

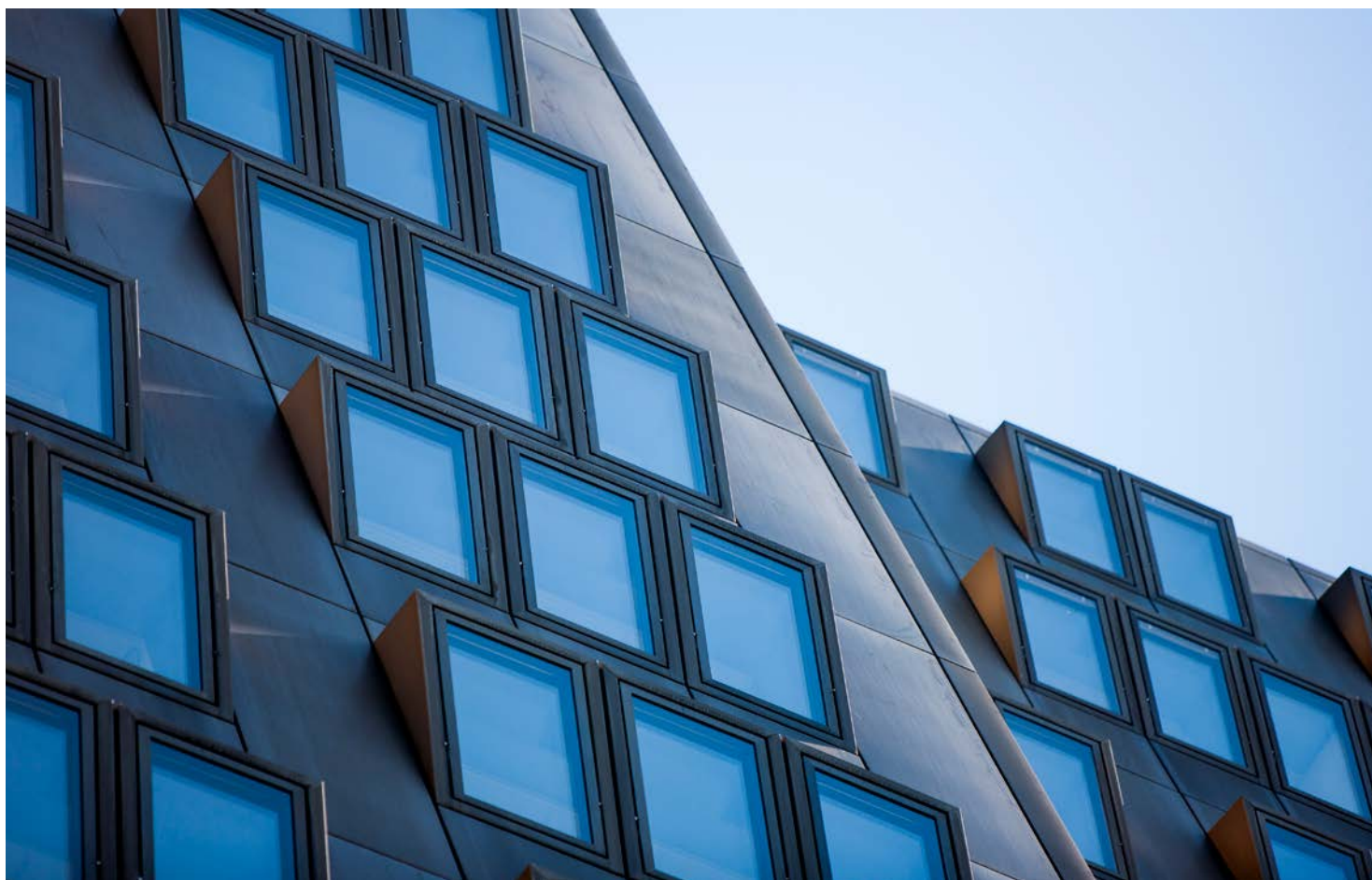


**Pflege in Österreich und
Förderung der 24–Stunden–Betreuung
in Oberösterreich und Wien;
Follow–up–Überprüfung**
Bericht des Rechnungshofes

Reihe BUND 2023/39

Reihe OBERÖSTERREICH 2023/7

Reihe WIEN 2023/8





Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz, dem Oberösterreichischen Landtag gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes-Verfassungsgesetz sowie dem Gemeinderat der Stadt Wien gemäß Art. 127 Abs. 6 in Verbindung mit Abs. 8 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktwweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Rechnungshof Österreich
1030 Wien, Dampfschiffstraße 2
www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich
Herausgegeben: Wien, im Dezember 2023

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E-Mail info@rechnungshof.gv.at
[facebook/RechnungshofAT](https://facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSpreeker

FOTOS

Cover, Seite 6: Rechnungshof/Achim Bieniek



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Prüfungsziel	7
Kurzfassung	8
Empfehlungen	14
Zahlen und Fakten zur Prüfung	16
Prüfungsablauf und –gegenstand	17
Wesentliche Entwicklungen seit 2018	19
Überblick	19
Hospizfinanzierung	27
Personalmaßnahmen des Bundes im Mai 2022	30
Finanzierung	35
Datengrundlagen	35
Instrumente der Pflegefinanzierung	37
Ausgaben– bzw. Kostendämpfungspfad	43
Abschaffung des Pflegeregresses	44
Bedarfs– und Entwicklungsplanung	46
Harmonisierung der Rahmenbedingungen	46
Kordinierung Bedarfsprognosen, Personalprognosen und Ausgabenschätzungen	49
Kennzahlen zur Steuerung der Versorgung	51
Abgestimmte Gesamteinschätzung für Österreich	53
Personalbereich	57
Personalschlüssel	57
Verfügbarkeit von Personal	61
Qualität in der stationären Pflege	72
Einheitliches Qualitätsverständnis	72
Qualitätssicherungskonzept	76



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung
in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Qualität der Pflege zu Hause	79
Kordinierung der Qualitätssicherung	79
Hausbesuche bei der 24-Stunden-Betreuung	82
Hausbesuche bei Versorgungsmängeln	83
Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen	84
Schlussempfehlungen	87



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zweckzuschussmittel vom Bund an die Länder mit Pflegebezug von 2018 bis 2022 _____	40
Tabelle 2:	Mindestpersonalausstattung für ein Musterheim im Jahr 2018 _	58
Tabelle 3:	Personalbedarf bis 2030 für Pflege _____	62
Tabelle 4:	Maßnahmen des Bundes zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegebereich; Stand Jänner 2023 _____	65
Tabelle 5:	Anregungen der LandessozialreferentInnenkonferenz zu Befugniserweiterungen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (Stand September 2022) _____	67
Tabelle 6:	Zuständigkeiten für Anerkennungs- und Nostrifikations- verfahren _____	68
Tabelle 7:	Österreichweite Entwicklung der Hausbesuche bei der 24-Stunden-Betreuung seit 2016 _____	83



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Umsetzungsstand ausgewählter Empfehlungen aus den Vorberichten Pflege und 24-Stunden-Betreuung _____	8
Abbildung 2:	Wesentliche Meilensteine zur Pflegereform im Zeitverlauf ____	19
Abbildung 3:	Maßnahmen der Länder Oberösterreich und Wien 2016 bis 2023 _____	23
Abbildung 4:	Pflegegeldbeziehende je 1.000 Personen nach Altersgruppen 2016 und 2021 _____	55
Abbildung 5:	Pflegegeldbeziehende je 1.000 Personen über dem 80. Lebensjahr _____	55



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID	corona virus disease (Coronaviruserkrankheit)
Dach- verband	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EKG	Elektrokardiogramm
ELGA	Elektronischer Gesundheitsakt
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FH	Fachhochschule
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
JGS	Justizgesetzsammlung
LGBl.	Landesgesetzblatt
Mio.	Million(en)
Oö	Oberösterreichisches
rd.	rund
RH	Rechnungshof
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
z.B.	zum Beispiel

Seit der Vorprüfung des RH zur Pflege in Österreich (2020) gab es mehrere Projekte und Verhandlungsschritte zwischen Bund und Ländern zur Reform der Pflege. Dennoch wurden wesentliche Empfehlungen des RH nicht umgesetzt. Eine umfassende Pflegereform war noch ausständig.

GESAMTSTEUERUNG NICHT VERBESSERT

Im Bereich der Finanzierung war die Zersplitterung der für Pflege zweckgewidmeten Zahlungsströme weiter angewachsen, ohne dass die Instrumente der Gesamtsteuerung gestärkt werden konnten: Eine harmonisierte Bedarfs- und Entwicklungsplanung lag nicht vor. Ein einheitliches Qualitätskonzept mit einem standardisierten Vorgehen zur Messung wurde nicht erstellt. Der Personalbedarf war trotz verschiedener Bemühungen des Bundes und der Länder noch dringender als zur Zeit der Vorprüfung.

UMGESETZT: EMPFEHLUNGEN ZU 24-STUNDEN-BETREUUNG

Umgesetzt waren Adaptierungen bei der Stichprobenauswahl für die Hausbesuche, die konsequente Durchführung von Kontrollbesuchen nach festgestellten Mängeln und das Qualitätszertifikat bei der 24-Stunden-Betreuung.

HERAUSFORDERUNGEN AUF DEM WEG ZUR PFLEGEREFORM

Das aufgrund der Rechtslage notwendige Zusammenwirken mehrerer Gebietskörperschaften und die unterschiedlichen Zielvorstellungen (umfassendes Sachleistungsangebot bzw. größtmögliche Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen) erschwerten eine grundsätzliche Reform. Regional divergente wirtschaftliche Rahmenbedingungen, insbesondere am Arbeitsmarkt, könnten die personellen Unterschiede in der Langzeitpflege in den Ländern erhöhen. Dies würde Harmonisierungsbestrebungen, z.B. beim Personalschlüssel, weiter erschweren.

Der RH hielt eine Pflegereform mit koordinierter Bedarfs- und Entwicklungsplanung, einem einheitlichen Qualitätsverständnis, einer harmonisierten Personalbedarfsplanung und einem gesamthaft konzipierten, nachhaltigen Finanzierungssystem für dringlicher denn je.



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- Land Oberösterreich
- Stadt Wien

Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Prüfungsziel



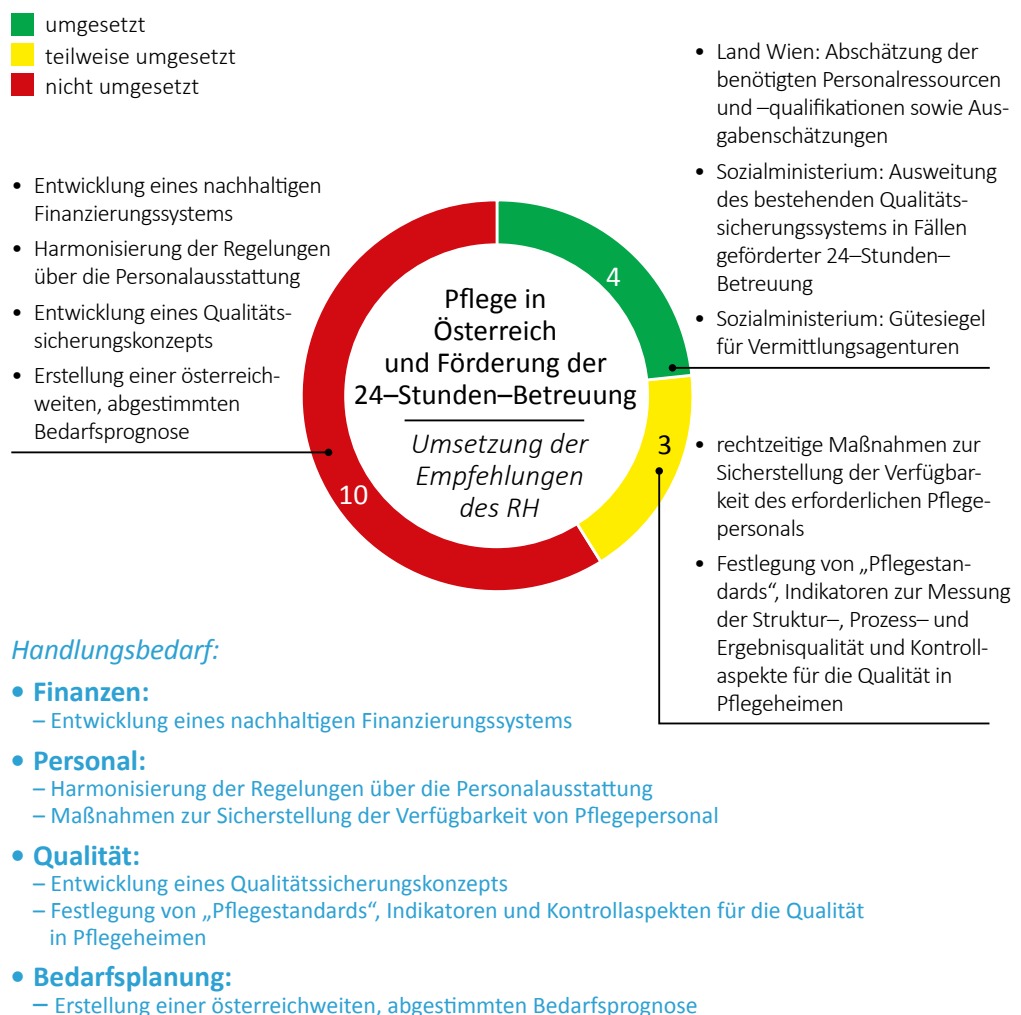
Der RH überprüfte von November 2022 bis März 2023 beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Sozialministerium**), beim Land Oberösterreich und beim Land Wien bzw. Fonds Soziales Wien die Umsetzung ausgewählter Empfehlungen aus dem RH-Bericht „Pflege in Österreich“ (u.a. Reihe Bund 2020/8, Reihe Oberösterreich 2020/1 und Reihe Wien 2020/1) sowie aus dem RH-Bericht „Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien (Reihe Bund 2018/21, Reihe Oberösterreich 2018/2 und Reihe Wien 2018/5). Ebenso überprüfte er den weiteren Umgang mit den damals identifizierten wesentlichen Problemen und Herausforderungen. Diese betrafen insbesondere die Weiterführung der Bemühungen um eine Pflegereform, die Finanzierung des Pflegesystems, die Bedarfs- und Entwicklungsplanung, die zunehmende Personalknappheit und Fragen zur Pflegequalität.

Der überprüfte Zeitraum der Follow-up-Überprüfung umfasste im Wesentlichen die Jahre 2018 bis 2022.

Kurzfassung

Von den überprüften Empfehlungen der beiden Vorberichte zur Pflege und 24-Stunden-Betreuung wurden vier, davon eine nur von Wien, umgesetzt, drei teilweise umgesetzt und zehn nicht umgesetzt. Nachstehende Abbildung fasst den Umsetzungsstand der beurteilten Empfehlungen und den bestehenden Handlungsbedarf zusammen (TZ 21):

Abbildung 1: Umsetzungsstand ausgewählter Empfehlungen aus den Vorberichten Pflege und 24-Stunden-Betreuung¹



¹ Empfehlungen an mehrere Adressaten werden in dieser Abbildung nur einmal gezählt, wenn nur eine gemeinsame Umsetzung möglich ist (z.B. beim Abschluss von Vereinbarungen). In der Darstellung der Schlussempfehlungen in TZ 21 werden sie je Adressat nach Umsetzungsgrad dargestellt.

Quelle und Darstellung: RH



Wesentliche Entwicklungen seit 2018

Im Jahr 2020 richtete der damalige Sozialminister¹ eine Taskforce zur Pflegereform ein, in die er u.a. wesentliche Empfehlungen des RH aus dem Vorbericht Pflege einbrachte. Im Mai 2022 verkündete der Sozialminister² das „größte Pflegereformpaket der vergangenen Jahrzehnte“. Es enthielt Maßnahmen zur Verbesserung der Einkommenssituation der Beschäftigten, zur Besserstellung von Menschen in Ausbildung und zur Weiterentwicklung des Pflegegeldes. Als Ausblick kündigte das Sozialministerium einen strukturierten Arbeitsprozess zu einer zielgesteuerten Pflege an, in dessen Rahmen ab 2024 Schritte zur Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen in ganz Österreich umgesetzt werden sollten. (TZ 2)

Im Mai 2023 – nach Ende der Gebarungsüberprüfung – beschloss der Ministerrat die „Pflegereform II“ mit weiteren Einzelmaßnahmen. Diese betrafen z.B. Änderungen bei der 24–Stunden–Betreuung (Erhöhung der Förderung, Teilbarkeit der Betreuung), Maßnahmen für Gesundheits– und Krankenpflegeberufe (Kompetenz-erweiterungen, Erleichterungen bei der Nostrifikation) und Maßnahmen für Angehörige (z.B. Angehörigenbonus). (TZ 2)

Im Verlauf der COVID–19–Pandemie thematisierte der Bund aktuelle Fragen der Pflege und gewährte Zweckzuschüsse. Ab 1. Jänner 2022 wurde im Zusammenhang mit der Neuregelung zur Beihilfe zum Suizid im Sterbeverfügungsgesetz die Finanzierung des Hospiz– und Palliativbereichs reformiert. (TZ 3)

Im Sommer 2022 beschloss der Bundesgesetzgeber Zweckzuschüsse zur Unterstützung während der Ausbildung zu Pflegeberufen und zur Erhöhung des Entgelts für Pflege– und Betreuungspersonal. Gemäß dem Pflegeausbildungs–Zweckzuschuss-gesetz sollten Personen, die eine Pflegeausbildung absolvieren, mit monatlich 600 EUR unterstützt werden, um die Attraktivität der Pflegeausbildung zu erhöhen und einem Personalmangel vorzubeugen. Die Zweckzuschüsse an die Länder sollten sich bis 2025 auf insgesamt 264 Mio. EUR belaufen. (TZ 4)

Das Entgelterhöhungs–Zweckzuschussgesetz ermöglichte Zweckzuschüsse an die Länder von insgesamt 570 Mio. EUR für 2022 und 2023 für eine bessere Bezahlung des Pflege– und Betreuungspersonals. Grundsätzlich war der Bund nicht für die Entlohnung von Pflegekräften zuständig. Die Abwicklung des Zuschusses war erschwert, weil die Zielgruppe nicht eindeutig abgegrenzt war, weil Voraussetzungen unklar waren und weil die Verteilung zwischen den Ländern mehrfach geändert wurde. Die Ankündigung des Zweckzuschusses ließ zunächst die Sozialversicherungs– und Steuerpflicht dieser Zahlungen außer Betracht. Die tatsächlichen Zahlun-

¹ Rudolf Anschöber

² Johannes Rauch



gen lagen daher deutlich unter den angekündigten 2.000 EUR pro Person. Es war nicht auszuschließen, dass daher die beabsichtigte positive Motivation durch Kommunikations- und Abwicklungsprobleme verfehlt wurde. (TZ 4)

Finanzierung

Die Empfehlung, eine statistische Erfassung der Gesamtaufwendungen für Pflege sicherzustellen und dabei Mittelherkunft und Mittelverwendung zu berücksichtigen, war nicht umgesetzt. Die im Vorbericht Pflege aufgezeigten Lücken in der bundesweiten statistischen Erfassung der Mittelherkunft und Mittelverwendung im Bereich der Pflege bestanden weiterhin. Ebenso fehlten nach wie vor österreichweit vergleichbare, vollständige, valide Informationen über Leistungsangebote und deren Finanzierung. (TZ 5)

Die überprüften Stellen hatten auch kein Finanzierungssystem entwickelt, das die Anforderungen einer koordinierten Gesamtsteuerung, einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege sowie einer Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen berücksichtigte. Das Finanzierungssystem war weiterhin durch eine Reihe von Zahlungsströmen mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen gekennzeichnet, seine Komplexität hatte sich durch zusätzliche Zweckzuschüsse mit jeweils gesonderten Abrechnungsmodalitäten sogar noch weiter erhöht. Dies betraf insbesondere Mittel, um entfallene Einnahmen infolge des 2018 abgeschafften Pflegeregresses auszugleichen, Mittel für COVID-19-Zweckzuschüsse sowie Mittel für die Zweckzuschüsse zur Pflegeausbildung und zur Entgelterhöhung beim Pflegepersonal. Insgesamt stiegen die Zweckzuschüsse von rd. 366 Mio. EUR im Jahr 2018 auf rd. 901 Mio. EUR im Jahr 2022. Statt einer Neuordnung der Gesamtfinanzierung trat eine weitere Zersplitterung ein. Da mehrere Zweckzuschüsse befristet waren, war auch die Nachhaltigkeit der Finanzierung nicht sichergestellt. (TZ 6)

Der bereits im Vorbericht Pflege als nicht mehr realistisch eingeschätzte Ausgabenpfad war formell weiterhin gültig. Er war daher aufgrund der zwischenzeitigen weiteren Änderungen (u.a. Abschaffung Pflegeregress) noch weniger als zur Zeit des Vorberichts als Steuerungsinstrument geeignet. (TZ 7) Zum Ausgleich des abgeschafften Pflegeregresses verlängerte der Bundesgesetzgeber den pauschalen Kostenersatz bis 2024, ohne die bestehende Abrechnungsmethodik – die Abrechnungsergebnisse waren teilweise weiter umstritten – neu zu bewerten. (TZ 8)



Bedarfs- und Entwicklungsplanung

Die Empfehlungen des RH zur Harmonisierung der Bedarfs- und Entwicklungsplanung wurden überwiegend nicht umgesetzt: Weder Erstellungszeitpunkte noch Planungshorizonte noch Inhalte der Planungen der Länder wurden harmonisiert. (TZ 9) In Oberösterreich war die Bedarfs- und Entwicklungsplanung – im Unterschied zu Wien – mit der Personalplanung nur teilweise harmonisiert. (TZ 10) Geeignete Kennzahlen zur Messung der Versorgung nach Art und Umfang waren weiterhin nicht bundeseinheitlich verfügbar und wurden nicht für Bedarfs- und Entwicklungspläne sowie für die Steuerung und Evaluierung der Versorgung genutzt. (TZ 11)

Eine österreichweite abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen und eine darauf aufbauende Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung fehlten. Der RH stellte in einer Analyse der Pflegegelddaten und der demografischen Entwicklung fest, dass zwischen 2016 und 2021 die Zahl der Pflegegeldbeziehenden wesentlich geringer anstieg als die Zahl der über 80-Jährigen. Eine gemeinsame Analyse der Inanspruchnahme für die Weiterentwicklung der Angebote war daher geboten. (TZ 12)

Personalbereich

Offen war weiters die Empfehlung, die Regelungen über die Personalausstattung zu harmonisieren, am tatsächlichen Pflegebedarf und der angestrebten Pflegequalität auszurichten und regelmäßig (z.B. alle fünf Jahre) an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen. Der vorgeschriebene Personalschlüssel in Wien war gegenüber dem Vorbericht unverändert, das Land Oberösterreich ersetzte diplomiertes Pflegepersonal teilweise durch Pflegefachassistentinnen und –assistenten. (TZ 13)

Der RH hatte im Vorbericht empfohlen, rechtzeitig Maßnahmen (z.B. Ausbildungsplätze, Entlohnung) zu setzen, um die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals sicherzustellen. Seither hatten sich – insbesondere durch eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH – das Verständnis der Ist-Situation und die Abschätzung des Personalbedarfs verbessert. Prognostiziert wurde ein Bedarf von 72.900 zusätzlichen Personen im Pflege- und Betreuungssektor bis 2030. Das Sozialministerium initiierte ein Projekt zum Pflegereporting (Personalreport). Mehrere Ziele wurden zwischen Bund und Ländern abgestimmt, etwa die Attraktivierung der Berufsbilder, die Motivierung zusätzlicher Zielgruppen und die Verbesserung der Rahmenbedingungen. Der Bund sowie die Länder Oberösterreich und Wien setzten eine Reihe von Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen. (TZ 14)



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Dennoch waren in Oberösterreich Mitte 2022 rd. 1.160 oder 9 % aller Heimplätze wegen Personalmangels gesperrt, in Wien waren es 0,8 %. Zur Deckung des künftigen Personalbedarfs planten beide Länder, die Ausbildungsplätze auszuweiten. Die genaue Ausbildungsplanung, um den Pflegebedarf decken zu können, war allerdings durch mehrere Faktoren erschwert:

- die 2016 beschlossene Reform der Berufsgruppen (Akademisierung der diplomierten Pflege, Einführung der Pflegefachassistenz),
- die unterschiedlichen Personalschlüssel und unterschiedlichen historischen Ausgangslagen (z.B. erheblicher Einsatz von Sozialbetreuungsberufen in Oberösterreich in Pflegeheimen, nicht aber in Wien),
- das gemeinsame Berufsbild für Pflegekräfte in Spitälern und in der Langzeitpflege sowie
- die erhebliche Fluktuation der ausgebildeten Personen zwischen verschiedenen Sektoren.

Maßnahmen in diesem Bereich erforderten sowohl in Oberösterreich als auch in Wien eine Koordination zwischen den Gesundheits- und Sozialbereichen. Oberösterreich gab weiters an, dass mangels Bewerbungen eine Ausweitung der Ausbildungsplätze nur bedingt sinnvoll sei. Aus Sicht des RH war daher trotz der vielfältigen bereits ergriffenen Maßnahmen nicht gesichert, dass mittelfristig ausreichendes Pflegepersonal zur Verfügung stehen wird. (TZ 14)

Qualität

Der RH hatte im Vorbericht Pflege festgestellt, dass im Pflegebereich eine grundlegende, österreichweite Festlegung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie von Zielen weitgehend fehlte. Die entsprechende Empfehlung wurde teilweise umgesetzt. Im Auftrag des Sozialministeriums erstellte die Gesundheit Österreich GmbH zwei Dokumente als konzeptionelle Vorarbeit für Verhandlungen. Beide Dokumente lagen allerdings nur als Arbeitsdokumente vor. Eine grundlegende, österreichweit einheitliche Festlegung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Pflegebereich war weiterhin offen, ebenso eine bundeseinheitlich vergleichende Erfassung der Ergebnisse. Ohne eine evidenzbasierte Feststellung der Folgen einer unterschiedlichen Ressourcenausstattung war aber eine Festlegung und Optimierung von Strukturqualitätskriterien kaum möglich. (TZ 15)

Während zwei Empfehlungen zur Qualität der Pflege zu Hause (Qualitätskonzept und Koordination der Kontrollen) offen blieben (TZ 16, TZ 17), setzte das Sozialministerium zwei weitere Empfehlungen zur 24-Stunden-Betreuung um: die Durchführung von Hausbesuchen unabhängig von der Qualifikation der Betreuungskraft sowie konsequente Kontrollbesuche bei festgestellten Versorgungsmängeln. (TZ 18, TZ 19)



Pflege in Österreich und Förderung der 24–Stunden–Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow–up–Überprüfung

Auch setzte das Sozialministerium – gemeinsam mit der Wirtschaftskammer Österreich – die Empfehlung um, jene Vermittlungsagenturen hervorzuheben, die sich zur Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards verpflichteten. Dies sollte die Transparenz für betreuungspflichtige Personen erhöhen. 2018 war das „Österreichische Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen in der 24–Stunden–Betreuung“ geschaffen worden. (TZ 20)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, an das Land Oberösterreich und das Land Wien hervor. Soweit die Umsetzung eine Abstimmung mit allen Ländern erfordert, wären auch diese in die Umsetzung miteinzubeziehen:

EMPFEHLUNGEN

- Im Zuge der Neuregelung des Finanzausgleichs 2024 wären die grundsätzlichen Fragestellungen im Bereich Pflege (umfassendes Finanzierungskonzept, Qualitätsdefinitionen, Personalschlüssel und –verfügbarkeit, Bedarfsplanung) rechtzeitig zu beantworten, um eine umfassende Pflegereform durchführen zu können. (TZ 2)
- Ein nachhaltiges Finanzierungssystem wäre zu entwickeln; dabei wären insbesondere die Anforderungen einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung sowie die Anforderungen einer Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen (Pflegegeld, Eigenbeiträge) zu berücksichtigen. (TZ 6)
- Auf Basis koordinierter Bedarfs- und Entwicklungspläne wäre eine österreichweite, abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen zu erstellen und darauf aufbauend eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen zu erarbeiten. (TZ 9, TZ 12)
- Es wären weiterhin Maßnahmen zu setzen, um die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals zu gewährleisten. Neben den durch die Arbeitgeber sicherzustellenden Rahmenbedingungen – wie Entgelt oder Dienstplansicherheit – wären Maßnahmen in folgenden Handlungsfeldern wesentlich:
 - Optimierung der Tätigkeitsfelder nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz,
 - Imageverbesserung des Berufsbildes,
 - Integration von Pflegekräften aus dem Ausland im Rahmen der Nostrifikation sowie
 - Abstimmung der Einsatzbereiche der Pflege- und Gesundheitsberufe für Zwecke im Rahmen der Ausbildung. (TZ 14)



Pflege in Österreich und Förderung der 24–Stunden–Betreuung
in Oberösterreich und Wien; Follow–up–Überprüfung

- Ein einheitliches Verständnis zur Qualität in Pflegeheimen für die wesentlichen Bereiche – z.B. Fachpflege, Lebensqualität, ärztliche oder soziale Betreuung – wäre zu erarbeiten; dafür wären
 - eine fachliche Detaillierung („Pflegestandards“),
 - Indikatoren zur Messung der Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität sowie
 - Kontrollaspekte (z.B. Art und Häufigkeit der Prüfung, Transparenz der Ergebnisse) festzulegen. (TZ 15)



Zahlen und Fakten zur Prüfung

Pflege in Österreich; Förderung der 24–Stunden–Betreuung in Oberösterreich und Wien								
Rechtsgrundlagen (Auswahl)	Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B–VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen, BGBl. 866/1993							
	Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG zwischen dem Bund und den Ländern über die gemeinsame Förderung der 24–Stunden–Betreuung, BGBl. I 59/2009 i.d.g.F.							
	Bundespflegegeldgesetz, BGBl. 110/1993 i.d.g.F.							
	Pflegefondsgesetz, BGBl. I 57/2011 i.d.g.F.							
	Gesundheits– und Krankenpflegegesetz, BGBl. I 108/1997 i.d.g.F.							
	Hospiz– und Palliativfondsgesetz, BGBl. I 29/2022							
	Bundesgesetz über einen Zweckzuschuss aufgrund der Abschaffung des Zugriffs auf Vermögen bei Unterbringung von Personen in stationären Pflegeeinrichtungen für die Jahre 2021 bis 2024, BGBl. I 135/2020							
	Pflegeausbildungs–Zweckzuschussgesetz, BGBl. I 105/2022 i.d.g.F.							
	Entgelterhöhungs–Zweckzuschussgesetz, BGBl. I 104/2022 i.d.g.F.							
	Oö. Sozialhilfegesetz 1998, LGBL. 82/1998 i.d.g.F.							
Wiener Wohn– und Pflegeheimgesetz, LGBL. 15/2005 i.d.g.F.								
Pflege in Österreich								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Veränderung
	Anzahl							in %
Bevölkerung ab 80 Jahren	432.252	433.682	437.716	457.754	491.216	513.719	530.175 ⁴	22,7
Pflegegeldbeziehende	454.897	458.783	459.333	463.662	464.131	465.814	470.057 ¹	3
	stationär							
betreute Personen (Jahressummen)	74.710	82.485	95.100	96.458	95.263	96.338	96.231 ⁵	29
Pflege– und Betreuungspersonal ²	33.012	34.528	35.380	35.972	36.558	36.567	37.626 ⁵	14
	mobil							
betreute Personen (Jahressummen)	147.037	149.442	153.486	153.152	151.582	151.537	150.947 ⁵	3
Pflege– und Betreuungspersonal ²	12.313	12.464	12.547	12.654	12.806	12.752	12.718 ⁵	3
Förderung der 24–Stunden–Betreuung								
	Anzahl							in %
Förderungen ³	23.836	25.281	24.692	24.837	24.030	23.299	22.498	-6

n.v. = nicht verfügbar

Quellen: Sozialministerium; Statistik Austria

¹ Stichtagsauswertung für Oktober 2022

² Vollzeitäquivalente, jeweils zum Jahresende

³ Jahresdurchschnitt aller Bundesländer

⁴ nach der Gebärungsüberprüfung aktualisiert

⁵ nach der Gebärungsüberprüfung aktualisiert; bis zur Veröffentlichung des Pflegevorsorgeberichts 2022 vorläufige Zahlen



Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte von November 2022 bis März 2023

- beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Sozialministerium**) sowie
- bei den Ländern Oberösterreich und Wien bzw. beim Fonds Soziales Wien

die Umsetzung ausgewählter Empfehlungen, die er bei zwei vorangegangenen Gebarungsüberprüfungen abgegeben hatte:

- „Pflege in Österreich“ (u.a. Reihe Bund 2020/8, Reihe Oberösterreich 2020/1 und Reihe Wien 2020/1), in der Folge als **Vorbericht Pflege** bezeichnet,
- „Förderung der 24–Stunden–Betreuung in Oberösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2018/21, Reihe Oberösterreich 2018/2 und Reihe Wien 2018/5), in der Folge als **Vorbericht 24–Stunden–Betreuung** bezeichnet.

