

---

# Unterstützung der Pflege zu Hause

Rund um die Pflege daheim  
Rufhilfe  
Hospizbewegung  
Mobile Hilfsdienste  
Betreuungspool  
aqua Heimhilfe  
Hauskrankenpflege  
Mobile KinderKrankenPflege

Bericht über die Jahre  
2007, 2008, 2009





## Ambulante Dienstleister zur Unterstützung der Betreuung und Pflege zu Hause nehmen zu

Seit dem Jahr 1992 werden ausführliche Berichte über Struktur und Leistungen der Vorarlberger Hauskrankenpflege verfasst. Diese Berichte wurden in Dreijahres-Schritten erstellt und machten auch eine Entwicklung mit: Beschränkten sie sich anfangs lediglich auf die Darstellung der Hauskrankenpflege, so kamen im Laufe der Jahre weitere Dienste, die zur Unterstützung der Pflege zu Hause angeboten werden, hinzu.

Dies setzt sich auch im Berichtszeitraum 2007 bis 2009 fort. Ergänzt wurden drei weitere ambulante Dienstleister: Das Mobile Palliativteam, ein Kooperationsprojekt mit der Palliativstation des LKH Hohenems, unterstützt und ergänzt mit seinen Leistungen die Hauskrankenpflege, Hausärzte und Pflegeheime. Es trägt wesentlich zur Lebensqualität von Palliativpatienten bei und ermöglicht ein längeres Verbleiben in der Geborgenheit der häuslichen Umgebung. Der Betreuungspool Vorarlberg sucht und vermittelt selbstständige Personenbetreuer für zeitintensive Betreuungen. Die Betreuung beinhaltet unterstützende Tätigkeiten in gesundheitlichen und wirtschaftlichen Belangen, Unterstützung bei der Lebensführung im Alltag sowie das Haushaltsmanagement. Die aqua Heimhilfe ist ein Angebot der aqua mühle frastanz – soziale dienste gem. gmbh. Durch die Vermittlung von Heimhilfen übernimmt sie im Betreuungsnetz eine wesentliche Funktion und deckt die Bewältigung von kurzfristigem, intensivem Betreuungsbedarf ab.

In den Jahren 1992 bis 2006 wurden fünf Mehrjahresberichte verfasst. Die wissenschaftliche Bearbeitung erfolgte durch Mag. Johannes Barbisch, welcher nun nicht mehr in Vorarlberg tätig ist. Aus diesem Anlass wurde die wissenschaftliche Bearbeitung und Begleitung des Berichtes 2007 bis 2009 von Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner übernommen. Ebenso gab es auch in der Leitung des „Ambulanten Bereiches“ innerhalb der connexia einen Wechsel: 2008 verließ die bisher Verantwortliche, Maria Lackner, die connexia und übergab die Leitung des Ambulanten Bereiches an Susanne Schmid.

Ein herzlicher Dank gilt allen, die in den letzten Monaten zur Entstehung dieses Berichtes beigetragen haben.

Susanne Schmid  
Mag. Martin Hebenstreit  
connexia – Gesellschaft für  
Gesundheit und Pflege

# Inhalt

<b>I Rund um die Pflege daheim</b> Peter Hämmerle .....	<b>07</b>
Informations- und Bildungsangebote für pflegende Angehörige .....	07
Entlastungsangebote für pflegende Angehörige .....	08
<b>II Rufhilfe</b> Janine Gozzi .....	<b>11</b>
<b>III Hospizbewegung</b> Karl W. Bitschnau, MAS .....	<b>15</b>
1 Grundlagen .....	15
2 Organisationsstruktur .....	17
3 Leistungsangebot .....	20
4 Statistische Daten .....	23
5 Statistik Mobiles Palliativteam .....	31
6 Finanzierung .....	34
7 Zusammenfassung und Ausblick .....	35
<b>IV Mobile Hilfsdienste</b> Uschi Österle .....	<b>37</b>
1 Grundlagen .....	37
2 Angebot und Leistungen der Mobilen Hilfsdienste .....	38
3 Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Mobile Hilfsdienste .....	42
4 Finanzierung .....	43
5 Zusammenfassung und Ausblick .....	45
<b>V Betreuungspool Vorarlberg</b> Mag. Harald Panzenböck .....	<b>47</b>
1 Einleitung .....	47
2 PersonenbetreuerInnen .....	49
3 Kunden und Klienten beim Betreuungspool .....	50
4 Vernetzung und Zusammenarbeit .....	51
5 Betriebsorganisation .....	52
6 Factbox .....	53
<b>VI aqua Heimhilfe</b> Thomas Vogel .....	<b>55</b>
1 Das Modell .....	55
2 Das Angebot .....	56
<b>VII Hauskrankenpflege</b> .....	<b>59</b>
1 Grundlagen Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner .....	59
2 Organisationsstruktur und Angebotsstruktur Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner .....	60
2.1 Übersicht über die Organisations- und Angebotsstruktur .....	60
2.2 Landesverband Hauskrankenpflege .....	61
2.3 Pflegefachkräfte der Hauskrankenpflege .....	62
2.4 connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege Susanne Schmid .....	64

3 Leistungen der Landesorganisationen der Hauskrankenpflege .....	65
3.1 Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg Ing. Franz Fischer, Gaby Wirth .....	65
3.2 connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege – Ambulanter Bereich Susanne Schmid .....	70
4 Patienten Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner, Julia Ammann .....	76
4.1 Gesamtzahl der Patienten .....	76
4.2 Patienten je Pflegefachkraft .....	76
4.3 Mitgliedschaft im Krankenpflegeverein .....	76
4.4 Merkmale der Patienten .....	77
4.5 Pflegequote .....	80
4.6 Familienstand und Lebenssituation .....	81
4.7 Einsatzgründe der Hauskrankenpflege .....	82
4.8 Pflegesituation zu Hause .....	84
4.9 Pflegedauer .....	87
5 Leistungen Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner .....	90
5.1 Gesamtzahl der Pflegeleistungen .....	90
5.2 Anzahl der Pflegeleistungen .....	90
5.3 Pflegeleistungen in Punkten .....	91
5.4 Patientenkontakte – Detailauswertung .....	92
5.5 Spezielle Pflegeleistungen – Detailauswertung .....	93
5.6 Leistungen nach einem Krankenhausaufenthalt .....	95
5.7 Beratungen von Personen .....	97
5.8 Patienten nach Versicherungsträgern .....	97
6 Finanzierung Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner, Dr. DI Martin Geser, MCD .....	98
6.1 Aufwendungen der Krankenpflegevereine .....	98
6.2 Finanzierung der Hauskrankenpflege .....	105
7 Zusammenfassung Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner .....	110
<b>VIII Mobile KinderKrankenPflege</b> Sabine Österreicher .....	<b>113</b>
1 Einleitung .....	113
2 Mobile KinderKrankenPflege auf einen Blick .....	113
3 Die Patienten der Mobilen KinderKrankenPflege .....	115
4 Leistungen .....	116
5 Arten der Versorgung .....	116
6 Dokumentation .....	117
7 Finanzierung .....	117
8 Ausblick .....	117
<b>Anhang</b> .....	<b>119</b>
Inhaltsverzeichnis zum Anhang .....	119
Ergänzende Tabellen zum Bericht .....	120
Förderungsrichtlinien .....	129
Entwicklung der Berichte .....	148

Geschlechtsspezifische Schreibweise: Sofern nicht ausdrücklich anders vermerkt, umfassen die in diesem Bericht verwendeten personenbezogenen Ausdrücke Frauen und Männer gleichermaßen.

## I Rund um die Pflege daheim

Peter Hämmerle

Betreuungs- und Pflegeleistungen finden in Vorarlberg überwiegend in Familien statt und werden von Angehörigen, meistens Frauen, geleistet. Unterstützung finden die Betroffenen durch wohnortnahe und flächendeckend angebotene ambulante und teilstationäre Dienste, durch finanzielle Zuschüsse wie das Pflegegeld sowie durch Informations- und Entlastungsangebote. Seit über zwölf Jahren ist das Bildungshaus Batschuns mit dem Projekt „Rund um die Pflege daheim“ ein wichtiger Teil des Betreuungs- und Pflegenetzes. Im Auftrag des Landes und der Gemeinden setzt das Bildungshaus Batschuns Maßnahmen in den Bereichen Angehörigenarbeit, Vernetzung der Dienste und Multidisziplinäre Bildungsangebote. Die connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege kooperiert mit Batschuns bei der Zeitschrift „daSein“ und ergänzt das Angebot unter anderem mit den Vorträgen zu „Pflege im Gespräch“.

### Informations- und Bildungsangebote für pflegende Angehörige

Im Projekt „Rund um die Pflege daheim“ werden Impulse im sozialen Netz, in dem betreuende und pflegende Angehörige Begleitung und Entlastung finden, gesetzt. Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit sind ein weiterer Schwerpunkt. Auf unterschiedlichen Ebenen finden Information, Erfahrungsaustausch, Weiterentwicklung der Zusammenarbeit und Vernetzung statt.

#### Gruppen für pflegende Angehörige

Gruppen für pflegende Angehörige werden in vielen Regionen und Orten Vorarlbergs angeboten. Eine Übersicht der verschiedenen Gruppen für pflegende Angehörige gibt die Broschüre „Gruppen für betreuende und pflegende Angehörige“. Regelmäßige Treffen für die GruppenleiterInnen bieten eine Plattform für einen Erfahrungsaustausch und die Bearbeitung verschiedener Themen, die in der Arbeit vor Ort aktuell sind.

#### Projekt TANDEM

TANDEM nennt sich ein Projekt für Angehörige oder Begleitpersonen von Menschen mit einer Demenzerkrankung. Die fachlich begleiteten praxisorientierten Gruppen (max. 5 TeilnehmerInnen, kann auch eine gesamte Familie sein) finden in der Nähe des Wohnortes der TeilnehmerInnen oder im Bildungshaus Batschuns statt. Die jeweils zweistündigen Treffen werden drei Mal in einem Zeitraum von ca. drei Monaten organisiert.



### Informationsbroschüren

Im „Wegbegleiter zur Pflege daheim“ sind alle wichtigen Informationen und Adressen für pflegende Angehörige zusammengestellt. In der Broschüre „Finanzielle Entlastungs- und Unterstützungsangebote zur Pflege daheim“ liegt der Schwerpunkt auf Informationen über die zahlreichen finanziellen Hilfen für Angehörige. Mit der Broschüre „Information Rund um die 24 Stunden Betreuung“ steht ein übersichtlicher und aktueller Leitfaden für die Organisation einer 24 Stunden Betreuung zur Verfügung.

### Zeitschrift „daSein“

Die Zeitschrift „daSein“, die sich speziell an betreuende und pflegende Angehörige wendet, wird gemeinsam vom Land Vorarlberg, dem Bildungshaus Batschuns und der connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege viermal jährlich herausgegeben.

### Pflege im Gespräch

Die landesweite Veranstaltungsreihe „Pflege im Gespräch“ bietet speziell für pflegende Angehörige umfangreiche Informationen. Im Mittelpunkt stehen die Themen Selbstpflege, Kommunikation und Entlastungsangebote und die Informationen über verschiedene Krankheitsbilder. Durch die enge Zusammenarbeit mit sozialen Einrichtungen ist eine ortsnahe und somit leicht erreichbare Information und Hilfe für pflegende Angehörige gewährleistet. connexia bietet die notwendige Unterstützung im Bereich der Organisation, der Programmgestaltung, der Finanzierung und der Referentenkontakte.

### Entlastungsangebote für pflegende Angehörige

Unter dem Motto „Hilfe für Helfende“ bieten Landesregierung, Arbeiterkammer, Vorarlberger Gebietskrankenkasse, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter gemeinsam einen einwöchigen Erholungsurlaub für pflegende Angehörige an. Das Angebot umfasst den Aufenthalt auf Basis Vollpension, die Möglichkeit zum Besuch von Bildungs- und Informationsveranstaltungen sowie die Inanspruchnahme von Anwendungen im Kneippkurhaus.

Pflegende Angehörige brauchen Zeit für sich selbst und haben das Recht auf Erholung und Entlastung. Wenn in diesen Fällen ein Pflegeersatz notwendig wird, bieten die Vorarlberger Pflegeheime die Möglichkeit, dass Pflegebedürftige vorübergehend aufgenommen werden. Dieser „Urlaub von der Pflege“ wird von Land und Gemeinden aus Mitteln der Sozialhilfe finanziell unterstützt.

Unter bestimmten Bedingungen leistet auch das Bundessozialamt finanzielle Unterstützungen für die Kosten eines Pflegeersatzes. Diese Unterstützungen können auch dann erhalten werden, wenn jemand vorübergehend als Aushilfe in den Haushalt des Pflegebedürftigen geholt wird. Für die Angehörigen von demenzerkrankten Menschen gelten besondere Regelungen, die den Zugang zu diesen Leistungen erleichtern. Jene Leistungen, die das Bundessozialamt für Bundespflegegeldbezieher ermöglicht, werden für Landespflegegeldbezieher vom Land Vorarlberg übernommen.

## II Rufhilfe

Janine Gozzi



Die Vorarlberger Sozialpolitik will ältere Menschen dabei unterstützen, so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben zu können. Damit werden die Wünsche und Bedürfnisse älterer Menschen nach Autonomie, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit ernst genommen und unterstützt. Die Förderung von wohnortnahen ambulanten Betreuungs- und Pflegediensten ist deshalb seit Jahren ein zentraler Teil der Vorarlberger Sozialpolitik. In Zukunft werden die angebotenen Lösungen flexibler sein müssen, da die Lebenssituation älterer Menschen vielfältiger wird.

Eine dieser flexiblen Lösungen ist die Rufhilfe. Sie ist ein nützliches Hilfsmittel, um älteren Menschen Sicherheit zu geben, Ängste zu nehmen und Selbstständigkeit zu fördern. Dieses Notrufsystem begleitet und hilft älteren und alleinstehenden Menschen 365 Tage im Jahr rund um die Uhr und stellt in kritischen Situationen innerhalb kürzester Zeit eine Verbindung zu den nächsten Angehörigen und zur Rettungs- und Feuerwehrleitstelle (RFL) her. Durch diese schnelle Hilfe kann dem Teilnehmer ein hohes Maß an Sicherheit vermittelt werden.

In Notsituationen, beispielsweise bei Stürzen, Akuterkrankungen, Schwindelanfällen, Unfällen usw., können die RufhilfeteilnehmerInnen rund um die Uhr sehr einfach einen Alarm absetzen, ohne dass sie dazu ein Telefon erreichen oder bedienen müssen.

Das Rufhilfesystem besteht aus zwei wichtigen Teilen. Der erste Teil ist der Handsender, der von den TeilnehmerInnen wie eine Armbanduhr immer am Handgelenk getragen wird, wasserdicht und mit einem Notrufknopf ausgestattet ist.

Der zweite Teil ist die am Telefonnetz angeschlossene Basis- und Funkstation, die 19 cm lang und 18 cm breit ist. Die Geräte verfügen über eine Akku- oder batteriebetriebene Notstromversorgung und sind damit auch während eines Stromausfalles über viele Stunden funktionsfähig.

Bei Betätigung des Alarmknopfes am Handsender stellt die Funkstation automatisch eine Verbindung zur Rettungs- und Feuerwehrleitstelle her, wo der ausgelöste Alarm sofort bearbeitet wird. Die in der Basis-Station eingebaute Freisprecheinrichtung erlaubt dann ein Gespräch zwischen TeilnehmerIn und Notrufzentrale über ein eingebautes Mikrofon und einen Lautsprecher.

In der Rettungs- und Feuerwehrleitstelle erscheinen auf einem Bildschirm Name und Adresse des Alarmauslösers. Dadurch sind die MitarbeiterInnen in der Rettungs- und Feuerwehrleitstelle über die anrufenden TeilnehmerInnen informiert und können gezielt und rasch Hilfe veranlassen (Kontaktperson informieren, örtlichen Rettungsdienst verständigen, ...).

Als zusätzliche Sicherheitsstufe in Vorarlberg muss zusätzlich von den TeilnehmerInnen zu vereinbarten Uhrzeiten eine in der Basis-Station eingebaute Meldetaste gedrückt werden, um zu signalisieren, dass alles in Ordnung ist. Bleibt dieses „Es-geht-mir-gut-Signal“ aus, wird automatisch ein sogenannter Passivalarm ausgelöst und es erfolgt ein Kontrollanruf von der Rettungs- und Feuerwehrleitstelle.

Als technische Voraussetzung für die Installation der Rufhilfe genügen ein Telefonvollanschluss der Telekom und eine Steckdose.

Die monatliche Miete für die Rufhilfe beträgt 35 Euro. Damit sind sämtliche Kosten abgedeckt, wie beispielsweise die Wartung des Gerätes, die Organisation von Hilfeleistung, der Ersatz und Austausch der Geräte bei Bedarf, die Versicherung gegen Blitzschlag oder die Schlüsselverwahrung. Für die Installation der Rufhilfe wird eine einmalige Installationspauschale in der Höhe einer Monatsmiete verrechnet, Mitglieder des Roten Kreuzes erhalten eine Ermäßigung auf diese Pauschale.

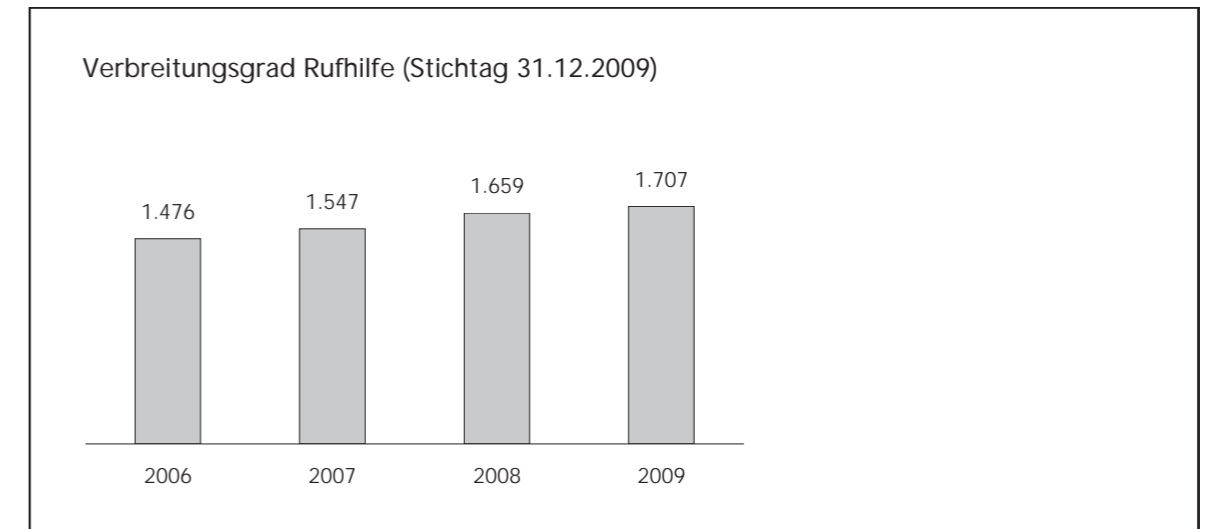
Für Bezieher einer Ausgleichszulage, die keine Angehörigen haben, beträgt die monatliche Miete 10 Euro und es gibt keine Installationskosten, die benötigten Unterlagen erhalten Sie bei uns.

Bei der Installation des Rufhilfegerätes erfolgen ein ausführliches Informationsgespräch sowie die Einschulung des Gerätes für die TeilnehmerInnen und deren Angehörige.

Die Rufhilfe des Roten Kreuzes bietet alleinstehenden Menschen Sicherheit, da bei einem akuten Ereignis ein aktiver Alarm (Knopfdruck) ausgelöst wird. Die passive Alarmierung bietet die zusätzliche Sicherheit, dass niemand über längere Zeit in einer Notlage unbemerkt bleibt.

Trotz all dieser Vorteile ist es manchmal schwierig, Betroffene von der Sinnhaftigkeit zu überzeugen, da mit der Installation der Rufhilfe eine vermeintliche Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit eingestanden werden. Dabei kann die Rufhilfe wesentlich dazu beitragen, die Sicherheit und damit auch die Selbstständigkeit zu erhöhen.

1986 wurde dieses Angebot – damals noch unter dem Namen „Seniorenalarm“ – vom Roten Kreuz in Vorarlberg etabliert. Mit der ständigen Verbesserung der Geräte gewann der damalige Seniorenalarm einen steigenden Verbreitungsgrad:



Zwischen November 2002 und November 2003 haben das Rote Kreuz als Anbieter der Rufhilfe, die Initiative „Sichere Gemeinden“ als Impulsgeber und Drehscheibe aller Bemühungen zur Reduktion von Unfallzahlen im häuslichen Bereich sowie das Land Vorarlberg eine gemeinsame Aktion gestartet, um die Rufhilfe in Vorarlberg nachhaltig zu positionieren. Durch die enge Kooperation und Zusammenarbeit mit Seniorenbeiräten, den Ortsgruppen und Landesstellen der Seniorenvereinigung, der Familienorganisation, den Gemeinden, Medien, ambulanten Betreuungs- und Pflegediensten ist es im Aktionszeitraum gelungen, das angestrebte Netzwerk der Verbundenheit umzusetzen, denn: Wer alleine lebt, muss nicht alleine sein!



## III Hospizbewegung

Karl W. Bitschnau, MAS

### 1 Grundlagen

„Versorgungsnetzwerke für Schwerkranke und Sterbende sind soziale Netzwerke, die die bedarfsgerechte, barrierefreie, kontinuierliche und integrative Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden zum Ziel haben. Versorgungsnetzwerke fokussieren das Ziel, die Versorgung trotz der vielfältigen Grenzen und Hindernisse im Versorgungsraum dadurch sicherzustellen, dass im Netzwerk die Nutzer und Vermittlungsstellen gemeinsam bestehende Grenzen überwinden oder umgehen können.“<sup>1</sup>

Vor 25 Jahren wurde mit dem ersten Lehrgang für Kranken-, Sterbe- und Trauerbegleitung ein erster Meilenstein für den Aufbau der Hospizarbeit in Vorarlberg gesetzt. Zehn Jahre später folgte der zweite große Meilenstein: die Gründung der Hospizbewegung durch die Caritas. Seither arbeitet die Hospizbewegung Vorarlberg zielstrebig mit am Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes für Schwerkranke und Sterbende, ganz im Sinne des vorangestellten Zitates. Die Hospizbewegung versteht sich dabei als Impulsgeberin, die im Interesse der schwerkranken und sterbenden Menschen in Vorarlberg deren Bedürfnisse und Versorgungsbedarf thematisiert, damit alle, die es brauchen, mit jener Unterstützung rechnen können, die sie brauchen. Zentrale Knotenpunkte in diesem Netzwerk sind die HausärztInnen und die Hauskrankenpflege, die Krankenhäuser und die Pflegeheime. Überall, wo Menschen sterben, sollen sie Bedingungen vorfinden, die eine Linderung ihres Leidens bewirken, die bestmögliche Lebensqualität ermöglichen, die ihre Würde schützen und Trost und menschliche Nähe erfahrbar machen.

Hier, an der Grenze zwischen Leben und Tod, die sich nur sehr unscharf definieren lässt, weil der genaue Verlauf im Vorhinein oft nicht absehbar ist, sind die Menschen besonders verwundbar und auf wohlwollende und wirksame Unterstützung angewiesen. Hier wird offenbar, ob sich die Rede von der Würde im Floskelhaften erschöpft oder ob sie wirklich ernst genommen und erfahrbar wird. Das Sterben in unserer Zeit ist oft dadurch charakterisiert, dass es sich über lange Zeit hinzieht. Dieses lange Abschiednehmen bringt vielfältige Herausforderungen mit sich, nicht nur für die betroffenen PatientInnen und deren Angehörige, sondern auch für das betreuende Personal. Die Stärkung der Fachkompetenz, die Förderung der menschlichen Kompetenz und die Entwicklung einer tragenden Hospiz- und Palliativkultur in allen betreuenden Einrichtungen sind notwendig, will man diesen Herausforderungen und den Bedürfnissen schwerkranker und sterbender Menschen gerecht werden.

1) Paul Herrlein (2009): Handbuch Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung. Theorien, Strategien, Beratungs-Wissen. Wuppertal: der hospiz verlag.



Die Hospizbewegung Vorarlberg ist aber auch Anbieterin von konkreten Dienstleistungen für schwerkranke und sterbende Menschen und deren Angehörige: Sie bietet Beratung und Begleitung wohnortnah und für die Betroffenen kostenfrei. Die Angebote verstehen sich als Unterstützung in einer ganz besonderen und sensiblen Lebensphase – für Betroffene wie auch für das soziale Umfeld. Gerade in Zeiten großer Ohnmacht ist es eine tragende Erfahrung, sich des Beistands und der Begleitung von Mitmenschen sicher sein zu können und menschliche Nähe und Unterstützung zu erfahren.

Seit dem 1.2.2008 bietet die Hospizbewegung Vorarlberg mit dem Mobilem Palliativteam Support für Hausärzte, Hauskrankenpflege und Pflegeheime. Das Mobile Palliativteam ist die gelebte Praxis einer engen Vernetzung der Hospizbewegung Vorarlberg und der Palliativstation Hohenems. Qualifizierte Ärzte und Pflegefachkräfte der Palliativstation Hohenems gehören zum Kern des Mobilem Palliativteams. Diese Form der Vernetzung hat eine lange Tradition, denn von Anfang an wurde die Sozialarbeit auf der Palliativstation von MitarbeiterInnen der Hospizbewegung Vorarlberg wahrgenommen.

Nach Expertenschätzungen werden 80 – 90 % der sterbenden Menschen zu Hause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim versorgt. Deshalb ist die Stärkung der Grundversorgung ein großes Anliegen der Hospizarbeit. Diese Stärkung erfolgt einerseits durch konkrete Angebote der Hospizbewegung, z.B. durch das Mobile Palliativteam, durch Bildungsarbeit, etwa in Zusammenarbeit mit dem Bildungshaus Batschuns, durch das Projekt Palliative Care im Pflegeheim, aber auch durch vernetztes Arbeiten mit diesen und anderen Einrichtungen.

10 bis 20 % der sterbenden Menschen brauchen nach dieser Expertenschätzung zusätzliche betreuende Angebote, wie zum Beispiel eine Palliativstation, ein stationäres Hospiz oder ein Tageshospiz. In Vorarlberg gibt es seit 2003 eine Palliativstation mit derzeit zehn Betten, die von der Hospizbewegung mitinitiiert und mitkonzipiert worden ist. Die Errichtung eines stationären Hospizes ist seit längerem ein Anliegen der Hospizbewegung Vorarlberg. Ein konkretes Konzept für ein stationäres Hospiz mit zehn Betten liegt bereits vor, die politische Willensbildung ist aber noch nicht abgeschlossen.

Einerseits unterstützt die Hospizbewegung Vorarlberg die professionellen MitarbeiterInnen in der Regelversorgung (durch Supportangebote, Projekte, Engagement in der Bildungsarbeit). Andererseits bietet die Hospizbewegung Betroffenen qualifizierte Beratung und ehrenamtliche Begleitung in der letzten Lebenszeit an. Die Errichtung eines stationären Hospizes ist – nicht zuletzt mangels klarer Finanzierungsvorgaben auf Bundesebene – derzeit noch ein Zukunftsprojekt.

Die Hospizbewegung Vorarlberg ist durch Karl Bitschnau, als Vizepräsident und aktives Vorstandsmitglied, im Dachverband Hospiz Österreich vertreten. Ganz besonders das Projekt Palliative Care im Pflegeheim, das als Kooperationsprojekt in Vorarlberg entwickelt und erprobt wurde, hat auf Bundesebene Schule gemacht und wird in den nächsten Jahren in den anderen Bundesländern umgesetzt.

## 2 Organisationsstruktur

### Träger und Aufbau

Die *Hospizbewegung Vorarlberg* hat die Struktur eines Fachbereiches innerhalb der Caritas Vorarlberg mit einer eigenen Fachbereichsleitung.

Die *sechs regionalen Hospizteams* sowie die *Hospizbegleitung für Kinder (HOKI)* werden jeweils von einer hauptamtlichen Mitarbeiterin koordiniert. Die Koordinationstätigkeit umfasst je Region zwischen 50 und 75 Stellenprozent, die Koordination des HOKI-Teams 25 Stellenprozent. Die Koordinatorinnen der Regionen Bregenz, Dornbirn und Bregenzerwald/Kleinwalsertal bilden zusammen das *Team Unterland*, die Regionen Götzis/Kummenberg/Vorderland, Feldkirch und Bludenz das *Team Oberland*. Die regionalen Hospizteams bestehen im Durchschnitt aus 25 – 35 qualifizierten ehrenamtlichen MitarbeiterInnen.

Mit der landesweiten Koordination der *Trauerarbeit* ist eine hauptamtliche Mitarbeiterin betraut.

Das *Mobile Palliativteam* ist, als Kooperationsprojekt der Caritas mit der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft, in die Hospizbewegung Vorarlberg integriert. Trägerin des Projekts ist die Caritas Vorarlberg. Das Team startete offiziell am 1.2.2008. Die Planstellen umfassen 70 Stellenprozent Medizin, 150 Stellenprozent Pflege und 25 Stellenprozent Sozialarbeit und Projektleitung, sowie 15 Stellenprozent Administration. Die ärztlichen Mitarbeiter sowie 50 % des Pflegepersonals sind bei der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft angestellt. Alle MitarbeiterInnen sind bzw. waren auf der Palliativstation Hohenems bzw. Innsbruck tätig. Mit dem Mobilem Palliativteam soll auch die Zusammenarbeit zwischen professioneller Palliativbetreuung und ehrenamtlicher Hospizbegleitung im Dienste der Betroffenen gestärkt werden. Als Kerngebiet des Mobilem Palliativteams waren im Berichtszeitraum der Bezirk Dornbirn sowie das Gebiet von Hohenems bis Rankweil festgelegt. Das Büro des Mobilem Palliativteams befindet sich in Hohenems.

Die *Sozialarbeit auf der Palliativstation Hohenems* wird im Auftrag der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft von einer Mitarbeiterin der Hospizbewegung Vorarlberg wahrgenommen und umfasst 20 Stellenprozent.

In den *Krankenhäusern* Bludenz, Feldkirch, Rankweil, Hohenems, Dornbirn und Bregenz arbeitet die Hospizbewegung eng mit der Krankenhauseelsorge zusammen. An der Palliativstation Hohenems gibt es ein eigenes Ehrenamtliches-Team, das strukturell der Region Dornbirn zugeordnet ist. Ähnlich wie auf der Palliativstation sind inzwischen auch in einigen anderen Krankenhäusern HospizbegleiterInnen regelmäßig auf bestimmten Stationen präsent.

In vielen *Pflegeheimen* Vorarlbergs wurde die sogenannte „Bezugsbegleitung“ eingerichtet. Das bedeutet, dass ehrenamtliche MitarbeiterInnen der Hospizbewegung regelmäßig in die Heime kommen, um die BewohnerInnen zu besuchen und sich Zeit für sie zu nehmen. Nicht selten entstehen daraus auch intensivere Einzelbegleitungen bei einzelnen BewohnerInnen.

Der *Vorstand* der Hospizbewegung Vorarlberg setzt sich zusammen aus dem Caritasdirektor, dem Caritasseelsorger, dem Pastoralamtsleiter und dem Leiter der Hospizbewegung Vorarlberg.

Die Hospizbewegung Vorarlberg ist aktives Mitglied beim Dachverband *Hospiz Österreich* und bei der *Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)*. Über Hospiz Österreich ist die Hospizbewegung Vorarlberg auch Mitglied der *European Association for Palliative Care (EAPC)*.

### Personalia

Eine zentrale Funktion innerhalb der Hospizbewegung Vorarlberg nehmen die rund 200 *qualifizierten ehrenamtlichen Hospiz-BegleiterInnen* aus allen Regionen Vorarlbergs ein. Rund 85 % der ehrenamtlichen BegleiterInnen sind Frauen. Bezüglich Alter, persönlichem und beruflichem Hintergrund, sind die Teams bunt gemischt. Neben der erforderlichen Eignung bringen die HospizbegleiterInnen auch jene Motivation mit, derer es Bedarf, um Menschen in der letzten Phase ihres Lebens einfühlsam beizustehen. Sie bringen sich nicht nur persönlich und mit ihren Fähigkeiten ein, sondern auch mit einem Teil ihrer Lebenszeit, um schwerkranken, sterbenden und trauernden Menschen ihre Solidarität zu erweisen. Manche sind schon seit vielen Jahren im Einsatz, andere erst seit kurzer Zeit. Mit dem Besuch des Einschulungslehrgangs verpflichten sich die BegleiterInnen, mindestens zwei Jahre ehrenamtlich mitzuarbeiten, an den monatlichen Austauschtreffen teilzunehmen und Weiterbildungen im Ausmaß von mindestens 14 Stunden pro Jahr zu besuchen. Jährlich werden ein bis drei Einschulungslehrgänge angeboten. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine schriftliche Bewerbung und ein ausführliches Bewerbungsgespräch, um sicherzustellen, dass die BewerberInnen die notwendigen Voraussetzungen mitbringen.

Für die *Koordination der regionalen Hospizarbeit* in den Regionen zeichneten in den Berichtsjahren verantwortlich: Annelies Bleil (Region Bregenz), Gerda Eberle (Region Dornbirn), Doris Hagen (Region Bregenzerwald/Kleinwalsertal), Irmtraud Heinzle (Region Götzis/Kummenberg/Vorderland), Mag. Christine Palm (seit 1.9.2008), Doris Beck (Region Feldkirch bis 31.8.2008, Region Bludenz). Das ehrenamtliche Hospiz-Team an der Palliativstation Hohenems wurde von Gabi Partel betreut.

Eine wichtige Stütze für die Hospiz-Koordinatorinnen sind die *Mitarbeiterinnen des Bereitschaftsdienstes*. Dies waren in den Berichtsjahren im Team Unterland: Rosmarie Fink, Gabi Partel, Andrea Christl und Maria Hammerer (bis 31.8.2009), sowie im Team Oberland Rosina Welte-Spalt, Elisabeth Petik bzw. Ellen Fuchs und Margit Müller-Bischof.

Die *Koordination der Hospizbegleitung für Kinder (HOKI)* wurde von Annelies Bleil wahrgenommen.

Maria Hammerer war in den letzten Jahren als *Trauerberaterin* für die Hospizbewegung Vorarlberg tätig, bis sie im September 2009 in den Ruhestand trat. Die Nachfolge für diesen Aufgabenbereich hat Mag. Christine Palm angetreten.

Für die Organisation der *Einschulungslehrgänge* und *Weiterbildungsangebote für ehrenamtliche Hospiz-BegleiterInnen* war Doris Hagen verantwortlich.

Im *Projekt Palliative Care im Pflegeheim* wirkten Karl Bitschnau, MAS, Annelies Bleil und ab 2009 auch Mag. Christine Palm mit.

Für die *Leitung der Hospizbewegung Vorarlberg* zeichnete Fachbereichsleiter Karl W. Bitschnau, MAS (Palliative Care), verantwortlich, unterstützt von Grit Frick als Assistentin.

Als Vertreter Vorarlbergs gehört Karl Bitschnau dem Vorstand des Dachverbandes *Hospiz Österreich* an und bekleidet dort die Funktion des Vizepräsidenten. Stellvertreter in dieser Funktion ist OA Dr. Otto Gehmacher von der Palliativstation Hohenems.

Obmann des *Förderkreises der Hospizbewegung Vorarlberg* ist der Internist Dr. Peter Grabher, die Funktion der Schirmherrin des Förderkreises hat Ilga Sausgruber inne.

### Qualifikationen

Weil gerade Menschen an der Grenze zwischen Leben und Tod besonders verletzlich sind, muss gewährleistet sein, dass jene, die sie begleiten und betreuen, das entsprechende Feingefühl und Know-how mitbringen. Es bedarf also einer hohen personalen Kompetenz, damit Hospizbegleitung das Ziel der Entlastung von Betroffenen erreichen kann, um somit einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität der Betroffenen zu leisten. Ein mehrstufiges Auswahlverfahren, die 75-stündige Einschulung und 40 Stunden Praktikum sowie die fortlaufende Reflexion bei den monatlichen Teamabenden sind zentrale Elemente in der Auswahl und Qualifizierung von HospizbegleiterInnen. Sich ständig weiterzubilden und aus den Erfahrungen zu lernen ist einerseits eine ständige Herausforderung, andererseits auch ein Gewinn für das eigene Leben. Wer im Team Hospizbegleitung für Kinder (HOKI) mitarbeiten will, wird in einer Zusatzschulung auf die besonderen Erfordernisse dieser Tätigkeit vorbereitet.

Vier der sechs Hospizkoordinatorinnen haben ihre Laufbahn bei der Hospizbewegung als ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen begonnen. Die Koordinationstätigkeit stellt hohe Anforderungen an die Mitarbeiterinnen. Es wird vorausgesetzt, dass sie eine abgeschlossene Ausbildung und einschlägige Erfahrung in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf mitbringen. Die Qualifikationen unserer Hospizkoordinatorinnen umfassen Sozial- und Lebensberatung, Gesundheits- und Krankenpflege, Sozialarbeit, Supervision und Organisationsberatung, Psychologie, Validation und Projektmanagement.

Die MitarbeiterInnen des Mobilien Palliativteams sind qualifizierte und erfahrene Palliativmediziner, Pflegefachkräfte und SozialarbeiterInnen. Ihre Kompetenz zeichnet sich nicht nur durch einschlägiges fachliches Know-how aus, sondern wird auch im Umgang mit den Betroffenen und in ihrer Haltung sichtbar.

Mehrere MitarbeiterInnen sind in der Bildungsarbeit tätig und geben dort ihr Wissen an Fachkräfte (Ärzte, Pflegefachkräfte, SozialarbeiterInnen usw.), Betroffene und interessierte Laien weiter. Zahlreiche Engagements über die Bundesländer- und Landesgrenzen hinaus zeugen davon, dass unser Wissen und unsere Erfahrung über unsere Grenzen hinaus geschätzt werden.

### 3 Leistungsangebot

Als Impulsgeberin für die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung gestaltet die Hospizbewegung Vorarlberg diese Entwicklung tatkräftig und federführend mit.

#### Leistungen für Schwerkranke, Sterbende und Angehörige

Die Begleitung von Schwerkranken, Sterbenden und Angehörigen ist DIE zentrale Dienstleistung der Hospizbewegung Vorarlberg. Menschen an der Grenze zwischen Leben und Tod stehen vor mehreren Herausforderungen: Einerseits gilt es, Schmerz und Leid zu lindern, andererseits stehen betroffene Menschen wie auch die Angehörigen vor der schwierigen Aufgabe, sich mit dem Unaussprechlichen und Unvermeidbaren, dem Tod, auseinanderzusetzen. Aus diesen Herausforderungen wird deutlich, dass es nicht nur einer qualitativ hochwertigen fachlichen Betreuung bedarf, sondern dass es sich um einen schwierigen Lebensprozess handelt. Hier ist menschliche Nähe und Begleitung gefragt, die Erleichterung und Sicherheit verschaffen kann.

Ehrenamtliche HospizbegleiterInnen sind dann da, wenn sie gebraucht werden. Dieser Zeitpunkt ist nicht immer leicht zu bestimmen, wird doch das Thema Sterben in der Regel weit hinausgeschoben. Das Hinzuziehen der Hospizbewegung signalisiert für viele Menschen, dass Sterben ein Thema IST und oft wird gegen alle Erfahrung noch lange an der Hoffnung auf Heilung festgehalten. Ein frühes Einbeziehen der HospizbegleiterInnen in schwierigen Lebensphasen ist deshalb in vielen Fällen angezeigt. Durch das DASEIN entsteht eine Beziehung und damit eröffnet sich die Chance, das Thema Sterben nicht länger verdrängen zu müssen.

Die Hospizbewegung Vorarlberg bietet qualifizierte Hospizbegleitung in ganz Vorarlberg an. Dieses Angebot richtet sich an schwerkranke und sterbende PatientInnen, sowie an deren Angehörige. Oft sind es gerade die Angehörigen, die noch stärker der Unterstützung bedürfen, als die PatientInnen selber. Durch die regionale Strukturierung mit Teams in Bregenz, Dornbirn, Egg, Götzis, Feldkirch und Bludenz ist die Hospizarbeit nahe bei den Betroffenen. Die Hospizbewegung ist täglich erreichbar. Die Hospizkoordinatorinnen können Montag bis Freitag, von 9 bis 12 Uhr, der regionale Bereitschaftsdienst von Montag bis Sonntag, von 17 bis 18 Uhr, erreicht werden. HospizbegleiterInnen kommen dort hin, wo sie gebraucht werden: nach Hause, ins Krankenhaus oder ins Pflegeheim. Für die professionelle Abklärung, eventuell verbunden mit einem Hausbesuch, sorgt die zuständige Koordinatorin. Bei Bedarf vermittelt sie auch Kontakte zu anderen Einrichtungen oder zu anderen Ressourcen im sozialen Netz.

Für alle Fragen, die im Zusammenhang mit der Krankheit beziehungsweise dem nahenden Tod und der Zeit danach auftauchen, stehen die Hospizkoordinatorinnen als Beraterinnen zur Verfügung.

Das Begleitungsangebot versteht sich als Teil eines integrierten Versorgungsangebotes für die erwähnte Zielgruppe. Daher ist die Vernetzung mit der Hauskrankenpflege, den Mobilien Hilfsdiensten sowie dem Betreuungspool, den Hausärzten, den Krankenhäusern und Pflegeheimen ein wichtiges Anliegen der Hospizbewegung.

#### Hospizbegleitung für Kinder (HOKI)

Dieses Begleitungs- und Beratungsangebot richtet sich an Kinder und Jugendliche, die an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden, aber auch an deren Eltern. Kinder, deren Eltern lebensbedrohlich erkrankt sind oder verstorben sind, gehören ebenfalls zur Zielgruppe des HOKI-Teams.

#### Support für Professionelle: das Mobile Palliativteam

Das Mobile Palliativteam, eine Initiative der Hospizbewegung Vorarlberg, wurde als Supportdienst eingerichtet, um Hausärzte, Hauskrankenpflege und Pflegeheime in der Betreuung von Palliativ-PatientInnen zu unterstützen. Das Angebot umfasst Beratung und Anleitung zu pflegerischen und medizinischen Maßnahmen sowie zu psychosozialen Fragestellungen, Fallbesprechungen, Schmerzpumpen-Einstellung, Aszites- und Pleurapunktionen sowie Schulungen zu den Themen Schmerztherapie, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Technik in Palliative Care (Port-Management, Schmerzpumpe, ...), ethische Entscheidungsfindung, sozialrechtliche Aspekte, Patientenverfügung, terminale PatientInnen (Dyspnoe, Todesrasseln, terminale Sedierung, Schmerztherapie am Lebensende).

Das Mobile Palliativteam arbeitet interdisziplinär. Es ist Montag bis Freitag von 9 bis 13 Uhr sowie von 16 bis 17 Uhr erreichbar. Zusätzlich sind die Ärzte des Mobilien Palliativteams Montag bis Freitag über die medizinische Hotline erreichbar.

#### Leistungen für Trauernde

Die Hospizbewegung bietet Unterstützungsangebote für Angehörige, wenn sie erfahren, dass ein Familienmitglied schwer erkrankt ist oder sterben wird – umso mehr gilt dies nach ihrem Tod. Durch verschiedenste Angebote bietet die Hospizbewegung Vorarlberg trauernden Menschen Möglichkeiten um Menschen zu begegnen, die ebenfalls trauern und wo sie einen Ort haben, an dem es möglich ist, sich mit der ganzen Trauer zu zeigen.

#### Trauerbegleitungen

Die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen der Hospizbewegung Vorarlberg stehen auf Wunsch auch nach dem Tode eines Angehörigen für die Hinterbliebenen als Gesprächspartner zur Verfügung und begleiten sie in ihrer Trauer.

#### Trauergruppen

Manche trauernde Menschen suchen das Gespräch mit anderen Betroffenen. Dennoch erwies es sich in der Vergangenheit immer wieder als schwierig, Anfrage und Angebot bezüglich Trauergruppen zeitlich zu koordinieren. So mussten einerseits Trauergruppen aufgrund von zu wenigen TeilnehmerInnen abgesagt werden, andererseits mussten Betroffene auf andere Angebote verwiesen werden, da zum Zeitpunkt der Anfrage keine Trauergruppe geplant war. Deshalb möchten wir ab 2010 versuchen, durch das Angebot von „Trauercafés“, dem Wunsch nach Gesprächsmöglichkeiten mit anderen Betroffenen nachzukommen.

### Vorträge und Seminare für Trauernde

Bewährt hat sich im Berichtszeitraum das Angebot von Seminaren und Vorträgen für trauernde Menschen. Diese niederschweligen Angebote werden gerne in Anspruch genommen und bieten eine Möglichkeit, um in Kontakt mit der eigenen Trauer zu kommen.

### Öffentlichkeitsarbeit und Kooperation

Trauer hat nicht nur eine private Dimension, sondern auch eine soziale und gesellschaftliche Dimension. Es gilt, ein Klima zu schaffen, das Trauerprozesse zulässt und Trauernde auf ihrem Weg unterstützt. Diesem Ziel dient die Öffentlichkeitsarbeit. Zudem sollen die vorhandenen Angebote bekannt gemacht und durch Kooperationen Synergien genutzt werden.

### Palliative Care im Pflegeheim

Aus der Erkenntnis heraus, dass die meisten BewohnerInnen von Pflegeheimen auch Palliativ-PatientInnen sind, wurde das Projekt Palliative Care im Pflegeheim entwickelt, um die Versorgung dieser Menschen zu verbessern. Das Projekt wurde bisher in 14 Modellheimen in Vorarlberg umgesetzt und hat österreichweit und über die Landesgrenzen hinweg das Interesse geweckt<sup>2</sup>. Ab 2010 finden sich die Richtlinien, die im Rahmen dieses Projektes entwickelt wurden, in der erweiterten Form des Nationalen Qualitätszertifikates für Pflegeheime wieder.

