

**Dr. Wolfgang Mückstein**  
Bundesminister

Herrn  
Mag. Wolfgang Sobotka  
Präsident des Nationalrates  
Parlament  
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.834.971

Wien, 20.1.2022

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 8778/J des Abgeordneten Mag. Ragger und weiterer Abgeordneter betreffend Status Quo Pflegereform** wie folgt:

**Fragen 1 bis 4:**

- *Welche konkreten Schritte haben Sie seit Ihrem Amtsantritt unternommen, um die von Ihnen versprochene Pflegereform anzugehen und umzusetzen?*
- *Welches Gesamtkonzept für die Pflege haben Sie bisher erarbeitet?*
- *Wo ist dieses online abrufbar?*
- *Welche genauen Punkte beinhaltet Ihr Pflegekonzept?*

Im Regierungsprogramm 2020-2024 erfolgte unter anderem eine Übereinkunft dahingehend, in Abstimmung mit den zuständigen Bundesländern eine grundlegende Reform der Pflege sicherzustellen. Dabei soll der Fokus auf die bestmögliche Unterstützung von betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen sowie ihren An- und Zugehörigen und Pflegenden gelegt werden.

Die im Jahr 2020 implementierte Taskforce Pflege, deren Absicht es war, einen konkreten strategischen Plan auszuarbeiten (mit operativen Zielen für jene Themenfelder, die für Betroffene und deren Angehörige, Pflegepersonen und Expertinnen/Experten und die Öffentlichkeit von prioritärer Relevanz sind), hat einen Ergebnisbericht vorgelegt und damit den Grundstein für die Weiterentwicklung und Optimierung der Pflege in Österreich gesetzt. Ziel der Weiterentwicklung und Optimierung der österreichischen Pflegevorsorge ist unter anderem eine einheitliche Steuerung der Angebots- und Bedarfsplanung sowie die Evaluierung von Best-Practice-Beispielen zur Ergebnisqualitätssicherung in den Bereichen häuslicher und stationärer Pflege und alternativer Wohnformen. Damit soll qualitätsvolle Pflege in Österreich auch in Zukunft gesichert werden.

Das Ergebnis des partizipativen Vorgehens im Rahmen der Taskforce Pflege war die Definition fünf prioritärer Themenfelder, zu denen insgesamt 17 Ziele und 63 entsprechende Maßnahmenpakete formuliert wurden. Die Inhalte des von der Gesundheit Österreich GmbH erstellten Ergebnisberichtes (<https://goeg.at/taskforce-pflege>) bilden den Rahmen für die Weiterentwicklung und Zukunftssicherung des bestehenden Systems.

Auf Grundlage meiner geführten Gespräche, des Berichtes der Taskforce Pflege, des Rechnungshofberichtes zum Thema Pflege sowie des Regierungsprogramms werden nun in meinem Haus weitere Schritte gesetzt. Größere Reformvorhaben können nur mit allen Beteiligten gemeinsam angegangen werden, darum gibt es derzeit bereits erste Gespräche zu einer Zielsteuerung Pflege, unter Beteiligung von Bund, Ländern, Städten und Gemeinden. Aufbauend auf den Ergebnissen der Taskforce Pflege haben auch die Länder bereits begonnen, ihre Vorstellungen gemeinsam zu konkretisieren.

Notwendige Maßnahmen betreffen unterschiedliche Zuständigkeiten - z.B. die Länder und verschiedene Ministerien. Derzeit laufen intensive Gespräche dazu in der Bundesregierung. So hat die Bundesregierung im Ministerrat vom 28. Juli 2021 das Thema „Pflege“ als eines der prioritären Vorhaben beschlossen.

Im aktuellen Regierungsprogramm wird ein besonderer Fokus auf die bestmögliche Unterstützung von betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen, ihren An- und Zugehörigen sowie Pflegenden gelegt. Dazu zählt auch die Möglichkeit, durch präventive Maßnahmen persönliche, gesundheitliche oder gar finanzielle Folgen für die Betroffenen abzufedern. In Umsetzung des Regierungsprogrammes wurde daher in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Oberösterreich, Campus Hagenberg, die App Young Carers Austria entwickelt, die gebündelte Informationen und hilfreiche Links, Kontaktadressen und mehr für die herausfordernde Lebenssituation von pflegenden Kindern bietet. Aber auch Eltern,

Lehrkräfte und sonstige interessierte Personen erhalten einen Überblick über bestehende Hilfsangebote. Diese App steht seit 19. November 2021 sowohl für Android- als auch Applegeräte zur Verfügung steht. Nähere Informationen finden sich auch unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Betreuende-und-Pflegende-Angehoeerige/Young-Carers.html>.

Im aktuellen Regierungsprogramm 2020-2024 „Aus Verantwortung für Österreich.“ wird zudem die Palliativ- und Hospizpflege als besondere Form der Pflege bezeichnet, die versucht, Menschen mit unheilbaren Krankheiten ein Lebensende in Würde zu ermöglichen.

Die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie Erwachsenen umfasst die aktive Betreuung der körperlichen, psychisch-emotionalen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an und gewinnt aufgrund der zunehmenden Anzahl chronisch kranker und multimorbider Menschen jeden Alters wesentlich an Bedeutung.

Da es in dieser schwierigen Zeit unkomplizierte und vor allem eine sichere Stütze für unheilbar erkrankte Menschen und ihre An- und Zugehörigen braucht, ist vorgesehen, die Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung auf sichere Beine zu stellen.

