

Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen

Steiermark 2025



Graz, September 2015

erstellt von: *HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften
JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH*

im Auftrag des Amts der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 8 - Wissenschaft und Gesundheit

*unter Mitwirkung von Monika Klampfl-Kenny, MPH, Christian Schwarz und Brigitte Tschernko, MA,
Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement
Referat Pflegemanagement*

Das Institut HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften der JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH legt in seiner Arbeit höchsten Wert auf die Anwendung wissenschaftlich etablierter und begründbarer Methoden und auf Ergebnisse, die ihre Unabhängigkeit aus den Grundsätzen der Wissenschaftlichkeit und Objektivität beziehen.
Zur Sicherstellung dieser Grundsätze wird auf die Transparenz bei den angewandten Methoden höchster Wert gelegt.

HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften
JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft

Neue Stiftingtalstraße 2, A-8010 Graz
Tel.: +43 (0)316 876 4000
FAX: +43 (0)316 8769 4000
www.joanneum.at/health
mail to: health@joanneum.at

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	6
Glossar	7
1 Executive Summary	9
1.1 Einleitung	9
1.2 Grundlagen und Ziele der Planung.....	9
1.3 IST-Darstellung 2013	10
1.4 Methode der Planung	10
1.5 SOLL-Struktur 2025	12
2 Einleitung.....	13
3 Grundlagen der Planung.....	14
3.1 Ziele.....	14
3.2 Planungsgrundsätze.....	15
3.3 Begriffsklärungen	16
3.4 Personeller Bedarf	17
4 Determinanten der Pflege.....	18
4.1 Vorbemerkungen	18
4.2 Demografie	19
4.3 Pflegebedarf.....	20
4.4 Sozioökonomie.....	23
5 Bestehende Pflegeversorgung 2013.....	25
5.1 Kurzüberblick	25
5.2 Mobile Betreuungs- und Pflegedienste	26
5.3 Stationäre Langzeitversorgung	29
5.4 Teilstationäre Tagesbetreuung	32
5.5 Stationäre Kurzzeitpflege	33
5.6 Case- und Caremanagement.....	34
5.7 24-Stunden-Betreuung	34
5.8 Alternative Wohnformen	36
6 Methode der SOLL-Planung.....	38
6.1 Datenquellen.....	38
6.2 Planungsstrategie.....	39
6.3 Prognosemodell	39
6.4 Methodische Limitierungen	44
7 Ergebnisse der SOLL-Planung	46
7.1 Mobile Betreuung und Pflege	46
7.2 Stationäre Versorgung	47

7.3	Kurzzeitpflege	47
7.4	Teilstationäre Tagesbetreuung	48
7.5	24-Stunden-Betreuung	48
7.6	Alternative Wohnformen	49
8	Case- und Caremanagement	50
8.1	Vorbemerkungen	50
8.2	Definition	51
8.3	Aufgabenprofil	51
8.4	Verortung	52
8.5	Zugang	54
9	Schnittstellenthemen in der stationären Langzeitversorgung	55
9.1	Hospiz- und Palliativversorgung	55
9.2	Psychiatrische und alterspsychiatrische Versorgung, sowie Versorgung behinderter Personen im Pflegeheim	56
9.3	Ärztliche Betreuung in Pflegeeinrichtungen	59
9.4	Migrantinnen und Migranten in der Pflege	60
10	Literatur	61
11	Anhang	63

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Bevölkerungsstruktur der Steiermark	19
Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung bis 2025 - Alterskohorte 75+	20
Abbildung 3: Personen mit Pflegegeldbezug nach Altersstufen 2013	21
Abbildung 4: Verteilung der Pflegegeldstufen im Vergleich Österreich-Steiermark 2013, eigene Darstellung	22
Abbildung 5: Versorgungsgrad: Anteil an Personen mit Pflegegeldbezug nach Betreuungsformen 2013	23
Abbildung 6: Formell betreute Personen nach Betreuungsform und politischem Bezirk	26
Abbildung 7: Mobile Betreuungs- und Pflegedienste - betreute Personen nach Pflegegeldstufen	27
Abbildung 8: Mobile Betreuungs- und Pflegedienste - Versorgungsgrad	28
Abbildung 9: Stationäre Langzeitpflege - Versorgungsdichte	30
Abbildung 10: Stationäre Langzeitpflege - Versorgungsgrad	31
Abbildung 11: Stationäre Langzeitpflege: Betreute Personen	31
Abbildung 12: 24-Stunden-Betreuung - Versorgungsgrad	35
Abbildung 13: 24-Stunden-Betreuung - Versorgungsgrad im Bundesländervergleich	35
Abbildung 14: Alternative Wohnformen – Versorgungsdichte	36
Abbildung 15: Alternative Wohnformen - Versorgungsgrad	37
Abbildung 16: Darstellung der Prozessschritte der Planungsstrategie	39
Abbildung 17: Prognosemodell	40

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Darstellung der verwendeten Daten nach Art, Parameter und Quelle.....	38
Tabelle 2: altersspezifische Heimbelegungsfaktoren: IST und SOLL.....	42
Tabelle 3: mögliche Verantwortung für die Durchführung einzelner CCM-Schritte.....	53
Tabelle 4: Personen mit Pflegegeldbezug in der Steiermark nach Betreuungsform, 2013	64
Tabelle 5: quantitative Strukturdarstellung im SOLL, 2025	65

GLOSSAR

AWF	Alternative Wohnformen
BEP-St 2025	Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen
BH	Bezirkshauptmannschaft
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CM	Casemanagement
CCM	Case- und Caremanagement
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DRS	Discharge Risk Screen
EW	Einwohner/Einwohnerin
FSBA	Fach- und Diplom-Sozialbetreuer/in für Altenarbeit
FB	Fach- und Diplom-Sozialbetreuer/in für Behindertenarbeit
GEKO	Geriatrischer Konsiliardienst
GZ	Gesundheitszentren
HH	Heimhilfe
idF	in der Fassung
MBP	Mobile Betreuung und Pflege
ÖGCC	Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management
PFG	Pflegefondsgesetz
PG	Pflegegeld
PH	Pflegehelfer/in
PHG	Pflegeheimgesetz
RAI – HC	Risk Assessment Instrument – Home Care
SBP	Stationäre Betreuung und Pflege
SMP	Sozialmedizinischer Pflegedienst
StPHG	Steirisches Pflegeheimgesetz
StSHG	Steirisches Sozialhilfegesetz
TST	Teilstationäre Tagesbetreuung
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Politische Bezirke in der Steiermark

BM	Bruck-Mürzzuschlag
DL	Deutschlandsberg
G	Graz
GU	Graz-Umgebung
HF	Hartberg-Fürstenfeld
LB	Leibnitz

LE	Leoben
LI	Liezen
MU	Murau
MT	Murtal
SO	Südoststeiermark
VO	Voitsberg
WZ	Weiz

1 EXECUTIVE SUMMARY

1.1 Einleitung

Das Institut HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften der JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft wurde von Seite der Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement des Landes Steiermark mit der Erstellung eines Bedarfs- und Entwicklungsplans für pflegebedürftige Personen mit dem Planungshorizont 2025 (BEP-St 2025) beauftragt. Dieser versteht sich als Weiterentwicklung des bestehenden BEP und sollte alle notwendigen Versorgungsstrukturen entlang des zu erwartenden Bedarfs aufeinander abstimmen.

Dazu musste mittels der sehr umfangreichen Datenbasis eine Darstellung der aktuellen Versorgungssituation von Seiten der strukturellen Angebote und von Seiten der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung aufbereitet werden, die als Grundlage der Weiterentwicklung dienen sollte.

1.2 Grundlagen und Ziele der Planung

Dieser Bedarfs- und Entwicklungsplan wurde gemäß der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Artikel 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen entwickelt. Bei der Erarbeitung des vorliegenden BEP-St 2025 fanden das Steirische Pflegeheimgesetz, das Steirische Sozialhilfegesetz sowie das Pflegefondsgesetz hinsichtlich der erforderlichen Pflege, der Bedarfsdeckung und der höchstmöglichen Effizienz Beachtung.

Es erscheint notwendig, die schrittweise Umsetzung der Planvorgaben genau zu beobachten und die Auswirkungen gewissenhaft in die jeweils nächsten Umsetzungsschritte einfließen zu lassen. Dabei ist sowohl zu prüfen, ob die erfolgten Entwicklungen den Planungen entsprochen haben als auch, ob die weiter vorgesehenen Maßnahmen und Pläne auf Grundlage der aktualisierten Daten Gültigkeit bewahren oder entsprechend anzupassen sind. Dies leitet sich daraus ab, dass viele der Aspekte, die die Versorgung und den zukünftigen Bedarf determinieren, gesellschaftlicher, wirtschaftlicher und gesetzgeberischer Natur sind und daher kaum prognostisch abzubilden sind.

Der Bedarfs- und Entwicklungsplan soll die Sicherstellung einer wohnortnahen und möglichst bedarfsgerechten und gleichmäßig zugänglichen Versorgung durch die Gesamtheit aller Pflege- und Betreuungsdienstleistungsformen analog zum PFG gewährleisten. Auch die informelle Pflege und ihre zu erwartende Entwicklung fließt als ein wesentlicher Teil der Versorgungslandschaft in diese Betrachtungen mit ein.

Es sollen regionale Unterschiede in den generellen Bedürfnislagen berücksichtigt, strukturell bedingte Unterschiede jedoch weitestgehend ausgeglichen werden. Es ist ein wesentliches Ziel, dem gegebenen Planungshintergrund eine gemeinsam entwickelte Vorstellung darüber, wie zu-

künftige Versorgung strukturiert sein soll, beizustellen. Dabei werden jenen Menschen, die informelle Pflege leisten, unterstützende Strukturen zur Seite gestellt. Dies entspricht dem Ziel, den Anteil der informellen Pflege möglichst beizubehalten und aktiv zu unterstützen, da diese Versorgungsform als bedeutendes Element wahrgenommen wird.

Der Planungsgrundsatz „mobil vor stationär“ liegt einerseits im Pflegefondsgesetz begründet und entspricht andererseits auch dem Wunsch der meisten pflegebedürftigen Personen, so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung bleiben zu können und bildet ein Leitmotiv in den gesamten Überlegungen zum BEP-St 2025. Die Planung erfolgt unter Bedachtnahme auf die bestehenden Strukturen und Angebote.

Wichtige zusätzliche Aspekte, die Menschen mit Pflegebedarf oft betreffen, wurden in diesen BEP-St 2025 aufgenommen, wie die Standardisierung des Case- und Caremanagements für Pflege, die Betrachtung der notwendigen strukturellen Adaptionen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in der altersbedingten Langzeitpflege, Festlegungen zur Palliativversorgung in Pflegeheimen und zu Bedarfen fremdsprachiger pflegebedürftiger Personen.

1.3 IST-Darstellung 2013

Mit Stichtag 31.12.2013 bezogen in der Steiermark 77.950 Personen Pflegegeld in unterschiedlicher Höhe. Zieht man den informell gepflegten Anteil ab, bleiben 24.851 Personen mit Pflegegeldbezug, die formell in einer Form der mobilen, teilstationären oder stationären Langzeitversorgung betreut und/oder gepflegt wurden.

Von den 24.851 formell versorgten Personen lebten mit vorhin erwähntem Stichtag etwa 11.000 Personen in Pflegeheimen, rund 7.300 Personen wurden mobil betreut, 445 nutzten das Angebot der teilstationären Tagesbetreuung und 674 lebten in alternativen Wohnformen. Die 24-Stunden-Betreuung wurde im Jahr 2013 von 5.336 Personen in Anspruch genommen.

Der Anteil an Personen, die im Pflegeheim leben, ist in Graz mit 36,9 % am geringsten, im Murtal mit 52,1 % am höchsten. Durch mobile Betreuungs- und Pflegedienste werden 23,4 bis 34,5 % der professionell betreuten pflegebedürftigen Personen versorgt. Der Versorgungsgrad für die teilstationäre Tagesbetreuung und die alternativen Wohnformen liegt jeweils um etwa 1 %, für die stationäre Kurzzeitpflege ist er derzeit nicht abschätzbar. Der Anteil der 24-Stunden-Betreuung an der formellen Versorgung liegt zwischen 15,1 % und 23,6 %. Nur der Bezirk Hartberg-Fürstenfeld (HF) sticht hier mit 29,4 % heraus.

1.4 Methode der Planung

Die quantitativen Analysen des Bedarfs- und Entwicklungsplans basieren auf demografischen, sozioökonomischen und gesundheitsbezogenen (Pflegebedürftigkeit) Daten sowie auf den Strukturangaben und Inanspruchnahme-Erhebungen der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in der

Steiermark. Als Datenquellen dienten prognostische Daten der Landesstatistik und der Statistik Austria sowie feingranulare Leistungs- und Strukturdaten der Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement und der bundesweiten Pflegedienstleistungsstatistik.

Die SOLL-Planung beruht auf der Analyse bestehender Strukturen sowie der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten auf Ebene der politischen Bezirke und des gesamten Bundeslandes zur Ermittlung von Versorgungscharakteristika, Fehlversorgungssituationen und geeigneter Vergleichsindikatoren. Danach bildet die Pflegebedarfsprognose die Grundlage der erwarteten Inanspruchnahme von professionellen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen für den Planungshorizont 2025 differenziert nach Alterskohorten, Geschlecht, Pflegegeldstufen und politischen Wohnbezirken.

Neben der Berücksichtigung des Effekts der Kompression der Morbidität wird der Entwicklung der informellen Pflege wesentliche Bedeutung zugestanden. Dabei wird neben den Hauptfaktoren wie Sozial- und Siedlungsstruktur sowie Erwerbstätigenquote auch die angebotsinduzierte Nachfrage an Pflegedienstleistungen betrachtet. Ein zentrales Ziel der Planung ist die Schaffung von informell Pflegende unterstützendem Angebot. Demzufolge soll durch die Schaffung von Kurzzeitpflegeplätzen sowie den Ausbau der teilstationären Tagesbetreuung der prognostizierte Rückgang der informellen Pflege gedämpft werden.

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

Die Berechnungsmethodik zur stationären Langzeitpflege erfolgt durch Anpassungsmaßnahmen regionaler Über- bzw. Unterversorgungssituationen auf Ebene der bewilligten Pflegeheimbetten nach PHG und durch Berücksichtigung von Verschiebungsströmen betreuter Personen zwischen den Pflegedienstleistungsarten. Auf die richtwertbasierte Angebotsplanung stützend erfolgt die Bildung des Heimbelegungsfaktors je Bezirk und die Anpassung der Faktoren hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung sowie der Korrelation zwischen Alter und Grad der Pflegebedürftigkeit für die Steiermark.

Die Entwicklungsabschätzung der mobilen Dienste beruht auf der Prognose der zu betreuenden Personen bis 2025 und der Anpassung des durchschnittlichen Betreuungsaufwands, gemessen in Pflege- und Betreuungsstunden pro betreute Person. Die durchschnittlichen Betreuungsstunden pro Person werden auf Ebene der politischen Bezirke angepasst und generell angehoben. Die Gesamtsumme der Pflege- und Betreuungsstunden je Bezirk ergibt sich durch die Verknüpfung der berechneten Personen bis 2025 mit den angepassten Betreuungsstunden pro Person.

Die Basis zur Berechnung der alternativen Wohnformen bildet die Anzahl der betreuten Personen ab dem 60. Lebensjahr und die zur Verfügung stehenden Plätze je Bezirk zum Erhebungszeitpunkt. Zu den für das Jahr 2025 prognostizierten Personen in alternativen Wohnformen werden für die Bedarfsabschätzung zusätzlich 50 % der Personen mit einer Pflegestufe kleiner 3 aus der stationären Langzeitpflege hinzugezählt.

Die Planung für die teilstationäre Tagesbetreuung orientiert sich am Ausbau dieser Versorgung in Graz auf Basis jener Plätze, die die Qualitätskriterien des Landes erfüllen und einer erwarteten weiteren Verdoppelung der Versorgungsdichte und der Anpassung aller Regionen an dieses Niveau.

Für die Planung der Kurzzeitpflege wird der Anteil an pflegebedürftigen Personen, welche derzeit informell gepflegt werden, herangezogen. Diese Personenanzahl wird mit den Anspruchskennzahlen (14 Tage pro Jahr und Person), der Soll-Auslastung und dem festgelegten Ausbaugrad der Einrichtungen für 2025 verknüpft. Hier werden Kompensationsmöglichkeiten von heute leer stehenden Pflegebetten erwartet.

1.5 SOLL-Struktur 2025

Bis zum Jahr 2025 wird ein Anstieg auf 92.981 Personen mit Pflegegeldbezug prognostiziert. Um den Pflege- und Betreuungsbedarf dieser Personen adäquat abdecken zu können, ist eine koordinierte Erbringung der mobilen, teilstationären und stationären Dienstleistungen notwendig.

Es wird eine Zunahme der mobilen Betreuungsstunden um etwa 50 % angenommen (von ca. 1,02 Mio. Stunden im Jahr 2013 auf ca. 1,6 Mio. Stunden im Jahr 2025). Damit sind die demografischen Entwicklungen ebenso abgedeckt wie der Zusatzbedarf, der aus dem erleichterten finanziellen Zugang entstehen soll und jenem, der aus der intensiveren Betreuung je Klientin und Klient erwachsen wird.

In der stationären Pflege wird wegen der massiv gestärkten mobilen Versorgung ein geringer Zuwachs an Klientinnen und Klienten von heute ca. 11.200 auf ca. 11.500 erwartet. Dem daraus entstehenden Bedarf von ca. 12.100 Betten stehen knapp 13.000 heute schon bestehende Betten gegenüber. Diese sollen schrittweise in Kurzzeitpflegeplätze umgewandelt werden, von denen insgesamt ca. 1.420 gebraucht werden sollten.

In der Tagesbetreuung werden vorerst bis 2025 ca. 720 Plätze angestrebt, um flächendeckende Versorgung anzubieten. Allfällige weitere Maßnahmen müssen aus genauer und zeitnaher Beobachtung von Strukturentwicklung und Inanspruchnahme abgeleitet werden.

Im Bereich der alternativen Wohnformen wird eine deutliche Aufstockung um mehr als 60% auf Basis der heute bedarfsadäquat besetzten Plätze angestrebt.

Bei all diesen Formen der Langzeitpflege ist zu beachten, dass die Entwicklungen sich je nach Bezirk unterscheiden können, da auch ausgleichende Maßnahmen gesetzt werden sollen.

Der Plan strebt damit nicht nur eine bedarfsangepasste Weiterentwicklung der Strukturen an, sondern setzt auch auf eine effiziente Nutzung derselben und auf den Abbau struktureller Unterschiede in den Regionen.

2 EINLEITUNG

Die Betreuung pflegebedürftiger Personen in der Steiermark ruht auf den Säulen der mobilen, teilstationären und stationären formellen Pflege und in einem noch viel größeren Ausmaß auf der informellen Pflege, die hauptsächlich durch Familienangehörige erbracht wird. Österreichweit leben ca. 80 bis 85 % der pflegebedürftigen Personen zu Hause und werden von Familienangehörigen allein oder mit Unterstützung professioneller Dienste betreut¹.

Der Wandel gesellschaftlicher Wertvorstellungen, die Umgestaltung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen sowie die Veränderung demografischer und sozioökonomischer Faktoren verändern die Ansprüche an eine effektive, bedarfsgerechte und gut funktionierende Pflegeversorgung. Diese Einflussfaktoren führen in Österreich zu einer steigenden Nachfrage nach professioneller Pflege.

Dadurch werden eine vorausschauende Planung mit einer Vielzahl an Aspekten und die gesteuerte und koordinierte Weiterentwicklung des Pflegesektors wichtiger denn je. Die Entwicklung der finanziellen Notwendigkeiten in der Pflege führen dazu, dass der Effizienz und Effektivität in der Neugestaltung der strukturellen Gegebenheiten und dem davon abgeleiteten zukünftigen Versorgungsangebot ein hohes Maß an Aufmerksamkeit zukommen muss.

Um zu einem umfassenden Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen mit dem Zeithorizont 2025 zu gelangen, wurden die bestehenden Angebote und Einrichtungen quantifiziert sowie die Inanspruchnahme mit aussagekräftigen und planungsrelevanten Parametern analysiert. Basierend auf diesen Daten wurde eine möglichst genaue Bedarfsprognose mit sektoraler Spezifikation erstellt, um auf künftige Bedarfssituationen effizient und koordiniert reagieren zu können.

Dieser Bedarfs- und Entwicklungsplan wurde gemäß der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Artikel 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen entwickelt. Bei der Erarbeitung des vorliegenden BEP-St 2025 fand das Steirische Pflegeheimgesetz (StPHG), das Steirische Sozialhilfegesetz (SHG) sowie das Pflegefondsgesetz (PFG), hinsichtlich der erforderlichen Pflege, der Bedarfsdeckung und der höchstmöglichen Effizienz, Beachtung.

¹ vgl.: Köhler, I., Klambauer, C., 2010, S 42

3 GRUNDLAGEN DER PLANUNG

Der Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege beschreibt in einem ersten Teil den Status der gesamten Pflegeversorgung älterer Menschen in der Steiermark auf Basis der strukturellen Kennzahlen und auf Basis des Leistungsgeschehens. Dabei werden auch ergänzende Elemente, wie die 24-Stunden-Betreuung mitberücksichtigt. Daraus werden über einen prognostisch wirkenden Algorithmus unter Berücksichtigung sowohl der aktuellen Ausgangssituation als auch der sozialpolitischen Zielsetzungen die Bedarfs- und Planzahlen bis zum Jahr 2025 abgeleitet. Diese Zielsetzungen beruhen auf Analysen der demografischen Situation und Entwicklung sowie der bestehenden Versorgungsangebote.

Die regionale Darstellung erfolgt auf Ebene der einzelnen politischen Bezirke und der NUTS-III-Regionen sowie auf Ebene des gesamten Bundeslandes in unterschiedlichen Aggregationsebenen². Eine Ausnahme bilden die Bezirke Graz und Graz-Umgebung, welche gemeinsam betrachtet werden, da der Austausch zwischen diesen beiden Bezirken sehr hoch ist.

Der vorliegende BEP-St 2025 hat sich eine systematische, effiziente und effektive Weiterentwicklung der Pflegestrukturen zum Ziel gesetzt. Es erscheint notwendig, die schrittweise Umsetzung der Planvorgaben genau zu beobachten und die Auswirkungen gewissenhaft in die jeweils nächsten Umsetzungsschritte einfließen zu lassen. Dabei ist sowohl zu prüfen, ob die erfolgten Entwicklungen den Planungen entsprochen haben als auch, ob die weiter vorgesehenen Maßnahmen und Pläne auf Grundlage der aktualisierten Daten Gültigkeit bewahren oder entsprechend anzupassen sind. Hierfür ist letztlich auch die Beobachtung der Nachfragesituation essentiell. Ein laufendes Monitoring in der Phase der Umsetzung ist unabdingbar und ein sich daraus ergebendes notwendiges Abweichen von den festgelegten Planzahlen nicht grundsätzlich auszuschließen.

Durch eine bestmögliche Berücksichtigung sowie Gewichtung relevanter Einflussfaktoren, die Einbindung von Experten und die Analyse aktueller Literatur zur Pflegeversorgung soll die Treffsicherheit des Angebotes sowohl in Hinblick auf die ganze Zielgruppe als auch auf den jeweiligen individuellen Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer der personenbezogenen Dienstleistungen gewährleistet werden.