Die Auswahl der Länder Oberösterreich und Wien folgte dem Länderschwerpunkt des Vorberichts 24–Stunden–Betreuung.

(2) Um die Umsetzung seiner Empfehlungen zu messen, führte der RH ein zweistufiges Verfahren zur Wirkungskontrolle durch:

Im ersten Schritt hatte der RH im Jahr 2021 (Vorbericht Pflege) bzw. 2019 (Vorbericht 24–Stunden–Betreuung) die Umsetzung der Empfehlungen aus seinen Vorberichten nachgefragt. Das Ergebnis dieses sogenannten Nachfrageverfahrens basierte ausschließlich auf den Angaben der überprüften Stellen; Prüfungshandlungen des RH erfolgten dabei nicht.

In einem zweiten Schritt beurteilte der RH im Rahmen der gegenständlichen Follow–up–Überprüfung selbst vor Ort die Umsetzung ausgewählter Empfehlungen. Anhand des erhobenen Sachverhalts und unter Berücksichtigung der Angaben im Nachfrageverfahren begründete er die Einstufung in „umgesetzt“, „teilweise umgesetzt“, „zugesagt“ und „nicht umgesetzt“.

(3) Die Auswahl der Empfehlungen für die Follow–up–Überprüfung orientierte sich an den wesentlichen Entwicklungen seit den Vorberichten. Der RH wählte insbesondere Empfehlungen mit Bezug zu Änderungen in der Finanzierung, zur zunehmenden Personalknappheit, zu Fragestellungen im Zusammenhang mit der Pflegequalität und zur Entwicklung der Inanspruchnahme der Leistungen im Zusammenhang mit der COVID–19–Pandemie aus.



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Weiters beurteilte der RH, inwiefern die in den Vorberichten festgestellten wesentlichen Probleme und Herausforderungen weiter bestanden oder Maßnahmen zur Lösung erkennbar waren. Hierbei griff er aktuelle Entwicklungen im Bereich der Pflege auf, einerseits die Themen Finanzierung, Bedarfsplanung, Personal und Qualität, andererseits übergeordnete Pläne der Pflegereform.

(4) Der überprüfte Zeitraum der Follow-up-Überprüfung umfasste im Wesentlichen die Jahre 2018 bis 2022.

(5) Die Empfehlungen der Follow-up-Überprüfung richten sich an das Sozialministerium, das Land Oberösterreich und das Land Wien. Soweit die Umsetzung eine Abstimmung mit allen Ländern erfordert, wären auch diese in die Umsetzung miteinzubeziehen.

(6) Zu dem im Juli 2023 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Sozialministerium, das Land Oberösterreich, das Land Wien und der Fonds Soziales Wien im Oktober 2023 Stellung. Die Stellungnahmen der Länder Oberösterreich und Wien bzw. des Fonds Soziales Wien enthielten überwiegend gleichlautende Ausführungen. Der RH fasste inhaltsgleiche Ausführungen daher zusammen, unterschiedliche oder ergänzende Anmerkungen gab er jeweils getrennt wieder.

Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Dezember 2023.

(7) (a) Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien bekräftigten in ihren Stellungnahmen, dass die Zuständigkeit für eine koordinierende Rolle dem Bund obliege. Die Zusammenarbeit zwischen den Ländern werde stets als konstruktiv erlebt und das enge Miteinander gesucht. Dies zeige auch die laut Land Wien bzw. Fonds Soziales Wien „gemeinsame“ bzw. laut Land Oberösterreich „akkordierte“ Stellungnahme zum vorliegenden Bericht.

(b) Die Länder Oberösterreich und Wien gaben in ihren Stellungnahmen an, dass der RH keine Schlussbesprechungen mit Wien und Oberösterreich durchgeführt habe.

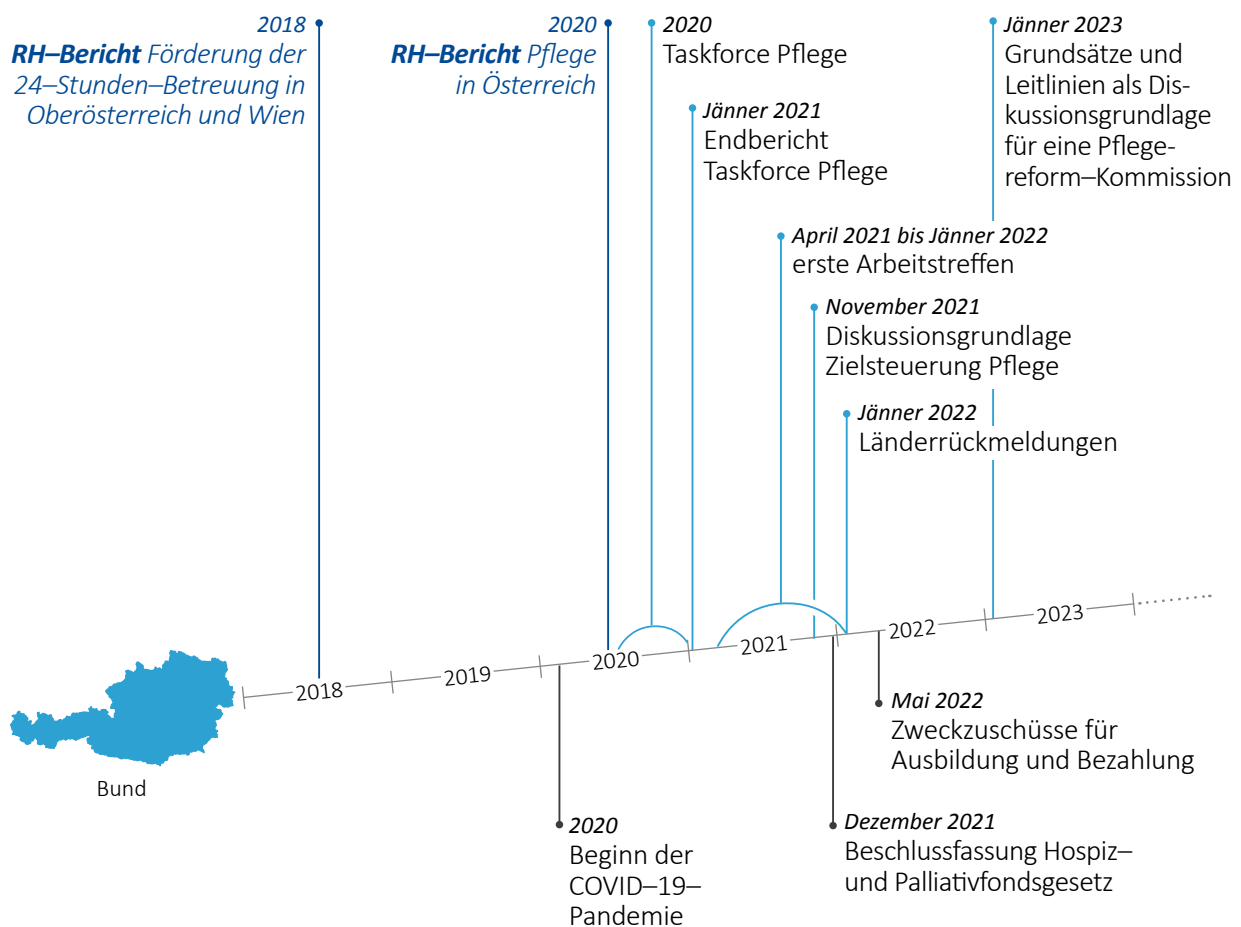
(8) Der RH hielt gegenüber den Ländern Oberösterreich und Wien fest, dass er sich in mehreren Besprechungen ausführlich mit Vertreterinnen und Vertretern beider Länder ausgetauscht hatte. Insbesondere fand eine gemeinsame Besprechung mit Vertreterinnen und Vertretern des Landes Oberösterreich und des Fonds Soziales Wien am 24. März 2023 im RH statt, bei der eine als Schlussinformation bezeichnete Präsentation mit inhaltlichen Anmerkungen, der voraussichtlichen Gliederung des Prüfungsergebnisses und der Beurteilung des Umsetzungsgrades der überprüften Empfehlungen des Vorberichts diskutiert wurde. In Zukunft wird der RH darauf achten, als Schlussbesprechungen bezeichnete Präsentationen und Gespräche durchzuführen.

Wesentliche Entwicklungen seit 2018

Überblick

- 2.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt wesentliche Meilensteine auf dem Weg zu einer Pflegereform seit der Veröffentlichung der Vorberichte:

Abbildung 2: Wesentliche Meilensteine zur Pflegereform im Zeitverlauf



Quelle: Sozialministerium; Darstellung: RH

- (2) Nach der Veröffentlichung des Vorberichts 24-Stunden-Betreuung im Jahr 2018 bzw. des Vorberichts Pflege im Jahr 2020 richtete der damalige Sozialminister³ 2020 eine Taskforce (in der Folge: **Taskforce Pflege**) mit dem Ziel einer umfassenden Pflegereform ein. Mittels eines Strategieprozesses sollte unter Einbindung der wesentlichen Stakeholder ein strategischer Plan zur Weiterentwicklung und Optimierung der

³ Rudolf Anschober



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Langzeitpflege ausgearbeitet werden. Dabei fanden u.a. eine „Dialogtour“ und Einzelgespräche des Sozialministers, ein digitaler Beteiligungsprozess und eine Fachtagung statt. Eine Steuerungsgruppe begleitete diesen Prozess. Im Februar 2021 veröffentlichte das Sozialministerium einen Ergebnisbericht mit 17 Zielen und 63 Maßnahmenpaketen. Diese griffen in umfassender Weise die Empfehlungen des RH auf. In einer nächsten Etappe sollte die Taskforce Pflege in eine Zielsteuerungskommission zur Abstimmung und Koordination des Bundes mit den Ländern, Gemeinden und Städten münden.

Ab April 2021 fanden auf politischer und Verwaltungsebene Abstimmungstreffen zu den Pflegereformbemühungen zwischen Bund und Ländern statt. Im November 2021 übermittelte der Bund an die Länder eine Diskussionsgrundlage mit Grundlagen, Zielen und einer Arbeitsstruktur zur Zielsteuerung Pflege. Er führte dabei aus, dass wichtige Grundlagen für die Etablierung einer Zielsteuerung Pflege aus den Empfehlungen des RH-Berichts „Pflege in Österreich“ abgeleitet werden könnten. Er nannte 14 Empfehlungen des RH, die insbesondere Bedarfs- und Entwicklungsplanung, Finanzierung, Qualität und Personal betrafen.

Dazu übermittelten die Länder im Jänner 2022 Stellungnahmen. Schwerpunkte der Reaktionen betrafen die weitere Vorgehensweise, die Finanzierung sowie Personal. Die Themen Qualität, Daten und Versorgungsangebote wurden in der Rückmeldung weniger angesprochen.

- Das Land Oberösterreich führte aus, dass der Bund lediglich 16 %, die Länder und Gemeinden dagegen 84 % der Kosten für Pflege und Betreuung in Oberösterreich übernehmen würden und daher die grundlegenden Entscheidungen im Bereich der Pflege auch weiterhin die Länder treffen müssten. Die Frage der Finanzierung müsse im Zentrum der Zielsteuerungsdiskussionen stehen. Für alle Maßnahmen, die im Prozess der Zielsteuerung angedacht seien, müsse eine Finanzierung unter Beteiligung des Bundes nachhaltig geregelt werden. Die dringlichste Frage sei die Bewältigung des Fachkräftebedarfs, die sofort zu lösen sei. Auch der verstärkte Einsatz technischer Assistenzsysteme sei prioritär.
- Das Land Wien führte insbesondere aus, dass die Vorgabe von Zielsetzungen durch das Sozialministerium wenig zielführend erscheine, weil es zuvor eine Strategie/Vision/Mission brauche. Bevor über Einzelmaßnahmen diskutiert werde, müsse die Finanzierung geklärt sein. Wesentliche Aspekte seien die Bündelung der Finanzierungsströme zu einem kostendeckenden Pflegegarantiefonds und eine Abkehr vom Zuschussprinzip des Pflegegeldes hin zu einer qualitätsvollen Sachleistungsfinanzierung. Eine Vereinheitlichung der Leistungen sehe Wien kritisch, da es nicht zu einer Nivellierung kommen solle.

Beide Länder betonten die Bekämpfung des Personalmangels als wichtiges Thema.



(3) Kurz nach Ausbruch der COVID–19–Pandemie schuf der Bundesgesetzgeber im Pflegefondsgesetz⁴ eine Grundlage für einen zweckgebundenen Zuschuss des Bundes zur Bewältigung der COVID–19–Krise. 2020 stellte der Bund den Ländern 100 Mio. EUR, 2021 weitere 50 Mio. EUR zur Verfügung. Als Ziele wurden die Entlastung von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie die Vermeidung von Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen definiert, u.a. durch temporäre Ersatzbetreuungseinrichtungen, Clearingmaßnahmen bzw. telefonische Beratung. Weiters konnten Sachaufwendungen (z.B. Anschaffung von Schutzausrüstung, Hygiene und Pflegematerial), Personalaufwendungen oder Mittel für das Besuchsmanagement abgedeckt werden. Darüber hinaus konnte ein Bonus für 24–Stunden–Betreuungspersonen („Bleib da“-Bonus, einmalig 500 EUR) finanziert werden, wenn diese ihren 14–tägigen Turnus verlängerten. Außerdem wurden die Kosten für freiwillige COVID–19–Testungen für 24–Stunden–Betreuungskräfte ersetzt.

Das Sozialministerium bzw. der Bundesgesetzgeber passte weiters im Konnex mit der COVID–19–Pandemie die Richtlinien für die Unterstützung der 24–Stunden–Betreuung sowie das Gesundheits– und Krankenpflegegesetz⁵ an und sprach Handlungsempfehlungen für die 24–Stunden–Betreuung aus. Arbeitgeber wurden im Falle der Gewährung von außerordentlichen Zuwendungen an Betreuungs–, Pflege– und Reinigungspersonal während der besonderen Belastungen durch die Pandemie finanziell unterstützt.

(4) Im Mai 2022 verkündete der Sozialminister⁶ das laut Ministerratsvortrag „größte **Pflegereformpaket** der vergangenen Jahrzehnte“⁷. In der Folge setzte der Bundesgesetzgeber in drei Schritten Maßnahmen zur Verbesserung der Einkommenssituation der Beschäftigten, zur Besserstellung von Menschen in Ausbildung und zur Weiterentwicklung des Pflegegeldes. Weiters kündigte das Sozialministerium einen strukturierten Arbeitsprozess zu einer zielgesteuerten Pflege an, in dessen Rahmen ab 2024 Schritte zur Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen in Österreich umgesetzt werden sollten.

⁴ BGBl. I 57/2011 i.d.F. BGBl. I 9/2022

⁵ BGBl. I 108/1997 i.d.F.

⁶ Johannes Rauch

⁷ Die Hauptpunkte der Reform betrafen Verbesserungen für Beschäftigte im Pflegebereich, Erleichterungen beim Zugang zum Beruf, Erweiterungen von Ausbildungswegen, finanzielle Verbesserungen für pflegende Angehörige sowie die Weiterentwicklung der 24–Stunden–Betreuung.

Zudem setzte der Bund Maßnahmen zu weiteren aktuellen Herausforderungen:

- Parallel zur Neuregelung der Beihilfe zum Suizid im Sterbeverfügungsgesetz⁸ wurde die Finanzierung des Bereichs Hospiz und Palliativ⁹ geändert (TZ 3).
- Im Frühjahr 2022 setzte der Bund Maßnahmen, um den Fachkräftemangel in der Pflege zu bekämpfen. In der Folge beschloss der Bundesgesetzgeber im Juli 2022 gesetzliche Änderungen, um zusätzliche finanzielle Mittel bereitstellen zu können. Nach Verhandlungen im Herbst 2022 zu Höhe und Modalitäten der Auszahlung wurden im Februar 2023 die gesetzlichen Grundlagen neuerlich novelliert (TZ 4).
- In anderen Bereichen wurden befristete Lösungen verlängert (z.B. Finanzausgleich und Pflegefondsfinanzierung) bzw. fortgeschrieben (Pflegereregress, TZ 6).

Im Dezember 2022 begannen die Verhandlungen für den Finanzausgleich ab 2024. Im Jänner 2023 übermittelte der Bund „Grundsätze und Leitlinien“ als Diskussionsgrundlage für eine Pflegereform-Kommission (Zielsteuerung Pflege) an die Länder sowie an den Österreichischen Städtebund und den Österreichischen Gemeindebund. Darin fasste das Sozialministerium auf zwei Seiten Ziele (Weiterentwicklung des Pflegesystems, Erarbeitung einer Strategie und Vision, Konsens zwischen den Partnern zur Struktur der Arbeitsweise etc.) sowie zehn inhaltliche Grundsätze zusammen. Demnach habe jeder Mensch ein Anrecht auf angemessene Pflege, unabhängig von seinem Einkommen oder seinem Vermögen, was eine qualitativ hochwertige Pflege und ausreichend Zeit für menschliche Zuwendung verlange. Deren Sicherstellung sei Aufgabe der öffentlichen Hand (Bund, Länder, Gemeinden) durch Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen und eine ausreichende Finanzierung. Der Wunsch pflegebedürftiger Menschen nach Eigenständigkeit und einem Leben im eigenen Zuhause sei zu respektieren und zu unterstützen.

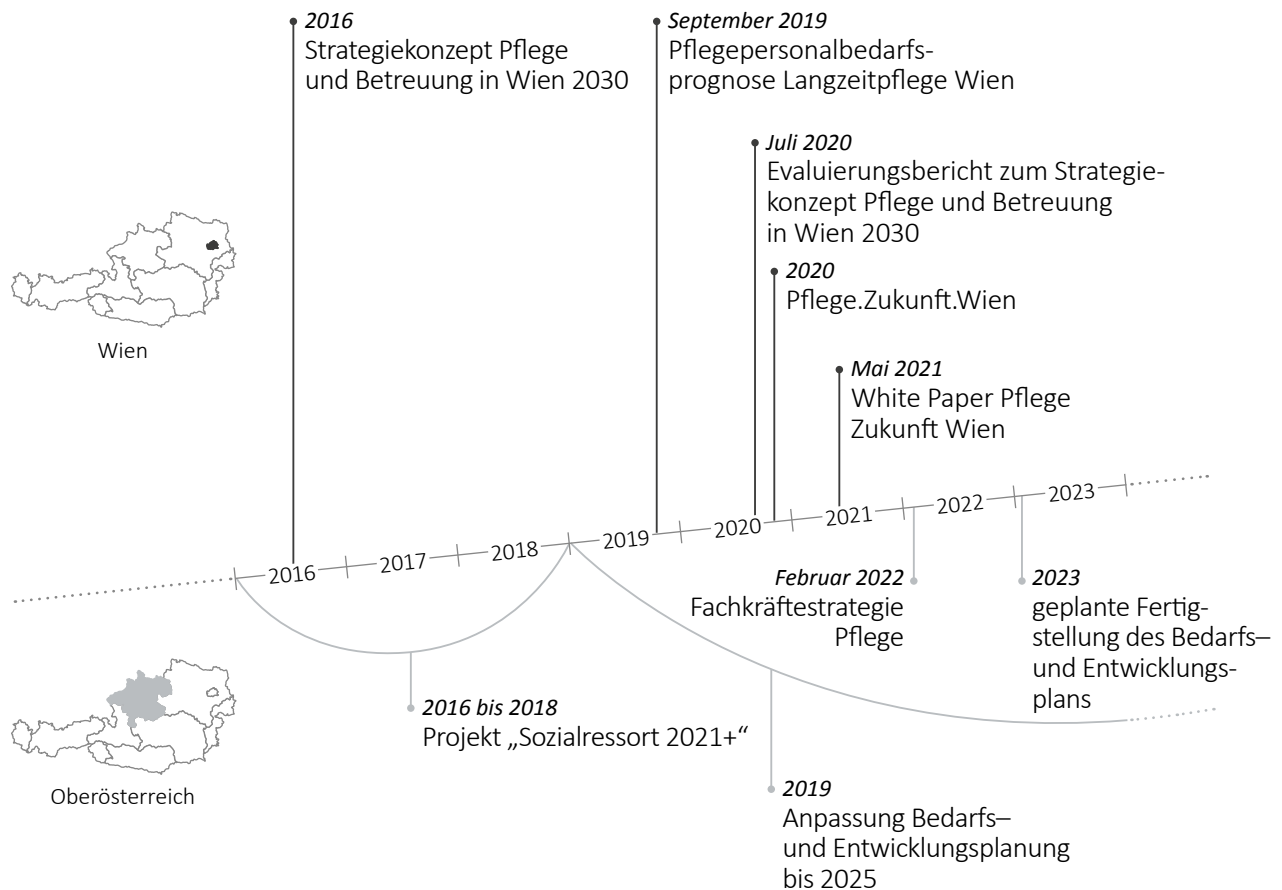
Im Jänner 2023 fanden erneut Gespräche über eine grundsätzliche Pflegereform (Zielsteuerung Pflege, Pflegereform-Kommission) statt. Eine umfassende Pflegereform unter Berücksichtigung einer einheitlichen Finanzierung, koordinierter Bedarfsplanungen und harmonisierter Qualitätsregelungen wurde bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht umgesetzt.

⁸ BGBl. I 242/2021

⁹ Mit Erkenntnis vom 11. Dezember 2020 erklärte der Verfassungsgerichtshof (**VfGH**) die bisherige Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid für verfassungswidrig. Seit 1. Jänner 2022 galt das Sterbeverfügungsgesetz, das die rechtlichen Voraussetzungen für den assistierten Suizid regelte.

(5) Die folgende Abbildung zeigt die Maßnahmen der Länder Oberösterreich und Wien zwischen 2016 und 2023:

Abbildung 3: Maßnahmen der Länder Oberösterreich und Wien 2016 bis 2023



Quellen: Land Oberösterreich; Land Wien; Darstellung: RH

(a) Das Land Oberösterreich hatte zuletzt im Projekt „Sozialressort 2021+“ zwischen 2016 und 2018 das Leistungsspektrum im Bereich Pflege evaluiert und das Angebot neu strukturiert. Dabei war insbesondere eine Reduktion von Heimneubauten gegenüber den früheren Bedarfs- und Entwicklungsplänen vorgesehen. Als erster Arbeitsschwerpunkt der Legislaturperiode 2021 bis 2027 startete im Februar 2022 ein Fachkräftestrategieprozess. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung arbeitete die Sozialabteilung des Amtes der Oö. Landesregierung an einem neuen Bedarfs- und Entwicklungsplan.

(b) Das Land Wien verwies gegenüber dem RH auf sein Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ aus dem Jahr 2016. Im Juli 2020 erstellte das Land Wien



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

dazu einen Evaluierungsbericht und identifizierte dabei bei 63 % der insgesamt 43 Maßnahmen einen Änderungsbedarf.

Im Jänner 2021 führte das Land Wien im Zusammenhang mit dem Ergebnisbericht der Taskforce Pflege gegenüber dem Bund aus, dass insbesondere eine Priorisierung wesentlich sei, bei der die Klärung aller Finanzierungsfragen inklusive Weiterentwicklung des Pflegegeldsystems, des Pflegefonds und der Schnittstelle mit dem Bereich Gesundheit und Sozialversicherung an erster Stelle stehe. In weiterer Folge seien zunächst die Personalfragen zu bearbeiten und einheitliche Rahmenbedingungen inklusive Digitalisierung und Bürokratieabbau zu schaffen. Es stelle sich die Frage, ob die Qualitätsthemen nicht als eigenes Thema bearbeitet werden sollten und einen breiten Zugang erfordern würden.

Im Mai 2021 erstellte der Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen ein „White Paper“ zur Pflege Zukunft Wien mit 17 Empfehlungen zu Personalanwerbung, Personalbindung und Effizienz.

(6) Im Mai 2023, nach Ende der Gebarungsüberprüfung, beschloss der Ministerrat mit der sogenannten „Pflegereform II“ eine Reihe von Maßnahmen, z.B. Änderungen in der 24-Stunden-Betreuung (Erhöhung der Förderung, Teilbarkeit der Betreuung), Maßnahmen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Kompetenzerweiterungen, Erleichterungen bei der Nostrifikation) und Maßnahmen für Angehörige (etwa Angehörigenbonus). Diese Vorhaben waren noch nicht Gegenstand der Gebarungsüberprüfung.

- 2.2 Der RH hielt fest, dass sowohl die COVID-19-Pandemie als auch die Personalsituation zu Herausforderungen führten, auf die der Bund mit zusätzlichen finanziellen Mitteln reagierte. Mit der Taskforce Pflege und ihren konzeptionellen Vorarbeiten initiierte das Sozialministerium eine grundlegende Reform. Diese gelang in weiterer Folge aber nicht.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, dem Land Oberösterreich und dem Land Wien, im Zuge der Neuregelung des Finanzausgleichs 2024 die grundsätzlichen Fragestellungen im Bereich Pflege (umfassendes Finanzierungskonzept, Qualitätsdefinitionen, Personalschlüssel und –verfügbarkeit, Bedarfsplanung) rechtzeitig zu beantworten, um eine umfassende Pflegereform durchführen zu können.

- 2.3 (1) Das Sozialministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich um die Umsetzung der Empfehlung zu bemühen.

Die thematischen Schwerpunktsetzungen der zuständigen Fachsektion im Sozialministerium hätten sich insbesondere aufgrund der COVID-19-Pandemie während der letzten drei Jahre zeitweise verlagert. Angesichts der in diesem Zeitraum bestehenden



Pflege in Österreich und Förderung der 24–Stunden–Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow–up–Überprüfung

Rahmenbedingungen habe die Absichtserklärung zu diversen Ländersitzungen nicht umgesetzt werden können.

Dennoch erachte das Sozialministerium die Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung als wichtig, obwohl die verfassungsmäßigen Zuständigkeiten überwiegend bei den Ländern lägen und ein Zusammenwirken mit den Ländern zur Umsetzung der RH–Empfehlungen unerlässlich sei. Die vom Sozialministerium gesetzten Maßnahmen beträfen u.a. das Hospiz– und Palliativfondsgesetz, die Pilotprojekte des Community Nursing und die „Pflegereformpakete I und II“.

Diverse Abstimmungsprozesse und Diskurse mit den Ländern, dem Österreichischen Städtebund und dem Österreichischen Gemeindebund fänden in den laufenden Finanzausgleichsverhandlungen statt. Deren Ergebnissen könne nicht vorgegriffen werden.

Dem Sozialministerium sei es ein Anliegen, die in der Stellungnahme zum Vorbericht Pflege und im Rahmen des Nachfrageverfahrens dargelegten Absichtserklärungen gemeinsam mit den Ländern möglichst umfassend umzusetzen.

(2) Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien hielten in ihren Stellungnahmen fest, dass die Umsetzung der Empfehlung – wie auch der Empfehlungen in TZ 5 bis TZ 8 – im Rahmen der laufenden Verhandlungen zum Finanzausgleich 2024 diskutiert werde.

Der RH habe die Umsetzung von Empfehlungen anhand von zwei selektiv ausgewählten Ländern überprüft. Diese Empfehlungen würden jedoch alle Länder sowie das zuständige Bundesministerium berühren.

Es verdiene Anerkennung, wie präzise der RH prüfe. Die Empfehlungen seien zwar sachlich für Oberösterreich und Wien nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar sei jedoch die Kompetenzzuweisung an zwei ausgewählte Länder. Im Rahmen der landesrechtlichen Kompetenzen würden die Länder Oberösterreich und Wien einige Maßnahmen bereits umsetzen. Diese Tatsache sei auch im Vorbericht Pflege, den Stellungnahmen und in Vorgesprächen mit den Ländern Oberösterreich und Wien immer wieder festgehalten worden.

Es sei von essenzieller Bedeutung, nicht verhandelbar und entspreche der Realität, dass Oberösterreich und Wien keine Hoheitsrechte des Bundes übernehmen könnten. Die Verantwortung für den Großteil der Empfehlungen liege beim Bund. Das Interesse des Bundes an einer gemeinsam erarbeiteten Umsetzung dieser Maßnahmen erscheine jedoch äußerst begrenzt. Der Bund habe in der Vergangenheit immer wieder Arbeitsgruppen unter den Titeln Pflegereform, Taskforce Pflege oder Pflege–Entwicklungs–

Kommission einberufen. Ergebnisse gebe es nicht, obwohl diese Arbeitsgruppen mit den Ländern meist unter erheblichem zeitlichem Druck einberufen worden seien.

