



Strukturplan Pflege 2012 - 2022

Evaluierungsbericht 2017

IMPRESSUM:

Eigentümer: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck

Für den Inhalt verantwortlich: Mag. Josef Danner, Fachbereich Sozialplanung, Abteilung Soziales, Amt der Tiroler Landesregierung

Bilder: www.BilderBox.com; Mag. Josef Danner

Analysen, Berechnungen und Grafiken:

Abteilung Raumordnung und Statistik, Amt der Tiroler Landesregierung, Heiligegeiststraße 7-9, 6020 Innsbruck,

Abteilung Soziales, Amt der Tiroler Landesregierung, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck

Stand: 03.04.2019

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Auftrag zur Evaluierung und Ausrichtung der Planungsgrundsätze	3
3.	Soziodemografische Entwicklung	4
3.1	Tiroler Bevölkerung im Überblick	4
3.2	Altersstruktur und Bevölkerungsprognose	5
4.	Pflegeausbildung und Attraktivierung der Pflegeberufe – Neuausrichtung	9
4.1	SchülerInnen- und AbsolventInnenzahlen in den Pflegeberufen	10
4.1.1	Diplomausbildung Gesundheits- und Krankenpflege – gehobener Dienst	10
4.1.2	Pflegeassistent (vormals Pflegehilfe)	10
4.1.3	Pflegefachassistent	11
4.2	Auswirkungen der GuKG-Novelle 2016 auf die Bildungslandschaft der Pflegeberufe	11
4.2.1	Fachhochschulausbildung zum/zur diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn – Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege	11
4.2.2	Gesundheits- und Krankenpflegeschulen – Pflegeassistentberufe	12
4.2.3	Ausblick in die Planung der Ausbildungsplätze in den einzelnen Pflegeberufen	12
4.3	Herausforderung um Menschen für einen Pflegeberuf gewinnen zu können	13
4.4	Ausgaben	14
5.	Neues Tarifmodell für die Tiroler Wohn- und Pflegeheime ab 2018 in Pilotphase	16
5.1	Wesentliche Neuerungen des Tarifmodells	16
6.	Neues Gehaltsschema für die Pflegeberufe in der Langzeitpflege „Gleiches Geld für gleiche Arbeit“	17
7.	Pflegegeld	18
7.1	Allgemeines	18
7.2	Entwicklung der Anzahl an PflegegeldbezieherInnen von 2012 – 2017	18
8.	Strukturqualitätskriterien für die Errichtung von Wohn- und Pflegeheimen	21
9.	Ausbauprogramm und umgesetzte Maßnahmen	23
9.1	Zielsetzung	23
9.2	Umsetzung	23
10.	Sozialpaktum 2012 – 2022	27
11.	Investitionen	28
12.	Ausgaben- und Einnahmenentwicklung mobiler und stationärer Pflege	30
13.	Versorgungsgrad nach dem Pflegefondsgesetz	35
13.1	Allgemeines	35
13.2	Entwicklung des Nettoaufwandes mobiler und stationärer Pflege 2012 – 2017	37
14.	Pflege und Betreuung	38
14.1	Gesamtübersicht der Angebote in Tirol	38
14.1.1	Angebote in Tirol zum 31.12.2012	38
14.1.2	Angebote in Tirol zum 31.12.2017 (Ausbaustand)	38
14.1.3	Vorgesehene Angebote für Pflege und Betreuung bis 2022 in Tirol (Ausbauprogramm)	39
14.2	Stationäre Betreuung und Pflege (Wohn- und Pflegeheime)	41
14.2.1	Ausbaustand zum 31.12.2017	41
14.2.2	Ausbauprogramm 2017 – 2022	49

14.3	Schwerpunktpflege	55
14.3.1	Ausbaustand zum 31.12.2017	55
14.3.2	Ausbauprogramm 2017 – 2025	56
14.3.3	Medizintechnische Intensivpflegestation – Sonderstation I in der Schwerpunktpflege	56
14.3.4	Intermediärstation – Sonderstation II in der Schwerpunktpflege	57
14.4	Teilstationäre Pflege und Betreuung	59
14.4.1	Kurzzeitpflege	59
14.4.2	Übergangspflege („Qualifizierte Kurzzeitpflege“)	66
14.4.3	Tagespflege	68
14.5	Mobile Pflege und Betreuung	76
14.5.1	Ausbaustand zum 31.12.2017	76
14.5.2	Ausbauprogramm 2017 – 2022	84
14.6	Betreutes Wohnen	90
14.6.1	Ausbaustand zum 31.12.2017	90
14.6.2	Ausbauprogramm 2017 – 2022	94
14.7	24-Stunden-Betreuung	96
14.7.1	Ausbaustand zum 31.12.2017	96
14.8	Versorgung von Personen unter 65 Jahren	101
14.9	Versorgung von psychisch Kranken	101
15.	Gesundheit und Pflege - Integrierte Versorgungskonzepte	103
15.1	eHealth (ELGA) Anbindung der stationären Pflegeeinrichtungen	105
15.1.1	Ausgangslage	105
15.1.2	Umsetzung und Ausbauziele	105
15.1.3	Finanzierung	107
15.2	Hospiz- und Palliativversorgung	108
15.2.1	Allgemeines	108
15.2.2	Hospiz- und Palliativversorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen	110
15.2.3	Palliativkoordination	115
15.2.4	Hospiz- und Palliativ Care im Pflegeheim (HPCPH)	115
15.2.5	Mobile Hospiz- / Palliativversorgung und Integrierte Palliativbetreuung (IPB)	117
15.2.6	Aus- und Weiterbildung – Hospiz- und Palliative Care	122
15.2.7	Hospizhaus Hall in Tirol	122
15.2.8	Ausgaben und Finanzierung	123
15.3	Chronic Disease Management Programme	125
15.3.1	Ausbau der spezialisierten Pflege	126
15.3.2	Einbindung der Tiroler Pflegeheime in DMP Kardiologie und Diabetes	132
15.4	Integrierter Patientenpfad / Behandlungspfad Schlaganfall Tirol	132
15.4.1	Ausgangslage	132
15.4.2	Maßnahmen zur Umsetzung des „Integrierten PatientInnenpfades / Behandlungspfad Schlaganfall Tirol“	133
15.4.3	Umsetzung der wohnortnahen ambulanten Rehabilitation	136
15.4.4	Finanzierung	138
15.5	Demenz	139
15.5.1	Krankheitsbild und Verlauf	139

15.5.2	Ausgangslage	140
15.5.3	Maßnahmen zur Umsetzung der Demenzstrategie in Tirol	142
15.5.4	Versorgung von pflegebedürftigen Personen in Wohn- und Pflegeheimen.....	145
15.5.5	Ziele und angestrebte Wirkungen	145
15.5.6	Finanzierung	146
15.6	„Primary Health Care“ – „Das Team rund um den Hausarzt“	147
15.6.1	Ausgangslage	147
15.6.2	Rechtliche Grundlage.....	147
15.6.3	Definition der Primärversorgung und Geltungsbereich.....	148
15.6.4	Zusammensetzung einer Primärversorgungseinheit / eines Primärversorgungsteams	148
15.6.5	Voraussetzungen einer Primärversorgungseinheit.....	149
15.6.6	Umsetzung bundesweit.....	150
16.	Etablierung einer Stelle für Caremanager als „Koordinationsstelle für Pflege und Betreuung“	152
16.1.1	Differenzierung von Case- und Care Management	152
16.1.2	Zielsetzung	153
16.1.3	Aufgaben.....	153
16.1.4	Umsetzung	155
16.1.5	Finanzierung	156
17.	Finanzierung und Ausbauprogramm	157
17.1	Finanzierung und Ausbauprogramm der innovativen Projekte 2017 – 2022	157
18.	Finanzierung Ausbauprogramm 2012 – 2025	159
19.	Ausbaukontingente nach Planungsverbänden bis Ende 2022.....	167
20.	Verzeichnis der Planungsverbände.....	171
21.	Abkürzungsverzeichnis.....	173

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1:	BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG IN TIROL NACH ALTERSGRUPPEN 2015 – 2030 ZUM JEWEILIGEN JAHRESENDE IN ABSOLUTZAHLEN.....	4
TABELLE 2:	BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG IN TIROL NACH ALTERSGRUPPEN 2015 – 2030 ZUM JEWEILIGEN JAHRESENDE IN PROZENT4	
TABELLE 3:	BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG IN TIROL 2015 – 2030 ZUM JEWEILIGEN JAHRESENDE NACH BEZIRK	5
TABELLE 4:	BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG 75+ IN TIROL 2015 – 2030 ZUM JEWEILIGEN JAHRESENDE NACH BEZIRK	6
TABELLE 5:	BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG 85+ IN TIROL 2015 – 2030 ZUM JEWEILIGEN JAHRESENDE NACH BEZIRK	6
TABELLE 6:	BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG IN TIROL NACH ALTERSGRUPPEN ZUM JAHRESENDE 2017 NACH BEZIRK	7
TABELLE 7:	BEVÖLKERUNG 75+ PRO 1.000 EINWOHNERINNEN IN TIROL ZUM JAHRESENDE 2017 NACH BEZIRK.....	7
TABELLE 8:	BEVÖLKERUNG TIROL 85+ PRO 1.000 EINWOHNERINNEN IN TIROL ZUM JAHRESENDE 2017 NACH BEZIRK	8
TABELLE 9:	AUSGABEN UND BEITRÄGE DES TIROLER GESUNDHEITSFONDS (TGF) FÜR SCHULEN 2012 – 2017	14
TABELLE 10:	AUSGABEN UND BEITRÄGE DER ABTEILUNG SOZIALES FÜR DAS JAHR 2018.....	15
TABELLE 11:	ANZAHL DER ANSPRUCHSBERECHTIGTEN PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN IN TIROL 2012 – 2017	18
TABELLE 12:	PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN 2017 IN TIROL NACH PFLEGESTUFEN UND BEZIRK IN ABSOLUTZAHLEN.....	18
TABELLE 13:	PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN 2017 PRO 1.000 EINWOHNERINNEN IN TIROL NACH PFLEGESTUFEN UND BEZIRK	19
TABELLE 14:	PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN 2017 PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75 + IN TIROL NACH PFLEGESTUFEN UND BEZIRK ...	20
TABELLE 15:	GEPLANTE AUSBAUMAßNAHMEN LAUT STRUKTURPLAN PFLEGE 2012 – 2017 BZW. 2012 – 2022 UND REALISIERTE AUSBAUMAßNAHMEN BIS 2017	25
TABELLE 16:	GESAMTFÖRDERMITTEL 2012 – 2017 IN TIROL.....	29
TABELLE 17:	AUSGABEN- UND EINNAHMENENTWICKLUNG STATIONÄRER PFLEGE EXKL. TAGESPFLEGE UND KURZZEITPFLEGE SOWIE OHNE BERÜCKSICHTIGUNG DES ALTENHILFEANTEILES 2012 – 2017 (PFLEGESTUFEN 3 - 7) IN TIROL.....	30
TABELLE 18:	AUSGABEN- UND EINNAHMENENTWICKLUNG IN DER KURZZEITPFLEGE 2012 – 2017 IN TIROL.....	31
TABELLE 19:	AUSGABEN- UND EINNAHMENENTWICKLUNG IN DER TAGESPFLEGE 2012 – 2017 IN TIROL	32
TABELLE 20:	AUSGABEN- UND EINNAHMENENTWICKLUNG MOBILER PFLEGE 2012 – 2017 IN TIROL.....	33
TABELLE 21:	AUSGABEN- UND EINNAHMENENTWICKLUNG IN DER ALTENHILFE 2012 – 2017 IN TIROL.....	34
TABELLE 22:	BUNDESPFLEGEFONDSMITTEL 2012 – 2017 IN TIROL	36
TABELLE 23:	ANGEBOT FÜR PFLEGE UND BETREUUNG 2012 IN TIROL NACH BEZIRK LAUT STRUKTURPLAN PFLEGE 2012 – 2022	38
TABELLE 24:	ANGEBOTE FÜR PFLEGE UND BETREUUNG 2017 IN TIROL NACH BEZIRK.....	39
TABELLE 25:	ANGEBOT FÜR PFLEGE UND BETREUUNG BIS 2022 LAUT STRUKTURPLAN PFLEGE 2012 – 2022 IN TIROL NACH BEZIRK (AUSBAUPROGRAMM)	39
TABELLE 26:	ANGEBOT FÜR PFLEGE UND BETREUUNG BIS 2022 NEU IN TIROL NACH BEZIRK (AUSBAUPROGRAMM NEU).....	40
TABELLE 27:	ANZAHL DER AUSZUBAUENDEN PLÄTZE FÜR PFLEGE UND BETREUUNG 2017 – 2022 NACH SOLL 2022 NEU.....	40
TABELLE 28:	AUSBAUSTAND DER WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE 2012 – 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	42
TABELLE 29:	ZIELERREICHUNG UND PLANUNGSERFÜLLUNG DER WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE 2012 – 2017 IN TIROL NACH BEZIRK..	43
TABELLE 30:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	46
TABELLE 31:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	47
TABELLE 32:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 85+ 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	48
TABELLE 33:	AUSBAUPROGRAMM DER WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE 2017 - 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	49
TABELLE 34:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	51
TABELLE 35:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	53
TABELLE 36:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 85+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	54
TABELLE 37:	AUSBAUPROGRAMM DER SCHWERPUNKTPFLEGEPLÄTZE 2012 – 2025 IN TIROL NACH VERSORGUNGSREGION.....	56
TABELLE 38:	AUSBAUPROGRAMM DER SONDERSTATION I - MEDIZINTECHNISCHE INTENSIVPFLEGESTATION 2017 -2022 IN TIROL ...	57
TABELLE 39:	AUSBAUPROGRAMM DER SONDERSTATION II – INTERMEDIÄRSTATION IN DER SCHWERPUNKTPFLEGE 2017 – 2022 IN TIROL.....	58
TABELLE 40:	AUSBAUSTAND UND ZIELERREICHUNG / PLANUNGSERFÜLLUNG DER KURZZEITPFLEGEPLÄTZE 2012 – 2017 IN TIROL NACH BEZIRK.....	60
TABELLE 41:	KURZZEITPFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	62
TABELLE 42:	AUSBAUPROGRAMM DER KURZZEITPFLEGEPLÄTZE 2017 – 2022 IN TIROL NACH BEZIRK.....	63
TABELLE 43:	KURZZEITPFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	65

TABELLE 44:	AUSBAUSTAND DER ÜBERGANGSPFLEGEPLÄTZE 2012 – 2017 IN TIROL	66
TABELLE 45:	AUSBAUSTAND 2012 – 2017 UND AUSBAUPROGRAMM 2017 – 2022 / 2025 DER ÜBERGANGSPFLEGEPLÄTZE NACH STANDORT	67
TABELLE 46:	AUSBAUSTAND UND ZIELERREICHUNG / PLANUNGSERFÜLLUNG DER TAGEPFLEGEPLÄTZE 2012 – 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	68
TABELLE 47:	BETREUTE PERSONEN IN DER TAGESPFLEGE	69
TABELLE 48:	AUSLASTUNG DER TAGESPFLEGE	70
TABELLE 49:	TAGESPFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK.....	71
TABELLE 50:	AUSBAUPROGRAMM DER TAGESPFLEGEPLÄTZE 2017 – 2022 IN TIROL NACH BEZIRK.....	72
TABELLE 51:	TAGESPFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK.....	74
TABELLE 52:	KONTINGENTE IM BEREICH BETREUTEN WOHNEN.....	75
TABELLE 53:	BETREUTE PERSONEN IN DER MOBILEN PFLEGE UND BETREUUNG NACH GESCHLECHT	77
TABELLE 54:	GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN MIT WEGZEITEN / AUSBAUSTAND UND PLANUNGSERFÜLLUNG DER MOBILEN DIENSTE 2011 – 2017 IN TIROL NACH BEZIRK.....	78
TABELLE 55:	GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN OHNE WEGZEITEN / IST 2011 – IST 2017 – SOLL 2017 IN TIROL NACH BEZIRK.....	79
TABELLE 56:	GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN MIT UND OHNE WEGZEITEN 2017 IM VERGLEICH IN TIROL NACH BEZIRK80	
TABELLE 57:	GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN MIT WEGZEITEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	82
TABELLE 58:	GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN OHNE WEGZEITEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	83
TABELLE 59:	AUSBAUPROGRAMM MOBILE DIENSTE MIT WEGZEITEN 2017 – 2022 IN TIROL NACH BEZIRK.....	85
TABELLE 60:	AUSBAUPROGRAMM MOBILE DIENSTE OHNE WEGZEITEN / IST 2011 – IST 2017 –SOLL 2022 NEU IN TIROL NACH BEZIRK	86
TABELLE 61:	GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN MIT WEGZEITEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	87
TABELLE 62:	GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN OHNE WEGZEITEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	88
TABELLE 63:	AUSBAUSTAND UND ZIELERREICHUNG / PLANUNGSERFÜLLUNG DER PLÄTZE FÜR BETREUTES WOHNEN 2012 – 2017 .	91
TABELLE 64:	PLÄTZE FÜR BETREUTES WOHNEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	93
TABELLE 65:	AUSBAUPROGRAMM DER PLÄTZE FÜR BETREUTES WOHNEN 2017 – 2022 IN TIROL NACH BEZIRK.....	94
TABELLE 66:	PLÄTZE FÜR BETREUTES WOHNEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	95
TABELLE 67:	ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER BETREUTEN PERSONEN IN DER 24-STUNDEN-BETREUUNG 2012 – 2017 IN TIROL; ...	97
TABELLE 68:	PERSONEN IN DER 24-STUNDEN-BETREUUNG NACH PFLEGESTUFEN 3 - 7 UND BEZIRK	97
TABELLE 69:	ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER BUNDESPFLEGEGELDBEZIEHERINNEN 2012 – 2017 IN TIROL	98
TABELLE 70:	AUSBAUSTAND DER PLÄTZE FÜR DIE 24-STUNDEN-BETREUUNG 2012 – 2017	99
TABELLE 71:	PLÄTZE FÜR DIE 24-STUNDEN-BETREUUNG / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2012 UND 2016 IN TIROL NACH BEZIRK.....	100
TABELLE 72:	AUSBAUSTAND UNTERSTÜTZENDER UND BETREUENDER ANGEBOTE IN DER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG 2017 / 2018 IN TIROL	114
TABELLE 73:	AUSGABEN DER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG IN €; 2012 – 2017	123
TABELLE 74:	FINANZIERUNGSBETEILIGUNG DER JEWEILIGEN TRÄGER IN € FÜR DAS JAHR 2017	124
TABELLE 75:	FINANZIERUNGSBETEILIGUNG DER JEWEILIGEN TRÄGER IN % FÜR DAS JAHR 2017.....	124
TABELLE 76:	ANZAHL DER AKUTEN SCHLAGANFÄLLE, DIE IN DEN TIROLER KRANKENANSTALTEN 2012 – 2016 NACH BEZIRK BEHANDELT WURDEN	136
TABELLE 77:	ÜBERSICHT DER LEISTUNGSDATEN DER ABTEILUNG SOZIALES	137
TABELLE 78:	PROGNOSTIZIERTE PRÄVALENZ AN DEMENZKRANKEN IN TIROL 2015 – 2030 ZUM JEWEILIGEN JAHRESENDE.....	141
TABELLE 79:	VORGEGEHENES UMSETZUNGSPROGRAMM BEZOGEN AUF ALLE BUNDESLÄNDER.....	151
TABELLE 80:	GEPLANTER AUSROLLUNGSPLAN FÜR DIE KOORDINATIONSSTELLEN IN TIROL NACH BEZIRK.....	155
TABELLE 81:	DARSTELLUNG DER AUSGABEN DES TIROLER GESUNDHEITSFONDS (TGF) 2017 – 2022	157
TABELLE 82:	DARSTELLUNG DER AUSGABEN DER ABTEILUNG SOZIALES 2017 – 2022	157
TABELLE 83:	AUSGABEN DER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG 2012 – 2017 SOWIE DIE BUDGETPROGNOSE 2018 – 2022..	158
TABELLE 84:	BRUTTOAUSGABEN 2012 – 2022 IN TIROL.....	161
TABELLE 85:	BRUTTOEINNAHMEN 2012 – 2022 IN TIROL	164
TABELLE 86:	DARSTELLUNG DER GENEHMIGTEN PLÄTZE MIT ÜBERGANGS- UND SCHWERPUNKTPFLEGE BIS ENDE 2022.....	168

TABELLE 87:	DARSTELLUNG DER GENEHMIGTEN PLÄTZE IN DER KURZZEITPFLEGE BIS ENDE 2022	168
TABELLE 88:	DARSTELLUNG DER GENEHMIGTEN PLÄTZE IN DER TAGESPFLEGE BIS ENDE 2022	169
TABELLE 89:	DARSTELLUNG DER LEISTUNGSTUNDEN IN DER MOBILEN PFLEGE BIS ENDE 2022 MIT SOLL NEU	170
TABELLE 90:	DARSTELLUNG DER PLANUNGSVERBÄNDE INKLUSIVE ORTE IN TIROL	172

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1:	BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG IN TIROL NACH ALTERSGRUPPEN 2015 – 2030 ZUM JEWEILIGEN JAHRESENDE IN PROZENT5	
ABBILDUNG 2:	BEVÖLKERUNG 75+ UND 85+ PRO 1.000 EINWOHNERINNEN IN TIROL ZUM JAHRESENDE 2017 NACH BEZIRK	9
ABBILDUNG 3:	PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN 2017 PRO 1.000 EINWOHNERINNEN IN TIROL NACH BEZIRK	19
ABBILDUNG 4:	PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN 2017 PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ NACH BEZIRK	20
ABBILDUNG 5:	AUSGABEN- UND EINNAHMENENTWICKLUNG STATIONÄRER PFLEGE EXKL. TAGESPFLEGE UND KURZZEITPFLEGE SOWIE OHNE BERÜCKSICHTIGUNG DES ALTENHILFEANTEILES 2012 – 2017 (PFLEGESTUFEN 3 - 7) IN TIROL.....	30
ABBILDUNG 6:	AUSGABEN- UND EINNAHMENENTWICKLUNG IN DER KURZZEITPFLEGE 2012 – 2017 IN TIROL.....	31
ABBILDUNG 7:	AUSGABEN- UND EINNAHMENENTWICKLUNG IN DER TAGESPFLEGE 2012 – 2017 IN TIROL	32
ABBILDUNG 8:	AUSGABEN- UND EINNAHMENENTWICKLUNG MOBILER PFLEGE 2012 – 2017 IN TIROL.....	33
ABBILDUNG 9:	AUSGABEN- UND EINNAHMENENTWICKLUNG IN DER ALTENHILFE 2012 – 2017 IN TIROL.....	34
ABBILDUNG 10:	ENTWICKLUNG NETTOAUFWAND MOBILE UND STATIONÄRE PFLEGE 2012 – 2017 OHNE PFLEGEFONDSMITTEL UND UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER PFLEGEFONDSMITTEL.....	37
ABBILDUNG 11:	GENEHMIGTE UND IN BETRIEB BEFINDLICHE HEIMPLÄTZE – STICHTAG 31.12.2017 VRS. INSGESAMT GENEHMIGTE HEIMPLÄTZE 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	43
ABBILDUNG 12:	IST 2012 – GENEHMIGTE UND IN BETRIEB BEFINDLICHE HEIMPLÄTZE – STICHTAG 31.12.2017 – SOLL 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	44
ABBILDUNG 13:	IST 2012 – INSGESAMT GENEHMIGTE HEIMPLÄTZE 2017 (IN BETRIEB BZW. IN PLANUNG ODER IN BAU) – SOLL 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	44
ABBILDUNG 14:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	46
ABBILDUNG 15:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	47
ABBILDUNG 16:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 85+ 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	48
ABBILDUNG 17:	IST 2012 – INSGESAMT GENEHMIGTE HEIMPLÄTZE 2017 – SOLL 2022 NEU IN TIROL NACH BEZIRK	50
ABBILDUNG 18:	IST 2012 – INSGESAMT GENEHMIGTE HEIMPLÄTZE / STAND AUGUST 2018 – SOLL 2022 NEU IN TIROL NACH BEZIRK.....	51
ABBILDUNG 19:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	52
ABBILDUNG 20:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	53
ABBILDUNG 21:	WOHN- UND PFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 85+ 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	54
ABBILDUNG 22:	IST 2012 – GENEHMIGTE UND IN BETRIEB BEF. KURZZEITPFLEGEPLÄTZE (INSGESAMT GENEHMIGTE PLÄTZE) – SOLL 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	61
ABBILDUNG 23:	KURZZEITPFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	62
ABBILDUNG 24:	IST 2012 – GENEHMIGTE UND IN BETRIEB BEFINDLICHE KURZZEITPFLEGEPLÄTZE 2017 (INSGESAMT GENEHMIGTE HEIMPLÄTZE) – SOLL 2022 NEU IN TIROL NACH BEZIRK	63
ABBILDUNG 25:	IST 2012 – INSGESAMT GENEHMIGTE PLÄTZE / STAND AUGUST 2018 – SOLL 2022 NEU IN TIROL NACH BEZIRK.....	64
ABBILDUNG 26:	KURZZEITPFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	65
ABBILDUNG 27:	IST 2012 – GENEHMIGTE UND IN BETRIEB BEF. TAGESPFLEGEPLÄTZE (INSGESAMT GENEHMIGTE PLÄTZE) – SOLL 2017 IN TIROL NACH BEZIRK.....	69
ABBILDUNG 28:	TAGESPFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	71
ABBILDUNG 29:	IST 2012 – GENEHMIGTE UND IN BETRIEB BEFINDLICHE TAGESPFLEGEPLÄTZE 2017(INSGESAMT GENEHMIGTE PLÄTZE) – SOLL 2022 NEU IN TIROL NACH BEZIRK.....	73
ABBILDUNG 30:	IST 2012 – INSGESAMT GENEHMIGTE PLÄTZE / STAND AUGUST 2018 – SOLL 2022 NEU IN TIROL NACH BEZIRK.....	73
ABBILDUNG 31:	TAGESPFLEGEPLÄTZE / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK.....	74

ABBILDUNG 32: GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN MIT WEGZEITEN / IST 2011 – IS 2017 – SOLL 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	78
ABBILDUNG 33: GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN OHNE WEGZEITEN / AUSBAUSTAND UND PLANUNGSERFÜLLUNG DER MOBILEN DIENSTE 2011 – 2017 IN TIROL NACH BEZIRK.....	79
ABBILDUNG 34: GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN MIT UND OHNE WEGZEITEN 2017 IM VERGLEICH IN TIROL NACH BEZIRK	81
ABBILDUNG 35: GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN MIT UND OHNE WEGZEITEN 2017 IM VERGLEICH IN TIROL NACH BEZIRK	81
ABBILDUNG 36: GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN MIT WEGZEITEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	82
ABBILDUNG 37: GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN OHNE WEGZEITEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 2012 UND 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	83
ABBILDUNG 38: AUSBAUPROGRAMM MOBILE DIENSTE MIT WEGZEITEN / IST 2011 – IST 2017 –SOLL 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	85
ABBILDUNG 39: AUSBAUPROGRAMM MOBILE DIENSTE OHNE WEGZEITEN / IST 2011 – IST 2017 –SOLL 2022 NEU IN TIROL NACH BEZIRK	86
ABBILDUNG 40: GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN MIT WEGZEITEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	87
ABBILDUNG 41: GELEISTETE PFLEGE- UND BETREUUNGSSTUNDEN OHNE WEGZEITEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	88
ABBILDUNG 42: IST 2012 – GENEHMIGTE UND IN BETRIEB BEF. PLÄTZE FÜR BETREUTES WOHNEN (INSGESAMT GENEHMIGTE PLÄTZE) – SOLL 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	92
ABBILDUNG 43: PLÄTZE FÜR BETREUTES WOHNEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	93
ABBILDUNG 44: IST 2012 – GENEHMIGTE UND IN BETRIEB BEFINDLICHE PLÄTZE FÜR BETREUTES WOHNEN 2017 (INSGESAMT GENEHMIGTE PLÄTZE) – SOLL 2022 NEU IN TIROL NACH BEZIRK.....	94
ABBILDUNG 45: PLÄTZE FÜR BETREUTES WOHNEN / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2017 UND 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	95
ABBILDUNG 46: IST 2012 – IN BETRIEB BEF. PLÄTZE FÜR DIE 24-STUNDEN-BETREUUNG 2016 (INSGESAMT GENEHMIGTE PLÄTZE) – SOLL 2017 IN TIROL NACH BEZIRK	99
ABBILDUNG 47: PLÄTZE FÜR DIE 24-STUNDEN-BETREUUNG / DARSTELLUNG DES VERSORGUNGSGRADES PRO 1.000 EINWOHNERINNEN 75+ 2012 UND 2016 IN TIROL NACH BEZIRK.....	100
ABBILDUNG 48: INTEGRIERTE GESUNDHEITS- UND PFLEGEPLANUNG	104
ABBILDUNG 49: AUSBAUSTAND DER ANBINDUNG AN ELGA IN TIROL ZUM JAHRESENDE 2017	106
ABBILDUNG 50: ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH DER AGIERENDEN AKTEURE – STAKEHOLDER RELATIONS	109
ABBILDUNG 51: DIE 6 BAUSTEINE DER ABGESTUFTEN HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG.....	110
ABBILDUNG 52: AUSBAUSTAND MOBILE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG ZUM STAND 2012 LAUT STRUKTURPLAN PFLEGE 2012 – 2022 IN TIROL NACH BEZIRK	118
ABBILDUNG 53: AUSBAUPROGRAMM MOBILE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG ZUM STAND 31.12.2017 IN TIROL NACH BEZIRK	119
ABBILDUNG 54: AUSBAUSTAND / AUSBAUPROGRAMM DER INTEGRIERTEN PALLIATIVBETREUUNG ZUHAUSE UND IM HEIM (IPB) IN TIROL NACH BEZIRK.....	121
ABBILDUNG 55: ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH DER AGIERENDEN AKTEURE – STAKEHOLDER RELATIONS	129
ABBILDUNG 56: PROJEKTORGANIGRAMM	131
ABBILDUNG 57: PATIENTINNENPFAD / BEHANDLUNGSPFAD SCHLAGANFALL TIROL – 4 PHASEN	134
ABBILDUNG 58: AUSBAUSTAND 2017 / 2018 DER WOHNORTNAHEN AMBULANTEN REHABILITATION IN TIROL NACH BEZIRK	137
ABBILDUNG 59: HÄUFIGKEIT VERSCHIEDENER DEMENZFORMEN	140
ABBILDUNG 60: DIE 7 WIRKUNGSZIELE DER ÖSTERREICHISCHEN DEMENZSTRATEGIE IM ÜBERBLICK	142
ABBILDUNG 61: ZUSAMMENSETZUNG EINER PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEIT / EINES PRIMÄRVERSORGUNGSTEAMS	149
ABBILDUNG 62: PRIMÄRVERSORGUNGSSTRUKTUR	150
ABBILDUNG 63: STRUKTURELLE EBENEN EINES CASE & CARE MANagements	153

Vorwort

Strukturplan Pflege: Flächendeckende und hochqualitative Versorgung für ganz Tirol

Vernetzung der Bereiche Gesundheit und Pflege

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger!

Mit dem Strukturplan Pflege 2012 – 2022 wurde ein wichtiges Planungsinstrument für die bedarfsgerechte Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Tirolerinnen und Tiroler geschaffen, welches die sozialpolitischen Zielsetzungen des Landes Tirol umfasst. Nach dem Leitbild „mobil vor stationär“ ist bis Ende 2022 vor allem ein Ausbau der Betreuungs- und Pflegeleistungen im mobilen Bereich vorgesehen. Dadurch soll nicht nur ein Älterwerden in den eigenen vier Wänden ermöglicht werden, sondern insbesondere ist es auch ein Anliegen, die vielen Angehörigen, Verwandten und Bekannten, die einen Großteil der Pflege zu Hause bewältigen, zu entlasten und zu unterstützen.



Nach fünf Jahren Strukturplan Pflege 2012 – 2022 ist es Zeit, Zwischenbilanz zu ziehen. Zielvorgabe der gegenständlichen Evaluation war einerseits zu überprüfen, ob die Planungsvorgaben eingehalten wurden sowie andererseits festzustellen, ob die ursprünglich vorgesehenen Ausbaumaßnahmen aufgrund aktualisierter Daten weiterhin Gültigkeit besitzen oder entsprechend anzupassen sind.

Ein Soll-Ist-Vergleich der Ausbaumaßnahmen in den Jahren 2012 – 2017 zeigt, dass der Strukturplan Pflege 2012 – 2022 bisher konsequent umgesetzt wurde und ein systematischer Ausbau der Angebots- und Leistungsstruktur in der extramuralen Pflege erfolgt ist. Sowohl für pflegebedürftige Mitbürgerinnen und Mitbürger zu Hause als auch im Heim wurde das Leistungsangebot nachhaltig ausgebaut und verbessert. Die Sicherstellung der Pflegefinanzierung war durch die bis Ende des Jahres 2022 ausgerichtete Planung möglich.

Bei der Neuausrichtung und Anpassung der Zielsetzung sind die aus der Abweichungsanalyse abgeleiteten Ergebnisse sowie die geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen (Pflegerereg, GuKG-Novelle 2016 etc.) als Weiterentwicklung der strategischen Ziele maßgebend.

Durch die Vernetzung des Gesundheits- und Pflegebereichs ergeben sich neue Möglichkeiten für spezialisierte Formen von Projekten der Gesundheits- und Pflegeversorgung des Tiroler Gesundheitsfonds und des Landesinstituts für Integrierte Versorgung, die in den Regelbetrieb und die Regelfinanzierung übergeführt werden können. Um eine flächendeckende und umfassende Versorgung der Tiroler Bevölkerung sicherzustellen, wird der Gesundheits- und Pflegebereich daher in den nächsten Jahren enger miteinander zusammenarbeiten.

Der Evaluierungsbericht des Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 soll einen umfassenden Überblick über die bereits erfolgten Ausbaumaßnahmen im Pflegebereich in unserem Land bieten.

Ihr Bernhard Tilg, Landesrat für Gesundheit, Wissenschaft und Pflege

Vorwort

Strukturplan Pflege: Innovationen – Neue Pflegekonzepte – Herausforderungen

Die Entwicklung und Anforderungen im Pflege- und Betreuungsbereich konnte mit dem Strukturplan Pflege 2012 – 2022 als Entscheidungsgrundlage und Planungsinstrument abgebildet und ein geordneter und abgestimmter Ausbau der Pflegeangebote in enger partnerschaftlicher Kooperation mit den Gemeinden und Gemeindeverbänden vorangetrieben werden. Die Obleute der Planungsverbände sowie die Bezirkshauptleute haben eine wichtige Koordinierungs- und Entscheidungsfunktion unter den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern für das Land Tirol übernommen. Die Anliegen der Bürger und Gemeinden konnten so auf kurzem Wege Gehör finden. Den Bedürfnissen der pflege- und betreuungsbedürftigen Personen in Tirol konnte nach Maßgabe der Finanzierbarkeit so weit als möglich entsprochen und entgegen gekommen werden.



Mit dem vorliegenden Evaluierungsbericht soll nicht nur eine begleitende Kontrolle über die Zielerreichung und Prüfung der Planungsprognosen erfolgen, sondern es sollen zur Halbzeit des 10-jährigen Planungszeitraumes neue innovative Projekte auf Grundlage der neuesten Erkenntnisse aus dem Gesundheits- und Pflegebereich einfließen. Die Verschränkung und Verschneidung des Gesundheits- und Sozialbereiches wird in den nächsten Jahren intensiviert. In enger Kooperation mit den Gesundheitsversorgungseinrichtungen, insbesondere mit Krankenanstalten und Ärzten, werden neue Wege zur Versorgungskette in der Pflege ermöglicht.

Die Aufrechterhaltung und Sicherstellung der Finanzierung für das Land Tirol und die Gemeinden wird bis Ende 2022 oberstes Ziel bleiben. Durch die bereits am 27. November 2012 von der Tiroler Landesregierung und den mit dem geschäftsführenden Ausschuss Pflege getroffenen Beschlüssen wird der weitere Ausbau der Pflegeangebote und die Versorgung der pflege- und betreuungsbedürftigen Personen gewährleistet sein. Die neuen Leistungsbereiche werden in enger Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Integrierte Versorgung geplant und abgestimmt. Eine weiterführende Kooperation mit dem Landesinstitut für Integrierte Versorgung ist im Planungsbereich vorgesehen.

Dr.ⁱⁿ Kathrin Eberle, Vorständin Abteilung Soziales

Gender Erklärung

Es wird darauf hingewiesen, dass sich die Inhalte der vorliegenden Arbeiten in gleichem Maße sowohl auf Frauen als auch auf Männer beziehen. Bei der Verfassung der Texte wurden geschlechtsspezifische Formulierungen verwendet.

1. Einleitung

Der Strukturplan Pflege 2012 – 2022 wurde nach Abstimmung zwischen dem Land Tirol, dem Tiroler Gemeindeverband und der Stadt Innsbruck von der Tiroler Landesregierung am 27.11.2012 beschlossen. Mit den planerischen Vorarbeiten wurde im Herbst 2011 begonnen. Das im August 2011 in Kraft getretene Pflegefondsgesetz – PFG, BGBl. I Nr. 57/2011, bildete eine wesentliche Grundlage bei der Ausgestaltung der Planungsstrategie und Umsetzungsziele. Die in diesem Gesetz verankerten Vorgaben zur Sicherungs-, Aus- und Aufbauplanung wurden umgesetzt.

Für den Bereich der stationären Langzeitpflege wurde ein Versorgungsgrad auf Basis der Bevölkerung 75 Jahre und älter herangezogen, woraus sich bis zum Jahr 2022 ein Bedarf von 1.218 zusätzlichen Heimplätzen für die Langzeitpflege und 150 zusätzlichen Plätzen für die Kurzzeitpflege ergab. Für die Schwerpunktpflege war ein Ausbau von weiteren 98 Plätzen vorgesehen. Diese Planungsvorgaben bilden bis Ende 2022 die Ausbauobergrenzen. Eine Unterschreitung dieser Kontingente ist in Abhängigkeit der Nachfrage und des Auslastungsgrades der bestehenden Angebotsstrukturen für zulässig befunden worden.

Der Ausbau von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen, die nicht dem stationären Bereich zuzuordnen sind, dazu zählen die Mobilen Dienste und die Tagespflege, wurden in der Planung vorrangig berücksichtigt, um eine verstärkte Nachfrage nach vollstationären Pflegeleistungen in Folge der Zunahme der pflegebedürftigen Personen im Planungszeitraum von 10 Jahren kompensieren zu können.

Als Ausgangsbasis für die demografischen Berechnungen und die Feststellung des Versorgungsgrades wurde das Jahr 2010 entsprechend den Vorgaben des Pflegefondsgesetzes herangezogen. Die im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 ausgewiesene Bestandsaufnahme bezieht sich auf den bewilligten Stand zum Jahresende 2012. Der Planungshorizont war bis Ende 2022 begrenzt. Die Auswirkungen der gegenüber den ursprünglichen Prognosen vorangeschrittenen Bevölkerungsentwicklung werden in der gegenständlichen Evaluierung miteinbezogen.

Durch die Zweckzuschüsse des Bundes aus dem Pflegefonds ist es gelungen, das Ausmaß und den Verlauf der Ausgabensteigerungen in der Langzeitpflege moderater zu gestalten. Die 24-Stunden-Betreuung, welche vom Land Tirol zu 40% mitfinanziert wird, hat von 2012 bis 2016 mehr als erwartet von 910 auf 1.912 Personen um rund 110% zugenommen. Die Einschätzung der weiteren Entwicklung der 24-Stunden-Betreuung sowie deren Einfluss auf die Inanspruchnahme von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen ist Gegenstand der Evaluierungsstudie. Durch den Ausbau der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste sowie durch ergänzende entlastende Angebote, wie der Tagesbetreuung oder alternativer Wohnformen, wie das „Betreute Wohnen“, konnte eine wesentliche Verlagerung und Entlastung der Wohn- und Pflegeheime erreicht werden.

Die seit 2012 bis 2017 getätigten Ausbaumaßnahmen und die für die Folgejahre geplanten Vorhaben werden in diesem Evaluierungsbericht in einer Zwischenbilanz dargestellt und deren Versorgungswirksamkeit bewertet.

Die Versorgung von Demenzkranken, von Hospiz- und PalliativpatientInnen sowie besonders von psychiatrischen und gerontopsychiatrischen pflegebedürftigen Personen stellen neue Herausforderungen im Betreuungs- und Pflegebereich dar und müssen bei der Weiterentwicklung verstärkt Berücksichtigung

finden. Die Versorgung von betreuungs- und pflegebedürftigen Personen unter 65 Jahren in Einrichtungen der Langzeitpflege wird einer Betrachtung unterzogen.

Die thematisch gegebene Verzahnung zwischen Pflege- und Gesundheitsbereich erfordert eine enge Vernetzung mit dem Gesundheitsbereich, insbesondere mit der Zielsteuerungskoordination und Zielsteuerungsplanung des Landes. In Fachbeiträgen zu den für die Langzeitpflege relevanten Gesundheitsschwerpunkten für die nächsten Jahre wird die enge Vernetzung zum Sozialbereich aufgezeigt.

2. Auftrag zur Evaluierung und Ausrichtung der Planungsgrundsätze

Ausgangsbasis für die Erstellung des Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 war die Angebotsstruktur in der Pflege und Betreuung im stationären, teilstationären und mobilen Bereich zum Jahresende 2012. Die bestehenden Pflege- und Betreuungsangebote wurden auf Grundlage von erteilten Genehmigungen so umfassend wie möglich festgestellt und festgelegt. Die nach dem Tiroler Raumordnungsgesetz festgelegten Planungsverbände bildeten die Planungseinheiten, innerhalb der die Angebotsstrukturen ausgerichtet und geplant wurden. Den Planungsverbänden kam die Funktion der Koordination und Entscheidung bei der Verteilung der Ausbaukontingente innerhalb des jeweiligen Planungsverbandes zu. Die Genehmigung für weitere Ausbauvorhaben nach dem Strukturplan Pflege 2012 – 2022 war bisher unter anderem auch von der Zustimmung des Planungsverbandes bzw. bei planungsverbandübergreifenden Vorhaben von der Zustimmung mehrerer Planungsverbände abhängig und bildete auch die Voraussetzung für die Gewährung von Investitions- und Wohnbauförderungsmitteln. Den Bezirkshauptleuten oblag die Gesamtkoordination innerhalb des Bezirkes auf der Ebene der Planungsverbände und der Gemeinden.

Für den Planungshorizont 2022 wurden pro Planungsverband bzw. pro Bezirk zahlreiche Parameter (z.B. Wohnbevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter) ausgewiesen, anhand derer in Korrelation mit den bestehenden Pflege- und Betreuungsangeboten die jeweiligen Versorgungsgrade als betriebliche Kennzahlen festgelegt wurden. Dadurch konnte eine Vergleichbarkeit der Versorgungsstrukturen in den einzelnen Planungsverbänden erreicht werden.

In der gegenständlichen Evaluierung des Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 werden die Planungsstrategie und die daraus abgeleiteten Umsetzungsziele überprüft und einer bedarfsorientierten Weiterentwicklung angepasst. Der Ausbau der Mobilen Dienste, die Evaluierung der stationären Strukturen, der Ausbau der Angebote für betreutes Wohnen, der Ausbau der Tagespflege inklusive der Kurzzeitpflege sowie der qualifizierten Kurzzeitpflege (Übergangspflege), die Hospiz- und Palliativversorgung sowie die 24-Stunden-Betreuung bilden die Schwerpunkte für eine bessere Vernetzung zwischen Langzeitpflege- und Gesundheitsversorgung.

Daneben stellen Pilotprojekte aus dem Bereich der Landeszielsteuerung des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) für eine bessere Vernetzung von Pflege- und Betreuungsleistungen mit den ärztlichen Versorgungsstrukturen einen wichtigen Eckpfeiler dar.

3. Soziodemografische Entwicklung

Die im Auftrag der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) von der Statistik Austria erstellte Bevölkerungsprognose wurde seit 2011 fortgeschrieben. In Abstimmung mit der Abteilung Raumordnung und Statistik werden ausgewählte Daten der „Kleinräumigen Bevölkerungsprognose für Österreich 2014 – 2030“ verwendet.

3.1 Tiroler Bevölkerung im Überblick

Die Tiroler Bevölkerung ist von Ende 2010 bis Ende 2015 zunächst stärker als erwartet gewachsen. Die wesentlichen Gründe für diese Entwicklung waren die Forcierung der Wanderungsbilanz, die sich aus der Binnenwanderung innerhalb von Österreich, der Wanderung aus den EU-Ländern sowie dem verstärkt aufgetretenen Zuzug aus Nicht-EU Ländern ergab.

In Tirol leben, wie in Österreich insgesamt und in den übrigen EU-Staaten, zunehmend mehr ältere Menschen und weniger jüngere Personen. In Tirol beträgt der Anteil der unter 20-Jährigen 19,85% (EU-Mitgliedstaaten über 21%), der Anteil der über 60-Jährigen bereits 23,20% (EU-Staaten über 25%).

Bevölkerungsentwicklung Tirol nach Altersgruppen 2015 – 2030 in Absolutzahlen

	0-19	20-64	65+	75+	80+	85+
2015	147.866	462.334	128.939	60.577	33.749	16.658
2020	149.318	469.623	141.079	69.037	40.702	18.381
2025	155.428	466.708	159.824	78.757	47.159	23.429
2030	161.436	453.175	184.726	86.717	54.411	27.451

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Tirol nach Altersgruppen 2015 – 2030 zum jeweiligen Jahresende in Absolutzahlen

Datenquelle: ÖROK, Statistik Austria; Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2014, Ausgangswert 2015 POPREG-Daten zum Stand 23.5.2017, endgültiges Ergebnis; Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Raumordnung und Statistik, eigene Auswertung

Bevölkerungsentwicklung Tirol nach Altersgruppen 2015 – 2030 in Prozent

	0-19	20-64	65+	75+	80+	85+
2015	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2020	1,0	1,6	9,4	14,0	20,6	10,3
2025	5,1	0,9	24,0	30,0	39,7	40,6
2030	9,2	-2,0	43,3	43,2	61,2	64,8

Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung in Tirol nach Altersgruppen 2015 – 2030 zum jeweiligen Jahresende in Prozent

Datenquelle: ÖROK, Statistik Austria; Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2014, Ausgangswert 2015 POPREG-Daten zum Stand 23.5.2017, endgültiges Ergebnis; Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Raumordnung und Statistik, eigene Auswertung

Bevölkerungsentwicklung Tirol nach Altersgruppen 2015 – 2030 in Prozent

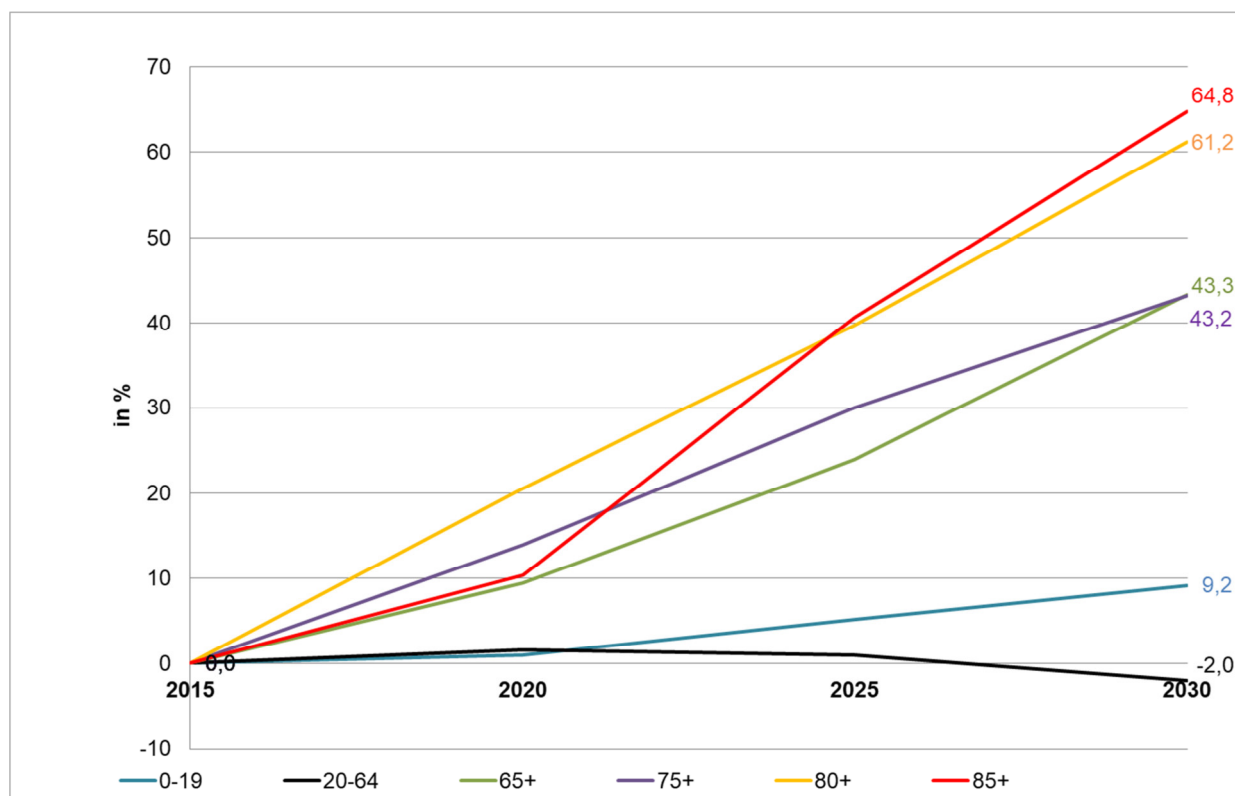


Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung in Tirol nach Altersgruppen 2015 – 2030 zum jeweiligen Jahresende in Prozent

Datenquelle: ÖROK, Statistik Austria; Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2014, Ausgangswert 2015, POPREG-Daten zum Stand 23.5.2017, endgültiges Ergebnis; Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Raumordnung und Statistik, eigene Auswertung und Grafik

3.2 Altersstruktur und Bevölkerungsprognose

Bevölkerungsentwicklung Tirol 2015 – 2030 zum jeweiligen Jahresende

Bezirk	2015	2017	2020	2022	2025	2030	Entwicklung 2015 bis 2030 absolut	Entwicklung 2015 bis 2030 in %
Innsbruck-Stadt	131.009	132.493	137.974	141.373	146.049	152.445	21.436	16,4
Imst	58.233	59.562	59.202	59.606	60.164	60.925	2.692	4,6
Innsbruck-Land	174.217	177.804	179.933	182.498	186.104	191.173	16.956	9,7
Kitzbühel	63.125	63.692	63.692	63.901	64.165	64.391	1.266	2,0
Kufstein	105.466	108.492	110.703	112.534	115.100	118.782	13.316	12,6
Landeck	44.186	44.387	44.273	44.337	44.409	44.426	240	0,5
Lienz	49.026	48.833	47.876	47.576	47.149	46.449	-2.577	-5,3
Reutte	32.036	32.532	32.281	32.433	32.650	32.921	885	2,8
Schwarz	81.841	83.345	84.084	84.960	86.168	87.825	5.984	7,3
Tirol gesamt	739.139	751.140	760.018	769.218	781.958	799.337	60.198	8,1

Tabelle 3: Bevölkerungsentwicklung in Tirol 2015 – 2030 zum jeweiligen Jahresende nach Bezirk

Datenquelle: ÖROK, Statistik Austria; Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2014, Ausgangswert 2015, POPREG-Daten zum Stand 23.5.2017 / 01.01.2018, endgültiges Ergebnis; Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Raumordnung und Statistik, eigene Auswertung; Hinweis: Bei der Erstellung des Strukturplan Pflege 2012 – 2022 wurde ÖROK/STAT, Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2010 – 2030 mit Ausblick bis 2050, Wien, August 2010; Abteilung Raumordnung und Statistik verwendet, weshalb Abweichungen möglich sind.

Bevölkerungsentwicklung 75+ 2015 – 2030 zum jeweiligen Jahresende

Bezirk	2015	2017	2020	2022	2025	2030	Entwicklung 2015 bis 2030 absolut	Entwicklung 2015 bis 2030 in %
Innsbruck-Stadt	11.153	12.174	13.048	13.795	14.706	15.657	4.504	40,4
Imst	4.152	4.428	4.695	5.009	5.469	6.250	2.098	50,5
Innsbruck-Land	13.494	14.997	15.877	16.979	18.439	20.506	7.012	52,0
Kitzbühel	5.820	6.293	6.538	6.946	7.430	8.079	2.259	38,8
Kufstein	8.312	9.002	9.536	10.069	10.958	12.207	3.895	46,9
Landeck	3.636	3.845	3.948	4.077	4.347	4.792	1.156	31,8
Lienz	4.892	5.094	5.082	5.232	5.487	5.917	1.025	21,0
Reutte	2.772	3.004	3.089	3.268	3.606	4.011	1.239	44,7
Schwaz	6.346	6.851	7.225	7.672	8.315	9.298	2.952	46,5
Tirol gesamt	60.577	65.688	69.038	73.047	78.757	86.717	26.140	43,2

Tabelle 4: Bevölkerungsentwicklung 75+ in Tirol 2015 – 2030 zum jeweiligen Jahresende nach Bezirk

Datenquelle: ÖROK, Statistik Austria; Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2014, Ausgangswert 2015 POPREG-Daten zum Stand 23.5.2017 / 01.01.2018, endgültiges Ergebnis; Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Raumordnung und Statistik, eigene Auswertung

Bevölkerungsentwicklung 85+ 2015 – 2030 zum jeweiligen Jahresende

Bezirk	2015	2017	2020	2022	2025	2030	Entwicklung 2015 bis 2030 absolut	Entwicklung 2015 bis 2030 in %
Innsbruck-Stadt	3.337	3.434	3.352	3.435	4.305	5.305	1.968	59,0
Imst	1.162	1.144	1.285	1.346	1.625	1.877	715	61,5
Innsbruck-Land	3.455	3.731	4.028	4.242	5.360	6.494	3.039	88,0
Kitzbühel	1.589	1.687	1.725	1.814	2.193	2.522	933	58,7
Kufstein	2.228	2.358	2.505	2.670	3.273	3.813	1.585	71,1
Landeck	961	1.057	1.157	1.212	1.407	1.502	541	56,3
Lienz	1.515	1.531	1.563	1.567	1.793	1.910	395	26,1
Reutte	712	795	794	831	1.028	1.167	455	63,9
Schwaz	1.699	1.862	1.974	2.040	2.445	2.861	1.162	68,4
Tirol gesamt	16.658	17.599	18.383	19.157	23.429	27.451	10.793	64,8

Tabelle 5: Bevölkerungsentwicklung 85+ in Tirol 2015 – 2030 zum jeweiligen Jahresende nach Bezirk

Datenquelle: ÖROK, Statistik Austria; Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2014, Ausgangswert 2015 POPREG-Daten zum Stand 23.5.2017 / 01.01.2018, endgültiges Ergebnis; Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Raumordnung und Statistik, eigene Auswertung

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen zum Jahresende 2017

Bezirk	0-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	gesamt
Innsbruck-Stadt	101.922	6.573	5.992	5.832	5.736	3.004	3.434	132.493
Imst	47.046	3.293	2.637	2.158	2.035	1.249	1.144	59.562
Innsbruck-Land	136.676	10.022	8.678	7.431	7.318	3.948	3.731	177.804
Kitzbühel	46.696	4.044	3.560	3.099	2.914	1.692	1.687	63.692
Kufstein	83.960	6.109	5.124	4.297	4.215	2.429	2.358	108.492
Landeck	34.472	2.409	2.054	1.607	1.691	1.097	1.057	44.387
Lienz	36.202	2.941	2.501	2.095	2.150	1.413	1.531	48.833
Reutte	24.178	1.987	1.930	1.433	1.421	788	795	32.532
Schwaz	64.515	4.703	3.965	3.311	3.132	1.857	1.862	83.345
Tirol gesamt	575.667	42.081	36.441	31.263	30.612	17.477	17.599	751.140

Tabelle 6: Bevölkerungsentwicklung in Tirol nach Altersgruppen zum Jahresende 2017 nach Bezirk

Datenquelle: Statistik Austria, Endgültige POPREG-Daten zum Jahresende 2017 (Stand Februar 2018), eigene Auswertung

Bevölkerung 75+ pro 1.000 EinwohnerInnen zum Jahresende 2017

Bezirk	EinwohnerInnen	75+	Anteil pro 1.000 Ew.
Innsbruck-Stadt	132.493	12.174	91,9
Imst	59.562	4.428	74,3
Innsbruck-Land	177.804	14.997	84,3
Kitzbühel	63.692	6.293	98,8
Kufstein	108.492	9.002	83,0
Landeck	44.387	3.845	86,6
Lienz	48.833	5.094	104,3
Reutte	32.532	3.004	92,3
Schwaz	83.345	6.851	82,2
Tirol gesamt	751.140	65.688	87,5

Tabelle 7: Bevölkerung 75+ pro 1.000 EinwohnerInnen in Tirol zum Jahresende 2017 nach Bezirk

Datenquelle: Statistik Austria, Endgültige POPREG-Daten zum Jahresende 2017, eigene Auswertung

Bevölkerung Tirol 85+ pro 1.000 EinwohnerInnen zum Jahresende 2017

Bezirk	EinwohnerInnen	85+	Anteil pro 1.000 Ew.
Innsbruck-Stadt	132.493	3.434	25,9
Imst	59.562	1.144	19,2
Innsbruck-Land	177.804	3.731	21,0
Kitzbühel	63.692	1.687	26,5
Kufstein	108.492	2.358	21,7
Landeck	44.387	1.057	23,8
Lienz	48.833	1.531	31,4
Reutte	32.532	795	24,4
Schwaz	83.345	1.862	22,3
Tirol gesamt	751.140	17.599	23,4

Tabelle 8: Bevölkerung Tirol 85+ pro 1.000 EinwohnerInnen in Tirol zum Jahresende 2017 nach Bezirk

Datenquelle: Statistik Austria, Endgültige POPREG-Daten zum Jahresbeginn 2017, eigene Auswertung

Laut Statistik Austria wird die Lebenserwartung bis zum Jahr 2030 weiter ansteigen. Die Lebenserwartung der Männer wird sich der von den Frauen weiterhin annähern, diese aber nicht erreichen. In den kommenden Jahren ist mit einer überproportional steigenden Zahl an Hochbetagten (85 +) zu rechnen.

Eine höhere Lebenserwartung führt vor allem zu einem signifikanten Anstieg der Anzahl an demenzerkrankten Personen (siehe dazu Kapitel 15).

Im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 wurde dieser Entwicklung bereits Rechnung getragen, indem in der Planung konkrete Umsetzungsmaßnahmen, insbesondere Schwerpunktpflegeeinrichtungen in den Versorgungsregionen VR 71 Zentralraum Tirol, VR 72 Tirol-West, VR 73 Tirol-Nord-Ost und VR 74 Osttirol aufgezeigt wurden. Der Ausbau in der VR 71 erfolgte bereits durch den Ausbau der Landes-Pflegeklinik auf 162 Plätze.

Die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Personen, die eine aufwändige Fachpflege und medizinische Betreuung dauerhaft benötigen oder ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, wurde als überregionaler Versorgungsauftrag berücksichtigt. Im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 wurde der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung für unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen und ihrer Angehörigen als integrierender Schwerpunkt des Entwicklungs- und Ausbaukonzeptes aufgenommen.

Derzeit erfolgt im mobilen Versorgungsbereich bezirksweise ein flächendeckender Aufbau von mobilen Palliativteams, die eine qualitativ hochwertige Versorgung von PalliativpatientInnen zu Hause ermöglichen. In Wohn- und Pflegeheimen erfolgt in Zusammenarbeit mit der Hospiz Tirol die Implementierung des vom Dachverband Hospiz Österreich entwickelten Systemansatzes der Hospiz-, Palliativkultur in Pflegeheimen (HPCPH). Zur Umsetzung dieses Projekts werden sukzessive Schulungsmaßnahmen und Workshops in den Heimen durchgeführt.

Bevölkerung 75+ und 85+ pro 1.000 EinwohnerInnen zum Jahresende 2017

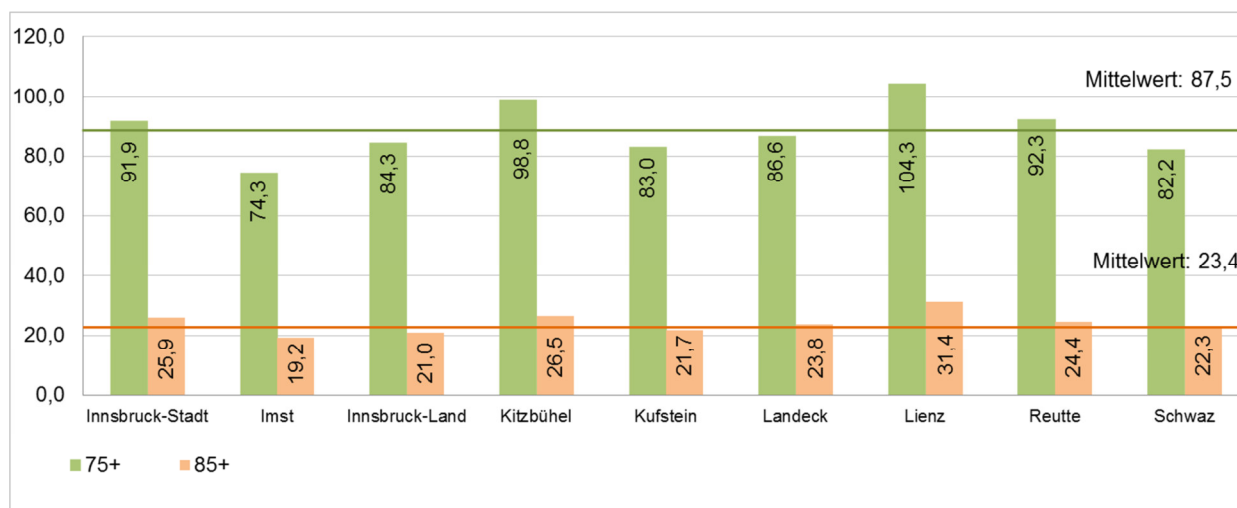


Abbildung 2: Bevölkerung 75+ und 85+ pro 1.000 EinwohnerInnen in Tirol zum Jahresende 2017 nach Bezirk

Datenquelle: Statistik Austria, Endgültige POPREG-Daten zum Jahresende 2017, eigene Auswertung und Grafik

4. Pflegeausbildung und Attraktivierung der Pflegeberufe – Neuausrichtung¹

Pflege- und Sozialbetreuungs- Berufe in Tirol

In Tirol sind **7 Gesundheits- und Krankenpflegeschulen** (Ausbildungszentrum West in Innsbruck und Hall sowie die **5 Gesundheits- und Krankenpflegeschulen** der Bezirkskrankenhäuser in Kufstein gemeinsam mit St. Johann, Lienz, Reutte, Schwaz und Zams) bzw. **1 Fachhochschule** (fhg Innsbruck) für die bedarfsgerechte Ausbildung im Bereich des gehobenen Dienstes (diplomierte/r Gesundheits- und KrankenpflegerIn) und der Pflegeassistent (vormals Pflegehilfe) zuständig. Zusätzlich zu den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen werden an der Schule für Sozialbetreuungsberufe Tirol (SOB Tirol) Diplom- bzw. Fach- und Sozialbetreuungsberufe mit den Schwerpunkten Altenarbeit, Behindertenarbeit und Behindertenbegleitung sowie der Diplom- Sozialbetreuungsberuf Familienarbeit ausgebildet. Diese Ausbildungen zur Alten-, Behinderten- und Familienarbeit beinhalten die Ausbildung zur Pflegeassistent. Heimhilfen werden an allen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und bei weiteren Trägern (z.B. Johanniter Österreich Ausbildung und Forschung gemeinnützige GmbH, Innsbruck) ausgebildet.

Die angeführten Bildungseinrichtungen bilden Personen für die oben genannten Berufe für die Tiroler Krankenanstalten, Wohn- und Pflegeheime, ambulanten Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe aus.