Zu diesem Zweck soll beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ein Hospiz- und Palliativfonds eingerichtet werden, der vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen verwaltet werden soll.

Ziel ist es, die modular abgestuften Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in den nächsten Jahren in einem Umfang auszubauen, der es den in Österreich lebenden Menschen und deren An- und Zugehörigen ermöglicht, das jeweilige Angebot, dessen sie bedürfen, in Anspruch nehmen zu können.

Ein entsprechender Entwurf eines Hospiz- und Palliativfondsgesetzes, mit welchem den Ländern Zweckzuschüsse zur Verfügung gestellt werden sollen, wurde der parlamentarischen Behandlung zugeführt.

**Frage 5:**

- *Wie viele neue Mitarbeiter in der Pflege sind nach Ihren Rechnungen bis 2030 nötig?*

Die „Pflegepersonal – Bedarfsprognose für Österreich“, durchgeführt von der Gesundheit Österreich GmbH aus dem Jahr 2019, liefert eine gesamthafte Darstellung der personellen Ist-Situation. Auf Basis vorhandener Daten und Angaben der Bundesländer wurde eine Prognose mit einer Modellrechnung für den gesamten Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Sozialbetreuungsberufe mit Pflegekompetenz und der Heimhilfe im Bereich der Langzeitbetreuung und Langzeitpflege für das Jahr 2030 erstellt.

Die Prognose für das Jahr 2030 ergibt einen Mehrbedarf an ausgebildetem Personal im gesamten Bereich der Pflege- und Sozialbetreuung:

- Der zukünftige Bedarf für das Jahr 2030 ergibt sich aus dem Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen und dem Zusatzbedarf aufgrund der demografischen Entwicklung. Die Gesamtsumme aus Zusatzbedarf und Ersatzbedarf liegt somit bei rund 76.000 zusätzlich benötigten Personen in der Pflege im Zeitraum von 2017 bis 2030.
- Für Pflegefachkräfte (DGKP, PFA und PA) entspricht dies einem jährlichen Bedarf von 3.900 bis 6.700 zusätzlichen Personen (in Abhängigkeit von der demografischen Entwicklung).

**Fragen 6, 7, 9 und 10:**

- *Welche Maßnahmen wollen Sie setzen, um bis 2030 die im Artikel und anderen Stellen angegebenen 76.000 bis 100.000 nötigen neuen Pflegemitarbeiter zu akquirieren?*
- *Mit welchen Anreizen wollen Sie den Pflegeberuf attraktiveren?*
- *Welche Maßnahmen hinsichtlich besser Bezahlung im Pflegeberuf wollen Sie setzen?*
- *Welche Maßnahmen hinsichtlich einer attraktiveren Pflegeausbildung bzw. -schule wollen Sie setzen?*

Im Rahmen der bereits stattgefundenen Schritte der Reform zur Weiterentwicklung zur Pflegevorsorge wurde das Thema Pflegepersonal als prioritär benannt.

Im Zuge der Umsetzung des aktuellen Regierungsprogrammes wurde mit der Einrichtung der Taskforce Pflege ein Strategieprozess mit dem Ziel, das System der Langzeitbetreuung und Langzeitpflege weiterzuentwickeln, gestartet. Der inzwischen vorliegende, von der Gesundheit Österreich GmbH erstellte Ergebnisbericht definiert Themenfelder und entsprechende Ziele und Maßnahmenpakete, die partizipativ erarbeitet wurden und für die wesentlichen Stakeholder von prioritärer Relevanz sind. Insgesamt enthält der Endbericht 5 Themenfelder, 17 Ziele und 63 Maßnahmenpakete.

Die Ziele und Maßnahmen, die das Pflegepersonal betreffen, lauten wie folgt:

**Ziel 7: Attraktivieren der Berufsbilder mit Fokus auf die professionellen Pflege- und Betreuungsberufe**

Maßnahmenpakete:

- Pflege- und Betreuungsberufe bekannt machen, ihr Image verbessern und ihre Attraktivität steigern.
- Konsequentes Umsetzen (z.B. Weiterverordnung § 15a GuKG) und Weiterentwickeln von Aufgaben der Pflege- und Betreuungsberufe zu einer verbesserten Versorgung der Bevölkerung in allen Settings.
- Durch Kompetenz- und Karriereentwicklung lebensphasengerechtes Arbeiten ermöglichen und Berufsverweildauer erhöhen.

**Ziel 8: Unterschiedliche Zielgruppen für Ausbildungen für Pflege- und Betreuungsberufe motivieren und auf die berufliche Tätigkeit vorbereiten**

Maßnahmenpakete:

- Arbeitsmarktpolitische, strukturelle und finanzielle Anreize werden gesetzt, um Berufsein-, Um- und Wiedereinsteiger:innen verschiedener Zielgruppen für die Ausbildungen zu gewinnen.
- Ausländischem Personal den Berufseinstieg erleichtern (Erstausbildung, Nostrifikation, Anerkennung).
- Die praktische Ausbildung wird professionalisiert, damit die Auszubildenden befähigt werden, ihre beruflichen Aufgaben wahrzunehmen.
- Interprofessionalität in der Ausbildung zwischen verschiedenen Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufen wird gefördert.

- Aus-, Fort- und Weiterbildungen werden flexibel und modular gestaltet, auf Anrechenbarkeit und Durchlässigkeit wird geachtet.

