege in einer palliativen Situation beantragt werden.

12.1.4 Finnland

Mit der steigenden Zahl älterer und pflegebedürftiger Menschen sucht auch Finnland nach alternativen Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten, insbesondere in sehr ländlichen Bezirken. South Karelia ist eine Sozial- und Gesundheitsregion im Süden Finnlands und umfasst rund 132.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Hier haben sich neun Gemeinden zusammengeschlossen, um unter dem Namen „Ekoste“¹⁰⁸ integrierte Dienstleistungen wie ambulante Pflege, zahnmedizinische Versorgung, psychiatrische Versorgung, Rehabilitationsdienste, Sozialdienste wie auch medizinische Dienste durch ein von ihnen geführtes Akutspital anzubieten. Ihr Ziel ist es dabei, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu fördern und ein „integriertes Ökosystem“ zu schaffen. In den „Wellbeing Center“ werden basierend auf den Bedürfnissen und der Altersstruktur des jeweiligen Bezirks unterschiedliche Sozial- und Gesundheitsleistungen angeboten.

Ekoste schlägt mit dem „*Family Foster Care Model*“ einen neuen Weg ein, welcher das „ageing in place“ unterstützt und gleichzeitig ökonomisch ist. Die Stadt Tampere bietet Betreuung und Pflege in einem Privathaus außerhalb des eigenen Zuhauses für ältere Menschen an. Es ist für diejenigen gedacht, die Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens brauchen, sich unsicher fühlen, aber keine Vollzeitpflege benötigen. Die Familienpflege nimmt die älteren Menschen tagsüber oder dauerhaft, zum Beispiel während pflegende Angehörige auf Urlaub sind, bei sich auf. Sie kümmern sich in dieser Zeit um alle Aspekte des Wohlergehens der älteren Menschen und unterstützt sie dabei ihre eigenen Ressourcen zu nutzen und noch vorhandene funktionale Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern. Die Gemeinde übernimmt die Organisation, unterstützt und beaufsichtigt. Die Betreuerinnen und Betreuer erhalten eine dreimonatige Ausbildung, in der beispielsweise Erste-Hilfe Kenntnisse, wie auch Wissen über diverse Krankheiten vermittelt wird (Leinonen und Kuukkanen 2020).

12.1.5 Beispiele zur Demenzversorgung

In ganz Europa finden sich zahlreiche Kampagnen, Initiativen und Programme der Demenz-Inklusionsbewegung.

12.1.6 Belgien

In Brügge¹⁰⁹ wurde ein *Regionales Kompetenzzentrum für Demenz* ins Leben gerufen. Diese niederschwellige Einrichtung kann von der Bevölkerung ohne Überweisung genutzt werden. Gemeinsam mit der Nachbarschaft, mit der Gemeindeverwaltung wie auch mit professionellen (Pflege)einrichtungen wird daran gearbeitet, die Wahrnehmung von Menschen mit Demenz in der Bevölkerung zu verbessern. Dazu werden auch regionale Betriebe, Schulen, Vereine oder Museen in die Aktivitäten miteinbezogen. Demenzberater, das sind Case Manager*innen, die auf Demenz spezialisiert sind, stellen die Schlüsselfiguren im regionalen Kompetenzzentrum dar. Sie sind auf Wunsch auch aufsuchend tätig und fahren zu einem Gespräch zu den Klientinnen und Klienten nach Hause, wo sie auch die Gelegenheit haben, die pflegenden Angehörigen zu beraten und im Dialog passende Unterstützungsmaßnahmen zu finden.

