LANDESRECHNUNGSHOF STEIERMARK

PRÜFBERICHT

Pflege – Folgeprüfung
Teil 2

DARSTELLUNG DER PRÜFUNGSERGEBNISSE

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfachen Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

In Tabellen und Anlagen des Berichtes können bei den Summen von Beträgen und Prozentangaben durch die EDV-gestützte Verarbeitung der Daten rundungsbedingte Rechendifferenzen auftreten.

Zudem ist festzuhalten, dass aufgrund der (teilweise gleichzeitigen) Zuständigkeit unterschiedlicher Stellen oder aufgrund verschiedener Datenquellen Abweichungen zwischen den Zahlen (Textteil, Tabellenteil etc.) vorkommen können.

Zitierte Textstellen werden im Bericht in kursiver Schriftart dargestellt.

LANDESRECHNUNGSHOF STEIERMARK

LANDTAG STEIERMARK - LANDESRECHNUNGSHOF
Trauttmansdorffgasse 2 | A-8010 Graz

lrh@stmk.gv.at

T +43 (0) 316 877 2250
F +43 (0) 316 877 2164

http://www.lrh.steiermark.at

Berichtszahl: LRH 20 P 2/2012-40

INHALTSVERZEICHNIS

KURZFASSUNG 4

1. PRÜFGEGENSTAND UND ZUSTÄNDIGKEITEN 8
1.1 Stellungnahme zum Prüfbericht 9

2. RECHTSGRUNDLAGEN 11

3. STEIRISCHER BEDARFS- UND ENTWICKLUNGSPLAN 14
3.1 A11 Soziales 14

4. CASE- UND CAREMANAGEMENT 20
4.1 A11 Soziales 20
4.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement 23

5. INFORMATION UND DATENMANAGEMENT 26
5.1 A11 Soziales 26
5.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement 31

6. MOBILE BETREUUNGS- UND PFLEGEDIENSTE 32
6.1 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement 32

7. ALTERNATIVE WOHNFORMEN - BETREUTES WOHNEN 44
7.1 A11 Soziales 44
7.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement 48

8. TEILSTATIONÄRE TAGESBETREUUNG UND KURZZEITPFLEGE IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN 50
8.1 A11 Soziales 50
8.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement 52

9. STATIONÄRE BETREUUNGS- UND PFLEGEDIENSTE 53
9.1 A11 Soziales 53
9.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement 78

10. BEDARF UND AUSBILDUNG DES PFLEGEPERSONALS 83
10.1 A11 Soziales 83
10.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement 85

11. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN 94

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

A	Abteilung
AH/PH	Altenfachbetreuer und Pflegehelfer
BAGS	Sozialwirtschaft Österreich - Verband der österreichischen Sozial- und Gesundheitsunternehmen
BVB	Bezirksverwaltungsbehörden
DGKS/P	Diplomierte(r) Gesundheits- u. Krankenschwester/-pfleger
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
FA	Fachabteilung
FH	Fachhochschule
FSBA	Fach- und Diplom-Sozialbetreuer für Altenarbeit
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HH	Heimhilfe
ISGS	Integrierte Sozial- und Gesundheitssprengel
ISOMAS	Integriertes Sozialmanagement-System
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
LEVO-SHG	Stmk. Sozialhilfegesetz – Leistungs- und Entgeltverordnung
LGBl	Landesgesetzblatt
LRH	Landesrechnungshof
L-VG	Landesverfassungsgesetz
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PHG	Steiermärkisches Pflegeheimgesetz
RSB	Regierungssitzungsbeschluss
SHG	Steiermärkisches Sozialhilfegesetz
SHT	Sozialhilfeträger
SHV	Sozialhilfeverband/verbände
StBEP/BEP	Steirischer Bedarfs- und Entwicklungsplan
Stmk.	Steiermärkisch/e
StPHVO	Steiermärkische Pflegeheimverordnung
StSBBG	Steiermärkisches Sozialbetreuungsberufegesetz
VPI	Verbraucherpreisindex
VO	Verordnung
VZÄ	Vollzeitäquivalent
15a-Vereinbarung	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen aus 1993

KURZFASSUNG

Der Landesrechnungshof hat im Zuge der Folgeprüfung die Umsetzung der Empfehlungen des Berichtes „Leistungsangebot des Landes Steiermark für ältere Menschen – von der Erhaltung der Selbständigkeit bis zur Pflegebedürftigkeit“ aus dem Jahr 2007 sowie die Weiterentwicklungen seit diesem Zeitpunkt überprüft.

Für die A8 Wissenschaft und Gesundheit und die A11 Soziales wurde ein eigener Berichtsteil (Teil 2) erstellt, da die mobile und stationäre Pflege zentrale Aufgaben dieser Abteilungen (gewesen) sind.

Die Stellungnahmen aller anderen – seit der Änderung der Organisation des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung mit 1. August 2012 bestehenden – Abteilungen sind im Teil 1 des Berichtes enthalten.

Aufgrund der Empfehlung des Landesrechnungshofes aus dem Vorbericht wurden mit Beginn der XVI. Gesetzgebungsperiode die Bereiche Gesundheit und Pflege einer gemeinsamen politischen Verantwortung zugeführt, jedoch in der A8 und in der A11 wahrgenommen.
Durch die Organisationsänderung erfolgte auch die Zusammenführung der beiden Bereiche in die A8 seit 1. August 2012.

Im Vordergrund der Folgeprüfung stand die bedarfsgerechte Versorgung älterer Menschen und hier vor allem die Umsetzung jener Maßnahmen, die eine möglichst lange, weitgehend selbständige Lebensführung zu Hause unterstützen **(mobil vor stationär)**.

Überprüft wurde auch, inwiefern die mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (15a-Vereinbarung) übertragenen Aufgaben wahrgenommen wurden.

Unter anderem war vom Land Steiermark ein Bedarfs- und Entwicklungsplan (StBEP) über die Angebote im mobilen und (teil)stationären Bereich zu erstellen (Ist- und Soll-Zustand).

In der zuständigen A11 gab es jedoch über Jahre kein zuverlässiges Datenmanagement für die Erfüllung der Berichts- und Dokumentationspflichten. Die Einführung einer neuen Software zog sich in die Länge.
Eine bedarfsorientierte Planung und Steuerung, eine Dokumentation der finanziellen Entwicklungen der Leistungsangebote sowie eine Kontrolle waren nicht ausreichend gewährleistet. Die Evaluierung des StBEP 1997 wurde erst 2011 vorgenommen.
Es fehlten für das Land Steiermark und für die Gemeinden/Sozialhilfeverbände (Finanzierungsverantwortung) bzw. Bezirkshauptmannschaften (Vollzugsverantwortung) nachhaltige Planungsvorgaben für den Pflegebereich.

Zudem gab es keine Gesamtsicht über den Bedarf und die Ausbildung des **im Gesundheits- und Pflegebereich tätigen Personals**. Die Zuständigkeit lag bei verschiedenen Abteilungen und war unkoordiniert.
Erst seit der Organisationsänderung 2012 ist ausschließlich die A8 dafür zuständig. Der Bedarf für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe wurde zuletzt im Jahr 2006 erarbeitet.

Auch für das **Case- und Caremanagement**, für das **Betreute Wohnen**, für die **teilstationäre Tagesbetreuung** und die **Kurzzeitpflege** fehlten eine zentrale Bedarfserhebung und die Abstimmung zwischen den Abteilungen.
Dies führte teilweise zu Doppelgleisigkeiten; eine zielorientierte Versorgung war ebenso wenig gegeben wie der Überblick für die Pflegebedürftigen über diesbezügliche Angebote.

Die **mobilen Betreuungs- und Pflegedienste** werden flächendeckend von fünf Trägerorganisationen erbracht, die dafür einen normierten Tarif erhalten. Von der A8 werden die Leistungserbringung und der Einsatz der Ressourcen der Trägerorganisationen überprüft.
Die Kosten von insgesamt € 52.600.000,-- wurden im Jahr 2012 zu 37 % von den Klienten, zu 36 % vom Land Steiermark, zu 24 % von den Gemeinden und zu 3 % von den Sozialversicherungsträgern (für die medizinische Hauskrankenpflege) getragen.

Zu kritisieren ist die uneinheitliche Tarifgestaltung zwischen der Stadt Graz und den übrigen Gemeinden, die hinsichtlich der Auswirkungen auf das disponible Einkommen nicht begründbar ist.

Für die stationären Betreuungs- und Pflegedienste wird der überwiegende Teil der Finanzierungskosten mit 76 % von den Sozialhilfeträgern (Land Steiermark, Gemeinden) geleistet, die Selbstzahler tragen 19 % bei.
Da weder von der A11 noch von der A8 Angaben vollständig zur Verfügung gestellt wurden, mussten mehrere Quellen herangezogen werden, um zumindest überblicksmäßig die Zusammensetzung und den Verlauf der Ausgaben darstellen zu können. Dies ist hinsichtlich der Validität der vorliegenden Daten zu berücksichtigen.

Nach Angaben der A8 wurden aus dem Sozialbudget des Landes und der Gemeinden im **Jahr 2013 rund € 383.000.000,-- für die stationäre Pflege** aufgewendet.
Demnach erhielten den größten Anteil an den Gesamtausgaben private Heime mit rund € 267.000.000,-- (das sind 70 %).
Die Ausgaben für eigene Heime betrugen rund € 71.000.000,-- (das sind 18 %).
Weitere 12 % der Ausgaben entfielen auf Heime anderer Sozialhilfeträger, Landespflegezentren und Sonstiges.

Auf Basis der vorgelegten Daten ist **insgesamt eine Steigerung der Ausgaben des Landes und der Gemeinden** für die stationäre Pflege im Zeitraum von 2005 bis 2013 **um 112 % ersichtlich.** Ein **Dämpfungseffekt** ist ab dem Jahr 2011 erkennbar. Zeitgleich sind die Ausgaben für private Heime um 177 %, die Ausgaben für eigene Heime um 58 % gestiegen.

Die **Anzahl der Betten** hat sich von 2005 bis 2013 **von rund 9.950 auf rund 13.000** (das sind rund **31 %**) **erhöht,** wobei nochmals auf die unterschiedlichen Datenquellen hingewiesen wird. Der Bettenausbau erfolgte hauptsächlich in privaten Heimen.

Die demografische Entwicklung wirkte sich auf den Bedarf an Betreuungs- und Pflegeangeboten aus. Dies hat unter anderem auch die Höhe der Kosten für die stationäre Pflege beeinflusst. Der Zunahme der Pflegebetten und den damit verbundenen

Ausgabenzuwächsen hätte allerdings mit dem **Ausbau alternativer Versorgungsformen** entgegengewirkt werden können. Die Prognosen über die Auswirkungen der Demografie lagen seit Jahren vor, wurden auch medial behandelt und wären für Planungen abrufbar gewesen.

Auf die stationäre Unterbringung und die Übernahme der Kosten durch die Sozialhilfeträger besteht ein Rechtsanspruch. Finanzielle Hilfe ist nur soweit zu gewähren, als das Einkommen und das verwertbare Vermögen des Pflegebedürftigen nicht ausreichen, um den Lebensbedarf zu sichern.
Auf die Leistung mobiler Dienste hingegen besteht kein Rechtsanspruch. Mobile Pflegedienste werden zu sozial gestaffelten, öffentlich gestützten Kostenbeiträgen angeboten. Der Pflegebedürftige hat einen finanziellen Beitrag selbst bei niedrigem Einkommen zu leisten. Es gibt für mobile Dienste im Gegensatz zur stationären Pflege keine vollständige Kostenübernahme durch die Sozialhilfeträger.

Durch das derzeitige Finanzierungsmodell wird das Ziel **„mobil vor stationär“** im Pflegebereich zu wenig gefördert. Für Klienten mit hohem Betreuungs- oder Pflegebedarf kann es teurer sein, zu Hause durch mobile Dienste betreut zu werden als sich in stationäre Pflege zu begeben.
Es wird daher empfohlen, das **Finanzierungssystem für das gesamte Pflegewesen zu adaptieren**. Im Sinne eines „Stufenbaues der Pflege“ sind die Angebote und die Finanzierung so zu gestalten, dass ein entsprechender Anreiz für die zu Pflegenden besteht, je nach Bedarfshöhe zuerst alle Möglichkeiten des mobilen und teilstationären und erst danach des stationären Bereiches in Anspruch zu nehmen.

Aufgefallen ist, dass es im Bundesland Steiermark die meisten Pflegeheime Österreichs gibt. So wurden im Jahr 2013 in 212 Pflegeheimen rund 13.000 Betreuungsplätze angeboten. Dabei werden 84 % der Pflegeheime von privaten Trägern (gewinnorientiert, gemeinnützig, konfessionell) und 16 % von öffentlichen Trägern (Gemeinden/SHV, Landespflegezentren) geführt.

Die Heimbetreiber bekommen ihre Leistungen zu festgelegten Tarifen (Pflege- und Hotelkomponente) abgegolten. Grundlage bildet eine von der A11 im Jahr 2005 erarbeitete Kostenkalkulation für die Hotelkomponente. Dazu wurden für ein Pflegeheim mit einer durchschnittlichen Größe von 70 Betten und einem Auslastungsgrad von 95 % sogenannte Normkosten definiert.

Für dieses **Normkostenmodell** wurden keine aussagekräftigen Erläuterungen vorgelegt. Die entstandenen Ansätze sind daher teilweise nicht nachvollziehbar und hinsichtlich mehrerer Punkte in Frage zu stellen (z.B. Wahl und Zuordnung der Kosten, Auslastung von 95 %, Valorisierungen, Kostenansätze für das Management, keine Verpflichtung zur Vorlage von Jahresabschlüssen und fehlender Kontrollvorbehalt).

Auf unterschiedliche Heimgrößen und auf die Unternehmensstrukturen von Trägerschaften mit mehreren Pflegeheimen/Betriebsstätten wird mit diesem Tarifmodell nicht eingegangen. Betreiber von nur einem Pflegeheim oder mit weniger als 67 Betten haben die Möglichkeiten großer Unternehmensstrukturen nicht, sondern werden durch dieses Modell eher benachteiligt.

Neben dem erhöhten Bedarf an Pflegebetten hatte auch dieses Finanzierungsmodell eine Steigerung der Kosten zur Folge. Es wird daher empfohlen, die bisherigen Wirkungen des Normkostenmodells kritisch zu hinterfragen und ein neues Finanzierungssystem auf Basis transparenter und nachvollziehbarer Faktoren einzuführen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass viele der im Vorbericht des Jahres 2007 aufgezeigten Mängel nicht beseitigt wurden.

Ein **umfassender Reorganisationsbedarf im Pflegewesen** ist unter anderem gegeben hinsichtlich

- der gesamthaften Bedarfsplanung für den Pflegebereich,
- des unvollständigen und unpräzisen Datenmanagements,
- der unzureichenden Wahrnehmung der fachlichen/rechtlichen Verantwortung,
- der Qualität,
- der Finanzierung und
- der Kontrolle.

Qualitätsverluste für die zu Pflegenden und finanziell negative Auswirkungen für die Sozialhilfeträger und die Selbstzahler sind nur durch eine treffsichere rechtliche Regelung und effiziente Kontrollen vermeidbar. Die Einführung eines neuen zukunftsorientierten Pflegefinanzierungsmodells, das qualitäts- und leistungsfördernd ist und durch ein Controlling orientiertes Datenmanagement unterstützt wird, ist erforderlich. Der beabsichtigte landesweit einheitliche Vollzug im Pflegewesen ist umzusetzen.

Laut Stellungnahme hat der zuständige Landesrat mittlerweile eine Task-Force eingerichtet und die Verhandlungen für ein neues Finanzierungs- bzw. Verrechnungsmodell im Bereich der stationären Betreuungs- und Pflegedienste aufgenommen.

1. PRÜFGEGENSTAND UND ZUSTÄNDIGKEITEN

Der Landesrechnungshof (LRH) hat im Zuge der **Folgeprüfung** die Umsetzung der Empfehlungen des Berichtes **„Leistungsangebot des Landes Steiermark für ältere Menschen – von der Erhaltung der Selbständigkeit bis zur Pflegebedürftigkeit“** aus dem Jahr 2007 überprüft.

Zugleich wurden die Weiterentwicklungen seit diesem Zeitpunkt sowie der gegenwärtige Stand des Leistungsangebotes des Landes Steiermark für ältere Menschen einer Betrachtung unterzogen.

Für die nunmehrige Abteilung 8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement (A8) und die nunmehrige Abteilung 11 Soziales (A11) wurde ein eigener Berichtsteil (Teil 2) erstellt.

Die Aussagen zum Prüfgegenstand, zum Prüfmaßstab und zur Prüfmethodik im Teil 1 gelten gleichermaßen für beide Berichtsteile.

Gemäß der Geschäftsverteilung der Mitglieder der Steiermärkischen Landesregierung waren bzw. sind die politischen Zuständigkeiten ab dem Jahr 2007 folgende:

- Herr Zweiter Landeshauptmannstellvertreter Dr. Kurt Flecker für den Geschäftsbereich Soziales bis 22. September 2009 (A11).
- Herr Zweiter Landeshauptmannstellvertreter Siegfried Schrittwieser für den Geschäftsbereich Soziales seit 23. September 2009 (A11).
- Herr Landesrat Mag. Helmut Hirt für den Geschäftsbereich Gesundheit bis 22. September 2009 (A8).
- Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath für den Geschäftsbereich Gesundheit vom 23. September 2009 bis 21. Oktober 2010 (A8).
- Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder für den Geschäftsbereich Gesundheit (A8) vom 5. November 2010 bis 11. März 2014 sowie für die Angelegenheit „Pflege“ aus dem Geschäftsbereich Soziales (A11) vom 5. November 2010 bis zur Organisationsänderung am 1. August 2012.
  Mit dieser Organisationsänderung wurde die Angelegenheit „Pflege“ dem Geschäftsbereich Wissenschaft und Gesundheit (A8) zugeteilt.
  Aus dem Geschäftsbereich Soziales (A11) verblieben die Angelegenheiten der Kostentragungsbestimmungen nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz im Korreferat mit Herrn Zweiten Landeshauptmannstellvertreter Siegfried Schrittwieser.

- Herr Landesrat Mag. Christopher Drexler für den Geschäftsbereich Wissenschaft und Gesundheit (A8) sowie für die Angelegenheiten der Kostentragungsbestimmungen nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz im Korreferat mit Herrn Zweiten Landeshauptmannstellvertreter Siegfried Schrittwieser aus dem Geschäftsbereich Soziales (A11) seit 11. März 2014.

Mit Beginn der XVI. Gesetzgebungsperiode wurden die Angelegenheiten Gesundheit und Pflege einer gemeinsamen politischen Verantwortung zugeführt, jedoch in der A8 und in der A11 wahrgenommen.

Durch die Änderung der Organisation des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung mit 1. August 2012 erfolgte auch die Zusammenführung der beiden Angelegenheiten in die Abteilung Wissenschaft und Gesundheit (A8), der die Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement zugeordnet ist.

1.1 Stellungnahme zum Prüfbericht

Folgende zuständige politische Referenten gaben Stellungnahmen ab:

- **Herr Zweiter Landeshauptmannstellvertreter Siegfried Schrittwieser**
- **Herr Landesrat Mag. Christopher Drexler**
- **Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath**

Die Stellungnahmen sind in kursiver Schrift direkt in den jeweiligen Berichtsabschnitten eingearbeitet. Allfällige Repliken des Landesrechnungshofes erfolgen nach der jeweils korrespondierenden Textstelle. Weiters wurden vom LRH zusätzliche Erläuterungen eingefügt.

Stellungnahmen, welche sich auf den allgemeinen Teil des Berichtes beziehen, sind nachfolgend angeführt:

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler (A8 Wissenschaft und Gesundheit) :

Die Verwaltungsstrukturreform mit Wirksamkeit vom 1. August 2012 bewirkte im Bereich der A8 die Zusammenführung mit der ehemaligen A3 Wissenschaft und Forschung sowie die Auflösung der bis dahin bestehenden Fachabteilungen für Krankenanstalten und Sanitätsrecht, Landessanitätsdirektion und Veterinärdirektion sowie die Zusammenführung der Kompetenzen dieser drei Fachabteilungen in die ebenfalls neu geschaffene Fachabteilung für Gesundheit und Pflegemanagement.

Im Zuge dieser Umgliederung wurde, wie auch vom LRH empfohlen, das Pflegemanagement von der A11 in die Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement als neuer Aufgabenbereich übertragen. Die A8/FAGPM war daher gefordert, den dadurch bedingten personellen, strukturellen und organisatorischen Aufwand bei gleichzeitiger Analyse der neu hinzugekommenen Aufgaben, Neugestaltung der abteilungsinternen Struktur und laufender Erledigung der täglichen Arbeiten bestmöglich zu bewältigen. Besonders herausfordernd gestaltete sich in diesem Zusammenhang die Integration der Pflege. In der A11 gab es offenbar dafür kein eigenes Fachreferat, sondern eine Matrixorganisation, sodass nicht eine geschlossene Teilorganisationseinheit übertragen werden konnte, sondern einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der A11, welche bestimmte Teilgebiete der Pflege bearbeiteten (Bewilligung und Kontrolle nach PHG, Bewilligung nach SHG, Pflegeamtssachverständige, Datenbankbeauftragte, Assistentinnen u.a.m.). Andere Mitarbeiter, welche hauptsächlich in der Planung tätig waren und sind, verblieben jedoch bei der A11.

Neben diesen organisatorischen und personellen Herausforderungen waren die laufenden Aufgaben („Tagesgeschäft") zu erledigen und diverse „Altlasten" abzuarbeiten:

Säumnisbeschwerden beim Verwaltungsgerichtshof, Beschwerden beim Verfassungsgerichtshof, Klage von 64 Pflegeheimbetreibern beim Landesgericht, Pflegedienstleistungsstatistik u.v.m.
Darüber hinaus gestaltete sich die Bestellung eines Referatsleiters über einen langen Zeitraum äußerst schwierig, so dass das Referat für Pflegemanagement zuerst interimistisch und dann provisorisch geführt wurde.
Nach einer eingehenden abteilungsinternen Analysephase wurde die Abteilung 8 von der Landesregierung mittels Beschluss vom 7. März 2013 beauftragt, das steirische Pflegewesen in den Bereichen Finanzierung, Datenmanagement, Legistik und Organisation umfassend zu reformieren. In Umsetzung dieses Auftrages wurde ein Erstentwurf für ein „Finanzierungsmodell-Neu" für die stationäre Pflege erstellt, eine Begutachtung dieses Modelles durch ein Beratungsunternehmen beauftragt, die Kontrolle der Pflegeheime durch Amtssachverständige inhaltlich und organisatorisch neu geordnet, Anbote für die Neuerstellung eines Steirischen Bedarfs-und Entwicklungsplanes eingeholt, legistische Arbeiten zur Bündelungen der bestehenden Rechtsnormen in Angriff genommen u.v.a.m.
Durch die Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofs, des Landesgerichts und mittlerweile des Oberlandesgerichts sind die rechtlichen Auseinandersetzungen voraussichtlich beendet, begann der mittlerweile bestellte Referatsleiter seine Tätigkeit und werden die Arbeiten an der Reform des Pflegewesens fortgeführt.

2. RECHTSGRUNDLAGEN

Mit einer „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen“ aus 1993 (mit 1. Jänner 1994 in Kraft getreten) und mit der Einführung eines bundesweiten steuerfinanzierten Pflegegeldes wurde in den letzten 20 Jahren in Österreich von Bund, Ländern und Gemeinden ein umfassendes Pflegesystem aufgebaut.

Pflegebedürftige Menschen werden von der öffentlichen Hand durch Geldleistungen für die freie und selbstbestimmte Wahl der Pflege und Betreuung sowie durch Sachleistungen (mobile und stationäre Dienste) unterstützt. Für Geldleistungen ist der Bund zuständig (Bundespflegegeld), für Sachleistungen kommen die Länder und die Gemeinden auf.

Nur etwa 5 % der österreichischen Bevölkerung beziehen Pflegegeld. Es ist mit sieben Leistungsstufen bedarfsorientiert – jedoch nicht notwendigerweise bedarfsdeckend. Unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit besteht ein Rechtsanspruch.
Während das Pflegegeld durch das Bundespflegegeldgesetz bundesweit einheitlich geregelt ist, ist die Erbringung von Sachleistungen je nach Bundesland unterschiedlich geregelt, wodurch es bei der formellen Pflegebetreuung zu unterschiedlichen Standards im Bundesgebiet kommt.

Mit ihrem/ihrer Einkommen/Pension und dem Pflegegeld des Bundes (Geldleistung) finanzieren rund 50 % aller Pflegebedürftigen verschiedene Sachleistungen: von mobilen Diensten zur Unterstützung zu Hause, über Tagesbetreuungen bis hin zum Aufenthalt in Pflegeheimen.
Um die Länder und Gemeinden bei der Finanzierung der sozialen Pflegedienstleistungen zu unterstützen, wurde im Jahr 2011 vom Bund ein Pflegefonds zunächst bis 2014, nunmehr verlängert bis 2016, eingerichtet. Zwei Drittel der Kosten werden vom Bund und ein Drittel von den Ländern und Gemeinden getragen.

Mobile Dienste werden zu sozial gestaffelten, öffentlich gestützten Kostenbeiträgen angeboten. Bei Pflegeheimaufenthalten wird, bevor die Unterstützung der Länder und Gemeinden eintritt, die fast vollständige Vermögensverwertung (inkl. Eigenheim) gefordert.

Der überwiegende Teil der effektiven Pflegeleistung wird informell, meist im familiären Kontext und unterstützt durch das Bundespflegegeld, erbracht.

Gemäß folgender Rechtsgrundlagen haben das Land Steiermark und die Gemeinden die Aufgaben der Pflegevorsorge zu erfüllen:

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (im Folgenden: 15a-Vereinbarung)

Mit dieser Vereinbarung soll die Vorsorge für pflegebedürftige Personen bundesweit einheitlich geregelt werden. Die Länder verpflichten sich, langfristig für einen Mindeststandard an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten („soziale Dienste“) für pflegebedürftige Personen zu sorgen. Diese Sachleistungen haben dem Leistungskatalog und den Qualitätskriterien für soziale Dienste zu entsprechen.
Dazu waren von den Ländern Bedarfs- und Entwicklungspläne – mit vorgegebenem bundesweit einheitlichem Inhalt und Aufbau – für Betreuungsdienste und Pflegeeinrichtungen zu erstellen und bis 2010 umzusetzen.
Nach der Geschäftseinteilung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung sind die Abteilungen verpflichtet, im Rahmen ihres Aufgabengebietes die Angelegenheiten der 15a-Vereinbarung wahrzunehmen.

Pflegefondsgesetz

Das 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, trat mit 30. Juli 2011 in Kraft.

Der Zuschuss ist für die Sicherung folgender Angebote gewidmet:

- mobile Betreuungs- und Pflegedienste
- stationäre Betreuungs- und Pflegedienste
- teilstationäre Tagesbetreuung
- Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen
- Case- und Caremanagement
- alternative Wohnformen

Die Zweckzuschüsse sind **vorrangig** für Maßnahmen zu verwenden, die **nicht dem stationären Bereich** zuzurechnen sind.

Laut Pflegefondsgesetz sind dies **mobile Dienste** mit folgenden Angeboten:

- soziale Betreuung
- Pflege
- Unterstützung bei der Haushaltsführung
- Hospiz- und Palliativbetreuung

Unter stationärer Betreuung und Pflege werden Unterbringungs-, Verpflegungs- und Betreuungs- sowie Pflegeleistungen in speziellen Einrichtungen mit durchgehender Präsenz von Betreuungs- und Pflegepersonal verstanden.

Unter teilstationärer Betreuung sind ganz- oder zumindest halbtägige Betreuungsangebote für pflegebedürftige Menschen, die nicht in stationären Einrichtungen leben, zu verstehen. Sie werden in speziellen Einrichtungen erbracht.
Dabei werden Pflege und soziale Betreuung, Verpflegung, Aktivierungsangebote und Therapieangebote bereitgestellt. Darüber hinaus kann der dafür notwendige Transport zwischen Wohnort und Betreuungseinrichtung sichergestellt werden.

Als Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen gelten Angebote

- einer zeitlich bis zu drei Monaten befristeten Wohnunterbringung
- mit Verpflegung sowie
- mit Betreuung und Pflege einschließlich einer (re)aktivierenden Betreuung und Pflege.

Unter Case- und Caremanagement sind Angebote zu verstehen wie

- die Sozial-, Betreuungs- und Pflegeplanung auf Basis einer individuellen Bedarfsfeststellung,
- die Organisation der notwendigen Betreuungs- und Pflegedienste und
- das Nahtstellenmanagement.

Alternative Wohnformen sind Einrichtungen für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen, die aus sozialen, psychischen oder physischen Gründen nicht mehr alleine wohnen können/wollen und keiner ständigen stationären Betreuung/Pflege bedürfen.

Die Länder haben dem Bund Sicherungs-, Aus- und Aufbaupläne vorzulegen und regelmäßige statistische Aufzeichnungen zur Verfügung zu stellen.

Neben der angeführten 15a-Vereinbarung und dem Pflegefondsgesetz sind u. a. noch gültig:

- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
- Steiermärkisches Sozialhilfegesetz (SHG)
- SHG-Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO-SHG)
- Steiermärkisches Pflegeheimgesetz (PHG)
- Steiermärkische Pflegeheimverordnung (StPHVO)
- Steiermärkische Personalausstattungsverordnung
- Bundesgesetz, mit dem Bestimmungen über die Betreuung von Personen in privaten Haushalten erlassen werden – Hausbetreuungsgesetz

3. STEIRISCHER BEDARFS- UND ENTWICKLUNGSPLAN

Nach der Geschäftseinteilung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung sind die Abteilungen verpflichtet, im Rahmen ihres Aufgabengebietes die Angelegenheiten der 15a-Vereinbarung wahrzunehmen.

Die Zuständigkeit für den Steirischen Bedarfs- und Entwicklungsplan (StBEP) lag bis 31. Juli 2012 bei der A11. Durch die Organisationsänderung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung ist seit 1. August 2012 die A8 zuständig.

3.1 A11 Soziales

Feststellungen und Empfehlungen des LRH im Jahr 2007

Mit der Unterfertigung der 15a-Vereinbarung hat sich auch das Bundesland Steiermark verpflichtet, für Mindeststandards an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten (=soziale Dienste) für pflegebedürftige Personen zu sorgen.
Diese Sachleistungen haben dem Leistungskatalog und den Qualitätskriterien der Vereinbarung zu entsprechen.
Dazu war vom Land Steiermark ein Bedarfs- und Entwicklungsplan für Betreuungsdienste und Pflegeeinrichtungen zu erstellen, mit dem die bestehenden Angebote der Steiermark im mobilen, teilstationären und stationären Bereich beschrieben werden sollten. Dabei festgestellte Versorgungsdefizite hätten bis zu den Jahren 2000, 2005 und 2010 zu je einem Drittel abgedeckt sein sollen.

Bereits im November 2002 wurde vom LRH anlässlich der Überprüfung der vier Pflegezentren des Landes Steiermark die Evaluierung des StBEP 1997 eingefordert, da unter anderem die darin für 2010 enthaltenen Prognose-Daten überholt waren.

Mehrere Feststellungen aus der Prüfung 2002 wurden im Jahr 2007 wiederholt:

- Die Vorgaben der 15a-Vereinbarung waren in vielen Abteilungen nicht bekannt und wurden daher nicht erfüllt.
- Der StBEP 1997 wurde von der Landesregierung nie beschlossen.
- Bei Bedarfserhebungen und Planungen der A11 wurde in vielen Bereichen nicht auf den StBEP 1997 eingegangen.
- Der tatsächliche (Ist) und der prognostizierte künftige Bedarf (Soll) an sozialen Diensten in der Steiermark waren nicht transparent. Daher lagen auch die Abweichungen zwischen dem Istzustand (tatsächliches Angebot) und dem Sollzustand (Etappenziele für 2000 und 2005) auf Basis des StBEP 1997 nicht vor. Eine Evaluierung des StBEP 1997 war nicht erfolgt.
- Die Zuständigkeiten über die Versorgung älterer Menschen waren als Querschnittsmaterie auf mehrere Abteilungen verteilt. Es fehlte eine zentrale Stelle,

die dafür verantwortlich war, dass die mit der 15a-Vereinbarung vorgegebenen Leistungen dezentral und flächendeckend sowie nach einheitlichen Kriterien angeboten werden.