3.1 Ziele

Der Bedarfs- und Entwicklungsplan soll den Weg zur Sicherstellung einer wohnortnahen und möglichst bedarfsgerechten Versorgung durch die Gesamtheit aller Pflege- und Betreuungsdienstleistungsformen analog zum PFG beschreiben, wobei die dargestellten Strukturen für die älteren

² Die Versorgungsregionen entsprechen -analog zur Strukturplanung im Gesundheitswesen- den NUTS III - Regionen

Menschen geplant werden. Auch die informelle Pflege und ihre zu erwartende Entwicklung fließt als ein wesentlicher Teil der Versorgungslandschaft in diese Betrachtungen mit ein.

Es sollen regionale Unterschiede in den generellen Bedürfnislagen berücksichtigt, strukturell bedingte Unterschiede in der Angebotsstruktur jedoch weitestgehend ausgeglichen werden. Es ist ein wesentliches Ziel, dem gegebenen Planungshintergrund eine gemeinsam entwickelte Vorstellung darüber, wie zukünftige Versorgung strukturiert sein soll, beizustellen.

Es ist ein Ziel, jenen Menschen, die informelle Pflege leisten, unterstützende Strukturen zur Seite zu stellen und sie selbst damit zu entlasten, um sie länger im Versorgungssystem zu halten. Dahinter steht die Notwendigkeit, den Anteil der informellen Pflege möglichst beizubehalten, indem diese Versorgungsform als bedeutendes Element wahrgenommen und aktiv unterstützt wird.

Das Angebot unterschiedlicher Versorgungsformen soll flächendeckend vorgehalten werden. Dadurch wird den unterschiedlichen Vorstellungen der betroffenen Menschen, wie der Lebensabend gestaltet und die Unterstützung für sie organisiert sein soll, Rechnung getragen und ihnen die Wahl der für sie geeignetsten Versorgungsform ermöglicht. Dies schließt auch eine konsekutive Abfolge der einzelnen Betreuungsformen mit ein.

3.2 Planungsgrundsätze

Der Planungsgrundsatz „mobil vor stationär“ liegt einerseits im PFG³ begründet. Nach § 3 PFG sind die vom Fonds den Ländern und Gemeinden gewährten Zweckzuschüsse vorrangig für Maßnahmen zu verwenden, die nicht dem stationären Bereich zuzurechnen sind. Andererseits entspricht dieser Grundsatz auch dem Wunsch der meisten pflegebedürftigen Personen, so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung bleiben zu können.

Die Planung erfolgt unter Bedachtnahme auf die bestehenden Strukturen und Angebote. Das bedeutet, vorhandene Strukturen werden berücksichtigt und Veränderungen werden im Sinn von effizienter und qualitätsvoller Neuorganisation geplant. Die Weiterentwicklung, wie sie in vorliegendem Plan dargestellt ist, soll auf dem Bestehenden aufgebaut und aus diesem heraus abgeleitet werden.

Wichtige zusätzliche Aspekte, die Menschen mit Pflegebedarf oft betreffen, wurden in diesen BEP-St 2025 in qualitativ beschreibender Hinsicht mit aufgenommen. Diese sind eine Standardisierung des Case- und Caremanagements, um dafür ein flächendeckendes und möglichst bedarfsgerechtes aber auch effizientes Angebot zu schaffen, eine Betrachtung der notwendigen strukturellen Adaptionen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in der altersbedingten Langzeitpflege, Festlegungen zur Palliativversorgung in Pflegeheimen und zu Bedarfen fremdsprachiger Klientinnen und Klienten.

³ vgl.: PFG, idF vom 11.8.2014

3.3 Begriffsklärungen

Personen mit **Pflegegeldbezug** sind alle jene, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung einen ständigen Betreuungs- und Hilfsbedarf aufweisen, der voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Diese Definition aus dem Bundespflegegeldgesetz macht deutlich, dass der Pflegegeldbezug nicht grundsätzlich mit dem Alter zusammenhängt, obwohl im Regelfall mit steigendem Alter auch die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit steigt.

Der **Richtversorgungsgrad** ist im § 2a PFG definiert. Er ergibt sich aus dem Verhältnis der Anzahl der im Kalenderjahr im Rahmen der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen betreuten Personen im Bundesland 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 (PG) im Jahresdurchschnitt⁴. Die Betreuungs- und Pflegedienstleistungen umfassen Angebote der mobilen und stationären Betreuung und Pflege, der teilstationären Tagesbetreuung, der Kurzzeitpflege und alternative Wohnformen. Aufgrund der Datenlage und um eine bessere Vergleichbarkeit der einzelnen Versorgungsformen zu gewährleisten, liegt der Darstellung des Versorgungsgrades im Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege eine abgewandelte Berechnung zugrunde.

Vom Versorgungsgrad zu unterscheiden ist die **Versorgungsdichte**. Diese beschreibt die Anzahl der bewilligten Betten bzw. Plätze pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahre. Die Versorgungsdichte ist eine Kennzahl der Struktur, der Versorgungsgrad ein Merkmal der Inanspruchnahme. Dies gilt nicht für die mobilen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen, da hier keine fixen „Plätze“ zu vergeben sind, sondern die Kapazitäten flexibel an den Bedarf angepasst werden können.

Im vorliegenden BEP-St 2025 wird zwischen dem **Stichtag**, dem **Stichmonat** und der **Jahressumme** unterschieden. Der Versorgungsgrad wurde je nach Versorgungsform mit Stichtag 31.12.2013 oder mit Stichmonat Dezember berechnet (die mobile Betreuungs- und Pflegeleistungen zum Stichmonat Juni 2013).

Die Analyse der Klientinnen und Klienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner zu einem Stichtag dient der Feststellung der Über- oder Unterversorgung im jeweiligen Versorgungsangebot. Enthalten sind all jene Personen, die zum jeweiligen Stichtag in einem Vertragsverhältnis mit dem jeweiligen Dienstleistungsanbieter standen, bzw. eine Förderung bezogen. Dort, wo keine Daten zum Stichtag vorhanden sind, wird auf die Stichmonatserhebung (Monatssumme) bzw. Jahressumme der betreuten Personen zurückgegriffen.

⁴ vgl.: PFG, Fassung vom 11.8.2014

Zur **stationären Langzeitversorgung** werden Pflegeheime, Pflegeplätze und psychiatrische Familienpflegeplätze gezählt. Pflegeheime⁵ sind stationäre Einrichtungen, in welchen mehr als sechs Personen gepflegt und betreut werden. Auf Pflegeplätzen werden bis zu sechs nicht haushaltsverbandangehörige Personen im Rahmen eines Haushaltsverbandes gepflegt und betreut, auf psychiatrischen Familienpflegeplätzen werden höchstens zwei Personen betreut und gepflegt, die chronisch psychisch krank und/oder geistig behindert sind und vorwiegend psychiatrischer Betreuung bedürfen.

Das Johannes von Gott Pflegezentrum der Barmherzigen Brüder in Kainbach (GU) wird in der Planung und in den Darstellungen nicht berücksichtigt, da es sich dabei um eine Einrichtung der Sozial- und Behindertenhilfe handelt.

3.4 Personeller Bedarf

Der vorliegende BEP stellt keine unmittelbaren Prognosen zur Entwicklung der Personalzahlen im Betreuungs- und Pflegebereich der Steiermark fest. Dennoch lassen sich aus den Veränderungen der strukturellen Angebote auf allen Sektoren anhand der gesetzlich festgelegten Personalschlüssel einfach ableiten. Da sich jedoch genau diese gesetzlichen Regelungen derzeit in Überarbeitung befinden, können sich hierin Veränderungen ergeben.

Es ist angesichts der Prognosen in diesem BEP jedoch davon auszugehen, dass der personelle Bedarf bis 2025 schon allein aus dem Ausbau der Versorgungsstrukturen heraus deutlich zunehmen wird. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass schon in der Ausbildung darauf Bedacht zu nehmen ist, dass der personelle Zusatzbedarf gedeckt werden kann. Zudem steht der Bereich der Langzeitpflege in Bezug auf qualifiziertes Personal in direkter Konkurrenz zur Krankenversorgung, wo erwartungsgemäß in naher Zukunft ebenfalls zusätzliches Pflegepersonal benötigt wird. Die Nutzung freistehender personeller Kapazitäten auch aus anderen Professionen wird ebenso in Betracht zu ziehen sein, wie die Attraktivierung dieser Berufsfelder für Berufseinsteiger.

⁵ vgl.: StPHG 2003 in der Fassung vom 17.7.2014

4 DETERMINANTEN DER PFLEGE

4.1 Vorbemerkungen

Um zu einer realistischen Prognose für den Pflegebedarf bis zum Jahr 2025 zu gelangen, ist die Berücksichtigung mehrerer Faktoren ausschlaggebend. Im folgenden Kapitel werden die Determinanten der Pflege erläutert, also jene Faktoren, die sich nach gültiger fachlicher Einschätzung auf die Zahl der pflegebedürftigen Personen im Jahr 2025 auswirken werden. Zu den Determinanten der Pflege werden demografische, gesundheitliche und sozioökonomische Faktoren gezählt. Neben diesen drei Determinanten nehmen sozialpolitische und finanzielle Entscheidungen eine große Wichtigkeit ein. Gerade diese sind jedoch in ihrer jeweiligen Wirkung nur schwer einordenbar und außerdem zum heutigen Zeitpunkt großteils nicht vorhersehbar. Sie können demzufolge nicht in die Planung einfließen. Im Falle gravierender Änderungen bei den finanziellen oder rechtlichen Rahmenbedingungen sind deren Auswirkungen unbedingt zu beobachten, zu evaluieren und die Bedarfswerte gegebenenfalls anzupassen.

Die vorliegenden Überlegungen zur Weiterentwicklung der Strukturen bedingen teilweise auch ihrerseits Änderungen in den legislativen Rahmenbedingungen, vor allem in den Bereichen der Finanzierung und Anspruchsberechtigung.

Wie auch vom WIFO in Betracht gezogen⁶, wird im vorliegenden Bedarfs- und Entwicklungsplan das Konzept der „Compression of Morbidity“ berücksichtigt. Dieses Konzept geht davon aus, dass das Verhältnis der gesunden Lebensjahre zur gesamten Lebenserwartung langfristig steigt. Das bedeutet, dass Pflegebedarf zukünftig erst in höherem Alter auftritt, als dies heute der Fall ist, da sowohl die Lebenserwartung als auch die Jahre in Gesundheit steigen werden. Heute beispielsweise 70-Jährige haben also in einem höheren Ausmaß Pflegebedarf als in Zukunft 70-Jährige haben werden. Damit wird der durch die Verschiebung der Alterskohorten nach oben entstehende Zusatzbedarf in geringem Ausmaß gedämpft.

Darüber hinaus werden planerische Zielsetzungen dahingehend, für wen welche Form der Versorgung in Zukunft bereit stehen sollen, aus Expertengesprächen und gesetzlichen Vorgaben abgeleitet und in der Prognose berücksichtigt. Dies führt zu Verschiebungseffekten in der prognostizierten Inanspruchnahme und betont die integrierte Betrachtung der Funktionalitäten der einzelnen Versorgungsformen im Sinne eines ineinandergreifenden und aufeinander abgestimmten Systems.

⁶ vgl.: Mühlberger, U., Famira-Mühlberger, U, 2008, S 15

4.2 Demografie

Die Darstellung der demografischen Faktoren beinhaltet die Betrachtung der Bevölkerungsstruktur sowie die Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2025, mit Augenmerk auf die Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 75 Jahren und mehr (75+). Die Bevölkerungszahlen, die dem folgenden Kapitel zugrunde liegen, stammen von der Statistik Austria und stellen den Bevölkerungsstand zum 1. Jänner 2014 dar.

In der Steiermark lebten zu diesem Zeitpunkt 1.215.246 Personen. 110.163 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) gehören der Altersgruppe 75+ an, das entspricht 9,1 % der Gesamtbevölkerung (s. Abbildung 1). Knapp die Hälfte der Personen dieser Gruppe (45,2 %) bezieht Pflegegeld.

Zu den ältesten Bezirken zählen Leoben (LE), Bruck-Mürzzuschlag (BM), Murtal (MT) und Murau (MU) mit jeweils über 100 Personen je 1.000 EW 75+. Die jüngsten Bezirke sind Leibnitz (LB), Graz-Umgebung (GU) und Graz (G), die um jeweils 10 Personen unter dem Steiermark-Durchschnitt von rund 90 Personen je 1.000 EW in der Altersgruppe 75+ liegen. Steiermarkweit liegt der Anteil der weiblichen Bevölkerung über 75 Jahren bei 62,7 %, der männliche Anteil bei 37,3 %.

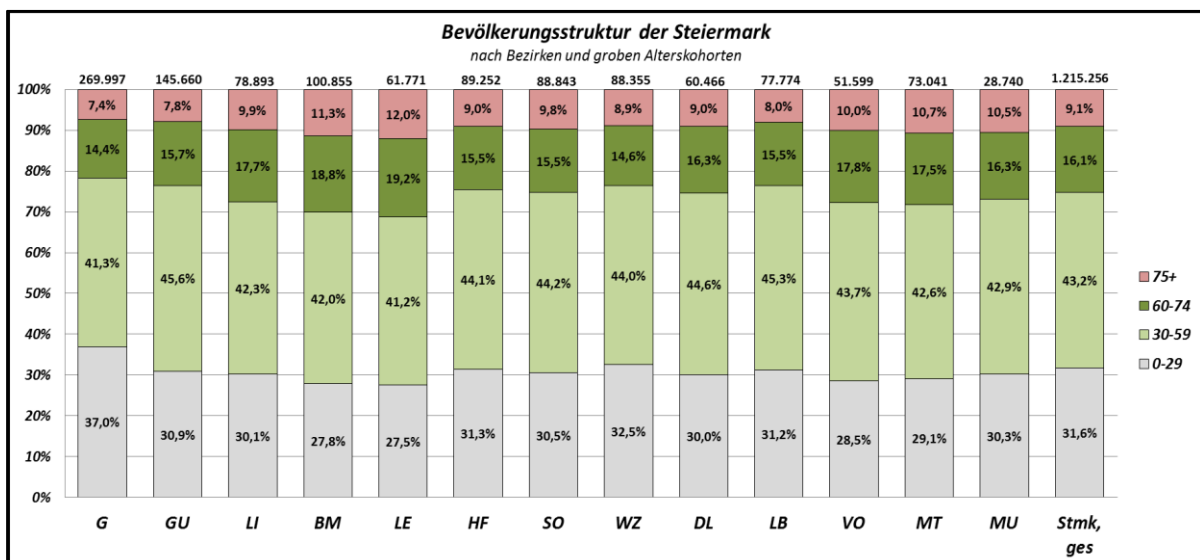


Abbildung 1: Bevölkerungsstruktur der Steiermark

4.2.1 Demografische Entwicklung

Die steirische Bevölkerung wird bis zum Jahr 2025 insgesamt um 2,1 % zunehmen, wobei im Bezirk Graz-Umgebung mit einem Bevölkerungsanstieg um 11,4 % zu rechnen ist. Auch die Bezirke Leibnitz (+4,5 %) und Graz-Stadt (+4,1 %) werden überdurchschnittlich wachsen, während in Leoben (-4,8 %) und Murau (-5,7 %) die Bevölkerungszahlen deutlich rückläufig sind. In Bruck-Mürzzuschlag und Murtal und auch in Liezen ist mit einem leichteren Bevölkerungsrückgang zu rechnen, in den restlichen Bezirken mit geringfügigen Zuwächsen.

Der Anteil der Personen der Altersgruppe 75+ erhöht sich im selben Zeitraum um 24,4 % (siehe Abbildung 2). Im Jahr 2025 werden 11,0 % der steirischen Bevölkerung dieser Altersgruppe angehören.

ren, das sind 137.032 Personen. Auch hier wird die höchste Zunahme mit 41,5 % im Bezirk Graz-Umgebung stattfinden, gefolgt von Graz und Leibnitz. Der geringste Zuwachs ist in Leoben und Murau zu erwarten und beträgt dort etwa 10,0 %. Diese heute älteren Bezirke sind in ihrer Entwicklung etwas voraus und bremsen sich nun gegenüber den heute jüngeren Bezirken ein. Die Folge davon ist eine Angleichung der Altersstrukturen zwischen den Bezirken bis 2025.

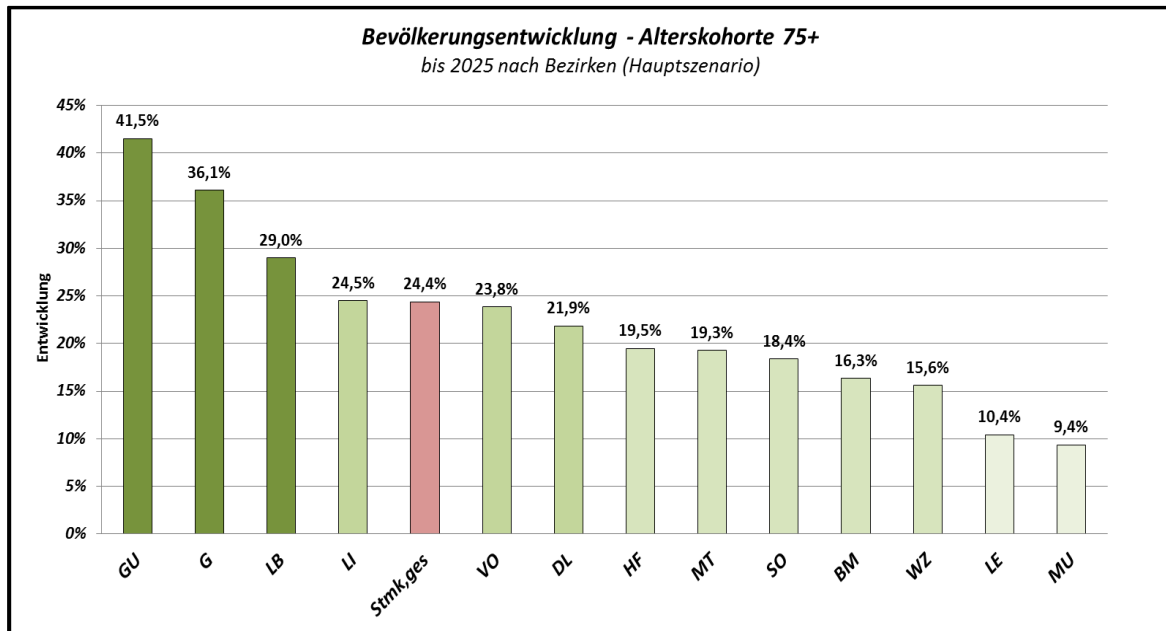


Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung bis 2025 - Alterskohorte 75+

4.3 Pflegebedarf

Für die Entwicklung und Abschätzung des Pflegebedarfs abseits der demografischen Veränderung dient die PflegegeldEinstufung als Näherung. Daher werden Alter und Pflegestufe der Bevölkerung im Jahr 2013 im ganzen Bundesland sowie pro Bezirk abgebildet und die Entwicklung der Personen mit Pflegegeldbezug bis 2025 abgeschätzt. Da sich der Gesundheitszustand der älteren Personen sehr heterogen darstellt⁷ und auch der im PFG⁸ beschriebene Versorgungsgrad auf das Pflegegeld Bezug nimmt, bildet der Pflegegeldbezug bzw. die PflegegeldEinstufung den Ausgangspunkt für die Abschätzung pflegebedürftiger Personen. Je nach Versorgungsangebot wird die Altersgruppe 65+ bzw. 75+ betrachtet.

Im Jahr 2013 bezogen 77.950 Personen (6,4 %) der steirischen Bevölkerung Pflegegeld unterschiedlicher Pflegegeldstufen. Etwa 64 % davon waren in der Altersgruppe 75+ (s. Abbildung 3). Die Zahl der Personen mit Pflegegeldbezug in der Steiermark stieg zwischen 2006 und 2013 stetig an, im Schnitt um 2,4 % pro Jahr.

⁷ vgl.: Winkler et al, 2012, VI

⁸ vgl.: PFG, idF vom 11.8.2014

Der Anteil der Personen mit Pflegegeldbezug je 1.000 EW in der Altersgruppe 75+ lag bei 452 Personen. Das bedeutet, nahezu jede zweite Person, die 75+ Jahre alt war, bezog Pflegegeld. Den höchsten Anteil an Personen mit Pflegegeldbezug wiesen die Bezirke Voitsberg (VO), Leibnitz (LB) und Deutschlandsberg (DL) auf, der niedrigste Anteil ist in Liezen (LI), Weiz (WZ) und Graz (G) zu finden.

Eine vergleichbare Verteilung findet sich auch bei der Analyse der Personen mit Pflegegeldbezug an der Gesamtbevölkerung. Dieser lag 2013 zwischen 5,4 % (WZ) und 8,5 % (VO).

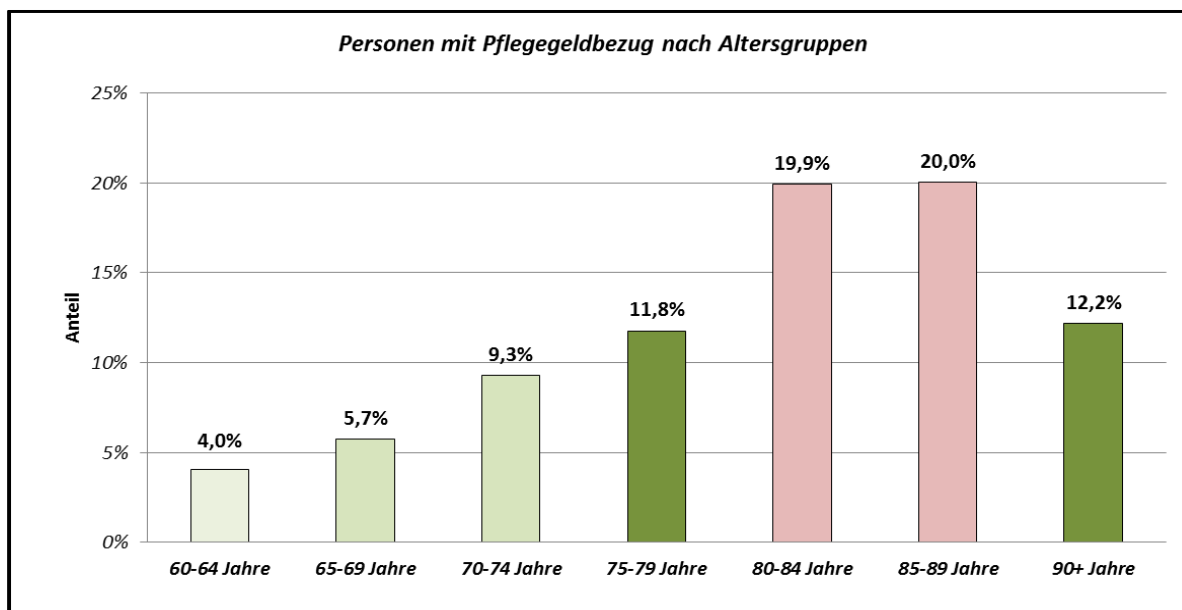


Abbildung 3: Personen mit Pflegegeldbezug nach Altersstufen 2013

Im österreichweiten Vergleich wies die Steiermark mit 6,2 % den höchsten Anteil an Personen mit Pflegegeldbezug auf, gefolgt von Burgenland (6,1 %) und Kärnten (6,0 %). Das Bundesland mit dem geringsten Anteil an Personen mit PG-Bezug war Tirol mit 4,2 %. Diese Verteilung korrelierte nur bedingt mit dem Alter der Bevölkerung. Die Steiermark war nach dem Burgenland und Kärnten das drittälteste Bundesland. Der Anteil der Bevölkerung 75+ gemessen an der Gesamtbevölkerung lag hier bei knapp 9 %, im Burgenland sind 9,8 % der Bevölkerung älter als 75 Jahre. Starke Unterschiede waren innerhalb der Steiermark in der Entwicklung der Zahl der Personen mit Pflegegeldbezug festzustellen. Der Anstieg betrug zwischen 2006 und 2013 in Graz-Umgebung 42,7 %, während er in Voitsberg bei 9,2 % lag. Bundeslandweit nahm der Anteil der Personen mit Pflegegeldbezug in diesem Zeitraum um 18,1 % zu.