¹⁰⁸ <https://www.euhpn.eu/new-blog/wellbeing-in-south-karelia>, abgerufen am 08.08.2022

¹⁰⁹ <https://www.dementie.be/foton/>, zugegriffen am 29.08.2022

In Belgien wurde ein Erkennungszeichen für demenzkompetente Einrichtungen entwickelt. Die Einrichtungen können sich dieses an die Eingangstüre kleben und Betroffene, wie Angehörige wissen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit Menschen mit Demenz trainiert sind. Das Solidaritätslogo ist ein Knopf im Taschentuch. (Alzheimer Europe 2019)

12.1.7 Frankreich

In Frankreich werden die Menschen mit Demenz noch immer weitgehend auf ihre Krankheit, auf ihre Sprachstörungen und vergessenen Fähigkeiten reduziert. Es wird als wichtig angesehen, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen dennoch den öffentlichen Raum nutzen, ihren täglichen Aktivitäten nachgehen und dabei auf verständnisvolle Mitbürgerinnen und Mitbürger in den Städten und Gemeinden treffen. Alle gesetzten Initiativen haben das Ziel, den öffentlichen Raum einladender und integrativer zu gestalten. Dazu werden regionale Betriebe wie auch öffentliche Einrichtungen, zum Beispiel Feuerwehr, Polizei, über die Krankheit und ihre Symptome aufgeklärt und sensibilisiert. – Nach der Schulung erhalten die Einrichtungen einen Aufkleber in ihren Schaufenstern „Commerce Aidant Alzheimer“. (Alzheimer Europe 2019)

12.1.8 Italien

2021 wählte Italien mit der musikalischen Kampagne „non scordare di volermi bene“ („Vergiss nicht, mich zu lieben“) einen anderen Weg, um so vielen Menschen wie möglich zu vermitteln, wie wichtig es ist, Menschen mit Demenz nicht zu vergessen. Musik ist ein Kanal, wodurch Erinnerungen und Gefühle geweckt werden können, die durch die Krankheit im Alltag eher verborgen bleiben. Mit dem Lied wurden die Bürgerinnen und Bürger dazu eingeladen eine integrative Gesellschaft für alle zu schaffen. In diesem Zug wurden Materialien, Grafiken für soziale Medien und eine Webseite erstellt. Darin ist zu entnehmen, wie man eine Person mit Demenz erkennt, sich am besten verhält und mit ihr umgeht. Auch im Fernsehen wurde die Kampagne präsentiert. Die Stärke der Kampagne liegt insbesondere im Lied, welches den fortschreitenden Gedächtnisverlust beschreibt und zwei Testimonials, die die Hoffnung in den Vordergrund stellen, dass immer mehr Menschen verstehen, wie wichtig es ist, sich über Demenz zu informieren und das Stigma zu bekämpfen, das diese Krankheit oft umgibt. (Alzheimer Europe 2019)

12.1.9 Niederlande

In den Niederlanden wurde der Fokus im Rahmen der Demenzstrategie auf den öffentlichen Nahverkehr gesetzt. Menschen mit Demenz, die noch zu Hause leben, sind oftmals auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen. Daher wurde eine Schulung mit und für Angestellten im öffentlichen Verkehr (Bus, Zugbegleiter usw.) mit dem Ziel der Bewusstseinsbildung, entwickelt. Eine PR-Kampagne begleitete dieses Schulungsprogramm. (Alzheimer Europe 2019)

The Hogeweyk ¹¹⁰ ist als weltweit erstes *Demenzdorf* 2009 eröffnet worden. Mittlerweile sind nach diesem Konzept weitere Demenzdörfer in Dänemark, Deutschland und Italien in Umsetzung. Auf einer Fläche von rund 12.000 m² erstrecken sich 23 Häuser, wo jeweils sechs Personen mit Demenz leben.

¹¹⁰ <https://hogeweyk.dementiavillage.com/>, abgerufen am 01.08.2022

Daneben gibt es großzügige Grünflächen mit Gärten. Am Gelände findet sich ein Supermarkt, wie auch ein Restaurant. Im Hogeweyk werden Konzerte wie auch Ausstellungen organisiert. Ein Club mit unterschiedlichen Angeboten, z.B. Jazz, Gymnastik etc. rundet das Angebot ab. Ein professionelles Team organisiert den Haushalt und übernimmt die Betreuung und Pflege. Den Bewohnerinnen und Bewohnern wird das Gefühl gegeben, dass sie ein normales Leben mit regelmäßigen Haushaltspflichten führen. Nach dem Ansatz der Personenzentrierung und Salutogenese werden noch vorhandene Ressourcen gestärkt. In einer vertrauten und sicheren Umgebung können so Menschen mit Demenz ihre eigene Identität und Autonomie, soweit möglich, bewahren.