Der LRH empfahl, den StBEP 1997 zu evaluieren (Bedarf, Finanzierung) und durch die Landesregierung zu beschließen.

Zur A11 stellte der LRH fest, dass die Themen rund um den älteren Menschen und die mit der 15a-Vereinbarung übertragenen Aufgaben zwar in vielen Arbeitskreisen, Projekten und Studien thematisiert wurden.
Es blieb jedoch die Erfüllung der Aufgaben und die flächendeckende Versorgung mit sozialen Diensten offen.

Die Leistungen für ältere Menschen sind im Amt der Steiermärkischen Landesregierung als Querschnittsmaterie zu betrachten, die durch eine hohe Komplexität in den Zuständigkeiten und durch eine Vielzahl an handelnden Personen geprägt ist.
Die Kompetenzen für die wesentlichsten Leistungen für ältere Menschen lagen bei verschiedenen (Fach)Abteilungen: FA6A (Jugend, Frauen, Familie, Generationen), FA8A (Ausbildungsstätten), FA8B (mobile Dienste), A11 (stationärer Bereich, Sozialhilfe).

Der LRH empfahl daher **die Einbindung des Pflegebereiches in den Gesundheitsbereich,** um eine zentrale Stelle einzuführen,

- bei der alle Informationen über die Angebote des Pflege- und Gesundheitsbereiches vorliegen und auch eingeholt werden können und
- die die Bedarfserhebungen in allen Bereichen (mobil und stationär) und die Planung/Durchführung der Ausbildungsangebote nach einheitlichen Richtlinien koordiniert.

<u>Ergebnis der Folgeprüfung</u>
Die A11 nimmt zur Entwicklung des StBEP sowie zur Umsetzung der durchzuführenden Maßnahmen im stationären Pflegebereich wie folgt Stellung:

„Die A11 ist seit der Organisationsänderung mit 1. August 2012 für den Themenbereich ‚Pflege' nicht mehr zuständig. Die Zuständigkeit liegt bei der A8. Von Seiten der A11 kann daher nur generelle Auskunft gegeben werden, da mit 1. August 2012 alle Akten in Bezug auf ‚Pflege' an die A8 abgetreten wurden. Ebenso wurden die mit dem Thema befassten Kollegen in die A8 versetzt.

Der Bedarfs- und Entwicklungsplan wurde überarbeitet, mit RSB vom 14. Juli 2011 beschlossen und daraufhin dem Landtag Steiermark zur Kenntnis gebracht. Bereits nach der Beschlussfassung wurde am Bedarfs- und Entwicklungsplan weitergearbeitet und für die Regierungssitzung am 18. Juni 2012 ein überarbeiteter Bedarfs- und Ent-

wicklungsplan vorbereitet. Allerdings wurde der überarbeitete Bedarfs- und Entwicklungsplan vor dem 1. August 2012 nicht mehr zur Behandlung in eine Regierungssitzung gegeben."

Der LRH hat bereits in den Vorjahren in mehreren Berichten festgestellt, dass die A11 keine Evaluierung des StBEP 1997 vorgenommen hatte:

- 2002 Prüfung der „Landespflegezentren": **Von 1997 bis 2002 gab es keinen neuen StBEP**. Viele vereinbarte Maßnahmen waren von der A11 nicht umgesetzt worden.

- 2007 Prüfung des „Leistungsangebotes für ältere Menschen": **Der StBEP 1997 wurde von der Landesregierung nicht beschlossen**. Von 1997 bis 2007 gab es keinen überarbeiteten StBEP, die Daten waren überholt.

- 2010 Projektkontrollen Landespflegezentren Kindberg und Mautern: **Es fehlten seit vielen Jahren eine Gesamtsicht** über die vom Land Steiermark sicher zu stellenden ambulanten, teilstationären und stationären Dienste **und der Vergleich** des tatsächlichen mit dem geplanten Versorgungsangebot.

Auch im Bericht des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) aus 2004 findet sich die Kritik, dass es in der Steiermark **keine Aktualisierung des Bedarfs- und Entwicklungsplanes** gab und nur für die Steiermark keine aktuellen Maßnahmenplanungen vorlagen.

Im Regionalen Strukturplan Gesundheit 2008 wird ausgeführt, dass **keine Analyse der stationären Pflege möglich** sei, da zu Leistungen außerhalb der Pflegeheime **verlässliche Daten fehlten** und die Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmen von Leistungen nicht bekannt waren.

Demgegenüber wurde von der A11 die Bearbeitung des StBEP 1997 aber immer wieder angekündigt:

Juni 2007:
„Die vom LRH geforderte Evaluierung und Fortschreibung des StBEP 1997 ***ist derzeit in Arbeit*** *und wird unter anderem eine Gegenüberstellung der Sollwerte des StBEP 1997 mit den aktuellen Ist-Werten enthalten."*

August 2010:
„Das Referat für Planung, Bedarf und Entwicklung ist ***seit einiger Zeit damit beschäftigt****, diesen Plan zu aktualisieren.[…]*

Der bisherige BEP 1997 stellt für die aktuelle Bearbeitung von Bedarfsgutachten sowohl in rechnerischer als auch in programmatischer Hinsicht lediglich ein distales Planungsinstrument dar. Mit Vorliegen des neuen BEP sollten zeitgemäße

Prinzipien und stringente Planungsgrundlagen vorliegen, die eine Deckung bzw. eine Ableitung der einzelnen Bedarfsgutachten erlauben."

August 2010:

*„Ergänzend zum Schreiben vom 4. August 2010 werden detaillierte Unterlagen übermittelt, die zur Erstellung von Bedarfsgutachten herangezogen werden. Zum **in Arbeit befindlichen** Bedarfs- und Entwicklungsplan werden beispielhaft einige Kapitel in einer Rohfassung beigelegt."*

Oktober 2010:

*„Der im Jahre 1997 von der ÖBIG vorbereitete und vom Sozialreferat der Stmk. Landesregierung erstellte Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) für pflegebedürftige Menschen ist weiterhin gültig. Seit seiner Veröffentlichung wurde kein weiterer Bedarfs- und Entwicklungsplan von der Abteilung verfasst. **Die Arbeiten am neuen BEP sind im Gange** und wir rechnen damit, dass der neue Bedarfs- und Entwicklungsplan im ersten Quartal des nächsten Jahres (2011) erscheinen wird."*

Der LRH merkt kritisch an, dass von der A11 jahrelang verabsäumt wurde, wesentlichen, in der 15a-Vereinbarung bzw. im Pflegefondsgesetz vorgegebenen Aufgaben entsprechend nachzukommen.
Das bestehende Angebot (Ist-Zustand) und der künftige Bedarf (Soll-Zustand) an stationären Einrichtungen wurden nicht gegenübergestellt.
Der StBEP 1997 wurde erst im Jahr 2011 evaluiert.

Der **neue StBEP** wurde erst Mitte 2011 vorgelegt und von der Landesregierung beschlossen. Auch in diesem Plan sind **Mängel** festzustellen:

- Das künftig erforderliche Personal für den Pflege- und Gesundheitsbereich ist nicht enthalten.
- Die 24-Stunden Betreuung in der Pflege zu Hause wird nicht thematisiert (z. B. Personalbedarf, Verbindung zum Case- und Caremanagement).
- Im Maßnahmenkatalog wurden für den mobilen und (teil)stationären Bereich bis 2013 Evaluierungen, Pilotprojekte, die Übernahme in den Rechtsstatus angekündigt. Diesbezügliche Maßnahmen waren nicht erkennbar.
- Für die mobile Pflege wurde die Prognose für den Bedarf 2020 nur relativ grob gewählt, da etliche geplante Maßnahmen im Pflegebereich insgesamt noch nicht umgesetzt waren.
- Analysen der abgebildeten Daten und daraus abgeleitete Gegensteuerungsmaßnahmen erfolgten nur vereinzelt.
- Verbindliche Rahmenbedingungen für die zukünftige Entwicklung im Pflegebereich waren nicht enthalten.
- Zahlen und Daten sind häufig für unterschiedliche Zeiträume oder Zeitpunkte dargestellt und daher nur teilweise vergleich- bzw. analysierbar.

Insgesamt **fehlen im StBEP 2011** für das Land Steiermark und für die Gemeinden/Sozialhilfeverbände (Finanzierungsverantwortung) bzw. Bezirkshauptmannschaften (Vollzugsverantwortung) **nachhaltige Planungsvorgaben für den Pflegebereich.**

Eine gesamthafte Planung bzw. Bedarfsprognose über alle anzubietenden Leistungen sowie das dafür erforderliche Personal hat alle Versorgungsformen in jeder Region des Landes Steiermark mit einzubeziehen.
Diese Gesamtsicht ist im StBEP 2011 nicht erkennbar, die entsprechende Koordinierung über alle Leistungsbereiche in der Betreuung und der Pflege älterer Menschen wurde nicht wahrgenommen.

Wie auch aus dem nachfolgend abgebildeten **Maßnahmenkatalog des StBEP 2011** ersichtlich, blieb die Umsetzung vieler Maßnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen und zur flächendeckenden Versorgung mit Betreuungs- und Pflegediensten offen:

		derzeit	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
mobil	**Mobile Hauskrankenpflege**	15.046 Klienten (2009)	Schrittweiser Ausbau aufgrund der demographischen Entwicklung sowie jährliche Evaluierung des Bedarfs und kurzfristige Anpassungen, da die Nachfrage an mobiler Pflege stark von den Maßnahmen im Pflegebereich und der Entwicklung des stationären/teilstationären Versorgungsbereichs abhängt.			Pflegequote: Konstant: 15.754 KlientInnen +50%: 22.903 KlientInnen +70%: 25.763 KlientInnen			Pflegequote: Konstant: 16.444 KlientInnen +50%: 23.939 KlientInnen +70%: 26.937 KlientInnen			Pflegequote: Konstant: 17.097 KlientInnen +50%: 24.921 KlientInnen +70%: 28.050 KlientInnen
	Case- und Caremanagement	0	Erarbeiten einer Projektbeschreibung und rechtliche Verankerung im PHG		Pilotprojekt in einem oder mehreren Bezirken (Reformpool)		Evaluierung	stufenweiser Ausbau (wenn sich die pilotartige Erprobung bewährt, kann eine steiermarkweite Umsetzung beginnen)				
	Betreuungsdienst	0	Erarbeiten eines Pilotprojekts und rechtliche Verankerung		Pilotprojekt (Reformpool)		Evaluierung	stufenweiser steiermarkweiter Ausbau (1 VZÄ pro 50.000 Einwohner)				
teilstationär	**Tageszentren**	5 Zentren (Projektstatus)	Evaluierung	Übergang in den Regelbetrieb (öffentliches Recht)	Errichten von Tageszentren in der Nähe von Ballungszentren bzw. Bezirkshauptstädten							
	Betreutes Wohnen	594 Plätze (Jänner 2011)	Überarbeiten der Richtlinien	Übergang ins öffentliches Recht	Schrittweiser Ausbau des Angebots							
stationär	**Kurzzeitpflege / Übergangspflege**	0 (gesetzlich verankert)	Konzipieren eines Pilotprojekts	Evaluierung	Schrittweise Anhebung bis zu 2% des Gesamtbettenbestandes bzw. fixe Bettenanzahl (2% von "Bedarf 2020" wären 249 Betten)							
	Privatpflegeplätze	310 Betten	Übergangsfrist für neue Ausbildungsvorschrift endet am 31.12.2012		Schwer zu prognostizieren, aber die Entwicklung der letzten Jahre weiterführend, ist von einer leichten Reduktion auszugehen							
	Stationäre Langzeitpflege	12.177 Betten (April 2011)	Grundsätzlicher Ausbaustopp (ggf. Ausnahme: Kurzzeitpflegebetten / erhebliche Unterversorgungen)			Evaluierung des Bedarfs	Ausbau Richtung "Bedarf 2020"					

Quelle: StBEP 2011, Seite 152

4. CASE- UND CAREMANAGEMENT

Nach der Geschäftseinteilung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung sind die Abteilungen verpflichtet, im Rahmen ihres Aufgabengebietes die Angelegenheiten der 15a-Vereinbarung wahrzunehmen.

Die Zuständigkeit für Betreuungs- und Beratungsdienste (Case- und Caremanagement) lag bis 31. Juli 2012 sowohl bei der A11 als auch bei der A8.
Durch die Organisationsänderung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung ist seit 1. August 2012 die A8 zuständig.

4.1 A11 Soziales

Feststellungen und Empfehlungen des LRH im Jahr 2007

Nach der 15a-Vereinbarung haben die Länder für ein dezentrales, flächendeckendes und koordiniertes Angebot an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen zu sorgen sowie Information und Beratung sicherzustellen.

Zudem sollten folgende Sachleistungen angeboten werden:

1. Betreuungsdienste (z. B. Essen auf Rädern, Weiterführung des Haushaltes, Hauskrankenpflege inklusive Grundpflege)
2. Therapeutische Dienste/Rehabilitationsmöglichkeiten (Physiotherapie, Logopädie)
3. Dienste und Einrichtungen zur Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen
4. Hilfsmittelverleih für die häusliche Versorgung
5. Beratungsdienste
6. Kurzzeitpflegeeinrichtungen
7. Sonderwohnformen (z. B. Altenheime, Pflegeheime, Wohngemeinschaften)

Im StBEP 1997 der A11 waren zu den Leistungen 1. bis 5. nur Maßnahmen, wie etwa Mahlzeitendienste, Wohnungsanpassungsberatungen, Beratung für Angehörige, Notrufsysteme, Hilfsmittelzentralen, aufgelistet.
Der tatsächliche Erfüllungsgrad war jedoch vom Engagement der Gemeinden abhängig.

**Der LRH stellte fest, dass es keine zentral koordinierte Abstimmung zum Angebot dieser Leistungen gab bzw. unscharfe Kompetenzabgrenzungen vorlagen.
Ob überhaupt oder von wem diese Leistungen angeboten wurden bzw. bei welcher Abteilung jeweils die Zuständigkeit lag, war nicht überall feststellbar.**

Ergebnis der Folgeprüfung

Im StBEP 2011 der A11 wird der Aufbau von **dezentralen Ansprechstellen** für Angehörige empfohlen, welche an bestehende (teil)stationäre Einrichtungen oder an psychosoziale Beratungsstellen gekoppelt werden könnten.
An der Betreuung von Pflegebedürftigen sind verschiedenste Berufsgruppen in unterschiedlichen Versorgungsebenen beteiligt. Damit ergeben sich viele Schnittstellen, die die Versorgungsqualität beeinträchtigen können. Daher sollten Ansprechstellen – geknüpft an ein Case- und Caremanagement – als Reformpoolprojekte erprobt werden, um Transparenz über die Zuständigkeiten, die Kosten und die jeweiligen Kostenträger zu bieten.

Im StBEP 2011 wird e**in häuslicher Anwesenheits- und Beaufsichtigungsdienst** für die Verlängerung der Betreuung in der gewohnten Umgebung empfohlen. Auch der Ausbau der Leistungen zur **Unterstützung der Haushaltsführung,** wie etwa (Miet-) Wäscheservice, Hilfestellungen in der Bewältigung der Haushaltsführung in der Wohnung bzw. im Haus, Keller oder Garten, sollte forciert werden. Solche Leistungsangebote könnten über verschiedene arbeitsmarktpolitische Initiativen erbracht werden.

Zusätzlich soll laut StBEP 2011 mit einem **Case- und Caremanagement (Pflegeberatung)** der Zugang zur Beratung und zur Pflege erleichtert werden.

Im Maßnahmenkatalog des StBEP 2011 wurde von der A11 für ein Case- und Caremanagement und für den Betreuungsdienst die Erarbeitung einer Projektbeschreibung sowie die **rechtliche Verankerung im Pflegeheimgesetz** (PHG) angekündigt.

Ab 2013 sollte jeweils ein **Pilotprojekt (Reformpool)** erfolgen. Abgeleitet aus Planungen anderer Bundesländer wurden für die Steiermark zwischen 32 und 67 Vollzeitäquivalente (VZÄ) mit Kosten zwischen € 1,4 Mio. und € 3 Mio. berechnet.

Im StBEP 2011 werden von der A11 auch **sozial- und gerontopsychiatrische Versorgungszentren** beschrieben:
In jedem Bezirk gibt es Beratungsstellen verschiedener Träger im Rahmen der psychosozialen Dienste. Diese Zentren sollen als koordinierende Drehscheibe einer umfassenden Versorgung nicht nur bei Problemstellungen älterer, sondern auch bei beeinträchtigten oder psychiatrisch erkrankten Menschen fungieren und sämtliche mobile, ambulante, stationäre und teilstationäre Hilfsangebote sowie alle medizinisch und sozial Tätigen in einer Region mit einschließen.

Der LRH begrüßt grundsätzlich den Auf- bzw. Ausbau von Betreuungs- und Beratungsdiensten, dezentralen Ansprechstellen, Case- und Caremanagement, häuslichem Anwesenheits- und Beaufsichtigungsdienst und Leistungen zur Unterstützung der Haushaltsführung im Sinne der Erhaltung der Selbständigkeit der älteren Menschen.
Dennoch sollten zuerst der konkrete Bedarf erhoben werden, bereits vorhandene Angebote ermittelt und auf Synergien geprüft werden. Erst danach ist der Aufbau tatsächlich noch notwendiger, zusätzlicher Einrichtungen vorzunehmen, die mit den bestehenden Einrichtungen abzustimmen sind.

Dem Pflegebedürftigen sollte ein leicht zugänglicher Überblick über alle diese Angebote ermöglicht werden.

Eine einheitliche Bezeichnung für alle gleichartigen Angebote wird empfohlen.

Zu den von der A11 im StBEP 2011 vorgeschlagenen dezentralen Ansprechstellen weist der LRH darauf hin, dass in der für das Gesundheitswesen zuständigen A8 bereits seit 2010 mit den Gesundheitszentren ähnlich gelagerte Pilotprojekte verfolgt werden.

Der LRH stellt zusammenfassend fest, dass die Umsetzung der seinerzeitigen Empfehlungen betreffend die Betreuungs- und Beratungsdienste zwar angekündigt wurde, aber nur teilweise in Form von Pilotprojekten erfolgte und zudem zum selben Thema ähnlich gelagerte Projekte konzipiert wurden.

Die fehlende Abstimmung zwischen den Abteilungen führte wiederum zu Doppelgleisigkeiten. Für die Pflegebedürftigen fehlte der Überblick über alle diesbezüglichen Angebote.

4.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement

Feststellungen und Empfehlungen des LRH im Jahr 2007

Der LRH stellte fest, dass es keine zentral koordinierte Vorgehensweise für die Betreuungs- und Beratungsdienste gab bzw. unscharfe Kompetenzabgrenzungen vorlagen. Ob überhaupt oder von wem diese Leistungen angeboten wurden bzw. bei welcher Abteilung jeweils die Zuständigkeit lag, war nicht überall feststellbar.

Ergebnis der Folgeprüfung

Die Betreuungsdienste wurden zum Teil von den mobilen Diensten wahrgenommen. So ist in den Förderungsrichtlinien des Landes für die Träger unter anderem auch in § 4 Abs. 18 vorgegeben, dass Beratung für die Klienten und deren Angehörige anzubieten ist.

Im Gegensatz zur 15a-Vereinbarung aus 1993 sind im **Pflegefondsgesetz** aus 2011 Beratungs-, Betreuungs-, therapeutische und sonstige Dienste (Hilfsmittelverleih, Förderung sozialer Beziehungen etc.) nicht explizit genannt.

Mit den Zweckzuschüssen nach dem Pflegefondsgesetz sind im Rahmen **der mobilen Dienste** die soziale Betreuung, die Unterstützung bei der Haushaltsführung und neu seit 2013 auch die Hospiz- und Palliativbetreuung auszubauen.

In der teilstationären Betreuung sind ganz- oder zumindest halbtägige betreute Tagesstrukturen in eigenen (Senioren)Einrichtungen zu fördern. Neben der Pflege und der sozialen Betreuung sollen hier Verpflegung, Aktivierungsangebote, zumindest ein Therapieangebot und allenfalls die Transporte bereitgestellt werden.

Im Rahmen des Case- und Caremanagements sollen

- die Sozial-, Betreuungs- und Pflegeplanung auf Basis einer individuellen Bedarfsfeststellung,
- die Organisation der notwendigen Betreuungs- und Pflegedienste und
- das Nahtstellenmanagement

ausgebaut werden.

Der LRH hält zum Ausbau des Case- und Caremanagements fest, dass mit den vom **Gesundheitsfonds Steiermark** als Pilotprojekte eingerichteten „**Gesundheitszentren**“ bereits ähnlich gelagerte Angebote eingeführt wurden (im Juli 2010 in der Region Mürzzuschlag, im Jänner 2011 in der Kleinregion Bad Aussee sowie im Jänner 2013 in Murau, Stolzalpe und in Hartberg).

Diese Gesundheitszentren sind als zentrale Anlaufstelle für die Bürger geplant, die Informationen zum gesamten Leistungsangebot der Steiermark rund um die Gesund-

heit, Pflege und Gesundheitsförderung bündeln und diese rasch und unbürokratisch weitergeben. Sie sollen auch Hilfe für Patienten bei Terminvereinbarungen, Anträgen (z. B. Pflegegeld), Kontaktaufnahme mit Pflege- und Rehabilitationsstellen, Essen auf Rädern sowie bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bieten.

Durch die Gesundheitszentren sollen Doppelgleisigkeiten vermieden und Abläufe effizienter gestaltet werden.

Festgestellt wurde, dass die Gesundheitszentren zwar sinnvollerweise am Standort der Krankenanstalten errichtet wurden, jedoch auf den Internetseiten der jeweiligen Krankenanstalten nicht auf diese Gesundheitszentren und deren Leistungsangebote hingewiesen wird.

Dies steht im Widerspruch zur in Art. 4 der 15a-Vereinbarung geforderten Information und Beratung für Pflegebedürftige.
Im Sinne einer integrierten patientenorientierten Versorgung sollten die Gesundheitszentren nicht nur in den örtlich vorhandenen Strukturen von Krankenanstalten, sondern auch im Internet als nach außen gerichtetes Informationsmedium positioniert werden.

Der LRH hält darüber hinaus fest, dass **gleichzeitig von der A11** im StBEP 2011 der **Aufbau von dezentralen Ansprechstellen für Betreuungs- und Beratungsdienste** vorgeschlagen wird. **Demnach wurde von der A8 und der A11 zumindest bis 31. Juli 2012 dasselbe Thema behandelt.**

Dieser parallele Mitteleinsatz von zwei Abteilungen unterstreicht neuerlich die Sinnhaftigkeit der Zusammenführung des Pflege- und Gesundheitsbereiches in einer Abteilung ab 1. August 2012.

Es wird empfohlen, zuerst den konkreten Bedarf für diese Betreuungs- und Beratungsangebote zu erheben und dann bereits vorhandene Angebote abzustimmen und auf Synergien zu überprüfen.
Die Angebote sind so zu bündeln, dass dem Pflegebedürftigen ein zentral zugänglicher Überblick über alle diese Angebote ermöglicht wird.

Der LRH stellt zusammenfassend fest, dass die Umsetzung der seinerzeitigen Empfehlungen bezüglich der Betreuungs- und Beratungsdienste zwar angekündigt wurde, aber nur teilweise in Form von Pilotprojekten erfolgte und zudem zum selben Thema ähnlich gelagerte Projekte konzipiert wurden.

Die fehlende Abstimmung zwischen den Abteilungen führte wiederum zu Doppelgleisigkeiten. Für die Pflegebedürftigen fehlte der Überblick über alle diesbezüglichen Angebote.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler (A8 Wissenschaft und Gesundheit):

Seitens der A8 wird an der Erstellung des „Strukturplan Pflege“ gearbeitet. Ziel des Projektes ist es eine integrierte regionale Bedarfs-Versorgungsplanung für stationäre, teilstationäre und mobile Betreuungs- und Pflegedienste für ältere Menschen in der Steiermark sicher zu stellen.

Der „Strukturplan Pflege“ wird auch den Bedarf für das Case- und Caremanagement darstellen. Es soll im Hinblick auf vorhandene IST-Daten, die Darstellung der SOLL-Struktur erfolgen. Im Rahmen der Erstellung der „Qualitätsstandards für den extramuralen Versorgungsbereich“ wird unter anderem auch seitens der A8 ein Modell für Casemanagement erarbeitet werden. Aufbauend auf den Ergebnissen des Strukturplans Pflege und des Qualitätsstandards werden weitere empfohlene Schritte eingeleitet werden.

5. INFORMATION UND DATENMANAGEMENT

Nach der Geschäftseinteilung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung sind die Abteilungen verpflichtet, im Rahmen ihres Aufgabengebietes die Angelegenheiten der 15a-Vereinbarung wahrzunehmen.

Die Zuständigkeit für verfügbare Information und ein aussagekräftiges Datenmanagement im Pflegebereich lag bis 31. Juli 2012 bei der A11 und in Bezug auf die mobilen Betreuungs- und Pflegedienste bei der A8.
Seit 1. August 2012 ist für den gesamten Pflegebereich nur mehr die A8 zuständig. Die A11 hat im Rahmen ihrer Zuständigkeit für das Sozialwesen weiterhin für verfügbare Informationen und ein aussagekräftiges Datenmanagement im gesamten Sozialbereich (ausgenommen Pflege) zu sorgen.

5.1 A11 Soziales

Feststellungen und Empfehlungen des LRH im Jahr 2007
Laut Art. 4 der 15a-Vereinbarung haben die Länder Information und Beratung für Pflegebedürftige sicherzustellen.

Der LRH stellte fest, dass die seit 2002 von der A11 vorbereitete und angekündigte Sozialdatenbank im Jahr 2007 noch immer nicht fertiggestellt war.

Die Bewerbung des Sozialservers und dessen Aussagefähigkeit sowie die Verteilung von Informationsmaterial wurden als nicht ausreichend erachtet, um den Anliegen Pflegebedürftiger gerecht zu werden.

Ergebnis der Folgeprüfung
Information und Beratung werden in der A11 vorwiegend über die Sozialservicestelle und das Sozialtelefon angeboten.

Der Sozialserver der A11 stellt sich als Themenportal dar, auf dem Leistungen, Dienste, Einrichtungen und Kontaktpersonen der Steiermark abgefragt werden können. **Die stichprobenartigen Abfragen des LRH führten zu brauchbaren Ergebnissen.**

Im Bericht des LRH „Sozialarbeit und Sozialservice“ aus dem Jahr 2012 wurde das Referat Sozialservice als Anlaufstelle für Information und Beratung von Menschen beschrieben, die in finanzielle oder soziale Not geraten sind oder im Bereich der Pflege Fragen haben. Der LRH stellte dazu fest, dass kein anderes Bundesland Österreichs

eine derartige Servicestelle eingerichtet hat und daher die Aufrechterhaltung evaluiert werden sollte. Verwiesen wurde auch auf das Angebot von weiteren Informationsstellen im Amt der Steiermärkischen Landesregierung (z. B. Büro für Bürgerberatung), in den Bezirkshauptmannschaften (Bürgerservicestellen) und auf die Servicestelle des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

In diesem Bericht aus 2012 wird vom LRH **bemängelt**, dass der gemäß SHG alle zwei Jahre zu erstellende **Sozialbericht 2009/2010 von der A11 erst im September 2012 vorgelegt wurde.**
Der Sozialbericht 2011/2012 hingegen wurde mit Juli 2013 veröffentlicht.

Im **Sozialbericht 2007/2008** führte die A11 zu den verwendeten Informationssystemen aus, dass die **Sozialdatenbank (SDB)** seit mehreren Jahren zur Verwaltung der Leistungserbringer und deren Leistungen eingesetzt werde. Mit dem **webbasierten Informations- und Präsentationssystem des Sozialbereiches (WIPS)** stünde eine für die Leistungserbringer über das Internet zugängliche Software zur Verfügung. Die so gewonnenen Daten würden zentral verwaltet und teilweise an den Sozialserver für die Leistungspräsentation weitergegeben und für unterschiedlichste Anwendungen (Betriebsbewilligung, Kontrollen, Bedarfsprüfungen etc.) verwendet werden. Beide Datenbanksysteme seien unverzichtbare operative und strategisch-planerische Arbeitsinstrumente.

Im selben Sozialbericht 2007/2008 führt die A11 aus, dass nicht miteinander verknüpfte und **veraltete EDV-Systeme** existieren würden:

- Verpflichtete Berichterstattung sowie Planung/Controlling (für effizienten und treffsicheren Einsatz budgetärer Mittel im Sozialbereich) könnten mit den aktuell erstellten Daten nicht geleistet werden.
- Die Datenerhebung bzw. -verwaltung in den Bezirksverwaltungsbehörden sei am Stand der späten 1980er Jahre geblieben.
- Es könne kein Gesamtbild der Nachfragesituation gewonnen werden.
- Bedarfe würden kleinräumlich bedient.
- Das Steuern von nachfrageinduzierten Leistungsangeboten sei nicht möglich.
- Daten werden in Ermangelung entsprechender Erfassungs- und Auswertungssysteme mit hohem zeitlichem und personellem Aufwand händisch erhoben.

Daher sollte das **Integrierte Sozialmanagement-System (ISOMAS)** zum Einsatz kommen, damit aussagekräftige planungsrelevante Fachinformationen auf regionaler und zentraler Ebene zur Verfügung stehen.

Auch im **Sozialbericht für 2009/2010** wurden einerseits die Weiterentwicklung der Sozialdatenbank und der Software WIPS bis 2010, andererseits die nicht miteinander verknüpften und zum Teil bereits veralteten EDV-Systeme beschrieben.

Der LRH stellt daher in den Sozialberichten Unschlüssigkeiten hinsichtlich der verwendeten Systeme fest.

Im **Jahr 2008 wurde von der A11 eine Vorstudie** unter deren Projektleitung durchgeführt, in der die bestehende IT-Infrastruktur und die groben Anforderungen an das neue System **ISOMAS** erhoben wurden (geschätzte Kosten von € 3,3 Mio., geplanter Projektbeginn Frühjahr 2009).
Das zentrale System **ISOMAS** sollte **als Datenverbund** konzipiert werden, in das die Informationen aus den Akten aller Bezirksverwaltungsbehörden einfließen.
Nach Angaben der A11 wurden für eigene Mitarbeiter 190 Personentage (PT) aufgewendet.
Von der A11 wurde mitgeteilt, dass für die Bearbeitung der Vorstudie weder Beauftragung noch Rechnungen oder Buchungen vorhanden sind.

Basierend auf der **Vorstudie ISOMAS** wurde das **Projekt ISOMAS2** von der damaligen FA1B Informationstechnik aufgesetzt und im Mai 2011 genehmigt.
Der Projektauftrag sah ursprünglich eine Kooperation (Übernahme des Systems des Landes) mit dem Magistrat Graz vor, das mit einer eigenständigen Softwarelösung arbeitet. Die Kosten wurden auf insgesamt € 3,3 Mio. geschätzt.

Die A1 teilt mit, dass keine externen Kosten anfielen und die **internen kalkulatorischen Kosten** für 400 Personentage **rund € 248.000,--** betrugen.

Im Juni 2013 wurde **ISOMAS2** in **das Nachfolgeprojekt ISOMAS Neu bzw. ISOMAS Umsetzung** mit den zugehörigen Teilprojekten unter der Projektleitung der A11 übergeführt.
Die Kosten (für Beratertage, Programmierung etc.) wurden mit € 960.000,-- veranschlagt.

In den Projektaufträgen wurde unter anderem festgehalten:

- Die Bezirkshauptmannschaften sind die Hauptzielgruppe der Anwendung und arbeiten in den Projektteams mit.
- Das Magistrat Graz behält während der ersten Umsetzungsphase das eigene System bei und soll gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt auf die neue Lösung des Landes Steiermark umsteigen.
- Der überwiegende Teil der software-technischen Umsetzung soll auf Basis einer Individualentwicklung erfolgen.
- Produktneutrale Schnittstellen zu einer Reihe von externen Systemen (Rechnungswesen, ELAK, zentrale Register) auf Basis der nationalen E-Government-Strategie wurden vorgesehen.