Nahezu parallel habe der Bund eine Pflegereform angekündigt, die mit den Ländern nicht abgestimmt gewesen sei und rückblickend lediglich als Medienereignis erscheine. Eine wirksame Pflegereform könne nur dann erfolgreich sein, wenn eine konstruktive Zusammenarbeit mit allen Ländern statfinde.

(3) Laut Stellungnahmen des Landes Wien und des Fonds Soziales Wien nehme der Fonds Soziales Wien nach wie vor die Klärung der Finanzierung als wichtigste Priorität wahr. Damit seien die Verhandlungen zum Finanzausgleich ein wichtiger Meilenstein, um eine umfassende Pflegereform zu ermöglichen. Zur Zeit der Stellungnahme sei im Rahmen der Verhandlungen zum Finanzausgleich 2024 noch keine abschließende Einigung über ein nachhaltiges und umfassendes Finanzierungssystem zur Pflege erzielt worden. Die Empfehlung werde – wie auch die Empfehlungen in TZ 5 bis TZ 8 – weiterhin berücksichtigt.

Das Land Wien und der Fonds Soziales Wien würden die Empfehlung im Rahmen der Bearbeitung des Strategiekonzepts „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ mit einem Maßnahmenpaket zu Steuerungsinstrumenten und damit auch zu einem Finanzierungsmodell berücksichtigen.

- 2.4 Der RH wies gegenüber den Ländern Oberösterreich und Wien sowie dem Fonds Soziales Wien darauf hin, dass sich die Empfehlungen der Follow-up-Überprüfung (wie auch in TZ 1 ausgeführt) an das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien richten, aber – soweit die Umsetzung eine Abstimmung mit allen Ländern erfordert – auch diese in die Umsetzung miteinzubeziehen wären. Er betonte, dass die Landeskompetenzen für Pflege und ihre Reform nicht nur bei zwei, sondern bei allen Ländern lagen.

Die Zuständigkeitsverteilung im Bereich Pflege erfordert somit eine Kooperation aller Länder und des Bundes sowie eine Einbindung der Gemeinden und gegebenenfalls weiterer Akteure (z.B. gemeinnütziger Hilfsorganisationen). Der RH sah die Vorgangsweise, ausgewählte Länder zu prüfen, als effektive Möglichkeit, österreichweit relevante Würdigungen und Empfehlungen aus länderspezifischen Beobachtungen abzuleiten und auf Handlungserfordernisse und Herausforderungen der Länder aufmerksam zu machen. Insofern erachtete es der RH weder als zweckmäßig noch zwingend erforderlich, zur Beurteilung von föderalen Themen jeweils sämtliche Länder zu prüfen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass eine Diskussion im Nationalrat bzw. Rechnungshofausschuss dazu beitragen kann, das österreichweite Bewusstsein für die Herausforderungen und Handlungserfordernisse bei Länderkompetenzen wie z.B. der Pflege zu stärken.



Hospizfinanzierung

- 3.1 (1) Hospiz- und Palliativbetreuung versucht, Menschen mit unheilbaren Krankheiten ein Lebensende in Würde zu ermöglichen. Für den Auf- und Ausbau entsprechender Leistungen waren seit dem Jahr 2013 Zweckzuschüsse aus dem Pflegefonds vorgesehen. Für die Periode 2017 bis 2021 stellten Bund, Länder und Sozialversicherung in jeweils gleicher Höhe – auf Basis der Ergebnisse einer parlamentarischen Enquete – jährlich zeitlich befristet insgesamt 18 Mio. EUR im Rahmen des Pflegefonds zweckgebunden zur Verfügung.

(2) Mit Erkenntnis vom 11. Dezember 2020¹⁰ erklärte der VfGH die bis dahin geltende Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid für verfassungswidrig. Das seit 1. Jänner 2022 gültige Sterbeverfügungsgesetz regelte die rechtlichen Voraussetzungen für den assistierten Suizid.

Zeitgleich wurden die Hospiz- und Palliativangebote reformiert. Der bedarfsgerechte und flächendeckende Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativangebote sowie die Sicherung des laufenden Betriebs, soweit er nicht unter die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung fiel, sollten durch eine dauerhafte gesetzliche Grundlage für die Gewährung von Zweckzuschüssen an die Länder unterstützt werden.

Dazu wurde die Finanzierung der Hospiz- und Palliativbetreuung aus dem Pflegefonds herausgelöst und der Hospiz- und Palliativfonds¹¹ geschaffen. Der Bund stellt dafür einen Zweckzuschuss bereit und überweist – unter der Voraussetzung einer Einigung zwischen Bund, dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung – ebenso wie die Sozialversicherung Mittel an die Länder. Der Zweckzuschuss des Bundes beläuft sich auf 21 Mio. EUR (2022), 36 Mio. EUR (2023) und 51 Mio. EUR (2024) sowie ab dem Jahr 2025 auf den jeweiligen Vorjahresbetrag, indexiert mit der Aufwertungszahl laut Allgemeinem Sozialversicherungsgesetz¹². Die Länder tragen mindestens ein Drittel der Mittel; entstehen in den Ländern weitere Kosten, haben sie diese alleine zu tragen. Somit stehen in den ersten drei Jahren 2022 bis 2024 insgesamt voraussichtlich 324 Mio. EUR, davon 108 Mio. EUR vom Bund, zur Verfügung.

¹⁰ VfGH 11. Dezember 2020, G139/2019 (G139/2019–71)

¹¹ Hospiz- und Palliativfondsgesetz, BGBl. I 29/2022

¹² BGBl. 189/1955 i.d.g.F.



(3) Die Bereitstellung der Zweckzuschüsse des Bundes war an die Akzeptanz von Bedingungen geknüpft, insbesondere:

- die Einhaltung von Kriterien der Qualitätssicherung und –verbesserung im Rahmen eines Qualitätsmanagements (Erarbeitung bis Ende 2022),
- die Erreichung eines quantitativen Auf- und Ausbaugrades (Vereinbarung bis 30. Juni 2023),
- die Anwendung von Tarifen nach österreichweit einheitlichen Parametern und Richtwerten (Vereinbarung bis Ende 2023),
- die Erstellung von Planungsunterlagen (Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Planungsvorlage bis Ende 2022) und
- die Erhebung und Übermittlung von Daten für eine statistische Hospiz- und Palliativdatenbank (erstmalig ab 2024).

Das Sozialministerium beauftragte die Gesundheit Österreich GmbH (**GÖG**), Konzepte zu diesen Anforderungen (Kriterien der Qualitätssicherung, quantitativer Auf- und Ausbaugrad, Tarife etc.) zu entwickeln. Um ein österreichweit einheitliches Vorgehen sicherzustellen, war der Sozialminister im Einvernehmen mit dem Finanzminister ermächtigt, durch Verordnung nähere Bestimmungen zu erlassen.

(4) Die GÖG erarbeitete im Einvernehmen mit den Ländern und den Trägern der Sozialversicherung Qualitätskriterien und –indikatoren sowohl für den Erwachsenen- als auch für den Kinderbereich, die der Bund, die Länder und die Sozialversicherungsträger im Dezember 2022 annahmen. Diese einigten sich darauf, dass die Qualitätskriterien und –indikatoren im Jahr 2023 nur Empfehlungscharakter haben sollten und eine Nichteinhaltung zu keiner Rückforderung der Zweckzuschüsse führen sollte. Für den Zeitraum ab 2024 beschlossen sie, dass bei sonstiger grundsätzlicher Verbindlichkeit der Qualitätskriterien und –indikatoren diese in nachvollziehbar begründeten Ausnahmefällen auch sanktionslos unterschritten werden durften, insbesondere aufgrund demonstrativ aufgezählter externer Faktoren wie Personalknappheit und länderspezifischer regionaler Bedürfnisse oder wenn die finanziellen Mittel nicht ausreichten.

3.2 Der RH begrüßte grundsätzlich, dass parallel zur Neuregelung der Sterbeverfügungen auch ein Ausbau der Hospiz- und Palliativbetreuung begann.

Er begrüßte auch, dass Bund, Länder und Sozialversicherung wichtige Elemente der Empfehlungen des RH zur Pflege (Bedarfsplanung, Qualitätsmerkmale, Finanzierung nach einheitlichen Grundsätzen) für den Bereich Hospiz- und Palliativbetreuung österreichweit koordiniert umsetzten.



Der RH merkte jedoch kritisch an, dass die Qualitätskriterien und –indikatoren nur eingeschränkt verbindlich waren, weil diese nur Empfehlungscharakter hatten (2023) bzw. Ausnahmen in ihrer Geltung (ab 2024) vereinbart waren.

Er empfahl dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien, die Möglichkeiten zur österreichweit koordinierten Vorgehensweise im Bereich Hospiz- und Palliativbetreuung möglichst umfassend zu nutzen.

- 3.3 (1) Das Sozialministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass die GÖG im Zusammenhang mit den im Hospiz- und Palliativfondsgesetz vorgesehenen Bedingungen (u.a. Einhaltung der Qualitätssicherung, Erreichung eines quantitativen Auf- und Ausbaugrads, Anwendung von Tarifen nach österreichweit einheitlichen Parametern und Richtwerten) einen Prozess für die Auszahlung der Zweckzuschüsse festgelegt hatte. Dieser Prozess stelle aufgrund der Beteiligung von Bund, Ländern und Sozialversicherung eine koordinierte Entwicklung dieser Bedingungen und eine koordinierte Vorgehensweise sicher.

Der vorübergehende Empfehlungscharakter der Qualitätskriterien und –indikatoren und die damit fehlende Möglichkeit, Zweckzuschüsse zurückzufordern, würden in der herausfordernden Anfangsphase dazu dienen, die Planungs- und Finanzierungssicherheit der Länder zu gewährleisten. Dabei gelte es auch, die angespannte Personalsituation im Gesundheits- und Pflegebereich zu beachten. Selbstverständlich werde das Sozialministerium darauf hinwirken, dass die Qualitätskriterien und –indikatoren zum gegebenen Zeitpunkt verpflichtend anzuwenden sind.

(2) Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien hielten in ihren Stellungnahmen fest, dass sich Oberösterreich und Wien tatkräftig und aktiv mit ihrer Expertise an der Ausarbeitung des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes beteiligt hätten. Oberösterreich und Wien würden dafür sorgen, dass dieses Gesetz in ihren Ländern umgesetzt werde. Trotz der bestehenden Kritik, etwa bei der Kostenbeteiligung des Bundes und der Sozialversicherung, würden Oberösterreich und Wien die koordinierte Vorgehensweise schätzen. Die Arbeitsgruppe zur koordinierten Umsetzung des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes leite die GÖG; ihr Zeitplan erstrecke sich bis Ende 2023. Alle Länder seien darin vertreten.

(3) Laut Stellungnahme des Landes Wien arbeite es an der Ausrollung eines stationären Kinderhospizes.



Personalmaßnahmen des Bundes im Mai 2022

4.1 (1) Im Mai 2022 stellte die Bundesregierung eine Reihe von Maßnahmen zum Pflegepersonal vor. Neben Novellen des Bundespflegegeldgesetzes¹³ und des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes beschloss der Bundesgesetzgeber insbesondere zwei Maßnahmen zur Sicherstellung der Verfügbarkeit von Pflegepersonal: das Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz und das Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz.

(2) Durch das Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz¹⁴ vom Juli 2022 sollten Personen, die eine Pflegeausbildung absolvieren, mit monatlich 600 EUR unterstützt werden. Dies sollte die Pflegeausbildung attraktiver gestalten und einem Personal-mangel vorbeugen.

Der Bund gewährte dafür Zweckzuschüsse an die Länder, die diese für die Ausbildungsbeiträge und weitere Maßnahmen verwenden konnten. Damit sollten vor allem neue Personen für die Pflege gewonnen werden. Ausbildungsbeiträge konnten Auszubildende zum diplomierten Pflegedienst, zur Pflege(–fach–)assistenz sowie zu Sozialbetreuungsberufen und Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler im Rahmen des berufsbildenden Schulwesens für die Dauer der Pflichtpraktika erhalten. Berechtigt waren nur Personen, die nicht bereits existenzsichernde Leistungen vom Arbeitsmarktservice bezogen, z.B. ein Fachkräftestipendium oder Arbeitslosengeld. Der Ausbildungsbeitrag war von Steuer und Sozialversicherungsbeiträgen befreit und galt nicht als Einkommen. Die verbleibenden Mittel konnten die Länder ab 2023 für weitere Maßnahmen verwenden, die die Pflegeausbildung attraktiver machten. Das Budgetbegleitgesetz 2023¹⁵ erweiterte den begünstigten Personenkreis und erhöhte das Budget.¹⁶

Die Zuschüsse von insgesamt 264 Mio. EUR standen für die Ausbildungsjahre 2022/23 bis 2024/25 zur Verfügung und wurden nach dem Bevölkerungsschlüssel auf die Länder verteilt. Der Bund beteiligte sich an Aufwendungen der Länder für die verschiedenen Maßnahmen zu zwei Dritteln.

Die Länder hatten dem Bund jährlich einen Vorhabensbericht über die im nächsten Jahr geplanten Maßnahmen sowie eine Abrechnung im Nachhinein zu übermitteln. Die GÖG sollte eine Datenbank mit Daten zur Pflegeausbildung führen, die Länder hatten diese Daten einzumelden. Damit sollten in Zukunft auch genauere Daten über alle Pflegeausbildungen verfügbar sein.

¹³ BGBl. I 129/2022, BGBl. I 213/2022; die Novellen brachten u.a. Verbesserungen für Personen mit Demenz und schweren psychischen Erkrankungen und die Einführung eines „Angehörigenbonus“.

¹⁴ BGBl. I 105/2022

¹⁵ BGBl. I 185/2022

¹⁶ Das Sozialministerium hatte der Gebarung Arbeitsmarktpolitik 30 Mio. EUR jährlich für Zwecke der Förderung der Pflegeausbildung durch das Arbeitsmarktservice zu überweisen.



Die Mittel des Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetzes ergänzten bereits vorhandene bzw. laufend ausgebauten Angebote des Arbeitsmarktservice (Pflegestipendium) bzw. der Länder (z.B. Oberösterreichisches Pflegestipendium für Sozialbetreuungsberufe, Implacement-Stiftung des Landes Wien). Die Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Leistungsberechtigung im Sinne des Arbeitslosenversicherungsgesetzes) bzw. die Förderhöhe und die Rahmenbedingungen der Angebote (z.B. eine Verpflichtung zur Beschäftigung im Anschluss an die Ausbildung) waren unterschiedlich.

(3) Im Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz¹⁷ beschloss der Bund im Juli 2022 Zweckzuschüsse an die Länder von insgesamt 570 Mio. EUR für die Jahre 2022 und 2023 zur Erhöhung des Entgelts von Pflege- und Betreuungspersonal. Damit sollten eine bessere Bezahlung für Pflege- und Betreuungspersonal gewährleistet, Zusatzleistungen infolge von Befugniserweiterungen bei Pflegeberufen abgedeckt und dem prognostizierten Personalmangel vorgebeugt werden.

(a) Zielgruppe des Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetzes waren diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachassistentenpersonal, Pflegeassistentenpersonal und Angehörige der Sozialbetreuungsberufe.

Diese Personen mussten in Krankenanstalten (sowohl gemeinnützig als auch gewinnorientiert, inklusive aller ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen), teilstationären oder stationären Einrichtungen der Langzeitpflege, mobilen Betreuungs- und Pflegediensten, mobilen, teilstationären oder stationären Einrichtungen der Behindertenarbeit oder Kuranstalten beschäftigt sein. Direkter Patientenkontakt war keine Anspruchsvoraussetzung. Die Maßnahmen betrafen nicht nur die Langzeitpflege, sondern auch den Gesundheitsbereich. Auch Bedienstete von Privatspitälern – unabhängig von deren Versorgungswirkung – fielen in den Anwendungsbereich der Regelung. Umgekehrt gab es Personen, die vergleichbare Tätigkeiten ausübten, aber aufgrund anderer Ausbildung (z.B. Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen) oder anderer Arbeitgeber (z.B. freiberufliche Pflege) nicht von der Zielgruppe umfasst waren.

(b) Gesetzliche Voraussetzung für die Auszahlung der Zweckzuschüsse an die Länder war „die Vorlage von entgeltgestaltenden Vorschriften“ bis 31. März 2023, die die Dienstgeber zur Zahlung der Entgelterhöhung verpflichteten. Dies sollte Gehaltsunterschiede vermindern oder Mehrleistungen abgelten. Eine Auszahlung war frühestens im Jänner 2023 vorgesehen. Einigten sich die Kollektivvertragspartner nicht rechtzeitig, konnten die Länder eine einmalige Auszahlung pro Kopf an Dienstgeber direkt veranlassen, die die Zahlung an die Dienstnehmerin bzw. den Dienstnehmer nachzuweisen hatten.

¹⁷ BGBl. I 104/2022

Da die Finanzierung nur für zwei Jahre zugesichert war, blieb unklar, ob sich die Einkommen der Betroffenen dauerhaft erhöhen würden.

(c) Laut Beschluss der LandessozialreferentInnenkonferenz vom September 2022 war „[...] unbedingt erforderlich, [dass die] vom Bund zur Verfügung gestellten Mittel für die Jahre 2022 und 2023 [...] so zur Auszahlung gelangen, dass alle von der gesetzlichen Zielgruppendefinition umfassten Mitarbeiter, unabhängig von ihrer jeweiligen Berufsgruppenzugehörigkeit, österreichweit den gleichen Betrag nach einheitlichen Spielregeln als Bonus ausbezahlt bekommen.“ Teilzeitkräfte sollten aliquot Beträge erhalten. Die Beträge sollten im Dezember 2022 als Einmalzahlung, für 2023 in mehreren Teilbeträgen ausbezahlt werden. Die LandessozialreferentInnenkonferenz ersuchte den Sozialminister und den Finanzminister, der akkordierten Vorgehensweise zuzustimmen und diese durch verbindliche Festlegungen freizugeben.

Im Oktober 2022 begrüßte das Sozialministerium das gemeinsame Vorgehen der Länder. Um diese zu unterstützen, habe es die Anzahl der betroffenen Personen erheben lassen. Daraus ergebe sich ein Sockelbetrag von 2.000 EUR brutto für das Jahr 2022 inklusive Dienstgeberabgaben je Vollzeitäquivalent (**VZÄ**). Für die Abrechnung sei die Vorlage entgeltgestaltender Vorschriften notwendig. Eine Vorfinanzierung der Länder (nicht aber der Träger) sei möglich. Eine Änderung der steuerlichen Behandlung sei nicht vorgesehen.

Da die Zweckzuschüsse gemäß dem Bevölkerungsschlüssel verteilt wurden, die Anzahl der Pflegepersonen im Verhältnis zur Bevölkerung aber länderspezifisch unterschiedlich war, ergaben sich je nach Land unterschiedliche Beträge pro Person: zwischen 4.029 EUR für zwei Jahre in Wien und 5.792 EUR für zwei Jahre in Vorarlberg. Da die Bezüge der Steuer und Sozialversicherung unterlagen, waren Dienstgeber- und Dienstnehmerbeiträge noch abzuziehen. Die tatsächliche Auszahlungshöhe lag somit in der Regel deutlich unter den zunächst angekündigten 2.000 EUR pro Person. Niederösterreich erhöhte aus eigenen Mitteln den Bonus für Pflegepersonal. Die angestrebte Einheitlichkeit wurde somit zunächst nicht erreicht.

Aufgrund der Definition der Zielgruppe, der nur vorläufigen Finanzierung und der unterschiedlichen Höhe der Zahlungen berichteten Medien über erhebliche Unzufriedenheit beim Pflegepersonal, dessen Motivation durch die zusätzliche Vergütung gesteigert werden sollte.

Im Dezember 2022 übermittelte der Sozialminister den Ländern „klärende Erläuterungen“. Er schlug vor, pro VZÄ für das Jahr 2022 2.200 EUR (Sockelbetrag 2.000 EUR und Ergänzungsbetrag 200 EUR) und für das Jahr 2023 2.400 EUR auszuzahlen und die Länderzuteilung zu ändern. Zum Beispiel würde das Land Wien statt 113,68 Mio. EUR nach der Verteilung nach Bevölkerungsschlüssel 132,06 Mio. EUR erhalten, das Land Oberösterreich statt 100,91 Mio. EUR 98,93 Mio. EUR. Nach



unterschiedlichen Reaktionen der Länder novellierte der Bundesgesetzgeber im Februar 2023 das Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz.¹⁸

(d) Grundsätzlich waren weder der Bund noch die Länder unmittelbar für die Höhe des Entgelts des Pflegepersonals zuständig. Dieses war in unterschiedlichen Kollektivverträgen geregelt. Die Länder legten in der Regel Tarife für Leistungen fest, aus denen die Dienstgeber die Gehälter finanzierten. Das Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz durchbrach diese Systematik insofern, als der Bundesgesetzgeber direkt eine Entgelterhöhung bewirkte.

- 4.2 Der RH merkte an, dass der Bund angesichts der Personalknappheit im Pflege- und Betreuungssektor (**TZ 14**) Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation treffen wollte. Er hob hervor, dass der Bund dazu mit rd. 570 Mio. EUR für die Jahre 2022 und 2023 nicht unbeträchtliche Mittel widmete.

Die Ausgestaltung, Kommunikation und Abwicklung der Maßnahmen waren nach Ansicht des RH jedoch nicht optimal:

- Wie der RH bereits in seiner Stellungnahme zur Änderung des Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetzes und des Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetzes im Juni 2022 angemerkt hatte, bewirkte die befristete Mittelbereitstellung bei gleichzeitiger Forderung einer „entgeltgestaltenden Vorschrift“ Unsicherheit betreffend die Nachhaltigkeit der Entgelterhöhung.
- Der direkte Eingriff des Bundes in die grundsätzliche Gestaltungslogik der Entgelte (Arbeits- und Kollektivverträge, Tarifgestaltung des Landes, gesetzliche Rahmenbedingungen durch den Bund) führte zu höheren Entgelten, aber zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand.
- Die frühzeitige Kommunikation einer Auszahlung von rd. 2.000 EUR pro Person, ohne dabei zu berücksichtigen, dass Steuer- und Sozialversicherungspflicht den Betrag verringerten, weckte Erwartungen eines höheren Auszahlungsbetrags. Es war nicht auszuschließen, dass so das beabsichtigte Ziel der Motivation der Beschäftigten konterkariert wurde.
- Durch die zentrale Festlegung der Zielgruppe unabhängig von den konkreten Arbeitsbedingungen vor Ort kam es zu Ungleichbehandlungen von ähnlich eingesetzten und ähnlich belasteten Arbeitskräften.
- Verhandlungen mit den Ländern erst nach dem Beschluss im Nationalrat führten zu mehrfachen Abänderungen der gesetzlichen Grundlagen und damit zu Anpassungsbedarf in der Umsetzung.

Zum Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz hielt der RH fest, dass die zusätzlichen Mittel zur Gewinnung bzw. Ausbildung von Pflegepersonal beitragen konnten.

¹⁸ BGBl. I 13/2023, veröffentlicht am 24. Februar 2023; die Novelle enthielt für einen Teilbetrag von 25 Mio. EUR abweichende Regelungen.



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Seine Wirkung und die Einbindung in die sonstigen Maßnahmen (z.B. Pflegekräfte-stipendium, Implacement-Stiftung) konnte der RH zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht beurteilen.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, bei weiteren Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegebereich abgestimmt mit den Ländern sowie dem Österreichischen Städtebund und dem Österreichischen Gemeindebund im Rahmen einer Gesamtstrategie zur Gestaltung der Entgelte vorzugehen.

- 4.3 (1) Das Sozialministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich um die Umsetzung der Empfehlung zu bemühen.
- (2) Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien befürworteten die Empfehlung.

Finanzierung

Datengrundlagen

- 5.1 (1) Der RH hatte dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege (TZ 6) empfohlen, eine statistische Erfassung der Gesamtaufwendungen für Pflege sicherzustellen und dabei Mittelherkunft und Mittelverwendung zu berücksichtigen.

Laut den Feststellungen des Vorberichts Pflege wiesen die bestehenden Auswertungen (insbesondere System of Health Accounts, Europäisches System integrierter Sozialschutzstatistiken und die Pflegedienstleistungsstatistiken) lediglich verschiedene Teilmengen aus. Da die Länder Kosten über verschiedene Finanzierungsinstrumente (z.B. Sozialhilfe, Förderungen, Bedarfszuweisungen, Abgangsdeckungen) trugen, führte dies zu unvollständiger Erfassung und mangelnder Vergleichbarkeit.

(2) (a) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sich die Empfehlung des RH auch unter den im Ergebnisbericht zur Taskforce Pflege festgelegten Zielen und Maßnahmen finde (Ziel 15: „Bündelung der bestehenden Finanzierungsströme und Ausbau einer nachhaltigen Finanzierung“). Aufgrund der überwiegenden Länderzuständigkeit sei auch hier eine Zustimmung der Länder erforderlich, die im Rahmen der Zielsteuerung Pflege eingeholt werden solle. Nach Befassung mit der Bundesanstalt „Statistik Österreich“ könne die Empfehlung umgesetzt werden. Die erforderliche Ausweitung der von den Ländern – aber erstmalig auch vom Bund – in die Pflegedienstleistungsdatenbank einzuspeisenden Daten (Zuwendungen zur 24–Stunden–Betreuung, Pflegegeld etc.) bedürfe einer Rechtsgrundlage, was durch eine Novelle der Pflegedienstleistungsstatistik–Verordnung 2012 erreicht werden könne. Eine Zielerreichung im Sinne eines koordinierten Vorgehens bedürfe demzufolge des Einvernehmens mit den Ländern.

(b) Laut Mitteilung des Landes Oberösterreich im Nachfrageverfahren müssten aufgrund der unterschiedlichen Träger– und Finanzierungsverantwortlichkeiten im Sozialbereich (u.a. Bund, Länder und Gemeinden) in einem ersten Schritt die Gesamtaufwendungen für Pflege definiert werden.

(c) Wie das Land Wien im Nachfrageverfahren mitgeteilt hatte, würde die Empfehlung im Rahmen des Strategiekonzepts „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ bearbeitet. Nach Ansicht des Landes Wien und des Fonds Soziales Wien sei die Empfehlung in den Themenfeldern der Taskforce Pflege zu bearbeiten. Eine Weiterarbeit (Pflegereform) hänge jedoch primär von den Zeitplänen des Bundes ab. Für eine grundlegende Pflegereform habe Wien dem Bund einen Vorschlag zur Priorisierung der Themen übermittelt, die der Bund und die LandessozialreferentInnenkonferenz laufend diskutieren würden. Zuerst sei die Finanzierung zu klären.



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das Sozialministerium Verhandlungen zu Verbesserungen in den Datengrundlagen zur Pflege mit den Ländern im Rahmen des Pflege-Zielsteuerungsprozesses plante. Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung hatten Bund und Länder noch keine gemeinsamen Maßnahmen gesetzt.

Die dem Bund für Pflegeausgaben zur Verfügung stehenden Daten beruhten auf Auswertungen aus der Pflegegeldinformations- sowie der Pflegedienstleistungsdatenbank im Rahmen des Pflegefondsgesetzes. Beide Datenbanken blieben seit dem Vorbericht Pflege nahezu unverändert.

- 5.2 Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung nicht um. Die vom RH im Vorbericht Pflege aufgezeigten Lücken in der bundesweiten statistischen Erfassung der Mittelherkunft und Mittelverwendung im Bereich der Pflege wurden nicht geschlossen.

Damit standen weiterhin keine österreichweit vergleichbaren, vollständigen, validen Informationen über Leistungsangebote und deren Finanzierung zur Verfügung.

[Der RH hielt daher seine Empfehlung an das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien aufrecht, eine statistische Erfassung der Gesamtaufwendungen für Pflege sicherzustellen und dabei Mittelherkunft und Mittelverwendung zu berücksichtigen.](#)

- 5.3 (1) Laut Stellungnahme des Sozialministeriums sei es ein denkbarer Weg, die von den Ländern in die Pflegedienstleistungsdatenbank einzuspeisenden Daten auszuweiten, um so (weitestgehend) die Gesamtaufwendungen für Pflege zu erfassen. Hierfür bedürfe es einer entsprechenden Rechtsgrundlage, etwa einer Novelle der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung 2012.

Inwieweit eine Trennung der Pflegeaufwendungen nach Mittelherkunft und Mittelverwendung unter Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit umsetzbar sei, könne das Sozialministerium zur Zeit der Stellungnahme nicht beurteilen. Es werde diese Empfehlung mit den Ländern eingehend diskutieren. Den Themen „Daten“ und „Digitalisierung“ werde im Rahmen der Gespräche zur Pflege-Entwicklungs-Kommission breiter Raum eingeräumt.

(2) Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien hielten in ihren Stellungnahmen fest, dass eine Gesamtstrategie zur statistischen Erfassung der Gesamtaufwendungen für Pflege ebenso wie eine nachhaltige Finanzierung vom Sozialministerium zu initiieren seien.



- 5.4 Der RH stimmte den Ländern Oberösterreich und Wien sowie dem Fonds Soziales Wien zu, dass die Initiative zu einer Reform der statistischen Erfassung der Gesamtaufwendungen vom Bund ausgehen müsste. Die Verbesserungen in diesem Bereich wurden bereits mehrfach in Arbeitsgruppen angestoßen. Bisher scheiterten die Bemühungen an einer Einigung mit den Ländern. Der RH hielt daher die Bereitschaft der Länder, sich mit konstruktivem Gestaltungswillen an den Bemühungen zu beteiligen, für essenziell, und blieb bei seiner Empfehlung.

Instrumente der Pflegefinanzierung

- 6.1 (1) Der RH hatte dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege (TZ 8) empfohlen, ein nachhaltiges Finanzierungssystem zu entwickeln und dabei insbesondere die Anforderungen einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung sowie einer Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen (Pflegegeld, Eigenbeiträge) zu berücksichtigen.

(2) (a) Im Nachfrageverfahren hatte das Sozialministerium mitgeteilt, dass im Hinblick auf eine alternde Bevölkerung und den daraus resultierenden steigenden Pflegebedarf die Sicherstellung der Finanzierung der Langzeitpflege wesentlich sei. Die Taskforce Pflege thematisiere die Finanzierungsströme, um einen effizienten Mitteleinsatz sicherzustellen. Diese seien sehr komplex und verwaltungsaufwändig und sollten daher vereinfacht werden. Aufgrund des demografischen Wandels und der qualitätssichernden Maßnahmen würden mehr finanzielle Mittel benötigt.