### **Ziel 9: Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Ausübung der Berufe**

#### **Maßnahmenpakete:**

- Maßnahmen zur finanziellen und fachlichen Attraktivierung (Anerkennung) der Pflege- und Betreuungsberufe werden getroffen.
- Die Arbeitsbedingungen sind so zu gestalten, dass Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zufriedenstellend organisiert werden kann.
- Erarbeiten einheitlicher Rahmenvorgaben für Personalbedarfsberechnungen mit dem Ziel einer qualitätsvolleren Pflege und Betreuung sowie Entlastung der Pflege- und Betreuungskräfte.
- Festlegen eines Leistungskataloges für die freiberufliche/niedergelassene Pflege zur Abrechnung mit den Krankenversicherungsträgern (inkl. vertraglicher Regelung).

In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieser Endbericht einem Expertenpapier mit Empfehlungscharakter entspricht. Die angeführten Ziele und Maßnahmenpakete stellen Handlungsempfehlungen dar, die einen Orientierungsrahmen für die Weiterentwicklung und Zukunftssicherung des Betreuungs- und Pflegesystems in Österreich bilden. Angesichts der geteilten Kompetenzlage im Pflegebereich kann den Herausforderungen nur durch ein Zusammenwirken aller Akteurinnen und Akteure begegnet werden. Wesentlich ist dabei eine enge Zusammenarbeit auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene.

#### **Frage 8:**

- *Welche Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs haben Sie bisher gesetzt?*

Die Umsetzung von Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs liegt aufgrund der innerstaatlichen Kompetenzverteilung in der Verantwortung zahlreicher Akteure. Abhängig von den jeweiligen Zuständigkeiten können einzelne Maßnahmen durch den Bund umgesetzt werden, wiederum andere sind in Kooperation verschiedener Akteure zu bearbeiten.

Bereits stattgefundene Maßnahmen:

- Die Erarbeitung und Publikation des Endberichts der Taskforce Pflege war ein wichtiger Schritt, da er die aktuellen Problemlagen und entsprechende Handlungsempfehlungen deutlich darstellt.
- Weiters wurden 2020 Schulversuche in berufsbildenden mittleren und höheren Schulen für Sozialbetreuung und Pflege gestartet (auf die Zuständigkeit des BMBWF wird hingewiesen).
- 2020 wurden TV-Spots erstellt und im ORF ausgestrahlt. In den kurzen Videos erzählen Menschen, die in Gesundheits- und Krankenpflege oder in Sozialbetreuungsberufen arbeiten, über ihren Arbeitsalltag. Dies stellt einen Schritt zur Attraktivierung der Berufe und zur Verbesserung des Images dar.
- Erste arbeitspolitische Maßnahmen wurden bereits durch die Etablierung einer Corona-Arbeitsstiftung gesetzt, hier sollen vermehrt Menschen für Sozialbetreuungs- und Pflegeberufe auf dem zweiten oder dritten Bildungsweg gewonnen werden (auf die Zuständigkeit des BMA wird hingewiesen).

**Fragen 11 bis 15:**

- *Ist es von Seiten Ihres Ministeriums vorgesehen, Schüler in der Pflegeausbildung bzw. -schule finanziell zu unterstützen?*
- *Wenn ja, inwiefern?*
- *Ist es von Seiten Ihres Ministeriums vorgesehen, Schüler in der Pflegeausbildung bzw. -schule ein Gehalt zu zahlen?*
- *Wenn nein, mit welcher Begründung nicht?*
- *Wenn ja, wie hoch soll dieses Gehalt sein?*

Im Zuge der Pflegereform und in Umsetzung des Regierungsprogramms ist die Attraktivierung des Pflegeberufs ein zentrales Anliegen des Ressorts.

Eine Ausbildung im Bereich der Pflege- und Gesundheitsberufe zu absolvieren soll nicht an finanziellen Hürden scheitern.

Aus diesem Grund wurde im Budget ab 2022 auch ein Betrag in Höhe von 50 Mio. Euro jährlich zur Verbesserung der Ausbildung und des Zugangs zu dieser vorgesehen.

Zur konkreten Umsetzung dieses Vorhabens finden aktuell Gespräche seitens des BMSGPK mit anderen Ressorts, den Ländern und den Interessenvertretungen, wie der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt und der Motivallianz Pflege, statt, in denen die finanzielle Unterstützung von Auszubildenden in der Pflege im Mittelpunkt steht.

Ein entsprechender Gesetzesvorschlag dazu wird aktuell erarbeitet.

**Fragen 16 bis 18:**

- *Ist es von Seiten Ihres Ministeriums vorgesehen, Praktika finanziell abzugelten?*
- *Wenn nein, mit welcher Begründung nicht?*
- *Wenn ja, in welcher Höhe?*

Für die Jahre 2022-2024 sind zusätzlich 50 Mio. Euro jährlich für die Ausbildung von Pflegekräften vorgesehen. Dadurch sollen die Länder beim bedarfsgerechten Angebot von Ausbildungsplätzen im Langzeitpflege- und Sozialbetreuungsbereich unterstützt werden.

Derzeit finden sowohl auf Bundesebene als auch mit den Ländern Gespräche über die Umsetzungsmöglichkeiten von Maßnahmen zur Attraktivierung von Ausbildung im Pflegebereich statt.