4.3.1 Verteilung der Pflegegeldstufen

Die Verteilung der Pflegegeldstufen zeigt, dass 2013 knapp die Hälfte der Bezieher Pflegegeld der Stufen 1 und 2 erhielten. Der Vergleich mit der gesamtösterreichischen Verteilung erfolgt mit Stichtag 31.12.2013 (s. Abbildung 4). Auffallend ist, dass der Anteil der Personen mit Pflegegeldstu-

fen 1 und 2 in der Steiermark niedriger war als im österreichischen Durchschnitt, in allen anderen Pflegegeldstufen war der Anteil jedoch höher.

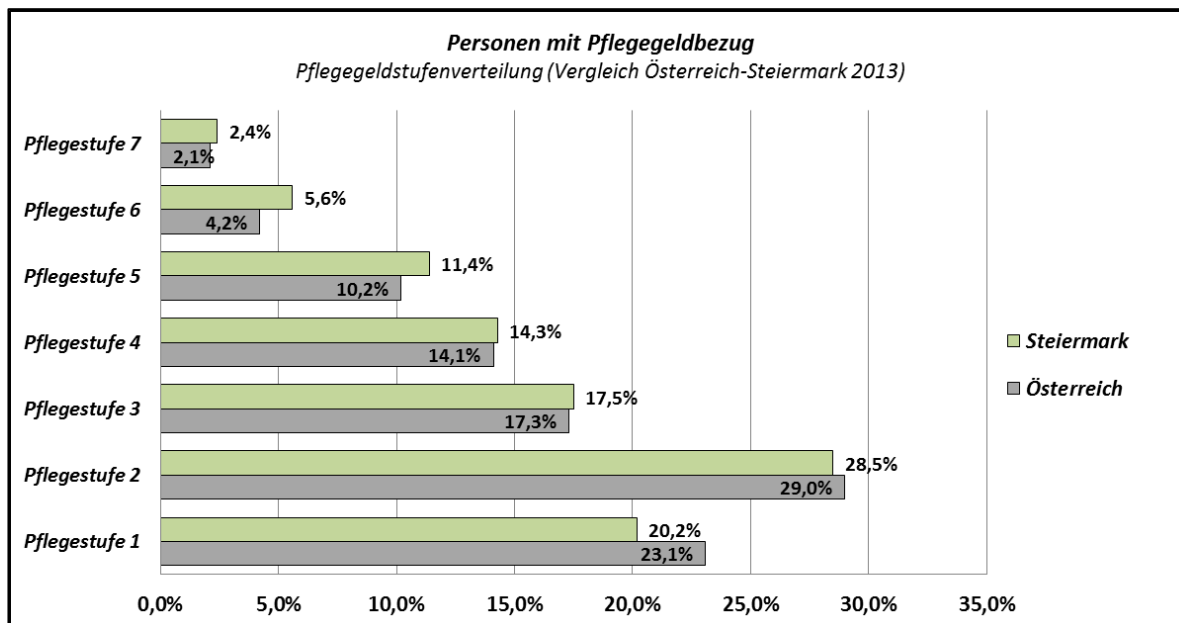


Abbildung 4: Verteilung der Pflegegeldstufen im Vergleich Österreich-Steiermark 2013⁹, eigene Darstellung

4.3.2 Versorgungsgrad

Die informelle Pflege hatte den größten Anteil in der Versorgung pflegebedürftiger Personen. 14,2 % der Personen mit Pflegegeldbezug wurden in der stationären Langzeitpflege versorgt und ein relativ hoher Anteil der pflegebedürftigen Personen (6,9 %) nahm die 24-Stunden-Betreuung in Anspruch. Nicht abgebildet sind die mobile Hospiz- und Palliativbetreuung und die Versorgung durch den mobilen Kinderkrankenpflegedienst. Abbildung 5 zeigt die Relation aller professionell versorgten Personen zu den Personen mit Pflegegeldbezug.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass es im Bereich der informellen Pflege und den mobilen bzw. teilstationären Angeboten zu Überlappungen wegen Doppelzählungen kommt, da diese Versorgungsformen ja auch kombiniert werden können. Aufgrund der bestehenden und diesen Analysen zugrunde liegenden Datenlage sind diese Überlappungen aber nicht quantifizierbar. Daher wird von der Gruppe jener Personen gesprochen, die ausschließlich informell gepflegt werden, ohne Zuhilfenahme formeller unterstützender Angebote. Diese Gruppe entspricht 68,1 % aller Pflegegeldbezieher.

⁹ vgl.: Statistik Austria, Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher Ende 2013

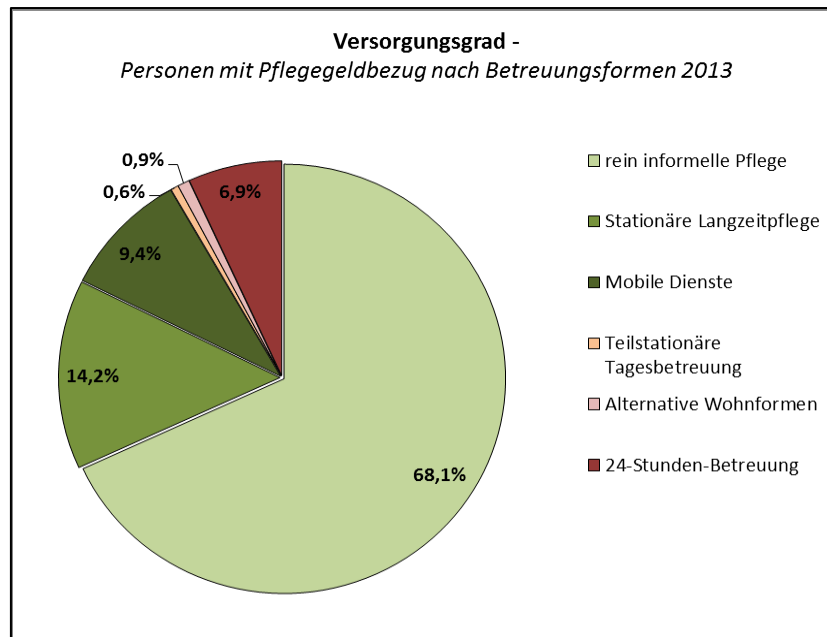


Abbildung 5: Versorgungsgrad: Anteil an Personen mit Pflegegeldbezug nach Betreuungsformen 2013

4.4 Sozioökonomie

Sowohl die Haushaltsformen als auch die Erwerbstätigkeit sind Determinanten, die das Ausmaß der informellen Pflege beeinflussen. In der Abschätzung des zukünftigen Pflegebedarfes wird sowohl die Haushaltsstruktur als auch die Frauenbeschäftigungsquote berücksichtigt, da diese Faktoren die Kapazitäten für die informelle Pflege beeinflussen. Ein Anstieg bei der Zahl der Einpersonenhaushalte und eine Erhöhung der Frauenarbeitsquote führen zur Reduktion des familiären Pflegepotentials und erhöhen die Nachfrage nach formeller Pflege¹⁰. Demgegenüber führt jedoch steigende Arbeitslosigkeit bzw. der Rückzug vom Arbeitsmarkt zu einem Freiwerden von informellem Pflegepotenzial und zu einem Anstieg der informellen Pflegeleistungen. Die Unwägbarkeiten dieser Entwicklungen machen entsprechende Prognosen schwierig.

4.4.1 Haushaltsgrößen

Im Jahr 2011 lag die Anzahl der Einpersonenhaushalte in der Steiermark bei 176.066. Gemessen an der Gesamtzahl der Privathaushalte (512.586) sind das 34,4 %. In Graz war der Anteil mit 46,3 % (59.602) am höchsten, gefolgt von Leoben (39,5 %) und Bruck-Mürzzuschlag (35,6 %). Der niedrigste Anteil an Einpersonenhaushalten befand sich in der Südoststeiermark (SO), hier betrug er ein Viertel der Privathaushalte (8.167). Die Entwicklung der Einpersonenhaushalte bis 2025 zeigt in fast allen steirischen Bezirken nach oben. In absoluten Zahlen werden die Einpersonenhaushalte nur in den Bezirken Bruck-Mürzzuschlag und Leoben abnehmen. Der Anstieg der Anzahl der Einper-

¹⁰ vgl.: Firgo, Famira-Mühlberger, 2014, S. 106

sonenhaushalte bis 2025 liegt steiermarkweit bei 9,0 %, das würde dann 35,8 % der Privathaushalte entsprechen.

4.4.2 Erwerbstätigkeit

Zweiter bestimmender Faktor zur Prognose der informellen Pflege ist die Erwerbstätigkeit. Nachdem 80 % der pflegebedürftigen Personen von weiblichen Angehörigen betreut werden¹¹, hat vor allem die Frauenerwerbsquote Relevanz. Im Jahr 2011 waren 294.449 der 30- bis 64-jährigen Frauen erwerbstätig, das entspricht 67,4 %. Der höchste Anteil ist in Weiz zu finden (71,5 %), der niedrigste in Leoben (63,1 %), die Verteilung ist also relativ homogen.

Mehr als 50 % der informell pflegenden Frauen sind zwischen 40 und 60 Jahre alt, 37 % sind über 60 Jahre alt¹². Die Zahl der erwerbstätigen Frauen steigt wegen des beginnenden Angleichs des Frauenpensionsalters an jenes der Männer bis 2025 vor allem in der Altersgruppe der 55 – 60-Jährigen, was das Potenzial für die informelle Pflege senken wird. Allerdings bleibt andererseits die wirtschaftliche Entwicklung, als möglicher bremsender Faktor – nämlich bei wirtschaftlicher Stagnation oder geringfügigen Steigerungsraten - abzuwarten.

¹¹ vgl.: Firgo, Famira-Mühlberger, 2014, S. 92

¹² vgl.: Firgo, Famira-Mühlberger, 2014, S. 92

5 BESTEHENDE PFLEGEVERSORGUNG 2013

Im folgenden Kapitel wird die aktuelle Situation der verschiedenen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen abgebildet. Dabei wird sowohl die jeweilige Struktur dargestellt als auch die Inanspruchnahme, basierend auf den Daten des Jahres 2013.

Der Anteil der formellen Pflege umfasst mobile und stationäre Pflege- und Betreuungsdienstleistungen, Kurzzeitpflege¹³, teilstationäre Tagesbetreuung, und alternative Wohnformen. Eine teilweise Überschneidung der nicht-vollstationären Versorgungsformen mit der informellen Pflege ist nicht auszuschließen, weswegen die Angaben nicht ganz exakt sein können.

Abgebildet wird im folgenden Kapitel auch die 24-Stunden-Betreuung. Diese ist zwar nicht planbar, hat aber Einfluss auf die Versorgungswirksamkeit und wird auch im Versorgungsgrad mitberücksichtigt.

5.1 Kurzüberblick

Mit Stichtag 31.12.2013 bezogen 77.950 Personen Pflegegeld in unterschiedlicher Höhe. Zieht man den informell gepflegten Anteil ab, bleiben 24.851 Personen mit Pflegegeldbezug, die formell versorgt wurden. Davon lebten mit vorhin erwähntem Stichtag etwa 11.000 Personen in Pflegeheimen, rund 7.300 Personen wurden mobil betreut, 445 nutzten das Angebot der teilstationären Tagesbetreuung und 674 lebten in alternativen Wohnformen. Die 24-Stunden-Betreuung wurde im Jahr 2013 von 5.336 Personen in Anspruch genommen.

Der Anteil an Personen, die im Pflegeheim leben, ist in Graz mit 36,9 % am geringsten, im Murtal mit 52,1 % am höchsten (s. Abbildung 6). Durch mobile Betreuungs- und Pflegedienste werden 23,4 bis 34,5 % der professionell betreuten pflegebedürftigen Personen versorgt. Der Anteil der 24-Stunden-Betreuung an der formellen Versorgung liegt zwischen 15,1 % und 23,6 %. Nur der Bezirk Hartberg-Fürstenfeld (HF) sticht hier mit 29,4 % heraus.

¹³ Für dieses Versorgungsangebot liegen keine Daten zur Inanspruchnahme vor

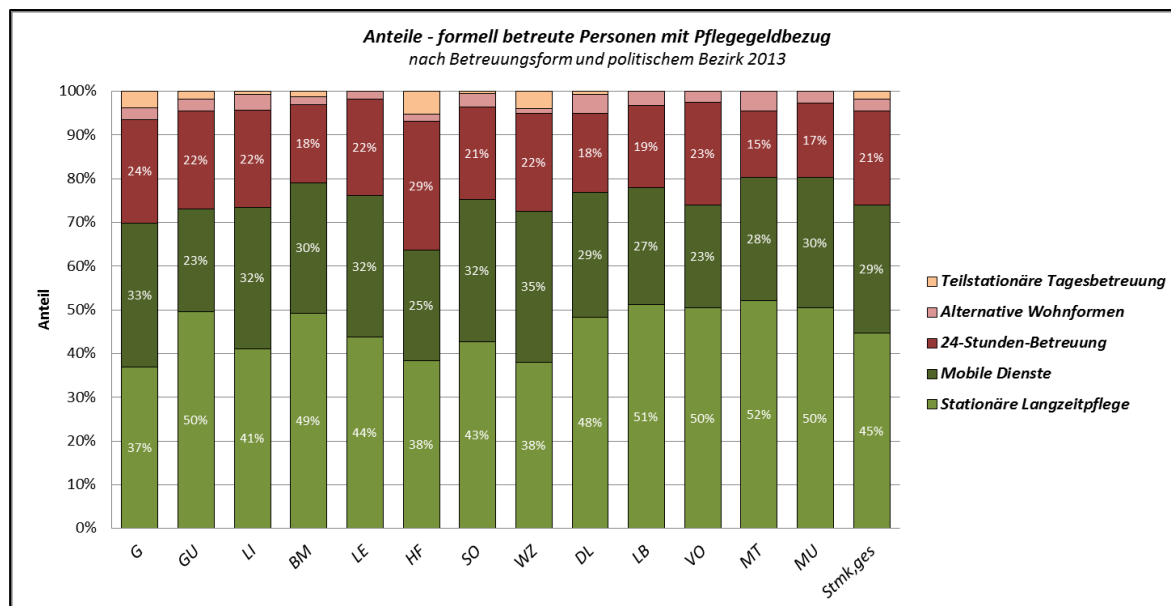


Abbildung 6: Formell betreute Personen nach Betreuungsform und politischem Bezirk

5.2 Mobile Betreuungs- und Pflegedienste

Im Rahmen der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste versorgen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP), Fach- und Diplom-Sozialbetreuerinnen und Fach- und Diplom-Sozialbetreuer Altenarbeit (FSBA) bzw. Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (PH) sowie Heimhilfen (HH) pflege- und betreuungsbedürftige Personen daheim. Auf diese Art unterstützen sie einerseits pflegende Angehörige bei der Bewältigung der Pfl egetätigkeit zu Hause und übernehmen andererseits die Pflege und Betreuung bei alleinstehenden Klientinnen und Klienten.

Zu den statistischen Auswertungen sind folgende Einschränkungen zu beachten. Hausbesuche werden je Träger unterschiedlich dokumentiert. Allen Trägern gemein ist, dass die Bedarfsabklärung bzw. das Assessment sowie das jährliche Re-Assessment ausschließlich von DGKP durchgeführt werden. Das führt in der Auswertung zu hohen Fallzahlen der Besuche dieser Berufsgruppe.

5.2.1 Strukturdarstellung

Mobile Betreuungs- und Pflegedienste werden in der Steiermark von fünf Trägerorganisationen erbracht (Caritas der Diözese Graz-Seckau, Landesverband Steiermark des Roten Kreuzes, Hilfswerk Steiermark GmbH, Volkshilfe Steiermark GmbH und SMP – Verein Sozialmedizinischer Pflegedienst-Hauskrankenpflege Steiermark). Insgesamt waren mit Stichtag 31.12.2013 1.666 Personen bei mobilen Betreuungs- und Pflegediensten beschäftigt. In Vollzeitäquivalenten (VZÄ) entspricht das rund 1.028 Dienstposten. Ein Drittel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Heimhilfen, rund 36 % PH und rund 30 % gehören der Berufsgruppe der DGKP an.

5.2.2 Inanspruchnahme

In der Steiermark wurden im Jahr 2013 insgesamt 15.110 Personen zumindest kurze Zeit durch mobile Betreuungs- und Pflegedienste versorgt. Die Anzahl der längerfristig betreuten Personen zum Stichmonat Juni 2013 betrug steiermarkweit 8.367. Davon bezogen ca. 12,7 % kein Pflegegeld (davon 28,9 % wegen gerade laufender Pflegegeldanträge). In Summe bezogen 49,8 % aller Klientinnen und Klienten der mobilen Dienste in der Steiermark im Stichmonat Juni 2013 die Pflegegeldstufen 0, 1 oder 2.

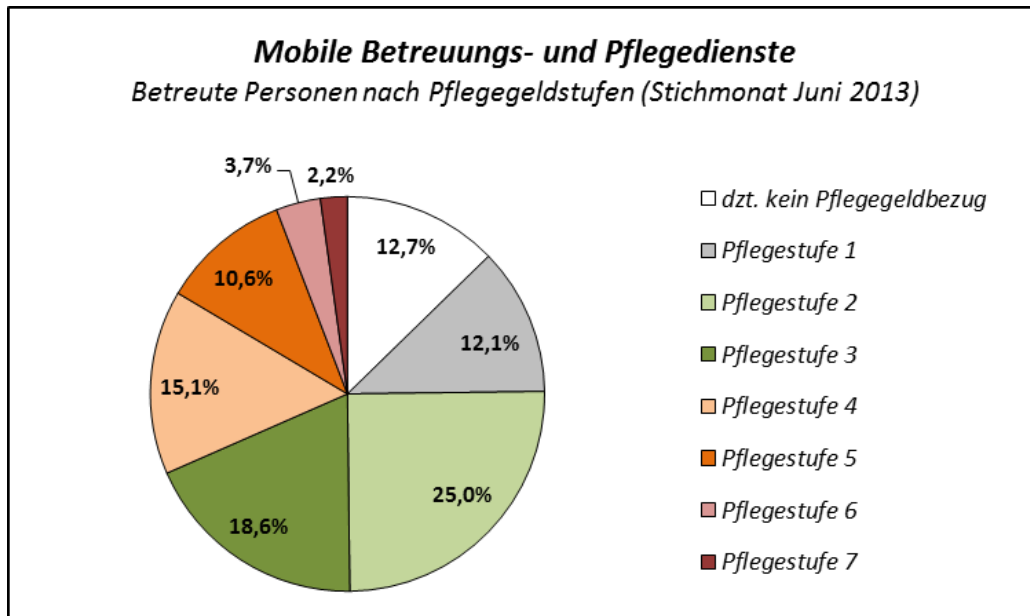


Abbildung 7: Mobile Betreuungs- und Pflegedienste - betreute Personen nach Pflegegeldstufen

Etwas mehr als zwei Drittel der betreuten Personen sind Frauen und die meisten Klientinnen und Klienten (62,4 %) sind in der Alterskohorte derjenigen zu finden, die 80 Jahre oder älter sind. 28,1 % befinden sich in der Gruppe der Personen zwischen 65 und 79 Jahren.

Für den regionalen Vergleich wurde der Versorgungsgrad auf Ebene der politischen Bezirke gebildet, alle betreuten Personen mit Pflegegeldbezug (7.304 Personen zum Stichmonat Juni 2013) wurden miteinbezogen.

Besonders hoch ist der mobile Versorgungsgrad in den Bezirken Weiz (11,6 %), Liezen (11,6 %) und der Südoststeiermark (10,9 %), einen sehr niedrigen mobilen Versorgungsgrad weisen die Bezirke Voitsberg (6,1 %) und Leibnitz (7,7 %) auf (s. Abbildung 8). In der Verteilung der Pflegegeldstufen fällt auf, dass in den Bezirken Leibnitz, Hartberg-Fürstenfeld und Weiz sehr viele Klientinnen und Klienten (über 37,0 %) mit höheren Pflegegeldstufen (über Stufe 3) durch mobile Betreuungs- und Pflegedienste versorgt werden. Bei diesem Vergleich weisen die Bezirke Bruck-Mürzzuschlag, Murtal und Liezen die niedrigsten Anteile auf.

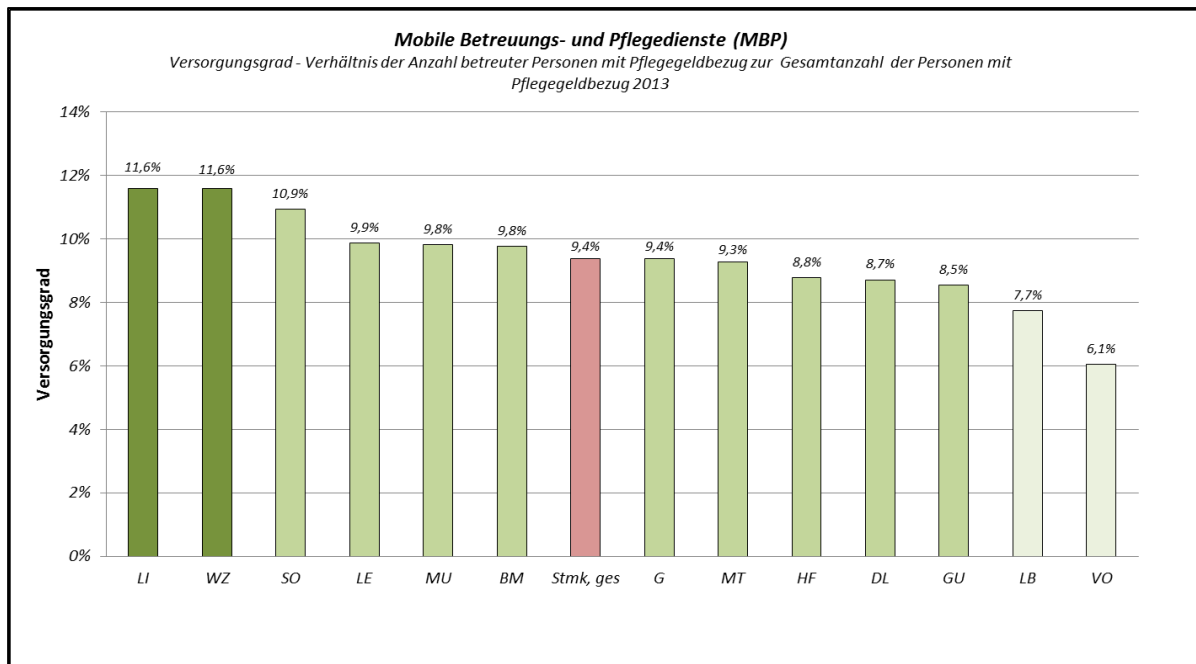


Abbildung 8: Mobile Betreuungs- und Pflegedienste - Versorgungsgrad

Bei der Betrachtung der Versorgungsdichte zeigt sich, dass in der Südoststeiermark mit 87 betreuten Personen je 1.000 EW 75+ die meisten Personen mobil versorgt werden, in Voitsberg mit 55 die wenigsten Personen je 1.000 EW 75+. Der Durchschnitt liegt in der Steiermark bei ca. 76 durch mobile Betreuungs- und Pflegedienste versorgten Personen je 1.000 EW 75+.