Um Entscheidungsgrundlagen zu erhalten, sei im Jahr 2018 eine Studie zur zukünftigen Finanzierung der Pflegevorsorge an das Institut für Höhere Studien vergeben worden. Darin sollte die österreichische Pflegefinanzierung europaweit verglichen und die Rolle der Prävention näher dargestellt werden. Auf Grundlage des Berichts der Taskforce Pflege, des Vorberichts Pflege sowie des Regierungsprogramms würden nun weitere Schritte folgen. Größere Reformvorhaben und die Weiterentwicklung der Pflegevorsorge könnten nur mit allen Beteiligten gemeinsam gelingen, darum gebe es Gespräche zu einer Zielsteuerung Pflege zwischen Bund, Ländern und Gemeinden.

(b) Das Land Oberösterreich hatte im Nachfrageverfahren auf die bestehenden (bundesseitig befristeten) Finanzierungssysteme hingewiesen. Bund, Länder und Gemeinden müssten sich im Rahmen des Finanzausgleichs auf eine Umstellung und damit auf eine nachhaltige Finanzierung einigen.

(c) Laut Mitteilung des Landes Wien im Nachfrageverfahren würde die Empfehlung im Rahmen des Strategiekonzepts „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ bearbeitet. Die weitere Bearbeitung der Empfehlungen liege bei der Taskforce Pflege und hänge primär von den Zeitplänen des Bundes ab. Für eine grundlegende Pflegereform habe Wien dem Bund einen Vorschlag zur Priorisierung der Themen übermittelt. Zuerst sei die Finanzierung zu klären.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Finanzierung nicht grundlegend neu ausgerichtet wurde.

(a) Das Finanzierungssystem im Bereich der Pflege war weiterhin durch eine Reihe von Zahlungsströmen mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen gekennzeichnet:

- Insbesondere der Bund zahlte weiterhin Pflegegeld an die Pflegebedürftigen aus, ohne eine Bindung an einen Verwendungsnachweis als Beitrag zur Finanzierung von Pflegeaufwendungen. Im Juli 2019 beschloss der Gesetzgeber, Pflegegeld in sämtlichen Stufen ab 1. Jänner 2020 zu erhöhen und in der Folge mit Wirkung vom 1. Jänner jeden Jahres mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor nach § 108f Allgemeines Sozialversicherungsgesetz zu valorisieren.
- Gemäß Allgemeinem Sozialversicherungsgesetz waren im Falle einer Heimunterbringung die Pensionsansprüche an die Länder abzutreten.
- Die Länder gewährten Sozialhilfeleistungen an die Betroffenen im Falle einer Heimunterbringung, wenn Pension und Pflegegeld nicht zur Deckung der Kosten ausreichten; die Abschaffung des Pflegeregresses führte zu grundlegenden Änderungen gegenüber dem allgemeinen Sozialhilferecht.
- Der Bund und zum Teil auch die Länder gewährten Förderungen für 24-Stunden-Betreuung und für mobile Dienste.
- Der Bund leistete Zahlungen an die Länder im Rahmen des Pflegefonds. Die Verlängerung der Finanzausgleichsperiode um die Jahre 2022 und 2023 bedingte eine entsprechende Dotierung des Pflegefonds – unter Beibehaltung der seit 2018 angewandten jährlichen Valorisierung mit 4,5 % – mit insgesamt 891,6 Mio. EUR. Das Sozialministerium wies darauf hin, dass ein wesentliches Augenmerk auf der Pandemiebekämpfung gelegen habe, die von verschiedenen Seiten vollsten Einsatz erfordert habe. Mit der unveränderten Valorisierung habe es den seit 2011 eingeschlagenen Weg beim Pflegefonds in gewohnter Weise fortgesetzt.
- Aus historischen Gründen bestanden noch komplizierte Elemente, z.B. der Ersatz der Länder an den Bund für die Übernahme des Landespflegegeldes im Jahr 2012. Teilweise wurden Finanzierungsaspekte auch durch Einzelaktbearbeitungen geregelt, wie insbesondere das Ruhen des Pflegegeldes bei Heimunterbringung (§ 12 und § 13 Bundespflegegeldgesetz¹⁹).

¹⁹ BGBl. 110/1993 i.d.g.F.

(b) Seit 2018 erhielt dieses Finanzierungssystem weitere Komplexität durch zusätzliche Zweckzuschüsse für bestimmte Bereiche mit Einzelabrechnungen:

- Abgeltung des Pflegeregresses: Der Bund stellte als Ersatz der Auswirkungen des ab 1. Jänner 2018 geltenden Verbots des Pflegeregresses nach § 330a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz den Ländern für die Jahre 2019 und 2020 einen Fixbetrag von jährlich 300 Mio. EUR aus dem Pflegefonds zur Verfügung; die Mittel wurden nach einem Schlüssel verteilt, der sich aus der Endabrechnung der Buchhaltungsagentur des Bundes im Jahr 2019 ergab. Grundlage der Endabrechnung waren Nachweise entgangener Einnahmen im Einzelfall, so dass Sozialhilfeverbände, Länder und die Buchhaltungsagentur des Bundes in zahlreichen Einzelkonstellationen Sachverhalte erheben und überprüfen mussten. In Einzelbereichen (z.B. Abrechnung alternativer Wohnformen in Wien) blieben die Abrechnungsergebnisse umstritten. Für die Jahre 2021 bis 2024 stellte der Bund erneut einen Fixbetrag von jährlich 300 Mio. EUR aus dem Pflegefonds bereit und verteilte die Mittel wie in den beiden vorangegangenen Jahren (siehe dazu [TZ 8](#)).
- COVID–19–Zweckzuschüsse: 2020 stellte der Bundesgesetzgeber den Ländern 100 Mio. EUR, 2021 nochmals 50 Mio. EUR zur Verfügung.
- Die Finanzierung der Angebote der Hospiz– und Palliativbetreuung wurde durch das Hospiz– und Palliativfondsgesetz, das mit 1. Jänner 2022 in Kraft trat, aus dem Pflegefondsgesetz herausgelöst.
- Gemäß dem Entgelterhöhungs–Zweckzuschussgesetz (in Kraft getreten am 1. September 2022) stellte der Bund Zweckzuschüsse an die Länder in Höhe von insgesamt 570 Mio. EUR für die Jahre 2022 und 2023 bereit, um die Bezahlung des Pflege– und Betreuungspersonals zu verbessern.
- Pflegeausbildungs–Zweckzuschussgesetz: Um dem zunehmenden Bedarf an Pflege– und Betreuungspersonal zu begegnen, beschloss der Bundesgesetzgeber eine finanzielle Unterstützung für Auszubildende. Dazu sah er Zweckzuschüsse an die Länder in Höhe von insgesamt 264 Mio. EUR für die Ausbildungsjahre 2022/23 bis 2024/25 vor.

Nachstehende Tabelle zeigt, wie sich die Mittel des Bundes für die Pflegefinanzierung, die über gesondert abzurechnende Zweckzuschüsse verteilt wurden, zwischen 2018 und 2022 entwickelten:

Tabelle 1: Zweckzuschussmittel vom Bund an die Länder mit Pflegebezug von 2018 bis 2022

		2018	2019	2020	2021	2022
		in Mio. EUR				
Pflegefonds	gesamt	365,93	379,14	396,14	414,14	435,92
	Oberösterreich	61,14	63,82	66,76	69,81	73,06
	Wien	77,72	81,65	85,35	89,44	93,51
COVID-19 Pflegefonds	gesamt	–	–	100,00	50,00	–
	Oberösterreich	–	–	16,74	8,37	–
	Wien	–	–	21,40	10,73	–
Hospiz- und Palliativfinanzierung	gesamt	–	4,80	4,53	5,03	20,69
	Oberösterreich	–	1,00	1,00	1,00	3,47
	Wien	–	1,05	1,28	1,29	4,44
Pflegereregress	gesamt	–	255,53	300,00	300,00	300,00
	Oberösterreich	–	46,90	53,31	53,31	53,31
	Wien	–	40,89	40,89	40,89	40,89
Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz ¹	gesamt	–	–	–	–	21,50
	Oberösterreich	–	–	–	–	3,60
	Wien	–	–	–	–	4,61
Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz ¹	gesamt	–	–	–	–	122,55
	Oberösterreich	–	–	–	–	21,71
	Wien	–	–	–	–	24,46
Summe	gesamt	365,93	639,48	800,67	769,17	900,66
	Oberösterreich	61,14	111,72	137,81	132,50	155,15
	Wien	77,72	123,58	148,92	142,35	167,91

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Sozialministerium; Land Oberösterreich; Land Wien

¹ In der Tabelle angegeben ist ein hochgerechneter Anteil für Langzeitpflege auf Basis des Schlüssels 57 % Krankenanstalten zu 43 % Langzeitpflege laut Krankenanstaltenstatistik 2021 bzw. Pflegedienstleistungsstatistik 2021.

Die Zweckzuschussmittel des Bundes an die Länder erhöhten sich von 2018 bis 2022 um 146 %. Bis 2022 waren sechs unterschiedliche Zweckzuschüsse abzurechnen.

Die Instrumente der Gesamtsteuerung, z.B. die seit 1993 bestehende Art. 15a B-VG Vereinbarung mit Regeln zur Bedarfsplanung und Qualität oder der Richtversorgungsgrad gemäß Pflegefondsgesetz, konnten nicht gestärkt werden.

(c) Für die Weiterentwicklung des Finanzierungssystems bestanden verschiedene Vorstellungen:

- Das Sozialministerium wies darauf hin, dass das Pflegegeld ein selbstbestimmtes und nach den persönlichen Bedürfnissen orientiertes Leben ermöglichen solle, unabhängig von Einkommen, Alter und der Ursache der Pflegebedürftigkeit. Die Unterstützung von betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen sei ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag. Das Pflegerisiko sei daher als ein gesamtgesellschaftliches Risiko anzusehen, das wie die Kosten des Pflegegeldes solidarisch von der Allgemeinheit zu tragen sei. Für ein nachhaltiges Finanzierungssystem sei eine koordinierte Gesamtsteuerung zielführend, wie im Vorbericht Pflege empfohlen. In diesem Zusammenhang habe der Bund die Einrichtung einer Zielsteuerungskommission vorbereitet und die Länder sowie den Österreichischen Städtebund und den Österreichischen Gemeindebund eingeladen, daran mitzuarbeiten.
- Das Land Oberösterreich wies lediglich darauf hin, dass sich Bund und Länder im Rahmen des Finanzausgleichs auf eine Umstellung und damit auf eine nachhaltige Finanzierung einigen müssten.
- Das Land Wien regte eine Neugestaltung des Finanzierungssystems unter Einbeziehung des Pflegegeldes an. Im Rahmen des geplanten dezentralen Casemanagements sei es zweckmäßig, auch die Zuständigkeiten für die Pflegegeldeinstufung zu integrieren. Die Beschlüsse der LandessozialreferentInnenkonferenz (2013, 2015 und 2019) insbesondere zur Aufhebung des Ruhens des Pflegegeldes bei Krankenhausaufenthalten bzw. des Differenzruhens nach § 13 Bundespflegegeldgesetz²⁰ wären umzusetzen und die Unterhalts- und Beistandspflichten aus unterschiedlichen Gesetzen (insbesondere nach dem Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch²¹) zu evaluieren. Weiters sei zu diskutieren, ob das Pflegegeld weiterhin unabhängig von der Inanspruchnahme von qualifizierten Pflegeleistungen gewährt werden oder stärker auf qualitätsgesicherte Pflegedienstleistungen von kontrollierten Pflegedienstleistern abzielen solle. Es sei unerlässlich, die Finanzierung und Organisation der ärztlichen und therapeutischen Versorgung von Menschen in Pflegeeinrichtungen durch die Krankenversicherung sicherzustellen. Erst nach einer Bündelung der bestehenden Finanzierungsströme bzw. der Neustrukturierung der Finanzierung könnten die Leistungsfelder weiterentwickelt werden. Wien setze sich für einen Ausstieg aus der Sozialhilfefinanzierung und eine solidarische Form der Finanzierung von Pflege und Betreuung im Sinne eines Pflegegarantiefonds ein.

²⁰ Im Falle der Heimunterbringung unter Kostenbeteiligung des Sozialhilfeträgers gehen 80 % des Pflegegeldanspruchs vom Betroffenen auf den Sozialhilfeträger über. 10 % des Pflegegeldes Stufe 3 verbleiben dem Betroffenen als Taschengeld. Im Umfang der Differenz zwischen 80 % des zuerkannten Pflegegeldes plus 10 % der Stufe 3 (Taschengeld) einerseits und 100 % des zuerkannten Pflegegeldes andererseits ruht der Anspruch auf Pflegegeld. In diesem Umfang sinkt daher der Aufwand des Bundes als Finanzierer des Pflegegeldes.

²¹ JGS 946/1811 i.d.g.F.

- 6.2 Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung nicht um. Zwar verlängerte der Bund verschiedene gesetzliche Grundlagen (z.B. den Pflegefonds) und führte weitere Zweckzuschüsse zur Pflegefinanzierung ein (z.B. mit Bezug zur COVID-19-Pandemie bzw. für Verbesserungen beim Pflegepersonal). Eine Neuordnung der Gesamtfinanzierung gelang im überprüften Zeitraum aber nicht. Vielmehr trat eine weitere Zersplitterung ein. Da mehrere Zweckzuschüsse befristet waren, war auch die Nachhaltigkeit der Finanzierung nicht sichergestellt.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien aufrecht, ein nachhaltiges Finanzierungssystem zu entwickeln und dabei insbesondere die Anforderungen einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung sowie die Anforderungen einer Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen (Pflegegeld, Eigenbeiträge) zu berücksichtigen.

- 6.3 (1) Das Sozialministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich um die Umsetzung der Empfehlung zu bemühen.

(2) Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien führten in ihren Stellungnahmen aus, dass die Einführung eines gemeinsamen Steuerungsinstrumentes eine Neuausrichtung des Pflegefondsgesetzes, des Pflegevorsorgeberichts und der Pflegedienstleistungsstatistik bedinge. Ziel sei es, bestehende veraltete Regelungen zu ersetzen. Dies werde im Rahmen der laufenden Verhandlungen zum Finanzausgleichsgesetz diskutiert und müsse auf Initiative des Bundes für die Bundesgesetzgebung aufbereitet werden.

Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien würden den Hinweis des RH, die Mehrkosten der Abschaffung durch den Pflegeregress zu berücksichtigen (TZ 8), unterstützen. Ebenso gelte es, die vom Bund u.a. initiierte Entlastungswoche, die Zweckzuschüsse gemäß Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz und Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz, die Mehrkosten der Community Nurses und des Erschwerniszuschlags in eine Regelfinanzierung überzuführen. Die bisherige Praxis des Sozialministeriums, zeitlich befristete Maßnahmen zu finanzieren, schaffe keine nachhaltige Finanzierung und trage nicht dazu bei, die hohe Dynamik und die stark steigenden Pflegeausgaben nachhaltig abzusichern.

(3) Das Land Wien und der Fonds Soziales Wien führten weiters aus, dass die Lücke in der bundesweiten statistischen Erfassung der Mittelherkunft und Mittelverwendung im Bereich der Pflege nicht geschlossen worden sei. Dies betreffe aber nicht – wie vom RH ausgeführt – die Darstellung auf Landesebene.



Ausgaben– bzw. Kostendämpfungspfad

- 7.1 (1) Der RH hatte dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege (TZ 9) empfohlen, bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems die Ausgabenentwicklung und dabei die Mengen– und Preisentwicklung je Land festzulegen.
- (2) (a) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren auf die Federführung des Bundesministeriums für Finanzen (in der Folge: **Finanzministerium**) für die Finanzausgleichsverhandlungen hingewiesen. Die Verhandlungsergebnisse zum Ausgaben– bzw. Kostendämpfungspfad würden in das Paktum zum Finanzausgleich ab dem Jahr 2017 sowie in § 1a Abs. 2 Pflegefondsgesetz einfließen. Es obliege dem Finanzministerium, die Zielerreichung anhand der festgelegten Ausgabenhöchstwerte im Vergleich zu den Ergebnissen der Pflegedienstleistungsstatistik des jeweiligen Berichtsjahres zu prüfen. Ein nachhaltiges Finanzierungssystem im Allgemeinen und die Berücksichtigung von Mengen– und Preisentwicklung im Besonderen würden in den nächsten Finanzausgleichsverhandlungen, aber auch im Rahmen der Zusammenarbeit zur Zielsteuerung Pflege mit den Ländern zu behandeln sein.
- (b) Das Land Oberösterreich hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sich Bund, Länder und Gemeinden im Rahmen des Finanzausgleichs auf eine Umstellung und damit auf eine nachhaltige Finanzierung einigen müssten. Hierbei sei auch die Einnahmenentwicklung (Kostenbeiträge und –ersätze der Pflegebedürftigen) zu berücksichtigen.
- (c) Laut Mitteilung des Landes Wien im Nachfrageverfahren würde die Empfehlung des RH im Rahmen des Strategiekonzepts „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ bearbeitet. Die weitere Bearbeitung der Empfehlungen liege bei der Taskforce Pflege (z.B. Themenfeld 1: Verlässlichkeit in der Pflege und Sicherheit des Systems, Themenfeld 5: vorausschauend planen und gestalten), hänge jedoch primär von den Zeitplänen des Bundes ab. Für eine grundlegende Pflegereform habe Wien dem Bund einen Vorschlag zur Priorisierung der Themen übermittelt, die der Bund und die LandessozialreferentInnenkonferenz laufend diskutieren würden. Zuerst sei die Finanzierung zu klären.
- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der bereits im Vorbericht Pflege als nicht mehr realistisch eingeschätzte Ausgabenpfad weiterhin gültig war.
- 7.2 Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung nicht um. Aufgrund der zwischenzeitlich eingetretenen zusätzlichen Änderungen infolge der Abschaffung des Pflegeregresses bzw. der weiteren Zweckzuschüsse etc. eignete sich der Ausgabenpfad im Vergleich zum Vorbericht Pflege noch weniger als Steuerungsgröße.



Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien, im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen gemeinsam mit den übrigen Ländern auch eine aktualisierte Zielvorstellung zur Entwicklung der Gesamtausgaben für Pflege zu entwickeln; diese wäre angesichts der in der Vergangenheit häufig geänderten Umstände (Einführung 24-Stunden-Betreuung, Abschaffung Pflegeregress, veränderte Personalsituation etc.) in ein gemeinsames Steuerungssystem zu integrieren.

7.3 (1) Das Sozialministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich um die Umsetzung der Empfehlung zu bemühen.

(2) Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien wiesen in ihren Stellungnahmen auf die laufenden Gespräche des Bundes und der Länder im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen hin. Von den Ländern liege eine gemeinsame Zielvorstellung zu den Gesamtausgaben vor, die auf eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversorgung abziele. Die Koordinierungsverantwortung obliege dem Finanzministerium und dem Sozialministerium.

Abschaffung des Pflegeregresses

8.1 (1) Der RH hatte dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege (TZ 12) empfohlen, bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems auch die Mehrkosten durch die Abschaffung des Pflegeregresses zu berücksichtigen.

(2) (a) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass der Entfall des Pflegeregresses im Ausgaben- bzw. Kostendämpfungspfad nicht berücksichtigt worden sei, weil die Verhandlungen zum Finanzausgleich ab 2017 im Dezember 2016 beendet worden seien und der Entfall des Pflegeregresses erst gegen Ende des ersten Halbjahres 2017 ein Thema gewesen sei. Eine zukünftige Berücksichtigung der durch die Abschaffung des Pflegeregresses entstandenen zusätzlichen Kosten sei für das Sozialministerium grundsätzlich denkbar und im Rahmen der Gespräche zur Zielsteuerung Pflege mit den Ländern zu diskutieren.

(b) Laut Mitteilung des Landes Oberösterreich im Nachfrageverfahren würden die Mehrkosten durch die Abschaffung des Pflegeregresses den Ländern nicht zur Gänze ersetzt. Daher stimme es der Empfehlung an den Bund vollinhaltlich zu.

(c) Wie das Land Wien im Nachfrageverfahren mitgeteilt hatte, würde die Empfehlung des RH im Rahmen des Strategiekonzepts „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ bearbeitet. Die weitere Bearbeitung der Empfehlungen liege bei der Taskforce Pflege, hänge jedoch primär von den Zeitplänen des Bundes ab. Für eine grundlegende Pflegereform habe Wien dem Bund einen Vorschlag zur Priorisierung der



Themen übermittelt, die zwischen dem Bund und den Ländern laufend diskutiert würden. Zuerst müsse die Finanzierung geklärt werden.

(3) Der RH stellte nunmehr Folgendes fest:

Für die Jahre 2019 und 2020 stellte der Bund als Ersatz für die Auswirkungen, die sich aus der Abschaffung des Pflegeregresses ergaben (insbesondere für den Einnahmehausfall), den Ländern einen Fixbetrag von 300 Mio. EUR jährlich aus dem Pflegefonds zur Verfügung; er verlängerte diese Regelung für die Jahre 2021 bis 2024.

Grundlage der Endabrechnung der Ersatzzahlungen für Pflegeregress waren Nachweise entgangener Einnahmen im Einzelfall, so dass Sozialhilfeverbände, Länder und die Buchhaltungsagentur des Bundes in zahlreichen Einzelkonstellationen Sachverhalte erheben und prüfen mussten. In Einzelbereichen (z.B. Abrechnung alternativer Wohnformen in Wien) blieben die Abrechnungsergebnisse umstritten. Mit zunehmendem zeitlichem Abstand zur Abschaffung des Pflegeregresses war eine genaue Abrechnung erschwert.

Das Sozialministerium plante zu diesem Thema Verhandlungen mit den Ländern im Rahmen der Finanzausgleichsgespräche und des Pflege-Zielsteuerungsprozesses.

- 8.2 Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung nicht um. Der Bundesgesetzgeber verlängerte den pauschalen Kostenersatz bis 2024, ohne eine inhaltliche Neubewertung vorzunehmen. Die Abrechnungsergebnisse waren teilweise weiter umstritten, mit zunehmendem zeitlichem Abstand war eine exakte Abrechnung erschwert.

Der RH verwies daher auf seine Empfehlung in TZ 6 zur Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems.

Er hielt seine Empfehlung an das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien aufrecht, dabei auch die Mehrkosten durch die Abschaffung des Pflegeregresses zu berücksichtigen.

- 8.3 (1) Das Sozialministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich um die Umsetzung der Empfehlung zu bemühen.

(2) Das Land Wien und der Fonds Soziales Wien führten in ihren Stellungnahmen aus, die Empfehlung zu unterstützen. Sie würden den Bund auffordern, die entstandenen Regresskosten sowie Folgekosten vollständig abzudecken. Die fehlende Berücksichtigung, etwa des betreuten Wohnens in Wien als stationäre Leistung, sei weiterhin nicht nachvollziehbar und widerspreche den höchstgerichtlichen Entscheidungen (Oberster Gerichtshof 30. April 2018, 1 Ob 62/18a; VfGH 10. Oktober 2018, E 229/2018).

Bedarfs– und Entwicklungsplanung

Harmonisierung der Rahmenbedingungen

9.1 (1) Der RH hatte dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege (TZ 15) empfohlen, die Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte und Inhalte der Bedarfs– und Entwicklungsplanungen im Pflegebereich zu harmonisieren.

(2) (a) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren eine Harmonisierung begrüßt. Die Bedarfs– und Entwicklungspläne und somit deren Ausgestaltung würden in die Kompetenz der Länder fallen. Mit diesen werde im Rahmen der geplanten Zielsteuerung Pflege auch die Vereinheitlichung der Planungsberichte zu besprechen sein. Dazu sehe der Ergebnisbericht der Taskforce Pflege zwei Maßnahmenpakete vor. Im Maßnahmenpaket 54 sei die Entwicklung einer Gesamtstrategie beabsichtigt, die auf Basis koordinierter Bedarfs– und Entwicklungspläne eine österreichweit abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen und darauf aufbauend eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung ermögliche. Im Maßnahmenpaket 60 sei festgelegt, aufbauend auf die Ergebnisse einer Erhebung des Pflegebedarfs nach einheitlichen Kriterien die bedarfsgerechten Pflegedienstleistungen in Form von Bedarfs– und Entwicklungsplänen planen zu können. Diese sollten – entsprechend der Empfehlung des RH – in den Inhalten, Zeithorizonten und Planungsgrundlagen abgestimmt und einheitlich sein.

(b) Das Land Oberösterreich hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass nicht nur die Bedarfs– und Entwicklungspläne, sondern auch die darin enthaltenen Produkte bzw. Dienstleistungen uneinheitlich seien.

(c) Laut Mitteilung des Landes Wien im Nachfrageverfahren würde die Empfehlung des RH im Rahmen des Strategiekonzepts „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ bearbeitet. Nach Ansicht des Landes Wien und des Fonds Soziales Wien liege die weitere Bearbeitung der Empfehlungen in den jeweiligen Themenfeldern der Taskforce Pflege. Eine Weiterarbeit hänge jedoch primär von den Zeitplänen des Bundes ab. Für eine grundlegende Pflegereform habe Wien dem Bund einen Vorschlag zur Priorisierung der Themen übermittelt. Zuerst sei die Finanzierung zu klären.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Harmonisierung der Bedarfs– und Entwicklungspläne ein Ziel war, das auch im Ergebnisbericht der Taskforce Pflege als Vorhaben festgelegt war. Konkrete Umsetzungserfolge konnten jedoch nicht erzielt werden. Die Bedarfs– und Entwicklungsplanungen der Länder Wien und Oberösterreich folgten weiterhin keiner österreichweiten Koordinierung.



- 9.2 Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung nicht um. Die empfohlene Harmonisierung der Bedarfs– und Entwicklungspläne war Teil des Ergebnisberichts der Taskforce Pflege, konkrete Umsetzungsschritte folgten jedoch nicht.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien aufrecht, die Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte und Inhalte der Bedarfs– und Entwicklungsplanungen im Pflegebereich zu harmonisieren. Weiters empfahl der RH, auf Basis koordinierter Bedarfs– und Entwicklungspläne eine österreichweite, abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen zu erstellen und darauf aufbauend eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen zu erarbeiten.

- 9.3 (1) Laut Stellungnahme des Sozialministeriums stehe es einer Harmonisierung positiv gegenüber. Die Entwicklungspläne und insbesondere die Ausgestaltung der Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte und Inhalte würden in die Kompetenz der Länder fallen. Trotzdem überlege das Sozialministerium, die Empfehlung und deren Umsetzung in einer Sitzung mit den Ländern zu thematisieren und eine etwaige Adaptierung des § 4 Abs. 1 Pflegefondsgesetz zu prüfen.

Mit der Art. 15a B–VG Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen²² solle im Rahmen der Bedarfs– und Entwicklungspläne – dabei handle es sich um Planungsberichte – angestrebt werden, dass für die pflegebedürftigen Personen ein ausreichendes und vielfältiges Angebot integrierter ambulanter Hilfs– und Betreuungsdienste sowie stationärer und teilstationärer Pflegeeinrichtungen verfügbar sei. Grundsätzlich solle die Planung auf den bestehenden Strukturen aufgebaut werden. Weiters enthalte die Anlage B in neun Punkten Vorgaben zum Aufbau der Pläne.

Trotz dieser Grundlage, die einen einheitlichen Aufbau der Bedarfs– und Entwicklungspläne gewährleisten sollte, hätten sich diese Pläne der Länder im Laufe der Jahre höchst unterschiedlich entwickelt, was eine Vergleichbarkeit wesentlich erschwere.

Um die Vergleichbarkeit der Bedarfs– und Entwicklungsplanungen zu verbessern, seien die Länder mit der Novelle des Pflegefondsgesetzes²³ verpflichtet worden, für die Gewährung des Zweckzuschusses Planungsunterlagen, die einen Zeitraum von zumindest fünf Jahren umfassen, zu übermitteln und jährlich zu aktualisieren. Zusätzlich zu diesem Harmonisierungsschritt seien in § 3a Pflegefondsgesetz Bestimmungen zur Harmonisierung des Dienstleistungsangebots eingeführt worden, deren Umsetzung das Sozialministerium monitore. Die Koordinierung der Bedarfs– und

²² BGBl. 866/1993, Anlage B

²³ BGBl. I 22/2017

Entwicklungspläne, für die ausschließlich die Länder zuständig seien, könne jedoch auch ein Thema im Rahmen der Pflege-Entwicklungs-Kommission sein.

(2) Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien führten in ihren Stellungnahmen aus, dass Oberösterreich und Wien für das weitere Vorgehen zu einer bundesweiten Umsetzung der Bedarfs- und Entwicklungsplanung den Bund als zuständig sähen, um diesen Themenkomplex in Zusammenarbeit mit den Ländern zu initiieren.

Oberösterreich und Wien würden grundsätzlich nach wie vor die Empfehlung des RH – z.B. für gemeinsame Standards – unterstützen und sähen die Umsetzung weiterhin im Rahmen einer umfassenden, bundesweiten Pflegereform (auch benannt Taskforce Pflege oder Pflege-Entwicklungs-Kommission).

Die Einführung von Kennzahlen zur Messung der Versorgung sowie abgestimmte Bedarfsprognosen für Pflegedienstleistungen erforderten ebenfalls eine Neuausrichtung des Pflegefondsgesetzes, des Pflegevorsorgeberichts und der Pflegedienstleistungsstatistik. Ziel sei es, bestehende veraltete Regelungen zu ersetzen.

Oberösterreich und Wien würden bei durch den Bund einberufenen Arbeitsgruppen gerne weiter mitarbeiten und diese durch Expertise sowie vorhandenes statistisches Material (Pläne, Prognosen, Quotenrechnungen etc.) unterstützen.

(3) Das Land Wien und der Fonds Soziales Wien führten in ihren Stellungnahmen weiters aus, dass es nicht nachvollziehbar sei, warum der RH diese Empfehlung als von Wien nicht umgesetzt einstufe. Wie der RH in seinem Vorbericht Pflege ausgeführt habe, verfüge der Fonds Soziales Wien bereits über eine Bedarfs- und Entwicklungsplanung. Diese werde jährlich mit sehr ausführlichen Prognosen für Wien erstellt. Des Weiteren lägen umfangreiche Leistungsberichte inklusive geeigneter Kennzahlen auf. Auf Ebene des Landes berücksichtige auch das Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ die Empfehlung. So würden z.B. Angebote inklusiv gestaltet, die Durchlässigkeit zwischen den Leistungen erhöht, Angehörige entlastet, Politik für Seniorinnen und Senioren weiterentwickelt oder die Personalpolitik modernisiert.