*Green Care Farms*¹¹¹ sind in den Niederlanden weitgehend als spezielle Versorgungsform für Menschen mit Demenz, aber auch für andere Zielgruppen etabliert. Studien belegen die positiven Effekte dieser tagesbasierten Betreuungsform. So weisen Personen, die eine Tagesbetreuung auf der Green Farm besuchen eine höhere körperliche Aktivität auf, bessere soziale Interaktion und Lebensqualität, bessere Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie ein verbessertes Selbstwertgefühl (Finnanger Garshol et al. 2020; Boer et al. 2017; Gräske et al. 2020). Die Menschen erleben die Interaktion von Tier- und Pflanzenwelt und werden in die Ernte der landwirtschaftlichen Produkte und in deren Weiterverarbeitung sowie in die Pflege der Tiere involviert. So bekommen sie das Gefühl, etwas Bedeutungsvolles zu tun. In den Niederlanden gibt es bereits mehr als 1.000 Farmen, die diese Betreuungsform anbieten. Rund ein Viertel davon ist auf Demenz spezialisiert. In Österreich gibt es erste entsprechende Beispiele¹¹².

12.2 Altersgerechte Assistenzsysteme

Die allgemein erwarteten zusätzlichen Bedarfe in der Betreuung und der Pflege älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen gehen mit einer sich veränderten Bevölkerungsstruktur einher. Diese Entwicklung nährt die Befürchtung, dass zukünftig nicht ausreichend Fachkräfte für die Betreuungs- und Pflegeleistungen bereitstehen könnten. Neben den Ansätzen mit weniger personalintensiven Angeboten eine Lösung dieses Problems zu finden, wird auch große Hoffnung in technische Entwicklungen gelegt, die Betroffene, pflegende Angehörige wie auch Pflegekräfte entlasten könnten, um so ein längeres autonomes Leben zu ermöglichen und Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen im Pflegewesen zu erzielen (Daly Lynn et al. 2019).

12.2.1 Hintergrund

Gründe für einen Umzug in ein Pflegeheim sind oftmals eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder nach einem Sturz Aspekte der Sicherheit (z.B. rasche Hilfe in einem Notfall), die Betreuung und Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen oder eine bessere soziale Einbindung (ÖPIA 2022, S. 145)(Bundesamt für Statistik BFS 2011). Bis dato spielen technische Hilfsmittel in der hochaltrigen Bevölkerung noch eine eher kleine Rolle. So geben im Rahmen der österreichischen Hochaltrigenstudie

¹¹¹ <https://www.youtube.com/watch?v=dVXyswGIM-4>, abgerufen 09.08.2022

¹¹² <https://www.alpakapoint.at/tageszentrum/>, abgerufen am 03.10.2022

knapp 80 % der Befragten in Privathaushalten an, keinerlei technische Hilfsmittel zu verwenden. Am häufigsten wurden Notrufsysteme, wie das Notrufarmband oder Notrufknopf genannt (ÖPIA 2022).

Unter dem Namen “Active and Assisted Living” (AAL), vormals “Ambient Assisted Living”, finden verschiedenste Informations- und Kommunikationstechnologien Einsatz, um ältere Menschen in ihrer Eigenständigkeit zu Hause zu unterstützen und somit ein „ageing in place“ zu ermöglichen, in dem sie die Sicherheit und Mobilität steigern und alltägliche Verrichtungen einfach und bequemer von der Hand gehen lassen (Bechtold et al. 2016).

Bislang fehlt noch eine regelmäßige Nutzung dieser AAL-Technologien – unzureichende Information über die Möglichkeiten und Finanzierungsfragen stehen dieser derzeit noch entgegen. Das Potenzial wird von Expertinnen und Experten jedoch erkannt. So könnte ein sinnvoller Einsatz von AAL im Bereich der Prävention zum Einsatz kommen und die Selbstbestimmtheit der älteren Personen durch Unterstützung ihrer Selbsthilfefähigkeiten stärken und das Gefühl von Einsamkeit und Isolation zu verringern.¹¹³ Letztlich könnte durch den (präventiven) Einsatz von AAL-Technologien ein Umzug in ein Pflegeheim auch hinausgezögert oder verhindert werden.