Ein wesentlicher Indikator der Versorgungswirksamkeit ist die Anzahl an erbrachten Pflege- und Betreuungsstunden je Klientin und Klient im Jahr 2013 auf Ebene der steirischen Bezirke bezogen auf die Gesamtanzahl der im Jahr 2013 erbrachten Pflege- und Betreuungsstunden und die Gesamtanzahl der Klientinnen und Klienten in der Jahressumme. Der Vergleich zeigt eine, mit knapp über 70 Stunden pro Klientin und Klient, höhere Anzahl im Großraum Graz, in den Bezirken Leibnitz und Weiz, sowie in der westlichen Obersteiermark. In den Regionen der östlichen Obersteiermark, der Oststeiermark sowie im Bezirk Liezen liegt die Anzahl lediglich knapp über 60 Stunden pro Klientin und Klient pro Jahr. Der Durchschnitt liegt in der Steiermark bei ca. 68 Pflege- und Betreuungsstunden je Klientin und Klient.

Zur weiteren Analyse der Inanspruchnahme der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste dient sowohl die Anzahl der Hausbesuche pro Klient als auch die durchschnittliche Dauer eines Hausbesuches. Die Anzahl der Hausbesuche je Klientin und Klient variiert zwischen 78 und 121 Besuche pro Jahr, die Dauer liegt zwischen 34 und 51 Minuten pro Besuch. Die unterschiedliche Dauer je Hausbesuch wird auch durch die Berufsgruppe mitbestimmt, da je Berufsgruppe unterschiedliche Tätigkeiten mit unterschiedlichem Zeitbedarf durchgeführt werden. Eine hohe Anzahl an Hausbesuchen, aber jeweils mit geringer Dauer, erfolgt in Graz und Leoben. Umgekehrt finden wenige Hausbesuche je Klientin und Klient in Murau statt, diese sind im Durchschnitt aber jeweils 50 Minuten lang. Der Bezirk Weiz liegt nicht nur im Versorgungsgrad vorne, er ist auch der Bezirk in welchem die

längsten Hausbesuche stattfinden. Allerdings finden in Weiz auch die wenigsten Besuche je Klientin und Klient statt.

Leoben weist zwar eine geringere Versorgungsdichte und einen niedrigen Versorgungsgrad auf, allerdings finden viele Hausbesuche je Klientin und Klient statt. Voitsberg liegt in allen Bereichen im unteren Feld. Es zeigt nicht nur den niedrigsten Versorgungsgrad und die niedrigste Versorgungsdichte, es werden hier auch relativ wenige Hausbesuche je zu betreuender Person durchgeführt. Die durchschnittliche Dauer der Hausbesuche liegt im Mittelfeld.

Auch wenn die Zahlen aufgrund unterschiedlicher Dokumentationsmodi mit Einschränkungen zu betrachten sind, stellt sich die Versorgungssituation heterogen dar. Je nachdem, in welchem Bezirk mobile Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in Anspruch genommen wird, variiert sowohl die Besuchsdauer als auch die -frequenz.

5.3 Stationäre Langzeitversorgung

5.3.1 Strukturdarstellung

Zur stationären Langzeitpflege standen zum Stichtag 347 Einrichtungen mit 13.499 Plätzen nach StPHG zur Verfügung. Darunter befinden sich 219 Pflegeheime mit 13.133 bewilligten Plätzen. Knapp ein Viertel dieser Einrichtungen verfügt über bis zu 29 Plätze. Die meisten Pflegeheime (37 %) haben eine Größenklasse zwischen 30 und 59 bewilligten Plätzen. An 66 Pflegeplätzen können insgesamt 243 Personen versorgt werden und an 62 Standorten stehen psychiatrische Familienpflegeplätze mit insgesamt 123 Betten zur Verfügung. Zum Stichtag 31.12.2013 war in all diesen Einrichtungen Personal im Ausmaß von 5.026 Vollzeitäquivalenten angestellt.

Zum bundeslandweiten Vergleich dient wieder die Versorgungsdichte, das sind die nach StPHG bewilligten Plätze pro 1.000 EW ab 75 Jahren (s. Abbildung 9). Da psychiatrische Familienpflegeplätze steiermarkweit nicht flächendeckend angeboten werden, werden diese Plätze für den Vergleich der Versorgungsdichte nicht berücksichtigt. Die Versorgungsdichte im Großraum Graz von etwas über 122 Betten je 1.000 EW 75+ entspricht dem Steiermark-Durchschnitt. Die Unterschiede zwischen den restlichen Bezirken sind verhältnismäßig groß. In Murau und im Murtal liegt die Versorgungsdichte bei 151,8 bzw. 142,6 Betten, in Weiz ist sie am niedrigsten mit 85,2 Plätzen. Dass die Versorgungsdichte nicht von den topografischen Gegebenheiten abhängt, wird beim Vergleich der Bezirke Murau und Liezen deutlich, in welchen ähnliche topografische Ausgangsbedingungen vorherrschen, jedoch eine unterschiedlich hohe Bettenanzahl zur Verfügung steht. In Murau sind dies 151,8 und in Liezen 101,8 Betten pro 1.000 EW 75+.

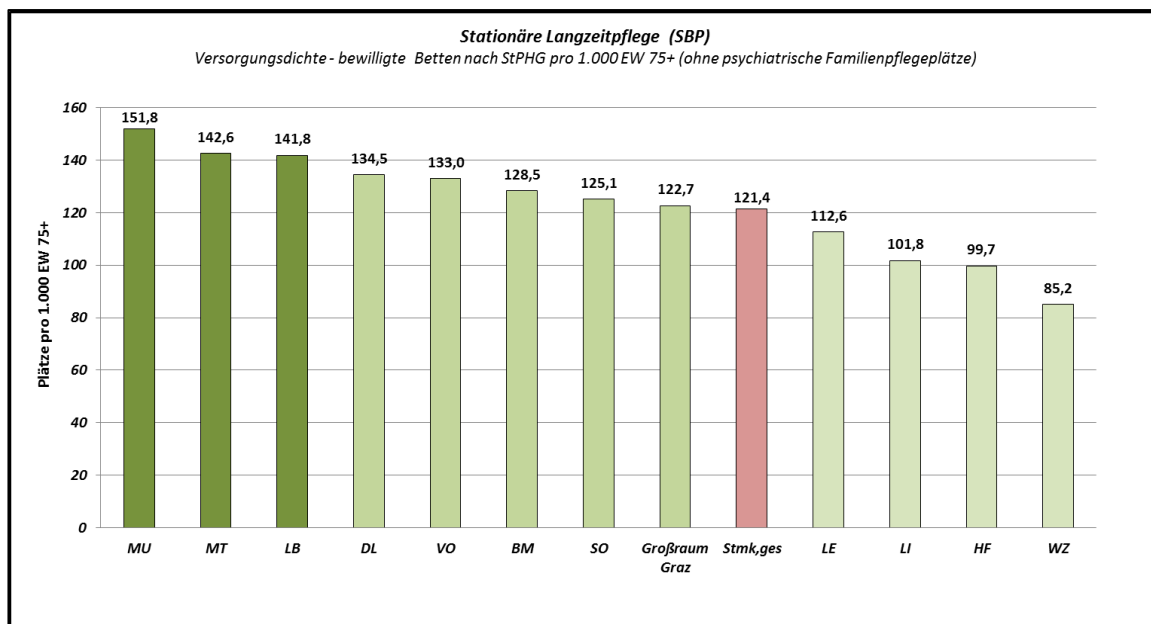


Abbildung 9: Stationäre Langzeitpflege - Versorgungsdichte

5.3.2 Inanspruchnahme

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 13.396 Personen mit Unterstützung der Sozialhilfe und weitere 3.857 Personen ohne Zuschussung der Kosten durch die Sozialhilfe in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen versorgt. Auf Stichtagsbasis lebten 11.203 Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen, Pflegeplätzen oder psychiatrischen Familienpflegeplätzen. Bei einer gesamt zur Verfügung stehenden Bettenzahl von 13.499 bedeutet dies, dass die Auslastung zum Stichtag 82,9 % betrug.

Von den 11.203 in Langzeitrichtungen lebenden Personen bezogen lediglich 111 der Bewohnerinnen und Bewohner kein Pflegegeld. Diese wurden im Versorgungsgrad nicht berücksichtigt. Im Steiermark-Durchschnitt werden etwa 14,2 % der Personen mit Pflegegeldbezug stationär versorgt (s. Abbildung 10). Über diesem Durchschnitt liegen die Bezirke Murtal (17,2 %), Murau und Bruck-Mürzzuschlag (jeweils etwa 16 %). Im Großraum Graz werden 13,2 % der Personen mit Pflegegeldbezug stationär versorgt, den niedrigsten Anteil weist der Bezirk Weiz auf. Die Varianzen bei den Versorgungsgraden sind über die Bezirke hinweg relativ homogen. Der bestehende Leerstand deutet insgesamt auf eine Vollversorgung mit Pflegebetten in der Steiermark hin.

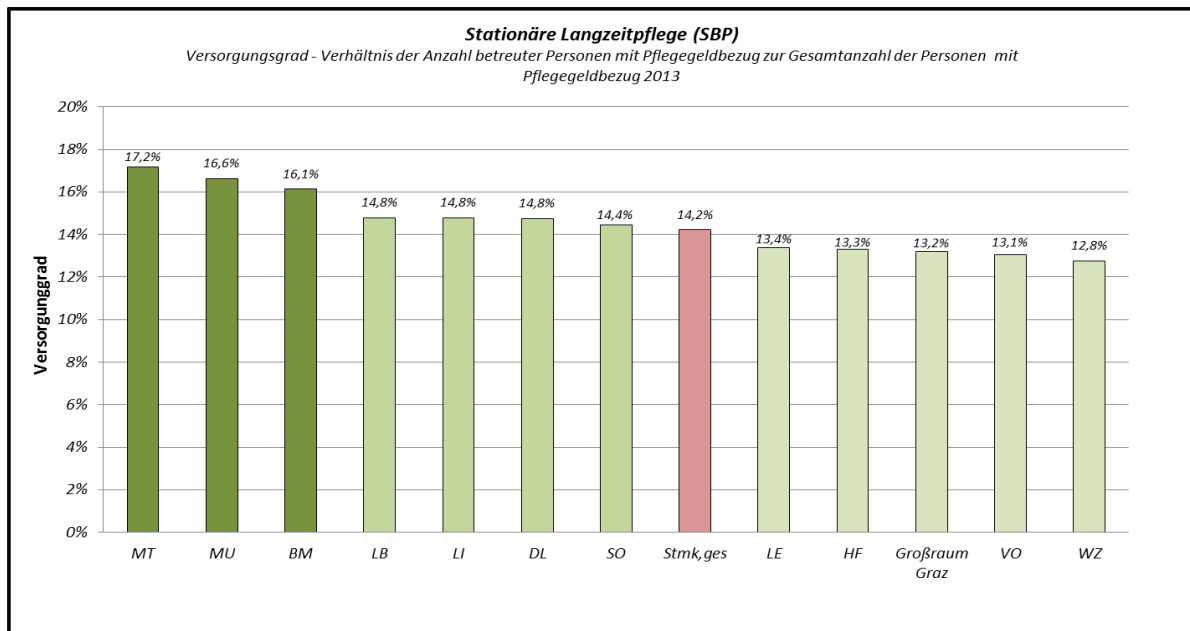


Abbildung 10: Stationäre Langzeitpflege - Versorgungsgrad

In der Betrachtung der Pflegestufen der betreuten Personen wird deutlich, dass Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegegeldstufen 4 und 5 überwiegen, diese machen gemeinsam mehr als die Hälfte der stationär versorgten Personen aus. 13 % der Bewohnerinnen und Bewohner beziehen Pflegegeld der Stufen 0, 1 oder 2 und 19 % der Bewohnerinnen und Bewohner beziehen Pflegegeld der Stufen 6 und 7.

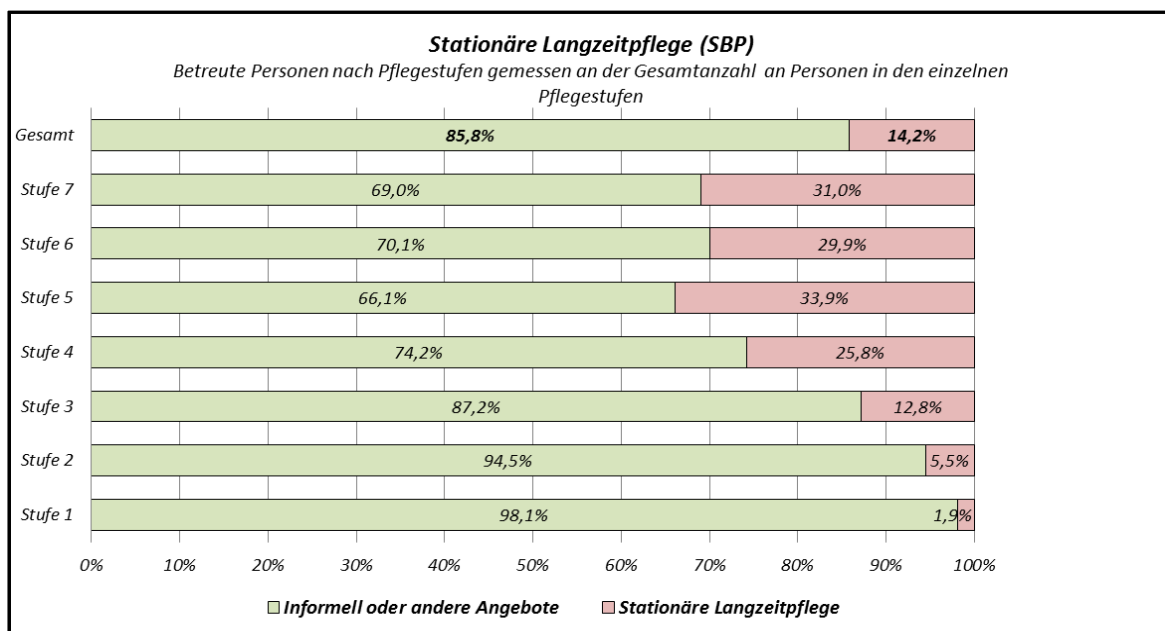


Abbildung 11: Stationäre Langzeitpflege: Betreute Personen gemessen an allen Personen mit Pflegegeldbezug nach Pflegegeldstufen

Die Geschlechterverteilung variiert innerhalb der Pflegegeldstufen. In der Gruppe der Personen mit Pflegegeldbezug der Stufe 1 sind mehr als 40 % männlich. Dieser Anteil sinkt mit der Höhe der Pflegestufen und beträgt in den Pflegegeldstufen 5 und 7 jeweils 23 %.

Die Analyse der Pflegegeldstufen der stationär betreuten Personen auf Bezirksebene macht vor allem zwei Details deutlich: der Anteil an Personen, die stationär betreut werden, aber kein Pflegegeld beziehen, ist im Bezirk Deutschlandsberg am höchsten. Und in Murau gibt es zum Steiermark-Durchschnitt die größten Differenzen in den Pflegegeldstufen 6 und 7. Deutlich weniger Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtung weisen diese hohen Pflegegeldstufen auf. Beim Vergleich der in stationärer Langzeitpflege bzw. anders betreuten Personen nach Pflegegeldstufe zeigt sich, dass die höchste Wahrscheinlichkeit in stationärer Langzeitpflege zu sein, in der Pflegegeldstufe 5 auftritt, die Stufen 6 und 7 liegen darunter (s. Abbildung 11).

5.4 Teilstationäre Tagesbetreuung

Die teilstationäre Tagesbetreuung beinhaltet die Betreuung älterer und pflegebedürftiger Personen an einem oder mehreren Werktagen und dient somit auch der Entlastung pflegender Angehöriger. Dabei wird die Betreuung in den Vordergrund gestellt, Pflegeleistungen sind zumeist auf jene Tätigkeiten beschränkt, die im Verlauf des Tages erforderlich sind (z.B. bei der Nahrungsaufnahme).

5.4.1 Strukturdarstellung

Teilstationäre Tagesbetreuung wurde im Jahr 2013 an 28 Standorten (inkl. einem Tageshospiz mit 6 Plätzen) mit insgesamt 336 zur Verfügung stehenden Plätzen angeboten. Diese Versorgungsform stellt sich besonders heterogen dar. Fünf Pilotprojekte, die unter dem Titel „Tagesbetreuung von SeniorInnen“ gestartet wurden, sind ein erster Versuch, dieses Angebot mit allgemein gültigen Qualitätskriterien anzubieten. Die Qualitätskriterien dafür werden zurzeit erstellt.

Grundlage für den bundeslandweiten Vergleich bietet auch hier die Versorgungsdichte, die ein sehr inhomogenes Bild zeigt, da diese Struktur erst im Aufbau begriffen ist und in fünf Bezirken (Leoben, Leibnitz, Voitsberg, Murtal und Murau) noch gar nicht angeboten wird. Die meisten Plätze werden in Weiz und Hartberg-Fürstenfeld angeboten, hier lag die Versorgungsdichte 2013 bei 8,5 bzw. 7,9 Plätzen pro 1.000 EW im Alter ab 75 Jahren.

Die Größe der Einrichtungen wird ebenfalls in der Qualitätsrichtlinie festgelegt werden. 2013 bot die Hälfte der Einrichtungen zwischen 10 und 19 Plätzen an, 7,1 % aller Einrichtungen verfügten über mehr als 20 Plätze. Knapp 43 % der Einrichtungen konnten weniger als 10 Personen pro Tag betreuen.

Auch bezüglich der Personalzahlen fallen große Unterschiede auf. Insgesamt war zum Betrieb der teilstationären Tagesbetreuung Personal im Ausmaß von 54,7 VZÄ angestellt. Die Relation der

VZÄ zur Anzahl der Betreuungsplätze zeigt jedoch eine hohe Varianz. Pro VZÄ wurden je nach Standort zwischen 2,6 und 20 Plätze angeboten.

5.4.2 Inanspruchnahme

Im Jahr 2013 wurden Einrichtungen der teilstationären Tagesbetreuung (inkl. dem Tageshospiz) von insgesamt 904 Personen besucht. Das entspricht bei einer Summe von 42.499 Besuchstagen einer durchschnittlichen Anzahl von 47 Besuchstagen pro Klientin oder Klient und Jahr. Dahinter liegen jedoch sehr unterschiedliche Frequenzmuster pro Woche.

Der Versorgungsgrad für diese Form der Betreuung liegt zwischen 0,2 % in der Südoststeiermark und 1,8 % in Hartberg-Fürstenfeld. Im Durchschnitt besuchte somit weniger als 1 % der Personen mit Pflegegeldbezug eine Einrichtung der teilstationären Tagesbetreuung. Von den 28 Einrichtungen, die teilstationäre Tagesbetreuung anbieten, wurden in 19 Gruppen Daten zu Alter und Pflegestufe erhoben, aus 24 Einrichtungen wurden Angaben zur Geschlechterverteilung übermittelt. Eine Analyse der vorhandenen Daten ergab, dass 2013 annähernd 78 % der betreuten Personen weiblich und etwa drei Viertel der betreuten Personen im Alter von 75 Jahren und darüber waren. Aufgrund der Heterogenität dieser Versorgungsstruktur und eingeschränkter Vergleichbarkeit wird auf eine grafische Darstellung des Versorgungsgrades für die Teilstationäre Tagesbetreuung verzichtet.

Aus der Verteilung der Pflegegeldstufen ist ersichtlich, dass die größte Klientinnen- und Klientengruppe dieser Betreuungsform Pflegegeld der Stufe 2 bezogen hat. Pflegegeldstufe 3 erhielten etwa 18 % der betreuten Personen und die drittgrößte Gruppe mit 15,4 % bezog kein Pflegegeld. Dies ist insofern durchaus plausibel, als Klienten höherer Pflegegeldstufen eher in vollstationärer Versorgung sind und dieses Angebot dann nicht mehr in Anspruch nehmen. Ein weiterer Grund liegt darin, dass die Qualitätsvorgaben und die Zielsetzung für die Betreuung zurzeit unterschiedlich definiert werden.

5.5 Stationäre Kurzzeitpflege

Für diese Versorgungs- bzw. Betreuungsform liegen keine Daten zur Inanspruchnahme vor. Derzeit wird sie hauptsächlich über freistehende vollstationäre Betten abgedeckt, sodass eine planerische Zuordnung nicht möglich ist, da diese Fälle nicht gesondert ausgewiesen werden. Die Funktion dieser Versorgungsform liegt einerseits darin, informell Pflegenden kurzzeitig aus der Versorgungsverpflichtung zu entlassen, um z.B.: Urlaub zu machen, andererseits auch darin, plötzlich auftretenden Bedarf, z.B.: nach einer akutstationären Entlassung, aufzufangen und bis zum Freiwerden eines Langzeitpflegeplatzes zu überbrücken.

5.6 Case- und Caremanagement

Case- und Caremanagement wird für pflegebedürftige Personen derzeit in vier Gesundheitszentren erbracht. Zum Stichtag 31.12.2013 standen 2.400 Personen in einem Beratungsverhältnis mit einer dieser Einrichtungen. Da das derzeitige Versorgungsangebot nicht flächendeckend zur Verfügung steht und auf eine ausreichende Ausbildung der Case- und Caremanagerinnen und –manager zu achten ist, folgen Überlegungen zur zukünftigen Ausgestaltung in Kapitel 8.

5.7 24-Stunden-Betreuung

Die Versorgung pflegebedürftiger Personen durch die 24-Stunden-Betreuung wird ebenfalls prognostisch betrachtet, unterliegt aber keinerlei planerischen Festlegungen für eine SOLL-Konzeption. Sie ist nur indirekt durch die Gestaltung der Rahmenbedingungen auf bundespolitischer Ebene beeinflussbar, die jeweiligen Auswirkungen dieser Maßnahmen sind jedoch nicht absehbar. Da die 24-Stunden-Betreuung Auswirkungen auf die Versorgungslage insgesamt hat, findet sie nachstehend Berücksichtigung auf Basis der Versorgungssituation im Jahr 2013.

5.7.1 Inanspruchnahme

2013 wurden in der Steiermark 5.336 Personen entsprechend betreut. Das entspricht einer Versorgungsdichte von rund 48 Personen je 1.000 EW ab 75 Jahren. Mit Abstand den höchsten Wert weist der Bezirk Hartberg-Fürstenfeld auf mit 70 betreuten Personen, die niedrigsten Werte sind in Murtal (39), Murau (37) und Bruck-Mürzzuschlag (35) zu finden.

Auch beim Versorgungsgrad liegt Hartberg-Fürstenfeld vorne (10,2 %). Der steirische Durchschnitt liegt bei 6,8 %. Die Analyse des Versorgungsgrades im Bundesländervergleich und innerhalb der Steiermark auf Bezirksebene ergibt ein Ost-West-Gefälle in Bezug auf den Anteil der betreuten Personen. Über 55 % derjenigen, die eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, sind 85 Jahre alt oder älter, 32,2 % befinden sich in der Alterskohorte der 75- bis 84-Jährigen.