Zum Prüfungszeitpunkt war das Teilprojekt „Technische Anpassung bzw. Erweiterung der BHSO-Anwendung[1]“ in Programmierung.
Ebenso wurde an den Teilprojekten „Zentralmodul“ und „Verrechnungsmodul“ plangemäß gearbeitet. Die Implementierung soll in den nächsten beiden Jahren stattfinden.

Bisher fielen nach Angaben der A1 und der A11 für **ISOMAS Neu** intern 242 PT mit **kalkulatorischen Kosten von rund € 144.000,-- an.**

Beauftragungen an externe Auftragnehmer erfolgten im Jahr 2013 im Ausmaß von **€ 30.000,--.**

Insgesamt betragen die bis zum Prüfzeitpunkt angefallenen internen (kalkulatorischen) und externen Kosten für **ISOMAS2 und ISOMAS Neu** (ohne Vorstudie) rund € 422.000,--.

Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass im Jahr 2010 das EDV-Projekt **FADOSA** (Falldokumentation – Kennzahlen Sozialarbeit Bezirkshauptmannschaften) zur Erstellung eines Programms für die Sozialarbeit zur Dokumentation, Aktenführung und zum Controlling von der A1 evaluiert wurde.

Das Projekt wurde im März 2011 eingestellt, da es laut A11 mit dem Projekt ISOMAS im Zusammenhang stünde und in diesem aufgehen würde.
Bis dahin sind rund € 49.000,-- an zwei externe Firmen bezahlt worden. Die restlichen Mittel von rund € 96.000,-- stehen budgetär noch zur Verfügung.

Entwicklung des Projektes und des Budgets zu ISOMAS seit 2008:

Stand 19.12.2013	FADOSA 03/2011 eingestellt	Vorstudie 2008	ISOMAS2 05/2011	ISOMAS Neu 06/2013	Gesamt inkl. FADOSA, ohne Vorstudie
Kosten Plan	145.000	k. A.	3.300.000	960.000	960.000 +145.000
Kosten Ist	49.000 extern	k. A.	248.000	144.000 intern + 30.000 extern	392.000 +30.000 422.000 +49.000 =471.000 ohne Vorstudie
PT Plan	k. A.	k. A.	k. A.	900 bis 1.200	
PT Ist	k. A.	190	400	242	

Quelle: Daten aus den vorhandenen Angaben der A1 und A11, aufbereitet durch den LRH, Stand 19. Dezember 2013
k. A. = es wurden keine Angaben übermittelt
PT = Personentage

[1]BHSO ist eine seit 1991 im Einsatz befindliche Anwendung zur Verrechnung von Leistungen im Sozialbereich (Quelle: Projektauftrag ISOMAS-Technische Anpassung bzw. Erweiterung der BHSO Anwendung).

Zum Datenmanagement stellt der LRH zusammenfassend fest, dass die Beantwortung der Fragen nach den Angaben der A1 und der A11 „erhebliche Recherchen“ erforderte, da es **im Projekt keinen kontinuierlichen Wissensträger gab.**

Zu kritisieren ist, dass es in der A11 über Jahre kein zuverlässiges Datenmanagement für die Erfüllung der Berichts- und Dokumentationspflicht gab und sich die Projektierung der Einführung der neuen Software in die Länge zog.

Eine bedarfsorientierte Planung und Steuerung, die Dokumentation der Wirkung von Maßnahmen und der finanziellen Entwicklungen der Leistungsangebote sowie eine Kontrolle waren damit nicht durchgehend gewährleistet.

Durch dieses Versäumnis, aktuelle, qualitätsvolle und vollständige Daten in der Sozialverwaltung bereitzustellen, wurde der Bedarf im Pflegebereich nicht erhoben und auch die Evaluierung des StBEP 1997 jahrelang nicht vorgenommen. Ein gesamthafter Überblick und aussagekräftige, planungsrelevante Fachinformationen auf regionaler und zentraler Ebene waren damit nicht verfügbar.

Empfohlen wird daher die zügige Umsetzung der projektierten Überarbeitung des Datenmanagements, das für die Steuerung des gesamten Sozialbereiches notwendig ist.

Stellungnahme des Herrn Zweiten Landeshauptmann-Stellvertreters Siegfried Schrittwieser (A11 Soziales):

Die ISOMAS Umsetzung ist im Fortschreiten, das Zentralmodul ist bereits fertig, im Sommer 2014 wird die QuickWin Version BHG in Betrieb gehen, die Vollversion der Fachmodule BHG, BMS/SHG und KJH in der ersten Jahreshälfte 2015 ebenso wie das Verrechnungsmodul. Zentral- und Verrechnungsmodul stehen dann allen Fachmodulen zur Verfügung.

Um die Einbindung von Graz bemüht sich die A11 aktiv und mit Nachdruck. Eine Entscheidung über die letztliche Teilnahme steht seitens der Stadtverwaltung aber noch aus. Der Magistrat Graz war zu allen Projektleitersitzungen eingeladen und hat alle Protokolle dieser Sitzungen erhalten. Nach Fertigstellung von Zentralmodul und (weitestgehend) QuickWin-Modul und rechtzeitig vor Projektbeginn der drei Fachmodule BHG, KJH und BMS/SHG fand am 06. Mai 2014 ein Informationstermin statt, zu dem von Seiten der Stadt Graz neben dem Magistratsdirektor auch die Leiterin des Jugendamtes, der Leiter des Sozialamtes und der Leiter der IT eingeladen wurden.

5.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement

Mitteilung der A8

Von der A8 wird mitgeteilt, dass die **Steuerung der Qualität und der Kosten sowie die Planung neuer Dienstleistungsprodukte im Pflegewesen ein funktionierendes Informations- und Datenmanagement erfordern**.

Bisher im Einsatz befindliche Systeme (WIPS, SDB usw.) werden den Ansprüchen nicht mehr gerecht. Gestützt auf ein externes Gutachten wird der Ankauf eines Softwaresystems zur Erfassung und Bearbeitung aller relevanten Daten des Pflegewesens in Angriff genommen. Schnittstellen zu bestehenden Datenbanken des Landes Steiermark (wie z. B. ISOMAS) sind vorgesehen.

Im Endausbau soll auch der Bevölkerung die Möglichkeit eingeräumt werden, über das Internet – analog zur Abfragemöglichkeit im touristischen Bereich – freie Pflegebetten sowie die angebotenen Leistungen abfragen zu können.

Parallel dazu sollen auf Bezirksebene von Betreibern unabhängige Case- und Caremanager etabliert werden, die objektiv über sämtliche Angebote der Betreuung und Pflege sowie deren Finanzierung informieren.

Ergebnis der Folgeprüfung

Zu den Ausführungen der A8 zum Datenmanagement wird zu bedenken gegeben, dass nach der Eingliederung des Pflegebereiches (bisher in der A11) in den Gesundheitsbereich (A8) neue Rahmenbedingungen vorliegen, die beim Einsatz und der Entwicklung von Bearbeitungs-Tools berücksichtigt werden müssen.

So sollte im Sinne eines patientenorientierten Nahtstellenmanagements eine einheitliche und damit einmalige Datenerfassung für den Pflege- und den Gesundheitsbereich überlegt werden (Kranken- und Pflegedokumentation je Patient/Pflegebedürftigem).

Beispielsweise steht in der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) als größter Krankenanstaltenträger (100%ige Tochtergesellschaft des Landes Steiermark) und als neuen Betreiber der vier Landespflegezentren ein erprobtes System für die Patientenadministration, das Rechnungswesen und das Controlling zur Verfügung.

Synergiepotenziale sollten geprüft werden. Zu vermeiden sind jedenfalls Insellösungen und Doppelstrukturen, in denen Daten mehrmals erfasst werden.

6. MOBILE BETREUUNGS- UND PFLEGEDIENSTE

Die Zuständigkeit für die mobilen Betreuungs- und Pflegedienste liegt seit der Einführung bei der A8. Seit 1. August 2012 ist die A8 darüber hinaus für den gesamten Pflegebereich zuständig.

6.1 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement

Feststellungen und Empfehlungen des LRH im Jahr 2007

a) Als richtungsweisend hervorzuheben war der Beschluss der Förderrichtlinien (Qualitätskriterien) im Jahr 2004 als Standard des Landes für mobile Betreuungs- und Pflegedienste (= mobile Pflege).

b) Die Einrichtung der Arbeitsgruppe zur Evaluierung der Normkosten für die mobile Pflege wurde befürwortet. Verhandlungen über die künftigen Zuzahlungen der Gemeinden und des Landes für eine ausgeglichene Finanzierung zwischen den Klienten, dem Land und den Gemeinden wurden empfohlen.

c) Für die Durchführung der von der damals zuständigen Abteilung nicht wahrgenommenen Kontrollaufgaben sollte durch Umschichtungsmaßnahmen gesorgt werden.

d) Im StBEP 1997 waren auch andere für das Land verpflichtende soziale Leistungen wie etwa Mahlzeitendienste, Wohnungsanpassungsberatungen, Beratungen für Angehörige z. B. auch über Notrufsysteme, Hilfsmittel und Entlassungsmanagement beschrieben.
Es war nicht bei allen dieser Angebote nachvollziehbar, bei welcher Abteilung jeweils die Zuständigkeit lag. Eine zentral koordinierte Vorgehensweise war nicht erkennbar.

Mitteilung der A8

a+b) Für die mobilen Dienste wurden erstmals für das Jahr 2006 gemeinsam mit einem externen Berater Normkosten/Tarife je Berufsgruppe und Einsatzstunde ermittelt, die in weiterer Folge jährlich valorisiert wurden (laut Verbraucherpreisindex bzw. kollektivvertraglicher Änderungen).
Die Normkosten waren Grundlage für die Vereinbarung der anteiligen Zuzahlungen der Klienten, des Landes und der Gemeinden/Stadt Graz an die Träger organisationen.
Seit Februar 2013 liegt eine Neukalkulation dieser jährlichen valorisierten Normkostensätze für die einzelnen Fachdienste mit der Aufteilung der Kosten zwischen Klienten, Land und Gemeinden desselben externen Beraters vor.

b+c) Bei der Förderung der mobilen Pflege werden zwischen dem Fördergeber (Land Steiermark) und den Fördernehmern (Trägerorganisationen) Förderverträge abgeschlossen.
Alle benötigten statistischen Klientendaten werden jährlich von den Trägerorganisationen in Zusammenarbeit mit der A7 (Statistik) plausibilisiert und eine zufallsmäßige Stichprobe aus den Klientendaten gezogen und hinsichtlich der widmungsgemäßen Mittelverwendung überprüft. Die zu überprüfenden Bereiche werden jährlich zwischen Landesbuchhaltung und A8 festgelegt. Der Prüfbericht ergeht an die A8, welche die Mängelbehebung mit den Trägerorganisationen bearbeitet.
Auf Basis der überprüften Daten wird von der A8 ein Bericht über die quantitative Versorgungssituation in der Steiermark erstellt (veröffentlicht auf der Homepage der A8).

c) Zu den Kontrollaufgaben wird ausgeführt, dass sich die mit der Landesbuchhaltung abgestimmte Prüfung auch auf die Qualität auswirkt. Von der ISO-Zertifizierung der Trägerorganisationen ist auch das Beschwerdemanagement umfasst, allfällige angezeigte Qualitätsmängel werden entsprechend bearbeitet. Eine Überprüfung vor Ort wird von der A8 nicht durchgeführt.

Ergebnis der Folgeprüfung

Der LRH stellt fest, dass sich auf dem Internetportal der A8

- die Förderungsrichtlinien des Landes für die mobilen Dienste,
- die Tariflisten für die Selbstbehalte der Klienten,
- eine „Bezirkskarte“, welche die mobilen Dienste jedes Bezirkes anzeigt,
- ein Link zum digitalen Hauskrankenpflegeatlas, auf dem sämtliche Kontaktstellen in der Steiermark abrufbar sind, sowie
- weitere wesentliche Informationen zur mobilen Betreuung

befinden.

Von der A8 werden **regelmäßig Versorgungsberichte** erstellt, welche einen guten Überblick über das Angebot an mobilen Betreuungs- und Pflegediensten geben.

Die Dienstleistungen und die Abrechnung der mobilen Dienste erfolgen standardisiert unter Anwendung verschiedener von der A8 mit den Trägerorganisationen erarbeiteter Richtlinien und Instrumentarien (wie etwa durch die Pflegebedarfsabklärung „Resident Assessment Instrument – Home Care / RAI-HC“, die Förderrichtlinien oder die standardisierten Prüfungen der widmungsgemäßen Verwendung der Fördermittel).

Der LRH stellt anerkennend fest, dass von der A8 die Leistungserbringung und der effiziente Einsatz der Ressourcen der Trägerorganisationen regelmäßig überprüft werden. Die Informationen über das Leistungsangebot werden (auch im Internet) übersichtlich dargestellt. Durch die Koordinations- und Steuerungsfunktion der A8 soll die Qualität der mobilen Betreuungs- und Pflegeangebote gewährleistet werden.

Im Sinne des Pflegefondsgesetzes sind Angebote der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste

- die soziale Betreuung
- die Pflege
- die Unterstützung bei der Haushaltsführung
- die Hospiz- und Palliativbetreuung (neu).

Die mobilen Betreuungs- und Pflegedienste werden gemäß SHG **flächendeckend von fünf Trägerorganisationen** erbracht, die dafür je Fachdienst und Einsatzstunde einen normierten Tarif erhalten.

Durch den Beschluss der Förderungsrichtlinien (Qualitätskriterien) des Landes im März 2004 werden die Förderungen zur Versorgung der Betreuungs- und Pflegebedürftigen (Klienten) durch die Trägerorganisationen geregelt.

Der festgelegte Tarif pro Fachdienst und Einsatzstunde wird von den folgenden vier Kostenträgern finanziert:

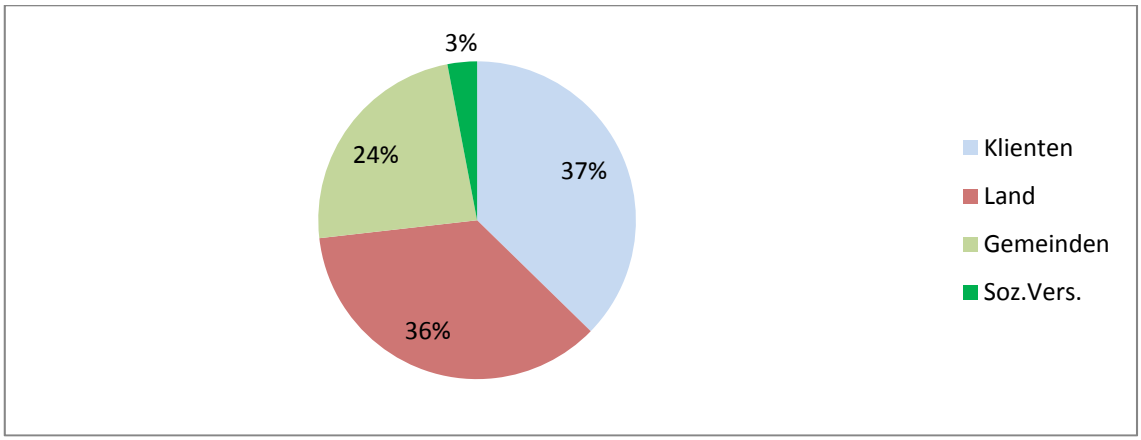
- Land Steiermark (die Zuzahlung erfolgt direkt an die betreuende Trägerorganisation)
- Wohnsitzgemeinde (die Zuzahlung erfolgt direkt an die betreuende Trägerorganisation)
- Klienten (einkommensabhängiger Selbstbehalt – je eine Tarifliste für die Steiermark und eine eigene für die Stadt Graz, die Zuzahlung erfolgt direkt an die betreuende Trägerorganisation)
- Sozialversicherungen (für die das Krankenhaus ersetzende, medizinische Hauskrankenpflege werden pro Hausbesuch € 6,90 vom Selbstbehalt übernommen; im Jahr 2011 waren dies beispielsweise € 1,5 Mio.)

Die Gesamtausgaben für mobile Betreuungs- und Pflegedienste verteilen sich auf das Land, die Gemeinden und die Pflegebedürftigen/Klienten wie folgt:

in Mio. €	2010			2011			2012		
	Land	Gemeinden	Klienten	Land	Gemeinden	Klienten	Land	Gemeinden	Klienten
Ausgaben (ohne SV-Träger)	17,9	11,5	18,4	17,4	11,6	17,3	18,9	12,5	19,6

Quelle: Angaben der A8, aufbereitet durch den LRH; Ausgaben der Sozialversicherungsträger (SV-Träger) sind nicht enthalten

Wie aus nachfolgender Abbildung ersichtlich ist, wurden **die Kosten in Höhe von insgesamt € 52.600.000,--**[2] im Jahr 2012 **im Durchschnitt zu 37 % von den Klienten, zu 36 % vom Land Steiermark, zu 24 % von den Gemeinden und zu 3 % von den Sozialversicherungsträgern** (für die medizinische Hauskrankenpflege) getragen.



Quelle: Angaben der A8, aufbereitet durch den LRH

Gemäß § 16 SHG ist die Leistung sozialer Dienste von einer zumutbaren Beitragsleistung des Leistungsempfängers/Klienten abhängig zu machen. **Auf die Leistung sozialer Dienste besteht kein Rechtsanspruch.**

Der Beitrag der Klienten ist abhängig von der Höhe des Nettoeinkommens (Staffelung) und von einem allfälligen Pflegegeldbezug.

[2] Von den Sozialversicherungsträgern wurden für die medizinische Hauskrankenpflege € 1.600.000,-- (das sind 3 %) getragen.

Im Durchschnitt wurden die Beiträge der Klienten im Jahr 2011 zu 72 % aus deren Einkommen und lediglich zu 28 % aus deren Pflegegeld finanziert[3].

Der LRH stellt kritisch fest, dass von der Stadt Graz und von den übrigen Gemeinden unterschiedliche Tariflisten für die Einsatzstunden der Fachdienste angewendet werden. Die tatsächliche finanzielle Belastung des Klienten ist damit auch abhängig von dessen Wohnsitz.

Die beiden Tariflisten, in denen die Klientenbeiträge zwar grundsätzlich abhängig von der Höhe der Nettoeinkommen (Tarifstufen) sind, unterscheiden sich in einigen Punkten voneinander:

1) Höhe der Tarife
Die Tarife der Stadt Graz sind bis zu einem Nettoeinkommen von € 2.107,45 niedriger als die der übrigen Gemeinden. Ab diesem Betrag sind die Tarife in Graz höher.
Die Gemeinden haben tarifliche Obergrenzen bei Einkommen von € 1.998,-- festgelegt.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler (A8 Wissenschaft und Gesundheit):

Kliententarifliste:
Die A8 arbeitet derzeit an der Evaluierung und Neukonzeption der KlientInnentarifliste. Ziel ist es die unterschiedlichen KlientInnentariflisten der Stadt Graz und der übrigen Gemeinden zu vereinheitlichen und ein einfaches, sozial ausgewogenes und attraktives KlientInnenbeitragsmodell zu entwickeln, welches Grundlage für einen weiteren Ausbau der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sein soll. Ergänzend zu einer Neukonzeptionierung der KlientInnenbeiträge werden derzeit auch Vorschläge ausgearbeitet, wie die Festlegung der Einstufungskriterien für den Selbstkostenbeitrag für KlientInnen vereinfacht und vereinheitlicht werden kann.

2) Zuschläge bei Pflegegeldbezug
Erhält der Klient Pflegegeld, hat er sowohl in der Stadt Graz als auch in den übrigen Gemeinden je Fachdienst einen fixen Zuschlag pro Einsatzstunde zu bezahlen.

[3] Quelle: Versorgungsbericht Mobile Pflege- und Betreuungsdienste/Hauskrankenpflege Steiermark 2010/1011, Seite 29

Für den LRH ist nicht nachvollziehbar, warum der Zuschlag je Einsatzstunde und Fachdienst immer gleich hoch ist, und zwar unabhängig davon, wie hoch das bezogene Pflegegeld (und damit der zugrunde liegende Betreuungsaufwand) ist:

- Stadt Graz: HH € 5,09 / AH € 6,61 / DGKS/P € 8,14
- übrige Gemeinden: HH € 3,80 / AH € 4,90 / DGKS/P € 6,--

HH: Heimhilfe, AH: Altenhilfe, DGKS/P: Diplomierte(r) Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger

Die Zuschläge bei Pflegegeldbezug sind in der Stadt Graz höher als in den übrigen Gemeinden.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler (A8 Wissenschaft und Gesundheit):

Pflegegeldzuschlag:
Zur Anmerkung warum für die KlientInnen der Pflegegeldzuschlag je Einsatzstunde und Fachdienst immer gleich hoch bleibt, wird mitgeteilt, dass die laufenden statistischen Analysen der Fachabteilung zeigten, dass je höher die Pflegegeldstufe, desto höher der Pflegeaufwand durch professionelle Dienste und desto mehr Hausbesuche durch die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste durchgeführt werden. Der Pflegeaufwand pro Hausbesuch bleibt unabhängig von der Pflegegeldstufe wiederum immer annähernd ident. Das heißt, dass PflegegeldbezieherInnen mit einer höheren Pflegegeldstufe höher belastet werden als jene mit niedrigen Pflegegeldstufen.

Replik des Landesrechnungshofes:

Im Rahmen der Evaluierung des Verrechnungssystems sollten alle Überlegungen, die zu einer ausgeglichenen Finanzierung beitragen, mit einbezogen werden.

3) Mindesthöhe des zu belastenden Einkommens
In der **Tarifliste der Stadt Graz** gibt es für die zu entrichtenden Beiträge der Klienten keine Mindesthöhe für das zu belastende Einkommen (Nettoeinkommen ab € 1,-- ohne Pflegegeld).

In der **Tarifliste der übrigen Gemeinden** gibt es für die zu entrichtenden Beiträge der Klienten wahlweise eine Mindesthöhe für das zu belastende Einkommen: Es bleibt den Trägerorganisationen freigestellt, ob die Tarifstufen 1 bis 6 zur Anwendung kommen (das sind Nettoeinkommen von € 1,-- bis € 581,--).

Selbst bei niedrigem Nettoeinkommen hat daher der Klient einen Beitrag pro in Anspruch genommener Stunde zu leisten (außer bei Verzicht der Anwendung der Tarifstufen 1 bis 6), auch wenn dieser relativ gering ist.

4) Obergrenzen des zu belastenden Einkommens und der Tarife
In der **Tarifliste der Stadt Graz** ist eine „**prozentuelle und eine betragsmäßige Obergrenze**" für die Einkommensbelastung festgelegt. Die monatliche maximale Belastung wurde (ab einem Nettoeinkommen von € 1.598,74) mit einem Prozentsatz von maximal 67,3 % festgelegt. Die höchste monatliche Belastung ist (ab einem Nettoeinkommen von € 2.652,49) mit € 1.772,13 limitiert.

Bei einem **allfälligen Pflegegeldbezug** bleibt der dafür verrechenbare Zuschlag allerdings von diesen Limits unberührt und ist daher **zusätzlich zu entrichten**.

Das disponible Einkommen wird damit um die Differenz aus dem Zuschlag je Fachdienst und geleisteten Einsatzstunden und dem bezogenen Pflegegeld weiter reduziert.

In der **Tarifliste der übrigen Gemeinden** gibt es **tarifliche Obergrenzen** (= maximal verrechenbare Tarife je Fachdienst) ab einem Nettoeinkommen von € 1.998,--, jeweils mit Zuschlag im Falle eines Pflegegeldbezuges.

5) Pauschalen
In der **Tarifliste für die Stadt Graz** werden zu den Tarifen noch Fahrtkostenpauschalen, Zuschläge für Samstag, Sonntag und Feiertag, aber auch Freibeträge für im gleichen Haushalt lebende Personen angewendet.

Bei den übrigen Gemeinden werden Hausbesuchspauschalen, Verwaltungspauschalen, gesonderte Tarife für die Erstaufnahme durch eine(n) DGKS/P sowie eigene Tarife bei im gleichen Haushalt lebenden Zweitpersonen verrechnet.

6) Tarifgestaltung – disponibles Einkommen
Unerklärlich ist bei der Tarifliste der Stadt Graz, dass für jene Fälle, bei denen die maximalen prozentualen Belastungsgrenzen tatsächlich zur Anwendung kommen, die Höhe der den Klienten verbleibenden (disponiblen) Einkommen zwischen den Tarifstufen schwankt:
So steigt zunächst mit zunehmendem Nettoeinkommen auch das den Klienten verbleibende Einkommen nach dem maximal möglichen Beitragsabzug.
Ab den mittleren Tarifstufen wird das disponible Einkommen aber geringer, um dann – einige Tarifstufen höher – wieder anzusteigen.

So würden z. B. einem Klienten mit einem Einkommen von € 1.090,03 noch € 579,43 verbleiben.
Ein Klient mit einem Einkommen von € 1.598,74 hätte hingegen nur noch € 511,05 zur Verfügung, also um € 68,38 weniger als der erste Klient.
Ein Klient mit einem Einkommen von € 1.998,44 hätte noch € 641,86 disponibel – also um € 62,43 mehr als der erste Klient.

Diese **uneinheitliche Tarifgestaltung** ist somit auch hinsichtlich der Auswirkungen auf das disponible Einkommen **nicht begründbar** und daher aufgrund der ungleichen Behandlung der Klienten abzulehnen.

Die Erarbeitung einer neuen, für die Gemeinden und die Stadt Graz gemeinsam gültigen Tarifliste wird empfohlen.

Zur Veranschaulichung weiterer möglicher Auswirkungen der Tariflisten wurde unter Anwendung der Tarife der Stadt Graz **folgendes Beispiel** berechnet:

Ein Klient mit einem Nettoeinkommen von € 1.598,74 hätte im Maximalfall € 1.087,69 pro Monat für die mobile Betreuung aufzuwenden.
Unter der Annahme, dass dieser Klient allein lebt, würde das bedeuten, dass er mit einem **ihm verbleibenden** disponiblen Einkommen von **€ 511,05** die Kosten für Wohnung, Lebensführung und sonstigen medizinischen Bedarf zu bestreiten hätte.

Nimmt man sehr vereinfacht an, dass er ausschließlich die Dienste der (günstigsten) Heimhilfe in Anspruch nehmen würde, so würde rein rechnerisch bei zu bezahlenden € 1.087,69 pro Monat die Heimhilfe (mindestens) 74,5 Stunden in Anspruch genommen werden (Tarif: € 14,61 pro Stunde).
Nimmt man weiter an, dass sich diese 74,5 Stunden auf 25 Tage (nur wochentags) verteilen, so würde der alleinstehende Klient (mindestens) ca. 3 Stunden täglich die Dienste der Heimhilfe in Anspruch nehmen.

Würde der Klient dazu noch Pflegegeld beziehen, (Annahme: bei 74,5 Stunden Betreuung durch die Heimhilfe wird die **Pflegestufe 1** mit einem durchschnittlichen Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden herangezogen, also Pflegegeld in Höhe von € 154,20 monatlich gewährt), so würden für diese 74,5 Stunden für die Heimhilfe weitere € 5,09 pro Stunde, das sind € 379,21, anfallen.

Damit hätte der Klient noch weitere € 225,01 von seinem Einkommen beizutragen. **Es würden ihm somit € 286,04 monatlich an disponiblem Einkommen verbleiben** (unter der Voraussetzung, dass nicht andere Sozialleistungen gewährt werden).

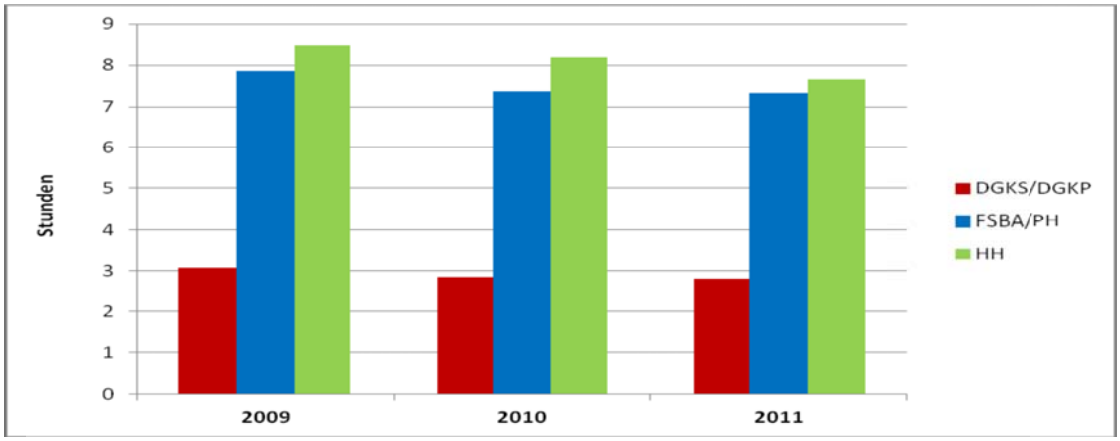
Anhand dieses bewusst überzogenen Beispiels und der dargestellten Berechnungsmodelle sollen die **inhomogene Tarifgestaltung** und ihre Auswirkungen in Form von **ungleichmäßigen und zum Teil hohen Belastungsquoten für die Klienten** aufgezeigt werden.

Nach Angaben der A8 werden in der Realität mobile Dienste jedoch hauptsächlich von Klienten mit der Pflegestufe 2 bzw. 3 und mit Nettoeinkommen um € 850 bis € 1.200,-- in Anspruch genommen (vgl. auch Versorgungsbericht 2010/2011).

Zudem unterscheidet sich der für die Pflegegeldeinstufung ausschlaggebende Pflegebedarf meist vom Betreuungs- und Pflegeaufwand der mobilen Dienste (weil z. B. Angehörige die Pflege zu Hause teilweise übernehmen).

Auch ein Vergleich der Trägerorganisationen zeigt, dass der tatsächliche durchschnittliche **monatliche produktive Betreuungs- und Pflegeumfang** eines Klienten bei den DGKS/P zwischen 2 und 3,4 Stunden, bei den FSBA[4]/PH zwischen 5,9 und 7,7 Stunden und bei den HH zwischen 6,8 und 8,5 Stunden liegt.

Durchschnittlicher monatlicher produktiver Betreuungs- und Pflegeumfang pro Klient in Stunden nach Fachdienst:



Quelle: Versorgungsbericht 2010/2011, Seite 26

[4] FSBA: Fach- und Diplom-Sozialbetreuer für Altenarbeit

Höhere Inanspruchnahmen der einzelnen Fachdienste finden in der Praxis eher selten statt.

Dies könnte einerseits darin liegen, dass sich **Klienten mit einem höheren Bedarf aus finanziellen Gründen in stationäre Pflege** begeben müssen **(Tarifmodell).** Andererseits könnte auch ein **Mangel an alternativen bzw. flexibleren Angeboten im mobilen Bereich** die Ursache sein.

So geht beispielswiese aus den Protokollen der Überprüfungen der Trägerorganisationen hervor, dass Abendbetreuungen häufig bereits am frühen Nachmittag erfolgen bzw. Betreuungen nach 19 Uhr kaum stattfinden (obwohl laut Förderrichtlinien Einsätze bis 21 Uhr durchzuführen sind und auch gefördert werden).

Klienten, die entweder auf eine derartige Abendbetreuung angewiesen sind, oder tagsüber längere Betreuungszeiten benötigen (weil z. B. Angehörige berufstätig sind), nehmen eine 24-Stunden Betreuung oder stationäre Alternativen in Anspruch, obwohl eine „rund um die Uhr Versorgung" aufgrund des gesundheitlichen Zustandes des Betreuten noch nicht notwendig wäre.

Der LRH empfiehlt daher, mit den Trägerorganisationen eine bedarfsorientiertere Adaptierung des mobilen Angebotes hinsichtlich

- **der Verfügbarkeit (flexiblere Einsatzzeiten) und**
- **der Einsatzdauer** (Halbtagespflege/Pauschalen bei längerer täglicher Betreuungszeit etc.)

der Fachdienste anzustreben.

Dazu ist mit den Trägerorganisationen auch die Zusammenlegung von Stützpunkten zu erwägen, um durch eine zentrale Steuerung höhere Flexibilität und einen optimierten Personaleinsatz zu erreichen.