**Fragen 19 bis 21:**

- *Ist es von Seiten Ihres Ministeriums vorgesehen, den Pflegeberuf über eine Lehrausbildung zu erlernen?*
- *Wenn nein, warum nicht?*
- *Wenn ja, ziehen Sie das Schweizer Modell in Betracht?*

Die Schaffung eines Lehrberufs im Bereich der Pflege ist bereits seit längerer Zeit in Diskussion. Eine Übernahme des Schweizer Modells „Fachangestellte Gesundheit“ ist nicht angedacht, da es sich dabei um keinen Pflegeberuf handelt und eine dem österreichischen Gesundheits- und Pflegebereich angepasste Lehrlingsausbildung der Vorzug zu geben ist. Ich vertrete in diesem Zusammenhang die Auffassung, dass der bestehende Ausbildungsbereich Pflege insgesamt Maßnahmen zur Attraktivierung bedarf, insbesondere auch finanzielle Anreize. Jede Person in Österreich, die den Pflegeberuf ergreifen möchte, soll das auch tun können.



**Fragen 22 und 23:**

- *Welches Konzept liegt Ihnen hinsichtlich einer fairen und transparenten Pflegegeldeinstufung vor?*
- *Welche Maßnahmen haben Sie bisher hinsichtlich einer fairen und transparenten Pflegegeldeinstufung ergriffen?*

Qualitätsvolle Pflege ermöglicht ein Leben in Würde. Daher soll jeder Mensch, der sie benötigt, die bestmögliche Pflege erhalten. Eine Pflegegeldeinstufung, die sämtliche Bedarfe abdeckt und sich an den Lebensrealitäten orientiert, ist eine zentrale Voraussetzung. Auch wenn sich das Pflegegeldsystem und deren Einstufungsprozess seit der Einführung sehr bewährt hat, ist es notwendig im Interesse der Betroffenen stets punktuelle Verbesserungen vorzunehmen. Aus diesem Grund findet sich im aktuellen Regierungsprogramm dazu Folgendes:

Weiterentwicklung des Pflegegeldes

- Neubewertung der Einstufung nach betreuendem, pflegerischem und medizinischem Bedarf unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung.
- Verbesserung der Demenzbewertung.
- Entwicklung eines Pflegegeldsystems, in dem alle Bedarfe berücksichtigt sind.
- Weiterentwicklung des Pflegegeld-Einstufungsprozesses (Mehr-Augen-Prinzip).

Auch im Rahmen der Taskforce wurde das Thema der Begutachtungen thematisiert. Im Ergebnisbericht finden sich unter anderem folgende Maßnahmen:

- *M. 6 Das Pflegegeld-System wird weiterentwickelt und an Veränderungen angepasst, auch für Menschen mit Behinderungen.*
- *M. 7 Rund um das Pflegegeld werden Hürden für die Bevölkerung reduziert und Prozesse verbessert.*

Um die hohe Qualität der Pflegegeldeinstufungen aufrechtzuerhalten, finden bei den Entscheidungsträgern regelmäßige Revisionen statt. Sollte sich in Einzelfällen eine fehlerhafte Einstufung ergeben, gibt es die Möglichkeit gegen den Pflegegeldbescheid innerhalb von 3 Monaten Klage beim Arbeits- und Sozialgericht einzubringen, wobei grundsätzlich keinerlei Kosten für die Betroffenen entstehen.

Nichtsdestotrotz ist es notwendig, auf die zukünftigen Herausforderungen, wie z.B. Demenz, die richtigen Antworten zu finden. Dazu finden derzeit auf unterschiedlichsten Ebenen Abstimmungsgespräche mit allen wesentlichen Stakeholdern statt.

**Fragen 24, 25 und 29:**

- *Welchen Stellenwert messen Sie dem Ausbau der mobilen Pflege bei?*
- *Welches Konzept zur Stärkung der mobilen Pflege liegt Ihnen vor?*
- *Welche Maßnahmen zur Stärkung der mobilen Pflege haben Sie bisher ergriffen?*

Ich bekenne mich zum Ausbau der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste, wie es auch im aktuellen Regierungsprogramm 2020-2024 „Aus Verantwortung für Österreich.“ abzulesen ist. Menschen sollen dort gepflegt und betreut werden, wo die Bedürfnisse am besten erfüllt werden. Der Wunsch der überwiegenden Anzahl der Bevölkerung in Österreich ist es, nach Möglichkeit in den eigenen vier Wänden gepflegt und betreut zu werden. Mit der angestrebten Erhöhung des Ausbaugrades der mobilen Dienste insbesondere im Hinblick auf niederschwellige und leistbare Unterstützungsangebote, kurzfristige Angebote für Not- und Krisenfälle, mehrstündige Angebote und Angebote zu Tagesrandzeiten, weniger fragmentierte Angebote wird diesem Wunsch entsprochen. Hier sei auf im Ergebnisbericht der Taskforce Pflege dargestellten Ziele und Maßnahmenpakete hingewiesen, die den Rahmen für die Weiterentwicklung und Zukunftssicherung des bestehenden Systems bilden.

Allerdings sei es mir gestattet darauf hinzuweisen, dass Pflegesachleistungen wie Angebote der häuslichen Pflege, die durch mobile Betreuungs- und Pflegedienste erbracht werden, gemäß Bundes-Verfassungsgesetz in die Zuständigkeit der Länder fallen.

Trotzdem unterstützt der Bund die Länder und Gemeinden mit der Gewährung der Zweckzuschüsse aus dem Pflegefonds im Bereich der Langzeitpflege bei der Sicherung sowie beim Aus- und Aufbau der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen, unter anderem auch bei Angeboten an mobilen Betreuungs- und Pflegediensten.