### Bildungsarbeit und Öffentlichkeitsarbeit

Die Verbesserung der Fachkompetenz durch Bildungsangebote und die Weiterentwicklung der palliativen Kultur in allen Einrichtungen, in denen Sterbende versorgt werden, ist ein wichtiger Baustein in der Verbesserung der Versorgungsqualität für Sterbende und deren Angehörige. Die Hospizbewegung in Vorarlberg unterhält zwar keine eigene Bildungsabteilung, engagiert sich aber fortlaufend als Kooperationspartnerin (z.B. beim Palliativlehrgang), als Initiatorin und durch die ReferentInnentätigkeit von MitarbeiterInnen.

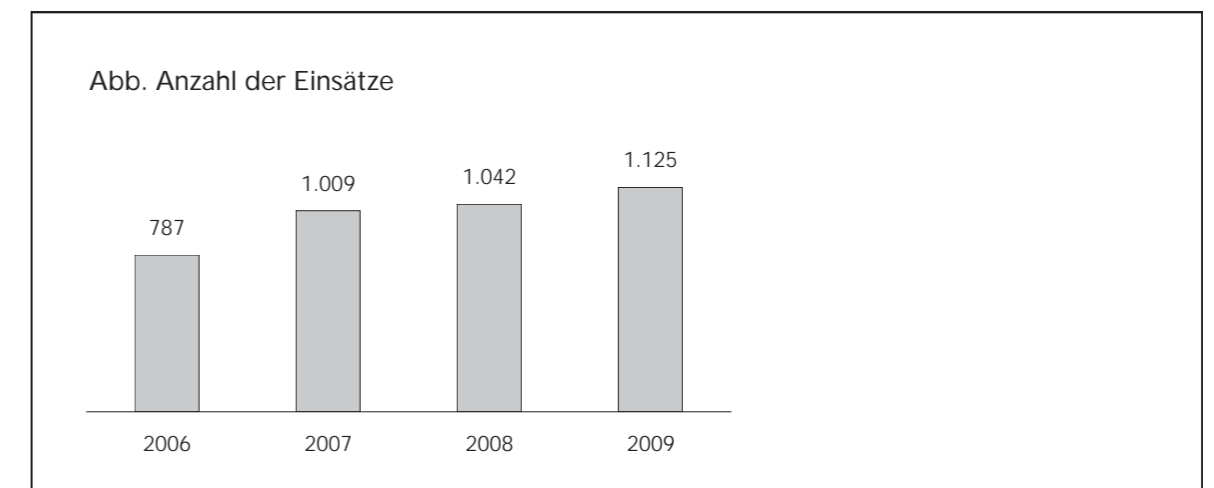
Indem das Thema Sterben Teil des öffentlichen Dialogs bleibt, kann sich das Klima für die Betroffenen zum Positiven verändern. Öffentlichkeitsarbeit ist daher eine wesentliche und kontinuierliche Aufgabe der Hospizbewegung Vorarlberg.

2) vgl. Bitschnau, Karl W. (2007): Palliative Care im Pflegeheim – Leben und Sterben in Sicherheit und Geborgenheit. In Heller, A. et al. (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun – Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg i. B.: Lambertus, 142–158.

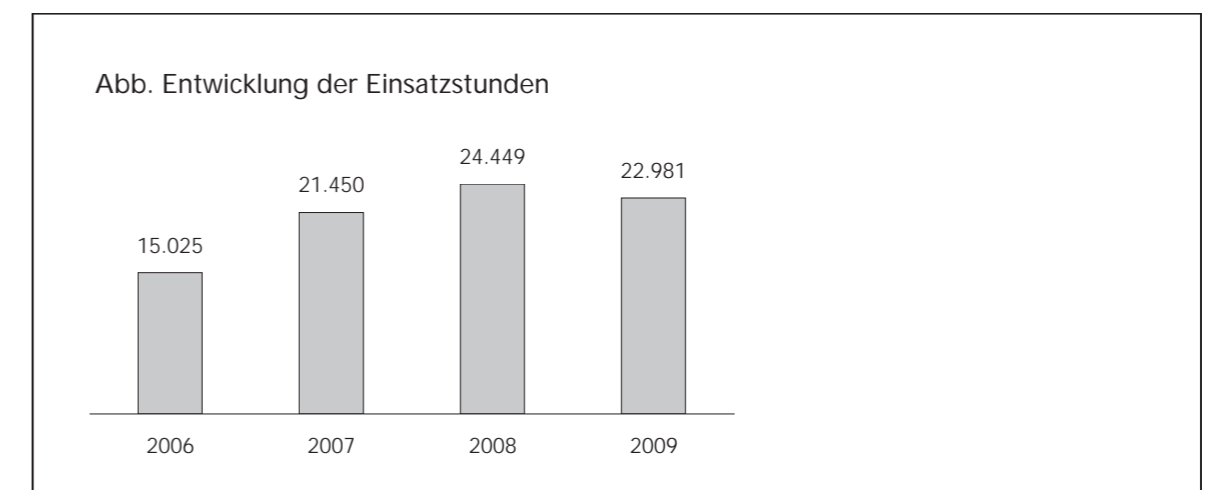
## 4 Statistische Daten

### Einsatzdaten

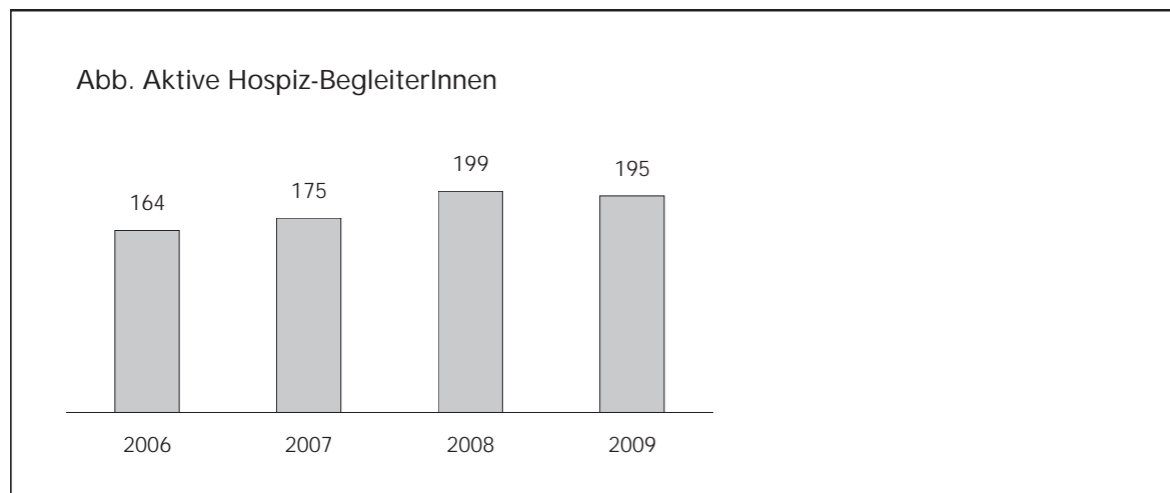
Die Anzahl der Einsätze ist seit Gründung der Hospizbewegung kontinuierlich gestiegen. Einen leichten Rückgang gab es lediglich im Jahr 2006. In den Jahren 2007 – 2009 belief sich die Anzahl der Einsätze auf durchschnittlich 1059. Das sind 32 % mehr als im Durchschnitt der drei Jahre zuvor.



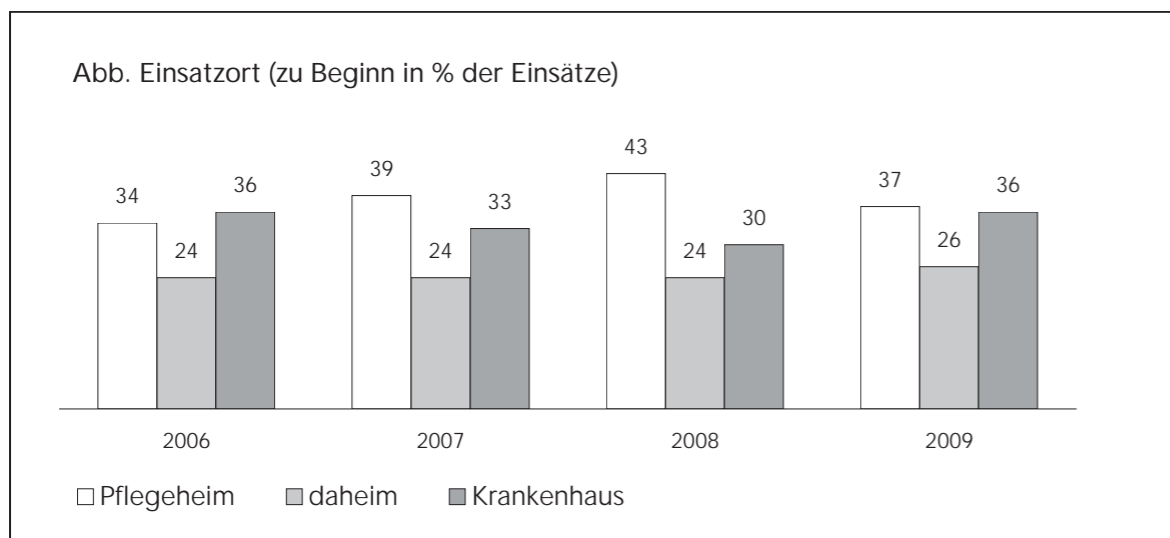
Deutlich gestiegen, nämlich um 52 %, ist die Zahl der Einsatzstunden im Berichtszeitraum gegenüber den drei Jahren zuvor. Im Drei-Jahres-Zeitraum gesehen stiegen die Einsatzstunden von durchschnittlich 15.068 Stunden/Jahr auf durchschnittlich 22.960 Stunden pro Jahr. Während der Anstieg der Vorjahre mit demselben Personalstand bewältigt werden konnte, führte der starke Anstieg ab 2007 zu einem deutlich spürbaren Personalengpass. Die Kapazitätsgrenze war erreicht worden. Deshalb musste das Team der Koordinatorinnen Mitte 2008 um eine halbe Stelle aufgestockt werden.



Die Anzahl der aktiven HospizbegleiterInnen sank in den Jahren 2006 und 2007 auf 164 bzw. 175 und hat sich seither erneut bei rund 200 eingependelt. Allerdings gibt es während des Jahres deutliche Schwankungen dadurch, dass manche HospizbegleiterInnen ihre Mitarbeit beenden oder sich vorübergehend – z.B. nach Todesfällen im eigenen Umfeld – kenzieren lassen und neue HospizbegleiterInnen zu uns stoßen. Diese – im Sinne des Konzeptes erwünschte – Fluktuation macht es notwendig, dass vorausschauend Personalkapazitäten auch im Bereich der Ehrenamtlichen geplant werden. Durch bis zu drei Einschulungslehrgänge pro Jahr werden die jeweiligen Abgänge ersetzt.

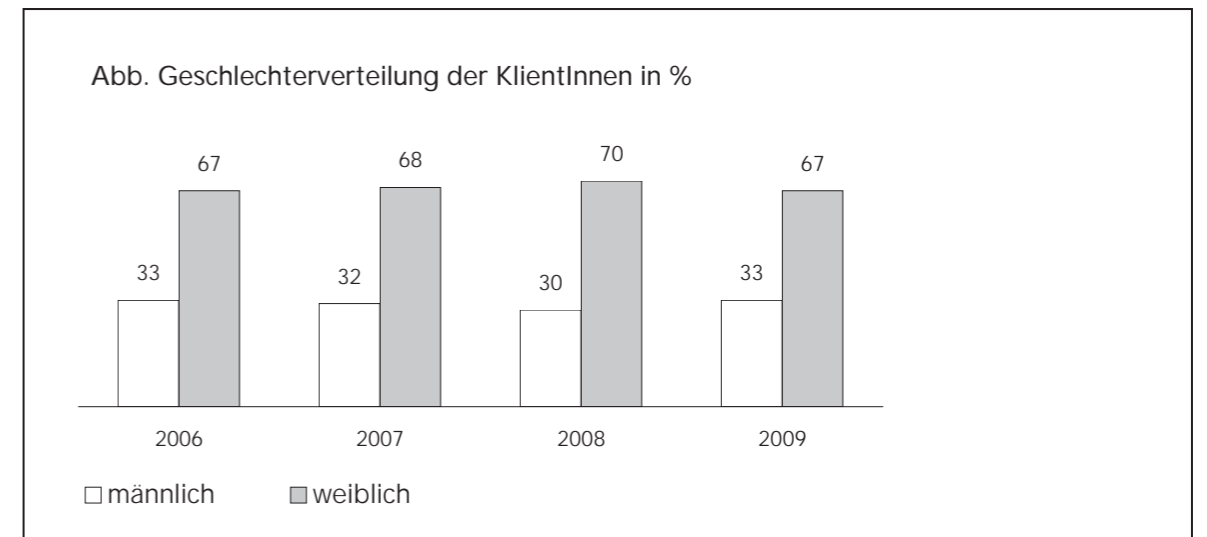


Hospiz-Begleitungen orientieren sich an den Bedürfnissen von PatientInnen und Angehörigen. Daher kann es sein, dass ein Einsatz zu Hause beginnt, die BegleiterIn bei einer Verlegung ins Krankenhaus den Betroffenen dort besucht und ihn nach einem evtl. Umzug ins Pflegeheim dort weiter begleitet.

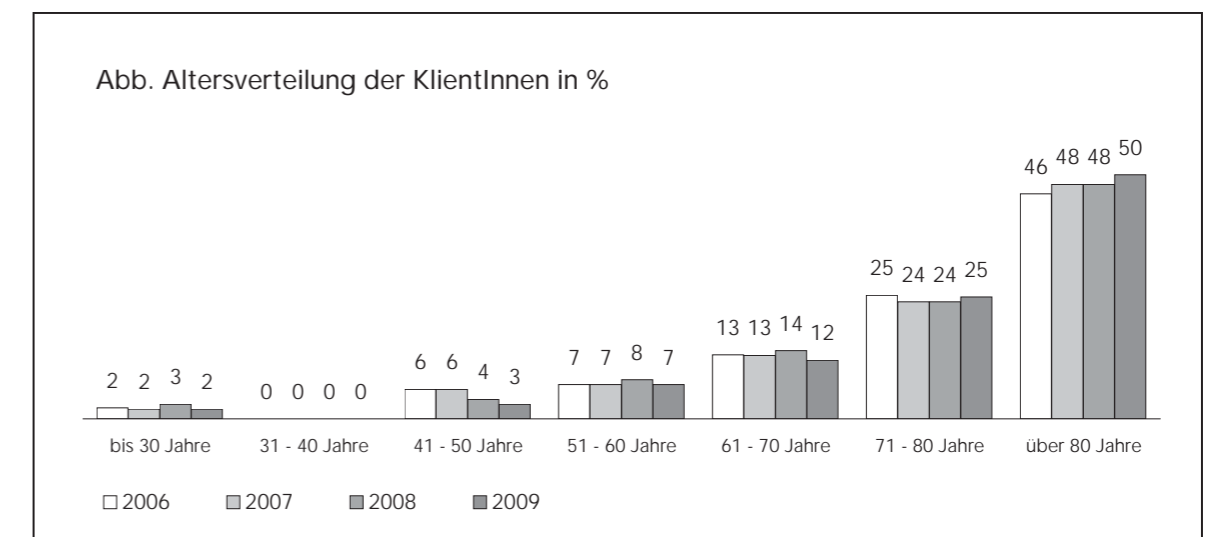


Aus dieser Grafik lässt sich ablesen, dass nach erfolgter Zusammenführung mit den Teams der Krankengeleitung, rund ein Drittel der Einsätze im Krankenhaus stattfinden. Eine Verschiebung zugunsten des Pflegeheims erfolgte im Jahr 2008, als vermehrt Bezugsbegleitung im Pflegeheim angeboten wurde. Das erklärt auch die Spitze bei den Einsatzstunden im Jahr 2008.

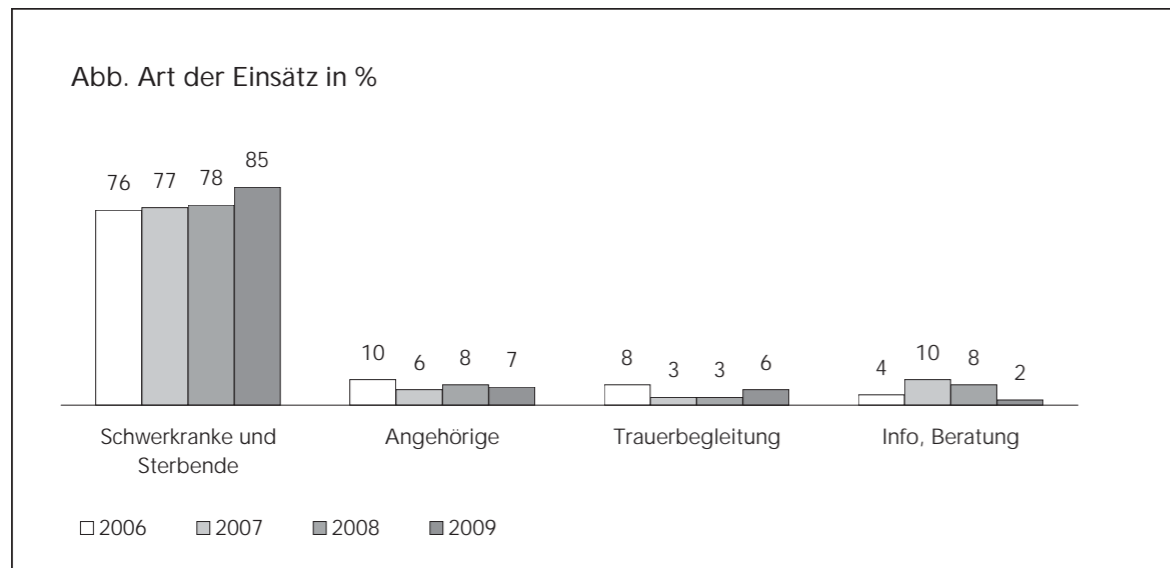
Konstant geblieben ist über die letzten Jahre hinweg das Verhältnis von Frauen zu Männern. Zwischen 64 % und 70 % der KlientInnen waren weiblich, zwischen 30 % und 36 % der KlientInnen waren männlich. Hier hat es offensichtlich in den letzten 15 Jahren keine spürbare gesellschaftliche Bewegung ergeben. Dies bestätigt die Hypothese, dass Frauen ihre Männer eher alleine bis zu deren Tod betreuen, dann bei eigener Betreuungsbedürftigkeit gerne auf Unterstützung von außen zurückgreifen.



Zwischen 75 % und 80 % der KlientInnen sind über 75 Jahre alt, was verständlich ist, geht es doch um die Begleitung am Lebensende. Dennoch sind 10 % bis 15 % der KlientInnen jünger als 60 Jahre und 3 % bis 6 % jünger als 50 Jahre. Jünger als 30 sind 2 bis 3 % der KlientInnen.



Die Begleitungen haben unterschiedlich zugenommen. So ist z.B. die Anzahl der Trauerbegleitungen von 55 im Jahr 2004 auf 65 im Jahr 2009 gestiegen. Prozentuell machten sie zuletzt jedoch nur 6 % aller Begleitungen aus, was allerdings dem langjährigen Durchschnitt entspricht.



Die Statistik zeigt deutlich, dass der Schwerpunkt der Einsätze die Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen betrifft. Oft sind diese Einsätze gekoppelt mit einer Begleitung der Angehörigen. Der Anteil der reinen Angehörigenbegleitungen betrug in den letzten sechs Jahren zwischen 2 % und 14 %.

Die emotionale Hürde, direkt um eine Hospizbegleitung anzufragen, ist nach wie vor sehr hoch. Das hängt mit dem Thema Sterben zusammen und wird sich vermutlich auch in den nächsten Jahren nicht verändern. Nur 7 % der Anfragen kamen im Durchschnitt der letzten sechs Jahre direkt von PatientInnen, 14 % direkt von Angehörigen. Vier von fünf Anfragen kamen von Dritten, allen voran von Pflegeheimen (30 %) und Krankenhäusern (23 %). Die Anfragen über die Krankenpflegevereine waren mit 5 % hingegen verhältnismäßig gering. Das erstaunt doch und lässt vermuten, dass es sich für die Krankenpflegevereine als schwierig erweist, das Thema Sterben – auch nur indirekt – anzusprechen. Eine noch intensivere Kommunikation mit den Krankenpflegevereinen soll hier dazu beitragen, dass betroffene PatientInnen und ihre Angehörigen leichter zu Entlastungsangeboten kommen, die sie brauchen. Vielleicht ist hier der Casemanagement-Auftrag der Krankenpflegevereine hilfreich, das Angebot der Hospizbegleitung besser zu kommunizieren. Jedenfalls ist der Kurs der Vernetzung und Kooperation in den kommenden Jahren zu forcieren.

Abb. Erstanfrage durch ...

	2006	2007	2008	2009
Krankenpflegevereine	37	54	48	61
Betroffene	66	70	72	56
Angehörige	124	117	138	167
Senioren-/Pflegeheim	232	342	379	366
Arzt	4	4	3	3
Seelsorger	52	71	53	53
Krankenhaus	213	243	244	347
andere	59	108	105	72

### Hospizbegleitung für Kinder (HOKI)

Die erste Bewährungsprobe hat das 2006 neu gegründete Team „Hospizbegleitung für Kinder (HOKI)“ erfolgreich bestanden. Wie bei jedem neuen Projekt mussten die Netzwerkpartner erst ausführlich über das neue Angebot informiert werden.

In den ersten drei Jahren seines Bestehens hat das HOKI-Team zahlreiche Einsätze gemeistert und seine Grenzen ausgelotet. Dabei hat sich die Vermutung bestätigt, dass die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen emotional besonders fordernd ist und ein spezielles Know-how der Ehrenamtlichen notwendig ist. Dieses wurde durch zusätzliche Weiterbildungen vermittelt.

	2007	2008	2009
Einsätze	40	26	30
Einsatzstunden	552	937	731

Ab 2010 wird das HOKI-Team vermehrt Kontakt zu Kindergärten und Schulen suchen, um mit Kindern das Sterben auf geeignete Weise zu thematisieren.

### Statistik zum Themenbereich Trauer

Dass jemand trauert, bedeutet noch lange nicht, dass er/sie professioneller Hilfe bedarf. Dennoch gibt es einen gewissen Prozentsatz an Trauernden, die sehr von einer Begleitung, Beratung, von Gruppengesprächen oder ähnlichen Angeboten profitieren und oft den entscheidenden Impuls mit auf den Weg bekommen, die Trauer in ihr Leben zu integrieren.

	2007	2008	2009
Einsätze, bei denen Trauer das zentrale Thema war	76	89	75
Einsatzstunden (Trauerberatung und -begleitung)	655	956	784

Die Begleitung von Trauernden unterscheidet sich in mancherlei Hinsicht von der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen. Deshalb legt die Hospizbewegung viel Wert auf die adäquate Qualifizierung und Unterstützung der ehrenamtlichen TrauerbegleiterInnen. Sollte eine therapeutische Intervention angezeigt sein, vermittelt die Hospizbewegung zu erfahrenen ExpertInnen.

Abb. Gruppenangebot für Trauernde

	2007	2008	2009
Bregenz	5 Treffen, je 4 TN		
Dornbirn	9 Treffen, je 8 TN	9 Treffen, je 7 TN	10 Treffen, je 22 TN
Lustenau		3 Treffen, je 4 TN	4 Treffen, je 3 TN
Egg	1 Treffen, je 6 TN	5 Treffen, je 6 TN	6 Treffen, je 8 TN
Feldkirch	5 Treffen, je 4 TN		
Götzis			6 Treffen, je 8 TN

Die Gruppe in Lustenau wurde speziell für Menschen mit Behinderung in Zusammenarbeit mit der Lebenshilfe angeboten.

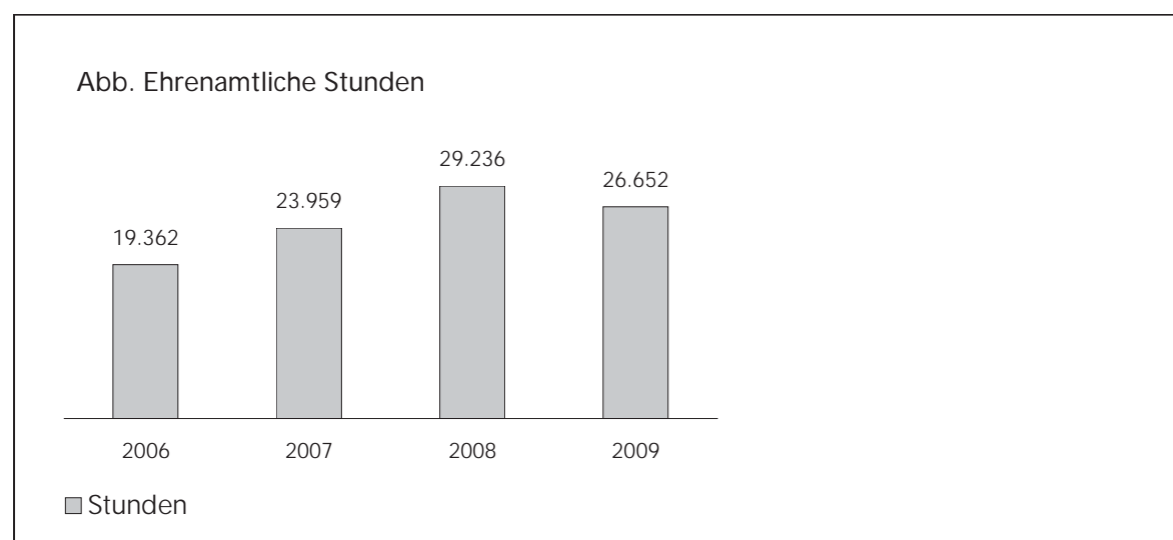
Abb. Vorträge und Seminare für Trauernde

	2007	2008	2009
Veranstaltungen	15	9	5
TeilnehmerInnen	193	163	123

Die Vorträge und Seminare richteten sich größtenteils direkt an Trauernde, zum Teil aber auch an Mobile Hilfsdienste und Pfarrcaritas-Gruppen.

### Ehrenamtlich geleistete Stunden

Die ehrenamtlich geleisteten Stunden umfassen mehr als die Einsatzstunden. Darin enthalten sind Zeitaufwendungen für Schulungen, Weiterbildung, Austausch, Reflexion, Supervision etc.



Im Berichtszeitraum 2007 – 2009 wurden durchschnittlich 26.616 ehrenamtliche Stunden pro Jahr aufgewendet. Das sind 37 % mehr als im Drei-Jahres-Zeitraum zuvor. In diesen Zahlen drücken sich insbesondere die stark gestiegenen Einsatzstunden ab 2007 aus.

### Sozialarbeit auf der Palliativstation Hohenems

Im Auftrag der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft deckte die Hospizbewegung Vorarlberg die Sozialarbeit auf der Palliativstation Hohenems ab:

Abb. Sozialarbeit auf der Palliativstation Hohenems

	2007	2008	2009
Stunden	321	372	334

### Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit hat einerseits das Ziel, die Bevölkerung über bestehende Dienstleistungsangebote zu informieren, andererseits auch, Ängste, Sorgen und die Sprachlosigkeit rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer aufzugreifen und abzubauen. In diesem Sinne ist die Hospizbewegung über die Jahre regelmäßig präsent in Printmedien, Rundfunk und Fernsehen. Im Berichtszeitraum wurde jährlich ein Hospiz-Aktionstag in allen Regionen Vorarlbergs veranstaltet.

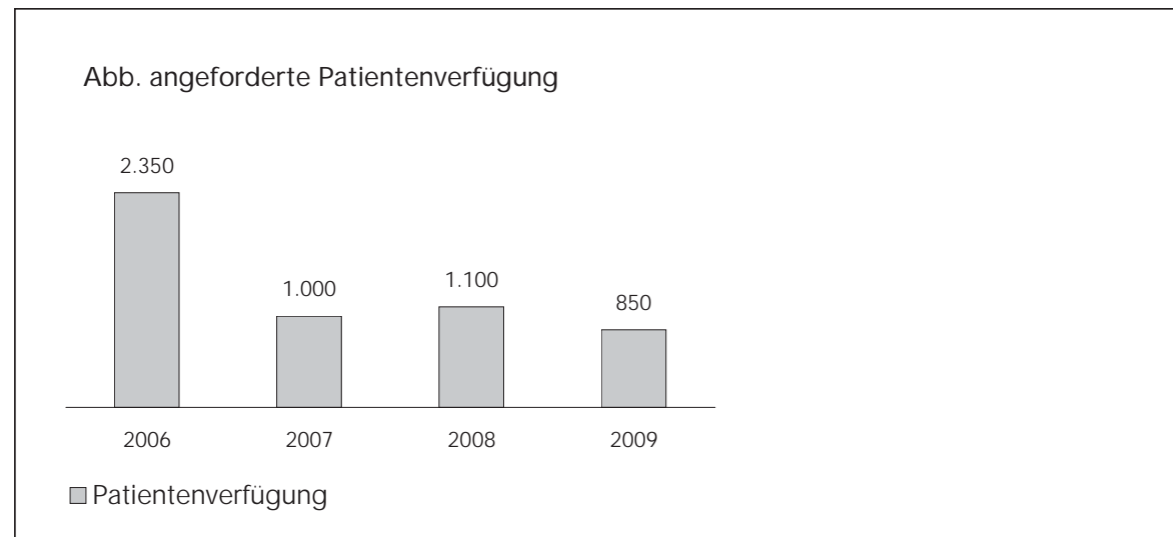
Die Bildungsarbeit soll dazu beitragen, die Fachkompetenz zu verbessern und eine Hospiz- und Palliativkultur fördern, die den Bedürfnissen sterbender Menschen gerecht wird. Als Mitglied der ARGE Hospiz- und Palliativbildung war die Hospizbewegung Vorarlberg an den Hospiz- und Palliativtagen beteiligt, die jährlich im Kulturhaus Dornbirn stattfinden und von einer großen Zahl an Ehrenamtlichen *und* Fachleuten besucht werden. MitarbeiterInnen der Hospizbewegung Vorarlberg haben ihr Wissen und Know-how bei zahlreichen Bildungsveranstaltungen österreichweit und über die Landesgrenzen hinaus geteilt. Ehrenamtliche Hospiz-MitarbeiterInnen haben von ihren Erfahrungen in Schulen erzählt.

Veranstaltungen	2007	2008	2009
Informationsveranstaltungen	4	14	9
Referententätigkeit von Hospiz-MitarbeiterInnen	54	33	40
Hospiz-Gottesdienste	3	5	0
Hospiz in der Schule	7	11	7
Hospiz-Aktionstag	1	1	1
Menschen erreicht	9.821	9.846	11.758

### Patientenverfügung

Als Serviceleistung können bei der Hospizbewegung Vorarlberg vorgedruckte Patientenverfügungsformulare zum Selbstkostenpreis angefordert werden. Die Formulare beinhalten auch den Gesetzestext und hilfreiche Tipps zum Ausfüllen. Interessierte können sich bei der Hospizbewegung Vorarlberg informieren oder auch beraten lassen.





Seit das Patientenverfügungsgesetz verabschiedet wurde, hat die Nachfrage deutlich abgenommen: ein Indiz dafür, dass viele Menschen mit der bestehenden Rechtsgrundlage überfordert sind. Keine Zahlen liegen vor, wie viele Patientenverfügungen bei Rechtsanwälten oder Notaren errichtet wurden.

### Sterbeorte

Im Österreich-Vergleich versterben in Vorarlberg relativ viele Menschen, nämlich seit vielen Jahren konstant rund ein Drittel, zu Hause. Eine große Veränderung bei den Sterbeorten gab es ab 2005, als es zu einer deutlichen Verschiebung vom Krankenhaus (bis dahin starben knapp über 50 % im Krankenhaus) zum Pflegeheim kam. Ab 2005 ist für 15 % – bis zuletzt sogar 20 % – das Pflegeheim der Ort, wo sie versterben. Warum das so ist, darüber kann derzeit nur spekuliert werden. Der Zeitraum korreliert allerdings mit dem Projekt Palliative Care im Pflegeheim und mit verstärkten Anstrengungen, das Sterben im Pflegeheim zu thematisieren und die Palliativkultur im Pflegeheim zu verbessern. Es ist anzunehmen, dass einerseits mehr darauf geachtet wird, ob es sinnvoll ist, einen sterbenden Menschen noch ins Krankenhaus zu transferieren, andererseits werden die medizinischen und pflegerischen Möglichkeiten im Pflegeheim besser ausgeschöpft und dabei wird auch die Supportleistung des Mobilien Palliativteams genutzt.

Abb. Sterbeorte in Vorarlberg, Werte in %

Quelle: Landesstatistik Steiermark, ÖSTAT

	2006		2007		2008	
im Krankenhaus	42,8%	1.076	44,5%	1.122	42,9%	1.073
zu Hause	33,9%	852	33,4%	843	32,6%	815
im Pflegeheim	16,8%	422	16,8%	423	19,5%	488
Sonstiger	6,5%	164	5,4%	136	5,0%	125
	100%	2.514	100%	2.524	100%	2.501

## 5 Statistik Mobiles Palliativteam

Das Mobile Palliativteam hat am 1.2.2008 seinen Dienst aufgenommen. In den ersten Monaten ging es vor allem darum, das Mobile Palliativteam bekannt zu machen. Durch ein umfangreiches Schulungsangebot des Mobilien Palliativteams ist es gelungen, nicht nur das Dienstleistungsangebot sichtbar zu machen, sondern auch durch Anleitung und hilfreiche Tipps fachliches Know-how und Sicherheit im Umgang mit Palliativ-PatientInnen zu vermitteln.

Abb. Statistik Mobiles Palliativteam

	2008	2009
Veranstaltungen	41	39
TeilnehmerInnen	1.054	794

Die Schulungen wurden im ganzen Land abgehalten, vor allem aber in der Kernregion (Bezirk Dornbirn, Bezirk Feldkirch zwischen Götzis und Rankweil). Die Schulungsthemen umfassten unter anderem die Themen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr am Lebensende, Schmerztherapie, Port-a-Cath, Mundpflege, Patientenverfügung, Schmerzpumpe, PEG- Sonde.

Neben der Bildungsarbeit wurden ganz konkrete Anfragen bearbeitet. Dies geschah teils telefonisch, zu einem großen Teil aber durch Besuche vor Ort.

	2008	2009
Einsätze	283	469
PatientInnen	126	186
Gefahrene Km	4.381	6.830

Die Anzahl der Einsätze und der PatientInnen nahmen im zweiten Jahr bereits deutlich zu. Die häufigste Diagnose ist eine Krebserkrankung. Daneben sind es aber auch andere Krankheitsbilder, wie zum Beispiel neurologische Erkrankungen, die den Einsatz des Mobilien Palliativteams erfordern.

Diagnose	2008	2009
Onkologische Erkrankung	72	132
Neurologische Erkrankung	17	17
Kardiologische Erkrankung	1	5
Sonstige Erkrankung	20	21
Unbekannt, Sonstiges	16	11

Das Mobile Palliativteam richtet sein Angebot in erster Linie an die PrimärbetreuerInnen. Diese haben das Angebot immer stärker in Anspruch genommen. Allerdings fällt in der folgenden Darstellung auf, dass es vielfach Angehörige waren, welche das Mobile Palliativteam kontaktiert haben. In solchen Fällen nimmt das Mobile Palliativteam umgehend Kontakt mit dem betreuenden Arzt und der Hauskrankenpflege auf. Oft haben allerdings die Angehörigen die Kontaktnummer des Mobilien Palliativteams von einem Arzt oder der Hauskrankenpflege erhalten. Das Mobile Palliativteam legt Wert darauf, nicht anstelle von sondern als Unterstützung für die PrimärbetreuerInnen aktiv zu werden.

Die Anfrage kam von	2008	2009
Hausarzt	27	85
Hauskrankenpflege	36	58
Pflegeheime	31	47
Palliativstation	28	21
Akutkrankenhaus	11	36
Angehörige	105	130
Patient	17	15
Folgeeinsatz	18	70
Sonstige	10	7

Im Auftrag des Landesgesundheitsfonds wird der Anfragegrund nach folgenden Kriterien aufgeschlüsselt: Beratung/Abklärung/Information, Anleitung für konkrete Maßnahmen an PatientInnen und Sonstige Gründe. Während im ersten Jahr der Schwerpunkt bei Beratung, Abklärung und Information lag, verdreifachten sich die Einsätze mit Anleitung für konkrete Maßnahmen im zweiten Jahr.

Anfragegrund	2008	2009
Beratung, Abklärung, Information	162	170
Anleitung für konkrete Maßnahmen an PatientInnen	90	288
Sonstiger Grund, zum Beispiel Krisenintervention	31	11

Die meisten Einsätze spielten sich vor Ort – meistens zu Hause, oft auch im Pflegeheim und manchmal im Krankenhaus ab. Rund ein Viertel der Einsätze konnte auch im zweiten Jahr telefonisch abgewickelt werden.

Einsatzort	2008	2009
Zu Hause bei PatientInnen	130	266
Im Pflegeheim	26	57
Auf der Palliativstation	11	8
Im Akutkrankenhaus	3	9
Telefonische Beratung und Anleitung	113	129

Das Mobile Palliativteam soll dazu beitragen, dass Palliativ-PatientInnen länger in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben können. Weiters soll es dazu beitragen, die Lebensqualität für diese PatientInnen zu verbessern. Dafür ist es manchmal erforderlich, dass sie vorübergehend auf die Palliativstation aufgenommen werden, um zum Beispiel die Schmerztherapie zu verbessern. Erfreulich oft konnte tatsächlich eine akute Aufnahme verhindert werden, noch öfters gelang es, quälende Symptome vor Ort zu lindern. Ein weiteres Ziel des Mobilien Palliativteams ist es, den Übergang von einem Krankenhausaufenthalt zur häuslichen Betreuung zu unterstützen. Das schafft Sicherheit für die PatientInnen, deren Angehörige, aber auch für die PrimärbetreuerInnen.

Einsatzergebnis	2008	2009
Akutaufnahme verhindert	38	112
Symptomlinderung vor Ort ermöglicht	109	185
Übergang von stationär zu ambulant unterstützt	58	71
Zur ethischen Entscheidungsfindung beigetragen	16	16
Sonstiges	62	85

Das Mobile Palliativteam konnte sich erfolgreich etablieren, was nicht zuletzt eine breitgestreute Umfrage unter den PrimärbetreuerInnen bestätigt hat. Dem Mobilien Palliativteam wurde bei dieser Gelegenheit ein hervorragendes Zeugnis ausgestellt. Im Folgenden ein Auszug aus der Befragung:

Auszug aus der Befragung	Durchschnitt
Das Mobile Palliativteam unterstützt mich/uns bei der Betreuung der PatientInnen/Angehörigen.	1,8
Mit Hilfe des Mobilien Palliativteams ist es möglich, unnötige Krankenhaus-Einweisungen zu ersparen.	1,8
Mit Hilfe des Mobilien Palliativteams ist es möglich, PatientInnen früher aus dem Krankenhaus zu entlassen.	2,2
Mit Hilfe des Mobilien Palliativteams ist es möglich, die Lebensqualität von PatientInnen zu verbessern.	1,4
Das Mobile Palliativteam ist hilfreich bei der Symptomlinderung vor Ort.	1,7
Das Mobile Palliativteam entlastet Angehörige.	2,1
Das Mobile Palliativteam ist hilfreich bei schwierigen ethischen Entscheidungen.	2,3
Die Erreichbarkeit des Mobilien Palliativteams ist ausreichend.	2,2
Das Mobile Palliativteam müsste rund um die Uhr erreichbar sein.	5,4

1 = Aussage trifft zu, 10 = Aussage trifft nicht zu

Uneinig waren sich die Befragten, ob das Mobile Palliativteam rund um die Uhr erreichbar sein müsste. In vielen Mobilien Palliativteams in Österreich und Deutschland wird allerdings genau diese Erreichbarkeit als konstitutiv gesehen.

## 6 Finanzierung

### Hospizbewegung Vorarlberg ohne Mobiles Palliativteam

Eine der zentralen Leistungen der Hospizbewegung ist das Angebot, für eine bestimmte Zeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen, mit trauernden Menschen und mit deren Angehörigen in eine freundschaftliche Beziehung zu treten. Diese Leistung ist ein Akt menschlicher Solidarität und wird finanziell nicht vergütet. Rund 200 Menschen sind es, die sich Jahr für Jahr in den Dienst der betroffenen Menschen gestellt haben. Um sie gut auf ihre Begleitungsaufgabe vorzubereiten, haben sie alle eine umfangreiche Einschulung durchlaufen. Einmal im Team aufgenommen, nehmen sie an den verbindlichen Monatstreffen, Supervisionen und an diversen Weiterbildungsveranstaltungen teil, um ihre Einsätze zu reflektieren und die Qualität der Begleitung weiterzuentwickeln. Die Kosten für die Schulung und Begleitung der Ehrenamtlichen finden sich im Budget der Hospizbewegung wieder. Weitere Kosten entstehen durch die hauptamtlichen Koordinations- und Beratungstätigkeiten und die erforderliche Infrastruktur. In den Kosten spiegeln sich zudem die Vernetzungstätigkeit, Informationsarbeit, administrative Aufgaben und die notwendigen Fundraising-Aktivitäten wieder.

Die Finanzierung der Hospizarbeit in Vorarlberg (ohne Mobiles Palliativteam) ist eine Mischfinanzierung. Zwischen 58 % und 62 % steuerten in den Jahren 2007 – 2009 Land und Gemeinden über eine Förderung des Vorarlberger Sozialfonds zum Gesamtbudget der Hospizbewegung Vorarlberg bei. Rund ein Viertel (zwischen 22 % und 27 %) wurden aus Spendenmitteln der Caritas aufgebracht. Förderbeiträge der Diözese Feldkirch und der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft sowie Kostenersätze tragen ebenfalls zur Aufbringung der notwendigen Mittel bei. Die Hospizbegleitung für Kinder wird zur Gänze aus Spendenmitteln finanziert.

Finanzierung Hospizbewegung	2007	2008	2009
Gesamtaufwand (ohne Mobiles Palliativteam)	512.425 €	520.502 €	566.432 €
davon Sozialfonds	310.468 €	320.650 €	354.430 €
Spendenmittel	114.545 €	126.130 €	127.980 €
Beitrag der Diözese, Kostenersätze und sonstige Erlöse	87.412 €	73.722 €	84.022 €

### Mobiles Palliativteam

Das Mobile Palliativteam arbeitet im Auftrag des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds und wird zu 90 % aus Mitteln des Landesgesundheitsfonds und zu 10 % aus Spendenmitteln der Caritas finanziert.

Finanzierung Mobiles Palliativteam	2008	2009
Gesamtaufwand	170.089 €	152.010 €
Anteil Gesundheitsfonds	153.080 €	136.809 €
Anteil Caritas	17.009 €	15.201 €

## 7 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Hospizbewegung Vorarlberg in den letzten drei Jahren sehr gut entwickelt hat. Seit dem Jahr 2007 ist die Nachfrage nach Hospizbegleitung noch einmal deutlich gestiegen, was mit viel Engagement der MitarbeiterInnen und mit leichten Anpassungen der Personalressourcen erfolgreich bewältigt werden konnte. Eine weitere Nachfrage nach Begleitungen wird ohne Personalanpassung kaum möglich sein. Es wird sich also für die nächsten Jahre die Frage stellen, ob es zu einer Umschichtung der Prioritäten und Dienstleistungen kommen soll oder ob nicht doch ein moderater weiterer Ausbau zielführender ist. Was die Einsätze im häuslichen Bereich betrifft, soll die Zusammenarbeit mit der Hauskrankenpflege verstärkt und die Kommunikation des Angebotes verbessert werden. Im stationären Bereich hat sich die regelmäßige Präsenz von HospizbegleiterInnen sehr bewährt und soll auch in Zukunft beibehalten werden, da dadurch alle Beteiligten profitieren.

Das Mobile Palliativteam konnte nach jahrelangem Ringen Anfang 2008 erfolgreich gestartet werden und sich bereits in der ersten Projektphase bewähren. Mit 1.1.2010 wurde das Mobile Palliativteam beauftragt, seine Dienstleistungen im ganzen Bundesland Vorarlberg anzubieten. Hier werden die nächsten beiden Jahre zeigen, ob das Team weiter ausgebaut werden muss oder ob zusätzliche Teams installiert werden sollen. Eine Entscheidungsgrundlage für diese Fragen werden die Erfahrungen der nächsten beiden Jahre mit sich bringen. Im Österreich-Vergleich arbeiten die Mobilen Palliativteams sehr unterschiedlich, was mit der uneinheitlichen Finanzierung zusammenhängt. Möglicherweise wird es hier in den nächsten Jahren zu einer Anpassung kommen.

Ein Baustein im Gesamtplan der Hospiz- und Palliativversorgung ist noch offen: das Stationäre Hospiz. Zu diesem Baustein wurden bereits umfangreiche Vorarbeiten gemacht. Ähnlich wie bei der Errichtung der Palliativstation gilt es Bedenken und Widerstände zu bearbeiten. Im nächsten Schritt ist daher zu klären, ob es möglich sein wird, die Kritiker dieses Projekts von der Sinnhaftigkeit zu überzeugen und eine Finanzierung für den Betrieb dieses wichtigen Angebots auf die Beine zu stellen.