Gemäß SHG können die Gemeinden die sozialen Dienste selbst, in einer Verwaltungsgemeinschaft oder als Gemeindeverbände erbringen und diese auch privaten Trägern übertragen.
Demzufolge wurden in der Steiermark die **mobilen Dienste** von Gemeinden, aber auch von Sozialhilfeverbänden übernommen und sind daher **regional und sehr inhomogen** gesteuert.

Der LRH empfiehlt, diese Kompetenzen künftig bei den Sozialhilfeverbänden zu bündeln, um durch eine zentrale Steuerung optimierte Finanzierungs- und Verwaltungsabläufe zu erwirken.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler (A8 Wissenschaft und Gesundheit):

Verfügbarkeit:
Die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste werden in der Steiermark flächendeckend angeboten. Gemäß § 20 SHG können Gemeinden und die Gemeindeverbände die tatsächliche Leistung der sozialen Dienste vertraglich Dritten, insbesondere privaten Trägern, übertragen, welches die Gemeinden/Gemeindeverbände auch taten. Auf die Durchführung von Abendbetreuungen (nach 19:00) und die Stützpunktgröße, um flexible Dienstplangestaltung zu gewährleisten wird bei den Prüfungen seitens der A8 spezielles Augenmerk gelegt.
Um den Lückenschluss im Angebot der extramuralen Versorgung zu schließen, ist derzeit beabsichtigt, im Rahmen der Erstellung der „Qualitätsstandards für den extramuralen Versorgungsbereich" seitens der A8 auch ein Modell für die „Alltagsbegleitung" zu erarbeiten, welches die Möglichkeit schaffen soll, einen niederschwelligen Dienst mehrmals wöchentlich für mehrere Stunden in Anspruch zu nehmen.

Aufgefallen ist, dass der durchschnittliche monatliche Betreuungs- und Pflegeumfang seit 2009 bei allen Fachdiensten zurückgeht.
Nach den Ausführungen der A8 könnte dies einerseits auf die Wirtschaftslage, andererseits aber auch auf die Finanzierungsverteilung der mobilen Pflege (auf Land, Gemeinden und Klienten) zurückgeführt werden.

Nach Angaben der A8 ist das Zustandekommen der unterschiedlichen anteiligen Zuzahlungen und der Tariflisten der Gemeinden/Stadt Graz **„historisch gewachsenen" und schriftlich nicht belegt.**

Die Höhe der Zuzahlungsbeträge wurde von den Gemeinden festgelegt. Das Land Steiermark hat darauf keinen direkten Einfluss genommen. Der durchschnittliche Zuzahlungsanteil der Gemeinden beträgt nunmehr 24 %.

Die auf dem Normkostenmodell 2006 basierenden Tarife wurden von den Gemeinden **jährlich mit dem Verbraucherpreisindex** (Personal- und Gemeinkosten) **valorisiert.**

Vom Land Steiermark wurde die **Personaltangente analog** der Entwicklung des **Kollektivvertrages der Sozialwirtschaft – BAGS[5]-KV** angepasst. In den letzten Jahren erhöhte sich dadurch die anteilsmäßige Zuzahlung des Landes und liegt mittlerweile durchschnittlich bei 36 %.

[5] BAGS: SOZIALWIRTSCHAFT ÖSTERREICH - Verband der österreichischen Sozial- und Gesundheitsunternehmen

Der durchschnittliche Zuzahlungsbetrag der Klienten liegt bei 37 %, kann aber im Einzelfall darüber hinausgehen.

Wie bereits erwähnt hat der Klient einen finanziellen Beitrag selbst bei niedrigem Einkommen zu leisten. Für diese Einkommensbereiche gibt es für mobile Dienste im Gegensatz zur stationären Pflege keine vollständige Kostenübernahme durch die Sozialhilfeträger.
Zu erwähnen ist jedoch, dass die den Klienten verrechneten Tarife seit 2003 gleich geblieben sind.

Das Ziel „mobil vor stationär“ wird durch das derzeitige Tarif- und Zuzahlungsmodell **zu wenig gefördert; vielmehr können die finanziellen Auswirkungen für die Klienten eher das Gegenteil bewirken.**
Es kann vor allem für Klienten mit hohem Betreuungs- und Pflegebedarf teurer sein, zu Hause durch mobile Dienste betreut zu werden, als sich in stationäre Pflege zu begeben.

Im Sinne eines **„Stufenbaues der Pflege“** sind die Angebote und die Finanzierungsmodelle so zu gestalten, dass ein **entsprechender Anreiz für die Klienten besteht, je nach Bedarfshöhe zuerst alle Möglichkeiten des mobilen und teilstationären und erst danach des stationären Bereiches in Anspruch zu nehmen.** Die Nachfrage kann auch über die Beiträge der zu Betreuenden gesteuert werden.

Es wird daher empfohlen, das Finanzierungssystem für das gesamte Pflegewesen zu adaptieren.

Dabei sollte für die mobilen Dienste eine ausgeglichene Beitragslösung zwischen Klienten, Land und Gemeinden sowie eine einheitliche Tarifgestaltung für die Steiermark herbeigeführt und schriftlich festgelegt werden.

Die Berechnung der Tarife und der Finanzierungsanteile/Zuzahlungen ist nachvollziehbar darzustellen; das heranzuziehende Nettoeinkommen, die Valorisierungsparameter etc. sind eindeutig zu definieren.

7. ALTERNATIVE WOHNFORMEN - BETREUTES WOHNEN

Nach der Geschäftseinteilung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung sind die Abteilungen verpflichtet, im Rahmen ihres Aufgabengebietes die Angelegenheiten der 15a-Vereinbarung wahrzunehmen.

Die Zuständigkeit für alternative Wohnformen wie etwa das Betreute Wohnen (teilstationärer Bereich) lag bis 31. Juli 2012 bei der A11.
Durch die Organisationsänderung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung ist seit 1. August 2012 die A8 zuständig.
Für die Errichtung bzw. Sanierung Betreuter Wohneinheiten ist die Abteilung 15 Energie, Wohnbau, Technik (A15) zuständig.

7.1 A11 Soziales

Feststellungen und Empfehlungen des LRH im Jahr 2007

Eine Übersicht über alternative Wohnformen wie etwa das Betreute Wohnen oder Wohngemeinschaften für Senioren lag für die Steiermark nicht vor.

Empfohlen wurde, das im März 2006 von der Landesregierung beschlossene Modell „Betreutes Wohnen für SeniorInnen“ auszuweiten und in das PHG einzubinden.

Ergebnis der Folgeprüfung

Von der A11 wurde mitgeteilt, dass die Richtlinien für das Modell des „Betreuten Wohnens“ aus dem Jahr 2006 mittlerweile aufgrund der Erfahrungen geändert wurden. Im Juni 2012 waren im Betreuten Wohnen 77 Einrichtungen mit 1.083 Plätzen in Betrieb, 44 Einrichtungen mit 643 Plätzen hatten bereits eine Vertragszusage und es gab 37 Neuansuchen.

Im StBEP 2011 führte die A11 aus, dass bisher über die Anzahl und Standorte von errichteten Betreuten Wohneinheiten **keine gesonderten Planungsüberlegungen** angestellt wurden. Wie die Prüfung des Bedarfes für Betreutes Wohnen erfolgte, wurde von der A11 nicht konkret beantwortet.

Die Einrichtungen für Betreutes Wohnen wurden bisher von gemeinnützigen Bauträgern, Gemeinden/SHV, natürlichen oder juristischen Personen errichtet bzw. saniert.

Dazu wurden von den Gemeinden/SHV Förderungsansuchen an das Land gestellt. Sofern bei einer vorausgehenden Planbesprechung die Richtlinien für das Betreute Wohnen erfüllt waren, kam es zum Abschluss der Förderungsvereinbarung.
Für die Zusicherung von Förderungen durch die A15 (für Neubau/Sanierung) war eine Bestätigung der A11 Voraussetzung, mit der der Abschluss einer Förderungsvereinbarung mit dem Fördernehmer des „Betreuten Wohnens für SeniorInnen“ in Aussicht gestellt wurde.

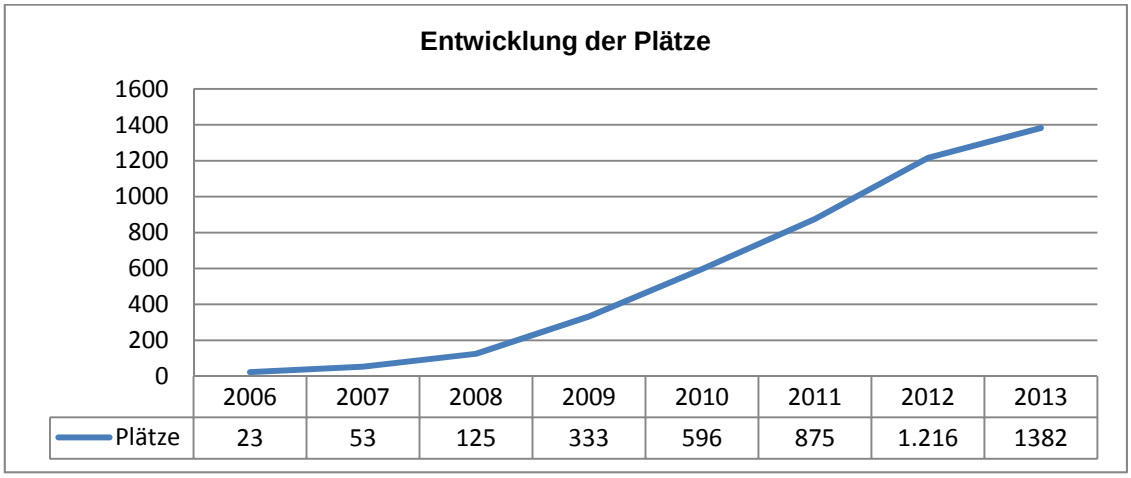
Für die Auszahlung der Förderung der A15 waren die Vorlage dieser Förderungsvereinbarung und ein Beschluss durch die Landesregierung Bedingung.
Eine fundierte Ermittlung des tatsächlichen regionalen und Steiermark weiten Bedarfes an Betreuten Wohneinheiten durch die A11 ging der Wohnbauförderung durch die A15 nicht voraus.

Nach Aussage der A11 wurde bisher die Anzahl der Einrichtungen und Plätze mehr oder weniger von den Gemeinden/SHV und den zuständigen Regierungsbüros bestimmt.

Der LRH stellt kritisch fest, dass die Bewilligungen bzw. die Förderungen für Betreute Wohneinheiten ohne zentrale Bedarfsplanung der A11 erteilt wurden.

Eine Übersicht über die bestehenden Einrichtungen und deren Träger bzw. über die Verteilung auf die Gemeinden in der Steiermark wurde dem LRH erst von der A8 im März 2014 vorgelegt.

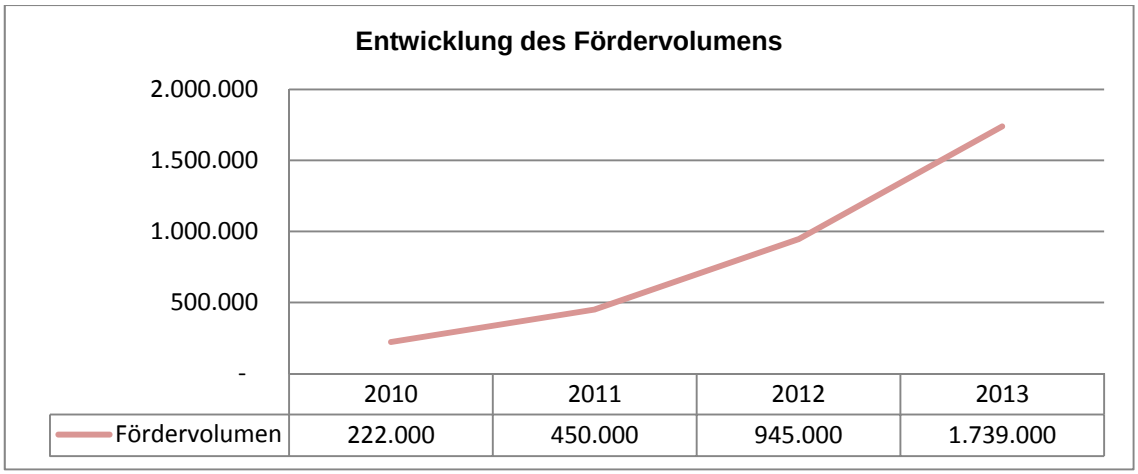
Im Folgenden wird die Entwicklung der Plätze für Betreutes Wohnen seit 2006 dargestellt:



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Plätze	23	53	125	333	596	875	1.216	1382

Quelle: StBEP 2011, Angaben der A8, aufbereitet durch LRH

Nachstehende Graphik zeigt die Entwicklung des Fördervolumens der A11 bzw. der A8. Das Fördervolumen der A15 ist hier nicht inkludiert (siehe dazu Teil 1 des Berichtes, Kapitel 2.14, A15 Energie, Wohnbau, Technik):



Quelle: Das Fördervolumen von 2006 bis 2009 wurde nicht bekanntgegeben.
Die Beträge für 2010 bis 2013 wurden von der A8 übermittelt und durch den LRH aufbereitet.

Für die Bewohner Betreuter Wohneinheiten werden seit 2006 Förderungen gewährt. Dazu wurden **Richtlinien für das Modell „Betreutes Wohnen für SeniorInnen“** und eine Förderungsvereinbarung von der A11 erarbeitet und mit RSB beschlossen.

Darin sind die zumutbare Eigenleistung der Bewohner bzw. die gestaffelte Höhe der Förderungen (Gemeinden/SHV 40 %, Land 60 %) für die Grundserviceleistung festgelegt.

Der Betrag für die Grundserviceleistung wurde im Dezember 2011 von € 245,-- auf € 277,-- (um rund 13 %) erhöht, da die Gemeinden/SHV mit dem seit 2006 nicht valorisierten Betrag für die vertraglich vorgegebenen Leistungen laut RSB vom 22. Dezember 2011 *„nicht mehr kostendeckend agieren können“*.

Der LRH stellt fest, dass die Förderung der Grundserviceleistungen für die Bewohner durch die A11, aber vor allem die Förderungen der A15 für den Neubau und die Sanierung Betreuter Wohneinheiten mit beträchtlichen öffentlichen Mitteln erfolgten (siehe auch Teil 1 des Berichtes, Kapitel 2.14, A15 Energie, Wohnbau, Technik).

Eine zentrale und alle Versorgungsformen des Pflegebereiches betreffende Bedarfsplanung der A11 erfolgte nicht. **Vielmehr wurde bisher die Anzahl der Einrichtungen mehr oder weniger von den Gemeinden/SHV und in Absprache mit den zuständigen Regierungsbüros bestimmt.**

Die Erhöhung des Angebotes ohne Bedarfsberechnung widerspricht einer transparenten Verwaltungsführung und den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit.

Zudem ist festzustellen, dass in der von der A11 erarbeiteten Förderungsvereinbarung

- **die Vorgabe von mindestens 8 bis maximal 16 betreuten Personen pro Objekt und**
- **die Ermittlung der Höhe der Grundserviceleistungen (derzeit maximal € 277,--)**

nicht nachvollziehbar sind.

Nicht eindeutig geregelt in der Förderungsvereinbarung sind auch

- die **Zugangskriterien** für diese geförderte Wohnform und das Prozedere, wie die Erfüllung dieser Kriterien überprüft wird sowie
- die konkrete Definition bzw. der Umfang der Betreuungsleistungen, die der Betreiber anzubieten hat (derzeit: „auf Wunsch“, „bei Bedarf der Bewohner“ etc.).

7.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement

Die seit 1. August 2012 für das Betreute Wohnen zuständige A8 hat die **Erteilung weiterer Bewilligungen** für Betreute Wohneinheiten bis zum Vorliegen der noch ausständigen Bedarfserhebung für die Angebote des gesamten Pflegebereiches **ausgesetzt.**

Dies wird vom LRH befürwortet. Gleichzeitig wird empfohlen, bei der Überarbeitung der Förderungsrichtlinien die Höhe der Normkosten zu evaluieren und sinnvolle Mindestgrößen für die Objekte zu überlegen.

Zudem sind transparente und überprüfbare Zugangskriterien zu definieren, die erforderlichen Betreuungsleistungen der Betreiber zu konkretisieren und messbare Qualitätsstandards festzulegen.

Die in den Förderungsvereinbarungen vorzusehende widmungsgemäße Verwendung der Fördermittel sollte kontrolliert und dokumentiert werden.

Vor weiteren Förderungen für Betreute Wohneinheiten ist der Bedarf von der nunmehr zuständigen A8 zu erheben und mit den anderen Versorgungsformen abzustimmen.

Das Förderprozedere zwischen der A15 und der A8 ist aufgrund der beträchtlichen Höhe der Fördermittel für die Errichtung und Sanierung gemeinsam zu überarbeiten.

Es wird empfohlen, die Förderungen künftig über die SHV abzuwickeln, um durch eine zentrale Steuerung optimierte Finanzierungs- und Verwaltungsabläufe zu erwirken.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler (A8 Wissenschaft und Gesundheit):

Voraussetzung für die Mitfinanzierung/Förderungsvereinbarung:
Seitens der A8 wird derzeit an der Erstellung des Qualitätsstandards (und Überarbeitung der Richtlinien) für das Betreute Wohnen gearbeitet. In diesem Qualitätsstandard sollen die angeführten Mängel betreffend Zugangskriterien, Umfang und Definition der Grundserviceleistung, Größe usw. berücksichtigt werden. In dem Standard wird auch der Ablauf und die Zusammenarbeit mit der A15 Energie, Wohnbau, Technik definiert werden. Zusätzlich werden im „Pflege- und

Betreuungsgesetz“ die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Fördernehmer/ Leistungserbringung definiert werden.

Bedarfsplanung:
Um zukünftig einen bedarfsgerechten und flächendeckenden Ausbau und eine integrierte Versorgungsplanung zu ermöglichen, wird Betreutes Wohnen im „Strukturplan Pflege“ aufgenommen werden.

Kostenberechnung:
Seitens der A8 wird derzeit die Höhe der Grundserviceleistung (derzeit maximal € 277,--/Monat und BewohnerIn) neu berechnet. Hierzu wird ein Normkosten-modell erstellt. Künftig wird die Finanzierung auf Basis einer transparenten und nachvollziehbaren Normkostenberechnung erfolgen.

8. TEILSTATIONÄRE TAGESBETREUUNG UND KURZZEITPFLEGE IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN

Die Zuständigkeit für die teilstationäre Tagesbetreuung und die Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen lag bis 31. Juli 2012 bei der A11.
Durch die Organisationsänderung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung ist seit 1. August 2012 die A8 zuständig.

8.1 A11 Soziales

Feststellungen und Empfehlungen des LRH im Jahr 2007
Im Jahr 2007 standen in Hartberg **1 Tageszentrum** und im Großraum Graz **5 Tageszentren für Tagesbetreuung** zur Verfügung.

Zur **Kurzzeitpflege** in stationären Einrichtungen gab die A11 im Jahr 2007 an, dass diese Möglichkeit nach Maßgabe freier Plätze im Großteil der Pflegeheime bestehe.
In der Steiermark standen rund 60 fixe Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung. Konkrete Zahlen über die Inanspruchnahmen sollten dem damals in Evaluierung befindlichen StBEP 1997 zu entnehmen sein.

Der LRH empfahl, das Angebot an Kurzzeitpflege, Wochenendbetreuung und Übergangspflege – auch über nicht ausgelastete Kapazitäten – in Pflegeheimen zu erhöhen.

Ergebnis der Folgeprüfung
Mit RSB vom 30. Juni 2008 wurde die Durchführung von **4 Pilotprojekten** für die Tagesbetreuung in 4 Bezirken in Kooperation mit den Gemeinden/SHV beschlossen. Dazu wurden Förderungen gemäß § 16 SHG gewährt.

Die Tagesgäste hatten eine von Einkommen und Pflegegeld abhängige Eigenleistung zu entrichten. Der Rest wurde zu 60 % vom Land und zu 40 % von den Gemeinden/SHV getragen.
Nach zwei Jahren wurde das Projekt von der A11 evaluiert und die Änderung von Strukturstandards empfohlen.

Im Maßnahmenkatalog des StBEP 2011 kündigte die A11 die **Evaluierung von 5 Tageszentren für Tagesbetreuung** (Projektstatus) und den Übergang in den Regelbetrieb bis 2013 an. Die teilstationären Angebote waren zum damaligen Zeitpunkt nicht bewilligungspflichtig und daher nicht zentral erfasst.

Zu den **Kurzzeitpflegeplätzen** in stationären Einrichtungen führt die A11 im StBEP 2011 aus, dass diese gesetzlich nicht vorgesehen seien, es keine systematische Versorgung gäbe, aber dringender Nachbesserungsbedarf bestünde.

Der LRH stellt fest, dass während der Zuständigkeit der A11 bis Juli 2012 keine Maßnahmen zur Erhöhung des Angebotes an teilstationärer Tagesbetreuung und Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen erkennbar waren.

8.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement

Mit RSB vom 4. Juli 2013 wurden die Verlängerung der Finanzierung und der Abschluss von befristeten Förderungsverträgen für die **teilstationäre Tagesbetreuung** bis zur Vorlage des von der A8 in Auftrag gegebenen Gutachtens zur Neustrukturierung des Pflegewesens beschlossen.

	2011	2012	2013	2014
Budget	344.000	400.000	1.000.000	1.000.000
Ausgaben	424.000	246.000	360.000	

Quelle: Angaben der A8, Landesrechnungsabschlüsse, aufbereitet durch den LRH (1/411088-7281 Pilotprojekte: Alternative Versorgungskonzepte im Pflegebereich)

Die mitfinanzierten Projekte für Tagesbetreuung betreffen 4 Träger in Graz und einen in Bruck/Mur.

Die nicht verwendeten projektierten Mittel deuten darauf hin, dass entsprechende Konzepte nicht zur Umsetzung gelangt sind.

Vom LRH wird empfohlen, zur Entlastung pflegender Angehöriger die teilstationäre Tagesbetreuung und die Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, flexible Betreuungsmöglichkeiten am Wochenende und/oder am Abend zu forcieren.

Dazu wird darauf hingewiesen, dass mehr als 68 % der pflegebedürftigen Menschen in der Steiermark durch Angehörige zu Hause gepflegt werden (familiäre Pflege).

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler (A8 Wissenschaft und Gesundheit):

Die A8 arbeitet derzeit an der Erstellung des Qualitätsstandards für „Tagesbetreuung für ältere Menschen"; d. h. welche Kriterien müssen Anbieter erfüllen, um eine Bewilligung/Förderung für eine "Tagesbetreuung für ältere Menschen" seitens des Landes zu erhalten. Die Erstellung des Standards ist nun in der Endphase. Zusätzlich werden im „Pflege- und Betreuungsgesetz" die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer definiert werden.
Einen wesentlichen Teil des „Strukturplan Pflege" wird auch das Versorgungsangebot der Tagesbetreuung für ältere Menschen einnehmen.
Auf Basis der Qualitätsstandards und der Ergebnisse aus dem „Strukturplan Pflege" werden weitere Schritte bezüglich des regionalen Auf- und Ausbaus der Tagesbetreuung für ältere Menschen veranlasst werden.

9. STATIONÄRE BETREUUNGS- UND PFLEGEDIENSTE

Die Zuständigkeit für die stationäre Pflege lag bis 31. Juli 2012 bei der A11.
Durch die Organisationsänderung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung ist seit 1. August 2012 die A8 zuständig.

9.1 A11 Soziales

Es wird darauf hingewiesen, dass die **Feststellungen des LRH** zur stationären Pflege im Wesentlichen die bis Juli 2012 **zuständige A11 betreffen**.

Die ausgesprochenen **Empfehlungen** dazu richten sich jedoch aufgrund der Organisationsänderung mittlerweile **an die seit August 2012 zuständige A8**.

Im stationären Bereich ist für die Errichtung, Erhaltung und den Betrieb von Pflegeheimen das Land Steiermark zuständig, es wurden dazu u. a. das PHG und das SHG erlassen.

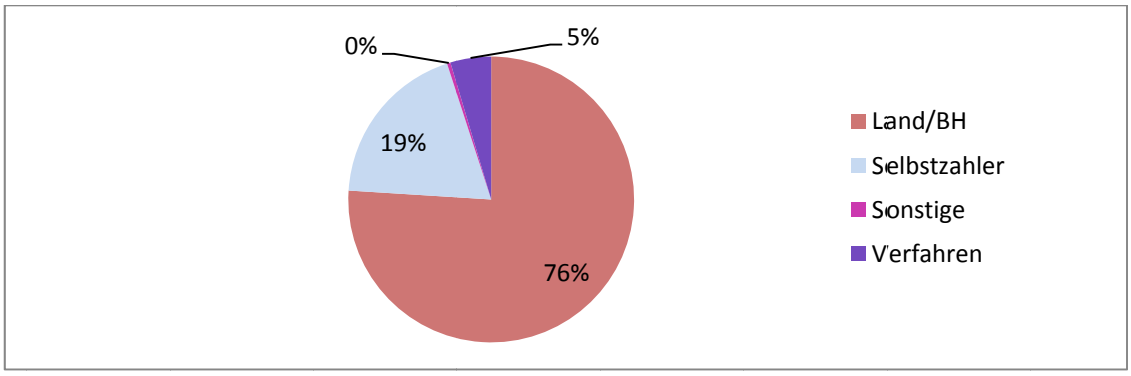
Laut SHG besteht ein **Rechtsanspruch** auf die Aufnahme und die Übernahme der Kosten durch die Sozialhilfeträger (Land Steiermark und Gemeinden/SHV) in ein Pflegeheim. Hilfe ist nur soweit zu gewähren, als das Einkommen und das verwertbare Vermögen des Pflegebedürftigen/Hilfeempfängers nicht ausreichen, um den Lebensbedarf zu sichern.

9.1.1 Finanzierung der stationären Betreuungs- und Pflegedienste

Der überwiegende Teil der Kosten für Pflegeheimbewohner wird mit rund **76 % von den Sozialhilfeträgern (SHT)** finanziert.

Nicht unerheblich ist der Finanzierungsanteil der Selbstzahler mit 19 %, die dieselben Tarife wie die Sozialhilfeträger zu bezahlen haben und damit **auch vom Tarifmodell des Landes Steiermark abhängig** sind.

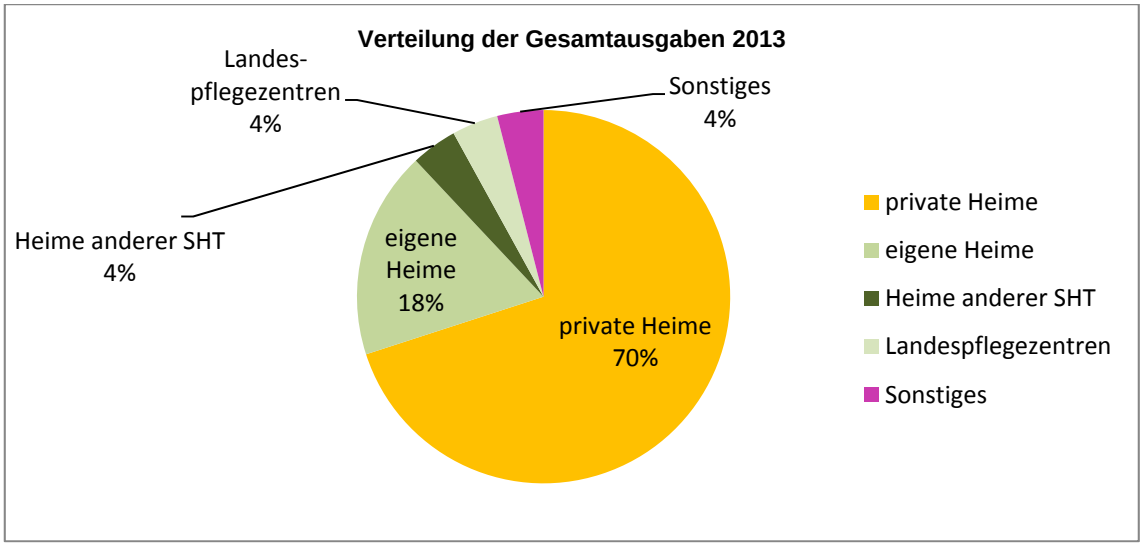
Finanzierung der Pflegeheimbewohner Jänner 2011:



Quelle: StBEP 2011, Seite 34

Die **Ausgaben der Sozialhilfeträger** für die stationäre Pflege werden zu 60 % vom Land Steiermark und zu 40 % von den Gemeinden/SHV getragen. Sie betrugen nach Angaben der A8 im **Jahr 2013 rund € 383.000.000,--.**

Verteilung der Gesamtausgaben 2013 für die stationäre Pflege bezogen auf die Heimbetreiber:



Quelle: Angaben A8, aufbereitet durch den LRH

Erläuterung:

- **„Private Heime“** sind alle Einrichtungen von gemeinnützigen, gewinnorientierten und konfessionellen Trägern.
- **„Eigene Heime“** sind Einrichtungen, die von Sozialhilfeverbänden im eigenen Bezirk betrieben werden.
- **„Heime anderer Sozialhilfeträger (SHT)“** sind Einrichtungen in anderen Bezirken, an die der Herkunftsverband Pflegekosten weiterleitet.
- **„Landespflegezentren“** sind die 2013 an die KAGes übertragenen 4 Pflegeheime des Landes.

In nachstehender Übersicht ist die Entwicklung der Ausgaben des Landes und der Gemeinden für die stationäre Pflege von 2005 bis 2013 abgebildet.

Da diesbezügliche Angaben weder von der bis Juli 2012 zuständigen A11 noch von der danach zuständigen A8 vollständig zur Verfügung gestellt wurden, mussten mehrere Quellen herangezogen werden, um **zumindest überblicksmäßig die Zusammensetzung und den Verlauf der Ausgaben** darstellen zu können. Dies ist hinsichtlich der Validität der vorliegenden Daten zu berücksichtigen. Allfällige weitere Zuschüsse für Grundstückserwerb, Errichtung, Sanierung etc. sind nicht berücksichtigt.

Entwicklung der Ausgaben des Landes und der Gemeinden für die stationäre Pflege:

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
private Heime	96.392.909	111.424.428	131.948.111	156.228.491	197.928.261	230.128.049	246.033.118	252.760.490	267.470.354
eigene Heime	44.596.220	48.875.196	53.670.922	57.457.554	63.275.207	69.218.080	69.774.391	70.635.184	70.562.800
Zwischensumme	140.989.129	160.299.624	185.619.033	213.686.045	261.203.468	299.346.129	315.807.509	323.395.674	338.033.154
Heime anderer SHT	keine Angaben vorliegend					10.527.927	12.373.822	14.278.627	14.880.114
Landespflegezentren						18.424.257	19.546.974	16.747.000	14.530.828
Sonstiges						22.632.583	18.923.870	15.124.874	15.477.412
Land/Gemeinden gesamt	180.242.131	198.571.216	226.262.030	257.445.296	311.538.997	350.930.896	366.652.174	369.546.176	382.921.508
Landesanteil	keine Angaben vorliegend						223.181.235	221.727.705	234.208.750

Tabelle aufbereitet durch den LRH aus folgenden Datenquellen:
Angaben 2005-2010: StBEP 2011, Seite 57
Angaben 2011-2013: A8
Heime anderer SHT 2010: 3 % der Gesamtausgaben laut StBEP 2011, Seite 56
Landespflegezentren 2010: Ansatz aus dem Landesrechnungsabschluss 2010
Sonstiges 2010: Differenz aus Gesamtausgaben und den anderen angeführten Ausgaben

Nach Angaben der A8 wurden aus dem Sozialbudget des Landes und der Gemeinden im **Jahr 2013 rund € 383.000.000,-- für die stationäre Pflege** aufgewendet.
Demnach erhielten den größten Anteil an den Gesamtausgaben **private Heime** mit rund € 267.000.000,-- (das sind **70 %**).
Die Ausgaben für **eigene Heime** betrugen rund € 71.000.000,-- (das sind **18 %**).
Weitere **12 %** der Ausgaben entfielen auf **Heime anderer Sozialhilfeträger, Landespflegezentren und Sonstiges**.