¹ Kurzbericht über die Pflegeausbildung und Attraktivierung der Pflegeberufe in Zusammenarbeit mit der Abteilung Landessanitätsdirektion (Amt der Tiroler Landesregierung).

In den nachfolgenden Ausführungen wird dargestellt, wie sich die Ausbildungszahlen in den letzten Jahren entwickelt haben und welche Änderungen sich durch die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 auf die Bildungslandschaft der Pflegeberufe ergeben.

4.1 SchülerInnen- und AbsolventInnenzahlen in den Pflegeberufen

Seit 2009 führt die Landessanitätsdirektion jährlich Erhebungen über SchülerInnen- und AbsolventInnenanzahl in den einzelnen Pflegeberufen an den Gesundheits- und Krankenpflegesschulen Tirols und an der SOB Tirol durch.

4.1.1 Diplomausbildung Gesundheits- und Krankenpflege – gehobener Dienst

Um interessierten Personen die Möglichkeit für einen Ausbildungsplatz zu bieten, und vor allem den steigenden Bedarf an Pflegepersonen – insbesondere in der Langzeitpflege – decken zu können, wurden die Ausbildungsplätze seit 2009 stetig ausgebaut. Während sich im Jahr 2009 insgesamt 768 Personen in einer Ausbildung zum/zur diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn befunden haben, konnten im Jahr 2018 bereits insgesamt 1.185 Personen in dieser Ausbildung verzeichnet werden. Dies entspricht einer Steigerung von 54,30%.

Ein Vergleich der AbsolventInnenzahlen in den Jahren 2009 und 2017 zeigt folgendes Bild: Im Jahr 2009 haben insgesamt 216 Personen ihre Ausbildung abgeschlossen und das Diplom in der Gesundheits- und Krankenpflege erworben. Im Jahr 2017 haben an allen Gesundheits- und Krankenpflegesschulen insgesamt 320 Personen ihren Abschluss erreicht. Dies entspricht einer Steigerung von 48,15%.

Im Bereich des gehobenen Dienstes zeigt sich anhand der SchülerInnenzahlen im 1. Ausbildungsjahr, dass die Ausbildungsplätze jährlich ausgebaut wurden. In den Jahren 2017 und 2018 konnten die Ausbildungskapazitäten nicht mehr voll ausgeschöpft werden, da mehr Ausbildungsplätze als geeignete InteressentInnen für diesen Beruf zur Verfügung standen.

4.1.2 Pflegeassistenz (vormals Pflegehilfe)

Im Bereich der Pflegeassistenz ist das Bild der Anzahl der TeilnehmerInnen an einer solchen Ausbildung (in Vollzeit oder berufsbegleitend in Teilzeit) heterogen. In den Jahren 2013 bis 2015 hat es in Relation zu der Anzahl der TeilnehmerInnen im Jahr 2009 noch Steigerungen im Ausmaß von durchschnittlich 50% gegeben.

Seit den Jahren 2016 und 2017 sind diese Zahlen rückläufig.

4.1.3 Pflegefachassistenz

Da das neue Berufsbild der Pflegefachassistenz erst seit der GuKG-Novelle 2016 besteht, und die ersten Ausbildungen an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Tirols gestartet haben, liegt noch kein aussagekräftiges Datenmaterial vor. Insgesamt haben 74 Personen die Möglichkeit genutzt, sich von der Pflegeassistenz zur Pflegefachassistenz – in Vollzeit oder berufsbegleitend – weiterqualifizieren zu lassen. Die ersten AbsolventInnen haben die Ausbildung im Herbst 2018 abgeschlossen. Mit Stichtag 01.01.2018 befanden sich 28 Personen im 1. Ausbildungsjahr der zweijährigen Ausbildung.

Um in Zukunft in allen Sparten (Krankenanstalt, Wohn- und Pflegeheim und ambulante Dienste), in den unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der Pflegeberufe ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung zu haben, wird es auch von Seiten der Träger dieser Einrichtungen eine intensive Auseinandersetzung mit der Implementierung eines settingsspezifischen Skill-and-Grade-Mixes benötigen.

4.2 Auswirkungen der GuKG-Novelle 2016 auf die Bildungslandschaft der Pflegeberufe

Die Tiroler Landeregierung hat die Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes durch den Bund (GuKG-Novelle 2016; BGBl. I Nr. 75/2016) zum Anlass für eine umfassende Bildungsreform im Pflegebereich genommen. Die Weichenstellung erfolgte bereits am 23. November 2016 in der Sitzung der Tiroler Gesundheitsplattform, in welcher neben dem Land Tirol auch Bund, Sozialversicherungsträger, Städtebund, Gemeindeverband, Krankenanstaltenträger, Patientenvertretung und Ärztekammer vertreten sind.

Die GuKG-Novelle 2016 des Bundes sieht folgende drei Ausbildungsmöglichkeiten vor: Pflegeassistenz (einjährig), Pflegefachassistenz (zweijährig) und Bachelor-Ausbildung (dreijährig). Getragen ist die Novelle vom Bestreben einer Stärkung der Pflege und einer Qualitäts- und Kompetenzerweiterung. Das Berufsbild der Pflege hat sich in den letzten Jahren sehr stark verändert. Die demografische Entwicklung und die mit der höheren Lebenserwartung einhergehende Zunahme der chronischen Erkrankungen sowie der Anstieg von schwerstpflegebedürftigen Personen machte eine Weiterentwicklung der Ausbildung erforderlich.

4.2.1 Fachhochschulausbildung zum/zur diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn – Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege

An den Standorten des Ausbildungszentrums West in Innsbruck und Hall, sowie an den fünf bestehenden Gesundheits- und Krankenpflegeschulen der Bezirkskrankenhäuser in Kufstein gemeinsam mit St. Johann, Lienz, Reutte, Schwaz und Zams werden dislozierte Studienstandorte von der Fachhochschule Gesundheit (fh gesundheit) für die zukünftige Bachelorausbildung installiert. Das neue Hochschulangebot wird durch eine Kooperation der fh gesundheit in Innsbruck mit der Landesuniversität UMIT in Hall und den regionalen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen möglich. Rechtsträger der

neuen Bachelorausbildung ist die fh gesundheit. Auf diese Weise entstehen zwischen Zams und Lienz in Tirol insgesamt jährlich zwischen 300 - 360 Studienplätze für die sechs-semesterige Bachelorausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege. Die ersten Studienstandorte in Innsbruck und Schwaz starten im Herbst 2018. Die Studienstandorte der Bezirkskrankenhäuser in Kufstein gemeinsam mit St. Johann, Lienz, Reutte, Schwaz und Zams werden im Herbst 2019 folgen. Mit Umstellung auf die Bachelorausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege werden an diesen Standorten keine Diplomausbildungen nach „alter“ Ausbildungsverordnung mehr starten. Mit dem Studienangebot des Bachelors in der Gesundheits- und Krankenpflege an den dislozierten Studienstandorten wird tirolweit eine wohnortnahe und praxisnahe Ausbildung in gelebter Vernetzung mit den Bezirkskrankenhäusern, den Wohn- und Pflegeheimen sowie den ambulanten Diensten gewährleistet.

4.2.2 Gesundheits- und Krankenpflegeschulen – Pflegeassistentenberufe

An allen bestehenden Gesundheits- und Krankenpflegeschulen werden die Pflegeassistentenberufe PflegeassistentInnen und PflegefachassistentInnen ausgebildet. Im Bezirk Kitzbühel **entsteht** in St. Johann eine neue Gesundheits- und Krankenpflegeschule. Zudem wird weiterhin an der SOB Tirol die Ausbildung zur Pflegeassistentin, in allen Schwerpunkten der Ausbildungen zum/zur Diplom- bzw. Fach-SozialbetreuerIn, welche die Pflegeassistentin integriert haben, angeboten.

Mit Auslaufen der Diplomausbildungen im gehobenen Dienst an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen beginnen zeitgleich jährlich, jedenfalls im Herbst, die Ausbildungen zur Pflegefachassistentin. Damit wird jungen Menschen, die eine berufsbildende mittlere Schule absolviert haben, eine Möglichkeit geboten, in den Pflegeberuf einzusteigen. Da das System der unterschiedlichen Niveaus in den Pflegeausbildungen durchlässig ist, steht auch der Weg zur Diplomausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege an der Fachhochschule offen.

Die Weiterqualifikation von PflegeassistentInnen auf PflegefachassistentInnen wird ebenfalls an allen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Tirols möglich sein.

4.2.3 Ausblick in die Planung der Ausbildungsplätze in den einzelnen Pflegeberufen

Auf Fachhochschulniveau werden durchschnittlich ca. 300 - 360 Studienplätze für den Bachelor in Gesundheits- und Krankenpflege zur Verfügung stehen. Bei Vorliegen ausreichend geeigneter InteressentInnen können diese Studienplätze lt. Akkreditierungsbescheid der Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria - AQ Austria um 10% erhöht werden.

Wie unter Punkt 4.2.2 erläutert, werden alle Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Tirols mit Umstellung der Diplomausbildung auf Fachhochschulniveau den neuen Pflegeassistentenberuf zum/zur „PflegefachassistentIn“ anbieten. Insgesamt sind hier tirolweit ca. 300 Ausbildungsplätze vorgesehen.

Obwohl die Zahl der Studienplätze in Relation zur Anzahl der Ausbildungsplätze der herkömmlichen Ausbildung im Bereich des gehobenen Dienstes um ca. 20% reduziert wurde, stehen insgesamt (gehobener Dienst und Pflegefachassistentin) um 25% mehr Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Im Bereich der Weiterqualifikation von PflegeassistentInnen zu PflegefachassistentInnen werden jedenfalls bedarfsorientiert Lehrgänge angeboten. Die Zahl der Ausbildungsplätze hängt von der InteressentInnenlage bei dieser Gruppe ab. Plätze werden bei Bedarf von Seiten der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen geschaffen.

Im Bereich der Pflegeassistenz stehen ca. 500 Ausbildungsplätze (inklusive der Sozialbetreuungsberufe, welche die Pflegeassistenz integriert haben) in Vollzeitform oder in berufsbegleitender Variante zur Verfügung. Aufgrund der Kürze dieser Ausbildung (ein Jahr in Vollzeit), kann kurzfristig – bei ausreichender geeigneter InteressentInnenlage – ein Lehrgang installiert werden.

4.3 Herausforderung um Menschen für einen Pflegeberuf gewinnen zu können

Durch den stetigen Ausbau der Ausbildungsplätze in den einzelnen Pflegeberufen in Tirol wurde die Grundlage für die Deckung des künftigen Personalbedarfs geschaffen. Die große Herausforderung wird es sein, Menschen für einen Pflegeberuf gewinnen zu können. Als weitere Herausforderung tritt der demographische Wandel hinzu.

Grundvoraussetzungen, um Menschen für die Pflege zu begeistern, sind ein positives Image der Pflegeberufe sowie gute Rahmenbedingungen. Es wird eine Vielzahl an Maßnahmen benötigt, um in enger Abstimmung mit den regionalen Ausbildungseinrichtungen den Pflegepersonalbedarf decken zu können.

Folgende Maßnahmen zur Attraktivierung der Pflegeberufe können hier einen Beitrag leisten:

- Kontinuierliches, regionales und umfassendes Monitoring des Personalbedarfs
- Imagekampagne und gezielte Informationsveranstaltungen z.B. in Schulen (professionelles Headhunting)
- Neue Wege für die Pflegeausbildung
- Erleichterung der Ausbildung im zweiten Bildungsweg unter Berücksichtigung berufsbegleitender Möglichkeiten (finanzielle Unterstützung)
- Finanzielle Anreizmodelle für die gesamte Zeit der Ausbildung
- Faire und vergleichbare Entlohnung („Gleiches Geld für gleiche Arbeit“) ab 2020
- Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Forcierung der Angebote für Förderkurse (Deutsch) und der schnelleren Berufsanerkennung / Nostrifikation – Bewerbung von potenziellen Pflegekräften aus anderen europäischen Staaten sowie Asylberechtigten
- selektive Anpassung der Aufnahmekriterien
- Feinabstimmung der Kompetenz-Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufsgruppen
- Meldepflicht für Heime und Pflege- und Betreuungsorganisationen von freien Stellen an AMS (Mangelberufe)

Insbesondere könnten auch neue Modelle im Bildungsbereich (z.B. Implementierung des Pflegeassistentenberufs in ein BHS-Modell oder in ein BMS-Modell) helfen, Personen für diese Ausbildungen zu gewinnen.

4.4 Ausgaben

Ausgaben und Beiträge des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) für Schulen 2012 – 2017

In der folgenden Übersicht scheinen die vom Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) zur Finanzierung der Krankenpflegeschulen ausgewiesenen Kostenbeiträge auf. In diesen Kostenbeiträgen sind überwiegend die für die Krankenanstalten ausgebildeten Pflegekräfte erfasst. Der Anteil der für die extramurale Pflege (Wohn- und Pflegeheime, Mobile Dienste, Behindertenbereich) ausgebildeten Pflegekräfte beträgt rund 30%.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
AZW LKH Innsbruck	7.637.207,03	8.469.449,32	8.393.147,43	8.801.758,50	9.071.264,83	9.430.000,00
Schulen LKH Gesamt:	7.637.207,03	8.469.449,32	8.393.147,43	8.801.758,50	9.071.264,83	9.430.000,00
KPFSC BKH Schwaz	971.278,00	1.188.565,00	1.400.598,00	1.605.897,00	1.970.997,00	1.841.782,05
KPFSC BKH Kufstein	1.072.116,00	1.060.221,00	1.335.456,00	1.301.486,00	1.384.542,00	1.497.587,39
KPFSC BKH Lienz	1.007.506,00	962.735,00	1.041.395,00	962.012,00	1.046.058,00	1.032.971,00
KPFSC BKH Reutte	896.899,00	972.411,00	1.011.537,00	1.031.088,00	1.069.776,00	1.130.031,08
KPFSC KH Zams	902.825,00	1.135.821,00	1.139.756,00	1.339.712,00	1.379.682,00	1.293.028,00
Schulen Nicht-LKH Gesamt:	4.850.624,00	5.319.753,00	5.928.742,00	6.240.195,00	6.851.055,00	6.795.399,52
Gesamtsumme	12.487.831,03	13.789.202,32	14.321.889,43	15.041.953,50	15.922.319,83	16.225.399,52

*2017: Werte lt. Zwischenabrechnung

Tabelle 9: Ausgaben und Beiträge des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) für Schulen 2012 – 2017

Datenquelle: Tiroler Gesundheitsfonds (TGF)

Ausgaben und Beiträge der Abteilung Soziales

Die Abteilung Soziales finanziert die Pflegestiftung mit einer Gesamtsumme von € 60.700 im Jahr 2018. Davon wurden die Kosten für 2 Ausbildungskurse Heimhilfe mit € 40.000 gefördert.

Ziel ist es die Förderung von Umschulungsmaßnahmen von Personen, die beim Arbeitsmarkt Service (AMS) als arbeitssuchend gemeldet sind.

Im Jahr 2018 wurde so die Ausbildung von 170 Personen unterstützt.

Ausgaben und Beiträge der Abteilung Soziales für das Jahr 2018

SOB Ausbildungen 2018			
Gruppe	Semester	Anzahl der Teilnehmer	Kosten
Gruppe 1	2. Semester	34	6.120,00
Gruppe 1	3. Semester	33	5.760,00
Gruppe 2	1. Semester	50	8.820,00
SOB Ausbildungen Gesamt		117	20.700,00
Heimhilfe Ausbildungen 2018		Anzahl der Teilnehmer	Kosten
AZW Innsbruck	HH 1/18	33	26.290,00
Lienz	HH 2/18	20	19.750,00
		53	46.040,00
Gesamtsumme		170	66.740,00
Gesamtkosten für 2018			66.740,00
Fördersumme Land Tirol			60.700,00

Tabelle 10: Ausgaben und Beiträge der Abteilung Soziales für das Jahr 2018

Datenquelle: Tiroler Arbeitsmarktförderungsgesellschaft mbH (amg-tirol)

5. Neues Tarifmodell für die Tiroler Wohn- und Pflegeheime ab 2018 in Pilotphase

Die Landeregierung hat mit Beschlüssen vom 06.07.2017 (Grundsatzbeschluss), 14.11.2017 und 30.01.2018 der Umsetzung einer Tarifreform für die Wohn- und Pflegeheime in Tirol zugestimmt. Die neue Tagsatzstruktur wird in einer einjährigen Pilotphase beginnend mit 01.01.2018 mit 17 Trägerorganisationen in 22 Standorten in Tirol erprobt. In der zweiten Pilotphase 2019 kommen 10 weitere Trägerorganisationen dazu.

Durch das neue Tarifmodell soll vorrangig sichergestellt werden, dass in den Tiroler Wohn- und Pflegeheimen ein höherer Standard in der Unterbringung sowie in der Pflege und Betreuung erreicht wird. Mit Festlegung der neuen Leistungs- und Qualitätsstandards werden die Leistungen, welche über den Tarif abgegolten werden, genau definiert sowie Kriterien für die Aufsicht und Überprüfung vorgegeben. Die Wohn- und Pflegeheime werden bezüglich der Einhaltung der Standards regelmäßig einer Kontrolle unterzogen.

5.1 Wesentliche Neuerungen des Tarifmodells

Im Auftrag des Landes Tirol wurde von der GemNova DienstleistungsGmbH zur Vereinheitlichung des Grundtarifs und des Pflegezuschlages ein neues Tarifikalkulationsmodell entwickelt.

Die wesentlichen Neuerungen des Tarifmodells sind:

Die Vereinheitlichung der Pflorgetarife, wie bisher setzt sich der Heimtarif aus einer Grund- und einer Pflegekomponente zusammen. Der nach Heimgrößen abgestufte Grundtarif deckt die allgemeinen Kosten inklusive Verwaltungs- Funktionsleistungen sowie zusätzlich die Kosten der Pflegedienstleitung und die Kosten der Gesundheitsförderung, Aktivierung und soziale Betreuung ab (Hotelkomponente-Tirol = Unterbringung, Verpflegung, Pflegedienstleitung, Personalkosten im Bereich Gesundheitsförderung, Aktivierung und soziale Betreuung). Der dazu erstellte Leistungskatalog bildet die Basis für die Ermittlung des Grundtarifs. Die Personalkapazitäten für die Pflegedienstleitung und die Therapeuten werden nicht der Pflege und somit dem Pflegepersonalschlüssel, sondern dem Verwaltungs- und Funktionspersonal zugeordnet. Der Pflegezuschlag umfasst hingegen ausschließlich direkt zuordenbare Leistungen der Pflege und Betreuung der HeimbewohnerInnen.

Pro Pflegestufe wird ein einheitlicher, nach konkretem Pflegebedarf abgestufter Pflegezuschlag hinzugerechnet. Der bisherige Vollpflgetarif (Pauschaltarif) für die Pflegestufen 5, 6 und 7 wird gesondert auf die einzelnen Pflegestufen aufgeschlüsselt.

Die Zuordnung der Pflegedienstleitung und der Ergo- und PhysiotherapeutInnen zum Verwaltungs- und Funktionsbereich (Grundtarif) bewirkt eine Bereinigung und Verbesserung des Pflege- und

Betreuungspersonalschlüssels. Die Festlegung eines verbindlichen Skill and Grade-mixes, sowie die Festlegung eines einheitlichen Leistungskataloges sowie einheitliche Leistungs- und Qualitätsstandards soll dies erreichen.

Auf Grundlage einer Evaluierung im Jahr und der sich ergebenden Nachbesserungen erfolgt in den Jahren 2019 und 2020 eine schrittweise Ausrollung dieses Tarifmodells auf alle Wohn- und Pflegeheime Tirols.

6. Neues Gehaltsschema für die Pflegeberufe in der Langzeitpflege „Gleiches Geld für gleiche Arbeit“

Der Tiroler Landtag hat in seiner Sitzung vom 03. bis 05. Oktober 2018 die Änderung des Tiroler Gemeindevertragsbediensteten Gesetzes (G-VBG 2012) beschlossen. Wesentlicher Inhalt dieser Novelle ist die Einführung eines neuen, bei der Tirol Kliniken GmbH bereits bestehenden, Entlohnungssystems für Vertragsbedienstete, die als Angehörige eines Gesundheits- oder Sozialbetreuungsberufes an einer Krankenanstalt oder in einem Altenwohn- oder Pflegeheim verwendet werden.

Durch diese Regelung sollen bestehende Unterschiede in der Entlohnung der Angehörigen eines Gesundheits- oder Sozialbetreuungsberufes ausgeglichen werden.

Diese Änderung tritt mit 01.01.2020 in Kraft.

Für die nach dem G-VBG 2012 in den Wohn- und Pflegeheimen Beschäftigten Pflegepersonen wird die Möglichkeit einer Optionsberatung für den Übertritt in das neue Gehaltsschema eingerichtet. Damit wird diesen Personen ein transparenter Einblick über die Eckpunkte des neuen Gehaltsschemas gewährt und die Entscheidungsfreiheit zu einer Optierung gesichert. Der ARGE Tiroler Altenheime wurde die Organisation und Durchführung der Optionsberatungen übertragen. Die Vorarbeiten dazu sind bereits zügig vorangeschritten.

Für jene Pflegepersonen, die nach dem Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich (SWÖ-KV) oder dem Kollektivvertrag der Orden beschäftigt sind und sich somit außerhalb des rechtlichen Kompetenz-, Gestaltungs- und Regelungsbereiches des Landes Tirol befinden, werden bis Herbst 2019 in einer vom Land Tirol eingerichteten Arbeitsgruppe unter Einbeziehung des Tiroler Gemeindeverbandes, der Stadt Innsbruck, der ARGE der Tiroler Altenheime und der Gewerkschaften Lösungsvorschläge zur Abgeltung von Gehaltsunterschieden ausgearbeitet.

7. Pflegegeld

7.1 Allgemeines

Das Pflegegeld ist ein pauschalierter Beitrag für pflegebedingte Mehraufwendungen und als Unterstützung für die Organisation und Finanzierung der Pflege nach den eigenen Bedürfnissen gedacht. Damit wird pflegebedürftigen Menschen ein größeres Maß an Unabhängigkeit bei der Auswahl ihrer Pflegeleistung zugestanden und zugleich ein längerer Verbleib zu Hause in der gewohnten Umgebung ermöglicht.

Die Entwicklung und die regionale Verteilung der PflegegeldbezieherInnen wurden bereits 2011 als maßgebende Variablen für die Regressionsanalyse und Prognose der Abteilung Raumordnung und Statistik für die Kapazitätsanalysen und Berechnungen herangezogen. Ein Wirkungszusammenhang zu den übrigen Variablen, wie Alter der Personen und die Entfernung zur nächsten Versorgungseinrichtung, konnte eindeutig nachgewiesen werden.

7.2 Entwicklung der Anzahl an PflegegeldbezieherInnen von 2012 – 2017

Anzahl der anspruchsberechtigten PflegegeldbezieherInnen 2012 – 2017

Bundespflegegeld-bezieherInnen	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Steigerung 2012 - 2017	
Tirol gesamt	30.027	30.616	31.090	30.978	31.337	31.589	1.562	in Absolutzahlen
Steigerung in % pro Jahr		1,96	1,55	-0,36	1,16	0,80	5,20	in Prozent

Tabelle 11: Anzahl der anspruchsberechtigten PflegegeldbezieherInnen in Tirol 2012 – 2017

Datenquelle: Statistik Austria, Zahl der anspruchsberechtigten PflegegeldbezieherInnen in Tirol 2012 – 2017 jeweils im Monat Dezember; eigene Auswertung

PflegegeldbezieherInnen 2017 nach Pflegestufen in Absolutzahlen

Bezirk	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Summe
Innsbruck-Stadt	1.815	1.395	1.110	866	623	281	63	6.153
Imst	494	587	505	386	291	176	43	2.482
Innsbruck-Land	1.838	1.587	1.380	913	743	419	88	6.968
Kitzbühel	517	639	511	447	295	189	42	2.640
Kufstein	1.004	972	790	652	418	194	51	4.081
Landeck	370	445	382	298	219	132	35	1.881
Lienz	610	653	487	391	329	191	51	2.712
Reutte	255	326	225	219	161	157	19	1.362
Schwaz	811	809	681	484	346	149	30	3.310
Tirol gesamt	7.714	7.413	6.071	4.656	3.425	1.888	422	31.589

Tabelle 12: PflegegeldbezieherInnen 2017 in Tirol nach Pflegestufen und Bezirk in Absolutzahlen

Datenquelle: Statistik Austria, Zahl der anspruchsberechtigten PflegegeldbezieherInnen in Tirol 2012 – 2017 jeweils im Monat Dezember; eigene Auswertung

PflegegeldbezieherInnen 2017 pro 1.000 EinwohnerInnen nach Pflegestufen

Bezirk	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	
Innsbruck-Stadt	13,7	10,5	8,4	6,5	4,7	2,1	0,5	46,4
Imst	8,3	9,9	8,5	6,5	4,9	3,0	0,7	41,7
Innsbruck-Land	10,3	8,9	7,8	5,1	4,2	2,4	0,5	39,2
Kitzbühel	8,1	10,0	8,0	7,0	4,6	3,0	0,7	41,4
Kufstein	9,3	9,0	7,3	6,0	3,9	1,8	0,5	37,6
Landeck	8,3	10,0	8,6	6,7	4,9	3,0	0,8	42,4
Lienz	12,5	13,4	10,0	8,0	6,7	3,9	1,0	55,5
Reutte	7,8	10,0	6,9	6,7	4,9	4,8	0,6	41,9
Schwaz	9,7	9,7	8,2	5,8	4,2	1,8	0,4	39,7
Tirol gesamt	10,3	9,9	8,1	6,2	4,6	2,5	0,6	42,1

Tabelle 13: PflegegeldbezieherInnen 2017 pro 1.000 EinwohnerInnen in Tirol nach Pflegestufen und Bezirk

Datenquelle: Statistik Austria, Zahl der anspruchsberechtigten PflegegeldbezieherInnen in Tirol 2012 – 2017 jeweils im Monat Dezember, eigene Auswertung

PflegegeldbezieherInnen 2017 pro 1.000 EinwohnerInnen

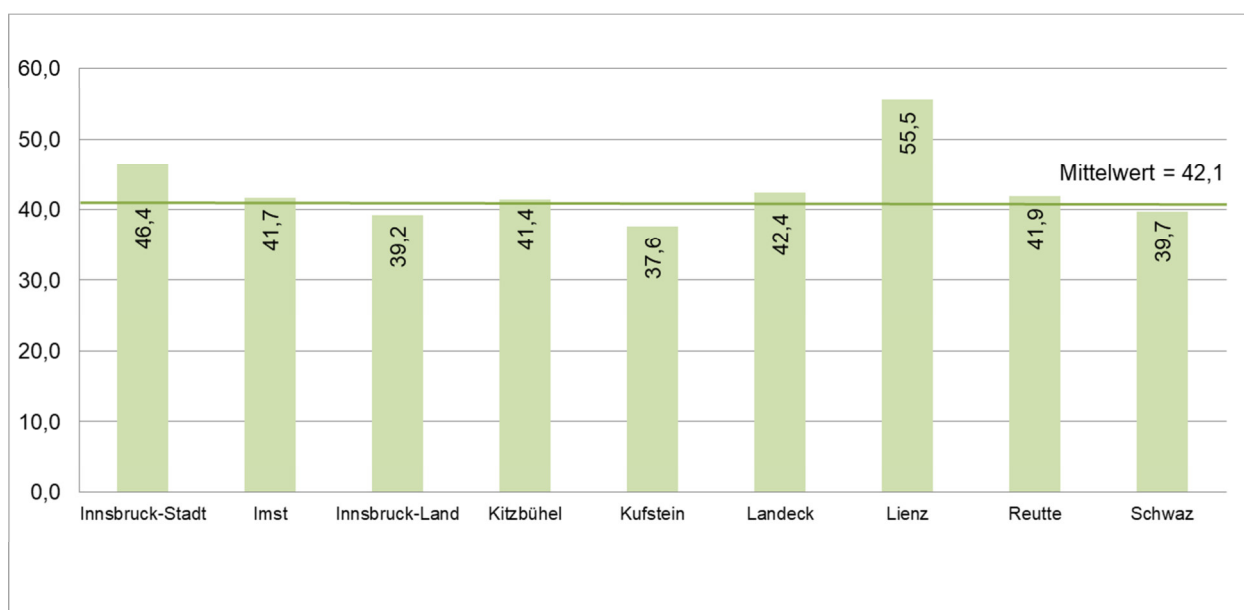


Abbildung 3: PflegegeldbezieherInnen 2017 pro 1.000 EinwohnerInnen in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Statistik Austria, Zahl der anspruchsberechtigten PflegegeldbezieherInnen in Tirol 2012 – 2017 jeweils im Monat Dezember; eigene Auswertung und Grafik

PflegegeldbezieherInnen 2017 pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ nach Pflegestufen

Bezirk	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	
Innsbruck-Stadt	149,1	114,6	91,2	71,1	51,2	23,1	5,2	505,4
Imst	111,6	132,6	114,0	87,2	65,7	39,7	9,7	560,5
Innsbruck-Land	122,6	105,8	92,0	60,9	49,5	27,9	5,9	464,6
Kitzbüchel	82,2	101,5	81,2	71,0	46,9	30,0	6,7	419,5
Kufstein	111,5	108,0	87,8	72,4	46,4	21,6	5,7	453,3
Landeck	96,2	115,7	99,3	77,5	57,0	34,3	9,1	489,2
Lienz	119,7	128,2	95,6	76,8	64,6	37,5	10,0	532,4
Reutte	84,9	108,5	74,9	72,9	53,6	52,3	6,3	453,4
Schwaz	118,4	118,1	99,4	70,6	50,5	21,7	4,4	483,1
Tirol gesamt	117,4	112,9	92,4	70,9	52,1	28,7	6,4	480,9

Tabelle 14: PflegegeldbezieherInnen 2017 pro 1.000 EinwohnerInnen 75 + in Tirol nach Pflegestufen und Bezirk

Datenquelle: Statistik Austria, Zahl der anspruchsberechtigten PflegegeldbezieherInnen in Tirol 2012 – 2017 jeweils im Monat Dezember; eigene Auswertung

PflegegeldbezieherInnen 2017 pro 1.000 EinwohnerInnen 75+

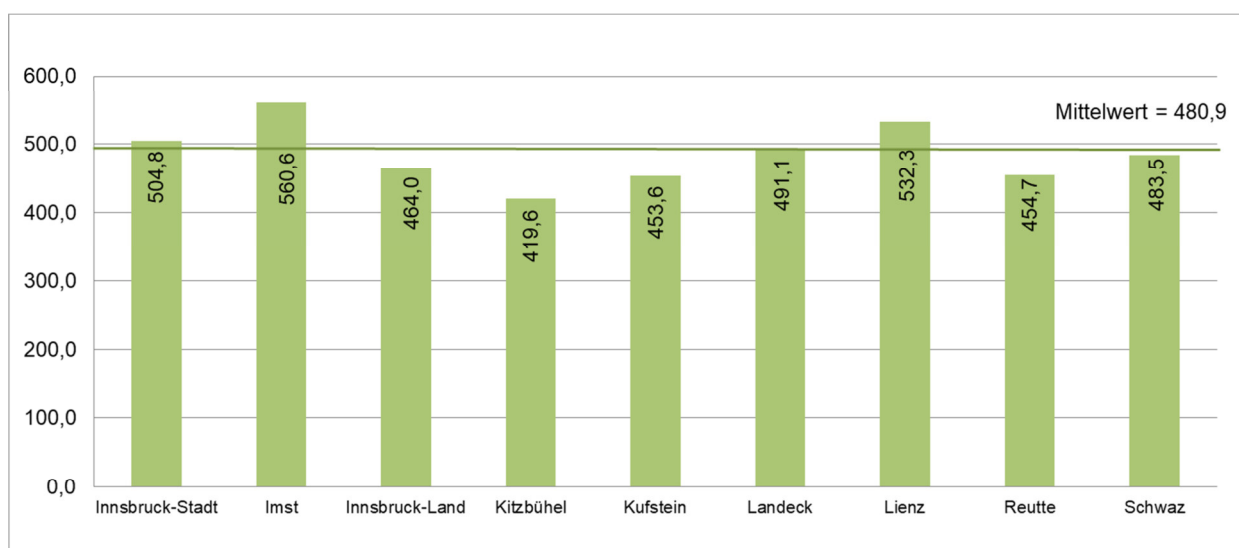


Abbildung 4 PflegegeldbezieherInnen 2017 pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ nach Bezirk

Datenquelle: Statistik Austria, Zahl der anspruchsberechtigten PflegegeldbezieherInnen in Tirol 2012 – 2017 jeweils im Monat Dezember; eigene Auswertung und Grafik

Aus diesen Tabellen ergibt sich, dass im Jahre 2017 rund 48,5% der Bevölkerung 75 Jahre und älter Pflegegeld bezogen haben. Davon haben rund 48,6% Pflegegeld der Stufe 1 oder 2 bezogen. Rund 63% der PflegegeldbezieherInnen waren Frauen, rund 37% Männer.

8. Strukturqualitätskriterien für die Errichtung von Wohn- und Pflegeheimen

Im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 wurden folgende Kriterien hinsichtlich der Strukturen für Wohn- und Pflegeheime festgelegt:

Heimgröße:

Als organisatorisch und wirtschaftlich ideale Heimgröße wird eine Größe von 60 bis 80 Heimplätzen empfohlen. Das bedeutet, dass neue Heimstandorte grundsätzlich nur ab einer Größe von ca. 60 Heimplätzen errichtet und geringere Heimplatzzahlen in erster Linie durch Zubauten bei bestehenden Strukturen realisiert werden sollen.

Stationsgröße:

Die interne Struktur sollte in Betriebseinheiten bzw. Stationen mit je 24 bis 28 Plätzen bzw. in Pflegewohngruppen mit jeweils ca. 10 bis 15 Plätzen unterteilt werden können. Pro Pflegewohngruppe sollte ein Stationsbad vorgesehen sein.

Zimmer:

Bei der Größe der BewohnerInnenzimmer ist eine Grundfläche von mind. 21 bis max. 25 m² inklusive Nasszelle als Standard anzustreben. In Neu- und Zubauten sollte der Anteil an Einzelzimmern mindestens 90% betragen. Der Anteil an Doppelzimmern kann bei Stationen mit Schwerpunkt Demenzerkrankter höher sein.

Gesamtnutzfläche:

Die Gesamtnutzfläche eines Heimes einschließlich aller Funktionsräume (z.B. Gänge, Küche, Essräume, Aufenthaltsräume, Bäder, Therapieräume, Büros, Stationswarte, Umkleieräume, Wäscherei/Wäscheräume) soll bei maximal 55 m² pro Heimplatz liegen.

Grundstücksgröße:

Als Richtwert für die Gesamtgrundfläche eines Heimareals gelten rund 80 m² pro Heimplatz. Für die Grünfläche werden als Referenzwert 25 m² pro Heimplatz empfohlen.

Heimstandort:

Heimstandorte sollen möglichst innerhalb von Siedlungskernen liegen, wobei auf die Erreichbarkeit von erforderlichen Infrastrukturen (z.B. Geschäft, Arzt, Apotheke) sowie auf die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln besonders Bedacht zu nehmen ist.

Diese im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 festgelegten Strukturqualitätskriterien für die Errichtung von Wohn- und Pflegeheimen wurden bei den zwischen 2012 und 2017 erfolgten Neubauten und Erweiterungen von Wohn- und Pflegeheimen überwiegend eingehalten und haben sich als zweckmäßig erwiesen. Die Strukturqualitätskriterien sollen daher im Wesentlichen auch weiterhin Gültigkeit haben. Die Tendenz bei neuen Heimen geht eher dahin, Wohngruppen mit 10 bis 15 Plätzen anstelle von Stationen mit 25 bis 30 Plätzen zu errichten, was einer individuelleren Wohn- und Pflegesituation gerechter wird und daher zu befürworten ist.

9. Ausbauprogramm und umgesetzte Maßnahmen

9.1 Zielsetzung

Die vom Land Tirol, dem Tiroler Gemeindeverband und der Stadt Innsbruck verfolgten Ziele zum Ausbau der stationären sowie mobilen Pflege und Betreuung umfassen:

Mobile Pflege und Betreuung:

- umfassender Ausbau mobiler Pflegeleistungen
- Kontinuierlicher Aufbau von Case- und Caremanagement und dadurch Erreichung einer Qualitätsverbesserung der Pflegeabläufe
- Erweiterung von Tagespflegeplätzen in Wohn- und Pflegeheimen und bei mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen
- Ausbau der gerontopsychiatrischen Pflege für SeniorInnen
- Permanenter Ausbau der mobilen Hospiz- und Palliativversorgung

Stationäre Pflege und Betreuung:

- Sicherstellung des Auf- und Ausbaues stationärer Pflege- und Betreuungseinrichtungen
- Verstärkung des Angebots an betreutem Wohnen
- Forcierung des Angebots an Kurzzeitpflegeplätzen und Übergangspflegeplätzen
- Ausbau der stationären Schwerpunktpflege, u.a. für Demenz-, Palliativ-, Wachkoma-, Chorea-Huntington- oder psychiatrische PatientInnen

9.2 Umsetzung

Ausgangsbasis für die Bemessung des Ausbaukontingentes im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 bildeten die zum Jahresende 2012 bestehenden und genehmigten Plätze für die stationäre Pflege (Langzeit- und Schwerpunktpflege), Kurzzeit/Übergangspflege, Tagespflege, Betreutes Wohnen und mobile Pflege- und Betreuungsleistungen.

In den Jahren 2012 bis 2017 stand die Umsetzung des Strukturplans Pflege 2012 – 2022 und die diesbezügliche Abstimmung mit den Gemeinden, den Planungsverbänden, den Rechtsträgern und der Wohnbauförderung im Vordergrund. Die Betreuung und Pflege zu Hause im gewohnten sozialen Umfeld ist die erstrebenswerteste Form der Versorgung. Deshalb stellt die Leitlinie „mobil vor stationär“ die richtungsweisende Grundlage für das Ausbauprogramm des Pflege- und Betreuungsangebotes im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 dar. Einerseits ermöglicht diese Ausrichtung ein möglichst langes Verbleiben zu Hause, andererseits kann dadurch der Zuwachs an vollstationären Strukturen moderat

gestaltet werden. Die geplanten Ausbaumaßnahmen 2012 – 2017 bzw. 2012 – 2022 und der mit Jahresende 2017 gegebene aktuelle Ausbaustand sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Geplante Ausbaumaßnahmen laut Strukturplan Pflege 2012 – 2017 bzw. 2012 – 2022 und realisierte Ausbaumaßnahmen bis 2017

Leistungsart	SOLL 2012 - 2017	IST 2017	Planerfüllung von 2012 - 2017	SOLL 2012 - 2022
Mobile Dienste (inkl. Case- und Caremanagement)	+166.168 Std. von 770.136 Std. (inkl. Fahrzeiten) auf 936.304 Std.	1.146.582 Std. (inkl. Fahrzeiten)	Zielwert von +166.168 Std. wurde um 210.278 Std. bzw. 126,5 % überschritten	+305.000 Std. von 770.000 Std. (inkl. Fahrzeiten) auf 1.075.000 Std., davon Ausbau der medizinischen Hauskrankenpflege von 16.800 Std. auf 60.000 Std.
Mobile Hospiz- und Palliativversorgung	Flächendeckender Ausbau der mobilen Hospiz- und Palliativversorgung in allen Bezirken	Ausbau der mobilen Hospiz- und Palliativversorgung in sechs Bezirken erfolgt	Ausbau der mobilen Hospiz- und Palliativversorgung in den Bezirken Innsbruck- Stadt, Innsbruck-Land, Kitzbühel, Kufstein, Lienz und Reutte erfolgt	Flächendeckender Ausbau der mobilen Hospiz- und Palliativversorgung in allen Bezirken
Stationäre Pflegeplätze (ohne Schwerpunktpflege)	+618 Plätze von 5.651 auf 6.269 Plätze	6.196 Plätze	Zielwert von +618 Plätze wurde um 73 Plätze bzw. 11,8 % unterschritten	+1.218 Plätze von 5.651 auf 6.869 Plätze
Schwerpunktpflege	+62 Plätze von 122 auf 184 Plätze	162 Plätze	Zielwert von +62 Plätze wurde um 22 Plätze bzw. 35,5 % unterschritten	Auf- und Ausbau von 98 stationären Plätzen für Schwerpunktpflege in den Versorgungsregionen 71, 72, 73, 74 (Hall, Kufstein, Landeck/Zams und Lienz)
Kurzzeitpflege /Übergangspflege	+118 Plätze von 65 auf 183 Plätze	120 Plätze	Zielwert von +118 Plätze wurde um 63 Plätze bzw. 53,4 % unterschritten	+150 Plätze von 65 auf 215 Plätze
Tagespflege	+170 Plätze von 157 auf 327 Plätze	273 Plätze	Zielwert von +170 Plätze wurde um 54 Plätze bzw. 31,8 % unterschritten	+260 Plätze von 157 auf 417 Plätze
Betreutes Wohnen	+332 Plätze von 559 auf 891 Plätze	836 Plätze	Zielwert von +332 Plätze wurde um 55 Plätze bzw. 16,6 % unterschritten	+403 Plätze von 559 auf 962 Plätze

Tabelle 15: Geplante Ausbaumaßnahmen laut Strukturplan Pflege 2012 – 2017 bzw. 2012 – 2022 und realisierte Ausbaumaßnahmen bis 2017

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Die Darstellung des IST-Bestandes im Bereich der stationären und teilstationären Strukturen bezieht sich jeweils auf die zum Jahresende 2017 tatsächlich bestehenden Plätze. Die zum Jahresende 2017 zwar bereits zusätzlich bewilligten, aber erst in Bau bzw. in Bauvorbereitung befindlichen Plätze sind in diesen Zahlen nicht enthalten. Damit ergibt sich ein klarer Vergleich zwischen dem tatsächlichen Bestand zum Jahresende 2012 und 2017.

Aus der obigen Tabelle ergibt sich überblicksmäßig, dass zwischen 2012 und 2017 der Ausbau des mobilen Pflege- und Betreuungsangebotes in einem wesentlich größeren Umfang erfolgt ist, als dies im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 ursprünglich vorgesehen war. Dieses Angebot wurde von den Betroffenen auch in einem entsprechend erhöhten Ausmaß in Anspruch genommen. Damit wurde dem Grundsatz „mobil vor stationär“ in hohem Maße Rechnung getragen. Zu beobachten ist, dass die verstärkte Nutzung des mobilen Pflege- und Betreuungsangebotes in den Jahren 2012 – 2015 mit jährlichen Zuwachsraten zwischen 7% und 9% wesentlich stärker gestiegen ist, als in den Jahren 2016 und 2017. Daraus lässt sich schließen, dass nach einer gewissen Aufholphase eine Konsolidierung stattgefunden hat.

Der Ausbau im vollstationären Bereich ist im Zeitraum 2012 – 2017 in einem etwas geringeren Ausmaß als geplant erfolgt. Ergänzend ist hierzu festzuhalten, dass mit Jahresende 2017 noch weitere 229 Langzeitpflegeplätze bereits genehmigt, aber noch im Bau oder in Bauvorbereitung waren und somit einer tatsächlichen Nutzung nicht zur Verfügung standen. Zählt man diese 229 Langzeitpflegeplätze zu den zwischen 2012 und 2017 errichteten und bereits in Betrieb befindlichen Langzeitpflegeplätzen hinzu, ergibt sich auch in diesem Bereich eine positive Ausbauentwicklung.

Der Ausbau der Schwerpunktpflege ist in der Versorgungsregion 71 Zentralraum Tirol im geplanten Umfang erfolgt. Für die Versorgungsregionen 72 Tirol-West und 73 Tirol-Nord-Ost bestehen Projekte, deren Umsetzung in den nächsten Jahren zu erwarten ist.

Übergangspflegeplätze wurden im Bezirk Schwaz (16 Plätze) und im Bezirk Kitzbühel (15 Plätze) geschaffen. In diesen Einrichtungen werden vornehmlich Personen nach Krankenhausaufenthalten mit der Zielsetzung aufgenommen, dass diese nach spätestens 90 Tagen wieder in häusliche Pflege entlassen werden können. Dies war in beiden genannten Einrichtungen zu einem hohen Prozentsatz der Fall.

Im Bereich der Kurzzeitpflege ist zwar ein Ausbau in einem gewissen Ausmaß erfolgt. In der Realität werden Kurzzeitpflegeplätze, welche über längere Zeit leer stehen, immer wieder zu Langzeitpflegeplätzen umgewidmet, sodass der Ausbau mit dem vorgesehenen Plan nicht Schritt halten konnte.

Das Tagespflegeangebot wurde regional unterschiedlich stark ausgebaut. Während in einzelnen Bezirken das im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 vorgesehene Kontingent ausgeschöpft wurde und dort nicht alle Projekte genehmigt werden konnten, ist in anderen Bezirken der Ausbau hinter den Planungszielen zurückgeblieben. Für dieses Angebot wird eine Erhöhung des Kontingentes für erforderlich erachtet, um einer weiteren Nachfrage im vollstationären Bereich entgegenzuwirken. Zudem wird dadurch das Angebot der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste ergänzt und eine Entlastung der Angehörigen erreicht.

10. Sozialpaktum 2012 – 2022

Die Aufteilung der Nettoaufwendungen für Pflege- und Betreuungsmaßnahmen sowie für die Leistungen der hoheitlichen Mindestsicherung, der Rehabilitation und Behindertenhilfe, der Grundversorgung und der Kinder- und Jugendhilfe zwischen dem Land Tirol und den Gemeinden erfolgt entsprechend dem im § 21 Abs. 5 Tiroler Mindestsicherungsgesetz (TMSG, LGBl. Nr. 99/2010 zuletzt geändert durch LGBl.Nr. 15/2019) geregelten Aufteilungsschlüssel im Verhältnis 65% (Land) zu 35% (Gemeinden). Dieser im Sozialpaktum zwischen dem Land Tirol, dem Tiroler Gemeindeverband und der Stadt Innsbruck festgesetzte Verteilungsschlüssel gilt für den Zeitraum 2013 bis 2022, womit die Finanzierung wichtiger Leistungen im Sozialbereich für diesen Zeitraum sichergestellt ist.

11. Investitionen

Das Land Tirol gewährt den Gemeinden sowie der Stadt Innsbruck jährlich eine finanzielle Unterstützung in der Höhe bis zu € 4,8 Mio. (ab 2016 wertgesichert) für Investitionen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen nach Maßgabe des im Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 festgelegten Ausbauprogrammes. Primär werden dadurch bauliche Investitionen wie Neu-, Zu- und Ausbauten bzw. Generalsanierungen von Wohn- und Pflegeheimen sowie von Kurzzeit-, Übergangs- und Tagespflegeeinrichtungen als auch von Stützpunkten für mobile Pflege- und Betreuungsdienste auf kommunaler Ebene mitfinanziert. Im Weiteren werden Pilotprojekte im Bereich der Pflege und Betreuung zur Erprobung neuer und alternativer Angebote, Studien- und Forschungsaufträge mit dem Ziel der Verbesserung bzw. Zusammenführung der Versorgungsstrukturen in der Pflege und Betreuung innerhalb einer Region gefördert. Der Ankauf und die Installierung eines einheitlichen Softwareprogrammes bei den Leistungserbringern von mobilen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen werden durch nicht rückzahlbare Finanzierungszuschüsse gefördert.

Für die Gewährung von Investitionsförderungen wurde von der Tiroler Landesregierung im Jahr 2013 eine entsprechende Förderrichtlinie (Richtlinie des Landes Tirol zur Förderung des Ausbaues, des Aufbaues und der Sicherung von Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Tirol) erlassen.

In den Jahren 2013 bis 2017 wurden im Rahmen dieser Richtlinie Fördermittel in der Höhe von insgesamt € 16,9 Millionen zugesagt, von denen bis Ende 2017 € 12,1 Mio. zur Auszahlung gelangten. Die Auszahlung erfolgte entsprechend der Richtlinie je nach Baufortschritt. Der Neubau von 561 stationären Pflegeplätzen sowie von 13 Kurzzeitpflegeplätzen und 89 Tagespflegeplätzen sowie die (General)Sanierung von 273 stationären Pflegeplätzen, 2 Kurzzeitpflegeplätzen und 32 Tagespflegeplätzen wurden mitfinanziert. Zudem wurde der Neubau von 3 Sprengelstützpunkten sowie der Ausbau bzw. die Sanierung von 12 Stützpunkten gefördert. Die Einführung eines neuen, tirolweit einheitlichen Softwareprogrammes für bereits 44 Leistungserbringer von mobilen Pflege- und Betreuungsleistungen konnte ebenso mit Hilfe der von der Tiroler Landesregierung zur Verfügung gestellten Mittel erfolgreich umgesetzt werden.

Zusätzlich zu dieser Investitionsförderung wurden vom Land Tirol für den Aus- und Aufbau von Pflegeeinrichtungen auch Mittel aus dem Gemeindeausgleichsfonds sowie Wohnbauförderungsmittel gewährt.

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die ausbezahlten Fördermittel:

Gesamtfördermittel 2012 – 2017

d

	Ausgaben in €						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	gesamt
Förderungen							
Wohnbauförderungsmittel	11.704.973,36	25.299.765,40	2.927.378,08	26.999.490,00	13.327.871,68	15.587.361,52	95.846.840,04
Gemeindeausgleichsfonds-mittel für Heime	3.584.000,00	3.135.000,00	5.200.000,00	4.744.500,00	6.617.700,00	3.899.000,00	27.180.200,00
Investitionsfördermittel							
Richtlinie des Landes Tirol zur Förderung des Ausbaues, des Aufbaues und der Sicherung von Pflege-und Betreuungseinrichtungen in Tirol	0,00	1.774.036,00	1.973.816,00	1.357.182,00	5.412.842,00	4.017.709,00	14.535.585,00
Summe	15.288.973,36	30.208.801,40	10.101.194,08	33.101.172,00	25.358.413,68	23.504.070,52	137.562.625,04

Tabelle 16: Gesamtfördermittel 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

12. Ausgaben- und Einnahmenentwicklung mobiler und stationärer Pflege

Ausgaben- und Einnahmenentwicklung stationärer Pflege 2012 – 2017 (Pflegestufen 3 - 7)

Ausgaben - Einnahmenentwicklung stationärer Pflege ohne Altenhilfeanteil Land Tirol	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Veränderung in %
Bruttoaufwand lt. Strukturplan	131.978.652	139.702.681	148.419.110	156.144.721	164.188.615	173.919.616	24,1
Einnahmen lt. Strukturplan	66.156.189	68.531.113	71.115.423	73.462.475	75.869.385	79.729.493	17,0
Nettoaufwand lt. Strukturplan	65.822.463	71.171.568	77.303.687	82.682.246	88.319.230	94.190.123	30,1
Bruttoaufwand tats.	133.129.056	138.101.744	145.727.483	153.784.793	161.054.900	164.927.050	19,3
Einnahmen tats.	70.295.299	71.751.235	74.811.552	79.095.053	83.100.929	84.003.705	16,3
Nettoaufwand tats.	62.833.757	66.350.509	70.915.931	74.689.740	77.953.971	80.923.345	22,4

Tabelle 17: Ausgaben- und Einnahmenentwicklung stationärer Pflege exkl. Tagespflege und Kurzzeitpflege sowie ohne Berücksichtigung des Altenhilfeanteiles 2012 – 2017 (Pflegestufen 3 - 7) in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Ausgaben- und Einnahmenentwicklung stationärer Pflege 2012 – 2017 (Pflegestufen 3 - 7)

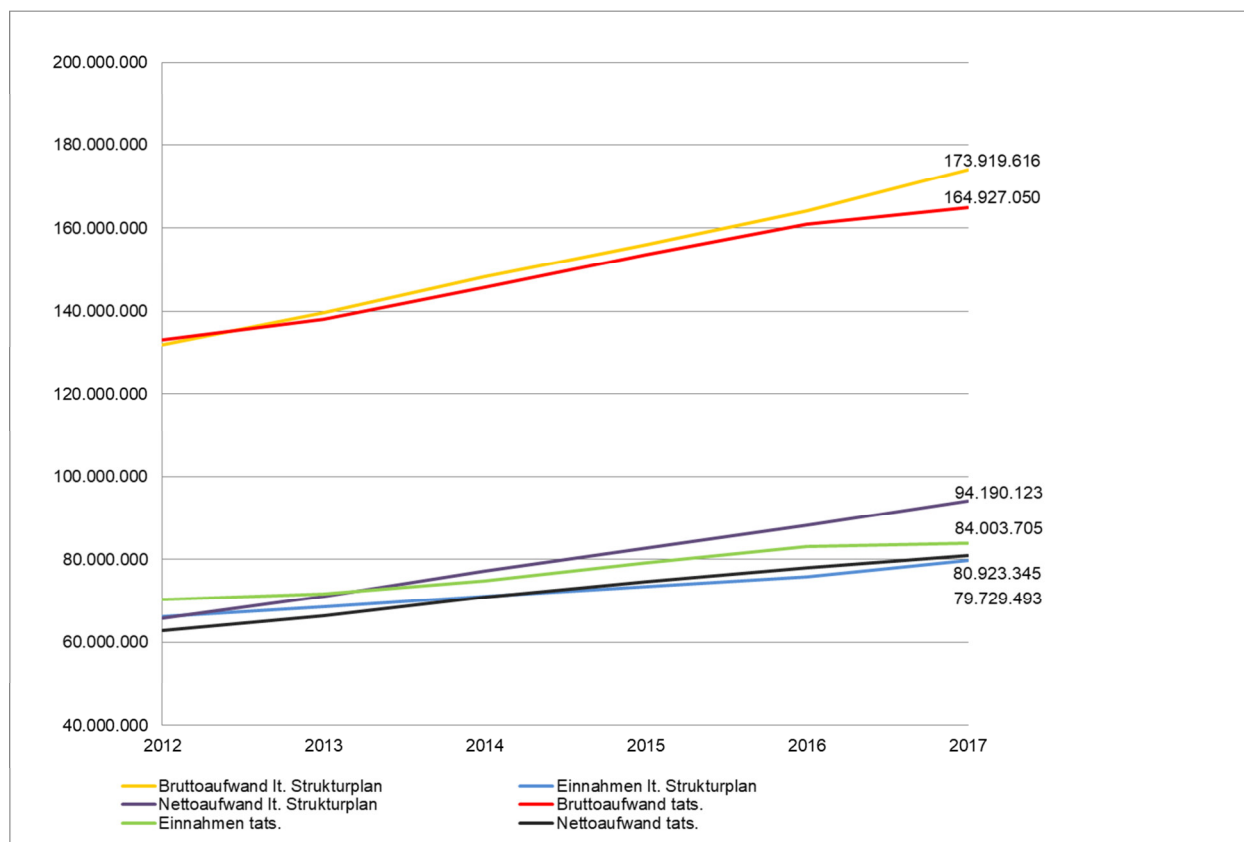


Abbildung 5 Ausgaben- und Einnahmenentwicklung stationärer Pflege exkl. Tagespflege und Kurzzeitpflege sowie ohne Berücksichtigung des Altenhilfeanteiles 2012 – 2017 (Pflegestufen 3 - 7) in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Kurzzeitpflege 2012 – 2017

Ausgaben - Einnahmenentwicklung Kurzzeitpflege	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Veränderung in %
Bruttoaufwand lt. Strukturplan	847.291	1.070.173	1.303.669	1.548.172	1.804.085	2.071.826	59,1
Einnahmen lt. Strukturplan	133.511	168.632	205.425	243.952	284.277	326.466	59,1
Nettoaufwand lt. Strukturplan	713.780	901.541	1.098.244	1.304.220	1.519.808	1.745.360	59,1
Bruttoaufwand tats.	479.492	685.168	500.190	1.050.421	1.196.030	1.496.884	68,0
Einnahmen tats.	247.997	363.474	245.535	231.124	344.914	651.180	61,9
Nettoaufwand tats.	231.495	321.694	254.655	819.297	851.116	845.704	72,6

Tabelle 18: Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Kurzzeitpflege 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Kurzzeitpflege 2012 – 2017

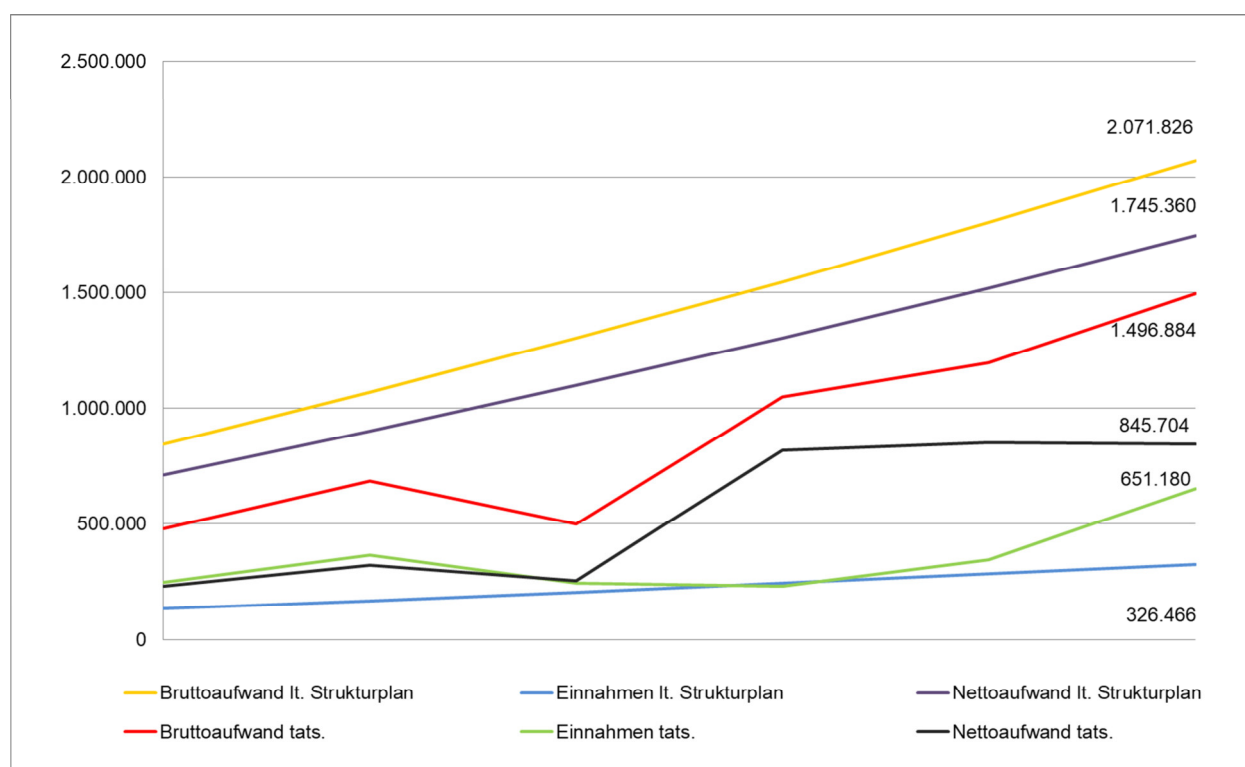


Abbildung 6 Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Kurzzeitpflege 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Tagespflege 2012 – 2017

Ausgaben - Einnahmenentwicklung Tagespflege	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Veränderung in %
Bruttoaufwand lt. Strukturplan	1.231.919	1.485.127	1.750.226	2.027.652	2.317.855	2.589.623	52,4
Einnahmen lt. Strukturplan	0	0	0	0	0	0	0,0
Nettoaufwand lt. Strukturplan	1.231.919	1.485.127	1.750.226	2.027.652	2.317.855	2.589.623	52,4
Bruttoaufwand tats.	847.849	1.260.365	1.668.186	2.055.951	2.619.769	3.041.191	72,1
Einnahmen tats.	0	591.131	639.119	651.832	840.217	1.000.408	100,0
Nettoaufwand tats.	847.849	669.234	1.029.067	1.404.119	1.779.552	2.040.783	58,5

Tabelle 19: Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Tagespflege 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Tagespflege 2012 – 2017

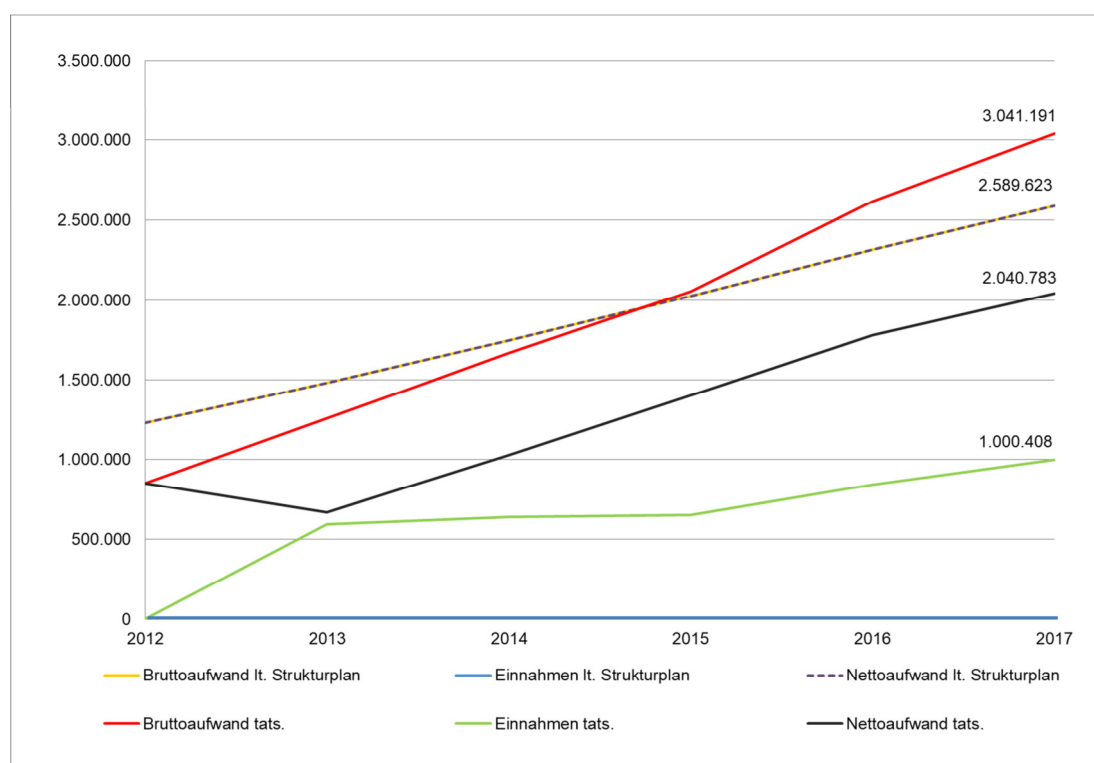


Abbildung 7 Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Tagespflege 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Ausgaben- und Einnahmenentwicklung mobiler Pflege 2012 – 2017

Ausgaben- Einnahmenentwicklung mobiler Pflege	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Veränderung in %
Bruttoaufwand lt. Strukturplan	31.075.512	32.958.075	34.915.344	36.949.878	39.064.316	41.261.382	24,7
Einnahmen lt. Strukturplan	9.078.236	9.628.198	10.199.985	10.794.342	11.412.043	12.053.883	24,7
Nettoaufwand lt. Strukturplan	21.997.276	23.329.877	24.715.359	26.155.536	27.652.273	29.207.499	24,7
Bruttoaufwand tats.	31.278.137	36.396.157	39.728.743	42.806.765	44.942.242	46.676.533	33,0
Einnahmen tats.	8.640.902	9.559.436	10.298.263	11.220.448	12.146.531	12.816.523	32,6
Nettoaufwand tats.	22.637.235	26.836.721	29.430.480	31.586.317	32.795.711	33.860.010	33,1

Tabelle 20: Ausgaben- und Einnahmenentwicklung mobiler Pflege 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Ausgaben- und Einnahmenentwicklung mobiler Pflege 2012 – 2017

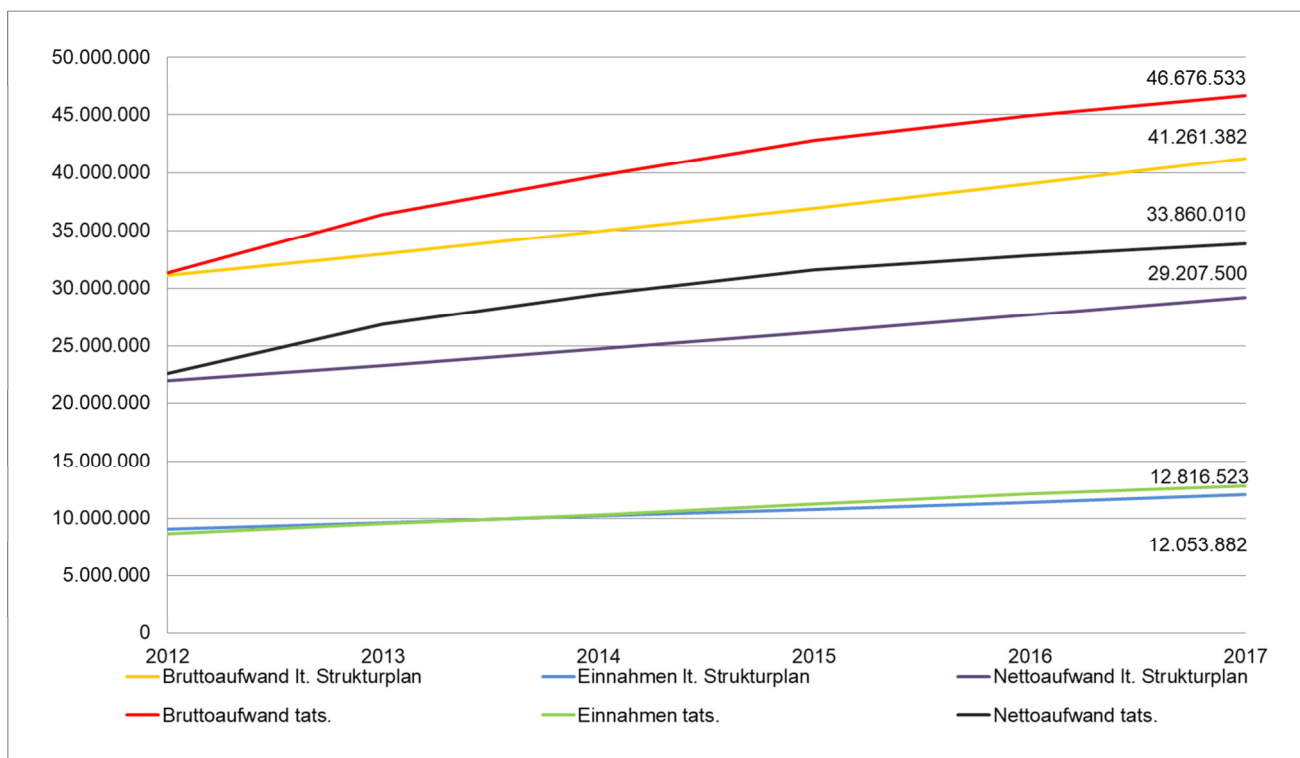


Abbildung 8: Ausgaben- und Einnahmenentwicklung mobiler Pflege 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Altenhilfe 2012 – 2017

Ausgaben - Einnahmenentwicklung Altenhilfe	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Veränderung in %
Bruttoaufwand lt. Strukturplan	6.307.692	6.307.692	6.463.099	6.622.334	6.785.491	6.952.668	0,1
Bruttoaufwand tats.	6.138.305	5.959.746	6.012.780	6.293.742	6.287.455	5.728.026	-0,1

Tabelle 21: Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Altenhilfe 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Altenhilfe 2012 – 2017

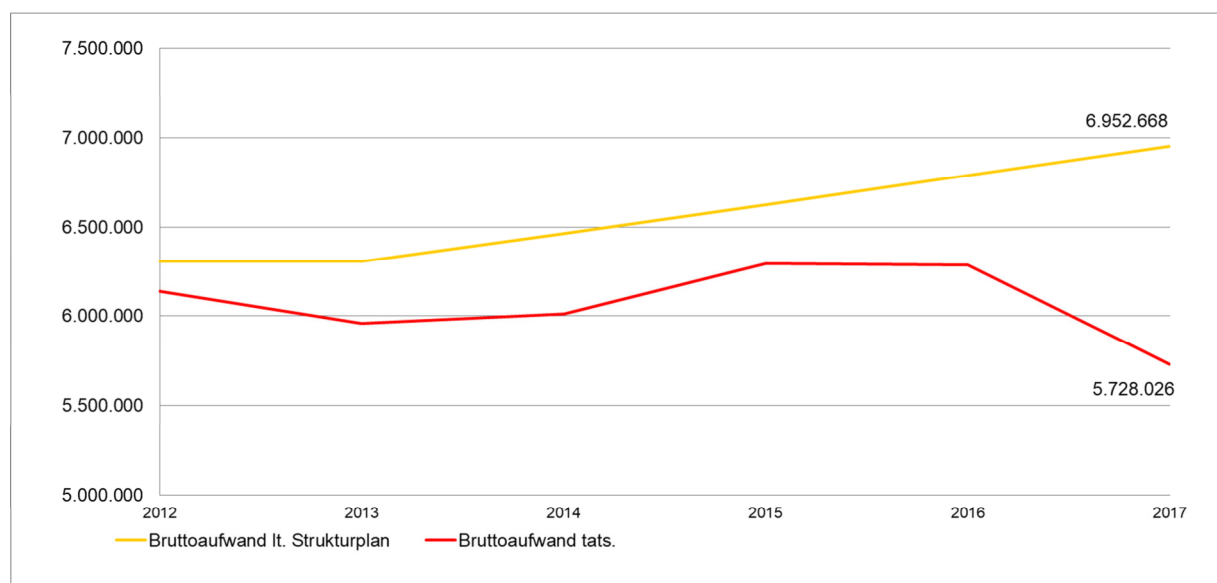


Abbildung 9: Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Altenhilfe 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

13. Versorgungsgrad nach dem Pflegefondsgesetz

13.1 Allgemeines

Mit dem Pflegefondsgesetz des Bundes (BGBl. I Nr. 57/2011, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2017) wurde im Jahr 2011 die Möglichkeit geschaffen, durch Zweckzuschüsse des Bundes die Länder und Gemeinden bei den stark steigenden Kosten in der Langzeitpflege, insbesondere bei der Sicherung und Verbesserung der bedarfsgerechten Versorgung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen mit bedürfnisorientierten und leistbaren Pflege- und Betreuungsdienstleistungen sowie beim bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Pflege- und Betreuungsdienstleistungsangebotes finanziell zu unterstützen.