Die Mittel des Pflegefonds werden durch einen Vorwegabzug vor der Verteilung der gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß dem Finanzausgleichsgesetz 2017 (FAG 2017), BGBl. I Nr. 22/2017, aufgebracht. Die Dotierung des Pflegefonds beträgt für die Jahre 2011 bis 2021 insgesamt 3.249 Millionen Euro. Aufgrund der anstehenden Verlängerung der laufenden Finanzausgleichsperiode um die Jahre 2022 und 2023 sollen weitere 891,6 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden.

Die gewährten Zweckzuschüsse sind vorrangig für Maßnahmen zu verwenden, die nicht dem stationären Bereich zuzurechnen sind. Angesichts der eingangs dargelegten verfassungsmäßigen Rechtslage obliegt die Entscheidung, für welche im Pflegefondsgesetz angeführten Angebote die Zweckzuschüsse letztendlich eingesetzt werden, jedoch den Ländern. Mir als für die Pflege zuständiger Bundesminister kommt hier keine Einflussnahmemöglichkeit zu.

**Frage 26:**

- *Welche Konzepte aus ausländischen Pflegemodellen wollen Sie in Ihre Pflegereform hinsichtlich der mobilen Pflege einfließen lassen?*

Die Weiterentwicklung von unterschiedlichen Pflegeangeboten in Österreich, auch der mobilen Pflege, ist der wesentliche Inhalt der im Regierungsprogramm vorgesehenen Zielsteuerung Pflege.

**Fragen 27 und 28:**

- *Wie bewerten Sie das niederländische Buurtzorg Modell?*
- *Wollen Sie dieses Modell in Ihre Pflegereform einfließen lassen?*

Ziel der Weiterentwicklung und Optimierung der österreichischen Pflegevorsorge ist unter anderem eine einheitliche Steuerung der Angebots- und Bedarfsplanung sowie die Evaluierung von Best-Practice-Beispielen zur Ergebnisqualitätssicherung in den Bereichen häuslicher und stationärer Pflege und alternativer Wohnformen. In diesem Zusammenhang soll dem Regierungsprogramm entsprechend auch eine Bund-Länder-Zielsteuerungskommission ihre Arbeiten aufnehmen.

Dabei sollen auch Modelle anderer Länder geprüft werden, um das bestmögliche Ergebnis für die Betroffenen zu erreichen, wobei allerdings mitbeachtet werden sollte, dass Modelle auch historisch gewachsen sind und sich in den wenigsten Fällen eins zu eins übertragen lassen.

**Frage 30:**

- *Welches Konzept legen Sie hinsichtlich der Etablierung von Community Nurses in der Gesundheitsprävention und Pflege vor?*

Durch das im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans (kurz RRF) geförderte Projekt „Community Nursing“ wird ein wesentlicher Beitrag zur wohnortnahen, niederschwelligen und bedarfsorientierten Versorgung in Österreich geleistet. Entsprechend des Regierungsprogrammes 2020-2024 soll Community Nursing dazu beitragen, dass ältere Menschen möglichst lange im eigenen Zuhause verbleiben können. Weitere zentrale Zielsetzungen sind unter anderem die Förderung der Lebensqualität sowie der Gesundheitskompetenz, um Pflegebedürftigkeit präventiv zu begegnen.

Community Nurses treten als zentrale Ansprechpersonen auf, die diverse Leistungen koordinieren und eine wichtige Rolle im Präventionsbereich einnehmen. Das Tätigkeitsspektrum der Community Nurses ist breit gefächert. Ihre Aufgaben lassen sich dabei grob in die vier Bereiche „Monitoring und Erhebung“, „Information, Beratung und Edukation“, „Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung“, sowie „Fürsprache und Interessensvertretung“ unterteilen. Die Tätigkeiten können sowohl niedergelassen als auch aufsuchend erfolgen. Durch die gemeindenahen Ansiedelung der Community Nurses können die verschiedenen Leistungen äußerst niederschwellig angeboten und in der Folge auch Bevölkerungsgruppen erreicht werden, die durch andere Angebote nicht lückenlos abgedeckt werden.

In der ersten Ausbaustufe werden 150 diplomierte Gesundheits- und Pflegepersonen (Vollzeitäquivalente) als Community Nurses im bestehenden berufsrechtlichen Rahmen durch Pilotprojekte bundesweit etabliert. Dieser Prozess wird kontinuierlich durch die Gesundheit Österreich GmbH begleitet und evaluiert. Darauffolgend ist angedacht, die Ergebnisse der Evaluierung umzusetzen mit dem Ziel, das Berufsbild und das Aufgabengebiet weiterzuentwickeln.

Weitere Informationen zu Community Nursing sind unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Community-Nursing.html> sowie [https://goeg.at/Foerdercall Community Nursing](https://goeg.at/Foerdercall_Community_Nursing) abrufbar.

**Frage 31:**

- *Über welche Ausbildungen sollen Community Nurses ausgebildet werden?*

Grundsätzlich verfügt jede und jeder diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und -Krankenpfleger über die erforderlichen Kompetenzen als Community Nurse. Vertiefende Kenntnisse können dazu im Rahmen von Weiterbildungen oder Fortbildungen erworben werden.

Die Voraussetzungen für die Ausübung der Rolle der Community Nurses sind die Berufsberechtigung zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in einem fach einschlägigen Bereich sowie der Nachweis der Eintragung im Gesundheitsberuferegister.