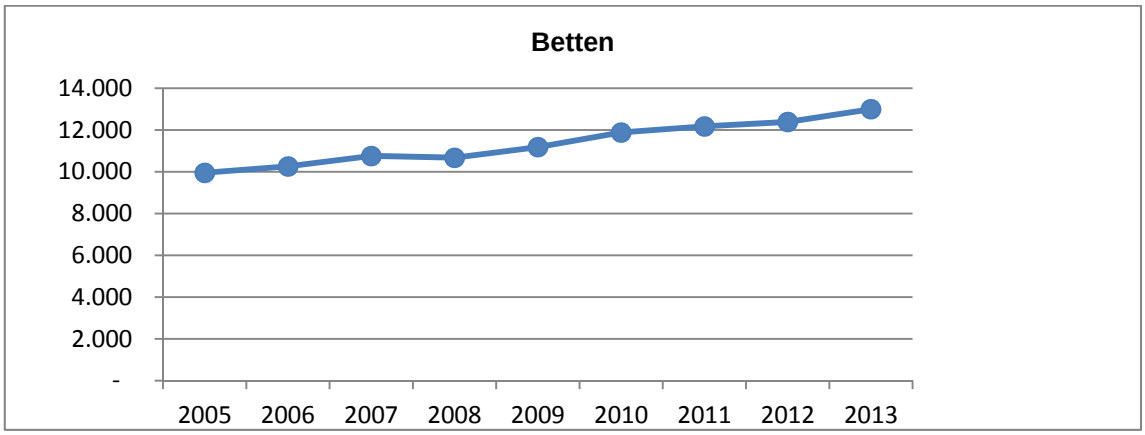
Auf Basis der vorgelegten Daten ist **insgesamt eine Steigerung der Ausgaben des Landes und der Gemeinden** für die stationäre Pflege im Zeitraum von 2005 bis 2013 **um 112 % ersichtlich.** Ein **Dämpfungseffekt** ist ab dem Jahr 2011 erkennbar. Zeitgleich sind die Ausgaben für **private Heime um 177 %,** die Ausgaben für **eigene Heime um 58 % gestiegen.**

Bei der Betrachtung der Entwicklung der Anzahl der Betten mussten für eine **zumindest überblicksmäßige Darstellung** ebenso unterschiedliche Grundlagen herangezogen werden, da auch hierzu weder von der bis Juli 2012 zuständigen A11 noch von der danach zuständigen A8 vollständige Daten zur Verfügung gestellt wurden.

Demnach hat sich die **Anzahl der Betten** von 2005 bis 2013 **von rund 9.950 auf rund 13.000** (das sind **31 %**) **erhöht,** wobei nochmals auf die unterschiedlichen Datenquellen hingewiesen wird.
Eine getrennte Darstellung der Entwicklung von privaten und eigenen Betten lag nicht vor.

Die bis Juli 2012 zuständige A11 führte jedoch im StBEP 2011 aus, dass der **Bettenausbau hauptsächlich in privaten Heimen** erfolgte.

Entwicklung der Bettenanzahl:



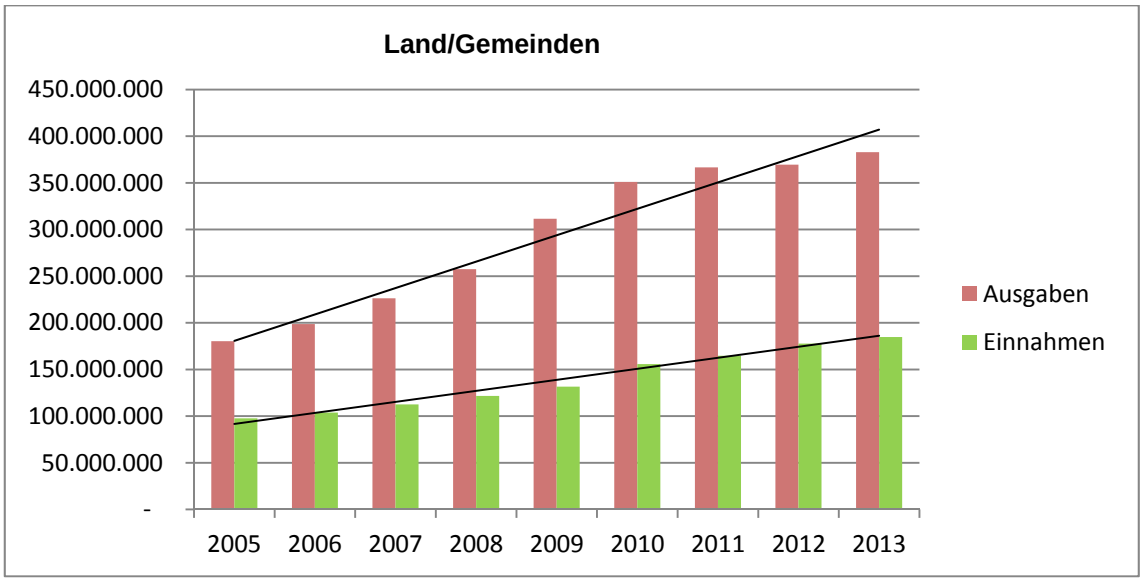
Quelle: StBEP 2011, Sozialberichte 2007/08 und 2009/10, Daten der A8, aufbereitet durch den LRH

Die demografische Entwicklung wirkte sich auf den Bedarf an Betreuungs- und Pflegeangeboten aus. Dies hat unter anderem auch die Höhe der Kosten für die stationäre Pflege beeinflusst.

Der Zunahme der Pflegebetten und den damit verbundenen Ausgabenzuwächsen hätte allerdings mit dem **Ausbau alternativer Versorgungsformen entgegengewirkt** werden können. Die Prognosen über die Auswirkungen der Demografie lagen seit Jahren vor, wurden auch medial behandelt und wären für Planungen abrufbar gewesen.

Der Steigerungsrate der Ausgaben in der Höhe von 112 % steht eine **Erhöhung der Einnahmen um 89 %** gegenüber.

Wie in nachstehender Tabelle ersichtlich ist, decken die Einnahmen bei weitem nicht die Ausgaben:



Quelle: StBEP 2011, Seite 58, Angaben der A8, aufbereitet durch den LRH

Die Gesamteinnahmen aus dem stationären Betreuungs- und Pflegedienst ergeben sich im Wesentlichen aus Ersätzen von Pflegebedürftigen/Hilfeempfängern (Pensionen, Vermögen, Pflegegeld), Ersätzen von Unterhaltsverpflichteten/Erben, Ersätzen anderer Sozialhilfeträger.

	2011	2012	2013
Gesamteinnahmen Land/SHV	164.654.329	177.732.262	184.726.070
davon Einnahmen aus Pflegeregress	630.000	9.700.000	11.100.000
in Prozent	0,38	5,46	6,01
Landesanteil inkl. Endabrechnung	101.982.528	106.639.357	115.291.487

Quelle: Daten der A8, aufbereitet durch den LRH

Angaben der A8: Die Pflegeregresseinnahmen stammen direkt von den einzelnen BVB, daher kann für die Richtigkeit bzw. Genauigkeit nicht garantiert werden.

Gemäß SHG war ein Ersatz von Unterhaltsverpflichteten („**Regress**“) bis November 2008 vorgegeben, wurde sodann bis Juli 2011 ausgesetzt und im August 2011 wieder eingeführt.

Im Jahr 2013 betrugen diese Ersätze € 11.100.000,-- (rund 6 %) der gesamten Einnahmen in der stationären Pflege.

Auf Basis der vorgelegten Daten ergeben sich zusammenfassend nach Abzug der Einnahmen folgende **Nettoausgaben des Landes für die Jahre 2011 bis 2013** im stationären Betreuungs- und Pflegedienst:

	2011	2012	2013
Ausgaben des Landes	223.181.235,40	221.727.705,35	234.208.750,28
Einnahmen des Landes	101.982.528,04	106.639.357,11	115.291.487,44
Nettoausgaben des Landes	121.196.696,36	115.088.348,00	118.917.262,84
Abweichung in Prozent		-5%	3%

Quelle: Angaben der A8, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass die Ausgaben die Einnahmen im hohen Maße übersteigen. Umso mehr ist ein möglichst zweckmäßiger und wirtschaftlicher Mitteleinsatz im Pflegebereich geboten.

Trotz der Wiedereinführung des Regresses können die zur Ausgabenabdeckung notwendigen Mittel nicht lukriert werden.
Allerdings ist ein gewisser Steuerungseffekt durch den Regress auf die Inanspruchnahme von Heimplätzen nicht außer Acht zu lassen.

Gemäß SHG besteht ein Rechtsanspruch auf die Aufnahme und die Übernahme der Kosten/Restkosten der Unterbringung in einer stationären Einrichtung durch die Sozialhilfeträger. Hilfe ist nur soweit zu gewähren, als das Einkommen und das verwertbare Vermögen des Pflegebedürftigen/Hilfeempfängers nicht ausreichen, um den Lebensbedarf zu sichern.

Das bedeutet, dass bei Pflegeheimaufenthalten zunächst das Vermögen des Pflegebedürftigen verwertet wird, sodann an die Unterhaltspflichtigen regressiert wird, bevor das Land und die Gemeinden mit finanzieller Unterstützung eintreten.

Gemäß SHG ist die Leistung sozialer Dienste (Alten-, Familien- und Heimhilfe, nicht stationäre Gesundheits- und Krankenpflege, Essenszustelldienst) von einer zumutbaren Beitragsleistung des Klienten/Leistungsempfängers abhängig zu machen.
Auf die Leistung sozialer Dienste besteht kein Rechtsanspruch.

Wie schon vorhin ausführlich dargelegt, werden mobile Dienste zu sozial gestaffelten, öffentlich gestützten Kostenbeiträgen angeboten. Von den Klienten erfolgt auch bei niedrigem Einkommen ein finanzieller Beitrag.

Durch das derzeitige Finanzierungsmodell wird das Ziel „mobil vor stationär“ im Pflegebereich zu wenig gefördert. Für Klienten mit hohem Betreuungs- oder Pflegebedarf kann es teurer sein, zu Hause durch mobile Dienste betreut zu werden, als sich in stationäre Pflege zu begeben.

Es wird daher empfohlen, das Finanzierungssystem für das gesamte Pflegewesen zu adaptieren.

Im Sinne eines **„Stufenbaues der Pflege“** sind die Angebote und die Finanzierungsmodelle so zu gestalten, dass ein **entsprechender Anreiz für die Klienten besteht, je nach Bedarfshöhe zuerst alle Möglichkeiten der mobilen und teilstationären und erst danach der stationären Pflege in Anspruch zu nehmen.** Die Nachfrage kann auch über die Beiträge der zu Betreuenden gesteuert werden.

9.1.2 Zweckzuschüsse nach dem Pflegefondsgesetz

Gemäß Pflegefondsgesetz aus 2011 stellt der Bund den Ländern bzw. den Gemeinden zur teilweisen Abdeckung der Ausgaben in den Jahren 2011 bis 2016 **jährlich einen Zweckzuschuss** zur Verfügung.

Laut § 3 Abs. 1 des Pflegefondsgesetzes wird der Zweckzuschuss für die Sicherung sowie für den Aus- und Aufbau der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen der Länder im Bereich der Langzeitpflege zum laufenden Betrieb sowie für begleitende qualitätssichernde Maßnahmen und für innovative Projekte gewährt.

Die gewährten Zweckzuschüsse sind **vorrangig** für Maßnahmen zu verwenden, die **nicht dem stationären Bereich** gemäß Abs. 1 Z. 2 zuzurechnen sind.

Das Land Steiermark hat folgende Beträge erhalten:

in Mio. €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Zweckzuschuss des Bundes an alle Bundesländer	100	150	200	235	300	350
davon an das Land Steiermark:	14,4	15,9	* 28,8			
davon 40 % über die A8 an die SHV	5,8	6,3	* 11,5			

Quelle: Angaben der A8, aufbereitet durch den LRH

*Aufgrund der Nachverrechnung des Bundes betreffend das Jahr 2011 stehen dem Land Steiermark im Jahr 2013 zusätzlich € 5,7 Mio. bzw. den SHV zusätzlich € 2,3 Mio. zur Verfügung.

Von den Zweckzuschüssen des Bundes an das Land Steiermark sind der für das Pflegewesen zuständigen A8 lediglich rund 40 % (zur Verteilung an die SHV) zugeflossen.

Der LRH stellt fest, dass die Zweckzuschüsse gemäß Pflegefondsgesetz für die Sicherung sowie für den Aus- und Aufbau der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen der Länder gewährt werden und zwar vorrangig für Maßnahmen, die nicht dem stationären Bereich zuzurechnen sind.

Aufgefallen ist, dass die Ausgaben des Landes und der SHV im mobilen Betreuungs- und Pflegedienst seit 2010 keine nennenswerte Steigerung erfahren haben (siehe Kapitel 6. Mobile Betreuungs- und Pflegedienste).

Es ist daher sicherzustellen, dass diese Zweckzuschüsse zur Gänze zweckbestimmt verwendet werden und dass dies auch entsprechend kontrolliert wird.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath (Fachabteilung Landesbuchhaltung):

Es wird seitens der Landesfinanzabteilung angeführt, dass die Mittel aus dem Pflegefonds im Sinne des § 3 Pflegefondsgesetz in den Bereichen der stationären Pflege (Ansatz 1/411068), des betreuten Wohnens (Ansatz 1/411088) und der mobilen Pflege (Ansatz 1/512214 und 1/512219) verwendet werden.

In den Jahren 2011 (Einführung des Pflegefonds) bis 2013 wurden hierfür Mittel in der Gesamthöhe von rund € 744,5 Mio. aufgewendet, wobei für den Bereich der stationären Pflege im Rahmen der betreffenden Rechnungsabschlüsse Nachbedeckungen in der Gesamthöhe von rund € 51,8 Mio. erforderlich waren. Der Landesanteil (60 %) aus dem Pflegefonds betrug für denselben Zeitraum rund € 38,9 Mio. Daraus ergibt sich, dass aus Landesmitteln ein zusätzlicher Gesamtbedarf von rund € 12,9 Mio. zu bedecken war.

Es kann somit festgestellt werden, dass die Zweckzuschüsse aus dem Pflegefonds zur Gänze zweckbestimmt verwendet werden.

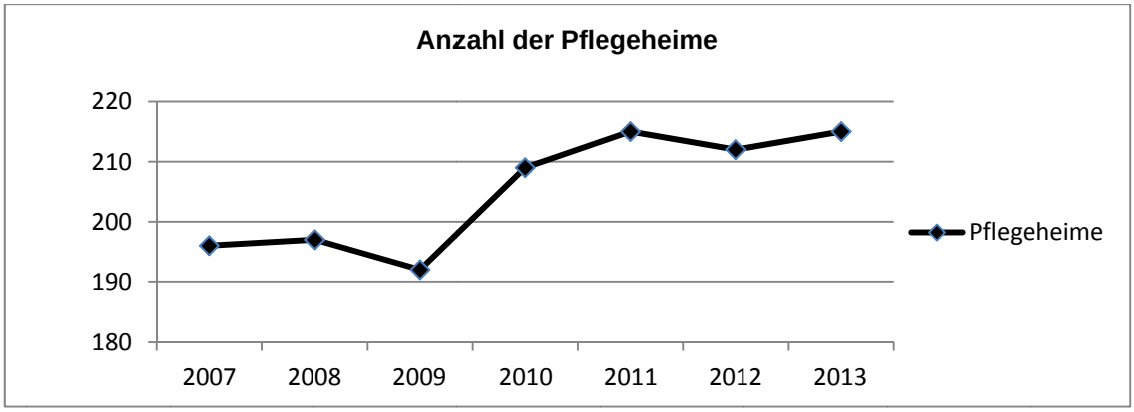
Hinsichtlich der Feststellung des Landesrechnungshofes, dass die Zweckzuschüsse gemäß Pflegefondsgesetz für die Sicherung sowie für den Aus- und Aufbau der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen der Länder gewährt werden und zwar vorrangig für Maßnahmen, die nicht dem stationären Bereich zuzurechnen sind, wird angeführt, dass in diesem Zusammenhang keine sachliche Zuständigkeit der Landesfinanzabteilung gegeben ist.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH bleibt unter dem Gesichtspunkt des Zieles „mobil vor stationär“ bei seiner Empfehlung, dass eine zweckentsprechende Steuerung des Mitteleinsatzes im Wege der zuständigen Abteilung sicherzustellen ist.

9.1.3 Pflegeheime

Im stationären Bereich entwickelte sich die Anzahl der Pflegeheime wie folgt:



Quelle: Angaben A8, aufbereitet durch den LRH

An dieser Stelle ist die Kritik zu wiederholen, dass das Datenmaterial der A11 (Internet, Sozialberichte, StBEP 2011, übermittelte Unterlagen etc.) unpräzise ist. Die Daten wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben und gegenübergestellt, waren teilweise unplausibel oder fehlten. Exakte Vergleiche bzw. Analysen wurden dadurch erschwert. Dies widerspricht einer sorgfältigen Verwaltungsführung.

Da weder von der A11 noch von der A8 Angaben über die Struktur und Entwicklung der Heimbetreiber vorgelegt wurden, hat der LRH eine Übersicht der Statistik Austria für das Jahr 2010 für Österreich herangezogen:

Institutionelle Pflegeeinrichtungen und Betreuungsplätze im Bereich der Alten- und Pflegeheime 2012

Bundesland	Inst.Pflegeeinrichtungen insg.	Träger der Einrichtung					Anzahl d. Betreuungsplätze insg.	Art der Betreuungsplätze		
		private Einheiten	Gemeinden	Gem.- u. Sozialhilfeverbände	Konfessionelle Träger	Bundesländer		Wohnplätze	Pflegeplätze	Pflegewohnplätze
Insgesamt	**874**	**391**	**177**	**142**	**86**	**78**	**76.250**	**12.462**	**42.474**	**21.314**
Burgenland	46	38	0	0	5	3	2.146	101	1.409	636
Kärnten	75	41	4	18	8	4	5.116	512	3.410	1.194
Niederösterreich	110	38	6	0	14	52	11.624	1.121	9.489	1.014
Oberösterreich	136	12	37	63	20	4	13.392	280	6.690	6.422
Salzburg	77	12	49	13	2	1	5.314	282	1.576	3.456
Steiermark	**203**	**146**	**13**	**22**	**18**	**4**	**11.933**	**278**	**7.348**	**4.307**
Tirol	85	18	39	23	4	1	5.809	411	2.057	3.341
Vorarlberg	55	21	29	3	2	0	2.366	206	1.970	190
Wien	87	65	0	0	13	9	18.550	9.271	8.525	754

Quelle: Statistik Austria, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen und BMASK; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark.

Datengrundlage für die Tabelle ist das Verzeichnis der Alten- und Pflegeheime in Österreich vom BMASK mit Aktualitätsstand 2010

Bezogen auf die Steiermark ergibt sich aus obiger Darstellung folgende Zusammensetzung der Betreiber der 203 Pflegeheime im Jahr 2010:

Pflegeheime Steiermark gesamt, 2010	gewinnorientiert + gemeinnützig	Konfessionelle	Gemeinden	SHV	Landespflegezentren
203 (100 %)	146 (72 %)	18 (9 %)	13 (6 %)	22 (11 %)	4 (2 %)
203 (100 %)	164 (81 %)		35 (17 %)		4 (2 %)

Quelle: Statistik Austria, aufbereitet durch den LRH

Auffällig ist,

- dass es im **Bundesland Steiermark die meisten Pflegeheime Österreichs** gibt,
- dass 72 % der Pflegeheime von privaten Trägern (gewinnorientiert und gemeinnützig) geführt werden,
- dass inklusive der konfessionellen Träger sogar 81 % privat geführt werden.

In der Steiermark wurden in 203 Pflegeheimen 11.933 Betreuungsplätze angeboten; dies bedeutete im Durchschnitt rund 59 Betten pro Pflegeheim.

Im Vergleich dazu wurden in Niederösterreich annähernd gleich viele Betreuungsplätze in nur 110 Pflegeheimen angeboten; dies bedeutete im Durchschnitt rund 106 Betten pro Pflegeheim. In Oberösterreich wurden in 136 Pflegeheimen 13.392 Betreuungsplätze angeboten; dies bedeutete im Durchschnitt rund 99 Betten pro Pflegeheim.

Im Jahr **2013** gab es nach Angaben der A8 in der Steiermark **212 Pflegeheime mit rund 13.000 Betreuungsplätzen**.

Diese teilen sich wie folgt auf:

Pflegeheime Steiermark gesamt, 2013	gewinnorientiert	gemeinnützig	konfessionell	Gemeinden + SHV	Landespflegezentren
212	127 (60 %)	33 (15 %)	19 (9 %)	29 (14 %)	4 (2 %)
212	160 (75 %)		19 (9 %)	29 (14 %)	4 (2 %)
212	179 (84 %)			33 (16 %)	

Quelle: Gesundheitsserver A8, Stand 15. Oktober 2013, aufbereitet durch den LRH

Die Steigerung der Kosten für die stationären Betreuungs- und Pflegedienste beruht daher im Wesentlichen auf folgenden Faktoren:

1. **Die demografische Entwicklung wirkte sich auf den Bedarf an Betreuungs- und Pflegeangeboten aus.** Dies hat unter anderem auch die Höhe der Kosten für die stationäre Pflege beeinflusst. Der Zunahme der Pflegebetten und den damit verbundenen Ausgabenzuwächsen hätte mit dem Ausbau alternativer Versorgungsformen entgegengewirkt werden können. Die Prognosen über die Auswirkungen der Demografie lagen seit Jahren vor, wurden auch medial behandelt und wären für Planungen abrufbar gewesen.
2. **Andererseits hatte auch das im Jahr 2006 eingeführte Finanzierungssystem eine Steigerung der Kosten zur Folge.**
   Damit wurde die Möglichkeit geschaffen, unter bestimmten Voraussetzungen (Trägerschaften und Struktur der Heime; z. B. Holding) höhere Jahresergebnisse zu erzielen und Gestaltungsspielräume zu nutzen; dies auch, weil ein **laufendes Controlling gefehlt hat**.

9.1.4 Tarifsystem

Derzeit bestehen durch unterschiedliche Rechtslagen zum Zeitpunkt der Inbetriebnahmen neuer Pflegeheime parallel **drei Arten von Leistungsabgeltungen** (Tagsätze) der Sozialhilfeträger an die Heimbetreiber.

1. Mit der **Tagsatzobergrenzen-VO aus 1998** wurde ein Tagsatz je Bewohner und Tag festgelegt. Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung wurden je nach der Ausstattung in drei Kategorien eingeteilt.
Der Pflege- und Betreuungszuschlag richtete sich nach der Pflegestufe des Bewohners. Diese Obergrenzen galten nicht für Selbstzahler.

2. Mit der **Novellierung des SHG im Juli 2004** wurden die Tagsatzobergrenzen-VO außer Kraft gesetzt und **zivilrechtliche Verträge** mit den Betreibern abgeschlossen. Hilfeempfänger hatten demnach Anspruch auf Übernahme der Kosten in Pflegeheimen mit einem Vertragsverhältnis zum Land Steiermark[6]. Das Land hat sich mit diesen Verträgen zivilrechtlich zu Leistungsentgelten verpflichtet.

3. Seit einer **weiteren Novelle des SHG zum 1. April 2007** müssen für Hilfeempfänger **Zuerkennungsbescheide gemäß § 13 SHG** vorliegen. Die Einrichtung muss über eine **Betriebsbewilligung** nach dem PHG und einen **Anerkennungsbescheid** nach dem SHG verfügen.

[6] In diesen Verträgen wurden die Leistungen, die Mindestpersonalausstattung und die Entgelte für die Leistungen – getrennt nach Pflegezuschlag und Hotelkomponente – geregelt. Leistungsbeschreibungen waren nicht enthalten.

Zudem sind Pflegeheime nur dann zuschussfähig, **wenn ein regionaler Bedarf besteht** und die in der zugehörigen **Verordnung (LEVO-SHG)** definierten Leistungen erbracht und zu festgelegten Tarifen verrechnet werden.
Die Obergrenzen gelten auch für Selbstzahler.

Die Kostenübernahme wird Hilfeempfängern nur in Pflegeheimen gewährt, die von der Landesregierung gemäß § 13a SHG anerkannt sind.

Gemäß SHG ist dann ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung auf die örtlichen und regionalen Bedürfnisse eine Nachfrage nach stationären Einrichtungen besteht und diese Nachfrage nicht durch bestehende Einrichtungen abgedeckt werden kann.

Nochmals wird vom LRH darauf hingewiesen, dass bis Juni 2011 kein aktueller Bedarfsplan für die Steiermark vorlag (der letzte StBEP stammte aus 1997).

Es ist daher nicht nachvollziehbar, wie bis dahin von der zuständigen Abteilung umfassend beurteilt werden konnte, ob und mit welcher Bettenanzahl ein Bedarf für neue Einrichtungen bestand.

Von der A11 wurden zur Bedarfsermittlung verschiedene Parameter genannt, jedoch kein Rechenverfahren, das zur Berechnung der erforderlichen bzw. eventuell noch fehlenden Bettenanzahl herangezogen wurde.

Der LRH ist dennoch der Ansicht, dass für die Anerkennungsverfahren ein aktueller Bedarfs- und Entwicklungsplan gemäß der 15a-Vereinbarung als Entscheidungsgrundlage heranzuziehen gewesen wäre.
Auch der Rechnungshof führte in einem seiner Berichte aus, dass der jeweils in Anerkennungsverfahren für stationäre Einrichtungen festgelegte Bedarf an Pflegebetten zu einer punktuellen, anlassbezogenen und regional ausgerichteten Weiterentwicklung der stationären Pflege in der Steiermark führte.
Die Beurteilung des Bedarfes habe sich aber an den Planwerten eines künftigen Bedarfs- und Entwicklungsplan zu orientieren.

Gemäß der Verordnung zum SHG (Anlage 2 zur LEVO-SHG, LGBl. Nr. 68/2007 i.d.F. LGBl. Nr. 22/2014) bekommen die Heimbetreiber definierte Leistungen zu festgelegten Tarifen[7] abgegolten. Diese bestehen aus

- einem Pflegezuschlag,
- einer Hotelkomponente sowie
- unter bestimmten Voraussetzungen einem Psychiatriezuschlag.

[7] Wendet die Einrichtung den Kollektivvertrag für die Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (BAGS) an, werden höhere Tarife verrechnet

9.1.4.1 Pflegekomponente

Mit der Pflegekomponente (Pflegezuschlag zum Tagsatz) werden die täglichen Personalkosten für die Pflegetätigkeit je nach Pflegestufe abgegolten.

Derzeit beträgt der Pflegezuschlag je nach Pflegegeldstufe zwischen € 10,91 und € 65,49 (bei BAGS-Anwendung) je Hilfeempfänger und Tag.

Den zur Verrechnung gelangenden Pflegesätzen liegt nach Angaben der A11 kein Rechenmodell zugrunde. Nähere Erläuterungen über das Zustandekommen der Pflegezuschläge stehen dem LRH nicht zur Verfügung und können daher auch nicht nachvollzogen werden.

9.1.4.2 Hotelkomponente – Mustervertrag – Valorisierung

Grundlage für den Tagsatz der Hotelkomponente bildet eine von der A11 im Jahr 2005 erarbeitete Kostenkalkulation. **Dazu wurden für ein Pflegeheim mit einer durchschnittlichen Größe von 70 Betten und einem Auslastungsgrad von 95 %** (das sind 66,5 Betten) **sogenannte Normkosten**, also bestimmte Beträge je Kostenart, **festgelegt**.

Der Leistungspreis sollte sich an den für den Betrieb einer derartigen Einrichtung durchschnittlich erforderlichen Aufwendungen orientieren, dies unabhängig von der individuellen Kostenstruktur, der Größe oder des Standortes.
Es sollte nicht jedes Pflegeheim einzeln betrachtet werden, sondern sollten die Kosten einer durchschnittlichen Einrichtung mit 70 Betten abgegolten werden.

Der mittels dieser Normkostenkalkulation ermittelte Tagsatz sowie das überarbeitete SHG sollten die Grundlage für die Verrechnung mit den Heimbetreibern sein.
Aufgrund der vom Sozialressort ab 2005 geplanten Veränderungen stellten die Heimbetreiber eine Klage in den Raum. Im Auftrag des damals zuständigen Regierungsmitgliedes nahm die A11 Verhandlungen mit den Heimbetreibern auf.

In einer Arbeitsgruppe für rechtliche Belange wurde über den künftigen Vertrag beraten. In einer weiteren Arbeitsgruppe zur Verrechnung wurde der Tarif zur Abgeltung der Leistungen verhandelt. Eingebunden waren neben den Mitarbeitern der A11 auch ein vom Land beauftragter externer Steuerberater und neben Vertretern des Verbandes der Alten- und Pflegeheime (VAB) ein von diesen beauftragter externer Steuerberater.

Gemeinsam sollten die Absicherung der wirtschaftlichen Existenz der Pflegeheime, die Übernahme des Kollektivvertrages für die Arbeitnehmer, die Qualitätssicherung, die Kontrolle der Leistungserbringung und auch die Festlegung eines Leistungskataloges erarbeitet werden.

Dieses Modell sollte Heimbetreiber dazu bringen, wirtschaftlicher zu arbeiten und gleichzeitig den Anreiz schaffen, durch wohlüberlegte Geschäftspolitik auch einen Gewinn erwirtschaften zu können.

Aufgrund der Vorgabe des zuständigen Regierungsmitgliedes, eine faire und vergleichsweise Bereinigung der Situation herbeizuführen und einen Vertrag auszuarbeiten, **wurde so lange verhandelt, bis man sich auf ein Tarifmodell einigte.**

Dieses Modell und ein Musterrahmenvertrag wurden schließlich mit **RSB vom 29. Mai 2006 einstimmig** von der Landesregierung **beschlossen**. Eine Vorlage an den Landtag erfolgte nicht.

Die Verträge wurden auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und die ordentliche Kündigung nur unter Einhaltung langer Kündigungsfristen (5 Jahre für die Einrichtungen und 10 Jahre für das Land) ermöglicht.

Die Zusammenarbeit der Vertragspartner war langfristig geplant, zumal die Heimbetreiber Investitionen zu tätigen hatten und das Land Steiermark die Verpflichtung hatte, durch Geld- und Sachleistungen für den notwendigen Lebensbedarf zu sorgen.

Zur Anpassung der Tarife ist eine **paritätisch besetzte Kommission**[8] eingerichtet, die alljährlich einstimmig die Höhe des Tarifs für das kommende Kalenderjahr zu ermitteln hat.
Findet die Kommission keinen Konsens, entscheidet eine **Schlichtungsstelle**[9] mit einfacher Stimmenmehrheit. Das Ergebnis dieser Entscheidung ist allerdings lediglich ein Vorschlag für die Beschlussfassung durch das Land – ohne jede Bindungswirkung.
Falls der gemeinsame Vorschlag vom Land Steiermark nicht im Verordnungsweg umgesetzt wird, haben die Heimbetreiber das Recht, den Heimvertrag zu kündigen.

Damit besteht **ein massiver Druck für das Land Steiermark, das durch die Erteilung von rund 80 % aller Bewilligungen an private Betreiber in einem Abhängigkeitsverhältnis ist.** Die privaten Betreiber haben somit eine gravierende Verhandlungsposition.

[8] besetzt von Land Steiermark, Städtebund, Gemeindebund und VAB

[9] je ein Vertreter des Landes Steiermark und des VAB sowie ein vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Graz bestellter Richter

Diese **Marktmacht und das Tarifmodell** mit den zumindest bis 2008 **weit über dem Inflationsniveau liegenden Valorisierungen** führten zu **hohen Leistungsabgeltungen.** Dadurch wurde die Pflegeheimbranche in den letzten Jahren zunehmend für größere Anbieter am Markt interessant.

9.1.4.3 Normkostenmodell

Von der A11 wurden im Jahr 2005 unter anderem folgende Kostenarten in die Normkostenkalkulation aufgenommen:

- Gebäude- und Errichtungskosten (kalkulatorische Miete[10], Betriebskosten, Instandhaltungskosten)
- Bewirtschaftungskosten (Gebäude, Wäsche, Reinigung)
- Personalkosten für Management, Administration, Pflegedienstleistung, Service und Verpflegung (jedoch ohne Pflegeleistung)
- Sachkosten für Administration und Betreuung, Bekleidung, Körperpflege, Verköstigung etc.