## IV Mobile Hilfsdienste

Uschi Österle

### 1 Grundlagen

Mobile Hilfsdienste (MOHI) sind Einrichtungen, die ambulante Leistungen für Menschen anbieten, welche Unterstützung und Betreuung benötigen. Die Hilfen werden den persönlichen Bedürfnissen angepasst und umfassen im Wesentlichen drei Tätigkeitsbereiche, welche unter „Angebot und Leistungen“ näher beschrieben sind. Die zwei Hauptziele sind die Entlastung von pflegenden Angehörigen und die Unterstützung von alleinstehenden, hilfebedürftigen Menschen.

Die Mobilen Hilfsdienste sind eine wichtige Ergänzung zu anderen ambulanten und teilstationären Einrichtungen im Bereich Betreuung und Pflege in Vorarlberg. Sie sind niederschwellig erreichbar und mit den anderen Diensten vor Ort vernetzt.

Fast alle Mobilen Hilfsdienste sind einem Träger angeschlossen. Nur vier sind als eigenständige Vereine strukturiert. 31 Mobile Hilfsdienste (knapp 60 Prozent) sind dem örtlichen Krankenpflegeverein angegliedert, 9 Anbieter (17 Prozent) haben die Gemeinde oder eine gemeindeeigene Einrichtung als Träger. Die restlichen MOHI sind bei einem Sozialsprengel, Sozialzentrum, dem Roten Kreuz oder einem anderen Verein dabei. Bis auf zwei kleine Gemeinden im Bezirk Bregenz sind die Mobilen Hilfsdienste flächendeckend verfügbar.

Um den steigenden Anforderungen und den rasanten Weiterentwicklungen gerecht zu werden, wurde im Jahr 2007 im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung gemeinsam mit unseren wichtigsten Partnern der Betreuungspool Vorarlberg konzipiert und gegründet. Dieser Pool ist eine gemeinnützige GmbH und die ARGE Mobile Hilfsdienste als Dachverband der Mobilen Hilfsdienste ist hier mit 51 Prozent Hauptgesellschafter. Die dort registrierten selbständigen PersonenbetreuerInnen werden für zeitintensive Betreuungen, bei Bedarf auch rund um die Uhr vermittelt.

Ein weiterer Systempartner ist die Sozialeinrichtung „aqua mühle frastanz“ mit den Betreuungshilfen. Das ursprünglich (Oktober 2006) als Pilotprojekt gestartete und von den Mobilen Hilfsdiensten stark unterstützte Projekt ist heute zur fixen Einrichtung geworden. Hier übernehmen angestellte Betreuerinnen vielfach Überbrückungen, bis ein der Situation genau angepasster Bedarf auf Schiene ist oder alle benötigten Vorkehrungen umgesetzt werden können.



## 2 Angebot und Leistungen der Mobilen Hilfsdienste

Die Mobilen Hilfsdienste bieten stundenweise bis halbe Tage Unterstützung an. Die meisten können auch Nachtbetreuung (Anwesenheit von 22 bis 6 Uhr) bei Bedarf organisieren. Die Betreuungen finden hauptsächlich wochentags, aber auch am Wochenende und an Feiertagen statt.

### Betreuerische Hilfen

- Mitmenschliche Begleitung wie zuhören, vorlesen, spazieren gehen ...
- Eigeninitiativen aktivieren und unterstützen, Fähigkeiten fördern ...
- Behördengänge, Besorgungen, Fahrdienste (zum Arzt) ...

### Hauswirtschaftliche Hilfen

- Reinigung des genutzten Wohnbereiches
- Wäsche in Ordnung halten (waschen, bügeln)
- Zubereitung kleiner Mahlzeiten, den Bedürfnissen entsprechend

### Hilfestellungen

- Unterstützung zur Förderung des körperlichen Wohlbefindens
- Einfache Handreichungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Hilfe zur Selbsthilfe

### Tagesbetreuungseinrichtung

Acht Mobile Hilfsdienste bieten zusätzlich zu den herkömmlichen Leistungen Betreuung in einer eigenen Tagesbetreuungseinrichtung an – fünf sind in einem Pflegeheim untergebracht, drei in anderen Räumlichkeiten.

Die Klienten werden hier außerhalb der eigenen Umgebung in Gruppen betreut. Der Vorteil liegt in den „sozialen Kontakten“, der Abwechslung zum „Alltagstrott“ für die zu Betreuenden und der noch besseren Entlastung für pflegende Angehörige. Ein weiterer Vorteil ist der Kostenfaktor. Hier braucht es selten ein Eins-zu-eins-Verhältnis. Meistens kann eine Person zwei bis mehrere Klienten betreuen. Hier kommt es auf den Unterstützungsaufwand, die Höhe der Pflegestufen, Diagnosen wie Demenz usw. an. Die Anzahl der MOHI-HelferInnen wird immer entsprechend angepasst.

Die Tagesbetreuungen können täglich oder an bestimmten Tagen, den ganzen oder halben Tag und regelmäßig oder kurzfristig gegen Anmeldung in Anspruch genommen werden. Die meisten bieten einen Mittagstisch und manche einen Fahrdienst (abholen und heimbringen) an.

### Familientlastung auf Gutscheine

Ab 1. 1. 2009 wurde vom Land die Familientlastung auf Gutscheine nach dem Chancengesetz für Familien bzw. pflegende Angehörige mit Kindern und Jugendlichen mit einer Beeinträchtigung ihrer geistigen Fähigkeit bzw. körperlichen Funktion eingeführt. Vorher gab es dafür die Integrationshilfe. Bei diesem neuen Gutschein-System sind die Mobilen Hilfsdienste als Dienstleister mit dabei und konnten sich auf Anrieb nach der Lebenshilfe an die zweite Stelle

positionieren. Der Hauptgrund dürfte darin liegen, dass sich die MOHI's durch ihre große Flexibilität und Anpassungsbereitschaft auszeichnen und auch Putzdienste übernehmen. So machten diese Einsätze 1,6 Prozent der gesamten Betreuungen aus.

### Koordinationsstelle – Einsatzleitung – HelferInnen

Jeder der 52 Mobilen Hilfsdienste hat eine eigene Koordinationsstelle, wo die Einsatzleitung für detaillierte Auskünfte und Beratungen von Klienten und Angehörigen zur Verfügung steht. Es werden die genauen Bedürfnisse erhoben und nach Klärung ein/e passende/r MOHI-Helferin oder -Helfer ausgesucht. Diese MitarbeiterInnen müssen zu Beginn verpflichtende Schulungen absolvieren, sich laufend weiterbilden und unterliegen der Schweigepflicht.

Zur Qualitätssicherung werden die Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen für die MOHI-MitarbeiterInnen immer wieder verbessert und ergänzt. So wird großes Augenmerk auf Validation, Biografie usw. gelegt, was zum richtigen Umgang mit Menschen mit Demenz wesentlich beiträgt.

Eine weitere Maßnahme ist die Heimhelferausbildung für MOHI-HelferInnen, wofür im Jahr 2009 ein Konzept zur Umsetzung und Finanzierung entwickelt wurde. Gelernten HeimhelferInnen dürfen rechtlich gewisse pflegerische Tätigkeiten von diplomiertem Pflegepersonal übertragen werden. Ziel ist, bis 2013 ca. 10 Prozent der MOHI-HelferInnen entsprechend zu qualifizieren. Die Ausbildung beinhaltet jeweils 200 Stunden Theorie und Praktikum. Im Jahr 2009 haben 1.610 MOHI-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter an Schulungsmaßnahmen teilgenommen.

Die Beschäftigungsverhältnisse der MOHI-Helferinnen und -Helfer (3 Prozent Anteil Männer) teilen sich aktuell folgendermaßen auf:

- Im Vermittlungsvertrag als Neue Selbständige 70 %
- Im Freien Dienstvertrag (bei der VGKK angemeldet) 28 %  
(davon 27 % über der Geringfügigkeitsgrenze)
- Fixe Dienstverhältnisse 1,30 % (hauptsächlich Gemeindeangestellte)
- 0,70 % ehrenamtlich Tätige

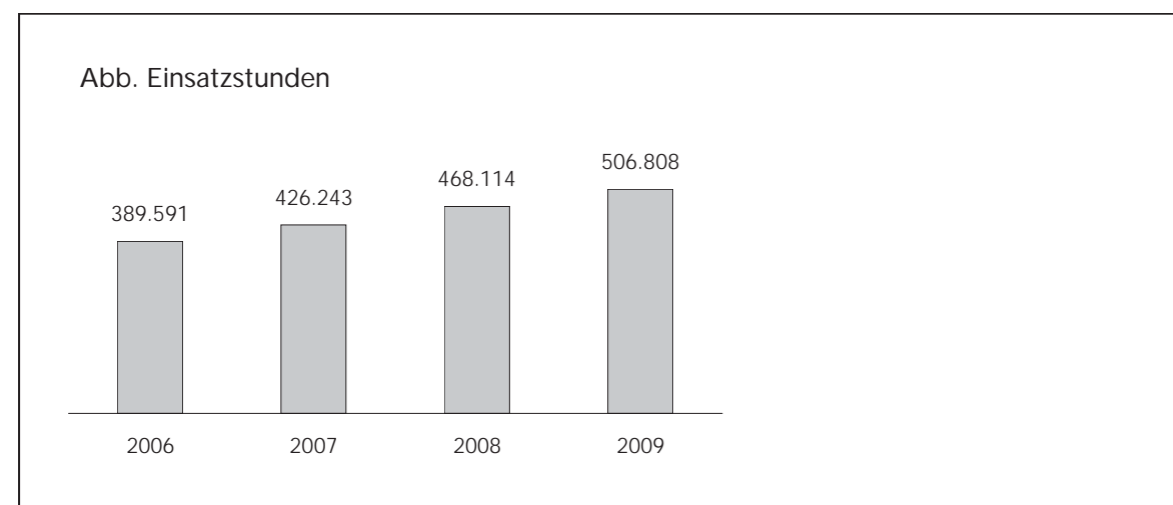
Die geringfügige Anmeldung und damit freiwillige Versicherung ist hauptsächlich zum Erwerb von Pensionsjahren interessant. Für Freie Dienstnehmer über der Geringfügigkeit gibt es seit 1.1.2008 große sozialrechtliche Verbesserungen. So erhalten diese Krankengeld, sind bei der betrieblichen Vorsorge dabei und sind arbeitslosenversichert. Damit gibt es für Freie Dienstnehmer über der Geringfügigkeit erstmals wirkliche berufliche Perspektiven. Der große Vorteil dabei ist die Arbeitsmöglichkeit im eigenen Ort und daher ist für Frauen Beruf und Familie besser zu vereinbaren.

Die Vertragsform als Neue Selbständige wird hauptsächlich von Personen in Anspruch genommen, die einen anderen Hauptberuf ausüben, bereits in Pension oder anderweitig versichert sind.

### HelferInnen-Treffen landesweit

Nach wie vor findet in den Mobilien Hilfsdiensten viel Ehrenamtlichkeit statt – z. B. gibt es für Einführungsgespräche, Team-Treffs, Weiterbildung, Wegzeiten ... keinerlei Vergütungen. Als Zeichen der Anerkennung und Wertschätzung findet daher ein jährliches HelferInnen-Treffen in unterschiedlichster Form statt. Im Jahr 2009 wurde die Intercura Messe für Pflege und Reha als Rahmen für dieses Treffen gewählt. Da die ARGE Mobile Hilfsdienste zusammen mit den anderen Mitgliedern des Betreuungs- und Pflegenetz einen gemeinsamen Stand auf dieser Messe hatte, bot sich hier eine gute Gelegenheit. Der große Erfolg mit 700 TeilnehmerInnen bestätigte diese Einschätzung. Erstmals waren zu diesem Treffen auch die Pflegefachkräfte der Hauskrankenpflege eingeladen, was die Zusammenarbeit vor Ort unterstreichen soll.

MOHI HelferInnen im Einsatz	2006	2007	2008	2009
	1.606	1.661	1.777	1.893

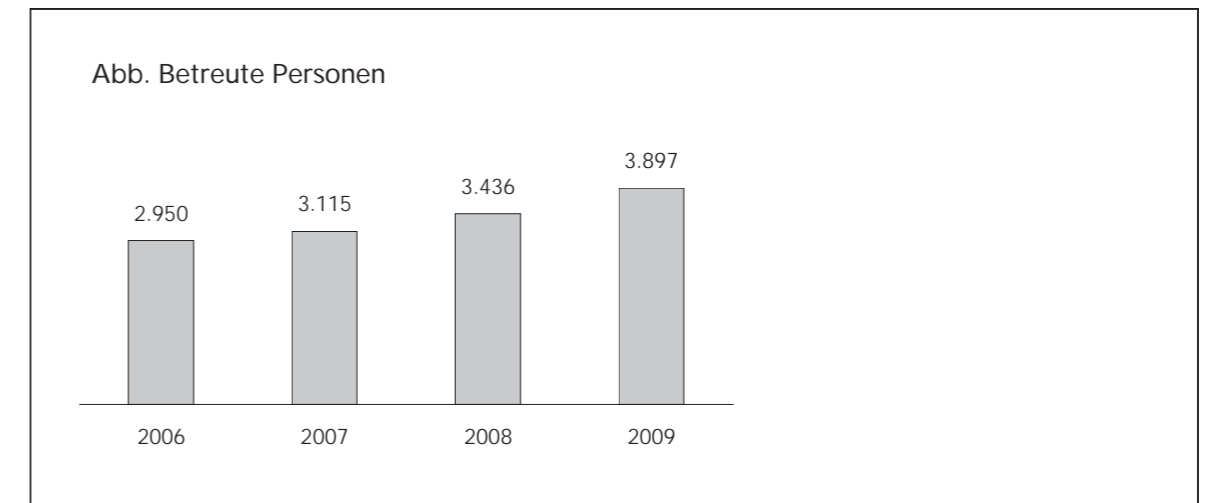


In den vergangenen zehn Jahren sind die Einsatz-Stunden im Schnitt jeweils um knapp 12 Prozent gestiegen, wobei es große Schwankungen zwischen +3 und +26 Prozent gegeben hat. Im vergangenen Jahr betrug die Steigerung 8 Prozent und es wurde erstmals die Grenze der halben Million Einsatz-Stunden überschritten.

In den acht Tagesbetreuungseinrichtungen wurden im Jahr 2009 insgesamt 37.790 Klienten-Stunden erbracht und über die neuen Gutscheine zur Familienentlastung 8.201 Stunden.

An die Betreuungshilfen von aqua mühle frastanz wurden 8.669 Stunden durch MOHIs weitervermittelt – diese sind in der Statistik nicht enthalten.

Diese Zahlen bestätigen eindeutig die Prognosen, was die Zunahme des Betreuungsbedarfs betrifft. Bisher ist es den Verantwortlichen der Mobilien Hilfsdienste gut gelungen, mit diesen Entwicklungen Schritt zu halten. Es wird weiterhin große Anstrengungen brauchen, um hier auch künftig in guter Qualität für alle Betroffenen mithalten zu können.



Hier betrug die Steigerung während der letzten zehn Jahre durchschnittlich knapp 9 Prozent mit einer Bandbreite von +4 bis +13 Prozent (im Jahr 2009). In den acht Tagesbetreuungseinrichtungen wurden im letzten Jahr 186 Personen betreut und über das Gutscheinsystem zur Familienentlastung 61 Personen.

#### Details zu den betreuten Klienten 2009

##### Betreute Klienten 2009 nach Geschlecht

Frauen	72 %
Männer	28 %

##### Altersstruktur der betreuten Klienten 2009

Unter 40 Jahren	3 %
Zwischen 40 und 60 Jahren	9 %
Zwischen 61 und 80 Jahren	34 %
Zwischen 81 und 90 Jahren	47 %
Älter als 90 Jahre	7 %

9 betreute Personen waren über 100 Jahre alt  
(im Jahr davor waren es noch 4)

##### Gründe für die Beendigung der Betreuung durch MOHI im Jahr 2009

Tod	35 %
Pflegeheim	22 %
Nicht mehr nötig	24 %
Übergang in die Rund-um-die-Uhr-Betreuungen	10 %
Ruhend oder andere Gründe	9 %

Im Laufe des Jahres 2009 wurden insgesamt 31 Prozent der Betreuungen beendet.

#### Dauer der Betreuungen 2009

Maximal 3 Monate	7 %
4 bis 12 Monate	30 %
1 bis 3 Jahre	33 %
4 bis 5 Jahre	15 %
Länger als 5 Jahre	15 %

### 3 Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Mobile Hilfsdienste

Die ARGE Mobile Hilfsdienste vertritt alle 52 Einrichtungen im Land und ist als deren Service-stelle zu betrachten. Die ARGE ist seit zwölf Jahren als Verein konstituiert und führt seit gut zweieinhalb Jahren eine Bürogemeinschaft mit dem Betreuungspool Vorarlberg in Feldkirch (Stadt), Saalbaugasse 2.

Der Vorstand umfasst zehn Personen, die vorwiegend ehrenamtlich tätig sind. Der Landesverband der Hauskrankenpflege, der Verein connexia sowie der Vorarlberger Familienverband können jeweils eine Person in den ARGE-Vorstand delegieren. Die ARGE verfügt über zwei Dienstposten, die mit 80 Prozent auf eine Geschäftsführerin und mit 40 Prozent auf eine Mitarbeiterin aufgeteilt sind.

#### Die Aufgaben der ARGE Mobile Hilfsdienste

- Organisation und Durchführung von Schulungen und Weiterbildungsveranstaltungen für MOHI-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter
- Informationsbeschaffung und -weitergabe
- Abwicklung von Förderungen
- Verhandlungen mit Land und Gemeindeverband bezüglich Subventionen und fallweise mit dem Finanzamt oder der VGKK wegen steuer- oder sozialrechtlicher Belange
- Beratung und Unterstützung bei der Lösung von Problemen, bei Umstrukturierungen usw. in regionalen Hilfsdiensten
- Veranstaltung von Einsatzleitertreffen zur Informationsweitergabe und zum Erfahrungsaustausch
- Organisation von landesweiten HelferInnentreffen
- Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung
- Landesweite Dokumentationen als Grundlage für Projektarbeit und um die Entwicklungen aufzuzeigen
- Projektarbeit auf Landesebene und Zusammenarbeit mit anderen sozialen Einrichtungen und ambulanten Diensten

### 4 Finanzierung

Die Klienten müssen die Kosten für die MOHI-Betreuung aus Eigenmitteln und dem Pflegegeld finanzieren. Derzeit werden wochentags durchschnittlich pro Stunde 9 € an die Klienten verrechnet. Im Jahr 2007 waren es 8,50 €. Dazu kommt das amtliche Kilometergeld für Fahrten mit oder Besorgungen für den Klienten. Für Betreuungsstunden am Wochenende werden Aufschläge und für Nachtbetreuungen Pauschalpreise verrechnet. Grundsätzlich ist der Tarif, den die Kunden bezahlen, gleichzeitig die Entschädigung für die HelferInnen.

Den landesweiten Umsatz kann man anhand der getätigten Einsatzstunden nur grob schätzen, denn es gibt keine Statistik, welche die Wochenend- und Nachtstunden separat ausweist. Vorwiegend finden die Betreuungen jedoch unter der Woche statt.

Das heißt, die öffentlichen Förderungen beinhalten vor allem die Struktur- und Organisationskosten, welche zu 60 % vom Sozialfonds des Landes und zu 40 % von den Gemeinden übernommen werden. Kosten für Struktur und Organisation, welche 4,10 € pro Einsatz-Stunde übersteigen, müssen anderweitig aufgebracht werden. Die Förderungen sind mit 4,10 € als Obergrenze gedeckelt, von 2002 bis 2007 betrug diese Deckelung 3,50 € pro Stunde.

Im Jahr 2008 hat sich eine interne Arbeitsgruppe im Auftrag des Landes mit der Überarbeitung der bis dahin geltenden Förderbedingungen und Richtlinien befasst. Seit 1. 1. 2009 sind nun die neu erarbeiteten Bestimmungen in Kraft.

#### Die wichtigsten Neuerungen

- Unterteilung der Kosten in Grund- und Sonderförderungen
- Die Personalkosten (Einsatzleitung, Mitarbeiter in der Koordinationsstelle, für Abrechnungen ...) müssen mindestens gleich hoch sein wie die Sachkosten (Miete und Betriebskosten, Büromaterial, Telefon, Porto, Werbung und Öffentlichkeitsarbeit ...). Wenn die Sachkosten die Personalkosten übersteigen, werden diese entsprechend gekürzt. Der Grund dafür ist die Wertung der Arbeit der Mitarbeiter – bis vor Kurzem gab es noch ehrenamtlich tätige Einsatzleiterinnen – und das Zur-Verfügung-Stellen ausreichender Zeitressourcen.

Sonderförderungen sind:

- Die Ausgaben für Schulung und Weiterbildung – diese wurden aus den Budgets der einzelnen Mobilen Hilfsdienste in ein gemeinsames Landesbudget ausgelagert. Dieses Landesbudget verwaltet die ARGE und beträgt 0,20 € pro Einsatz-Stunde jeweils des Vorjahres.
- Ausgaben für Dienstgeberbeiträge der HelferInnen im Freien Dienstvertrag (60 % Land, 40 % Gemeinden). Hier gibt es keinerlei Obergrenze.
- Krankengeld für Freie Dienstnehmer über der Geringfügigkeit unter bestimmten Voraussetzungen
- Investitionsförderungen für neue Büroräumlichkeiten oder Tagesbetreuungseinrichtungen sind separat zu beantragen. Hier können Beiträge gewährt werden.

Diese jährlich angefallenen Kosten sind auf Basis der Errechnung der Förderansuchen an das Land konkret erfassbar. Die ergänzende Finanzierung durch die Gemeinden kann ebenfalls aufgrund des Verteilerschlüssels (40 %) und der geförderten Obergrenze relativ genau errechnet werden. Die meisten Gemeinden halten sich hier an die Empfehlungen des Gemeindeverbandes. Kosten, welche bei einzelnen Einrichtungen über der geförderten Obergrenze anfallen, werden aus Spenden, Mitgliedsbeiträgen, Rücklagen, in Einzelfällen durch eine Zusatzförderung der Gemeinde oder vom Träger finanziert. Im Jahr 2009 haben acht MOHI diese Grenze überschritten.

### Daraus ergibt sich folgendes Gesamtbild der Finanzierung der Mobilen Hilfsdienste

Abb. Übersicht Finanzierung Mobile Hilfsdienste

	2007	2008	2009
Klienten-Stunden	426.243 €	468.114 €	506.808 €
Std. WT (93 %) zu Normaltarif	396.443 €	435.314 €	471.308 €
Std. WoE (ca. 7 %) zu Wochenendtarif	29.800 €	32.800 €	35.500 €
Kosten pro Std. WT durchschnittlich	8,50 €	8,55 €	8,74 €
Kosten pro Std. WoE durchschnittlich	10,80 €	11,00 €	11,00 €
Entgelt an Helfer*	3.691.606 €	4.082.735 €	4.509.732 €
Strukturkosten ohne Restfinanzierung	1.291.976 €	1.404.578 €	1.537.709 €
Anteil Land (Sozialfonds) 60 %	775.186 €	842.747 €	922.625 €
Anteil Gemeinden 40 %	516.790 €	561.831 €	615.084 €
Restfinanzierung d. Rücklagen, Träger ...	73.959 €	22.075 €	21.956 €
DG-Beiträge Freie Dienstnehmer (Helfer)	241.496 €	328.468 €	399.061 €
Anteil Land (Sozialfonds) 60 %	144.898 €	197.081 €	239.437 €
Anteil Gemeinden 40 %	96.598 €	131.387 €	159.624 €
Sonderförderung Weiterbildung	---	---	93.623 €
Sonderförderung Krankengeld	---	4.742 €	2.994 €
Aufwand ARGE (ohne Betreuungspool und WB)**	61.660 €	93.164 €	97.384 €
Förderung Sozialfonds	68.000 €	76.000 €	104.000 €
<b>Gesamtfinanzierung MOHI-Bereich</b>	<b>5.360.696 €</b>	<b>5.935.761 €</b>	<b>6.662.459 €</b>
<b>ohne Entgelt an Helfer bzw. Aufwand d. Klienten</b>	<b>1.669.091 €</b>	<b>1.853.027 €</b>	<b>2.152.727 €</b>

\* Schätzung, dass ca. 7 % der Stunden am Wochenende stattfinden

\*\* die ARGE = Mieterin der gemeinsamen Büroräumlichkeiten und verrechnet Miet- und Betriebskostenanteil an den Betreuungspool weiter, Weiterbildung ist 2007 und 2008 ein Durchläufer und 2009 im Sonderbudget dabei

## 5 Zusammenfassung und Ausblick

Im Jahr 2009 wurden landesweit 3.897 vorwiegend alte, kranke und behinderte Menschen in 506.808 Stunden von 1.893 MOHI-HelferInnen daheim bzw. 5 % davon in einer Tagesbetreuungseinrichtung betreut.

Das Angebot der Mobilen Hilfsdienste ist nahezu flächendeckend und knapp 60 % der 52 Einrichtungen haben die örtliche Hauskrankenpflege als Träger.

Das wichtigste Anliegen ist die Qualitätssicherung für Klienten, Angehörige und MitarbeiterInnen sowie die Abdeckung des steigenden Bedarfs. Immer engere Kooperationen und gute Zusammenarbeit der einzelnen Einrichtungen vor Ort sind unerlässlich, um die vorhandenen Ressourcen bestmöglich im Sinne der Klienten und betroffenen Angehörigen einzusetzen. Die Installierung des Betreuungspool Vorarlberg hat sich als richtig erwiesen und die Bürogemeinschaft mit der ARGE hat sich bewährt. Die wichtigsten Partner im Bereich Betreuung und Pflege sind im Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg symbolisch zusammengeschlossen. Hier werden zentrale Themen gemeinsam behandelt und Ergebnisse erarbeitet.

Land und Gemeinden haben sich dazu bekannt, dass Betreuung und Pflege von alten, kranken und behinderten Menschen so lange wie möglich ambulant und nur falls nötig stationär erfolgen soll. Dazu braucht es die nötigen Rahmenbedingungen. Ein wichtiger Schritt ist die vermehrte Möglichkeit von Dienstverhältnissen über der Geringfügigkeit und die Heimhelfer-Ausbildung.

Es ist Aufgabe der ARGE, die laufenden Entwicklungen vor allem im MOHI-Bereich genau im Auge zu haben, rechtzeitig auf nötige Anpassungen aufmerksam zu machen und die dafür nötigen Voraussetzungen zu schaffen oder einzufordern.



## V Betreuungspool Vorarlberg

Mag. Harald Panzenböck

Die Betreuungspool gGmbH nahm am 1. Oktober 2007 ihre Arbeit offiziell auf. Der Zeitraum des Berichtes ist somit eng verknüpft mit einer ersten Entwicklungsphase. In dieser galt es vor allem, die theoretischen Überlegungen in die Praxis umzusetzen und Anpassungen zu treffen für ein gutes Funktionieren (Klientenzufriedenheit). Eine besondere Herausforderung stellte auch das sprunghafte Wachstum von 32.000 Stunden im Jahr 2008 auf 211.000 im Kalenderjahr 2009 dar.

Eine besondere Bedeutung kam in dieser Entwicklungsphase den Systempartnern der Hauskrankenpflege und der Mobilen Hilfsdienste zu. In Gesprächen, Rückmeldungen, Best Practice Beispielen konnte so ein funktionierender Ablauf erarbeitet werden, der für die Klienten bestmögliche Ergebnisse und für die Einrichtungen hohe Effizienz ermöglicht. Allen, die sich in diesem Prozess eingebracht haben, ein herzliches Dankeschön.

Dank auch den Trägern, die sich in unterschiedlichen Funktionen und Aufgaben dem Unternehmen Betreuungspool zur Verfügung gestellt haben. Besonders zu nennen sind hier Willi Hagleitner als delegierter Gesellschaftervertreter der Arbeitsgemeinschaft Mobile Hilfsdienste und Dipl.-Ing. Manfred Zumtobel als delegierter Vertreter bis 2.2.2010 und ab diesem Zeitpunkt Dkfm. Herwig Thurnher für den Landesverband Hauskrankenpflege. Die genannten Vertreter der Hauskrankenpflege nahmen auch den Vorsitz im Beirat des Betreuungspools wahr.

Einen besonderen Dank auch an die Verantwortlichen im Landhaus, an Landesrätin Dr. Greti Schmid und Fachbereichsleiter Peter Hämmerle.

### 1 Einleitung

#### Der Grundauftrag

Die zentrale Aufgabe des Betreuungspools ist die Vermittlung von selbstständigen Personenbetreuer/innen. Im genannten Zeitraum kamen ausschließlich Personen zum Einsatz, die dieses Gewerbe angemeldet hatten oder mit Auftragsannahme dieses anmeldeten.



## Entwicklungsthemen

- Integration von 24 Stunden Betreuer/innen aus EU-Ländern, die in Österreich keinen Wohnsitz haben, in den Personalpool.
- Positionierung des Betreuungspools: Klärung des Aufgabengebietes des Pools in der Verknüpfung und in der Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern (Hauskrankenpflege, Mobiler Hilfsdienst, Sozialsprengel, ...).
- Sprechstunden: Seit 1. September 2009 werden in Dornbirn jeweils am 1. und 3. Dienstag im Monat von 13 bis 15 Uhr Sprechstunden für Personenbetreuer/innen des Betreuungspools und Interessent/innen angeboten.

## Positionierung des Betreuungspools

Die Betreuungspool gGmbH ist

- Informations- und Vermittlungsstelle für die „selbstständige Personenbetreuung“
- Anlauf- und Servicestelle für selbstständige Personenbetreuer/innen  
Sie vermittelt Aufträge und informiert über Fragen des Gewerbe-, Sozialversicherungs- und Steuerrechts. Darüber hinaus unterstützt sie die Personenbetreuer/innen in sonstigen Angelegenheiten im Rahmen einer konkreten Betreuungssituation (z. B. Auftragsklärung mit Klienten usw.).
- Informationsstelle für Kunden/Klienten  
Sie informiert über Tätigkeitsumfang, Kosten und Anmeldemodalitäten der Personenbetreuer/innen. Sie orientiert sich bei der Vermittlung am individuellen Bedarf, der sich nach den Vorstellungen der Angehörigen von Klienten richtet. Dieser Bedarf ist durch die Einschätzung von Professionalisten vor Ort, wie Pflegedienstleitung der Hauskrankenpflege, Einsatzleitung örtlicher MOHI, stationäre Einrichtungen oder Ärzte unterlegt.
- Vermittlerin von Personenbetreuer/innen  
Sie wird tätig über Anfragen von den örtlichen Einsatzleitungen der MOHI und Krankenpflegevereinen, von Klienten, Angehörigen oder Sachwaltern sowie von verschiedenen Einrichtungen wie aks, IfS, ...
- Problemlöser für Kunden/Klienten und Angehörige
- Primär werden die Ressourcen der Angehörigen, die sie hinsichtlich Betreuung und Case Management einbringen können, berücksichtigt. Diese bilden die Grundlage für das Planen und Handeln der Betreuungspool gGmbH. Die Betreuungspool gGmbH arbeitet klientenorientiert. Ziel ist die Mitarbeit an tragfähigen Lösungen für Klienten unter möglichst optimaler Berücksichtigung der pflegerischen, betreuungsmäßigen und finanziellen Aspekte.

## 2 Personenbetreuer/innen

### Personalakquisition

Die Personalakquisition erfolgt in mehreren Etappen:

- Gezielte Interessentenwerbung
- Klärung der Eignung der Interessent/innen
- Erklären der Rahmenbedingungen
- Abschluss einer Vermittlungsvereinbarung

### Qualifikation

Das Gewerbe des „selbstständigen Personenbetreuers“ ist ein Laiengewerbe, d.h. für die Gewerbeanmeldung ist keine Ausbildung erforderlich. Die über Vermittlung der Betreuungspool gGmbH tätigen Betreuer/innen erbringen jedoch zumindest eine der nachfolgenden Voraussetzungen:

- Mehrjährige Erfahrung in privater Betreuung
- Betreuungseinsätze mit guter Referenz
- Lehrgang Personenbetreuung (ca. 160 Stunden)
- Heimhelferausbildung
- Altenpflegeausbildung
- Krankenpflegeabitur (in der Slowakei, Tschechien)
- Diplomkrankenpflege

### Fachliche Unterstützung durch die Betreuungspool gGmbH

- Gruppensupervision oder Einzelsupervision bei Bedarf
- Information über fachliche Weiterbildungsmöglichkeit
- Lehrgang Personenbetreuung (Organisation und Begleitung eines 4-teiligen Grundlehrganges für jeweils 15 Personen)

### Begleitung der Betreuer/innen bei rechtlichen Fragen

Die zentralen Fragen der Betreuer/innen sind:

- Grundsätzliche Fragen zur Versicherung von Selbstständigen: Anmeldung, Umfang der Versicherung, ...
- Fragen zur Einkommensteuer
- Konkrete Situationen bezüglich Sozialversicherung (Arztbesuche u.a.)
- Ausstellung des Werkvertrages
- Abstimmung zum Gewerbeumfang (z.B. Fragen bezüglich des Tätigkeitsumfanges)
- Umgang mit Kunden, Konflikte mit Kunden
- Klärung mit den örtlichen Einsatzleitungen zum Thema „Delegationen in der Pflege“

Sonstiges:

- Bei Personenbetreuer/innen aus einem anderen EU-Land wird auf ausreichende Deutschkenntnisse geachtet.
- Personenbetreuer/innen sind ab dem ersten Einsatztag haftpflichtversichert.
- Auf Eigeninitiative haben einzelne Betreuer/innen eine Arbeitslosenversicherung.

#### Herkunft der Betreuer/innen

Ungefähr ein Drittel der BetreuerInnen haben einen festen Wohnsitz in Vorarlberg. Die restlichen zwei Drittel haben den Hauptwohnsitz in einem anderen EU-Land.

### 3 Kunden und Klienten beim Betreuungspool

#### Die Stärken des Betreuungspools

Die Stärken liegen bei umfangreichen kurz- und langfristigen Aufträgen. Diese beginnen bei ca. 20 Wochenstunden und gehen bis zur 24 Stunden Betreuung. Bei Betreuungssituationen bis zu drei Stunden täglich ist der Mobile Hilfsdienst aus verschiedenen Gründen attraktiver für die Klienten.

Neuerdings kommt es zu einer erhöhten Nachfrage nach befristeten 24 Stunden Einsätzen für Wochenenden, Urlaubszeiten etc.

Bei Klienten mit einer höheren Pflegestufe kommt es zu einer engen Zusammenarbeit mit der örtlichen Hauskrankenpflege. So kann auch im Rahmen einer leistbaren Betreuung der pflegerische Anspruch auf höchstem Niveau aufrechterhalten werden.

#### Dienstleistungen gegenüber „Klienten“

Eine Auftragsabwicklung für die Empfehlung einer passenden Personenbetreuung beinhaltet:

- Information über das System der selbstständigen Personenbetreuung (Vorgangsweise, Möglichkeiten, Grenzen, Kosten)
- Zusendung von relevanten Verträgen, Anträgen, Infomaterial
- Zeitgerechte Personalempfehlung
- Ersatzpersonal (bei Krankheit, Urlaub der Betreuer/innen)
- Beschwerdemanagement
- Allgemeine Auskünfte über andere im Bereich Pflege und Betreuung tätige Einrichtungen

#### Dienstleistungen, die von der Betreuungspool gGmbH grundsätzlich nicht durchgeführt werden

- Bedarfsabklärung (Aufgabe des örtlichen KPV/MOHI)
- Vorortbesuche bei Klienten

### 4 Vernetzung und Zusammenarbeit

#### Mobile Hilfsdienste und Hauskrankenpflege

Im Kerngeschäft der Personalvermittlung arbeitet der Betreuungspool eng mit den örtlichen Einsatzleitungen der Mobilen Hilfsdienste und der Hauskrankenpflege zusammen. Hier sind es vor allem komplexe Betreuungssituationen, die eine verstärkte Absprache benötigen. Sind örtliche Einschätzungen für die Personalvermittlung notwendig, werden diese ebenfalls durch die genannten Einsatzleitungen getätigt.

#### aqua mühle frastanz

Enge Zusammenarbeit gibt es mit der aqua mühle frastanz, die angestellte Heimehelferinnen zur Verfügung hat. Bei einem Personalengpass werden kurzfristige umfangreichere Personaleinsätze durch diese Einrichtung überbrückt.

#### Plattform „Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg“

Die Vorarlberger Betreuungspool gGmbH gehört zur „Plattform Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg“.

#### Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg

Ebenso ist die Vorarlberger Betreuungspool gGmbH Mitglied im Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg.

#### Kommunale Beratungseinrichtungen

Grundsätzlich wird mit kommunalen Beratungseinrichtungen kooperiert, wobei individuell die Zuständigkeiten abgeklärt und Synergien genutzt werden.

#### Weitere Partner

Mit den folgenden Institutionen erfolgen häufig Absprachen und Austausch:

Gewerbliche Sozialversicherung, AMS, Wirtschaftskammer, Bezirksbehörde – Abteilung Gewerbe und Sozialhilfe, connexia, Caritas Abteilung – Assistenz und Flüchtlingshilfe, IfS Spagat und Sachwalterschaft, Krankenhaus und verschiedene Sozialdienste.

## 5 Betriebsorganisation

### Grundstruktur

Rechtsform: gGmbH mit Geschäftsführer

Gesellschafter: 51 % ARGE Mobile Hilfsdienste (delegierter Vertreter Willi Hagleitner); 49 % Landesverband Hauskrankenpflege (delegierter Vertreter: bis 1.12.2009 Manfred Zumtobel, danach Herwig Thurnher). Der Beirat ist mit Vertretern der ARGE Mobile Hilfsdienste und des Landesverbandes Hauskrankenpflege besetzt.

### Personalstand

- Geschäftsführer: 100 % in allen Bereichen konzeptiv und operativ tätig
- 1 Mitarbeiter: unterstützend bei der Auftragsvermittlung 50 %, ab 1. August erhöht auf 70 %

### Infrastruktur

Weiterentwicklung der Auftrags- und Betreuer/innendatenbank.

Besucher auf der Homepage

Unterschiedliche Besucher	5.468
Anzahl der Besuche	9.227

### Öffentlichkeitsarbeit

- Berichte in den VN, ORF Online, vol.at
- Berichte in Zeitungen der Ärztekammer, der Vorarlberger Gebietskrankenkasse
- Bericht in lokalen Medien und Fachzeitschriften
- Folder

## 6 Factbox

Abb. Entwicklungsdaten Betreuungspool

	2007	2008	2009
Betreuer/innen in der Datenbank	20	60	380
Betreuer/innen im Einsatz	2	32	148
Anzahl der Klientenaufträge gesamt	1	60	289
Klientenaufträge 24 Stunden	---	---	191
Klientenaufträge bedarfsorientiert	---	---	98
Betreuungsstunden	300	32.403	211.763
Subvention durch Sozialfonds	---	---	143.000
Overheadkosten pro Betreuungsstunde für Betreuungspool gGmbH	---	---	0,68 €

Abb. Aufträge nach Kommunen im Kalenderjahr 20009

Ort	Aufträge	Ort	Aufträge
Dornbirn	52	Inneres Montafon	4
Bregenz	23	Andelsbuch	3
Feldkirch	19	Höchst	3
Bludenz	15	Jagdberg	3
Lustenau	15	Laterns	3
Götzis	12	Alberschwende	2
Leiblachtal	12	Bezau/Reuthe	2
Rankweil/Übersaxen	12	Fußbach	2
Hohenems	11	Göfis	2
Lauterach	11	Hard	2
Nüziders	10	Kleines Walsertal	2
Bürs	7	Mellau	2
Nenzing	7	Thüringerberg	2
Altach	6	Bizau	1
Klaus/Weiler/Fraxern	6	Düns	1
Großes Walsertal	5	Gaißau	1
Äußeres Montafon	5	Hittisau	1
Schwarzach	5	Krumbach	1
Egg-Großdorf	4	Lingenau	1
Frastanz	4	Schnepfau	1
Koblach	4	Sulzberg	1
Mäder	4		

## VI aqua Heimhilfe

Thomas Vogel



### Einleitung

Die „aqua Heimhilfe“ ist ein Angebot von aqua mühle frastanz – soziale dienste gem. gmbh. Sitz der Einrichtung ist, wie der Name schon sagt, in Frastanz, sie ist aber landesweit tätig. Die Einrichtung beschäftigt über 200 MitarbeiterInnen, die im Auftrag des Landes Vorarlberg, des Arbeitsmarktservice Vorarlberg und des Bundes eine breite Palette von Dienstleistungen anbieten. Im Jahr 2006 wurde gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Mobile Hilfsdienste, dem Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg, dem AMS Vorarlberg und dem Land Vorarlberg ein weiteres Unterstützungsangebot innerhalb des hervorragend ausgebauten Vorarlberger Modells der ambulanten Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen erarbeitet.

### 1 Das Modell

**Dieses durch aqua umgesetzte Modell beruht auf zwei Angeboten:**

Die Ausbildung zur gelernten Heimhilfe wurde im Jahr 2006 im Auftrag des AMS zum ersten Mal durchgeführt. Zwischenzeitlich wurden sechs Ausbildungslehrgänge mit 72 Absolventinnen und einem Absolventen durchgeführt. Im Anschluss an die erfolgreiche Ausbildung erhielt jede Teilnehmerin ein Arbeitsangebot von aqua. Gesamt sind 63 ausgebildete Heimhilfen vermittelt worden. Von den 63 Heimhilfen arbeiten 15 Frauen bei aqua.

Der ambulante Einsatz der „aqua Heimhilfen“ ist seit Oktober 2006 installiert. Zwei Jahre lang wurde der ambulante Einsatz als Pilotprojekt durch das AMS Vorarlberg und das Land Vorarlberg finanziert. Seit dem 01. 11. 2008 ist der Einsatz ein fixer Bestandteil des Betreuungsmodelles Vorarlberg. Ursprünglich im Bezirk Feldkirch in enger Kooperation mit dem Mobilien Hilfsdienst Feldkirch eingerichtet, ist die „aqua Heimhilfe“ zwischenzeitlich landesweit tätig.

## 2 Das Angebot

Innerhalb des Betreuungsmodelles Vorarlberg hat die „aqua Heimhilfe“ die „Feuerwehrfunktion“ inne. Diese Funktion beinhaltet die Bewältigung von Krisensituationen, die Abdeckung von kurzfristigem, intensivem Betreuungsbedarf und die Organisation von neuen Betreuungsverhältnissen.

Die „aqua Heimhilfe“ steht bei einem Betreuungsbedarf von mindestens drei Stunden bis zwölf Stunden täglich, sieben Tage die Woche zur Verfügung. Der Einsatz endet im Regelfall nach vier Wochen.

Abb. Heimhilfeeinsatz aqua mühle frastanz – soziale dienste gem. gmbh von 2006 – 2008

Jahr/Monat	Beschäftigungsstunden/Woche	Dienstposten	KundInnen Anzahl	Stunden im Einsatz	Auslastung
ab 16. Oktober 2006	200	5,00	2	103,00	26%
2006 November	220	5,50	10	422,00	44%
2006 Dezember	200	5,00	16	671,50	78%
2007 Jänner	200	5,00	14	554,50	64%
2007 Februar	200	5,00	14	441,00	51%
2007 März	200	5,00	11	604,50	70%
2007 April	200	5,00	12	621,50	72%
2007 Mai	200	5,00	13	602,00	70%
2007 Juni	320	8,00	13	676,50	49%
2007 Juli	390	9,75	18	725,50	43%
2007 August	360	9,00	20	1.022,00	66%
2007 September	390	9,75	22	1.039,00	62%
2007 Oktober	370	9,25	24	1.129,00	70%
2007 November	370	9,25	26	1.198,00	75%
2007 Dezember	390	9,75	21	1.078,00	64%
2008 Jänner	390	9,75	22	1.005,00	60%
2008 Februar	350	8,75	22	1.017,00	67%
2008 März	325	8,13	23	1.002,00	71%
2008 April	285	7,13	19	1.068,50	87%
2008 Mai	285	7,13	16	797,00	65%
2008 Juni	240	6,00	18	983,50	95%
2008 Juli	360	9,00	18	911,00	58%
2008 August	380	9,50	21	1.171,00	71%
2008 September	360	9,00	26	1.200,00	77%
2008 Oktober	370	9,25	19	1.384,00	86%
2008 November	370	9,25	22	1.278,00	80%
2008 Dezember	400	10,00	22	1.189,50	69%

Abb. Heimhilfeeinsatz aqua mühle frastanz – soziale dienste gem. gmbh von 2009

Jahr/Monat	Beschäftigungsstunden/Woche	Dienstposten	KundInnen Anzahl	Stunden im Einsatz	Auslastung
2009 Jänner	380	9,50	20	1.431,00	87%
2009 Februar	380	9,50	27	1.142,00	69%
2009 März	370	9,25	27	1.239,00	77%
2009 April	370	9,25	26	1.295,00	81%
2009 Mai	380	9,50	21	1.072,00	65%
2009 Juni	380	9,50	23	1.102,00	67%
2009 Juli	360	9,00	24	1.100,00	71%
2009 August	380	9,50	25	969,00	59%
2009 September	410	10,25	33	950,00	54%
2009 Oktober	410	10,25	33	1.115,00	63%
2009 November	410	10,25	34	1.367,00	77%
2009 Dezember	420	10,50	33	1.306,50	72%

## VII Hauskrankenpflege

### 1 Grundlagen

Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner

„Die Vorarlberger Krankenpflegevereine ermöglichen notwendige medizinische Pflege und die ganzheitliche Betreuung zu Hause. Sie unterstützen den Wunsch kranker/pflegebedürftiger Menschen, bis an ihr Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung bleiben zu können.“ (Vgl. [www.hauskrankenpflege-vlb.g.at](http://www.hauskrankenpflege-vlb.g.at))

In 66 örtlichen privaten Krankenpflegevereinen steht professionelles Pflegefachpersonal Menschen jeden Alters und deren Angehörigen zur Seite. Die Vereinsführung und der gesamte Vorstand arbeiten ehrenamtlich. Mitgliedsbeiträge, Pflegebeiträge und verschiedene Aktivitäten der Krankenpflegevereine ermöglichen im Landesdurchschnitt eine Eigenfinanzierung von zirka 42 Prozent. Den Rest decken das Land Vorarlberg, die Sozialversicherungsträger und die Gemeinden ab.