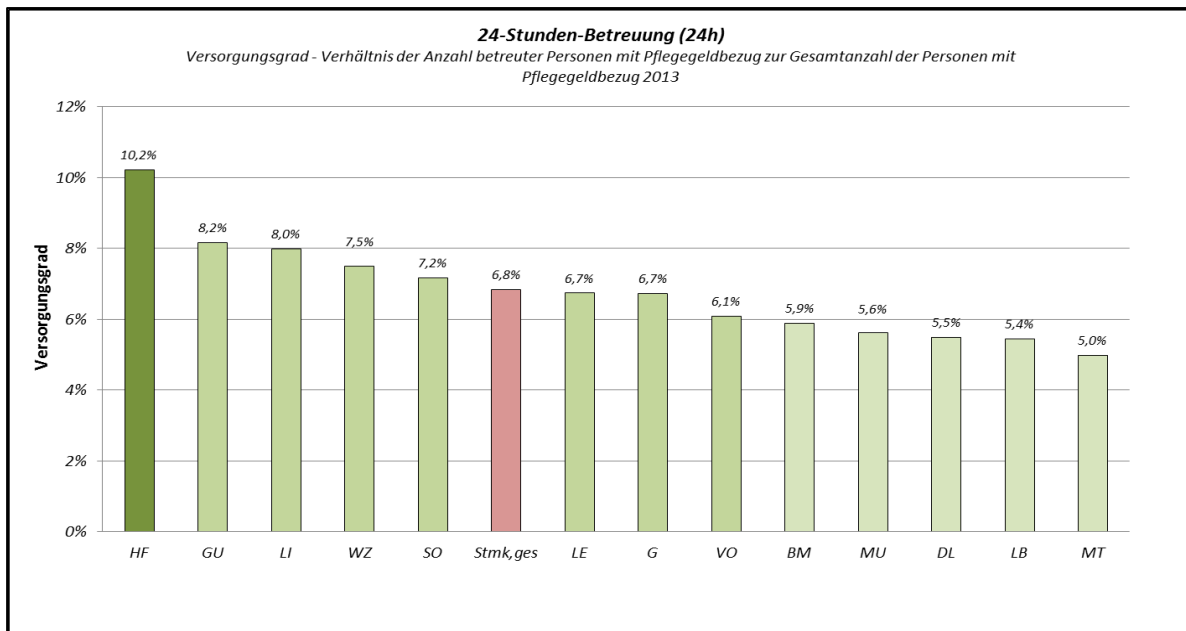


Abbildung 12: 24-Stunden-Betreuung - Versorgungsgrad

In den letzten beiden Jahren ist die Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung deutlich gestiegen, im Steiermark-Durchschnitt um 30 % (s. Abbildung 13). Der höchste Anstieg ist in der Südoststeiermark zu verzeichnen, hier betrug er über 45 %, der niedrigste Anstieg fand mit 17,6 % in Voitsberg statt. Dieser generelle Anstieg stellt sich auch im Bundesländervergleich als hoch heraus, auch wenn der Versorgungsgrad zum Stichmonat Dezember mit 4,3 % nur wenig über dem österreichischen Durchschnitt (3,9 %) liegt.

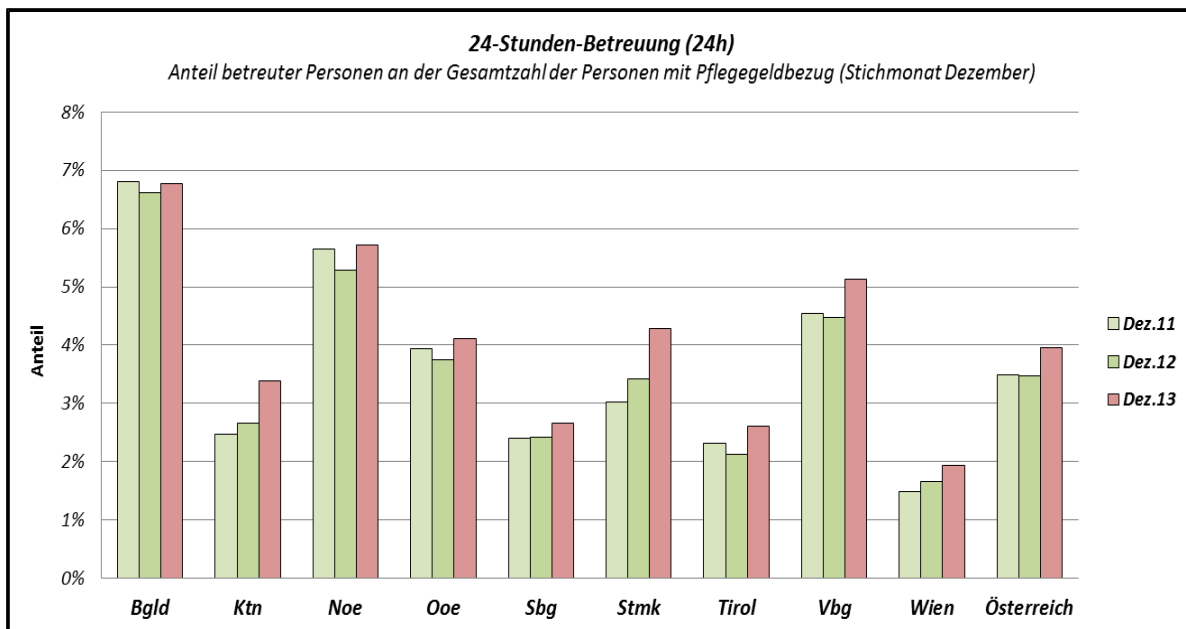


Abbildung 13: 24-Stunden-Betreuung - Versorgungsgrad im Bundesländervergleich

5.8 Alternative Wohnformen

Unter alternative Wohnformen fallen Angebote, in welchen ältere Menschen im Rahmen eines wohnbauförderten Mietverhältnisses mit individueller Inanspruchnahme mobiler Sozial- und Gesundheitsdienste leben. Die Funktion des „barrierefrei Wohnens“ und die Funktion der Betreuung und Pflege sind nicht zwangsläufig miteinander verbunden. Das Wohnen kann grundsätzlich ohne Betreuungs- und Pflegekomponente erfolgen, diese wird bei Bedarf dann separat hinzugekauft. So ist es möglich, der im Laufe des Alterwerdens kontinuierlichen Bedarfssteigerung bei Betreuung und Pflege gerecht zu werden, ohne zwischen unterschiedlichen Strukturen wechseln zu müssen. Zielgruppe sind derzeit Personen ab einem Alter von 54 Jahren mit geringem oder fallweise auftretendem Betreuungs- und Pflegebedarf, die durch mobile Dienste betreut und gepflegt werden.

5.8.1 Strukturdarstellung

In der Steiermark standen 2013 an 96 Standorten alternative Wohnformen mit insgesamt 1.411 Plätzen zur Verfügung. Das sind jene Plätze für die ein Fördervertrag mit dem Land Steiermark vorliegt und in welchen neben dem Wohnen die Vermittlung mobiler Sozial- und Gesundheitsdienste sowie Grundserviceleistungen angeboten werden. 1.178 Personen nutzten dieses Versorgungsangebot in der Jahressumme, mit dem Stichtag 31.12.2013 lebten 1.046 Personen in alternativen Wohnformen. Für die Betreuung im Sinne des betreuten Wohnens waren im Jahr 2013 Heimhilfen im Ausmaß von 79 VZÄ angestellt. Dieses Versorgungsangebot existiert in jedem politischen Bezirk, wenngleich der Bereitstellungsgrad variiert. In Weiz stehen verhältnismäßig die wenigsten Plätze zur Verfügung, in der Südoststeiermark die meisten. Im steirischen Durchschnitt waren 2013 pro 1.000 EW im Alter von 60 Jahren und darüber knapp 5 Plätze vorhanden (s. Abbildung 14).

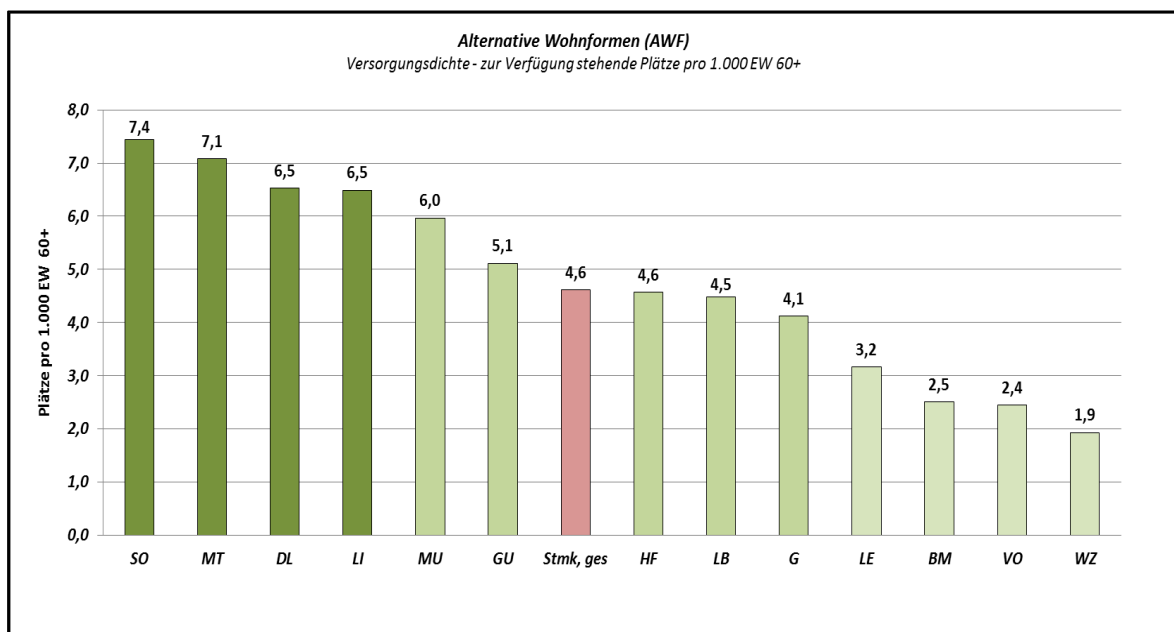


Abbildung 14: Alternative Wohnformen – Versorgungsdichte

Die meisten Einrichtungen mit alternativen Wohnformen umfassen zwischen 10 und 19 Plätze, lediglich 8 % bieten weniger als 10 und 6 % mehr als 19 Wohneinheiten an.

5.8.2 Inanspruchnahme

Der Versorgungsgrad, also das Verhältnis der Anzahl von in alternativen Wohnformen wohnenden Personen mit Pflegegeldbezug zur Gesamtanzahl der Personen mit Pflegegeldbezug, liegt im steirischen Durchschnitt bei 0,9 %. Führend sind hier die Bezirke Murtal, Deutschlandsberg und Liezen, der niedrigste Versorgungsgrad findet sich in Weiz (s. Abbildung 15).

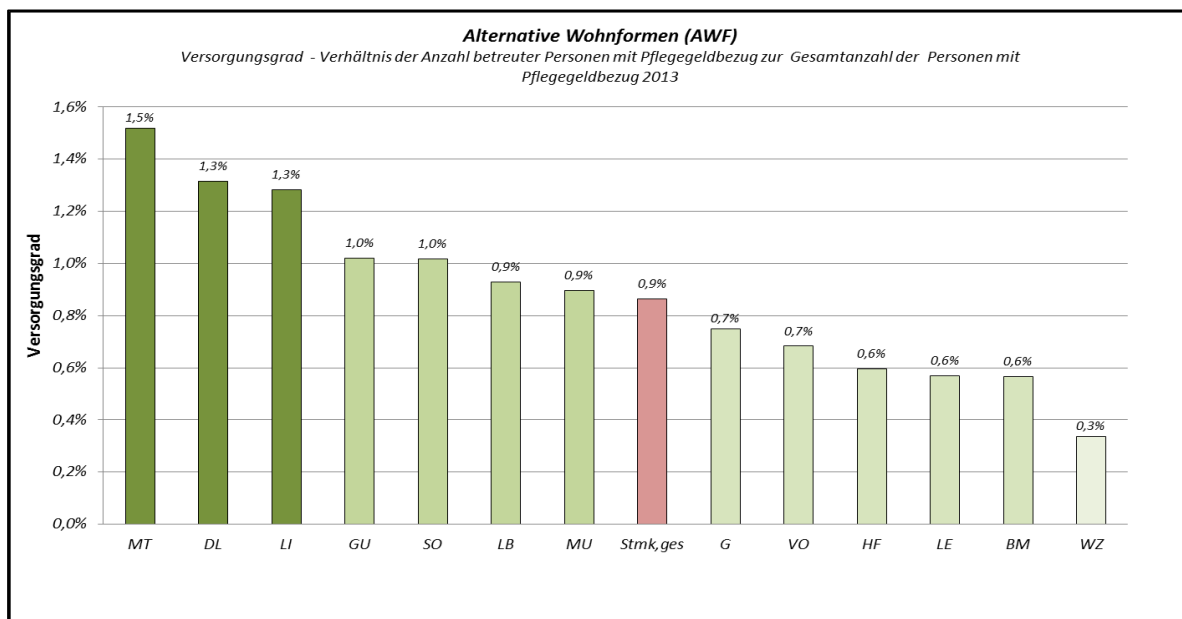


Abbildung 15: Alternative Wohnformen - Versorgungsgrad

Von den oben beschriebenen 1.046 Personen (ohne Selbstzahlerinnen und Selbstzahler), die zum Stichtag in alternativen Wohnformen betreut wurden, bezogen 674 Bewohnerinnen und Bewohner Pflegegeld, 1.001 Personen fielen in die Altersklasse 60+. Rund ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner im Jahr 2013 sind männlich, knapp über 75 % sind weiblich. Die meisten der Bewohnerinnen und Bewohner (40,7 %) waren in der Alterskohorte zwischen 75 und 84 Jahren, die Kohorte mit dem geringsten Anteil bildet die der unter 60-Jährigen. Über die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner bezogen Pflegegeld der Stufen 1, 2 oder 3, rund 36 % der betreuten Personen hatten keinen Pflegegeldbezug.

6 METHODE DER SOLL-PLANUNG

Zur Darstellung der bestehenden Versorgung und der Abschätzung des zukünftigen Bedarfs auf regionaler Ebene werden alle versorgungswirksamen Pflege- und Betreuungsformen berücksichtigt, um eine angebotsübergreifende Planungsabstimmung gewährleisten zu können. Dabei werden neben den rechtlichen Vorgaben und definierten Planungsgrundsätzen unterschiedlichste Datengrundlagen einbezogen, welche eine realitätsnahe und auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmte Pflegebedarfsprognose in der Steiermark ermöglichen. Dennoch ist klar, dass Prognosen zur zukünftigen Entwicklung des Pflegebedarfs vielen Faktoren unterliegen, die völlig anderen gesellschaftlichen Bereichen zugeordnet werden, wie Haushalts- und Arbeitsmarktentwicklungen oder auch den Veränderungen bei gesetzlichen Rahmenbedingungen. Dies macht alle Vorhersagen unsicher, weswegen ein gutes Monitoring der Entwicklungen und der Veränderungen der Strukturen und der ständige Abgleich dieser beiden Prozesse von großer Bedeutung sind.

6.1 Datenquellen

Die quantitativen Analysen des Bedarfs- und Entwicklungsplans basieren auf demografischen, sozioökonomischen und gesundheitsbezogenen (Pflegebedürftigkeit) Daten sowie auf den Strukturangaben und Inanspruchnahme-Erhebungen der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in der Steiermark. Die nachfolgende Tabelle 1 stellt die zur Verfügung gestellten Daten nach Art und Quelle dar.

Datenart	Detailparameter	Datenquelle
Demografie	<ul style="list-style-type: none"> - Bevölkerungsstruktur 2013 (Alter und Geschlecht) - Bevölkerungsentwicklung bis 2025 	Landesstatistik Steiermark bzw. Statistik Austria
Soziodemografische und sozioökonomische Daten	<ul style="list-style-type: none"> - regionale Haushalts- und Familienstruktur - Erwerbstätigkeit und Einkommen 	Landesstatistik Steiermark bzw. Statistik Austria
Gesundheitsbezogene Daten	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegebedürftigkeit nach Alter, Geschlecht und PflegegeldEinstufung 	FA Gesundheit und Pflegemanagement, Land Steiermark
Struktur- und Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsdiensten	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Langzeitpflege - Mobile Dienste - Teilstationäre Tagesbetreuung - Alternative Wohnformen - 24-Stunden-Betreuung 	Pflegedienstleistungsstatistik bzw. FA Gesundheit und Pflegemanagement, Land Steiermark, Stadt Graz

Tabelle 1: Darstellung der verwendeten Daten nach Art, Parameter und Quelle

Die verwendeten Daten sind grundsätzlich jene des Jahres 2013 mit Stichtags-, Stichmonats- und Jahressummenerhebungen. Die Unterschiede in den Aussagen dieser Zugänge wurden in den gesamten Analysen berücksichtigt, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

6.2 Planungsstrategie

Die SOLL-Planung beruht auf mehreren Prozessschritten, beginnend bei der Analyse bestehender Strukturen sowie der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten auf Ebene der politischen Bezirke und des gesamten Bundeslandes. Dabei werden derzeitige Versorgungscharakteristika, soweit anhand der Daten und der Expertisen Beteiligter erkennbar, sowie Fehl- und Überversorgungssituationen in den einzelnen Bezirken anhand geeigneter Vergleichsindikatoren festgestellt.

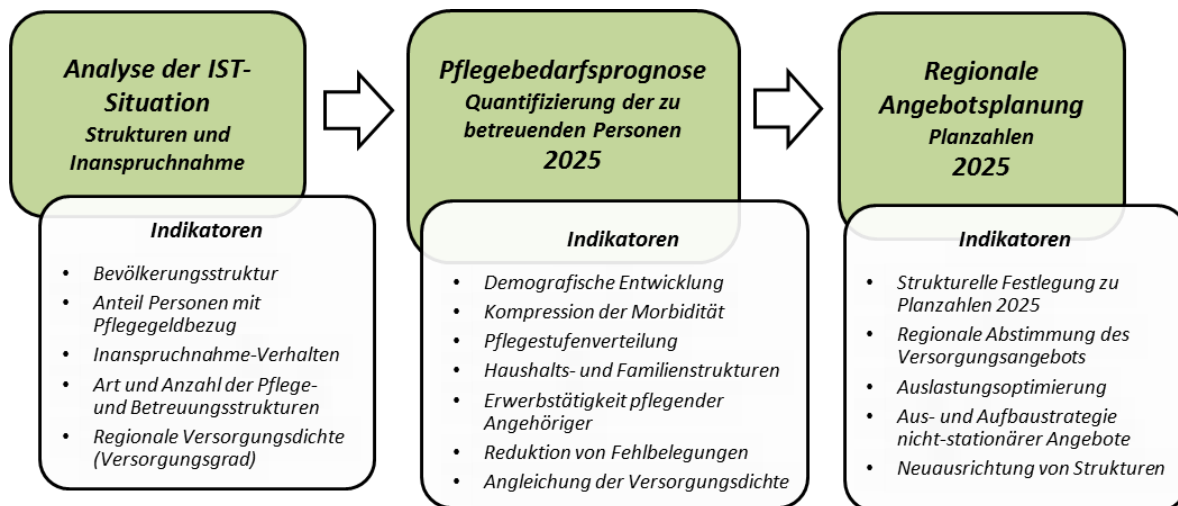


Abbildung 16: Darstellung der Prozessschritte der Planungsstrategie

Den zweiten Prozessschritt bildet die Pflegebedarfsprognose mit dem Ziel der Ermittlung des Anteils an pflegebedürftigen Personen und der daraus resultierenden erwarteten Inanspruchnahme von professionellen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen für den Planungshorizont 2025.

Dabei werden für die Planungsüberlegungen demografische, sozioökonomische, regional spezifische sowie vom jeweiligen Versorgungsangebot abhängige Faktoren berücksichtigt, um daraus realitätsnahe Entwicklungsszenarien für den zukünftigen Pflegeversorgungsbedarf ableiten zu können. Das Ergebnis der Pflegebedarfsprognose wird in Planzahlen je Versorgungsangebot auf Ebene der politischen Bezirke und des gesamten Bundeslandes dargestellt und dient als Grundlage für strukturelle Festlegungen der regionalen Angebotsplanung.

6.3 Prognosemodell

Die Grundlage der mathematischen Prognosemodellierung bildet die Anzahl der Personen mit Pflegegeldbezug zum Stichtag 31.12.2013, differenziert nach Alterskohorten, Geschlecht, Pflegegeldstufen und politischen Wohnbezirken. Durch die Analyse des Inanspruchnahme-Verhaltens anhand der zur Verfügung gestellten Detailauswertungen zu Versorgungsformen des Landes Steiermark sowie der Pflegedienstleistungsstatistik erfolgt die feinstrukturierte Zuordnung der Personen zu bestehenden professionellen Pflegedienstleistungen (Anteil formelle Pflege). Die Differenz aus der Gesamtanzahl an Personen mit Pflegegeldbezug und des Anteils an formell gepflegten Per-

sonen ergibt den Anteil an Personen ohne jegliche professionelle Pflegeversorgung (Anteil informelle Pflege). Somit steht als Ergebnis der IST-Analyse Information zu Personen mit Pflegegeldbezug verknüpft nach Alterskohorten, Geschlecht, Pflegegeldstufen, Wohnbezirk und Pflegedienstleistungsart zur Verfügung.

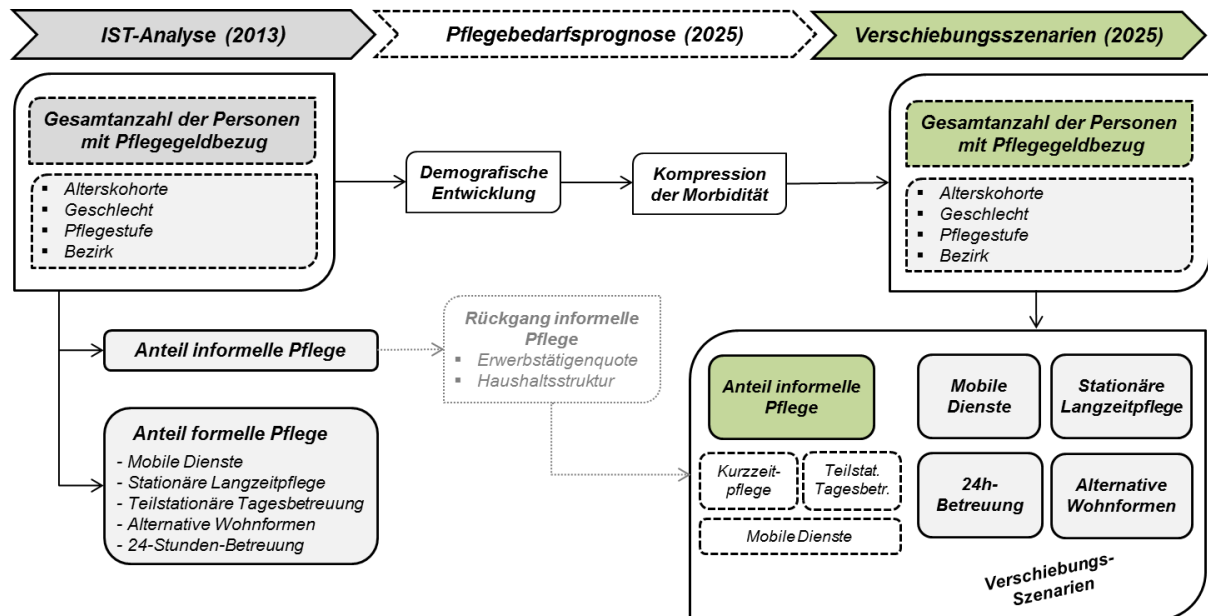


Abbildung 17: Prognosemodell

Hauptauschlaggebend für die Prognose des gesamten Pflegebedarfs ist die zukünftige Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung je Bezirk sowie die Zusammensetzung nach Pflegegeldstufen als Indikator für den Pflegebedarf. Dafür werden einerseits die Personen mit Pflegegeldbezug anhand der demografischen Prognose bis 2025 hochgerechnet und andererseits eine Varianzreduktion innerhalb der Bezirke hinsichtlich des Anteils an Personen in den Alterskohorten 75+ mit Pflegegeldbezug, gemessen an der Gesamtbevölkerung, durchgeführt. Dies hat zur Folge, dass Bezirke mit geringeren Anteilen an Personen mit Pflegegeldbezug in höheren Altersgruppen an den Steiermark-Durchschnitt angenähert werden (Berücksichtigung der regionalen Trendentwicklung pflegebedürftiger Personen).