Auf Basis dieser definierten Kosten und Parameter wurde vom Land als Ergebnis ein Tagsatz/Tagestarif je Bewohner als Hotelkomponente ermittelt.
Dieser Tarif wurde aufgrund der fehlenden Akzeptanz der Vertreter der privaten Heimbetreiber so lange adaptiert, bis man sich auf ein Tarifmodell einigte.

Festgestellt wird, dass dem LRH zu dieser Modellrechnung keine aussagekräftigen Erläuterungen über die gewählten Kostenarten sowie über diverse Valorisierungen, Parameter und Rechenvorgänge vorgelegt wurden.
Die entstandenen Ansätze sind daher teilweise nicht nachvollziehbar. Das geltende Normkostenmodell des Landes ist in mehreren Punkten in Frage zu stellen.

Bereits im Jahr 2009 wurde diese Thematik vom Stadtrechnungshof der Landeshauptstadt Graz im Bericht „Erhöhung der Tagsätze für Pflegeheime ab 1. Jänner 2009 – Prüfung des Normkostenmodells“ und auch vom KDZ – Zentrum für Verwaltungsforschung in der „Studie zur Normkostenkalkulation in den steirischen Pflegeheimen für 2006 bis 2009“ beanstandet.

Festgehalten wird, dass von der damals zuständigen A11 keine Stellungnahme zum Prüfbericht des Stadtrechnungshofes abgegeben wurde.

Als Ergebnis der Analysen des LRH, des Stadtrechnungshofes sowie des KDZ sind nachstehende übereinstimmende Schlussfolgerungen hinsichtlich des Normkostenmodells zu ziehen:

[10] Die kalkulatorische Miete beinhaltet Errichtungs- und Finanzierungskosten

1. Normierung

Der für ein Heim mit 70 Betten ermittelte Tagsatz ist normiert und **berücksichtigt weder unterschiedliche Größen** (tatsächliche Bettenanzahl) **noch Trägerschaften noch die unterschiedlichen Strukturen** der Trägerschaften (z. B. Holding).

2. Kostenzuordnung

Die Zuordnung der Kosten auf fixe und variable Komponenten ist nicht verständlich.

Als variabel wurden lediglich die Kosten für Wäsche (mit nur 50 %), für Pflegebedarf (mit nur 50 %) und für Service (mit 100 %) definiert.

Zumindest teilweise sind nach Ansicht des LRH auch andere verbrauchsabhängige Kosten wie für den Wareneinkauf (Lebensmittel, Getränke), für Strom, Wasser, Heizung oder sonstige Bedarfsgüter als variabel zu beurteilen.

Daraus ergibt sich, dass von den Gesamtkosten rund 90 % als fix und lediglich rund 10 % als variabel in die Berechnung eingehen. Diese Zuordnung ist realitätsfern.

Allfällige Kostendegressionen bzw. sprungfixe Kosten werden in diesem Modell nicht berücksichtigt.

3. Auslastung

Aufgrund der fehlenden Dokumentation ist die Wahl einer normierten Auslastung von 95 % nicht nachvollziehbar.

4. Valorisierungen

Die von den Verhandlungspartnern vorgenommenen Anpassungen/ Valorisierungen sind zu hinterfragen.

Beginnend mit dem Jahr 2006 wurde aus budgetären Gründen die stufenweise Anhebung der gemeinsam definierten Kostenansätze vereinbart:

- Für die gemeinsam festgelegten Gesamtkosten des Jahres 2006 wurde eine durchschnittliche Erhöhung um 6,4 % („Wertansatz 2006“) vorgenommen.
- Im Jahr 2007 kam es zu einer weiteren durchschnittlichen Anpassung um 7,1 %. Anfang 2007 wäre eine Inflationsanpassung von 1,5 % schlüssig gewesen. Dies entsprach der durchschnittlichen Jahresinflation (VPI der Statistik Austria) für das Jahr 2006.
- Im Jahr 2008 erfolgte eine durchschnittliche Anpassung um 6,8 %. Demgegenüber wäre 2008 eine Inflationsanpassung gemäß VPI der Statistik Austria von 2,2 % schlüssig gewesen.

Die Tagsätze in den Pflegeheimen sind demnach im Zeitraum 2006 bis 2008 weit über dem Inflationsdurchschnitt gestiegen. Im selben Zeitraum erfuhren allerdings die Einkommen der Pflegebedürftigen nicht annähernd diese Zuwachsraten. Das Pflegegeld wurde in diesem Zeitabschnitt überhaupt nicht angehoben.

Der im Jahr 2006 beschlossene Tagsatz und die Anpassungen für die Jahre 2007 und 2008 waren so hoch, dass sie vom Land aus budgetären Gründen nicht bereits ab dem ersten Jahr übernommen werden konnten.
Nach langwierigen Verhandlungen einigte man sich darauf, dass der ermittelte Betrag auf drei Jahre aufgeteilt und damit der Leistungspreis für die Jahre 2006 bis 2008 im Vertrag fixiert werden konnte.

In den Jahren **2009 und 2010** wurde aufgrund einer Empfehlung der Schlichtungsstelle ein Leistungspreis festgesetzt und auch **bezahlt.**

Für das Jahr 2011 wurde innerhalb der Kommission kein Konsens erzielt. Von der Schlichtungsstelle wurden im Vergleich zum Vorjahr sowohl bei der Hotelkomponente als auch beim Pflegezuschlag erhöhte Tagsätze empfohlen.
Das Land ist dieser Empfehlung **nicht gefolgt und hat für das Jahr 2011 keine Anpassung** vorgenommen, sondern die Leistungen auf Basis des Tarifes für 2010 abgegolten.

Auch für das Jahr 2012 wurde innerhalb der Kommission kein Konsens gefunden. Ein **Gutachten zur Evaluierung des Normkostenmodells** wurde in Auftrag gegeben. Die Mehrheit der Heimbetreiber hat die Mitarbeit dazu verweigert, sodass diese Studie nur mäßig repräsentativ war. In dieser Studie wurde für die Jahre **2010 und 2011 kein Valorisierungsbedarf festgestellt.**
Ein für das Jahr 2012 ermittelter Anpassungsbedarf wurde vom Land abgegolten.

Mit 1. Februar 2014 wurde eine Anpassung der Leistungsentgelte vorgenommen.
Mit Wirksamkeit vom 1. Februar 2014 wurden die Hotelkomponente und die Pflegezuschläge im Rahmen der Novelle zur Leistungs- und Entgeltverordnung (LEVO-SHG) zum SHG erhöht.

Aktuell gilt ein Tagsatz von € 62,63 (bei BAGS-Anwendung) je Hilfeempfänger und Tag (Stand 1. Februar 2014).

5. Gebäudekosten
Die Errichtungskosten des Gebäudes bilden den größten Anteil an den Kosten.

Die Gebäudekosten werden in Form einer kalkulatorischen Miete angesetzt. Die Höhe entspricht der Annuität eines Darlehens mit einer Laufzeit von 25 Jahren bei einer Verzinsung von 4,5 %.

Die jährlich neu verhandelten Valorisierungen – die im Übrigen weit über dem Inflationsindex VPI der Statistik Austria liegen – **sind in Frage zu stellen**, da den Investoren die Abgeltung der Baukostensteigerungen während der Nutzungsdauer bereits durch die Berechnungsmethode der kalkulatorischen Miete zugestanden wird.
Anzumerken ist, dass sich die Zinssätze im Euro-Raum seit 2008 auf einem historischen Tief befinden.

Der LRH beanstandet, dass sich das Land vertraglich die regelmäßige Vorlage der Jahresabschlüsse nicht vorbehalten hat, um die Argumente der Heimbetreiber in den Tarifverhandlungen anhand realer Zahlen verifizieren zu können. Auch ein Kontrollvorbehalt für die Prüfung durch den LRH fehlt.

Wesentliche Faktoren (wie interner Zinssatz, Amortisationsdauer) sind für die Sozialhilfeträger nicht transparent. Die Heimbetreiber könnten somit bei Tarifverhandlungen beispielsweise auf eine gestiegene Zinsbelastung, auf hohe Errichtungs- und Baukosten oder auf eine hohe Abnutzung verweisen.

Die Abschreibungsdauer der Gebäude mit 25 Jahren ist gering. Als betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer kann bei einem Betrieb eines Pflegeheimes von einem längeren Abschreibungszeitraum ausgegangen werden. So sehen etwa die Einkommensteuerrichtlinien vor, dass für gewerblich vermietete Gebäude (darunter fallen auch Altersheime) eine Nutzungsdauer von 33 Jahren anzusetzen wäre. Realistischer Weise sollte eine längere Nutzungsdauer gewählt werden. Dies würde zu geringeren Abschreibungskosten und damit zu einem niedrigeren Tagsatz führen.

Allfällige Drittmittel für Grundstücke und Errichtungen (von öffentlicher oder privater Seite) werden im Normkostenmodell **nicht berücksichtigt.**

6. Kostenansätze Management und Struktur der Trägerschaften
Ein weiterer Aspekt liegt zum Teil in der Vorgabe des SHG, wonach Pflegeheime eine Pflegedienstleitung (deren Stellvertretung) und die Heimleitung zu bestellen haben.
Dies schlägt sich auch in der Tarifkalkulation nieder, da hierfür Gehaltsansätze von den Verhandlungspartnern angesetzt wurden.

Über die Vorgabe des SHG hinaus wurden für Management und Administration für ein Normpflegeheim mit 70 Betten die **Kosten für insgesamt 6 Vollzeitäquivalente** (VZÄ) angesetzt, die in den Folgejahren jährlich um 5,5 % erhöht wurden:
Management-Geschäftsführung, Management-Rechnungswesen, Heimleitung, Verwaltungsleitung, Verwaltungsassistenz (bis 2008 von 0,5 ansteigend auf 1 VZÄ) und Pflegedienstleitung.

Theoretisch bietet dieses Modell folgende Möglichkeiten:
Betreibt ein Träger beispielsweise 4 Pflegeheime/Betriebsstätten mit insgesamt 320 Betten, so werden diesem durch die Sozialhilfeträger über das Normkostenmodell in Summe rund 28,9 VZÄ für Management und Administration finanziert, **unabhängig davon, ob diese Funktionen auch tatsächlich pro Pflegeheim besetzt sind.**

Für Betreiber ist es daher umso lukrativer, je mehr Funktionen in den Pflegeheimen in Personalunion besetzt sind.
Dieser Anreiz könnte Auswirkungen auf das Interne Kontrollsystem haben.

Betreiber können neben den Pflegeheimen Strukturen für Management und Administration, Reinigung, Verpflegung, Vermietung, Gebäudeerrichtung (z. B. in Form eigener GmbH) aufbauen.
Dadurch könnten Jahresergebnisse über Verrechnungspreise zwischen Gesellschaften verlagert werden.

Auf unterschiedliche Heimgrößen und auf die Unternehmensstrukturen von Trägerschaften (z.B. GmbH, Holding) **mit mehreren Pflegeheimen/ Betriebsstätten wird mit diesem Tarifmodell nicht eingegangen.**

Durch die Normierung des Modells erfolgt wegen der unterschiedlichen Kostenstruktur und Größe der einzelnen Heime in der Realität nur bedingt eine Annäherung an die tatsächliche Situation.

Betreiber von nur einem Pflegeheim oder mit weniger als 67 Betten haben die Möglichkeiten großer Unternehmensstrukturen nicht, sondern werden durch dieses Modell eher benachteiligt.

Zur Pauschalierung von Verrechnungssystemen ist allgemein festzuhalten, dass aus Gründen der Verwaltungsökonomie insbesondere keine strukturellen Ungerechtigkeiten erzeugt werden dürfen.

Aufgrund der für die Verwaltung geltenden Grundsätze der Zweckmäßigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit wird empfohlen, die bisherigen Wirkungen des Normkostenmodells kritisch zu hinterfragen und ein sachlich gerechtfertigtes, neues Finanzierungssystem auf Basis transparenter und nachvollziehbarer Faktoren sowie realer Zahlen einzuführen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler (A8 Wissenschaft und Gesundheit):

Finanzierung der stationären Pflege- und Betreuungsdienste:
Grundsätzlich wird darauf hingewiesen, dass die Feststellungen des LRH betreffend die stationären Betreuungs- und Pflegedienste die A11 betreffen und sich die daraus abgeleiteten Empfehlungen an die nunmehr zuständige A8 richten.
Die besonderen Herausforderungen bei der Übernahme des neuen Aufgabenbereiches „Pflegemanagement“ durch die A8/FAGPM wurden bereits einleitend dargestellt. Das Referat Pflegemanagement ist eingerichtet, die Leitung des Referates konnte zwischenzeitig besetzt werden.
Die Empfehlungen des LRH insbesondere zu den stationären Pflege- und Betreuungsdiensten werden in die weiterführenden Arbeiten (Task-Force) einfließen. Die Verhandlungen mit den Pflegeheimbetreibern insbesondere zu einem neuen Verrechnungsmodell wurden aufgenommen, eine erste Runde hat bereits am 28. April 2014 stattgefunden, ein sechswöchiger Sitzungsrhythmus wurde vereinbart. Ergebnisse sollen binnen Jahresfrist vorliegen.

9.1.5 Ergebnis der Folgeprüfung betreffend die A11

Eingangs ist festzuhalten, dass viele der im Vorbericht des Jahres 2007 aufgezeigten Mängel nicht beseitigt wurden.

Der LRH stellt jedoch anerkennend fest, dass die seinerzeitige Empfehlung der Einbindung des Pflegebereiches in den Gesundheitsbereich, also die Zusammenfassung der Zuständigkeiten in einer Abteilung, umgesetzt wurde.

Die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme wird aufgrund der Prüfergebnisse bestätigt.

Bezüglich der Organisationsänderung und der damit erfolgten Übergabe der Aufgaben wird vom LRH Folgendes festgestellt:

Die bisher zuständige A11 teilte mit, dass alle Akten betreffend den Pflegebereich an die A8 übergeben und die befassten Mitarbeiter dorthin versetzt wurden, sodass nur noch generelle Auskünfte gegeben werden könnten.
Von der A8 wurde demgegenüber ausgeführt, dass bei der Übergabe der Inhalt und der Bearbeitungsstand der Akten nicht dokumentiert waren.
Ein für Dritte nachvollziehbares Übergabe-/Übernahmeprotokoll über den Stand der Aufgabenerfüllung wurde dem LRH nicht vorgelegt.

So konnten aus der dem LRH übermittelten Tabelle lediglich die Bezeichnungen der von der A11 übergebenen Akten und Unterlagen abgelesen werden. Der Inhalt, der Umfang oder der Bearbeitungsstand der Akten ist daraus nicht erkennbar.

Weder von der A11 noch von der A8 wurde eine Stellungnahme dazu abgegeben, welche Maßnahmen im Pflegebereich aufgrund der Feststellungen und Empfehlungen des LRH seit 2007 getroffen wurden.

Von beiden Abteilungen wird hinsichtlich der an den LRH nicht übermittelten Unterlagen und Auswertungen immer wieder auf den Wechsel der Zuständigkeiten im Juli/August 2012 verwiesen.

Dies ist für den LRH insofern unverständlich, als alle Unterlagen, Daten und personellen Ressourcen zumindest bis Ende Juli 2012 in der A11 vorliegen hätten müssen.

Zudem stehen – zumindest teilweise – die schon bisher damit betrauten Mitarbeiter durch die Transferierung weiterhin in der A8 zur Verfügung.

Dazu gibt die A8 an, dass die Reform des Pflegewesens neben der Erfüllung der im August von der A11 übernommenen Aufgaben in Angriff genommen werden musste. Dies sei insofern schwierig, als die übergebenen Akten äußerst mangelhaft geführt worden wären.

Die Gewährleistung der erforderlichen Qualität in der Aktenführung und im Datenmanagement der A11 wird aufgrund der Aussage der A8 und der dem LRH zur Verfügung stehenden Daten in Frage gestellt.

In § 2 der Geschäftsordnung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung sind die Regeln für die Aufgabenbesorgung festgelegt. Diese hat nach den Grundsätzen der Zweckmäßigkeit, Raschheit, Einfachheit und Kostenersparnis zu erfolgen. Der entsprechende Geschäftsgang ist durch die Landesamtsdirektion und durch die jeweiligen Abteilungen sicherzustellen.

Aufgrund der unzähligen aufgezeigten Mängel und Versäumnisse (etwa auch hinsichtlich der gesamthaften Bedarfsplanung, der stationäre Pflege, des Betreuten Wohnens, des Datenmanagements) wird die Einhaltung dieser Vorgaben im gegenständlichen Fall vom LRH in Zweifel gezogen.

Darüber hinaus erfolgte von der A11 die Beantwortung der Fragen des LRH entweder sehr verspätet oder erst nach Urgenz.

Aktuelle Daten lagen bis zum Ende der Prüfung nur sehr vereinzelt vor, sodass teilweise Daten aus den Vorjahren (2010, 2011) herangezogen werden mussten. Dies führte zu Verzögerungen und behinderte teilweise die Prüftätigkeit des LRH.

Für den LRH hat die A11 ihre fachliche Verantwortung bezüglich der rechtlichen Grundlagen und der Kontrolle nur unzureichend wahrgenommen.

Aufgrund des Fehlens bzw. der eingeschränkten Validität von Daten kann vom LRH das Vorhandensein weiterer Mängel – wie etwa auch im Internen Kontrollsystem – nicht ausgeschlossen werden.

Der LRH stellt zusammenfassend einen umfassenden Reorganisationsbedarf im Pflegewesen fest.

Ein zukunftsorientiertes Pflegefinanzierungsmodell, das sachlich gerechtfertigt ist, der realen Situation entspricht und durch ein Controlling orientiertes Datenmanagement unterstützt wird**, ist anzustreben.**

Die geplante Einführung eines neuen qualitäts- und leistungsfördernden Finanzierungsmodells sowie eines landesweit einheitlichen Vollzuges im Pflegewesen ist dringend umzusetzen.

9.1.6 Kontrolle

Zuletzt wird auf die Kontrolltätigkeit der A11 eingegangen, da aufgrund der aufgezeigten Mängel und Versäumnisse nach Ansicht des LRH der Kontrolle besondere Bedeutung zukommen sollte.

Qualitätsverluste für die zu Pflegenden und finanziell negative Auswirkungen für die Sozialhilfeträger und die Selbstzahler sind nur durch eine treffsichere rechtliche Regelung und effiziente Kontrollen vermeidbar.

Hinsichtlich der Verträge mit den Heimbetreibern wird dringend

- **die Aufnahme von Kontrollvorbehalten (durch die Abteilung und durch den LRH) und**
- **die verbindliche Übermittlung der Jahresabschlüsse (Berichtspflicht und damit transparente und verwertbare Daten für die Sozialhilfeträger)**

empfohlen, damit auf demografische und wirtschaftliche Entwicklungen reagiert werden kann.

Anerkannte stationäre Einrichtungen unterliegen der **Aufsicht der Landesregierung**. Die Kontrollen der von den Gemeinden/SHV betriebenen Pflegeheime und der Entzug von Bewilligungen liegen beim Land.

Die **Bewilligung und die Kontrolle privater Pflegeheime** wurden vom Land den **Bezirksverwaltungsbehörden** (BVB) übertragen.

Zur Häufigkeit von Kontrollen in den Pflegeheimen und zur Überprüfung der vorgenommenen Kontrollen der BVB gibt die A11 Folgendes an:

„Auch die damalige FA11a war bestrebt, die Kontrollen in den Pflegeheimen ihres Zuständigkeitsbereichs zwei Mal jährlich durchzuführen. Im Jahr 2009 war das allerdings nicht möglich, weil Personalressourcen durch die Schließung eines großen Pflegeheimes in Graz gebunden waren.
Die Unterlagen zu den Kontrollen der BVB befinden sich seit dem 01.08.2012 in der A8.“

Von der A11 wurden 2007 und 2011 Durchführungserlässe mit Vorgaben zur Kontrolle der Pflegeheime durch die BVB verlautbart:
Demnach waren seit Mai 2007 Pflegeheime unangekündigt mindestens zweimal (zuvor einmal) zu kontrollieren. Die Ergebnisse der Kontrolle waren in einer Niederschrift festzuhalten.

Wurden Mängel festgestellt, so hatte die Behörde, außer bei Gefahr in Verzug, mit Bescheid dem Heimträger die Behebung dieser Mängel unter Setzung einer angemessenen Frist aufzutragen. Laut Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes sei „vor Einleitung eines Entziehungsverfahrens jedenfalls mit dem gelinderen Mittel des Mängelbehebungsauftrages vorzugehen".

Bei der Vorschreibung von Auflagen „**sollte möglichst sparsam vorgegangen"** werden (unter Hinweis auf den Amtshaftungsanspruch gemäß OGH-Judikatur).

Von der A11 wurden die BVB angewiesen, die gesetzlichen Bestimmungen (des PHG) im Rahmen von Kontrollen zurückhaltend zu interpretieren und in der Wahl der Mängelbehebung mit gelinderen Mitteln vorzugehen.

Bezüglich der im SHG vorgegebenen, gesonderten Bestellung einer Pflegedienstleitung, einer Stellvertretung und einer Heimleitung wurde von der A11 explizit darauf hingewiesen, dass aus dem Gesetz **nicht** abzuleiten sei, dass eine Heimleitung im Heimbetrieb **angestellt oder anwesend sein muss**. **Auch sei nicht auszuschließen, dass für mehrere Heime dieselbe Heimleitung bestellt werde.**
Zum Ausmaß **der tatsächlichen Anwesenheit der Pflegedienstleitung** wurde darauf hingewiesen, dass aus dem Gesetz nichts abgeleitet werden könne, da lediglich gefordert sei, die Pflegedienstleitung „im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses" zu bestellen.

Diese Feststellung wirft beim LRH die Frage auf, warum dann von der A11 im Normkostenmodell die Pflegedienstleitung und die Heimleitung mit je einem VZÄ angesetzt wurden. **Der LRH erachtet diese Vorgaben der A11 als widersprüchlich.**

Einerseits wurden über das in der Zuständigkeit der A11 beschlossene Normkostenmodell je Pflegeheim eine Pflegedienstleitung, ein Heimleiter, ein Geschäftsführer, ein Rechnungswesen-Leiter, ein Verwaltungsleiter und ein Verwaltungsassistent bezahlt.
Andererseits wurden die Kontrollbehörden von der A11 explizit darauf hingewiesen, dass aus dem Gesetz nicht abzuleiten sei, dass eine Heimleitung im Heimbetrieb angestellt oder anwesend sein muss und die Bestellung einer Heimleitung für mehrere Heime nicht ausgeschlossen werden kann.

Auch zum Ausmaß **der tatsächlichen Anwesenheit der Pflegedienstleitung** wurde von der A11 darauf hingewiesen, dass aus dem Gesetz dazu nichts abgeleitet werden könne.

Zudem sei die Stellvertretung der Pflegedienstleitung nicht zwingend im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses zu bestellen. Die Personalschlüssel-VO enthielte hinsichtlich des diplomierten Personals **lediglich eine Sollbestimmung**.

Bezüglich der **Personalschlüssel-VO** wurde explizit darauf hingewiesen, dass bei der Bemessung des Mindestpersonalschlüssels ausschließlich die jeweils aktuelle Einstufung laut Bescheid heranzuziehen sei. Ein tatsächlich höherer Pflegebedarf und allfällig laufende Verfahren zur Erhöhung der Pflegegeldeinstufung könnten nicht berücksichtigt werden.

Des Weiteren wurde den BVB mitgeteilt, dass es grundsätzlich möglich sei, Zivildiener im Bereich der Pflege zu beschäftigen und auch bei der Berechnung des Personalschlüssels zu berücksichtigen; dies deshalb, da die Normen über die Art und Weise der übrigen, im Bereich der Pflege beschäftigten Personen nichts aussagten.
Diese Aussage widerspricht der entsprechenden Bestimmung in der Personalausstattungsverordnung, die hier insbesondere Therapeuten und Heimhelfer gemäß StSBBG vorsieht.

Festgehalten wurde auch, dass die Kontrolle der Einhaltung des Heimvertragsgesetzes nicht Aufgabe der Kontrollbehörden sei und eine (zivilrechtliche) Bewertung der Inhalte nicht zu erfolgen habe. **Insbesondere diese Vorgabe der A11 wird vom LRH in Bezug auf die Qualität der Pflege und die Interessen der Heimbewohner äußerst kritisch gesehen.**

9.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement

Mitteilung der A8

Die A8 teilt mit, dass im August 2012 die Zuständigkeit für die stationäre Versorgung vom Sozialressort (A11) dem Gesundheitsressort (A8) übertragen wurde.
Die mobile Pflege und Betreuung/Hauskrankenpflege war seit Bestehen ohnehin im Gesundheitsressort angesiedelt.

Diese beiden Versorgungsbereiche sind jedoch für eine bedarfsorientierte Versorgung nicht aufeinander abgestimmt. **Auch integrierende Versorgungssegmente fehlen bzw. kann eine regionale Unter-/Überversorgung nicht ausgeschlossen werden.**

Von den mobilen Pflegediensten sind Daten vorhanden, **von den restlichen Versorgungsbereichen nur eingeschränkt.**
Deshalb wurde eine Projektausschreibung „**Bedarfsplanung für die Pflegeversorgung älterer Menschen in der Steiermark**" durchgeführt, um unter Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung eine integrierte regionale Versorgungsplanung in der Steiermark zu erstellen für:

a. Mobile Betreuungs- und Pflegedienste (Mobile Pflege)
b. Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste (Pflegeheime)
c. Teilstationäre Tagesbetreuung
d. Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen
e. Case- und Caremanagement
f. Alternative Wohnformen/Betreutes Wohnen
g. 24-Stunden Betreuung

Förderungen von Leistungen sollen in Zukunft nur mehr bei Vorliegen eines Bedarfes und nach festgelegten Qualitätskriterien erfolgen.
Es wurden daher von der A8 sämtliche Förderungsvereinbarungen (insbesondere für Betreutes Wohnen, Tagesbetreuung) ab sofort nur mehr befristet bis zum Vorliegen der angeführten Gutachten abgeschlossen.

Die Gesamtsituation des Pflegewesens in der Steiermark wird derzeit einer eingehenden Revision und Anpassung durch die A8 unterzogen.
Die Revisionsbefunde umfassen vier modular analysierte Bereiche, deren Umsetzung mit den Modulen 1 und 2 bereits begonnen hat.

Modul 1: Legistik

Derzeit regeln zahlreiche, inhaltlich zu adaptierende Gesetze und Verordnungen das Pflegewesen in der Steiermark (PHG, SHG, Pflegefondsgesetz usw.). Im Umfeld finden sich bereits Normen (z. B. ÖSG, RSG), die teilweise z. B. hinsichtlich der Qualitätssicherung analog in das Pflegewesen übernommen werden könnten. Ziele

sind die Reduktion aktueller Rechtsnormen und eine weitgehende Bündelung in einem umfassenden Gesetz.

Modul 2: Finanzierung

Das bestehende Normkosten-Finanzierungsmodell geht von der Annahme eines durchschnittlichen 70-Betten-Pflegeheimes aus. Damit werden Betriebsformen finanziert, die nicht mehr der Realität entsprechen. Dadurch drängten in der Steiermark viele gewinnorientierte Unternehmensformen auf den Markt und dominieren mittlerweile sogar die Betreiberlandschaft.

Vor diesem Hintergrund ist dem **Gesetzesauftrag zur Kostendeckung** besondere Beachtung beizumessen.

Ziel ist die Einführung eines neuen qualitäts- und leistungsfördernden Finanzierungsmodells, das nur mehr tatsächlich erbrachte und geprüfte Leistungen innerhalb gesetzlich definierter Ober- und Untergrenzen finanziert.

Modul 3: Datenmanagement

Zur Steuerung einer Qualitäts- und Kostenentwicklung sowie der Planung neuer Dienstleistungen im Pflegewesen soll ein funktionierendes Informations- und Datenmanagement aufgebaut werden.

Die Bevölkerung soll über das Internet freie Pflegebetten sowie die angebotenen Leistungen abfragen können. Auf Bezirksebene sollen unabhängige Case- und Caremanager etabliert werden, die objektiv über sämtliche Angebote der Betreuung und Pflege sowie deren Finanzierung informieren.

Modul 4: Organisation

Organisationsmaßnahmen sollen einen landesweit einheitlichen Vollzug im Pflegewesen (einheitliche Bewilligungs- und Kontrollverfahren) sicher stellen. Die Systemkosten werden, abgesehen von indexbedingten Erhöhungen, nicht weiter gesteigert.

Die unmittelbare Betreuungsqualität soll durch neue Arbeitsplätze und die Umlenkung von Geldmitteln zur Bezahlung der erhöhten Personalforderungen gehoben werden.

Sonstiges

a) Durch die Bündelung der Kompetenzen im Gesundheits- und Pflegebereich in der A8 liegt nunmehr auch eine vom LRH ausdrücklich gewünschte „Zentrale Koordinierungsstelle“ vor.

b) Für einen höheren Qualitätsstandard in der medizinischen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen soll sowohl bei Bewilligungsverfahren als auch bei Überprüfungen **ein medizinischer Amtssachverständiger** der A8 mitwirken. Dies ist vorerst nur bei Einrichtungen geplant, die von der Landesregierung bewilligt und überprüft werden (Pflegeheime der Gemeinden/SHV). Nach der Evaluierung soll auch für die Bezirksverwaltungsbehörden die Beiziehung von medizinischen Sachverständigen **verpflichtend** sein.

c) Die derzeit unterschiedlichen **Kontrollintervalle bei Pflegeheimen** (zweimal jährlich) und Pflegeplätzen (einmal jährlich) werden vereinheitlicht, zumal es keine sachliche Rechtfertigung dafür gibt.

d) Seit Anfang 2013 wurden bei Pflegeheimbewilligungsverfahren der Landesregierung – analog zu den krankenanstaltenrechtlichen Verfahren – **Amtssachverständige** des Landes **für die Beurteilung der Barrierefreiheit** beigezogen. Durch die geplante Ausweitung auf sämtliche Einrichtungen nach dem PHG soll ein einheitlicher Standard bei der Barrierefreiheit erreicht werden.

e) Seit der Zuständigkeit für Sozialbetreuungsberufe der A8 werden **sämtliche Verfahren einschließlich behördlicher Überprüfungen von Ausbildungsträgern, aber auch berufsrechtliche Anfragen** und Stellungnahmen (z. B. Übergangsbestimmungen) und Anerkennungsverfahren (Berufszulassung, Nostrifikation) im Referat Gesundheitsberufe durchgeführt. **Somit sind die Zuständigkeiten für Gesundheits-, Krankenpflege- und Sozialbetreuungsberufe in einer Abteilung.**

f) Das Land Steiermark soll sowohl im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege als auch in der Pflegehilfe bedarfsgerecht ausbilden. Der **Bedarf an Sozialbetreuungsberufen** wird gerade evaluiert.

g) Mit Anfang des Jahres 2013 wurden die 4 Landespflegezentren Bad Radkersburg, Kindberg, Knittelfeld und Mautern in die KAGes integriert und somit deren Kernaufgabe um den Bereich der Langzeitpflege erweitert.
Inwieweit sich diese Maßnahme konkret auf eine Reduktion der Kosten auswirken wird, kann derzeit nicht gesagt werden.

Ergebnis der Folgeprüfung betreffend die A8

Der LRH stellt fest, dass die seinerzeitige Empfehlung der Einbindung des Pflegebereiches in den Gesundheitsbereich, also die Zusammenfassung der Zuständigkeiten in einer Abteilung, **umgesetzt** wurde.

Es wird darauf hingewiesen, dass die **Feststellungen des LRH** zum stationären Pflegebereich im Wesentlichen die bis Juli 2012 **zuständige A11 betreffen**.
Die ausgesprochenen **Empfehlungen** dazu richten sich jedoch aufgrund der Organisationsänderung mittlerweile weitgehend **an die seit August 2012 zuständige A8**.

Der LRH stellt zu den Ausführungen der A8 über die Organisation (Modul 4) fest, dass die Aufbau- und Ablauforganisation der Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement zum Prüfungszeitpunkt **noch nicht etabliert war**.