Im Zuge der Umsetzung des Community Nursing stellt die Gesundheit Österreich GmbH den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in den Pilotprojekten ein Schulungs- und Weiterbildungsprogramm zur Verfügung. Die Teilnahme daran ist verpflichtend. Diese begleitende Maßnahme dient der Qualitätsentwicklung und der Professionalisierung.

**Frage 32:**

- *Welches Anstellungsverhältnis sollen Community Nurses haben?*

Entsprechend der „Sonderrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan – Maßnahme Community Nursing“ steht den Fördernehmerinnen und Fördernehmern die Art der Beschäftigung der Community Nurse(s) frei. Das bedeutet, dass die Gemeinden, Städte oder Sozialhilfeverbände für die Aufgabe des Community Nursing zum Beispiel eine oder mehrere diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) anstellen oder mit Trägerorganisationen oder freiberuflich tätige DGKP kooperieren können.

**Frage 33:**

- *Welche Maßnahmen haben Sie in diesem Zusammenhang schon ergriffen?*

Das Projekt Community Nursing wird im Rahmen des europäischen Aufbau- und Resilienzfonds umgesetzt. Neben der Entwicklung des Konzepts zu Community Nursing und der Schaffung der Gesetzesgrundlage, § 33c des BPGG, wurden die „Sonderrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan – Maßnahme Community Nursing“ sowie in Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich GmbH weitere wesentliche Dokumente des Projekts erarbeitet und abgestimmt. Auf die Kick-Off-Veranstaltung am 13. September 2021 folgend wurden Gemeinden, Städte und Sozialhilfeverbände im Zuge des Fördercalls eingeladen, sich mit ihren Projektvorstellungen für eine Förderung zu bewerben. Der Fördercall lief bis 2. Dezember 2021, somit werden derzeit die eingelangten Anträge von der Gesundheit Österreich GmbH geprüft. Darüber hinaus geschehen auf Seite der Gesundheit Österreich GmbH umfassende Vorbereitungen zur Begleitung der Pilotprojekte.

**Fragen 34 und 35:**

- *Welche Konzepte liegen Ihnen hinsichtlich der Etablierung von weiteren Assistenzberufen im Kontext Pflege vor?*
- *Zu welchen dieser Konzepte haben Sie bereits Maßnahmen ergriffen?*

Die Reform der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe aus dem Jahre 2016 hatte die Dreistufigkeit der Pflegeberufe (PA/PFA/DGKP) zur Folge. Eine weitere Differenzierung sowie die Schaffung eines weiteren Assistenzberufs für den Bereich Pflege ist aus meiner Sicht nicht zielführend.

**Fragen 36 bis 38:**

- *Liegt Ihnen ein Konzept zur Etablierung des Burgenländischen Modells hinsichtlich der Anstellung von pflegenden Angehörigen vor?*
- *Wenn ja, welches?*
- *Wenn ja, wie wollen Sie dieses Konzept umsetzen?*

Eingangs möchte ich darauf hinweisen, dass neben dem Pflegegeld auch die Möglichkeit der sozialversicherungsrechtlichen Absicherung für pflegende Angehörige auf Bundesebene bereits lange existieren. Gemäß § 1 BPGG hat das Pflegegeld den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen. Es kann daher das Pflegegeld auch an die pflegenden Angehörigen für deren Aufwand weitergegeben werden. Daneben besteht auch die Möglichkeit der kostenlosen Selbst- und Weiterversicherung in der PV für pflegende Angehörige. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit der Selbstversicherung in der PV für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes und der beitragsfreien Mitversicherung in der KV.

Selbstverständlich schauen wir uns auch andere Modelle sehr genau an und versuchen im Interesse der Betroffenen die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Am burgenländischen Modell ist auffällig, dass seitens des Landes nur ein Teil des Gehalts finanziert wird. Die Anstellung von der pflegebedürftigen Person wird auch über die eigene Pension und das Pflegegeld der pflegebedürftigen Person mitfinanziert. Nichtsdestotrotz werde ich die Evaluierung, welche für 2022 vorgesehen ist, abwarten, um mir ein abschließendes Urteil zu bilden.

**Fragen 39 und 40:**

- *Liegen Ihnen Zahlen hinsichtlich der Kosten der Pflege in den Jahren bis 2030 vor?*
- *Wenn ja, wie hoch werden diese Kosten in den einzelnen Jahren und Bundesländern sein?*

Das Regierungsprogramm 2020-2024 sieht zur Finanzierung der Pflegevorsorge neben dessen nachhaltiger Sicherstellung eine Bündelung und den Ausbau der bestehenden Finanzierungsströme aus dem Bundesbudget unter Berücksichtigung der demografischen und qualitativen Entwicklungen vor. Diese Zielsetzungen wurden im Rahmen des Strategieprozesses „Taskforce Pflege“ konkretisiert, wobei die Erarbeitung unter Einbindung wesentlicher Stakeholder erfolgte. Im Ergebnisbericht dieser Taskforce wird daher die Analyse der jetzigen Finanzierungsströme, insbesondere deren Wechselwirkungen und Auswirkungen auf die Nutzerinnen und Nutzer, als erste Maßnahme erkannt, um in Folge die Finanzmittel entsprechend bündeln zu können.

Das Thema der Finanzierung wird auch im Rahmen der Zielsteuerung weiterbearbeitet, da eine solche nur in Abstimmung mit allen Beteiligten erreicht werden kann.