Der Pflegefonds hatte österreichweit im Jahr 2012 ein Volumen von € 150 Mio., im Jahr 2013 € 200 Mio., im Jahr 2014 € 235 Mio., im Jahr 2015 € 300 Mio. und in den Jahren 2016, 2017 jeweils € 350 Mio.. Entsprechend dem Bevölkerungsanteil fielen davon jährlich rund 8,45% auf Tirol. Mit den Pflegefondsmitteln wird ein Teil jenes Differenzbetrages abgedeckt, welcher zwischen der Kostensteigerung in der Pflege einerseits und der nicht gleich hohen Anpassung der Pflegegeldbeträge bzw. der Pensionen, welche den Großteil der KlientInnenbeiträge zu den Pflegekosten ausmachen, entsteht.

Die Pflegefondsmittel sind für folgende Angebote zweckgebunden:

- mobile Pflege- und Betreuungsdienste
- stationäre Pflege- und Betreuungsdienste
- teilstationäre Tagesbetreuung
- Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen
- Case- und Caremanagement
- alternative Wohnformen
- mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste
- begleitende qualitätssichernde Maßnahmen und
- innovative Projekte

Das Pflegefondsgesetz enthält die Verpflichtung der Länder zur Erstellung von Sicherungs-, Aus- und Aufbauplänen. Dieser Vorgabe ist das Land Tirol mit der Erarbeitung des Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 nachgekommen. Ein weiteres Ziel des Pflegefondsgesetzes ist eine österreichweite Harmonisierung der Leistungsangebote im Pflege- und Betreuungsbereich sowie die Festlegung einheitlicher Standards und Versorgungsgrade.

Der Pflegefonds ist auf Grund des neuen Finanzausgleichsgesetzes 2017 und der Novelle zum Pflegefondsgesetz 2017 bis zum Jahr 2021 gesetzlich verankert und gesichert. Im Jahr 2017 hatte dieser

Fonds österreichweit ein Volumen von € 350 Mio. Dieses wird bis zum Jahr 2021 jährlich um rund 4,6% valorisiert. Für die Erweiterung des Angebotes der Hospiz- und Palliativversorgung werden zusätzlich jährlich € 18 Mio. zweckgebunden zur Verfügung gestellt. Die Mittel des Pflegefonds werden durch einen Vorwegabzug vor der Verteilung der gemeinschaftlichen Bundesabgaben aufgebracht. Die zusätzlichen Mittel für die Hospiz- und Palliativversorgung werden zu gleichen Teilen vom Bund, den Ländern und den Trägern der Sozialversicherung finanziert.

Die Verteilung des Zweckzuschusses aus dem Pflegefonds auf die Länder erfolgt im Verhältnis der Wohnbevölkerung. Die Länder sind verpflichtet, die Gemeinden mit Mitteln aus dem Pflegefonds entsprechend dem Verhältnis zu ihren tatsächlich getragenen und nachgewiesenen Nettoaufwendungen für Pflegedienstleistungen in der Langzeitpflege zu beteiligen.

Die nachfolgende Tabelle enthält eine Darstellung der Pflegefondsmittel und deren Verteilung auf Land und Gemeinden in den Jahren 2012 bis 2017.

Bundespflegefondsmittel 2012 – 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pflegefonds gesamt	150.000.000	200.000.000	235.000.000	300.000.000	350.000.000	350.000.000
davon Anteil Tirol gesamt	12.631.817,13	16.883.216,94	19.870.524,61	25.422.078,04	29.689.933,54	29.710.438,48
davon Land	8.210.670,13	10.974.095,94	12.915.832,61	16.524.349,04	19.298.458,54	19.311.783,48
davon Gemeinden	4.421.147,00	5.909.121,00	6.954.692,00	8.897.729,00	10.391.475,00	10.398.655,00

Tabelle 22: Bundespflegefondsmittel 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Unter Berücksichtigung dieses Zweckzuschusses aus dem Bundespflegefonds hat sich der konsolidierte Nettoaufwand des Landes und der Gemeinden für Pflege- und Betreuungsmaßnahmen in den Wohn- und Pflegeheimen und bei den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten seit 2012 entsprechend der folgenden Grafik entwickelt.

13.2 Entwicklung des Nettoaufwandes mobiler und stationärer Pflege 2012 – 2017

Entwicklung Nettoaufwand Pflege exkl. und inkl. Pflegefondsmittel 2012 – 2017

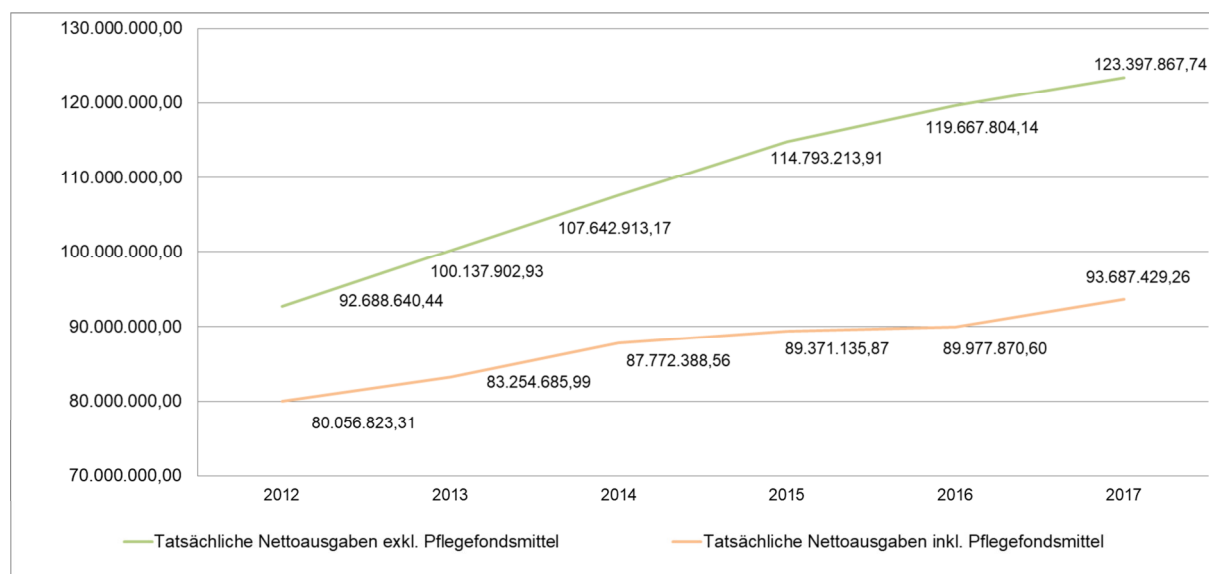


Abbildung 10: Entwicklung Nettoaufwand mobile und stationäre Pflege 2012 – 2017 ohne Pflegefondsmittel und unter Berücksichtigung der Pflegefondsmittel

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

14. Pflege und Betreuung

14.1 Gesamtübersicht der Angebote in Tirol

14.1.1 Angebote in Tirol zum 31.12.2012

In der nachfolgenden Tabelle ist die Ausgangssituation bei der Erstellung des Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 dargestellt.

Angebot für Pflege und Betreuung 2012

Bezirk	Langzeitpflege- plätze	Kurzzeitpflege- plätze	Tagespflege- plätze	Mobile Dienste* Leistungsstunden inkl. Wegzeiten	betreute Wohnplätze	24-Stunden- Betreuung
Innsbruck-Stadt	1.250	2	18	168.780	158	119
Imst	386	3	18	46.194	12	78
Innsbruck-Land	1.360	24	38	127.271	206	186
Kitzbühel	510	7	31	78.153	12	115
Kufstein	813	12	34	106.176	108	116
Landeck	305	4	0	48.322	14	67
Lienz	362	5	10	109.933	14	94
Reutte	133	5	0	16.845	13	59
Schwaz	532	3	8	68.462	22	75
Schwerpunktpflege LPK Hall	122	0	0	0	0	0
Tirol gesamt	5.773	65	157	770.136	559	909

* zum Jahresende 2011

Tabelle 23: Angebot für Pflege und Betreuung 2012 in Tirol nach Bezirk laut Strukturplan Pflege 2012 – 2022

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

14.1.2 Angebote in Tirol zum 31.12.2017 (Ausbaustand)

Durch die bis zum 31.12.2017 erfolgten Ausbaumaßnahmen im Pflegebereich wurde das Versorgungsangebot im Sinne des Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 wesentlich verbessert. Insbesondere nahmen die von Mobilen Diensten erbrachten Leistungsstunden beträchtlich zu, wodurch dem Grundsatz „mobil vor stationär“ entsprechend Rechnung getragen wurde.

Die nachfolgend angeführte Darstellung zeigt in den einzelnen Angebotsbereichen das Versorgungsangebot nach Bezirken zum Stand 2017.

Angebote für Pflege und Betreuung 2017

Bezirk	Langzeitpflege- plätze (genehmigt und in Betrieb)	Kurzzeitpflege- plätze	Übergangspflege- plätze (Qualifizierte Kurzzeitpflege)	Tagespflege- plätze	Mobile Dienste Leistungsstunden inkl. Wegzeiten	betreute Wohnplätze	24-Stunden- Betreuung*
Innsbruck-Stadt	1.395	4	0	30	190.206	228	245
Imst	437	7	0	28	110.174	21	163
Innsbruck-Land	1.411	33	0	74	194.965	251	387
Kitzbühel	584	8	15	35	111.153	24	213
Kufstein	885	28	0	51	145.813	155	218
Landeck	305	4	0	0	84.250	44	151
Lienz	450	5	0	17	158.464	14	234
Reutte	134	11	0	10	34.612	13	124
Schwaz	595	20	16	28	116.945	86	177
Schwerpunktpflege LPK Hall	162	0	0	0	0	0	0
Tirol gesamt	6.358	120	31	273	1.146.582	836	1.912
erfolgter Ausbau 2012 - 2017	585	55	31	116	376.446	277	1.003
SOLL 2017 lt. Strukturplan	6.453	183	0	327	936.304	891	-
Zielerreichung 2012 - 2017	-95	-63	31	-54	210.278	-55	-

* zum Jahresende 2016

Anmerkung: Die 24-Stunden-Betreuung fällt in den Zuständigkeitsbereich des Bundes.

Tabelle 24: Angebote für Pflege und Betreuung 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Die Aufteilung der Plätze für die Langzeitpflege, die Kurzzeitpflege, die Übergangspflege und die Schwerpunktpflege auf die einzelnen Einrichtungen ist in der Anlage 1 dargestellt.

14.1.3 Vorgesehene Angebote für Pflege und Betreuung bis 2022 in Tirol (Ausbauprogramm)

Angebote für Pflege und Betreuung bis 2022 laut Strukturplan Pflege 2012 – 2022

-

Bezirk	Langzeitpflege- plätze (abgegrenzt nach Bezirk)	Schwerpunkt- pflegeplätze	Kurzzeitpflege- plätze	Übergangspflege- plätze (Qualifizierte Kurzzeitpflege)	Tagespflege- plätze	Mobile Dienste Leistungsstunden inkl. Wegzeiten	betreute Wohnplätze	24-Stunden- Betreuung*
Innsbruck-Stadt	1.487	58	50	0	85	224.890	179	n.v.
Imst	516	0	14	0	31	66.593	56	n.v.
Innsbruck-Land	1.661	71	46	0	98	197.439	305	n.v.
Kitzbühel	609	0	18	0	35	106.066	61	n.v.
Kufstein	958	24	29	0	58	148.833	163	n.v.
Landeck	382	24	12	0	23	66.263	47	n.v.
Lienz	451	12	15	0	29	133.319	50	n.v.
Reutte	167	0	9	0	18	31.135	31	n.v.
Schwaz	638	31	22	0	40	100.240	70	n.v.
Tirol gesamt	6.869	220	215	0	417	1.074.778	962	n.v.

*Anmerkung: Die 24-Stunden-Betreuung fällt in den Zuständigkeitsbereich des Bundes.

Tabelle 25: Angebot für Pflege und Betreuung bis 2022 laut Strukturplan Pflege 2012 – 2022 in Tirol nach Bezirk (Ausbauprogramm)

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Angebote für Pflege und Betreuung bis 2022 Neu

Bezirk	Langzeitpflege- plätze* (abgegrenzt nach Bezirk)	Schwerpunkt- pflegeplätze	Kurzzeitpflege- plätze	Übergangspflege- plätze	Tagespflege- plätze	Mobile Dienste Leistungsstunden inkl. Wegzeiten	betreute Wohnplätze	24-Stunden- Betreuung**
Innsbruck-Stadt***	1.473	58	50	14	111	292.357	233	n.v.
Imst	516	8	14	0	40	86.571	73	n.v.
Innsbruck-Land***	1.615	71	46	16	127	256.671	397	n.v.
Kitzbühel	612	10	18	15	46	137.886	79	n.v.
Kufstein	943	14	29	15	75	193.483	212	n.v.
Landeck	370	8	12	14	30	86.142	61	n.v.
Lienz	450	12	15	10	38	173.315	65	n.v.
Reutte	161	6	9	6	23	40.476	40	n.v.
Schwaz***	654	33	22	16	52	130.312	91	n.v.
Tirol gesamt	6.794	220	215	106	542	1.397.211	1.251	n.v.
Ausbaukontingent NEU+	-75	0	0	106	125	322.433	289	n.v.

* OHNE Übergangspflege

**Anmerkung: Die 24-Stunden-Betreuung fällt in den Zuständigkeitsbereich des Bundes.

*** Versorgungsregion 71 - Zentralraum Innsbruck: Versorgung über LPK Hall

n.v. Daten Bund nicht verfügbar

Ausbau bis 2022 / Stichtag 31.12.2017

Tabelle 26: Angebot für Pflege und Betreuung bis 2022 Neu in Tirol nach Bezirk (Ausbauprogramm Neu)

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Anzahl der auszubauenden Plätze für Pflege und Betreuung 2017 – 2022 nach SOLL 2022 NEU

Bezirk	Langzeitpflege- plätze* (abgegrenzt nach Bezirk)	Schwerpunkt- pflegeplätze	Kurzzeitpflege- plätze	Übergangspflege- plätze	Tagespflege- plätze	mobile Dienste Leistungsstunden inkl. Wegzeiten	betreute Wohnplätze	24-Stunden- Betreuung**
Innsbruck-Stadt	78	0	46	14	81	102.151	5	-
Imst	60	8	7	0	12	-23.603	52	-
Innsbruck-Land	109	0	13	16	53	61.706	146	-
Kitzbühel	15	10	10	0	11	26.732	55	-
Kufstein	58	14	1	15	24	47.670	57	-
Landeck	0	8	8	14	30	1.892	17	-
Lienz	0	12	10	10	21	14.850	51	-
Reutte	27	6	-2	6	13	5.863	27	-
Schwaz	22	0	2	0	24	13.367	5	-
Tirol gesamt	369	58	95	75	269	250.629	415	-

* ausgehend von dem Bestand der insgesamt genehmigten Wohn- und Pflegeplätze und OHNE Übergangspflege

**Anmerkung: Die 24-Stunden-Betreuung fällt in den Zuständigkeitsbereich des Bundes.

Tabelle 27: Anzahl der auszubauenden Plätze für Pflege und Betreuung 2017 – 2022 nach SOLL 2022 NEU

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

14.2 Stationäre Betreuung und Pflege (Wohn- und Pflegeheime)

14.2.1 Ausbaustand zum 31.12.2017

Stationäre Pflege und Betreuung ist die dauerhafte Erbringung von Grundleistungen (Wohnen und Verpflegung) sowie von Pflege- und Betreuungsleistungen für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr zu Hause leben können, in eigens dafür bereitgestellten Einrichtungen mit durchgehender Anwesenheit von Betreuungs- und Pflegepersonal. Dabei handelt es sich um Einrichtungen nach dem Tiroler Heimgesetz.

Die erste Umsetzungsphase des Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 wurde bis 2017 festgelegt. Die Träger der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen haben ihre Ausbaupläne innerhalb der ausgewiesenen Kapazitätskontingente realisiert. Die Ausbaumaßnahmen fanden stets im Einvernehmen mit dem Land Tirol sowie mit den jeweiligen Planungsverbänden und den betroffenen Gemeinden statt. Die als Begleitmaßnahme zum Strukturplan Pflege 2012 – 2022 in Abstimmung mit dem Tiroler Gemeindeverband und der Stadt Innsbruck eingeführte Investitionsförderoffensive des Landes hat sich dabei als zielführende Unterstützung für die Tiroler Gemeinden erwiesen.

Von 2012 bis 2017 wurden 545 Langzeitpflegeplätze neu errichtet und in Betrieb genommen sowie weitere 229 Plätze genehmigt, welche zu Jahresende 2017 im Bau oder in Bauvorbereitung waren. Somit wurden im Zeitraum 2012 – 2017 insgesamt 773 (+13,7%) Heimplätze zusätzlich genehmigt. Unter Berücksichtigung, dass die im Bau bzw. in Bauvorbereitung befindlichen Plätze erst 2018 und 2019 in Betrieb gehen, ergibt sich ein durchschnittliches Ausbaukontingent von rund 120 Plätzen pro Jahr. Dies entspricht den Vorgaben des Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 zur Gänze. Zusätzlich fanden in vielen Heimen bauliche Sanierungsmaßnahmen und Qualitätsverbesserungen bei den bestehenden Heimplätzen statt.

Nach der zum Stichtag 30.4.2017 durchgeführten Erhebung gab es bei den Langzeitpflegeplätzen eine Auslastung von rund 97%. Damit lag der Auslastungsgrad zuletzt etwas niedriger als in den Jahren zuvor. Ein Grund dafür dürfte die besonders in den letzten fünf Jahren von den pflegebedürftigen Personen verstärkt erfolgte Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung zu Hause sowie der verstärkte Ausbau des Angebotes in der mobilen Pflege und Betreuung sein. Die Steigerungsraten in der 24-Stunden-Betreuung betrugen bis Ende 2016 jährlich mehr als 15%. Laut Aussage vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz kam es 2017 zu einer Reduktion der Zuwachsraten auf unter 10%. Seit den Planungsarbeiten für den Strukturplan Pflege 2012 – 2022 haben insgesamt zusätzlich mehr als 1.000 pflegebedürftige Personen eine 24-Stunden-Betreuung zu Hause der stationären Langzeitpflege vorgezogen. Dieser Anstieg konnte bei der ursprünglichen Planerstellung in diesem Ausmaß nicht vorhergesehen werden. Die folgende(n) Tabelle(n) zeigt(en) den Vergleich zwischen den Planvorgaben im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 bis 2017 und den in diesem Zeitraum tatsächlich erfolgten Ausbau im vollstationären Pflegebereich pro Bezirk. Sofern das Versorgungsgebiet (Gemeindeverband) eines Wohn- und Pflegeheimes über zwei Bezirke geht (Imst/Innsbruck-Land; Kufstein/Kitzbühel), wurden die Heimplätze im Verhältnis der Einwohnerzahl den jeweiligen Bezirken zugerechnet (siehe Spalten bereinigt/abgegrenzt).

Ausbaustand der Wohn- und Pflegeplätze 2012 – 2017

Langzeitpflege	IST 2012 (rechnerisch abgegrenzt nach Bezirk)	IST 2017 Insgesamt genehmigte Plätze	Ausbaustand 2012-2017 absolut	Ausbaustand 2012-2017 in Prozent
Innsbruck-Stadt	1.250	1.395	145	11,60%
Imst	386	456	70	18,13%
Innsbruck-Land	1.360	1.505	145	10,66%
Kitzbüchel	510	597	87	17,06%
Kufstein	813	885	72	8,86%
Landeck	305	370	65	21,31%
Lienz	362	450	88	24,31%
Reutte	133	134	1	0,75%
Schwaz	532	632	100	18,80%
Tirol gesamt	5.651	6.424	773	13,68%

Tabelle 28: Ausbaustand der Wohn- und Pflegeplätze 2012 – 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Genehmigte und in Betrieb bef. Heimplätze 2017 vrs. insgesamt genehmigte Heimplätze 2017

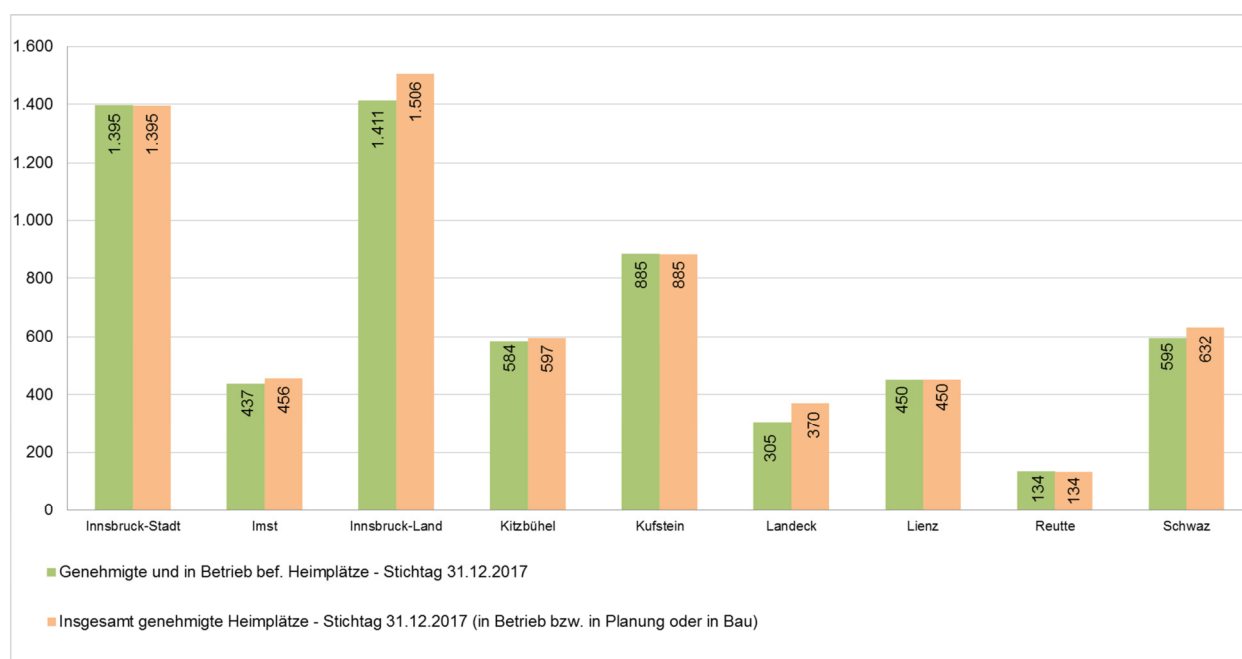


Abbildung 11: Genehmigte und in Betrieb befindliche Heimplätze – Stichtag 31.12.2017 vrs. insgesamt genehmigte Heimplätze 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Zielerreichung und Planungserfüllung der Wohn- und Pflegeplätze 2012 – 2017

Wohn- und Pflegeplätze	Genehmigte und in Betrieb bef. Heimplätze - Stichtag 31.12.2017	Insgesamt genehmigte Heimplätze - Stichtag 31.12.2017 (in Betrieb bzw. in Planung oder in Bau)	SOLL 2017 lt. Strukturplan - rechn. abgegrenzt nach Bezirk	Zielerreichung Genehmigte und in Betrieb bef. Heimplätze 2012 - 2017	Planungs-erfüllung Insgesamt genehmigte Heimplätze 2012 - 2017
Innsbruck-Stadt	1.395	1.395	1.355	40	40
Imst	437	456	471	-34	-15
Innsbruck-Land	1.410	1.505	1.516	-106	-11
Kitzbühel	584	597	557	27	40
Kufstein	885	885	874	11	11
Landeck	305	370	349	-44	21
Lienz	450	450	412	38	38
Reutte	134	134	153	-19	-19
Schwaz	595	632	582	13	50
Tirol gesamt	6.195	6.424	6.269	-74	155

Tabelle 29: Zielerreichung und Planungserfüllung der Wohn- und Pflegeplätze 2012 – 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb bef. Heimplätze 2017 – SOLL 2017

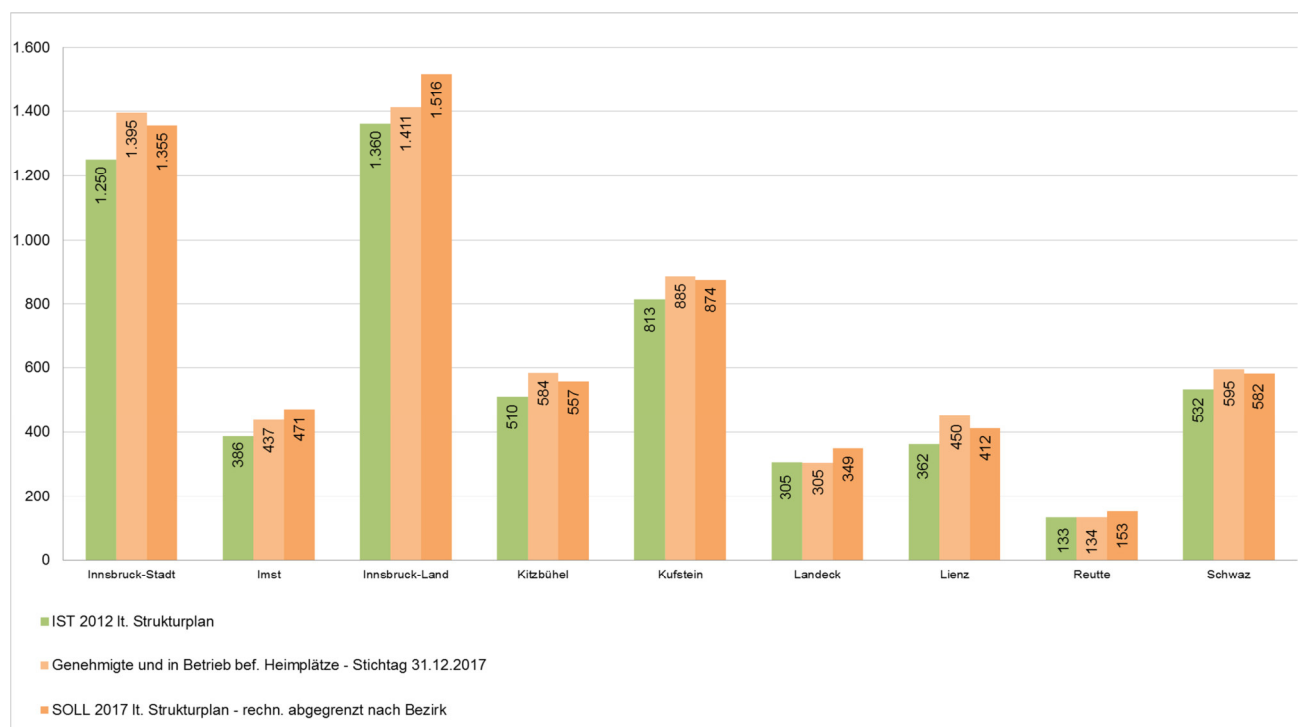


Abbildung 12: IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb befindliche Heimplätze – Stichtag 31.12.2017 – SOLL 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

IST 2012 – Insgesamt genehmigte Heimplätze 2017 – SOLL 2017

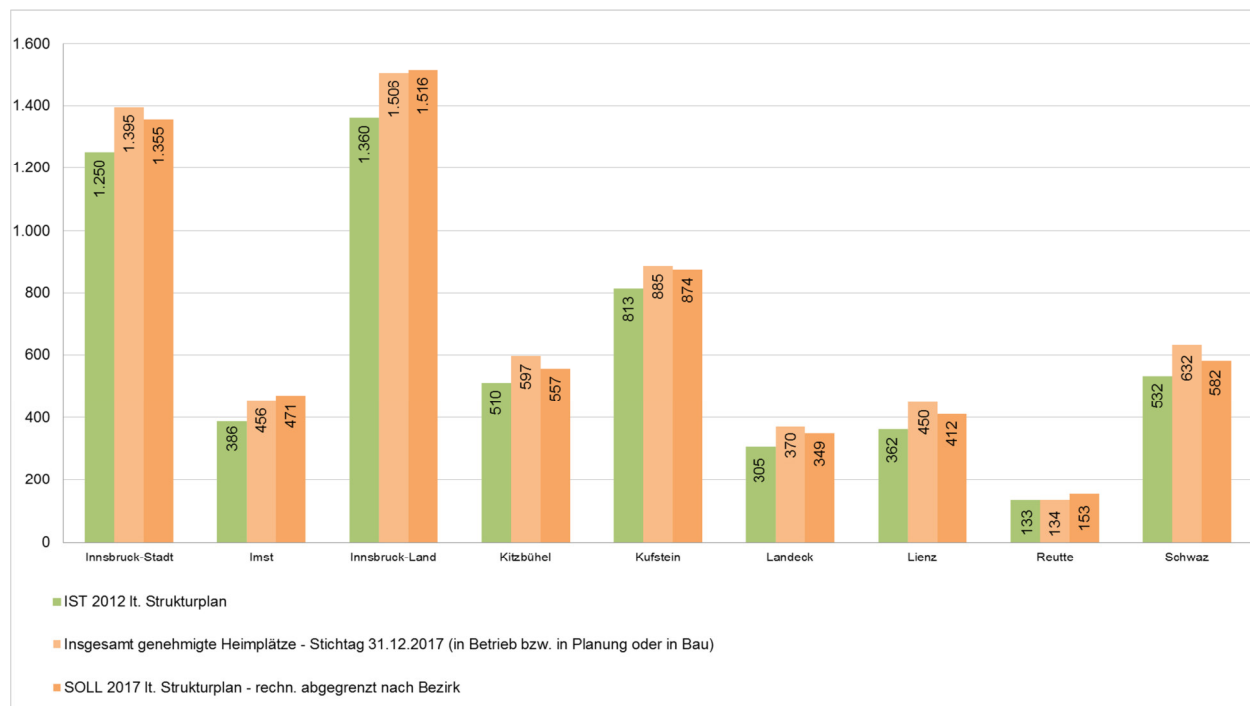


Abbildung 13: IST 2012 – Insgesamt genehmigte Heimplätze 2017 (in Betrieb bzw. in Planung oder in Bau) – SOLL 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Durch die vom Nationalrat im Juli 2017 im Verfassungsrang beschlossene Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (Sozialversicherungs-Zuordnungsgesetz – SV-ZG, BGBl. I Nr. 125/2017), wonach ab dem 1.1.2018 der Zugriff auf Vermögen der Heimbewohner, der Erben und Geschenknehmer nicht mehr zulässig ist, ist voraussichtlich eine Zunahme bei der Nachfrage an vollstationären Pflegeleistungen zu erwarten. Ebenso ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung zurückgeht und die Pflege und Betreuung zu Hause durch die geänderten monetären Rahmenbedingungen abnimmt.

Die wesentliche Fragestellung für die Planung lautet, ob aufgrund der geänderten gesetzlichen Grundlagen Maßnahmen zu ergreifen sind, damit die aus dem Wegfall des Pflegeregresses resultierende zusätzliche Nachfrage nach Heimplätzen oder nach alternativen Betreuungs- und Pflegeformen kompensiert werden können.

Insbesondere wird zu bewerten sein, ob die im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 bis Ende 2022 vorgesehenen Pflegekapazitäten in der mobilen und stationären Langzeitpflege ausreichen. Dies ist deshalb analytisch anzugehen, da ursprünglich von einem geringeren Zuwachs in der 24-Stunden-Betreuung ausgegangen wurde und sich nunmehr eine Konsolidierung der Annahmen ergeben könnte, sodass die ursprünglichen Prognosen Bestätigung finden können. Auf Grundlage des Strukturplanes Pflege können bis Ende 2022 weitere **548 Heimplätze** gebaut werden, um teilweise die steigende Nachfrage an Heimplätzen als Folge der demografischen Entwicklung und nunmehr als Folge des zu erwartenden Rückganges in der 24-Stunden-Betreuung entgegenzutreten zu können.

Im Nachfolgenden werden zwei Varianten vorgestellt, wobei eine Reduktion der Ausbaukontingente bis Ende 2022 geprüft wurde.

Mit dem im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 genehmigten Ausbaukontingent auf 1.218 Heimplätze (ohne Schwerpunktpflege) ergibt sich von 2012 auf 2022 ein Zuwachs an Heimplätzen von 21,55%, während im selben Zeitraum die Bevölkerung 75+ um 37,73% zunehmen wird.

Durch die Realisierung der Ausbauvorhaben hat sich der jeweilige Versorgungsgrad nach der im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 bisher verwendeten Definition nach Heimplätzen pro 1.000 EinwohnerInnen bzw. Heimplätze pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ verändert. Bei der im Folgenden dargestellten Berechnung wurden die vorliegenden Einwohnerzahlen der jeweiligen Jahre zum Jahresende herangezogen. Im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 wurde noch von den Einwohnerdaten des Jahres 2010 ausgegangen.

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2012 und 2017

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2012	2017	2012	2017
Innsbruck-Stadt	1.250	1.395	126,4	114,6
Imst	386	437	105,1	98,7
Innsbruck-Land	1.360	1.410	119,1	94,0
Kitzbühel	510	584	100,8	92,8
Kufstein	813	885	113,2	98,3
Landeck	305	305	92,2	79,3
Lienz	362	450	80,5	88,3
Reutte	133	134	54,6	44,6
Schwaz	532	595	95,6	86,8
Tirol gesamt	5.651	6.195	106,6	94,3

Tabelle 30: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2012 und 2017

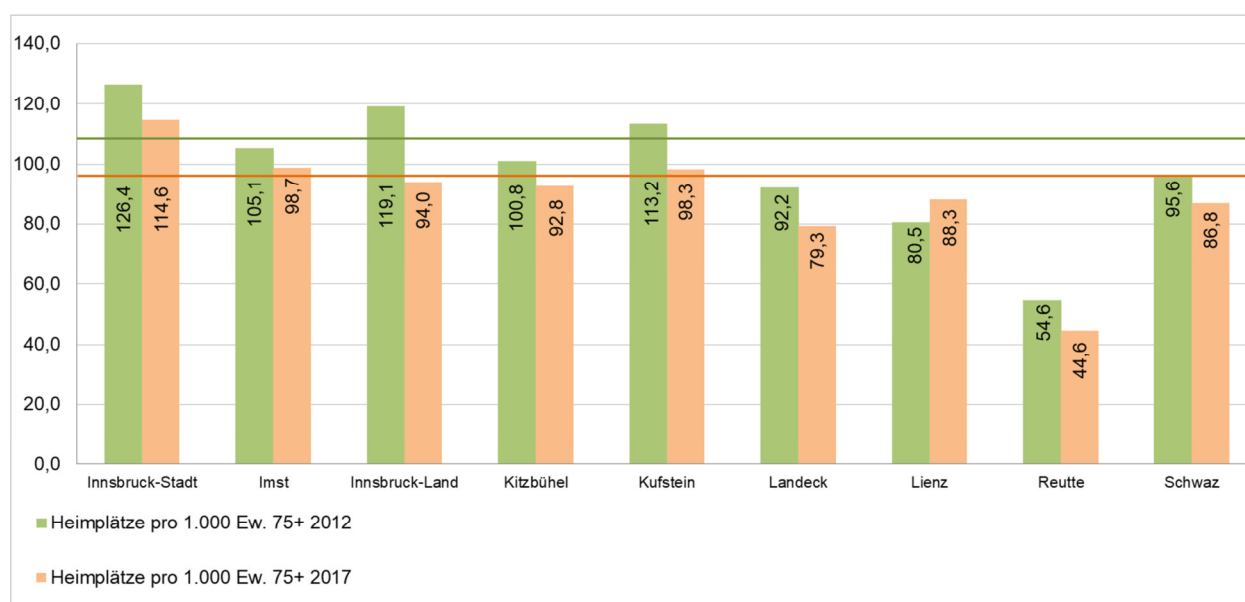


Abbildung 14: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2012	2017	2012	2017
Innsbruck-Stadt	1.250	1.395	126,4	114,6
Imst	386	437	105,1	98,7
Innsbruck-Land	1.360	1.410	119,1	94,0
Kitzbühel	510	584	100,8	92,8
Kufstein	813	885	113,2	98,3
Landeck	305	305	92,2	79,3
Lienz	362	450	80,5	88,3
Reutte	133	134	54,6	44,6
Schwaz	532	595	95,6	86,8
Tirol gesamt	5.651	6.195	106,6	94,3

Tabelle 31: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

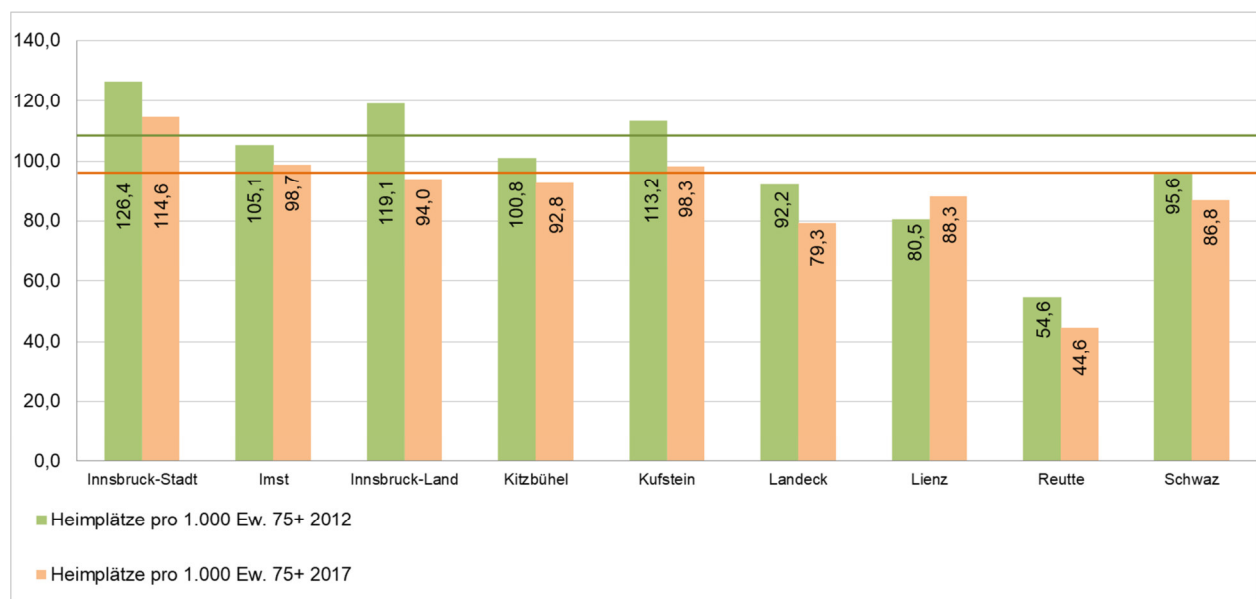


Abbildung 15: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 85+ 2012 und 2017

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 85+	
	2012	2017	2012	2017
Innsbruck-Stadt	1.250	1.395	387,4	406,2
Imst	386	437	386,4	382,0
Innsbruck-Land	1.360	1.410	457,1	377,9
Kitzbühel	510	584	360,7	346,2
Kufstein	813	885	417,1	375,3
Landeck	305	305	353,0	288,6
Lienz	362	450	268,9	293,9
Reutte	133	134	204,6	168,6
Schwaz	532	595	357,3	319,5
Tirol gesamt	5.651	6.195	378,9	352,0

Tabelle 32: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 85+ 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 85+ 2012 und 2017

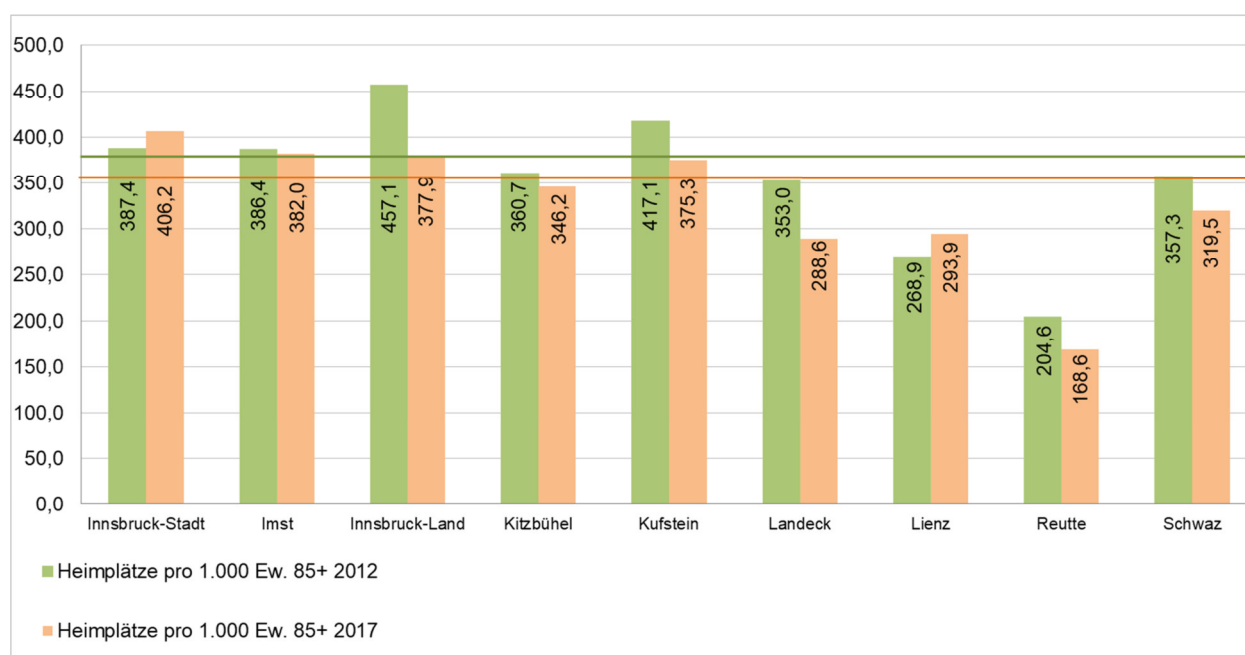


Abbildung 16: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 85+ 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Die Betrachtung des Versorgungsangebotes auf Grundlage der Versorgungsgrade ist eine einfache Kennzahl, aber deren Verwendung sinnvoll und zweckmäßig, um einen Vergleich unter den Bezirken und den Ländern zu erhalten.

In der Angebots- und Bedarfsplanung wird mit den Methoden der Regressionsanalyse sowie mit dynamischen Indikatorenmodellen gearbeitet. Letztere Modelle dienen zur Plausibilitätsprüfung der Ergebnisse der Regressionsanalyse.

Es wird angemerkt, dass die Ausbaukontingente in der nachstehenden Tabelle 33 nach Bezirken ohne Abgrenzung der Planungsverbände nach Bezirksgrenzen dargestellt wurde. Die Grenzen der Planungsverbände überschneiden sich in den Bezirken Innsbruck-Land und Imst sowie in den Bezirken Kufstein und Kitzbühel.

Die bis Ende 2022 ausgewiesenen Ausbaukontingente entsprechen den Ergebnissen des Abstimmungsprozesses der Regionalkonferenzen vom September und Oktober 2018.

14.2.2 Ausbauprogramm 2017 – 2022

In Regionalkonferenzen akkordiertes Ausbauprogramm der Wohn- und Pflegeplätze 2017 – 2022

Langzeitpflege	IST 2012 (rechnerisch abgegrenzt nach Bezirk)	IST 2017 Insgesamt genehmigte Plätze	Insgesamt genehmigte Heimplätze Stand 31.12.2018	SOLL 2022 Neu ohne Bezirksabgrenzung (ohne zus. Übergangspflege gerechnet)	Ausbau- kontingent bis Ende 2022 ohne Übergangspflege ohne Bezirksabgrenzung
Innsbruck-Stadt	1.250	1.395	1.388	1.438	50
Imst	386	456	455	526	71 *)
Innsbruck-Land	1.360	1.505	1.483	1.595	112 *)
Kitzbühel	510	597	597	610	13 *)
Kufstein	813	885	890	918	28 *)
Landeck	305	370	370	390	20
Lienz	362	450	450	450	0
Reutte	133	134	134	160	26
Schwaz	532	632	638	658	20
Tirol gesamt	5.651	6.424	6.405	6.745	340

Tabelle 33: Ausbauprogramm der Wohn- und Pflegeplätze 2017 - 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

IST 2012 – Insgesamt genehmigte Heimplätze 2017 – SOLL 2022 NEU

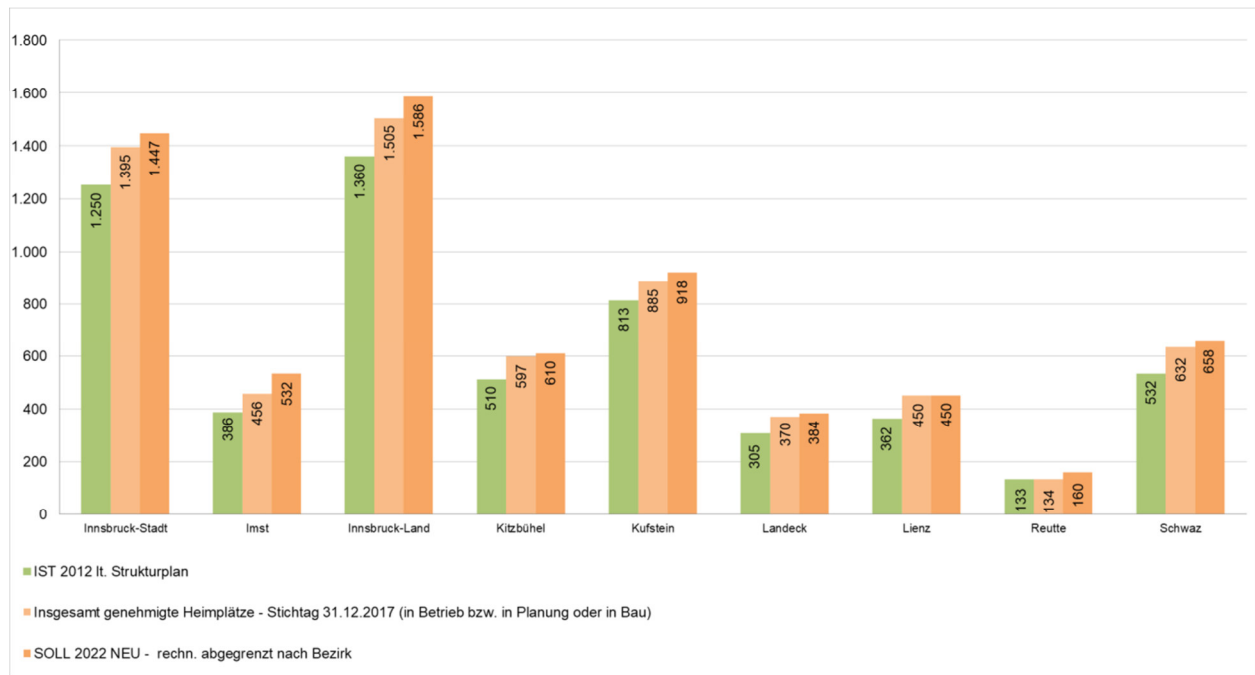


Abbildung 17: IST 2012 – Insgesamt genehmigte Heimplätze 2017 – SOLL 2022 NEU in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

IST 2012 – Insgesamt genehmigte Heimplätze / Stand August 2018 – SOLL 2022 NEU

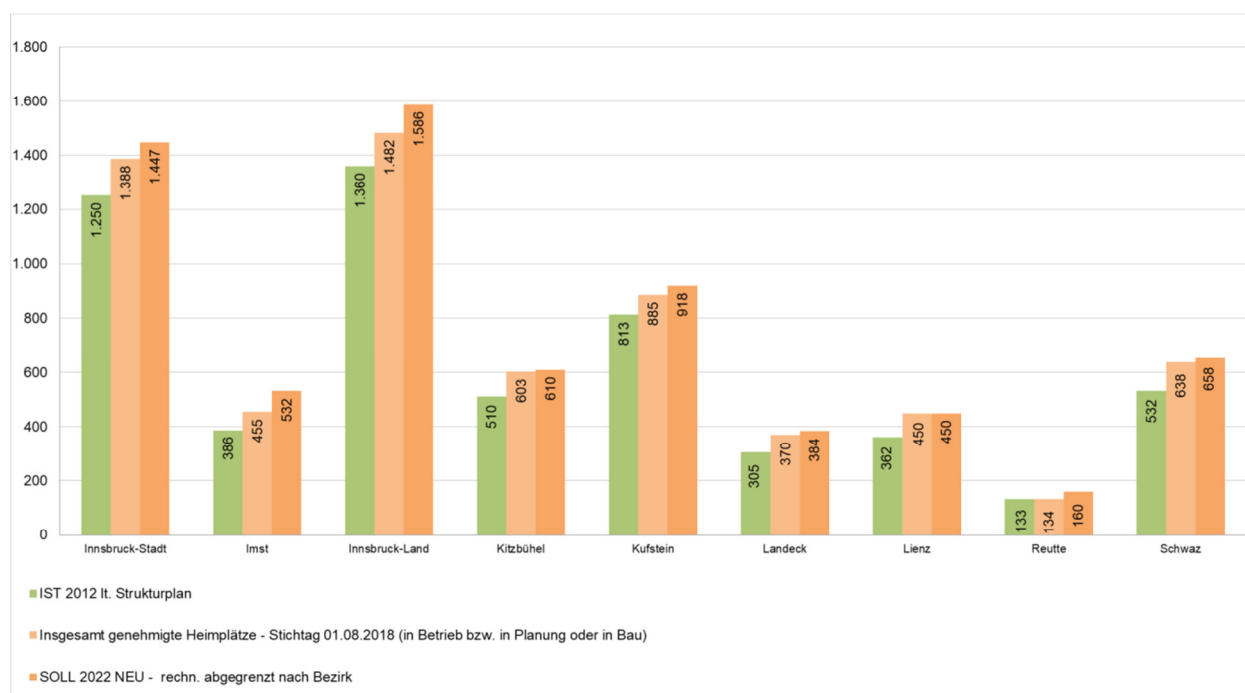


Abbildung 18: IST 2012 – Insgesamt genehmigte Heimplätze / Stand August 2018 – SOLL 2022 NEU in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2017 und 2022

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew.	
	2017	2022	2017	2022
Innsbruck-Stadt	1.395	1.447	10,5	10,2
Imst	437	532	7,3	8,9
Innsbruck-Land	1.410	1.586	7,9	8,7
Kitzbühel	584	610	9,2	9,5
Kufstein	885	918	8,2	8,2
Landeck	305	384	6,9	8,7
Lienz	450	450	9,2	9,5
Reutte	134	160	4,1	4,9
Schwaz	595	658	7,1	7,7
Tirol gesamt	6.195	6.745	8,2	8,8

Tabelle 34: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2017 und 2022

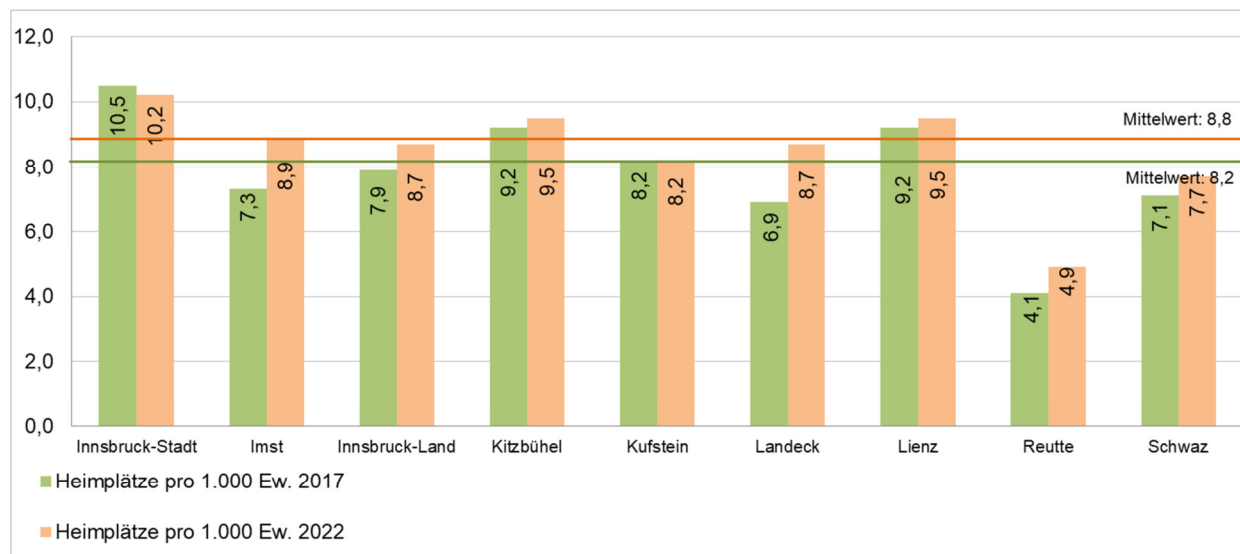


Abbildung 19: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2017	2022	2017	2022
Innsbruck-Stadt	1.395	1.447	114,6	104,9
Imst	437	532	98,7	106,2
Innsbruck-Land	1.410	1.586	94,0	93,4
Kitzbühel	584	610	92,8	87,8
Kufstein	885	918	98,3	91,2
Landeck	305	384	79,3	94,2
Lienz	450	450	88,3	86,0
Reutte	134	160	44,6	49,0
Schwaz	595	658	86,8	85,8
Tirol gesamt	6.195	6.745	94,3	92,3

Tabelle 35: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022

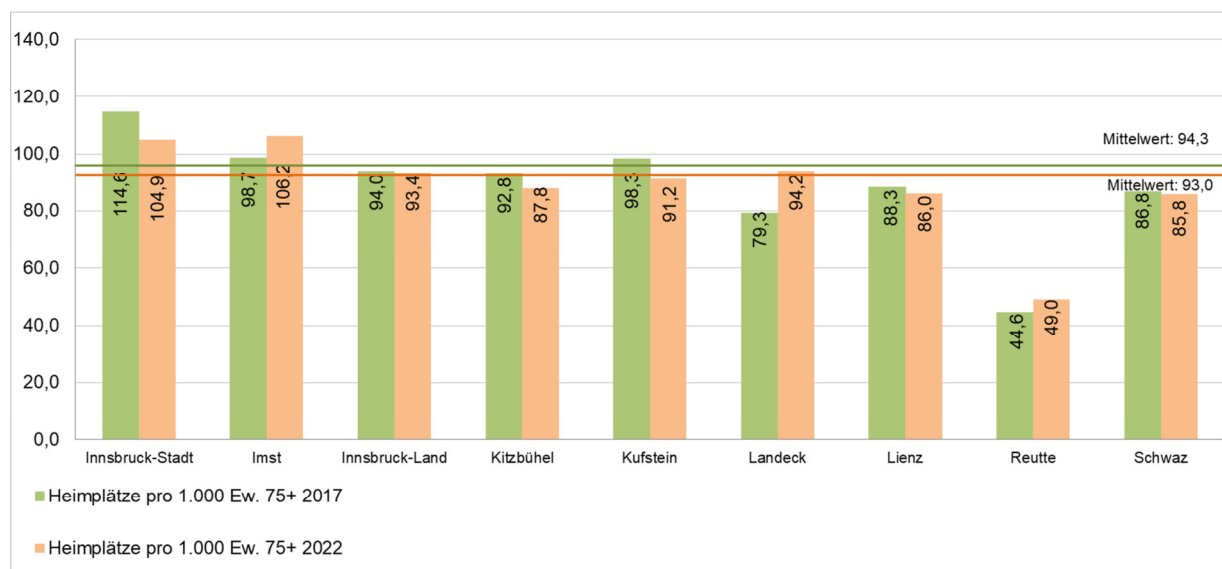


Abbildung 20: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 85+ 2017 und 2022

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 85+	
	2017	2022	2017	2022
Innsbruck-Stadt	1.395	1.447	406,2	421,3
Imst	437	532	382,0	395,2
Innsbruck-Land	1.410	1.586	377,9	373,9
Kitzbühel	584	610	346,2	336,3
Kufstein	885	918	375,3	343,8
Landeck	305	384	288,6	316,8
Lienz	450	450	293,9	287,2
Reutte	134	160	168,6	192,5
Schwaz	595	658	319,5	322,5
Tirol gesamt	6.195	6.745	352,0	352,1

Tabelle 36: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 85+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 85+ 2017 und 2022

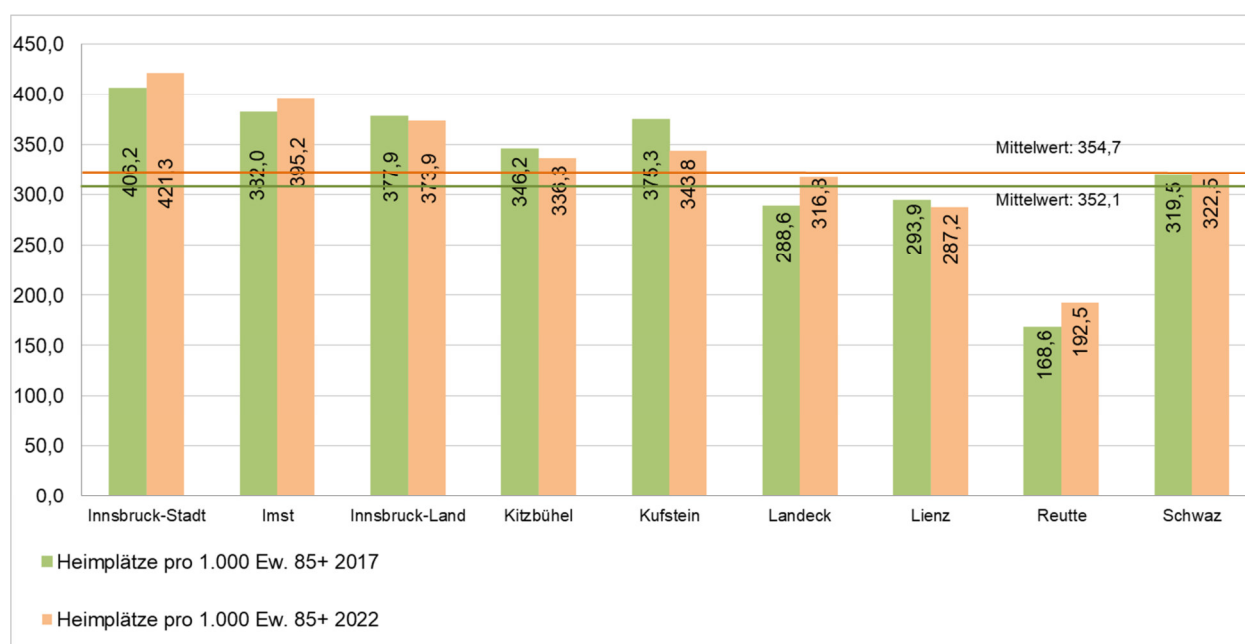


Abbildung 21: Wohn- und Pflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 85+ 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

14.3 Schwerpunktpflege

14.3.1 Ausbaustand zum 31.12.2017

Die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Personen, die eine aufwändige Fachpflege und medizinische Betreuung dauerhaft benötigen oder ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, erfolgt seit 1999 zentral in der Landes-Pflegeklinik in Hall in Tirol als Schwerpunktpflegeeinrichtung. Stationär aufgenommen werden Personen mit somatischen und psychiatrischen Krankheitsbildern, typischerweise mit Multimorbidität und chronischen Krankheitsverläufen, die mit starken Einschränkungen in der Bewältigung des täglichen Lebens verbunden sind.