Die bisher zuständige A11 teilte dem LRH mit, dass alle Akten betreffend den Pflegebereich an die A8 übergeben und die befassten Mitarbeiter dorthin versetzt wurden, sodass nur noch generelle Auskünfte gegeben werden können.
Von der A8 wurde dem gegenüber ausgeführt, dass bei der Übergabe der Inhalt und der Bearbeitungsstand der Akten nicht dokumentiert waren.

Ein für Dritte nachvollziehbares Übergabe-/Übernahmeprotokoll über den Stand der Aufgabenerfüllung wurde dem LRH nicht vorgelegt.

So konnten aus der dem LRH übermittelten Tabelle lediglich die Bezeichnungen der von der A11 übergebenen Akten abgelesen werden. Der Inhalt, der Umfang oder der Bearbeitungsstand der Akten ist daraus nicht erkennbar.

Weder von der A11 noch von der A8 wurde eine Stellungnahme dazu abgegeben, welche Maßnahmen im Pflegebereich aufgrund der Feststellungen und Empfehlungen des LRH seit 2007 getroffen wurden.

Von beiden Abteilungen wurde hinsichtlich der an den LRH nicht übermittelten Unterlagen und Auswertungen immer wieder auf den Wechsel der Zuständigkeiten im Juli/August 2012 verwiesen.

Dies ist für den LRH insofern unverständlich, als alle Unterlagen, Daten und personellen Ressourcen zumindest bis Juli 2012 in der A11 vorliegen hätten müssen. Zudem stehen – zumindest teilweise – schon bisher damit betraute Mitarbeiter durch die Transferierung weiterhin in der A8 zur Verfügung.

Dazu gibt die A8 an, dass die Reform des Pflegewesens neben der Erfüllung der im August von der A11 übernommenen Aufgaben in Angriff genommen werden musste. Dies sei insofern schwierig, als die von der A11 übergebenen Akten äußerst mangelhaft geführt worden wären.

Die Bearbeitung dieser Akten sei mit der Anzahl und mit der teilweise fehlenden Bezug habenden Kompetenz der von der A11 übernommenen Mitarbeiter nicht bewältigbar.

Das von der A11 übernommene Referat betreffend die stationäre Pflege werde schon seit über einem Jahr interimistisch von einem Referatsleiter geführt, der in der A8 bereits ein anderes Referat zu führen habe. Derselbe Referatsleiter habe in letzter Zeit eine weitere Aufgabe zu übernehmen gehabt, da dafür keine neuen Personalressourcen zur Verfügung gestellt worden seien.
Mit Bedarfsberechnungen unterlegte Anträge der A8 um Personalverstärkungen/-umschichtungen wären von der A5 Personal nicht genehmigt worden.

Der LRH bemängelt, dass die angeforderten Unterlagen von der A8 großteils sehr verspätet, erst kurz vor dem Abschluss der Prüfung, nach mehrmaliger Aufforderung oder nur teilweise zur Verfügung gestellt wurden.
Dies führte zu Verzögerungen und behinderte teilweise die Prüftätigkeit des LRH.

Es wird begrüßt, dass von der A8 sämtliche Förderungsvereinbarungen nur mehr befristet bis zum Vorliegen der Gutachten abgeschlossen werden.

Die beabsichtigte Bündelung der bestehenden Rechtsnormen in einem umfassenden Gesetz zur optimierten Steuerung und zur Sicherung der Qualität des Pflegebereiches wird grundsätzlich befürwortet.

Die Eingliederung der 4 Landespflegezentren in die KAGes wird vom LRH dann als richtiger Schritt erachtet, **wenn tatsächlich Synergien genutzt werden** (z. B. Personal des Pflegedienstes und des ärztlichen Dienstes, Technik, Ver- und Entsorgung/ Logistik, Infrastruktur, Verwaltung).

Von Bedeutung könnte ein **gemeinsames, professionelles Nahtstellen-/ Entlassungsmanagement** (Stichworte Gesundheitszentren, Case- und Caremanager, Sozialarbeiter etc.) werden, um Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Pflegebereich zu vermeiden (Wieder-/Aufnahmen, Fehlbelegungen etc.).

Zum Modul Legistik wird noch angemerkt, dass bereits im Vorbericht 2007 die laut SHG anzustrebenden Integrierten Sozial- und Gesundheitssprengel (ISGS) in der Praxis inhaltlich nur teilweise umgesetzt waren.
Die Verteilung der fachlichen und räumlichen Zuständigkeiten zwischen Gemeinden, Bezirkshauptmannschaften und ISGS waren nicht eindeutig.
Neuerlich wird empfohlen, den Wirkungsgrad der ISGS zu hinterfragen und allenfalls legistische Anpassungen vorzunehmen.

Der LRH stellt zusammenfassend fest, dass ein umfassender Reorganisationsbedarf im Pflegewesen besteht.

Es wird vom LRH empfohlen und als dringend notwendig erachtet, ab sofort alle Ressourcen so zu bündeln, dass die bestehenden Defizite von der A8 umgehend aufgearbeitet werden können.

Ein zukunftsorientiertes Pflegefinanzierungsmodell, das sachlich gerechtfertigt ist, der realen Situation entspricht und durch ein Controlling orientiertes Datenmanagement unterstützt wird, ist anzustreben.

Die geplante Einführung eines neuen qualitäts- und leistungsfördernden Finanzierungsmodells sowie eines landesweit einheitlichen Vollzuges im Pflegewesen ist dringend umzusetzen.

10. BEDARF UND AUSBILDUNG DES PFLEGEPERSONALS

Nach der Geschäftseinteilung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung sind die Abteilungen verpflichtet, im Rahmen ihres Aufgabengebietes die Angelegenheiten der 15a-Vereinbarung wahrzunehmen.

Die Zuständigkeit für die Ermittlung des Bedarfes und die Ausbildung(sstätten) des Pflegepersonals des Gesundheits- und Pflegebereiches lag bis 31. Juli 2012 zum Teil bei der A8, zum Teil bei der A11 und teilweise bei der A6.
Durch die Organisationsänderung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung ist seit 1. August 2012 die A8 zuständig.

10.1 A11 Soziales

Feststellungen und Empfehlungen des LRH im Jahr 2007

Kritisiert wurde die fehlende gemeinsame Bedarfserhebung und Angebotsplanung der Abteilungen 6, 8 und 11 für das insgesamt im Betreuungs-, Pflege- und Gesundheitsbereich benötigte Personal im Land Steiermark:
Für DGKS/P und PH wurden Bedarfsberechnungen von der A8 vorgenommen. Für AH, HH und FH lagen überhaupt keine Bedarfsberechnungen vor.[11]

Für die Genehmigung der privaten und landeseigenen Ausbildungseinrichtungen und für die Ausbildung des im Pflege- und Gesundheitsbereich tätigen Personals (DGKS/P, PH, AH, FH, HH) lag die Zuständigkeit bei drei Abteilungen (A6, A8, A11) und war unkoordiniert.

Die Nachfrage nach allen Berufsbildern im privaten und im öffentlichen Betreuungs-, Pflege- und Gesundheitsbereich wurde nicht abteilungsübergreifend beobachtet. Es gab keine Abstimmung mit dem bzw. und keine gezielte Information darüber im allgemeinen Schulwesen in der Steiermark.

Empfohlen wurde daher, die Entwicklung der Nachfrage nach allen Berufsbildern des privaten und öffentlichen Betreuungs-, Pflege- und Gesundheitsbereiches (auch Betreutes Wohnen, Nahtstellenkoordination etc.) künftig in Bedarfsberechnungen zu berücksichtigen. Dabei sollten im Schulwesen des Landes Steiermark generell die

[11] DGKS/P: Diplomierte(r) Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger
AH/PH: Altenfachbetreuer und Pflegehelfer
HH: Heimhelfer
FH: Familienhelfer

Bevölkerungsentwicklung und die damit verbundenen Herausforderungen thematisiert werden.

Der LRH empfahl die Einbindung des Pflegebereiches in das Gesundheitswesen, also die Zusammenfassung der Zuständigkeiten in einer Abteilung.
Von dieser sollte die Koordination und Kooperation aller betroffenen Abteilungen bezüglich Bedarfserhebung für alle sozialen Dienste, Planung der Ausbildungsangebote und Durchführung der Ausbildungen nach einheitlichen Richtlinien vorgenommen werden.

Mitteilung der A11

Die Personalschlüssel-VO (nun Personalausstattungs-VO) wurde am 1. Oktober 2009 novelliert. Die Personalschlüssel-VO beruht auf einer Arbeitsleistung von 40 Wochenstunden. Die kollektivvertragliche Entlohnung nach BAGS beruht hingegen auf einer Wochendienstleistung von 38 Stunden (-5 %). Eine Neuberechnung der Personalausstattungs-VO wurde von der A11 nicht durchgeführt.

Ergebnis der Folgeprüfung

Mit dem Steiermärkischen Sozialbetreuungsberufegesetz (StSBBG) vom 16. Oktober 2007 wurden der Tätigkeitsbereich und die Ausbildung der neuen Sozialbetreuungsberufe geregelt.
Die Sozialbetreuungsberufe sind demnach:

1. Heimhelfer (HH)
2. Fach Sozialbetreuer/Fach Sozialbetreuer mit Spezialisierung (FSB)
   a. Altenarbeit
   b. Behindertenarbeit
   c. Behindertenbegleitung
3. Diplom Sozialbetreuer/Diplom Sozialbetreuer mit Spezialisierung (DSB)
   a. Familienarbeit
   b. Altenarbeit
   c. Behindertenarbeit
   d. Behindertenbegleitung

Mit der Personalausstattungsverordnung 2009 wurde die personelle Mindestausstattung in den Pflegeheimen erhöht und die Zusammensetzung des Pflege- und Betreuungspersonals genauer definiert.

Zu kritisieren ist, dass im letztvorliegenden StBEP aus dem Jahr 2011 das künftig erforderliche Personal für den Pflege- und Gesundheitsbereich nicht enthalten ist.

Erstmals finden sich jedoch unter dem vorzuhaltenden sonstigen Personal auch Therapeuten, wenngleich über deren Anzahl keine Angaben enthalten sind.

Die Entwicklung der Nachfrage nach allen Berufsbildern des privaten und öffentlichen Betreuungs-, Pflege- und Gesundheitsbereiches wurde abteilungsübergreifend nicht beobachtet.
Es erfolgte keine zentrale Genehmigung/Steuerung aller Ausbildungseinrichtungen und -plätze für den Pflege- und Gesundheitsbereich bis Juli 2012.

Eine Abstimmung mit und eine gezielte Information darüber im allgemeinen Schulwesen in der Steiermark unter Berücksichtigung der künftigen Bevölkerungsentwicklung ist nach wie vor nicht erkennbar.

Es gibt demnach keine gesamthafte Sicht über den Bedarf und die Ausbildung des insgesamt im Gesundheits- und Pflegebereich tätigen Personals[12] über alle Versorgungsformen (öffentliche und private Pflegeheime/Plätze, Betreutes Wohnen, mobile Dienste, 24-Stunden Betreuung, Tageszentren, Kurzzeitpflege, psychiatrische Familienpflegeplätze, Beratungsdienste etc.).

10.2 A8 Wissenschaft und Gesundheit, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement

Feststellungen und Empfehlungen des LRH im Jahr 2007

Kritisiert wurde vom LRH die fehlende gemeinsame Bedarfserhebung und Angebotsplanung der Abteilungen 6, 8 und 11 für das insgesamt im Pflege- und Gesundheitsbereich benötigte Personal im Land Steiermark.
Für DGKS/P und PH wurden Bedarfsberechnungen von der A8 vorgenommen. Für AH, HH und FH lagen überhaupt keine Bedarfsberechnungen vor.

Für die Genehmigung der privaten und landeseigenen Ausbildungseinrichtungen und für die Ausbildung des im Pflege- und Gesundheitsbereich tätigen Personals (DGKS/P, PH, AH, FH, HH) lag die Zuständigkeit bei den drei Abteilungen A6, A8 und A11 und war unkoordiniert.
Die Nachfrage nach allen Berufsbildern im privaten und öffentlichen Pflege- und Gesundheitsbereich wurde nicht abteilungsübergreifend beobachtet. Es gab keine Abstimmung mit dem bzw. keine gezielte Information darüber im allgemeinen Schulwesen in der Steiermark.

Das Personal in der 24-Stunden Betreuung war in den Bedarfsberechnungen nicht berücksichtigt, da diesbezüglich keine konkreten Zahlen vorlagen.
Es war auch nicht bekannt, welche Personalstruktur hier tatsächlich benötigt wurde.

[12] Gesundheitsberufe gemäß GuKG, Sozialbetreuungsberufe gemäß StSBBG, Ausbildungen in Fachhochschulen etc.)

Keine Bedarfserhebung gab es auch für Ausbildungsplätze für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Diätologen etc. Die Ausbildungsplätze beruhten lediglich auf Erfahrungswerten. Von einem diesbezüglichen steigenden Bedarf ging die damalige FA8A nicht aus.

Es wurde empfohlen, künftig die Entwicklung der Nachfrage nach allen Berufsbildern des privaten und öffentlichen Betreuungs-, Pflege- und Gesundheitsbereiches (auch Betreutes Wohnen, Nahtstellenkoordination etc.) in Bedarfsberechnungen zu berücksichtigen. Generell sollte im Schulwesen des Landes Steiermark die Bevölkerungsentwicklung und die damit verbundenen Herausforderungen thematisiert werden.

Der LRH empfahl die Einbindung des Pflegebereiches in das Gesundheitswesen, also die Zusammenfassung der Zuständigkeiten in einer Abteilung. Von dieser sollte die Koordination und Kooperation bezüglich der Bedarfserhebung und Durchführung der Ausbildungen für das gesamte im Gesundheits- und Pflegebereich tätige Personal nach einheitlichen Richtlinien wahrgenommen werden.

Mitteilung der A8

Der Bedarf für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) wurde von der A8 zuletzt im Jahr 2006 in Form einer Studie mit einem externen Berater erarbeitet.
Die Leistungsanbieter der Krankenanstalten, der Pflegeheime und der extramuralen Versorgung wurden mit einbezogen.

Seither erfolgt eine laufende Beobachtung des Arbeitsmarktes unter Einbindung des Arbeitsmarktservices. Weiters wird beispielsweise mit der KAGes der Bedarf jährlich abgestimmt.

Die Ausbildungseinrichtungen gemäß GuKG werden von der A8 genehmigt. Eine Bedarfsprüfung im Rahmen dieser Genehmigung ist **gesetzlich nicht vorgesehen**.

Von der seit August 2012 für das Pflegemanagement zuständigen A8 **konnte noch keine Bedarfsprüfung für die Sozialbetreuungsberufe** nach dem Steiermärkischen Sozialbetreuungsberufegesetz – StSBBG durchgeführt werden.

Der Personalbedarf (gemäß GuKG und StSBBG) wird folgendermaßen festgelegt:

- In der mobilen Pflege erfolgt eine Stundenfinanzierung nach Berufsgruppen, aus welcher sich der Personalbedarf ergibt.
- Für die stationäre Pflege ist im Pflegeheimgesetz der Schlüssel für das Pflegepersonal definiert.

- In der teilstationären Tagesbetreuung (inklusive Kurzzeitpflege) gibt es Pilotprojekte. In den Förderverträgen wurde der erforderliche Personalbedarf angeführt.
- Der Personalbedarf für das Case- und Caremanagement wird vom Gesundheitsfonds vorgegeben.
- Für alternative Wohnformen/Betreutes Wohnen wird der Personalbedarf in den Rahmenrichtlinien geregelt.

2007/08 wurde eine Akzeptanz- und Bedarfsanalyse betreffend die Ausbildungen für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Diätologen durch die Fachhochschulen durchgeführt.

Die 24-Stunden Betreuung wird von den Personenbetreuern durchgeführt und erfordert keine Ausbildung nach dem GuKG oder StSBBG. Der Bedarf orientiert sich an der Nachfrage und wird vom Betroffenen selbst organisiert und zugekauft.

Seit der Zuständigkeit der A8 für Sozialbetreuungsberufe werden **sämtliche Verfahren einschließlich behördlicher Überprüfungen von Ausbildungsträgern, aber auch berufsrechtliche Anfragen** und Stellungnahmen (z. B. Übergangsbestimmungen) und Anerkennungsverfahren (Berufszulassung, Nostrifikation) im Referat Gesundheitsberufe durchgeführt.
Somit sind die Zuständigkeiten für Gesundheits-, Krankenpflege- und Sozialbetreuungsberufe in einer Abteilung.

Der **Bedarf an Sozialbetreuungsberufen** für die Gesundheits- und Krankenpflege und für die Pflegehilfe wird gerade evaluiert.

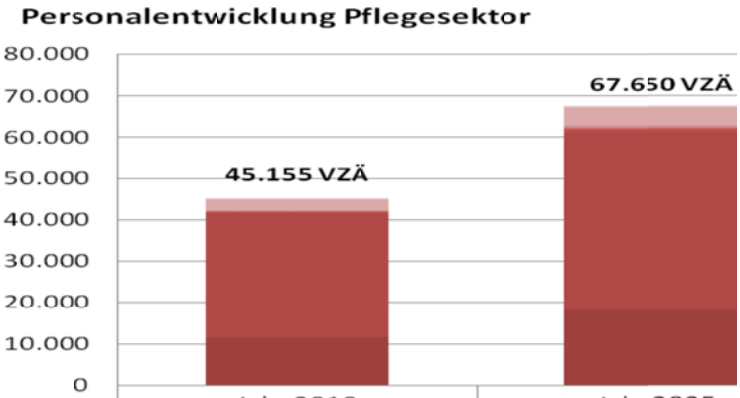
<u>Ergebnis der Folgeprüfung</u>
Es gibt keine gesamthafte Sicht über den Bedarf und die Ausbildung des im Gesundheits- und Pflegebereich tätigen Personals[13] über alle Versorgungsformen (öffentliche und private Pflegeheime/Plätze, Betreutes Wohnen, mobile Dienste, 24-Stunden Betreuung, Tageszentren, Kurzzeitpflege, psychiatrische Familienpflegeplätze, Beratungsdienste etc.).

Auch eine abteilungsübergreifende, zentrale bedarfsorientierte Steuerung und Genehmigung aller Ausbildungseinrichtungen erfolgte nicht.
Die letzte umfassende Bedarfsberechnung stammt aus dem Jahr 2006.

[13] Gesundheitsberufe gemäß GuKG, Sozialbetreuungsberufe gemäß StSBBG, Ausbildungen in Fachhochschulen etc.)

Eine Abstimmung mit dem und eine gezielte Information im allgemeinen Schulwesen in der Steiermark unter Berücksichtigung der künftigen Bevölkerungsentwicklung sind nach wie vor nicht erkennbar.

Die Entwicklung des Pflegepersonals in Österreich stellt sich wie folgt dar:



	Jahr 2010	Jahr 2025
Case-und Caremanagement	160	300
Alternative Wohnformen	2.750	4.500
stationäre Kurzzeitpflege	285	700
Teilstationäre Dienste	325	750
Stationäre Pflege	30.135	43.100
Mobile Dienste	11.500	18.300

Quelle: Empfehlungen der Reformarbeitsgruppe Pflege, BMASK, 2013

Der tatsächliche Bedarf an Pflegekräften wird durch die hohe Teilzeitquote und den Ersatz der in den nächsten Jahren kommenden Pensionierungen noch wesentlich höher sein.
Um den künftigen Personalbedarf erfüllen zu können muss ausreichend kompetentes Pflegepersonal sichergestellt werden.

Gegenüberstellung Personal stationäre und mobile Pflege:

	Stationär (1.1.2011)			Mobil (Stand 31.12.2011)		
	VZÄ	Verteilung	Köpfe	VZÄ	Verteilung	Köpfe
DGKS/P GuKG	924	24 %	1.248	286	30 %	460
PH GuKG	2.325	62 %	3.143			
Pflege sonst	525	14 %	709			
FSBA/PH				349	37 %	567
HH				308	33 %	505
Gesamt	3.774	100 %	5.100	943	100 %	1.532

Quelle: StBEP 2011 und Versorgungsbericht 2010/2011, aufbereitet durch den LRH

Gesamtübersicht Personal stationäre und mobile Pflege:

	VZÄ	Verteilung	Köpfe	Verteilung
Stationäre Pflege	3.774	80 %	5.100	77 %
Mobile Pflege	943	20 %	1.532	23 %
Gesamt	4.717	100 %	6.632	100 %

Quelle: StBEP 2011 und Versorgungsbericht 2010/2011, aufbereitet durch den LRH

Im Jänner 2011 waren in den steirischen Pflegeheimen 5.100 Personen (3.774 Vollzeitäquivalente) beschäftigt.

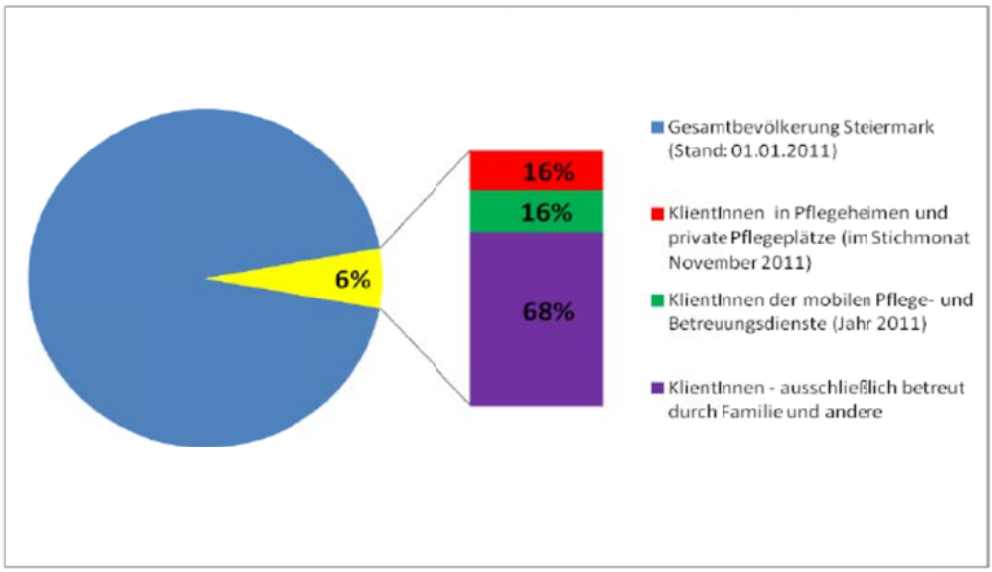
Mit 31. Dezember 2011 waren 1.532 Personen (943 Vollzeitäquivalente) in der mobilen Pflege[14] beschäftigt.

Bemängelt wird, dass die Personaldaten im StBEP 2011 und im Versorgungsbericht 2010/2011 für unterschiedliche Zeitpunkte angegeben wurden und dem LRH darüber hinaus keine aktuelleren Daten vorliegen.

Aus der Gegenüberstellung ist jedoch ersichtlich, dass **in der stationären Pflege 80 %** und in **der mobilen Pflege** hingegen lediglich **20 % des Pflege- und Betreuungspersonals** tätig sind.

Dabei ist die Anzahl des Personals der mobilen Pflege von 2010 auf 2011 annähernd gleich geblieben, die Anzahl der Klienten ist geringfügig gesunken.

Versorgungsformen für Pflegegeldbezieher generell 2011:



Quelle: Versorgungsbericht 2010/2011, Seite 19

[14] auf Basis einer 38-Stunden-Woche

Im Jahr 2011 bezogen rund 6 % der Gesamtbevölkerung der Steiermark Pflegegeld. Davon wurden 16 % in Pflegeheimen, 16 % von mobilen Diensten (inklusive Unterstützung durch pflegende Angehörige) und 68 % durch die Familie und/oder andere Betreuungsformen (z. B. 24-Stunden Betreuung) versorgt.

Der LRH kritisiert, dass im StBEP 2011 nicht dargelegt ist, wie viele Klienten sich in einer 24-Stunden Betreuung befinden und wie hoch der Personalstand in der 24-Stunden Betreuung zu Hause ist.

Die Anzahl der Gewerbeanmeldungen für die 24-Stunden Betreuung in Österreich zum 31. Dezember 2013 wird mit rund 60.000 Betreuerinnen auf selbständiger Basis angegeben.

Gerade diesem Sektor wäre besonderes Augenmerk zu widmen, zumal auch hier Auswirkungen auf die Berechnung des Bedarfes in den Pflegeberufen und der zugehörigen Ausbildungsplätze zu erwarten sind (über mobile Betreuungs- und Pflegedienste, Case- und Caremanagement etc.).

Nach der Übernahme der Zuständigkeit für den Pflegebereich von der A8 wurden die Anforderungen für einen externen Gutachter betreffend die Bedarfsplanung für die Pflegeversorgung älterer Menschen in der Steiermark definiert.

Damit sollten künftig für das im Gesundheits- und Pflegebereich insgesamt tätige Pflegepersonal die Bedarfserhebung und die Durchführung der Ausbildungen zentral und nach einheitlichen Richtlinien vorgenommen werden.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler (A8 Wissenschaft und Gesundheit):

Zum Zeitpunkt der Bedarfserhebung durch die A8 für DGKP und PH war die Zuständigkeit für die Altenhilfe, Heimhilfe und Familienhilfe in der FA11A.

Zum Personal in der 24 Std. Betreuung wird mitgeteilt, dass es sich hier um „Laienpflege“ handelt und diese Gruppe für die Ausbildung daher nicht zu berücksichtigen war und ist.

Im Jahr 2010/11 war eine abteilungsübergreifende Bedarfsstudie von A8 und A11 seitens der beiden politischen Büros angekündigt.

Die vorangeführte Bedarfserhebung aus dem Jahr 2006 spiegelt den Bedarf der DGKP und PH bis zum Jahr 2015 wider, daher war für die Pflegeberufe eine

erneute Bedarfserhebung nicht vorrangig, zumal sich durch die Erhöhung der Ausbildungszahlen in den letzten Jahre gezeigt hat, dass der Bedarf an Pflegepersonen in allen Versorgungseinrichtungen in der Steiermark gedeckt werden kann.

Im Übrigen zeigen die Daten des AMS, dass es eine relativ hohe Zahl an arbeitssuchenden Personen mit abgeschlossenen Ausbildungen im Pflegebereich gibt.

In der A8 gibt es im Referat Gesundheitsberufe eine gesamthafte Zusammenschau über die Ausbildungen der Pflege- und der Sozialbetreuungsberufe (SBB) in der gesamten Steiermark, da die Ausbildungsbewilligungen ausschließlich in der A8 erteilt werden.

Abgebildet ist die gesamte Ausbildungslandschaft für die Bevölkerung auf der Homepage unter www.gesundheitsausbildungen.at.

Eine Steuerung, welcher Ausbildungsträger welche Ausbildung anbietet, ist durch die einschlägigen Ausbildungsgesetze von ha. Seite nicht möglich.
Das allgemeine Schulwesen kann in die Pflege- und SBB-Ausbildungen nur insofern Berücksichtigung finden, wenn es um die Überlassung von Räumlichkeiten geht, da die Ausbildungsgrundlagen nicht im Schul-Unterrichtsgesetz geregelt sind, sondern in eigenen Berufs- und Ausbildungsgesetzen.
Eine diesbezügliche Abstimmung hat es mit der A6 gegeben und es sind PH-Ausbildungen in Kooperation mit Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege in Schloss Stein und in Maria Lankowitz installiert.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler (A8 Wissenschaft und Gesundheit):

Resümee:

Mit der Verwaltungsstrukturreform vom 1. August 2012 übernahm die Abteilung Wissenschaft und Gesundheit die herausfordernde Aufgabe der Verwaltung der Pflege und wurde mit Beschluss der Landesregierung vom 7. März 2013 beauftragt, die Pflege umfassend zu reformieren. Mit 11. März 2014 legte Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder ihr Regierungsamt zurück und wurde Herr Mag. Christopher Drexler vom steirischen Landtag zum zuständigen Landesrat gewählt.

Daher sind die laufenden Prozesse und Vorarbeiten durch die Vorgaben des neuen Landesregierungsmitgliedes zu ergänzen bzw. zu adaptieren. Die Einrichtung einer Task-Force zur Aufarbeitung der Empfehlungen des LRH, wie sie der Landesrat der Öffentlichkeit bereits angekündigt hat, wurde in Angriff genommen. Die thematischen Schwerpunkte wurden definiert (Finanzierungssystem, Bedarfs- und Entwicklungsplan, Datenmanagement, Case- & Caremanagement, Legistik). Mit den Betreibern der Pflegeheime in der Steiermark wurden mittlerweile auch schon Verhandlungen aufgenommen mit der Zielsetzung, insbesondere die Verrechnungssystematik neu zu gestalten. Für diese Verhandlungen wurde ein Zeithorizont von einem Jahr in Aussicht genommen. Die Herausforderung liegt insbesondere darin, dass sich die einzelnen Aufgabenstellungen weitgehend wechselseitig bedingen und somit auch nur einer gesamthaften Bearbeitung und Erledigung zugänglich sind. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die personellen Ressourcen der A8/FAGPM limitiert sind und darüber hinaus mit den Notwendigkeiten der Reformmaßnahmen in der Landesverwaltung (ELAK-Einführung/neu, Leistungskataloge- und Erfassung/neu, Haushaltsführung/neu, etc.) mehr als ausgereizt scheinen.

Der Landesrechnungshof legte das Ergebnis seiner Überprüfung in der am 24. März 2014 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dar.

Teilgenommen haben:

vom Büro des Herrn 2. Landeshauptmann-Stellvertreters Siegfried Schrittwieser:	Mag. Heinz DROBESCH
vom Büro des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:	Franz ZENZ
von der Abteilung 8 Wissenschaft und Gesundheit:	Dr. Birgit STRIMITZER-RIEDLER
von der Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement:	Dr. Dietmar MÜLLER
	Dr. Johannes PRITZ
	Christian SCHWARZ
von der Abteilung 11 Soziales:	Mag. Barbara PITNER
	Mag. Franz ZINGL
vom Landesrechnungshof:	LRH-Dir. Dr. Margit KRAKER
	Mag. Georg GRÜNWALD
	Mag. Elisabeth REITTER
	Hannelore BRAUNEGGER

11. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der Landesrechnungshof (LRH) hat im Zuge der Folgeprüfung die Umsetzung der Empfehlungen des Berichtes „Leistungsangebot des Landes Steiermark für ältere Menschen – von der Erhaltung der Selbständigkeit bis zur Pflegebedürftigkeit“ aus dem Jahr 2007 sowie die Weiterentwicklungen seit diesem Zeitpunkt überprüft.

Für die A8 Wissenschaft und Gesundheit und die A11 Soziales wurde ein eigener Berichtsteil (Teil 2) erstellt, da die mobile und stationäre Pflege eine zentrale Aufgabe dieser Abteilungen (gewesen) sind.

Die Stellungnahmen aller anderen seit der Organisationsänderung vom 1. August 2012 bestehenden Abteilungen zu den damaligen Feststellungen und Empfehlungen sind im Teil 1 des Berichtes enthalten.

Aufgrund der **Empfehlung des LRH** aus dem Vorbericht wurden **mit Beginn der XVI. Gesetzgebungsperiode die Angelegenheiten Gesundheit und Pflege einer gemeinsamen politischen Verantwortung zugeführt**, jedoch in der A8 und in der A11 wahrgenommen.
Durch die Änderung der Organisation des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung **mit 1. August 2012** erfolgte auch die **Zusammenführung der beiden Angelegenheiten in die A8**.

Im Vordergrund der Folgeprüfung stand die bedarfsgerechte Versorgung älterer Menschen und hier vor allem die Umsetzung jener Maßnahmen, die eine möglichst lange, weitgehend selbständige Lebensführung zu Hause unterstützen **(mobil vor stationär)**.

Überprüft wurde auch, inwiefern die mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (15a-Vereinbarung) übertragenen Aufgaben wahrgenommen wurden.

Nach Durchführung des Anhörungsverfahrens ergeben sich folgende Feststellungen und Empfehlungen:

Kapitel 3: Steirischer Bedarfs- und Entwicklungsplan (StBEP)

Gemäß der 15a-Vereinbarung war vom Land Steiermark ein Bedarfs- und Entwicklungsplan für Betreuungsdienste und Pflegeeinrichtungen zu erstellen, mit dem die bestehenden Angebote der Steiermark im mobilen, teilstationären und stationären Bereich beschrieben werden sollten. Dabei festgestellte Versorgungsdefizite (Soll-Ist-Vergleich) hätten bis zu den Jahren 2000, 2005 und 2010 zu je einem Drittel abgedeckt sein sollen.