Im nächsten Schritt wird die Pflegestufenverteilung anhand des erwarteten Einflusses der Kompression der Morbidität (besserer Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung als heute) angepasst. Dabei wird für das Prognosemodell angenommen, dass sich das Risiko, pflegebedürftig zu werden, ab der Alterskohorte 65+ bis zum Jahr 2025 um insgesamt ein Jahr nach hinten verschiebt¹⁴. Dieser Effekt wird für jeden Bezirk gleich angenommen.

¹⁴ vgl.: Firgo, M., Famira-Mühlberger, U., 2014, S 92

Das Resultat dieser verknüpften Berechnungsschritte bildet die erwartete Gesamtanzahl an Personen mit Pflegegeldbezug zum Planungshorizont 2025, strukturiert in Alterskohorten, Geschlecht, Pflegegeldstufen und Wohnbezirke.

Ein weiteres Einflusskriterium zur Bestimmung der professionell zu betreuenden Personen im Jahr 2025 ist der erwartete Rückgang der informellen Pflege¹⁵. Dabei werden neben den Hauptfaktoren wie Sozial- und Siedlungsstruktur (Urbanisierungsgrad, Anzahl der Einpersonenhaushalte) sowie Erwerbstätigenquote (Erwerbstätigkeit der weiblichen Bevölkerung im Alter von 30-64 Jahren, gemessen an der weiblichen Gesamtbevölkerung) auch die angebotsinduzierte Nachfrage an Pflegedienstleistungen betrachtet, wobei angebotsinduzierte Effekte durch varianzreduzierende Maßnahmen berücksichtigt werden. All diese Faktoren können regional sehr unterschiedlich sein und werden daher für die Abschätzung des Rückgangs der informellen Pflege für jeden politischen Bezirk gesondert betrachtet. Für Bezirke mit hohem Urbanisierungsgrad und hoher Erwerbstätigenquote wird der Rückgang der informellen Pflege somit höher eingestuft als in ländlichen Regionen.

Personen ohne Pflegegeldeinstufung (Pflegeantrag gestellt, jedoch noch nicht bewilligt; Pflegeantrag abgelehnt) die zum Stichtag 31.12.2013 professionelle Dienstleistungen in Anspruch genommen haben, werden durch die demografische Prognosehochrechnung für den Planungshorizont 2025 mitberücksichtigt.

6.3.1 Entlastung pflegender Angehöriger

Der Großteil der pflegebedürftigen Personen lebt Zuhause und wird hauptsächlich durch Familienangehörige allein oder mit Unterstützung professioneller Dienste betreut. Es ist ein Ziel, den Anteil der informellen Pflege möglichst hoch zu halten und dabei unterstützende Angebote zu forcieren. Damit soll der Eintritt von pflegebedürftigen Personen in die stationäre Langzeitpflege etwas verzögert werden. Demzufolge wird in diesem Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege großes Augenmerk auf die Entlastung pflegender Angehöriger gelegt. Durch die Schaffung zusätzlicher Angebote im nicht-stationären Versorgungssektor, insbesondere durch die Schaffung von Kurzzeitpflegeplätzen sowie den Ausbau der teilstationären Tagesbetreuung, soll der prognostizierte Rückgang der informellen Pflege vermindert und soll es Angehörigen erleichtert werden, pflegebedürftige Personen längerfristig in ihrem Zuhause zu betreuen.

6.3.2 Regionale Detailplanung der Pflege- und Betreuungsangebote

Basierend auf der berechneten Gesamtanzahl zu betreuender Personen im Jahr 2025 erfolgen im nächsten Schritt des Prognosemodells (Verschiebungsszenarien bis 2025) die regionalen Optimierung- und Anpassungsprozesse zu den einzelnen Pflegedienstleistungsarten.

¹⁵ vgl.: Firgo, M., Famira-Mühlberger, U., 2014, S 25

24 – Stunden – Betreuung

Die 24-Stunden-Betreuung unterliegt keinem direkten Planungsprozess, ist aber dennoch als versorgungswirksame Dienstleistungsart zu berücksichtigen. Die rasant wachsende Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung in den letzten Jahren deutet auf einen weiteren Zuwachs bis zum Planungshorizont 2025 hin. Die Abschätzung der Zuwächse auf regionaler Ebene erfolgt für Bezirke mit momentan geringer Inanspruchnahme durch die Orientierung am derzeit höchst gelegenen Bezirkswert (Versorgungsgrad-Benchmark) sowie durch Dämpfung von Zuwächsen bei Bezirken, die heute schon hohe Inanspruchnahme-Kennzahlen aufweisen. Die Planzahlen der 24-Stunden-Betreuung werden in weiterer Folge bei der Kalkulation zu den übrigen Pflegedienstleistungsarten berücksichtigt (Einfluss der Versorgungswirksamkeit).

Stationäre Langzeitpflege

Die Berechnungsmethodik zur stationären Langzeitpflege erfolgt durch Anpassungsmaßnahmen regionaler Über- bzw. Unterversorgungssituationen auf Ebene der bewilligten Pflegeheimbetten nach PHG und durch Berücksichtigung von Verschiebungsströmen betreuter Personen zwischen den Pflegedienstleistungsarten, um tendenzielle Fehlbelegungen zu reduzieren. Dabei wird im ersten Schritt die Anzahl der derzeit betreuten Personen der Anzahl der bewilligten Pflegeheimbetten gegenübergestellt. Auf die richtwertbasierte Angebotsplanung¹⁶ gestützt, erfolgt die Bildung des Heimbelegungsfaktors je Bezirk (betreute Personen in stationären Einrichtungen je 1.000 EW und festgelegten Alterskohorten) und die Anpassung der Faktoren hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung sowie der Korrelation zwischen Alter und Heimbelegungsgrad für die Steiermark.

Heimbelegungsfaktoren Steiermark	Alterskohorten					
	<65	65-69	70-74	75-79	80-84	>85
<i>IST (2013)</i>	0,1	0,8	1,3	2,2	5,4	20,9
<i>SOLL (2025)</i>	0,085	0,72	1,235	2,31	5,94	24,035
relative Veränderung in %	-15%	-10%	-5%	5%	10%	15%

Tabelle 2: altersspezifische Heimbelegungsfaktoren: IST und SOLL

Anschließend wird das Verhältnis aus den tatsächlich bewilligten Pflegeheimbetten nach PHG und den durch Multiplikation der Bevölkerung mit den angepassten Heimbelegungsfaktoren neu berechneten Pflegeheimbetten je Bezirk gebildet. Dazu kommen generell angestrebte Entwicklungsannahmen und eine Angleichung regionaler Varianzen auf eine maximale Schwankungsbreite von $\pm 10\%$ bezogen auf den Steiermark-Durchschnitt. Allfällig zusätzlich bestehender Bedarf wird in weiterer Folge gemäß den Planungsgrundsätzen durch mobile Pflege abgefangen.

¹⁶ vgl.: Engels, D., 2000

Derzeit stationär betreute und gepflegte Personen ohne Pflegegeld und mit Pflegegeldstufen kleiner 3 werden zukünftig zu 50 % den alternativen Wohnformen zugerechnet. Die aus demografischer Hochrechnung, Kompressionshypothese, Rückgang der informellen Pflege sowie den beschriebenen Verschiebungsszenarien resultierende Anzahl an betreuten Personen je Bezirk für 2025 wird mit einer durchschnittlichen Normauslastung von 95 %¹⁷ auf die Zahl der benötigten Pflegeheimbetten zum Planungshorizont umgelegt. Die angenommene Normauslastung beruht auf der Auslastungsanalyse stationärer Pflegeeinrichtungen im Bundesländervergleich¹⁸.

Mobile Dienste

Die Entwicklungsabschätzung der mobilen Dienste beruht auf der Prognose der zu betreuenden Personen bis 2025 und der Anpassung des durchschnittlichen Betreuungsaufwands, gemessen in Pflege- und Betreuungsstunden pro betreute Person. Die Gesamtanzahl an Personen, welche im Jahr 2025 durch mobile Dienste versorgt werden, ergibt sich aus der demografischen Hochrechnung und durch das Hinzufügen jener Personen, die durch die Varianzanpassung der stationären Langzeitpflege übernommen werden. Die durchschnittlichen Betreuungsstunden pro Person werden auf Ebene der politischen Bezirke im Sinne einer Varianzreduktion angepasst, indem Betreuungsstunden-Bezirkswerte bezogen auf monatlich aktive Klientinnen und Klienten gebildet werden. In der Folge wird dieser Wert dann für alle Bezirke angehoben (Orientierung am derzeit höchsten Betreuungsstunden-Bezirkswert), um das durchschnittlich zur Verfügung stehende Betreuungsvolumen je Klientin und Klient sukzessive bis zum Planungshorizont zu steigern. Aus Sicht der zuständigen Fachabteilung des Landes wird ein Anstieg der Betreuungs- und Pflegestunden je Klientin und Klientin um 22% gegenüber dem Jahr 2013 als notwendig erachtet und den Planzahlen zugrunde gelegt. Damit wird eine jährliche Steigerungsrate des Gesamtbetreuungsstundenkontingents der mobilen Dienste von durchschnittlich ca. 5 % angenommen. Die Gesamtsumme der Pflege- und Betreuungsstunden je Bezirk ergibt sich durch die Verknüpfung der berechneten Personen bis 2025 mit den angepassten Betreuungsstunden pro Person.

Alternative Wohnformen

Die Basis zur Berechnung der Plätze in alternativen Wohnformen bilden die Anzahl der betreuten Personen ab dem 60. Lebensjahr und die zur Verfügung stehenden Plätze je Bezirk zum Erhebungszeitpunkt. Zu den für das Jahr 2025 prognostizierten Personen in alternativen Wohnformen werden für die Bedarfsabschätzung zusätzlich 50 % der Personen mit einer Pflegestufe kleiner 3 aus der stationären Langzeitpflege hinzugezählt. Die Neustrukturierung der Angebotsform soll für Personen, die Zuhause nicht optimal betreut werden können, eine echte Alternative zu einem frühzeitigen und oftmals nicht zwingend notwendigen Pflegeheimtritt darstellen.

¹⁷ vgl.: Firgo, M., Famira-Mühlberger, U., 2014, S 36 „... betrug die Auslastung der Wohn- und Pflegeheime in allen Bundesländern zum Stichtag im Mittel deutlich mehr als 90 %, in acht von neun Ländern sogar mehr als 95 %.“

¹⁸ vgl.: Firgo, M., Famira-Mühlberger, U., 2014, S 37

Teilstationäre Tagesbetreuung

Um Planungswerte für die teilstationäre Tagesbetreuung zu erlangen, wurde der derzeit am dichtesten mit dieser Struktur versorgte Bezirk als Zielwert für alle Bezirke herangezogen. Darüber hinaus wurde, um den strukturellen Auf- und Ausbau auch abbilden zu können, eine Verdoppelung der Versorgungsdichte bis zum Planungshorizont angenommen und den üblichen demografischen Anpassungsmaßnahmen unterzogen. Daraus ergibt sich ein anzustrebender Ausbaugrad für alle steirischen Bezirke bis 2025, der jedoch hinsichtlich Verfügbarkeit und Inanspruchnahme kontinuierlich beobachtet werden muss. Möglicherweise ist es notwendig, die regionalen Planzahlen frühzeitig anzupassen.

Kurzzeitpflege

Für die Planung der Kurzzeitpflege wird der Anteil an pflegebedürftigen Personen, welche derzeit informell gepflegt werden, herangezogen (prognostizierte Anzahl an Personen mit Pflegestufe 3 oder höher, welche nicht der stationären Langzeitpflege zugeordnet sind). Diese Personenanzahl wird mit den Anspruchskennzahlen (14 Tage pro Jahr und Person), der Soll-Auslastung und dem festgelegten Ausbaugrad für 2025 der Einrichtungen verknüpft, um die Gesamtanzahl an benötigten Plätzen je Bezirk zu ermitteln, wobei die derzeit hohe Anzahl an leer stehenden Pflegeheimbetten bei den regionalen Planungsfestlegungen mitberücksichtigt wird.

6.4 Methodische Limitierungen

6.4.1 Datenverfügbarkeit

Nicht zu allen Pflegedienstleistungsarten konnten die Daten zu Alters-, Geschlechts- und Pflegegeldstufenstruktur im benötigten Detaillierungsgrad zur Verfügung gestellt werden. Fehlende oder lückenhafte Daten zu einzelnen Dienstleistungsarten wurden entweder durch die Annäherung an die Bevölkerungsstruktur der Personen mit Pflegegeldbezug im jeweiligen Bezirk oder durch die Orientierung an vergleichbaren Bezirken hinsichtlich des Inanspruchnahme-Verhaltens und der Angebotsstruktur ergänzt. Prinzipiell wurden bei den Struktur- und Inanspruchnahme-Analysen die Daten zu gleichen Erhebungszeiträumen (gleicher Stichtag, gleiches Stichmonat oder Jahressumme) verwendet, in einigen Ausnahmefällen mussten alternative Erhebungszeitpunkte herangezogen werden. Für die Prognoseberechnung des Betreuungsstundenkontingents der mobilen Dienste wurde die durchschnittliche Betreuungsstundenanzahl je Klientin und Klient pro Bezirk herangezogen. Die detaillierten Stichmonatsbetrachtungen zeigen jedoch ein sehr inhomogenes Bild hinsichtlich des Betreuungsumfangs der Klientinnen und Klienten (auch innerhalb eines Bezirks), welches bei der Bildung der durchschnittlichen Bezirks-Werte zu Verzerrungen führen kann. Da allerdings auch für den Planungshorizont ein sehr inhomogener Betreuungsaufwand der Klientinnen und Klienten zu erwarten ist, stellt die verwendete Methodik dennoch eine gute Basis zur Steigerung der Versorgungswirksamkeit mobiler Dienste dar.

6.4.2 Veränderung von Rahmenbedingungen

Die zentrale Limitierung der Pflegebedarfsprognose über zehn Jahre ist die schwer abschätzbare politische Willensbildung, was die Ausgestaltung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen betrifft. Die bestehenden Interdependenzen zwischen den einzelnen Betreuungsformen können bei Veränderungen in einem Bereich zu ebensolchen in anderen Bereichen führen, was die Einschätzung der Entwicklungen noch zusätzlich verkompliziert. Allfällige Veränderungen können sehr kurzfristige Wirkung entfalten, die ein strukturelles Nachziehen nur mit zeitlicher Verzögerung möglich macht.

So ist die Senkung der Eigenkosten für Klientinnen und Klienten mobiler Dienste vorgesehen. Welchen Einfluss dies auf die Inanspruchnahme haben wird, wird beobachtet werden müssen, um daraus Erfahrungswerte ableiten zu können.

Auch die Entwicklung soziodemografischer Rahmenbedingungen, wie Haushaltsentwicklung, Erwerbsquoten, etc., ist weitgehend nicht stabil und damit ebenso schwer vorhersehbar.

Aus den genannten Gründen ist es notwendig, vor allem in jenen Bereichen, die neu aufgebaut werden, auf Basis einer guten und verlässlichen Datenlage die Entwicklungen kontinuierlich zu beobachten und wenn nötig auch steuernd einzugreifen.

7 ERGEBNISSE DER SOLL-PLANUNG

Im Jahr 2025 wird ein Anstieg auf 92.981 Personen mit Pflegegeldbezug erwartet. Um den Pflege- und Betreuungsbedarf dieser Personen adäquat decken zu können, ist eine koordinierte Erbringung der mobilen, teilstationären und stationären Dienstleistungen notwendig.

Die wichtigsten Eckpunkte der Planung sind eine Anpassung der stationären Bettenkapazitäten an den zu erwartenden Bedarf, bei gleichzeitiger Stabilisierung der informellen Pflege durch den Aufbau der Kurzzeitpflege sowie den Ausbau der teilstationären Tagesbetreuung und einer Erhöhung des Stundenkontingents für die mobile Betreuung und Pflege. Die Entwicklung dieser einzelnen Strukturelemente hat aufeinander Einfluss und wird deswegen abhängig voneinander betrachtet. Im folgenden Kapitel erfolgt ein Überblick über die Planungsergebnisse für die jeweilige Versorgungsform, die detaillierten und bezirksweisen Darstellungen befinden sich in Anhang.

7.1 Mobile Betreuung und Pflege

Es ist von Bedeutung, die Entwicklung dieses Versorgungsangebotes genau zu beobachten und den Plan notfalls entsprechend anzupassen. Die Veränderung der Kostenbeiträge wird voraussichtlich zu einer steigenden Nachfrage nach mobiler Pflege führen, wobei nicht von einem linearen Anstieg ausgegangen werden sollte, sondern von einer Sättigung nach einigen Jahren des Zuwachses, soweit die Rahmenbedingungen nicht neuerlich geändert werden.

Ausgehend von 15.110 betreuten Personen im Berichtsjahr 2013 resultiert durch die Prognoseabschätzung ein Anstieg bis zum Jahr 2025 auf ca. 18.271 Personen, welcher einer Steigerung um 20,9 % entspricht. Die primäre Steigerung der Versorgungswirksamkeit erfolgt mittels Erhöhung des Betreuungsstundenkontingents durch Anpassung der Pflege- und Betreuungsstunden pro Person auf Bezirksebene sowie durch die Erweiterung durch zusätzliche Stunden für Bedarfsabklärungen, welche bereits jetzt von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der MBP durchgeführt werden. Durch diese Maßnahmen steigt die Jahressumme des Betreuungsstundenkontingents bis zum Jahr 2025 von derzeit 1.018.834 Stunden auf insgesamt 1.594.925 Stunden (dies beinhaltet auch Maßnahmen der Bedarfsabklärung und -planung, die von ausgebildeten Casemanagerinnen oder -managern der Träger der mobilen Betreuung und Pflege im Rahmen des standardisierten CCM, wie im Kapitel 8 dargestellt, zu erbringen sind). Daraus resultierend ergibt sich eine durchschnittliche Steigerungsrate des Gesamtstundenkontingents von ca. 5 % pro Jahr. Nicht enthalten sind jedoch Maßnahmen der Koordination und das Bewilligungsverfahren zum Casemanagement (Abstimmung mit dem Land, Evaluationsmaßnahmen, Verlängerung der Bewilligung oder Entzug derselben...), diese Aufgaben sollten nach Umsetzung des standardisierten Case- und Caremanagement durch Personal der Verwaltung erbracht werden und daher nicht in das Stundenkontingent der mobilen Betreuung und Pflege fallen.

7.2 Stationäre Versorgung

Für die Planung der stationären Betreuung und Pflege bis zum Jahr 2025 werden als Ausgangsbasis die letztaktuellen Strukturkennziffern (12.926 bewilligte Betten nach PHG in steirischen Pflegeheimen, Stichtag 31.10.2014) des Jahres 2014 verwendet, um bereits erfolgte Bescheide zu berücksichtigen.

Ohne die erwähnten Anpassungsmaßnahmen würde aus dem Fortschreiben der momentan hohen Versorgungsdichte und dem erwarteten Anstieg an pflegebedürftigen Personen eine deutliche Steigerung der Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner bis 2025 resultieren (+23 % Steigerung bis 2025, ca. 13.754 prognostizierte Personen). Jedoch wird dieser Steigerung entgegengewirkt. Durch Reduktion der bestehenden Belegungen mit Personen ohne Pflegegeldbezug bzw. mit Pflegegeldbezug der Stufen 1 und 2, Varianzausgleich in der Versorgungsdichte sowie der Stärkung nicht-stationärer Betreuungsangebote wird die Zahl der 2025 in Pflegeheimen zu betreuenden Personen um lediglich 3,2 % steigen. Das bedeutet, wenn im Jahr 2025 alle nach PHG bewilligten Betten tatsächlich zur Verfügung stehen, besteht eine Überkapazität von ca. 837 Betten in der stationären Langzeitpflege. Diese Überkapazität stellt sich regional sehr unterschiedlich dar. In den Bezirken Hartberg-Fürstenfeld, Leibnitz und Murtal besteht ein Bettenbedarf, während in allen anderen Bezirken sowie dem Großraum Graz eine Überversorgung besteht. Diese Kapazitäten sollen den Grundstock für den schrittweisen Aufbau der Kurzzeitpflege bilden und werden deswegen in anderer Form weiterhin gebraucht werden.

7.3 Kurzzeitpflege

Um das Potenzial der Personen für die Kurzzeitpflege zu ermitteln, wurden von den 92.981 Personen mit Pflegegeldbezug jene mit Pflegegeldstufen 3 bis 7 ermittelt. Ausgehend von diesem Wert wurden in einem nächsten Schritt die Personen abgezogen, die 2025 stationär betreut werden. Das ergibt ein Potenzial von ca. 36.572 Personen. Diese Personen könnten das Angebot der Kurzzeitpflege auch unter dem Gesichtspunkt nutzen, ihre informell pflegenden Angehörigen zu entlasten.

Bei einer hohen Normauslastung und einer Inanspruchnahme von 14 Tagen pro Jahr und Person wären dafür 1.417 Betten vorzuhalten. Nachdem, wie oben beschrieben, eine Überkapazität an stationären Langzeitpflegebetten besteht, sollte der primäre Aufbau durch Nutzung der vorhandenen stationären Betten erfolgen. Trotzdem bleibt für einen flächen- und bedarfsdeckenden Ausbau dieses Betreuungsangebots ein weiterer Bedarf von 760 stationären Kurzzeitpflegebetten. Es ist ein etappenweiser Um- und Ausbau bei einer regelmäßigen Evaluierung der Auslastung und Inanspruchnahme anzustreben.

Nach Abzug der bereits bestehenden und umzuwidmenden Langzeitpflegebetten, wird ein weiterer Aufbau vor allem im Großraum Graz (+129) und in den Bezirken Hartberg-Fürstenfeld

(+109), Weiz (+180) und Leibnitz (+114) empfohlen. In Bruck-Mürzzuschlag, der Südoststeiermark und Murau werden keine zusätzlichen Betten benötigt.

Es sollten Maßnahmen gesetzt werden, um das Angebot an Kurzzeitpflege bekannt und attraktiv zu machen. In der Neugestaltung des Pflege- und Betreuungsgesetzes soll darauf geachtet werden, dass die beiden Bettenkategorien getrennt ausgewiesen werden, um die regionale Versorgung vor allem in der neu aufzubauenden Kurzzeitpflege gewährleisten zu können.

7.4 Teilstationäre Tagesbetreuung

Dieses Angebot richtet sich wie bei der Kurzzeitpflege an Personen, die informell und formell gepflegt werden und dient auch der Entlastung pflegender Angehöriger. Um den tatsächlichen Bedarf decken zu können, wird eine kontinuierliche Evaluierung der Inanspruchnahme sowie ein schrittweiser Aufbau dieser Versorgungsform empfohlen. Damit kann relativ zeitnahe auf Veränderungen im Bedarf reagiert werden.