Das Ausbauprogramm zur Schwerpunktpflege sieht vor, die Landespflegeklinik Hall um 40 Heimplätze zu erweitern. Mit dieser Erweiterungsmaßnahme soll die Ausbaukapazität von 162 Heimplätzen erreicht und abgeschlossen werden. Die Inbetriebnahme dieser Ausbaumaßnahme erfolgte im Oktober 2013. Um den Bedarf für ganz Tirol in Zukunft abzudecken, soll der weitere Ausbau in der Schwerpunktpflege nach dem Strukturplan Pflege 2012 – 2022 in den Versorgungsregionen 72 (Tirol-West), Versorgungsregionen 73 (Tirol-Nord-Ost) und Versorgungsregionen 74 (Osttirol) erfolgen.

Zielerreichung und Planungserfüllung der Schwerpunktpflegeplätze 2012 – 2022

Die Vorgespräche zur Errichtung einer Schwerpunktpflegeeinheit in Anbindung an eine Krankenanstalt für die Versorgungsregionen 72 Tirol-West und 73 Tirol-Nord-Ost wurden mit dem Land geführt. Die Umsetzung ist trotz vorhandener Interessenslage der Gemeinden und der Gemeindeverbände in den Versorgungsregionen bisher noch nicht erfolgt.

In einem realistischen Kontext betrachtet erscheint die Umsetzung des Ausbauprogramms der Schwerpunktpflege im Zeitrahmen des derzeitigen Strukturplanes Pflege (bis 2022) unrealistisch. Aus diesem Grund wurde hier – in Abstimmung auf den Planungsintervall des Regionalen Strukturplanes Gesundheit - der Planungshorizont 2025 gewählt.

14.3.2 Ausbauprogramm 2017 – 2025

Schwerpunktpflegeplätze	Insgesamt genehmigte Plätze - Stichtag 31.12.2018 (in Betrieb und genehmigt)	SOLL 2022 lt. Strukturplan	SOLL 2025 NEU (+8%)	Ausbau- kontingent NEU
Schwerpunktpflege LPK Hall	162	160	162	0
Intensivpflegestation LPK Hall	0	0	4	4
Intermediärstation LPK Hall	2	0	14	12
Schwerpunktpflege PK Kufstein	0	24	24	24
Schwerpunktpflege PK Lienz	0	12	10	10
Schwerpunktpflege PK Zams	0	24	24	24
Tirol gesamt	164	220	238	74

Tabelle 37: Ausbauprogramm der Schwerpunktpflegeplätze 2012 – 2025 in Tirol nach Versorgungsregion

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

14.3.3 Medizintechnische Intensivpflegestation – Sonderstation I in der Schwerpunktpflege

Um Personen, die einen über das übliche Maß der Schwerpunktpflege hinausgehenden Bedarf an medizintechnischer Pflege aufweisen, wird in der Schwerpunktpflegeeinrichtung, Landes-Pflegeklinik Hall der Tirol Kliniken GmbH, eine Pflegeeinheit als Sonderstation mit überregionalem Versorgungsauftrag einzurichten sein. Diese Einrichtung soll künftig LangzeitpflegepatientInnen nach einem unmittelbaren Aufenthalt in einer Krankenanstalt übernehmen. Bisher mussten für diese PatientInnen besonders kostenintensive 24-Stunden-Intensivpflegedienste von externen Anbietern aus der Mindestsicherung und Kostenbeteiligung durch die Sozialversicherungsträger finanziert werden.

In einem ersten Umsetzungsschritt sollen 4 Pflegebetten als dislozierte Einrichtung der Landes-Pflegeklinik Hall für die Nach- und Dauerversorgung von BeatmungspatientInnen eingerichtet. Diese organisatorisch und rechtlich als Sonderstation I der Landes-Pflegeklinik Hall geführten Betten werden als Heimplätze nach dem Tiroler Heimgesetz 2005 geführt. Die geschaffenen Kapazitäten müssen sich innerhalb der im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 ausgewiesenen Ausbauobergrenzen bewegen.

Durch den Umbau und die medizintechnische Aufrüstung von insgesamt 4 bestehenden Pflegeplätzen der Landes-Pflegeklinik Hall sowie begleitend durchzuführende Sonder- und Zusatzausbildungsmaßnahmen für das eingesetzte Betreuungs- und Pflegepersonal und den dort tätigen ÄrztInnen sollen die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für die Aufnahme von LangzeitintensivpflegepatientInnen geschaffen werden.

Intensivpflege- und Betreuungsmaßnahmen sind als Sonderlösung für die Pflege zu Hause mit extrem hohen Kosten verbunden. Die Erbringung dieser Leistungen in einer stationären Pflegeeinrichtung

erweist sich gegenüber Einzelleistungen für die Pflege zu Hause mit Kosten von bis zu rd. € 35.000 pro Monat als die kostengünstigere Variante. Daher wird bei diesen Sonderfällen vom Grundsatz „mobil vor stationär“ abgewichen.

Ausbauprogramm der Sonderstation I – Medizintechnische Intensivpflegestation 2017 – 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pflegestation - 4 Heimplätze						

 Umsetzung geplant

 Umsetzung erfolgt

Tabelle 38: Ausbauprogramm der Sonderstation I - Medizintechnische Intensivpflegestation 2017 -2022 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Darstellung

14.3.4 Intermediärstation – Sonderstation II in der Schwerpunktpflege

In organisatorischer Anbindung an die Landes-Pflegeklinik Hall der Tirol Kliniken GmbH wird mit März 2018 eine Einrichtung für Personen mit chronischer-psychiatrischer Erkrankung, geistiger und/oder physischer Behinderung und somatischer Co-Morbiditäten mit wechselnd stark herausforderndem Verhalten errichtet und in Betrieb genommen.

Die in der Intermediärstation nach dem Tiroler Heimgesetz 2005² untergebrachten Personen befinden sich überwiegend in den unteren Pflegegeldstufen (1-3). Die medizinische Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie steht im Fokus.

Die Aufenthaltsdauer der KlientInnen in der Intermediärstation wird zunächst auf 6 Monate begrenzt. Im Anschluss daran soll eine weitere Betreuung nach Maßgabe des Bedarfes in einer Einrichtung der Behindertenhilfe oder erforderlichenfalls in der Station der Schwerpunktpflege erfolgen.

² LGBl. Nr. 23/2005 zuletzt geändert durch LGBl. Nr. 144/2018.

Ausbauprogramm der Sonderstation II – Intermediärstation in der Schwerpunktpflege 2017 – 2022

		2017	2018	2019	2020	2021	2022
Garconniere 1 -	2 Plätze						
Garconniere 2 -	2 Plätze						
Pflegestation -	10 Plätze						
Tirol gesamt -	14 Plätze						



Umsetzung geplant



Umsetzung erfolgt

Tabelle 39: Ausbauprogramm der Sonderstation II – Intermediärstation in der Schwerpunktpflege 2017 – 2022 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Darstellung

Insgesamt sind 14 Plätze bis Ende 2022 vorgesehen. Davon sind 4 Plätze auf 2 Garconniere und 10 Plätze in Einzelzimmer / Doppelzimmer verteilt. Bereits mit März 2018 wurde eine Garconniere mit 2 Plätzen in Betrieb genommen.

14.4 Teilstationäre Pflege und Betreuung

14.4.1 Kurzzeitpflege

14.4.1.1 Ausbaustand zum 31.12.2017

Die Kurzzeitpflege ist ein stationäres Pflege- und Betreuungsangebot in einem Wohn- und Pflegeheim für Personen, welche zu Hause für die Dauer von max. 28 Tagen pro Kalenderjahr gepflegt und betreut werden.

Die Person pflegt seit mindestens einem Jahr überwiegend

- einen nahen Angehörigen mit Pflegegeld der Stufe 3–7 oder
- einen nahen Angehörigen mit einer nachweislich demenziellen Erkrankung und Pflegegeld zumindest der Stufe 1 oder
- einen minderjährigen, nahen Angehörigen mit Pflegegeld zumindest der Stufe 1

und ist wegen Krankheit, Urlaub oder aus anderen wichtigen Gründen verhindert.

Im Bereich der Kurzzeitpflege war im Zeitraum 2012 bis 2017 ein Ausbau von 65 Plätzen (2012) auf 183 Plätze (2017), um insgesamt 118 (+181,5%) zusätzliche Plätze bis Ende 2017 vorgesehen. Der tatsächliche Ausbau ist bis Ende 2017 um 47 zusätzliche Plätze (+72,3%) erfolgt. Zum Teil wurden Kurzzeitpflegeplätze in Langzeitpflegeplätze umgewidmet. Ein Grund für den geringen Ausbaugrad liegt auch darin, dass eine entsprechende Nachfrage und damit Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze vielfach nur in bestimmten Jahreszeiten (Urlaubspflege vornehmlich im Sommer) gegeben ist. Die Zuständigkeit des Bundes für die Gewährung von Förderungen ist eingeschränkt, da als Voraussetzung für die Inanspruchnahme neben der Höhe des Einkommens, der Bezug eines Pflegegeldes von zumindest einem Jahr ab der Stufe 3 erforderlich ist. Pflegebedürftige Personen, die kein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz oder Pflegegeld der Stufe 1 oder 2 beziehen, fallen in die Zuständigkeit des Landes. Der Vollzug der Richtlinie zur Gewährung einer Förderung für die Kurzzeitpflege von pflegebedürftigen Personen des Landes Tirol wird restriktiv zur Anwendung gebracht. So wird als wesentliches Kriterium und Ausschlussgrund für die Gewährung einer Förderung ein mit einer akuten Erkrankung verbundener Aufenthalt in einem Krankenhaus vorausgesetzt. Die in der Richtlinie angeführten Adjektive „unmittelbar oder zeitnah“ werden generell als sofort und unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt ohne Unterbrechung und Zwischenaufenthalt zu Hause von nur einem Tag ausgelegt.

Für die Heimträger der Kurzzeitpflegeplätze ergibt sich so über ein Jahr gesehen insgesamt keine optimale wirtschaftlich zufriedenstellende Auslastungsmöglichkeit. Leerstehende Kurzzeitpflegeplätze werden bei schlechter Auslastung und gegebener Bedarfslage als Langzeitpflegeplätze genutzt.

Die Bereithaltung von Kurzzeitpflegeplätzen ist ein wichtiger Baustein im Leistungsspektrum der extramuralen Pflegeangebote. In Fällen von akut auftretenden Pflegenotwendigkeiten bei zu Hause gepflegten Personen, urlaubsbedingten Ersatzpflegeangeboten zur Entlastung von pflegenden

Angehörigen oder nach einer Krankenhausentlassung in Folge eines Akutereignisses soll(t)en Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen.

Ausbaustand und Planungserfüllung der Kurzzeitpflegeplätze 2012 – 2017

Kurzzeitpflege	IST 2012	IST 2017	Insgesamt genehmigte Heimplätze Stand Dezember 2018	SOLL 2022 Neu	Ausbau- kontingent bis Ende 2022
Innsbruck-Stadt	2	4	5	21	16
Imst	3	7	10	17	7
Innsbruck-Land	24	33	40	47	7
Kitzbüchel	7	8	10	19	9
Kufstein	12	28	29	29	0
Landeck	4	4	4	12	8
Lienz	5	5	5	15	10
Reutte	5	11	11	11	0
Schwaz	3	20	22	22	0
Tirol gesamt	65	120	136	193	57

Tabelle 40: Ausbaustand und Zielerreichung / Planungserfüllung der Kurzzeitpflegeplätze 2012 – 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb bef. Kurzzeitpflegeplätze – SOLL 2017

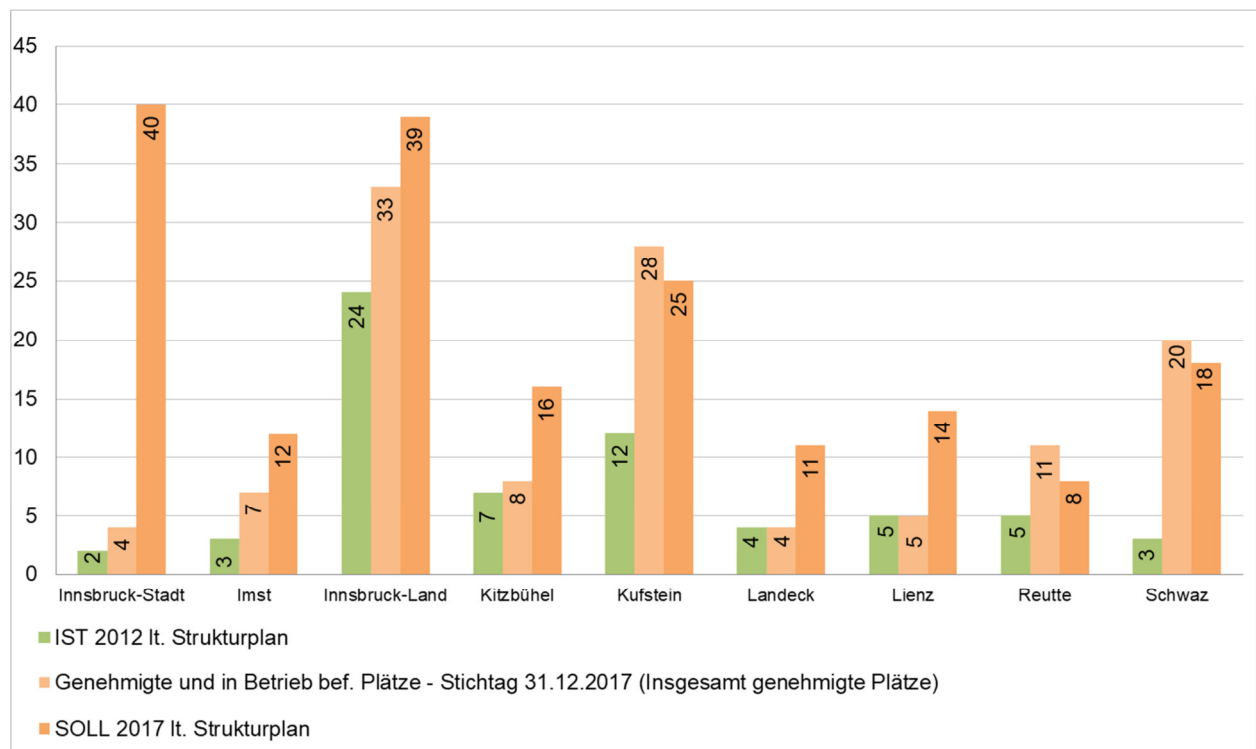


Abbildung 22: IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb bef. Kurzzeitpflegeplätze (Insgesamt genehmigte Plätze) – SOLL 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2012	2017	2012	2017
Innsbruck-Stadt	2	4	0,2	0,3
Imst	3	7	0,8	1,6
Innsbruck-Land	24	33	2,1	2,2
Kitzbüchel	7	8	1,4	1,3
Kufstein	12	28	1,7	3,1
Landeck	4	4	1,2	1,0
Lienz	5	5	1,1	1,0
Reutte	5	11	2,1	3,7
Schwaz	3	20	0,5	2,9
Tirol gesamt	65	120	1,2	1,8

Tabelle 41: Kurzzeitpflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

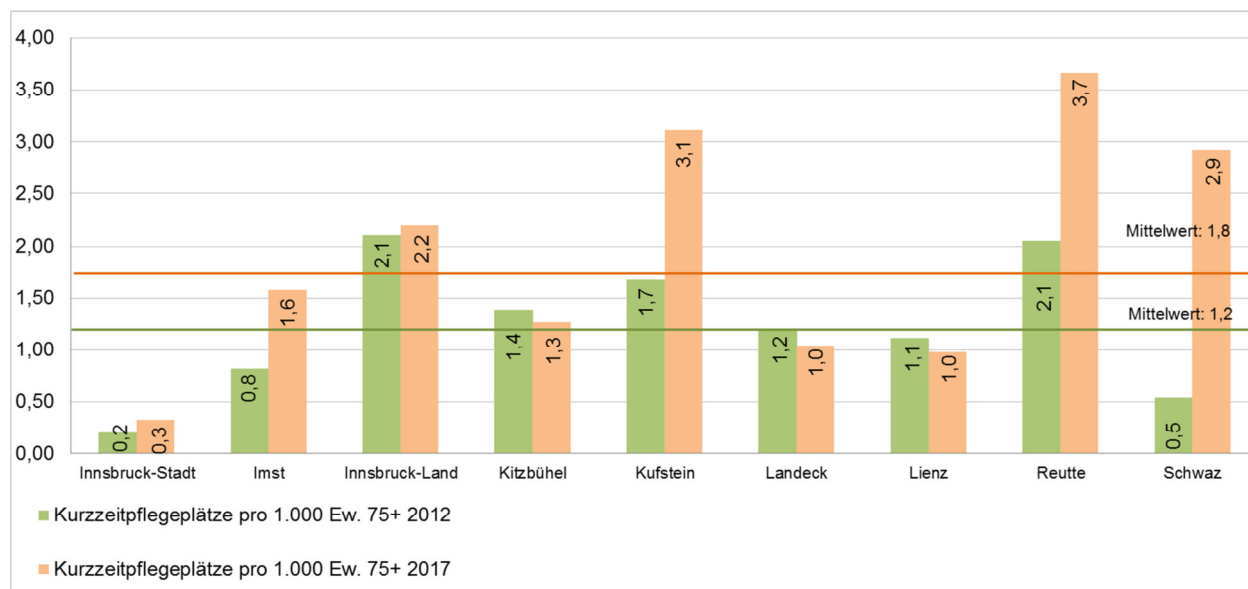


Abbildung 23: Kurzzeitpflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

14.4.1.2 Ausbauprogramm 2017 – 2022

Ausbauprogramm der Kurzzeitpflegeplätze 2017 – 2022

Kurzzeitpflege	IST 2012	IST 2017	Insgesamt genehmigte Heimplätze Stand Dezember 2018	SOLL 2022 laut Strukturplan	SOLL 2022 Neu	Ausbau-kontingent ausgehend vom 31.12.2017	Ausbau-kontingent bis Ende 2022
Innsbruck-Stadt	2	4	5	50	21	17	16
Imst	3	7	10	14	17	10	7
Innsbruck-Land	24	33	40	46	47	14	7
Kitzbüchel	7	8	10	18	19	11	9
Kufstein	12	28	29	29	29	1	0
Landeck	4	4	4	12	12	8	8
Lienz	5	5	5	15	15	10	10
Reutte	5	11	11	9	11	0	0
Schwaz	3	20	22	22	22	2	0
Tirol gesamt	65	120	136	215	193	73	57

Tabelle 42: Ausbauprogramm der Kurzzeitpflegeplätze 2017 – 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb bef. Kurzzeitpflegeplätze 2017 – SOLL 2022 NEU

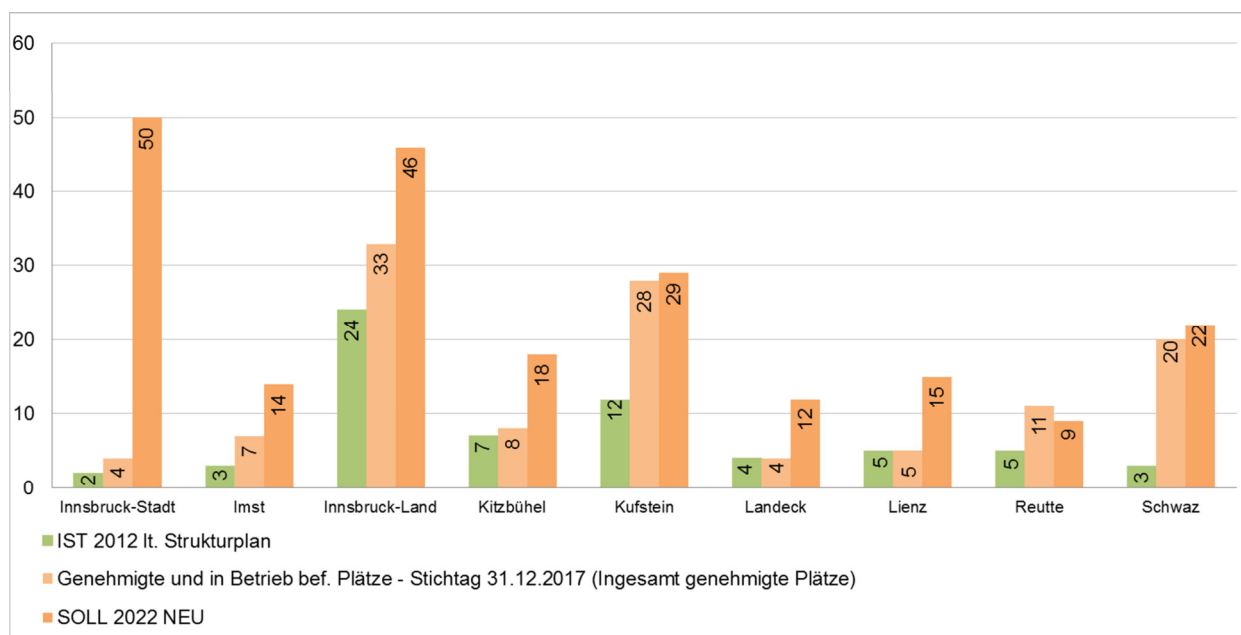


Abbildung 24: IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb befindliche Kurzzeitpflegeplätze 2017 (Insgesamt genehmigte Heimplätze) – SOLL 2022 NEU in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

IST 2012 – Insgesamt genehmigte Plätze / Stand August 2018 – SOLL 2022 NEU

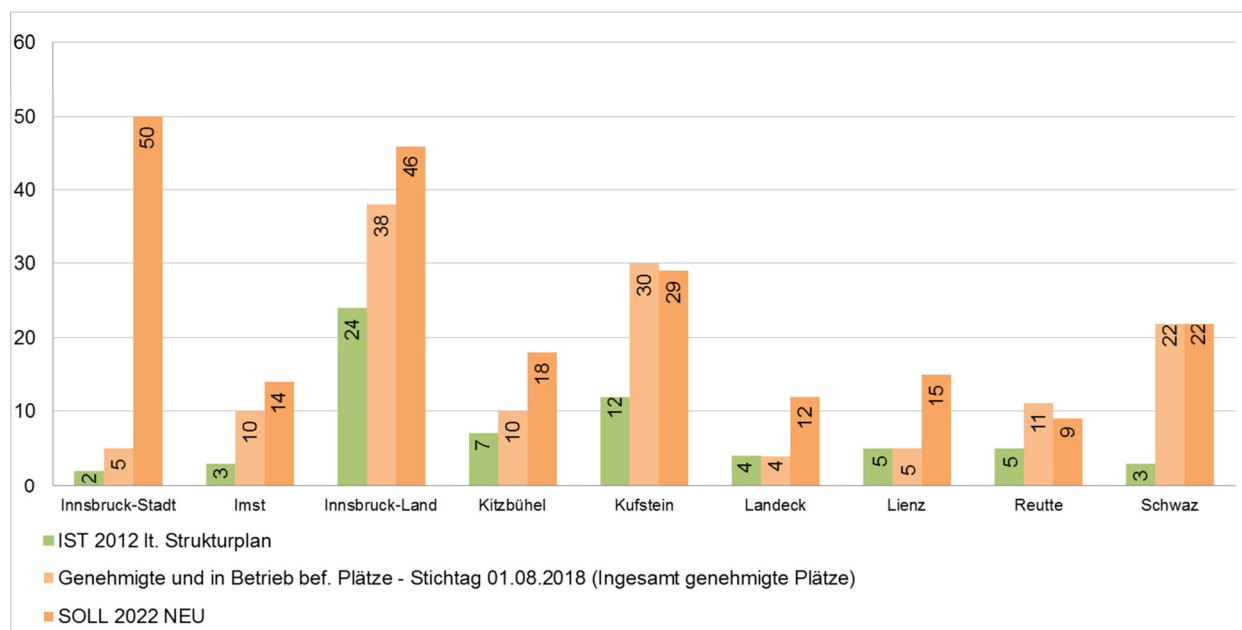


Abbildung 25: IST 2012 – Insgesamt genehmigte Plätze / Stand August 2018 – SOLL 2022 NEU in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2017	2022	2017	2022
Innsbruck-Stadt	4	50	0,3	3,6
Imst	7	14	1,6	2,8
Innsbruck-Land	33	46	2,2	2,7
Kitzbühel	8	18	1,3	2,6
Kufstein	28	29	3,1	2,9
Landeck	4	12	1,0	2,9
Lienz	5	15	1,0	2,9
Reutte	11	9	3,7	2,8
Schwaz	20	22	2,9	2,9
Tirol gesamt	120	215	1,8	2,9

Tabelle 43: Kurzzeitpflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022

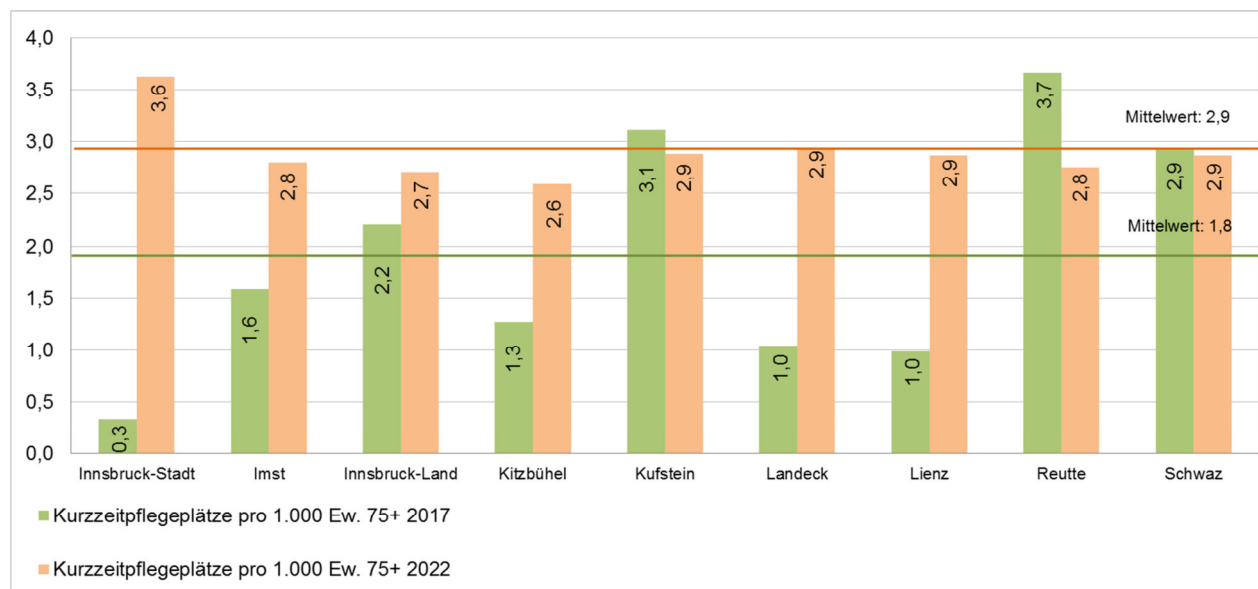


Abbildung 26: Kurzzeitpflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

14.4.2 Übergangspflege („Qualifizierte Kurzzeitpflege“)

14.4.2.1 Allgemeines

Die Übergangspflege ist ein stationäres Pflege- und Betreuungsangebot in einer nach dem Tiroler Heimgesetz geführten Pflegeeinrichtung für Personen, die zu Hause gepflegt und betreut werden und nach einem stationären Krankenhausaufenthalt der Pflege und medizinischen Nachsorge bedürfen. Die maximale Aufenthaltsdauer beträgt 90 Tage im Anschluss nach einem Krankenhausaufenthalt.

Ziel der Übergangspflege ist, die aus dem Krankenhaus entlassenen PatientInnen, für die eine Pflege zu Hause entweder aus gesundheitlichen oder aus organisatorischen Gründen vorübergehend noch nicht möglich ist, eine entsprechende Übergangspflege mit ärztlicher Versorgung und therapeutischen Maßnahmen anzubieten. Es soll dadurch eine unmittelbar notwendige Aufnahme in ein Pflegeheim zunächst vermieden, sowie eine Pflege zu Hause wieder ermöglicht werden.

Die erlassene Richtlinie zur Übergangspflege ist zuletzt mit 1.7.2014 von der Landesregierung beschlossen worden.

14.4.2.2 Ausbaustand zum 31.12.2017 und Ausbauprogramm 2017 – 2022 / 2025

Ausbaustand der Übergangspflegeplätze bis zum 31.12.2017

Pflegestation BKH Schwaz – SeneCura Sozialzentrum Schwaz	Ab November 2012 erfolgte die Inbetriebnahme der Pflegestation BKH Schwaz mit 24 Pflegeplätzen, davon 16 Plätze für die Übergangspflege (90 Tage) und 8 Plätze für die Kurzzeitpflege/Urlaubspflege zur Angehörigenentlastung (28 Tage) und auf 6 Monate befristete Langzeitpflege.
Übergangspflegestation Kitzbühel – Altenwohnheim Kitzbühel GmbH	Die Stadtgemeinde Kitzbühel hat in organisatorischer Anbindung an das bestehende Pflegeheim eine Station mit 15 Plätzen für die Übergangspflege ab 2016 in Betrieb genommen. Dazu wurde eine Kooperation mit dem a.ö. Bezirkskrankenhaus St. Johann eingegangen. Die medizinische Nachsorge und Betreuung sowie tägliche Visite wird durch einen in unmittelbarer Nähe vom Standort der Übergangspflegestation niedergelassenen Arzt für Allgemeinmedizin sichergestellt.

Tabelle 44: Ausbaustand der Übergangspflegeplätze 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Ausbaustand 2012 – 2017 und Ausbauprogramm 2017 – 2022 / 2025 der Übergangspflegeplätze nach Standort

Übergangspflege	IST 2012	Genehmigte und in Betrieb bef. Plätze - Stichtag 31.12.2018	SOLL 2017	Zielerreichung / Planungserfüllung 2012 - 2017	Soll 2025	Ausbaukontingent bis Ende 2022/2025
Innsbruck-Stadt, Innsbruck Land Standort	0	0	0	0	30	30
Pflegestation Schwaz - Senecura, (BKH Schwaz)	0	16	16	0	24	8
Standort in Nähe a.ö. BKH Kufstein	0	0	0	0	15	15
Altenwohnheim Kitzbühel GmbH - BKH St. Johann	0	15	15	0	15	0
Standort in Nähe von BKH Lienz	0	0	0	0	14	14
Standort in Nähe von BKH Reutte	0	0	0	0	6	6
A.ö. KH St. "Vinzenz" Zams - am Standort WPH Zams	0	0	0	0	20	20
Tirol gesamt	0	31	31	0	124	93

Tabelle 45: Ausbaustand 2012 – 2017 und Ausbauprogramm 2017 – 2022 / 2025 der Übergangspflegeplätze nach Standort

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Als Begleitmaßnahme zum „Regionalen Strukturplan Gesundheit 2025“ soll ein bedarfsgerechtes flächendeckendes Angebot an Plätzen für die Übergangspflege (qualifizierte Kurzzeitpflege) und Schwerpunktpflege in den Versorgungsregionen Tirols in der Rechtsform eines Pflegeheimes nach dem Tiroler Heimgesetz angeboten werden.

Der bedarfsgerechte Ausbau von Kapazitäten speziell in der Übergangspflege soll sich bis zum erweiterten Planungshorizont 2025 erstrecken. Diesen Strukturanpassungsmaßnahmen sind die Finanzierungsregelungen für den Pflegebereich nach dem Grundsatz „Geld folgt Leistung“ auszurichten.

Das bestehende und im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 vorgesehene und bis Ende 2022 festgelegte Ausbaukontingent von +1.218 Heimplätzen für die Langzeitpflege (ohne Kurzzeitpflege und Schwerpunktpflege) wird durch diese Maßnahme nicht erhöht.

In den Bezirken Schwaz und Kitzbühel wurden diese Ausbaumaßnahmen bereits zur Umsetzung gebracht.

14.4.3 Tagespflege

14.4.3.1 Ausbaustand

Teilstationäre Dienste (Tagespflege) sind ganz oder zumindest halbtägig erbrachte Betreuungs- und Pflegeangebote in einer ambulanten Tagesstätte für Personen, die zu Hause gepflegt und betreut werden. Im Rahmen dieser Dienstleistung werden neben Pflege und Betreuung auch tagesstrukturierende Maßnahmen, Aktivierungsangebote und Verpflegung bereitgestellt sowie notwendige Transporte vom Wohnort zur Betreuungseinrichtung und zurück sichergestellt. Diese Leistungen werden entweder durch Mobile Dienste oder durch Heimträger erbracht und dienen der Aufrechterhaltung der bisherigen Lebensweise zu Hause, sowie zur Entlastung der pflegenden Angehörigen und zur Verhinderung bzw. Verzögerung eines Eintrittes in die vollstationäre Pflege.

Zum Jahresende 2017 wurden 273 Plätze für die Tagespflege genehmigt und in Betrieb genommen. Der im Strukturplan Pflege 2012 – 2022 für Ende 2017 vorgegebene Zielwert von 327 Plätzen konnte nicht erreicht werden. Für 2018 wurden für die Errichtung von weiteren 70 Plätzen Errichtungs- und Betriebsgenehmigungen erteilt bzw. diese bei Erfüllung der Auflagen konkret in Aussicht gestellt. Für weitere zusätzliche 80 Plätze liegen Absichtserklärungen von Trägereinrichtungen vor.

Die Nachfrage zum Ausbau der Tagespflege war zumindest bis Ende 2017 in Innsbruck-Stadt und im Bezirk Landeck am geringsten. Unter den Bezirken gibt es insgesamt eine sehr unterschiedliche Nachfrage zum Ausbau der Tagespflege. Im Bezirk Landeck ist erst im Jahr 2018 das Interesse an Tagespflegeangeboten aufgetreten.

Ausbaustand und Planungserfüllung der Tagespflegeplätze 2012 – 2017

Tagespflegeplätze	Genehmigte und in Betrieb bef. Plätze Stichtag 31.12.2017 (Insgesamt genehmigte Plätze)	Konkret in Aussicht gestellte Genehmigungen für 2018	Insgesamt genehmigte Plätze inkl. der konkret in Aussicht gestellten Genehmigungen für 2018	SOLL 2022 NEU (+30%)	Ausbau- kontingent 31.12.2018	verbleibendes Ausbau- kontingent NEU unter Einbeziehung der konkret in Aussicht gestellten Genehmigungen und Wünsche für 2018
Innsbruck-Stadt	30	12	42	42	0	0
Imst	28	0	28	60	32	5
Innsbruck-Land	74	12	86	163	77	35
Kitzbühel	35	0	35	46	11	3
Kufstein	51	3	54	87	33	4
Landeck	0	23	23	50	27	17
Lienz	17	4	21	40	19	11
Reutte	10	8	18	45	27	17
Schwaz	28	8	36	52	16	16
Tirol gesamt	273	70	343	585	242	108

Tabelle 46: Ausbaustand und Zielerreichung / Planungserfüllung der Tagespflegeplätze 2012 – 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb bef. Tagespflegeplätze – SOLL 2017

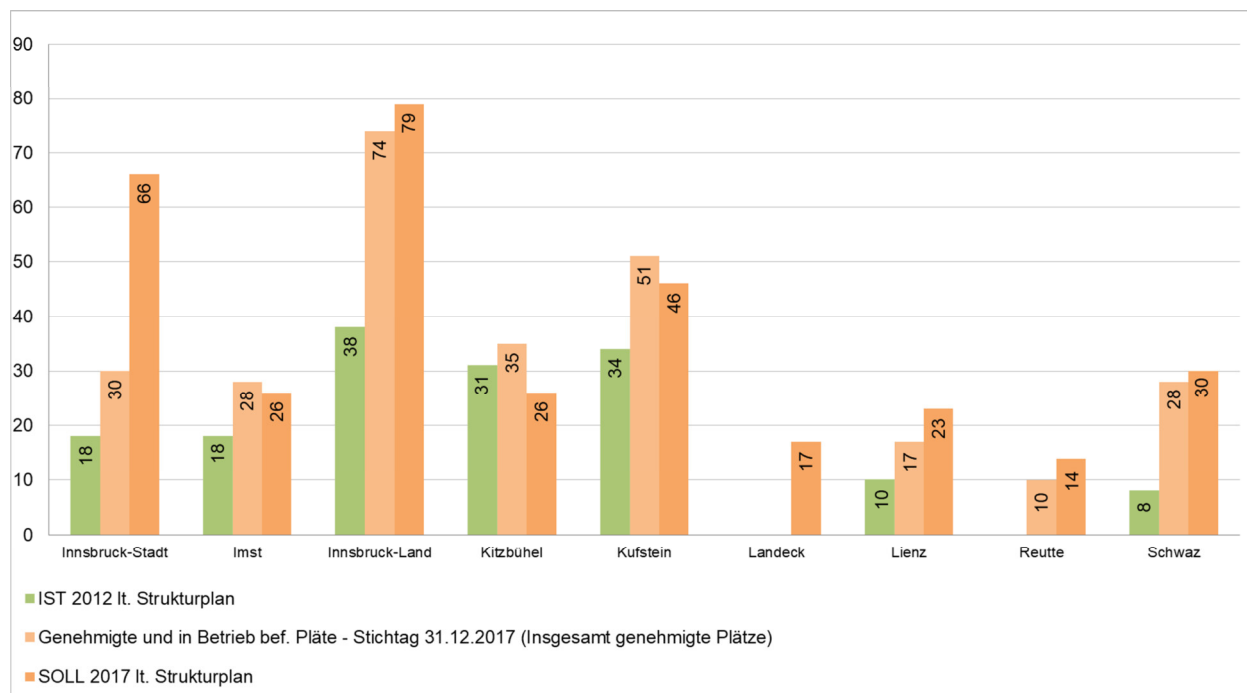


Abbildung 27: IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb bef. Tagespflegeplätze (Insgesamt genehmigte Plätze) – SOLL 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Derzeit können bis zu drei betreuungs- und pflegebedürftige Personen mit einem Platz für die Tagesbetreuung versorgt werden.

Betreute Personen in der Tagespflege

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Entwicklung 2012 auf 2017 in %
Männlich	151	164	183	219	235	260	72,2
Weiblich	274	304	382	439	498	525	91,6
Tirol gesamt	425	468	565	658	733	785	84,7

Tabelle 47: Betreute Personen in der Tagespflege

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Die Auslastung der Tagespflegereinrichtungen schwankt unter den Einrichtungen erheblich und beträgt tirolweit insgesamt nur rund 50%.

Auslastung der Tagespflege 2012 – 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Entwicklung 2012 auf 2017 in %
Mögliche verrechenbare Einheiten*	37.504	47.750	52.605	57.544	65.704	66.108	76,3
Abgerechnete Einheiten gesamt	15.556	18.523	22.472	27.108	34.662	37.718	142,5
Anteil abgerechnete Einheiten gesamt	41,5	38,8	42,7	47,1	52,8	57,1	37,6

* bei fünf Öffnungstagen pro Woche

Tabelle 48: Auslastung der Tagespflege

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2012	2017	2012	2017
Innsbruck-Stadt	18	30	1,8	2,5
Imst	18	28	4,9	6,3
Innsbruck-Land	38	74	3,3	4,9
Kitzbüchel	31	35	6,1	5,6
Kufstein	34	51	4,7	5,7
Landeck	0	0	0,0	0,0
Lienz	10	17	2,2	3,3
Reutte	0	10	0,0	3,3
Schwaz	8	28	1,4	4,1
Tirol gesamt	157	273	3,0	4,2

Tabelle 49: Tagespflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

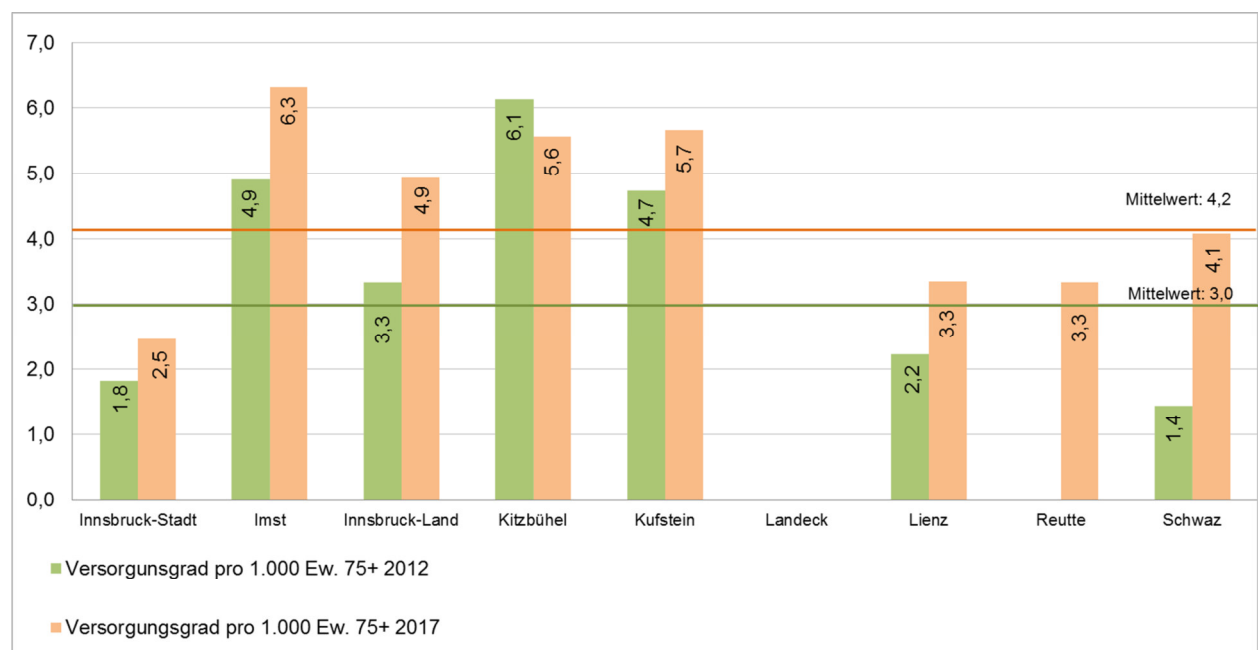


Abbildung 28: Tagespflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

14.4.3.2 Ausbauprogramm 2017 – 2022

Die Ausbaukontingente sind mit dem in Aussicht und zugesagten Ausbaukontingenten zur Gänze ausgeschöpft worden. Generell erscheint eine Aufstockung der Zielvorgaben bis Ende 2022 im Ausmaß von 30% als sinnvoll und zweckmäßig, um das Angebotssetting der Mobilen Dienste ergänzen und die pflegenden Angehörigen entlasten zu können.

Ausbauprogramm der Tagespflegeplätze 2017 – 2022

Tagespflegeplätze	IST 2017	Konkret in Aussicht gestellte Genehmigungen für 2018	Insgesamt genehmigte Plätze - Stand August 2018	SOLL 2022 NEU (+30 %)	Ausbau- kontingent Ende 2022
Innsbruck-Stadt	30	12	42	42	0
Imst	28	0	28	60	32
Innsbruck-Land	74	12	86	163	77
Kitzbühel	35	0	35	46	11
Kufstein	51	3	54	87	33
Landeck	0	23	23	50	27
Lienz	17	4	21	40	19
Reutte	10	8	18	45	27
Schwaz	28	8	36	52	16
Tirol gesamt	273	70	343	585	242

Tabelle 50: Ausbauprogramm der Tagespflegeplätze 2017 – 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb bef. Tagespflegeplätze 2017 – SOLL 2022 NEU

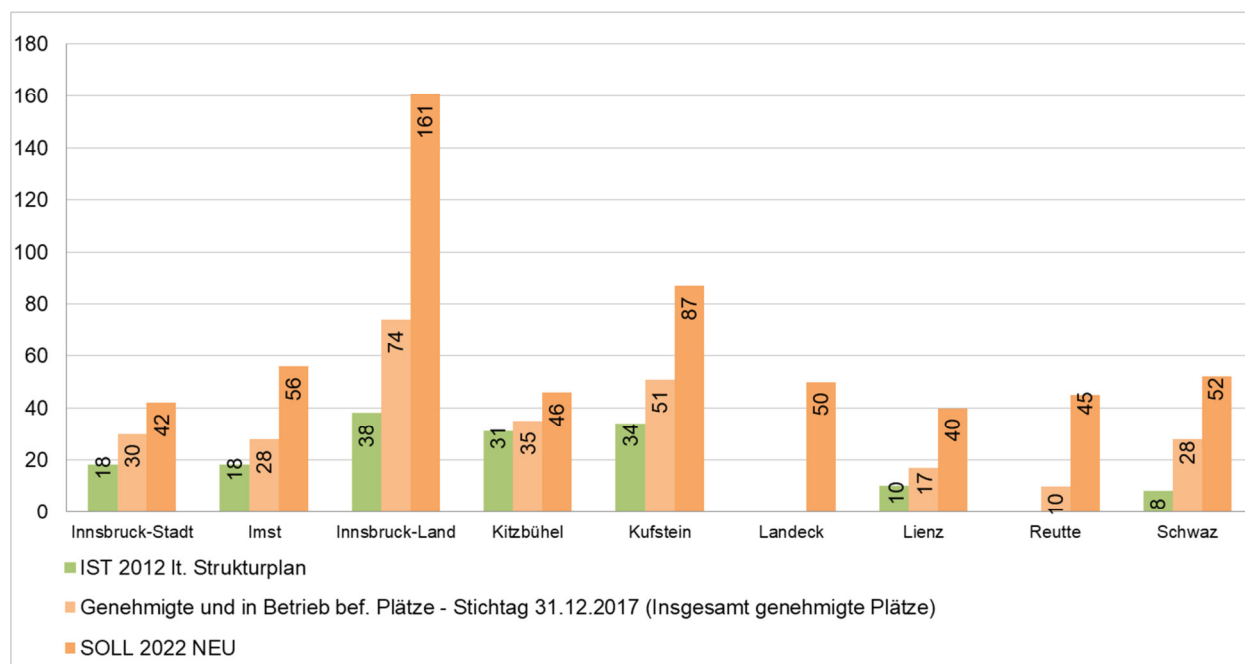


Abbildung 29: IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb befindliche Tagespflegeplätze 2017(Insgesamt genehmigte Plätze) – SOLL 2022 NEU in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

IST 2012 – Insgesamt genehmigte Plätze / Stand August 2018 – SOLL 2022 NEU

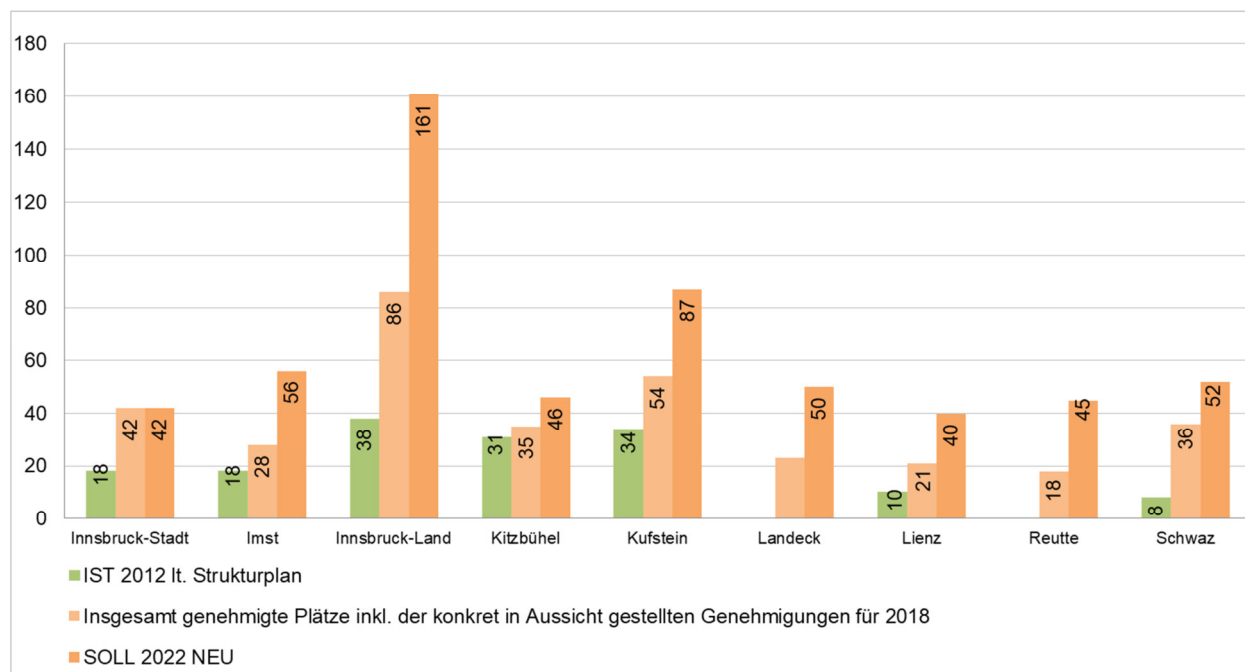


Abbildung 30: IST 2012 – Insgesamt genehmigte Plätze / Stand August 2018 – SOLL 2022 NEU in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2017	2022	2017	2022
Innsbruck-Stadt	30	111	2,5	8,0
Imst	28	40	6,3	8,0
Innsbruck-Land	74	127	4,9	7,5
Kitzbühel	35	46	5,6	6,6
Kufstein	51	75	5,7	7,5
Landeck	0	30	0,0	7,3
Lienz	17	38	3,3	7,2
Reutte	10	23	3,3	7,2
Schwaz	28	52	4,1	6,8
Tirol gesamt	273	542	4,2	7,4

Tabelle 51: Tagespflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022



Abbildung 31: Tagespflegeplätze / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Betreutes Wohnen	IST 2012	SOLL 2022 laut Strukturplan	SOLL 2022 Neu (+30 %)	Ausbau- kontingent NEU
Innsbruck-Stadt	158	180	234	6
Imst	12	57	74	53
Innsbruck-Land	206	304	425	174
Kitzbüchel	12	60	78	51
Kufstein	108	163	232	80
Landeck	14	46	84	40
Lienz	14	51	66	52
Reutte	13	31	52	39
Schwaz	22	70	186	100
Tirol gesamt	559	962	1.431	595

Tabelle 52: Kontingente im Bereich Betreuten Wohnen

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

14.5 Mobile Pflege und Betreuung

14.5.1 Ausbaustand zum 31.12.2017

Mobile Pflege und Betreuung soll Personen mit einem Pflege- und Betreuungsbedarf einen möglichst langen Aufenthalt zu Hause in den eigenen vier Wänden in ihrer gewohnten Umgebung ermöglichen.

Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der mobilen Pflege und Betreuung sind neben der österreichischen Staatsbürgerschaft sowie diesen gleichgestellten Personen, der Hauptwohnsitz in Tirol und insbesondere der Bezug eines Pflegegeldes nach dem Bundespflegegeldgesetz der Stufen 1 – 7. Bei Nichtbezug eines Pflegegeldes ist eine ärztliche Bestätigung über das Erfordernis der mobilen Betreuung und Pflege einzuholen. Dies gilt auch für die Gewährung der mobilen psychiatrischen Pflege für Senioren, für die ein zusätzlicher Befund, eine ärztliche Bestätigung oder eine Zuweisung eines Facharztes für Psychiatrie notwendig ist.

Die Leistungen der Dienste umfassen folgende Angebotsstruktur:

- Medizinische Hauskrankenpflege
- Hauskrankenpflege
- Mobile psychiatrische Pflege für Senioren
- Kinderhauskrankenpflege
- Heimhilfe
- Hauswirtschaftsdienst
- Organisation und Beratungsleistungen

Die Leistungen der Dienste sind mit einem Höchststundenausmaß von 90 Stunden pro Monat begrenzt. Für die Leistung Hauswirtschaftsdienst kann ein maximales Ausmaß von 30 Stunden pro Monat in Anspruch genommen werden. Für pflege- und betreuungsbedürftige Ehepartner in einem gemeinsamen Haushalt kann das Stundenausmaß auf 40 Stunden pro Monat erstreckt werden. Das Höchstausmaß kann im begründeten Bedarfsfall kurzzeitig überschritten werden. Innerhalb eines Quartales ist das Höchstausmaß mit 270 Stunden begrenzt.

Die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sind kleinstrukturiert flächendeckend mit 63 Sozial- und Gesundheitssprengeln und 7 Pflegevereinen über Tirol verteilt.

Zur Erstellung des Strukturplanes Pflege 2012 – 2017 im Jahre 2012 wurden die Wegzeiten bei der Darstellung der Leistungen jeweils integriert als Ausgangsbasis dargestellt. Die aus den Soll-/Zielwerten abgeleiteten Ausbaumaßnahmen wurden inklusive der Wegzeiten ausgewiesen. Zwischenzeitlich erfolgte bei den Wegzeiten eine Umstellung bei deren Abrechnung, so dass diese nicht mehr als integrierte Pauschale, sondern gesondert zur Abrechnung gelangen.

Die Leistungen der Mobilen Dienste sind bei beiden Betrachtungen (inkl. und exkl. Wegzeiten) bis Ende 2017 insgesamt mit zeitlich unterschiedlichem Ausmaß an Zuwachs von 770.136 Stunden um 376.447 Stunden, also über den Zielvorgaben des Strukturplanes auf insgesamt 1.146.582 Stunden (+48,9%) gestiegen. Die Anzahl der Leistungsstunden hat sich im Gegensatz zur Anzahl der betreuten Personen (+30,8) überdurchschnittlich stark entwickelt. Der Anstieg bei der Inanspruchnahme der Hauswirtschaftlichen Dienste, insbesondere in einigen Bezirken, war dabei einer der Gründe für diese Entwicklung. Durch die steuernde Limitierung des Höchstausmaßes auf 30 Stunden pro Monat für diese Leistung im Jahr 2017 hat eine gewisse Konsolidierungsphase eingesetzt.