Die Hauskrankenpflege basiert auf dem Solidaritätsgedanken. Die Mitglieder der Krankenpflegevereine bilden die Basis. Durch einen geringen Mitgliedsbeitrag (derzeit durchschnittlich 26 Euro jährlich) sichern sich die Mitglieder im Bedarfsfall das Recht auf Pflege und Betreuung. Abhängig vom örtlichen Krankenpflegeverein fällt bei Inanspruchnahme der Leistung ein geringer Pflegebeitrag nach einem definierten Leistungspunktecatalog an.

Die notwendige medizinische Pflege erfolgt durch qualifiziertes Personal. Qualifizierte Pflege soll durch Einfühlungsvermögen und Achtung vor der Würde des Menschen gekennzeichnet sein. Die ganzheitliche Betreuung geschieht durch Bereitstellung bzw. Vermittlung verschiedener Dienste (z.B. Mobiler Hilfsdienst, Betreuungspool, Hospiz u.a.). Die Selbstbestimmung der Patienten, Hilfe zur Selbsthilfe, Erhaltung und Förderung der vorhandenen Fähigkeiten und partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten sind die Grundsätze der Pflege.

Das Angebot umfasst:

- Professionelle medizinische Pflege wie ganzheitliche Körperpflege, fachgerechtes Betten und Lagern, physikalische Maßnahmen (z.B. Wickel, Einreibung, Inhalation)
- Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch Anleitung und Begleitung, Stärkung und Motivation für den Pflegealltag
- Fachkundige Beratung und Begleitung in Fragen rund um das Thema Pflege und Betreuung
- Fachliche und menschliche Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen
- Enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten bei der medizinischen Pflege auf deren Anordnung (z.B. Medikamentenverabreichung, Einläufe, Wundversorgung)

Für die Nachvollziehbarkeit der Daten wurde im Berichtsteil Hauskrankenpflege folgende Vorgangsweise gewählt: Zentrale Datentabellen sind im Anhang des Berichts zu finden. Im Textteil wird mittels „siehe Anhang“ darauf verwiesen. Alle weiteren Datentabellen können in digitaler Form unter [info@connexia.at](mailto:info@connexia.at) angefordert werden.



- Bereitstellung oder Vermittlung von verschiedenen Hilfs- und Fachdiensten, wie Mobiler Hilfsdienst, Betreuungspool, Familienhilfe, Mahlzeitenzustelldienst, Hospizdienst
- Bereitstellung oder Vermittlung von Pflegebetten, Pflegebehelfen und Pflegeartikeln
- Antragsstellung an die Krankenversicherungsträger

## 2 Organisationsstruktur und Angebotsstruktur

Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner

Abb. 1) Organisations- und Angebotsstruktur der Hauskrankenpflege in Vorarlberg 2006 – 2009 jeweils Stand per 31.12. der Jahre

	2006	2007	2008	2009
Mitgliedschaften (ca. 40% der Haushalte)	57.353	58.438	59.531	59.858
<b>sind die Basis für</b> örtlich/regionale Krankenpflegevereine, zusammengeschlossen im Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg	67	67	66	66
<b>geführt von ca.</b> ehrenamtlichen Funktionären	540	540	528	528
<b>beschäftigen</b> Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger, Pflegehelfer, vertreten durch connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege	255	259	273	296
Familienhelfer	3	2	3	3
<b>koordinieren</b> Helfer (stundenweise), im Rahmen der Mobilen Hilfsdienste	816	863	919	965
<b>betreuen und pflegen jährlich</b> Patienten, welche fast ausschließlich Mitglieder eines Krankenpflegevereins sind	7.268	7.409	7.458	7.634

### 2.1 Übersicht über die Organisations- und Angebotsstruktur

Die Mitglieder sind die Basis der Krankenpflegevereine

2009 hatten die 66 Krankenpflegevereine 59.858 Mitgliedschaften. Eine Mitgliedschaft kann sowohl eine Einzelperson als auch eine Familie sein. Da Familienmitgliedschaften weit verbreitet sind, bedeutet dies, dass rund 40 Prozent der Haushalte Vorarlbergs Mitglied sind. Damit zeigt sich die hohe Akzeptanz und Identifikation mit den Zielsetzungen der Krankenpflegevereine.

Die Zahl der Mitglieder erhöhte sich von 2006 auf 2009 um 4 Prozent (vgl. Abb. 1). Wird dies der Entwicklung der Vorarlberger Haushalte gegenübergestellt, so zeigt sich, dass die Steigerung der Mitgliederzahl dem Anstieg der Haushalte in Vorarlberg entspricht (vgl. Statistik Austria, Familien- und Haushaltsstatistik 2010, Wien).

Mitglieder bilden im Nahraum gemeinnützige Krankenpflegevereine

Bis 2008 waren 67 Krankenpflegevereine tätig (vgl. Abb. 1). 2008 schlossen sich die Krankenpflegevereine Höchst/Fußach und Gaißau zusammen. Die Gesamtzahl ab 2008 beträgt deshalb 66 Vereine. Seit dem Jahr 2000 ist Vorarlberg flächendeckend mit organisierter Hauskrankenpflege versorgt.

Krankenpflegevereine werden von ehrenamtlichen Funktionären geführt

Rund 528 Funktionäre (Obmann/-frau, Stellvertreter, Schriftführer, Kassier und mindestens vier Beiräte) sind pro Jahr in den Krankenpflegevereinen ehrenamtlich tätig. Neben den Funktionären leisten aber landesweit viele Menschen Beiträge für die Krankenpflegevereine in Form von Mithilfe bei Veranstaltungen oder anderweitigen Aktivitäten. Über das Ausmaß dieser Leistungen liegen keine Zahlen vor. Die Entwicklung der Vereine und damit der Hauskrankenpflege Vorarlbergs wurde und wird von diesen engagierten Personen maßgeblich beeinflusst.

Zusammenarbeit mit dem Vorarlberger Pflegenetz

Eine enge Kooperation der Krankenpflegevereine bzw. der Pflegefachkräfte mit anderen medizinischen oder sozialen Einrichtungen hat hohe Priorität. So sind z.B. Hausärzte, welche in der medizinischen Hauskrankenpflege die ärztlichen Anordnungen erteilen, zentrale Interaktionspartner. Zur Optimierung der Versorgung zu Hause arbeiten die Pflegefachkräfte mit anderen organisierten Diensten – vor allem dem Mobilen Hilfsdienst, dem Betreuungspool, dem Familienhilfe-Fachdienst, der organisierten Nachbarschaftshilfe, dem Mahlzeitendienst „Essen auf Rädern“ und der Hospizbewegung sowie diversen Therapeuten – im Sinne des Vorarlberger Pflegenetzes – zusammen und vermitteln deren Dienstleistungen.

Krankenpflegevereine bieten zusätzliche Dienstleistungen

31 Krankenpflegevereine boten im Berichtszeitraum 2007 – 2009 neben der Hauskrankenpflege „Mobile Hilfsdienste“ an. Der Mobile Hilfsdienst bietet stundenweise betreuerische und hauswirtschaftliche Hilfe. Im Jahr 2009 waren 965 Helfer im Rahmen des Mobilen Hilfsdienstes tätig. Die Anzahl der Helfer ist im Vergleich zu 2006 um 18 Prozent gestiegen.

Drei Krankenpflegevereine boten 2007 – 2009 zusätzlich Familienhilfe an und hatten dazu je eine Familienhelferin angestellt. Organisation von Nachbarschaftshilfe und Mahlzeitendienste („Essen auf Rädern“) sind in einzelnen Vereinen weitere wesentliche Angebote. Vorträge, Kurse und Veranstaltungen für ältere Menschen und pflegende Angehörige sind weitere Aktivitäten seitens der Krankenpflegevereine.

### 2.2 Landesverband Hauskrankenpflege

Der 1975 gegründete Landesverband der Hauskrankenpflege Vorarlberg ist der Dachverband der 66 Krankenpflegevereine Vorarlbergs. Er nimmt die gemeinsamen Interessen der Vereine wahr, koordiniert diese und vertritt sie gegenüber Dritten. Alle Krankenpflegevereine sind Mitglieder des Landesverbandes.



### 2.3 Pflegefachkräfte der Hauskrankenpflege

Bei den Krankenpflegevereinen sind für die Durchführung der Hauskrankenpflege diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. -pfleger, Pflegehelfer, Fach-Sozialbetreuer für Altenarbeit sowie Diplom-Sozialbetreuer für Altenarbeit angestellt. Dieses pflegerische Fachpersonal der Hauskrankenpflege wird im Bericht unter der Bezeichnung „Pflegefachkräfte“ zusammengefasst.

Die fachliche Betreuung und Vertretung der Pflegefachkräfte ist bei connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege, Ambulanter Bereich angesiedelt.

Die Bereichsleitung ist Service- und Koordinationsstelle für alle Pflegefachkräfte und ist für die Qualitätssicherung sowie die Datenerfassung und Auswertung verantwortlich.

#### Pflegefachkräfte (Personen)

2006 waren 255 Personen landesweit als Pflegefachkräfte tätig, 2009 waren es 296 Personen. Wie Abb. 2 zeigt, erfolgte der Anstieg der Personenzahl kontinuierlich. Im Berichtszeitraum (2007 – 2009) kam es damit zu einer Erhöhung der Pflegefachkräfte um 41 Personen (16 Prozent).

#### Dienst-/Beschäftigungsverhältnisse

Der Großteil der Pflegefachkräfte war im Betrachtungszeitraum teilzeitbeschäftigt. Der Anteil der teilzeitbeschäftigten Pflegefachkräfte erhöhte sich von 2006 mit 81 Prozent auf 86 Prozent im Jahr 2009. Diese Entwicklung entspricht einerseits den Bedürfnissen der Beschäftigten (Vereinbarkeit von Familie und Beruf), andererseits aber auch den dienstlichen Anforderungen. Das Abdecken von Arbeitsspitzen am Vormittag oder der steigenden Nachfrage nach Wochenendeinsätzen sowie das Managen von Urlaubs- und Krankenstandssituationen sind vor allem in kleineren Vereinen durch teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter leichter realisierbar.

Umgerechnet in volle Dienstposten (Vollzeitäquivalente), zeigt nachstehende Abbildung, dass die Anzahl der Vollzeitäquivalente kontinuierlich gestiegen ist. Wird das Jahr 2006 als Bezugsjahr angenommen, ergibt sich eine Steigerung von 9,8 Prozent. Dies sind umgerechnet 13,6 Dienstposten/Vollzeitäquivalente mehr als 2006 (vgl. Tab. 3 im Anhang).

Abb. 2) Pflegefachkräfte der Hauskrankenpflege nach Beschäftigungsverhältnissen zum Jahresende und Dienstposten (VZÄ) im Jahr 2006 – 2009 (absolut, anteilig)

Pflegefachkräfte	2006		2007		2008		2009	
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>								
vollzeitbeschäftigt	48	19%	43	17%	44	16%	40	14%
teilzeitbeschäftigt	207	81%	216	83%	229	84%	256	86%
insgesamt	255	100%	259	100%	273	100%	296	100%
<b>Dienstposten (VZÄ) im Jahr</b>	138,77		145,83		149,83		152,40	

#### Versorgungsdichte

Die Versorgungsdichte ist ein wesentliches Strukturmerkmal. In der Regel wird die Versorgungsdichte durch die Kennziffer „Einwohner je Pflegefachkraft“ quantifiziert.

Für die Hauskrankenpflege in Vorarlberg betrug diese Kennziffer im Jahr 2009 2.433 Einwohner je Pflegefachkraft – Dienstposten (Vollzeitäquivalent). Im Vergleich zu 2006 (1 Vollzeitdienstposten für 2.630 Einwohner) hat sich somit die Versorgungsdichte noch verbessert (vgl. Tab. 3 im Anhang).

Mit dieser hohen Versorgungsdichte trägt die Vorarlberger Sozialpolitik wesentlich dazu bei, dass das Ziel, möglichst lange mit der Unterstützung ambulanter Dienste zu Hause leben zu können, auch umgesetzt werden kann. Damit wird einerseits den Wünschen der Menschen entsprochen, andererseits kann damit die teure stationäre Versorgung möglichst gering gehalten werden.

#### Ausbildung der Pflegefachkräfte

Unter dem Begriff Pflegefachkräfte werden sowohl diplomierte als auch nicht-diplomierte Fachkräfte zusammengefasst. Die folgende Abbildung zeigt, dass der Großteil (85 bis 89 Prozent) der Pflegefachkräfte der Hauskrankenpflege in den Jahren 2007 bis 2009 diplomiertes Personal war. Der Anteil der Pflegehelfer (nicht-diplomiertes Personal) betrug in diesem Zeitraum zwischen 11 und 15 Prozent.

Beachtung verdient der Anstieg der Pflegehelfer/Fach-Sozialbetreuer für Altenarbeit, sowohl in absoluten Zahlen als auch anteilmäßig. Dafür sind mehrere Gründe ausschlaggebend. Zum einen lässt die wachsende Vereinsgröße nun zu, mehrere Pflegehelfer/Fach-Sozialbetreuer für Altenarbeit anzustellen. Zum anderen ist es schwierig, diplomiertes Pflegepersonal für die Hauskrankenpflege zu finden. Pflegehelfer, Fach-Sozialbetreuer für Altenarbeit sowie Diplom-Sozialbetreuer für Altenarbeit dürfen per Gesetz pflegerische Tätigkeiten nur mit einer „Delegation gehobener Dienste“ erledigen. Dies hat zur Folge, dass Pflegehelfer/Fach-Sozialbetreuer für Altenarbeit in der Hauskrankenpflege immer eine diplomierte Fachkraft als Vorgesetzte brauchen.

Abb. 3) Pflegefachkräfte (Personen) zum Jahresende 2006 – 2009 nach Art der Ausbildung (absolut, anteilig)

	2006		2007		2008		2009	
DGKS/DGKP	226	89%	231	89%	231	85%	253	85%
Pflegehelfer/FSBA	29	11%	28	11%	42	15%	43	15%
insgesamt	255	100%	259	100%	273	100%	296	100%

## 2.4 connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege

Susanne Schmid

Im Januar 2007 erhielt die connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege ihren heutigen Namen und es ist in den letzten drei Jahren gelungen, diesen Namen landesweit bekannt zu machen. Der Name „connexia“ leitet sich ab von connex, was so viel bedeutet wie Verknüpfung, Verbindung von – und der Zusammenhang zwischen den Dingen. Weiters bedeutet connex auch persönlicher Kontakt. Mit diesem Namen wird zum Ausdruck gebracht, dass sich der Betrieb verstärkt dafür einsetzt, unterschiedliche Inhalte und Organisationen in den Bereichen Gesundheit, Betreuung und Pflege miteinander zu verbinden und zu vernetzen.

Dies gilt vor allem für die stärkere Vernetzung der Einrichtungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege, für die Zusammenarbeit von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Betreuung und Pflege und für die inhaltliche Verbindung von Erfahrungen, Wissen und Methoden aus den Bereichen Pflege und Pädagogik.

Im Perspektivenkonzept von connexia lautet ein Satz: „Mit und für alle Generationen“. Dieser Satz verweist darauf, dass die connexia mit ihren Dienstleistungen ganz unterschiedliche Altersgruppen anspricht:

- die Elternberatung, sie berät und begleitet Familien mit Neugeborenen und Kleinkindern bis zum 4. Lebensjahr,
- die Mobile KinderKrankenPflege, sie erbringt landesweit die ambulante Pflege bei schwer erkrankten Kindern bis zum 18. Lebensjahr und begleitet und unterstützt so deren Eltern,
- der Bereich „Betreuung und Pflege“ beschäftigt sich im Rahmen des „Ambulanten Bereiches“ und des „Stationären Langzeitbereiches“ mit vielfältigen Fragen rund um die Betreuung und Pflege von Menschen bis ins hohe Alter.

Innerhalb des Bereiches „Betreuung und Pflege“ stehen DGKS Susanne Schmid dem „Ambulanten Bereich“ und DGKS Andrea Plut-Sauer dem „Stationären Langzeitbereich“ als Leiterinnen vor.

Gemäß Regierungsbeschluss vom 12. September 1978 und dem Beschluss des Kuratoriums des Sozialfonds vom 01. Januar 2009 wurden die Grundsätze und Richtlinien für die Durchführung und Förderung der Hauskrankenpflege festgelegt. Unter Punkt 3.2 dieser Richtlinien wird der connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH jährlich ein Beitrag zur Deckung der Kosten für die Durchführung landesweiter Service- und Koordinationsaufgaben für die Vorarlberger Hauskrankenpflege gewährt.

Der „Ambulante Bereich“ der connexia erfüllt vor allem folgende Funktionen öffentlichen Interesses:

- Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Vorarlberger Hauskrankenpflege
- Verantwortung für eine korrekte Leistungserfassung und -auswertung gegenüber Land und Sozialversicherungsträgern
- Beratung und Unterstützung der Pflegefachkräfte in den Krankenpflegevereinen Vorarlbergs
- Vernetzungsarbeit und Kooperation im „Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg“
- Berichtswesen

Detaillierte Angaben zu den Leistungen des Fachbereichs werden im Kapitel 3.2. gemacht.

## 3 Leistungen der Landesorganisationen der Hauskrankenpflege

### 3.1 Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg

Ing. Franz Fischer, Gaby Wirth

Der Verein Landesverband Hauskrankenpflege wurde 1975 gegründet und nimmt seitdem die Interessensvertretung stellvertretend für die 66 Krankenpflegevereine im Land wahr. Der Vorstand besteht derzeit aus zwölf Mitgliedern. Neun Mitglieder sind Obleute von Krankenpflegevereinen. Die Leitung obliegt dem Landesobmann Franz Fischer.

Aufgaben des Landesverbandes (in Anlehnung an die Vereinsstatuten):

- Wahrnehmung, Förderung und Durchsetzung gemeinsamer Interessen von Vereinen und anderen Institutionen, die sich mit der häuslichen Krankenpflege befassen.
- Entsendung von Vertretern in übergeordnete soziale Organisationen und Körperschaften.
- Durchführung von Fachveranstaltungen und Ausbildungskursen für Vereinsfunktionäre.
- Beratung der Krankenpflegevereine und deren Funktionäre in Fragen, die sich aus ihrer organisatorischen und pflegerischen Tätigkeit ergeben.
- Verhandlung und Abschluss von Verträgen mit Versicherungsanstalten und anderen Institutionen.
- Einbringung von Vorschlägen, Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen und Anträgen bei den zuständigen Behörden.
- Verhandlungen mit den Subventionsgebern Land, Gemeinden (vertreten durch den Gemeindeverband) und Krankenkassen, um ausreichend finanzielle Mittel sowie ideelle Unterstützung für die ordentlichen Mitglieder (Krankenpflegevereine) zu erreichen.
- Information der Öffentlichkeit über die Arbeit und Leistung der Vorarlberger Hauskrankenpflege durch Presse, Rundfunk und Fernsehen.
- Zusammenarbeit mit anderen im ambulanten Bereich tätigen Personen und Institutionen zum Wohle der Patienten, Wahrung der Interessen der ordentlichen Mitglieder.
- Förderung von Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Vereinen in der Gebühren- und Tarifgestaltung.
- Entwicklung und Weiterentwicklung von Organisationshilfen (EDV-Programme).
- Hilfe bei der Bildung von Pflege- und Betreuungspools zwischen den einzelnen Vereinen.
- Beobachtung der gesellschaftlichen Entwicklung, speziell im Bezug auf Gesundheit/ Krankheit sowie auf die soziale Lage und Reagieren auf diese, soweit es den Vereinszweck betrifft.

Um allen Krankenpflegevereinen im Lande eine gemeinsame Zielsetzung zu geben, wurde zusammen mit den Vereinen ein Leitbild entwickelt. Die Vision, die dem Leitbild zugrunde liegt, lautet:

*Die Vorarlberger Krankenpflegevereine ermöglichen eine notwendige medizinische Pflege und die ganzheitliche Betreuung zuhause. Sie unterstützen den Wunsch kranker/pflegebedürftiger Menschen, bis an ihr Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung bleiben zu können.*

In den Jahren 2007, 2008 und 2009 wurden schwerpunktmäßig folgende Aufgaben und Projekte durchgeführt:

- Beratung und Information
- Interessensvertretung
- Projekte der Hauskrankenpflege
- Öffentlichkeitsarbeit
- Teilnahme an und Durchführung von Veranstaltungen
- Erstellen der Statistik

### Beratung und Information

Die Geschäftsstelle des Landesverbandes unterstützt die Funktionäre und auch die Pflegefachkräfte der Krankenpflegevereine bei allen Anfragen rund um die Vereinsführung und -verwaltung sowie in Personalangelegenheiten. Zur Information über Neuerungen, Änderungen und Entwicklungen werden regelmäßig Rundschreiben an die Obleute und Pflegeleitungen verschickt. Weiters werden jedes Jahr vier Regionalveranstaltungen für die Funktionäre und die Pflegeleitungen durchgeführt.

Ein wichtiges Anliegen des Landesobmannes und der Geschäftsführung ist die Einschulung von neuen Funktionären gemeinsam mit neuen Pflegedienstleitern. Zur Vorbereitung in die umfangreiche Aufgabe der Vereinsführung werden regelmäßig Seminare angeboten.

### Interessensvertretung

In der ARGE MOHI vertrat Mag. Hans Mayr, Mitglied im Vorstand des Landesverbandes, als Delegierter die Interessen der Krankenpflegevereine und der mit ihnen organisatorisch verbundenen Mobilen Hilfsdienste (MOHI). Die Anbindung von Mobilen Hilfsdiensten an die Krankenpflegevereine hat sich bisher sehr bewährt.

Der Landesverband Hauskrankenpflege hat beim Konzept und der Gründung der VlbG. Betreuungspool gGmbH intensiv mitgewirkt und ist neben der ARGE MOHI mit 49 Prozent 2. Gesellschafter. Im Beirat hat der Landesverband den Vorsitz.

Der Landesverband hat die Interessen der Krankenpflegevereine wie folgt vertreten:

- Bei Verhandlungen mit dem Amt der Vorarlberger Landesregierung zu den neu entwickelten Förderrichtlinien, da die Strukturförderung und die Förderung aus dem Sozialfonds zusammengelegt wurden. Die Basisdaten für die Berechnung der einzelnen Förderungen werden vom Landesverband erhoben und berechnet und an das Amt der VlbG. Landesregierung zur Prüfung und Auszahlung weiter geleitet. Als generelles Steuerungsinstrument gilt der vom Landesverband entwickelte Personalbedarfsschlüssel.
- Bei Verhandlungen mit der VlbG. Gebietskrankenkasse bezüglich Förderung der medizinischen Hauskrankenpflege
- Bei der Vereinbarung mit dem Amt der Vorarlberger Landesregierung bezüglich Förderung für die Weiterbildung des Pflegepersonals
- Bei Verhandlungen mit Versicherungsgesellschaften hinsichtlich umfangreichen Poolversicherungen wie Haftpflicht-, Unfall-, Dienstreisekasko- und Rechtsschutzversicherung für Pflegekräfte, MOHI-Helferinnen und Funktionäre
- Der Landesobmann arbeitet als Vertreter der Hauskrankenpflege bei der von der connexia initiierten Arbeitsgruppe Aktion Demenz mit.

- Als Mitglied im Betreuungs- und Pflegenetz arbeitet der Landesverband stellvertretend für die Hauskrankenpflege an der qualitätvollen Weiterentwicklung der Betreuungs- und Pflegeangebote in Vorarlberg mit.
- Der Landesverband ist stellvertretend für alle betreffenden Krankenpflegevereine bei der Vision Rheintal mit dem Schwerpunktthema „Betreuung & Pflege älterer Menschen“ involviert.

### Projekte der Hauskrankenpflege

#### Neues Erscheinungsbild der Hauskrankenpflege Vorarlberg

Nachdem immer mehr Krankenpflegevereine das alte Logo (verbundener Kopf mit Hand) nicht mehr verwenden wollten und einige Krankenpflegevereine dieses Logo sowieso nie verwendeten, war es an der Zeit, ein neues zeitgemäßes Erscheinungsbild für die Hauskrankenpflege zu entwickeln. Mit dem Grafiker Peter Felder aus Rankweil hatte der Landesverband einen Partner, der die Grundbedürfnisse eines alten und pflegebedürftigen Menschen auf den Punkt brachte. Das neue Logo zeigt ein Herz mit darunter stehender Schale. Das Herz steht für das Gefühl von Zuwendung, Liebe und Freundlichkeit und die Schale vermittelt Geborgenheit und Sicherheit.

#### (Vorsorge-)Hausbesuche – Unabhängig leben im Alter

Im Berichtszeitraum 2007 – 2009 hat der Landesverband Hauskrankenpflege mit der finanziellen Unterstützung durch das Amt der VlbG. Landesregierung, die betreffenden Gemeinden und den Fonds Gesundes Österreich dieses neue Projekt eingeführt. 15 Krankenpflegevereine und Gemeinden beteiligten sich an diesem Pilotprojekt. Mit einer Rücklaufquote von 18,1 Prozent (geplant waren 15 Prozent) war das Pilotprojekt sehr erfolgreich.

#### Betreuungshilfen

In Zusammenarbeit mit Vertretern aus den ambulanten Diensten, dem Amt der VlbG. Landesregierung und dem Landesverband wurde das Projekt Betreuungshilfe entwickelt. Die Anstellung der ausgebildeten Heimhelferinnen und die Koordination der Einsätze übernimmt die aqua mühle frastanz.

#### Betreuungsmodell Vorarlberg

Der Landesverband hat bei der Entwicklung des Betreuungsmodells VlbG. mitgearbeitet. Dieses Modell beschreibt – aufbauend auf dem Konzept des Betreuungspools – den Prozessablauf für eine umfassende Beratung, Fallkoordination und Fallbegleitung.

#### Datensichere Leitung

Durch Verhandlungen des Landesverbandes mit der Ärztekammer und mit der finanziellen Unterstützung durch das Amt der VlbG. Landesregierung können die Krankenpflegevereine in das datensichere Gesundheitsnetz der Ärztekammer (GNV) eintreten. Damit ist eine gesicherte Übermittlung von Patientendaten und die entsprechende Kommunikation zwischen Ärzten, Krankenhäusern, connexia und der VGKK gewährleistet.

### Beitritt des Landesverbandes zum Qualifizierungsverbund

Das AMS Vorarlberg bietet mit finanzieller Unterstützung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds die Möglichkeit, ArbeitnehmerInnen durch geförderte Fort- und Weiterbildungen möglichst lange für ihren Job fit zu halten. Dazu wurden entsprechende Qualifizierungsverbände aufgebaut, indem Arbeitgeber die Möglichkeit haben, ihrem Personal sehr kostengünstige Fort- und Weiterbildungen anzubieten.

Um diese Möglichkeit auch für das Pflegepersonal der Hauskrankenpflege zu nützen, ist der Landesverband Hauskrankenpflege stellvertretend für alle Krankenpflegevereine dem Qualifizierungsverbund Langzeitpflege beigetreten und übernimmt auch alle entsprechenden Beitrittskriterien.

### Entlassungs- und Übernahmemanagement

Der Landesverband Hauskrankenpflege hat die Projektträgerschaft für das Reformpoolprojekt „Entlassungs- und Übernahmemanagement bei komplexen Entlassungen“ übernommen. In diesem Projekt sind die Pflegefachkräfte der Krankenpflegevereine die Casemanager. Sie organisieren und koordinieren die Hilfeleistungen im extramuralen Bereich in Kooperation mit den Hausärzten und anderen ambulanten Diensten.

### Kooperationsvertrag mit der Lebenshilfe

Die Lebenshilfe benötigt für Menschen mit Behinderung in ihren Einrichtungen zunehmend mehr professionelle Pflege. Die Krankenpflegevereine stehen deshalb (vorausgesetzt die örtliche Personalkapazität lässt dies zu) als Kooperationspartner zur Verfügung. Der Landesverband hat mit der Geschäftsleitung der Lebenshilfe eine Rahmenvereinbarung ausgehandelt. Die durchführenden Krankenpflegevereine schließen in der Folge mit der Lebenshilfe Einzelverträge auf der Basis dieser Rahmenvereinbarung ab. Die Dokumentation erfolgt außerhalb der Förderrichtlinien des Landes und der Kassen. Die Verrechnung an die Lebenshilfe erfolgt zum Vollkostensatz.

### Spendenabsetzbarkeit

Ein weiteres Projekt war die Vorbereitung zur Erreichung eines positiven Spendenbegünstigungsbescheides für die Krankenpflegevereine. Der Landesverband hat mit dem zuständigen Finanzamt Wien 1/23 die ersten Vorbereitungen getroffen. Die Vereine mussten ihre Finanzen von einem Wirtschaftsprüfer prüfen lassen und die Statuten entsprechend anpassen. Trotz des Aufwandes war es für die Vereinsobleute wichtig, möglichst rasch in die Liste der spendenbegünstigten Organisationen zu kommen. Dadurch haben die Spender jetzt die Möglichkeit, die Spenden an den Krankenpflegeverein steuerlich abzusetzen. Derzeit sind 30 Vereine in die Liste aufgenommen. Jedoch für ganz kleine Vereine, mit sehr geringem Spendenaufkommen, sind die Kosten der jährlichen Wirtschaftsprüfung zu hoch und eine Listung ist deshalb nicht empfehlenswert.

### Öffentlichkeitsarbeit

Damit die Leistungen und Ziele der Hauskrankenpflege ins Blickfeld der Bevölkerung rücken, ist die Verankerung in der Öffentlichkeit durch eine regelmäßige Präsenz Voraussetzung.

Mit einem guten Image können neue Mitglieder gewonnen und die Spendenbereitschaft erhöht werden. Dies ermöglicht einen hohen Eigenfinanzierungsgrad der Krankenpflegevereine – derzeit im Landesdurchschnitt ca. 42 Prozent.

- In Zusammenarbeit mit dem Betreuungs- und Pflegenetz hat der Landesverband während der Messe Intercura 2009 an einem Gemeinschaftsstand seine Dienstleistungen präsentiert. Während des Kongresses wurde das Betreuungs- und Pflegenetz präsentiert und Landesobmann Franz Fischer war als Vertreter der Hauskrankenpflege am Podium.
- Vorstellung des Projektes Hausbesuche – Unabhängig leben im Alter im ORF und in den Printmedien
- Inerateinschaltungen
- Gestaltung und Beschaffung der neuen CD-Richtlinien sowie Werbe- und Drucksorten für alle Krankenpflegevereine
- Mitwirkung bei Pressekonferenzen und als Interviewpartner zum Thema Pflege und Betreuung in den Printmedien und im ORF
- Vorstellung der Hauskrankenpflege durch Landesobmann Franz Fischer gemeinsam mit der Fachbereichslehrerin Beate Rederer in der Pflegeschule Rankweil
- Erstellung und Verteilung des Jahresberichtes
- Mitwirkung in den Medien bei der Vision Rheintal
- Wartung der Homepage des Landesverbandes sowie die Datenbank zur Sozial- und Gesundheitsinformationen des Landes

### Teilnahme an Veranstaltungen der örtlichen Krankenpflegevereine

Vertreter des Landesverbandes besuchten zahlreiche Jahreshaupt-/Generalversammlungen sowie Jubiläumsveranstaltungen der Krankenpflegevereine. Diese Versammlungen bilden den Höhepunkt der Vereinsarbeit. Dabei treten die Vereine ins Licht der Öffentlichkeit und informieren über ihre Leistungen. Im Rahmen dieser Veranstaltungen dankte der Landesverband den ehrenamtlichen Funktionären und den Pflegefachkräften für ihr großes Engagement und informierte in Kurzreferaten über aktuelle Entwicklungen. Diese Besuche dienen auch der Vertiefung der Zusammenarbeit zwischen Vereinen und Landesverband und dem Erfahrungsaustausch.

### Veranstaltungen des Landesverbandes

Bei den jährlichen Generalversammlungen des Landesverbandes gaben Obmann und Geschäftsführerin Rechenschaft über ihre Arbeit für die Vereine. Sie informierten auch über die weitere Entwicklung und die Ziele der Hauskrankenpflege. Höhepunkte der Versammlungen bildeten jeweils ein Referat und eine Vorführung aus den eigenen Reihen (MitarbeiterInnen von Krankenpflegevereinen).

Eine interne und damit intensivere Form der vom Landesverband organisierten Veranstaltungen waren die Regionalversammlungen, die jährlich im Herbst für Funktionäre und Pflegekräfte stattfanden. Dabei wurde über aktuelle Themen informiert und diskutiert. In mehreren Sitzungen hat der Vorstand des Landesverbandes die Angelegenheiten der Hauskrankenpflege beraten und entsprechende Beschlüsse gefasst. Besondere Probleme sowie Zukunftsfragen wurden in eigenen Klausursitzungen behandelt.

### Erstellen der Statistik über die Situation der Vereine

Der Landesverband berechnet, aufgrund der Daten aus den Vereinen und der zu erwartenden Gesamtförderung des Landes, die entsprechende Förderhöhe der einzelnen Vereine. Als generelles Steuerungsinstrument gilt der Personalbedarfsschlüssel, der alle drei Jahre evaluiert und neu berechnet wird.

Auf Basis aller Vereinsdaten ermittelt der Landesverband für die Krankenpflegevereine entsprechende Kennzahlen zu den Pflegeleistungen, finanziellen Vereinsleistungen und der Eigenfinanzierung. Die Kennzahlen werden auch im Vergleich zu ähnlich großen Gemeinden und zum Landesdurchschnitt dargestellt. Die Vereine können aufgrund dieser Standortbestimmung entsprechend reagieren.

### 3.2 connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege | Ambulanter Bereich

Susanne Schmid

Eine eigene fachliche Service- und Koordinationsstelle für die Hauskrankenpflege gibt es bereits seit Herbst 1979. Wir konnten also 2009 unser 30-jähriges Bestehen feiern.

#### Der „Ambulante Bereich“ innerhalb der connexia

- ist eine Plattform für Informations- und Erfahrungsaustausch
- ist Anlaufstelle für Fragen und Anliegen in der häuslichen Betreuung und Pflege, bietet Serviceleistungen an und erfüllt Vernetzungs- bzw. Koordinationsarbeit
- ist dem Land Vorarlberg und den Versicherungsträgern für eine korrekte Leistungserfassung und -zusammenführung verantwortlich
- arbeitet mit der „Hauskrankenpflege Vorarlberg“ und mit verschiedenen anderen sozialen Diensten zusammen, um eine Optimierung im Sinne eines ganzheitlichen Pflegenetzes zu erreichen
- erfüllt Aufgaben der landesweiten Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Hauskrankenpflege
- vertritt Pflegefachkräfte in verschiedenen Gremien, wie z.B. Besprechungen mit dem Landesverband, ARGE Mobile Hilfsdienste, ARGE Pflegedienst- und Schulleiter, ARGE Hygiene, ...

Die Schwerpunkte des „Ambulanten Bereichs“ sind Serviceleistungen für die Hauskrankenpflege (Informations- und Vernetzungsarbeit), Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung, die Datenerfassung und Auswertung sowie das Berichtswesen.

### Informations- und Vernetzungsarbeit

Den Pflegefachkräften der Hauskrankenpflege steht der „Ambulante Bereich“ innerhalb der connexia als Plattform für Informations- und Erfahrungsaustausch zur Verfügung. Er ist weiters Anlaufstelle für Fragen und Anliegen in der Thematik der häuslichen Betreuung und Pflege. Informationsweitergabe und Austausch erfolgen durch berufsbegleitende Treffen (hier können alle Pflegefachkräfte der Hauskrankenpflege dabei sein) und das Forum Pflegeleitung (sind regelmäßige Treffen der Pflegeleitungen der einzelnen Vereine) sowie konstant durch die Informationsschreiben.

Weiters werden bei Bedarf individuelle Problemstellungen oder Anliegen von Pflegefachkräften bearbeitet.

Zu den allgemeinen Serviceleistungen gehört weiters die Beschäftigung mit Gesetzen und diversen Entwürfen zu Gesetzesnovellen im Gesundheits- und Pflegebereich, was die Weitergabe relevanter Informationen an die Vereine nach sich zieht.

#### Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Regelmäßige, großteils interinstitutionell geführte Jour fixe mit dem Amt der Vorarlberger Landesregierung, dem Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg, der Arbeitsgemeinschaft Mobile Hilfsdienste und dem Bildungshaus Batschuns haben sich sehr bewährt. Sie sichern einen kontinuierlichen Informationsaustausch und fördern die gute Vernetzung.

Mit dem Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg wurden verschiedene Projekte und Veranstaltungen durchgeführt: So arbeitete die Bereichsleiterin bei der Entwicklung des Betreuungsmodell Vorarlberg, dem Projekt „Unabhängig leben im Alter“ und dem Reformpoolprojekt der „Komplexen Entlassung“ mit. Ebenso wurden gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt.

Es fand eine kontinuierliche Aktualisierung des Adress- und Telefonverzeichnisses der Hauskrankenpflege statt. Dieses wird Kooperationspartnern, etwa Spitälern, Schulen oder anderen ambulanten Diensten, zur Verfügung gestellt.

Weiters werden laufend Kontakte zu verschiedenen Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich gepflegt. Jährlich finden mit jedem Krankenhaus des Landes je ein Austauschtreffen zusammen mit den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und der Hauskrankenpflege statt. Der Fachbereich ist auch in den Gremien der Krebshilfe Vorarlberg, der ARGE Schul- und Pflegedirektoren sowie der ARGE Krankenhaushygiene präsent.

#### Öffentlichkeitsarbeit

- Im Zuge der 24 Stunden Betreuung erfolgten Stellungnahmen und Medienauftritte zum Thema Pflege und Betreuung.
- Es wurden Referate zu Themen, welche die Hauskrankenpflege betreffen, gehalten sowie redaktionelle Beiträge verfasst.

### Qualität entwickeln – bilden, beraten und begleiten

Im Jahr 2007 gab es eine große Änderung mit der Einführung des *Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetzes 2007*, welches eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung regelt. Der Gesetzgeber hat hier beschlossen, dass Laien Tätigkeiten im Rahmen von Betreuung und leichten pflegerischen Tätigkeiten berufsmäßig und entgeltlich durchführen dürfen, die bisher den Gesundheitsberufen vorbehalten waren. Ab diesem Zeitpunkt konnten leichte pflegerische Tätigkeiten, die laut § 3b GuKG angeordnet gehören, an Personenbetreuerinnen delegiert werden. In Arbeitsgruppen wurden die nötigen Formulare und Standards, wie z.B. der Standard „Einsatz von Betreuungspersonen“, Formulare zur Delegation und Durchführungsnachweise erarbeitet.

Die *Erarbeitung von Stellenbeschreibungen* für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte, Pflegeleitungen und Pflegehilfen in der Hauskrankenpflege, waren wichtige Punkte für die Qualitätsverbesserung und -sicherung.

Die bestehenden *Standards der Hauskrankenpflege* wurden 2008 neu überarbeitet und durch zwei Standards ergänzt:

- Einführung neuer Mitarbeiter
- Schülerbegleitung

Ebenso wurde 2008 das *Handbuch für die Hauskrankenpflege* neu überarbeitet und dem aktuellen Stand angepasst. Als neuer Teil im Handbuch ist nun die Schülerbegleitung integriert.

### Organisation von Fort- und Weiterbildungen

Die Hauskrankenpflege in Vorarlberg kann eine große Anzahl an gut ausgebildeten Pflegefachkräften, die zum Teil auch Zusatzausbildungen haben, vorweisen. Als qualitätssichernde Maßnahmen bietet connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege laufend Fort- und Weiterbildungen – besonders für die Themenbereiche „Demenz“, „Gerontologische Pflege“ und „Führungskräfte“ – an.

Durch die Zusammenarbeit mit dem Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg konnten dabei einige Veranstaltungen kostenlos oder zu besonders günstigen Konditionen für die Teilnehmenden durchgeführt werden.

Folgende Fortbildungen wurden (mit)organisiert:

- Dreiteilige Fortbildungsreihe zum Thema Demenz:
  - 1) Demenz als Krankheitsbild
  - 2) Validation
  - 3) Demenz und Medikamente
- Fortbildungen mit dem Mobilen Palliativteam zu den Themen:
  - 1) Alles ist möglich!?
  - 2) Möglichkeiten und Grenzen der Palliativbetreuung zu Hause
- Hilfsmittel und Unterstützungsangebote in Vorarlberg
- Beratungssituationen souverän meistern
- Fragen zur Pension mit der Pensionsversicherungsanstalt
- Änderungen im Sachwalterrecht
- Diverse Produktvorstellungen

### Fachgruppe Hauskrankenpflege

Im Mai 2007 wurde aufgrund der erfolgten Umstrukturierung, die eine eindeutige Trennung zwischen Berufsvertretung und Dienstleistung hervorbrachte, auch für die ARGE Hauskrankenpflege nötig zu überlegen, was Sinn und Zweck der ARGE Hauskrankenpflege bisher war und was sie in Zukunft sein soll.

Durch die Trennung wurde eine neue Namensfindung für dieses Gremium nötig. Es wurde miteinander beschlossen, sich in Zukunft „Fachgruppe Hauskrankenpflege“ zu nennen.

Unter der Mitarbeit und Koordination der Bereichsleitung wurden in der Fachgruppe Hauskrankenpflege Themen der häuslichen Betreuung und Pflege behandelt, die der ganzen Hauskrankenpflege in Vorarlberg zugutekommen. So konnte eine Stundendokumentation, welche sich mit dem am 1. Jänner 2008 in Kraft getretenen Arbeitszeitgesetz deckt, entwickelt werden. Die Fachgruppe war bei Veranstaltungen wie der Bildungsklausur von connexia oder dem Austauschtreffen mit der VGKK sowie beim Erfahrungsaustausch zum Reformpoolprojekt der „Komplexen Entlassung“ dabei.

Damit das Pflegefachpersonal der Vereine die Möglichkeit hat, selbst Vorträge und Kurse anzubieten und zu halten wurde mit der Entwicklung eines Kurs-Grundgerüsts begonnen.

Im Jahr 2009 wurde angefangen, sich mit der Erfassung der Pflegeplanung mittels EDV zu beschäftigen. Ebenso war das Casemanagement, welches auf die Hauskrankenpflege übertragen wurde, ein wichtiges Thema.

### Mitarbeit in Projekten

Zu den Aufgaben der Bereichsleitung zählt weiters die Mitarbeit in Projekten. Vier Projekte sind hier besonders zu erwähnen:

#### Projekt „Betreuungsmodell Vorarlberg“

Die Bereichsleitung arbeitete als Mitglied der Konzeptgruppe mit und war an der Erarbeitung von Zielen und der Entwicklung von Dokumentationsverfahren sowie der Erstellung eines Schulungskonzepts beteiligt.

#### Projekt „Unabhängig leben im Alter“

Hier übernahm die connexia folgende Aufgaben: inhaltliche Arbeit am Fragenkatalog, Erfassung und Auswertung der Daten, Anforderungsprofil an die BeraterInnen sowie die Erstellung eines Schulungskonzepts. Die Begleitung der am Projekt beteiligten Vereine und BeraterInnen sowie das Berichtswesen für den Fonds Gesundes Österreich, das Amt der Vorarlberger Landesregierung und die beteiligten Vereine setzte sich bis zum Dezember 2009 fort. Zu diesem Zeitpunkt konnte das Projekt abgeschlossen werden.

#### Reformpoolprojekt „Entlassungs- und Übernahmemanagement bei komplexen Entlassungen“

Projektstart war im Jänner 2009 im LKH Hohenems und über das Jahr verteilt kamen sukzessiv alle Krankenhäuser des Landes Vorarlberg dazu. Bei diesem Projekt wurde das Casemanagement – bei komplexeren Situationen – an die Hauskrankenpflege Vorarlberg übertragen.

Die diplomierten Pflegefachkräfte in der Hauskrankenpflege verhindern durch zielgerichtete Gestaltung von Entlassungsprozessen das Entstehen von Versorgungsbrüchen.

Die Bereichsleitung war an der Erarbeitung des Dokumentationsformulars und an den Einschulungen zum Projekt beteiligt. Ebenso ist die Bereichsleitung direkte Ansprechperson der Projektpartner. Die Begleitung und Evaluierung des Projektes setzt sich im Jahr 2010 fort.

Projekt „S.I.G.N.A.L. – Hilfe für Frauen – Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt“

Gewalt als Ursache von Verletzungen und Beschwerden wird häufig nicht berücksichtigt, wodurch sich die Gefahr von Unter-, Über- oder Fehlversorgung erhöht. An diesem Versorgungsdefizit setzt das S.I.G.N.A.L. – Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt an. Es werden Informationsveranstaltungen auch für die Pflegefachkräfte in der Hauskrankenpflege angeboten und der Leitfaden neu aufgelegt. Die IfS-Gewaltschutzstelle ist Ansprechpartner, wenn häusliche Gewalt vermutet wird.

Die Bereichsleitung ist Mitglied im Fachbeirat des Projektes und hat die Informationsveranstaltung für das Pflegefachpersonal der Hauskrankenpflege organisiert.

#### Dokumentieren und berichten

Mit der laufenden landesweiten Erfassung und Auswertung aller Stamm- und Leistungsdaten der Vorarlberger Krankenpflegevereine stehen aussagekräftige Daten über die ambulante Pflege zur Verfügung. Diese Daten sind auch eine der Grundlagen für den vorliegenden Bericht.