- Der LRH hat von 2002 bis 2010 in mehreren Berichten festgestellt, dass die A11 keine Evaluierung des StBEP aus 1997 vorgenommen hatte. **Seit vielen Jahren fehlte eine Gesamtsicht** über die vom Land Steiermark sicher zu stellenden ambulanten, teilstationären und stationären Dienste.

- Von der A11 wurde jahrelang verabsäumt, wesentlichen, in der 15a-Vereinbarung bzw. im Pflegefondsgesetz vorgegebenen Aufgaben nachzukommen.
  Das bestehende Angebot (Ist-Zustand) und der künftige Bedarf (Soll-Zustand) an stationären Einrichtungen wurden nicht gegenübergestellt.

- **Der StBEP 1997 wurde erst im Jahr 2011 evaluiert. Auch in diesem Plan sind Mängel** festzustellen. So ist das künftig erforderliche Personal für den Pflege- und Gesundheitsbereich nicht enthalten. Die Umsetzung angekündigter Maßnahmen im mobilen und (teil)stationären Bereich ist nicht erkennbar.

- Es **fehlen** für das Land Steiermark und für die Gemeinden/Sozialhilfeverbände (Finanzierungsverantwortung) bzw. Bezirkshauptmannschaften (Vollzugsverantwortung) **nachhaltige Planungsvorgaben** für den Pflegebereich.

- Eine **gesamthafte Planung bzw. Bedarfsprognose** über alle anzubietenden Leistungen sowie das dafür erforderliche Personal für alle Versorgungsformen in jeder Region des Landes Steiermark **ist im StBEP 2011 nicht erkennbar**.

- **Die Koordinierung** über alle Bereiche der Betreuung und Pflege älterer Menschen **wurde nicht wahrgenommen**.

Kapitel 4: Case- und Caremanagement

Nach der 15a-Vereinbarung haben die Länder für ein dezentrales, flächendeckendes und koordiniertes Angebot an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen zu sorgen. Gemäß dem Pflegefondsgesetz sollen im Rahmen des Case- und Caremanagements

- die Sozial-, Betreuungs- und Pflegeplanung auf Basis einer individuellen Bedarfsfeststellung,
- die Organisation der notwendigen Betreuungs- und Pflegedienste und
- das Nahtstellenmanagement

ausgebaut werden.

- Die **fehlende Bedarfserhebung und Abstimmung** zwischen den Abteilungen betreffend die Betreuungs- und Beratungsdienste führte zu **Doppelgleisigkeiten.** Für die Pflegebedürftigen **fehlte der Überblick** über diesbezügliche Angebote.

  - Vor dem Auf- bzw. Ausbau von Betreuungs- und Beratungsdiensten bzw. einem Case- und Caremanagement ist der **Bedarf zu erheben**. Bereits vorhandene Angebote sind zu ermitteln und auf **Synergien zu prüfen**.

  - Dem Pflegebedürftigen sollte ein leicht zugänglicher **Überblick über diese Angebote** ermöglicht werden. Eine **einheitliche Bezeichnung** für alle gleichartigen Angebote wird empfohlen.

Kapitel 5: Information und Datenmanagement

Laut Art. 4 der 15a-Vereinbarung haben die Länder Information und Beratung für Pflegebedürftige sicherzustellen.

- Der **Sozialserver der A11** stellt sich als **Themenportal** dar, auf dem Leistungen, Dienste, Einrichtungen und Kontaktpersonen der Steiermark abgefragt werden können. **Die stichprobenartigen Abfragen des LRH führten zu brauchbaren Ergebnissen.**

- Der gemäß SHG alle zwei Jahre zu erstellende **Sozialbericht 2009/2010** wurde von der A11 **erst im September 2012** vorgelegt.
  Der Sozialbericht 2011/2012 hingegen wurde mit Juli 2013 veröffentlicht.

Von der A11 wurden als Informationssysteme die **Sozialdatenbank (SDB)** zur Verwaltung der Leistungen und das **webbasierte Informations- und Präsentationssystem des Sozialbereiches (WIPS)** eingesetzt. Beide werden als **nicht miteinander verknüpfte und zum Teil bereits veraltete EDV-Systeme** beschrieben:

- Nach Aussage der A11 könnten die verpflichtete **Berichterstattung sowie Planung/Controlling** (für effizienten und treffsicheren Einsatz budgetärer Mittel im Sozialbereich) mit den aktuell erstellten Daten **nicht geleistet** werden. Ein Gesamtbild über den Bedarf sei nicht möglich. Daten würden in Ermangelung entsprechender Erfassungs- und Auswertungssysteme **mit hohem zeitlichem und personellem Aufwand händisch erhoben werden**.

Im **Jahr 2008** wurde daher von der A11 mit der Projektierung eines neuen **Integrierten Sozialmanagement-Systems (ISOMAS)** begonnen. Zum Prüfungszeitpunkt wurde an der Umsetzung von Teilprojekten gearbeitet.

- Zu kritisieren ist, dass es **in der A11 über Jahre kein zuverlässiges Datenmanagement** für die Erfüllung der Berichts- und Dokumentationspflicht gab und sich die Projektierung der **Einführung der neuen Software in die Länge zog.**

- Eine **bedarfsorientierte Planung und Steuerung**, die Dokumentation der Wirkung von Maßnahmen und der **finanziellen Entwicklungen** der Leistungsangebote sowie eine **Kontrolle** waren damit **nicht durchgehend gewährleistet**.

- **Durch dieses Versäumnis**, aktuelle, qualitätsvolle und vollständige Daten in der Sozialverwaltung bereitzustellen, **wurde der Bedarf im Pflegebereich nicht erhoben** und auch die **Evaluierung des StBEP 1997 jahrelang nicht** vorgenommen.

- **Das vorliegende Datenmaterial der A11 war unpräzise.** Die Daten wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben und gegenübergestellt, **waren teilweise unplausibel oder fehlten.** Exakte **Vergleiche bzw. Analysen** wurden dadurch **erschwert oder unmöglich gemacht. Dies widerspricht einer sorgfältigen Verwaltungsführung.**

  - Empfohlen wird daher **die zügige Umsetzung** der projektierten Überarbeitung des Datenmanagements, das **für die Steuerung des gesamten Sozialbereiches** notwendig ist.

Anzumerken ist, dass nach der Eingliederung des Pflegebereiches in den Gesundheitsbereich neue Rahmenbedingungen vorliegen, die beim Einsatz und der Entwicklung von Bearbeitungs-Tools berücksichtigt werden müssen.

  - Im Sinne eines **patientenorientierten Nahtstellenmanagements** sollte **zukünftig eine einheitliche und damit einmalige Datenerfassung für den Pflege- und den Gesundheitsbereich** überlegt werden (Kranken- und Pflegedokumentation je Patient/Pflegebedürftigem).

Kapitel 6: Mobile Betreuungs- und Pflegedienste

Gemäß der 15a-Vereinbarung sind die Länder verpflichtet, für einen Mindeststandard an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten (soziale Dienste) für pflegebedürftige Personen zu sorgen.

Nach dem Stmk. SHG ist die Leistung der sicher zu stellenden sozialen Dienste von einer zumutbaren Beitragsleistung des Klienten abhängig zu machen. **Auf die Leistung dieser sozialen Dienste besteht kein Rechtsanspruch.**

Die mobilen Betreuungs- und Pflegedienste werden flächendeckend von fünf Trägerorganisationen erbracht, die dafür je Fachdienst und Einsatzstunde einen normierten Tarif erhalten. Der Beitrag der Klienten ist abhängig von der Höhe des Nettoeinkommens (Staffelung), von einem allfälligen Pflegegeldbezug und von dessen Wohnsitz.

- Im Jahr 2004 wurden Förderrichtlinien (Qualitätskriterien) als Standard des Landes für mobile Betreuungs- und Pflegedienste beschlossen.
  2006 wurden erstmals von der A8 gemeinsam mit einem externen Berater Normkosten/Tarife je Berufsgruppe und Einsatzstunde ermittelt, die in weiterer Folge jährlich valorisiert wurden. Sie waren Grundlage für die Vereinbarung der anteiligen Zuzahlungen der Klienten, des Landes und der Gemeinden/Stadt Graz an die Trägerorganisationen. Seit **Februar 2013** liegt eine **Neukalkulation** dieser Normkostensätze vor.
  Die den Klienten verrechneten **Tarife sind seit 2003 gleich** geblieben.

- Von der A8 werden die Leistungserbringung und der **effiziente Einsatz der Ressourcen der Trägerorganisationen regelmäßig überprüft**.

- Die **Informationen** über das Leistungsangebot werden (auch im Internet) **übersichtlich** dargestellt. Versorgungsberichte geben einen **guten Überblick** über das Angebot an mobilen Betreuungs- und Pflegediensten.

- Die Kosten in Höhe von insgesamt € 52.600.000,-- wurden im Jahr 2012 **zu 37 % von den Klienten, zu 36 % vom Land Steiermark, zu 24 % von den Gemeinden** und zu **3 % von den Sozialversicherungsträgern** (für die medizinische Hauskrankenpflege) getragen.

- Von der Stadt Graz und von den übrigen Gemeinden werden **unterschiedliche Tariflisten** (Höhe der Tarife, Zuschläge bei Pflegegeldbezug, Mindesthöhe und Obergrenzen des zu belastenden Einkommens und der Tarife, Pauschalen) für die Einsatzstunden der Fachdienste angewendet.

Diese **uneinheitliche Tarifgestaltung** ist hinsichtlich der Auswirkungen auf das disponible Einkommen **nicht begründbar und** daher aufgrund der ungleichen Behandlung der Klienten **abzulehnen**.

- Die Erarbeitung einer **neuen, für die Gemeinden und die Stadt Graz gemeinsam gültigen Tarifliste** wird empfohlen.

- Mit den Trägerorganisationen sollte eine **bedarfsorientiertere Adaptierung des mobilen Angebotes hinsichtlich**
  - der **Verfügbarkeit** (flexiblere Einsatzzeiten) und
  - der **Einsatzdauer** (Halbtagespflege/Pauschalen bei längerer täglicher Betreuungszeit etc.) der Fachdienste

  angestrebt werden. Die **Zusammenlegung von Stützpunkten für mehr Flexibilität im Personaleinsatz** sollte erwogen werden.

- Diese Kompetenzen sollten künftig bei den **Sozialhilfeverbänden gebündelt werden.** Durch die **zentrale Steuerung können optimierte Finanzierungs- und Verwaltungsabläufe** erwirkt werden, da die mobilen Dienste derzeit **regional und sehr inhomogen** gesteuert sind.

Der Klient hat einen finanziellen Beitrag selbst bei niedrigem Einkommen zu leisten. Es gibt **für mobile Dienste im Gegensatz zur stationären Pflege keine vollständige Kostenübernahme durch die Sozialhilfeträger.**

- **Das Ziel „mobil vor stationär“** wird durch das derzeitige Tarif- und Zuzahlungsmodell **zu wenig gefördert; vielmehr können die finanziellen Auswirkungen für die Klienten eher das Gegenteil bewirken.**
  Es kann vor allem für Klienten mit hohem Betreuungs- und Pflegebedarf teurer sein, zu Hause durch mobile Dienste betreut zu werden, als sich in stationäre Pflege zu begeben.

  - Im Sinne eines **„Stufenbaues der Pflege“** sind die Angebote und die Finanzierungsmodelle so zu gestalten, dass ein entsprechender **Anreiz für die Klienten besteht** je nach Bedarfshöhe **zuerst alle Möglichkeiten des mobilen und teilstationären und erst danach des stationären Bereiches** in Anspruch zu nehmen.

  - Dazu sind nach einer **fundierten Bedarfsberechnung die Angebote im mobilen Bereich entsprechend anzupassen.**

  - Es wird empfohlen, **das Finanzierungssystem für das gesamte Pflegewesen zu adaptieren.**

- Dabei sollte für die **mobilen Dienste eine ausgeglichene Beitragslösung** zwischen Klienten, Land und Gemeinden **sowie eine einheitliche Tarifgestaltung** für die Steiermark herbeigeführt und **schriftlich festgelegt werden.**

- Die Berechnung der Tarife und der Finanzierungsanteile/Zuzahlungen ist nachvollziehbar darzustellen; das heranzuziehende Nettoeinkommen, die Valorisierungsparameter etc. sind eindeutig zu definieren.

Kapitel 7: Alternative Wohnformen – Betreutes Wohnen

- Für die Bewohner Betreuter Wohneinheiten werden seit 2006 Förderungen gewährt. Dazu wurden **Richtlinien für das Modell „Betreutes Wohnen für SeniorInnen“** und eine **Förderungsvereinbarung** beschlossen.

- Eine zentrale und alle Versorgungsformen des Pflegebereiches betreffende **Bedarfsplanung der A11 erfolgte nicht.** Vielmehr wurde bisher die **Anzahl** der Einrichtungen mehr oder weniger **von den Gemeinden/SHV und in Absprache mit den zuständigen Regierungsbüros bestimmt.**

- Die erfolgte **Erhöhung des Angebotes** bzw. die damit verbundenen **Förderungen ohne Bedarfsberechnung widersprechen einer transparenten Verwaltungsführung und den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit.**

  - Vor weiteren Förderungen für Betreute Wohneinheiten ist der **Bedarf** von der nunmehr zuständigen A8 **zu erheben** und mit den anderen Versorgungsformen abzustimmen. **Die Aussetzung der Erteilung weiterer Bewilligungen wird befürwortet.**

  - Das **Förderprozedere** zwischen der A15 und der A8 ist **aufgrund der beträchtlichen Höhe der Fördermittel** gemeinsam zu überarbeiten.

  - Es wird empfohlen, bei der **Überarbeitung der Förderungsrichtlinien** die Höhe der Normkosten zu evaluieren und sinnvolle Mindestgrößen für die Objekte zu überlegen.

  - Zudem sind **transparente und überprüfbare Zugangskriterien** zu definieren, die erforderlichen Betreuungsleistungen der Betreiber zu konkretisieren und **messbare Qualitätsstandards** festzulegen.

- Die in den Förderungsvereinbarungen vorzusehende **widmungsgemäße Verwendung** der Fördermittel sollte **kontrolliert und dokumentiert** werden.

- Empfohlen wird, die **Förderungen künftig über die SHV abzuwickeln**, um durch eine zentrale Steuerung **optimierte Finanzierungs- und Verwaltungsabläufe** zu erwirken.

Kapitel 8: Teilstationäre Tagesbetreuung und Kurzeitpflege in stationären Einrichtungen

- Die teilstationären Angebote waren **nicht bewilligungspflichtig** und daher **nicht zentral erfasst.** Die Kurzzeitpflegeplätze in stationären Einrichtungen waren **gesetzlich nicht vorgesehen** und es gab **keine systematische Versorgung.**

- Festgestellt wird, dass während der Zuständigkeit der A11 bis Juli 2012 **keine Maßnahmen zur Erhöhung des Angebotes an teilstationärer Tagesbetreuung und Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen erkennbar waren.**

- **Nicht verwendete projektierte Mittel** deuten darauf hin, dass entsprechende **Konzepte nicht zur Umsetzung** gelangt sind.

- Zur Entlastung pflegender Angehöriger wird empfohlen, die **teilstationäre Tagesbetreuung** und die **Kurzzeitpflege** in stationären Einrichtungen**, flexible Betreuungsmöglichkeiten** am Wochenende und/oder am Abend **zu forcieren.**

Kapitel 9: Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste

Laut SHG besteht ein Rechtsanspruch auf die Aufnahme und die Übernahme der Kosten durch die Sozialhilfeträger (Land Steiermark und Gemeinden/SHV) in ein Pflegeheim.
Hilfe ist nur soweit zu gewähren, als das Einkommen und das verwertbare Vermögen des Pflegebedürftigen/Hilfeempfängers nicht ausreichen, um den Lebensbedarf zu sichern.

- Der **überwiegende Teil der Kosten für Bewohner in Pflegeheimen (stationäre Pflege)** wird mit rund **76 % von den Sozialhilfeträgern** finanziert.
  Nicht unerheblich ist der **Finanzierungsanteil der Selbstzahler mit 19 %,** die dieselben Tarife wie die Sozialhilfeträger zu bezahlen haben und damit auch vom **Tarifmodell des Landes Steiermark abhängig** sind.

- Zur Entwicklung der Ausgaben des Landes und der Gemeinden für die stationäre Pflege wird ausgeführt, dass weder von der bis Juli 2012 zuständigen **A11 noch** von der danach zuständigen **A8 Angaben vollständig zur Verfügung gestellt wurden.** Daher mussten mehrere Quellen herangezogen werden, um **zumindest überblicksmäßig die Zusammensetzung und den Verlauf der Ausgaben darstellen zu können**. Dies ist hinsichtlich der Validität der vorliegenden Daten zu berücksichtigen.

- Nach Angaben der A8 wurden aus dem Sozialbudget des Landes und der Gemeinden im **Jahr 2013 rund € 383.000.000,-- für die stationäre Pflege** aufgewendet.
  Demnach erhielten den größten Anteil an den Gesamtausgaben **private Heime** mit rund € 267.000.000,-- (das sind **70 %**).
  Die Ausgaben für **eigene Heime** betrugen € 71.000.000,-- (das sind **18 %**).
  Weitere **12 %** der Ausgaben entfielen auf **Heime anderer Sozialhilfeträger, Landespflegezentren und Sonstiges.**

- Auf Basis der vorgelegten Daten ist **insgesamt eine Steigerung der Ausgaben des Landes und der Gemeinden** für die stationäre Pflege im Zeitraum von 2005 bis 2013 **um 112 %** ersichtlich. Ein **Dämpfungseffekt** ist ab dem Jahr 2011 erkennbar. Zeitgleich sind die Ausgaben für **private Heime um 177 %**, die Ausgaben für **eigene Heime um 58 % gestiegen**.

- Bei der Betrachtung der **Entwicklung der Anzahl der Betten** mussten für eine **zumindest überblicksmäßige Darstellung** ebenso unterschiedliche Grundlagen herangezogen werden, da auch hierzu weder von der bis Juli 2012 zuständigen A11 noch von der danach zuständigen A8 vollständige Daten zur Verfügung gestellt wurden.

- Die **Anzahl der Betten** hat sich demnach von 2005 bis 2013 **von rund 9.950 auf rund 13.000 erhöht** (das sind **31 %**), wobei nochmals auf die unterschiedlichen Datenquellen hingewiesen wird. Die bis Juli 2012 zuständige A11 führte im StBEP 2011 aus, dass der **Bettenausbau hauptsächlich in privaten Heimen** erfolgte.

- **Die demografische Entwicklung wirkte sich auf den Bedarf an Betreuungs- und Pflegeangeboten aus.** Dies hat unter anderem auch **die Höhe der Kosten für die stationäre Pflege beeinflusst.**
  Der Zunahme der Pflegebetten und den damit verbundenen Ausgabenzuwächsen hätte allerdings mit dem **Ausbau alternativer Versorgungsformen entgegengewirkt werden können**. Die Prognosen über die Auswirkungen der Demografie lagen seit Jahren vor, wurden auch medial behandelt und wären für Planungen abrufbar gewesen.

Gemäß SHG besteht **ein Rechtsanspruch auf die Aufnahme und die Übernahme der Kosten/Restkosten** der Unterbringung **in einer stationären Einrichtung** durch die Sozialhilfeträger. Hilfe ist nur soweit zu gewähren, als das Einkommen und das verwertbare Vermögen des Pflegebedürftigen/Hilfeempfängers nicht ausreichen, um den Lebensbedarf zu sichern.

Auf die Leistung sozialer (mobiler) Dienste besteht hingegen kein Rechtsanspruch. Mobile Pflegedienste werden zu sozial gestaffelten, öffentlich gestützten Kostenbeiträgen angeboten. Von den Pflegebedürftigen/Klienten erfolgt auch bei niedrigem Einkommen ein finanzieller Beitrag.

- **Die Ausgaben übersteigen die Einnahmen** (2013: rund € 185.000.000,--) im **hohen Maße.** Umso mehr ist ein **möglichst zweckmäßiger und wirtschaftlicher Mitteleinsatz im Pflegebereich geboten.**

- In den Einnahmen sind auch die **Ersätze von Unterhaltsverpflichteten („Regress")** gemäß SHG enthalten, die zunächst bis November 2008 vorgegeben waren, sodann bis Juli 2011 ausgesetzt und im August 2011 wieder eingeführt wurden. Für das Jahr 2013 betrugen diese rund € 11.100.000,-- (das sind 6 % der Einnahmen).
  Der Landtag Steiermark hat in seiner Sitzung am 3. Juni 2014 die Regresspflicht für Unterhaltsverpflichtete von Pflegebedürftigen/Hilfeempfängern wieder aufgehoben.

- Durch das derzeitige Finanzierungsmodell wird **das Ziel „mobil vor stationär" im Pflegebereich zu wenig gefördert.** Für Klienten mit hohem Betreuungs- oder Pflegebedarf kann es teurer sein, zu Hause durch mobile Dienste betreut zu werden, als sich in stationäre Pflege zu begeben.

  - **Der LRH empfiehlt daher, das Finanzierungssystem für das gesamte Pflegewesen zu adaptieren.**
    Im Sinne eines **„Stufenbaues der Pflege"** sind die Angebote und die Finanzierungsmodelle so zu gestalten, dass ein **entsprechender Anreiz für die Klienten besteht, je nach Bedarfshöhe zuerst alle Möglichkeiten der mobilen und teilstationären und erst danach jene der stationären Pflege in Anspruch zu nehmen.** Die Nachfrage kann auch über die Beiträge der zu Betreuenden gesteuert werden.

Die Zweckzuschüsse gemäß dem Pflegefondsgesetz aus 2011 werden für die Sicherung sowie für den Aus- und Aufbau der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen der Länder gewährt und zwar **vorrangig für Maßnahmen**, **die nicht dem stationären Bereich** zuzurechnen sind.

- Aufgefallen ist, dass die Ausgaben des Landes und der Sozialhilfeverbände im mobilen Betreuungs- und Pflegedienst seit 2010 **keine nennenswerte Steigerung** erfahren haben.

  - Unter dem Gesichtspunkt des Zieles „mobil vor stationär“ wird empfohlen, eine **zweckentsprechende Steuerung** des Einsatzes der Mittel gemäß dem Pflegefondsgesetz im Wege der zuständigen Abteilung sicher zu stellen.

- Im Bundesland Steiermark gibt es **die meisten Pflegeheime Österreichs**. Im Jahr 2013 wurden in 212 Pflegeheimen rund 13.000 Betreuungsplätze angeboten.

- Rund **84 % der Pflegeheime** werden **von privaten Trägern** (gewinnorientiert, gemeinnützig, konfessionell) und **16 % von öffentlichen Trägern** (Gemeinden/SHV, Landespflegezentren) geführt.

- Wie bereits erwähnt wirkte sich die **demografische Entwicklung** auch **auf den Bedarf an Betreuungs- und Pflegeangeboten aus.** Dies hat unter anderem auch die **Höhe der Kosten für die stationäre Pflege beeinflusst.** Andererseits hatte auch **das im Jahr 2006 eingeführte Finanzierungssystem eine Steigerung der Kosten zur Folge.**
  Damit wurde die Möglichkeit geschaffen, unter bestimmten Voraussetzungen (Trägerschaften und Struktur der Heime; z. B. Holding) höhere Jahresergebnisse zu erzielen und Gestaltungsspielräume zu nutzen; dies auch, **weil ein laufendes Controlling gefehlt hat.**

Die Heimbetreiber bekommen gemäß der Verordnung zum Sozialhilfegesetz definierte Leistungen zu festgelegten Tarifen abgegolten, die aus einem Pflegezuschlag, einer Hotelkomponente und allenfalls einem Psychiatriezuschlag bestehen.

- Grundlage für den Tagsatz der Hotelkomponente bildet eine von der A11 im Jahr 2005 erarbeitete Kostenkalkulation. **Dazu wurden für ein Pflegeheim mit einer durchschnittlichen Größe von 70 Betten und einem Auslastungsgrad von 95 %** (das sind 66,5 Betten) **sogenannte Normkosten**, also bestimmte Beträge je Kostenart, **festgelegt**.

- Für diese Modellrechnung wurden **keine aussagekräftigen Erläuterungen über die gewählten Kostenarten sowie über diverse Valorisierungen, Parameter und Rechenvorgänge vorgelegt.**
  Die entstandenen **Ansätze** sind daher **teilweise nicht nachvollziehbar.** Das geltende **Normkostenmodell des Landes ist in mehreren Punkten in Frage zu stellen.**

- Die **Zuordnung der Kosten** auf fixe und variable Komponenten **ist nicht verständlich**. Aufgrund der fehlenden Dokumentation ist die **Wahl einer normierten Auslastung von 95 % nicht nachvollziehbar.**

- Vertraglich **nicht vorbehalten** hat sich das Land die **regelmäßige Vorlage der Jahresabschlüsse**, damit die Argumente der Heimbetreiber in den Tarifverhandlungen anhand realer Zahlen verifiziert werden können. **Auch ein Kontrollvorbehalt für die Prüfung durch den LRH fehlt.**

- Die **vorgenommenen Anpassungen/Valorisierungen sind zu hinterfragen;** so auch die jährlich neu verhandelten Valorisierungen der Gebäudekosten, da den Investoren die Abgeltung der Baukostensteigerungen während der Nutzungsdauer bereits durch die Berechnungsmethode der kalkulatorischen Miete zugestanden wird.
  Die **Abschreibungsdauer** der Gebäude mit 25 Jahren ist **gering**.

- **Allfällige Drittmittel für Grundstücke und Errichtungen** (von öffentlicher oder privater Seite) **werden im Normkostenmodell nicht berücksichtigt.**

- Die Kostenansätze für das Management bieten **Anreize für Betreiber**, Funktionen in den Pflegeheimen in Personalunion zu besetzen.

- Auf **unterschiedliche Heimgrößen** (tatsächliche Bettenanzahl) und auf die **Unternehmensstrukturen** von Trägerschaften (z. B. GmbH, Holding) mit mehreren Pflegeheimen/ Betriebsstätten **wird mit diesem Tarifmodell nicht eingegangen**.

- Betreiber von nur einem Pflegeheim oder mit weniger als 67 Betten haben die Möglichkeiten großer Unternehmensstrukturen nicht, sondern werden **durch dieses Modell eher benachteiligt.**

  - Zur Pauschalierung von Verrechnungssystemen ist allgemein festzuhalten, dass aus Gründen der Verwaltungsökonomie insbesondere **keine strukturellen Ungerechtigkeiten erzeugt werden dürfen.**

  - Aufgrund der für die Verwaltung geltenden Grundsätze der Zweckmäßigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit wird empfohlen, die bisherigen Wirkungen des **Normkostenmodells kritisch zu hinterfragen und ein sachlich gerechtfertigtes, neues Finanzierungssystem auf Basis transparenter und nachvollziehbarer Faktoren sowie realer Zahlen einzuführen.**

  - Die Aufnahme von **Kontrollvorbehalten** und die **verbindliche** Übermittlung der **Jahresabschlüsse** (Berichtspflicht und damit transparente und verwertbare

Daten für die Sozialhilfeträger) werden dringend empfohlen, damit auf demografische und wirtschaftliche Entwicklungen reagiert werden kann.

- Zusammenfassend ist zu den stationären Betreuungs- und Pflegediensten festzuhalten, dass **viele der im Vorbericht des Jahres 2007 aufgezeigten Mängel nicht beseitigt wurden.**

- Anerkennend festzustellen ist jedoch, dass die seinerzeitige Empfehlung der Einbindung des Pflegebereiches in den Gesundheitsbereich, also **die Zusammenfassung der Zuständigkeiten in einer Abteilung, umgesetzt wurde. Die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme** wird aufgrund der Prüfergebnisse **bestätigt.**

- Die Aufgabenübertragung anlässlich der Organisationsänderung mit 1. August 2012 zwischen A11 und A8 war äußerst mangelhaft. Immer wieder wurde von beiden Abteilungen hinsichtlich der an den LRH nicht übermittelten Unterlagen und Auswertungen auf den Wechsel der Zuständigkeiten verwiesen. **Ein für Dritte nachvollziehbares Übergabe-/ Übernahmeprotokoll über den Stand der Aufgabenerfüllung wurde dem LRH nicht vorgelegt.**

- **Die angeforderten Unterlagen** wurden von der **A8 und der A11 großteils sehr verspätet,** erst kurz vor dem Abschluss der Prüfung, **nach mehrmaliger Aufforderung oder nur teilweise zur Verfügung gestellt.** Dies führte zu Verzögerungen und behinderte die Prüftätigkeit des LRH.

- Aufgrund der **unzähligen aufgezeigten Mängel und Versäumnisse** (etwa auch hinsichtlich der gesamthaften Bedarfsplanung, der stationären Pflege, des Betreuten Wohnens, des Datenmanagements) wird eine **sorgfältige Verwaltungsführung der A11 in Frage gestellt.**

- Die A11 hat zudem ihre **fachliche Verantwortung bezüglich der rechtlichen Grundlagen und der Kontrolle nur unzureichend** wahrgenommen:

  - **Qualitätsverluste** für die zu Pflegenden und **finanziell negative Auswirkungen** für die Sozialhilfeträger und die Selbstzahler sind nur durch eine **treffsichere rechtliche Regelung und effiziente Kontrollen vermeidbar.**

- Zum Prüfungszeitpunkt war auch die **Aufbau- und Ablauforganisation** der seit August 2012 **zuständigen A8 noch nicht etabliert.**

  - Zusammenfassend wird ein **umfassender Reorganisationsbedarf** im Pflegewesen festgestellt. Ein **zukunftsorientiertes Pflegefinanzierungsmodell,** das sachlich gerechtfertigt ist, der realen Situation entspricht und

durch ein Controlling orientiertes Datenmanagement unterstützt wird, ist anzustreben.

- Ein **landesweit einheitlicher Vollzug im Pflegewesen** ist dringend umzusetzen.

Kapitel 10: Bedarf und Ausbildung des Pflegepersonals

- Zu kritisieren ist, dass **im letztvorliegenden StBEP aus dem Jahr 2011 das künftig erforderliche Personal (Soll)** für den Pflege- und Gesundheitsbereich **nicht enthalten ist.**

- Es gibt **keine gesamthafte Sicht über den Bedarf und die Ausbildung** des im Gesundheits- und Pflegebereich tätigen **Personals** über alle Versorgungsformen (öffentliche und private Pflegeheime/Plätze, Betreutes Wohnen, mobile Dienste, 24-Stunden Betreuung, Tageszentren, Kurzzeitpflege, psychiatrische Familienpflegeplätze, Beratungsdienste etc.).

- Die **Zuständigkeiten** für Gesundheits-, Krankenpflege- und Sozialbetreuungsberufe liegen seit der Organisationsänderung **in einer Abteilung**. Seither werden auch die **Ausbildungseinrichtungen gemäß GuKG von der A8 genehmigt**. Eine Bedarfsprüfung im Rahmen dieser Genehmigung ist **gesetzlich nicht vorgesehen**.

- Von der A8 wurde der **Bedarf** für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe **nach dem GuKG zuletzt im Jahr 2006** erarbeitet. Seither erfolgt eine Beobachtung des Arbeitsmarktes und beispielsweise mit der KAGes wird der Bedarf jährlich abgestimmt.

- Seit der **Zuständigkeit der A8** für Sozialbetreuungsberufe ab August 2012 werden hier **sämtliche Verfahren** einschließlich behördlicher Überprüfungen von Ausbildungsträgern, aber auch berufsrechtliche Anfragen durchgeführt.

- Von der A8 wurden nunmehr die Anforderungen für einen externen Gutachter betreffend die Bedarfsplanung für die Pflegeversorgung definiert, um **künftig die Bedarfserhebung und die Durchführung der Ausbildungen für das Pflegepersonal zentral und nach einheitlichen Richtlinien vorzunehmen.**

Graz, am 5. Juni 2014

Die Landesrechnungshofdirektorin:

Dr. Margit KRAKER