- 9.4 Der RH erwiderte dem Land Wien und dem Fonds Soziales Wien, dass sich seine Empfehlung auf die bundesländerübergreifende Harmonisierung der Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte und Inhalte der Bedarfs- und Entwicklungsplanungen im Pflegebereich bezog, um österreichweite Aussagen gewinnen zu können. Die Überzeugung des Landes Wien, innerhalb des eigenen Landes eine gute Bedarfsplanung zu leisten, war daher – im Unterschied zur empfohlenen und umgesetzten Ergänzung der Bedarfsprognosen in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen (TZ 10) –



nicht als Umsetzung dieser Empfehlung einzustufen. Ergänzend verwies der RH auf seine Gegenäußerung zu TZ 12.

Koordinierung Bedarfsprognosen, Personalprognosen und Ausgabenschätzungen

10.1 (1) Der RH hatte den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege (TZ 16) empfohlen, die Bedarfsprognosen für Pflegedienstleistungen in den Bedarfs– und Entwicklungsplänen um eine Abschätzung der dafür benötigten Personalressourcen und –qualifikationen sowie Ausgabenschätzungen zu ergänzen.

(2) (a) Das Land Oberösterreich hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass aufgrund der zahlreichen Veränderungen im Pflege– und Betreuungsbereich (Pflegereform des Bundes, Fachkräftestrategie Pflege des Landes Oberösterreich, Überarbeitung des Bedarfs– und Entwicklungsplans) eine exakte monetäre Prognose schwer durchführbar sei. Ohne akkordierte Struktur zwischen Ländern und Bund sei diese Empfehlung nicht umsetzbar. Die geplante „Zielsteuerung Pflege“ sei noch nicht ausreichend klar.

(b) Das Land Wien hatte im Nachfrageverfahren zugesagt, der Empfehlung zu entsprechen. Der Fonds Soziales Wien erstelle jährlich ausführliche Prognosen.

(3) Der RH stellte nunmehr Folgendes fest:

(a) Das Oö. Sozialhilfegesetz 1998²⁴ sah eine regelmäßige Bedarfs– und Entwicklungsplanung vor. Im Jahr 2015 erstellte die Sozialabteilung des Amtes der Oö. Landesregierung eine bis 2021 geltende Bedarfsplanung; im Jahr 2019 passte die Sozialabteilung diesen Plan an und weitete den Planungshorizont bis 2025 aus. Dies auch vor dem Hintergrund, dass eine Aufnahme in Pflegeheime nur noch ab Pflegestufe 4 vorgesehen war. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung arbeitete die Sozialabteilung an einem neuen Bedarfs– und Entwicklungsplan bis 2030. Die Fertigstellung war für Anfang 2023 geplant, bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung im März 2023 übermittelte das Land Oberösterreich dem RH keinen aktualisierten Bedarfs– und Entwicklungsplan.

Methodisch ging die Sozialabteilung des Amtes der Oö. Landesregierung beim Bedarfs– und Entwicklungsplan bis 2025 vom Durchschnittsversorgungsgrad für das Land Oberösterreich aus und schrieb diesen unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und unter Annahme eines Korridors für die einzelnen Regionen weiter fort. Eine Berücksichtigung weiterer Veränderungen (z.B. Familienstrukturen,

²⁴ LGBl. 82/1998 i.d.g.F.



Frauenerwerbsquoten) war nicht vorgesehen. Wieweit der bestehende Versorgungsgrad bedarfsgerecht war, wurde nicht analysiert.

Das Land Oberösterreich nahm an, dass sich der Personalbedarf zwischen 2025 und 2030 jährlich um 2 % erhöhe, was der Steigerung des errechneten Personalbedarfs 2017 bis 2019 entspreche. Die Zahl der Pflegebedürftigen blieb zwischen 2017 und 2020 konstant, wohingegen zwischen 2025 und 2030 ein Anstieg der Pflegebedürftigen um jährlich 1,7 % erwartet wird. Der oberösterreichische Landesrechnungshof kritisierte im Jahr 2022 die vom Land Oberösterreich ermittelte Pflegepersonalbedarfsplanung und empfahl, nach Vorlage des aktualisierten Bedarfs- und Entwicklungsplans die Personalbedarfsplanung entsprechend den darin festgelegten Leistungszielen neu aufzusetzen.

(b) Das Land Wien erstellte jährliche Prognosen, die sowohl eine Leistungsplanung als auch eine Personalbedarfsplanung enthielten und Grundlage für eine Ausgaben-schätzung waren. Die Prognosen basierten auf demografischen Entwicklungen und der Fortschreibung von vergangenen Trends.

- 10.2 Das Land Oberösterreich setzte die Empfehlung teilweise um, weil die Personal- und Leistungsplanungen zwar nunmehr beide im Bedarfs- und Entwicklungsplan enthalten, aber inhaltlich noch nicht ausreichend aufeinander abgestimmt waren.

Das Land Wien hatte aus Sicht des RH die Empfehlung umgesetzt, weil die jährliche Planung sowohl Leistungskennzahlen als auch damit abgestimmte Personalbedarfe enthielt.

Der RH empfahl daher dem Land Oberösterreich, die Bedarfsprognosen für Pflegedienstleistungen in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen und die Abschätzung der dafür benötigten Personalressourcen und -qualifikationen miteinander abzustimmen.

- 10.3 (1) Laut Stellungnahme des Sozialministeriums stehe es einer grundsätzlichen Harmonisierung positiv gegenüber. Es wiederholte seine Stellungnahme zur Empfehlung in TZ 9 betreffend die Harmonisierung der Bedarfs- und Entwicklungsplanung.

(2) Das Land Oberösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, dass es über einen Bedarfs- und Entwicklungsplan verfüge, der um eine Abschätzung der zusätzlichen Personalressourcen und des Ausbildungsbedarfs ergänzt worden sei. Zur Zeit der Stellungnahme würden die Bedarfsplanungen evaluiert.

- 10.4 Der RH entgegnete dem Land Oberösterreich, dass – wie auch vom oberösterreichischen Landesrechnungshof kritisiert und vom Land Oberösterreich nicht bestritten – die Personalbedarfsplanung zwar im Bedarfs- und Entwicklungsplan angeführt, aber inhaltlich von der prognostizierten Leistungsentwicklung noch abgekoppelt war.



Kennzahlen zur Steuerung der Versorgung

- 11.1 (1) Der RH hatte im Vorbericht Pflege festgestellt (TZ 14), dass der Richtversorgungsgrad laut Pflegefondsgesetz weder aussagekräftig noch geeignet war, Schlussfolgerungen über die tatsächliche bedarfsorientierte Versorgung zu ziehen. Mangels alternativer länderübergreifender Kennzahlen fehlte ein geeigneter Indikator. Im Vorbericht und auch schon in einem Bericht aus 2014²⁵ hatte der RH kritisiert, dass der Richtversorgungsgrad mangels Unterscheidung der Leistungsarten nicht zur Steuerung geeignet war, dass die Mittel des Pflegefonds jedenfalls ausbezahlt wurden und daher auch keine Steuerungswirkung entfalten konnten.

Der RH hatte dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege daher empfohlen, für den Pflegebereich geeignete Kennzahlen zur Messung der Versorgung nach Art und Umfang zu entwickeln und diese für Bedarfs- und Entwicklungspläne sowie für die Steuerung und Evaluierung der Versorgung zu nutzen.

- (2) (a) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass eine Novellierung der Regelungen zum Richtversorgungsgrad vorstellbar sei, um diesen als Steuerungsinstrument auszubauen.

Die Entwicklung geeigneter Kennzahlen zur Messung der Versorgung nach Art und Umfang falle in die Zuständigkeit der Länder, wofür das Sozialministerium Unterstützung anbiete. Es werde dies auch im Rahmen der Erarbeitung der Zielsteuerung Pflege thematisieren.

- (b) Laut Mitteilung des Landes Oberösterreich im Nachfrageverfahren seien die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder nicht einheitlich, ebenso wenig die dazugehörigen Kernprodukte und Dienstleistungen im Sozialbereich. Eine koordinierte österreichweite Bedarfs- und Entwicklungsplanung setze zunächst eine Vereinheitlichung der Produkte und Dienstleistungen sowie der Planungsinstrumente voraus.

- (c) Wie das Land Wien im Nachfrageverfahren mitgeteilt hatte, würde die Empfehlung des RH im Rahmen des Strategiekonzepts „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ bearbeitet. Nach Ansicht des Landes Wien und des Fonds Soziales Wien liege die weitere Bearbeitung der Empfehlungen in den jeweiligen Themenfeldern der Taskforce Pflege (z.B. Themenfeld 1: Verlässlichkeit in der Pflege und Sicherheit des Systems, Themenfeld 5: vorausschauend planen und gestalten). Eine Weiterarbeit (Pflegerreform) hänge primär von den Zeitplänen des Bundes ab. Für eine grundlegende Pflegerreform habe Wien dem Bund einen Vorschlag zur Priorisierung der

²⁵ „Altenbetreuung in Kärnten und Tirol; Entwicklungen unter Berücksichtigung der Pflegerreform 2011/2012“ (Reihe Bund 2014/7, TZ 10)



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Themen übermittelt, die zwischen dem Bund und den Ländern laufend diskutiert würden. Zuerst sei die Finanzierung zu klären.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass weder die Regelungen zum Richtversorgungsgrad novelliert noch bundeseinheitliche Kennzahlen zur Messung des Versorgungsgrades erarbeitet wurden. Lediglich im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung waren genauere Kennzahlen entwickelt worden (TZ 3).

- 11.2 Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung nicht um.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien aufrecht, für den Pflegebereich geeignete Kennzahlen zur Messung der Versorgung nach Art und Umfang zu entwickeln und diese für Bedarfs- und Entwicklungspläne sowie für die Steuerung und Evaluierung der Versorgung zu nutzen.

- 11.3 Das Sozialministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass sich der Versorgungsgrad in einem Land gemäß § 2a Pflegefondsgesetz aus dem Verhältnis
- der Anzahl der je Kalenderjahr und Land im Rahmen der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen (exklusive des Case- und Caremanagements) betreuten Personen (zuzüglich jener Personen, die selbst bzw. deren Angehörige Zweckzuschüsse zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung erhielten)
 - zur Anzahl der Personen mit Pflegegeldanspruch gemäß Bundespflegegeldgesetz im Jahresdurchschnitt

ergebe. Der Richtversorgungsgrad sei ein vorgegebener Zielwert, den alle Länder bisher immer erfüllt hätten. Für das Sozialministerium sei eine Novellierung der angeführten Gesetzesstelle vorstellbar, um den (Richt-)Versorgungsgrad als Steuerungsinstrument auszubauen.

Das Sozialministerium sei bestrebt, die Entwicklung geeigneter Kennzahlen zur Messung der Versorgung nach Art und Umfang zusammen mit dem Thema einheitlicher Bedarfs- und Entwicklungspläne in einer Sitzung mit den Ländern eingehend zu erörtern.



Abgestimmte Gesamteinschätzung für Österreich

12.1 (1) Der RH hatte dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege (TZ 18) empfohlen, auf Basis koordinierter Bedarfs- und Entwicklungspläne eine österreichweite, abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen zu erstellen und darauf aufbauend eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen zu erarbeiten.

(2) (a) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass eine Steuerung mangels umfassender Kompetenz des Bundes nur in einem sehr eingeschränkten Umfang möglich sei. Gemäß der Anlage B der Art. 15a B-VG Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen sollte im Rahmen der Bedarfs- und Entwicklungspläne ein ausreichendes und vielfältiges Angebot angestrebt werden. Die Anlage B enthalte Vorgaben für einen einheitlichen Aufbau der Bedarfs- und Entwicklungspläne. Trotzdem hätten sich die Pläne der Länder im Laufe der Jahre höchst unterschiedlich entwickelt, was eine Vergleichbarkeit erschwere.

Um eine bessere Vergleichbarkeit der Bedarfs- und Entwicklungsplanungen herbeizuführen, seien die Länder mit einer Novelle des Pflegefondsgesetzes²⁶ verpflichtet worden, für die Gewährung des Zweckzuschusses jährlich zu aktualisierende Planungsunterlagen mit einem Zeitraum von zumindest fünf Jahren vorzulegen. Zusätzlich seien im Zuge dieser Novellierung Bestimmungen zur Harmonisierung des Dienstleistungsangebots eingeführt worden, deren Umsetzung das Sozialministerium überwache. Die ausschließlich den Ländern obliegende Koordinierung der Bedarfs- und Entwicklungspläne sei auch ein Punkt im Rahmen der Zielsteuerung Pflege und im Ergebnisbericht der Taskforce Pflege.

(b) Wie das Land Oberösterreich im Nachfrageverfahren mitgeteilt hatte, seien die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder nicht einheitlich, ebenso wenig die dazugehörigen Kernprodukte und Dienstleistungen im Sozialbereich. Eine koordinierte österreichweite Bedarfs- und Entwicklungsplanung setze eine Vereinheitlichung der Produkte und Dienstleistungen sowie der Planungsinstrumente voraus.

(c) Laut Mitteilung des Landes Wien im Nachfrageverfahren biete es für die vom Bund einberufenen Arbeitsgruppen seine Mitarbeit und Expertise an. Als Grundlage für eine gemeinsame Weiterarbeit könnten die durch den Fonds Soziales Wien regelmäßig erstellten Pläne und Prognosen sowie das in Wien vorhandene Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ dienen. Der Bund habe zu Arbeitsgruppen noch nicht eingeladen.

²⁶ BGBl. I 22/2017



(3) Der RH stellte nunmehr Folgendes fest:

(a) Seit dem Vorbericht Pflege wurden keine Erfolge in der Vereinheitlichung bzw. Vergleichbarkeit der Bedarfs- und Entwicklungspläne erzielt, es wurde auch keine gemeinsame Planung erstellt. Das Sozialministerium plante, mit den Ländern im Rahmen des Pflege-Zielsteuerungsprozesses zu verhandeln.

Das Sozialministerium hatte die Studie „Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich“ bei der GÖG beauftragt und 2019 veröffentlicht (TZ 14). Diese ging auf Basis einer Analyse 2012 bis 2017 für den Bereich Langzeitpflege von einem gleichbleibenden Grad der Inanspruchnahme aus und schrieb den Pflegebedarf daher auf Basis der demografischen Entwicklung fort.

(b) Das Land Oberösterreich hatte im Jahr 2015 einen Bedarfs- und Entwicklungsplan erstellt, der im Wesentlichen auf einer Fortschreibung der bestehenden Versorgungsstruktur unter Berücksichtigung der demografischen Veränderungen basierte. Das Land Wien erstellte jährliche Prognosen, bei denen eine Fortschreibung der Bevölkerungsentwicklung einer Trendanalyse gegenübergestellt wurde.

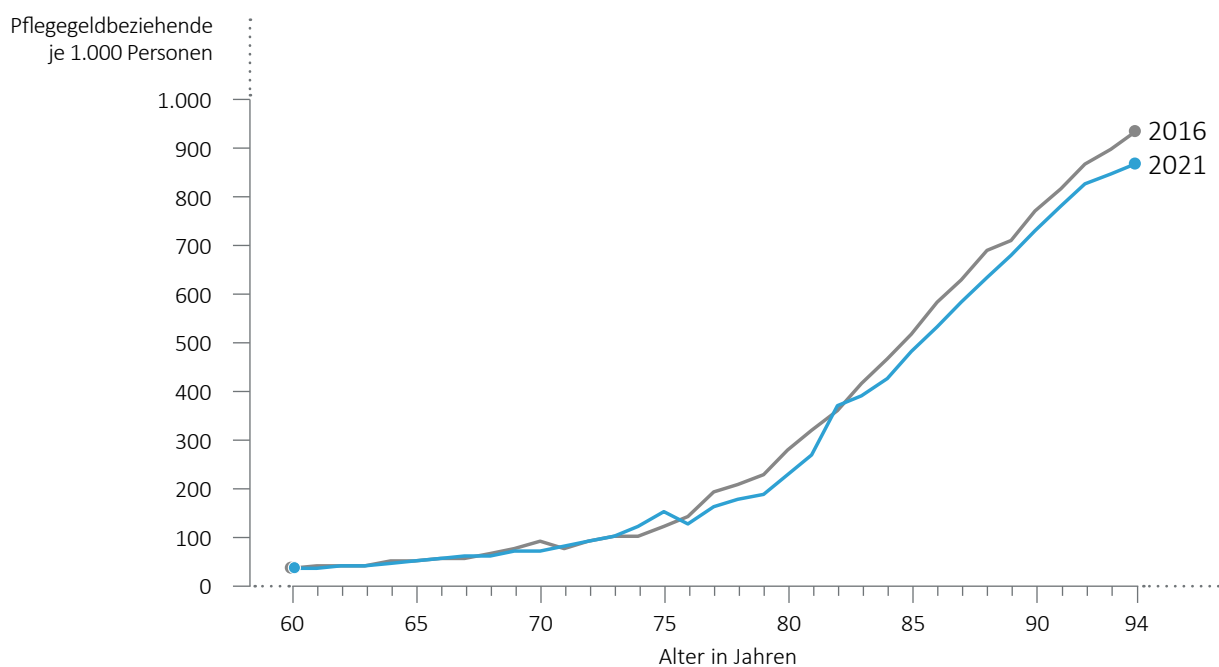
(c) Der erwartete Pflegebedarf wird meist

- auf Basis der demografischen Entwicklung oder
- aus einer Trendberechnung der Pflegegeldbeziehenden

ermittelt. Im Zeitraum 2016 bis 2021 entwickelten sich diese beiden Parameter jedoch unterschiedlich: Im Jahr 2016 standen rd. 432.000 Personen über 80 Jahren rd. 457.000 Pflegegeldbeziehenden gegenüber. Bis zum Jahr 2021 stieg die Anzahl der über 80-Jährigen um rd. 81.000, die Anzahl der Pflegegeldbeziehenden jedoch nur um rd. 10.000.

Die folgende Abbildung zeigt, dass der Anteil der Pflegegeldbeziehenden an der Bevölkerung in den Jahren 2016 und 2021 im Wesentlichen in allen Altersgruppen zurückging:

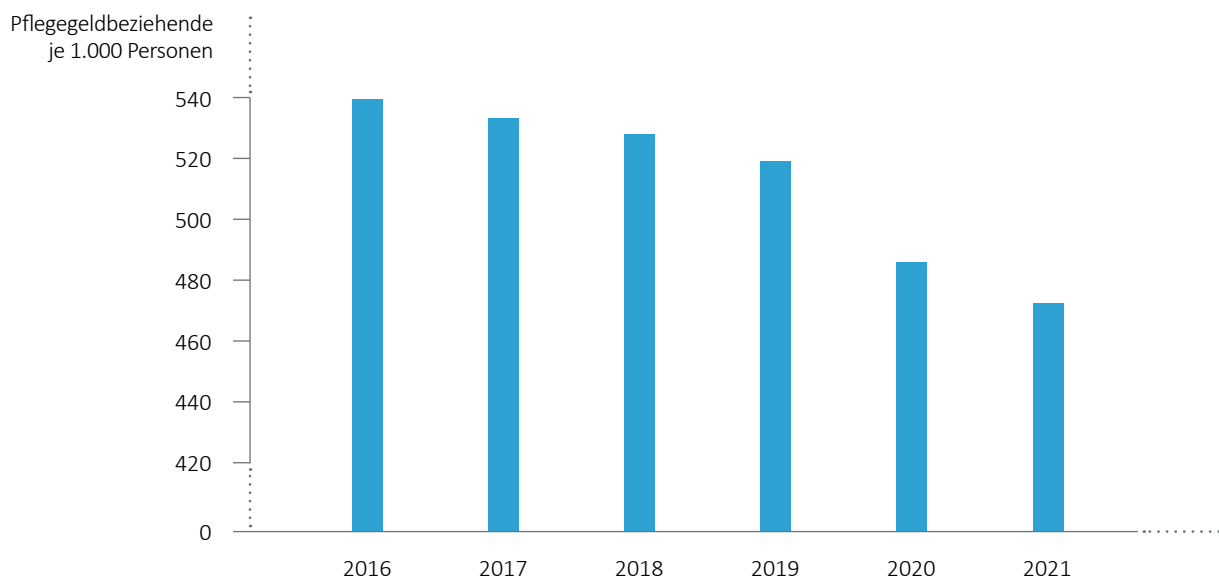
Abbildung 4: Pflegegeldbeziehende je 1.000 Personen nach Altersgruppen 2016 und 2021



Quellen: Dachverband; Statistik Austria; Darstellung: RH

Die folgende Abbildung zeigt, dass der Anteil der über 80-jährigen Pflegegeldbeziehenden von 2016 bis 2021 im Wesentlichen kontinuierlich zurückging:

Abbildung 5: Pflegegeldbeziehende je 1.000 Personen über dem 80. Lebensjahr



Quellen: Dachverband; Statistik Austria; Darstellung: RH



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Auch die Entwicklung des Aufwands für Bundespflegegeld spiegelte diese Entwicklung wider: Zwischen 2016 und 2021 stieg die Anzahl der über 80-Jährigen um 19 %, der Aufwand für Pflegegeld um 7 %.

- 12.2 Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung nicht um. Zwar war der Inhalt der Empfehlung auch im Ergebnisbericht der Taskforce Pflege als Vorhaben enthalten, konkrete Umsetzungsschritte unterblieben jedoch. Die Länder Oberösterreich und Wien planten weiterhin methodisch und organisatorisch unterschiedlich. Eine österreichweit koordinierte Gesamtprognose auf Basis der Landesplanungen gab es nicht.

Dies war auch deshalb von Interesse, weil die demografische Entwicklung und die Entwicklung der Pflegegeldbeziehenden im Zeitraum 2016 bis 2021 unterschiedliche Tendenzen zeigten.

Der RH hielt seine Empfehlung an das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien aufrecht, auf Basis koordinierter Bedarfs- und Entwicklungspläne eine österreichweite, abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen zu erstellen und darauf aufbauend eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen zu erarbeiten.

- 12.3 (1) Das Sozialministerium verwies auf seine Stellungnahme zur diesbezüglichen Empfehlung in TZ 9.
- (2) Das Land Wien und der Fonds Soziales Wien wiederholten ihre Stellungnahmen zu TZ 9 und hielten nochmals fest, dass es nicht nachvollziehbar sei, warum der RH diese Empfehlung als von Wien nicht umgesetzt einstufte.
- 12.4 Der RH entgegnete dem Land Wien und dem Fonds Soziales Wien, dass er die Empfehlung deshalb als nicht umgesetzt beurteilte, weil keine zwischen den Ländern abgestimmte Bedarfsprognose vorlag. Er hielt fest, dass das Land Wien dies alleine nicht umsetzen konnte und eine Umsetzung ohne Wien auch nicht möglich war. Nach Ansicht des RH wäre daher eine gemeinsame Lösung zu finden.



Personalbereich

Personalschlüssel

13.1 (1) Der RH hatte dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege (TZ 30) empfohlen, die Regelungen über die Personalausstattung zu harmonisieren, am tatsächlichen Pflegebedarf und der angestrebten Pflegequalität auszurichten und regelmäßig (z.B. alle fünf Jahre) an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen.

(2) (a) Im Nachfrageverfahren hatte das Sozialministerium mitgeteilt, dass auch der Ergebnisbericht der Taskforce Pflege (Maßnahmenpaket 21) eine österreichweite Harmonisierung von Personalbedarfsvorgaben empfehle. Für Personalschlüssel seien die Länder zuständig, eine Harmonisierung bedürfe der engen Kooperation mit den Ländern. Im laufenden Projekt „Pflegerreporting (Personalreport)“ solle ein umfassendes Pflegerreporting entwickelt werden, um den Status der Pflege- und Betreuungssituation in Österreich sowie die damit verbundenen Auswirkungen abbilden zu können.

(b) Laut Mitteilung des Landes Oberösterreich im Nachfrageverfahren erscheine eine österreichweite Harmonisierung der Personalausstattung und des Personalschlüssels aufgrund der unterschiedlichen Systeme in den Ländern schwer realisierbar.

(c) Das Land Wien hatte im Nachfrageverfahren auf die Taskforce Pflege verwiesen; die Personalausstattung dürfe nicht zulasten von Wien reduziert werden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass ein harmonisierter Personalschlüssel nicht umgesetzt war.

(a) Das Sozialministerium plante Verhandlungen mit den Ländern im Rahmen der Finanzausgleichsgespräche und des Pflege-Zielsteuerungsprozesses.

Die GÖG begann im Jahr 2022 im Auftrag des Sozialministeriums konzeptionelle Vorarbeiten zu möglichen Parametern eines national harmonisierten Personalschlüssels. Dabei wurden einerseits erneut die bestehenden Regelungen der Länder erhoben, andererseits internationale Vergleiche durchgeführt und die methodische Vorgehensweise zur Personalbedarfsbestimmung im Bereich Pflege in Krankenanstalten berücksichtigt. Eine klare normative Zielsetzung bestand zur Zeit der Gebärungsüberprüfung nicht.

(b) Im Vorbericht Pflege (TZ 32) hatte der RH festgestellt, dass die Länderpersonalschlüssel für das vom RH definierte Musterheim mit 71 Betten folgenden Mindestpersonalstand erforderten:

Tabelle 2: Mindestpersonalausstattung für ein Musterheim im Jahr 2018

	diplombiertes Pflegepersonal	Pflegeassistenten- berufe ¹	Heimhilfe bzw. Hilfspersonal	Personal gesamt
	in Vollzeitäquivalenten			
Oberösterreich ²	6,7	23,3	3,3	33,3
Wien	13,7	22,8	9,1	45,7

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Land Oberösterreich; Land Wien; RH

¹ Pflegehelferinnen und –helfer, Pflege(–fach–)assistenten, Diplom– oder Fachsozialbetreuerinnen und –betreuer

² Ab 2019 sollten diplomiertes Pflegepersonal und Pflegefachassistenten gemeinsam 25 % bis 30 % ausmachen, davon sollten mindestens 15 % diplomiertes Pflegepersonal sein.

Die Länder Wien und Oberösterreich wiesen dazu im Rahmen der Follow-up-Überprüfung darauf hin, dass weitere Unterschiede in der Anwendung der Personalschlüssel bestanden, etwa hinsichtlich der Toleranzgrenzen für Abweichungen oder durch die Berücksichtigung von Krankenständen bzw. sonstigen Fehlzeiten. In Oberösterreich würden zusätzlich Hilfskräfte im Ausmaß von 2 % des errechneten Personalbedarfs eingesetzt. Dadurch könnten sich die Unterschiede geringfügig reduzieren.

(c) Das Land Oberösterreich änderte den Personalschlüssel, insbesondere die Mindestqualifikation, mehrfach:

- Bis 2018 hatte sich das Pflegepersonal zu mindestens 20 % bis 25 % aus Kräften des diplomierten Pflegepersonals, zu 60 % bis 70 % aus Diplom– oder Fachsozialbetreuerinnen und –betreuern und zu 10 % bis 15 % aus Heimhilfen zusammenzusetzen.
- Von 2019 bis 2022 galt die Vorgabe, 25 % bis 30 % des Personals entweder aus dem diplomierten Pflegepersonal oder der Pflegefachassistenten einzusetzen, wobei mindestens 15 % dem diplomierten Pflegepersonal zugehören mussten. Das wären z.B. im Musterheim laut Tabelle 2 mindestens 5 VZÄ diplomiertes Pflegepersonal.
- Ab 2023 waren mindestens 25 % des Personals aus dem Bereich diplomiertes Pflegepersonal oder Pflegefachassistenten zu besetzen, zumindest jedoch 20 %, wenn Personal nicht verfügbar war. Weiters waren mindestens 55 % aus den Bereichen Diplom– oder Fachsozialbetreuung oder Pflegeassistenten zu besetzen sowie bis zu 20 % Behindertenbetreuerinnen bzw. Behindertenbetreuer oder Heimhilfen. Weiters konnten bis zu 10 % Personen für hauswirtschaftliche, administrative oder organisatorische Tätigkeiten herangezogen werden.
- Weitere Änderungen betrafen ab 1. Jänner 2023 die nur mehr eingeschränkte Berücksichtigung der Leitung und schwangerer Mitarbeiterinnen.



(d) Im Unterschied zu Oberösterreich änderte das Land Wien seine Regelung zum Personalschlüssel bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht. Insbesondere durfte nach § 6 Abs. 1 der Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz²⁷ der Anteil der Angehörigen des diplomierten Pflegepersonals 30 % der Mindestpersonalausstattung nicht unterschreiten.

- 13.2 Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung nicht um. Bundesweit harmonisierte Personalschlüssel lagen nicht vor. Tatsächlich hatte sich der Unterschied zwischen Oberösterreich und Wien insofern vergrößert, als in Oberösterreich aufgrund des akuten Personalmangels (TZ 14) der geforderte Anteil des diplomierten Pflegepersonals verringert wurde.

Der RH merkte an, dass das Sozialministerium konzeptionelle Vorarbeiten (methodische Fundierung, Erhebung von Daten über den Ist-Stand) bei der GÖG beauftragt hatte.

Er hielt seine Empfehlung an das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien aufrecht, die Regelungen über die Personalausstattung zu harmonisieren, am tatsächlichen Pflegebedarf und der angestrebten Pflegequalität auszurichten und regelmäßig (z.B. alle fünf Jahre) an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen.

- 13.3 (1) Das Sozialministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich um die Umsetzung der Empfehlung zu bemühen.

(2) Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien führten in ihren Stellungnahmen zu den Empfehlungen im Personalbereich (TZ 13, TZ 14) generell aus, dass das Sozialministerium eine Gesamtstrategie zu initiieren habe.

Die Forderung und Schaffung einer pauschalen österreichweiten Harmonisierung könnten nicht Zielsetzung für die Langzeitpflege sein. Länderspezifische Unterschiede müssten solange bestehen, als strukturelle Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen bestünden. Die Voraussetzung für die pflegerische Versorgung in der Bundeshauptstadt Wien könne nicht undifferenziert den Voraussetzungen eines Flächenbundeslandes wie Oberösterreich gegenübergestellt werden. Kennzahlen würden zeigen, dass strukturell vergleichbare Regionen wie Wien und Linz wesentliche Ähnlichkeiten aufweisen würden.

Beispielsweise habe Ende 2022 der Anteil leerstehender Plätze in Alten- und Pflegeeinrichtungen aufgrund von Personalmangel in Wien 0,8 % betragen, in Linz 1,7 % und in Oberösterreich 10,7 %. Demgegenüber sei der Anteil der informellen Pflege sowie der 24-Stunden-Betreuung in ländlichen Regionen deutlich ausgeprägter. Es

²⁷ LGBl. 31/2005 i.d.g.F.

brauche daher ein reflektiertes Vorgehen, das die strukturellen Unterschiede berücksichtige, damit Harmonisierungsbestrebungen ebenso wenig zu einem Downgrading der Pflegequalität führen wie zu einem erheblichen Upgrading der Kosten in den Ländern.