Die Datenverarbeitung dient mehreren Zwecken:

- 1) Leistungsnachweis und damit Grundlage der Finanzierung durch Land, Gemeinden und Sozialversicherungen
- 2) Grundlage für Berichtswesen und Evaluierung
- 3) Planung von Entwicklungsschritten

Konkret fallen folgende Tätigkeiten unter diesen Arbeitsschwerpunkt:

- Einschulung neuer Pflegefachkräfte der Vereine in die Dokumentation
- Laufende Besprechung der Dokumentationsrichtlinien mit den Pflegefachkräften
- Fachliche Abklärung der einlangenden Dokumentationsdaten
- EDV-mäßige Erfassung und Auswertung der Daten
- Grundlagenarbeit an den Richtlinien, Formularen, Auswertungen
- Berichtswesen
- Evaluierung und Weiterentwicklung der bestehenden Datenerfassung

#### EDV-mäßige Datenerfassung vor Ort

Immer mehr Vereine nutzen die Möglichkeit der elektronischen Datenerfassung vor Ort. Inzwischen verwenden 44 Vereine das von connexia zur Verfügung gestellte Programm, zwei Vereine andere Programme zur Leistungserfassung.

Es wurden folgende Auswertungen regelmäßig erstellt und versendet:

- Monats- und Jahresauswertungen der Leistungspunkte je Pflegeperson, Verein und Monat
- Monats- und Jahresauswertungen der Patientenstruktur je Verein
- Halbjahres- und Jahresauswertung nach Leistungspunkten und Besuchshäufigkeit pro Fall, Monat, Pflegeperson, Gemeinde, Verein
- Jahresauswertungen der Leistungen je Verein und landesweit
- Jahresauswertungen „Medizinische Hauskrankenpflege nach Alter und nach Dauer“ für die Krankenkassen (Auswertungen nach Kassen, Alter und Geschlecht der Patienten sowie Leistungstagen)
- Halbjahres- und Jahresauswertungen „Namenslisten der betreuten Patienten je Krankenkasse“
- Landesauswertungen für die „Hauskrankenpflege Vorarlberg“: Patienten und Pflorgetage, Jahresübersicht je Verein und je Gemeinde

#### Forschen und entwickeln

Der ambulante Pflegebereich befindet sich in einem permanenten Veränderungsprozess. Die gestiegene Lebenserwartung, die Veränderung der Familienstruktur und der rechtlichen Rahmenbedingungen sind nur einige Einflussgrößen, die die Bedürfnisse betagter Menschen und das darauf reagierende Leistungsangebot verändern.

Wir beobachten diese Entwicklungen, sammeln Informationen aus Pflegewissenschaft und Fachliteratur und sind in Kontakt mit innovativen Institutionen über die Landesgrenzen hinaus.

#### Unterstützung pflegender Angehöriger

Aufgrund der Beschäftigung mit den Aufgaben und Schwierigkeiten der professionellen Pflege ergibt sich auch, dass die informelle Pflege durch Familienangehörige oder Freunde im Fachbereich thematisiert wird. Seit vielen Jahren bietet daher die connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege Vorträge und Veranstaltungen für pflegende Angehörige und Interessierte im Rahmen von „Pflege im Gespräch“ an. Ebenso ist sie Mitherausgeber der Zeitschrift „daSein“. Die Informationsbroschüre zur 24 Stunden Betreuung, welche von connexia laufend aktualisiert wird, kann den pflegenden Angehörigen und allen Fachdiensten, die in diesem Bereich tätig sind, zur Verfügung gestellt werden.

## 4 PatientInnen

Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner, Julia Ammann

Im Folgenden werden Grundzahlen und Informationen über die Merkmale der Patienten für die Jahre 2007, 2008 und 2009 dargestellt. Diese Werte basieren auf den Patientendokumentationen der 67 bzw. 66 Krankenpflegevereine, die Patienten der Mobilen KinderKrankenPfleger werden hier nicht berücksichtigt (siehe dazu Kapitel VIII). Als Vergleichsbasis werden Daten des Jahres 2006 herangezogen. Die Auswertung der Patientendokumentationen erfolgte durch Mag. Ing. Ludwig Hinteregger, Leiter der Informatik bei der connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege.

### 4.1 Gesamtzahl der Patienten

Die Basiszahl der Patienten der Hauskrankenpflege in Vorarlberg beruht auf den Leistungsdokumentationen der 67 bzw. 66 Krankenpflegevereine. Als Patienten sind all jene Personen definiert, die im betreffenden Kalenderjahr eine dokumentierte Leistung der Hauskrankenpflege in Anspruch genommen haben. Als Stichtag wurde der 31.12. des jeweiligen Jahres gewählt.

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 7.634 Patienten von 296 Pflegefachkräften gepflegt. Die Zahl der Patienten hat sich von 2006 bis 2009 um rund 5 Prozent erhöht (siehe Abb. 4).

Abb. 4) Hauskrankenpflegepatienten 2006 – 2009

	2006	2007	2008	2009
Patienten	7.268	7.409	7.458	7.634
Veränderung (2006 = 100%)	100,0%	101,9%	102,6%	105,0%

### 4.2 Patienten je Pflegefachkraft

Von 2006 bis 2009 reduzierte sich die Zahl der Patienten je Pflegefachkraft (Dienstposten/Vollzeitäquivalente im Jahr) um 3,8 Prozent (siehe Abb. 5). Dies hängt mit der Erhöhung der Dienstposten/Vollzeitäquivalente um 9,8 Prozent und einem Anstieg der Zahl der Patienten um nur 5 Prozent zusammen.

Abb. 5) Patienten je Pflegefachkraft (Dienstposten/VZÄ im Jahr) 2006 – 2009

	2006	2007	2008	2009
Patienten je Pflegefachkraft (VZÄ)	52	51	50	50
Veränderung (2006 = 100%)	100,0%	98,1%	96,2%	96,2%

### 4.3 Mitgliedschaft im Krankenpflegeverein

Die Hauskrankenpflege basiert auf dem Solidaritätsgedanken: Durch die Mitgliedsbeiträge wird einerseits das Recht auf Pflege und Betreuung gesichert, andererseits wird dadurch die Versorgung und Unterstützung pflegebedürftiger Personen gefördert. Die Zahl der Mitgliedschaften ist in den letzten Jahren von 57.353 (2006) auf 59.858 (2009) gestiegen.

Rund 88 bis 89 Prozent der Mitglieder des Krankenpflegevereins beteiligen sich aus Solidarität, Bürgerbeteiligung und Vorsorge. Sie unterstützen die Vereine ideell und finanziell durch die Mitgliedsbeiträge und namhafte Spenden, ohne derzeit die Dienste der Hauskrankenpflege in Anspruch zu nehmen. Nur rund 11 bis 12 Prozent der Mitglieder (Familienmitgliedschaften) sind Patienten und benötigen aktuell die Hilfe und Unterstützung der Hauskrankenpflege.

Nahezu alle Patienten (rund 97 bis 98 Prozent) sind Mitglieder des Krankenpflegevereins, nur bei rund 2 bis 3 Prozent besteht keine Mitgliedschaft bzw. gibt es keine Angaben über die Mitgliedschaft. Neue Patienten ohne Mitgliedschaft werden vor allem bei länger andauerndem Pflegebedarf oft Mitglied eines Krankenpflegevereins.

### 4.4 Merkmale der Patienten

Die Patienten können in zwei unterschiedliche Gruppen eingeteilt werden. Bei Patienten, die nur kurzzeitig (bis zu fünf Kontakte) die Hilfe und Unterstützung durch die Hauskrankenpflege benötigen, werden lediglich die Stammdaten festgehalten. Somit kann der Aufwand der Dokumentation für die Pflegefachkräfte möglichst gering gehalten werden. Bei Patienten, die über einen längeren Zeitraum die Pflege und Betreuung der Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen, werden zusätzlich Informationen festgehalten, die Auskunft über ihre Lebens- und Betreuungssituation geben.

Die Zahl der Patienten mit ausführlicher Patienteninformation ist in den Jahren 2007 und 2008 gesunken, im Jahr 2009 gab es eine sprunghafte Erhöhung. Bei der Anzahl der Patienten mit reduzierter Patienteninformation verhielt es sich genau umgekehrt. Ursache für diese sprunghafte Veränderung 2009 ist eine verbesserte EDV-gestützte Datenverarbeitung.

Abb. 6) Hauskrankenpflegepatienten 2006 – 2009

	2006	2007	2008	2009
ausführliche Patienteninformation	6.333	6.314	6.243	6.781
reduzierte Patienteninformation	935	1.095	1.215	853

Die Darstellung der unterschiedlichen Merkmale der Patienten erfolgt anhand der Patientengruppe, die über eine ausführliche Patientendokumentation verfügt. Sammeldokumentationen für Hauskrankenpflegeleistungen in Wohnheimen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen sowie in Einrichtungen für Wohnungslose wurden nicht berücksichtigt, ebenso wie die Dokumentationen der Patienten mit reduzierter Patienteninformation. Die Grundzahl der angeführten Patienten ist deshalb im Folgenden etwas geringer als die zuvor dargestellten Patientenzahlen.

#### Geschlecht

Werden die Patienten nach Geschlecht differenziert, zeigt sich, dass rund zwei Drittel (67 bis 68 Prozent) der Patienten weiblich sind und ein Drittel (32 bis 33 Prozent) männlich ist. Diese Verteilung hat sich in den drei Berichtsjahren nicht verändert.

Die Geschlechterverteilung der Hauskrankenpflegepatienten entspricht in etwa der Geschlechterverteilung der Vorarlberger Wohnbevölkerung ab 75 Jahren (rund 63 Prozent weiblich und 37 Prozent männlich).



Abb. 7) Patienten mit ausführlicher Patientendokumentation 2006 – 2009 nach Geschlecht (absolut, anteilig)

Geschlecht	2006		2007		2008		2009	
Männer	2.001	32%	2.003	32%	2.006	32%	2.257	33%
Frauen	4.332	68%	4.311	68%	4.237	68%	4.524	67%
insgesamt	6.333	100%	6.314	100%	6.243	100%	6.781	100%

Die Gesamtzahl der Patienten mit ausführlicher Patientendokumentation ist im Vergleich zum Jahr 2006 um 7 Prozent gestiegen. Dabei zeigt sich, dass der Anstieg bei den Männern mit rund 13 Prozent wesentlich höher ist als bei den Frauen mit rund 4 Prozent.

Abb. 8) Patienten mit ausführlicher Patientendokumentation 2006 – 2009 nach Geschlecht (absolut, Veränderung zum Vorjahr)

Geschlecht	2006		2007		2008		2009		2006 – 2009	
Männer	2.001	2.003	100,1%	2.006	100,2%	2.257	112,5%	112,8%		
Frauen	4.332	4.311	99,5%	4.237	98,3%	4.524	106,8%	104,4%		
insgesamt	6.333	6.314	99,7%	6.243	98,6%	6.781	108,6%	107,1%		

#### Alter

In den Jahren 2007 bis 2009 waren rund 93 bis 94 Prozent der Patienten über 60 Jahre alt. Wie in den Vorjahren war der Anteil der Patienten unter 60 Jahren mit 6 bis 7 Prozent dementsprechend gering.

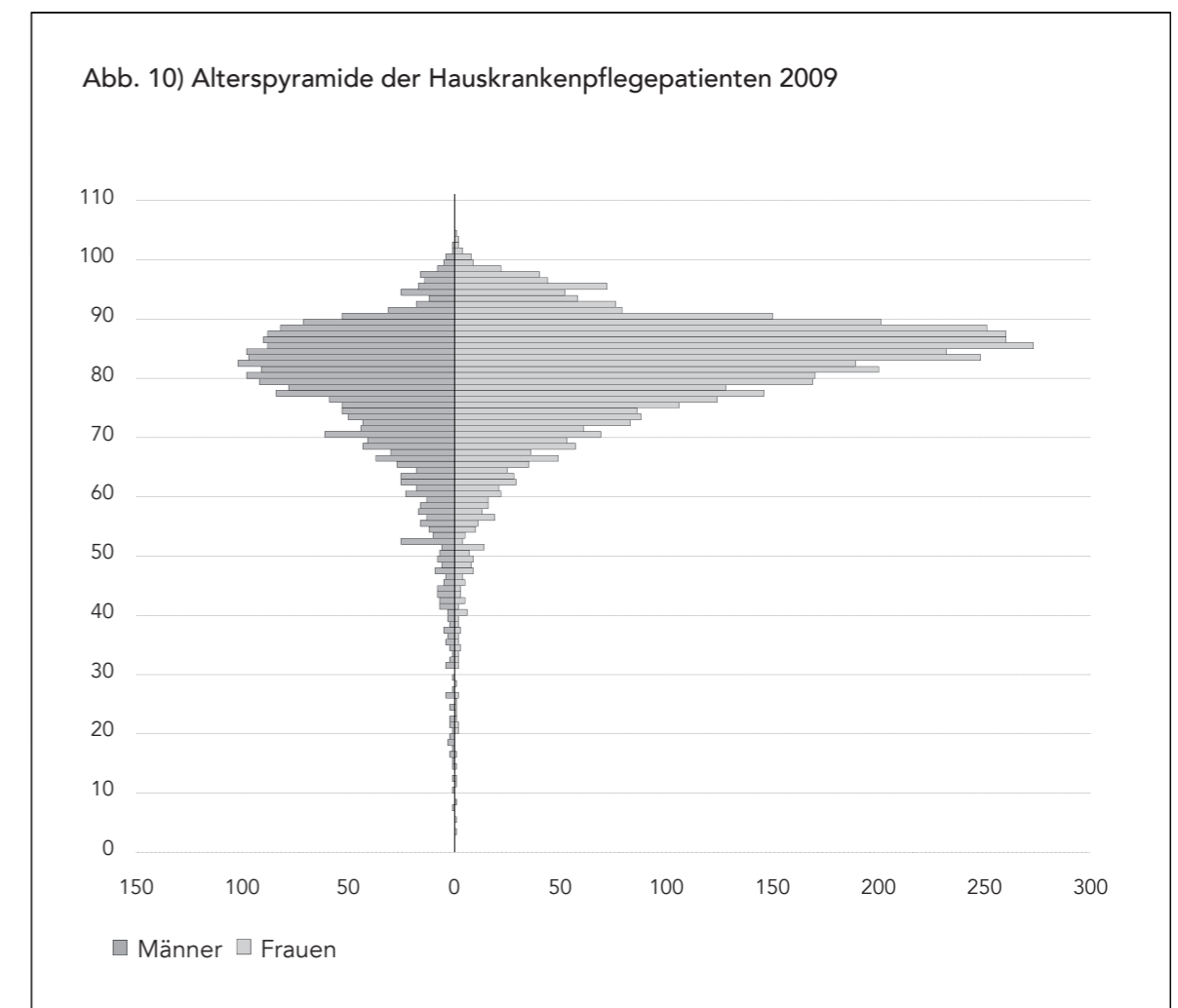
84 Prozent der Patienten waren bereits über 70 Jahre alt und rund 59 Prozent der Patienten der Berichtsjahre zählten zu der Gruppe der über 80-Jährigen und somit zu den „Hochbetagten“. Wird die Entwicklung der Patientenzahlen in der Altersgruppe der Hochbetagten genauer betrachtet, so zeigt sich besonders bei den 85- bis 89-jährigen Patienten eine deutliche Zunahme um fast 50 Prozent gegenüber dem Jahr 2006. Die zweithöchste Zuwachsrate ist bei den unter 60-Jährigen festzustellen.

Abb. 9) Patienten nach Altersgruppen 2006 – 2009 (absolut, Veränderung absolut, Veränderung in Prozent)

Altersgruppe	2006	2007	2008	2009	2006 – 2009	2006 – 2009
bis 59 Jahre	394	391	370	449	55	114,0%
60 – 64 Jahre	221	218	214	234	13	105,9%
65 – 69 Jahre	409	379	388	408	-1	99,8%
70 – 74 Jahre	603	573	558	638	35	105,8%
75 – 79 Jahre	1.102	1.058	1.023	1.039	-63	94,3%
80 – 84 Jahre	1.600	1.547	1.512	1.525	-75	95,3%
85 – 89 Jahre	1.120	1.341	1.420	1.664	544	148,6%
90 u.m. Jahre	884	807	758	824	-60	93,2%

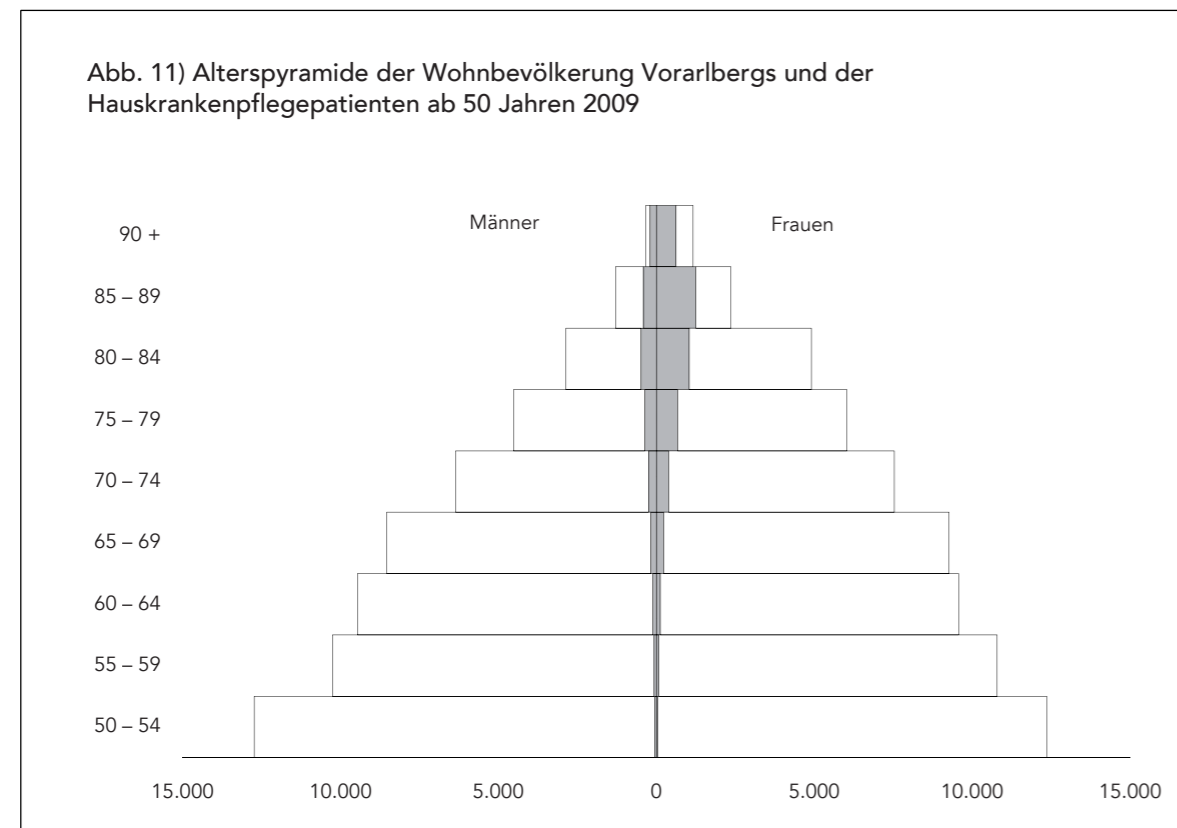
Das statistische Durchschnittsalter der Patienten lag in den Berichtsjahren bei rund 79 Jahren. Differenziert man das Durchschnittsalter nach Geschlecht, so zeigt sich bei den weiblichen Patienten ein durchschnittliches Alter von 80 Jahren. Bei den männlichen Patienten lag das Durchschnittsalter bei 76 Jahren und somit vier Jahre unter dem der weiblichen Patienten. Die ältesten Patienten im Berichtszeitraum waren eine 104-jährige Frau im Jahr 2009 und ein 104-jähriger Mann im Jahr 2007.

In der Abbildung 10 wird die genaue Altersverteilung deutlich, ebenfalls wird der zuvor beschriebene geschlechtsspezifische Unterschied in der Anzahl der Patienten erkennbar. Die verminderte Anzahl der 87- bis 90-jährigen Personen ist auf den Geburtenausfall im und nach dem Ersten Weltkrieg zurückzuführen. Die schwächeren Besetzungszahlen bei den älteren männlichen Personen sind auf die niedrigere durchschnittliche Lebenserwartung und die Kriegsverluste im Zweiten Weltkrieg zurückzuführen.



#### 4.5 Pflegequote

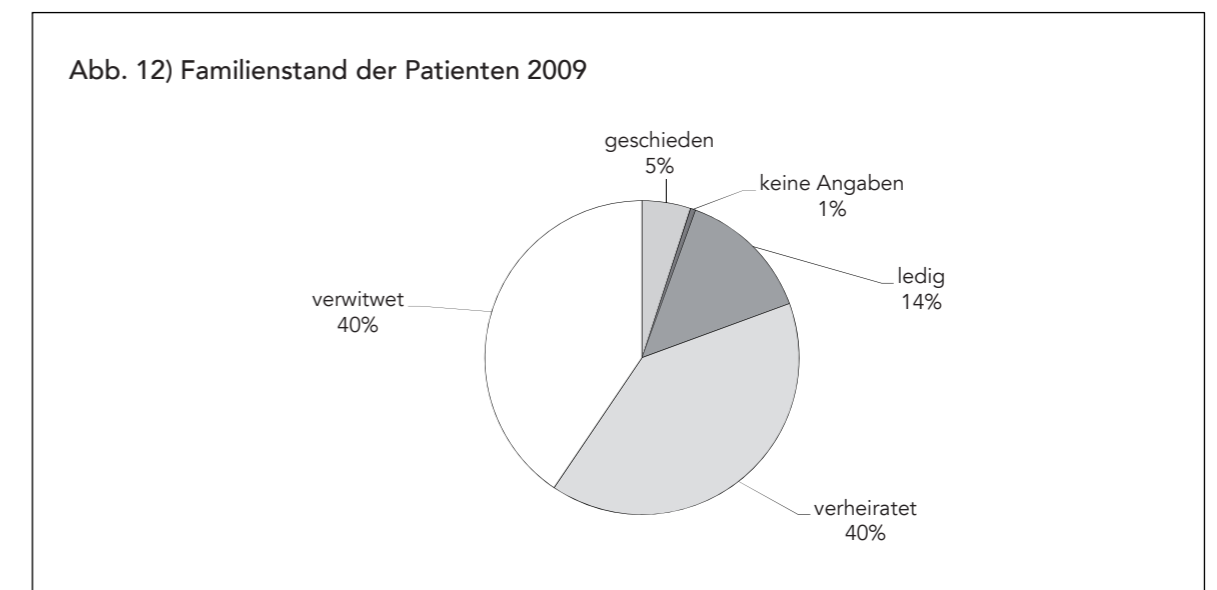
Wird die Zahl der Patienten auf die Wohnbevölkerung Vorarlbergs bezogen, so kann der Anteil der von den Krankenpflegevereinen betreuten Patienten – die „Hauskrankenpflegequote“ – ermittelt werden. Es zeigt sich, dass rund ein Zehntel der 75- bis 79-jährigen Personen mit Hauptwohnsitz in Vorarlberg betreut wurde. Die Quote steigt mit zunehmendem Alter sprunghaft an. So wurde bereits jeder Fünfte der Gruppe der 80- bis 84-jährigen Personen betreut, in der Altersgruppe der 85- bis 89-jährigen Personen wurde sogar jeder Dritte betreut. Bei den über 90-jährigen Personen betrug die Quote in allen drei Jahren über 53 Prozent – das bedeutet, dass jede zweite Person betreut wurde.



#### 4.6 Familienstand und Lebenssituation

##### Familienstand

Die überwiegende Mehrheit der Patienten war verheiratet oder verwitwet (jeweils rund 40 Prozent), rund 13 bis 14 Prozent waren ledig und nur wenige waren geschieden (rund 5 Prozent). Diese Anteile haben sich in den Berichtsjahren kaum verändert. Die Aufteilung nach Familienstand im Jahr 2009 stellt sich folgendermaßen dar:



In den Jahren 2006 bis 2009 gab es eine leichte Abnahme (minus 1,5 Prozent) bei den verwitweten Patienten, dies könnte mit der Abnahme der „Kriegswitwen“ erklärt werden (rund 86 Prozent der verwitweten Patienten im Jahr 2009 waren weiblich).

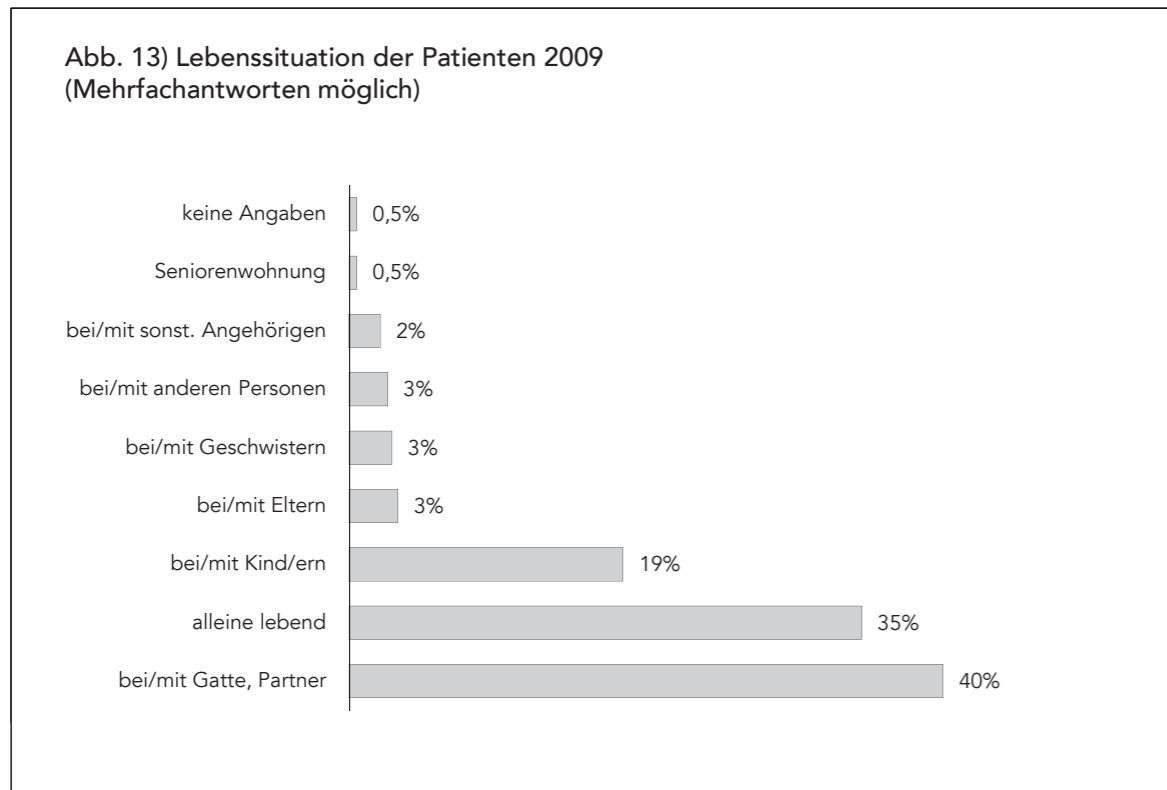
##### Lebenssituation

Neben dem Familienstand wird auch die Lebenssituation der Patienten der Hauskrankenpflege erhoben. Entsprechend den Angaben zum Familienstand waren der Anteil der Patienten, die mit ihren Gatten bzw. Partnern zusammenlebten, sowie der Anteil der allein lebenden Personen am höchsten.

Betrachtet man die Lebenssituation nach Altersgruppen, so lebten bis zum Alter von 84 Jahren in allen Berichtsjahren die meisten Patienten bei ihren Partnern bzw. Gatten. In den Alterskategorien über 85 Jahren stellten allein lebende Personen die Kategorie mit den höchsten Patientenzahlen dar.

Der Anteil der Patienten, der gemeinsam mit den Kindern bzw. Schwiegerkindern lebte, sank in den letzten drei Jahren leicht. Während in den Jahren 2006 noch rund 20,9 Prozent bei den Kindern bzw. Schwiegerkindern lebten, waren dies im Jahr 2009 lediglich 19 Prozent.

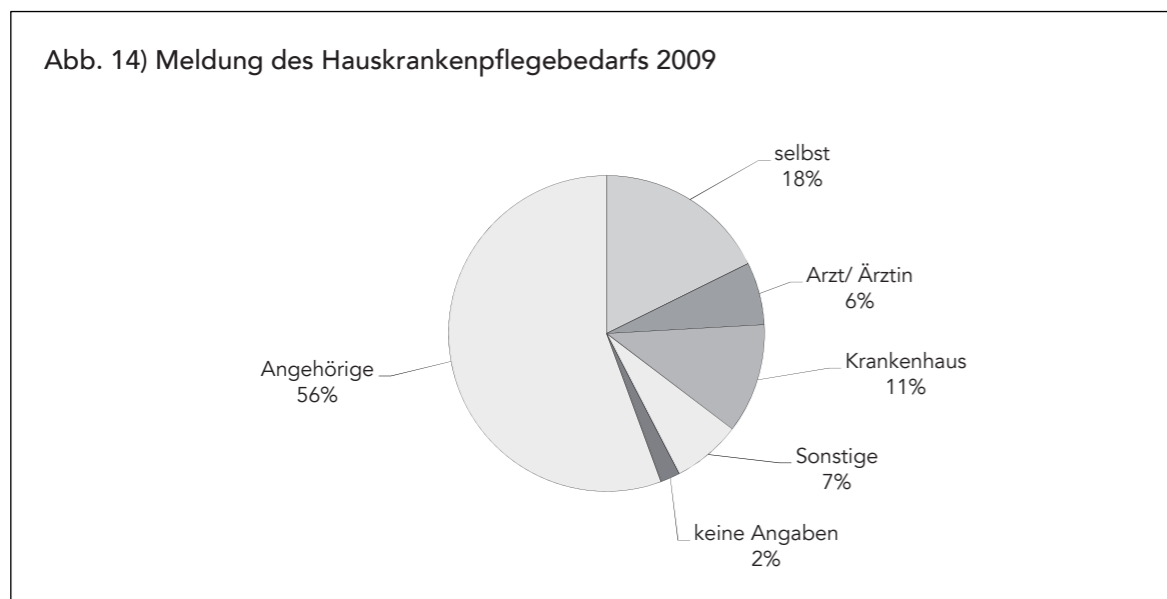
Nur ein sehr geringer Teil der Patienten lebte in Seniorenwohnungen, dieser Anteil hat sich in den hier erfassten Jahren nicht verändert.



#### 4.7 Einsatzgründe der Hauskrankenpflege

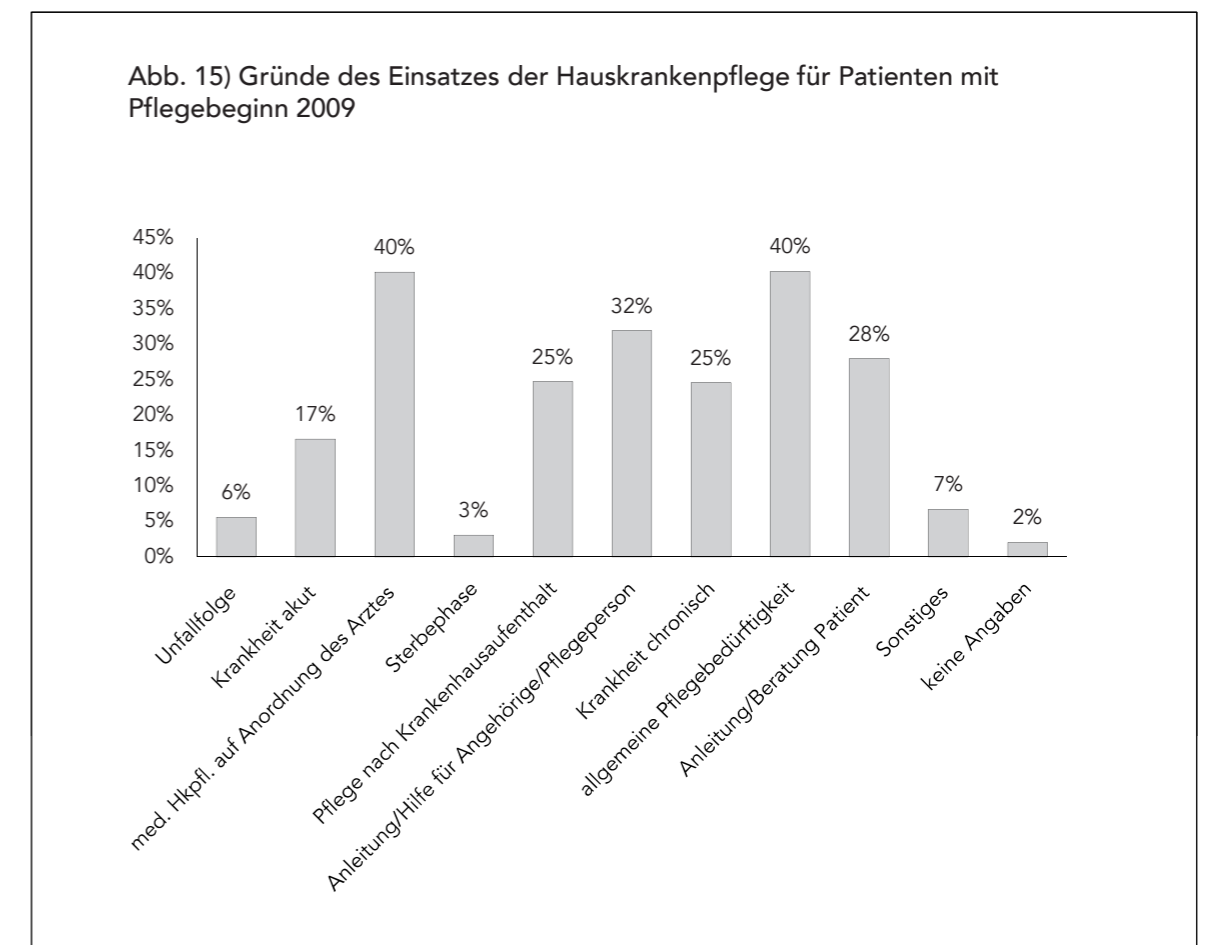
##### Meldung des Bedarfs

Zu Beginn eines Pflegeverhältnisses wird festgehalten, wer den Bedarf an Hauskrankenpflege gemeldet hat. Diese Meldungen können von Angehörigen, dem Krankenhaus, Ärzten, „Sonstigen“ oder den Patienten selbst gemacht werden. Im Vergleich der Jahre 2006 bis 2009 zeigen sich anteilmäßig lediglich kleine Schwankungen im 0,5- Prozent-Bereich und keine eindeutigen Trends. In der folgenden Abbildung wird deshalb das Jahr 2009 anteilmäßig dargestellt. Die Angaben beziehen sich auf die Patientengruppe, die in diesem Jahr die Pflege begonnen hat.

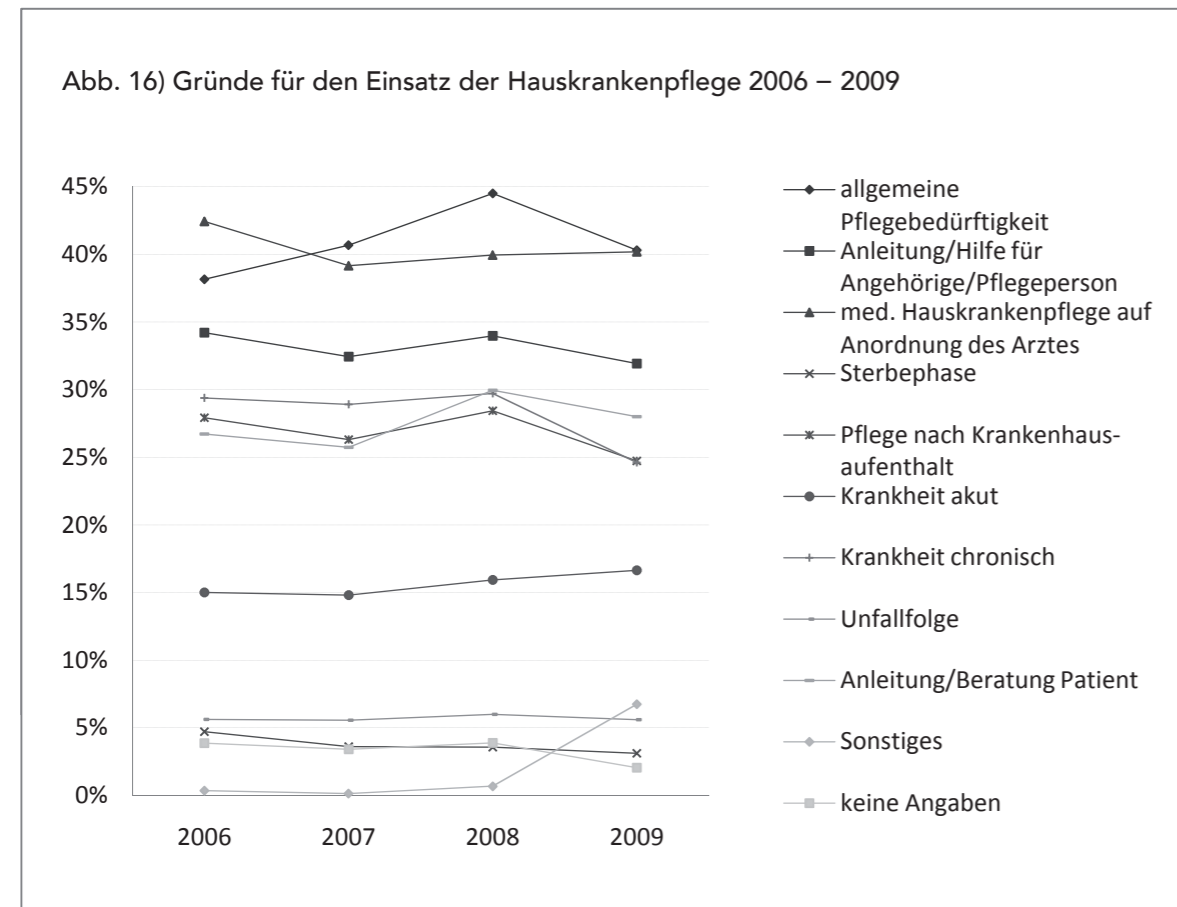


##### Gründe für den Einsatz

Die Gründe der Patienten für den Einsatz der Hauskrankenpflege wurden mit Pflegebeginn erfasst. Es war möglich, mehrere Gründe für den Einsatz der Hauskrankenpflege anzugeben (Mehrfachnennungen). Es zeigt sich, dass die Hauskrankenpflege häufig aufgrund allgemeiner Pflegebedürftigkeit, aber auch auf Anordnung des Arztes angefordert wird. Ebenso wird die Hauskrankenpflege oft in Anspruch genommen, um Pflegepersonen und Angehörige anzuleiten und ihnen zu helfen sowie die Patienten selbst zu beraten. Auch chronische Krankheit und Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt werden öfter genannt (rund 25 Prozent), diese Gründe treffen somit bei fast jedem vierten Patienten zu. Sehr selten wird die Pflege erst in der Sterbephase in Anspruch genommen.



Werden die Gründe für den Einsatz der Hauskrankenpflege im Zeitverlauf betrachtet (Abb. 16), so zeigen sich leichte Schwankungen, aber keine wesentlichen Veränderungen.



4.8 Pflegesituation zu Hause

Sicherung der Betreuung

Damit die Patienten zu Hause in ihrem gewohnten Umfeld gepflegt werden können, bedarf es der Unterstützung und Hilfe durch Familienmitglieder, Nachbarn und verpflichtete Personen. Nur ein geringer Anteil der Personen bedarf keiner Sicherung der Betreuung durch andere („nicht nötig“).

Der Großteil der Patienten wird von der Partnerin bzw. dem Partner oder Schwiegerkindern und Kindern betreut. Eine leichte Steigerung kann bei der Sicherung der Betreuung durch verpflichtete Personen festgestellt werden (Veränderung gegenüber 2006: plus 2,5 Prozent).

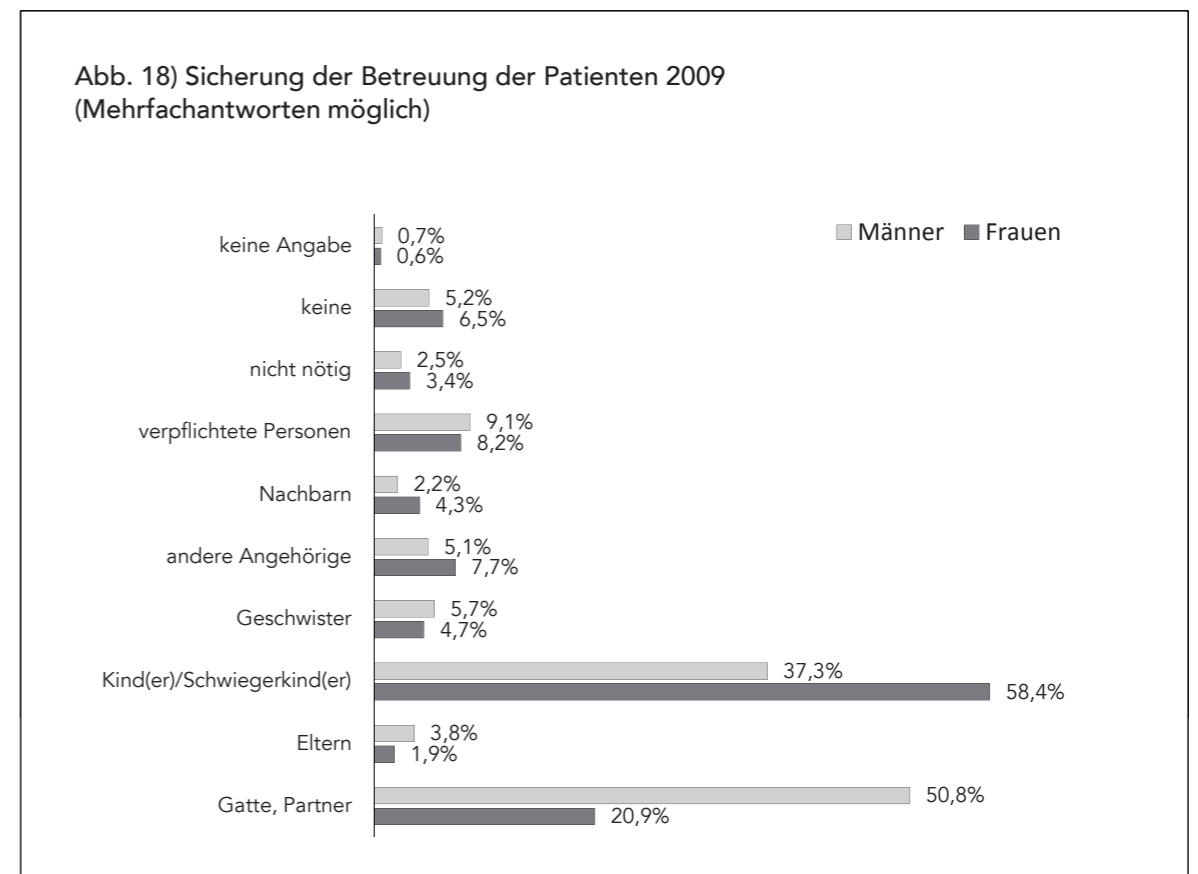
Bei rund 6 bis 7 Prozent der Patienten war die Betreuung weder durch Familienmitglieder, Angehörige oder Nachbarn noch durch verpflichtete Personen sichergestellt.

Abb. 17) Sicherung der Betreuung der Patienten 2006 – 2009 (anteilmäßig, Mehrfachantworten möglich)

	2006	2007	2008	2009
Gatte, Partner	30,9%	30,2%	30,7%	30,9%
Eltern	3,3%	3,0%	2,8%	2,5%
Kind(er), Schwiegerkind(er)	51,8%	51,9%	51,7%	51,3%
Geschwister	5,2%	5,1%	4,9%	5,0%
andere Angehörige	7,8%	7,7%	7,3%	6,8%
Nachbarn	4,1%	3,8%	3,6%	3,6%
verpflichtete Personen*	6,0%	6,6%	7,7%	8,5%
nicht nötig	1,3%	1,8%	2,0%	3,1%
keine Angabe	6,8%	6,7%	6,8%	6,0%
keine Angabe	1,3%	1,2%	1,1%	0,6%
<b>Patienten absolut</b>	<b>6.333</b>	<b>6.314</b>	<b>6.243</b>	<b>6.781</b>

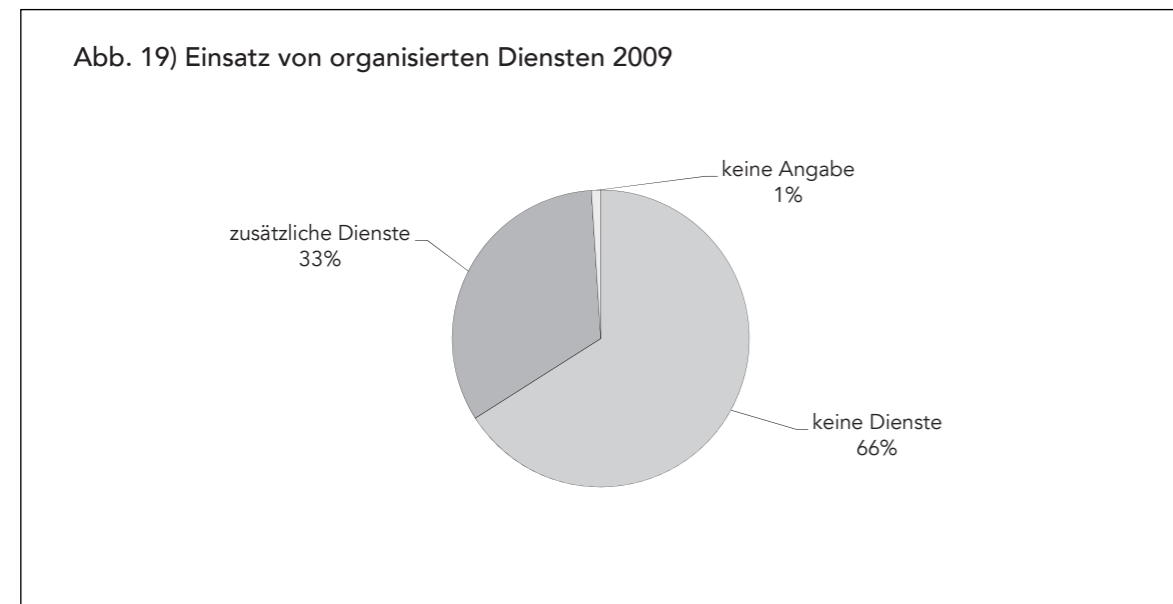
\*Anmerkung: Verpflichtete Personen sind Betreuungen gegen Bezahlung, die das Ausmaß von 48 Stunden/Woche überschreiten.