Das *Projekt REsPonSe*¹¹⁴ verfolgt das Ziel, die Pflegenden mit dem Einsatz einer Smartphone-App in Kombination mit einem autonomen Roboter zu entlasten. Durch die Reduzierung von Laufwegen und die Abnahme von Servicetätigkeiten soll mehr Zeit für die eigentlichen pflegerischen Aufgaben geschaffen werden.

12.2.2 AAL-Vision

Das übergeordnete Ziel der AAL-Vision 2025 ist die Entwicklung einfacher, kostengünstiger und individualisierbarer Technologien, die die Wahrung der Lebensqualität bis ins hohe Alter ermöglichen. Im Rahmen von *Telepflege* kommt es zu einem Austausch zwischen Pflegekräften, Pflegebedürftigen und/oder pflegenden Angehörigen. Ein Monitoring durch die Telepflege bietet zum einen Sicherheit und kann potentielle Verschlechterungen des Gesundheitszustandes frühzeitig erkennen und Interventionen setzen, um einen drohenden Krankenhausaufenthalt unter Umständen abzuwenden. In der Steiermark gab es dazu das Projekt „BezirkAAL“. Etwa 100, großteils urbane Haushalte, fungierten dabei als Testbereich, wo der Nutzen bereits verfügbarer und für die Zielgruppe entwickelter Technologien untersucht wurde. Zu diesem Zweck wurden die Haushalte mit diversen unterstützenden Technologien, wie z.B. Sturzerkennung, Erinnerungen, Videotelefonie, Beleuchtungsunterstützung, ausgestattet und ein Jahr lang beobachtet.

Das *Projekt „Amigo“* ist eines der weltweit ersten Forschungsprojekte, welches den Einsatz von Robotern zu Hause untersucht. Der Roboter „Pepper“ zog dabei für drei Wochen in den Haushalt von 20 Personen ein, die an Demenz erkrankt sind¹¹⁵. Der Roboter soll die betroffenen Personen zu Bewegungsübungen, wie auch zu Gedächtnis- und Wissenstraining animieren. Er erinnert darüber hinaus an die Einnahme der Medikamente, an Essen und Trinken oder an einen bevorstehenden Besuch. Über ein

¹¹³ Warmbein, A. et al (2021) Lläuft in der Pflege?

¹¹⁴ <https://www.forschungsprojekt-response.de/projektbeschreibung/97610e56750cebc7>, abgerufen am 08.08.2022

¹¹⁵ <https://www.aal.at/artikel-roboter-pepper-hilft-demenzkranken-in-oesterreich/>, abgerufen am 21.07.2022

Tablet können auch Fotos angesehen werden, wodurch die Kommunikation gefördert werden soll. Neben Robotern gibt es auch breite Palette an *Apps*, die Unterstützungen anbieten, deren Qualität und Unabhängigkeit aber genau zu prüfen ist.

Zur „*Sturzprävention*“ gibt es ebenso eine Reihe an *digitalen Unterstützungssysteme*, die das Erkennen eines Sturzrisikos und zur Sturzprophylaxe beitragen können. Dabei erkennen Sensoren ungewöhnliche Bewegungsprofile, analysieren das Gangbild und die Mobilität oder können Stürze erkennen. Sensoren erkennen kritische Situationen und können rechtzeitig einen Alarm auslösen. Diese digitalen Assistenzsysteme sind für die stationäre Langzeitpflege wie auch für private Wohnungen geeignet und können die Pflegekräfte wie pflegende Angehörige entlasten.¹¹⁶

Sensoren dienen auch zur Aggressionserkennung, zur Lichtsteuerung oder als virtuelle Bettbalken, die physische Seitenteile ersetzen und haben so das Potenzial die Sicherheit für die pflegebedürftigen Personen selbst wie auch für die Pflegekräfte zu erhöhen bei einer gleichzeitig maximalen gefühlten Freiheit der Pflegebedürftigen.¹¹⁷

Im häuslichen wie im stationären Setting können auch technische *Positionierungshilfsmittel* Pflegekräfte wie pflegende Angehörige physisch entlasten. Mechanische Drehsysteme¹¹⁸ für das Bewegen, Positionieren und Umsetzen erhöhen die Sicherheit im Arbeitsumfeld und verbessern die Effizienz und Qualität der Pflege.