Unter Berücksichtigung der strukturellen Unterschiede der Länder bekräftigten Oberösterreich und Wien erneut ihre Kooperationsbereitschaft, gemeinsame Standards für die Personalausstattung zu erarbeiten.

(3) Laut weiterer Stellungnahme des Landes Oberösterreich sei der Mindestpersonalschlüssel im Jahr 2023 an die aktuellen Rahmenbedingungen angepasst worden. Ziel sei es gewesen, den Personaleinsatz in der Langzeitpflege zu flexibilisieren und durch den Einsatz von neuen Berufsfeldern und Qualifizierungsmodellen mehr Personalressourcen zu erschließen. Eine Evaluierung des neuen Mindestpflegepersonalschlüssels sei – wie in TZ 30 des Vorberichts Pflege empfohlen – gesetzlich vorgesehen worden.

(4) Das Land Wien und der Fonds Soziales Wien führten in ihren Stellungnahmen weiter aus, dass nicht nachvollziehbar sei, warum der RH diese Empfehlung als von Wien nicht umgesetzt einstufte. Wien richte sich mit der für stationäre Pflegeeinrichtungen geltenden Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz am tatsächlichen Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner aus. Weiters berücksichtige das Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ diese Empfehlung. So werde im Maßnahmenpaket Personalpolitik an der Modernisierung des Skill- und Grademix gearbeitet. Demzufolge habe die Überarbeitung der aktuellen Personalverordnung bereits begonnen.

13.4 (1) Der RH merkte gegenüber den Ländern Wien und Oberösterreich sowie dem Fonds Soziales Wien an, dass er es als zweckmäßig erachtete, auf regionale Besonderheiten einzugehen, z.B. bei der Gestaltung der Angebotsstruktur und dem Verhältnis informeller, mobiler und stationärer Pflege. Allerdings war nach Ansicht des RH innerhalb von Pflegeheimen nur in geringerem Umfang eine Variabilität des Personalbedarfs nach regionalen Unterschieden gegeben. Eine harmonisierte Personalbedarfsberechnung könnte aber auch Aspekte einbeziehen, die – je nach Region – unterschiedliche Ausprägungen aufweisen konnten (z.B. ärztliche Versorgung der Heime, Freiwilligenarbeit). Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

(2) Gegenüber dem Land Wien und dem Fonds Soziales Wien wiederholte der RH, dass zwischen den Ländern keine harmonisierte Regelung zum Personalbedarf vorlag. Deshalb beurteilte er die Empfehlung als nicht umgesetzt. Er hielt fest, dass das Land Wien dies alleine nicht umsetzen konnte und eine Umsetzung ohne Wien auch nicht möglich war. Nach Ansicht des RH wäre daher eine gemeinsame Lösung durch alle überprüften Stellen zu finden.



Verfügbarkeit von Personal

14.1 (1) Der RH hatte dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege (TZ 33) empfohlen, rechtzeitig Maßnahmen (z.B. Ausbildungsplätze, Entlohnung) zu setzen, um die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals sicherzustellen.

(2) (a) Im Nachfrageverfahren hatte das Sozialministerium mitgeteilt, dass es die GÖG mit einer bundesweiten Studie zum Pflegepersonalbedarf beauftragt habe, um einen etwaigen Mangel an ausgebildetem Gesundheits– und Krankenpflegepersonal quantifizieren zu können. Eine Studie zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege in Österreich aus 2021 habe ergeben, dass 65 % aller Pflegekräfte es für unwahrscheinlich hielten, den Beruf bis zur Pensionierung auszuüben, und 15 % einen Jobwechsel planten. Um dem entgegenzuwirken, enthalte der Ergebnisbericht der Taskforce Pflege mehrere Vorschläge. Es seien auch Bonuszahlungen geplant, um die Wertschätzung der Leistung des Gesundheits– und Pflegepersonals während der Pandemie zu würdigen. Das Sozialministerium habe Maßnahmen zur Verbesserung der Datengrundlagen gesetzt, insbesondere durch die Beauftragung des Projekts Pflege-reporting bei der GÖG.

(b) Laut Mitteilung des Landes Oberösterreich im Nachfrageverfahren begrüße es bundesweite Maßnahmen zur Attraktivierung der Pflegeberufe. Insgesamt müsse sich das Image im Bereich der Pflege (analog zur Lehrlingsausbildung) verbessern, um die bereits vorhandenen Ausbildungsplätze zu füllen. Das Land Oberösterreich setze auf Landesebene derartige Maßnahmen um.

(c) Das Land Wien hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, auf Basis des Strategiekonzepts „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ zur Sicherstellung des notwendigen Pflegepersonals im Jahr 2020 mit „Pflege.Zukunft.Wien“ eine Ausbildungsoffensive gestartet zu haben. Dazu arbeite der Fonds Soziales Wien mit der FH Campus Wien und dem Wiener Gesundheitsverbund zusammen. Das Aus– und Weiterbildungszentrum des Fonds Soziales Wien baue für Pflegeberufe Ausbildungsplätze aus. Die FH Campus Wien schaffe für das Studienjahr 2021/22 120 zusätzliche Studienplätze für das diplomierte Pflegepersonal. Bis 2025 solle der FH Campus Wien 810 Studienplätze anbieten.

(3) Der RH stellte nunmehr Folgendes fest:

(a) In Wien waren im November 2022 132 von 17.575 Heimplätzen wegen Personalmangels gesperrt, das waren 0,8 %. Ähnlich gering (0,4 %) waren die personalbedingten Sperren noch im Jahr 2017 in Oberösterreich, allerdings stieg der Anteil bis 2021 auf 7 % (871 von 12.280 Heimplätzen) und bis Mitte 2022 auf 9 % (1.160 Heimplätze).



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Ohne weitere Maßnahmen drohten in den kommenden Jahren nach Angabe des Landes Oberösterreich Sperren von 3.000 Heimplätzen oder mehr.

(b) Seit dem Vorbericht Pflege verbesserten sich das Verständnis der Ist-Situation und die Abschätzung des Personalbedarfs. Durch das Zusammentreffen einer Pensionierungswelle bei den Beschäftigten und der demografischen Entwicklung der Bevölkerung wird der Personalbedarf erheblich sein: Laut der 2019 veröffentlichten Studie der GÖG „Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich“ wird voraussichtlich rund ein Drittel der Pflegekräfte innerhalb der nächsten zehn Jahre pensioniert. Die Zahl der älteren Menschen in Österreich wird steigen, informelle Pflege zurückgehen und mobile Pflege und Betreuung zu Hause ausgebaut. In Summe bestehe bis zum Jahr 2030 ein Bedarf von 72.900 Personen im Pflege- und Betreuungssektor.

Die folgende Tabelle stellt die voraussichtliche Entwicklung bzw. den Zusatz- und Ersatzbedarf²⁸ in den Ländern Oberösterreich und Wien dar. Die im Vergleich zu den VZÄ deutlich höhere Anzahl an Personen ist dabei auf erwartete hohe Teilzeitquoten zurückzuführen:

Tabelle 3: Personalbedarf bis 2030 für Pflege

Personalbedarf 2030				
	diplomiertes Pflegepersonal	Heimhilfe	Pflegeassistenten- berufe ¹	Summe
Oberösterreich	Anzahl Personen			
Ist-Stand 2020	2.609	1.290	6.504	10.403
Zusatzbedarf	-459	907	1.983	2.431
Ersatzbedarf Pensionierungen	783	387	1.951	3.121
Gesamtbedarf (Zusatz- plus Ersatzbedarf)	324	1.294	3.934	5.552
Soll-Stand 2030 (Ist-Stand plus Zusatzbedarf)	2.150	2.197	8.487	12.834
	Anzahl Vollzeitäquivalente			
Ist-Stand 2020	1.826	903	4.553	7.282
Zusatzbedarf	-321	635	1.388	1.702
Ersatzbedarf Pensionierungen	548	271	1.366	2.185
Gesamtbedarf (Zusatz- plus Ersatzbedarf)	227	906	2.754	3.887
Soll-Stand 2030 (Ist-Stand plus Zusatzbedarf)	1.505	1.538	5.941	8.984

²⁸ Zusatzbedarf entsteht bei mehr Betreuungsbedarf, Ersatzbedarf bei Ausfall bisheriger Betreuungskapazitäten.



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Personalbedarf 2023				
	diplombiertes Pflegepersonal	Heimhilfe	Pflegeassistenten- berufe ¹	Summe
Wien	Anzahl Personen			
Ist-Stand 2018	3.717	3.798	4.418	11.933
Zusatzbedarf	310	1.170	2.480	3.960
Ersatzbedarf Pensionierungen	1.535	1.716	1.763	5.014
Gesamtbedarf (Zusatz- plus Ersatzbedarf)	1.845	2.886	4.243	8.974
Soll-Stand 2030 (Ist-Stand plus Zusatzbedarf)	4.027	4.968	6.898	15.893
	Anzahl Vollzeitäquivalente			
Ist-Stand 2018	3.238	2.747	3.795	9.780
Zusatzbedarf	250	876	2.117	3.243
Ersatzbedarf Pensionierungen	1.248	1.395	1.433	4.076
Gesamtbedarf (Zusatz- plus Ersatzbedarf)	1.498	2.271	3.550	7.319
Soll-Stand 2030 (Ist-Stand plus Zusatzbedarf)	3.489	3.623	5.912	13.024

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Land Oberösterreich; Land Wien

¹ Pflegehelferinnen und -helfer, Pflege(-fach-)assistenten, Diplom- oder Fachsozialbetreuerinnen und -betreuer

Das vom Sozialministerium initiierte Projekt „Pflegereporting (Personalreport)“ analysierte, wie die Pflege- und Betreuungssituation in Österreich sowie die damit verbundenen Auswirkungen auf Qualität und Sicherheit abgebildet werden konnten; damit sollten eine Grundlage für zukünftige Reportings geschaffen und Informationen zu Steuerungsimpulsen und -wirkungen gewonnen werden.

Weitere Informationen bot das 2016 zum Nachweis der Berufsberechtigung eingeführte Gesundheitsberuferegister. Darin waren neben den persönlichen Daten der Berufsangehörigen u.a. der Qualifikationsnachweis, die Art der Berufsausübung (angestellt, freiberuflich, Sonstiges) und der Dienstgeber erfasst. Geplant war zudem eine Pflegeausbildungsdatenbank zur zeitnahen Erfassung der Absolventenzahlen.

Die Länder bzw. die GÖG wiesen gegenüber dem RH auf Verbesserungsmöglichkeiten bei den Datenregistern hin: So wurde zur Zeit der Gebärungsüberprüfung das Beschäftigungsausmaß nicht erfasst; auch bestand aufgrund der Rezertifizierung alle fünf Jahre erhebliche Unsicherheit bei Personen, die das Berufsfeld verlassen hatten. Aktuellere Daten als im Gesundheitsberuferegister waren in der Pflegedienstleistungsstatistik verfügbar, allerdings ohne die für aussagekräftige Auswertungen erforderliche Angabe der VZÄ nach Qualifikationsgruppen.

Auch eine Flussanalyse zu Veränderungen im Tätigkeitsfeld oder zu den konkreten Umständen des Ausscheidens aus dem Beruf (z.B. Motivation des Wechsels) war aus diesen Daten (Gesundheitsberuferegister, Pflegeausbildungsdatenbank, Pflegedienstleistungsstatistik) nicht möglich. Dafür wären Befragungen der Pflegekräfte nötig. Im



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Pflegebereich bestand eine erhebliche Fluktuation der Fachkräfte zwischen verschiedenen Sektoren (z.B. Krankenanstalten, Pflegeheimen und dem niedergelassenen Bereich).

Die Verknüpfbarkeit von Daten (z.B. Arbeitsmarkt, Lohnsteuer und Ausbildungsdaten) über die bereichsspezifischen Personenkennzeichen würde eine wesentliche Weiterentwicklung darstellen; die Berufslaufbahnen könnten damit besser nachvollzogen werden. Dazu wären entsprechende Rechtsgrundlagen erforderlich.

(c) Im Rahmen der Taskforce Pflege wurden mehrere Ziele zur Verbesserung der Ist-Situation bzw. zur Reaktion auf die erwartete demografische Entwicklung vereinbart, insbesondere

- Attraktivierung der Berufsbilder mit Fokus auf die professionellen Pflege- und Betreuungsberufe,
- Motivierung zusätzlicher Zielgruppen für Ausbildungen für Pflege- und Betreuungsberufe, z.B. durch arbeitsmarktpolitische und finanzielle Anreize oder die Erleichterung des Berufseinstiegs für ausländisches Personal und
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Ausübung der Berufe, z.B. durch angemessene Entlohnung.

(d) Der Bund und die Länder Oberösterreich und Wien setzten verschiedene Maßnahmen, um diese Ziele umzusetzen:

- Der Bund initiierte Schulversuche in berufsbildenden mittleren und höheren Schulen für Sozialbetreuung und Pflege, schaltete TV-Spots und setzte arbeitspolitische Maßnahmen (z.B. Etablierung einer Corona-Arbeitsstiftung, um Menschen für Sozialbetreuungs- und Pflegeberufe im zweiten Bildungsweg zu gewinnen). Weiters beschloss der Bundesgesetzgeber Zweckzuschussgesetze (Pflegeausbildungs- und Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz).



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Die folgende Tabelle zeigt im Überblick Maßnahmen des Bundes zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegebereich:

Tabelle 4: Maßnahmen des Bundes zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegebereich; Stand Jänner 2023

Maßnahme	Kurzbeschreibung	Bearbeitungsstand	Rechtsgrundlage
Zuschuss des Bundes für Beschäftigte	Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz	umgesetzt, in Kraft seit 1.9.2022	BGBL. I 104/2022
Entlastungswoche Pflege	Ausgewählte Pflegekräfte haben ab Vollendung des 43. Lebensjahres einen Anspruch auf eine Entlastungswoche im Ausmaß der wöchentlichen Arbeitszeit bis zu 40 Stunden.	umgesetzt	BGBL. I 214/2022
Nachtschwerarbeit	Gewährung eines Zeitguthabens im Ausmaß von zwei Stunden für alle in „Einrichtungen zur stationären Langzeitpflege“ Beschäftigten	umgesetzt	BGBL. I 214/2022
Erleichterungen für ausländische Pflegekräfte	ausländerbeschäftigungsrechtliche Maßnahmen	umgesetzt	<ul style="list-style-type: none"> Ausländerbeschäftigungsgesetz, BGBL. I 106/2022 Ausländerbeschäftigungsverordnung, BGBL. II 325/2022
Ausbildungszuschuss	Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz	umgesetzt, in Kraft seit 19.7.2022	BGBL. I 105/2022
Pflegestipendium	Förderung von Ausbildungen im Pflegebereich	umgesetzt, seit 1.1.2023	
Beschäftigungsmöglichkeit Pflegeassistenz	Weiterbeschäftigung von Pflegeassistentinnen und -assistenten in Krankenanstalten	umgesetzt	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBL. I 128/2022
Befugnis-erweiterungen	Erweiterung der Tätigkeitsbereiche für Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz	umgesetzt	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBL. I 128/2022
Lehre für Assistenz-berufe in der Pflege	Implementierung eines neuen Ausbildungsweges (Pflegelehre)	in Bearbeitung	
Implementierung neuer Ausbildungswege	Überführung der Schulversuche zur Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz ins Regelschulwesen	umgesetzt	<ul style="list-style-type: none"> Schulunterrichtsgesetz, Schulorganisationsgesetz, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBL. I 165/2022
Erleichterungen bei Nostrifikation	Möglichkeit der Berufsausübung im Gesundheits- und Krankenpflege-Beruf mit geringerer Qualifikation mit Anerkennungs- bzw. Nostrifikationsbescheid und vor Erfüllung der Auflagen (z.B. für Pflegefachassistenz als Pflegeassistenz)	umgesetzt	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBL. I 82/2022

Quelle: Sozialministerium

- Das Land Oberösterreich beteiligte sich aktiv an der Umsetzung dieser Maßnahmen, indem es beispielsweise ein Pflegestipendium einführte und sich als Pilotland für die Pflegelehre anbot. Im Rahmen der Fachkräftestrategie Pflege erarbeitete es 50 Maßnahmen für ein würdevolles Leben im Alter. Diese Maßnahmen würden in mehreren Schritten umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit hin geprüft. Trotz Erhöhung der Ausbildungsplätze von 800 im Jahr 2016 auf 975 im Jahr 2021 stieg die Absolventenzahl nicht. Oberösterreich gab weiters an, dass mangels Bewerbungen eine Ausweitung der Ausbildungsplätze nur bedingt sinnvoll sei. Insbesondere im ländlichen Raum war es infolge allgemeiner Strukturprobleme der Regionen notwendig, mangels Personals Betten zu sperren.
- Das Land Wien stellte seit 2018 strategische Überlegungen zur Koordinierung der Personalgewinnung insbesondere zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich an. Aufgrund des erheblichen Personalbedarfs (rd. 9.000 Personen bis 2030) startete Wien eine Offensive zur Personalanwerbung. Neben einer Informationskampagne schuf Wien 750 zusätzliche Ausbildungsplätze für Assistenzberufe. Außerdem wurde „Pflege mit Matura“ ermöglicht, was einen früheren Einstieg in den Pflegebereich eröffnete und die Lücke zur Pflichtschulzeit schloss. In der Ausbildung zum diplomierten Pflegedienst wurden 810 zusätzliche Plätze geschaffen und langfristig vom Fonds Soziales Wien finanziert (Beginn Herbst 2021, Vollausbau ab 2024/25). Gemäß den Berechnungen des Landes Wien würde es knapp möglich sein, den errechneten Bedarf damit zu decken. Eine weitere Erhöhung der Ausbildungsplätze sei im Hinblick auf beschränkte Praktikumsmöglichkeiten und die Entwicklung der Bewerberzahlen nur eingeschränkt erfolgversprechend. Eine regelmäßige Evaluierung war vorgesehen.
- Sowohl in Oberösterreich als auch in Wien gab es unterschiedliche Fördermaßnahmen, um bereits berufstätigen Personen eine Qualifizierung bzw. Höherqualifizierung im Bereich Pflege zu ermöglichen (z.B. Placement-Stiftung zur Finanzierung der Lebenshaltungskosten während einer Ausbildung) sowie Maßnahmen zur Erleichterung berufsbegleitender Weiterbildung.

(e) Wesentlich für die Attraktivität des Pflegebereichs bzw. die Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich waren die Rahmenbedingungen beim Arbeitgeber, z.B. die Entgelthöhe, die Personalbelastung (etwa aufgrund Personalmangels oder hoher Verantwortung durch gering besetzte Nachtdienste) oder die Dienstplansicherheit.

Der Fonds Soziales Wien setzte Maßnahmen zur Personalbindung. Der Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen beschloss dazu verpflichtend umzusetzende Handlungsleitlinien. Auch das Land Oberösterreich wies auf Verbesserungsvorhaben hin; allerdings sei die Entgelthöhe von den Kollektivvertragsverhandlungen und vom Gesamtfinanzierungssystem abhängig. Die aktuellen Maßnahmen des Bundes (Zweckzuschüsse) seien nur kurzfristig zweckmäßig und mit hohem Koordinierungs-

und Verwaltungsaufwand verbunden, weshalb eine umfassende Pflegereform erforderlich sei.

(f) Die Länder Oberösterreich und Wien wiesen auf mehrere Beschlüsse der Landes-sozialreferentInnenkonferenz hin, die geänderte Befugnisse des diplomierten Pflegepersonals bzw. der Pflegefachassistenz anregen:

Tabelle 5: Anregungen der LandessozialreferentInnenkonferenz zu Befugnisserweiterungen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (Stand September 2022)

diplomiertes Pflegepersonal	Pflegefachassistenz	Pflegeassistenz
Erstverordnung von Hilfsmitteln/Heilbehelfen und Inkontinenzbedarf sowie Verbandsmaterialien	Verabreichung intravenöser Infusionen (in stabilen Situationen)	Entfernung subkutaner Verweilkanülen
Zuweisung an nichtärztliche Gesundheitsberufe (z.B. Physio- bzw. Ergotherapie, Logopädie)	Setzen und Entfernen von Dauerkathetern bei Männern	
Verantwortung für Steuerung des Behandlungspfades		
Erstbefundung ausgewählter Diagnostik (beispielsweise Routine-labor, EKG) als Grundlage für Triage (Notfallambulanz) und Patientenlenkung		

Quelle: LandessozialreferentInnenkonferenz

Durch diese Änderungen könnten die Prozesse in der Langzeitpflege effizienter gestaltet und der Personalbedarf reduziert werden. Weiters würde die – aufgrund der verbesserten Ausbildung mögliche – qualifiziertere Tätigkeit auch das Ansehen der jeweiligen Berufsgruppe verbessern.

Laut Sozialministerium könnte ein Teil der geforderten Kompetenzerweiterungen durch eine Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes umgesetzt werden. Die von den Ländern geforderte Erweiterung der Befugnisse des diplomierten Pflegepersonals sollte erst nach vollständiger Tertiärisierung der diplomierten Pflegepersonal-Ausbildung diskutiert werden. Im Bereich der Pflegefachassistenz sei die geforderte Verabreichung intravenöser Infusionen fachlich nicht vertretbar.

(g) Durch die Definition von Pflegeberufen als Mangelberuf, durch die Rot-Weiß-Rot-Karte und verschiedene Anpassungen der Nostrifikation ausländischer Qualifikationen gab es die Möglichkeit, ausländische Pflegekräfte einzusetzen. Im Pflegebereich spielte der Einsatz von Arbeitskräften, die außerhalb Österreichs ausgebildet wurden, eine wesentliche Rolle, wobei der Einsatz dieser Arbeitskräfte

in den Ländern variierte: Laut Gesundheitsberuferegister betrug deren Anteil in Wien 23 %, in Oberösterreich 5 %.

Die Zuständigkeiten für die Anerkennung der Berufsberechtigung bzw. der Qualifikation waren zwischen Sozialministerium, Landeshauptleuten und Fachhochschule aufgeteilt:

Tabelle 6: Zuständigkeiten für Anerkennungs- und Nostrifikationsverfahren

Sozialministerium	Landeshauptfrau bzw. Landeshauptmann	Fachhochschule
Anerkennung: EWR-/EU-Berufsqualifikationen von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	Nostrifikation: Drittlanddiplome Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz	Nostrifikation: Drittlanddiplome im diplomierten Pflegedienst

Quelle: Sozialministerium

Häufig waren für die volle Anerkennung einer Ausbildung Ergänzungsausbildungen erforderlich, wie etwa Zusatzkurse zum österreichischen Recht oder zu bestimmten Ausbildungsinhalten, die mit der österreichischen Ausbildung nicht gleichwertig waren. Die zeitnahe Absolvierung dieser Kurse hing vom Ausbildungsangebot in Österreich ab.

Mit einer Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes²⁹ im Juni 2022 schuf der Bund die Möglichkeit für Berufsangehörige eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufs mit ausländischem Ausbildungsabschluss, bereits während des Anerkennungs- bzw. Nostrifikationsverfahrens in einem Pflegeberuf mit geringeren Qualifikationserfordernissen (Pflege(-fach-)assistenz) zu arbeiten.

Verschiedene Einrichtungen gaben gegenüber dem RH an, dass der Einsatz ausländischer Pflegekräfte komplex sei und die Behördenwege lange dauerten. Im Vergleich zu anderen Staaten entstehe dadurch ein Wettbewerbsnachteil. Verbesserungsvorschläge betrafen

- die klare politische Identifikation von Zielländern, um für diese dann z.B. die Analyse der Gleichwertigkeit der Ausbildung durch die Nostrifikationsstellen in den Ländern bzw. die Fachhochschulen zu standardisieren,
- die gezielte Anwerbung von Arbeitskräften durch öffentliche Stellen,
- eine großzügigere Anerkennung ausländischer Qualifikationen, Erleichterungen und Standardisierung bei der Prüfung von Deutschkenntnissen,
- die Intensivierung der Kooperation und Abstimmung der Ausbildungseinrichtungen österreichweit,

²⁹ BGBl. I 82/2022



- den Ausbau des bestehenden Ausbildungsangebots bzw. die Schaffung eigener Lehrgänge für ausländische Pflegekräfte sowie den Ausbau des Online-Unterrichts für theoretische Lehrinhalte und die Bereitstellung von Lernunterlagen,
- die Schaffung dienstrechtlicher Rahmenbedingungen für ausländische Pflegekräfte zur Absolvierung der Ergänzungsausbildung im zu nostrifizierenden Beruf, während diese bereits in einem Pflegeberuf mit geringerem Qualifikationserfordernis arbeiten und
- eine Erleichterung des beruflichen Einsatzes während der Absolvierung noch fehlender Ausbildungsteile.

14.2 Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung teilweise um. Der RH anerkannte insbesondere

- die Bemühungen um die Verbesserung der Datenlage und um eine gesamthafte Personalbedarfsprognose,
- Zielsetzungen für die Verbesserung der Personalsituation und
- die bereits ergriffenen Maßnahmen, wie den Ausbau der Ausbildungsplätze sowie den Mitteleinsatz für ein verbessertes Entgelt.

Der RH wies jedoch kritisch darauf hin, dass trotz dieser Maßnahmen in Oberösterreich bereits zur Zeit der Gebärungsüberprüfung 9 % der Betten wegen Personalmangels gesperrt waren. Auch in Wien waren die Personalressourcen knapp. In beiden Ländern war die Rekrutierung einer erheblichen Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nötig, um die Pensionierungen der nächsten Jahre auszugleichen. Aus Sicht des RH war daher trotz der vielfältigen bereits ergriffenen Maßnahmen nicht gesichert, dass mittelfristig ausreichendes Pflegepersonal zur Verfügung stehen wird.

Der RH wies darauf hin, dass grundlegende Rahmenbedingungen, wie die Entgelthöhe und die Personalschlüssel, nur im Rahmen einer gesamthaften Pflegereform zu lösen sind.

Er empfahl dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien, weiterhin Maßnahmen zu setzen, um die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals zu gewährleisten. Neben den durch die Arbeitgeber sicherzustellenden Rahmenbedingungen – wie Entgelt oder Dienstplansicherheit – wären Maßnahmen in folgenden Handlungsfeldern wesentlich:

- Optimierung der Tätigkeitsfelder nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz,
- Imageverbesserung des Berufsbildes,
- Integration von Pflegekräften aus dem Ausland im Rahmen der Nostrifikation sowie
- Abstimmung der Einsatzbereiche der Pflege- und Gesundheitsberufe für Zwecke der Ausbildung.

Der RH verwies weiters auf seine Empfehlung in TZ 2, im Zuge der Neuregelung des Finanzausgleichs 2024 die grundsätzlichen Fragestellungen im Bereich Pflege (umfassendes Finanzierungskonzept, Qualitätsdefinitionen, Personalschlüssel und –verfügbarkeit, Bedarfsplanung) rechtzeitig zu beantworten, um eine umfassende Pflegereform durchführen zu können.

- 14.3 (1) Das Sozialministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es laufend bemüht sei, zu einer Attraktivierung der Pflegeberufe sowie einer Imageverbesserung beizutragen. Angesichts des herrschenden Fachkräftemangels im Bereich der Pflege stehe das Sozialministerium in engem Austausch mit dem Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, den Ländern und Stakeholdern, um u.a. auch Maßnahmen für eine strukturierte Vorgehensweise zur Anwerbung von Pflegepersonal aus dem Ausland zu diskutieren.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich arbeite es intensiv an strukturellen Maßnahmen. Zur Sicherstellung der Verfügbarkeit von erforderlichem Pflegepersonal sei in Oberösterreich die „Fachkräftestrategie Pflege“ erarbeitet und seit Jahresbeginn 2023 sukzessive umgesetzt worden: 14 Maßnahmen seien bereits umgesetzt, weitere 23 Maßnahmen in Umsetzung und 13 Maßnahmen noch offen.

Beispielhaft sei seit Jahresbeginn 2023 die Änderung der Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung 2020³⁰ wirksam. Sie umfasse eine Flexibilisierung des Personaleinsatzes und neue Modelle der aktiven Personalentwicklung durch die Einführung der Kategorie Stützpersonal. Innerhalb eines halben Jahres hätten so mehr als 150 neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewonnen werden können. Dies trage zur Entlastung der Bediensteten und insbesondere zur Dienstplansicherheit bei. Zur Unterstützung des Lebensunterhalts während der Ausbildung sei das „Oö. Pflegestipendium“ – 600 EUR monatlich – umgesetzt worden, nicht nur für die Gesundheitsberufe wie vom Bund vorgesehen, sondern auch für Sozialbetreuungsberufe, denen in Oberösterreich rund drei Viertel aller Beschäftigten zugehörten.

Zur Entlastung der Bediensteten seien die Heimstatistiken reduziert und sei gemeinsam mit den Trägerorganisationen der mobilen Dienste eine Reduktion der Pflegedokumentation beauftragt worden. Mehr als 60 Heime seien an die elektronische Gesundheitsakte ELGA angeschlossen worden, was den digitalen Informations- und Datenaustausch verbessere. Oberösterreich habe damit als erstes Land eine breite Anbindung der Pflegeheime an ELGA umgesetzt.

Bei der Rekrutierung von Pflegekräften aus Drittstaaten habe das Land Oberösterreich in seinem Wirkungsbereich eine Kompetenzstelle eingerichtet. Diese verantwortete die Koordinierung der Bedarfe und behördlichen Abläufe und habe

³⁰ LGBl. 83/2020 i.d.g.F.



vorübergehend auch unmittelbare Aufgaben der Personalvermittlung übernommen. Über 60 Pflegefachkräfte aus der Republik der Philippinen und damit mehr als in den anderen Bundesländern seien im Zuge dieser koordinierten Rekrutierung bereits in oberösterreichischen Pflegeheimen tätig.

(3) Das Land Wien und der Fonds Soziales Wien führten in ihren Stellungnahmen aus, dass es nicht nachvollziehbar sei, warum der RH diese Empfehlung als von Wien nicht umgesetzt einstufe. Wien verfüge über ein Personalkonzept. Neben der Bearbeitung der Empfehlung im Rahmen des Strategiekonzepts „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ sei für die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals die Personaloffensive „Pflege.Zukunft.Wien“ begonnen worden.