Bezüglich der Sicherung der Betreuung ist es interessant, den geschlechtsspezifischen Unterschied zu betrachten. Dabei fällt auf, dass die Männer zu einem weit höheren Anteil von den eigenen Gattinnen bzw. Partnerinnen gepflegt werden. Bei Frauen hingegen wird die Pflege weit häufiger durch die eigenen Kinder bzw. Schwiegerkinder vorgenommen bzw. gesichert.



### Einsatz von organisierten Diensten

Um das Wohnen zu Hause auch im Alter sicherstellen zu können, nehmen rund 33 Prozent der Patienten zusätzlich die Leistungen von organisierten Diensten in Anspruch. 66 Prozent der Patienten benötigen keine zusätzliche Unterstützung durch organisierte Dienste, bei 1 Prozent der Patienten gab es keine Angabe.



Die vier Dienste, die von den Patienten im Jahr 2009 am häufigsten in Anspruch genommen wurden, sind:

- die Mobilen Hilfsdienste (1209 Patienten)
- das Essen auf Rädern (689 Patienten)
- die Rufhilfe (329 Patienten)
- die organisierte Nachbarschaftshilfe (144 Patienten)

Es zeigt sich ein geringer Zuwachs der Inanspruchnahme der Rufhilfe, des Hospizdienstes und sonstiger Dienste in den Berichtsjahren. Die Anzahl der Patienten, die keine zusätzlichen Dienste in Anspruch nahmen, ist in den letzten drei Jahren etwas (minus 1,8 Prozent) zurückgegangen.

Abb. 20) Einsatz von organisierten Diensten 2006 – 2009  
(anteilmäßig, Mehrfachantworten möglich)

	2006	2007	2008	2009
Hospizdienst	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Familienhilfe- Fachdienst	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Mobile Hilfsdienste	16,4%	16,5%	17,2%	17,8%
Pfarrte/Caritas	0,7%	0,7%	0,5%	0,7%
org. Nachbarschaftshilfe	2,2%	2,0%	1,9%	2,1%
Essen auf Rädern	10,1%	10,7%	10,7%	10,2%
Rufhilfe	4,2%	4,5%	4,8%	4,8%
Pflegebad im Altersheim	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%
sonstige Dienste	3,0%	3,6%	4,1%	4,9%
keine Dienste	67,6%	66,7%	66,0%	65,9%
keine Angaben	2,7%	2,3%	2,4%	1,2%

### Wohnsituation

Eine pflegerechte Wohnsituation kann die Pflege zu Hause wesentlich erleichtern. Rund 86 bis 87 Prozent der Patienten verfügten über eine pflegerechte bzw. teilweise pflegerechte Wohnsituation, nur 0,5 Prozent der Wohnungen waren in den Berichtsjahren rollstuhlgerecht. 11 bis 12 Prozent der Patienten verfügten über eine nicht pflegerechte Wohnsituation.

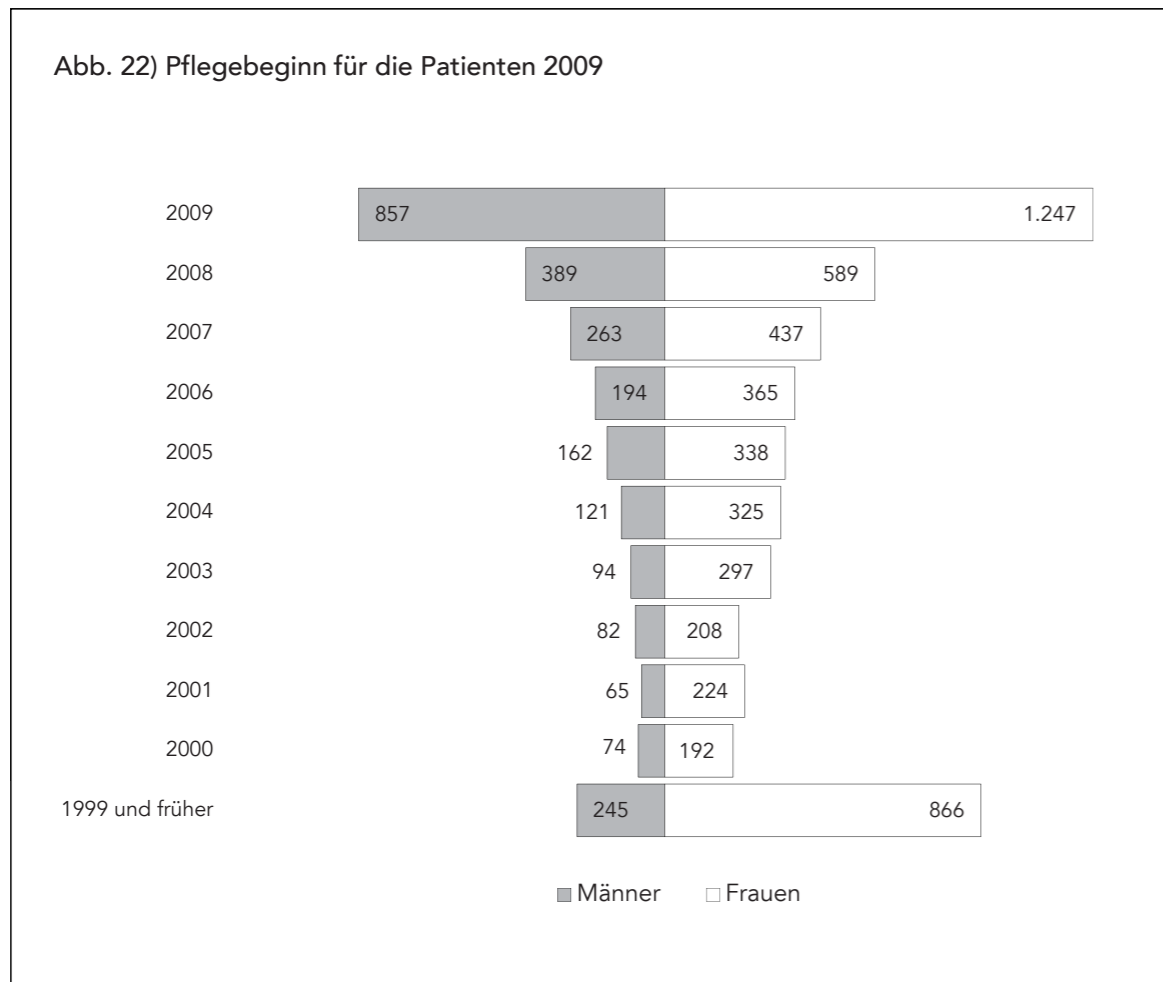
Abb. 21) Pflegerechte Wohnsituation der Patienten 2006 – 2009 (anteilmäßig)

	2006	2007	2008	2009
pflegerecht	39,4%	38,1%	37,1%	36,4%
teilweise pflegerecht	46,5%	47,7%	49,4%	50,9%
nicht pflegerecht	12,3%	12,3%	11,5%	11,4%
rollstuhlgerecht*	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
keine Angaben	1,8%	1,9%	2,0%	1,3%

\*konnte zusätzlich genannt werden

### 4.9 Pflegedauer

Die durchschnittliche Pflegedauer aller Patienten (ausführliche und reduzierte Patientendokumentation) stieg in den Berichtsjahren von 4,01 auf 4,37 Jahre leicht an. Bei Frauen (durchschnittlich 4,65 bis 5,09 Jahre) konnte eine längere Pflegedauer festgestellt werden als bei Männern (durchschnittlich 3,37 bis 3,64 Jahre). In der folgenden Abbildung wird der Pflegebeginn der Patienten im Jahre 2009 verdeutlicht. Beispielsweise war für 297 derzeitige Patientinnen der Pflegebeginn 2003.

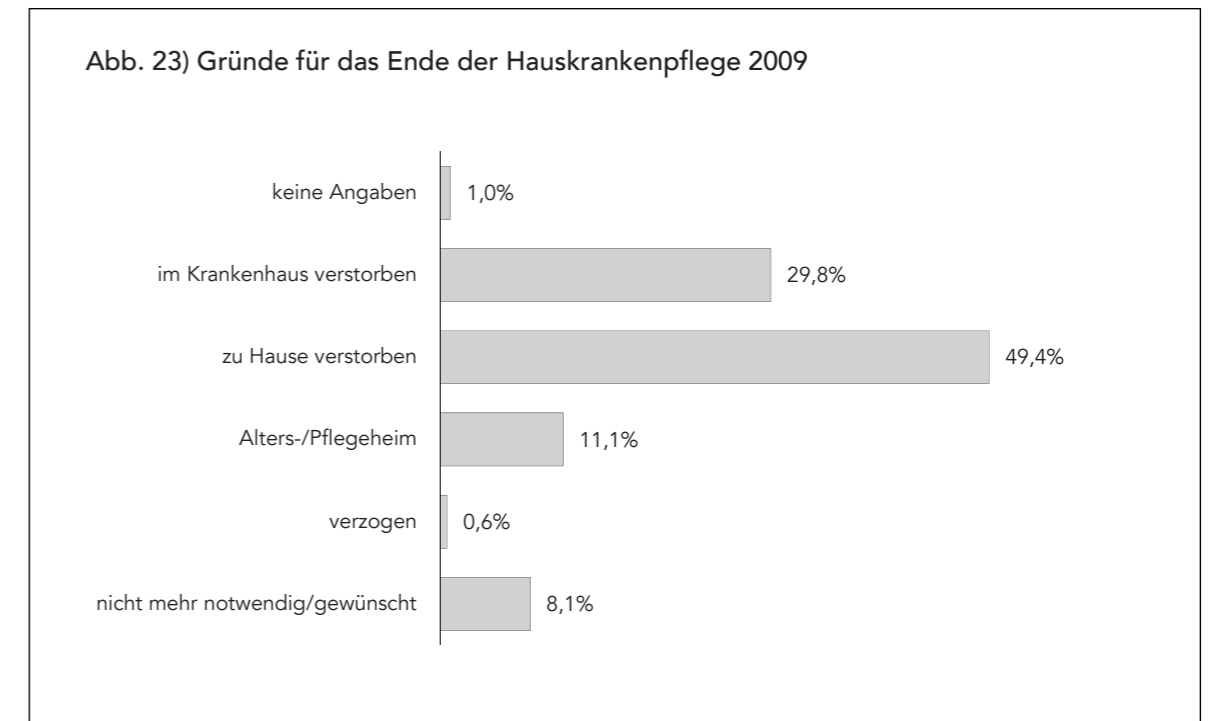


Fasst man die Patienten in Gruppen zusammen, zeigt sich, dass in allen drei Berichtsjahren rund 27 bis 28 Prozent der Patienten die Pflege im laufenden Jahr begonnen hatten. 42 bis 44 Prozent der Patienten wurden bereits 1 bis 5 Jahre gepflegt und bei 29 bis 31 Prozent hatte die Pflege bereits vor sechs und mehr Jahren begonnen.

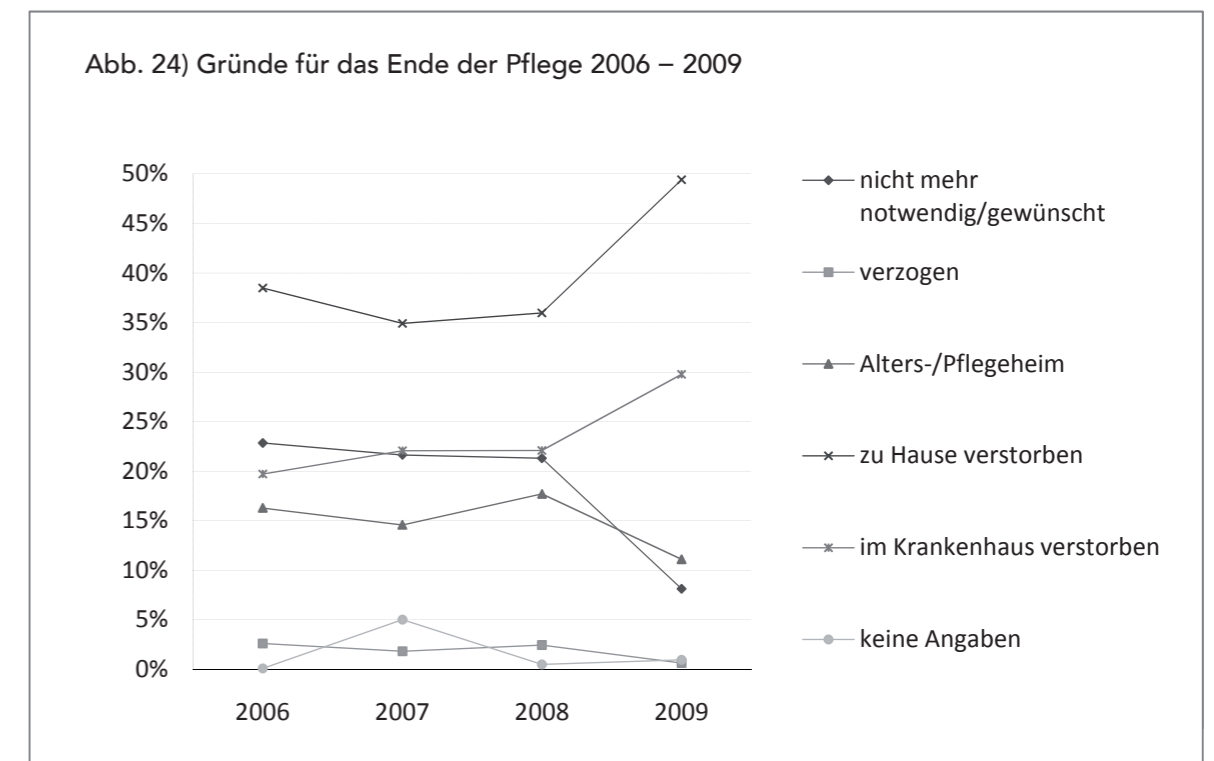
#### Ende der Pflege

Die Gründe für das Ende der Hauskrankenpflege können unterschiedlich sein, manche Patienten beenden die Pflege, weil sie nicht mehr notwendig bzw. gewünscht ist. Für andere endet die Pflege aufgrund eines Umzugs in ein Alters- bzw. Pflegeheim oder weil sie den Wohnort wechseln. Der Großteil der Patienten wird jedoch bis an ihr Lebensende gepflegt, die Pflege endet dann aufgrund des Todes zu Hause oder in einem Krankenhaus.

Im Jahr 2009 endete für 79,2 Prozent die Pflege aufgrund des Todes zu Hause oder im Krankenhaus (siehe Abb. 23). Für 11,7 Prozent der Patienten endete die Pflege im Jahr 2009 aufgrund eines Umzugs in ein Pflege- bzw. Altersheim oder an einen anderen Wohnort. Der Anteil der Personen, die keine Pflege mehr wünschten bzw. bei denen eine Pflege nicht mehr notwendig war, lag bei 8,1 Prozent.



In den letzten drei Jahren gab es anteilmäßig einen Anstieg der Personen, die bis zu ihrem Tod zu Hause oder im Krankenhaus gepflegt worden waren. Der Anteil jener, deren Pflege aufgrund eines Umzugs in ein Pflegeheim bzw. Altersheim endete, ist leicht gesunken, ebenso die Anzahl der Personen, die keine Pflege mehr benötigten bzw. wünschten.



## 5 Leistungen

Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner, Julia Ammann

### 5.1 Gesamtzahl der Pflegeleistungen

Die einzelnen Leistungsarten und Leistungseinheiten, die Pflegefachkräfte für ihre Patienten erbringen, werden laufend im Leistungsblatt erfasst. Im Rahmen dieser patientenbezogenen Leistungserfassung werden einerseits die Patientenkontakte (Hausbesuche und Beratungsstunden) und die erbrachten Pflegeleistungen (als spezielle Pflegeleistung summiert) erfasst. Die speziellen Pflegeleistungen gliedern sich in 14 Einzelpositionen.

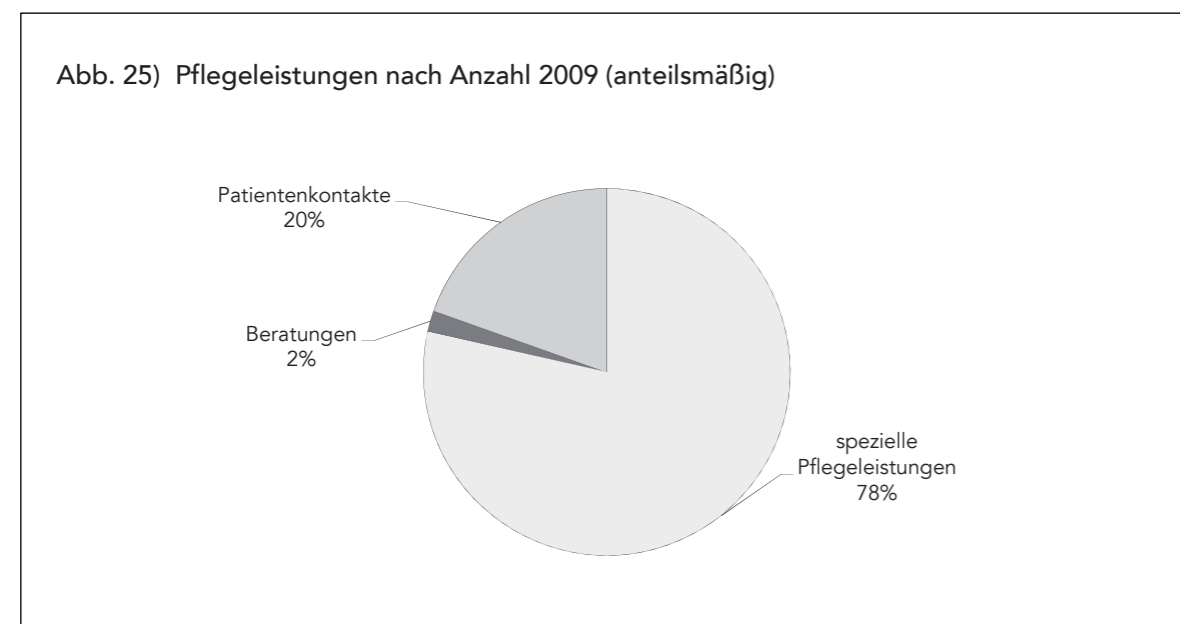
Als weiterer Leistungsbereich werden telefonische und persönliche Beratungen von Personen dokumentiert, die nicht Patienten der Hauskrankenpflege sind. Dies sind beispielsweise Personen, die sich über die Leistungen des Krankenpflegevereins informieren wollen.

Die Auswertung der Leistungsdokumentationen erfolgte durch Mag. Ing. Ludwig Hinteregger, Leiter der Informatik bei der connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege.

### 5.2 Anzahl der Pflegeleistungen

In den Jahren 2007 bis 2009 wurden von der Hauskrankenpflege in Vorarlberg durchschnittlich 1,9 Millionen Leistungseinheiten pro Jahr erbracht und dokumentiert.

Der Abbildung 25 kann die Anzahl der Pflegeleistungen entnommen werden. Die Pflegeleistungen sind in drei Bereiche gegliedert: Patientenkontakte (Hausbesuche und Beratungen von Patienten), spezielle Pflegeleistungen (14 unterschiedliche Pflegeleistungen, die von den Pflegefachkräften erbracht werden) und telefonische und persönliche Beratungen von Nicht-Patienten (vgl. Tabelle 6 im Anhang). Der Großteil der Leistungen wurde in allen drei Berichtsjahren im Bereich spezielle Pflegeleistungen erbracht.



Die Anzahl der Patientenkontakte war in den Berichtsjahren leicht rückläufig und verringerte sich im Vergleich zum Berichtsjahr 2006 um minus 0,7 Prozent. Die Anzahl der speziellen Pflegeleistungen erhöhte sich von 2006 bis 2009 um 3,5 Prozent. Der Bereich der Beratungen stellt anteilmäßig zwar den kleinsten Bereich der insgesamt erbrachten Leistungen dar; es gab jedoch im Vergleich zum Jahr 2006 einen starken Anstieg dieser Art der Leistung um ein Drittel (plus 33,3 Prozent).

Abb. 26) Gesamtzahl der Pflegeleistungen nach Leistungsarten 2006 – 2009 (absolut, Veränderung 2006 – 2009)

Pflegeleistungen	2006	2007	2008	2009	2006 – 2009
Patientenkontakte	369.846	375.767	372.971	367.417	99,3%
spezielle Pflegeleistungen	1.436.351	1.514.553	1.489.240	1.487.031	103,5%
Beratungen	25.893	31.506	35.798	34.518	133,3%
<b>insgesamt</b>	<b>1.832.090</b>	<b>1.921.826</b>	<b>1.898.009</b>	<b>1.888.966</b>	<b>103,1%</b>

Anmerkung: Die sprunghafte Reduktion der „speziellen Pflegeleistungen“ 2007 auf 2008 ist auf eine Verbesserung der Dokumentation zurückzuführen. Mit der neuen Dokumentationsweise werden die erbrachten Leistungen seitens der Hauskrankenpflege wirklichkeitsnaher abgebildet.

### 5.3 Pflegeleistungen in Punkten

Bei der Dokumentation werden Leistungsarten erfasst, für die jeweils ein unterschiedlicher Zeitaufwand benötigt wird. Dieser unterschiedliche Zeitaufwand wird durch die Vergabe von Punkten (1 bis 4) berücksichtigt. Wobei die zu vergebenden Punkte seitens der Organisation vorgegeben sind und einen Zeitdurchschnittswert darstellen.

Zum Beispiel werden für die ganzheitliche Körperpflege/rehabilitative Pflege 4 Punkte vergeben, für die Wundversorgung dagegen 2 Punkte.

Pro Leistungspunkt wird ein Zeitaufwand von fünf Minuten angenommen – so ergibt sich für die ganzheitliche Körperpflege/rehabilitative Pflege zum Beispiel ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 20 Minuten, für die Wundversorgung ein Zeitaufwand von durchschnittlich 10 Minuten.

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum von 2007 bis 2009 rund 3,4 Millionen Leistungspunkte pro Jahr erbracht (in den Berichtsjahren 2004 bis 2006 waren dies zum Vergleich 3,1 Millionen Leistungspunkte).

Rund 78 Prozent der geleisteten Punkte entfielen auf die speziellen Pflegeleistungen, rund 21 Prozent auf die Patientenkontakte und lediglich 1 Prozent der geleisteten Punkte entfiel auf die Beratungen.

Bei den Patientenkontakten gab es im Vergleich zum Jahr 2006 einen leichten Rückgang (nach Punkten) von knapp 1 Prozent. Bei den speziellen Pflegeleistungen gab es ein Plus von 3,1 Prozent und die Zunahme der Beratungen zeigt sich in einem Plus von 33,3 Prozent. Insgesamt kam es bei den Punkten zu einer Zunahme von 2,5 Prozent gegenüber dem Jahr 2006 (vgl. Tabelle 7 im Anhang).

Abb. 27) Gesamtpunktezahl der Pflegeleistungen nach Leistungsarten 2006 – 2009  
(absolut, Veränderung 2006 – 2009)

	2006	2007	2008	2009	2006 – 2009
Patientenkontakte	707.517	718.153	714.786	701.740	99,2%
spez. Pflegeleistungen	2.546.621	2.692.756	2.641.421	2.624.484	103,1%
Beratungen	25.893	31.506	35.798	34.518	133,3%
insgesamt	3.280.031	3.442.415	3.392.005	3.360.742	102,5%

#### 5.4 Patientenkontakte – Detailauswertung

Die Patienten wurden von den Pflegefachkräften vor allem zu Hause besucht, teilweise aber auch telefonisch oder persönlich während der Beratungsstunden der Pflegefachkräfte betreut.

Auf die Hausbesuche entfielen rund 91 Prozent der Leistungen der Kategorie Patientenkontakte; bei rund 8 Prozent dieser Leistungen war eine längere Wegzeit für die Anfahrt erforderlich. Die Absolutzahl der Leistungspunkte für die Hausbesuche sowie für die Hausbesuche mit besonderer Wegzeit (Hausbesuche zusammen) stieg im Jahr 2007 leicht an und ging in den Jahren 2008 und 2009 leicht zurück. Somit kam es im Vergleich zu 2006 insgesamt zu einem minimalen Rückgang der Zahl der Leistungspunkte für die Hausbesuche um 0,8 Prozent.

Bei den Kontakten mit Hauskrankenpflegepatienten im Rahmen von Beratungsstunden kam es im Jahr 2007 zu einem leichten Anstieg der Leistungspunkte und danach zu einem leichten Rückgang, der sich aber ebenfalls unter 1 Prozent bewegt.

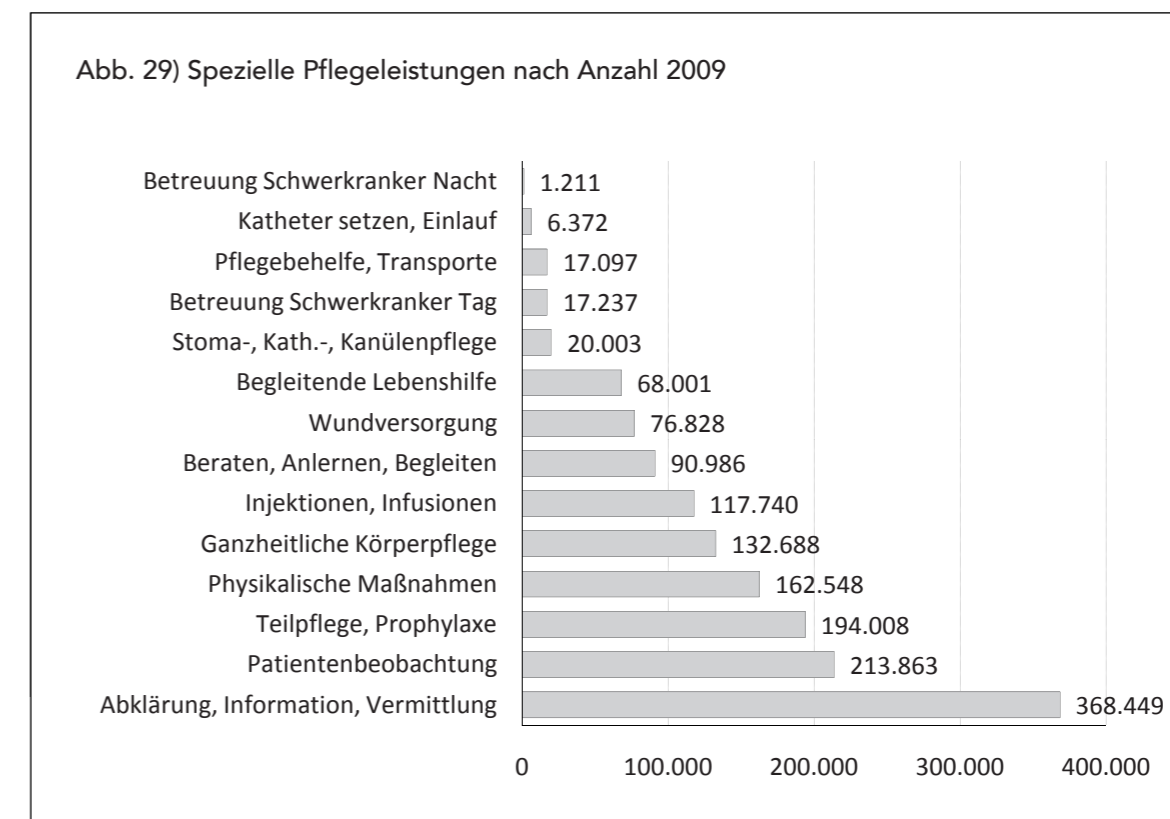
Abb. 28) Patientenkontakte in Punkten nach Kontaktarten 2006 – 2009  
(absolut, anteilig, Veränderung 2006 – 2009)

	2006		2007		
Hausbesuche	583.452	82%	591.706	82%	
Hb. mit besonderer Wegzeit	61.260	9%	62.044	9%	
Hausbesuche zusammen	644.712	91%	653.750	91%	
Kontakte in Beratungsstunden	62.805	9%	64.403	9%	
insgesamt	707.517	100%	718.153	100%	
	2008		2009		2006 – 2009
Hausbesuche	593.654	83%	581.250	83%	99,6%
Hb. mit besonderer Wegzeit	59.984	8%	58.264	8%	95,1%
Hausbesuche zusammen	653.638	91%	639.514	91%	99,2%
Kontakte in Beratungsstunden	61.148	9%	62.226	9%	99,1%
insgesamt	714.786	100%	701.740	100%	99,2%

Insgesamt kam es in diesem Bereich gegenüber dem Jahr 2006 zu einem Rückgang der Leistungen (Leistungspunkte) von 0,8 Prozent.

#### 5.5 Spezielle Pflegeleistungen – Detailauswertung

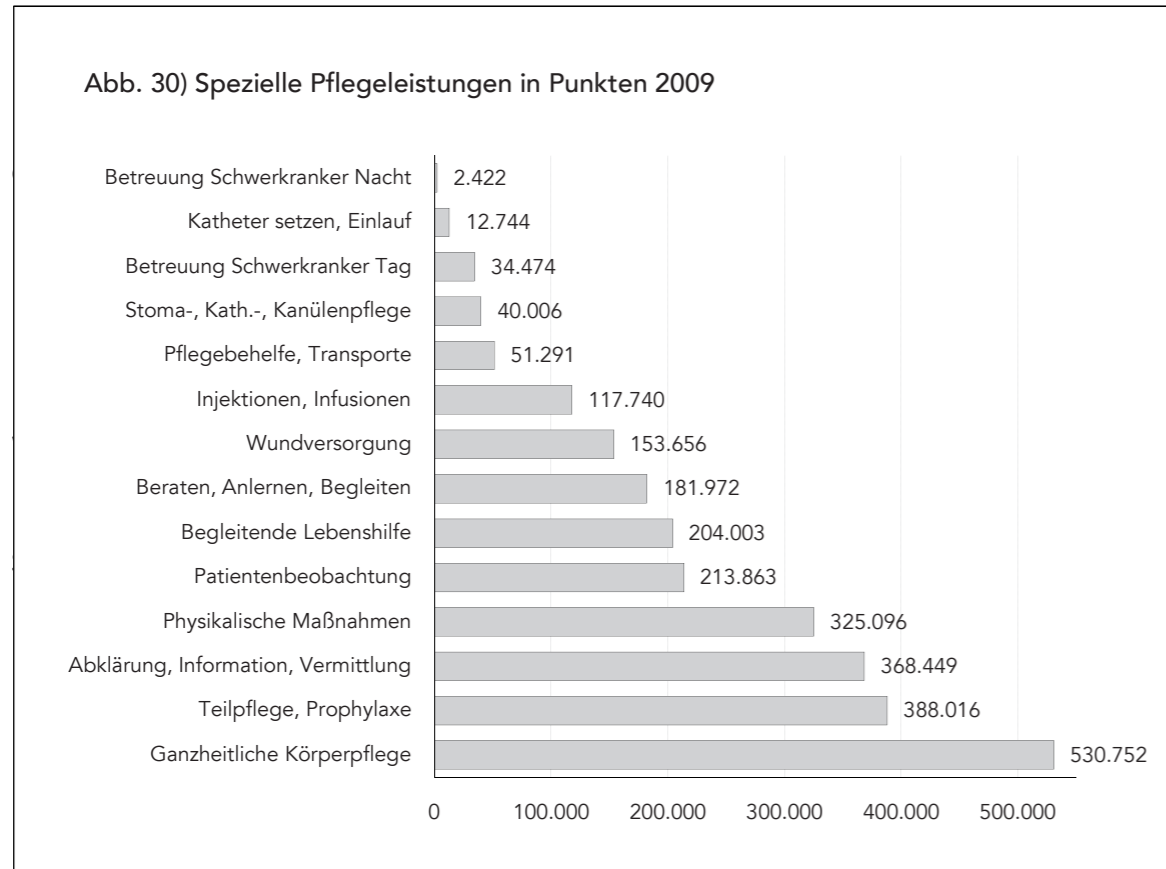
Anteilmäßig erbringen die Pflegefachkräfte – wie bereits dargestellt – den größten Teil ihrer Leistungen für spezielle Pflegeleistungen. Diese gliedern sich in 14 unterschiedliche Pflegeleistungen. In der Abbildung 29 sind diese unterschiedlichen Arten von Pflegeleistungen nach der Anzahl ihrer Inanspruchnahme aufgelistet. Es wird also erkenntlich, wie oft die jeweilige Pflegeleistung im Jahr 2009 von den Pflegefachkräften erbracht wurde.



Am häufigsten (über 350.000 Mal) wurde 2009 die Leistung „Abklärung, Information und Vermittlung, Dokumentation“ durchgeführt, an zweiter Stelle lag im Jahr 2009 die Leistung „Patientenbeobachtung und Vitalzeichenkontrolle“. Diese wurde im Jahr 2009 über 210.000 Mal erbracht.

Werden nun diese Pflegeleistungen in Punkte umgerechnet, ergibt sich folgende Verteilung.





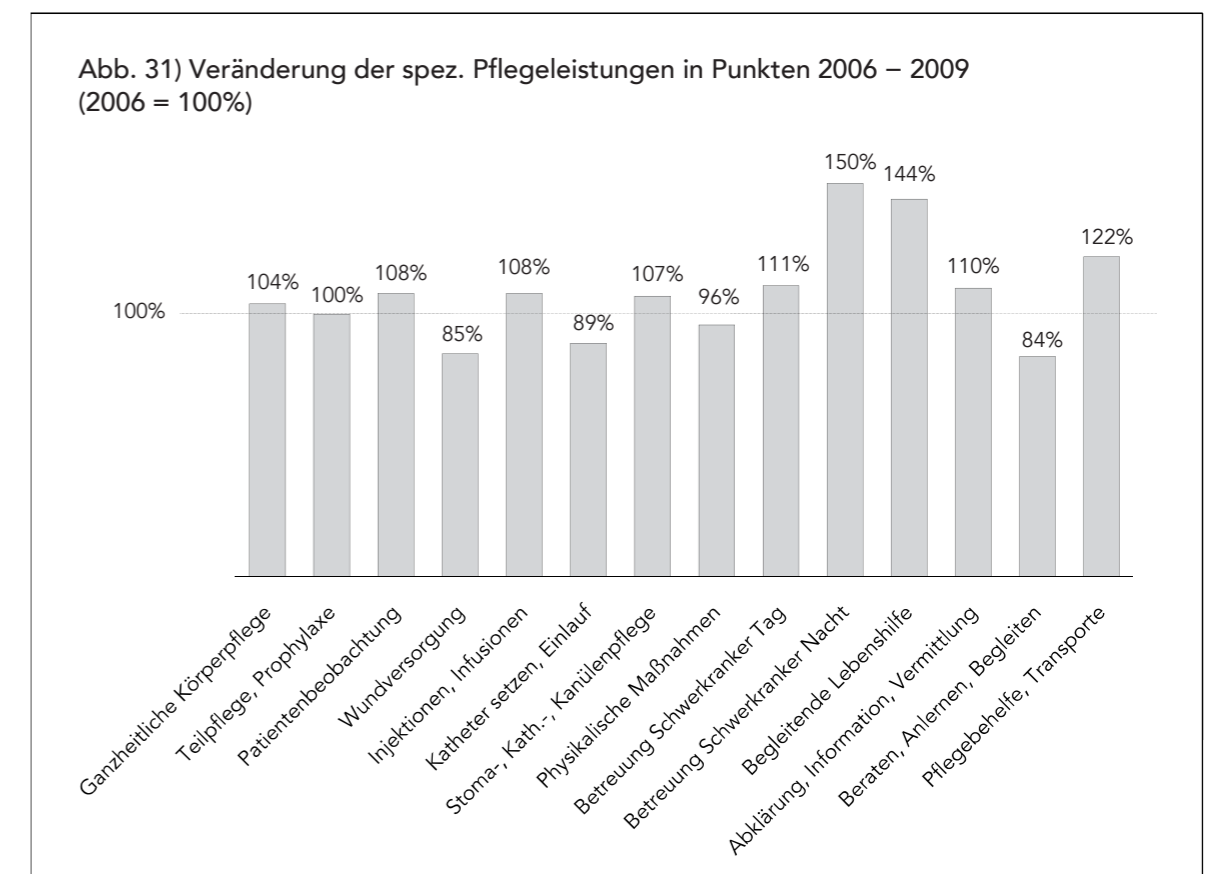
Folgende Leistungen wurden von den Pflegefachkräften nach Punkten in den Jahren 2007 bis 2009 am häufigsten erbracht:

- Ganzheitliche Körperpflege und rehabilitative Pflege (rund 20 Prozent der Leistungspunkte)
- Teilpflege, Prophylaxe (rund 15 Prozent der Leistungspunkte)
- Abklärung, Information und Vermittlung, Dokumentation (rund 13 bis 14 Prozent der Leistungspunkte)
- Physikalische Maßnahmen, Lagerung, Mobilisierung (rund 12 bis 13 Prozent der Leistungspunkte)

#### Änderung der speziellen Pflegeleistungen 2006 bis 2009

Bei den speziellen Pflegeleistungen kam es im Jahr 2007 im Vergleich zum Jahr 2006 zu einem Anstieg der Leistungen um 5 Prozent, in den Jahren 2008 und 2009 sank die Zahl der Leistungspunkte für spezielle Pflegeleistungen leicht. Trotzdem ist bei einem Vergleich der im Jahr 2009 erbrachten Leistungspunkte mit jenen im Jahr 2006 ein durchschnittlicher Anstieg um 3 Prozent zu verzeichnen (vgl. Abb. 27).

Der Abbildung 31 kann die Veränderung hinsichtlich der dokumentierten Leistungspunkte entnommen werden; die erbrachten Leistungspunkte im Jahr 2006 sind als Bezugswert 100 Prozent gleichgesetzt und durch die vertikale Linie gekennzeichnet. Auffallend ist der hohe Anstieg der Leistung „Betreuung Schwerverkrankter bei Nacht“. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass für diese Leistung im Gesamten nur sehr wenige Leistungspunkte erbracht werden und der Anstieg in absoluten Zahlen bei rund 800 Leistungspunkten lag. Einen wesentlich bedeutenderen Anstieg gab es bei der Leistung „Begleitende Lebenshilfe, aktives Zuhören“: Hier ist die Zahl der Leistungspunkte um 44 Prozent gestiegen. In absoluten Zahlen entspricht dies einem Anstieg von 142.038 Leistungspunkten im Jahr 2006 auf 204.003 Punkte im Jahr 2009. Mit einer Differenz von rund 62.000 Leistungspunkten war dies der höchste Anstieg in den Berichtsjahren.



#### 5.6 Leistungen nach einem Krankenhausaufenthalt

Vielfach werden Patienten aus dem Krankenhaus entlassen, die weiterhin eine pflegerische und/oder therapeutische Betreuung in größerem Umfang benötigen. Wie bereits bei den Patientendaten angeführt (siehe Kapitel „Gründe für den Einsatz“), benötigten zu Beginn der Pflege rund 25 Prozent der Patienten die Leistungen der Hauskrankenpflege nach einem Krankenhausaufenthalt.

Die Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt erfordert oft eine Mehrleistung der Pflegefachkräfte, da die Pflege innerhalb kurzer Zeit neu organisiert werden muss. Diese kurzfristige Gestaltung des Pflegeumfeldes erfordert einen hohen organisatorischen Aufwand, ebenso

müssen Patienten und Angehörige angelernt und eingeschult werden. Auch die Pflegeleistungen nach einem Krankenhausaufenthalt benötigen einen wesentlich höheren Zeitaufwand, als dies bei der Pflege ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt der Fall ist.

Um die Entlassung aus dem Krankenhaus bei Patienten mit ungesichertem Pflege- und Betreuungsaufwand gut zu organisieren, wurde im Jänner 2009 das Reformpoolprojekt „Entlassungs- und Übernahmemanagement bei komplexen Entlassungen“ gestartet. Bei diesem Projekt übernimmt die Hauskrankenpflege das Casemanagement bei Entlassungen aus dem Krankenhaus. Ende August 2009 waren alle Krankenhäuser in Vorarlberg, außer dem LKH Rankweil, an dem Projekt beteiligt.

Betrachtet man die Gesamtpunktzahl der erbrachten speziellen Pflegeleistungen unmittelbar (in einem Zeitraum von 14 Tagen) nach einem Krankenhausaufenthalt und vergleicht diese mit der im selben Zeitraum erbrachten Leistungen (Leistungspunkte) für Patienten, deren Pflegebeginn nicht unmittelbar auf einen Krankenhausaufenthalt folgte, so wird deutlich, dass

- die erbrachten Pflegeleistungen nach einem Krankenhausaufenthalt rund 1,5 Mal so hoch waren wie bei einer Pflege, die nicht unmittelbar auf einen Krankenhausaufenthalt folgte
- überdurchschnittlich viele Leistungspunkte für „Stoma-, Katheter- und Kanülenpflege“ sowie „Betreuung Schwerkranker bei Nacht“ entfielen
- nach einem Krankenhausaufenthalt auf die Leistung „Abklärung, Information und Vermittlung, Dokumentation“ rund 1600 mehr Leistungspunkte entfielen als bei einer Pflege, der kein Krankenhausaufenthalt vorausging
- die Differenz bei den Leistungen „ganzheitliche Körperpflege“, „Teilpflege und Prophylaxe“, „Anlernen, Beraten und Begleiten“ jeweils ähnlich hoch ist.

Abb. 32) Vergleich der speziellen Pflegeleistungen (Punkte) in den ersten 14 Tagen für Patienten mit und Patienten ohne Pflege unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt 2009 (absolut, Anteil von gesamt)

Spezielle Pflegeleistungen in Punkten	Patienten mit		Patienten ohne	
	Pflege unmittelbar nach KH-Aufenthalt			
ganzheitliche Körperpflege	3.920	63%	2.320	37%
Teilpflege, Prophylaxe	3.762	63%	2.180	37%
Patientenbeobachtung, Vitalzeichenkontrolle	2.392	58%	1.760	42%
Wundversorgung	3.340	60%	2.266	40%
Injektionen, Infusionen, Medikamentengabe	1.337	65%	710	35%
Katheter setzen, Einlauf	124	67%	60	33%
Stoma-, Katheter- und Kanülenpflege	768	86%	126	14%
physikalische Maßnahmen	3.026	64%	1.718	36%
Betreuung Schwerkranker bei Tag	990	62%	602	38%
Betreuung Schwerkranker bei Nacht	76	76%	24	24%
begleitende Lebenshilfe	4.986	54%	4.290	46%
Abklärung, Information und Vermittlung	6.467	57%	4.859	43%
Beraten, Anlernen und Begleiten	5.178	60%	3.412	40%
Pflegebehelfe, Transporte	1.536	60%	1.017	40%
<b>insgesamt</b>	<b>37.902</b>	<b>60%</b>	<b>25.344</b>	<b>40%</b>

## 5.7 Beratungen von Personen

Als weitere Leistung der Hauskrankenpflege wurde die Beratung von Personen erfasst, welche nicht Patienten der Hauskrankenpflege sind. Diese Personen wurden über das Leistungsangebot der Hauskrankenpflege telefonisch oder persönlich beraten. Die Beratung von Personen in diesem Sinn stellt im Vergleich zu den anderen erbrachten Leistungen mit rund 0,4 bis 0,5 Prozent der dokumentierten Leistungspunkte einen kleinen Bereich dar.

Der Anteil der telefonischen Beratungen war in den Berichtsjahren etwas höher (55 bis 59 Prozent) als der Anteil der persönlichen Beratungen (41 bis 45 Prozent). Insgesamt wurden in den Berichtsjahren durchschnittlich rund 34.000 Leistungspunkte pro Jahr erbracht. Im Vergleich zum Jahr 2006 sind die dokumentierten Leistungspunkte für Beratungen um ein Drittel (33,3 Prozent) gestiegen, dabei war bei den persönlichen Beratungen ein höherer Anstieg festzustellen (40,7 Prozent) als bei den telefonischen Beratungen (28,1 Prozent).

## 5.8 Patienten nach Versicherungsträgern

In der Dokumentation der für die Patienten erbrachten Leistungen werden die zuständigen Sozialversicherungsträger erfasst, um die Leistungen der Hauskrankenpflege für die Versicherungsanstalten sichtbar zu machen.

Die Zuordnung der Patienten nach den unterschiedlichen Versicherungsträgern kann der Abbildung 33 entnommen werden. Über 75 Prozent der Patienten waren bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse versichert. Die restlichen Versicherungsträger sind nach der Anzahl der jeweils versicherten Patienten in absteigender Reihenfolge aufgelistet.