Für die erste Ausbaustufe wird die Versorgungsdichte, die derzeit in Graz besteht, als Benchmark definiert (67 Plätze in drei Piloteinrichtungen) und bis 2025 verdoppelt. Die restlichen Bezirke werden an diese Versorgungsdichte hinsichtlich des erwarteten regionalen Anstiegs an pflegebedürftigen Personen angepasst. Ausgehend von dieser Berechnung ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf von 616 Plätzen bis zum Jahr 2025 (insgesamt 713 Plätze für das gesamte Bundesland). Das Ziel ist es, dieses Versorgungsangebot unter Einbeziehung der Qualitätsrichtlinien, welche derzeit erarbeitet werden, anzubieten.

Gerade bei der teilstationären Tagesbetreuung spielt die Erreichbarkeit eine große Rolle, da die Klientinnen und Klienten transportiert werden müssen. Daher sollten teilstationäre Tageszentren in dichteren Siedlungsgebieten unter gleichzeitiger Beachtung einer guten Erreichbarkeit und Flächendeckung errichtet werden. Hier bedarf es überlegter und koordinierter Standortplanung.

7.5 24-Stunden-Betreuung

Die 24-Stunden-Betreuung unterliegt keinem Planungsprozess, allerdings muss ihre Entwicklung aufgrund der Versorgungswirksamkeit bei der Planung aller Versorgungsformen für 2025 Berücksichtigung finden. Um zu validen Zahlen zu gelangen, erfolgt eine Orientierung am höchsten Bezirkswert. Dieser wird als Benchmark herangezogen und mit einem entsprechenden Anpassungsintervall auf die anderen Bezirke umgelegt. Daraus ergibt sich ein weiterer Anstieg in diesem Versorgungsbereich. Im Jahr 2025 werden nach der durchgeführten Prognose 9,9 % der Personen mit Pflegegeldbezug eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, das sind ca. 9.236 Personen in der gesamten Steiermark mit regionalen Varianzen in der Dichte der Inanspruchnahme dieser Betreuungsform.

7.6 Alternative Wohnformen

Dieses Versorgungsangebot steht derzeit Personen ab dem vollendeten 54. Lebensjahr zur Verfügung, welche z.B. aufgrund von baulichen Gegebenheiten nicht mehr in ihrer Wohnung verbleiben können oder wollen, jedoch keine stationären Pflege benötigen. Die Qualitätsrichtlinien dieser Versorgungsform sind derzeit in Ausarbeitung. Den vorliegenden Berechnungen liegen Zahlen über diejenigen Plätze zugrunde, für welche ein Fördervertrag mit dem Land Steiermark besteht und in welchen neben dem Wohnen die Vermittlung mobiler Sozial- und Gesundheitsdienste sowie Grundserviceleistungen angeboten werden.

Auf die Inanspruchnahme der alternativen Wohnformen hat vor allem die Verschiebung der Personen ohne Pflegestufe bzw. mit den Pflegestufen 1 oder 2, die derzeit stationär untergebracht sind, Einfluss. Die demografische Hochrechnung bezieht sich in diesem Bereich primär auf die Bevölkerung ab 60 Jahren. Daraus ergibt sich eine Steigerung an Bewohnerinnen und Bewohnern 60+ von ca. 17,6 % bis 2025, welche sich nach der Verschiebung von Bewohnerinnen und Bewohner mit geringem Pflege- und Betreuungsaufwand aus dem stationären Bereich nochmals deutlich erhöht. Somit werden bis zum Jahr 2025 2.238 Plätze in alternativen Wohnformen benötigt werden. Um diese Plätze 2025 zur Verfügung zu haben, müssen nach dem derzeitigen Stand 827 Plätze neu geschaffen werden (Ausgangsbasis sind alle derzeit vorhandenen 1.411 Plätze), wobei der Bezirk Südoststeiermark mit derzeit 167 Plätzen am wenigsten Aufbau leisten muss, während im Großraum Graz insgesamt ca. 330 Plätze fehlen.

Auch hier sei darauf hingewiesen, dass ein schrittweiser Aufbau empfohlen wird und durch regelmäßige Evaluierungen hinsichtlich der Inanspruchnahme die bedarfsgerechte Versorgung überprüft werden muss.

8 CASE- UND CAREMANAGEMENT

Ziel dieses Kapitels im BEP-St 2025 ist es, eine grundlegende Festlegung der Funktion und des Aufgabenprofils von Case- und Caremanagement (CCM) im Bereich der Pflege für die Steiermark zu schaffen, welche als Mindestanforderung zu verstehen ist. Damit soll sichergestellt werden, dass ein flächendeckendes Angebot mit einheitlichen Zugangsmöglichkeiten und vergleichbarem Leistungsbild aufgebaut werden kann und gewissen Standards Genüge tun sollte. Das in diesem BEP beschriebene Angebot an CCM richtet sich nur aus Gründen der inhaltlichen Abgrenzung an jene Menschen, die eine informelle oder formelle Form der Langzeitbetreuung oder -pflege aus Altersgründen in Anspruch nehmen. Es wird dringend angeregt, anderen Personen, die dessen bedürfen, ein ähnliches Angebot zu machen und aus Gründen der Effizienz und Effektivität dies in den gleichen Strukturen anzubieten. Hierfür sind die Rahmenbedingungen, die Personalausstattung und die Finanzierung in Kooperation mit anderen relevanten Stakeholdern zu erstellen. Insbesondere ist darauf zu achten, dass im Bereich der Nahtstelle hin zur Gesundheits- bzw. Krankenversorgung eine enge Abstimmung und gemeinsame Durchführung des CCM erfolgen soll und der Aufbau doppelter Strukturen und Leistungserbringung unbedingt zu vermeiden ist.

8.1 Vorbemerkungen

Ältere Personen können aus einer Vielzahl von Gründen Bedarf an Casemanagement (CM) aufweisen. Ein komplexer Versorgungsbedarf, Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsstrukturen und Krisen sind herausfordernde Situationen, in welchen CM eine konkrete Hilfestellung leisten kann. In der Steiermark wird Case- und Caremanagement (CCM) derzeit nicht nur wie in der Pflegedienstleistungsstatistik dokumentiert, in den Gesundheitszentren erbracht, sondern auch von Trägern mobiler Betreuung und Pflege. Dort werden nach Auskunft der Volkshilfe etwa 7 – 10 % der betreuten Personen dem Casemanagement zugewiesen. Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hilfswerks Steiermark und des Österreichischen Roten Kreuzes (Landesverband Steiermark) hat ein Konzept über CCM verfasst, welches als Grundlage für ein Pilotprojekt dient¹⁹.

In der Gesundheits- und Krankenversorgung ist CCM in der ambulanten psychosozialen Versorgung als Teil des Betreuungskonzepts weitgehend etabliert und wird in der Steiermark hauptsächlich von den darin tätigen Vereinen angeboten und erbracht. Auf Ebene der Bezirkshauptmannschaften stehen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als Case- und Caremanagerinnen und

¹⁹ vgl.: Ambrosch et al, Case Management im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung. Konzeptbeschreibung, Graz, 2014

Case- und Caremanager für Kinder und Jugendliche zur Verfügung, welche Information, Beratung, Gefährdungsabklärung und Hilfeplanung, sowie Evaluierung der Maßnahmen gewährleisten²⁰.

8.2 Definition

Am Ausgangspunkt der Planung für diesen Bereich steht die Erarbeitung einer Definition für CCM. Im Pflegefondsgesetz werden unter CCM Angebote

- der Sozial-, Betreuungs- und Pflegeplanung auf Basis einer individuellen Bedarfsfeststellung,
- der Organisation der notwendigen Betreuungs- und Pflegedienste und
- des Nahtstellenmanagements

verstanden²¹.

Aus Sicht der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) ist Case-management ein Handlungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass möglichst entlang eines gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufes eines Patienten oder Klienten („over time“) und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen („across services“) ein maßgeschneidertes Versorgungspaket („package of care“) erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll²². Für den Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege kommt die Definition aus dem PFG zur Anwendung und wird um Caremanagement erweitert: Caremanagement sichert den Zugang zu einer bedarfsgerechten Leistung und wirkt an der regionalen Planung mit.

Im Rahmen der Pflegeversorgung in der Steiermark soll das CCM den Definitionen inhaltlich folgen, eine Präzisierung und Operationalisierung im Sinne einer Umsetzbarkeit und Standardisierbarkeit ist nachstehend erarbeitet.

8.3 Aufgabenprofil

Das Case- und Caremanagement wird primär institutionsunabhängig als Funktion verstanden und hat ein vielfältiges Aufgabenprofil und einen hohen Vernetzungsanspruch zu erfüllen. Zentral ist, dass es die Verantwortung dafür trägt, im ersten Schritt einen allfälligen Bedarf an CCM zu erheben und dann zu bewilligen oder abzulehnen. Es führt dann die notwendigen Leistungen durch und ist zudem verpflichtet, die Notwendigkeit einer Weiterführung auf Basis valider Informationen in regelmäßigen Abständen zu evaluieren und CCM eben bedarfsadäquat zu verlängern, anzupassen oder auch zu beenden. Neben diesen Tätigkeiten, die dem Casemanagement zugerechnet wer-

²⁰ vgl.: Projekt JUWON – JUgendWOhlfahrt Neu, Graz, 2013

²¹ vgl.: PFG, § 3, Abs. 9

²² vgl.: ÖGCC, 2010

den, bestehen die Aufgaben, welche das Caremanagement betreffen, in der Mitwirkung an der regionalen Planung und der Steuerung der Leistungsangebote und daher einer engen Abstimmung mit dem Referat Pflegemanagement des Landes Steiermark. Diese Aufgaben und Funktionen sollten sich auf mehrere Institutionen und Personen verteilen; vor allem sollte die Bewilligung eines bestimmten Stundenkontingents für CCM dem Kostenträger oder ihm nahen Institutionen obliegen.

Um diese Aufgaben adäquat erfüllen zu können, muss die Qualifikation einer Case- und Caremanagerin bzw. eines Case- und Caremanagers festgelegt werden. Zusätzlich zur Ausbildung zur DGKP oder zur diplomierten Sozialarbeiterin bzw. zum diplomierten Sozialarbeiter müssen Case- und Caremanagerinnen und -manager eine spezifische CCM-Ausbildung nachweisen können. Diese berechtigt die Case- und Caremanagerinnen und -manager auch zur Entscheidungskompetenz in den Einzelfällen.

Zu den Tätigkeiten zählen:

- Die detaillierte und standardisierte Bedarfserhebung und die Bedarfsplanung
- Vernetzung der Betreuungseinrichtungen und Einbindung von Behörden (bei Bedarf):
 - o Entscheiden bei multiplen Problemlagen
 - o Kooperation mit Pflegedienstleistungsanbietern und KH-Entlassungsmanagement
 - o Unterstützung bei der Regelung sozialer und finanzieller Aspekte
- Regelmäßige Evaluation des Nutzens des CCM und allfällige Leistungsanpassung
- Sicherstellung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten Leistung und Mitwirkung an der regionalen Planung in Kooperation mit der Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement:
 - o Steuerung der Leistungsangebote über Rückmeldung an die Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement
 - o Sichtbarmachung von strukturellen oder anderen Auffälligkeiten auch an der Nahtstelle zu anderen Bereichen (z.B. Sozialbereich) und entsprechende Bekanntmachung bei den zuständigen Personen, Organisationen oder Abteilungen.
 - o Einhaltung fachlicher Standards und Kennzahlen der Leistungserbringung

8.4 Verortung

Das Case- und Caremanagement soll ein Leistungsangebot des Landes Steiermark sein, das in Bezug auf die Langzeitpflege grundsätzlich allen Pflegegeldbezieherinnen und -bezieherinnen zugänglich sein soll. Um den Bedarf feststellen zu können, muss ein standardisiertes Erhebungsverfahren flächendeckend bereitstehen und bei allfälligem Verdacht auf Bedarf durchgeführt werden.

Vom Land Steiermark selbst werden Case- und Caremanagerinnen bzw. Case- und Caremanager an den Bezirkshauptmannschaften, Sozialhilfeverbänden bzw. Sozialhilfeträgern eingesetzt, um

flächendeckend verfügbar zu sein und in Kenntnis der regionalen Gegebenheiten agieren zu können. Die Bedarfserhebung und -planung muss nicht das Land selbst durchführen, jedoch sollte die Zuerkennung oder die Ablehnung nach der Prüfung durch das Land oder in seinem Auftrag erfolgen. Die organisatorische Verankerung sollte individuell abgestimmt, je nach vorhandenen Möglichkeiten erfolgen, wobei auch eine Verankerung in der Primärversorgung des Gesundheits- und Krankenversorgungsbereichs in Erwägung zu ziehen ist²³.

Die Durchführung des CM selbst wird in der Regel durch qualifiziertes Personal der Trägerorganisationen der mobilen Dienste erfolgen. Es ist jedoch notwendig, dass das Land über jeden Einzelfall informiert ist und etwa halbjährlich den Effekt des CM und allfällige Anpassungsnotwendigkeiten überprüft oder in seiner Verantwortung überprüfen lässt und möglicherweise das CM im Einzelfall auch beendet. Daher melden die Trägerorganisationen in kontinuierlichem Feedback Informationen über die Einzelfälle und deren Verlauf an die Case- und Caremanagerinnen und -manager des Landes und holen bei Evaluationen Entscheidungen von Seiten des Landes über die Weiterführung ab bzw. wirken auch an dieser Entscheidungsfindung mit.

Nachstehend ist skizziert, welche Einrichtungen innerhalb des gesamten individuellen CCM-Prozesses welche Schritte im Sinne einer Arbeits- und Aufgabenteilung übernehmen könnten.

<i>CCM-Schritte</i>	<i>Einrichtungen der Landesverwaltung (BH)</i>	<i>Träger der mobilen Dienste</i>	<i>Gesundheitszentren</i>
<i>Objektive Bedarfsfeststellung</i>	+/-	+/-	-
<i>Bewilligung des CCM, Entscheidung über Fortführung nach Evaluation</i>	+	-	+
<i>Hausbesuch bei Klienten vor Ort</i>	-	+	-
<i>Vernetzung mit Betreuungseinrichtungen</i>	+	+	+
<i>Durchführung regelmäßiger Evaluation</i>	-	+	-
<i>Mitwirkung an der regionalen Planung und Weiterentwicklung des regionalen Leistungsangebots</i>	+	+	+

Tabelle 3: mögliche Verantwortung für die Durchführung einzelner CCM-Schritte

Da das CCM eine Nahtstelle zum Gesundheitsbereich darstellt, sollten die Funktionen des CCM auch mit dem Sozial- und Gesundheitsressort des Landes abgestimmt sein. Auf jeden Fall sollte es vermieden werden, Parallelstrukturen aufzubauen bzw. unnötig viele Schnitt- bzw. Nahtstellen entstehen zu lassen.

²³ siehe Bundesgesundheitsagentur: Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich

8.5 Zugang

Die Case- und Caremanagerinnen und Case- und Caremanager des Landes, die regional an den Bezirkshauptmannschaften/an Sozialhilfeverbänden bzw. Sozialhilfeträgern angesiedelt sind, dienen als Ansprechpartnerin/Ansprechpartner und sollen sowohl vom Pflege- und Betreuungspersonal vor Ort aber auch von den Klientinnen und Klienten selbst oder deren Angehörigen, anderen an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen oder auch den Krankenkassen kontaktiert werden können. Das bedeutet, dass sowohl Entlassungsmanagerinnen und Entlassungsmanager im Krankenhaus, als auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Ausführende von Pflegedienstleistungen über die Kontaktinformationen verfügen müssen und sich an das Case- und Caremanagement wenden, wenn sie meinen, dass ihre Patientin/Klientin oder ihr Patient/Klient CM-Bedarf aufweisen könnte.

Nach der ersten Kontaktaufnahme erfolgt die standardisierte Bedarfserhebung für ein CM und das folgende Bewilligungsverfahren.

Es ist unabdingbar, dass ein einheitliches und evaluiertes Bewertungsverfahren flächendeckend eingesetzt wird. Eine Möglichkeit für das Assessment bietet beispielsweise der Discharge Risk Screen (DRS) des Victorian Department of Human Service and Health. Er besitzt eine 86 %ige Sensitivität, Klientinnen und Klienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf zu identifizieren, wobei folgende vier Fragen gestellt werden:

- Hat der Klient Selbstfürsorgedefizite bei der Durchführung von instrumentellen (IADL) und elementaren Selbstversorgungsaktivitäten (ADL)?
- Lebt der Klient allein?
- Pflegt der Klient andere Angehörige?
- Wurde der Klient bereits vor dem stationären Aufenthalt von mobilen Diensten betreut?

Derzeit wird auch schon ein anderes Verfahren in der Steiermark eingesetzt (RAI-HC), das eine weitere Möglichkeit darstellt. Es soll jedoch immer zwischen der Pflegeplanung an sich und der Bedarfsfeststellung hinsichtlich des CCMs unterschieden werden.

9 SCHNITTSTELLENTHEMEN IN DER STATIONÄREN LANGZEITVERSORGUNG

Die Langzeitpflege ist zunehmend mit Themen konfrontiert, welche die qualitativen Aspekte der Pflege beeinflussen, wiewohl sie nicht unbedingt im engsten Kontext zur Pflege stehen, sondern eine interdisziplinäre Perspektive beinhalten. Es ist Auftrag an den vorliegenden Bedarfsplan, sich einiger dieser zentralen Themen anzunehmen und Vorschläge zur flächendeckenden Umsetzung zu erstellen. Die nachstehenden Kapitel haben einen empfehlenden Charakter. Diese Empfehlungen basieren auf den Ergebnissen von Fokusgruppen mit Fachexperten aus diesen Bereichen. Der Erarbeitung lagen Problemanalysen zugrunde, für die umsetzungsfähige Lösungsvorschläge entwickelt werden konnten, die so weit wie möglich auf bestehenden Strukturen und Konzepten beruhen.

9.1 Hospiz- und Palliativversorgung

9.1.1 Vorbemerkungen

Die Integration von Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen hat positive Auswirkungen auf alle Beteiligten. Sie dient bei guter Umsetzung der Verbesserung der Kommunikation im Heimalltag, schafft Bewusstsein für die Bedürfnisse in den letzten Lebenstagen, gibt Sicherheit und Mut, stärkt das Für- und Miteinander, die Mitmenschlichkeit, die Lebensqualität bis zuletzt und trägt zu einem Sterben in Würde und Selbstbestimmung bei²⁴. Außerdem stellt die Integration von Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen einen Einflussfaktor zur Senkung der Hospitalisierungsrate in den letzten Lebenstagen dar.

Ziel sollte es sein, an allen Pflegeheimen in der Steiermark diese spezielle Qualifikation und Kultur anbieten zu können.

Der Hospizverein Steiermark führt bereits, wie in einigen anderen Bundesländern auch, nach den Standards des Dachverbandes Hospiz Österreich das Projekt „Hospiz- und Palliative Care im Pflegeheim“ durch. Die Teilnahme an diesem Projekt erfolgt freiwillig. Als Nachweis über die erfüllten Kriterien wird ein Gütesiegel verliehen, welches fünf Jahre lang gültig ist.

9.1.2 Vorschlag für eine Weiterentwicklung

Es wird vorgeschlagen, von Seiten des Landes den Erwerb dieses standardisierten Gütesiegels zu bewerben, um möglichst flächendeckend in allen Alten- und Pflegeheimen in der Steiermark dieses Angebot vorhalten zu können. Es dient der Darstellung des speziellen Angebots von Seiten

²⁴ vgl.: Folder des Dachverband Hospiz Österreich

der Einrichtung. An den Erwerb des Gütesiegels sind für das Pflegeheim jedenfalls Bedingungen geknüpft, die vorab zu erfüllen sind. Ein Minimalkatalog sollte folgende Punkte enthalten:

- Standardisierte Schulung von mind. 80 % des Personals nach einem einheitlichem Curriculum: die Schulungen finden vor Ort statt und umfassen 36 Stunden, die auf zwei Blöcke aufgeteilt sind.
- Ernennung und Implementierung einer oder eines Hospiz- und Palliativbeauftragten je Einrichtung: Zu ihren/seinen Aufgaben zählt die Entwicklung von Richtlinien für die Hospiz- und Palliativkultur im Heim, die verschriftlicht werden und immer wieder auf Einhaltung und Verbesserungen hin überprüft werden, Empfehlung von Weiterbildungsveranstaltungen zu Palliative Care und Palliativer Geriatrie, Einberufung von Gesprächsrunden, Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, Beratung der Heim- und Pflegeleitung zu Themen der palliativen Versorgung. Der und dem Palliativbeauftragten steht ein Team zur Seite, das sie oder ihn bei der Erfüllung des Auftrags unterstützt.
- Organisation und Durchführung der interdisziplinären Treffen des Hauses mit den Kooperationspartnern vor Ort
- Organisation und Durchführung der hausinternen Organisationsentwicklungstreffen
- Regelmäßige Kontakte zu mobilen Hospiz- und Palliativteams und die bedarfsgerechte Nutzung dieser Strukturen
- Sicherstellung der Verfügbarkeit einer geriatrisch versierten Ärztin oder eines Arztes, idealerweise mit Zusatzqualifikationen in der Hospiz- und Palliativversorgung
- Ev. Ergänzung um weitere Qualitätskriterien des Dachverband Hospiz Österreich und des Hospizvereins Steiermark

Neben der Tatsache, dass ein Heim diese Qualifikation auch nach außen darstellen kann, sollten dafür auch Anreize von Seiten des Landes überlegt werden. Neben einer finanziellen Unterstützung der Qualifizierungsmaßnahmen könnte das auch eine personelle Unterstützung sein. Erfüllt ein Alten- oder Pflegeheim die Kriterien und erhält somit das Gütesiegel, sollte damit einhergehend möglicherweise zusätzlich benötigtes Personal in einem zu definierendem Ausmaß finanziert werden.

9.2 Psychiatrische und alterspsychiatrische Versorgung, sowie Versorgung behinderter Personen im Pflegeheim

In Alten- und Pflegeheimen leben immer mehr Menschen auch mit psychiatrischen Versorgungsbedarfen. Das stellt große Anforderungen an das pflegerische Personal aber eben auch an eine adäquate (fach-)ärztliche Versorgung. Im Folgenden werden Empfehlungen für die Versorgung und Betreuung psychiatrischer, alterspsychiatrischer sowie behinderter Personen beschrieben. Sie beziehen sich auf infrastrukturelle Merkmale aller stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in der

Steiermark. Sie beziehen sich nicht auf medizinische oder pflegerische Leitlinien, die ohnehin Grundvoraussetzungen der Pflege in der Steiermark sein sollten.

9.2.1 Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegebedarf und psychiatrischer Diagnose

Pflegeheime suchen mittlerweile recht häufig unter Berufung auf ihren hohen Anteil psychiatrischer Klientel um den psychiatrischen Zuschlag an. Die Unterbringung psychisch Kranker in Pflegeheimen ist aber als nicht adäquate Unterbringung zu qualifizieren. Diese Einschätzung basiert auf den Ergebnissen der Fokusgruppe mit Fachexperten, bei welcher die Patienten- und Pflegeombudschaft, die Landesnervenklinik Sigmund Freud, der Hospizverein Steiermark, das Sozialamt der Stadt Graz, das Geriatrie Gesundheitszentrum sowie der Gesundheitsfonds vertreten waren.

Das Ziel ist es, nur ältere psychiatrische Patientinnen und Patienten mit explizitem Pflegebedarf in Pflegeheimen unterzubringen und diesen Bedarf zu quantifizieren. Psychiatrische Patientinnen und Patienten ohne Pflegebedarf sind, wenn notwendig, -im Sinne des „Normalitätsprinzips“, um Hospitalisierungseffekte zu vermeiden bzw. die Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit zu erhalten/zu fördern- in kleinen Wohneinheiten adäquat untergebracht.