Eine immer häufiger eingesetzte Technologie ist ein elektronisches Gerät, welches die älteren Menschen an die Einnahme ihrer Medikamente erinnert und dafür Sorge trägt, dass die richtige Dosierung zur richtigen Zeit genommen wird. In einer fortgeschrittenen Variante wird der Pillenroboter in Dänemark eingesetzt. Hier ist das Gerät mit der elektronischen Patientenakte verknüpft und wird in Echtzeit aktualisiert, sobald ein Arzt/eine Ärztin eine Verschreibung adaptiert. Die neuen Medikamente werden innerhalb von 24 Stunden nach der Verschreibung nach Hause geliefert. Werden die Medikamente nicht wie vorgesehen aus dem Roboter entnommen, wird der mobile Pflegedienst benachrichtigt.¹¹⁹

Im klinischen Setting übernehmen Roboter Aufgaben wie die Desinfektion von Räumen, den Transport von medizinischen Geräten und Arzneimitteln, das Heben von Patientinnen und Patienten, die Koordinierung von Aufgaben oder die Kommunikation von Patientinnen und Patienten mit medizinischen Fachkräften durch Telepräsenz. Dies führt zu einer Entlastung des Gesundheitspersonals.¹²⁰

¹¹⁶ <https://www.pflegenetz.at/pflegenews/digitale-sturzpraevention/> abgerufen am 08.08.2022

¹¹⁷ <https://cogvis.ai/>, abgerufen am 09.08.2022

¹¹⁸ Z.B. Vendlet patient-turning system

¹¹⁹ Healthcare Denmark (2019): A dignified elderly care in Denmark

¹²⁰ Healthcare Denmark (2022): Robotik im Gesundheitswesen

13 Literaturverzeichnis

AGE Platform Europe (Hg.) (2010): European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance.

Alzheimer Europe (Hg.) (2019): Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe. Luxembourg.

Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abt. 8 - Gesundheit, Pflege und Wissenschaft (Hg.) (2015): Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen. Steiermark 2025. Graz.

Bechtold, Ulrike; Waibel, Uli; Sotoudeh, Mahshid (2016): DiaLogbuch AAL. Dialoge zu Active and Assisted Living. Wien: Österreichische Computer Gesellschaft (Reports@ocg.at).

BMASGK (Hg.) (2019): Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege. Ansatzpunkte für Reformen. Wien.

BMGF (Hg.) (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit. für die Jahre 2017 bis 2021. Wien, zuletzt geprüft am 16.01.2020.

BMSGPK (Hg.) (2016): UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsche Übersetzung der Konvention und des Fakultativprotokolls. Wien.

BMSGPK (Hg.) (2019): 3. Bericht zum freiwilligen Engagement in Österreich. Freiwilligenbericht 2019.

BMSGPK (Hg.) (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien.

BMSGPK (Hg.) (2021): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2020. Wien. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/dam/sozialministeriumat/Anlagen/Themen/Pflege-und-Betreuung/Pflegevorsorgebericht_2020_PDFua.pdf.

BMSGPK (Hg.) (2022a): Nationaler Aktionsplan Behinderung 2022-2030. Österreichische Strategie zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Beschlossen durch die österreichische Bundesregierung am 6. Juli 2022. Wien.

BMSGPK (Hg.) (2022b): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2021. Wien.

Boer, Bram de; Hamers, Jan P. H.; Zwakhalen, Sandra M. G.; Tan, Frans E. S.; Verbeek, Hilde (2017): Quality of care and quality of life of people with dementia living at green care farms: a cross-sectional study. In: *BMC geriatrics* 17 (1), S. 155. DOI: 10.1186/s12877-017-0550-0.

Bundesamt für Statistik BFS (2011): Betagte Personen in Institutionen. Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim 2008/09, zuletzt geprüft am 13.09.2017.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Wien.