Abb. 33) Patienten nach Sozialversicherungsträgern 2006 – 2009 (absolut, anteilig)

	2006		2007		2008		2009	
VGKK	5.597	77,0%	5.578	75,2%	5.702	76,5%	5.852	76,6%
SVA	428	5,9%	460	6,2%	426	5,7%	455	6,0%
Bauern	436	6,0%	449	6,1%	437	5,9%	456	5,9%
BVA	467	6,4%	490	6,6%	518	6,9%	520	6,8%
Eisenbahner	266	3,7%	295	4,0%	291	3,9%	272	3,6%
Privat	58	0,8%	54	0,7%	59	0,8%	53	0,7%
nicht versichert	0	0,0%	65	0,9%	11	0,1%	4	0,1%
Sonstige	16	0,2%	12	0,2%	13	0,2%	21	0,3%
unbekannt	0	0,0%	6	0,1%	1	0,0%	1	0,0%
<b>insgesamt</b>	<b>7.268</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.409</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.458</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.634</b>	<b>100,0%</b>

Anmerkung: Aufgrund der geringen Anzahl an Personen, die über die GKK eines anderen Bundeslandes versichert waren/sind, wurden diese aus Übersichtsgründen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse zugeordnet.

## 6 Finanzierung

Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner, Dr. DI Martin Geser, MCD

In der organisierten fachlichen Hauskrankenpflege stehen sich folgende Kosten- und Finanzierungsbereiche gegenüber:

Kostenbereiche:

- Aufwendungen der Krankenpflegevereine
- Aufwendungen der Landesorganisationen
  - Landesverband Hauskrankenpflege
  - connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH, Ambulanter Bereich

Finanzierung und Förderung:

- Eigenfinanzierung der Krankenpflegevereine
- Finanzierung und Förderung durch
  - Gemeinden
  - Land
  - Sozialversicherungsträger
  - Sach- und Dienstleistungen von Sozialversicherungsträgern sowie Gemeinden und anderen Förderern

Die nachfolgend dargestellten Kosten- und Finanzierungsbereiche sind exakt und vollständig was die Erfassung und Zuordnung des Geldtransfers betrifft. Unschärfen bestehen im Bereich der Sachleistungen. Es wurde versucht, Doppelerfassungen zu vermeiden.

Nicht oder nicht vollständig erfasst sind:

- Leistungen von Angehörigen, Nachbarn, Laien, Mobilien Hilfsdiensten etc., welche zum Teil durch das Pflegegeld abgegolten werden (nicht erfasst)
- Leistungen von ehrenamtlichen Vereinsfunktionären bzw. Nutzung von Ressourcen durch diese (nicht erfasst)
- Sachleistungen von Gemeinden, Spendern sowie Förderern (nicht vollständig erfasst)

### 6.1 Aufwendungen der Krankenpflegevereine

Ein Überblick über die Aufwendungen aller 66 Krankenpflegevereine Vorarlbergs wird dadurch möglich, dass deren Bilanzen durch den Landesverband Hauskrankenpflege zusammengefasst und ausgewertet werden. Die nachfolgend dargestellten Kennzahlen beziehen sich ausschließlich auf die Kerntätigkeit der Hauskrankenpflege. Andere angebotene Dienstleistungen (z.B. Mobile Hilfsdienste usw.) werden kostenmäßig abgegrenzt.

#### 6.1.1 Gesamtaufwendungen und Betriebsaufwendungen

Unter den *Gesamtaufwendungen* der Krankenpflegevereine sind folgende Positionen zu verstehen:

- Löhne und Gehälter samt Lohnnebenkosten
- Betriebs- und Verwaltungskosten
- KFZ-Instandhaltung etc.

- Investitionen: KFZ-Anschaffung
- Pflegebehelfe
- Büroeinrichtungen
- Neu- und Umbaukosten
- erforderliche Rücklagen (Abfertigungen, Sabbatical-Regelung)

Nicht enthalten in den Gesamtaufwendungen sind:

- Sachleistungen von Spendern
- Sachleistungen von Gemeinden (unentgeltlich zur Verfügung gestellte Räumlichkeiten bzw. Dienstleistungen)
- Sachleistungen von Sozialversicherungsträgern (Pflegermaterial, Dauerleihbehelfe)
- Serviceleistungen der Landesverbände, die durch den Sozialfonds finanziert werden

Diese Leistungen sind in Anbetracht der Gesamtaufwendungen zwar vergleichsweise gering, stellen in ihrer Gesamtheit jedoch trotzdem eine beachtenswerte Unterstützung der Hauskrankenpflege dar.

Unter den *Betriebsaufwendungen* der Krankenpflegevereine sind folgende Positionen zu verstehen:

- Löhne und Gehälter samt Lohnnebenkosten
- Betriebs- und Verwaltungskosten
- KFZ-Instandhaltung etc.

Die Betriebsaufwendungen in der angeführten Definition sind insofern von besonderer Bedeutung, als sie die Grundlage zur Ermittlung des von den Sozialversicherungsträgern „anerkannten und verrechneten Punktwertes“ (siehe Kapitel 6.1.3) darstellen.

Abb. 34) Gesamt- und Betriebsaufwendungen der Vorarlberger Krankenpflegevereine 2006 – 2009

	2006	2007	2008	2009
Gesamtaufwendungen	9.257.387 €	9.159.519 €	9.989.902 €	9.999.405 €
Betriebsaufwendungen	8.242.861 €	8.673.457 €	9.194.009 €	9.454.952 €

Auf die Betriebsaufwendungen der Krankenpflegevereine entfiel der Großteil der Gesamtaufwendungen, nämlich 89 bis 95 Prozent.

Grobstruktur der Gesamtaufwendungen

Die erfassten Gesamtaufwendungen der Krankenpflegevereine setzen sich zusammen aus:

- Personalaufwendungen (Löhne und Gehälter samt Lohnnebenkosten) sowie
- Sachaufwendungen, die sich aus allgemeinen Betriebskosten (KFZ, Miete, Pflegematerial usw.), Investitionen und Rücklagenbildungen ergeben.

Abb. 35) Gesamtaufwendungen der Krankenpflegevereine 2006 – 2009 nach Personal- und Sachaufwendungen (absolut, anteilig)

Aufwendungen	2006	2007	2008	2009
Personalaufwendungen	7.116.837 €	7.412.109 €	7.835.549 €	8.075.741 €
Sachaufwendungen	2.140.550 €	1.747.410 €	2.154.353 €	1.923.664 €
insgesamt	9.257.387 €	9.159.519 €	9.989.902 €	9.999.405 €
Personalaufwendungen	77%	81%	78%	81%
Sachaufwendungen	23%	19%	22%	19%
insgesamt	100%	100%	100%	100%

Wie bei einem Dienstleistungsanbieter nicht anders zu erwarten, stellen die Personalaufwendungen (77 bis 81 Prozent) den mit Abstand größten Ausgabenbereich dar. Für Sachaufwendungen wurden 19 bis 23 Prozent der Gesamtaufwendungen benötigt.

#### Entwicklung der Gesamtaufwendungen

Insgesamt stiegen die Gesamtaufwendungen der Krankenpflegevereine im Zeitraum 2006 bis 2009 um knapp über 8 Prozent. Im Vergleich zur Periode 2003 bis 2006 (17 Prozent) ist die Steigerung der Gesamtaufwendungen somit um mehr als die Hälfte niedriger.

Wird die Entwicklung der Gesamtaufwendungen mit jener der Personal- und Sachaufwendungen verglichen, so sind deutliche Differenzen festzustellen. Während sich die Personalkosten mit jährlich relativ konstanten Steigerungsraten von 3,1 bis 5,7 Prozent von 2006 bis 2009 um insgesamt 13,5 Prozent erhöhten, entwickelten sich die Sachaufwendungen im selben Zeitraum rückläufig (-10,1 Prozent). Da die Personalaufwendungen zwischen drei Viertel und vier Fünftel der Gesamtaufwendungen betragen, wirken sich Veränderungen in diesem Bereich jedoch vergleichsweise stark aus. Die Anzahl an Dienstposten in den Krankenpflegevereinen erhöhte sich im genannten Zeitraum um 13,6 Vollzeitäquivalente bzw. 9,8 Prozent.

Abb. 36) Gesamtaufwendungen der Krankenpflegevereine 2006 – 2009 nach Personal- und Sachaufwendungen (Veränderung zum Vorjahr)

Aufwendungen	2006	2007	2008	2009	2006 – 2009
Personalaufwendungen	104,5%	104,2%	105,7%	103,1%	113,5%
Sachaufwendungen	123,5%	81,6%	123,3%	89,3%	89,9%
insgesamt	108,3%	98,9%	109,1%	100,1%	108,0%

Für den Rückgang der Sachaufwendungen sind in erster Linie die Positionen „Büroeinrichtung“ sowie „Neu- und Umbaukosten“ verantwortlich. Besonders letztere unterliegen starken jährlichen Schwankungen. So betragen die diesbezüglichen Aufwendungen 2008 mit nahezu 450.000 Euro für alle 66 Krankenpflegevereine mehr als das 30-Fache gegenüber dem Vorjahr und um das 7-Fache mehr als im Folgejahr.

Zu den erfassten Sachkosten ist zu bemerken, dass Sachspenden bzw. Sachleistungen, wie bereits erwähnt, nicht bzw. nicht vollständig erfasst sind. In diesem Bereich gelingt es den

Krankenpflegevereinen, einen großen Anteil aus eigenem Engagement einzubringen. Das ist mit ein Grund, dass Betriebs- und Verwaltungskosten niedrig gehalten werden können.

Bei den Personalkosten hingegen sind die tatsächlichen Aufwendungen mit Ausnahme der ehrenamtlichen Tätigkeit vollständig erfasst. Betriebs- und Verwaltungskosten beliefen sich in den Jahren 2006 bis 2008 auf 8,7 bis 10,1 Prozent der Gesamtaufwendungen. Von 2008 auf 2009 waren die Betriebs- und Verwaltungskosten mit -2,7 Prozent sogar leicht rückläufig.

#### 6.1.2 Aufwendungen der landesweit agierenden Organisationen der Hauskrankenpflege

##### Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg

Die Aufwendungen des Landesverbandes Hauskrankenpflege sind aus Abbildung 37 ersichtlich. Seit dem Jahre 1991, als eine Geschäftsstelle für den Landesverband eingerichtet wurde, werden dessen Kosten auf der Grundlage der Richtlinien für die Förderung der Hauskrankenpflege im Wesentlichen aus Mitteln des Sozialfonds getragen.

Abb. 37) Jährliche Aufwendungen des Landesverbandes Hauskrankenpflege Vorarlberg und dessen finanzielle Förderungen aus Mitteln des Sozialfonds im Zeitraum 2006 – 2009

	Aufwendungen gesamt	Förderung Sozialfonds
2006	97.949 €	84.500 €
2007	136.447 €	86.900 €
2008	131.001 €	89.900 €
2009	109.423 €	93.700 €

##### connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege, Ambulanter Bereich

Für den Personal- und Sachaufwand in der connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege, Ambulanter Bereich wurden die aus der Abbildung 38 ersichtlichen Mittel aufgewendet und aus Mitteln des Sozialfonds gefördert.

Abb. 38) Aufwendungen für Personal- und Sachkosten in der connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege, Ambulanter Bereich und deren finanzielle Förderung aus Mitteln des Sozialfonds im Zeitraum 2006 – 2009

	Aufwendungen gesamt	Förderung Sozialfonds
2006	316.278 €	280.600 €
2007	311.129 €	287.100 €
2008	333.473 €	295.300 €
2009	342.404 €	315.850 €

Die Kosten im Dienstleistungsbereich connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege, Ambulanter Bereich wurden seit 1979 auf der Grundlage der Richtlinien für die Förderung der Hauskrankenpflege getragen.

### Gesamtaufwendungen der landesweit agierenden Organisationen der Hauskrankenpflege

Die Gesamtaufwendungen der beiden Landesorganisationen für Service- und Organisationsleistungen betragen zusammen:

2006	414.227 €
2007	447.576 €
2008	464.474 €
2009	451.827 €

Im Verhältnis zu den Gesamtaufwendungen der Krankenpflegevereine betragen jene der beiden landesweit für die Hauskrankenpflege tätigen Organisationen (Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg sowie connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege, Ambulanter Bereich) im Zeitraum 2006 – 2009 jährlich 4,5 bis 4,9 Prozent. In Relation zu den umfangreichen Dienstleistungen der Landesorganisationen (Beratung, Koordination, Service, Weiterbildung) sind dies relativ geringe Werte.

#### 6.1.3 Kostenanteil der Sozialversicherungsträger

Die Sicherstellung der medizinischen Hauskrankenpflege ist im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) § 151 – Medizinische Hauskrankenpflege verankert.

- 1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren.
- 2) Die medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 12 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997), die vom Krankenversicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des sechsten Teiles dieses Bundesgesetzes stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben.
- 3) Die Tätigkeit des Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfasst medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Zur medizinischen Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.
- 4) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihm Kostenersatz gemäß § 131.
- 5) Die medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Versicherungsfall für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt. Darüber hinaus wird sie nach Vorliegen einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger weitergewährt.
- 6) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt, wenn der (die) Anspruchsberechtigte in einer der im § 144 Abs. 4 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.

Der Landesverband Hauskrankenpflege hat mit den Sozialversicherungsträgern – federführend ist die Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK) – einen Vertrag abgeschlossen, um die Sicherstellung der medizinischen Hauskrankenpflege in Vorarlberg durch die Vorarlberger

Krankenpflegevereine zugunsten jener Personen, welchen bzw. für welche die Kasse zur Erbringung dieser Leistung jeweils verpflichtet ist, zu gewährleisten.

Die Berechnung der Kosten für die medizinische Hauskrankenpflege wird in einem eigens dafür entwickelten Abrechnungssystem durchgeführt. Die Abwicklung erfolgt über die VGKK und den Landesverband Hauskrankenpflege.

Dazu ist die Ermittlung eines Punktwertes für die Errechnung von Kosten im Einzelfall sowie zur Berechnung von Leistungen für die medizinische Hauskrankenpflege und in der Folge für die Abrechnung mit den Sozialversicherungsträgern wichtig.

Konkret erfolgt die Ermittlung des Kostenanteils der Sozialversicherungsträger für die medizinische Hauskrankenpflege nach folgendem Schema:

- 1) Das Jahresleistungsvolumen, also die Summe der in allen Krankenpflegevereinen pro Jahr geleisteten Pflegepunkte, wird durch die Anzahl der Patienten pro Jahr geteilt.
- 2) 50 Prozent dieses Wertes werden mit dem jeweils geltenden Punktwert (siehe unten) multipliziert – dies ergibt den „Pauschaltarif je Patient“.
- 3) Knapp 20 Prozent der Gesamtzahl der gepflegten Personen werden durch die Sozialversicherungsträger als medizinische Krankenpflege anerkannt und mit dem Pauschaltarif je Patient multipliziert. Der ermittelte Betrag stellt die Gesamtjahresvergütung der Sozialversicherungsträger für medizinische Hauskrankenpflege dar.

Zur Ermittlung des von den Sozialversicherungsträgern anerkannten und verrechneten Punktwertes wird die Pflegeleistung auf die Betriebsaufwendungen (siehe Kap. 6.1.1) bezogen.

Konkret erfolgt die Ermittlung des Punktwertes nach folgendem Schema:

- 1) Die Betriebsaufwendungen werden durch den Jahresdurchschnitt der Dienstposten geteilt – daraus ergibt sich die Summe der Betriebsaufwendungen pro Pflegefachkraft.
- 2) Das Jahresleistungsvolumen (in Pflegepunkten) wird durch den Jahresdurchschnitt der Dienstposten geteilt – daraus ergibt sich die Summe der Leistungen pro Pflegefachkraft.
- 3) Die Summe der Betriebsaufwendungen je Pflegefachkraft wird durch die Summe der Leistungen je Pflegefachkraft geteilt – dies ergibt den jeweiligen Punktwert.

Abb. 39) Punktwerte in Euro je Leistungspunkt für verschiedene Arten von Aufwendungen der Hauskrankenpflegevereine für die Jahre 2006 – 2009

	bezogen auf die Gesamtaufwendungen	bezogen auf die Betriebsaufwendungen	anerkannter/verrechneter Punktwert
2006	2,82 €	2,51 €	2,49 €
2007	2,66 €	2,52 €	2,52 €
2008	2,95 €	2,71 €	2,71 €
2009	2,98 €	2,81 €	2,81 €

Bei den ausgewiesenen Punktwerten handelt es sich um Nachkalkulationen der Ergebnisse der vorangegangenen Jahre aus den jeweiligen Jahresergebnissen. Die verrechneten Punktwerte werden von den Sozialversicherungsträgern jährlich auf Basis der Nachkalkulation des jeweils vergangenen Jahres anerkannt. Die Leistungsentgelte werden vierteljährlich angewiesen. Die Endabrechnung erfolgt im Folgejahr.

Abb. 40) Grad der Teilkostendeckung aufgrund des anerkannten und verrechneten Punktwertes im Zeitraum 2006 – 2009

	bezogen auf die Gesamtaufwendungen	bezogen auf die Betriebsaufwendungen
2006	88,2%	99,1%
2007	94,7%	100,0%
2008	92,0%	100,0%
2009	94,4%	100,0%

Die Teilkostendeckung aufgrund des von den Sozialversicherungsträgern anerkannten und verrechneten Punktwertes war für die Jahre 2007 bis 2009 gegeben.

#### 6.1.4 Zusammenfassung – Finanzielle Aufwendungen für die Hauskrankenpflege in Vorarlberg

Der finanzielle Gesamtaufwand für die Hauskrankenpflege setzt sich aus den in der Abbildung 41 angeführten Kostenbereichen zusammen. Es zeigt sich, dass bei den Krankenpflegevereinen im Zeitraum 2006 bis 2009 jeweils 95 Prozent und bei den landesweit für die Hauskrankenpflege tätigen Organisationen zwischen 4,3 und 4,8 Prozent der Gesamtaufwendungen für die Hauskrankenpflege in Vorarlberg anfallen. Damit zeigt sich die Relation der wichtigsten Kostenbereiche im Betrachtungszeitraum stabil.

Abb. 41) Gesamtaufwendungen für die Hauskrankenpflege in Vorarlberg 2006 – 2009 nach Kostenbereichen

Kostenbereiche	2006	2007	2008	2009
Gesamtaufwendungen der Krankenpflegevereine	9.257.387 €	9.159.519 €	9.989.902 €	9.999.405 €
Aufwendungen der landesweit tätigen Organisationen	414.227 €	447.576 €	464.474 €	451.827 €
Sachleistungen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse	63.747 €	59.774 €	50.658 €	52.887 €
<b>insgesamt</b>	<b>9.735.361 €</b>	<b>9.666.869 €</b>	<b>10.505.034 €</b>	<b>10.504.119 €</b>

Die Gesamtaufwendungen für die Hauskrankenpflege in Vorarlberg waren von 2006 auf 2007 leicht rückläufig. Dagegen stiegen diese 2008 um 8,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr, um 2009 auf annähernd demselben Niveau zu verbleiben.

Es ist darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Bericht darauf verzichtet wird, nicht verrechnete Sachkosten bzw. Dienstleistungen, wie sie vor allem durch Gemeinden erbracht werden, in Geldbeträgen auszudrücken. Der Grund dafür ist, dass die Schätzung von Durchschnittswerten die beachtliche Spannweite der jeweils gegebenen Realität nicht angemessen wiedergeben kann.

Die Gesamtaufwendungen berücksichtigen nicht die ehrenamtlich geleisteten Tätigkeiten zur Führung des „Unternehmens“ Krankenpflegeverein. Hier werden 600 Funktionärsstunden in jedem der 66 Krankenpflegevereine angenommen. Abhängig vom angewendeten Stundensatz ergibt sich ein Schätzwert von 900.000 bis 1.000.000 Euro (bei 22,70 bzw. 25,20 Euro/Stunde) für die in den Krankenpflegevereinen ehrenamtlich erbrachten Leistungen.

## 6.2 Finanzierung der Hauskrankenpflege

### 6.2.1 Eigenleistungen der Krankenpflegevereine

Während sich die Gesamtaufwendungen der Krankenpflegevereine in den Jahren 2007 bis 2009 um 9 Prozent erhöhten, gelang ebenso eine Erhöhung der Eigenmittelaufbringung in nahezu derselben Relation (8 Prozent).

Abb. 42) Eigenmittelaufbringung der Krankenpflegevereine 2007 – 2009 (absolut, Veränderung 2007 – 2009 absolut und in Prozent)

Eigenmittelaufbringung	2007	2008	2009	2007 – 2009	
Mitgliedsbeiträge	1.509.783 €	1.559.535 €	1.620.216 €	110.433 €	107%
Spenden	1.170.044 €	1.065.810 €	1.048.799 €	-121.245 €	90%
Freiwilliger Pflegebeitrag		570.837 €	653.122 €	653.122 €	-
Vereinsaktivitäten und andere Einnahmen	1.240.504 €	910.934 €	904.521 €	-335.983 €	73%
<b>insgesamt</b>	<b>3.920.331 €</b>	<b>4.107.116 €</b>	<b>4.226.658 €</b>	<b>306.327 €</b>	<b>108%</b>

Eine wesentliche Kennzahl für die Krankenpflegevereine stellt der Eigenfinanzierungsanteil dar. Darunter ist der Anteil der Eigenmittelaufbringung an den jährlichen Gesamtaufwendungen zu verstehen. Für den Betrachtungszeitraum beträgt der Eigenfinanzierungsanteil für die Gesamtheit der 66 Krankenpflegevereine in Vorarlberg:

2007	42,8 %
2008	41,1 %
2009	42,3 %

Im Vergleich zu anderen Regionen bzw. zu anderen Organisationsformen der Hauskrankenpflege ist der Eigenfinanzierungsanteil der Krankenpflegevereine relativ hoch. Zu einem nicht unwesentlichen Anteil ist dies auf die hohe Reputation der Hauskrankenpflege in der Bevölkerung zurückzuführen, welche sich in einer entsprechenden Spendefreudigkeit auswirkt.

Die stark zunehmende Zahl von alten und pflegebedürftigen Menschen hat auch für die Krankenpflegevereine steigende Kosten zur Folge. Frühe Krankenhausentlassungen, arbeitsintensivere Pflegesituationen sowie die umfangreicher werdenden Organisationsaufgaben für eine gute Qualität der Pflege führen zu einem höheren Aufwand in der Hauskrankenpflege. Zudem sind die Spenden großen Schwankungen unterworfen und haben insgesamt eine rückläufige Tendenz. Viele Krankenpflegevereine sind deshalb darauf angewiesen, von den Patienten einen Anteil des Pflegegeldes als regelmäßigen freiwilligen Pflegebeitrag zu bekommen.

Nach umfangreichen Diskussionen um eine Form der Beteiligung der Leistungsbezieher über den Mitgliedsbeitrag hinaus, haben in den letzten Jahren, vor allem aber seit dem Jahr 2008, 30 der insgesamt 66 Krankenpflegevereine in Vorarlberg einen freiwilligen Pflegebeitrag eingeführt.

Zur Berechnung dieses freiwilligen Pflegebeitrages stellt der Landesverband Hauskrankenpflege ein EDV-Programm zur Verfügung. Damit kann mittels verschiedener Parameter wie z.B. Zeitraum der Abrechnung, erbrachte Pflegeleistung in Leistungspunkten, Geldwert pro Leistungspunkt, Rabattstaffelung bei schon lange dauernder Mitgliedschaft, usw. der freiwillige Pflegebeitrag individuell berechnet werden. Diese Form der Mittelaufbringung trägt wesentlich zur Steigerung der Eigenmittelaufbringung der Krankenpflegevereine bei (siehe Abbildung 42).

### 6.2.2 Leistungen der Sozialversicherungsträger

Durch die Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) 1991 wurde die medizinische Hauskrankenpflege zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen. Diese gesetzliche Pflichtleistung mündete im Vertrag des Landesverbandes Hauskrankenpflege Vorarlberg mit den Krankenversicherungsträgern ab 01.01.1992.

Darüber hinaus wurden früher erbrachte freiwillige Leistungen fortgesetzt und zum Teil ausgebaut. Diese Geldleistungen sind in den Vereinsbilanzen erfasst.

Abb. 43) Geldleistungen der Sozialversicherungsträger für medizinische Hauskrankenpflege 2006 – 2009

Sozialversicherungsträger	2006	2007	2008	2009
Vorarlberger GKK	965.043 €	957.120 €	989.506 €	1.034.220 €
SVA der gewerblichen Wirtschaft	68.283 €	58.710 €	69.690 €	74.577 €
VA der öffentlich Bediensteten	64.289 €	68.062 €	77.555 €	66.426 €
SVA der Bauern	32.548 €	27.856 €	38.440 €	34.661 €
VA d. österr. Eisenbahnen	46.210 €	51.617 €	54.972 €	51.302 €
<b>insgesamt</b>	<b>1.176.373 €</b>	<b>1.163.365 €</b>	<b>1.230.163 €</b>	<b>1.261.186 €</b>

In den Jahren 2006 bis 2009 sind die finanziellen Leistungen der Sozialversicherungsträger jährlich um 2,5 bis 5,7 Prozent gestiegen. Lediglich 2007 gab es einen leichten Rückgang (-1,1 Prozent) gegenüber 2006.

Neben Pflichtleistungen und Förderungsbeiträgen werden von den Sozialversicherungsträgern auch Sachleistungen für die Krankenpflegevereine (bzw. für Patienten) zur Verfügung gestellt. Von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse wurden diese Sachleistungen (netto ohne USt.) mit folgenden Beträgen beziffert:

2006	63.747 €
2007	59.774 €
2008	50.658 €
2009	52.887 €

Im Zeitraum 2006 bis 2009 sind die Sachleistungen an Heilbehelfen um 17 Prozent gesunken. Die Gründe liegen einerseits darin, dass Heilbehelfe in zunehmendem Maß nicht von der Gebietskrankenkasse ausgeliehen, sondern gekauft werden. Dies gilt sowohl für Privatpersonen als auch für Krankenpflegevereine, welche Heilbehelfe (bis hin zum Pflegebett) dann an ihre Mitglieder verleihen.

### 6.2.3 Leistungen der Gemeinden und des Landes

Zur Darstellung der finanziellen Förderung der Hauskrankenpflege durch Land und Gemeinden in Vorarlberg

Bis zum Jahr 2007 erfolgte die finanzielle Förderung der Hauskrankenpflege in Vorarlberg aus folgenden Förderungstöpfen:

- unmittelbare finanzielle Förderung der Krankenpflegevereine durch die betreffenden Gemeinden
- Strukturmittel für den Ausbau der Hauskrankenpflege
- Förderungen im Rahmen des Sozialfonds

Ab dem Jahr 2008 wurden die Förderungstöpfe „Strukturmittel“ und „Sozialfonds“ zusammengeführt. Als Konsequenz daraus ergibt sich eine andere Form der Darstellung der Förderungsflüsse als dies im Bericht „Unterstützung der Pflege zu Hause – Bericht über die Jahre 2004, 2005, 2006“ der Fall ist.

Da eine direkte Vergleichbarkeit der Daten aus der Periode 2007 bis 2009 mit jenen früherer Jahre nicht gegeben ist bzw. zu Fehlschlüssen führen kann, wird auf eine Darstellung der Daten für das Jahr 2006 verzichtet.

#### Förderungen durch den Sozialfonds

Der überwiegende Teil der finanziellen Unterstützung der Hauskrankenpflege aus öffentlichen Mitteln, nämlich 61 bis 63 Prozent in den Jahren 2007 bis 2009, erfolgte über den Sozialfonds. Dieser wird von Land und Gemeinden im Verhältnis von 60:40 gespeist und durch das Land verwaltet.

Abb. 44) Leistungen aus dem Sozialfonds im Zeitraum 2007 – 2009

	2007	2008	2009	2007 – 2009
Sonderförderung für Vereine	183.014 €	94.063 €	153.776 €	84%
Förderung Fortbildung Personal	15.000 €	15.000 €	15.000 €	100%
Förderung der beiden Landesorganisationen	374.000 €	385.200 €	409.550 €	110%
Förderung für Krankenpflegevereine – Sozialfonds	3.214.209 €	3.735.478 €	3.883.075 €	121%
<b>insgesamt Sozialfonds</b>	<b>3.786.223 €</b>	<b>4.229.741 €</b>	<b>4.461.401 €</b>	<b>118%</b>

Die Fördermittel aus dem Sozialfonds stiegen im Zeitraum 2007 bis 2009 um 18 Prozent. Tendenziell verlagert sich diese Förderkategorie mit einem wachsenden Anteil (21 Prozent) auf die direkte Unterstützung der Krankenpflegevereine aus dem Sozialfonds. Einen mit 10 Prozent wachsenden Bereich stellt im selben Zeitraum auch die Förderung der landesweit tätigen Organisationen dar.

#### 6.2.4 Leistungen der Gemeinden

Die Leistungen der Gemeinden für die Hauskrankenpflege setzen sich zusammen aus direkten sowie indirekten finanziellen Förderungen sowie Sach- und Dienstleistungen. Direkte Förderungen werden von den Gemeinden unmittelbar an die einzelnen lokalen oder regionalen Krankenpflegevereine erteilt und als solche in den jeweiligen Bilanzen verzeichnet. Der Begriff der indirekten Förderung bezieht sich auf den Gemeindeanteil (40 Prozent) am Sozialfonds.

Abb. 45) Finanzielle Leistungen der Gemeinden für die Hauskrankenpflege 2007 – 2009

Leistungen der Gemeinden	2007	2008	2009
direkte Leistungen an lokale Krankenpflegevereine	985.654 €	941.696 €	964.965 €
indirekte Leistungen über den Gemeindeanteil am Sozialfonds	1.514.489 €	1.691.896 €	1.784.560 €
<b>insgesamt</b>	<b>2.500.143 €</b>	<b>2.633.592 €</b>	<b>2.749.525 €</b>

Die gesamten finanziellen Leistungen der Gemeinden für die Hauskrankenpflege erhöhten sich im Zeitraum 2007 bis 2009 um 10 Prozent. Grund dafür war die Steigerung der indirekten Beteiligung der Gemeinden an den Mitteln des Sozialfonds um 18 Prozent. Dagegen entwickelten sich die direkten Leistungen im selben Zeitraum tendenziell rückläufig (-2,1 Prozent). Dem entsprechend sank auch der Anteil der direkten Gemeindeförderungen an der Summe aller Beiträge öffentlicher Träger von 18 bis 20 Prozent im Zeitraum 2003 – 2006 leicht auf 15 bis 18 Prozent in den Jahren 2007 bis 2009. Der Anteil indirekter Gemeindeförderung an der Summe aller öffentlichen Träger bewegte sich im Zeitraum 2007 bis 2009 zwischen 27 und 28 Prozent.

Nicht unerwähnt sollen jene Leistungen der Gemeinden bleiben, welche in Form von nicht verrechneten Raummieten bzw. anderen Leistungen (z.B. Mitbenützung von Infrastruktur, Lohnabrechnung usw.) erbracht werden. Da jedoch aufgrund fehlender Detailerhebungen nur ein Schätzwert für den Durchschnitt dieser Leistungen möglich ist, wird auf den geldwerten Ausdruck verzichtet.

#### 6.2.5 Leistungen des Landes

Die Förderung der Hauskrankenpflege durch das Land Vorarlberg erfolgt im Rahmen des Landesanteiles (von 60 Prozent) am Sozialfonds.

Abb. 46) Förderungen des Landes für die Hauskrankenpflege 2007 – 2009

	2007	2008	2009
Leistungen über den Landesanteil am Sozialfonds	2.271.734 €	2.537.844 €	2.676.840 €

#### 6.2.6 Zusammenfassung – Finanzierung der Krankenpflegevereine

Die Aufwendungen für die Krankenpflegevereine werden aus verschiedenen Quellen finanziert. Der Schwerpunkt der Betrachtung liegt auf den Bereichen

- Eigenleistung durch die Krankenpflegevereine (siehe Kapitel 6.2.1) und
- Beiträge öffentlicher Träger.

Der Anteil der Eigenmittelaufbringung an den Gesamtaufwendungen der Krankenpflegevereine beträgt im Zeitraum 2007 – 2009 zwischen 41,1 und 42,3 Prozent. Knapp die Hälfte der Krankenpflegevereine hat in den Jahren 2008 bzw. 2009 die Möglichkeit des freiwilligen Pflegebeitrages umgesetzt, aus welchem 2009 bereits 15 Prozent aller selbst erwirtschafteten Mittel stammten.

Die öffentlichen Träger leisteten 2007 – 2009 einen Beitrag zwischen 61 und 63 Prozent an den für die Hauskrankenpflege in Vorarlberg anfallenden finanziellen Aufwendungen. Dass der Anteil der Eigenmittelaufbringung und der Beitrag der öffentlichen Träger in Summe 100 Prozent übersteigt liegt in der Tatsache begründet, dass sich die Rücklagen der Krankenpflegevereine im Betrachtungszeitraum jährlich erhöht haben.

Die Relation der einzelnen öffentlichen Träger an den insgesamt für die Hauskrankenpflege aufgewendeten Mitteln ist aus der Tabelle 47 zu ersehen und hat sich im Betrachtungszeitraum nur geringfügig verändert.

Abb. 47) Anteile der öffentlichen Träger an den gesamten öffentlichen Mitteln 2009

	2009
Gemeinden	41%
Land	38%
Sozialversicherungsträger	21%



## 7 Zusammenfassung

Prof. (FH) Mag. Erika Geser-Engleitner

Die Hauskrankenpflege ist ein wichtiger Bestandteil im „Vorarlberger Pflegenetz“. Sie bildet als ambulanter/mobiler Pflegedienst neben der (haus-)ärztlichen Betreuung eine Grundvoraussetzung für die Sicherung der Pflege zu Hause.

Die Hauskrankenpflege ist in Vorarlberg flächendeckend ausgebaut und steht damit der gesamten Landesbevölkerung zur Verfügung. Sie ist im Nahraum organisiert und wird von 66 eigenständigen und gemeinnützigen Krankenpflegevereinen angeboten, deren insgesamt rund 528 Vereinsfunktionäre und -funktionärinnen ehrenamtlich tätig sind. Rund 60.000 Familien, das sind ca. 40 Prozent der Vorarlberger Haushalte, sind Mitglied der Krankenpflegevereine.

Die bereits hohe Versorgungsdichte der Hauskrankenpflege wurde in den letzten drei Jahren noch verbessert. In 66 Krankenpflegevereinen waren im Jahr 2009 296 Pflegefachkräfte tätig, deren Beschäftigungsausmaß umgerechnet 152,4 vollen Dienstposten (Vollzeitäquivalenten) entspricht. Mit 2.433 Einwohnern pro Pflegefachkraft im Jahr 2009 weist Vorarlberg eine hohe Versorgungsdichte auf. Diese ist auch notwendig, um die sozialpolitische Maxime „ambulant vor stationär“ umzusetzen und eine Pflege zu Hause so lange wie möglich zu sichern.

Zur Optimierung der Versorgung zu Hause arbeiten die Pflegefachkräfte mit anderen organisierten Diensten, vor allem dem Mobilien Hilfsdienst, dem Betreuungspool, dem Familienhilfe-Fachdienst, der organisierten Nachbarschaftshilfe, dem Mahlzeitendienst „Essen auf Rädern“ und der Hospizbewegung sowie diversen Therapeuten – im Sinne des Vorarlberger Pflegenetzes – zusammen und vermitteln deren Dienstleistungen.

7.634 Patienten wurden im Jahr 2009 von den Pflegefachkräften der Hauskrankenpflege zu Hause gepflegt. Dies entspricht in etwa 12 Prozent der Mitgliedschaften und bedeutet, dass 88 Prozent der Mitgliedschaften beim Krankenpflegeverein aus solidarischen Gründen bestehen.

Der Großteil (67 Prozent) der Patienten waren Frauen. Rund 94 Prozent der Patienten waren 60 oder mehr Jahre alt, fast 60 Prozent waren 80 oder mehr Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 79 Jahren.

Die „Hauskrankenpflegequote“ (Patienten im Verhältnis zur Wohnbevölkerung) steigt mit zunehmendem Alter sprunghaft an. Werden bei den 75- bis 79-jährigen Personen rund 10 Prozent betreut, so steigt dieser Anteil auf ca. 20 Prozent bei der Gruppe der 80- bis 84-jährigen, auf etwa ein Drittel bei den 85- bis 89-jährigen Personen und auf über 53 Prozent bei den über 90-jährigen Personen.

Die überwiegende Mehrheit der Patienten war verheiratet oder verwitwet (jeweils rund 40 Prozent), rund 13 bis 14 Prozent waren ledig und nur wenige waren geschieden (rund 5 Prozent). Dementsprechend lebten rund 40 Prozent der Patienten zusammen mit ihrem/r Partner/ Partnerin. 18 Prozent lebten bei bzw. mit ihren Kindern und ein Drittel lebte allein zu Hause.

Die Hälfte der Patienten (51 Prozent) wurde von ihren Kindern oder Schwiegerkindern betreut, 31 Prozent vom Gatten/Partner bzw. von der Gattin/Partnerin. Keine gesicherte Betreuung hatten etwa 6 Prozent der Patienten. Über eine pflegerechte Wohnsituation verfügten 36 Prozent der Patienten, über eine zumindest teilweise pflegerechte Wohnsituation 51 Prozent.

Als Einsatzgründe für die Hauskrankenpflege wurde am häufigsten (jeweils 40 Prozent) „allgemeine Pflegebedürftigkeit“ und „auf Anordnung des Arztes“ genannt. „Anleitung für Angehörige/Pflegepersonen“ (32 Prozent), „Anleitung/Beratung der Patienten“ (28 Prozent) und „chronische Krankheit“ und „Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt“ (mit jeweils 25 Prozent) waren weitere häufige Einsatzgründe.

Die durchschnittliche Pflegedauer durch die Hauskrankenpflege betrug bei Männern 3,6 Jahre und bei Frauen 4,4 Jahre. Für 31 Prozent der 2009 betreuten Patienten hatte die Betreuung bereits vor sechs und mehr Jahren begonnen.

Die Pflege durch die Hauskrankenpflege endete zu fast 80 Prozent dann, wenn der Patient zu Hause (49 Prozent) oder im Krankenhaus (30 Prozent) verstorben ist. Umzug in ein Pflegeheim (11 Prozent) und „nicht mehr notwendig/gewünscht“ (8 Prozent) wurden vergleichsweise selten genannt.

Die umfangreichen Pflegeleistungen der Krankenpflegevereine zeigen sich in den beachtlichen Landessummen. Die Pflegefachkräfte hatten 2009 rund 367.000 Patientenkontakte und erbrachten dabei über 1.487.000 spezielle Pflegeleistungen.

In den letzten vier Jahren (2006 – 2009) erhöhten sich die speziellen Pflegeleistungen „Betreuung Schwerkranker bei Nacht“ (+50 Prozent) und „Begleitende Lebenshilfe“ (+44 Prozent) überdurchschnittlich. Nennenswert zurück gingen die Leistungen „Beraten, Anlernen, Begleiten“ (-16 Prozent) und „Wundversorgung“ (-15 Prozent).

Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, erfordern oft eine Mehrleistung der Pflegefachkräfte, die innerhalb kurzer Zeit neu organisiert werden muss. Diese kurzfristige Gestaltung des Pflegeumfeldes erfordert einen hohen organisatorischen Aufwand, ebenso müssen Patienten und Angehörige angeleitet und eingeschult werden. Auch die Pflegeleistungen nach einem Krankenhausaufenthalt benötigen einen wesentlich höheren Zeitaufwand, als dies bei der Pflege ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt der Fall ist.

Im Jahr 2009 betrugen die erfassten Gesamtaufwendungen der 66 Krankenpflegevereine 9.999.405 Euro. Etwa 42 Prozent der Gesamtaufwendungen wurden von den Vereinen selbst aufgebracht – durch Mitgliedsbeiträge, Spenden und die freiwilligen Pflegebeiträge. Die weitere Finanzierung erfolgte über Beiträge der Gemeinden, des Landes und der Sozialversicherungsträger.

## VIII Mobile KinderKrankenPflege

Sabine Österreicher



### 1 Einleitung

Seit 2003 unterstützt und begleitet die Mobile KinderKrankenPflege schwer kranke Kinder in ihrem vertrauten Zuhause. Träger der Mobilen KinderKrankenPflege ist die connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege. Die Mobile KinderKrankenPflege ist innerhalb der connexia dem Bereich Betreuung und Pflege zugeordnet. Es ist uns immer wieder wichtig zu bedenken, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind. Sie haben andere Erkrankungen und Bedürfnisse. Zu den Kindern gehört auch immer wieder ein enges familiäres Umfeld. Der Einbezug der Eltern in die Pflege ihrer Kinder, inklusive deren Schulung und Beratung, ist ein wichtiger Eckpfeiler unserer spezialisierten Arbeit. Maßstab der Betreuung ist die individuelle Lebenssituation des Kindes, dies kann einerseits eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes oder auch die Begleitung bei einem friedvollen Abschied bedeuten.

Die Mobile KinderKrankenPflege trägt dazu bei, die sozialen Kompetenzen und die Selbstständigkeit der schwer und chronisch kranken Kinder zu fördern und ihnen dadurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

### 2 Mobile KinderKrankenPflege auf einen Blick

#### Ziele der Mobilen KinderKrankenPflege

- Sicherstellung einer häuslichen Fachkrankenpflege für Kinder und Jugendliche
- Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Kinder und Familien
- Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten
- Flächendeckendes Angebot der Mobilen KinderKrankenPflege aus einer Hand
- Reibungsloser Übergang von der Spitalspflege in die häusliche Pflege

### Zielgruppe

Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit Bedarf an spitalsexterner Pflege aus allen medizinischen Fachbereichen

### Zusammenarbeit

Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den pädiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser, den niedergelassenen Kinderärzten, Pflegepersonen, Therapeuten, der Familienhilfe, dem Kinderhospiz und Institutionen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich.

### Finanzierung

Die Mobile KinderKrankenPflege wird vom Landesgesundheitsfonds Vorarlberg finanziert. Die Finanzierung ist bis 31. Dezember 2011 gesichert. Für die Familien entstehen außer dem jährlichen Mitgliedsbeitrag beim örtlichen Krankenpflegeverein keine weiteren Kosten.

### Fachpersonal

Die Einsätze erfolgen durch ein Team von diplomierten Kinderkrankenschwestern mit langjähriger Erfahrung in der Kinderkrankenpflege.

### Einzugsgebiet

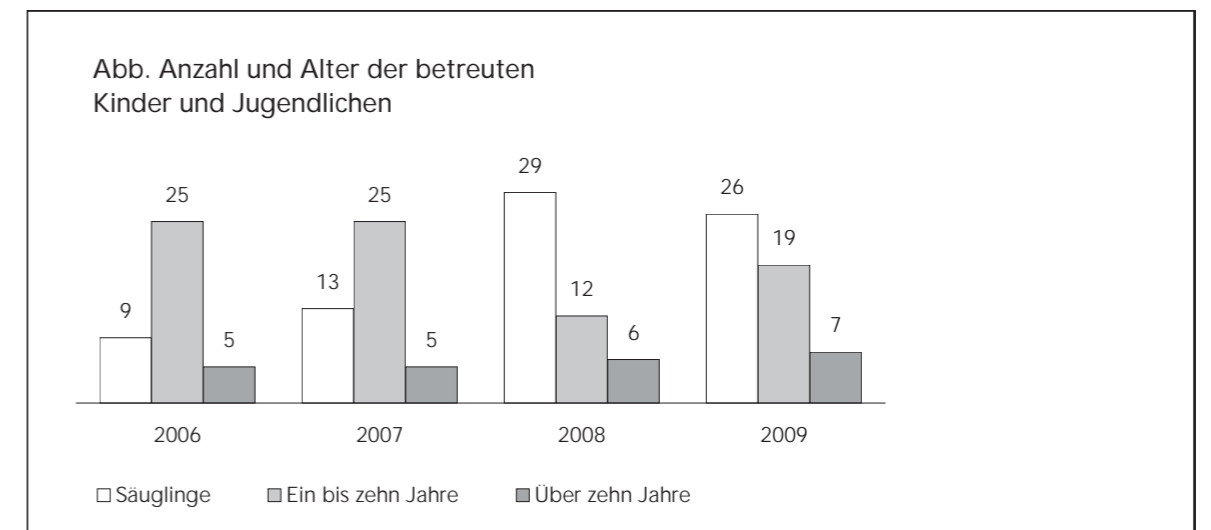
Flächendeckend in Vorarlberg

## 3 Die Patienten der Mobilen KinderKrankenPflege

Im Rahmen der Vorerhebung zum Projekt Mobile KinderKrankenPflege ergab sich ein geschätzter Bedarf von 45 bis 60 Kindern pro Jahr. Die Zahlen der Jahre 2007 bis 2009 zeigen die Annäherung an diese Schätzung durch die vermehrte Inanspruchnahme seitens der Krankenhäuser und der niedergelassenen Pädiater in Vorarlberg.

Abb. Anzahl der betreuten Kinder und Jugendlichen

	2006	2007	2008	2009
Patienten	39	43	47	52



Die Erkrankungen der Kinder können in folgenden Überbegriffen gesammelt werden (Mehrfachnennungen möglich):

Jahr	2006	2007	2008	2009
Onkologische Erkrankungen	9	7	3	4
Stoffwechselerkrankungen	6	4	6	6
Frühgeborene	2	8	11	10
andere chronische Erkrankungen	10	3	7	6
Herzerkrankungen	3	4	6	8
Genetische Erkrankungen	9	11	13	13
Sonstige		9	8	8

## 4 Leistungen

Entwicklung | Anzahl der Patienten und der Dienstposten\*

2006	39 Kinder	1,48 Dienstposten	(2.181,0 Leistungsstunden)
2007	43 Kinder	1,71 Dienstposten	(2.514,5 Leistungsstunden)
2008	47 Kinder	2,00 Dienstposten	(2.942,0 Leistungsstunden)
2009	52 Kinder	2,08 Dienstposten	(2.871,0 Leistungsstunden)

\* Anzahl der Dienstposten ohne Leitung, Verwaltung und Datenverarbeitung

## 5 Arten der Versorgung

Grundsätzlich beobachten wir zwei verschiedene Arten von Versorgung:

- Pflege, bei der die Intensität kontinuierlich abnimmt (Rückzugspflege)
- Dauerhafte und medizinisch-pflegerisch zeitintensive Pflege

„Rückzugspflege“ betrifft alle Kinder und Jugendlichen, bei denen sich die Mobile KinderKrankenPflege allmählich aus der Betreuung zurückzieht. Dies wird durch die zunehmende Pflegekompetenz der Eltern und durch die Stabilisierung des Kindes ermöglicht. Die Eltern werden bei der Rückzugspflege durch die Kinderkrankenschwester angeleitet, so dass sie schließlich ihr Kind eigenständig pflegen können. Die Dauer und Häufigkeit der Hausbesuche richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der Familie und des Kindes und in Absprache mit dem behandelnden Arzt.