Es besteht jedoch kein ausreichendes Wissen über die tatsächliche Anzahl von in Pflegeheimen untergebrachten psychisch Kranken, deren Alter bzw. ob eine Leistung aus dem Steiermärkischen Behindertengesetz bezogen wird. Deshalb sollte als konsequent zu setzender nächster Schritt eine Erhebung/Studie dazu erfolgen (Stichtagserhebung). Konzepte zur adäquaten Unterbringung psychisch Kranker existieren hinreichend im sozialpsychiatrischen Feld. Die fachärztliche konsiliarische Versorgung psychiatrischer Klientel in Pflegeheimen wurde zuletzt im Konzept zur ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung der Steiermark berücksichtigt.

In jedem Fall muss definiert sein, zu welchen Zeiten eine psychiatrische Konsiliarärztin oder ein -arzt unter Rufbereitschaft zur Verfügung steht und wann eine telefonische Erreichbarkeit gegeben sein muss. Steht eine Konsiliarärztin oder ein Konsiliararzt zumindest zeitnah oder telefonisch zur Verfügung, könnte die Zahl der Zwangs- und Akuteinweisungen von psychiatrischen Patientinnen und Patienten in akutstationäre Psychiatrien verringert werden. Eine psychiatrische Konsiliarärztin oder ein -arzt dient auch der Entlastung von Angehörigen, etwa indem sie oder er klärende Gespräche oder Deeskalationsgespräche sowohl mit den Angehörigen als auch mit den Betroffenen selbst führt.

9.2.2 Bewohnerinnen und Bewohner mit alterspsychiatrischen Erkrankungen (Demenz)

Bewohnerinnen und Bewohner mit alterspsychiatrischen Erkrankungen (Demenz) haben sehr differenzierte Pflege- und Betreuungsbedarfe, welche sich ebenfalls nicht an der PflegegeldEinstufung festmachen lassen.

Es wird empfohlen, ein abgestuftes Versorgungsmodell innerhalb von Pflegeheimen für Demenzkranke einzurichten. Dieses sieht Wohngemeinschaften für Demenzpatientinnen und -patienten mit reduziertem Pflegebedarf in einem frühen Krankheitsstadium vor und Stationen für

schwerer betroffene Personen mit höherem Pflegebedarf. Es wird wesentlich sein, diese von den anderen Pflegebereichen baulich abzutrennen, da an Demenz erkrankte Personen andere Bedürfnisse aufweisen als Pflegebedürftige ohne Demenz. Eine der Demenz adäquate Pflege entlang bestehender Leitlinien ist jedenfalls anzubieten. Folgende Kriterien sollen für Bereiche, in welchen an Demenz erkrankten Personen leben, Beachtung finden:

- Es ist darauf zu achten, dass ein Großteil des Personals durch Weiterbildungen im Bereich Demenz (Validation, psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm, Basale Stimulation, etc.) für die Pflege und Betreuung von an Demenz erkrankten Personen qualifiziert ist.
- Die räumlichen Kriterien unterscheiden sich je nach Wohnform, wobei alle Einrichtungen barrierefrei und behindertengerecht gestaltet sein müssen. Mehrere unterschiedlich strukturierte Räume, die beieinander liegen sollen verschiedene Tätigkeiten ermöglichen (kochen, spielen, ruhen²⁵). Klare, einfach zu erfassende Strukturen sind anzustreben und erweisen sich als vorteilhaft für die emotionale und kognitive Verfassung der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz²⁶. Damit sich an Demenz erkrankte Personen leichter orientieren können, sind tote Winkel, zu große Räume und zu lange Korridore zu vermeiden²⁷.

Aus der Literatur ergeben sich Demenzprävalenzzahlen in stationären Einrichtungen von derzeit 60 bis 65 %²⁸. Das bedeutet, es ist davon auszugehen, dass aktuell mehr als die Hälfte der Heimbewohnerinnen und -bewohner an Demenz erkrankt ist, wobei hier alle Krankheitsstadien gemeinsam betrachtet werden. Da eine räumliche Trennung bzw. die Einrichtung von Demenzbereichen erst ab einer gewissen Größenklasse Sinn macht wird vorgeschlagen, ab einer Heimgröße von 60 Betten einen Bereich speziell für an Demenz erkrankte Personen zu schaffen. Dieser Bereich sollte rund 20 % der Gesamtbettenanzahl im jeweiligen Pflegeheim entsprechen.

9.2.3 Körperlich und/oder geistig behinderte Personen

Menschen mit geistigen oder körperlichen Behinderungen erreichen aufgrund der medizinischen Fortschritte nun erstmals ein hohes Lebensalter. Zu den besonderen Bedürfnissen und Bedarfen dieser Personen liegen noch kaum Erfahrungen vor. Auch eine Quantifizierung des Betreuungsvolumens steht noch aus, daher können keine quantitativen Planungsaussagen getroffen werden.

Um zu einer Quantifizierung zu gelangen wird eine Stichtagserhebung empfohlen, bei welcher ermittelt wird, wie viele Personen mit einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung in Pflegeheimen leben. Darauf aufbauend soll ein Konzept erarbeitet werden. Ziel muss es sein, diese Personen ihren Bedarfen entsprechend zu pflegen. Auch gilt es zu beleuchten wie viele behinderte Personen, die derzeit in Wohngemeinschaften für behinderte Personen leben, einen Pflegebedarf

²⁵ vgl.: Leuthold, 2009, S 19

²⁶ vgl.: Bartholimeyczik, 2006, S 44

²⁷ vgl.: Pochobradsky et al, 2008, S 11

²⁸ vgl.: Winkler et al, 2012, S 59

aufweisen und ob dieser durch die Betreuungspersonen gedeckt werden kann. Dies ist von Bedeutung weil geistige und/oder körperlich behinderte Personen im höheren Alter einen höheren Pflegebedarf aufweisen könnten als die durchschnittliche Bevölkerung. Können diese speziellen Pflegebedarfe nicht zu Hause bzw. in den Wohngemeinschaften gedeckt werden, werden diese Personen in Pflegeheimen zu betreuen sein. Hierfür sind die Rahmenbedingungen, die Personalausstattung und die Finanzierung in Kooperation mit der Abteilung Soziales zu erstellen.

9.3 Ärztliche Betreuung in Pflegeeinrichtungen

9.3.1 Vorbemerkungen

Die ärztliche Versorgung umfasst einerseits die hausärztliche Versorgung von Pflegeheimpatientinnen und -patienten durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und andererseits die Versorgung von „Hospital-Dependent Patients“ in entsprechenden Einrichtungen der Langzeitbehandlung, also den Bereich der Langzeitpflege mit begleitender ärztlicher Betreuung. Darüber hinaus gibt es derzeit einige Pilotprojekte mit dem Charakter geriatrischer Versorgung konsiliariter (das GEKO-Projekt der GGZ in Graz, der geriatrische Konsiliardienst der KAGes in Bad Radkersburg).

Die hausärztliche Versorgung ist im Sinne der freien Arztwahl durch die Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheims de facto auf Basis von Hausbesuchen geregelt und unterliegt damit im Bundesland sehr unterschiedlichen Versorgungsintensitäten, die davon abhängen, wie die einzelnen Akteure sich verhalten. Einrichtungen der Langzeitpflege mit dauerhafter ärztlicher Betreuung durch dort angestellte Ärzte gibt es derzeit in Österreich in unterschiedlichem Ausbaugrad in den einzelnen Bundesländern mit unterschiedlichem Rechtsstatus und Finanzierungsmodellen (z.B. Haus der Barmherzigkeit/Wien, Abt. f. medizinische Geriatrie der Albert Schweitzer-Klinik/Graz; Abteilungen für chronisch Kranke in Kärnten...).

9.3.2 Vorschlag für Weiterentwicklung

Aufgrund der vorherrschenden gesetzlichen Regelungen, die in absehbarer Zeit nicht geändert werden, wird den Einrichtungen empfohlen, Vereinbarungen mit Hausärztinnen und -ärzten der Umgebung zu treffen, sodass diese im Bedarfsfall bei nicht anders lautendem Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner für Hausbesuche bereit stünden. Damit kann dort, wo Hausärztinnen und -ärzte nicht in absehbarer Zeit für einen Hausbesuch verfügbar sind, ein Ersatz bereitgestellt werden. Einer entsprechenden Vereinbarung sollten Bereitschaftszeiten ebenso unterliegen wie andere Leistungsvereinbarungen. Im Idealfall verfügen die angeforderten Ärztinnen und Ärzte über ein Geriatriediplom der ÖÄK. Dieses beinhaltet eine palliative und alterspsychiatrische Basis-Ausbildung.

Darüber hinaus gibt es Menschen, deren Bedarf an medizinischer Versorgung so hoch ist, dass er in einem herkömmlichen Pflegeheim nicht abgedeckt werden kann; andererseits ist dieser medizinische Bedarf aber wiederum zu gering und eine Besserung des Zustandes nicht absehbar, wes-

wegen der Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus nicht zu rechtfertigen wäre. Für die Betreuung dieser meist chronisch kranken, geriatrischen Patientinnen und Patienten mit medizinisch-therapeutischem Betreuungsbedarf stehen derzeit in der Steiermark nur punktuell spezifische Strukturen an der Abteilung für medizinische Geriatrie der Albert Schweitzerklinik in Graz zur Verfügung.

Es ist derzeit nicht bekannt, wie viele Menschen in der Steiermark tatsächlich dieser speziellen Versorgungsform bedürfen und welche bestehenden Defizite in der Gesundheit und Funktionalität es sind, dass sie eben dieser Versorgung bedürfen. Es wird angeregt, hierzu eine Erhebung mit den zentralen Fragen zur Menge an Betroffenen und der Art der Einschränkungen durchzuführen und anhand zu entwickelnder Versorgungskonzepte für diese Menschen abzuklären, inwieweit bestehende Strukturen für die Versorgung dieser Menschen geeignet wären, adaptiert werden müssten oder die Strukturen um neue Elemente zu erweitern wären.

Die ärztliche Versorgung in der stationären Langzeitpflege ist auch ein Ziel im Landes-Zielsteuerungsvertrag, da dadurch positive Effekte auf die akutstationäre Versorgung zu erwarten sind. Auch andere Punkte des Landes-Zielsteuerungsvertrags (z.B. Anstrengungen im Bereich Hygiene) spielen im Sinn des Nahtstellenmanagements in der Langzeitversorgung eine Rolle. Insofern sollte auf die Vorgaben der Landes-Zielsteuerung Gesundheit insbesondere dort Rücksicht genommen werden, wo auf das Nahtstellenthema eingegangen wird.

9.4 Migrantinnen und Migranten in der Pflege

Das Thema Migrantinnen und Migranten in der Pflege wurde unter Hinweis auf die am 21.6.2011 beschlossene „Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark“ bereits im vorigen Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege eingehend thematisiert. Was die Thematik „Migration und Seniorität“ in der Langzeitpflege betrifft wird auf eine Umfrage in 12 steirischen Pflegeheimen verwiesen. Für viele Befragte stellt der Umgang mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund (noch) kein Problem dar, da eine hohe Anzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund im Bereich „Pflege“ eingesetzt ist. Manche Träger sehen allerdings ein Problem darin, dass Pflegeheime, mobile Dienste und begleitende Beratung zu wenig auf diese Zielgruppe ausgerichtet seien. Das Thema Interkulturalität ist mittlerweile Bestandteil der Pflegeausbildung.

Als Handlungsempfehlung ist im BEP 2012 festgelegt, dass die in der „Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark“ festgehaltenen Grundsätze, Haltungen und strategischen Zielsetzungen für den Umgang in einer gesellschaftlichen Vielfalt auszubauen sind um langfristig das Zusammenleben Aller in der steirischen Heimat bestmöglich zu gestalten²⁹.

²⁹ vgl.: Amt der steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 11A Soziales, Arbeit und Beihilfen, 2012, S 125

10 LITERATUR

Ambrosch, G., Kapper-Weidinger, E., Monschein, J., Wagner, E., Case Management im Bereich der mobilen Pflege – Konzeptbeschreibung, Graz, 2014

Amt der Steiermärkischen Landesregierung Fachabteilung 11A Soziales, Arbeit und Beihilfen, Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen, Graz, aktualisierte Version Juni 2012

Bartholimeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., Kuhn, C., Müller-Hergl, C., Perrar, K., Riesner, C., Rüsing, D., Schwerdt, R., van der Kooij, C., Zegelin, A., Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, Bundesministerium für Gesundheit, Witten, August 2006

BGBl. I Nr. 57/2011, idF vom 11.08.2014. Bundesgesetz, mit dem ein Pflegefonds eingerichtet und ein Zweckzuschuss an die Länder zur Sicherung und zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege für die Jahre 2011 bis 2016 gewährt wird (Pflegefondsgesetz – PFG)

BmASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011, Wien, 2012

Bundesgesundheitsagentur, Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich, Wien, Juni 2014

Engels, D., Pflegebedarf in Baden-Württemberg: Derzeitiger Stand und zukünftige Entwicklung, Köln, Mai 2000

Firgo, M., Famira-Mühlberger, U., Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern. Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege. WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien, 2014

Gleichweit, S., Rossa, M., Erster österreichischer Demenzbericht, Wien, 2009

Hackl, A., Hingerl, F., Pirklbauer, B., Stangl, B., Wall, M., Handbuch für die Koordination für Betreuung und Pflege, Linz, Oktober 2009

Köhler, I., Klambauer, C., Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft – Herausforderungen und Chancen. Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Dokumentation der Jahreskonferenz 2010, Innsbruck, November 2010

Leuthold, U., Gestaltung von Innenräumen für Demenzkranke, Bern, 2009



Mühlberger, U., Knittler, K., Guger, A., Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien, September 2008

Pochobradsky, E., Bergmann, F., Nemeth, C., Preninger, B., Betreuungsangebote für demenziell erkrankte Menschen – Demenzhandbuch, Wien, Jänner 2008

Winkler, P., Pochobradsky, E., Wirl, C., Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich, Wien, Juni 2012

11 ANHANG

Im Anhang befinden sich die Tabellen zu den detaillierten Ergebnissen der Analyse der in Betreuung befindlichen Personen in der Steiermark im Jahr 2013 auf Basis der verfügbaren Daten zur Langzeitpflege und danach folgend die quantitative Festlegung der SOLL-Strukturen in der Langzeitpflege in der Steiermark für das Jahr 2025.

ANALYSE DER BESTEHENDEN VERSORGUNG (2013)																
		Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege (BEP) - Steiermark														
Politische Bezirke	Personen mit Pflegegeldbezug	informell betreute Personen ¹		formell betreute Personen ² (Σ Gesamt)		formell betreute Personen je Betreuungsform ³										
		abs.	abs.	%	abs.	%	davon Stationäre Langzeitpflege (SBP)		davon Mobile Dienste (MBP) ⁴		davon Teilstat. Tagesbetreuung (TST)		davon Alternative Wohnformen (AWF)		davon 24-Stunden-Betreuung (24H) ⁵	
							abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Großraum Graz⁶		22.487	15.455	68,7%	7.032	31,3%	2.964	13,2%	2.041	9,1%	211	0,9%	190	0,8%	1.626	7,2%
Graz	G	14.548	10.409	71,5%	4.139	28,5%	1.529	10,5%	1.363	9,4%	160	1,1%	109	0,7%	978	6,7%
Graz-Umgebung	GU	7.939	5.046	63,6%	2.893	36,4%	1.435	18,1%	678	8,5%	51	0,6%	81	1,0%	648	8,2%
Liezen		4.673	2.993	64,0%	1.680	36,0%	691	14,8%	542	11,6%	14	0,3%	60	1,3%	373	8,0%
Liezen	LI	4.673	2.993	64,0%	1.680	36,0%	691	14,8%	542	11,6%	14	0,3%	60	1,3%	373	8,0%
Östliche Obersteiermark		12.506	8.516	68,1%	3.990	31,9%	1.883	15,1%	1.226	9,8%	32	0,3%	71	0,6%	778	6,2%
Bruck-Mürzzuschlag	BM	7.592	5.103	67,2%	2.489	32,8%	1.226	16,1%	741	9,8%	32	0,4%	43	0,6%	447	5,9%
Leoben	LE	4.914	3.413	69,5%	1.501	30,5%	657	13,4%	485	9,9%	0	0,0%	28	0,6%	331	6,7%
Oststeiermark		16.382	10.808	66,0%	5.574	34,0%	2.223	13,6%	1.704	10,4%	177	1,1%	111	0,7%	1.359	8,3%
Hartberg-Fürstenfeld	HF	5.540	3.617	65,3%	1.923	34,7%	737	13,3%	487	8,8%	100	1,8%	33	0,6%	566	10,2%
Südoststeiermark	SO	6.096	4.038	66,2%	2.058	33,8%	880	14,4%	667	10,9%	12	0,2%	62	1,0%	437	7,2%
Weiz	WZ	4.746	3.153	66,4%	1.593	33,6%	606	12,8%	550	11,6%	65	1,4%	16	0,3%	356	7,5%
West-/Südsteiermark		14.367	10.275	71,5%	4.092	28,5%	2.048	14,3%	1.081	7,5%	11	0,1%	140	1,0%	812	5,7%
Deutschlandsberg	DL	4.487	3.118	69,5%	1.369	30,5%	662	14,8%	391	8,7%	11	0,2%	59	1,3%	246	5,5%
Leibnitz	LB	5.487	3.901	71,1%	1.586	28,9%	812	14,8%	424	7,7%	0	0,0%	51	0,9%	299	5,4%
Voitsberg	VO	4.393	3.256	74,1%	1.137	25,9%	574	13,1%	266	6,1%	0	0,0%	30	0,7%	267	6,1%
Westliche Obersteiermark		7.535	5.052	67,0%	2.483	33,0%	1.283	17,0%	710	9,4%	0	0,0%	102	1,4%	388	5,1%
Murtal	MT	5.527	3.706	67,1%	1.821	32,9%	949	17,2%	513	9,3%	0	0,0%	84	1,5%	275	5,0%
Murau	MU	2.008	1.346	67,0%	662	33,0%	334	16,6%	197	9,8%	0	0,0%	18	0,9%	113	5,6%
Steiermark, gesamt		77.950	53.099	68,1%	24.851	31,9%	11.092	14,2%	7.304	9,4%	445	0,6%	674	0,9%	5.336	6,8%

Anmerkungen:

¹ Differenz aus Gesamtanzahl der Personen mit Pflegegeldbezug und Gesamtanzahl an formell betreuten Personen (Abschätzung der informellen Pflege)

² Gesamtanzahl an betreuten Personen mit Pflegegeldbezug mit vollständiger und/oder teilweiser formellen Betreuung im Jahr 2013

³ Doppel- und Mehrfachbetreuung einzelner Personen mit Pflegegeldbezug durch Inanspruchnahme mehrerer unterschiedlicher Pflegedienstleistungen möglich

⁴ Gesamtanzahl der durch die Mobilien Dienste betreuten Personen mit Pflegegeldbezug im Stichmonat Juni 2013

⁵ Gesamtanzahl der durch die 24-Stunden-Betreuung betreuten Personen mit Pflegegeldbezug im Jahr 2013

⁶ aufgrund der geografischen Nähe und dem regen Austausch von Bewohnerinnen und Bewohnern zwischen G und GU sollte für die Stationäre Langzeitpflege (SBP) der Großraum Graz als eine Planungseinheit betrachtet werden

Tabelle 4: Personen mit Pflegegeldbezug in der Steiermark nach Betreuungsform, 2013

Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen – 2025

Anhang



PROGNOSE 2025 - STRUKTURDARSTELLUNG															
		Bedarfs- und Entwicklungsplan Pflege (BEP) - Steiermark													
Pflege- und Betreuungsdienstleistungen		Großraum Graz ⁵		Liezen	Östliche Obersteiermark		Oststeiermark			West- /Südsteiermark			Westliche Obersteiermark		Σ Stmk
		G	GU	LI	BM	LE	HF	SO	WZ	DL	LB	VO	MT	MU	
Stationäre Langzeitpflege (SBP)	PHG Betten														
	IST 2014 ¹	1.904	1.868	857	1.477	733	804	1.038	679	745	668	655	1.039	459	12.926
	SOLL 2025	1.660	1.806	788	1.315	677	866	767	764	702	687	643	1.059	355	12.089
	Veränderung in %	-12,8%	-3,3%	-8,1%	-11,0%	-7,6%	7,7%	-26,1%	12,5%	-5,7%	2,8%	-1,9%	2,0%	-22,7%	-6,5%
Stationäre Kurzzeitpflege (KSE)	Betten														
	IST 2013 ²	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SOLL 2025	277	158	87	104	79	109	119	96	79	114	78	85	33	1.417
	Veränderung in %	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Teilstationäre Tagesbetreuung (TST)	Plätze														
	IST 2013 ³	67	15	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	97
	SOLL 2025	136	78	46	65	42	50	55	46	40	51	39	48	17	713
	Veränderung in %	103,0%	420,0%	–	333,3%	–	–	–	–	–	–	–	–	–	635,1%
Alternative Wohnformen (AWF)	Plätze														
	IST 2013	242	175	141	76	61	100	167	40	100	82	35	146	46	1.411
	SOLL 2025	401	345	182	194	92	128	170	64	159	137	108	184	72	2.238
	Veränderung in %	65,8%	97,4%	29,2%	155,1%	51,4%	28,0%	1,8%	60,4%	59,2%	66,9%	209,3%	26,3%	56,5%	58,6%
Mobile Dienste (MBP)	Pflege- und Betreuungsstunden														
	IST 2013	217.061,0	94.203,9	75.740,6	89.004,6	60.935,1	55.227,1	83.988,5	79.582,4	50.201,5	70.260,6	38.831,3	77.313,2	26.484,7	1.018.834,5
	SOLL 2025 ⁴	299.589	164.546	117.992	150.710	93.062	105.210	159.705	117.090	81.964	94.277	54.263	110.834	45.682	1.594.925
	Veränderung in %	38,0%	74,7%	55,8%	69,3%	52,7%	90,5%	90,2%	47,1%	63,3%	34,2%	39,7%	43,4%	72,5%	56,5%
Anmerkungen:															
¹ letztaktueller und geprüfter Stand an bewilligten PHG-Betten für die Steiermark wurde als Ausgangsbasis der Prognoseberechnung herangezogen															
² für die Stationäre Kurzzeitpflege liegen keine gesonderten Daten zur Struktur- und Inanspruchnahme in der Steiermark vor															
³ ausschließlich Plätze der fünf Pilotprojekte mit allgemein gültigen Qualitätskriterien															
⁴ Pflege- und Betreuungsstunden der Mobilen Dienste (MBP) inklusive Leistungsstunden für Bedarfsklärung und Re-Assessments - Gesamtstundenkontingent beinhaltet keine Stunden für die mobile Hospiz-/Palliativversorgung sowie Stunden für den mobilen Kinderkrankendienst															
⁵ aufgrund der geografischen Nähe und dem regen Austausch von Bewohnerinnen und Bewohnern zwischen G und GU sollte für die Stationäre Langzeitpflege (SBP) der Großraum Graz als eine Planungseinheit betrachtet werden															

Tabelle 5: quantitative Strukturdarstellung im SOLL, 2025

JOANNEUM RESEARCH
Forschungsgesellschaft mbH
Leonhardstraße 59
8010 Graz
Tel. +43 316 876-0
Fax +43 316 876-1181
pr@joanneum.at
www.joanneum.at