Betreute Personen in der mobilen Pflege und Betreuung nach Geschlecht

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Entwicklung 2012 - 2017 in %
Männlich	3.163	3.503	3.792	3.988	4.035	4.256	34,6
Weiblich	6.127	6.597	6.813	7.146	7.533	7.895	28,9
Tirol gesamt	9.290	10.100	10.605	11.134	11.568	12.151	30,8

Tabelle 53: Betreute Personen in der mobilen Pflege und Betreuung nach Geschlecht

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit Wegzeiten / Ausbaustand und Planungserfüllung der Mobilen Dienste 2011 – 2017

Mobilen Dienste (inkl. Wegzeiten)	Leistungsstunden			
	IST 2011	IST 2017	SOLL 2022 Neu (+ 29%)	Ausbau-kontingent NEU
Innsbruck-Stadt	168.780	190.206	230.000	39.794
Imst	46.194	94.245	98.842	4.597
Innsbruck-Land	127.271	210.894	263.653	52.759
Kitzbüchel	78.153	111.154	137.887	26.733
Kufstein	106.176	145.814	193.485	47.671
Landeck	48.322	84.249	87.444	3.195
Lienz	109.933	158.464	197.728	39.264
Reutte	16.845	34.612	45.531	10.919
Schwaz	68.462	116.944	132.229	15.285
Tirol gesamt	770.136	1.146.582	1.386.799	240.217

Tabelle 54: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit Wegzeiten / Ausbaustand und Planungserfüllung der Mobilen Dienste 2011 – 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit Wegzeiten / IST 2011 – IST 2017 – SOLL 2017

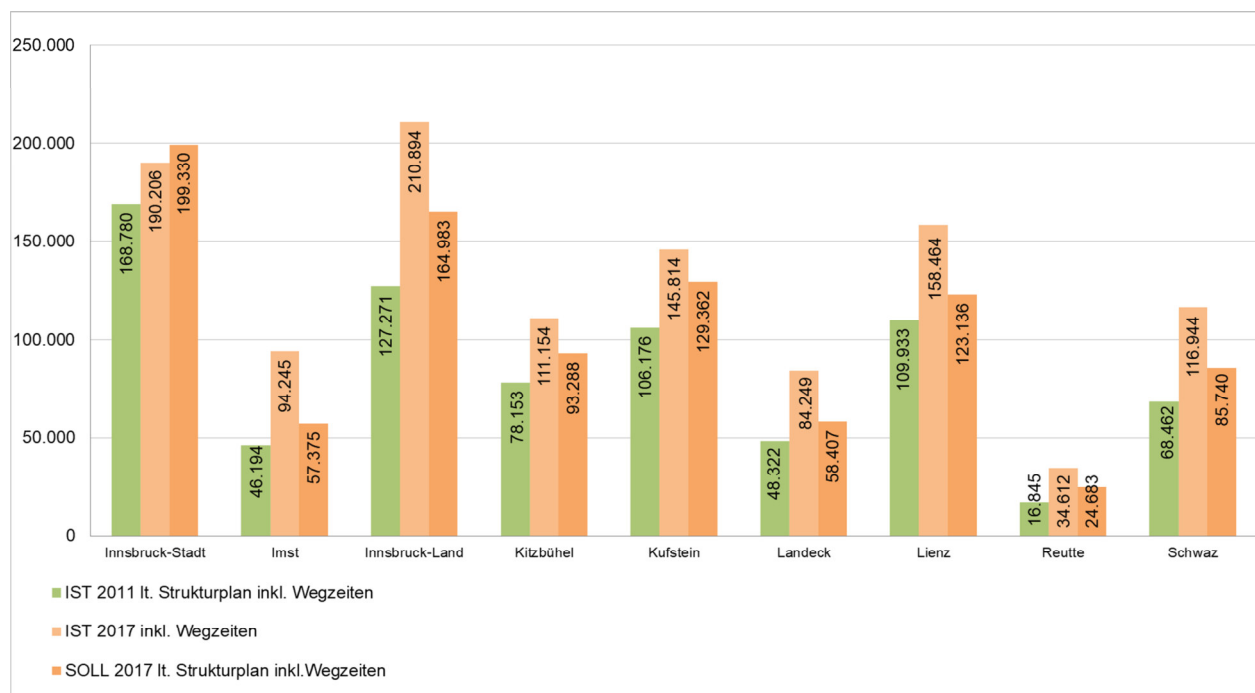


Abbildung 32: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit Wegzeiten / IST 2011 – IS 2017 – SOLL 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden ohne Wegzeiten / IST 2011 – IST 2017 – SOLL 2017

Pflege- und Betreuungsstunden / Mobile Dienste	IST 2011	IST 2017	SOLL 2017	Ausbau Mobile Dienste 2011 - 2017 in Stunden	Ausbau Mobile Dienste 2011 - 2017 in %	Zielerreichung / Planungs- erfüllung 2011 - 2017
Innsbruck-Stadt	141.967	149.097	167.656	7.130	5,0	-18.559
Imst	38.637	76.261	47.988	37.624	97,4	28.273
Innsbruck-Land	113.636	176.980	147.313	63.344	55,7	29.667
Kitzbüchel	73.652	91.216	87.915	17.564	23,8	3.301
Kufstein	90.278	123.044	109.997	32.766	36,3	13.047
Landeck	43.027	69.637	52.006	26.610	61,8	17.631
Lienz	96.909	136.088	108.544	39.179	40,4	27.544
Reutte	13.736	27.403	20.127	13.667	99,5	7.276
Schwaz	61.180	99.389	76.617	38.209	62,5	22.772
Tirol gesamt	673.022	949.115	818.163	276.093	41,0	130.952

Tabelle 55: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden ohne Wegzeiten / IST 2011 – IST 2017 – SOLL 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden ohne Wegzeiten / Ausbaustand und Planungserfüllung der Mobilen Dienste 2011 – 2017

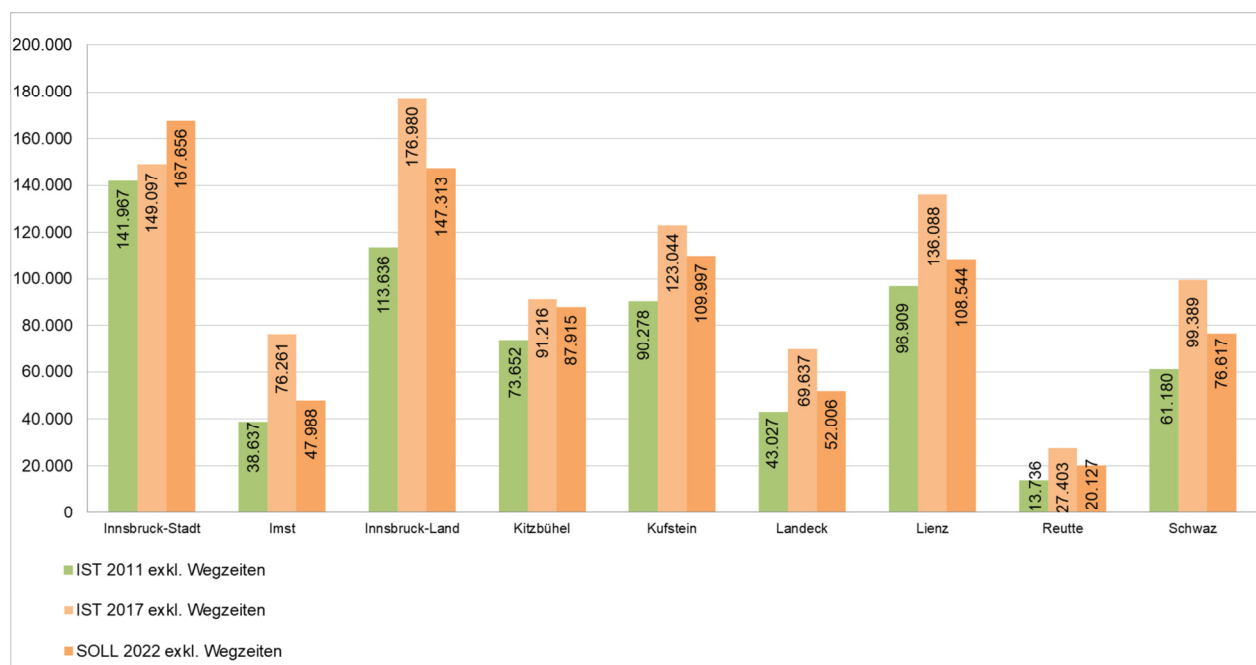


Abbildung 33: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden ohne Wegzeiten / Ausbaustand und Planungserfüllung der Mobilen Dienste 2011 – 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit und ohne Wegzeiten 2017 im Vergleich

Bezirk	IST 2017 inkl. Wegzeiten	IST 2017 exkl. Wegzeiten	Differenz IST 2017 inkl. Wegzeiten & IST 2017 exkl. Wegzeiten in Stunden	Differenz IST 2017 inkl. Wegzeiten & IST 2017 exkl. Wegzeiten in %
Innsbruck-Stadt	190.206	149.097	41.109	7,7
Imst	94.245	76.261	17.984	6,6
Innsbruck-Land	210.894	176.980	33.914	10,0
Kitzbüchel	111.154	91.216	19.938	18,4
Kufstein	145.814	123.044	22.770	1,0
Landeck	84.249	69.637	14.612	12,5
Lienz	158.464	136.088	22.376	3,7
Reutte	34.612	27.403	7.209	6,0
Schwaz	116.944	99.389	17.555	8,3
Tirol	1.146.582	949.115	197.467	7,9

Tabelle 56: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit und ohne Wegzeiten 2017 im Vergleich in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit und ohne Wegzeiten 2017 im Vergleich

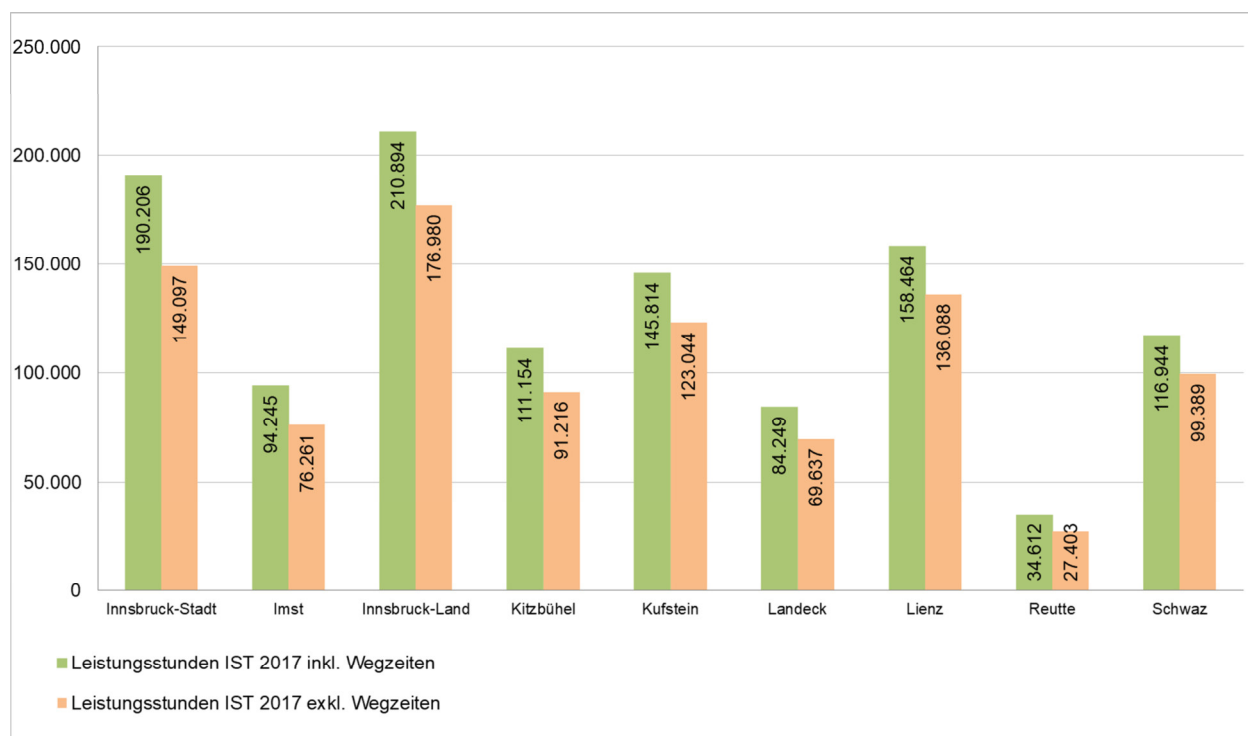


Abbildung 34: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit und ohne Wegzeiten 2017 im Vergleich in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Erfolgter Ausbau mit und ohne Wegzeiten 2011 – 2017 in Prozent

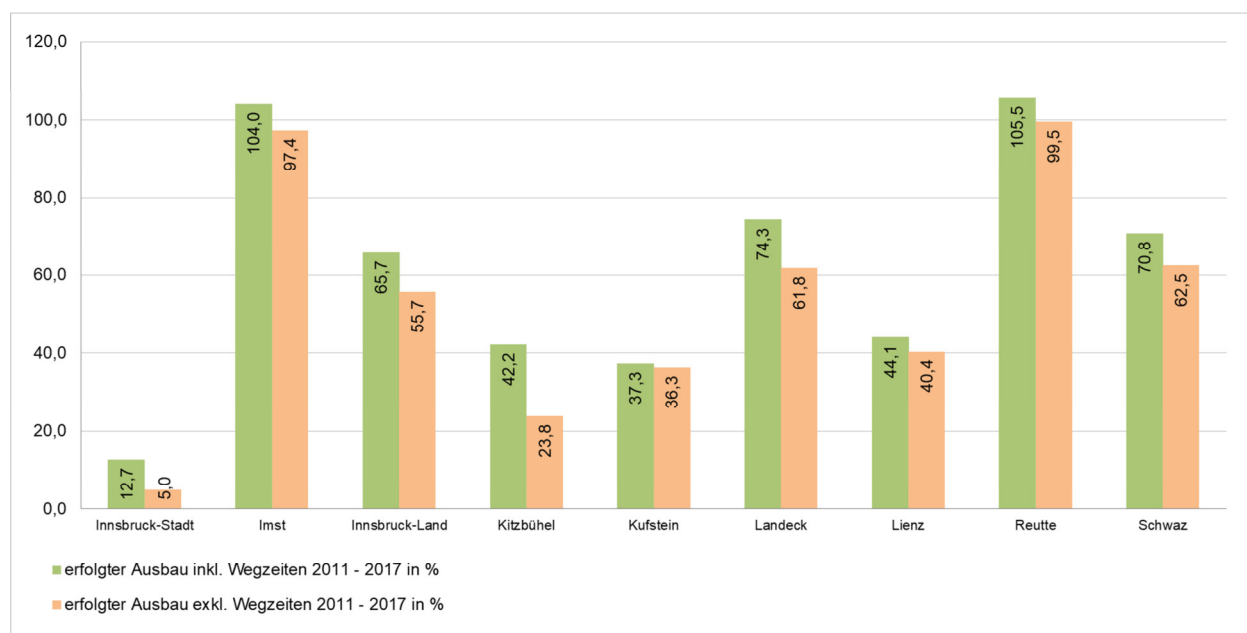


Abbildung 35: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit und ohne Wegzeiten 2017 im Vergleich in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades mit Wegzeiten pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

Bezirk	Leistungsstunden / Mobile Dienste		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2011	2017	2011	2017
Innsbruck-Stadt	168.780	190.206	17.062,3	15.624,0
Imst	46.194	94.245	12.576,6	21.283,9
Innsbruck-Land	127.271	210.894	11.143,6	14.062,4
Kitzbühel	78.153	111.154	15.448,3	17.663,1
Kufstein	106.176	145.814	14.781,6	16.198,0
Landeck	48.322	84.249	14.603,2	21.911,3
Lienz	109.933	158.464	24.451,3	31.108,0
Reutte	16.845	34.612	6.912,2	11.522,0
Schwaz	68.462	116.944	12.300,0	17.069,6
Tirol gesamt	770.136	1.146.582	14.521,0	17.455,0

Tabelle 57: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit Wegzeiten / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades mit Wegzeiten pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

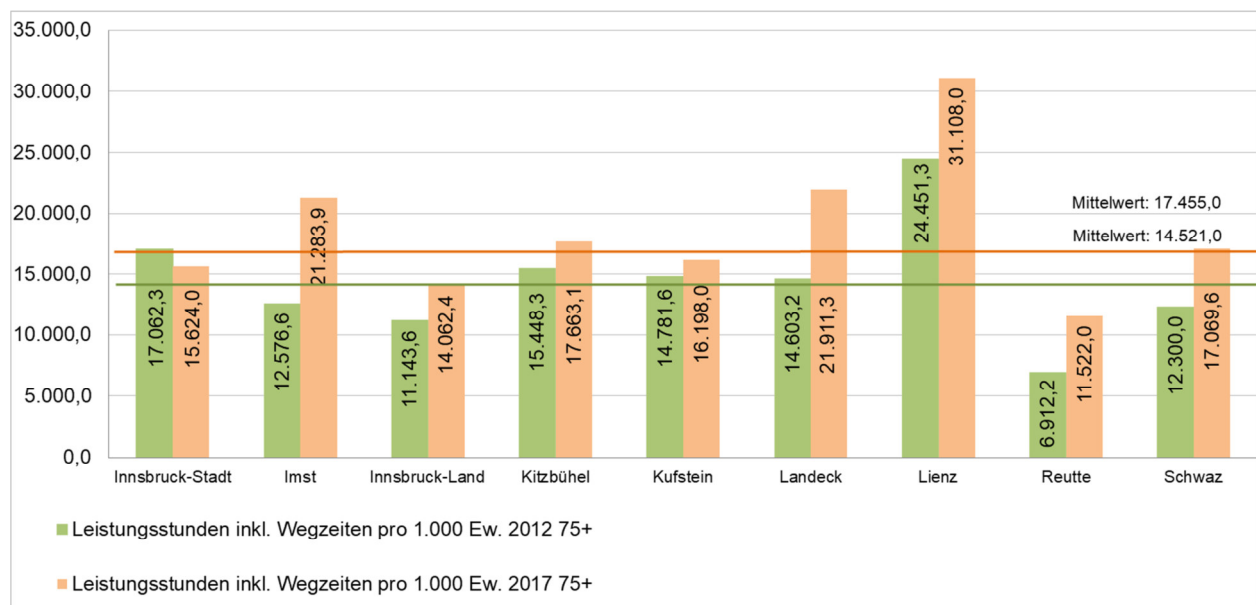


Abbildung 36: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit Wegzeiten / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades ohne Wegzeiten pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

Bezirk	Leistungsstunden / Mobile Dienste		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2011	2017	2011	2017
Innsbruck-Stadt	141.967	149.097	14.351,7	12.247,2
Imst	38.637	76.261	10.519,2	17.222,4
Innsbruck-Land	113.636	176.980	9.949,7	11.801,0
Kitzbüchel	73.652	91.216	14.558,6	14.494,8
Kufstein	90.278	123.044	12.568,3	13.668,5
Landeck	43.027	69.637	13.003,0	18.111,1
Lienz	96.909	136.088	21.554,5	26.715,4
Reutte	13.736	27.403	5.636,4	9.122,2
Schwaz	61.180	99.389	10.991,7	14.507,2
Tirol gesamt	673.022	949.115	12.689,9	14.448,8

Tabelle 58: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden ohne Wegzeiten / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades ohne Wegzeiten pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

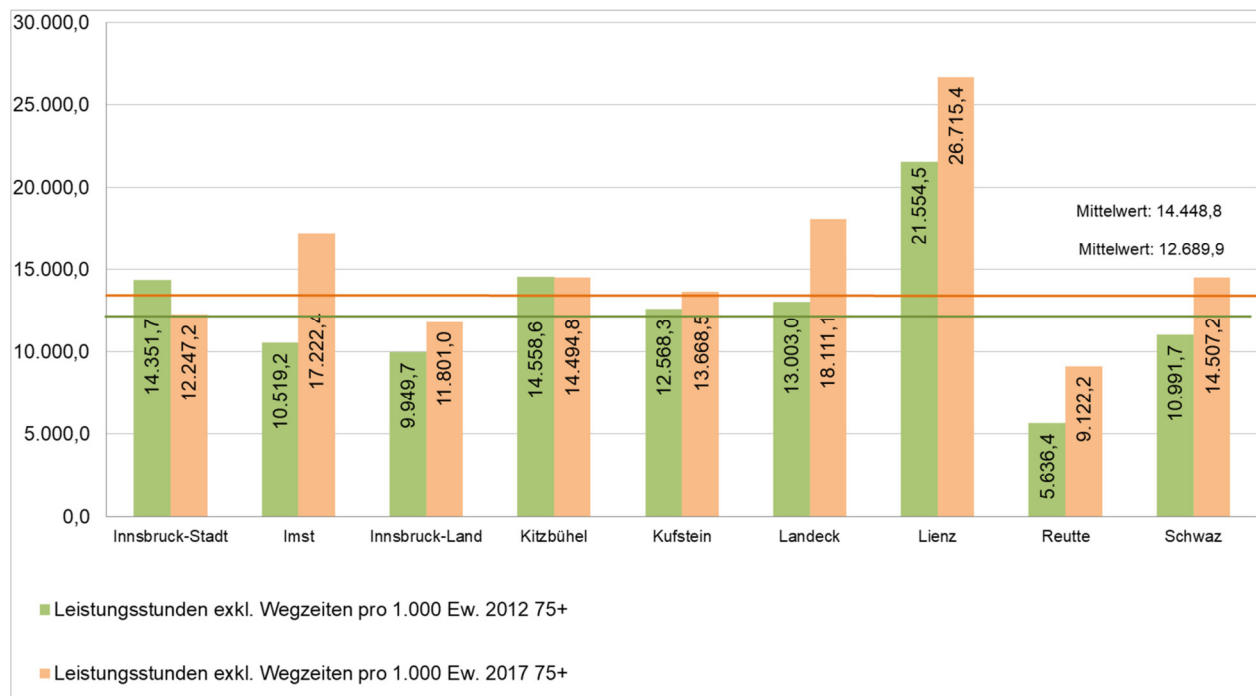


Abbildung 37: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden ohne Wegzeiten / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

14.5.2 Ausbauprogramm 2017 – 2022

Der Ausbau der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste ist auch nach dem Bundes-Pflegefondsgesetz jenen Ausbauvorhaben im stationären Bereich vorzuziehen. Die durch den Fall des Pflegeregresses befürchtete Verlagerung auf den stationären Sektor der Pflege wird künftig durch verstärkte Ausbaumaßnahmen im mobilen Bereich abzufedern sein. In diesem Zusammenhang ergeht der Vorschlag, dass die für Ende 2022 festgelegten Zielvorgaben um 30% erhöht werden.

Ausbauprogramm Mobile Dienste mit Wegzeiten 2017 – 2022

Mobilen Dienste (inkl. Wegzeiten)	Leistungsstunden			
	IST 2011	IST 2017	SOLL 2022 Neu (+ 29%)	Ausbau- kontingent NEU
Innsbruck-Stadt	168.780	190.206	230.000	39.794
Imst	46.194	94.245	98.842	4.597
Innsbruck-Land	127.271	210.894	263.653	52.759
Kitzbüchel	78.153	111.154	137.887	26.733
Kufstein	106.176	145.814	193.485	47.671
Landeck	48.322	84.249	87.444	3.195
Lienz	109.933	158.464	197.728	39.264
Reutte	16.845	34.612	45.531	10.919
Schwaz	68.462	116.944	132.229	15.285
Tirol gesamt	770.136	1.146.582	1.386.799	240.217

Tabelle 59: Ausbauprogramm Mobile Dienste mit Wegzeiten 2017 – 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Ausbauprogramm Mobile Dienste mit Wegzeiten / IST 2011 – IST 2017 – SOLL 2017

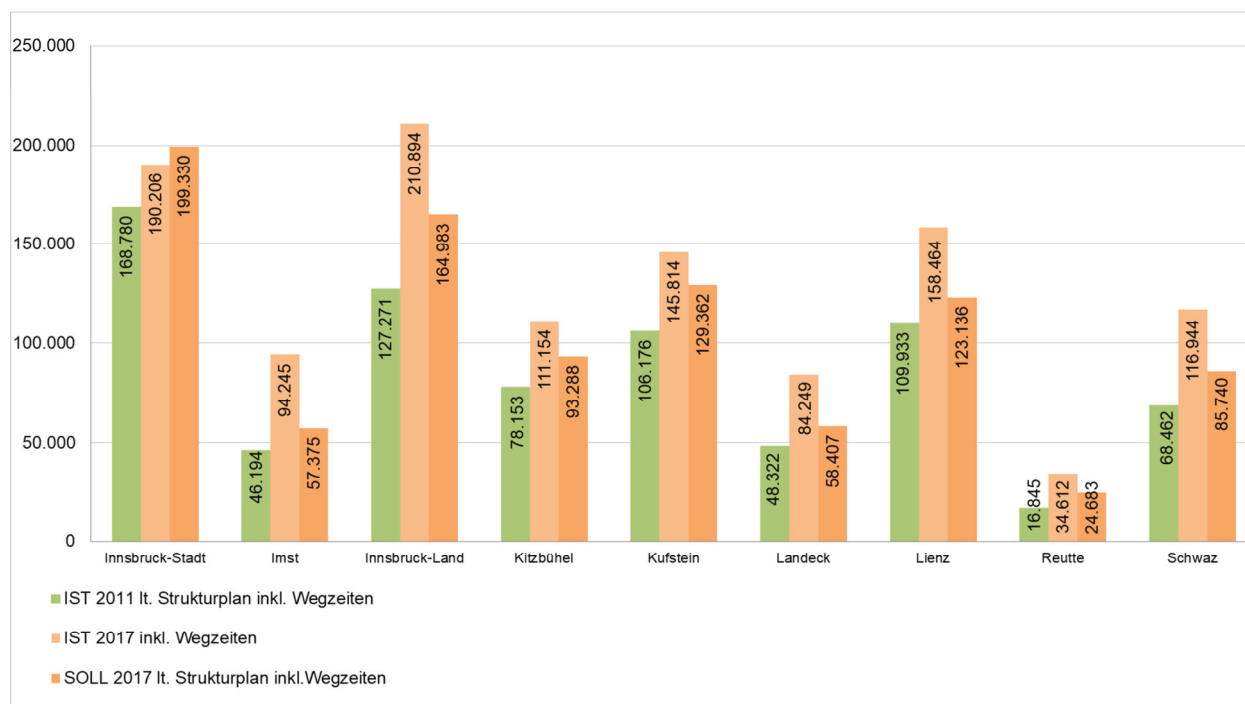


Abbildung 38: Ausbauprogramm Mobile Dienste mit Wegzeiten / IST 2011 – IST 2017 – SOLL 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Ausbauprogramm Mobile Dienste ohne Wegzeiten / IST 2011 – IST 2017 – SOLL 2022 NEU

Mobilen Dienste (exkl. Wegzeiten)	Leistungsstunden			
	IST 2011	IST 2017	SOLL 2022 Neu (+ 30%)	Ausbau- kontingent NEU
Innsbruck-Stadt	141.967	149.097	191.667	42.570
Imst	38.637	76.261	82.409	6.148
Innsbruck-Land	113.636	176.980	229.173	52.193
Kitzbühel	73.652	91.216	129.945	38.729
Kufstein	90.278	123.044	164.512	41.468
Landeck	43.027	69.637	76.703	7.066
Lienz	96.909	136.088	152.782	16.694
Reutte	13.736	27.403	33.005	5.602
Schwaz	61.180	99.389	116.451	17.062
Tirol gesamt	673.022	949.115	1.176.647	227.532

Tabelle 60: Ausbauprogramm Mobile Dienste ohne Wegzeiten / IST 2011 – IST 2017 –SOLL 2022 NEU in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Ausbauprogramm Mobile Dienste ohne Wegzeiten / IST 2011 – IST 2017 – SOLL 2022 NEU

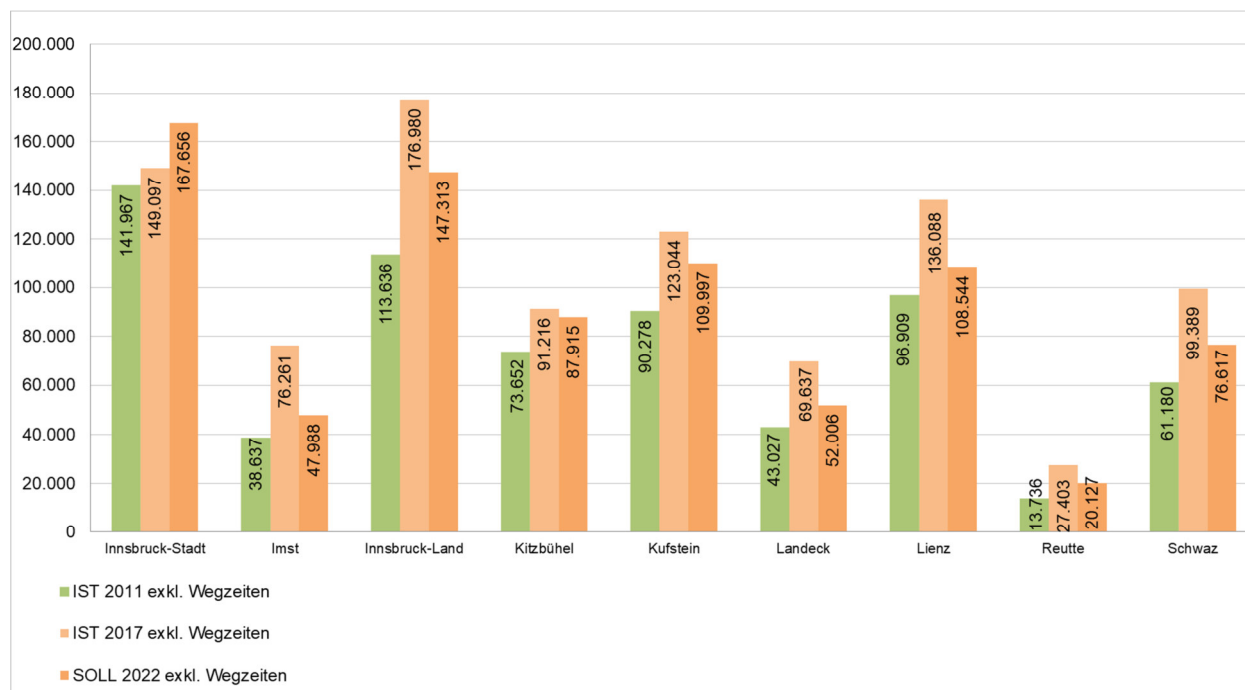


Abbildung 39: Ausbauprogramm Mobile Dienste ohne Wegzeiten / IST 2011 – IST 2017 –SOLL 2022 NEU in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades mit Wegzeiten pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022

Bezirk	Leistungsstunden		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2017	2022	2017	2022
Innsbruck-Stadt	190.206	230.000	15.624,0	16.672,7
Imst	94.245	98.842	21.283,9	19.732,9
Innsbruck-Land	210.894	263.653	14.062,4	15.528,2
Kitzbüchel	111.154	137.887	17.663,1	19.851,3
Kufstein	145.814	193.485	16.198,0	19.215,9
Landeck	84.249	87.444	21.911,3	21.448,1
Lienz	158.464	197.728	31.108,0	37.792,0
Reutte	34.612	45.531	11.522,0	13.932,4
Schwaz	116.944	132.229	17.069,6	17.235,3
Tirol gesamt	1.146.582	1.386.799	17.455,0	18.985,0

Tabelle 61: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit Wegzeiten / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades mit Wegzeiten pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022

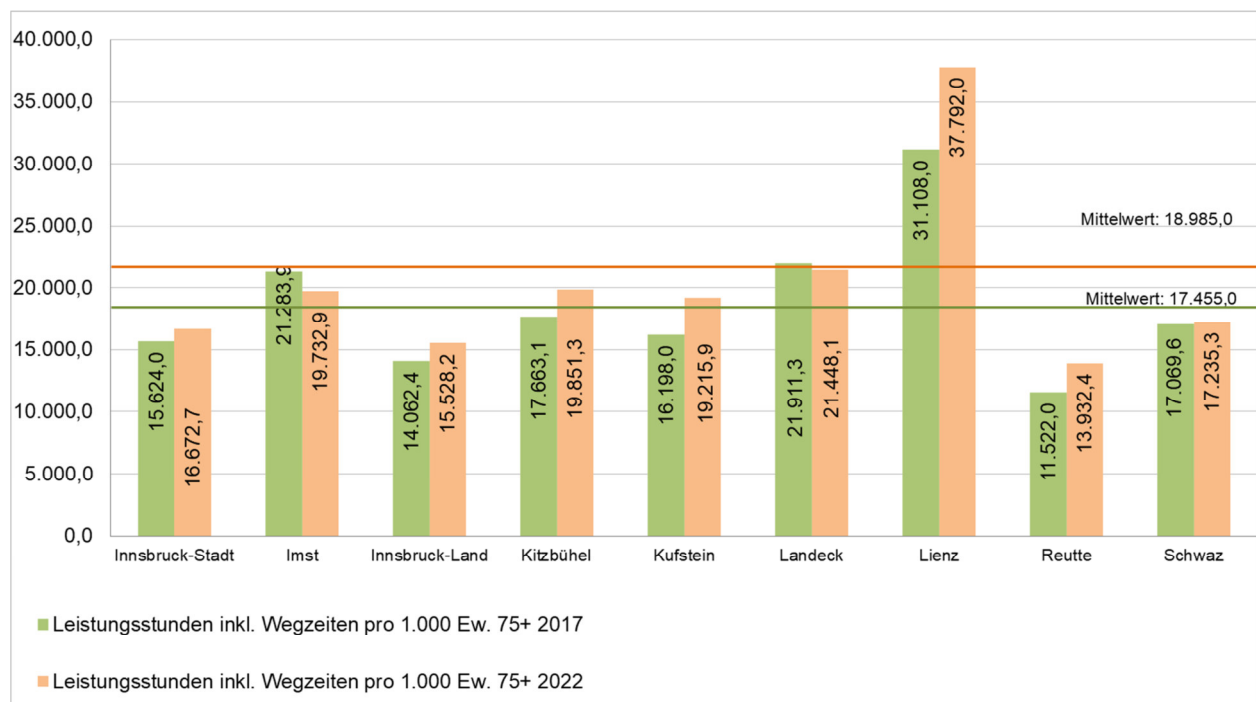


Abbildung 40: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden mit Wegzeiten / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades ohne Wegzeiten pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022

Bezirk	Leistungsstunden		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2017	2022	2017	2022
Innsbruck-Stadt	149.097	191.667	12.247,2	13.893,9
Imst	76.261	82.409	17.222,4	16.452,2
Innsbruck-Land	176.980	229.173	11.801,0	13.497,4
Kitzbüchel	91.216	129.945	14.494,8	18.707,9
Kufstein	123.044	164.512	13.668,5	16.338,5
Landeck	69.637	76.703	18.111,1	18.813,6
Lienz	136.088	152.782	26.715,4	29.201,5
Reutte	27.403	33.005	9.122,2	10.099,4
Schwaz	99.389	116.451	14.507,2	15.178,7
Tirol gesamt	949.115	1.176.647	14.448,8	16.108,1

Tabelle 62: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden ohne Wegzeiten / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades ohne Wegzeiten pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022

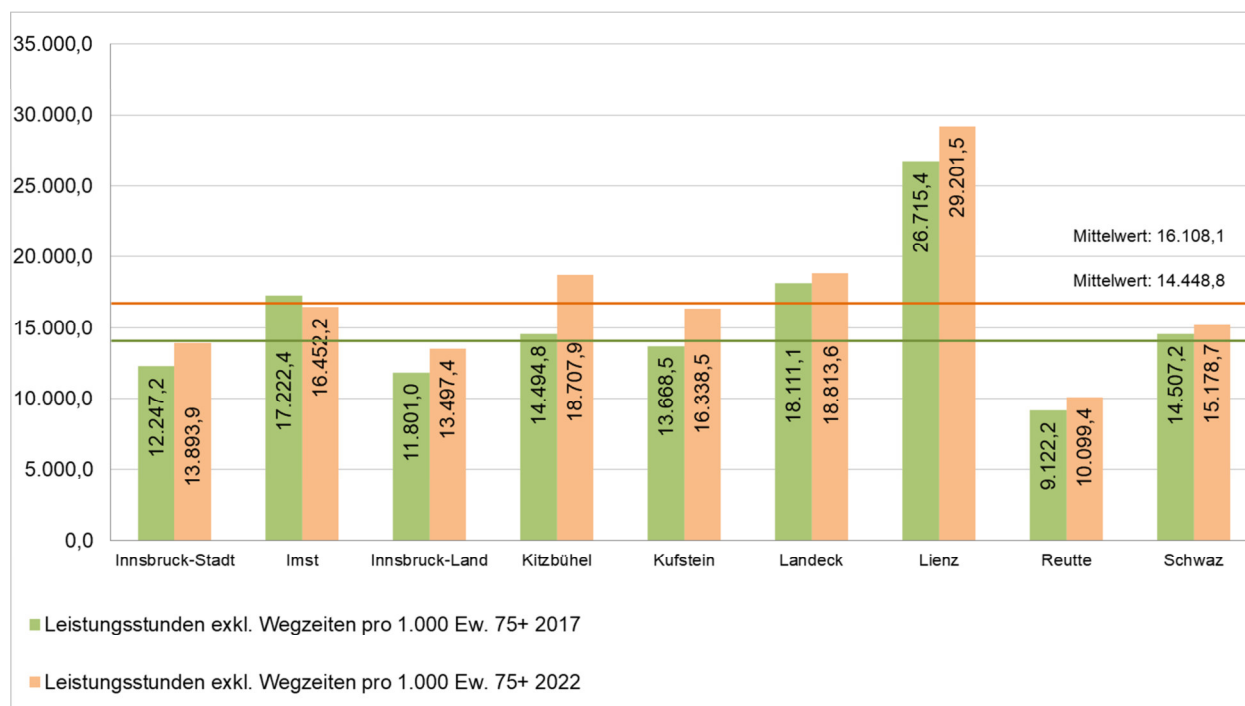


Abbildung 41: Geleistete Pflege- und Betreuungsstunden ohne Wegzeiten / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

14.6 Betreutes Wohnen

14.6.1 Ausbaustand zum 31.12.2017

Betreutes Wohnen ist eine alternative, barrierefreie Wohnform für Personen mit geringerem oder fallweise auftretendem Betreuungs- und Pflegebedarf. Die betreffenden Personen begründen eigene Mietverhältnisse und leben soweit als möglich selbstständig. Sie werden zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung und zur Vermeidung oder Verzögerung eines Heimeintrittes durch Mobile Dienste betreut und gepflegt. Durch sogenannte Kümmerer werden der Haushalt und bei Wohngemeinschaften das gemeinsame Gruppenleben organisiert. Bei Bedarf wird die notwendige Pflege durch Pflegekräfte erbracht. In der Regel mietet der Bewohner oder die Bewohnerin eine zentral gelegene barrierefreie und altengerechte Wohnung, meist in einer speziellen Wohnanlage oder in der Nähe von Alten- und Pflegeheimen. Die Administration kann auf verschiedene Weise erfolgen: Meist verpflichten sich die Bewohner zusätzlich zur Miete ein Paket von Grundleistungen des Betreuungsservices anzunehmen, für die monatlich eine Betreuungspauschale zu entrichten ist. Diese Grundbetreuung umfasst z.B. Beratungs- und Informationsleistungen sowie die Notrufsicherung. Zusätzlich werden über Mobile Dienste oder Heime Wahlleistungen – wie z.B. Mahlzeiten, Reinigungs- oder Pflegeleistungen – angeboten, die bei Bedarf in Anspruch genommen werden können. Die Bewohner schließen somit einen Miet- und Betreuungsvertrag ab. Diese Wohnform unterliegt nicht den heimrechtlichen Bestimmungen. Träger der Seniorenwohnungen sind Wohnbaugenossenschaften oder Gemeinden. Eine örtliche Nähe von betreuten Wohnmöglichkeiten zu stationären Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen erweist sich als vorteilhaft. Eine örtliche Nähe von betreuten Wohnmöglichkeiten zu stationären Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen erweist sich als vorteilhaft.

Betreubares Wohnen:

Beim betreubaren Wohnen wohnt eine Einzelperson oder eine Seniorengruppe in einer barrierefreien Wohnung im Rahmen einer Wohnanlage. Hier ist das Ziel, eine möglichst lange und hohe Selbstständigkeit der älteren Personen zu bewahren. Die betreffenden Personen begründen ein gewöhnliches Mietverhältnis. Jeder Bewohner hat seinen eigenen Bereich (Zimmer, Toilette, Bad), gemeinsam genutzt werden Gemeinschaftsräume.

Es wird, wie in jedem anderen Haushalt, kein pauschaliertes Betreuungs- und Dienstleistungsservice vereinbart. Diese Leistungen werden bei Bedarf von den Bewohnern oder deren Angehörigen organisiert. Das betreubare Wohnen ist somit keine Pflege-, sondern eine Wohnform.

Zielgruppe:

In Einrichtungen des Betreuten Wohnens sollen Wohnungen angeboten werden für:

- Menschen mit einem Hilfs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf, die entweder bereits einen Pflegegeldbezug haben, oder
- Menschen bei denen durch die pflegerische Leitung der örtlich zuständigen Pflegeeinrichtung, die das Betreute Wohnen betreibt (zB mobile Pflege- und Betreuungsorganisation bzw. Wohn- und Pflegeheim), im Rahmen einer Bedarfserhebung ein entsprechender Betreuungs- oder Pflegebedarf erhoben, dokumentiert und bestätigt wird, oder
- Menschen, die aus Sicht der pflegerischen Leitung der örtlich zuständigen Pflegeeinrichtung, die das Betreute Wohnen betreibt (zB mobile Pflege- und Betreuungsorganisation bzw. Wohn- und Pflegeheim) auf Grund von sozialen Indikatoren kein selbständiges Leben in den eigenen vier Wänden mehr möglich oder dies aus sozialen Gründen nicht mehr vertretbar ist.

Die Vergabe der Wohnungen hat auf Grundlage dieser Kriterien durch die jeweilige Wohnsitzgemeinde zu erfolgen.

Leistungserbringer:

Leistungserbringer von Betreutem Wohnen können Gemeinden und Gemeindeverbände, Orden, Träger bzw. Einrichtungen sein, die bereits ein anderes Angebot im Bereich der Pflege und Betreuung in Tirol anbieten bzw. betreiben (Wohn- und Pflegeheime, mobile Pflege- und Betreuungsorganisationen, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Übergangspflege) und dafür mit dem Land Tirol eine entsprechende Leistungsvereinbarung/Direktverrechnungsvereinbarung über die Erbringung und Verrechnung dieser Leistungen haben.

Ausbaustand und Planungserfüllung der Plätze für Betreutes Wohnen 2012 – 2017

Plätze für Betreutes Wohnen	IST 2012 lt. Strukturplan	Genehmigte und in Betrieb bef. Plätze - Stichtag 31.12.2017 (Insgesamt genehmigte Plätze)	SOLL 2017 lt. Strukturplan	Ausbau Plätze für Betreutes Wohnen 2012 -2017	Zielerreichung / Planungserfüllung 2012 -2017
Innsbruck-Stadt	158	228	168	70	60
Imst	12	21	51	9	-30
Innsbruck-Land	206	251	275	45	-24
Kitzbühel	12	27	56	15	-29
Kufstein	108	152	154	44	-2
Landeck	14	44	43	30	1
Lienz	14	14	49	0	-35
Reutte	13	13	29	0	-16
Schwaz	22	86	66	64	20
Tirol	559	836	891	277	-55

Tabelle 63: Ausbaustand und Zielerreichung / Planungserfüllung der Plätze für Betreutes Wohnen 2012 – 2017

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb bef. Plätze für Betreutes Wohnen – SOLL 2017

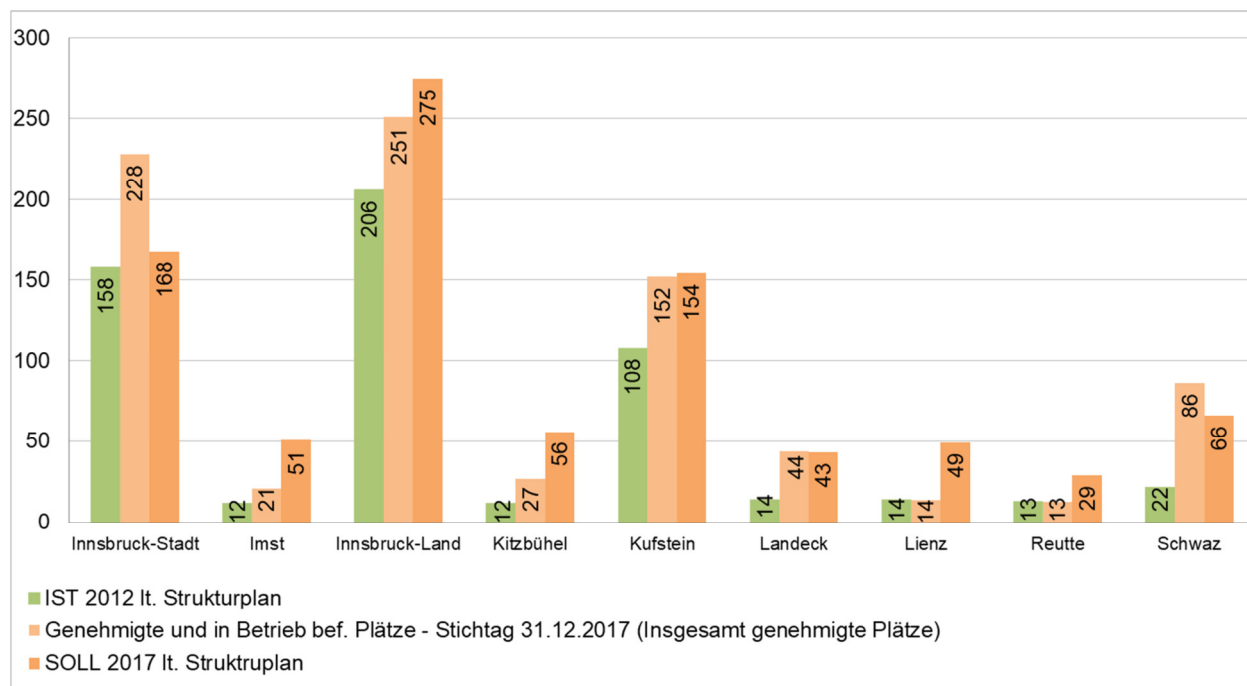


Abbildung 42: IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb bef. Plätze für Betreutes Wohnen (Insgesamt genehmigte Plätze) – SOLL 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2012	2017	2012	2017
Innsbruck-Stadt	158	228	16,0	18,7
Imst	12	21	3,3	4,7
Innsbruck-Land	206	251	18,0	16,7
Kitzbühel	12	24	2,4	3,8
Kufstein	108	155	15,0	17,2
Landeck	14	44	4,2	11,4
Lienz	14	14	3,1	2,7
Reutte	13	13	5,3	4,3
Schwaz	22	86	4,0	12,6
Tirol gesamt	559	836	10,5	12,7

Tabelle 64: Plätze für Betreutes Wohnen / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2017

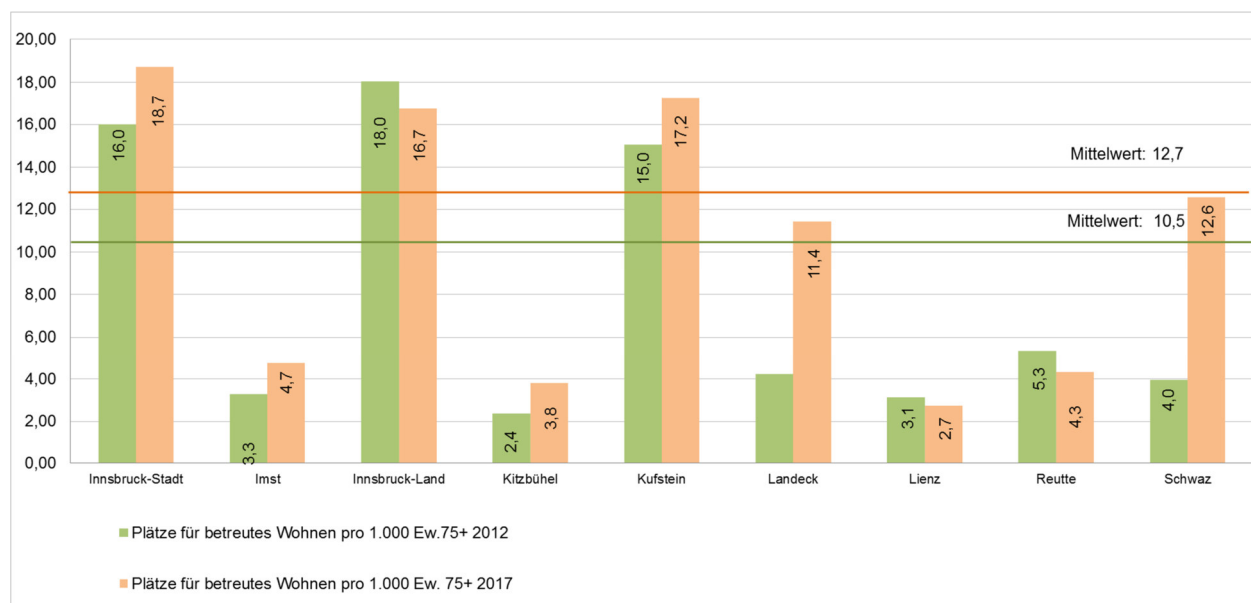


Abbildung 43: Plätze für Betreutes Wohnen / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

14.6.2 Ausbauprogramm 2017 – 2022

Ausbauprogramm der Plätze für Betreutes Wohnen 2017 – 2022

Betreutes Wohnen	IST 2012	IST 2017	SOLL 2022 laut Strukturplan	SOLL 2022 Neu (+49 %)	Ausbau-kontingent NEU
Innsbruck-Stadt	158	228	180	234	6
Imst	12	21	57	74	53
Innsbruck-Land	206	251	304	425	174
Kitzbühel	12	27	60	78	51
Kufstein	108	152	163	232	80
Landeck	14	44	46	84	40
Lienz	14	14	51	66	52
Reutte	13	13	31	52	39
Schwaz	22	86	70	186	100
Tirol gesamt	559	836	962	1.431	595

Tabelle 65: Ausbauprogramm der Plätze für Betreutes Wohnen 2017 – 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb bef. Plätze für Betreutes Wohnen 2012 – SOLL 2022 NEU

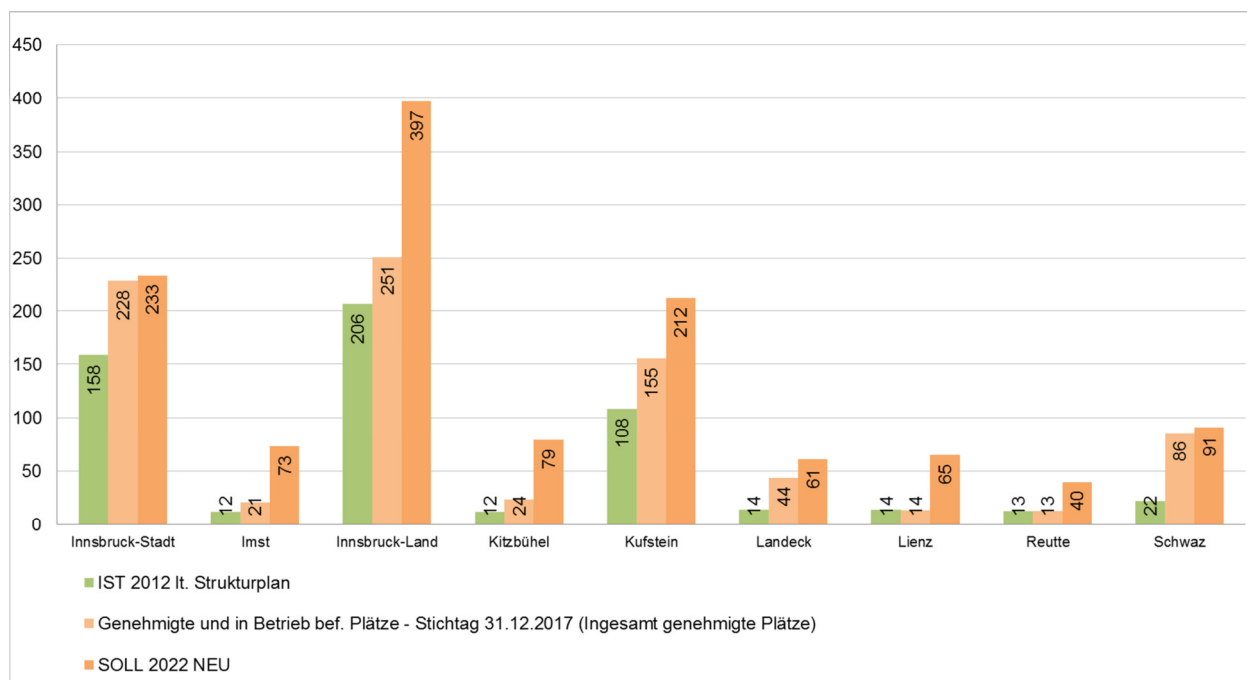


Abbildung 44: IST 2012 – Genehmigte und in Betrieb befindliche Plätze für betreutes Wohnen 2017 (Insgesamt genehmigte Plätze) – SOLL 2022 NEU in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2017	2022	2017	2022
Innsbruck-Stadt	228	234	18,7	17,0
Imst	21	74	4,7	14,8
Innsbruck-Land	251	425	16,7	25,0
Kitzbühel	27	78	4,3	11,2
Kufstein	152	232	16,9	23,0
Landeck	44	84	11,4	20,6
Lienz	14	66	2,7	12,6
Reutte	13	52	4,3	15,9
Schwaz	86	186	12,6	24,2
Tirol gesamt	836	1.431	12,7	19,6

Tabelle 66: Plätze für Betreutes Wohnen / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022

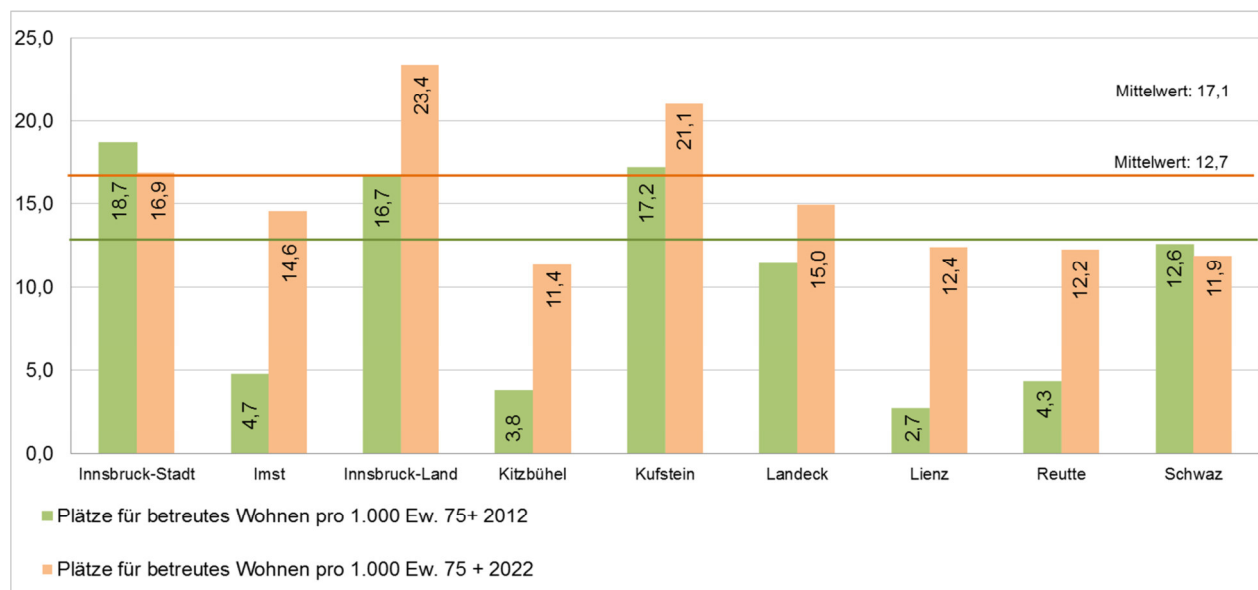


Abbildung 45: Plätze für Betreutes Wohnen / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2017 und 2022 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

14.7 24-Stunden-Betreuung

14.7.1 Ausbaustand zum 31.12.2017

Im Jahr 2007 wurden erstmals Rahmenbedingungen für eine qualitätsgesicherte 24-Stunden-Betreuung auf legaler Basis geschaffen und gleichzeitig auf Initiative des Sozialministeriums – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) – ein entsprechendes Fördermodell entwickelt, nach dem betreuungsbedürftige Personen in privaten Haushalten von selbstständig oder unselbstständig tätigen Personen betreut werden. Pflegerische Maßnahmen im Sinne des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes sind darunter nicht eingeschlossen. **Die Betreuung muss gemäß den Bestimmungen des Hausbetreuungsgesetzes erfolgen.**

Die 24-Stunden-Betreuung wurde im Jahr 2010 als neue Leistung eingeführt. Die Finanzierung wurde in einer zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Art. 15a B-VG Vereinbarung geregelt. Demnach werden die für die Förderung der 24-Stunden-Betreuung im jeweiligen Bundesland aufgewendeten Mittel zu 60% vom Bund und zu 40% vom jeweiligen Land getragen.

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) hat mit den Ländern ein Förderungsmodell entwickelt, mit dem Leistungen an pflegebedürftige Personen oder deren Angehörige aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung gewährt werden können. Ein Zuschuss kann ab der Pflegestufe 3 nach dem Bundespflegegeldgesetz gewährt werden.

Die Förderung bei der Beschäftigung von zwei selbstständig tätigen Betreuungskräften beträgt maximal € 550 pro Monat. Bei der Beschäftigung von zwei unselbstständig tätigen Betreuungskräften beträgt der Zuschuss maximal € 1.100 pro Monat.

Anspruchsvoraussetzungen für die Förderung der 24-Stunden-Betreuung

Um eine Förderung der 24-Stunden-Betreuung zu erhalten, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Bedarf einer bis zu 24-Stunden-Betreuung
- Bezug von Pflegegeld ab der Stufe 3
- Vorliegen eines Betreuungsverhältnisses zur pflegebedürftigen Person, zu einem Angehörigen oder zu einem gemeinnützigen Anbieter
- Einkommensobergrenze € 2.500,00 monatlich, wobei Leistungen wie Pflegegeld, Sonderzahlungen, Familienbeihilfe, Kinderbetreuungsgeld und Wohnbeihilfen unberücksichtigt bleiben. Für jeden unterhaltsberechtigten Angehörigen erhöht sich die Einkommensgrenze um € 400 bzw. um € 600 für behinderte, unterhaltsberechtigten Angehörige. Die Förderung wird unabhängig vom Vermögen der pflegebedürftigen Person gewährt.

Die Betreuungskräfte müssen entweder eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen derjenigen einer/eines Heimhelferin/Heimhelfers entspricht, nachweisen oder seit mindestens sechs Monaten die Betreuung der pflegebedürftigen Person sachgerecht durchgeführt haben. Alternativ dazu muss eine fachspezifische Ermächtigung der Betreuungskraft zu pflegerischen Tätigkeiten vorliegen.

Nachdem die 24-Stunden-Betreuung in der Bundeskompetenz steht und diese Leistung rechtlich keine Maßnahmen der Langzeitpflege, wie Hauskrankenpflege, beinhaltet, konnten bei der Erstellung des Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 keine Planungsvorgaben aufgenommen werden. Dies wäre über die Planungskompetenz der Länder hinausgegangen.

Die Anzahl an Personen, die eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch genommen hat, ist von 2012 bis 2016 von 910 auf 1.912 Personen (+110,10%) gestiegen. Für 2017 wird ein Anstieg auf über 1.825 Personen erwartet. Die dadurch entstehenden Auswirkungen auf die stationären, teilstationären und mobilen Angebote für die Langzeitpflege, insbesondere auf das Inanspruchnahmeverhalten von pflegebedürftigen Personen ab der Pflegestufe 3, sind in der Versorgungsplanung angemessen zu berücksichtigen.

Entwicklung der betreuten Personen in der 24-Stunden-Betreuung 2012 – 2017

Betreute Personen	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tirol	910	1.260	1.480	1.955	1.912	1.825
Steigerung in %	0,0	38,5	62,6	114,8	110,1	100,5
Steigerung in % pro Jahr	0,0	38,5	17,5	32,1	-2,2	-4,6

Tabelle 67: Entwicklung der Anzahl der betreuten Personen in der 24-Stunden-Betreuung 2012 – 2017 in Tirol;

Datenquelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; Daten 2016 vorläufiges Ergebnis, Daten 2017 derzeit noch nicht verfügbar - Hochrechnungsergebnis

Personen in der 24-Stunden-Betreuung nach Pflegestufen 3 - 7

Bezirk:	Innsbruck-Stadt	Innsbruck-Land	Imst	Kitzbühel	Kufstein	Landeck	Lienz	Reutte	Schwaz	insgesamt
Stufe 3	77	126	42	50	76	44	74	33	44	566
Stufe 4	79	115	49	72	58	49	57	31	50	560
Stufe 5	58	93	46	42	50	37	68	36	50	480
Stufe 6	28	45	22	40	30	18	31	23	29	266
Stufe 7	3	8	4	9	4	3	4	1	4	40
Personen insgesamt	245	387	163	213	218	151	234	124	177	1.912
100% der Kosten:	908.700	1.435.375	604.564	790.013	808.558	560.056	867.901	459.913	656.489	7.091.569
Anteil Land Tirol 40%:	363.480	574.150	241.825	316.005	323.423	224.022	347.160	183.965	262.596	2.836.628

Tabelle 68: Personen in der 24-Stunden-Betreuung nach Pflegestufen 3 - 7 und Bezirk

Datenquelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Daten 2016, Daten 2017 noch nicht verfügbar

Ab dem Jahr 2012 bis Ende 2017 werden über 1.000 steigend bis 2.000 betreuungsbedürftige Personen in privaten Haushalten durch das Leistungsangebot der 24-Stunden-Betreuung betreut. Diese Entwicklung von jährlich über 15% wurde von den Experten in dieser Dimension nicht vorgesehen und **korreliert nicht mit der Entwicklung der Pflegegeldbezieher sowie der Entwicklung von Personen**

von 75 Jahren und Alter in diesem Zeitraum. Von den maßgebenden Experten im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz wird für 2017 erstmals seit 2012 eine Abflachung der Nachfragesteigerung auf unter 10% erwartet. Die Entwicklung der Folgejahre erweist sich als schwierig. Es könnte sich die jährliche Steigerung auf die 10%-Marke oder darunter entwickeln. Das Erreichen der Begrenztheit der Betreuungskräfte aus den östlichen EU-Ländern wird die bestimmende Determinante sein. Inwieweit sich dies bis Ende 2022 in diesen Dimensionen fortsetzen wird, lässt sich derzeit schwerlich bestimmen.

Entwicklung der Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen 2012 – 2017

Bundespflegegeld-bezieherInnen	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Steigerung 2012 - 2017 absolut	Steigerung 2012 - 2017 in %
Tirol	29.792	30.703	30.862	31.034	31.737	30.293	501	1,7
Steigerung in %	0,0	3,1	3,6	4,2	6,5	1,7		
Steigerung in % pro Jahr	0,0	3,1	0,5	0,6	2,3	-4,5		

Tabelle 69: Entwicklung der Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen 2012 – 2017 in Tirol

Datenquelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Der Hinweis des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz auf einen ersten Rückgang bei der Nachfrage wird ernst zu nehmen sein.

Durch die Forcierung der 24-Stunden-Betreuung konnte eine erhebliche und feststellbare Entlastung der stationären Langzeitpflege erreicht werden. Das geänderte Nachfrageverhalten hat sich feststellbar auf die Wohn- und Pflegeheime ausgewirkt. Derzeit konnte bei den Heimen die Warteliste seit Umsetzung des Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 und den Entlastungsmaßnahmen in der stationären Langzeitpflege drastisch reduziert werden. In Bezirken mit einem hohen Versorgungsgrad und bis 2017 vorgezogenen Ausbaumaßnahmen sind erste Auslastungsprobleme festzustellen.

Grundsätzlich entspricht diese Entwicklung den Intentionen des Pflegefondsgesetzes, dem zufolge jene Leistungsangebote vorrangig auszubauen sind, die nicht der stationären Langzeitpflege zuzurechnen sind.

Ausbaustand der Plätze für die 24-Stunden-Betreuung

24-Stunden-Betreuung Bundeszuständigkeit (Finanzierung 60% Bund : 40% Land)	betreute Personen			
	IST 2012	IST 2016	IST 2017	Veränderung 2016/2017 in %
Innsbruck-Stadt	119	245	243	-0,8
Imst	78	163	134	-17,8
Innsbruck-Land	186	387	367	-5,2
Kitzbühel	115	213	188	-11,7
Kufstein	116	218	238	9,2
Landeck	67	151	135	-10,6
Lienz	94	234	231	-1,3
Reutte	59	124	131	5,6
Schwaz	75	177	230	29,9
Tirol gesamt	909	1.912	1.897	-0,8

Tabelle 70: Ausbaustand der Plätze für die 24-Stunden-Betreuung 2012 – 2017

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

IST 2012 – in Betrieb bef. Plätze für die 24-Stunden-Betreuung – SOLL 2017

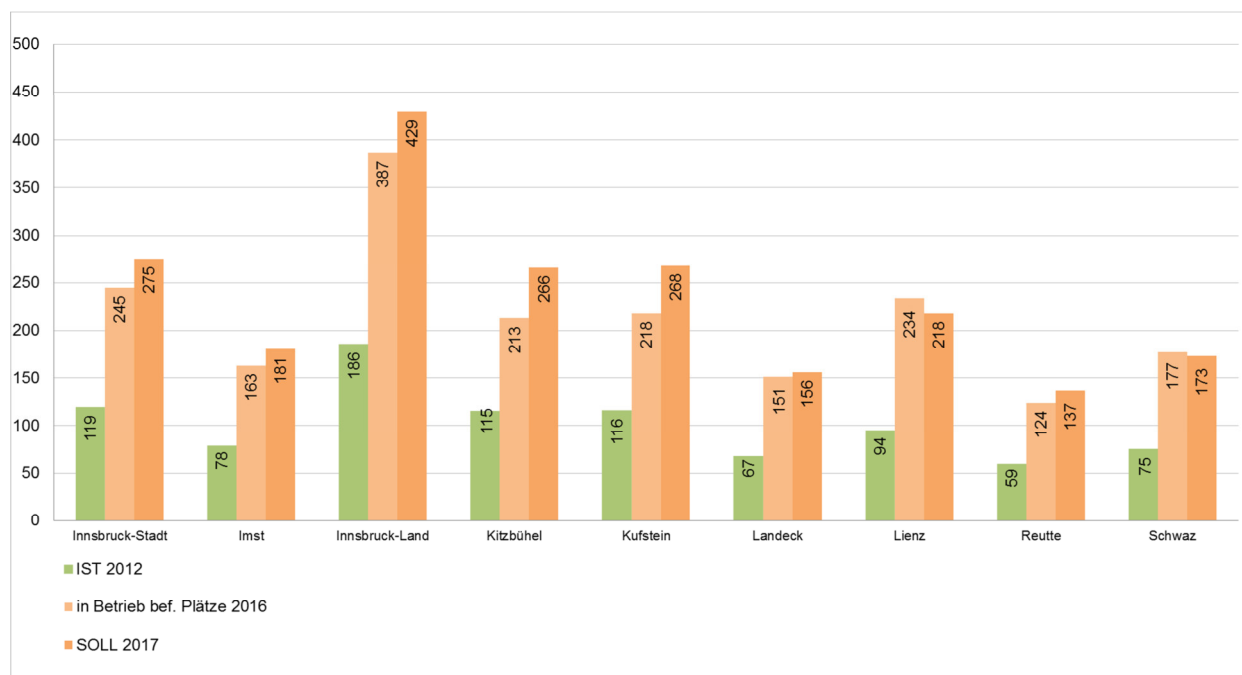


Abbildung 46: IST 2012 – in Betrieb bef. Plätze für die 24-Stunden-Betreuung 2016 (insgesamt genehmigte Plätze) – SOLL 2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2016

Bezirk	Wohn- und Pflegeplätze		Versorgungsgrad pro 1.000 Ew. 75+	
	2012	2016	2012	2016
Innsbruck-Stadt	119	245	12,0	20,1
Imst	78	163	21,2	36,8
Innsbruck-Land	186	387	16,3	25,8
Kitzbühel	115	213	22,7	33,8
Kufstein	116	218	16,1	24,2
Landeck	67	151	20,2	39,3
Lienz	94	234	20,9	45,9
Reutte	59	124	24,2	41,3
Schwaz	75	177	13,5	25,8
Tirol gesamt	909	1.912	17,1	29,1

Tabelle 71: Plätze für die 24-Stunden-Betreuung / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2016 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2016

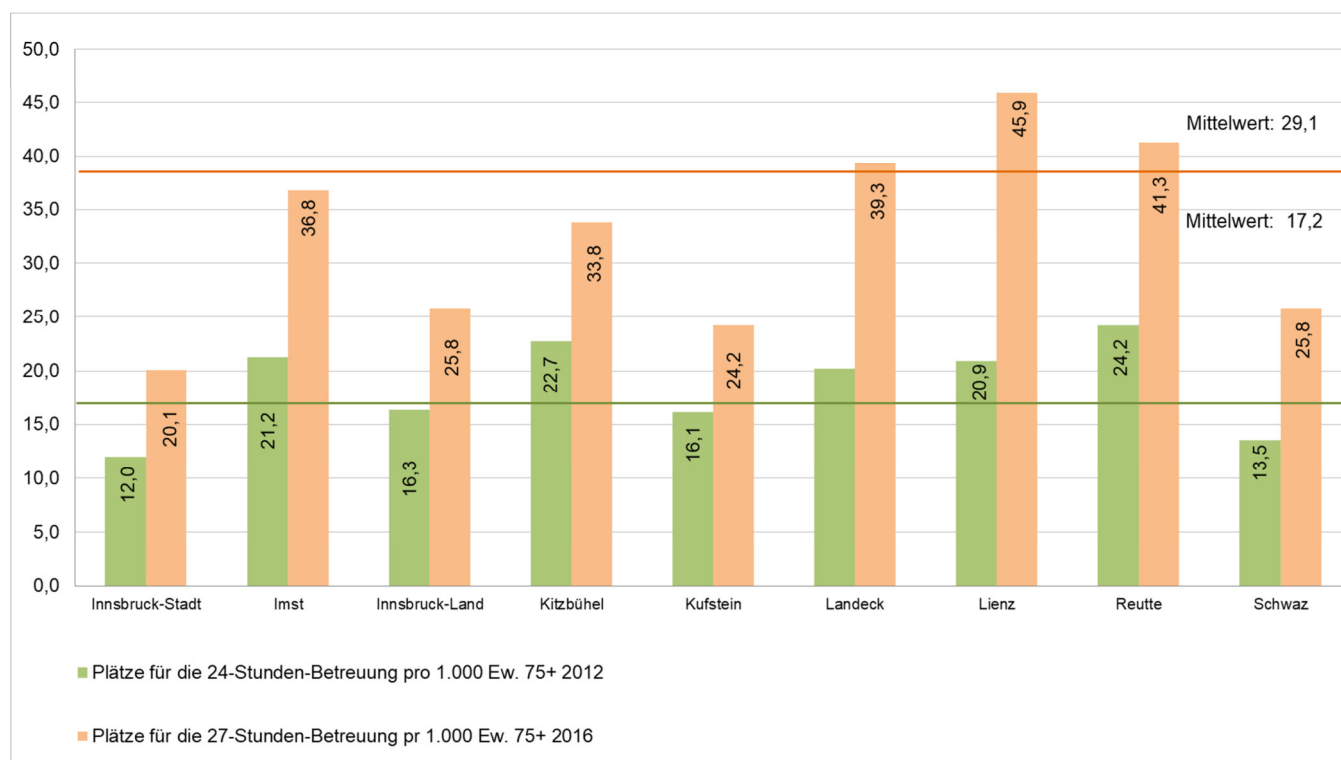


Abbildung 47: Plätze für die 24-Stunden-Betreuung / Darstellung des Versorgungsgrades pro 1.000 EinwohnerInnen 75+ 2012 und 2016 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

14.8 Versorgung von Personen unter 65 Jahren

Die Unterbringung von relativ jungen betreuungs- und pflegebedürftigen Personen in Einrichtungen der Langzeitpflege wird von der Sozialplanung grundsätzlich kritisch beleuchtet. Dazu wird angemerkt, dass die Einführung von fixen Altersgrenzen bzw. Altersunter- und Obergrenzen in der Langzeitpflege dem Grundsatz der Inklusion widersprechen würde, da eine Altersdiskriminierung in diesem schwierigen Thema nicht platzgreifen darf.