**Fragen 41 bis 46:**

- *Welches Konzept liegt Ihnen hinsichtlich der Verbesserung der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich vor, um hier die Pflege vor Ort zu unterstützen?*
- *Welche Maßnahmen wollen Sie ergreifen, um die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich zu verbessern?*
- *Welche Maßnahmen haben Sie bisher ergriffen, um die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich zu verbessern?*
- *Welches Konzept liegt Ihnen hinsichtlich der Verbesserung der Versorgung durch Kassenärzte im niedergelassenen Bereich vor?*
- *Welche Maßnahmen wollen Sie ergreifen, um die Versorgung durch Kassenärzte im niedergelassenen Bereich zu verbessern?*
- *Welche Maßnahmen haben Sie bisher ergriffen, um die Versorgung durch Kassenärzte im niedergelassenen Bereich zu verbessern?*

Vorab ist festzuhalten, dass die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich grundsätzlich vom allgemeinen Begriff der Pflege zu trennen ist. Auch muss in diesem Zusammenhang auf die prinzipielle Unterscheidung zwischen allgemeiner Pflege (im Sinne

einer Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung) und medizinischer Pflege (Anstaltspflege und medizinische Hauskrankenpflege) hingewiesen werden. Zur Grundpflege zählen beispielsweise die Haut-, Haar- und Zahnpflege, aber auch die Hilfestellung bei der Befriedigung täglicher Bedürfnisse. Unter hauswirtschaftlicher Versorgung ist unter anderem das Putzen, Bettenmachen, Umbetten und Essenkochen zu verstehen. Während die Anstaltspflege in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten erfolgt, wird die medizinische Hauskrankenpflege durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege außerhalb einer Krankenanstalt erbracht. Die Tätigkeit der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst medizinische Leistungen sowie qualifizierte Pflegeleistungen und erfolgt nur auf ärztliche Anordnung. Die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich ist daher nicht dazu geeignet, die Pflege vor Ort – weder die allgemeine Pflege, noch die medizinische Krankenpflege – zu unterstützen, wenngleich sie für die medizinische Hauskrankenpflege doch eine Rolle spielt.

Inhaltlich kann aus Sicht der Sozialversicherung lediglich festgehalten werden, dass es hinsichtlich des niedergelassenen Bereichs in der Ingerenz der Krankenversicherungsträger liegt, im Rahmen der ihnen vom Gesetzgeber insbesondere hinsichtlich des Vertragsrechtes eingeräumten Selbstverwaltung Maßnahmen zu setzen und Anreize zu schaffen, um das Interesse der Ärztinnen und Ärzte zu wecken, in diesem Bereich und in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger tätig zu sein.

Da die Krankenversicherungsträger weder auf die Verteilung noch auf die Anzahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte Einfluss haben, beziehen sich die nachstehenden Ausführungen hinsichtlich der *„ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich“* (Fragen 41 bis 43) und der *„Versorgung durch Kassenärzte im niedergelassenen Bereich“* (Fragen 44 bis 46) gleichermaßen ausschließlich auf den Vertragsärztinnen- und -ärztebereich.

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hat für die Krankenversicherungsträger oberste Priorität. In diesem Sinn haben die Träger – federführend durch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) – in den vergangenen Jahren in vielfältiger Weise Anstrengungen unternommen, um den Arztberuf (insbesondere auch am Land) zeitgemäß und attraktiv zu halten, um im Endeffekt möglichst alle offenen Kassenstellen neu zu besetzen und dem Trend zu Wahlärztinnen und Wahlärzten effektiv entgegenzuwirken.

Insbesondere wurde ein Maßnahmenkatalog zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin vereinbart. Der Katalog enthält insgesamt 45 Maßnahmen, die in vier Abschnitte im



Karrierpfad (universitäre Ausbildung, postpromotionelle Ausbildung, Berufsausübung und übergreifend Image/Prestige sowie Berufsbild) kategorisiert sind. Bund, Länder und Sozialversicherung setzen im Rahmen ihrer Kompetenzbereiche entsprechende Schritte. Die Maßnahmen werden gemeinsam mit verschiedenen Stakeholdern und Kooperationspartner:innen, wie z.B. der Ärztekammer, den Krankenanstaltsträgern, den Universitäten und den Gemeinden, konkretisiert und umgesetzt. Über den Stand und den Fortgang der Umsetzungsarbeiten wird regelmäßig berichtet.

Beispielhaft sind hier zu nennen:

- Es wurden flexible Ordinationsmodelle geschaffen, die der Lebenswirklichkeit der Mediziner:innen besser entsprechen. Hierzu zählen weniger belastende Bereitschaftsdienstregelungen, neue Zusammenarbeitsformen wie unterschiedliche Gruppenpraxenmodelle, Anstellung bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder erweiterte Stellvertretung, Teilzeitmöglichkeiten und das Überwinden von bürokratischen Hürden durch e-Anwendungen oder den Wegfall von Bewilligungen.
- Der Ausbau der Primärversorgung wird vorangetrieben. Stetig kommen bundesweit neue Versorgungseinrichtungen dazu. Die Möglichkeit zur Arbeit im multiprofessionellen Team entlastet und stärkt Hausärztinnen und -ärzte gleichermaßen. Das entspricht auch den Ansprüchen vieler Ärztinnen und Ärzte, insbesondere der nachrückenden Generation und aktiviert schlummernde Ressourcen im ärztlichen Bereich, die im Rahmen einer Anstellung oder Teilzeittätigkeit arbeiten möchten (dazu wird auf [www.sv-primaerversorgung.at](http://www.sv-primaerversorgung.at) hingewiesen).
- Durch die Forcierung von synergetischen Kooperations- und neuen Verschränkungsmodellen zwischen Krankenhausambulanzen und dem niedergelassenen Bereich können effiziente und effektivere Strukturen geschaffen werden. Hier wurden bereits erste Projekte mit den Ländern vereinbart.
- Der Ausbau ressourcenschonender technischer Unterstützung, wie beispielsweise Telemedizin, e-Rezept und andere E-Health-Lösungen, wird vorangetrieben.
- Lehrpraxen werden gefördert, um junge Mediziner:innen an den Beruf heranzuführen.
- Es werden Aktivitäten in Richtung „Image“ und „Lebensbedingungen“ der Haus- und Landärztinnen und -ärzte gesetzt. Entsprechende Projekte werden derzeit ausgearbeitet.