Im Rahmen dieser Offensive würden Ausbildungsplätze geschaffen und vielfältige Marketingaktivitäten bzw. Kampagnen gesetzt, um sowohl die Rahmenbedingungen als auch das Image von Pflegeausbildungen nachhaltig zu verbessern (z.B. Plakate, Citylights, Straßenbahn Branding, Werbung auf ausgewählten Radiokanälen, Online-Werbung auf ausgewählten österreichischen Websites, „Wiener Tag der Pflege“).

Zwischenzeitlich habe Wien als erstes Bundesland am 7. Juli 2023 in Kooperation mit der Wirtschaftskammer – ohne weitere Unterstützung durch den Bund – ein Memorandum of Understanding mit der Republik der Philippinen unterzeichnet. Dies ermögliche die Anwerbung von Absolventinnen und Absolventen des Bachelor of Nursing. Auf diese Weise könnten – zusätzlich zu einer Ausweitung der Ausbildungsplätze – durch weitere Rekrutierungen aus dem Ausland personelle Engpässe behoben werden.

- 14.4 Der RH stellte gegenüber dem Land Wien und dem Fonds Soziales Wien klar, dass er die Empfehlung als teilweise umgesetzt bewertete und nicht – wie von der Stadt Wien und dem Fonds Soziales Wien ausgeführt – als offen einstufte. Er verwies auf die Bemühungen des Landes Wien, hielt aber fest, dass auch in Wien Personalengpässe im Pflegebereich bestanden, weshalb er weitere Bemühungen für geboten erachtete.

Qualität in der stationären Pflege

Einheitliches Qualitätsverständnis

- 15.1 (1) Der RH hatte im Vorbericht Pflege festgestellt, dass in Österreich im Pflegebereich im Unterschied zu Deutschland und zum Gesundheitsbereich eine grundlegende, österreichweite Festlegung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie von Zielen weitgehend gefehlt hatte. Er hatte daher dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien empfohlen (TZ 23), ein einheitliches Verständnis zur Qualität in Pflegeheimen für die wesentlichen Bereiche (z.B. Fachpflege, Lebensqualität, ärztliche oder soziale Betreuung) zu erarbeiten und dafür

- eine fachliche Detaillierung („Pflegestandards“),
- Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie
- Kontrollaspekte (z.B. Art und Häufigkeit der Überprüfung, Transparenz der Ergebnisse)

festzulegen.

(2) (a) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass für die Erhaltung und den Betrieb von Pflegeheimen grundsätzlich die Länder zuständig seien. Es stehe einem einheitlichen Verständnis von Qualität in Pflegeheimen positiv gegenüber und habe hierzu in der Vergangenheit bereits Maßnahmen gesetzt. Derzeit werde insbesondere an Weiterentwicklungen des „Nationalen Qualitätszertifikats“ gearbeitet, das als Strukturmerkmal eines Alten- und Pflegeheims wesentlich dazu beitragen könne, die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern. Das Maßnahmenpaket 8 der Taskforce Pflege („Die Qualität in der Langzeitpflege und -betreuung weiterentwickeln und sichern“) lege fest, dass Dienstleistungen in der Langzeitpflege und -betreuung qualitätsgesichert und leistbar angeboten werden sollen sowie treff- und zukunftsicher und nach Möglichkeit ergebnisorientiert und evidenzbasiert sein sollen.

(b) Das Land Oberösterreich hatte im Nachfrageverfahren auf die österreichweiten Pflegestandards verwiesen. Diese würden in Oberösterreich genauso umgesetzt und kontrolliert wie die weiteren Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

(c) Laut Mitteilung des Landes Wien im Nachfrageverfahren unterstütze es die Empfehlung mit der Expertise des Fonds Soziales Wien. Insbesondere verwies das Land Wien auf die umfassenden evidenzbasierten Handlungsleitlinien, die anerkannte Trägerorganisationen verpflichtend umzusetzen hätten. Die Empfehlungen des RH würden in der Taskforce Pflege bearbeitet. Eine Weiterarbeit hänge primär von den Zeitplänen des Bundes ab.



(3) Der RH stellte nunmehr Folgendes fest:

(a) Im Pflegebereich war weiterhin keine grundlegende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität österreichweit einheitlich festgelegt. Zwar gab es – wie bereits zur Zeit des Vorberichts Pflege – Standards bzw. Richtlinien zur Durchführung einzelner pflegebezogener Aktivitäten von Fachgesellschaften (Prozessqualität). Eine darauf basierende einheitliche Ableitung, welche Ressourcen für einen Leistungsanbieter erforderlich waren (Strukturqualität: z.B. Personalschlüssel, räumliche Bedingungen, technische Ausstattung), fehlte weiterhin. Obwohl in der aus 1993 stammenden Art. 15a B-VG Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen Eckpunkte zu Strukturqualitätsregeln verankert waren, hatten sich insbesondere die Personalschlüssel auseinanderentwickelt.

Auch eine Festlegung dazu, wie Ergebnisse definiert, gemessen und bewertet werden sollten, fehlte. Aussagen zur Ergebnisqualität waren insofern anspruchsvoll, als das Wohlbefinden der zu Pflegenden von subjektiven Faktoren und vom Gesundheitszustand abhing, der sich wiederum unabhängig von der Pflege verändern konnte. Dennoch waren Kennzahlen wie Ernährungszustand, Dekubitusquote oder Sturzhäufigkeit wichtige Parameter zur Beurteilung der Qualität in Pflegeeinrichtungen. Eine bundeseinheitlich vergleichende Erfassung der Ergebnisse gab es ebenso wenig wie Zielwerte oder Ergebnisbewertungen. Damit fehlte eine wichtige Rückkoppelung zur Einschätzung der unterschiedlich geregelten Strukturqualität (z.B. des Personalschlüssels) und damit der eingesetzten Mittel im Pflegebereich.

(b) Auf konzeptioneller Ebene setzte die GÖG im überprüften Zeitraum Vorarbeiten für ein bundesweit einheitliches Verständnis von Qualität in Pflegeheimen. Sie entwickelte im Auftrag des Sozialministeriums – und auf Sachebene mit den Ländern abgestimmt – eine Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege. Das zweiseitige Dokument bezog sich auf Person(en)zentriertheit, Bedarfsorientierung, Sicherheit, Effektivität und Effizienz und verwies auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, eine Kultur der Professionalität und prüf- oder messbare Ergebnisse.

Daneben erstellte die GÖG eine konzeptionelle Grundlage für den zukünftigen Aufbau eines Pflegereportings zur Pflege- und Betreuungspersonalsituation sowie zu den damit verbundenen Auswirkungen auf Qualität und Sicherheit. Damit sollte beispielsweise die Anzahl der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen erfasst werden, um die Auswirkungen der Personalsituation auf die Lebensqualität und Zufriedenheit abzubilden. Ein anderer Themenblock beschäftigte sich mit Pflegequalität im körperlichen bzw. klinischen Bereich (z.B. Dekubitus, Inkontinenz, Gewichtsverlust, Medikamente, Schmerzen und Stürze).

Das Sozialministerium plante, in weiterer Folge über beide Arbeitsdokumente (Arbeitsdefinition für die Qualität professionelle Betreuung und Pflegereporting) mit den Ländern im Rahmen des Pflege-Zielsteuerungsprozesses zu verhandeln.

Über konkrete Folgen von Qualitätsfestlegungen, z.B. einen länderübergreifenden Vergleich der Ergebnisqualität und daraus resultierende Anpassungen in der Ressourcenausstattung, hatten noch keine Gespräche stattgefunden.

(c) Das seit 2008 bestehende Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime war freiwillig und basierte in wesentlichen Teilen auf Selbstbewertungen. Es erhob keinen Anspruch auf vollständige Prüfung der maßgeblichen Qualitätskriterien. Da es bundesweit einheitlich war, dokumentierte es im Bereich der Strukturqualitätskriterien lediglich die Einhaltung der jeweiligen Landesregeln.

- 15.2 Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung teilweise um. Im Auftrag des Sozialministeriums erstellte die GÖG zwei Arbeitsdokumente zur Qualität in der stationären Pflege als konzeptionelle Vorarbeit für Verhandlungen.

Eine grundlegende, österreichweit einheitliche Festlegung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Pflegebereich war weiterhin offen, ebenso fehlte eine bundeseinheitlich vergleichende Erfassung der Ergebnisse. Ohne eine evidenzbasierte Feststellung der Folgen einer unterschiedlichen Ressourcenausstattung war aber aus Sicht des RH eine Festlegung von Strukturqualitätskriterien nicht zweckmäßig und eine Optimierung kaum möglich. Nach Ansicht des RH setzte die Planung der Ressourcenausstattung Qualitätskriterien voraus.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien aufrecht, ein einheitliches Verständnis zur Qualität in Pflegeheimen für die wesentlichen Bereiche – z.B. Fachpflege, Lebensqualität, ärztliche oder soziale Betreuung – zu erarbeiten und dafür

- eine fachliche Detaillierung („Pflegestandards“),
- Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie
- Kontrollaspekte (z.B. Art und Häufigkeit der Prüfung, Transparenz der Ergebnisse)

festzulegen.

- 15.3 (1) Das Sozialministerium betonte in seiner Stellungnahme, dass die Erhaltung und der Betrieb von Pflegeheimen grundsätzlich in die Zuständigkeit der Länder fallen würden. Nach der Art. 15a B-VG Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen hätten die Länder dafür zu sorgen, dass bestimmte Mindeststandards bei Qualitätskriterien für ambulante,



stationäre und teilstationäre Dienste erfüllt seien. Zur Vereinheitlichung der Qualitätsstandards in der Langzeitpflege diene das Pflegefondsgesetz. Das Sozialministerium stehe einem einheitlichen Verständnis von Qualität in Pflegeheimen positiv gegenüber und habe bereits in der Vergangenheit Maßnahmen hierzu gesetzt. Im Rahmen des Projekts Pflegereporting habe die GÖG eine „Arbeitsdefinition für Qualität professioneller Betreuung und Pflege“ in Abstimmung mit Stakeholdern und Ländern erarbeitet. Das Ergebnis sei im April 2023 veröffentlicht worden.

(2) Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien führten in ihren Stellungnahmen aus, dass sie betreffend die Definition von Pflegequalität eine klare Zuständigkeit für das weitere Vorgehen und die Initiierung dieser Handlungsfelder beim Bund sähen, jedoch in Zusammenarbeit mit den Ländern. Der Bund habe wiederholt Arbeitsgruppen einberufen. Es erschließe sich jedoch nicht, wie mit den Ergebnissen dieser Arbeitsgruppen weiter verfahren werde bzw. wo diese letztlich einfließen sollten.

Zur Hospiz- und Palliativbetreuung verwiesen die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien auf ihre Stellungnahme zu TZ 3.

(3) Laut weiterer Stellungnahme des Landes Oberösterreich sei es nicht nachvollziehbar, warum der RH diese Empfehlung als von Oberösterreich nur teilweise umgesetzt einstufe. In Oberösterreich seien in mehreren Bereichen (z.B. Hygiene, Dokumentation, Ernährung, ärztliche und therapeutische Betreuung, Medikamente) Qualitätsstandards für Alten- und Pflegeheime erarbeitet worden. Diese würden im Rahmen der Heimaufsicht kontrolliert.

(4) Auch das Land Wien und der Fonds Soziales Wien führten in ihren Stellungnahmen aus, dass es nicht nachvollziehbar sei, warum der RH diese Empfehlung als von Wien nicht umgesetzt einstufe. Wie der RH im Vorbericht Pflege und erneut im gegenständlichen Bericht ausführe, seien in Wien evidenzbasierte Pflegeleitlinien etabliert, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen würden. Weiters gebe es seit 2020 für die mobile Kinder- und Jugendlichenpflege ebenfalls evidenzbasierte Pflegeleitlinien.

Im Rahmen der Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien seien die anerkannten Organisationen darüber hinaus dazu verpflichtet worden, sämtliche evidenzbasierten Pflegeleitlinien umzusetzen. Die Umsetzung erfolge z.B. mithilfe von Pflegestandards. Der Fonds Soziales Wien führe weiterhin regelmäßige Qualitätsaudits durch, um die Einhaltung der evidenzbasierten Pflegeleitlinien zu prüfen, und stelle die Berichte zur Verfügung. Zudem würden erstmals im Jahr 2023 Pflegequalitätsindikatoren entwickelt, die 2024 eingeführt werden sollten. Diese Maßnahmen würden auf eine transparente Darstellung der Ergebnisse abzielen.



- 15.4 Der RH erwiderte den Ländern Oberösterreich und Wien sowie dem Fonds Soziales Wien, dass sich seine Empfehlung auf ein einheitliches, bundesländerübergreifendes Qualitätsverständnis bezog. Länderspezifische Entwicklungen waren daher seiner Ansicht nach nicht geeignet, diese Empfehlung umzusetzen. Die Einstufung als teilweise umgesetzt bezog sich vielmehr auf die vom Bund begonnenen Bemühungen für eine übergreifende, einheitliche Qualitätsdefinition.

Qualitätssicherungskonzept

- 16.1 (1) Laut Vorbericht Pflege hatten sich auf Bundesebene und in den Ländern neben der Heimaufsicht zusätzliche Prozesse und Institutionen zur Qualitätsarbeit und Kontrolle der Pflegeheime entwickelt. Diese Maßnahmen folgten – ohne übergeordnetes Konzept – jeweils einer spezifischen Perspektive (z.B. Menschenrechtsschutz, Kontrolle bestimmter Maßnahmen) oder bestimmten Anlässen (z.B. infolge eines Missbrauchsfalls). Daraus hatten sich vielfältige, aber wenig koordinierte Kontrollen der Pflegeheime und Qualitätssicherungsmaßnahmen durch unterschiedliche Einrichtungen mit wenig vergleichbaren Kriterien und Ergebnissen ergeben. Ein systematisches, risikoorientiertes und koordiniertes Vorgehen unter Nutzung aller den Ländern zugänglichen Informationen (Abrechnungsdaten, Beschwerden etc.) war nicht sichergestellt gewesen. Der Verweis auf inhaltlich nicht näher determinierte Qualitätssicherungssysteme wie im Pflegefondsgesetz war zu unbestimmt.

Der RH hatte daher dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege (TZ 28) empfohlen, auf Basis der zu entwickelnden Definition von Pflegequalität ein Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln, das

- die Nutzung aller verfügbaren Informationen,
- ein koordiniertes Vorgehen der unterschiedlichen Kontrolleinrichtungen (z.B. interne und externe Qualitätssicherung, Heimaufsicht),
- eine klare und transparente Festlegung der Prüfkriterien (z.B. Förderbedingungen, Menschenrechtsschutz) und Prüfergebnisse sowie
- jährlich mindestens eine externe Qualitätskontrolle vor Ort (z.B. durch die Heimaufsicht) sicherstellt.

(2) (a) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Vorschriften über die Errichtung, Erhaltung und den Betrieb von Pflegeheimen in die Zuständigkeit der Länder fallen würden. Nach der Art. 15a B-VG Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen hätten die Länder dafür zu sorgen, dass bestimmte Mindeststandards bzw. Qualitätskriterien erfüllt seien. Die seit 2011 gewährten Zweckzuschüsse des Bundes aus dem Pflegefonds könnten Länder und Gemeinden auch für qualitätssichernde Maßnahmen einsetzen. Das Sozialministerium begrüße daher Qualitätssicherungs-



maßnahmen und Qualitätssicherungskonzepte für Heime. Außerdem hätten die Länder darauf hinzuwirken, dass stationäre Einrichtungen über Qualitätssicherungssysteme verfügen. Deren Anteil solle im Jahr 2021 einen Zielwert von mindestens 50 % erreichen.

(b) Laut Mitteilung des Landes Oberösterreich im Nachfrageverfahren habe es die angeführten Punkte umgesetzt. Eine standardisierte Qualitätskontrolle vor Ort finde alle zwei Jahre (ausgenommen bei Anlassfällen) statt. Dies erachte es als ausreichend.

(c) Wie das Land Wien im Nachfrageverfahren mitgeteilt hatte, unterstütze es die Empfehlung mit der Expertise des Fonds Soziales Wien, beispielsweise mit den Erfahrungen der wienweit strukturierten Zusammenarbeit aller Stakeholder in der Qualitätssicherung. Die Empfehlung sei in der Taskforce Pflege angesprochen worden. Eine Weiterarbeit (z.B. Pflegereform) hänge primär von den Zeitplänen des Bundes ab.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass kein umfassendes Qualitätssicherungskonzept in der stationären Pflege und insbesondere keine Koordinierung der verschiedenen Qualitätssicherungsmechanismen vorlagen. Das Sozialministerium plante dazu Verhandlungen mit den Ländern im Rahmen des Pflege–Zielsteuerungsprozesses.

Zur Verpflichtung der Länder laut Pflegefondsgesetz, darauf hinzuwirken, dass bis 2021 zumindest 50 % der stationären Einrichtungen über Qualitätssicherungssysteme verfügen, war weiterhin offen, welche Systeme dies sein sollten. Laut einer 2021 durchgeführten ressortinternen Analyse hätten sowohl das Land Oberösterreich als auch das Land Wien die Verpflichtung teilweise umgesetzt. In Oberösterreich seien drei Qualitätsmanagement–Systeme im Einsatz bzw. im Aufbau; bis Ende 2020 hätten sich an die 40 Einrichtungen mit dem Thema befasst. In Wien hätten laut Eigenaussage 58 % der Trägerorganisationen Auflagen zur Umsetzung eines strukturierten Qualitätsmanagements erteilt. Nachweise hätten die Länder dem Sozialministerium nicht vorgelegt.

(4) Zu den Vorgaben für die Qualitätssicherung gemäß Hospiz– und Palliativfondsgesetz verwies der RH auf seine Ausführungen in TZ 3.

- 16.2 Der RH begrüßte, dass sich Bund, Länder und die Träger der Sozialversicherung auf einen Auf– und Ausbau der Hospiz– und Palliativversorgung verständigten und Ende 2022 von der GÖG erarbeitete Qualitätskriterien und –indikatoren sowohl für den Erwachsenen– als auch für den Kinderbereich annahmen (TZ 3).



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Er kritisierte, dass weiterhin kein umfassendes Qualitätssicherungskonzept in der stationären Pflege vorlag und insbesondere keine Koordinierung der verschiedenen Qualitätssicherungsmechanismen stattfand.

Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung des RH daher nicht um.

Der RH wiederholte seine Empfehlung an das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien, auf Basis der zu entwickelnden Definition von Pflegequalität ein Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln, das

- die Nutzung aller verfügbaren Informationen,
- ein koordiniertes Vorgehen der unterschiedlichen Kontrolleinrichtungen (z.B. interne und externe Qualitätssicherung, Heimaufsicht),
- eine klare und transparente Festlegung der Prüfkriterien (z.B. Förderbedingungen, Menschenrechtsschutz) und Prüfergebnisse sowie
- jährlich mindestens eine externe Qualitätskontrolle vor Ort (z.B. durch die Heimaufsicht)

sicherstellt.

16.3 (1) Das Sozialministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich um die Umsetzung der Empfehlung zu bemühen.

(2) Die Länder Oberösterreich und Wien sowie der Fonds Soziales Wien führten in ihren Stellungnahmen zum weiteren Vorgehen bei der Definition von Pflegequalität und eines dazugehörigen Qualitätssicherungskonzepts aus, dass Oberösterreich und Wien den Bund als zuständig sähen, diese Handlungsfelder in Zusammenarbeit mit den Ländern zu initiieren.

Der Bund habe wiederholt Arbeitsgruppen einberufen. Es erschließe sich jedoch nicht, wie mit den Ergebnissen dieser Arbeitsgruppen weiter verfahren werde bzw. wo diese letztlich einfließen sollten.

(3) Laut weiterer Stellungnahmen des Landes Wien und des Fonds Soziales Wien sei es nicht nachvollziehbar, warum der RH diese Empfehlung als von Wien nicht umgesetzt einstufe. Wie der RH im Vorbericht Pflege ausgeführt habe, habe der Fonds Soziales Wien bereits vielfältige Maßnahmen etabliert. In Wien sei bereits ein bestens etabliertes System vorhanden. Dieses System stütze sich u.a. auf evidenzbasierte Pflegeleitlinien, die Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien in Verbindung mit Anerkennungsverfahren und Qualitätsaudits des Fonds Soziales Wien sowie auf Befragungen zur Zufriedenheit von Kundinnen, Kunden und Angehörigen. Zusätzlich würden das



Wiener Wohn– und Pflegeheimgesetz und die dazugehörige Verordnung eine rechtliche Grundlage dieses Systems bilden.

- 16.4 Der RH erwiderte dem Land Wien und dem Fonds Soziales Wien, dass sich die genannten Maßnahmen des Fonds Soziales Wien ausschließlich auf den eigenen Tätigkeitsbereich bezogen. Sie konnten daher für sich genommen keine koordinierte Vorgehensweise mit anderen, nicht von Wien organisierten Kontrolleinrichtungen sicherstellen. Der RH hielt erneut fest, dass das Land Wien die empfohlene Koordination alleine nicht umsetzen konnte und ohne Wien eine solche Koordination ebenfalls nicht möglich war. Nach Ansicht des RH wäre daher eine gemeinsame Lösung durch alle überprüften Stellen zu finden.

Qualität der Pflege zu Hause

Koordinierung der Qualitätssicherung

- 17.1 (1) Laut den Feststellungen des Vorberichts Pflege hatten die Länder bei mobilen Diensten Aufsichtsbesuche überwiegend nur bei den Trägerorganisationen (insbesondere hinsichtlich der Einhaltung der Förderbedingungen) und nur anlassbezogen bei den betreuten Personen vorgesehen. Regelmäßige Kontrollen der Pflegequalität mit Besuchen bei den Pflegebedürftigen hatten lediglich in Oberösterreich und Wien (stichprobenartig) stattgefunden.

Mehrere Länder hatten angegeben, dass Rückmeldungen aus Krankenhäusern bzw. von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten effektive Hinweise auf Qualitätsprobleme im Einzelfall darstellten. Eine Auswertung darüber hatte jedoch kein Land vorgelegt.

Qualitätskontrollen zur häuslichen Pflege hatten auch im Rahmen der Gewährung von Pflegegeld bzw. der Förderung der 24–Stunden–Betreuung im Auftrag des Sozialministeriums durch das „Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (ab 2020: Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (**SVS**)) stattgefunden. Die SVS und die Länder arbeiteten im Rahmen der Förderkontrollen nicht zusammen.

Der RH hatte daher dem Sozialministerium und den Ländern Oberösterreich und Wien im Vorbericht Pflege (TZ 38) empfohlen, zur Qualitätssicherung der Pflege zu Hause die bestehenden Kontrollen im Bereich des Pflegegeldes, der 24–Stunden–Betreuung und der Aufsicht über mobile Dienste unter Berücksichtigung der Rückmeldungen aus der ärztlichen Versorgung zu koordinieren.

(2) (a) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren auf seine Stellungnahme zum Vorbericht Pflege verwiesen: Demnach stehe es einem einheitlichen Verständnis von Qualität positiv gegenüber. Es sei aber unklar, inwieweit es im Rahmen der bestehenden Kompetenzverteilung dazu beitragen könne. Eine Zusammenarbeit zwischen der Sozialversicherung und den Ländern im Rahmen ihrer Förderkontrollen sei vorstellbar, sofern eine Institution mit der Koordinierung beauftragt werde. Dies sei allenfalls mit den Ländern eingehend zu erörtern.

Zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung sollten auch im Rahmen der Taskforce Pflege Maßnahmen entwickelt werden (z.B. Entlastungsangebote und Anleitungen für pflegende Angehörige sowie für die 24-Stunden-Betreuung). In einer zukünftigen Arbeitsgruppe sollten auch die Qualitätssicherung im Bereich der Agenturen und der Personenbetreuung, Begleitstrukturen bzw. Unterstützungsmaßnahmen und die Verknüpfung der Förderung mit Qualitätssicherung behandelt werden.

Zum Vorhaben „Community (Health) Nursing“ sei ein Pilotprojekt in Vorbereitung mit dem Ziel, ungedeckten Bedarfen der Bevölkerung zu begegnen und die Gesundheitskompetenz zu stärken. „Community (Health) Nursing“ sollte u.a. den Verbleib älterer Menschen im eigenen Zuhause ermöglichen, die Versorgungskontinuität verbessern, in der regionalen Bedarfsplanung mitwirken und einen Beitrag zur niederschweligen und bedarfsorientierten Versorgung leisten.

(b) Das Land Oberösterreich hatte im Nachfrageverfahren auf die Koordinierung durch den Bund verwiesen.

(c) Laut Mitteilung des Landes Wien im Nachfrageverfahren liege die Bearbeitung der Empfehlung in den Themenfeldern der Taskforce Pflege. Eine Weiterarbeit hänge primär von den Zeitplänen des Bundes ab. Wien habe dem Bund eine Priorisierung der Themen (Priorisierung der Finanzierung) vorgeschlagen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das Sozialministerium Pläne zur Qualitätssicherung bzw. –verbesserung in der häuslichen Pflege erarbeitet hatte, z.B. im Rahmen des Projekts „Community (Health) Nursing“. Diese zielten aber nicht wie empfohlen auf die Koordinierung der Maßnahmen der Länder und des Bundes aus den unterschiedlichen Bereichen – 24-Stunden-Betreuung, ärztliche Versorgung, mobile Dienste der Länder und Pflegegeld – ab. Die SVS und die Länder arbeiteten im Rahmen der Förderkontrollen weiterhin nicht zusammen.³¹

17.2 Das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien setzten die Empfehlung nicht um. Der RH anerkannte die Bemühungen des Sozialministeriums zur Quali-

³¹ Die SVS berücksichtigte in ihrer Terminplanung Hinweise der zu besuchenden Person auf einen zeitnah vorangegangenen Hausbesuch durch das Land.



tätssicherung bzw. –verbesserung in der häuslichen Pflege. Er wies aber darauf hin, dass diese Maßnahmen nicht auf die Umsetzung der Empfehlung des RH abzielten.

Der RH bekräftigte daher seine Empfehlung an das Sozialministerium und die Länder Oberösterreich und Wien, zur Qualitätssicherung der Pflege zu Hause die bestehenden Kontrollen im Bereich des Pflegegeldes, der 24–Stunden–Betreuung und der Aufsicht über mobile Dienste unter Berücksichtigung der Rückmeldungen aus der ärztlichen Versorgung zu koordinieren.

- 17.3 (1) Das Sozialministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass sich das bestehende System der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege seit vielen Jahren bewähre. Trotzdem sei es im Interesse des Sozialministeriums, die Maßnahmen stetig weiterzuentwickeln und die Situation Betroffener und ihrer pflegenden Angehörigen nachhaltig zu verbessern. Daher sei im Zuge der „Pflegerreform II“ beschlossen worden, die Hausbesuche des „Kompetenzzentrums für Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ der SVS auf bis zu vier Besuche jährlich bei Empfängerinnen und Empfängern einer Förderung zur 24–Stunden–Betreuung auszuweiten.

Weiters sei – um insbesondere auch die Situation in der 24–Stunden–Betreuung zum Wohle aller zu verbessern und die Qualität der Betreuung zu sichern – im Rahmen der „Pflegerreform II“ beschlossen worden, dass 24–Stunden–Betreuerinnen und –Betreuer künftig kostenlose Supervisionsangebote und auch multilinguale e–learning–Angebote beanspruchen können. Um Austausch und Information weiter zu erleichtern, fördere das Sozialministerium Beratungsstellen für 24–Stunden–Betreuerinnen und –Betreuer in Wien, Linz und Graz. Dieses Angebot solle zukünftig auf ganz Österreich ausgeweitet werden.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich sei es nicht nachvollziehbar, warum der RH diese Empfehlung nicht als zumindest teilweise von Oberösterreich umgesetzt einstufe. In Oberösterreich würden regelmäßige Aufsichtsbesuche sowohl bei den Anbieterorganisationen für mobile Dienste als auch vereinzelt bei den Kundinnen und Kunden durchgeführt.

(3) Auch das Land Wien und der Fonds Soziales Wien führten in ihren Stellungnahmen aus, dass es nicht nachvollziehbar sei, warum der RH diese Empfehlung als von Wien nicht umgesetzt einstufe. Der Fonds Soziales Wien setze mit Qualitätsaudits eine umfangreiche Qualitätssicherung der Pflege zu Hause (Mobile Dienste) um. Für das weitere Vorgehen sei nach Ansicht des Fonds Soziales Wien der Bund zuständig, um Handlungsfelder in Zusammenarbeit mit den Ländern zu initiieren.

Der Fonds Soziales Wien blicke erwartungsvoll auf die Umsetzung der Novelle zur Pflegegeldeinstufung durch diplomiertes Pflegepersonal. Er erkenne in diesem

Vorschlag potenzielle Synergieeffekte mit dem Casemanagement des Fonds Soziales Wien, die zur Vermeidung von Redundanzen genutzt werden könnten.

- 17.4 Der RH erwiderte den Ländern Oberösterreich und Wien sowie dem Fonds Soziales Wien, dass sich seine Empfehlung im Vorbericht Pflege auf die Koordinierung der bestehenden Kontrollen im Bereich des Pflegegeldes, der 24–Stunden–Betreuung und der Aufsicht über mobile Dienste unter Berücksichtigung der Rückmeldungen aus der ärztlichen Versorgung bezog. Die – im Übrigen bereits zur Zeit der Vorprüfung festgestellten – jeweils eigenen Maßnahmen der Länder erachtete der RH nicht als Umsetzung dieser Koordinierung. Die beschriebenen Maßnahmen der Länder umfassten weder die Kontrollen des Pflegegeldes und der 24–Stunden–Betreuung noch die Rückmeldungen der ärztlichen Versorgung.

Hausbesuche bei der 24–Stunden–Betreuung

- 18.1 (1) Der RH hatte im Vorbericht 24–Stunden–Betreuung festgestellt, dass die Hausbesuche zur Kontrolle der Pflegequalität in der 24–Stunden–Betreuung durch das „Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ der SVS nur bei Betreuungskräften mit bestimmten Qualifikationen stattfanden. Aufgrund der gegenüber der Heimhilfe vielfach geringeren Ausbildung der Betreuungskräfte und der häufigen Wahrnehmung von Pflegeaufgaben in Delegation hatte der RH dem Sozialministerium im Vorbericht 24–Stunden–Betreuung (TZ 19, TZ 20) empfohlen, das bestehende Qualitätssicherungssystem für die geförderte 24–Stunden–Betreuung auszuweiten und verpflichtende Hausbesuche durch diplomierte Pflegefachkräfte unabhängig von der Qualifikation der Betreuungskraft vorzusehen.
- (2) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass im Jahr 2018 die Hausbesuche auf alle Förderwerberinnen und –werber einer 24–Stunden–Betreuung, unabhängig von der Qualifikation der Betreuungskraft, schrittweise ausgeweitet worden seien. Verpflichtende Hausbesuche würden seit 1. Oktober 2018 in allen Ländern durchgeführt.
- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die verpflichtenden Hausbesuche bei Förderempfängerinnen und –empfängern einer 24–Stunden–Betreuung seit Oktober 2018 unabhängig von der Qualifikation der Betreuungskraft (das heißt bei allen Förderfällen) flächendeckend in ganz Österreich stattfanden. Die Hausbesuche waren für die Betreuten unentgeltlich. Zudem war es möglich, einen Hausbesuch durch eine diplomierte Pflegekraft auch auf Wunsch der pflegebedürftigen Person oder ihrer pflegenden Angehörigen zu vereinbaren. Diese leistete im Zuge des Hausbesuchs grundlegende Beratung bzw. Hilfestellung.