In Tirol werden junge Menschen, die auf Grund von schweren chronischen Erkrankungen oder in Folge eines schweren Unfalles der ständigen Betreuung und der besonderen Pflege bedürfen, in der Schwerpunktpflegeeinrichtung in Hall versorgt. Dort beträgt der Anteil der jungen Personen, also jener unter 65 Jahren, 39%. Für junge Personen und Personen im Erwerbsalter, die durch eine Suchterkrankung der psychosozialen Betreuung bedürfen, wurde in Innsbruck-Stadt beispielsweise eine Sondereinrichtung der Innsbrucker Sozialen Dienste GmbH (ISD) mit 20 Plätzen (Sonderpflegestation in der Hunoldstraße 22 als dislozierte Einrichtung des Wohn- und Pflegeheimes Tivoli) eingerichtet. Diese Personen sollen nach deren psychosozialen Festigung in Einrichtungen für betreutes Wohnen und soweit als möglich in ein selbstbestimmtes Leben begleitet und übergeleitet werden. Es befinden sich darunter aber auch Personen, die aufgrund ihres Pflegezustandes und der chronischen Erkrankung nicht mehr in ein selbstbestimmtes Leben übergeleitet werden können.

Zur Fragestellung der Anzahl an Personen, die unter 65 Jahre sind und in Tiroler Wohn- und Pflegeheimen untergebracht sind, wurde eine Datenauswertung von jenen Personen durchgeführt, die als Teilzahler in einem Abrechnungsverhältnis zum Land stehen.

Von den zum 1.1.2017 ausgewerteten 3.406 Personen (Teilzahler) sind 238, das sind 6,99%, unter 65 Jahren. In der Landes-Pflegeklinik Hall liegt dieser Anteil bei 39% (inkl. Selbstzahler).

Der geschäftsführende Ausschuss Pflege, in dem die Stadt Innsbruck und der Tiroler Gemeindeverband vertreten sind, hatte bereits das Thema (Versorgung von Personen unter 65 Jahren) aufgegriffen und in diesem Beschlussgremium zur Diskussion gestellt.

Die wohnortnahe flächendeckende Errichtung von Einrichtungen der Langzeitpflege für junge Menschen ist anzustreben, die Vermeidung einer Altersdiskriminierung wird zu beachten sein.

14.9 Versorgung von psychisch Kranken

Die psychosoziale Versorgung und gerontopsychiatrische Versorgung in den Wohn- und Pflegeheimen steht weiterhin im Fokus der Versorgungsplanung. Die Abteilung Soziales hatte bereits 2010 eine umfassende Erhebung für das Jahr 2009 in den Wohn- und Pflegeheimen und in den mobilen Pflegediensten für die Langzeitpflege durchgeführt. Von den Wohn- und Pflegeheimen wurde dabei die Anzahl der Heimbewohner mit psychiatrischen Erkrankungen auf über 24% angegeben, was zunächst vorerst relativ hoch erschien, jedoch zwischenzeitlich als Durchschnittswert der Realität entspricht und Bestätigung findet. In diesem Zusammenhang wird die Grundsatzfrage der Zuordnung in der Versorgungskette von jenen Personen, die altersbedingt eine psychiatrische Erkrankung bekommen haben, überwiegend jedoch der Pflege bedürfen, immer im Einzelfall und nicht pauschal zu klären sein.

Für Personen, die noch keinen Vertreter nach dem Erwachsenenschutzgesetz haben, muss die freie Wahl der Betreuungs- und Pflegeeinrichtung nach dem Grundsatz „Selbstbestimmt Leben“ weiterhin möglich sein und gewahrt bleiben. Sollte die freie Entscheidung auf eine Versorgung in einem ortsnahen Wohn- und Pflegeheim von der pflegebedürftigen Person getroffen worden sein, muss im Verantwortungsbereich der Heimleitung dafür Sorge getragen werden, dass eine fachgerechte Unterbringung und Betreuung sichergestellt werden kann. Dies bedingt, dass das Pflegepersonal über die entsprechende Ausbildung und Erfahrung verfügt. Die ausgezeichnete flächendeckende wohnortnahe Versorgungswirksamkeit der Mobilen Dienste (Sozial- und Gesundheitssprengel) bis hin bis zur 24-Stunden-Betreuung ist bei der Beurteilung der Versorgung von betreuungs- und pflegebedürftigen Personen mit psychiatrischen Erkrankungen miteinzubeziehen. Die Möglichkeit der Unterbringung in einem wohnortnahen Wohn- und Pflegeheim sollte für diese Menschen aufrechterhalten werden, wenn die Betreuung und Pflegequalität sichergestellt werden kann.

15. Gesundheit und Pflege - Integrierte Versorgungskonzepte

Bund, Länder und Sozialversicherung kamen gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (LGBI. Nr. 68/2017) überein, zur Verbesserung der *integrierten Versorgung, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, interdisziplinäre und multiprofessionelle* sowie intersektorale Zusammenarbeitsformen auszubauen sowie Behandlungsprozesse und Versorgungsstandards zu definieren (Art. 6 Abs. 2 Z. 3).

Als integrierte Versorgung wird eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung verstanden (Art. 3 Z. 7).

Das Land Tirol wird diesen Auftrag zur Umsetzung bringen und ist bestrebt, mit Hilfe aller Akteure eine flächendeckende und umfassende Versorgung der Tiroler Bevölkerung sicherzustellen.

Das organisatorisch bei der Tirol Kliniken GmbH zugeordnete Landesinstitut für Integrierte Versorgung (LIV) wird im strategischen und insbesondere auch im operativen Bereich tätig sein. Dieses Institut wird bei der Koordination und Umsetzung der innovativen Projekte zur Verzahnung der Bereiche Pflege und Gesundheit eine zentrale Funktion übernehmen.

Verschiedene Themenschwerpunkte wurden nach Dringlichkeit und Aktualität ausgewählt und werden in den nachstehenden Kapiteln kurz dargestellt. Das Augenmerk liegt auf dem bis heute erfolgten Ausbau(stand) und das zukünftige Ausbauvorhaben. Die im Evaluationsbericht aufgenommen Themen stellen keinen abschließenden Katalog dar, sondern sollen vielmehr dazu anregen, komplexe Themen im Gesamten als Einheit zwischen Pflege und Gesundheit zu sehen.

Mit der Verzahnung der Gesundheit und Pflege soll durch ganzheitliche Versorgungskonzepte im intramuralen Bereich und deren verbesserte Anbindung an die extramuralen Pflege- und Betreuungsangebote eine Innovationsdynamik ermöglicht werden. Die Planung im Gesundheits- und Pflegebereich wird künftig ganzheitlich in enger Abstimmung erfolgen und weiterentwickelt. Das Know-How in der Planung sowie die Gestaltungskompetenz wird durch Kooperationen mit der Gesundheitsplanung und dem Landesinstitut für integrierte Versorgung gestärkt.

INTEGRIERTE GESUNDHEITS- UND PFLEGEPLANUNG REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT (STATIONÄR UND AMBULANT), STRUKTURPLAN PFLEGE

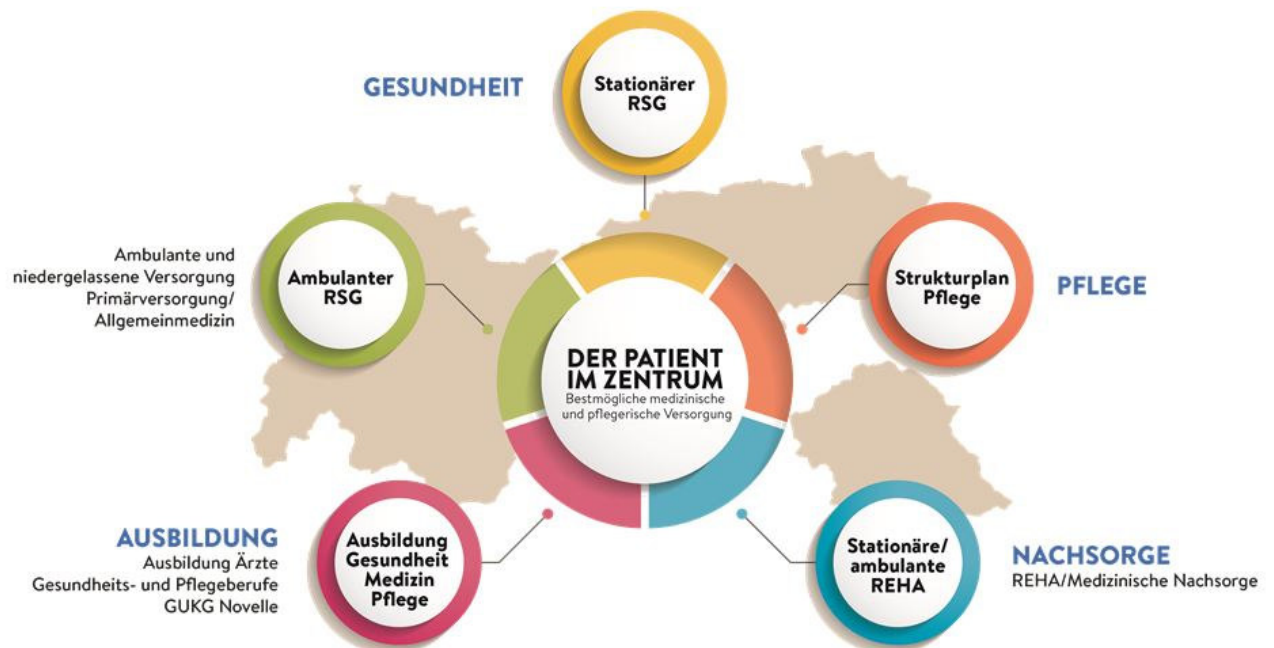


Abbildung 48: Integrierte Gesundheits- und Pflegeplanung

Datenquelle: Abt. Soziales, eigene Darstellung

15.1 eHealth (ELGA) Anbindung der stationären Pflegeeinrichtungen³

15.1.1 Ausgangslage

ELGA (Elektronische Gesundheitsakte) dient zur systematischen Erfassung von Gesundheitsdaten – vor allem von ärztlichen und pflegerischen Entlassungsdokumenten, Labor- und Radiologie-Befunden, sowie von Medikamentendaten – um auf elektronischem Wege einen Informationsaustausch zwischen den Gesundheitseinrichtungen gewährleisten zu können, womit eine bessere Versorgung der PatientInnen ermöglicht wird.

Die BürgerInnen / PatientInnen erhalten über ein Web-Portal Zugang zu ihren Gesundheitsdaten. Mit dem ELGA-Gesetz (BGBl. I Nr. 111/2012) wurde der Auftrag zur Umsetzung erteilt.

Das größte IT-Projekt im österreichischen Gesundheitswesen ist die Realisierung der „Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA)“.

Der Aufbau der ELGA wird von der ELGA GmbH koordiniert. An der ELGA GmbH sind der Bund, die Sozialversicherung und alle 9 Länder beteiligt. Die ELGA-Architektur besteht aus einer (nach internationalen IHE-Standards, Integrating the Healthcare Enterprise⁴) ausgerichteten verteilten Infrastruktur mit zentralen Komponenten (wie Patientenindex oder Zugriffs-Berechtigungssystem) und dezentralen Teilen (ELGA-Bereiche), an die die jeweiligen „Gesundheitsdiensteanbieter (GDA's)“ angeschlossen werden.

15.1.2 Umsetzung und Ausbauziele

Die Landeszielsteuerungskommission (LZK) und das Land Tirol haben die Tirol Kliniken GmbH mit dem Aufbau des öffentlichen ELGA-Bereiches für Tirol beauftragt. Zwischen Ende 2016 und Mitte 2017 wurden die öffentlichen Krankenhäuser (Landes- und Bezirkskrankenhäuser) an den ELGA-Bereich Tirol angebunden. Dafür wurde ein eigenes Datennetzwerk geschaffen („Gesundheitsnetz Tirol - GNT“). Erste Befundtypen, wie Arztbriefe, Radiologie- und Laborbefunde können nun aus ELGA abgerufen werden. Die Pflegeentlassungsbriefe sind zum Teil bereits verfügbar.

Gemäß der ELGA-Verordnungsnovelle 2017 (BGBl. II Nr. 380/2017) sollen die niedergelassenen ÄrztInnen und die Apotheken ab Herbst 2018 (in Tirol) an ELGA angebunden werden. Die Ausrollung wird vermutlich einige Monate in Anspruch nehmen.

Dies wird über das e-card-Netzwerk der Sozialversicherung und nicht über das GNT bzw. den ELGA-Bereich Tirol erfolgen. Damit werden erstmalig Medikationsdaten über eine zentrale Datenbank erfasst und abrufbar sein.

Damit startet die e-Medikation ab Oktober 2018:

³ Kurzbericht über die Anbindung der Wohn- und Pflegeheime an ELGA in Zusammenarbeit mit der Abteilung Informationstechnologie der Tirol Kliniken GmbH.

⁴ Integrating the Healthcare Enterprise ist eine Initiative von Anwendern und Herstellern mit dem Ziel, den Datenaustausch zwischen IT-Systemen im Gesundheitswesen zu standardisieren und zu harmonisieren.

Das Rezept wird künftig mit einem zusätzlichen Code ausgedruckt. Durch Scannen des Codes kann die Apotheke die Abgabe der verordneten Medikamente speichern. Von ÄrztInnen verordnete und in der Apotheke abgegebene Medikamente werden durch die e-Medikation in einer sogenannten Medikationsliste ein Jahr lang gespeichert. Auch nicht-rezeptpflichtige Medikamente, die Wechselwirkungen auslösen können, können darin aufgenommen werden. Diese Liste ist für die PatientInnen über das Internet abrufbar.

Laut ELGA-Gesetz (§ 2 Z. 10 lit. e) gehören zu den ELGA-GDA's auch „Einrichtungen der Pflege, deren Betrieb einer Melde-, Anzeige- oder Bewilligungspflicht nach bundes- oder landesgesetzlichen Vorschriften sowie der behördlichen Aufsicht oder Kontrolle unterliegt“. Somit sind die öffentlichen Pflegeheime an ELGA anzubinden. Für die Pflegeheime wird vor allem die Möglichkeit der Abfrage von ärztlichen und pflegerischen Entlassungsdokumenten nach einer stationären Krankenhaus-Versorgung und von Medikations-Anordnungen relevant sein. Dies sind wichtige Bausteine im Prozessablauf für das Entlassungsmanagement. Ambulante Befunde sollen später ebenfalls in ELGA verfügbar gemacht werden.

Die aus Vertretern des Landes Tirols, der Tirol Kliniken GmbH, des Landesinstitutes für Integrierte Versorgung (LIV) und der ARGE Tiroler Heime zusammengesetzte Arbeitsgruppe hat ihre Tätigkeit bereits aufgenommen. In einem ersten Schritt erfolgt über die ARGE Tiroler Altenheime eine Erhebung in allen Wohn- und Pflegeheimen in Tirol, um die organisatorischen und technischen Voraussetzungen der verwendeten EDV-Systeme abzufragen. Die systematische Anbindung der Wohn- und Pflegeheime an ELGA sollte in den nächsten 3 - 4 Jahren, spätestens bis Ende 2022 abgeschlossen sein.

Ausbaustand der Anbindung an ELGA zum Jahresende 2017

Anbindung an ELGA	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Öffentliche Krankenhäuser	seit 2016/2017						
Landes- und Bezirkskrankenhäuser							
niedergelassene ÄrztInnen und Apotheken			ab Herbst 2018				
Wohn- und Pflegeheime							ab Ende 2022
Tirol							

Umsetzung geplant
 Umsetzung erfolgt

Abbildung 49: Ausbaustand der Anbindung an ELGA in Tirol zum Jahresende 2017

Datenquelle: Abteilung Informationstechnologie der Tirol Kliniken GmbH, eigene Ausarbeitung

15.1.3 Finanzierung

Für die Umsetzungen der Anbindung an ELGA und von e-Health-Projekten ist seitens der Abteilung Soziales vorgesehen, insbesondere die Träger der Wohn- und Pflegeheime im Zuge einer Investitionsförderung zu unterstützen.

15.2 Hospiz- und Palliativversorgung⁵

15.2.1 Allgemeines

Die Hospiz- und Palliativversorgung umfasst die Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen jeden Alters in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen sowie die Betreuung der Angehörigen. Im Vordergrund steht die Verbesserung der Lebensqualität durch rechtzeitiges Erkennen und professionelles Lindern von Beschwerden wie Schmerzen sowie anderer körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Probleme. Eine kausale Therapie der Grunderkrankung wird in diesem Stadium nicht mehr durchgeführt.

Neben Tumorerkrankungen sind chronische Erkrankungen, wie zum Beispiel etwa Herzinsuffizienz und ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) miteinzubeziehen.

Die Tiroler Hospiz-Gemeinschaft und die Tirol Kliniken GmbH haben in den letzten Jahren einen Schwerpunkt gesetzt, um Menschen mit der Erkrankung ALS Hilfe anzubieten und so das Leben mit dieser Erkrankung zu erleichtern und die Lebensqualität weitestgehend zu erhalten.

⁵ Kurzbericht des Ausbaustandes der Hospiz- und Palliativversorgung in Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten (Amt der Tiroler Landesregierung), dem Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) und der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft.

Zuständigkeitsbereich der agierenden Akteure – Stakeholder Relations

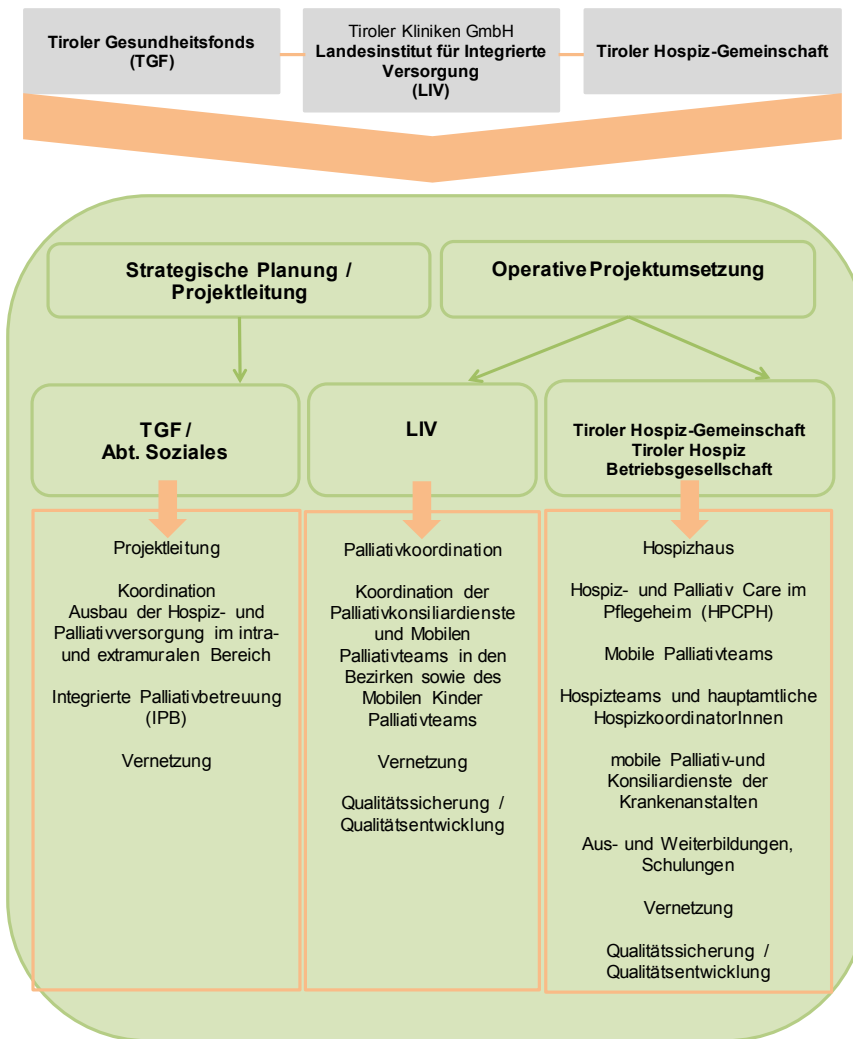


Abbildung 50: Zuständigkeitsbereich der agierenden Akteure – Stakeholder Relations

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Grafik

15.2.2 Hospiz- und Palliativversorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen

15.2.2.1 Hospiz- und Palliativversorgung von Erwachsenen

Eine adäquate Betreuung der Betroffenen erfolgt idealerweise in einem System abgestufter Versorgung. Die sechs Bausteine einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung wurden bereits im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010 (ÖSG 2010) ergänzend zu den bereits darin enthaltenen Vorgaben für die palliativmedizinische Versorgung in Palliativstationen als Empfehlung bzw. zur weiteren Orientierung aufgenommen. Im ÖSG 2017 wurde erneut explizit festgehalten, dass nicht alle der dargestellten Bausteine umgesetzt werden müssen, vielmehr soll die Hospiz- und Palliativversorgung in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen entwickelt werden.

Die 6 Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativbetreuung			
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	
	Traditionelle Dienstleister	Unterstützende Angebote	
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste
	Alten- und Pflegeheime		Palliativstationen
Langzeitbereich	Niedergel. (Fach)- Ärzteschaft, Mobile Dienste Therapeuten		Stationäre Hospize
Familienbereich Zuhause		Mobile Palliativteams	Tageshospize

"Einfache Situation" 80 - 90 % der Sterbefälle Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 - 20 % der Sterbefälle

Abbildung 51: Die 6 Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Datenquelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 – 2022; Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, GÖG / ÖBIG 2014, im Auftrag des BM Gesundheit und Frauen; eigene Grafik

Der ÖSG 2017 beinhaltet die wesentlichen Strukturqualitätskriterien, welche jenen der GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) / ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit 2014 in aktualisierter Fassung (2. Auflage) herausgegebenen Konzept zur „Abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung“ abgeleitet worden sind.

Die Qualitätskriterien des ÖSG entfalten gegenüber Behörden und damit jedenfalls indirekt gegenüber Gesundheitsversorgungseinrichtungen und GesundheitsdiensteanbieterInnen als objektiviertes Sachverständigengutachten rechtliche Wirkung.

Die im ÖSG enthaltenen Qualitätskriterien sind somit ein Maßstab für die Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze sowie bei der Wahrnehmung der sanitären Aufsicht für die Beurteilung der Qualitätssicherung.

Im ÖSG wurden im ambulanten Bereich die erforderlichen Qualifikationen der interdisziplinär zusammengesetzten Teams sowie deren Erreichbarkeit angeführt. Nicht übernommen wurden die Richtwerte für den erforderlichen Personaleinsatz für die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung nach Einwohnern oder Bettenanzahl.

Palliativstationen übernehmen die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden und die durch die Notwendigkeit von besonderer ärztlicher Expertise gekennzeichnet sind. Es sind dies eigenständige Stationen innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus, die auf die Versorgung von PalliativpatientInnen spezialisiert sind.

Stationäre Hospize übernehmen die stationäre Versorgung, wenn die pflegerische und psychosoziale Betreuung stärker in den Vordergrund tritt. Es sind dies eigene Organisationsstrukturen, in der PalliativpatientInnen in der letzten Lebensphase/Terminalphase betreut werden, bei denen eine Behandlung im Akutkrankenhaus nicht erforderlich und eine Betreuung zu Hause oder in der Regelversorgung eines Pflegeheimes nicht mehr möglich ist. Der Fokus richtet sich auf PatientInnen, die sich in den letzten Lebenswochen befinden und bei denen in der Regel eine längere Betreuungsphase in einem Akutkrankenhaus, in einer Pflegeeinrichtung oder eine Pflege zu Hause vorausgeht.

Tageshospize bieten jenen, die die Nacht in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, Entlastung während des Tages. Ziel ist die Verhinderung sozialer Isolation, die Entlastung betreuender An- und Zugehöriger und die Reduktion von Krankenhausaufenthalten.

Palliativkonsiliardienste sind multiprofessionell zusammengesetzte Teams im Krankenhaus, die mit einer fachlichen Expertise beratend tätig sind. Sie wenden sich vorrangig an das betreuende ärztliche und pflegerische Personal in den Stationen und Ambulanzen.

Mobile Palliativteams bieten den Dienstleistern der Regelversorgung spezielle fachliche Unterstützung. Es sind dies multiprofessionell zusammengesetzte Teams, die außerhalb des Krankenhauses tätig sind und mit ihrer fachlichen Expertise beratend und anleitend für die Regelversorger sowie für die PatientInnen und ihre Angehörigen aktiv sind.

Hospizteams begleiten PalliativpatientInnen und ihre Angehörigen in allen Versorgungskontexten. Das Team besteht aus qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleitern, die PalliativpatientInnen und Angehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung bieten. Hospizteams werden hauptamtlich koordiniert und geleitet.

15.2.2.2 Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen

Kindern und Jugendlichen mit einer lebensbedrohlichen oder lebenslimitierenden Erkrankung wird bei Bedarf über den gesamten Krankheitsverlauf bis zum Tod pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung sowie kurative Versorgung angeboten. Die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an Alter, Grunderkrankung sowie dem Entwicklungsstand des Kindes, Jugendlichen und in Ausnahmefällen auch des jungen Erwachsenen. Junge Erwachsene sollen wählen können, ob sie in einer speziellen Hospiz-/Palliativeinrichtung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene betreut werden oder in einer Einrichtung für Erwachsene.

Analog zur Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene ist eine abgestufte Versorgung stationärer und mobiler Angebote, und zwar Pädiatrische Palliativbetten, Stationäre Kinder-Hospize, Mobile Kinder-Palliativteams sowie Kinder-Hospizteams vorgesehen, wo speziell auf die Bedürfnisse der jungen PatientInnen eingegangen wird.

15.2.2.3 Ausbaustand unterstützender und betreuender Angebote in der Hospiz- und Palliativversorgung 2017 / 2018

Hospiz- und Palliativstation /-einheiten (Erwachsene und Kinder)	Hospizhaus Tirol in Hall in Tirol: 14 Betten ; dazu näheres unter 17.7.). KH Zams: 6 Betten im Tiroler Krankenanstaltenplan LKH Hochzirl/Natters: 2 Betten am Standort Natters (4 im TirKaP) BKH Schwaz: 4 Betten BKH Kufstein: 4 Betten (8 im TirKaP) BKH Lienz: 4 Betten LKH Innsbruck: 2 Kinder-Palliativbetten
Tageshospiz	Das Tageshospiz startet im neuen Hospizhaus am 1. Oktober 2018.
Mobiles Palliativteam Innsbruck und Innsbruck-Land	Das Team agiert [mit 9,365 VZÄ] an sieben Tagen die Woche mit einer Rufbereitschaft rund um die Uhr und umfasst eine regionale Zuständigkeit von fast 308.000 EinwohnerInnen (Bezirke Innsbruck-Stadt und Innsbruck-Land). Für die Aufrechterhaltung dieses Teams müssen im Jahr 2018 (gemäß Budgetansatz) € 421.000,00 an Spendenmittel aufgebracht werden, was nur noch mit extremem Aufwand und mit der Auflösung von Reserven möglich ist. Eine Erhöhung des Anteils von öffentlicher Finanzierung ist anzustreben/notwendig.
Mobiles Palliativteam Reutte inkl. Palliativkonsiliardienst BKH Reutte	Dieses Team wurde im Rahmen des Pilotprojektes Palliativversorgung Tirol 2011 implementiert und arbeitet seitdem wochentags zur Regelarbeitszeit mit 2 VZÄ .
Mobiles Palliativteam Lienz inkl. Palliativkonsiliardienst BKH Lienz	Dieses Team wurde im Rahmen des Pilotprojektes Palliativversorgung Tirol 2011 implementiert und arbeitet seit dem wochentags zur Regelarbeitszeit mit geplanten 2 VZÄ .
Mobiles Palliativteam Kufstein und Kitzbühel inkl. Palliativkonsiliardienst BKH Kufstein und BKH St. Johann	Das gemeinsame Team für die beiden Bezirke Kufstein und Kitzbühel arbeitet seit Oktober 2017 mit zwei Standorten an den jeweiligen Bezirkskrankenhäusern. Für die Palliativversorgung wochentags zur Regelarbeitszeit stehen insgesamt 5 VZÄ zur Verfügung.
kidsMOBILtirol – Palliative Betreuung für Kinder und Jugendliche	Das Team ist seit September 2017 an die Kinderklinik des LKH Innsbruck angegliedert und unterstützt bei der Betreuung von unheilbar kranken Kindern in ganz Tirol. Es stehen 2,2 VZÄ zur Verfügung.

Palliativkonsiliardienst LKH Innsbruck	Das Team steht seit Oktober 2016 zur Unterstützung bei der Betreuung von PalliativpatientInnen am LKH Innsbruck mit 3 VZÄ zur Verfügung.
Palliativkonsiliardienst LKH Hall	Das Team steht seit März 2016 zur Unterstützung bei der Betreuung von PalliativpatientInnen am LKH Hall mit 2 VZÄ zur Verfügung. Mit Beginn 2018 wurde das Team auf 2,5 VZÄ aufgestockt.
Hospizteams	18 Hospizteams , bestehend aus 234 ehrenamtlichen MitarbeiterInnen , begleiten in ganz Tirol jährlich ca. 1.500 schwer kranke und sterbende Menschen zu Hause, im Heim oder im Krankenhaus. Alle Hospizteams werden hauptamtlich koordiniert und geleitet. Die Hospizteams agieren in Regionalteams von Lienz bis Außerfern und stehen an allen Betreuungsorten (Palliativstation/-einheiten, Pflegeheimen, daheim) zur Verfügung.
Kinder-Hospizteams	Im Konzept zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Tirol (erstellt in der Zeit von November 2014 bis November 2015) ist die Erstellung eines Kinder Hospizteams als Ziel genannt. Mit der Umsetzung wurde die Tiroler Hospiz-Gemeinschaft betraut. Dazu wurden vorerst 5 erfahrene HospizbegleiterInnen für diesen Zweck ausgewählt. Diese haben im Herbst 2017 in Salzburg eine entsprechende Ausbildung absolviert. Das Kinder Hospizteam betreut Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und ihre An- und Zugehörigen in hospizlichen/palliativen Situationen ehrenamtlich.

Tabelle 72: Ausbaustand unterstützender und betreuender Angebote in der Hospiz- und Palliativversorgung 2017 / 2018 in Tirol

Datenquelle: Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten (Amt der Tiroler Landesregierung), Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) und Tiroler Hospiz Gemeinschaft

15.2.3 Palliativkoordination

Durch die Fortschritte im Projekt „Hospiz- und Palliativversorgung Tirol – Flächendeckende Ausrollung“ ist es notwendig geworden, eine Stelle einzurichten, die die unterschiedlichen Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung operativ koordiniert. Diese Position wurde beim Landesinstitut für Integrierte Versorgung (LIV) der Tirol Kliniken GmbH geschaffen. Damit soll sichergestellt werden, dass die von Seiten des Landes Tirol und des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) geplanten und implementierten Strukturen nachhaltig weiter betreut werden. Diese Strukturen sollen im Fokus einheitlicher Qualitätsentwicklung und -sicherung ausgebaut und noch besser miteinander vernetzt werden.

15.2.4 Hospiz- und Palliativ Care im Pflegeheim (HPCPH)

Für viele Menschen ist das Heim das letzte Zuhause. Früher oder später werden nicht wenige von ihnen PalliativpatientInnen, deren Betreuung und Begleitung eine besondere Aufgabe für das Team des Pflegeheims mit sich bringt.

Im Jahr 2015 hat Tirol mit der Umsetzung des Projekts Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH) begonnen. Durch das Projekt HPCPH soll eine kompetente Hospiz- und Palliativversorgung in allen Pflegeheimen in Tirol gewährleistet sein und nachhaltig sichergestellt werden.

HPCPH beginnt bei der Aufnahme einer Bewohnerin/eines Bewohners und umfasst alle pflegerischen, medizinischen, therapeutischen und psychosozialen Maßnahmen, die (schmerz)lindernd eingesetzt werden. Wesentlich ist, dass HPCPH An- und Zugehörige von Beginn an miteinbezieht und von interdisziplinärer Zusammenarbeit geprägt ist. Sterbebegleitung und Abschiedskultur ist ein Teilaspekt von HPCPH.

Das Projekt „HPCPH“ hat mehrere Ziele auf verschiedenen Ebenen:

Auf der Ebene des einzelnen Heims:

- Menschen können im Heim, das ihr letztes Zuhause ist, in Würde sterben
- Angehörige finden Unterstützung und Begleitung bei Abschied und Trauer
- Ehrenamtliche MitarbeiterInnen werden individuell eingebunden
- Das Pflegepersonal erlangt höhere Zufriedenheit, Motivation und Sicherheit durch Vermehrung von Kompetenz und Wissen
- Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten (Angehörige, Hausarzt/Hausärztin, Seelsorge, ehrenamtliche MitarbeiterInnen, Pflegende ...) werden besser und effektiver
- Durch HPCPH erfolgt zielgerichtete Qualitäts- und Organisationsentwicklung

- Die an HPCPH beteiligten Heime sind untereinander besser vernetzt und im Austausch. Daraus resultiert vermehrtes Lernen voneinander
- Eine Beteiligung am Projekt wirkt als Qualitätsindikator nach außen

Auf der Ebene des gesamten Bundeslandes:

- Eine Beteiligung an HPCPH wird als Qualitätsmerkmal von Heimen gesehen und als solches (allgemein) akzeptiert
- Durch aktive Vernetzungsarbeit wird Hospizkultur und Palliative Care als ein wichtiges Thema in der Heimlandschaft etabliert
- Die Aktivitäten in den beteiligten Heimen strahlen auf andere Einrichtungen (z.B. Sprengel, Krankenhäuser, HausärztInnen, Angehörige ...) positiv aus
- Durch die Implementierung von HPCPH wird ein wesentlicher Teil des Projekts „Hospiz- und Palliativversorgung Tirol“ des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) und dem Land Tirol realisiert

15.2.4.1 Vorsorgedialog

Parallel zu HPCPH wird von zahlreichen ExpertInnen die Umsetzung des (VSD) Vorsorgedialog® in den Wohn- und Pflegeheimen empfohlen.

(VSD) Vorsorgedialog® ist ein Kommunikationsinstrument und nimmt die Selbstbestimmung der BewohnerInnen ernst und stärkt sie. Gleichzeitig unterstützt der (VSD) Vorsorgedialog® Pflegende und ÄrztInnen bei ethisch schwierigen Entscheidungen am Lebensende, z.B. in aktuellen Krisensituationen oder wenn das Sterben absehbar ist. Mit dem (VSD) Vorsorgedialog® wird dafür vorgesorgt, dass diese Entscheidungen im Sinne der BewohnerInnen getroffen werden, indem der VSD Vorsorgedialog® dem Betreuungsteam und eventuell beigezogenen Not- oder BereitschaftsdienstärztInnen in krisenhaften Situationen grundlegende Informationen für die Entscheidungsfindung zur Verfügung stellt.

Rechtlich gesehen ist der VSD Vorsorgedialog® dann einer beachtlichen Patientenverfügung gleichgesetzt, wenn die Bewohnerin/der Bewohner bei der Durchführung des Vorsorgedialoggesprächs entscheidungsfähig ist.⁶

VSD Vorsorgedialog® stellt einen weiteren Meilenstein in der Grundversorgung der Hospiz- und PalliativpatientInnen dar. Um die Etablierung des VSD Vorsorgedialog® in Wohn- und Pflegeheimen voranzutreiben, bestehen seitens des Landes Überlegungen zur Einführung eines „speziellen“ Bonussystems.

⁶ https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2018/09/Der-VORSORGEDIALOG-A4-Unterlage-Beirat_Steuerguppe_25.7.2018.pdf, abgerufen am 08.01.2019.

15.2.4.2 Ausbaustand 2017 / 2018

Mit Stand 2017 sind 4 Heime in der Umsetzung des Projekts und 5 weitere Heime konkret in Planung. Die Projektumsetzung erfolgt durch die Anerkennung von HPCPH als Qualitätsentwicklungsmaßnahme der Heime gut.

An der in Wien Ende Jänner 2018 begonnenen weiteren Ausbildung für künftige HPCPH-ModeratorInnen nehmen aus Tirol drei Personen teil.

15.2.5 Mobile Hospiz- / Palliativversorgung und Integrierte Palliativbetreuung (IPB)

Vom Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) wurde gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern, der Hospiz Tirol Gemeinschaft und der Abteilung Soziales für den Ausbau der Mobilen Hospiz- und Palliativversorgung ein Modell mit zwei Stufen entwickelt. In einer ersten Phase erfolgt die Etablierung eines Mobilen Hospiz- und Palliativteams. Darauf aufbauend wird in einem zweiten Schritt zeitgleich die Ausrollung der Integrierten Palliativbetreuung zu Hause und im Heim (IPB) bezirksweise umgesetzt.

15.2.5.1 Mobile Hospiz- und Palliativversorgung

Über eine Kombination aus Palliativkonsiliardienst und Mobilen Palliativteams erhalten die mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen eine wesentliche Hilfestellung und Stärkung für die Betreuung von Hospiz- und PalliativpatientInnen.

Außer dem Mobilen Palliativteam Innsbruck-Stadt/Land arbeiten alle übrigen Mobilen Palliativteams ausschließlich montags bis freitags von 8:00 bis 16:00 Uhr.

Zur qualitätvollen Versorgung von PalliativpatientInnen daheim wird ein telefonischer Bereitschaftsdienst außerhalb dieser Zeiten benötigt. Die Rufbereitschaft vermittelt den Betroffenen und ihren Angehörigen Sicherheit. Mit der geplanten Adaptierung der Teamgrößen der Mobilen Palliativteams kann eine Rufbereitschaft eingerichtet werden (siehe dazu 17.5.1.2).

15.2.5.2 Ausbaustand 2017 / 2018

In den nachfolgend angeführten 6 Bezirken erfolgte die Ausrollung des Tiroler Modells zur Mobilen Hospiz- und Palliativversorgung:

- Innsbruck-Stadt
- Innsbruck-Land
- Kitzbühel
- Kufstein
- Lienz
- Reutte

Ab 2019 werden in den Bezirken Schwaz, Imst und Landeck die Ausbaumaßnahmen umgesetzt. Bis Ende 2019 soll der flächendeckende Ausbau in allen Tiroler Bezirken abgeschlossen sein.

Ausbaustand zum Stand 2012 laut Strukturplan Pflege 2012 – 2022

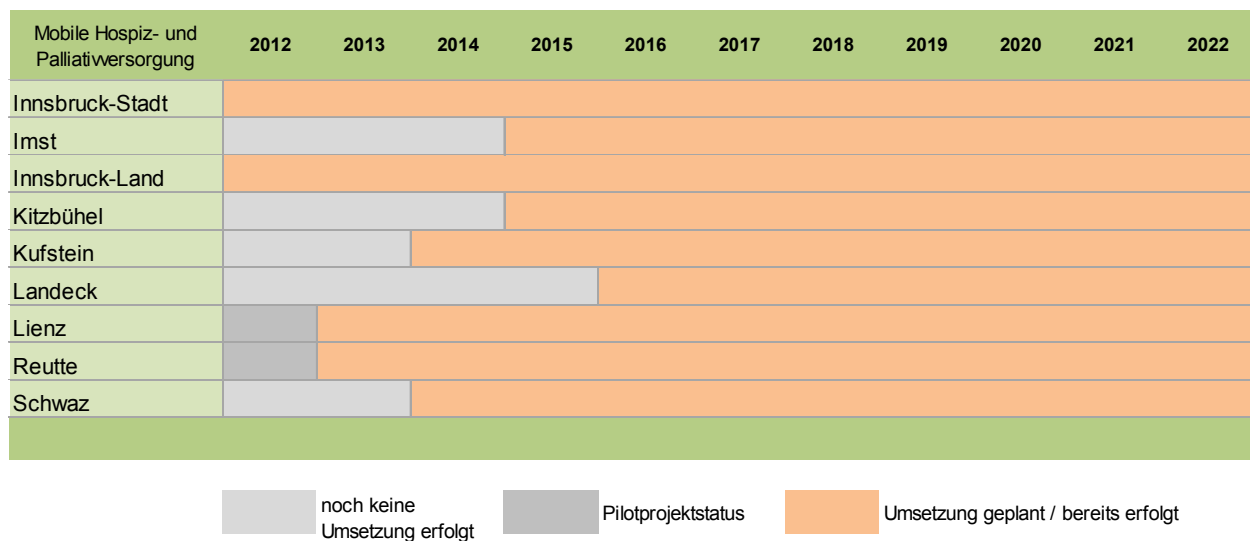


Abbildung 52: Ausbaustand Mobile Hospiz- und Palliativversorgung zum Stand 2012 laut Strukturplan Pflege 2012 – 2022 in Tirol nach Bezirk

Ausbaustand / Ausbauprogramm 2017 / 2018

Die „Integrierte Palliativbetreuung – IPB“ bildet das Kernstück des Tiroler Modells. Ein wichtiges Ziel ist die Stärkung der Mobilen Dienste, der Wohn- und Pflegeheime und der HausärztInnen, damit eine palliative Versorgung der PatientInnen bis zum Lebensende in gewohnter Umgebung gelingen kann.

Dabei wurden Rahmenbedingungen geschaffen, die den Anforderungen palliativer Betreuung und dem erhöhten Aufwand der Betreuung sterbender Menschen zu Hause angemessen sind.

Ausbauprogramm Mobile Hospiz- und Palliativversorgung zum Stand 31.12.2018

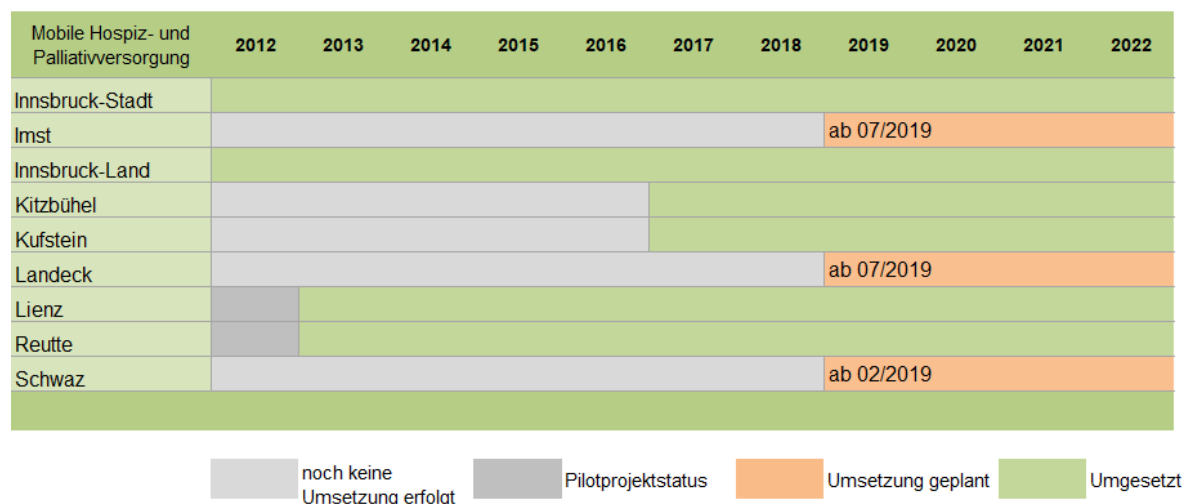


Abbildung 53: Ausbauprogramm Mobile Hospiz- und Palliativversorgung zum Stand 31.12.2017 in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten (Amt der Tiroler Landesregierung), Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) und der Tiroler Hospiz Gemeinschaft

15.2.5.3 Palliativkonsiliardienste und Mobile Palliativteams – Adaptierung der Personalrichtwerte

Mit Jahresbeginn 2018 sollte die Ausrollung in den verbleibenden drei Bezirken Landeck, Imst (Palliativteam am KH St. Vinzenz Zams) und Schwaz (Palliativteam am BKH Schwaz) umgesetzt werden. Bei ersten Gesprächen mit den jeweiligen Verantwortlichen zeigte sich, dass die kollegialen Führungen der Häuser zu einer Implementierung von Palliativteams bereit sind, jedoch die geringe Bemessung der Personalausstattung zur Sicherstellung qualitativer Hospiz- und Palliativversorgung nicht ausreichend sei. Um den Projektstart zu gewährleisten, wurde in einem ersten Schritt in der 14. Landeszielsteuerungskommission (LZK) vom 20.04.2018 eine Erhöhung beider Teams um je 1 VZÄ beschlossen.

Im Rahmen der Evaluation wurde der bisherige Richtwert von 2 VZÄ pro Bezirk einer Überprüfung unterzogen. Die Prüfung hat ergeben, dass sich die Personalausstattung der Palliativteams an der Einwohnerzahl des jeweiligen Bezirkes bemessen muss und sich der bisherige Richtwert nicht als zweckmäßig erwiesen hat. Auch das ÖBIG-Expertenpapier „Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene“ (GÖG 2014) sieht deutlich höhere Personalrichtwerte sowohl für die Palliativkonsiliardienste als auch für die Mobilen Palliativteams vor.

Im ÖBIG-Konzept wird die Personalausstattung mit mind. 4,5 VZÄ pro Mobiles Palliativteam für 80.000 - 140.000 EinwohnerInnen, d.h. 0,32 – 0,56 VZÄ pro 10.000 EinwohnerInnen⁷ als SOLL-Wert empfohlen. Der SOLL-Richtwert für den Palliativkonsiliardienst liegt bei 2 VZÄ für 250 Betten und 1 VZÄ für weitere 250 Betten. Das vorliegende Konzept der Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten inklusive Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) empfiehlt als Richtwert 0,42 VZÄ pro 10.000 EinwohnerInnen zur Adaptierung der Tiroler Palliativteams.

Die in Tirol eingesetzten Palliativteams (Ausnahme die Mobilen Palliativteams der Bezirke Innsbruck-Stadt und Innsbruck-Land) üben die Funktion als Palliativkonsiliardienst sowie Mobiles Palliativteam aus. Die dabei entstehenden Synergieeffekte sind bei der Berechnung des erforderlichen Personalbedarfs insofern zu berücksichtigen.

Gegenüber dem im „Strukturplan Pflege 2012 – 2022“ für den Ausbau festgestellten Finanzierungsbedarf ergibt sich, resultierend aus der Anpassung der VZÄ aber auch aufgrund der Gehaltsreform, ein Zusatzbedarf an Finanzmitteln. Dieser wird vom Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) und der Gebietskrankenkasse anteilmäßig übernommen.

15.2.5.4 Integrierte Palliativbetreuung zu Hause und im Heim (IPB)

Schwerkranke Menschen haben häufig den Wunsch, ihr Lebensende in gewohnter Umgebung – zu Hause oder im Pflegeheim – zu verbringen.

Die „Integrierte Palliativbetreuung – IPB“ bildet das Kernstück des Tiroler Modells. Ein wichtiges Ziel ist die Stärkung der Mobilen Dienste, der Wohn- und Pflegeheime und der HausärztInnen, damit eine palliative Versorgung der PatientInnen bis zum Lebensende in gewohnter Umgebung gelingen kann.

Dabei wurden Rahmenbedingungen geschaffen, die den Anforderungen palliativer Betreuung und dem erhöhten Aufwand der Betreuung sterbender Menschen zu Hause angemessen sind.

Dies beinhaltet, dass HausärztInnen und Hauskrankenpflegedienste palliative Betreuung anbieten, erbringen und abrechnen können. Die/Der PatientIn wird vom betreuenden Hausarzt als PalliativpatientIn im Modell „IPB“ der Tiroler Krankenversicherungsträger gemeldet. Die „IPB“ wird für einen Zeitraum von 28 Tagen mit Option auf Verlängerung gewährt. Für PatientInnen und ihre Angehörigen entstehen keine Kosten. Eine derartige palliative Betreuung daheim ist für die Betroffenen finanziell mit der Unterbringung auf einer Palliativstation vergleichbar.

⁷ Vgl. dazu das „Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC); Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ nennt eine vergleichbare Größe, nämlich ein Team mit 4,5 VZÄ für 100.000 Einwohner, d.h. 0,45 VZÄ für 10.000 Einwohner.

Folgende Maßnahmen sind im Modell vorgesehen:

- bis zu drei Stunden Pflege durch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal der zuständigen Mobilen Pflege- und Betreuungsorganisation für PatientInnen im Privathaushalt
- Möglichkeit einer pflegerischen Nachtbereitschaft für PatientInnen im Privathaushalt
- Pauschale für erhöhten Kommunikations- und Koordinationsaufwand für das Pflegepersonal der Mobilen Pflege- und Betreuungsorganisation
- Pauschale für erhöhten Kommunikations- und Koordinationsaufwand für die betreuenden HausärztInnen eines / einer PatientIn im Privathaushalt oder im Pflegeheim

Eine fachliche Unterstützung durch das jeweilige Mobile Palliativteam ist jederzeit möglich und wünschenswert.

15.2.5.5 Ausbaustand 2017 / 2018

Das Modell wurde bislang in allen Bezirken, die auch über ein Mobiles Palliativteam verfügen, ausgerollt. Das sind die Bezirke Innsbruck-Stadt und Innsbruck-Land, Kitzbühel, Kufstein, Lienz und Reutte. Mit der Implementierung von Mobilen Palliativteams für die Bezirke Landeck, Imst und Schwaz soll zeitgleich das Modell IPB in diesen Bezirken eingeführt werden. Somit wird IPB ab Ende 2019 flächendeckend in Tirol zur Verfügung stehen.

Ausbaustand / Ausbauprogramm 2017 / 2018

Integrierte Palliativbetreuung (IPB)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Innsbruck-Stadt					seit 07/2016						
Imst								ab 07/2019			
Innsbruck-Land					seit 04/2016						
Kitzbühel						seit 10/2017					
Kufstein						seit 10/2017					
Landeck								ab 07/2019			
Lienz		seit 04/2013									
Reutte		seit 04/2013									
Schwaz								ab 07/2019			

noch keine Umsetzung erfolgt
 Umsetzung geplant
 Umsetzung erfolgt

Abbildung 54: Ausbaustand / Ausbauprogramm der Integrierten Palliativbetreuung Zuhause und im Heim (IPB) in Tirol nach Bezirk
 Datenquelle: Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten (Amt der Tiroler Landesregierung), Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) und der Tiroler Hospiz Gemeinschaft

15.2.6 Aus- und Weiterbildung – Hospiz- und Palliative Care

Der fortschreitende Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung erhöht den Bedarf an Personen aus Gesundheitsberufen mit einer Fort- und Weiterbildung in Palliative Care. Um dieser gestiegenen Nachfrage gerecht zu werden, muss das Angebot an Fort- und Weiterbildungen erhalten bzw. ausgebaut werden und eine entsprechende Mittelbereitstellung vorgesehen werden. Neben Menschen aus allen Berufsgruppen, die hauptamtlich mit Palliative Care befasst sind, sollen Aus- und Weiterbildungsangebote für ehrenamtliche HospizbegleiterInnen sowie für die interessierte Bevölkerung zur Verfügung stehen.

15.2.6.1 Ausbaustand 2017 / 2018

Im Februar 2018 hat der vierte Basislehrgang für Palliativ Care (Dauer 10 Monate) in Tirol abgeschlossen. Durch diesen Lehrgang wurden 100 professionelle SpezialistInnen aller Berufsgruppen für den Palliativbereich in Tirol ausgebildet. Mit der Übersiedlung in das neue Hospizhaus Tirol wird der Bildungsbereich zu einer Akademie mit entsprechenden Räumlichkeiten. Ein weiterer Basislehrgang für Palliativ Care beginnt im Februar 2019.

15.2.7 Hospizhaus Hall in Tirol

Mit der Errichtung des Tiroler Hospizhauses wurde eine zentrale Einrichtung für alle Bezirke geschaffen, mit der die Tiroler Hospiz Gemeinschaft und deren Tochterunternehmen, die Tiroler Betriebsgesellschaft mbH, neben der Hospiz- und Palliativstation, des Tageshospizes, insbesondere ein Aus- und Weiterbildungszentrum für die Hospiz- und Palliativversorgung in Tirol zur Verfügung stellt.

Durch die Errichtung eines Hospizhauses werden folgende, sich ergänzende Angebote gebündelt und synergetisch genutzt:

- Hospiz- und Palliativstation mit 14 Betten
- Fortführung der bereits 2004 genehmigten Ambulanz für Schmerztherapie, Nadelwechsel von Port-a-cath⁸, Verbandswechsel u.ä. Beratung in allen Bereichen von Hospiz- und Palliative Care
- Leitung und Koordination des Mobilen Palliativteams für die Region Innsbruck-Stadt und Innsbruck-Land
- Fortführung der seit 2008 bestehenden Hotline für Patienten, pflegende Angehörige, ÄrztInnen, Pflegepersonal, Heime, Sozialsprengel, Behinderteneinrichtungen und sonstigen sozialen Einrichtungen (täglich von 08.00 bis 20.00 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen)

⁸ Als Port-a-Cath bezeichnet man ein Reservoir-System, durch welches über längere Zeit wiederholt Medikamente oder Nährlösungen in die Blutbahn abgegeben werden können, ohne dass jedes Mal eine periphere Vene punktiert werden muss. Durch ein Port-a-Cath-System können auch Blutentnahmen vorgenommen werden.

- Neuerrichtung eines Tageshospizes zur Entlastung pflegender Angehöriger
- Etablierung einer Akademie für Hospiz- und Palliative Care in Form einer Fortführung und Erweiterung des bereits seit Jahren von der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft betriebenen Bildungsreferats zur Verbreitung des Hospizgedankens in der Bevölkerung und um ein qualitativ hochwertiges Angebot an Aus- und Weiterbildung für Haupt- und Ehrenamtliche zur Verfügung zu stellen
- Leitung und Koordination der ehrenamtlichen Hospizgruppen (derzeit 18 Gruppen) für ganz Tirol
- Leitung und Verwaltung der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft und der Tiroler Hospiz Betriebsgesellschaft mbH

15.2.7.1 Ausbaustand 2017 / 2018

Die Errichtung des Hospizhauses Tirol in Hall war im Zeitplan und wurde am 15. Juni 2018 offiziell eröffnet. Die Übersiedlung und Inbetriebnahme war mit Ende Juni 2018 abgeschlossen.

15.2.8 Ausgaben und Finanzierung

Ausgaben der Hospiz- und Palliativversorgung in €; 2012 – 2017

Mittelverwendung	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mobile Palliativteams	184.412,57	505.902,36	539.695,91	531.244,90	547.686,47	753.209,47
Nachtbereitschaft Pflege	5.540,00	15.320,00	5.900,00	7.120,00	28.720,00	26.500,00
Hospizteams KoordinatorenInnen	79.995,73	134.260,20	220.302,75	238.575,84	233.866,62	247.701,69
Mobile Kinder Palliativteams	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	117.518,03
Palliativkonsiliardienste	0,00	0,00	0,00	0,00	134.721,42	414.453,58
Schulungen TGF Finanzierung	32.281,26	67.290,25	1.314,55	29.446,06	2.808,01	23.407,56
IPB Regelversorgung - SGS	16.048,64	61.967,10	55.791,42	41.139,26	148.802,01	134.456,52
HPCPH- Workshops	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	47.700,00
HPCPH Pauschale + Schulung Moderation	0,00	0,00	0,00	0,00	22.500,00	22.500,00
Gesamtsumme	318.278,20	784.739,91	823.004,63	847.526,06	1.119.104,53	1.787.446,85
Hospizhaus Tirol Investitionsförderung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.500.000,00
Gesamtsumme	318.278,20	784.739,91	823.004,63	847.526,06	1.119.104,53	6.287.446,85

Tabelle 73: Ausgaben der Hospiz- und Palliativversorgung in €; 2012 – 2017

Datenquelle: Tiroler Gesundheitsfonds (TGF)

Finanzierungsbeteiligung der jeweiligen Träger in € für das Jahr 2017

Mittelverwendung	TGF	Soz.-Vers.	Soziales	THG	Heim	Rechtsträger	Gesamt in €
Mobile Palliativteams	376.604,73	376.604,74	0,00	0,00	0,00	0,00	753.209,47
Nachtbereitschaft Pflege	26.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26.500,00
Hospizteams - KoordinatorenInnen	82.567,23	0,00	82.567,23	82.567,23	0,00	0,00	247.701,69
Mobile Kinder Palliativteams	58.759,02	58.759,02	0,00	0,00	0,00	0,00	117.518,03
Palliativkonsiliardienste	414.453,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	414.453,58
Schulungen TGF Finanzierung	23.407,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23.407,56
IPB Regelversorgung - SGS	0,00	67.228,26	67.228,26	0,00	0,00	0,00	134.456,52
HPCPH- Workshops	0,00	0,00	15.900,00	0,00	15.900,00	15.900,00	47.700,00
HPCPH Pauschale + Schulung Moderation	20.000,00	0,00	0,00	2.500,00	0,00	0,00	22.500,00
Gesamtsumme	1.002.292,12	502.592,02	165.695,49	85.067,23	15.900,00	15.900,00	1.787.446,85

Tabelle 74: Finanzierungsbeteiligung der jeweiligen Träger in € für das Jahr 2017

Datenquelle: Tiroler Gesundheitsfonds (TGF)

Finanzierungsbeteiligung der jeweiligen Träger in % für das Jahr 2017

Mittelverwendung	TGF	Soz.-Vers.	Soziales	THG	Heim	Rechtsträger	Gesamt in %
Mobile Palliativteams	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Nachtbereitschaft Pflege (IPB)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Hospizteams - KoordinatorenInnen	33,3	0,0	33,3	33,3	0,0	0,0	100,0
Mobile Kinder Palliativteams	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Palliativkonsiliardienste	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Schulungen TGF Finanzierung	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
IPB Regelversorgung - SGS	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	100,0
HPCPH- Workshops	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	33,3	100,0
HPCPH Pauschale + Schulung Moderation	88,9	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	100,0

Tabelle 75: Finanzierungsbeteiligung der jeweiligen Träger in % für das Jahr 2017

Datenquelle: Tiroler Gesundheitsfonds (TGF)

15.3 Chronic Disease Management Programme

In Europa sind acht von zehn Menschen, die über 65 Jahre alt sind, von chronischen Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen, Krebs und psychischen Störungen betroffen.

Unter Chronic Disease Management Programmen wird unter bestmöglicher Verwendung finanzieller Ressourcen die Sicherstellung einer umfassenden, effizienten und flächendeckenden Versorgung der PatientInnen verstanden.

70 bis 80 Prozent des Gesundheitsbudgets werden in der Europäischen Union für die Behandlung von chronischen Krankheiten aufgewendet. Auf Grund von suboptimalen Behandlungspfaden – basierend auf der historisch gewachsenen Gesundheits- und Pflegestruktur – werden chronische PatientInnen ineffizient behandelt und weisen eine hohe Krankenhaushäufigkeit auf. Diese Herausforderungen sind nicht nur auf Österreich beschränkt, sondern international zu beobachten und führen zu einem Umbruch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung.

Im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen haben der Bund und die Länder eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit paktiert. Die Vereinbarung wurde vom Nationalrat beschlossen und von allen neun Bundesländern ratifiziert und am 15. Oktober 2013 im BGBl. I Nr. 199/2013 (Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) bzw. im BGBl. I Nr. 200/2013 (Zielsteuerung-Gesundheit) kundgemacht. Um der Verpflichtung nachzukommen, wurde auf Bundeslandebene von der Landeszielsteuerungskommission (Organ des Tiroler Gesundheitsfonds mit Vertretern des Bundes, Landes, Gemeinden und Krankenversicherungsträgern) unter anderem der Aufbau von Disease Management Programmen (DMP) für Tirol beschlossen.

Durch DMP kann die medizinisch-pflegerische Betreuung von PatientInnen signifikant verbessert werden und gleichzeitig kann es zu einer Reduzierung der Kosten führen, da am Best Point of Service die Behandlung stattfindet. Zur Konzeption, Ausrollung und zum laufenden Betrieb der DMP wurde das Landesinstitut für Integrierte Versorgung im Rahmen des Landeszielsteuerungs-Übereinkommen beauftragt. Die Versorgung in Disease Management Programmen zeichnet sich durch die intensive interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen aus. Dabei kommt der spezialisierten Pflege eine zentrale Rolle zu. Spezialisierte PflegerInnen übernehmen in enger Abstimmung und unter Berücksichtigung der medizinischen Anweisungen die niederschwellige Patientenführung im Rahmen der chronischen Erkrankung. Aus diesem Grund werden am Ausbildungszentrum West der tiroler Kliniken für das Bundesland Tirol Weiterbildungen für Pflegekräfte angeboten um die fachlichen Kompetenzen zu vertiefen und eine qualitätsgesicherte und professionelle Betreuung der chronisch kranken PatientInnen zu gewährleisten.

15.3.1 Ausbau der spezialisierten Pflege

Durch den Aufbau von Versorgungsprogrammen unter Berücksichtigung der zentralen Rolle der spezialisierten Pflege soll eine Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Tiroler Bevölkerung und eine Weiterentwicklung des Pflegesystems entsprechend internationalem Vorbild sichergestellt werden. Der vorliegende Strukturplan Pflege bekennt sich als strategische Maßnahme zum Ausbau und zur Finanzierung der überregionalen spezialisierten Pflege im Rahmen von organisierten Versorgungsprogrammen. Die PatientInnen sind im Rahmen der Versorgungsprogramme möglichst niederschwellig, d.h. außerhalb von Krankenhäusern, zu betreuen.

Das Bundesland Tirol hat in der Umsetzung von chronischen Versorgungsprogrammen bereits breite Erfahrungen. In den letzten Jahren hat man Versorgungsprogramme in den Bereichen

- Herzerkrankungen
- Diabetes
- Schlaganfall

pilotiert und teilweise bereits in die Regelversorgung übergeführt.

Die tiroler Kliniken wurden beauftragt, die notwendige IT-Infrastruktur aufzubauen und unter Berücksichtigung der Anforderungen und Möglichkeiten der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zu implementieren. Für die organisatorische Abwicklung (Konzeption, Ausrollung, Betrieb) wurde das Landesinstitut für Integrierte Versorgung (LIV) beauftragt. Der Betrieb ist dabei vom LIV oder in enger Kooperation zwischen LIV und den öffentlichen Versorgungseinrichtungen zu gewährleisten. Für die jeweiligen Versorgungsprogramme wurde im Rahmen der Landeszielsteuerungskommission (Organ des Tiroler Gesundheitsfonds) eine spezifische Finanzierung zwischen den Systempartnern (Land und Gemeindeverband sowie Krankenversicherungsträger) vereinbart. Die Regelfinanzierung der spezialisierten Pflege für diese Versorgungsprogramme und die Ausdehnung der Versorgungsprogramme auf die Tiroler Wohn- und Pflegeheime wird im Rahmen des Strukturplanes Pflege 2012 – 2022 dargestellt.

15.3.1.1 Herzerkrankungen

Im Bereich der Kardiologie kann folgende typische PatientInnenkarriere illustriert werden, welche teilweise auf eine nicht ideal strukturierte Betreuung der PatientInnen zurückzuführen ist. Eine unzureichende Behandlung des Bluthochdrucks führt zu einem doppelten bis vierfachen Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall. Sowohl Bluthochdruck als auch Herzinfarkt sind wesentliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer Herzinsuffizienz. Für die Betroffenen bedeutet dies eine signifikante Reduktion der Lebensqualität und -erwartung und verursacht sowohl für das Pflege- als auch Gesundheitssystem hohe Kosten.

Deshalb wurden im Bundesland Tirol folgende kardiologischen DMP-Projekte entwickelt und durchgeführt:

- Kardiovaskuläre Erkrankungen
 - Bluthochdruck (CardioMemory)
 - Myokardinfarkt und Koronarstent Programm (MyCor)
- Herzinsuffizienz (HerzMobil Tirol)

Alle drei Versorgungsprogramme zeichnen sich durch die zentrale Rolle der spezialisierten Pflege aus, welche die niederschwellige PatientInnenbetreuung übernimmt.