CCIV (Hg.) (2016): "Rundum versorgt - Multimorbidität im Alter". Integrierte Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten – Analyse der Versorgungssituation und Ausarbeitung eines umsetzungstauglichen Versorgungsmodells für Österreich. Wien.

Curnow, Eleanor; Rush, Robert; Maciver, Donald; Górska, Sylwia; Forsyth, Kirsty (2021): Exploring the needs of people with dementia living at home reported by people with dementia and informal caregivers: a systematic review and Meta-analysis. In: *Aging & mental health* 25 (3), S. 397–407. DOI: 10.1080/13607863.2019.1695741.

Daly Lynn, Jean; Rondón-Sulbarán, Janeet; Quinn, Eamon; Ryan, Assumpta; McCormack, Brendan; Martin, Suzanne (2019): A systematic review of electronic assistive technology within supporting living environments for people with dementia. Abstract. In: *Dementia (London, England)* 18 (7-8), S. 2371–2435. DOI: 10.1177/1471301217733649.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hg.) (2019): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hg.) (2016): S3-Leitlinie "Demenzen". Online verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf, zuletzt geprüft am 14.07.2017.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2019): Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Expertenstandard. Osnabrück.

Eichler, Tilly; Thyrian, Jochen René; Dreier, Adina; Wucherer, Diana; Köhler, Leonore; Fiß, Thomas et al. (2014): Dementia care management: going new ways in ambulant dementia care within a GP-based randomized controlled intervention trial. In: *International psychogeriatrics* 26 (2), S. 247–256. DOI: 10.1017/S1041610213001786.

European Union (Hg.) (2021): Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 1.

Famira-Mühlberger, Ulrike; Firgo, Matthias (Hg.) (2019): Zum künftigen Bedarf an Pflegepersonal in den stationären und mobilen Diensten (WIFO-Monatsberichte, 92(3)).

Finnanger Garshol, B.; Ellingsen-Dalskau, L. H.; Pedersen, I. (2020): Physical activity in people with dementia attending farm-based dementia day care - a comparative actigraphy study. In: *BMC geriatrics* 20 (1), S. 219. DOI: 10.1186/s12877-020-01618-4.

Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie (Hg.) (2022): Leben mit Demenz - Wohnen heute und morgen. Themenpapier. Berlin.

Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2015): Demenzstrategie - Gut leben mit Demenz. Abschlussbericht - Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Wien.

GÖG (Hg.) (o. J.): Aktiv und gesund altern in Österreich.

Gomes, B.; Higginson, I. J.; Calanzani, N.; Cohen, J.; Deliens, L.; Daveson, B. A. et al. (2012): Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. In: *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology* 23 (8), S. 2006–2015. DOI: 10.1093/annonc/mdr602.

Gräske, Johannes; Nisius, Katja; Renaud, Dagmar (2020): Bauernhöfe für Menschen mit Demenz - Ist-Analyse zu Verteilung und Strukturen in Deutschland (Monitor Pflege, 02/2020).

Hedinger, Damian (2016): Sterbeort. In: Damian Hedinger (Hg.): Gesundheitsversorgung am Lebensende. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 125–147.

Höfler, Sabine; Bengough, Theresa; Winkler, Petra; Griebler, Robert (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, zuletzt geprüft am 24.10.2017.

Ilinca, Stefania; Simmons, Cassandra; Kadi, Selma; Leichsenring, Kai; Ondas, Karin (2022): Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen zur Langzeitpflege in Österreich. Hg. v. InCARE.

Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH (Hg.) (2021): Literaturstudie zu innovativen Versorgungsansätzen für Menschen mit Demenz. Berlin.

IQWiG (Hg.) (2021): Dementia Care Management. Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Demenzen.

Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (2021): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin.

Kainradl, Anna-Christina; Kribernegg, Ulla; Trinkaus, Eva-Maria; Zwanzger, Katharina (2021): Alter(n) und Pflege gemeinsam neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis. 1. Auflage. Wien.

Klug, Günter; Jagsch, Christian (2017): Gemeindennahe psychosoziale Versorgung von Menschen mit Demenz. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 50 (7), S. 609–615. DOI: 10.1007/s00391-017-1316-1.