Die Anzahl der Hausbesuche stieg von 2016 bis zum ersten Halbjahr 2022 – COVID-19-bedingt mit Ausnahme des Jahres 2020 – österreichweit an:

Tabelle 7: Österreichweite Entwicklung der Hausbesuche bei der 24-Stunden-Betreuung seit 2016

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	1. Halbjahr 2022
	Anzahl						
Hausbesuche	4.950	6.635	6.750	10.062	5.788	14.767	7.413

Quelle: Sozialministerium

- 18.2 Das Sozialministerium setzte die Empfehlung um. Die verpflichtenden Hausbesuche bei Förderwerberinnen und –werbern einer 24-Stunden-Betreuung erfolgten seit Oktober 2018 unabhängig von der Qualifikation der Betreuungskraft flächendeckend in ganz Österreich.

Hausbesuche bei Versorgungsmängeln

- 19.1 (1) Der RH hatte im Vorbericht 24-Stunden-Betreuung (TZ 21) aufgezeigt, dass bei Versorgungsmängeln, die das „Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ der SVS festgestellt hatte, entgegen einer Vereinbarung zwischen dem Sozialministerium, dem Sozialministeriumservice und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern weitere Kontrollbesuche nicht im vereinbarten Ausmaß durchgeführt worden waren.

Er hatte daher dem Sozialministerium empfohlen, die Vereinbarung bezüglich der Kontrollbesuche bei Versorgungsmängeln in Fällen geförderter 24-Stunden-Betreuung bundesweit umzusetzen.

- (2) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, die Empfehlung umgesetzt zu haben.

- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das Sozialministerium im November 2017 das Sozialministeriumservice per Erlass anwies, der Vereinbarung entsprechend in allen Fällen, in denen zwei der vier wichtigsten Domänen³² mit „B“ oder schlechter bewertet wurden, innerhalb von sechs Monaten einen weiteren Hausbesuch zu veranlassen. Das Sozialministerium kontrollierte auch die Einhaltung des Erlasses.

³² Die vier wichtigsten Domänen waren Körperpflege, medizinisch-pflegerische Versorgung, hygienische Wohnsituation und Ernährung (inklusive Flüssigkeitszufuhr).



- 19.2 Das Sozialministerium setzte die Empfehlung des RH um. Ein Erlass des Sozialministeriums regelte seit 2017 die bundesweite Verpflichtung, bei bestimmten festgestellten Versorgungsmängeln in Fällen geförderter 24-Stunden-Betreuung einen weiteren Kontrollbesuch binnen sechs Monaten durchzuführen. Das Sozialministerium kontrollierte die Umsetzung dieser Verpflichtung.

Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen

- 20.1 (1) Um die Transparenz für betreuungsbedürftige Personen und deren Angehörige im Hinblick auf das Angebot von Vermittlungsagenturen von 24-Stunden-Betreuung zu erhöhen, hatte der RH dem Sozialministerium im Vorbericht 24-Stunden-Betreuung (TZ 23) empfohlen, in Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen jene Vermittlungsagenturen hervorzuheben, die sich zur Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards und weiterer Kriterien, etwa zur Vertragsgestaltung, verpflichten. Dies könnte beispielsweise in Form eines Gütesiegels erfolgen.

(2) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass 2018 das „Österreichische Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen in der 24-Stunden-Betreuung“ geschaffen worden sei. Dies sei ein wesentlicher Schritt zur nachhaltigen Sicherstellung hochwertiger Betreuung gewesen. Grundlage der Zertifizierung seien vom Sozialministerium unter Mitwirkung insbesondere der Wirtschaftskammer Österreich erarbeitete Richtlinien. Diese legten die Voraussetzungen zur Erlangung des Qualitätszertifikats fest. Jenen Vermittlungsagenturen, die über die gesetzlich vorgesehenen Verpflichtungen hinaus höhere Qualitätsstandards erfüllen, sollte dieses Qualitätszertifikat ermöglichen, dies vor einer unabhängigen Zertifizierungsstelle nachzuweisen. Wesentlicher Inhalt seien die Qualitätssicherung mittels Hausbesuch durch diplomiertes Pflegepersonal mindestens einmal pro Quartal und die Erstellung eines Notfallplans. Die ersten Zertifikatsverleihungen seien im Herbst 2019 geplant. Nach Abschluss der Pilotphase und der Evaluierung der Ergebnisse werde das Qualitätszertifikat in den Regelbetrieb übergehen.

(3) Der RH stellte nunmehr Folgendes fest:

(a) Das Sozialministerium entwickelte im Jahr 2018 insbesondere mit der Wirtschaftskammer Österreich das „Österreichische Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen in der 24-Stunden-Betreuung“. Die Grundlage der Zertifizierung bildeten in ihren Eckpunkten u.a. mit den Ländern und der Volksanwaltschaft abgestimmte Richtlinien. Neben Regelungen insbesondere zu Hausbesuchen durch diplomiertes Pflegepersonal enthielt das Qualitätszertifikat auch Bestimmungen zum Schutz der Personenbetreuerinnen und -betreuer; darunter z.B. die Regelung, dass Informationen bei Bedarf in der jeweiligen Muttersprache verfügbar sein mussten.



Pflege in Österreich und Förderung der 24–Stunden–Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow–up–Überprüfung

(b) Die ersten Zertifikate wurden im Herbst 2019 verliehen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren 37 (von rd. 900) Vermittlungsagenturen zertifiziert, die laut Zertifizierungsstelle ein Drittel aller in Österreich von einer Vermittlungsagentur Betreuten umfassten. Einige Vermittlungsagenturen nutzten andere Qualitätssicherungsinstrumente oder konnten (z.B. aufgrund eines Unternehmenssitzes im Ausland) keine Zertifizierung durchführen.

Im Jahr 2022 wurden nur mehr drei Vermittlungsagenturen neu zertifiziert. Laut Zertifizierungsstelle lag dies an der zunehmend sinkenden Leistbarkeit von Qualität und an der in der Folge sinkenden Nachfrage nach Betreuung, die eine zertifizierte Agentur vermittelte. Sie schlug daher dem Sozialministerium neben einer Valorisierung der Basisförderung der 24–Stunden–Betreuung – diese war seit ihrer Einführung 2007 nicht angepasst worden – zusätzliche Förderungen für die Inanspruchnahme zertifizierter Agenturen vor.

(c) Das Regierungsprogramm 2020–2024 sah eine Weiterentwicklung mit dem Ziel eines verpflichtenden Qualitätszertifikats vor. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung plante das Sozialministerium eine einmalige Erhöhung der Basisförderung um 16,7 % (Kosten für den Bund: rd. 16 Mio. EUR pro Jahr) rückwirkend mit Anfang 2023, unabhängig von einer Zertifizierung.

(d) Das Recht zur Führung des Qualitätszertifikats war auf drei Jahre befristet. Danach war eine Rezertifizierung möglich. Bei Verstößen konnte das Zertifikat entzogen werden. Die Zertifizierungsstelle verlängerte 2022 im Einvernehmen mit dem Sozialministerium die Gültigkeit des Qualitätszertifikats für die bis dahin zertifizierten Vermittlungsagenturen einmalig um zwei Jahre, maximal jedoch bis zum Vorliegen einer neuen bzw. adaptierten gesetzlichen Grundlage. Rezertifizierungen hatten daher noch nicht stattgefunden. Die Zertifizierungsstelle begründete dies mit der Bewältigung der COVID–19–bedingten Verzögerung der Pflegereform, den allgemeinen Preissteigerungen und der damit verbundenen geringeren Leistbarkeit von Qualität.

(e) Es war möglich, einen unentgeltlichen Hausbesuch einer diplomierten Pflegekraft des „Kompetenzzentrums für Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ der SVS zu vereinbaren. Dieser Hausbesuch diente einer grundlegenden Beratung bzw. Hilfestellung.

- 20.2 Das Sozialministerium setzte die Empfehlung um, indem es u.a. mit der Wirtschaftskammer Österreich das Österreichische Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen in der 24–Stunden–Betreuung entwickelte.



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Die Rahmenbedingungen für das Qualitätszertifikat hatten sich seit seiner Einführung geändert. Die Zertifizierungsstelle wies auf den wachsenden finanziellen Druck hin, der auch aus der mangelnden Indexierung der Basisförderung resultierte. Zwei Drittel der betreuten Personen beanspruchten Leistungen nicht zertifizierter Vermittlungsagenturen. Mit den von der SVS angebotenen Hausbesuchen durch diplomiertes Pflegepersonal war ein weiteres (externes) Qualitätssicherungselement unabhängig vom Zertifikat vorhanden. Manche Vermittlungsagenturen nutzten andere Qualitätssicherungselemente.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, in Abstimmung mit den relevanten Stakeholdern die Rolle bzw. Bedeutung des Qualitätszertifikats als Instrument der Qualitätssicherung in der 24-Stunden-Betreuung zu schärfen und anzupassen. Dabei wäre zu klären, ob eine möglichst breite Anwendung, eine verpflichtende Anwendung bestimmter Qualitätskriterien, eine spezifische Förderung für die Nutzung zertifizierter Vermittlungsagenturen und eine Kooperation mit dem „Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ der SVS angestrebt werden sollte.

- 20.3 Das Sozialministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich um die Umsetzung der Empfehlung zu bemühen.



Schlussempfehlungen

21 Der RH stellte fest, dass

- das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz von 15 überprüften Empfehlungen drei umsetzte, zwei teilweise umsetzte und zehn nicht umsetzte,
- das Land Oberösterreich von 13 überprüften Empfehlungen drei teilweise umsetzte und zehn nicht umsetzte,
- das Land Wien von 13 überprüften Empfehlungen eine umsetzte, zwei teilweise umsetzte und zehn nicht umsetzte.

Nachdrücklich wies der RH darauf hin, dass der bei den Empfehlungen an die Länder Oberösterreich und Wien aufgezeigte Handlungsbedarf Maßnahmen nicht nur von diesen beiden Ländern, sondern gemeinsame Aktivitäten aller Länder und des Sozialministeriums erforderte.

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Pflege				Reihe Bund 2020/8 Reihe Oberösterreich 2020/1 Reihe Wien 2020/1	
Vorbericht			Nachfrage- verfahren	Follow-up-Überprüfung	
TZ	Empfehlungsinhalt		Status	TZ	Umsetzungsgrad
Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz					
6	Eine statistische Erfassung der Gesamtaufwendungen für Pflege wäre sicherzustellen und dabei wären Mittelherkunft und Mittelverwendung zu berücksichtigen.		zugesagt	5	nicht umgesetzt
8	Es wäre ein nachhaltiges Finanzierungssystem zu entwickeln und dabei wären insbesondere die Anforderungen einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung sowie einer Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen (Pflegegeld, Eigenbeiträge) zu berücksichtigen.		zugesagt	6	nicht umgesetzt
9	Bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems wären die Ausgabenentwicklung und dabei die Mengen- und Preisentwicklung je Land festzulegen.		zugesagt	7	nicht umgesetzt
12	Bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems wären auch die Mehrkosten durch die Abschaffung des Pflegeregresses zu berücksichtigen.		zugesagt	8	nicht umgesetzt
15	Die Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte und Inhalte der Bedarfs- und Entwicklungsplanungen im Pflegebereich wären zu harmonisieren.		zugesagt	9	nicht umgesetzt
14	Für den Pflegebereich wären geeignete Kennzahlen zur Messung der Versorgung nach Art und Umfang zu entwickeln und diese für Bedarfs- und Entwicklungspläne sowie für die Steuerung und Evaluierung der Versorgung zu nutzen.		zugesagt	11	nicht umgesetzt



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Pflege						Reihe Bund 2020/8
						Reihe Oberösterreich 2020/1
						Reihe Wien 2020/1
Vorbericht		Nachfrage- verfahren	Follow-up-Überprüfung			
TZ	Empfehlungsinhalt	Status	TZ	Umsetzungsgrad		
18	Auf Basis koordinierter Bedarfs- und Entwicklungspläne wäre eine österreichweite, abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen zu erstellen und darauf aufbauend eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen zu erarbeiten.	zugesagt	12		nicht umgesetzt	
30	Die Regelungen über die Personalausstattung wären zu harmonisieren, am tatsächlichen Pflegebedarf und der angestrebten Pflegequalität auszurichten und regelmäßig (z.B. alle fünf Jahre) an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen.	zugesagt	13		nicht umgesetzt	
33	Es wären rechtzeitig Maßnahmen (z.B. Ausbildungsplätze, Entlohnung) zu setzen, um die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals sicherzustellen.	teilweise umgesetzt	14		teilweise umgesetzt	
23	Ein einheitliches Verständnis zur Qualität in Pflegeheimen für die wesentlichen Bereiche (z.B. Fachpflege, Lebensqualität, ärztliche oder soziale Betreuung) wäre zu erarbeiten; dafür wären eine fachliche Detaillierung („Pflegestandards“), Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Kontrollaspekte (z.B. Art und Häufigkeit der Überprüfung, Transparenz der Ergebnisse) festzulegen.	zugesagt	15		teilweise umgesetzt	
28	Auf Basis der zu entwickelnden Definition von Pflegequalität wäre ein Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln, das die Nutzung aller verfügbaren Informationen, ein koordiniertes Vorgehen der unterschiedlichen Kontrolleinrichtungen (z.B. interne und externe Qualitätssicherung, Heimaufsicht), eine klare und transparente Festlegung der Prüfkriterien (z.B. Förderbedingungen, Menschenrechtsschutz) und Prüfergebnisse sowie jährlich mindestens eine externe Qualitätskontrolle vor Ort (z.B. durch die Heimaufsicht) sicherstellt.	zugesagt	16		nicht umgesetzt	
38	Zur Qualitätssicherung der Pflege zu Hause wären die bestehenden Kontrollen im Bereich des Pflegegeldes, der 24-Stunden-Betreuung und der Aufsicht über mobile Dienste unter Berücksichtigung der Rückmeldungen aus der ärztlichen Versorgung zu koordinieren.	zugesagt	17		nicht umgesetzt	
Land Oberösterreich						
6	Eine statistische Erfassung der Gesamtaufwendungen für Pflege wäre sicherzustellen und dabei wären Mittelherkunft und Mittelverwendung zu berücksichtigen.	nicht umgesetzt	5		nicht umgesetzt	
8	Es wäre ein nachhaltiges Finanzierungssystem zu entwickeln und dabei wären insbesondere die Anforderungen einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung sowie einer Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen (Pflegegeld, Eigenbeiträge) zu berücksichtigen.	nicht umgesetzt	6		nicht umgesetzt	
9	Bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems wären die Ausgabenentwicklung und dabei die Mengen- und Preisentwicklung je Land festzulegen.	nicht umgesetzt	7		nicht umgesetzt	
12	Bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems wären auch die Mehrkosten durch die Abschaffung des Pflegeregresses zu berücksichtigen.	zugesagt	8		nicht umgesetzt	
15	Die Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte und Inhalte der Bedarfs- und Entwicklungsplanungen im Pflegebereich wären zu harmonisieren.	nicht umgesetzt	9		nicht umgesetzt	



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung
in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Pflege				Reihe Bund 2020/8 Reihe Oberösterreich 2020/1 Reihe Wien 2020/1	
Vorbericht			Nachfrage- verfahren	Follow-up–Überprüfung	
TZ	Empfehlungsinhalt	Status	TZ	Umsetzungsgrad	
16	Die Bedarfsprognosen für Pflegedienstleistungen sollten in den Bedarfs– und Entwicklungsplänen um eine Abschätzung der dafür benötigten Personalressourcen und –qualifikationen sowie Ausgabenschätzungen ergänzt werden.	teilweise umgesetzt	10	teilweise umgesetzt	
14	Für den Pflegebereich wären geeignete Kennzahlen zur Messung der Versorgung nach Art und Umfang zu entwickeln und diese für Bedarfs– und Entwicklungspläne sowie für die Steuerung und Evaluierung der Versorgung zu nutzen.	nicht umgesetzt	11	nicht umgesetzt	
18	Auf Basis koordinierter Bedarfs– und Entwicklungspläne wäre eine österreichweite, abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen zu erstellen und darauf aufbauend eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen zu erarbeiten.	nicht umgesetzt	12	nicht umgesetzt	
30	Die Regelungen über die Personalausstattung wären zu harmonisieren, am tatsächlichen Pflegebedarf und der angestrebten Pflegequalität auszurichten und regelmäßig (z.B. alle fünf Jahre) an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen.	nicht umgesetzt	13	nicht umgesetzt	
33	Es wären rechtzeitig Maßnahmen (z.B. Ausbildungsplätze, Entlohnung) zu setzen, um die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals sicherzustellen.	zugesagt	14	teilweise umgesetzt	
23	Ein einheitliches Verständnis zur Qualität in Pflegeheimen für die wesentlichen Bereiche (z.B. Fachpflege, Lebensqualität, ärztliche oder soziale Betreuung) wäre zu erarbeiten; dafür wären eine fachliche Detaillierung („Pflegestandards“), Indikatoren zur Messung der Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität sowie Kontrollaspekte (z.B. Art und Häufigkeit der Überprüfung, Transparenz der Ergebnisse) festzulegen.	umgesetzt	15	teilweise umgesetzt	
28	Auf Basis der zu entwickelnden Definition von Pflegequalität wäre ein Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln, das die Nutzung aller verfügbaren Informationen, ein koordiniertes Vorgehen der unterschiedlichen Kontrolleinrichtungen (z.B. interne und externe Qualitätssicherung, Heimaufsicht), eine klare und transparente Festlegung der Prüfkriterien (z.B. Förderbedingungen, Menschenrechtsschutz) und Prüfergebnisse sowie jährlich mindestens eine externe Qualitätskontrolle vor Ort (z.B. durch die Heimaufsicht) sicherstellt.	teilweise umgesetzt	16	nicht umgesetzt	
38	Zur Qualitätssicherung der Pflege zu Hause wären die bestehenden Kontrollen im Bereich des Pflegegeldes, der 24–Stunden–Betreuung und der Aufsicht über mobile Dienste unter Berücksichtigung der Rückmeldungen aus der ärztlichen Versorgung zu koordinieren.	zugesagt	17	nicht umgesetzt	
Land Wien					
6	Eine statistische Erfassung der Gesamtaufwendungen für Pflege wäre sicherzustellen und dabei wären Mittelherkunft und Mittelverwendung zu berücksichtigen.	zugesagt	5	nicht umgesetzt	
8	Es wäre ein nachhaltiges Finanzierungssystem zu entwickeln und dabei wären insbesondere die Anforderungen einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung sowie einer Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen (Pflegegeld, Eigenbeiträge) zu berücksichtigen.	zugesagt	6	nicht umgesetzt	



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung
in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Pflege						Reihe Bund 2020/8
						Reihe Oberösterreich 2020/1
						Reihe Wien 2020/1
Vorbericht		Nachfrage- verfahren	Follow-up-Überprüfung			
TZ	Empfehlungsinhalt	Status	TZ	Umsetzungsgrad		
9	Bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems wären die Ausgabenentwicklung und dabei die Mengen- und Preisentwicklung je Land festzulegen.	zugesagt	7		nicht umgesetzt	
12	Bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems wären auch die Mehrkosten durch die Abschaffung des Pflegeregresses zu berücksichtigen.	zugesagt	8		nicht umgesetzt	
15	Die Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte und Inhalte der Bedarfs- und Entwicklungsplanungen im Pflegebereich wären zu harmonisieren.	zugesagt	9		nicht umgesetzt	
16	Die Bedarfsprognosen für Pflegedienstleistungen sollten in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen um eine Abschätzung der dafür benötigten Personalressourcen und -qualifikationen sowie Ausgabenschätzungen ergänzt werden.	zugesagt	10		umgesetzt	
14	Für den Pflegebereich wären geeignete Kennzahlen zur Messung der Versorgung nach Art und Umfang zu entwickeln und diese für Bedarfs- und Entwicklungspläne sowie für die Steuerung und Evaluierung der Versorgung zu nutzen.	zugesagt	11		nicht umgesetzt	
18	Auf Basis koordinierter Bedarfs- und Entwicklungspläne wäre eine österreichweite, abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen zu erstellen und darauf aufbauend eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen zu erarbeiten.	zugesagt	12		nicht umgesetzt	
30	Die Regelungen über die Personalausstattung wären zu harmonisieren, am tatsächlichen Pflegebedarf und der angestrebten Pflegequalität auszurichten und regelmäßig (z.B. alle fünf Jahre) an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen.	zugesagt	13		nicht umgesetzt	
33	Es wären rechtzeitig Maßnahmen (z.B. Ausbildungsplätze, Entlohnung) zu setzen, um die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals sicherzustellen.	zugesagt	14		teilweise umgesetzt	
23	Ein einheitliches Verständnis zur Qualität in Pflegeheimen für die wesentlichen Bereiche (z.B. Fachpflege, Lebensqualität, ärztliche oder soziale Betreuung) wäre zu erarbeiten; dafür wären eine fachliche Detaillierung („Pflegestandards“), Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Kontrollaspekte (z.B. Art und Häufigkeit der Überprüfung, Transparenz der Ergebnisse) festzulegen.	zugesagt	15		teilweise umgesetzt	
28	Auf Basis der zu entwickelnden Definition von Pflegequalität wäre ein Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln, das die Nutzung aller verfügbaren Informationen, ein koordiniertes Vorgehen der unterschiedlichen Kontrolleinrichtungen (z.B. interne und externe Qualitätssicherung, Heimaufsicht), eine klare und transparente Festlegung der Prüfkriterien (z.B. Förderbedingungen, Menschenrechtsschutz) und Prüfergebnisse sowie jährlich mindestens eine externe Qualitätskontrolle vor Ort (z.B. durch die Heimaufsicht) sicherstellt.	zugesagt	16		nicht umgesetzt	
38	Zur Qualitätssicherung der Pflege zu Hause wären die bestehenden Kontrollen im Bereich des Pflegegeldes, der 24-Stunden-Betreuung und der Aufsicht über mobile Dienste unter Berücksichtigung der Rückmeldungen aus der ärztlichen Versorgung zu koordinieren.	zugesagt	17		nicht umgesetzt	



Pflege in Österreich und Förderung der 24-Stunden-Betreuung
in Oberösterreich und Wien; Follow-up-Überprüfung

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts 24–Stunden–Betreuung					Reihe Bund 2018/21 Reihe Oberösterreich 2018/2 Reihe Wien 2018/5	
Vorbericht			Nachfrage- verfahren	Follow–up–Überprüfung		
TZ	Empfehlungsinhalt		Status	TZ	Umsetzungsgrad	
Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz						
19, 20	Das bestehende Qualitätssicherungssystem für die geförderte 24–Stunden–Betreuung wäre auszuweiten und verpflichtende Hausbesuche durch diplomierte Pflegefachkräfte unabhängig von der Qualifikation der Betreuungskraft wären vorzusehen.		umgesetzt	18	umgesetzt	
21	Die Vereinbarung bezüglich der Kontrollbesuche bei Versorgungsmängeln in Fällen geförderter 24–Stunden–Betreuung wäre bundesweit umzusetzen.		umgesetzt	19	umgesetzt	
23	Um die Transparenz für betreuungsbedürftige Personen und Angehörige im Hinblick auf das Angebot von Vermittlungsagenturen von 24–Stunden–Betreuung zu erhöhen, wären in Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen jene Vermittlungsagenturen hervorzuheben, die sich zur Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards und weiterer Kriterien, etwa zur Vertragsgestaltung, verpflichten. Dies könnte beispielsweise in Form eines Gütesiegels erfolgen.		zugesagt	20	umgesetzt	



Anknüpfend an die Vorberichte hob der RH folgende Empfehlungen

- an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (**BMSGPK**),
- an das Land Oberösterreich (**OÖ**)
- und an das Land Wien (**W**)

hervor:

	BMSGPK	OÖ	W
(1) Im Zuge der Neuregelung des Finanzausgleichs 2024 wären die grundsätzlichen Fragestellungen im Bereich Pflege (umfassendes Finanzierungskonzept, Qualitätsdefinitionen, Personalschlüssel und –verfügbarkeit, Bedarfsplanung) rechtzeitig zu beantworten, um eine umfassende Pflegereform durchführen zu können. (<u>TZ 2</u>)	X	X	X
(2) Die Möglichkeiten zur österreichweit koordinierten Vorgehensweise im Bereich Hospiz- und Palliativbetreuung wären möglichst umfassend zu nutzen. (<u>TZ 3</u>)	X	X	X
(3) Bei weiteren Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegebereich wäre abgestimmt mit den Ländern sowie dem Österreichischen Städtebund und dem Österreichischen Gemeindebund im Rahmen einer Gesamtstrategie zur Gestaltung der Entgelte vorzugehen. (<u>TZ 4</u>)	X		
(4) Eine statistische Erfassung der Gesamtaufwendungen für Pflege wäre sicherzustellen; dabei wären Mittelherkunft und Mittelverwendung zu berücksichtigen. (<u>TZ 5</u>)	X	X	X
(5) Es wäre ein nachhaltiges Finanzierungssystem zu entwickeln; dabei wären insbesondere die Anforderungen einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung sowie die Anforderungen einer Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen (Pflegegeld, Eigenbeiträge) zu berücksichtigen. (<u>TZ 6</u>)	X	X	X
(6) Im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen wäre gemeinsam mit den übrigen Ländern auch eine aktualisierte Zielvorstellung zur Entwicklung der Gesamtausgaben für Pflege zu entwickeln; diese wäre angesichts der in der Vergangenheit häufig geänderten Umstände (Einführung 24-Stunden-Betreuung, Abschaffung Pflegeregress, veränderte Personalsituation etc.) in ein gemeinsames Steuerungssystem zu integrieren. (<u>TZ 7</u>)	X	X	X



	BMSGPK	OÖ	W
(7) Bei Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems für den Pflegebereich wären auch die Mehrkosten durch die Abschaffung des Pflegeregresses zu berücksichtigen. (TZ 8)	X	X	X
(8) Die Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte und Inhalte der Bedarfs- und Entwicklungsplanungen im Pflegebereich wären zu harmonisieren. (TZ 9)	X	X	X
(9) Auf Basis koordinierter Bedarfs- und Entwicklungspläne wäre eine österreichweite, abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen zu erstellen; darauf aufbauend wäre eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen zu erarbeiten. (TZ 9, TZ 12)	X	X	X
(10) Die Bedarfsprognosen für Pflegedienstleistungen in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen wären mit der Abschätzung der dafür benötigten Personalressourcen und -qualifikationen abzustimmen. (TZ 10)		X	
(11) Für den Pflegebereich wären geeignete Kennzahlen zur Messung der Versorgung nach Art und Umfang zu entwickeln und diese für Bedarfs- und Entwicklungspläne sowie für die Steuerung und Evaluierung der Versorgung zu nutzen. (TZ 11)	X	X	X
(12) Die Regelungen über die Personalausstattung wären zu harmonisieren, am tatsächlichen Pflegebedarf und der angestrebten Pflegequalität auszurichten und regelmäßig (z.B. alle fünf Jahre) an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen. (TZ 13)	X	X	X
(13) Es wären weiterhin Maßnahmen zu setzen, um die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals zu gewährleisten. Neben den durch die Arbeitgeber sicherzustellenden Rahmenbedingungen – wie Entgelt oder Dienstplansicherheit – wären Maßnahmen in folgenden Handlungsfeldern wesentlich: <ul style="list-style-type: none"> • Optimierung der Tätigkeitsfelder nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, • Imageverbesserung des Berufsbildes, • Integration von Pflegekräften aus dem Ausland im Rahmen der Nostrifikation sowie • Abstimmung der Einsatzbereiche der Pflege- und Gesundheitsberufe für Zwecke der Ausbildung. (TZ 14) 	X	X	X
(14) Ein einheitliches Verständnis zur Qualität in Pflegeheimen wäre für die wesentlichen Bereiche – z.B. Fachpflege, Lebensqualität, ärztliche oder soziale Betreuung – zu erarbeiten; dafür wären eine fachliche Detaillierung („Pflegestandards“), Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Kontrollaspekte (z.B. Art und Häufigkeit der Prüfung, Transparenz der Ergebnisse) festzulegen. (TZ 15)	X	X	X



	BMSGPK	OÖ	W
(15) Auf Basis der zu entwickelnden Definition von Pflegequalität wäre ein Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln, das die Nutzung aller verfügbaren Informationen, ein koordiniertes Vorgehen der unterschiedlichen Kontrolleinrichtungen (z.B. interne und externe Qualitätssicherung, Heimaufsicht), eine klare und transparente Festlegung der Prüfkriterien (z.B. Förderbedingungen, Menschenrechtsschutz) und Prüfergebnisse sowie jährlich mindestens eine externe Qualitätskontrolle vor Ort (z.B. durch die Heimaufsicht) sicherstellt. <u>(TZ 16)</u>	X	X	X
(16) Zur Qualitätssicherung der Pflege zu Hause wären die bestehenden Kontrollen im Bereich des Pflegegeldes, der 24-Stunden-Betreuung und der Aufsicht über mobile Dienste unter Berücksichtigung der Rückmeldungen aus der ärztlichen Versorgung zu koordinieren. <u>(TZ 17)</u>	X	X	X
(17) In Abstimmung mit den relevanten Stakeholdern wäre die Rolle bzw. Bedeutung des Qualitätszertifikats als Instrument der Qualitätssicherung in der 24-Stunden-Betreuung zu schärfen und anzupassen. Dabei wäre zu klären, ob eine möglichst breite Anwendung, eine verpflichtende Anwendung bestimmter Qualitätskriterien, eine spezifische Förderung für die Nutzung zertifizierter Vermittlungsagenturen und eine Kooperation mit dem „Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen angestrebt werden sollte. <u>(TZ 20)</u>	X		



Pflege in Österreich und Förderung der 24–Stunden–Betreuung
in Oberösterreich und Wien; Follow–up–Überprüfung



**Rechnungshof
Österreich**

Wien, im Dezember 2023

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R — H