Darüber hinaus wird bereits seit Jahren auf eine attraktivere und gerechtere Entlohnung gesetzt. Aktuell liegt beispielsweise das Jahreseinkommen vor Steuer für Vertrags-ärztinnen und Vertragsärzte für Allgemeinmedizin im Durchschnitt bei € 150.000,- (alle Praxiskosten und Sozialversicherungsbeiträge sind bereits abgezogen). Fachärztinnen und Fachärzte verdienen mehr – mit steigender Tendenz.

Es ist jedoch auch notwendig, nicht nur dafür zu sorgen, dass freiwerdende Arztstellen nachbesetzt werden, sondern es bedarf struktureller Änderungen, um die Arztlastigkeit im Gesundheitssystem zu reduzieren und die Versorgung effektiver und effizienter zu gestalten. Ein solches Umdenken stellt einen längerfristigen und fließenden Prozess dar, der ohne Einbußen bei der Versorgungsqualität von statten gehen muss. Stichworte in diesem Zusammenhang sind:

- Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention, Förderung der Gesundheitskompetenz,
- telefonische Gesundheitsberatung „1450“,
- Aufwertung und effiziente Einbindung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in Versorgungsstrukturen, wie etwa in der Primärversorgung,
- Delegation von Leistungen an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe,
- Steuerung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zum „Best point of service“ und
- Beseitigung von Doppelgleisigkeiten.

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass es sich bei den österreichischen Krankenversicherungsträgern bekanntlich um Körperschaften öffentlichen Rechts handelt, die vom Gesetzgeber nach den Grundsätzen der Selbstverwaltung eingerichtet sind und deren Geschäftsführung durch autonome Verwaltungskörper wahrzunehmen ist. Sie unterliegen hierbei zwar der Aufsicht durch den Bund, die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz auszuüben ist; diese Aufsicht hat aber lediglich die Überwachung der Einhaltung von Rechtsvorschriften sowie in wichtigen Fällen auch der Gebote der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zum Gegenstand.

Dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – als Aufsichtsbehörde über die Krankenversicherungsträger – kommt eine bestimmende Einflussnahme auf die der vertraglichen Gestaltung im Zusammenwirken mit den Interessenvertretungen der Leistungserbringer:innen vorbehaltenen Angelegenheiten der Krankenversicherungsträger nicht zu, solange sich der Vertragsinhalt im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bewegt.

Nach den dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz vorliegenden Informationen sind die Krankenversicherungsträger jedenfalls bemüht, die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich stetig zu verbessern. Es ist davon auszugehen, dass die von den Trägern gesetzten und geplanten Maßnahmen zu einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich beitragen.

**Frage 47:**

- *Welches Konzept liegt Ihnen hinsichtlich der Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Kassenärzten vor?*

Flexible Zusammenarbeitsformen im Sinne eines ärztlichen Teamworks und die Möglichkeit für Teilzeitarbeit tragen zu einer – in der heutigen Zeit bei Ärztinnen und Ärzten wichtigen – ausgeglichenen Work-Life-Balance bei. Durch eine Änderung des Ärztegesetzes wurde zudem die Möglichkeit der Anstellung von Mediziner:innen bei Ärztinnen und Ärzten im niedergelassen Bereich geschaffen. Im Übrigen verweise ich allgemein auf meine obigen Ausführungen zu den Fragen 41 bis 46.

**Frage 48:**

- *Welches Konzept liegt Ihnen zur Steigerung der Kassenverträge vor?*

Sofern in diesem Zusammenhang die Steigerung der besetzten Kassenverträge gemeint ist, verweise ich auf meine Ausführungen zu den Fragen 41 bis 46.

Falls die anfragenden Abgeordneten jedoch auf die Steigerung der zur Verfügung stehenden Planstellen (Kassenverträge) abgezielt haben, ist darauf hinzuweisen, dass die Festlegung der Anzahl und der Verteilung der Vertragsarztstellen unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) wie auch die Vergabe der Kassenplanstellen an die einzelnen Ärztinnen und Ärzte den Sozialversicherungsträgern gemeinsam mit den Ärztekammern – im Rahmen des Abschlusses von Gesamtverträgen – obliegt, die für eine hinreichende Versorgung mit Kassenplanstellen und eine entsprechende Besetzung der vorhandenen Stellen Sorge zu tragen haben.

Wie bereits zuvor erwähnt, kommt dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – als Aufsichtsbehörde über die Krankenversicherungsträger – eine bestimmende Einflussnahme auf die der vertraglichen Gestaltung im Zusammenwirken mit den Interessenvertretungen der Leistungserbringer:innen

vorbehaltenen Angelegenheiten der Krankenversicherungsträger nicht zu, solange sich der Vertragsinhalt im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bewegt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Mückstein