- Bluthochdruck (CardioMemory)

CardioMemory ermöglicht die telemedizinische Betreuung von PatientInnen mit Bluthochdruck (Diagnose bereits vorliegend) als auch die Abklärung noch nicht diagnostizierter HypertonikerInnen. Je nach Zielgruppe (abhängig vom Schweregrad des Bluthochdrucks) erfolgt eine Kombination aus nichtmedikamentöser (Schulung, Telemonitoring und ambulantes Bewegungsprogramm) und medikamentöser Therapie. Die PatientInnen werden dabei über ein Netzwerk aus ÄrztInnen und spezialisierter Pflege telemedizinisch betreut, mit dem Ziel eine Steigerung der Gesundheitskompetenz der PatientInnen bzgl. Erkennung und Umgang mit Risikofaktoren durch individuelle regelmäßige Betreuung und Therapieoptimierung zu erreichen.

- Myokardinfarkt und Koronarstent Programm (MyCor)

MyCor – Myokardinfarkt und Koronarstent Programm in Tirol – hat zum Ziel, die aktuelle Versorgungsrealität von kardiovaskulären Erkrankungen am Beispiel des Myokardinfarktes und der interventionsbedürftigen koronaren Herzkrankheit (KHK) zu verbessern. Hierfür werden die teilnehmenden PatientInnen telemedizinisch bezüglich selbsterfasster Daten (Blutdruck, Gewicht und Schrittzahl) überwacht. Die Ergebnisse einer begleitenden Evaluierung zeigen eine Stärkung der Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme und Lebensstiländerung. Die objektiven Daten bestätigen eine Verbesserung des Gesundheitszustands im Verlauf der MyCor-Teilnahme.

- Herzinsuffizienz (HerzMobil Tirol)

HerzMobil Tirol ist ein Versorgungsprogramm für PatientInnen mit schwerer Herzschwäche, die als Herzinsuffizienz bezeichnet wird. Auftretende Symptome der Herzschwäche oder Herzinsuffizienz (HI) sind Beschwerden wie Atemnot unter Belastung oder in Ruhe, eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit oder Neigung zu Wassereinlagerung (Ödeme), welche auf eine Fehlfunktion des Herzens zurückgeführt werden können. Bei einer akuten Herzschwäche (akuten Herzinsuffizienz) verschlechtern sich diese Beschwerden innerhalb kurzer Zeit. Die/Der betroffene PatientIn steht im Zentrum eines Betreuungsteams (Krankenhaus, Pflegepersonen, Netzwerkarzt). Damit wird ein Versorgungsnetzwerk aufgebaut, das sich von der Betreuung im Krankenhaus über die Entlassung bis

zur Versorgung zu Hause um den/die Patienten/Patientin dreht. Die Zusammenarbeit des Betreuungsteams mit dem/der Patienten/Patientin wird durch ein telemedizinisches System unterstützt, welches aus Waage, Blutdruck- und Pulsmessgerät und einem Mobiltelefon besteht. Damit können PatientInnen selbstständig erhobene Messdaten (Gewicht, Puls, Blutdruck), die aktuelle Befindlichkeit und die Einnahme der verordneten Medikamente einfach und rasch übertragen. Die betreuende Ärztin / der betreuende Arzt kann eine Verschlechterung der Erkrankung ehestmöglich erkennen und durch eine frühzeitige Änderung der Medikation eine weitere Verschlechterung bzw. im schlimmsten Fall einen erneuten Krankenhausaufenthalt verhindern. Die schrittweise Optimierung der medikamentösen Behandlung steht im Fokus.

Im Versorgungsprogramm ist eine intensive Schulung des/der Patienten/Patientin und ferner bei Bedarf dessen Angehörigen hinsichtlich seiner/ihrer Erkrankung integrativer Bestandteil. Diese Schulung erfolgt durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit Weiterbildung zur Herzinsuffizienzberatung und soll das Verständnis für die Erkrankung und die erforderlichen Maßnahmen einschließlich der Medikamente verbessern.

Das Versorgungsprogramm ist für die ersten drei Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geplant. Diese Zeit ist erfahrungsgemäß die instabilste Krankheitsperiode, in der die Therapie sukzessive optimiert wird und die/der PatientIn umfassendes Wissen über ihre/seine Herzerkrankung und die damit verbundenen Auswirkungen auf ihr/sein tägliches Leben erlangen soll. Damit ist eine längerfristige Stabilisierung der Erkrankung möglich. Sollten im Einzelfall drei Monate nicht ausreichen, um die mit Netzwerkarzt und „Herzinsuffizienz-Pflegeperson“ zu Beginn vereinbarten Ziele zu erreichen, ist eine Verlängerung um weitere drei Monate möglich.

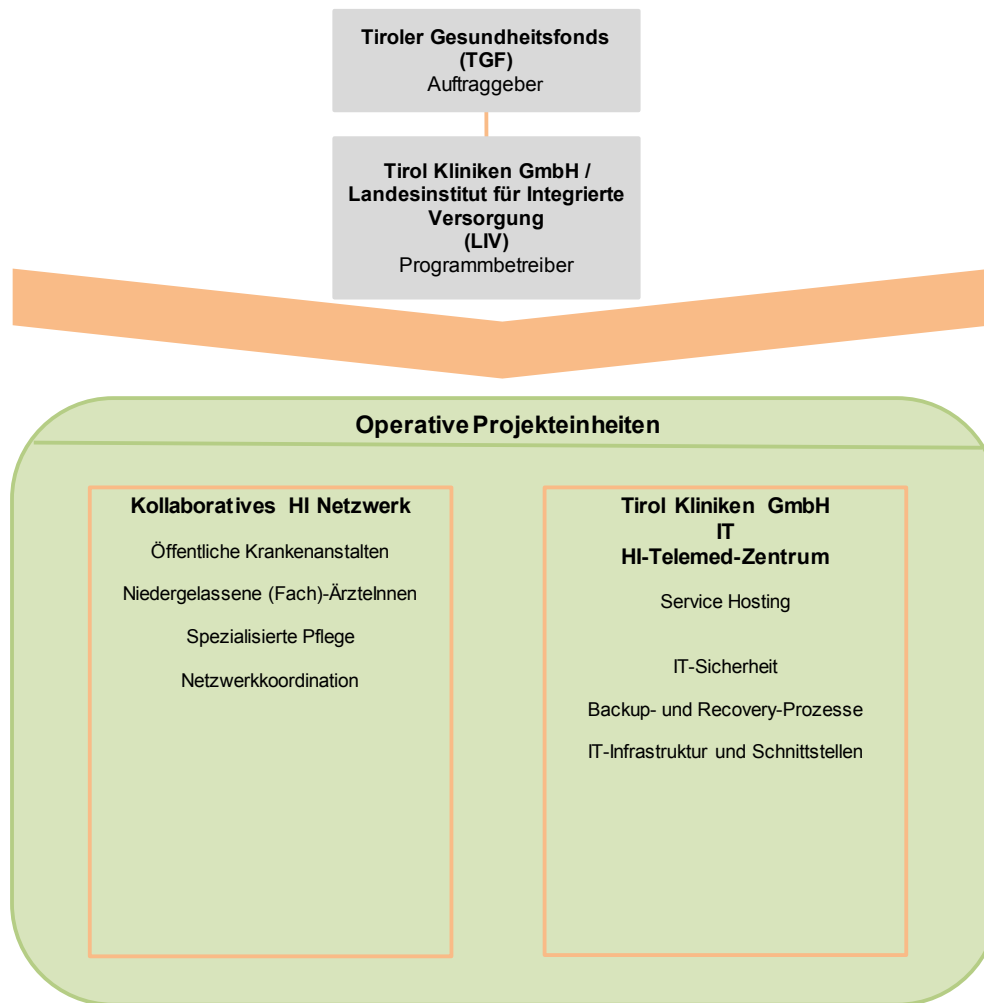


Abbildung 55: Zuständigkeitsbereich der agierenden Akteure – Stakeholder Relations

Datenquelle: Landesinstitut für Integrierte Versorgung und Abteilung Soziales, eigene Grafik

HerzMobil Tirol wurde in den letzten Jahren erfolgreich vom Projektstatus in die Regelversorgung übergeführt. Diesbezüglich hat die Landeszielsteuerungskommission die Regelversorgung und -finanzierung beschlossen. Die anderen Programme für kardiovaskuläre Erkrankungen (CardioMemory und MyCor) sind noch in der Projektphase, sollen jedoch auch in eine Regelversorgung überführt werden. Um die nachhaltige Betreuung und den Ausbau der kardiologischen Versorgungsprogramme gewährleisten zu können, bedarf es pro 100.000 Einwohner 3,5 VZÄ spezialisierte Pflegekräfte.

15.3.1.2 Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)

Diabetes mellitus bezeichnet eine Gruppe von Stoffwechselerkrankungen mit chronisch erhöhtem Blutzuckerspiegel. Diabetes wird dabei in vier unterschiedliche Typen klassifiziert: Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, andere spezifische Diabetesformen und Gestationsdiabetes, wobei der Diabetes mellitus Typ 2 die am weitesten verbreitete Diabeteserkrankung darstellt (85 bis 95 Prozent aller Diabetesfälle in Ländern mit einem hohem Einkommen).

Zur Betreuung der PatientInnen im Bereich Diabetes wurden in Tirol die Versorgungsprogramme

- DiabCare
- Therapie Aktiv

implementiert.

DiabCare hat als Zielsetzung die neu diagnostizierten Diabetiker und die schwer einstellbaren Diabetiker durch ein intensives Behandlungsprogramm zu stabilisieren und eine bestmögliche Therapieeinstellung zu gewährleisten. Therapie Aktiv – ein bundesweites Versorgungsprogramm der Krankenversicherungsträger – stellt die langfristige Betreuung der Diabetiker sicher. Die Landeszielsteuerungskommission des Tiroler Gesundheitsfonds hat beschlossen, beide Programme in Tirol zu etablieren und zum Wohle der/des Patientin/Patienten aufeinander abzustimmen.

DiabCare

Ein wesentlicher Schritt in der integrierten Versorgung von Diabetes mellitus PatientInnen ist die Einbindung des niedergelassenen Bereichs und der damit verbundene Ausbau zu einem integrativen und kollaborativen Diabetes-Versorgungsnetzwerk. Dabei werden die PatientInnen direkt und aktiv in ein Diabetes-Netzwerk bestehend aus Diabetes-Ambulanz, niedergelassenen InternistInnen, praktischen ÄrztInnen, DiätologInnen sowie geschulten Diabetes-Pflegefachkräften und Diabetes-BeraterInnen eingebunden.

Mittels integriertem Einsatz von Telemonitoring, verstärkter Betreuung durch niedergelassene InternistInnen, praktische ÄrztInnen, DiätologInnen sowie geschulte Diabetes-Pflegefachkräfte und Diabetes-BeraterInnen sowie der aktiven Einbindung der PatientInnen wird eine nachhaltige Verbesserung der Patientenversorgung erzielt. Hierbei zeigt sich, dass vor allem bei neuen und schwer einstellbaren Diabetes mellitus PatientInnen mittels individueller Schulung, regelmäßiger Verlaufsdagnostik und Feedback eine Verbesserung der Compliance und Erhöhung des „patient empowerment“ erreicht werden kann.

Therapie Aktiv

Das DMP Therapie Aktiv, das seitens der Sozialversicherung entwickelt wurde und seit 2017 in allen Bundesländern angeboten wird, ist ein strukturiertes Versorgungsprogramm für Typ 2 – DiabetikerInnen im niedergelassenen Bereich. Eine regelmäßige ärztliche Betreuung stellt regelmäßige Augenkontrollen, Fußuntersuchungen und HbA1c-Bestimmungen sowie die Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen sicher. Die PatientInnen legen gemeinsam mit ihrer/m Ärztin/Arzt realistische und erreichbare Ziele fest, um gemeinsam eine optimale Blutzuckereinstellung zu erreichen und Folgeschäden bzw. Nebenwirkungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern.

Der organisatorische Aufbau für DiabCare ist in Abbildung 55 illustriert. In Zusammenarbeit mit den Systempartnern ist beabsichtigt, die sinnvolle organisatorische und technische Integration von Therapie Aktiv sicherzustellen.

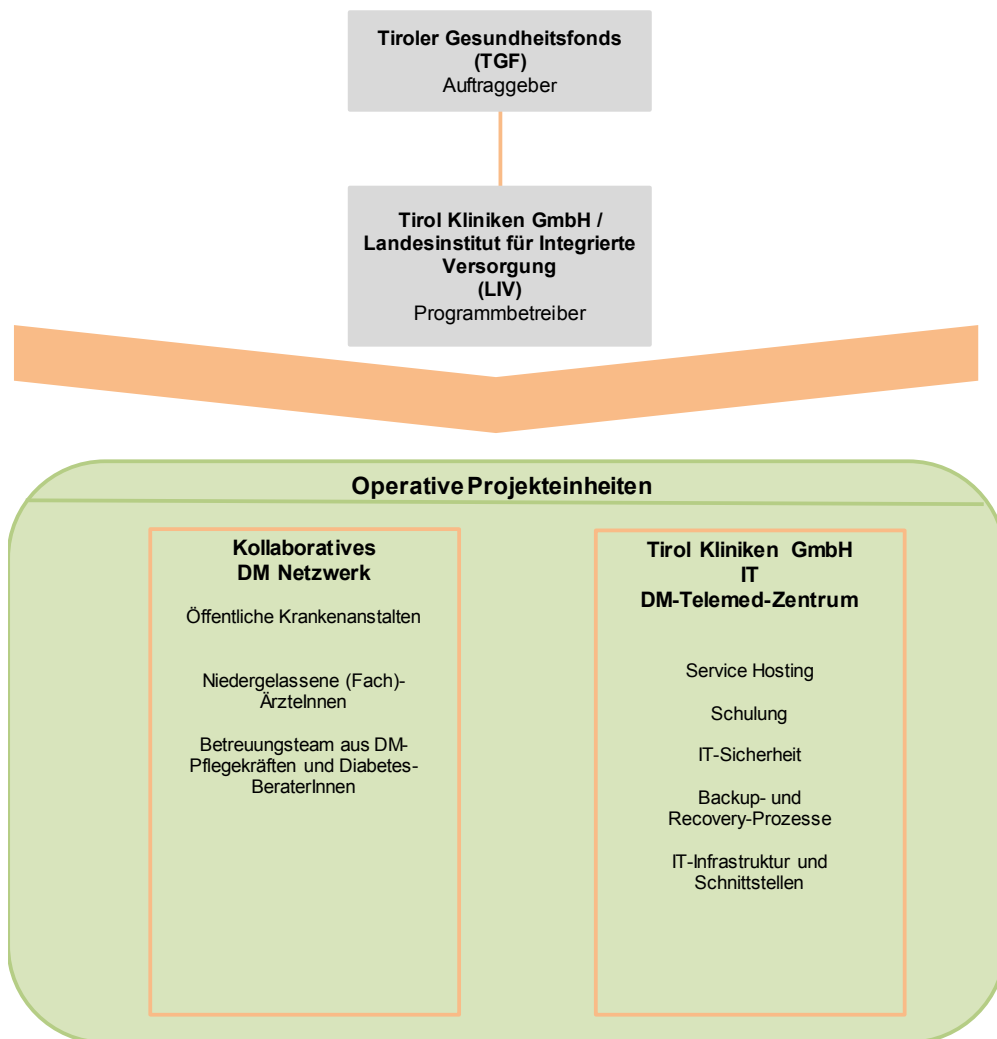


Abbildung 56: Projektorganigramm

Datenquelle: Landesinstitut für Integrierte Versorgung und Abteilung Soziales, eigene Grafik

Um die nachhaltige Betreuung und den Ausbau der Diabetes Versorgungsprogramme gewährleisten zu können, bedarf es pro 100.000 Einwohner 2 VZÄ spezialisierte Pflege.

15.3.2 Einbindung der Tiroler Pflegeheime in DMP Kardiologie und Diabetes

Der auf Grund der demographischen Entwicklung signifikante Anstieg der chronisch kranken Bewohner in Pflegeheimen stellt eine zentrale Herausforderung dar. Es gilt sowohl die diesbezügliche medizinisch-pflegerische Versorgung zu stärken als auch unnötige und für die Heimbewohner belastende und ökonomisch teure Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Aus diesem Grund haben sich das Land Tirol, die Krankenversicherungsträger und der Bund im Rahmen des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens im operativen Ziel 1.3. Maßnahme 4: auf die „Optimierung der medizinischen und therapeutischen Versorgung in Pflegeheimen“ verständigt. Im Rahmen des Strukturplans Pflege bekennt man sich zu diesem Vorhaben. Als konkrete Maßnahme sollen die Tiroler Pflegeheime in die bestehenden Versorgungsprogramme im Bereich Kardiologie und Diabetes, welche durch das Landesinstitut für Integrierte Versorgung betrieben werden, eingebunden werden. Die bestehenden IT-Lösungen der tirol kliniken sowie die Arbeiten zur Anbindung der Pflegeheime an ELGA gilt es zu berücksichtigen. Das Ziel besteht darin, die chronisch kranken Bewohner in den Pflegeheimen langfristig und niederschwellig zu betreuen, um ein Entgleisen zu verhindern und damit unnötige Krankenhausaufenthalte hintanzuhalten.

15.4 Integrierter Patientenpfad / Behandlungspfad Schlaganfall Tirol⁹

15.4.1 Ausgangslage

Der Schlaganfall stellt eine große medizinische und gesundheitspolitische Herausforderung dar. Die Erkrankung steht an vorgereicherter Stelle der Todesursachenstatistik, ist die häufigste Ursache von körperlicher Behinderung im Erwachsenenalter und eine häufige Ursache für die Entstehung einer Demenz oder Depression.

Für die Versorgung von SchlaganfallpatientInnen stehen in Tirol im stationären Bereich 3 Stroke Units (Innsbruck, Kufstein, Lienz), 3 neurologische Abteilungen (Innsbruck, Kufstein, Lienz), die internistischen Abteilungen der Akutkrankenhäuser (Hall in Tirol, St. Johann in Tirol, Zams, Reutte, Schwaz), eine Akutnachbehandlung in einer Sonderkrankenanstalt (Hochzirl) und 2 Akutnachbehandlungseinheiten in Bezirkskrankenhäusern (Kufstein, Lienz) sowie das Rehabilitationszentrum Münster zur Verfügung. Im Bereich der ambulanten Nachbetreuung bieten Therapiezentren, niedergelassene TherapeutInnen einzelner Krankenanstalten tagesklinische oder spitalsambulante Behandlungen an. In ausgewählten Bezirken wird ein ambulantes Rehabilitationskonzept in der Form eines Gesundheitsnetzwerkes angeboten.

⁹ Kurzbericht über den Integrierten Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall Tirol in Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten (Amt der Tiroler Landesregierung) und dem Tiroler Gesundheitsfonds (TGF).

15.4.2 Maßnahmen zur Umsetzung des „Integrierten PatientInnenpfades / Behandlungspfades Schlaganfall Tirol“

Der „Integrierte PatientInnenpfad / Behandlungspfad Schlaganfall Tirol“ ist eine vom Tiroler Gesundheitsfonds (TGF), allen Tiroler Krankenversicherungsträgern, allen öffentlichen Tiroler Akutkrankenhäusern, der Leitstelle Tirol, dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, dem Roten Kreuz Tirol und der Sozialabteilung des Landes Tirol landesweit konsentrierte Festlegung der PatientInnenbehandlung bei einem Schlaganfall. In diesem Behandlungspfad ist die optimale PatientInnenbehandlung und effiziente Ablauforganisation in den Behandlungsstufen prähospitaler Phase, hospitaler Phase, stationäre Rehabilitation / Akutnachbehandlung und ambulante Rehabilitation beschrieben.

Ein pfadspezifisches Dokumentationssystem, das aus Quellen des Tiroler Gesundheitsfonds und der Tiroler Gebietskrankenkasse gespeist wird, ermöglicht es, erzielte Ergebnisse mit definierten Zielen zu vergleichen und Abweichungen festzustellen. Diese Analyse bildet die Grundlage für die kontinuierliche Verbesserung des Pfades.

PatientInnenpfad / Behandlungspfad Schlaganfall Tirol – 4 Phasen

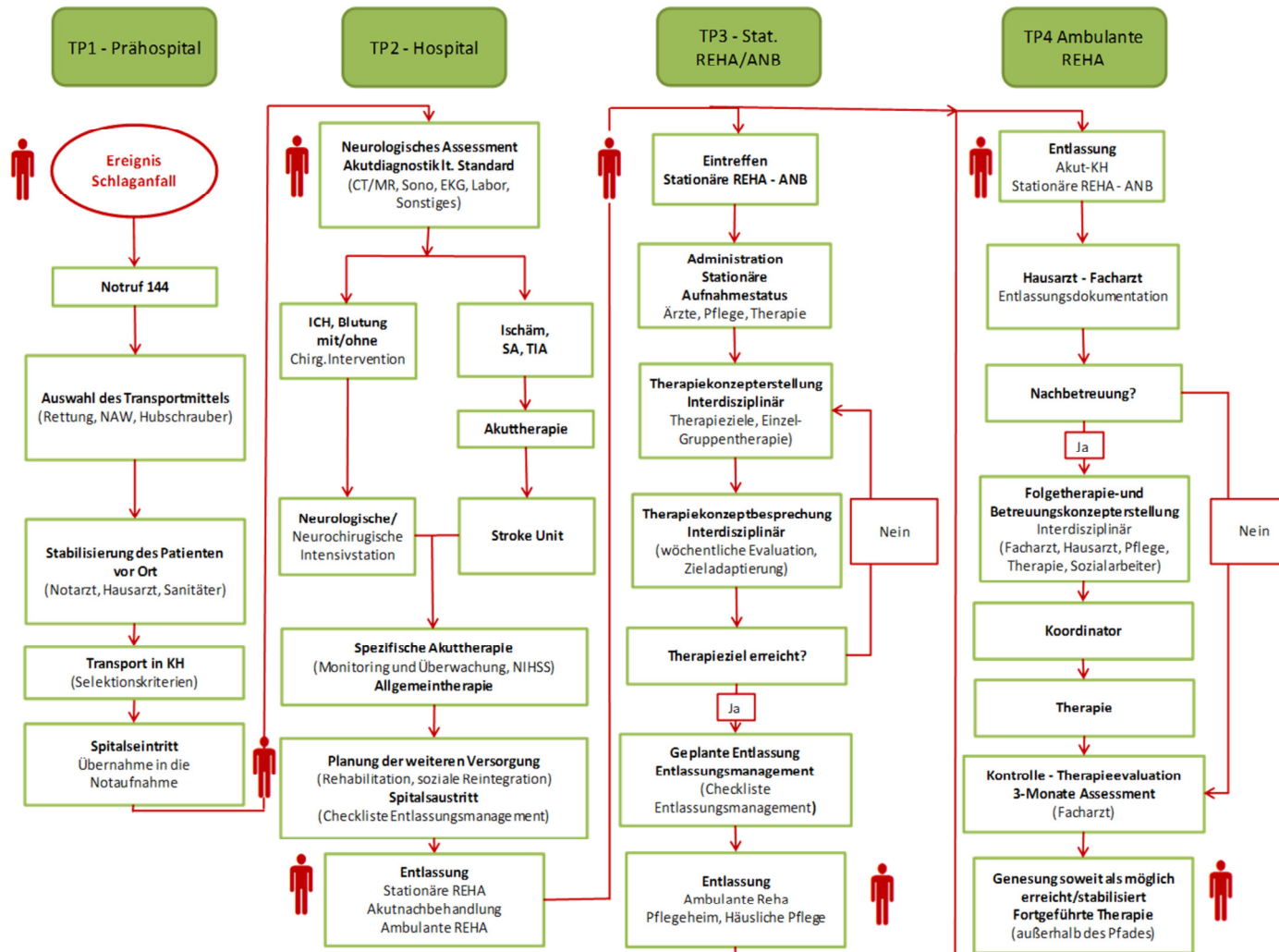


Abbildung 57: PatientInnenpfad / Behandlungspfad Schlaganfall Tirol – 4 Phasen

Datenquelle: Tiroler Gesundheitsfonds (TGF)

In der **Prähospitalphase** liegt der Schwerpunkt auf der Öffentlichkeitsarbeit und der Optimierung der Akutversorgung.

Alle 2 Jahre wird die Bevölkerung mittels breit angelegten Informationskampagnen zur Symptomerkennung und entsprechenden Vorgehensweise bei Schlaganfall sensibilisiert (Printmaterial, Fernsehspots, Radioeinschaltungen, Schlaganfall Tirol App ...). Zur Information der Bevölkerung steht eine entsprechende Website des Landes Tirol zur Verfügung: www.schlaganfall-tirol.info. Die nächste Kampagne wird im Herbst 2018 durchgeführt.

Im Rahmen des Fachbeirates Schlaganfall, der die Ergebnisse der jährlichen Auswertungen zur Schlaganfallversorgung diskutiert, werden Problemfelder in der Akutversorgung diskutiert und gemeinsam mit den Verantwortlichen bearbeitet (Empfehlungen für Vorgehensweisen in der Leitstelle, im Rettungswesen, in der notärztlichen Versorgung...). 2018 wird der Behandlungspfad für die neue Therapieform der Endovaskulären Thrombektomie standardisiert.

In der **Hospitalphase** wurde zur Dokumentation und Evaluierung des Behandlungspfades beginnend mit 1.7.2009 eine landesweite Dokumentation in den Akutkrankenanstalten eingeführt. Diese konnte mit praktisch vollständigem Deckungsgrad umgesetzt werden (Stroke Units, Neurologische Abteilungen, Internistische Abteilungen); die Datenqualität wird laufend evaluiert und ist als sehr zufriedenstellend zu bezeichnen. Auf Basis dieser Dokumentation werden den 8 Tiroler Krankenanstalten, in denen akute SchlaganfallpatientInnen behandelt werden, jährlich individuelle Ergebnisberichte zur Verfügung gestellt und im kollegialen Gespräch diskutiert.

Zentrales Arbeitsfeld in der **stationären Rehabilitations-/Akutnachbehandlungsphase** ist, dass Aufnahme und Entlassungsmanagement standardisiert ablaufen hat, um Informationsverluste zu vermeiden. Für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nach einem akuten Schlaganfall kommen potentiell in Tirol verschiedenste Möglichkeiten (alternativ oder in Kombination) in Frage:

- Frührehabilitation im Akut-KH
- Neuro-Akut-Nachbehandlung Stufe B im Akut-KH
- Neuro-Akut-Nachbehandlung Stufe B im LKH Hochzirl
- Neuro-Akut-Nachbehandlung Stufe C im Akut-KH
- Neuro-Akut-Nachbehandlung Stufe C im LKH Hochzirl
- AG/R (Akutgeriatrie) im Akut-KH
- AG/R (Akutgeriatrie) im LKH Hochzirl
- Rehasentren (Münster, Hermagor, andere)
- Ausländische Rehasentren (Fachklinik Enzensberg)

Anzahl Akut- /Schlaganfälle 2012 – 2016, die in den Tiroler Krankenanstalten behandelt wurden

Anzahl der akuten Schlaganfälle	2012	2013	2014	2015	2016
Innsbruck-Stadt	202	199	215	193	217
Imst	85	82	70	78	98
Innsbruck-Land	315	281	272	237	270
Kitzbüchel	119	101	112	122	116
Kufstein	171	175	187	209	189
Landeck	61	69	69	67	48
Lienz	131	126	116	121	137
Reutte	67	53	48	57	50
Schwaz	105	136	127	126	137
Nicht-Tirol	197	231	193	199	222
	1.453	1.453	1.409	1.409	1.484

Tabelle 76: Anzahl der akuten Schlaganfälle, die in den Tiroler Krankenanstalten 2012 – 2016 nach Bezirk behandelt wurden

Datenquelle: Landesinstitut für Integrierte Versorgung der Tirol Kliniken GmbH

In der ambulanten Rehabilitation wurden rund 65% aller akuten SchlaganfallpatientInnen behandelt. Die verbleibenden 35% benötigen entweder gar keine Rehabilitation mehr nach dem Krankenhausaufenthalt oder fallen unter die Zahl der schwerstbetroffenen SchlaganfallpatientInnen, die versterben.

15.4.3 Umsetzung der wohnortnahen ambulanten Rehabilitation

Beginnend mit dem Bezirk Landeck wurde ein Konzept zur wohnortnahen ambulanten Rehabilitation umgesetzt, das die bestehenden Strukturen (HausärztInnen, NeurologInnen, mobile Pflege- und Betreuungsorganisationen, niedergelassene TherapeutInnen, Pflegeheime, entlassendes Akutkrankenhaus bzw. Akutnachbehandlung) zu einem qualitätsorientierten Behandlungsnetzwerk zusammenfasst. Eine landesweite Ausrollung des Konzeptes wurde von der Gesundheitsplattform beschlossen.

15.4.3.1 Ausbaustand zum Jahresende 2017

Mit Stand Jänner 2018 steht dieses Behandlungsnetzwerk den SchlaganfallpatientInnen der Bezirke Imst, Kitzbühel, Kufstein, Landeck, Reutte und Schwaz zur Verfügung. Die entlassenden Krankenhäuser Innsbruck-Stadt, Hochzirl, St. Johann in Tirol, Kufstein, Zams, Reutte und Schwaz melden vor Entlassung des/der Patienten/Patientin diesen bei einer/m KoordinatorIn einer mobilen Pflege- und Betreuungsorganisation an (Koordination Schlaganfallpfad). Diese/r organisiert in weiterer Folge den von den ÄrztInnen (NeurologInnen) festgelegten Behandlungsplan (Art und Zahl der Behandlungseinheiten, Definition des Reha-Ziels). Nach 3 Monaten erfolgt eine neuerliche Untersuchung bei einer

niedergelassenen Neurologin / einem niedergelassenen Neurologen, um das weitere Vorgehen zu definieren. Im Rahmen des Behandlungsplanes können max. 70 Therapieeinheiten konsumiert werden. Für Versicherte der TGKK, BVA, KUF und VAEB wird kein Selbstbehalt geltend gemacht.

Die Ausrollung des Behandlungskonzeptes erfolgte im Bezirk Lienz mit April 2018. Die Bezirke Innsbruck-Stadt und Innsbruck-Land sind für 2019/2020 geplant.

Ausbaustand 2017 / 2018

Umsetzung der wohnortnahen ambulanten Rehabilitation	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Innsbruck-Stadt								geplant ab 2019 / 2020			
Imst		rd. 70 PatientInnen jährlich seit 2013									
Innsbruck-Land								geplant ab 2019 / 2020			
Kitzbühel						rd. 90 PatientInnen seit 2017					
Kufstein											
Landeck	rd. 30 PatientInnen jährlich bereits seit 2010										
Lienz							seit April 2018				
Reutte		rd. 25 PatientInnen jährlich seit 2014									
Schwaz					rd. 90 PatientInnen jährlich seit 2016						

noch keine
Umsetzung erfolgtPilotprojektstatusUmsetzung geplantUmgesetzt

Abbildung 58: Ausbaustand 2017 / 2018 der wohnortnahen ambulanten Rehabilitation in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Landesinstitut für Integrierte Versorgung der Tirol Kliniken GmbH

Von SchlaganfallpatientInnen, die eine außerstationäre Rehabilitation in Anspruch nehmen, wird im Zuge des Integrierten Patientenpfades nachfolgende Anzahl an Personen über die Leistung „Koordination Schlaganfallpfad“ von den mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen betreut.

Übersicht der Leistungsdaten der Abteilung Soziales

	2014* (01.11.2013- 31.10.2014)	2015 (01.11.2014 - 31.10.2015)	2016 (01.11.2015 - 31.10.2016)	2017 (01.11.2016 - 31.10.2017)	Gesamt
Leistungsstunden	228	261	328	340	1.157
betreute Personen	72	86	128	165	451
Kosten	8.436,25	10.003,10	12.732,96	13.339,84	44.512,15

*Erstmalige Leistungserbringung erfolgte im Jahr 2014

Tabelle 77: Übersicht der Leistungsdaten der Abteilung Soziales

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

15.4.4 Finanzierung

Die Finanzierung des integrierten PatientInnenpfades / Behandlungspfades Schlaganfall erfolgte bisher aus Mitteln des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) und der Abteilung Soziales für die Deckung der Kosten der Koordination Schlaganfall.

15.5 Demenz

15.5.1 Krankheitsbild und Verlauf

Demenz ist ein Oberbegriff und umfasst verschiedene neurodegenerative Erkrankungen, die chronisch fortschreiten. Derzeit steht keine ursächliche Behandlung zur Verfügung. Im Verlauf einer Demenzerkrankung kommt es zur Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen wie Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen (kognitive Symptome). (Dilling et al. 1991)

Damit einhergehend kommt es auch zu Beeinträchtigungen in den Alltagsfertigkeiten wie Haushaltsführung, Einkaufen, Kochen, Körperpflege, Ankleiden und den damit in Zusammenhang stehenden Aktivitäten des täglichen Lebens.

Diese Beeinträchtigungen werden von einer Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und/oder der Motivation begleitet (Dilling et al. 1991). Diese nicht-kognitiven Symptome sind im eigentlichen Sinne Störungen des Erlebens, Befindens und Verhaltens. Sie werden auch als BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) bezeichnet.¹⁰

Die Demenz wird als eine Umschreibung für eine Vielzahl von degenerativen Erkrankungen des Gehirns verwendet. Nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO werden folgende Demenzformen unterschieden (Dilling et al. 1991)

- Alzheimer Demenz
- Vaskuläre Demenz
- Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen, wie etwa bei der Pick'schen Erkrankung, Morbus Creutzfeldt-Jakob, Morbus Huntington, Morbus Parkinson, HIV-Erkrankung und bei anderen Erkrankungen
- Sekundäre Demenzformen: akute exogene Reaktionstypen oder Durchgangssyndrome aufgrund einer organischen Gehirnerkrankung, stoffwechselbedingte Gehirnfunktionsstörungen, Erkrankungen endokriner Organe und durch Medikamente oder durch Suchtmittel induzierte Gehirnfunktionsstörungen

Die häufigste und bekannteste Form einer Demenz ist die Alzheimer Demenz (ca. 60%). Sehr häufig treten Mischformen der Demenz auf.

Die zweithäufigste Form ist die vaskuläre (gefäßbedingte) Demenz mit ca. 15%, welche die vaskuläre Demenz und AD (ca. 10%) und rein vaskuläre Demenz (ca. 5%) umfasst. Gleich häufig tritt die Lewy-Körper-Demenz (LBD)¹¹ mit ca. 15% auf, welche in LBD mit AD (12%) und reine LBD (3%) unterschieden wird. Die frontotemporale Demenz¹² und andere Demenzformen treten bei jeweils ungefähr 5% der Erkrankungsfälle auf.

¹⁰ Österreichischer Demenzbericht 2014, S 4 f.

¹¹ Die Lewy-Körperchen-Demenz ähnelt der Alzheimer-Krankheit und hat auch ähnliche Ursachen: In den Nervenzellen des Gehirns lagern sich Eiweißreste ab, die nicht richtig abgebaut werden.

¹² Die frontotemporale Demenz (FTD) ist eine neurodegenerative Erkrankung, welche den Stirn- und Schläfenlappen des Gehirns zerstört.

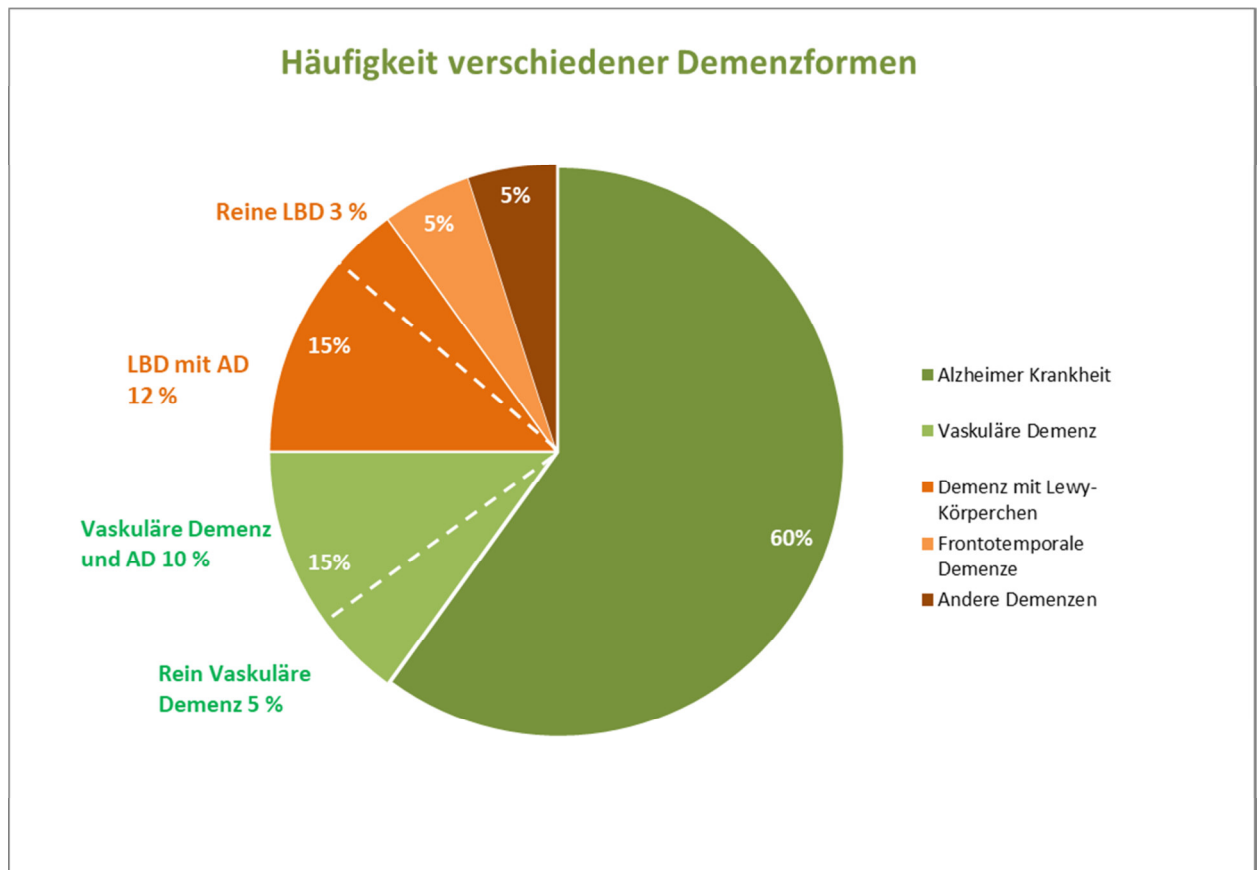


Abbildung 59: Häufigkeit verschiedener Demenzformen

Datenquelle: Gearing et al. (1995); Kosunen et al. (1996); Nagy et al. (1998)

In der Regel beginnt eine Demenz (mit wenigen Ausnahmen) mit einer Störung der Merkfähigkeit (Kurzzeitgedächtnis). Beim Fortschreiten der Demenz sind je nach Schweregrad (wird in drei Schweregrade unterteilt) zusätzlich mehrere kognitive und nicht-kognitive Bereiche betroffen.

Der Verlauf ist abhängig von der Demenzform und äußeren Einflussfaktoren (z.B. körperliche Erkrankung, Überforderung, Unterforderung, Einsamkeit, Depression, sozialer Isolation, fehlender Struktur, unerwarteten Ereignissen, Stress, Krankenhausaufenthalt, Verlassen der gewohnten Umgebung mit gewohnten Abläufen). Die einzelnen Stadien können sich in ihrer Symptomatik überschneiden. Entsprechend der jeweiligen Demenzform und ihrem Verlauf ändern sich die Erfordernisse an Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen. Damit verändert sich auch der Unterstützungsbedarf für betreuende Angehörige.

Demenz betrifft nicht nur die erkrankten Menschen selbst, sondern auch deren (betreuende) Angehörige in besonderem Maße.¹³

15.5.2 Ausgangslage

Eine höhere Lebenserwartung führt vor allem zu einem signifikanten Anstieg der Anzahl an demenzerkrankten Personen. Im Jahre 2015 betrug der Anteil dieser Personengruppe laut einer Schätzung 1,45% der Gesamtbevölkerung in Österreich. In Tirol leben beinahe ca. 11.000 Personen mit

¹³ Österreichischer Demenzbericht 2014, S 6 f.

einer Form von Demenz. Bis Ende 2030 werden in Tirol bereits über 15.000 Personen (+ 51,42%) an Demenz erkrankt sein.

Prognostizierte Prävalenz an Demenzerkrankungen Tirol 2015 – 2030 zum jeweiligen Jahresende

Bezirk	2015	2017	2020	2025	2030
Innsbruck-Stadt	1.976	2.049	2.195	2.514	2.878
Imst	725	751	841	973	1.140
Innsbruck-Land	2.300	2.471	2.726	3.209	3.743
Kitzbüchel	999	1.045	1.131	1.279	1.451
Kufstein	1.427	1.512	1.664	1.929	2.243
Landeck	618	643	702	786	884
Lienz	841	869	909	983	1.090
Reutte	472	500	541	618	711
Schwaz	1.098	1.163	1.271	1.462	1.691
Tirol	10.456	11.003	11.980	13.753	15.831

Tabelle 78: Prognostizierte Prävalenz an Demenzkranken in Tirol 2015 – 2030 zum jeweiligen Jahresende

Datenquelle: Berechnung nach Eurodem Prävalenzrate; Amt der Tiroler Landesregierung, eigene Auswertung

Der demografische Wandel und die damit einhergehenden steigenden Demenz-Prävalenzraten sowie der ansteigende Betreuungs- und Pflegeaufwand hatte die österreichische Bundesregierung veranlasst, das Thema Demenz in das Regierungsprogramm von 2013 – 2018 unter dem Schwerpunkt "Länger gesund leben und arbeiten" aufzunehmen.

Im Jahr 2015 entwickelten rund 70 Personen aus Politik, Wissenschaft und Praxis im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und des Sozialministeriums gemeinsam mit Betroffenen die Österreichische Demenzstrategie. Mit 7 Zielen soll erreicht werden, dass die Lebenssituation von Menschen mit unterschiedlichen demenziellen Beeinträchtigungen, aber auch jene von An- und Zugehörigen, erleichtert und verbessert wird. Den Wirkungszielen sind 21 Handlungsempfehlungen zugeordnet. Die präzisierten Handlungsempfehlungen ermöglichen den EntscheidungsträgerInnen (auf den Ebenen Bund, Länder und Gemeinden) in ihren jeweiligen Wirkungsbereichen konkrete Maßnahmen zu planen und umzusetzen, um so gemeinsam die definierten Wirkungsziele zu erreichen.¹⁴

¹⁴ Gut Leben mit Demenz, Eine Strategie im Auftrag des Sozialministeriums und des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Fact Sheet.

Die 7 Wirkungsziele der Österreichischen Demenzstrategie im Überblick:

01	Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen sicherstellen
02	Information breit und zielgruppenspezifisch ausbauen
03	Wissen und Kompetenz stärken
04	Rahmenbedingungen einheitlich gestalten
05	Demenzgerechte Versorgungsangebote sicherstellen und gestalten
06	Betroffenenzentrierte Koordination und Kooperation ausbauen
07	Qualitätssicherung und -verbesserung durch Forschung

Abbildung 60: Die 7 Wirkungsziele der Österreichischen Demenzstrategie im Überblick

Datenquelle: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), eigene Grafik

Die Demenzstrategie soll den gemeinsamen Orientierungsrahmen für eine zielgerichtete Kooperation zwischen den Stakeholdern bilden. Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung sowie zahlreiche Einrichtungen und Organisationen setzen bereits Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung von Menschen mit Demenz.¹⁵

15.5.3 Maßnahmen zur Umsetzung der Demenzstrategie in Tirol

15.5.3.1 Projekt Koordinationsstelle Demenz – Demenzforum Tirol

Mit Beschluss der Landeszielsteuerungskommission (LZK) hat die Koordinationsstelle Demenz am 1. Oktober 2017 ihre Tätigkeit aufgenommen. Der Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) wird weiterhin die planerischen Maßnahmen zur Umsetzung der Demenzstrategie vorgeben. Die operative Umsetzung wird über das Landesinstitut für integrierte Versorgung (LIV) veranlasst, in dem die Koordinationsstelle Demenz eingerichtet ist.

Primäre Aufgabe der Koordinationsstelle Demenz ist das Aufzeigen der bestehenden demenzspezifischen Leistungsangebote, um die Orientierung und Information über Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten als einfach zugänglichen Überblick für Betroffene und Angehörige, MitarbeiterInnen in stationären und ambulanten Einrichtungen sowie für niedergelassene ÄrztInnen zur Verfügung zu stellen. Dazu wurde eine Erhebung von allen in Tirol tätigen Leistungsanbietern durchgeführt. Die Voraussetzung für eine flächendeckende Demenzversorgung liegt in der

¹⁵ Demenzstrategie, Gut Leben mit Demenz, Abschlussbericht – Ergebnisse der Arbeitsgruppe, Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und des Bundesministeriums für Gesundheit, Fact Sheet.

kontinuierlichen Vernetzung der SystempartnerInnen, die im Demenzforum Tirol zusammengeführt werden.

Seit Herbst 2018 ist eine Website der Koordinationsstelle Demenz mit den Angeboten zur Demenzversorgung samt Leistungsbeschreibung freigeschaltet: www.demenz-tirol.at. Die Leistungsangebote der Einrichtungen werden dazu über die Koordinationsstelle Demenz nach bestimmten Kriterien strukturiert und ein- bis zweimal jährlich gewartet und aktualisiert.

15.5.3.2 Praxistag Demenz – Den Alltag meistern

Diese Veranstaltung mit 140 TeilnehmerInnen wurde am 30. November 2017 in Kooperation mit dem Land Tirol, den Tirol Kliniken GmbH, der UMIT und der Caritas zum zweiten Mal durchgeführt. Ziel war es, einen Rahmen zu schaffen, in dem Betroffene oder Interessierte die Möglichkeiten hatten, sich in Vorträgen Wissen über Demenz anzueignen, in Workshops ExpertInnen befragen zu können und sich zu vernetzen.

Im Jahr 2018 fand der Praxistag *Demenz - den Alltag meistern* am 15. November 2018 statt.

15.5.3.3 Gesundheitspädagogisches Zentrum

Die Bildungseinrichtung des Landes führte im Jahr 2017 20 Fortbildungstage für 304 TeilnehmerInnen zu demenzspezifischen Themen durch. Das Angebot im Jahr 2018 wurde aufgrund der starken Nachfrage ausgebaut.

15.5.3.4 Demenz braucht Kompetenz – gesetzte Aktivitäten in den tirol kliniken

Die 2014 gestartete, praxis- und handlungsorientierte Initiative der tirol kliniken zur Optimierung der Versorgung von PatientInnen mit Demenzerkrankungen und Delir (Verwirrheitszustand) im Krankenhaus wurde 2017 entsprechend der vier Leitgedanken eingeführt und erfolgreich bei den Tirol Kliniken weiter ausgebaut. Die Zusammenarbeit und Vernetzung nach innen und außen wird durch die Teilnahme, Einladung und Mitwirkung bei Veranstaltungen und Kongressen, durch Presseartikel und Mitwirkung in verschiedenen Gremien bzw. Plattformen gefördert.

15.5.3.5 Schulungskonzept

Bis Ende 2017 haben bereits 2.500 MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen an zumindest einer Fortbildungsmaßnahme bzw. Weiterbildung teilgenommen.

15.5.3.6 Memory Netzwerk und Memory ExpertInnengruppe

Ende 2017 bestand das Memory Netzwerk bereits aus rund 170 Memory Beauftragten, koordiniert durch 7 der insgesamt 11 Memory Nurses. Damit sind fast 200 MultiplikatorInnen und Ansprechpersonen vor Ort, die durch ihre spezielle Ausbildung MitarbeiterInnen, Betroffene und Angehörige umfassend beraten.

15.5.3.7 Projekt „Delir – erkennen – behandeln – vermeiden“

Das Projekt pilotierte auf den drei Stationen der Unfallchirurgie am LKI (Landeskrankenhaus - Universitätskliniken Innsbruck) und wurde 2017 in den Regelbetrieb übergeführt.

15.5.3.8 Website „Demenz braucht Kompetenz“ www.demenz.tirol-kliniken.at

Die mit vielen Informationen und Tipps zum Thema Demenz für Betroffene, Angehörige und interessierte Gesundheitsberufe versehene Website wurde am Weltalzheimertag (21.09.2017) freigeschaltet.

15.5.3.9 Checkliste bzw. der Informationsbogen „Gut vorbereitet ins Krankenhaus“

Die Checkliste bzw. der Informationsbogen „Gut vorbereitet ins Krankenhaus“, welcher auch für den ambulanten Dienst und den niedergelassenen Bereich zur Anwendung kommt, wurde entwickelt und veröffentlicht. Damit wird eine bessere Vorbereitung des Krankenhausaufenthaltes gewährleistet.

15.5.3.10 Broschüre zur Initiative „Demenz braucht Kompetenz“

Broschüren zur Initiative „Demenz braucht Kompetenz“ und Postkarten mit einer Kurzinformation sowie dem Hinweis auf die Internetadresse für Veranstaltungen wurden veröffentlicht.

15.5.3.11 Begleitung kognitiv beeinträchtigter PatientInnen durch ehrenamtliche MitarbeiterInnen

Das Projekt „Begleitung kognitiv beeinträchtigter PatientInnen durch ehrenamtliche MitarbeiterInnen“ des Vereins Klinikbrücke wurde weiter ausgebaut.

15.5.3.12 Klinik-interner TV-Kanal „Auszeit-TV“

Auf sehr positive Resonanz stößt der klinik-interne TV-Kanal „Auszeit-TV“ mit jahreszeitlich abgestimmten, demenzgerechten Beiträgen aus der Tiroler Flora und Fauna. Die Beiträge stehen auch

anderen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bzw. allen Interessierten kostenlos über Youtube zur Verfügung.

15.5.4 Versorgung von pflegebedürftigen Personen in Wohn- und Pflegeheimen

Das Land Tirol sieht für die Versorgung von an Demenz erkrankten Personen in Wohn- und Pflegeheimen den Ansatz der Inklusion und bewusst nicht den der Isolation vor. Dies entspricht den Grundsätzen der UN-Konvention – Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die als Orientierungshilfe für diesen Personenkreis im Pflegebereich analog herangezogen werden können. Es wird bei der baulichen Gestaltung der Stationen in den Wohn- und Pflegeheimen darauf geachtet, dass von den Stützpunkten des Pflegedienstes in den Stationen eine Aufsicht der an Demenz erkrankten betreuungs- und pflegebedürftigen Personen gewährleistet werden kann. Die Raumplanung hat im Innen- sowie im Außenbereich (z.B. Demenzgarten) des Heimes ausreichend Bewegungsmöglichkeiten für die BewohnerInnen des Heimes und deren BesucherInnen vorzusehen. Die Unterbringung von HeimbewohnerInnen mit Demenz in Zwei- oder Mehrbettzimmern wird nicht als zielführend gesehen. Dies steht im Widerspruch zum Grundsatz der Gleichbehandlung der HeimbewohnerInnen.

Für Personen in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenzerkrankung, die als schwerstdement einzustufen sind, ist die Betreuung und Pflege in stationären Schwerpunktpflegereinrichtungen (z.B. Landes-Pflegeklinik Tirol in Hall) vorgesehen. Die Schwerpunktpflege in Tirol ist derzeit nur im Zentralraum (Versorgungsregion 71) mit Standort Hall umgesetzt worden. In den Versorgungsregionen 72 (Tirol-West), 73 (Tirol-Nord-Ost) und 74 (Osttirol) ist laut Strukturplan Pflege 2012 – 2022 die Errichtung von Pflegeeinheiten für die Schwerpunktpflege vorgesehen (vgl. dazu weitere Ausführungen im Kapitel Schwerpunktpflege).

15.5.5 Ziele und angestrebte Wirkungen

Die besseren Kenntnisse über die Diagnostik, Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten der Institutionen und deren Vernetzung sollen die Situation der PatientInnen und deren Umfeld verbessern. Zudem wird die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals in stationären und ambulanten Einrichtungen erhöht.

Durch begleitende Öffentlichkeitsarbeit soll das Thema Demenz der Bevölkerung näher gebracht werden. Erhöhte Aufmerksamkeit und Kenntnis der Anfangssymptome können zu einer früheren Erkennung der Krankheit, einer besseren Therapierbarkeit und damit zu einer Erhöhung der Lebensqualität der betroffenen Erkrankten und deren Umfeld führen.

15.5.6 Finanzierung

Die Koordinationsstelle Demenz hat mit Oktober 2017 ihre Tätigkeit aufgenommen. Die organisatorische Zuordnung ist beim Landesinstitut für Integrierte Versorgung (LIV), die Finanzierung erfolgt über den Tiroler Gesundheitsfonds (TGF).

15.6 „Primary Health Care“ – „Das Team rund um den Hausarzt“

15.6.1 Ausgangslage

In den Ordinationen der niedergelassenen ÄrztInnen und bei den diplomierten und hochspezialisierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen findet tagtäglich ambulante Versorgung auf hohem Niveau und mit viel Engagement zur großen Zufriedenheit der PatientInnen statt. Vielfach fehlen jedoch den an der Primärversorgung beteiligten Gesundheitsberufen die praktischen, die rechtlichen und vertraglichen Möglichkeiten, um eine koordinierte Versorgung sicher zu stellen. Damit kann die Kontinuität in der medizinischen und pflegerischen Versorgung nicht immer gewährleistet werden. Primärversorgung benötigt ein Mehr an verbindlicher Kommunikation und Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen.

Neue Primärversorgungseinheiten sollen unter geeigneten organisatorischen und vertraglichen Rahmenbedingungen entstehen.¹⁶

15.6.2 Rechtliche Grundlage

Mit dem System der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit kamen der Bund, die Länder sowie die Sozialversicherung bereits im Jahr 2013 überein, für PatientInnen einen niederschweligen Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung auf hoher Qualität langfristig zu sichern und auszubauen. Die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I Nr. 200/2013) sieht eine Stärkung und strukturelle Verankerung der Primärversorgung („Primary Health Care“) nach internationalem Vorbild (auch im niedergelassenen Bereich) vor (Art. 5 Abs. 3 Z. 3).

Das Konzept für die Primärversorgung („Das Team rund um den Hausarzt“) wurde (schließlich) einstimmig von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014 beschlossen.

Ein Anliegen der Gesundheitsreform stellt der Ausbau der Primärversorgung dar¹⁷ und soll einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung des solidarischen Gesundheitssystems auf hohem Niveau leisten.¹⁸

Am 28. Juni 2017 wurde das Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 (GRUG 2017, BGBl. I Nr. 131/2017) im Parlament beschlossen und am 2. August 2017 veröffentlicht, wodurch eine gesetzliche Grundlage für die Primärversorgung geschaffen und weitere Gesetze geändert und angepasst wurden. Unter Art. 1 des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017 ist/wurde das Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG, BGBl. I Nr. 131/2017) kundgemacht.

¹⁶ Gesetzesmaterialien des PrimVG; AB. 1714 BlgNr. 25 GP S.1 und 2.

¹⁷ Gesetzesmaterialien zur Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit; 2140 BlgNr. 24. GP S. 6.

¹⁸ Gesetzesmaterialien des PrimVG; AB. 1714 BlgNr. 25. GP S. 5.

15.6.3 Definition der Primärversorgung und Geltungsbereich

Das PrimVG regelt die Primärversorgung im Sinne des § 3 Z. 9 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017), soweit diese durch multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten erbracht werden.

Gemäß § 3 Z. 9 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes wird „Primärversorgung (Primary Health Care)“ als „allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung“ definiert. Ziel ist die Koordinierung des Versorgungsprozesses sowie die Gewährleistung einer ganzheitlichen und kontinuierlichen Betreuung unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Bedingungen.

Die Primärversorgungseinheit hat Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheits- und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren.

Durch die Etablierung von Primärversorgungseinheiten soll somit der (voll)stationäre Bereich entlastet und gleichzeitig hochwertige Primärversorgung gewährleistet werden, die als besonders niederschwelliges Angebot für alle gesundheitlichen Fragestellungen und Probleme der Bevölkerung zur Verfügung steht. Diese Maßnahmen sollen auch in Summe zur Steigerung der Attraktivität der Allgemeinmedizin beitragen.¹⁹

15.6.4 Zusammensetzung einer Primärversorgungseinheit / eines Primärversorgungsteams

Eine Primärversorgungseinheit nach § 2 PrimVG ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit (gemäß dem Versorgungskonzept iSd. § 6 PrimVG) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem.

Dabei hat die Primärversorgungseinheit aus einem Kernteam, das sich aus ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt, zu bestehen. Orts- und bedarfsabhängig sollen FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein (§ 2 Abs. 2 PrimVG).

Ferner sind orts- und bedarfsabhängig weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt werden, von der Primärversorgungseinheit verbindlich und strukturiert einzubinden. Als solche kommen insbesondere Hebammen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Medizinischen Assistenzberufe-Gesetz und im Medizinischen Masseur- und Heilmasseurgesetz geregelten Berufe und

¹⁹ Gesetzesmaterialien des PrimVG; AB. 1714 BlgNr. 25. GP S. 1 und 2 sowie Erläuterungen zum GRUG 2017, 312/ME 25. GP S.1.

die gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Betracht sowie gegebenenfalls die Kooperation mit öffentlichen Apotheken (§ 2 Abs. 3 PrimVG).

Zusammensetzung eines Primärversorgungsteams

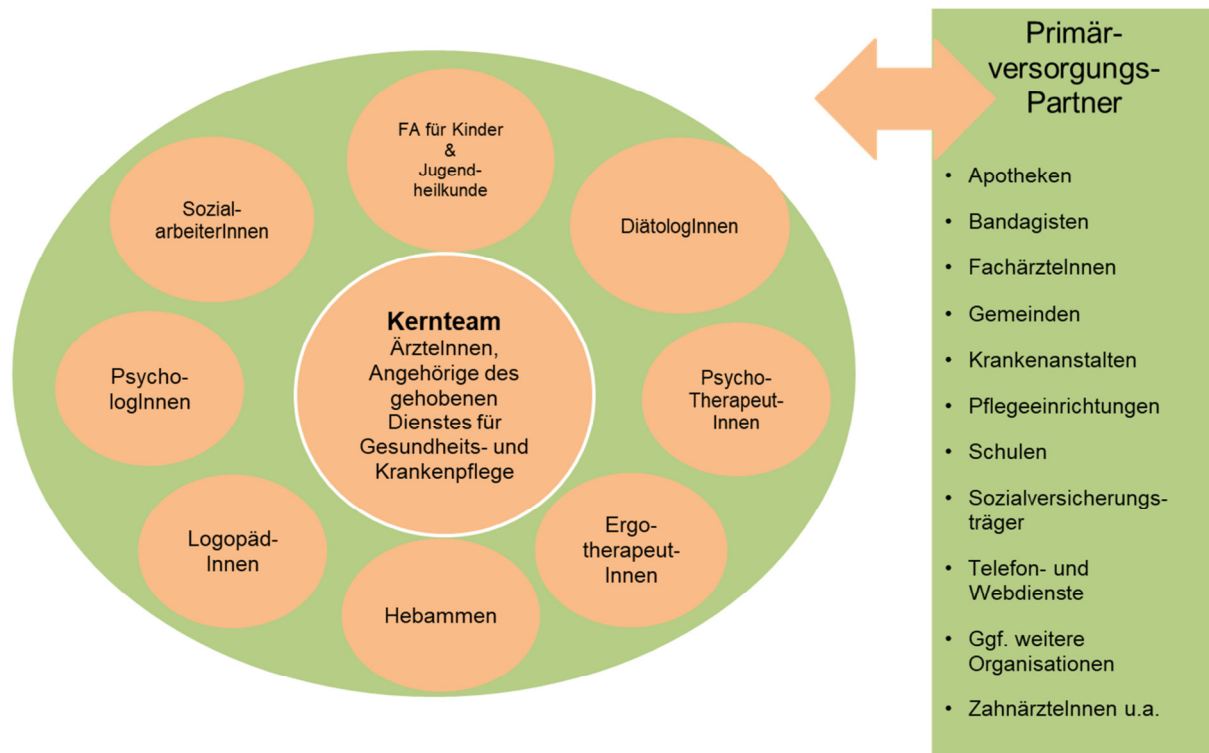


Abbildung 61: Zusammensetzung einer Primärversorgungseinheit / eines Primärversorgungsteams

Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit, eigene Grafik

15.6.5 Voraussetzungen einer Primärversorgungseinheit

Grundvoraussetzung einer Primärversorgungseinheit ist nach dem PrimVG, dass sie mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet zu sein hat.

Sie muss im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG)²⁰ abgebildet sein und über einen auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Primärversorgungsvertrag (§ 8) mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern verfügen, wobei jedenfalls die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse Vertragspartner der Primärversorgungseinheit sein muss (§ 2 Abs. 4 PrimVG).

Eine Primärversorgungseinheit kann an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet sein (§ 2 Abs. 5 PrimVG).

Rechtsform, Organisationsform und Primärversorgungstypus

²⁰ siehe dazu:

https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring, abgerufen am 08.01.2019.

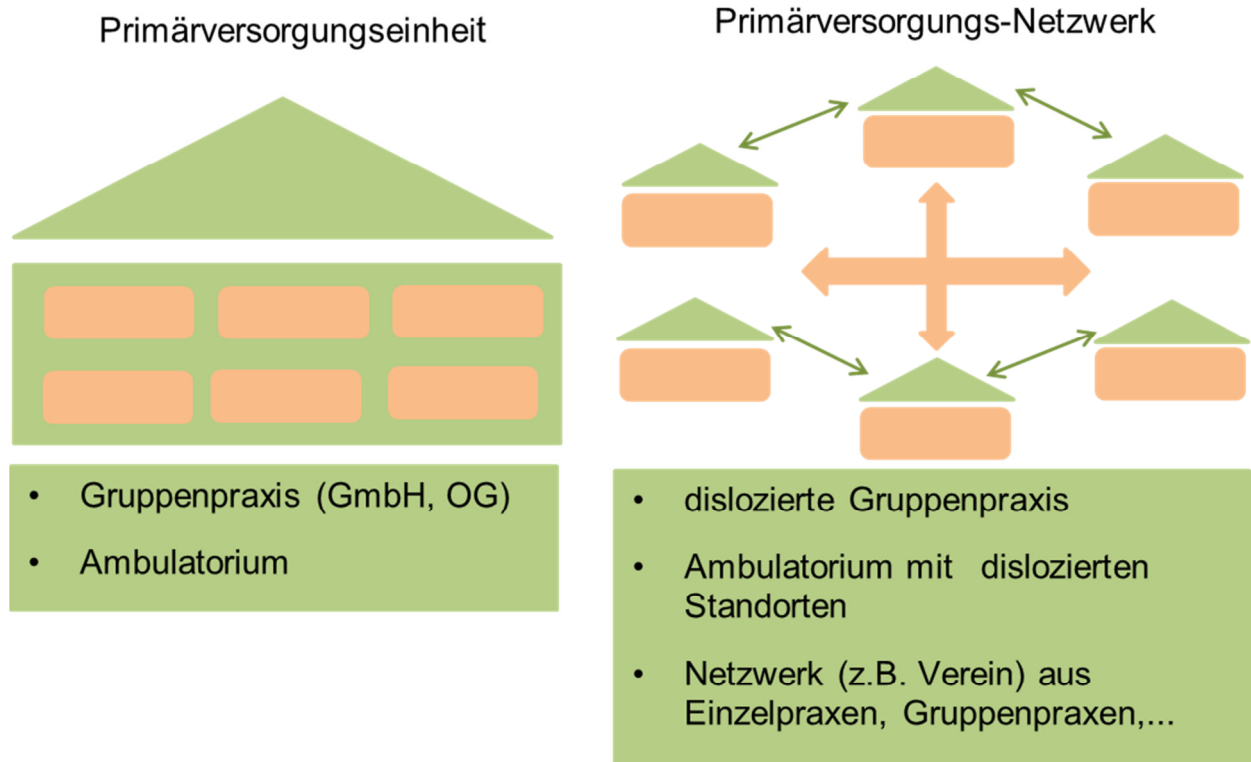


Abbildung 62: Primärversorgungsstruktur

Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit, eigene Grafik

15.6.6 Umsetzung bundesweit

Die Umstellung auf die neuen Primärversorgungsstrukturen soll langfristig erfolgen, so dass in bereits bestehende niedergelassene hausärztliche Strukturen oder in bestehende Vertragsverhältnisse nicht eingegriffen wird. Für die beteiligten Berufsgruppen gibt es Möglichkeiten, in das neue System umzusteigen.²¹

²¹ Gesetzesmaterialien des PrimVG; AB. 1714 BlgNr. 25. GP S. 2.