Kolland, Franz; Rohner, Rebekka; Hopf, Stefan; Gallistl, Vera (2018): Wohnmonitor Alter 2018. Wohnbedürfnisse und Wohnvorstellungen im Dritten und Vierten Lebensalter in Österreich. Innsbruck: StudienVerlag.

Land Steiermark (Hg.) (2023): Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen 2025. Graz.

Land Steiermark - Abteilung 8 - Wissenschaft und Gesundheit (Hg.) (2016): Demenzstrategie "Gut leben mit Demenz". Bericht zur IST-Erhebung in der Steiermark.

Leinonen, Raija; Kuukkanen, Maria (2020): Adult foster care of older people. In: *International Journal of Care and Caring* 4 (3), S. 441–446. DOI: 10.1332/239788220X15864994310333.

Liu, Nancy H.; Daumit, Gail L.; Dua, Tarun; Aquila, Ralph; Charlson, Fiona; Cuijpers, Pim et al. (2017): Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. In: *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 16 (1), S. 30–40. DOI: 10.1002/wps.20384.

Löffler, Kerstin; Jerusalem, A.; Goldgruber, J.; Ziegl, A.; Weidinger, L. (2022): Pflege von Profis lernen: Evaluierung eines Edukationsprogrammes für pflegende Angehörige. Abstract. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. DOI: 10.1007/s00391-022-02033-7.

McCormack, Brandan; McCane, Tanja; Bulley, Cathy; Brown, Donna; McMillan, Ailsa; Martin, Suzanne (2021): Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice.

McCormack, Brendan; McCane, Tanja (2017): Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice.

Nivestam, Anna; Petersson, Pia; Westergren, Albert; Haak, Maria (2020): Older person's experiences of benefits gained from the support and advice given during preventive home visits. In: *Scandinavian journal of caring sciences*. DOI: 10.1111/scs.12923.

ÖPIA (Hg.) (2022): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Welle III 2019-2022. Die Herausforderungen des hohen Alters. Wien.

Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (Hg.) (2021): ÖKUSS – Leitfaden zur Förderung bundesweiter Selbsthilfeorganisationen 2022.

querraum. kultur-& sozialforschung (Hg.) (2022): Studie Inklusives Altern. Unterstützung und Begleitung von älteren Menschen mit lebensandauernder intellektueller Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf in Österreich. Endbericht. Wien.

Rechnungshof (Hg.) (2019): Psychosoziale Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark. Bericht des Rechnungshofes. Wien.

Rechnungshof Österreich (Hg.) (2020): Pflege in Österreich. Bericht des Rechnungshofes. Wien.

Shah, Aadil Jan; Wadoo, Ovais; Latoo, Javed (2010): Psychological distress in carers of people with mental disorders. In: *British Journal of Medical Practitioners* (3(3)).

Statistik Austria (Hg.) (2021): Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren. Statistisches Jahrbuch. Wien.

Statistik Austria (Hg.) (2022): Demographisches Jahrbuch. Wien.

Teti, Andrea; Nowossadeck, Enno; Fuchs, Judith; Künemund, Harald (2022): Wohnen und Gesundheit im Alter. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

UNECE (Hg.) (2019): Die schwierige Rolle informeller Pflegepersonen (UNECE Kurzdossier, 22).

WHO (Hg.) (2021): Towards a dementia-inclusive society. WHO toolkit for dementia-friendly initiatives (DFIs). Geneva.

WIFO (Hg.) (2017): Österreich 2025: Pflegevorsorge - Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen. Wien.

Impressum

EPIG GmbH
Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
Hans-Sachs-Gasse 14/2
8010 Graz
T: +43 (0)316 810 850
F: +43 (0)316 810 850 50
E: office@epig.at
W: www.epig.at

Geistiges Eigentum

Sämtliche Inhalte, das Layout sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte daran bleiben der Rechteinhaberin bzw. dem Rechteinhaber vorbehalten. Änderungen dürfen nicht vorgenommen werden. Eine Reproduktion oder Wiedergabe des Ganzen oder von Teilen in jedweder Form und Sprache bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Genehmigung.