Vorgesehenes Umsetzungsprogramm

Ausgangszeitpunkt zum Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Derzeit sind keine Primärversorgungseinheiten nach dem Primärversorgungsgesetz 2017 eingerichtet. 	Bis zum Ablauf des Jahres 2021 werden bundesweit zumindest 75 Primärversorgungseinheiten nach dem Primärversorgungsgesetz 2017 eingerichtet. ²²

Tabelle 79: Vorgesehenes Umsetzungsprogramm bezogen auf alle Bundesländer

Datenquelle: Gesetzesmaterialien PrimVG

15.6.6.1 Geplante Umsetzung in Tirol

Am 06. Dezember 2017 fand die 13. Sitzung der Landeszielsteuerungskommission (LZK) statt, in welcher das Konzeptpapier zur Primärversorgung – entworfen von der TGKK – vorgebracht und präsentiert wurde.

Die Projektleitung der Planung und Etablierung von Primärversorgungseinheiten in Tirol liegt bei der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK). Im Kernteam sind sowohl die Tiroler Krankenversicherungsträger als auch das Land Tirol vertreten, im erweiterten Projektteam auch die Ärztekammer für Tirol sowie der Landesverband Tirol des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes.

²² Gesetzesmaterialien des PrimärVG; Vorblatt und WFA., 312/ME 25. GP S.4.

16. Etablierung einer Stelle für Caremanager als „Koordinationsstelle für Pflege und Betreuung“

Die Tiroler Landesregierung hat am 13.02.2018 die Installierung von Drehscheiben zur Beratung und zur Hilfe für pflegende Angehörige im ganzen Land als Teil des Strukturplans Pflege 2012 – 2022 beschlossen, um die bereits guten, wohnortnahen und flächendeckenden Beratungen und Hilfestellungen weiter auszubauen.

Zur Implementierung der „Koordinationsstellen als Caremanager“ wurde beim Amt der Tiroler Landesregierung eine Steuerungsgruppe eingerichtet. Primäre Aufgabe ist die bessere Vernetzung zwischen den regionalen Dienstleistern und den Abteilungen des Landes. Damit soll eine flächendeckende Optimierung der Kommunikation zwischen den einzelnen Stellen ermöglicht werden. Subsidiär soll die Koordinationsstelle eine niederschwellige und wohnortnahe Beratungs- und Informationsmöglichkeit auf lokaler Ebene im Bereich der Pflege für Betroffene und für pflegende Angehörige schaffen.

16.1.1 Differenzierung von Case- und Care Management

Die Differenzierung der Begriffe Case- und Care Management ist vor allem für die Abgrenzung der bereits bestehenden Einrichtungen und der neu zu schaffenden Koordinationsstelle für „Caremanagement“ wesentlich.

Mit der neuen Struktur steht die Vernetzung zwischen den Sozial- und Gesundheitssprengeln, Wohn- und Pflegeheimen, Spitälern / Entlassungsmanagement, ehrenamtlichen Strukturen und Selbsthilfe-Vereinen im Vordergrund (**Care Managements**²³).

Die bisher von den Sozial- und Gesundheitssprengeln sowie von den Wohn- und Pflegeheimen wahrgenommenen Aufgaben des **Case Managements** sollen beibehalten und die bisherige Funktion dieser Einrichtungen mit jener der Koordinationsstelle für Pflege und Betreuung vernetzt werden. Die gegenseitige Unterstützung und Zusammenarbeit steht im Fokus, insbesondere bei komplizierten und komplexen Patientenläufe.

²³ Differenzierung der Begriffe Case & Care Management: „**Case Management** stellt einen interprofessionelles Arbeiten in Netzwerken dar, zur optimalen Gestaltung der Versorgung für den Einzelfall [...]“ Löcherbach (2006); Während **Case Management** darauf ausgerichtet ist, für den Einzelfall eine optimale Versorgung zu gewährleisten, zielt **Care Management** auf die reibungslose, integrierte Ablauforganisation von Versorgungsleistungen durch den Aufbau und die Etablierung von fallübergreifenden, regionalen, organisationsinternen und – übergreifenden Netzwerken, auf die im Einzelfall zurückgegriffen werden kann. (vgl. Wendt 2006); siehe dazu unter: http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/10/Grundlagenpapier_2016.pdf, abgerufen am 08.01.2019.
Care Management „sind alle Entwicklungs- und Koordinierungsmaßnahmen, die grundlegende Rahmenbedingungen schaffen, damit im Einzelfall die Betreuung mit den notwendigen Leistungen optimal und möglichst effizient erbracht werden kann.“ (Ewers, M., 2005).

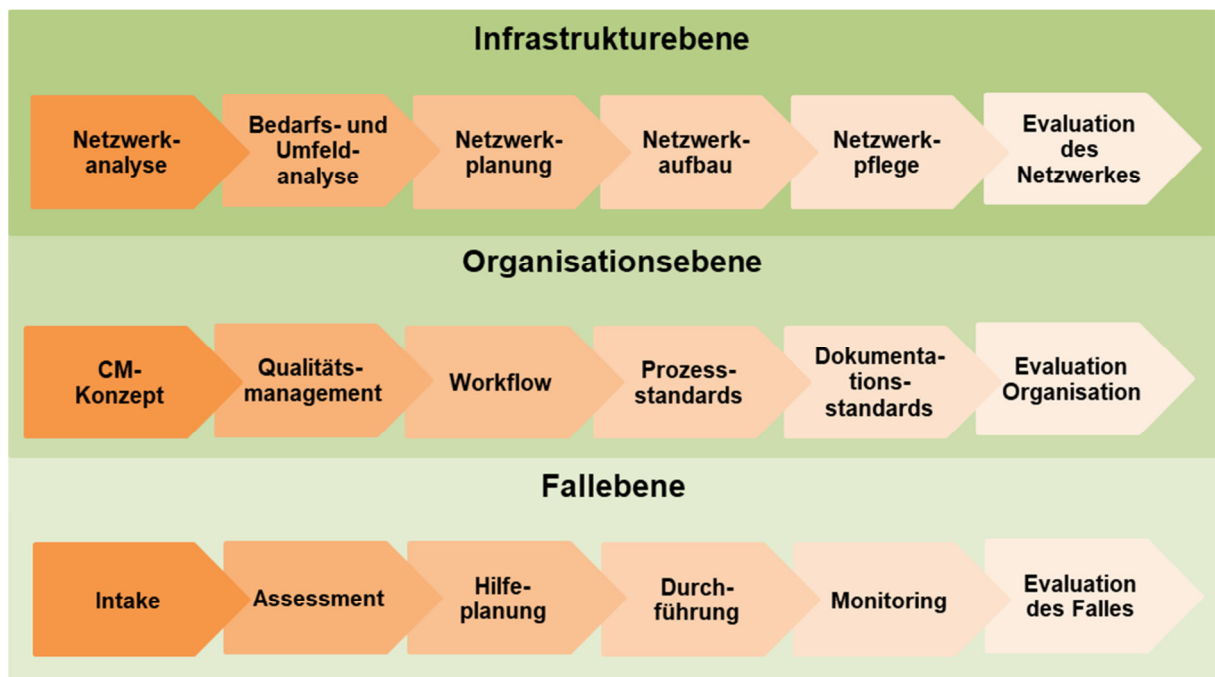


Abbildung 63: Strukturelle Ebenen eines Case & Care Managements

Datenquelle: Löcherbach, 2008, eigene Grafik²⁴

16.1.2 Zielsetzung

Zielvorgabe ist es, eine regionale Koordinationsstelle für „Caremanagement“ als Leitstelle aufzubauen, um einerseits die Vernetzung (= Austausch und Abstimmung) zwischen den regionalen Dienstleistern und/oder den Abteilungen des Landes für Pflege und Betreuung unter Berücksichtigung des bestehenden Case Managements zu koordinieren (= Aufbau, Pflege, Erhaltung und Evaluation von Netzwerkstrukturen) und andererseits alle am Pflege- und Betreuungsprozess beteiligten Personen niederschwellig zu unterstützen und bedarfsorientiert zu beraten.

16.1.3 Aufgaben

Durch die geplanten Koordinationsstellen sollen (vor allem) folgende Aufgaben übernommen werden:

16.1.3.1 Kernkompetenz – Koordination

Aufgabe 1: **Erhebung und Koordination von Pflege- und Betreuungsangeboten** im Bezirk (strukturelle Vernetzungsarbeit)

²⁴ siehe dazu:

http://oegcc.at/wp-content/uploads/2014/02/Loecherbach_Entwicklung.pdf, S. 8, abgerufen am 08.01.2019.

Aufgabe 2: **Organisation von interdisziplinären Netzwerktreffen** zur Entwicklung und Umsetzung einer vorausschauenden, systematischen, regionalen Planung und Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung im Bezirk

- Organisation von regelmäßigen und verpflichtenden Netzwerktreffen zu gemeinsamen Fallbesprechungen der regionalen Case ManagerInnen zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität in Pflege und Betreuung
- Organisation von Unterstützungen und Beratungen für Pflege- und Betreuungseinrichtungen auf regionaler Ebene zur Weiterentwicklung der Schnittstellenproblematik zw. Krankenhaus, Betroffenen, pflegenden Angehörigen, etc.
- Organisation von Schulungen für Dienstleister und pflegende Angehörige, um deren Fach-, Informations- und Beratungskompetenz zu erhöhen (z.B. Pflegegeld, SV, etc.) – betroffenenorientierte Fortbildungsmaßnahmen
- Organisation von Austauschtreffen zum Aufbau und/oder zur Aufrechterhaltung der Zusammenarbeit mit dem Dachverband der Selbsthilfegruppen und den Freiwilligenorganisationen
- Organisation von Erfahrungsaustausch für pflegende Angehörige (z.B. Runder Tisch, ...)
- Die Koordinationsstelle ist Vermittler zw. regionalen Dienstleistern und dem Land Tirol

Aufgabe 3: **Durchführung von regelmäßigen Austauschtreffen** mit dem/r überregionalen KoordinatorIn für Pflege und Betreuung zur Planung und Steuerung des regionalen Pflege- und Betreuungsbedarfs

Aufgabe 4: Erarbeitung der **Trennschärfe von Aufgaben der** Dienstleister und der regionalen Koordinationsstelle für Pflege und Betreuung zusammen mit dem/r überregionalen KoordinatorIn

16.1.3.2 Kernkompetenz – Information und Beratung

Aufgabe 1: Unterstützung und **Erhöhung der Kompetenz** von Dienstleistern, die in der direkten PatientInnenversorgung arbeiten und mit PatientInnen mit komplexem Versorgungsbedarf konfrontiert sind, z.B. in gesundheitlich-pflegerischer, rechtlicher, sozial-institutioneller und organisatorischer Hinsicht, mit dem Ziel eine gemeinsame Lösung zu finden.

Aufgabe 2: **Möglichkeit der niederschweligen Auskunft** in der regionalen Koordinationsstelle (Parteienverkehr), z.B. Anfragende BürgerInnen erhalten Informationen und Beratungen über medizinisch, pflegerische, soziale und gesundheitsfördernde Dienstleistungsanbieter und deren Angebote. *(Abgrenzung: Die Koordinationsstelle für „Caremanagement“ ist nur zweitrangig für Anfragen in pflegerischer, rechtlicher und organisatorischer Hinsicht für Betroffene und pflegende Angehörige zuständig. (Subsidiarität).)*

Aufgabe 3: Bei **Bedarf Erstellung von Informations- und Beratungsmaterial** zur Pflege und Betreuung von PatientInnen mit komplexem Versorgungsbedarf (= Aufbau einer Marketingzugangsstrategie durch Homepage, Flyer, Pflegehotline, etc.)

Aufgabe 4: Sensibilisierung für das Thema der „**Young Carers**“

16.1.4 Umsetzung

Um sicherzustellen, dass die Koordinationsstellen für „Caremanagement“ in den Bezirken optimal und effizient integriert werden, wurde beim Land Tirol eine Steuerungsgruppe eingerichtet. Das Landesinstitut für Integrierte Versorgung (LIV) soll organisatorisch mit der Umsetzung betraut werden und hat dabei laufend eine Abstimmung im Rahmen der Vernetzungsarbeit mit den jeweiligen Einrichtungen in den Bezirken, und zwar insbesondere mit den Gemeinden, den Alten- und Pflegeheimen, den Sozial- und Gesundheitssprengeln, den vorhandenen Pflegeberatungseinrichtungen und dem jeweiligen Entlassungsmanagement des zuständigen a.ö. Bezirkskrankenhauses, sowie anderen sozialen Einrichtungen (wie etwa dem Roten Kreuz, der Caritas, der Lebenshilfe, den Selbsthilfegruppe, etc.) und den sonstigen Gesundheitsdienstleistern (wie etwa der Tiroler Gebietskrankenkasse, etc.) vorzunehmen sowie sich auszutauschen. Eine enge Zusammenarbeit mit sämtlichen in den Bezirken bestehenden sozialen Pflege- und Beratungseinrichtungen soll angestrebt werden, um ein umfassende strukturelle Vernetzungsarbeit bieten zu können.

Gestartet wird in den Pilotregionen Landeck und Kufstein ab 2019. Dort können die bisherigen Erfahrungen und die vorhandene Expertise sehr gut in die „Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung“ eingebracht und diese vernetzt werden. Nach umfassender Evaluierung soll eine weitere Ausrollung in allen Tiroler Bezirken bis Ende 2022 abgeschlossen sein.

Geplanter Ausrollungsplan für die Koordinationsstellen

Ausrollungsplan - Caremanagement	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Innsbruck-Stadt						
Imst						
Innsbruck-Land						
Kitzbühel						
Kufstein			ab 2019			
Landeck			ab 2019			
Lienz						
Reutte						
Schwaz						

Pilotprojektstatus

Umsetzung geplant

umgesetzt

Tabelle 80: Geplanter Ausrollungsplan für die Koordinationsstellen in Tirol nach Bezirk

Datenquelle: Gruppe Gesundheit und Soziales – Steuerungsgruppe

16.1.5 Finanzierung

Die Basisfinanzierung für das Jahr 2018 erfolgt über das Landesinstitut für Integrierte Versorgung (LIV) der Tirol Kliniken GmbH.

Für die Regelfinanzierung wurden bis zu € 800.000,00 jährlich zur Verfügung gestellt.

17. Finanzierung und Ausbauprogramm

17.1 Finanzierung und Ausbauprogramm der innovativen Projekte 2017 – 2022

Darstellung der Ausgaben des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) 2017 – 2022

Projekt	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hospiz- und Palliativversorgung	1.002.292,12	1.619.712,91	2.223.182,76	2.277.879,83	2.334.731,82	2.392.870,12
Herzmobil Tirol	215.108,11	200.000,00	205.000,00	210.125,00	215.378,13	220.762,58
DiabCare	244.000,00	378.600,00	250.000,00	256.250,00	262.656,25	269.222,66
Integrierter Patientenpfad/ Behandlungspfad Schlaganfall	44.068,00	70.000,00	75.000,00	80.000,00	85.000,00	90.000,00
E-Health (Workflow Unterstützung)	0,00	200.000,00	205.000,00	210.125,00	215.378,13	220.762,58
Koordinationsstelle Demenz	16.117,84	83.500,00	85.587,50	87.727,19	89.920,37	92.168,38
Gesamtsumme	1.521.586,07	2.551.812,91	3.043.770,26	3.122.107,01	3.203.064,69	3.285.786,31

Tabelle 81: Darstellung der Ausgaben des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) 2017 – 2022

Datenquelle: Tiroler Gesundheitsfonds (TGF)

Darstellung der Ausgaben der Abteilung Soziales 2017 – 2022

Projekt	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hospiz- und Palliativversorgung	165.679,59	217.191,13	287.671,29	294.480,57	302.247,58	310.073,77
Herzmobil Tirol	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DiabCare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Integrierter Patientenpfad/ Behandlungspfad Schlaganfall - Koordination Schlaganfallpfad	13.339,84	13.700,00	14.000,00	14.400,00	14.800,00	15.100,00
E-Health (Workflow Unterstützung)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Koordinationsstelle Demenz	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Caremanagement Pflege	0,00	0,00	130.000,00	250.000,00	430.000,00	700.000,00
ELGA	0,00	0,00	200.000,00	400.000,00	800.000,00	1.000.000,00
Gesamtsumme	179.019,43	230.891,13	631.671,29	958.880,57	1.547.047,58	2.025.173,77

Tabelle 82: Darstellung der Ausgaben der Abteilung Soziales 2017 – 2022

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Ausgaben der Hospiz- und Palliativversorgung 2012 – 2017 sowie die Budgetprognose 2018 – 2022

Rechnungszahlen							Budgetprognose 2018 - 2022				
Mittelverwendung	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Mobile Palliativteams	184.412,57	505.902,36	539.695,91	531.244,90	547.686,47	753.209,47	1.734.530,25	2.379.750,00	2.439.243,75	2.500.224,84	2.562.730,46
Nachtbereitschaft Pflege	5.540,00	15.320,00	5.900,00	7.120,00	28.720,00	26.500,00	28.300,25	29.007,76	29.732,95	30.476,27	31.238,18
Hospizteams KoordinatorenInnen	79.995,73	134.260,20	220.302,75	238.575,84	233.866,62	247.701,69	381.600,00	585.900,00	599.400,00	615.600,00	631.800,00
Mobile Kinder Palliativteams	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	117.518,03	120.455,98	286.000,00	293.150,00	300.478,75	307.990,72
Palliativkonsiliardienste	0,00	0,00	0,00	0,00	134.721,42	414.453,58	492.726,79	571.000,00	585.275,00	599.906,88	614.904,55
Schulungen TGF Finanzierung	32.281,26	67.290,25	1.314,55	29.446,06	2.808,01	23.407,56	23.992,75	75.000,00	76.875,00	78.796,88	80.766,80
IPB Regelversorgung - SGS	16.048,64	61.967,10	55.791,42	41.139,26	148.802,01	134.456,52	145.170,00	148.799,25	152.519,23	156.332,21	160.240,51
HPCPH- Workshops	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	47.700,00	52.599,99	53.914,99	55.262,86	56.644,44	58.060,55
HPCPH Pauschale + Schulung Moderation	0,00	0,00	0,00	0,00	22.500,00	22.500,00	22.500,00	22.500,00	22.500,00	22.500,00	22.500,00
Gesamtsumme	318.278,20	784.739,91	823.004,63	847.526,06	1.119.104,53	1.787.446,85	3.001.876,01	4.151.871,99	4.253.958,79	4.360.960,26	4.470.231,77
Hospizhaus Tirol Investitionsförderung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.500.000,00	3.800.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gesamtsumme	318.278,20	784.739,91	823.004,63	847.526,06	1.119.104,53	6.287.446,85	6.801.876,01	4.151.871,99	4.253.958,79	4.360.960,26	4.470.231,77

Tabelle 83: Ausgaben der Hospiz- und Palliativversorgung 2012 – 2017 sowie die Budgetprognose 2018 – 2022

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, Tiroler Gesundheitsfonds (TGF)

18. Finanzierung Ausbauprogramm 2012 – 2025

Mit dem Strukturplan Pflege 2012 – 2022, dem im Geschäftsführenden Ausschuss Pflege“ beschlossenen Sozialpaktum und dem am 27.11.2012 gefassten Regierungsbeschluss konnte die Grundlage für den Ausbau der Betreuungs- und Pflegestrukturangebote in Tirol geschaffen werden. Der Tiroler Gemeindeverband als Vertreter der Tiroler Gemeinden und die Stadt Innsbruck haben die Planungsgrundlage zum Ausbau der Pflegeangebote mitgetragen. Dadurch konnte eine Finanzierungssicherheit über den gesamten Planungshorizont bis Ende 2022 hergestellt werden.

Tirol war das erste Bundesland, das die Vorgaben des Pflegefondsgesetzes – PFG zur Sicherungs-, Aus- und Aufbauplanung umgesetzt hat. Es wurde dem Grundsatz Rechnung getragen, dass die gewährten Zweckzuschüsse vorrangig für Maßnahmen zu verwenden sind, die nicht dem stationären Bereich zuzurechnen sind. Dementsprechend wurde der Ausbau der Langzeitpflege im Verhältnis zur Entwicklung der Bevölkerung 75+ in einem weit geringeren Ausmaß geplant und im Gegenzug die Angebote für

- mobilen Betreuungs- und Pflegedienste;
- stationären Betreuungs- und Pflegedienste;
- teilstationärer Tagesbetreuung (Tagespflege);
- Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen;
- Case- und Caremanagement;
- alternative Wohnformen (Betreutes Wohnen)

stärker ausgebaut.

Die jährlichen Kapazitätsausweitungen wurden unter Berücksichtigung eines Anpassungsfaktors von jährlich 2,5% für die Preissteigerungen und Lohnerhöhungen den dynamischen Budgetberechnungen zu Grunde gelegt.

In der Langzeitpflege wurde als Ausbauobergrenze ein Zuwachs bis Ende 2022 von 1.218 Plätzen festgelegt. Diese Ausbauobergrenze wurde als verbindliche Vorgabe für die Ausbauobergrenze beibehalten. Bei innovativen Versorgungsstrukturen in der stationären Pflege, wie die der Übergangspflege (133 Plätze) und Schwerpunktpflege (238 Plätze) wurde als Ergebnis der Evaluation eine Ausweitung der Ausbauobergrenzen zugelassen. Ebenso wurden Ausbauobergrenzen für die Bereiche Mobile Dienste (Sozial- und Gesundheitssprengel), Tagespflege und Betreutes Wohnen um rund 30% ausgeweitet. Damit soll eine Entlastung der Krankenanstalten sowie der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen erreicht werden. Die durch den im Jahr 2018 wirksam gewordenen Entfall des Pflegeregresses erhöhte Nachfrage auf Wohn- und Pflegeheimplätze soll durch diese Maßnahmen entgegengesteuert werden können.

Die nächsten Jahre werden durch eine Verschränkung der Gesundheits- und Sozialthemen, insbesondere bei innovativen Themenstellungen Integrierter Versorgungskonzepte zum Tragen kommen.

Die daraus resultierenden zusätzlichen Ausgaben wurden bei der Ausgabenübersicht gesondert ausgewiesen. Auch die durch den Pflegeregress verursachten Mehrausgaben, welche daraus resultieren, dass von den rund 1.350 Vollzahlern rund 911 Personen (67,5%) zu Teilzahlern wurden, und das Land und die Gemeinden die ungedeckten Ausgaben aus der Mindestsicherung bedecken müssen. Die auf € 34,0 Mio. berechneten Mehrausgaben sollen durch Mehreinnahmen des Bundes Deckung finden.

Ausrollungsplan der Bruttoausgaben und einnahmen im Zeitraum 2012 – 2022

Finanzplan zur Evaluation Strukturplan Pflege 2012 - 2022											
Rechnungsabschlussdaten 2012 - 2018								Budgetprognose 2019 - 2022			
Bruttoausgaben 2012-2018/Bruttoaufwand ab 2019	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Finanzplan Evaluation real case											
stationäre Pflege tatsächliche Ausgaben (exkl. Altenhilfe, inkl. Rückersätze Einnahmen,) + Prognose ab 2019 ohne Schwerpunktpflege	127.629.604	132.669.903	139.603.404	146.941.638	153.939.643	157.591.905	197.068.298	208.248.736	227.097.621	235.539.505	242.735.336
Schwerpunktpflege	5.499.452	5.431.841	6.124.079	6.843.155	7.115.257	7.335.145	8.870.598	9.133.167	9.361.496	9.595.534	11.292.522
Intensivpflegestation - Langzeitbeatmung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.916.340	1.964.249
Schwerpunktpflege gesamt	5.499.452	5.431.841	6.124.079	6.843.155	7.115.257	7.335.145	8.870.598	9.133.167	9.361.496	11.511.874	13.256.770
stationäre Langzeitpflege gesamt inkl. Schwerpunktpflege ohne Intermediärstatiopn ohne ao. Mehrausgaben	133.129.056	138.101.744	145.727.483	153.784.793	161.054.900	164.927.050	205.938.896	217.381.903	236.459.118	247.051.379	255.992.106
Intermediärstation - Landespflegeklinik	0	0	0	0	0	0	174.345	379.440	388.926	398.649	817.231
Übergangspflege - qualifizierte Kurzzeitpflege "Fit für zu Hause"	0	0	28.470	573.528	693.585	1.010.466	1.182.707	1.217.715	1.248.158	2.104.756	2.411.184
Kurzzeitpflege	479.492	685.168	471.720	476.893	502.445	486.418	346.616	614.982	665.376	695.471	735.854
Kurzzeitpflege + Übergangspflege + Intermediärstation	479.492	685.168	500.190	1.050.421	1.196.030	1.496.884	1.703.668	2.212.137	2.302.460	3.198.877	3.964.269
ao. Ausgabenpositionen Beträge bereits in der Pos. Langzeitpflege enthalten											
davon für Tarifreform	0	0	0	0	0	0	4.000.000	6.000.000	15.000.000	15.375.000	15.759.375
davon für Entlohnungssystem Neu "Gleiches Geld für gleiche Arbeit"	0	0	0	0	0	0	0	0	2.028.224	2.078.930	2.130.903
Summe ao. Mehrausgaben stationäre Langzeitpflege	0	0	0	0	0	0	4.000.000	6.000.000	17.028.224	17.453.930	17.890.278
Gesamtsumme stationäre Langzeitpflege/Übergangspflege/Schwerpunktpflege/Kurzzeitpflege inkl. ao. Mehrausgaben	133.608.548	138.786.912	146.227.673	154.835.214	162.250.930	166.423.934	207.642.564	219.594.040	238.761.578	250.250.256	259.956.374
jährliche Steigerung in %	0,00	3,88	5,36	5,89	4,79	2,57	24,77	5,76	8,73	4,81	3,88
Alternative Wohnformen (betreutes Wohnen)	0	0	0	0	0	0	0	1.500.000	1.700.539	1.910.168	2.129.215
Tagespflege tatsächliche Ausgaben + Prognose ab 2019 Aufwand	847.849	1.260.365	1.668.186	2.055.951	2.619.769	3.041.191	3.567.744	3.947.209	4.403.070	4.989.740	5.687.095
Mobile Pflege tatsächliche Ausgaben + Prognose ab 2019 Aufwand	31.278.137	36.396.157	39.728.743	42.806.765	44.942.242	46.676.533	48.685.689	55.130.000	60.724.371	62.628.010	64.484.444
ao. Ausgabenpositionen Beträge bereits in der Pos. Mobile Pflege enthalten											
davon für Tarifreform mobile Dienste	0	0	0	0	0	0	0	0	1.900.000	1.947.500	1.947.500
davon für Entlohnungssystem Neu "Gleiches Geld für gleiche Arbeit" mobile Dienste	0	0	0	0	0	0	0	0	471.776	483.570	495.659
Summe ao. Mehrausgaben mobile Dienste	0	0	0	0	0	0	0	0	2.371.776	2.431.070	2.443.159
Summe mobile Pflege	31.278.137	36.396.157	39.728.743	42.806.765	44.942.242	46.676.533	48.685.689	55.130.000	60.724.371	62.628.010	64.484.444
Pflegeoffensive Heimhelferausbildung Finanzierungsbeitrag AMG	0	0	0	2.200	15.900	17.000	67.513	150.000	170.000	200.000	200.000
Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung und HPCPH tatsächliche Ausgaben TGF+Soziales+TGKK+THG+Heime+Hospizhaus	318.278	784.740	823.005	847.526	1.119.105	6.287.447	6.801.876	4.197.957	4.301.196	4.409.378	4.519.860
davon für HPC Mobil und HPCPH durch Abteilung Soziales finanziert- Budget	100.000	100.000	100.000	100.095	132.895	165.695	217.318	303.033	310.226	318.387	326.617
Maßnahmen zur Förderung der Pflegeberufe (Imagekampagne)	0	0	0	0	0	0	0	0	200.000	200.000	200.000
Umsetzung von Gesundheitsprojekten mit Bezug zur integrierten Versorgung - spezialisierte Pflege für pflegebedürftige chronisch Kranke	0	0	0	0	0	0	0	700.000	1.400.000	2.100.000	3.500.000
Koordinationsstellen Caremanagement (Pflege und Betreuung)	0	0	0	0	0	0	0	130.000	250.000	430.000	700.000
e-Health - Projekte (ELGA)	0	0	0	0	0	0	0	200.000	400.000	800.000	1.000.000
Zwischensumme Gesundheitsprojekte und Maßnahmen	100.000	100.000	100.000	100.095	132.895	165.695	217.318	1.333.033	2.560.226	3.848.387	5.726.617
Altenhilfe tatsächliche Ausgaben bis 2018 + Prognose ab 2019 Nettodarstellung Landesbeitrag 65 %	3.989.898	3.873.835	3.908.307	4.090.932	4.086.846	3.723.217	4.333.415	4.338.257	4.166.137	4.003.064	3.829.232
24-Stunden Betreuung 40 % Anteil Land Tirol	0	1.559.994	1.940.403	2.377.559	2.609.697	2.836.628	3.043.411	3.000.000	2.900.000	2.800.000	2.800.000
Investitionsförderbeitrag Ausbau Pflege	0	1.774.036	1.973.816	1.357.182	5.412.842	4.017.709	1.369.012	4.800.000	4.800.000	4.800.000	4.800.000
Summe Ausgaben Pflege	169.824.432	183.751.298	195.547.128	207.625.898	222.071.121	226.901.906	268.926.665	293.792.540	320.185.921	335.429.624	349.612.977
jährliche Steigerung in %	0,00	8,20	6,42	6,18	6,96	2,18	18,52	9,25	8,98	4,76	4,23

Tabelle 84: Bruttoausgaben 2012 – 2022 in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen

Einnahmen/Erträge - Finanzplan Evaluation real case	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
stationäre Langzeitpflege Einnahmen/Erträge (inkl. Rückersätze Einnahmen,) + Prognose ab 2019											
Drittverpflichtete und Depositen und Rückersätze von Ausgaben	8.177.945	8.425.678	8.601.127	9.941.942	10.235.627	10.244.815	4.491.340	3.670.000	100	100	100
Pensionen	33.097.218	34.595.513	36.748.470	38.921.947	41.338.988	42.250.651	56.795.489	59.959.852	65.243.066	67.943.554	70.338.545
Pflegegeld	29.020.137	28.730.044	29.461.955	30.231.163	31.526.315	31.508.239	40.178.209	42.416.740	46.154.186	48.064.562	49.758.825
stationäre Pflege gesamt inkl. Schwerpunktpflege	70.295.300	71.751.235	74.811.552	79.095.052	83.100.929	84.003.705	101.465.038	106.046.592	111.397.351	116.008.216	120.097.470
davon Anteil Einnahmen/Ertrag Langzeitpflege	68.262.758	69.894.873	72.810.983	76.984.953	80.398.853	81.688.713	98.763.365	101.591.109	106.987.093	110.602.572	113.878.120
davon Anteil Einnahmen/Ertrag Schwerpunktpflege	2.032.541	1.856.363	2.000.569	2.110.099	2.702.076	2.314.992	2.701.673	4.455.482	4.410.259	4.505.787	5.297.833
davon Anteil Einnahmen/Ertrag Intensivpflegestation - Langzeitbeatmung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	899.858	921.518
davon Anteil Einnahmen/Ertrag Intermediärstation	0	0	0	0	0	0	64.739	120.069	109.796	78.512	125.751
davon Anteil Einnahmen/Ertrag Übergangspflege	0	0	13.975	126.193	200.018	439.576	439.170	385.329	352.363	414.519	371.020
davon Anteil Einnahmen/Ertrag Kurzzeitpflege	247.997	363.474	231.560	104.930	144.896	211.603	128.708	194.602	187.840	136.969	113.229
Summe Kurzzeitpflege + Übergangspflege + Intermediärstation	247.997	363.474	245.535	231.123	344.914	651.180	632.617	700.000	650.000	630.000	610.000
mobile Dienste	8.640.902	9.559.436	10.298.263	11.220.448	12.146.531	12.816.523	13.033.493	13.376.800	14.734.224	15.196.125	15.646.572
Tagespflege	0	591.131	639.119	651.832	840.217	1.000.408	1.184.928	1.344.300	1.499.552	1.699.354	1.936.852
Bundesbeitrag - Abschaffung Pflegeregress	0	0	0	0	0	0	32.500.000	32.500.000	32.500.000	32.500.000	32.500.000
Einnahmen gesamt ohne Beiträge der Gemeinden, TGF und Soz.-Vers.	79.184.199	82.265.276	85.994.469	91.198.455	96.432.592	98.471.815	148.816.076	153.967.692	160.781.127	166.033.696	170.790.894
jährliche Steigerung in %	0,00	3,89	4,53	6,05	5,74	2,11	51,13	3,46	4,43	3,27	2,87
Beiträge der Gemeinden 35% stationäre Pflege + Tagespflege + Betreutes Wohnen	22.369.585	23.569.503	23.569.503	25.269.878	28.204.623	29.333.441	37.774.702	41.966.995	47.894.555	49.459.225	50.876.331
Gemeindebeiträge Mobile Dienste (Sozialsprengel) 35%	7.923.032	9.392.852	10.300.668	11.055.211	11.478.499	11.851.003	12.474.329	14.613.620	16.096.551	16.601.160	17.093.255
Finanzierungsbeitrag Soz.-Vers./TGF Umsetzung Gesundheitsprojekte	0	0	0	0	0	0	0	466.667	933.333	1.400.000	2.333.333
Finanzierungsbeitrag Gemeinden Care Management	0	0	0	0	0	0	0	45.500	87.500	150.500	245.000
Finanzierungsbeitrag Gemeinden e-Health Umsetzung Elga	0	0	0	0	0	0	0	70.000	140.000	280.000	350.000
Zwischensumme Beiträge Gemeinden, TGF, Soz.-Vers.	30.292.618	32.962.355	33.870.171	36.325.089	39.683.122	41.184.445	50.249.030	57.162.782	65.151.939	67.890.885	70.897.919
Einnahmen inkl. Beiträge Gemeinden	109.476.816	115.227.631	119.864.640	127.523.544	136.115.714	139.656.260	199.065.106	211.130.473	225.933.067	233.924.580	241.688.813
Netto-Ausgaben/Aufwand Pflege Land Tirol budgetwirksam	60.347.616	68.523.667	75.682.488	80.102.354	85.955.407	87.245.646	69.861.559	82.662.066	94.252.854	101.505.044	107.924.164
jährliche Steigerung in % - Budgettangente Land Tirol	0,00	13,55	10,45	5,84	7,31	1,50	-19,93	18,32	14,02	7,69	6,32
35% Beiträge Gemeinden für stationäre und mobile Pflege	30.292.617,54	32.962.354,87	33.870.170,66	36.325.089,19	39.683.122,24	41.184.444,73	50.249.030,36	56.580.615,00	63.991.106,11	66.060.384,63	67.969.586,09
35% Beiträge Gemeinden für Care Management und ELGA+	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	115.500,00	227.500,00	430.500,00	595.000,00
Summe Gemeindebeiträge	30.292.617,54	32.962.354,87	33.870.170,66	36.325.089,19	39.683.122,24	41.184.444,73	50.249.030,36	56.696.115,00	64.218.606,11	66.490.884,63	68.564.586,09
jährliche Steigerung in %	0,00	8,81	2,75	7,25	9,24	3,78	22,01	12,83	13,27	3,54	3,12
35% Beteiligung der Gemeinden an Einnahmen Pflegeregress	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.375.000,00	11.375.000,00	11.375.000,00	11.375.000,00	11.375.000,00
Summe Gemeindebeiträge netto	30.292.617,54	32.962.354,87	33.870.170,66	36.325.089,19	39.683.122,24	41.184.444,73	38.874.030,36	45.321.115,00	52.843.606,11	55.115.884,63	57.189.586,09
jährliche Steigerung in %	0,00	8,81	2,75	7,25	9,24	3,78	-5,61	16,58	16,60	4,30	3,76
65% Beteiligung des Landes an Einnahmen Pflegeregress	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21.125.000,00	21.125.000,00	21.125.000,00	21.125.000,00	21.125.000,00
65 % Landesanteil	60.347.616,07	68.523.667,13	75.682.488,30	80.102.353,95	85.955.407,00	87.245.646,35	81.236.559,37	94.037.066,35	105.627.854,02	112.880.043,71	119.299.163,55
jährliche Steigerung in % - Budgettangente Land Tirol	0,00	13,55	10,45	5,84	7,31	1,50	-6,89	15,76	12,33	6,87	5,69

Tabelle 85: *Bruttoeinnahmen 2012 – 2022 in Tirol*
Datenquelle: *Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen*

ANHANG

Die Ausbaukontingente in den nachstehenden Tabellen nach Planungsverbänden wird ohne exakte Abgrenzung nach Bezirksgrenzen dargestellt. Die Grenzen der Planungsverbände überschneiden sich in den Bezirken Innsbruck-Land und Imst sowie in den Bezirken Kufstein und Kitzbühel. Die den Gemeinden Rietz, Wildermieming, Wildschönau, Going, Kössen und Schwendt zugewiesenen Planungsverbände entsprechen daher nicht zur Gänze der Bezirkszugehörigkeit.

Die bis Ende 2022 ausgewiesenen Ausbaukontingente entsprechen den Ergebnissen des Abstimmungsprozesses der Regionalkonferenzen vom September und Oktober 2018.

19. Ausbaukontingente nach Planungsverbänden bis Ende 2022

stationäre Pflege - Pflegeplätze (exkl. Schwerpunktpflege, exkl. Übergangspflege)							
BZ	Nr.	Planungsverband	genehmigter Bestand 31.12.2012	Ist Stand 31.12.2018 (in Betrieb, in Bau und genehmigt)	SOLL NEU 2022 (ohne Übergangspflege)	Ausbaukontingent bis Ende 2022	Ausbaukontingent bis Ende 2022 Bezirk
RE	1	Tannheim	7	0	5	5	
RE	2	Reutte und Umgebung	99	134	134	0	
RE	3	Oberes Lechtal	12	0	9	9	
RE	4	Planungsverband Zwischentoren	15	0	12	12	26
LA	5	Planungsverband Stanzertal	36	34	34	0	
LA	6	Planungsverband Landeck und Umgebung	132	235	255	20	
LA	7	Planungsverband Paznauntal	36	0	0	0	
LA	8	Planungsverband Sonnenterrasse	0	0	0	0	
LA	9	Planungsverband Oberes und Oberstes Gericht	101	101	101	0	20
IM	10	Planungsverband Imst und Umgebung	164	174	200	26	
IM	11	Planungsverband Inntal - Mieminger Plateau	71	90	100	10	
IM	12	Planungsverband Pitztal	0	50	60	10	*
IM	13	Planungsverband Ötztal	141	141	166	25	71
IL	14	Planungsverband Seefelder Plateau	58	39	67	28	
IL	15	Planungsverband Telfs und Umgebung – Salzstraße	247	263	263	0	
IL	16	Planungsverband Hall und Umgebung	499	464	481	17	
IL	17	Planungsverband Völs - Kematen und Umgebung - Sellrain	113	157	157	0	
IL	18	Planungsverband Westliches Mittelgebirge	67	108	140	32	
IL	19	Planungsverband Südöstliches Mittelgebirge	75	73	91	18	
IL	20	Planungsverband Wattens und Umgebung	112	167	167	0	
IL	21	Planungsverband Stubaital	86	85	98	13	
IL	22	Planungsverband Wipptal	113	127	131	4	112
SZ	23	Planungsverband Achenal	44	59	61	2	
SZ	24	Planungsverband Schwaz - Jenbach und Umgebung	332	371	379	8	
SZ	25	Planungsverband Zillertal	156	208	218	10	20
KU	26	Planungsverband Brixlegg und Umgebung	175	173	177	4	
KU	27	Planungsverband Kufstein und Umgebung	215	215	215	0	
KU	28	Planungsverband „Untere Schranne“ - Kaiserwinkl	115	130	150	20	
KU	29	Planungsverband Wörgl und Umgebung	273	322	322	0	*
KU	30	Planungsverband Wilder Kaiser	44	50	54	4	28
KB	31	Planungsverband Brixental - Wildschönau	198	238	243	5	
KB	32	Planungsverband Leukental	218	281	289	8	*
KB	33	Planungsverband Pillerseetal	85	78	78	0	13
LZ	34	Planungsverband Matrei und Umgebung - Deferegggen - Kals	89	86	86	0	
LZ	35	Planungsverband Sillian und Umgebung - Villgraten - Tiliach	69	40	40	0	
LZ	36	Planungsverband Lienz und Umgebung	204	324	324	0	0
I	0	Innsbruck	1.250	1.388	1.438	50	50
		Tirol gesamt ohne Schwerpunktpflege und Übergangspflege	5.651	6.405	6.745	340	340
BZ	Nr.	Planungsverband	genehmigter Bestand 31.12.2012	Ist Stand 31.12.2018	SOLL NEU 2025 ohne Übergangspflege neu gerechnet	Ausbaukontingent bis Ende 2025	Ausbaukontingent bis Ende 2025 Bezirk
I+IL		Übergangspflege Standort Hall	0	0	30	30	
SZ		Übergangspflege Standort Schwaz	0	16	24	8	
KU		Übergangspflege Standort Kufstein	0	0	15	15	
KB		Übergangspflege Standort Kitzbühel	0	15	15	0	
LZ		Übergangspflege Standort Lienz	0	0	14	14	
RE		Übergangspflege Standort Reutte	0	0	6	6	
LA		Übergangspflege Standort Zams	0	0	20	20	
		Übergangspflege	0	31	124	93	93
		Tirol gesamt mit Übergangspflege	5.651	6.436	6.869	433	433
VR	71	Schwerpunktpflege LPK Hall	122	162	162	0	
	71	Schwerpunktpflege LPK Hall - Intensivpflegestation	0	0	4	4	
	71	Schwerpunktpflege LPK Hall - Intermediärstation	0	2	14	12	
	73	Schwerpunktpflege Kufstein	0	0	24	24	
	74	Schwerpunktpflege Lienz	0	0	10	10	
	72	Schwerpunktpflege Zams	0	0	24	24	
		Schwerpunktpflege	122	164	238	74	74
		Tirol gesamt mit Schwerpunktpflege und Übergangspflege	5.773	6.600	7.107	507	507

Tabelle 86: Darstellung der genehmigten Plätze mit Übergangs- und Schwerpunktpflege bis Ende 2022

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Kurzzeitpflege							
BZ	Nr.	Planungsverband	genehmigter Bestand 31.12.2012	Ist Stand Dezember 2018	SOLL NEU 2022	Ausbau- kontingent bis Ende 2022	Ausbau- kontingent bis Ende 2022 Bezirk
RE	1	Tannheim	0	0	0	0	
RE	2	Reutte und Umgebung	3	11	11	0	
RE	3	Oberes Lechtal	1	0	0	0	
RE	4	Planungsverband Zwischentoren	1	0	0	0	0
LA	5	Planungsverband Stanzertal	1	1	2	1	
LA	6	Planungsverband Landeck und Umgebung	3	3	6	3	
LA	7	Planungsverband Paznauntal	0	0	1	1	
LA	8	Planungsverband Sonnenterrasse	0	0	1	1	
LA	9	Planungsverband Oberes und Oberstes Gericht	0	0	2	2	8
IM	10	Planungsverband Imst und Umgebung	2	3	7	4	
IM	11	Planungsverband Inntal - Mieminger Plateau	1	3	3	0	
IM	12	Planungsverband Pitztal	0	2	2	0	
IM	13	Planungsverband Ötztal	0	2	5	3	7
IL	14	Planungsverband Seefeldler Plateau	0	1	2	1	
IL	15	Planungsverband Telfs und Umgebung – Salzstraße	3	6	8	2	
IL	16	Planungsverband Hall und Umgebung	10	11	12	1	
IL	17	Planungsverband Völs - Kematen und Umgebung - Sellrain	4	4	4	0	
IL	18	Planungsverband Westliches Mittelgebirge	4	4	5	1	
IL	19	Planungsverband Südöstliches Mittelgebirge	0	2	3	1	
IL	20	Planungsverband Wattens und Umgebung	0	5	5	0	
IL	21	Planungsverband Stubaital	3	3	3	0	
IL	22	Planungsverband Wipptal	0	4	5	1	7
SZ	23	Planungsverband Achenal	0	2	2	0	
SZ	24	Planungsverband Schwaz - Jenbach und Umgebung	2	11	11	0	
SZ	25	Planungsverband Zillertal	0	9	9	0	0
KU	26	Planungsverband Brixlegg und Umgebung	3	9	9	0	
KU	27	Planungsverband Kufstein und Umgebung	2	2	2	0	
KU	28	Planungsverband „Untere Schranne“ - Kaiserwinkl	2	3	3	0	
KU	29	Planungsverband Wörgl und Umgebung	1	11	11	0	
KU	30	Planungsverband Wilder Kaiser	2	4	4	0	0
KB	31	Planungsverband Brixental - Wildschönau	6	6	6	0	
KB	32	Planungsverband Leukental	1	2	11	9	
KB	33	Planungsverband Pillerseetal	2	2	2	0	9
LZ	34	Planungsverband Matrei und Umgebung - Deferegggen - Kals	1	2	3	1	
LZ	35	Planungsverband Sillian und Umgebung - Villgraten - Tilliach	1	1	3	2	
LZ	36	Planungsverband Lienz und Umgebung	3	2	9	7	10
I	0	Innsbruck	3	5	21	16	16
		Tirol gesamt	65	136	193	57	57

Tabelle 87: Darstellung der genehmigten Plätze in der Kurzzeitpflege bis Ende 2022

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Soll - Tagespflege							
BZ	Nr.	Planungsverband	genehmigter Bestand 01.04.2012	Ist 2017+Genehmigungen 31.12.2018	SOLL NEU 2022	Ausbau- kontingent bis 2022	Ausbau- kontingent 2017 auf 2022 absolut nach Bezirk
RE	1	Tannheim	0	0	6	6	
RE	2	Reutte und Umgebung	0	14	26	12	
RE	3	Oberes Lechtal	0	0	5	5	
RE	4	Planungsverband Zwischentoren	0	4	8	4	27
LA	5	Planungsverband Stanzertal	0	10	10	0	
LA	6	Planungsverband Landeck und Umgebung	0	11	22	11	
LA	7	Planungsverband Paznauntal	0	2	8	6	
LA	8	Planungsverband Sonnenterrasse	0	0	5	5	
LA	9	Planungsverband Oberes und Oberstes Gericht	0	0	5	5	27
IM	10	Planungsverband Imst und Umgebung	0	0	18	18	
IM	11	Planungsverband Inntal - Mieminger Plateau	10	10	16	6	
IM	12	Planungsverband Pitztal	0	8	8	0	
IM	13	Planungsverband Ötztal	8	10	18	8	32
IL	14	Planungsverband Seefeldler Plateau	8	8	10	2	
IL	15	Planungsverband Telfs und Umgebung – Salzstraße	22	22	40	18	
IL	16	Planungsverband Hall und Umgebung	0	12	31	19	
IL	17	Planungsverband Völs - Kematen und Umgebung - Sellrain	0	10	20	10	
IL	18	Planungsverband Westliches Mittelgebirge	0	8	12	4	
IL	19	Planungsverband Südöstliches Mittelgebirge	0	0	8	8	
IL	20	Planungsverband Wattens und Umgebung	0	10	14	4	
IL	21	Planungsverband Stubaital	0	8	16	8	
IL	22	Planungsverband Wipptal	8	8	12	4	77
SZ	23	Planungsverband Achenal	0	0	2	2	
SZ	24	Planungsverband Schwaz - Jenbach und Umgebung	8	20	26	6	
SZ	25	Planungsverband Zillertal	0	16	24	8	16
KU	26	Planungsverband Brixlegg und Umgebung	12	12	20	8	
KU	27	Planungsverband Kufstein und Umgebung	12	12	21	9	
KU	28	Planungsverband „Untere Schranne“ - Kaiserwinkl	12	12	14	2	
KU	29	Planungsverband Wörgl und Umgebung	0	18	24	6	
KU	30	Planungsverband Wilder Kaiser	0	0	8	8	33
KB	31	Planungsverband Brixental - Wildschönau	5	11	15	4	
KB	32	Planungsverband Leukental	12	12	19	7	
KB	33	Planungsverband Pillerseetal	12	12	12	0	11
LZ	34	Planungsverband Mauter und Umgebung - Deferegggen - Kals	0	7	15	8	
LZ	35	Planungsverband Sillian und Umgebung - Villgraten - Tiliach	5	10	10	0	
LZ	36	Planungsverband Lienz und Umgebung	5	4	15	11	19
I	0	Innsbruck	18	42	42	0	0
		Tirol gesamt	157	343	585	242	242

Tabelle 88: Darstellung der genehmigten Plätze in der Tagespflege bis Ende 2022

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

Mobile Dienste - Leistungsstunden gesamt abgestimmt IST 2017									
BZ	Nr.	Planungsverband	genehmigter Bestand 31.12.2012	Ist 2017	SOLL 2017	SOLL 2022	SOLL 2022 neu	Steigerung 2012 auf 2022 absolut	Ausbau- kontingent 2017 auf 2022 absolut nach Bezirk
RE	1	Tannheim	1.294	3.040	1.992	2.577	3.350	310	
RE	2	Reutte und Umgebung	11.571	14.573	15.785	19.268	25.048	10.475	
RE	3	Oberes Lechtal	1.519	9.766	2.678	3.623	9.766	0	
RE	4	Planungsverband Zwischentoren	2.461	7.263	4.227	5.667	7.367	104	10.889
LA	5	Planungsverband Stanzertal	10.826	16.677	12.388	13.608	17.690	1.013	
LA	6	Planungsverband Landeck und Umgebung	20.705	39.461	25.553	29.352	39.461	0	
LA	7	Planungsverband Paznauntal	4.222	7.558	5.536	6.555	8.522	964	
LA	8	Planungsverband Sonnenterrasse	1.757	2.824	2.237	2.594	3.372	548	
LA	9	Planungsverband Oberes und Oberstes Gericht	10.811	17.804	12.694	14.153	18.399	595	3.120
IM	10	Planungsverband Imst und Umgebung	10.216	16.957	13.715	16.609	21.592	4.635	
IM	11	Planungsverband Inntal - Meminger Plateau	10.999	21.297	13.291	15.207	21.297	0	
IM	12	Planungsverband Pitztal	8.663	13.618	10.241	11.527	14.985	1.367	
IM	13	Planungsverband Ötztal	16.316	40.968	20.128	23.250	40.968	0	6.002
IL	14	Planungsverband Seefeldler Plateau	4.069	11.908	5.965	7.588	11.908	0	
IL	15	Planungsverband Telfs und Umgebung – Salzstraße	25.645	53.384	32.446	38.258	53.384	0	
IL	16	Planungsverband Hall und Umgebung	22.408	30.021	32.195	40.623	52.810	22.789	
IL	17	Planungsverband Völs - Kematen und Umgebung - Sellrain	18.592	27.184	21.811	24.593	31.971	4.787	
IL	18	Planungsverband Westliches Mittelgebirge	15.793	22.666	19.200	22.139	28.781	6.115	
IL	19	Planungsverband Südöstliches Mittelgebirge	7.656	13.641	9.760	11.572	15.044	1.403	
IL	20	Planungsverband Wattens und Umgebung	22.619	31.268	27.097	30.965	40.255	8.987	
IL	21	Planungsverband Stubaital	5.455	14.432	7.953	10.110	14.432	0	
IL	22	Planungsverband Wipptal	5.034	8.435	8.555	11.591	15.068	6.633	50.714
SZ	23	Planungsverband Achenal	2.171	7.498	3.327	4.292	7.498	0	
SZ	24	Planungsverband Schwaz - Jenbach und Umgebung	42.053	60.310	50.583	57.758	75.085	14.775	
SZ	25	Planungsverband Zillertal	24.239	49.007	31.831	38.189	49.646	639	15.414
KU	26	Planungsverband Brixlegg und Umgebung	15.247	26.741	20.019	24.055	31.272	4.531	
KU	27	Planungsverband Kufstein und Umgebung	28.536	34.549	34.344	39.207	50.969	16.420	
KU	28	Planungsverband „Untere Schranne“ - Kaiserwinkl	15.858	28.864	19.528	22.613	29.397	533	
KU	29	Planungsverband Wörgl und Umgebung	37.493	47.945	44.444	50.262	65.341	17.396	
KU	30	Planungsverband Wilder Kaiser	9.040	11.047	11.026	12.697	16.506	5.459	44.339
KB	31	Planungsverband Brixental - Wildschönau	27.959	41.365	33.501	38.197	49.656	8.291	
KB	32	Planungsverband Leukental	37.879	36.051	45.072	51.139	66.481	30.430	
KB	33	Planungsverband Pillerseetal	12.316	14.897	14.714	16.731	21.750	6.853	45.574
LZ	34	Planungsverband Matrei und Umgebung - Deferegggen - Kals	27.419	66.912	30.402	32.692	66.912	0	
LZ	35	Planungsverband Sillian und Umgebung - Villgraten - Tiliach	18.353	27.617	21.007	23.047	29.961	2.344	
LZ	36	Planungsverband Lienz und Umgebung	64.161	79.110	71.728	77.581	100.855	21.745	24.089
I	0	Innsbruck	168.780	189.924	199.329	224.889	230.000	40.076	40.076
		Tirol gesamt	770.135	1.146.582	936.302	1.074.778	1.386.799	240.217	240.217

Tabelle 89: Darstellung der Leistungsstunden in der Mobilen Pflege bis Ende 2022 mit Soll NEU

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

20. Verzeichnis der Planungsverbände

Bezirk	Nr.	Planungsverband	Anzahl der Gemeinden	Gemeinden (Sitzgemeinde unterstrichen)
Reutte	1	Tannheim	6	Grän, Jungholz, Nesselwängle, Schattwald, <u>Tannheim</u> , Zöblen
	2	Reutte und Umgebung	11	<u>Breitenwang</u> , Ehenbichl, Höfen, Lechaschau, Musau, Pflach, Pinswang, Reutte, Vils, Wängle, Weissenbach am Lech
	3	Oberes Lechtal	14	Bach, Elbigenalp, <u>Elmen</u> , Forchach, Gramais, Häselgehr, Hinterhornbach, Holzgau, Kaisers, Namlos, Pfafflar, Stanzach, Steeg, <u>Vorderhornbach</u>
	4	Planungsverband Zwischentoren	6	Berwang, Bichlbach, Biberwier, <u>Ehrwald</u> , Heiterwang, Leermoos
Landeck	5	Planungsverband Stanzertal	4	Flirsch, Petneu am Arlberg, St. Anton am Arlberg
	6	Planungsverband Landeck und Umgebung	8	Fließ, Grins, Landeck, Plans, Schönwies, Tobadill, Stanz bei Landeck, Zams
	7	Planungsverband Paznauntal	4	Galtür, Ischgl, Kappl, See
	8	Planungsverband Sonnenterrasse	3	Fiss, Ladis, Serfaus
	9	Planungsverband Oberes und Oberstes Gericht	11	Faggen, Fendels, Kaunerberg, Kaunertal, Kauns, Nauders, Pfunds, Prutz, Ried im Oberinntal, Spiss, Tösens
Imst	10	Planungsverband Imst und Umgebung	7	Imst, Imsterberg, Karres, Karrösten, Mils bei Imst, Nassereith, Tarrenz,
	11	Planungsverband Inntal - Mieminger Plateau	6	Mieming, Mötz, Obsteig, Silz, Stams, Wildermieming
	12	Planungsverband Pitztal	4	Arzl im Pitztal, Jerzens, St. Leonhard im Pitztal, Wenns
	13	Planungsverband Ötztal	7	Haiming, Längenfeld, Ötz, Roppen, Sautens, Sölden, Umhausen
Innsbruck-Land	14	Planungsverband Seefeldler Plateau	4	Leutasch, Reith bei Seefeld, Scharnitz, Seefeld in Tirol
	15	Planungsverband Telfs und Umgebung – Salzstraße	10	Flauring, Hatting, Inzing, Oberhofen im Inntal, Pettnau, Pfaffenhofen, Polling in Tirol, Rietz, Telfs, Zirl
	16	Planungsverband Hall und Umgebung	6	Absam, Gnadenwald, Hall in Tirol, Mils, Rum, Thaur
	17	Planungsverband Völs - Kematen und Umgebung - Sellrain	8	Gries im Sellrain, Kematen in Tirol, Oberperfuss, Ranggen, St. Sigmund im Sellrain, Sellrain, Unterperfuss, Völs
	18	Planungsverband Westliches Mittelgebirge	6	Avams, Birgitz, Götzens, Grinzens, Mutters, Natters
	19	Planungsverband Südöstliches Mittelgebirge	7	Aldrans, Ampass, Lans, Patsch, Rinn, Sistrans, Tulfes
	20	Planungsverband Wattens und Umgebung	7	Baumkirchen, Fritzens, Kolsass, Kolsassberg, Volders, Wattenberg, Wattens
	21	Planungsverband Stubaital	5	Gemeinden (Sitzgemeinde unterstrichen)
	22	Planungsverband Wipptal	12	Fulpmes, Mieders, Neustift im Stubaital, Schönberg im Stubaital, Telfes im Stubaital
Schwaz	23	Planungsverband Achenal	3	Achenkirch, Eben am Achensee, Steinberg am Rofan
	24	Planungsverband Schwaz - Jenbach und Umgebung	11	Buch bei Jenbach, Gallzein, Jenbach, Pill, Schwaz, Stans, Terfens, Vomp, Weer, Weerberg, Wiesing
	25	Planungsverband Zillertal	25	Aschau im Zillertal, Brandberg, Bruck am Ziller, Finkenberg, Fügen, Fügenberg, Gerlos, Gerlosberg, Hainzenberg, Hart im Zillertal, Hippach, Kaltenbach, Mayrhofen, Ramsau im Zillertal, Ried im Zillertal, Rohrberg, Schlitters, Schwendau, Strass im Zillertal, Stumm, Stummerberg, Tux, Uderns, Zell am Ziller, Zellberg.

Kufstein	26	Planungsverband Brixlegg und Umgebung	8	Alpbach, Brandenburg, Brixlegg, Kramsach, Münster, Radfeld, Rattenberg, Reith im Alpbachtal
	27	Planungsverband Kufstein und Umgebung	4	Kufstein, Langkampfen, Schwoich, Thiersee
	28	Planungsverband „Untere Schranne“ - Kaiserwinkl	8	Ebbs, Erl, Kössen, Niederndorf, Niederndorferberg, Rettenschöss, Schwendt, Walchsee
	29	Planungsverband Wörgl und Umgebung	8	Angath, Angerberg, Bad Häring, Breitenbach am Inn, Kirchbichl, Kundl, Mariastein, Wörgl
	30	Planungsverband Wilder Kaiser	4	Ellmau, Going, Scheffau, Söll
Kitzbüchel	31	Planungsverband Brixental - Wildschönau	6	Brixen im Thale, Hopfgarten, Itter, Kirchberg in Tirol, Westendorf, Wildschönau
	32	Planungsverband Leukental	7	Aurach, Jochberg, Kirchdorf in Tirol, Kitzbühel, Oberndorf in Tirol, Reith bei Kitzbühel, St. Johann in Tirol
	33	Planungsverband Pillerseetal	5	Fieberbrunn, Hochfilzen, St. Jakob in Haus, St. Ulrich am Pillersee, Waidring
Lienz	34	Planungsverband Matrei und Umgebung - Deferegggen - Kals	8	Hopfgarten i.D., Kals am Großglockner, Matrei in Osttirol, Prägraten am Großvenediger, St. Jakob in Deferegggen, St. Veit in Deferegggen, Virgen
	35	Planungsverband Sillian und Umgebung - Villgraten - Tilliach	10	Abfaltersbach, Anras, Außervillgraten, Heinfels, Innervillgraten, Kartitsch, Obertilliach, Sillian, Strassen, Untertilliach
	36	Planungsverband Lienz und Umgebung	15	Ainet, Amlach, Assling, Dölsach, Gaimberg, Iselsberg-stonach, Lavant, Leisach, Lienz, Nikolsdorf, Nußdorf Debant, Oberlienz, Schlaiten, Thurn, Tristach.
Innsbruck	0	Innsbruck	1	Innsbruck-Stadt
Summe			279	
Innsbruck und Umgebung	0		42	Absam, Aldrans, Ampass, Axams, Birgitz, Flauring, Gnadenwald, Götzens, Gries im Sellrain, Grinzens, Hall, Hatting, <u>Innsbruck</u> , Inzing, Kematen in Tirol, Lans, Leutasch, Mils, Mutters, Natters, Oberhofen im Inntal, Oberperfuss, Patsch, Pettnau, Pfaffenhofen, Polling in Tirol, Ranggen, Reith bei Seefeld, Rietz, Rinn, Rum, St. Sigmund im Sellrain, Scharnitz, Seefeld in Tirol, Sellrain, Sistrans, Telfs, Thaur,

Tabelle 90: Darstellung der Planungsverbände inklusive Orte in Tirol

Datenquelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, eigene Erhebungen und Grafik

21. Abkürzungsverzeichnis

a.ö.	allgemein öffentlich(es)
AB	Abschlussbericht
Abs.	Absatz
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
amg-tirol	Tiroler Arbeitsmarktförderungsgesellschaft mbH
AMS	Arbeitsmarkt Service
App	Anwendungssoftware (Application software)
AQ Austria	Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
Art.	Artikel
bef.	befindlich(en)
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BKH	Bezirkskrankenhaus
BlgNr.	Beilage/n zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates
BM	Bundesministerium
BMS	Berufsbildende mittlere Schule
BPSD	Behavioral and psychological symptoms of dementia
BVA	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DMP	Disease Management Programme
Dr.	DoktorIn
e-card	elektronische Krankenversicherungskarte
EDV	elektronische Datenverarbeitung
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte

e-Medikation	Informationssystem über verordnete und abgegebene Arzneimittel eines Patienten
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
exkl.	exklusive
fhg	Fachhochschule für Gesundheit
GDA's	Gesundheitsdiensteanbieter
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GNT	Gesundheitsnetz Tirol
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GP	Gesetzesperiode
GRUG	Gesundheitsreformumsetzungsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
HI	Herzinsuffizienz
HPCPH	Hospiz- und Palliativ Care im Pflegeheim
IHE-Standards	Integrating the Healthcare Enterprise
Info	Information
inkl.	inklusive
IPB	Integrierte Palliativbetreuung
ISD	Innsbrucker Soziale Dienste GmbH
iSd.	im Sinne des/der
IT	Informationstechnik
KH	Krankenhaus
KUF	Kranken- und Unfallfürsorge
LGBl.	Landesgesetzblatt
lit.	litera
LIV	Landesinstitut für Integrierte Versorgung
LKH	Landeskrankenhaus
LPK	Landes-Pflegeklinik
lt.	laut
LZK	Landeszielsteuerungskommission

Mag.	Magistra, Magister
mbh	mit beschränkter Haftung
ME	Ministerialentwurf
Nr.	Nummer
ö.	öffentlich(es)
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
POPREG	Bevölkerungsregister (Statistik Austria)
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
rd.	rund
Reha	Rehabilitation
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
SOB Tirol	Schule für Sozialbetreuungsberufe Tirol
St.	Sankt
TGF	Tiroler Gesundheitsfonds
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
tiris	Tiroler Rauminformationssystem
TirKaP	Tiroler Krankenanstaltenplan
TMSG	Tiroler Mindestsicherungsgesetz
u.a.	unter anderem
u.ä.	und ähnliches
UNIT	Private Universität für Medizinische Informatik und Technik
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
vgl.	vergleiche
vrs.	versus
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WFA	wirkungsorientierte Folgenabschätzung
WHO	World Health Organisation
Z.	Ziffer
z.B.	zum Beispiel