Dauerhafte zeitintensive Pflege betrifft Kinder und Jugendliche, bei denen aufgrund des hohen medizinischen Aufwandes ein Rückzug der Mobilen KinderKrankenPflege zeitlich nicht absehbar ist.

## 6 Dokumentation

Bis 2006 wurde das bestehende Dokumentationssystem der Erwachsenen-Hauskrankenpflege verwendet. Seit 2007 verwenden wir eine auf die in der Mobilen KinderKrankenPflege spezialisierten Tätigkeiten angepasste Dokumentation.

Patientenbeobachtung (Monitoring), die Verabreichung von Medikamenten, Sauerstoff, die Gabe von Infusionen, Kanülenpflege, Wundbehandlung, spezielle Sondenpflege bzw. Ess- und Schlucktraining sind die häufigsten Pflegemaßnahmen der Mobilen KinderKrankenPflege.

Neben der direkten Übernahme dieser Tätigkeiten durch die Fachkräfte stellen das Befähigen der Hauptbezugspersonen sowie deren kontinuierliche Begleitung einen weiteren Arbeitsschwerpunkt dar.

Der engmaschige Austausch mit den behandelnden Ärzten, Krankenkassen sowie interdisziplinäre Fallbesprechungen ermöglichen erst eine häusliche Pflege dieser schwer kranken Kinder und Jugendlichen. Dies erklärt den hohen Anteil bei der Leistung „Abklären, Information, Vermittlung, Dokumentation“.

## 7 Finanzierung

Waren 2007 unsere Bemühungen noch darauf ausgerichtet, die Mobile KinderKrankenPflege bedarfsorientiert aufzubauen und finanziell auf eine sichere Basis zu stellen, stehen seit Ende 2008 – mit der Zusage einer längerfristigen Finanzierung – die landesweite Leistungserbringung und zukunftsorientierte, qualitative Weiterentwicklung im Vordergrund.

## 8 Ausblick

Die Mobile KinderKrankenPflege hat sich in den letzten Jahren in Vorarlberg etabliert und wird von den Pädiatern, den Eltern und unseren Partnern im sozialen Netz gerne in Anspruch genommen.

## Anhang

### Inhaltsverzeichnis zum Anhang

#### Ergänzende Tabellen zum Bericht

Tab. 1	Übersicht Mobile Hilfsdienste 2009 (Beitrittsjahr/Gründungsjahr, Träger, betreute Gemeinden, Einwohner, Einsatzstunden, betreute Klienten, HelferInnen im Einsatz) .....	120
Tab. 2	Daten zu den Krankenpflegevereinen 2006 – 2009 .....	122
Tab. 3	Daten zu den Pflegefachkräften 2006 – 2009 .....	123
Tab. 4	Übersicht: Krankenpflegevereine 2009 (Mitgliederzahlen, Fachkräfte/Dienstposten, betreute Gemeinden, Mitgliederquote) .....	124
Tab. 5	Personenmerkmale der Patienten 2006 – 2009: Alter nach Altersgruppen und Geschlecht .....	126
Tab. 6	Anzahl der Pflegeleistungen der Hauskrankenpflege 2006 – 2009 (absolut, anteilig) .....	127
Tab. 7	Pflegeleistungen der Hauskrankenpflege in Punkten 2006 – 2009 (absolut, anteilig) .....	128

#### Förderungsrichtlinien

Richtlinie des Sozialfonds zur Förderung der Mobilien Hilfsdienste .....	129
Richtlinie des Sozialfonds zur Förderung der Hauskrankenpflege   Version 1.1. ....	137

Entwicklung der Berichte .....	148
--------------------------------	-----



Tabelle 1. Übersicht Mobile Hilfsdienste 2009 (Beitriffs-/Gründungsjahr\*, Träger, betreute Gemeinden, Einwohner, Einsatzstunden, betreute Klienten, HelferInnen im Einsatz)

Mobile Hilfsdienst (MOHI)	Beitr./Gründ.J.*	Träger	betreute Gemeinden	EW 31.12.10	E-Std. 09	Kl. 09	He. 09
Mobile Hilfsdienst Alberschwende	1998	Krankpflegeverein	Alberschwende, Buch	3.657	10.222,75	83	32
Mobile Hilfsdienst Altach	1998	Sozialzentrum Altach	Altach	6.367	7.452,00	64	21
Mobile Betreuungsdienst Andelsbuch	1998	Rotes Kreuz	Andelsbuch	2.318	7.466,00	40	47
Mobile Hilfsdienst Au-Schoppernau-Schnepfau	2000/2003**	Krankpflegeverein	Au, Schoppernau, Schnepfau Bartholomäberg, St. Anton i. M., Schruns,	3.060	2.392,00	19	13
Mobile Haushilfdienst Außermontafon	1998	Kranken- und Altenpflegeverein	Silbertal, Tschagguns, Vandans	10.178	8.866,25	60	42
Mobile Hilfsdienst Bezau-Reuthe	1999	Krankpflegeverein	Bezau, Reuthe	2.602	6.278,00	41	21
Mobile Hilfsdienst Bildstein	2000	Gemeinde	Bildstein	719	547,00	8	6
Mobile Hilfsdienst Bizau	2006	Krankpflegeverein	Bizau	1.012	1.330,00	11	8
Mobile Hilfsdienst Bludenz	1998	Krankpflegeverein	Bludenz, Lorüns, Stallehr	14.390	26.606,00	193	98
Mobile Hilfsdienst Blumenegg	1998	Sozialsprengel Blumenegg	Thüringen, Bludesch, Gais	4.452	12.263,75	62	38
Mobile Hilfsdienst Brandnertal	2001	Krankpflegeverein	Burserberg, Brand	1.200	963,50	8	8
Mobile Hilfsdienst Bregenz	1998	Krankpflegeverein	Bregenz	27.488	33.347,00	306	128
Krankpflege- und Betreuungsverein Bürs	1998	Krankpflege- u. Betreuungsverein	Bürs	3.118	2.173,00	46	26
Mobile Altenhilfe Dornbirn	1998	Kranken- und Altenpflegeverein	Dornbirn	45.286	10.126,50	76	24
Mobile Hilfsdienst Dornbirn	1998	eigenständiger Verein	Dornbirn	45.286	40.572,00	445	201
Mobile Hilfsdienst Egg/Großdorf	2000	Krankpflegeverein	Egg/Großdorf	3.375	5.059,00	78	21
Mobile Hilfsdienst Feldkirch	1998	eigenständiger Verein	Feldkirch	30.681	64.284,75	387	149
Mobile Hilfsdienst Frastanz	1998	Krankpflegeverein	Frastanz	6.207	10.012,25	81	29
"Furanand" Hilfsdienst für Fußbach	2002	eigenständiger Verein	Fußbach	3.652	1.872,50	23	12
Mobile Hilfsdienst Gailßau	2001	Krankpflegeverein	Gailßau	1.646	952,75	15	14
Mobile Hilfsdienst Göfis	1998	Krankpflegeverein	Göfis	3.033	4.380,75	35	22
Mobile Hilfsdienst Götzis	1998	Krankpflegeverein	Götzis	10.658	11.677,00	110	53
Mobile Hilfsdienst Großes Walsertal	1998	Krankpflegeverein	Blons, St. Gerold, Sonntag, Raggal, Fontanella, Faschina, Buchboden, Damuls	2.979	6.021,00	39	22
Ambulanter Betreuungsdienst Hard	1998	Sozialsprengel Hard	Hard	12.495	16.325,00	161	32
Mobile Altenhilfe Höchst	1998	Marktgemeinde Höchst	Höchst	7.776	4.360,00	40	18
Mitanand - Mobile Hilfsdienst Hohenems	1998	Verein Mitand	Hohenems	15.172	14.918,50	71	47
Mobile Haushilfdienst Innermontafon	1998	Krankpflegeverein	St. Gallenkirch, Gaschurn, Partenen	6.019	2.610,00	31	18

Mobile Hilfsdienst Jagdberg	1998	Krankpflegeverein	Satteins, Düns, Dünsenberg, Schlins, Schnifis, Rons	6.479	8.131,00	61	57
Mobile Hilfsdienst Kennelbach	2003	Gemeinde Kennelbach	Kennelbach	1.872	1.540,00	17	12
Mobile Hilfsdienst Klaus-Weiler-Fraxern	1998	Krankpflegeverein	Klaus, Weiler, Fraxern	5.727	15.292,50	62	45
Mobile Hilfsdienst Kleinwalsertal	1998	eigenständiger Verein	Mittelberg, Riezler	5.056	1.770,25	26	17
Mobile Hilfsdienst Klostertal - Arlberg	1998	Krankpflegeverein	Dalaas, Innerbranz, Klobsterle, Lech	5.066	6.045,75	56	28
Mobile Hilfsdienst Koblach	1998	Krankpflegeverein	Koblach	4.153	2.923,25	48	18
Mobile Hilfsdienst Langen	2001	Gemeinde Langen	Langen	1.315	771,00	14	8
Mobile Hilfsdienst Laterns	2000	Gemeinde Laterns	Laterns	711	1.270,50	9	10
Mobile Hilfsdienst Lauterach	1998	Marktgemeinde Lauterach	Lauterach	9.290	9.424,50	57	22
Ambulanter Betreuungsdienst Leiblachtal	1998	Sozialsprengel Leiblachtal	Hörbranz, Lochau, Hohenweiler, Möggers, Eichenberg	13.928	16.059,25	138	66
IAP Mobile Hilfsdienst Ludesch	1998	IAP-Sozialzentrum	Ludesch	3.234	2.536,00	24	11
ARGE Mobile Haushilfe, Sozialkreis Lustenau	1998	Sozialkreis - Gemeinde	Lustenau	21.099	53.788,00	313	130
Mobile Hilfsdienst Mäder	1998	Krankpflegeverein	Mäder	3.649	1.717,00	16	11
Mobile Hilfsdienst Meiningen	1998	Krankpflegeverein	Meiningen	2.024	7.616,00	15	11
Mobile Hilfsdienst Mellau	2000	Krankpflegeverein	Mellau	1.299	1.506,00	15	13
Mobile Hilfsdienst Nenzing	1998	Krankpflegeverein	Nenzing	6.072	6.205,00	55	32
Mobile Hilfsdienst Nuziders	1998	Krankpflegeverein	Nuziders	4.863	6.610,50	72	30
Mobile Hilfsdienst Rankweil - Übersaxen	1998	Krankpflegeverein	Rankweil, Übersaxen	12.207	12.525,00	64	52
Mobile Hilfsdienst Schwarzach	1998	Gemeinde Schwarzach	Schwarzach	3.615	969,25	9	7
Mobile Hilfsdienst Schwarzenberg	2001	Krankpflegeverein	Schwarzenberg	1.782	1.729,00	10	10
Mobile Hilfsdienst Sulzberg	2001	Krankpflegeverein	Sulzberg	1.763	2.955,00	31	7
Mobile Hilfsdienst Thüringerberg	2001	Gemeinde Thüringerberg	Thüringerberg	668	1.534,00	15	13
Mobile Hilfsdienst Vorderland	1998	Kranken- und Altenpflegeverein	Sulz, Röthis, Zwischenwasser, Viktorsberg Doren, Hittisau, Krumbach, Langenegg,	7.844	11.701,00	99	64
Mobile Hilfsdienst Vorderwald	2002***	Sozialsprengel Vorderwald	Lingenau, Riefensberg, Sibratsgfall	7.681	9.546,00	71	42
Mobile Hilfsdienst Wolfurt	2003	Sozialdienste der Marktgemeinde	Wolfurt	8.106	9.563,25	67	27
52 Mobile Hilfsdienste			93 Gemeinden (99,89% a. EW)	369.043	506.808,25	3.897	1.893

\* Beitritts-/Gründungsjahr: Die Vereinsgründung der ARGE war im Jahr 1998. Dieser sind alle bis dahin bestehenden MOHI beigetreten. Das jeweilige Gründungsjahr im Einzelnen ist hier nicht bekannt. Die anderen Jahreszahlen betreffen die jeweilige Gründung und gleichzeitig den Beitritt zur ARGE.

\*\* Im Jahr 2003 sind Schoppernau und Schnepfau zum MOHI Au dazu gegangen.

\*\*\* Die 7 Vorderwaldgemeinden waren zwischen 1998 und 2002 jeweils separate MOHI.

Tabelle 2. Daten zu den Krankenpflegevereinen 2006 – 2009

	2006		2007		2008		2009		Veränderung 2006 – 2009 2006 = 100%	
	absolut	Veränderung 2006 = 100%	absolut	Veränderung 2006 = 100%	absolut	Veränderung 2007 = 100%	absolut	Veränderung 2008 = 100%	absolut	Veränderung 2006 = 100%
<b>Krankenpflegevereine</b>	67	100,00%	67	100,00%	66	98,51%	66	100,00%	66	98,51%
Zusammenschluss	0		0		1		0			
<b>Mitgliedschaften</b>	57.353	101,89%	58.438	101,89%	59.531	101,87%	59.858	100,55%	59.858	104,37%
<b>Mitarbeiter</b>										
ehrenamtliche Funktionäre	ca. 540	100,00%	ca. 540	100,00%	ca. 528	97,78%	ca. 528	100,00%	ca. 528	97,78%
Pflegefachkräfte	255	101,57%	259	101,57%	273	105,41%	296	108,42%	296	116,08%
Familienhelfer	3	66,67%	2	66,67%	3	150,00%	3	100,00%	3	100,00%
Laienhelfer (MOHI)	816	105,76%	863	105,76%	919	106,49%	965	105,01%	965	118,26%
<b>Patienten</b>	7.268	101,94%	7.409	101,94%	7.458	100,66%	7.634	102,36%	7.634	105,04%

Quellen: connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege, Landesverband Hauskrankenpflege; je Verein wurden rund 8 Funktionäre gerechnet (Obmann, Obmannstellvertreter, Kassier, Schriftführer und vier Beiräte)

122

Tabelle 3. Daten zu den Pflegefachkräften 2006 – 2009

	2006		2007		2008		2009		Veränderung 2006 – 2009 2006 = 100%	
	absolut	Veränderung 2006 = 100%	absolut	Veränderung 2006 = 100%	absolut	Veränderung 2007 = 100%	absolut	Veränderung 2008 = 100%	absolut	Veränderung 2006 = 100%
<b>Pflegefachkräfte*</b>										
Pflegefachkräfte insgesamt zum 31.12. d.J.**	255	101,57%	259	101,57%	273	105,41%	296	108,42%	296	116,08%
davon Vollzeit**	48	89,58%	43	89,58%	44	102,33%	40	90,91%	40	83,33%
davon Teilzeit**	207	104,35%	216	104,35%	229	106,02%	256	111,79%	256	123,67%
davon Ordensschwwestern**	6	66,67%	4	66,67%	4	100,00%	4	100,00%	4	66,67%
<b>Ausbildung</b>										
Pflegefachkräfte insgesamt zum 31.12. d.J.**	255	101,57%	259	101,57%	273	105,41%	296	108,42%	296	116,08%
davon DGKS/DGKP**	226	102,21%	231	102,21%	231	100,00%	253	109,52%	253	111,95%
davon Pflegehelfer**	29	96,55%	28	96,55%	42	150,00%	43	102,38%	43	148,28%
<b>Dienstposten (Vollzeitäquivalente)</b>										
Dienstposten (VZÄ) im Jahr***	138,77	105,09%	145,83	105,09%	149,83	102,74%	152,40	101,72%	152,40	109,82%
<b>Maßzahlen</b>										
Einwohner in Voralberg zum 31.12. d.J.****	365.055	100,41%	366.556	100,41%	367.959	100,38%	369.424	100,40%	369.424	101,20%
Einwohner je Pflegefachkraft (DP/VZÄ) im Jahr	2.631	95,55%	2.514	95,55%	2.456	97,69%	2.424	98,70%	2.424	92,13%
Patienten	7.268	101,94%	7.409	101,94%	7.458	100,66%	7.634	102,36%	7.634	105,04%
Patienten je Pflegefachkraft (DP/VZÄ) im Jahr	52,37	97,00%	50,81	97,00%	49,78	97,97%	50,09	100,62%	50,09	95,65%

\*) fixe Aushilfen werden mitgezählt, auch geringfügig beschäftigte Pflegepersonen

Quellen:

\*\*\*) connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege

\*\*\*\*) Landesverband Hauskrankenpflege

\*\*\*\*\*) Landesstelle für Statistik Voralberg, Einwohnerzahl mit Hauptwohnsitz in Voralberg (Bevölkerung und Staatsbürgerschaftsverleihungen 2007, 2008, 2009; Bevölkerung 2010)

123

Tabelle 4. Übersicht: Krankenpflegevereine 2009 (Mitgliederzahlen, Fachkräfte/Dienstposten, betreute Gemeinden, Mitgliederquote)

Verein	Einwohner mit Hauptwohnsitz zum Stichtag 31.12.2009	Mitglieder absolut	Haushalte absolut	Anzahl Dienstposten DGKS/DGKP	Anzahl Pflegehelfer	betreute Gemeinden	Mitgliederquote (Haushalte/Mitglieder)
Alberschwende	3.108	551	1.133	0,24	0,50	Alberschwende	48,63%
Altach	6.367	1.061	2.485	0,27	0,00	Altach	42,70%
Andelsbuch	2.318	404	782	1,07	0,00	Andelsbuch	51,66%
Au – Sozialsprengel Hinterwald	1.667	398	590	---	---	Au	67,46%
Außenmontafon	12.399	1.898	4.891	3,79	---	Schruns, Tschagguns, Vandans, Silbertal, St. Anton, Bartholomäberg	38,81%
Bezau-Reuth	2.602	499	898	0,50	0,54	Bezau, Reuth	55,57%
Bildstein	719	131	274	0,36	0,00	Bildstein	47,81%
Bizau	1.012	228	348	0,48	0,00	Bizau	65,52%
Bludenz	14.390	2.335	6.325	6,38	0,38	Bludenz, Lorüns, Stallehr	36,92%
Bludesch – Sozialsprengel Blumenegg	2.278	381	950	2,00	0,25	Bludesch	40,11%
Brandnertal	1.200	314	454	0,58	0,00	Brand, Bürserberg	69,16%
Bregenz	27.488	3.875	13.066	10,75	1,50	Bregenz	29,66%
Buch	549	123	186	0,15	0,00	Buch	66,13%
Bürs	3.118	772	1.273	0,49	0,24	Bürs	49,35%
Doren – Sozialsprengel Vorderwald	1.039	190	385	---	---	Doren	28,94%
Dornbirn	45.286	5.509	19.038	13,45	8,81	Dornbirn	59,54%
Egg	3.375	721	1.211	1,50	0,00	Egg	43,20%
Feldkirch-Altenstadt	4.537	803	1.859	2,14	0,00	Feldkirch-Altenstadt	34,36%
Feldkirch-Gisingen	8.041	1.127	3.280	2,30	0,00	Feldkirch-Gisingen	44,70%
Feldkirch-Nofels	3.605	624	1.396	1,92	0,19	Feldkirch-Nofels	34,05%
Feldkirch-Stadt-Levis-Tisis	9.403	1.592	4.676	3,80	1,00	Feldkirch-Stadt-Levis-Tisis	42,57%
Feldkirch-Tosters	5.095	945	2.220	2,00	0,00	Feldkirch-Tosters	36,47%
Frastanz	7.188	1.015	2.783	2,44	0,00	Frastanz, Ortsteil Mittelberg (Nenzing)	59,27%
Göfis	3.033	678	1.144	1,50	0,00	Göfis	41,29%
Götzis	10.658	1.845	4.468	5,10	0,50	Götzis	65,55%
Großes Waisertal	2.979	664	1.013	1,92	0,00	Blons, Fontanella, Raggal, St. Gerold, Sonntag, Damüls	40,35%
Hard	12.495	2.050	5.080	3,65	0,60	Hard	53,08%
Hittisau – Sozialsprengel Vorderwald	1.843	388	731	---	---	Hittisau	39,32%
Hörbranz	6.354	1.027	2.612	3,03	0,00	Hörbranz	36,05%
Hohenems	15.172	2.146	5.953	4,17	0,00	Hohenems	65,01%
Hohenweiler-Möggers-Eichenberg	2.186	498	766	1,42	0,00	Hohenweiler-Möggers-Eichenberg	45,37%
Innermontafon	3.762	696	1.534	1,36	0,35	St. Gallenkirch, Gaschum	53,24%
Jagdberg	6.479	1.280	2.404	2,05	0,00	Düns, Dünserberg, Röns, Sattains, Schlins, Schmifis	46,73%
Kennelbach	1.872	372	796	1,06	0,00	Kennelbach	

Quelle: Landesverband Hauskrankenpflege, Statistik 2009

Verein	Einwohner mit Hauptwohnsitz zum Stichtag 31.12.2009	Mitglieder absolut	Haushalte absolut	Anzahl Dienstposten DGKS/DGKP	Anzahl Pflegehelfer	betreute Gemeinden	Mitgliederquote (Haushalte/Mitglieder)
Klaus-Weiler-Fraxern	5.727	884	2.146	1,37	0,00	Klaus-Weiler-Fraxern	41,19%
Kleinwaisertal	5.056	734	2.229	0,88	0,80	Mittelberg	32,93%
Klosteral-Arlberg	5.066	946	1.820	3,03	0,00	Dalaas, Innerbranz, Klösterle, Lech	51,98%
Koblach	4.153	708	1.540	1,08	0,00	Koblach	45,97%
Krumbach – Sozialsprengel Vorderwald	995	200	385	---	---	Krumbach	51,95%
Langen-Thal	1.696	309	607	0,00	0,85	Langen bei Bregenz, Ortsteil Thal (Sulzberg)	50,91%
Langenegg – Sozialsprengel Vorderwald	1.074	243	388	1,39	2,17	Langenegg	62,63%
Latems	711	154	253	0,30	0,00	Laterns	60,87%
Lauterach	9.290	1.380	3.762	3,57	0,00	Lauterach	36,68%
Lingenau – Sozialsprengel Vorderwald	1.313	265	463	---	---	Lingenau	57,24%
Lochau	5.388	870	2.600	1,79	0,60	Lochau	33,46%
Ludesch	3.234	492	1.218	1,90	0,00	Ludesch	40,39%
Lustenau	21.099	3.496	8.500	5,82	1,46	Lustenau	41,13%
Mäder	3.649	602	1.359	1,19	0,00	Mäder	44,30%
Meiningen	2.024	362	803	0,98	0,00	Meiningen	45,08%
Mellau	1.299	302	486	0,54	0,00	Mellau	62,14%
Nenzing	5.091	1.000	1.962	1,84	0,00	Nenzing (ohne Ortsteil Mittelberg)	50,97%
Nüziders	4.863	936	2.001	2,53	0,40	Nüziders	46,78%
Rankweil	12.207	1.994	4.845	2,74	0,96	Rankweil, Übersaxen	41,16%
Rheindelta	13.074	1.928	4.950	3,50	0,00	Höchst, Fußfach, Gaifau	38,95%
Riefensberg – Sozialsprengel Vorderwald	1.020	195	340	---	---	Riefensberg	57,35%
Schnepfau – Sozialsprengel Hinterwald	479	91	150	---	---	Schnepfau	60,67%
Schopperrnau – Sozialsprengel Hinterwald	914	250	311	1,08	---	Schopperrnau	80,39%
Schwarzach	3.615	608	1.449	1,09	0,00	Schwarzach	41,96%
Schwarzenberg	1.782	363	621	0,75	0,00	Schwarzenberg	58,45%
Sibratsgfall – Sozialsprengel Vorderwald	397	102	140	---	---	Sibratsgfall	72,86%
Sulzberg	1.382	303	471	0,67	0,00	Sulzberg (ohne Ortsteil Thal)	64,33%
Tannberg/Schröcken-Warth	417	102	162	0,33	0,00	Schröcken, Warth	62,96%
Thüringen – Sozialsprengel Blumenegg	2.174	512	843	---	---	Thüringen	60,74%
Thüringerberg – Sozialsprengel Blumenegg	668	149	226	---	---	Thüringerberg	65,93%
Vorderland	7.844	1.295	3.066	3,91	0,00	Sulz, Röthis, Zwischenwasser, Viktorsberg	42,24%
Wolfurt	8.106	943	3.254	2,33	0,63	Wolfurt	28,98%
	369.424	59.858	150.354	128,68	23,13		39,81%

Quelle: Landesverband Hauskrankenpflege, Statistik 2009



Tabelle 5. Personenmerkmale der Patienten\* 2006 – 2009: Alter nach Altersgruppen und Geschlecht\*\*

	2006		2007		2008		2009		Veränderung 2006 – 2009	
	absolut	absolut	absolut	absolut	absolut	absolut	absolut	absolut	absolut	2006 = 100%
<b>insgesamt</b>										
bis 59 Jahre	394	391	370	449					113,96%	
60 - 74 Jahre	1.233	1.170	1.160	1.280					103,81%	
75 u.m. Jahre	4.706	4.753	4.713	5.052					107,35%	
<b>zusammen</b>	<b>6.333</b>	<b>6.314</b>	<b>6.243</b>	<b>6.781</b>					<b>107,07%</b>	
60 u.m. Jahre	5.939	5.923	5.873	6.332					106,62%	
<b>Frauen</b>										
bis 59 Jahre	210	198	183	206					98,10%	
60 - 74 Jahre	723	695	662	742					102,63%	
75 u.m. Jahre	3.399	3.418	3.392	3.576					105,21%	
<b>zusammen</b>	<b>4.332</b>	<b>4.311</b>	<b>4.237</b>	<b>4.524</b>					<b>104,43%</b>	
60 u.m. Jahre	4.122	4.113	4.054	4.318					104,75%	
<b>Männer</b>										
bis 59 Jahre	184	193	187	243					132,07%	
60 - 74 Jahre	510	475	498	538					105,49%	
75 u.m. Jahre	1.307	1.335	1.321	1.476					112,93%	
<b>zusammen</b>	<b>2.001</b>	<b>2.003</b>	<b>2.006</b>	<b>2.257</b>					<b>112,79%</b>	
60 u.m. Jahre	1.817	1.810	1.819	2.014					110,84%	

\*) anders als im letzten Bericht wurden hier nur die Patienten mit ausführlicher Patientendokumentation berücksichtigt

\*\*) zum Stichtag 31.12.

Quelle: connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege

Tabelle 6. Anzahl der Pflegeleistungen der Hauskrankenpflege 2006 – 2009 (absolut, anteilig)

Art der Leistungen	2006		2007		2008		2009	
	absolut	anteilig	absolut	anteilig	absolut	anteilig	absolut	anteilig
<b>Patientenkontakte</b>								
Hausbesuch	291.726	78,88%	295.853	78,73%	296.827	79,58%	290.625	79,10%
Hausbesuch mit besonderer Wegzeit	15.315	4,14%	15.511	4,13%	14.996	4,02%	14.566	3,96%
Patientenkontakte Beratungsstunden	62.805	16,98%	64.403	17,14%	61.148	16,40%	62.226	16,94%
<b>Summe Patientenkontakte</b>	<b>369.846</b>	<b>100,00%</b>	<b>375.767</b>	<b>100,00%</b>	<b>372.971</b>	<b>100,00%</b>	<b>367.417</b>	<b>100,00%</b>
<b>Spezielle Pflegeleistungen</b>								
Ganzheitliche Körperpflege/rehabilitative Pflege	127.778	8,90%	131.610	8,69%	134.526	9,03%	132.688	8,92%
Teilpflege/Prophylaxen	193.666	13,48%	202.805	13,39%	196.585	13,20%	194.008	13,05%
Patientenbeobachtung/Vitalzeichenkontrolle	197.788	13,77%	209.364	13,82%	205.648	13,81%	213.863	14,38%
Wundversorgung	90.679	6,31%	88.463	5,84%	84.829	5,70%	76.828	5,17%
Medikamentengabe/Injektionen, Infusionen	108.859	7,58%	116.250	7,68%	116.198	7,80%	117.740	7,92%
Katheter setzen, Urinal anlegen, Einlauf, Spülungen	7.148	0,50%	7.589	0,50%	6.555	0,44%	6.372	0,43%
Stoma-, Suprapub.-, Kath.-, Sonden- und Kanülenpflege/Absaugen	18.753	1,31%	18.179	1,20%	19.396	1,30%	20.003	1,35%
Physikalische Maßnahmen/Lagerung/Mobilisation	169.155	11,78%	170.458	11,25%	165.842	11,14%	162.548	10,93%
Betreuung Schwerekranker bei Tag	15.577	1,08%	19.407	1,28%	18.159	1,22%	17.237	1,16%
Betreuung Schwerekranker bei Nacht	808	0,06%	941	0,06%	789	0,05%	1.211	0,08%
Begleitende Lebenshilfe/aktives Zuhören	47.346	3,30%	69.488	4,59%	67.906	4,56%	68.001	4,57%
Ablären, Information und Vermittlung, Dokumentation	336.390	23,42%	358.226	23,65%	366.079	24,58%	368.449	24,78%
Beraten, Anlernen und Begleiten	108.350	7,54%	106.991	7,06%	92.820	6,23%	90.986	6,12%
Pflegebeihilfe, Transporte	14.054	0,98%	14.782	0,98%	13.908	0,93%	17.097	1,15%
<b>Summe spezielle Pflegeleistungen</b>	<b>1.436.351</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.514.553</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.489.240</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.487.031</b>	<b>100,01%</b>
<b>Beratungen</b>								
Persönliche Beratung	10.740	41,48%	13.602	43,17%	16.143	45,09%	15.110	43,77%
Telefonische Beratung	15.153	58,52%	17.904	56,83%	19.655	54,91%	19.408	56,23%
<b>Summe Beratungen</b>	<b>25.893</b>	<b>100,00%</b>	<b>31.506</b>	<b>100,00%</b>	<b>35.798</b>	<b>100,00%</b>	<b>34.518</b>	<b>100,00%</b>
<b>Gesamte Pflegeleistungen</b>								
Summe Patientenkontakte	369.846	20,19%	375.767	19,55%	372.971	19,65%	367.417	19,45%
Summe spezielle Pflegeleistungen	1.436.351	78,40%	1.514.553	78,81%	1.489.240	78,46%	1.487.031	78,72%
Summe Beratungen	25.893	1,41%	31.506	1,64%	35.798	1,89%	34.518	1,83%
<b>Summe gesamte Pflegeleistungen</b>	<b>1.832.090</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.921.826</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.898.009</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.888.966</b>	<b>100,00%</b>

Tabelle 7. Pflegeleistungen der Hausrankenpflege in Punkten 2006 – 2009 (absolut, anteilig)

Art der Leistungen	2006		2007		2008		2009	
	absolut	anteilig	absolut	anteilig	absolut	anteilig	absolut	anteilig
<b>Patientenkontakte</b>								
Hausbesuche	583.452	82,46%	591.706	82,39%	593.654	83,05%	581.250	82,83%
Hausbesuche mit besonderer Wegezeit	61.260	8,66%	62.044	8,64%	59.984	8,39%	58.264	8,30%
Patientenkontakte in Beratungsstunden	62.805	8,88%	64.403	8,97%	61.148	8,55%	62.226	8,87%
<b>Summe Patientenkontakte</b>	<b>707.517</b>	<b>100,00%</b>	<b>718.153</b>	<b>100,00%</b>	<b>714.786</b>	<b>100,00%</b>	<b>701.740</b>	<b>100,00%</b>
<b>Spezielle Pflegeleistungen</b>								
Ganzheitliche Körperpflege/rehabilitative Pflege	511.112	20,07%	526.440	19,55%	538.104	20,37%	530.752	20,22%
Teilpflege/Prophylaxen	387.332	15,21%	405.610	15,06%	393.170	14,88%	388.016	14,78%
Patientenbeobachtung/Vitalzeichenkontrolle	197.788	7,77%	209.364	7,78%	205.648	7,79%	213.863	8,15%
Wundversorgung	181.358	7,12%	176.926	6,57%	169.658	6,42%	153.656	5,86%
Medikamentengabe/Injektionen, Infusionen	108.859	4,27%	116.250	4,32%	116.198	4,40%	117.740	4,49%
Katheter setzen, Urinal anlegen, Einlauf, Spülungen	14.296	0,56%	15.178	0,56%	13.110	0,50%	12.744	0,49%
Stoma-, Suprapub.-, Kath.-, Sonden- und Kanülenpflege/Absaugen	37.506	1,47%	36.358	1,35%	38.792	1,47%	40.006	1,52%
Physikalische Maßnahmen/Lagerung/Mobilisation	338.310	13,28%	340.916	12,66%	331.684	12,56%	325.096	12,39%
Betreuung Schwerkranker bei Tag	31.154	1,22%	38.814	1,44%	36.318	1,37%	34.474	1,31%
Betreuung Schwerkranker bei Nacht	1.616	0,06%	1.882	0,07%	1.578	0,06%	2.422	0,09%
Begleitende Lebenshilfe/aktives Zuhören	142.038	5,58%	208.464	7,74%	203.718	7,71%	204.003	7,77%
Abklären, Information und Vermittlung, Dokumentation	336.390	13,21%	358.226	13,30%	366.079	13,86%	368.449	14,04%
Beraten, Anleiten und Begleiten	216.700	8,51%	213.982	7,95%	185.640	7,03%	181.972	6,93%
Pflegebeihilfe, Transporte	42.162	1,66%	44.346	1,65%	41.724	1,58%	51.291	1,95%
<b>Summe spezielle Pflegeleistungen</b>	<b>2.546.621</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.692.756</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.641.421</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.624.484</b>	<b>99,99%</b>
<b>Beratungen</b>								
Persönliche Beratung	10.740	41,48%	13.602	43,17%	16.143	45,09%	15.110	43,77%
Telefonische Beratung	15.153	58,52%	17.904	56,83%	19.655	54,91%	19.408	56,23%
<b>Summe Beratungen</b>	<b>25.893</b>	<b>100,00%</b>	<b>31.506</b>	<b>100,00%</b>	<b>35.798</b>	<b>100,00%</b>	<b>34.518</b>	<b>100,00%</b>
<b>Gesamte Pflegeleistungen</b>								
Summe Patientenkontakte	707.517	21,57%	718.153	20,86%	714.786	21,07%	701.740	20,88%
Summe spezielle Pflegeleistungen	2.546.621	77,64%	2.692.756	78,22%	2.641.421	77,87%	2.624.484	78,09%
Summe Beratungen	25.893	0,79%	31.506	0,92%	35.798	1,06%	34.518	1,03%
<b>Summe gesamte Pflegeleistungen</b>	<b>3.280.031</b>	<b>100,00%</b>	<b>3.442.415</b>	<b>100,00%</b>	<b>3.392.005</b>	<b>100,00%</b>	<b>3.360.742</b>	<b>100,00%</b>

Quelle: connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege



Zahl: IVa-360-03-01

Bregenz, am 08.10.2009

## RICHTLINIE des Sozialfonds zur Förderung der Mobilen Hilfsdienste

### § 1

#### Allgemeines

Soweit in dieser Richtlinie nicht Gesondertes angeordnet wird, gilt die AFRL-SF (Allgemeine Förderungsrichtlinie des Sozialfonds vom 14. Dezember 2000).

### § 2

#### Begriff

- 1) Unter „Mobilen Hilfsdiensten“ sind Anbieter von ambulanten Leistungen für Personen zu verstehen, denen auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung Betreuung und Hilfe gewährt wird.
- 2) Die Tätigkeiten der Mobilen Hilfsdienste umfassen
  - a) hauswirtschaftliche Hilfen,
  - b) soziale/betreuerische Hilfen und
  - c) pflegerische Hilfen (in Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal).
 Details sind dem angeschlossenen Tätigkeitskatalog (Anhang) zu entnehmen.

### § 3

#### Förderungswürdige Leistungen, Zweck

Zweck der Förderung ist die Sicherstellung eines verlässlichen und kontinuierlichen Angebotes Mobiler Hilfsdienste durch Förderung deren Organisations- und Strukturkosten. Dazu gehören insbesondere Kosten für die Organisation, Koordination, Administration, Schulung der Helferinnen, Sachaufwand, bestimmte sozialrechtliche Absicherungen der HelferInnen, nicht aber Entgelte für die Helferinnen. Es gilt der Grundsatz, dass die Kosten der Betreuung durch den Mobilen Hilfsdienst über einen Stundensatz von der pflege- bzw betreuungsbedürftigen Person selbst getragen werden sollen.

## § 4

Ausmaß der Förderung

- 1) Die Förderung darf nur nach Maßgabe der im Voranschlag des Sozialfonds bereitgestellten Mittel erfolgen und muss im Einklang mit der Widmung der betreffenden Voranschlagsstelle stehen.
- 2) Der Einsatz der Sozialfondsmittel nach den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit muss gewährleistet sein.
- 3) Die Förderung des Sozialfonds erfolgt grundsätzlich im Rahmen der Privatrechtsverwaltung. Ein Rechtsanspruch auf Förderung kann aus dieser Richtlinie nicht abgeleitet werden.

## § 5

Förderungsempfänger

- 1) Private Organisationen sowie Gemeinden, die mobile Hilfsdienste anbieten.
- 2) Die ARGE Mobile Hilfsdienste, insbesondere für die in § 6, Abs 3 genannten Aufgaben.

## § 6

Ansuchen

- 1) Förderungen dürfen nur auf Grund schriftlicher Ansuchen gewährt werden.
- 2) Der Antrag ist an die ARGE Mobile Hilfsdienste (Geschäftsstelle in Feldkirch) mit folgenden Beilagen einzureichen:
  - a) Vorlage eines „Unternehmenskonzeptes“: Dieses hat Aussagen zu enthalten über die Rechtsform, die Zielgruppen, das Leistungsangebot, die Aufbauorganisation (zB die Einbindung in das gemeindliche Pflege- und Sozialnetz, Personal, Sachaufwand, etc) sowie die Ablauforganisation
  - b) Vorlage eines Voranschlages und einer Jahresrechnung sowie eines Leistungs- und Tätigkeitsberichtes nach landesweit einheitlichen, vergleichbaren Kriterien (wird erfüllt durch Anwendung der entsprechenden Empfehlungen der ARGE Mobile Hilfsdienste).
- 3) Die ARGE Mobile Hilfsdienste wertet die Anträge aus und reicht eine Zusammenstellung bei der zuständigen Abteilung beim Amt der Vorarlberger Landesregierung mit folgender Bestätigung ein:  
 „Die Ursprungsunterlagen der Mobilien Hilfsdienste stimmen mit der Zusammenstellung der ARGE Mobile Hilfsdienste überein. Eine Bestätigung der Einbindung in das soziale Netz der Gemeinde liegt vor.“

## § 7

Förderungshöhe

## 1) Grundförderung:

Für jede Leistungsstunde des vorangegangenen Jahres können maximal € 4,10 als Organisations- und Strukturkosten anerkannt werden. Die Grundförderung beträgt 60% der anerkannten Organisations- und Strukturkosten gemäß dem Rechnungsabschluss des vorangegangenen Jahres.

Als Organisations- und Strukturkosten gelten

- a) Personalkosten (Lohnkosten, DG-Beiträge und Abfertigungsrücklagen für Einsatzleitungen, Personenversicherungen wie Unfall- und Haftpflicht, Kilometergelder und Reisespesen, Gemeinschaftspflege)
- b) Sachkosten (Miete, Betriebskosten, Instandhaltung, Reinigung, Auto, Werbung und Öffentlichkeitsarbeit, Drucksachen, Büromaterial, Telefon, Porto, Sonstiges wie Sachversicherungen, Bankspesen)
- c) Rücklagen zur Kapitalbildung und Liquiditätssicherung (maximal €1.000,00).

Der Anteil der Personalkosten muss mindestens 50 % der Organisations- und Strukturkosten (a und b) betragen. Wenn die Sachkosten die Personalkosten übersteigen, werden sie entsprechend gekürzt.

## 2) Sonderförderungen:

- a) Schulungen und Weiterbildungen für HelferInnen, Einsatzleitung und Funktionäre:  
Die Förderung erfolgt jährlich an die ARGE Mobile Hilfsdienste zur Verwaltung und Weitergabe an die einzelnen Mobilien Hilfsdienste nach tatsächlich durchgeführten Schulungen. Als Förderungs-Höchstbetrag werden € 0,20 je landesweit geleisteter Einsatzstunde des vorangegangenen Jahres gewährt.
- b) Investitionen für neue Räumlichkeiten und Büroeinrichtungen:  
Für den Neuerwerb, Aus- und Umbau von Räumlichkeiten der Mobilien Hilfsdienste können Beiträge gewährt werden.
- c) Förderung der Dienstgeberbeiträge für Selbstversicherung im freien Dienstvertrag:  
Die Dienstgeberbeiträge werden zu 60 % gefördert.
- d) Tagesbetreuung:  
Die Klientenstunden können in die Jahres-Summe der Leistungsstunden eingerechnet werden.
- e) Krankengeld für Freie Dienstnehmer über der Geringfügigkeitsgrenze:  
Krankenzusatzversicherung mit Selbstbehalt

## § 8

Förderungs z u s a g e

- 1) Die Zusage der Förderung hat schriftlich zu erfolgen und kann Bedingungen und Auflagen enthalten.
- 2) In der Förderungszusage ist nach Möglichkeit auszubedingen, dass
  - a) der Förderungswerber den Organen des Landes bzw des Sozialfonds Überprüfungen des Förderungsvorhabens durch Einsicht in die betreffenden Bücher, Belege und Unterlagen und durch Besichtigungen an Ort und Stelle zu gestatten und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen hat,
  - b) der Förderungswerber der für die Gewährung der Förderung zuständigen Abteilung über die Ausführung des Vorhabens zu berichten sowie den schriftlichen Verwendungsnachweis der Förderung mit Originalrechnungen samt den Originalzahlungsnachweisen und einen Gesamtfinanzierungsnachweis über das geförderte Vorhaben zu übermitteln hat,
  - c) die Förderungszusage ihre Wirksamkeit verliert und Geldzuwendungen zurückzuzahlen oder sonst gewährte Förderungen zurückzuerstatten sind, wenn
    1. die Förderung auf Grund unrichtiger oder unvollständiger Angaben des Förderungswerbers erlangt wurde, oder
    2. die geförderte Leistung aus Verschulden des Förderungswerbers nicht oder nicht rechtzeitig ausgeführt wurde oder ausgeführt wird, oder
    3. die Förderung widmungswidrig verwendet wird, oder
    4. Überprüfungen durch Organe des Landes bzw des Sozialfonds verweigert oder behindert werden, oder
    5. über das Vermögen des Förderungswerbers ein Insolvenzverfahren eröffnet bzw mangels Deckung abgewiesen wurde, oder
    6. erkennbar wird, dass die Rückzahlung des geförderten oder gewährten Darlehens nicht mehr gesichert erscheint oder
    7. die vorgeschriebenen Bedingungen und Auflagen aus Verschulden des Förderungswerbers nicht erfüllt werden.
- 3) Geldzuwendungen, die gemäß Abs 2 lit c zurückzuzahlen sind, sind vom Tage der Auszahlung an bis zur gänzlichen Rückzahlung mindestens mit dem für diesen Zeitraum jeweils geltenden Referenzzinssatz gemäß Art I § 1 Abs 2 des 1. Euro-Justiz-Begleitgesetzes, BGBl I Nr 125/1998, kontokorrentmäßig zu verzinsen. In die Förderungszusage ist ein entsprechender Hinweis aufzunehmen.

## § 9

F ö r d e r u n g s a u s z a h l u n g

Die Auszahlung der Förderung gemäß § 7 Abs 1 erfolgt in Teilbeträgen. Im 2. Quartal des laufenden Jahres erfolgt eine Abschlagszahlung in der Höhe von 2/3 der Grundförderung auf Basis der Helferinnenstunden des Voranschlags des laufenden

Jahres. Im 2. Quartal des Folgejahres erfolgt die Restzahlung auf Basis der tatsächlich erbrachten Helferinnenstunden sowie der Organisations- und Strukturkosten gemäß Rechnungsabschluss des Vorjahres unter Verrechnung der geleisteten Abschlagszahlung.

## § 10

F ö r d e r u n g s e v i d e n z

Die gewährten Förderungen sind bei der vergebenden Abteilung zentral zu erfassen.

## § 11

K o n t r o l l e

- 1) Förderungen sind von der für die Gewährung der Förderung zuständigen Abteilung auf ihre widmungsgemäße Verwendung zu kontrollieren. Dabei ist zu überprüfen, ob die geförderten Maßnahmen ordnungsgemäß erbracht und die in der Förderungszusage ausbedungenen Auflagen und Bedingungen erfüllt worden sind.
- 2) Die Kontrolle der widmungsgemäßen Verwendung der gewährten Förderungen hat durch Einsicht in die betreffenden Bücher, Belege und Unterlagen und durch stichprobenartige Kontrollen an Ort und Stelle (Augenschein) zu erfolgen. Die Kontrolldichte solcher stichprobenartiger Kontrollen an Ort und Stelle hat sich nach dem Gefahrenpotenzial einer missbräuchlichen Förderungsverwendung sowie dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu richten.
- 3) Über jeden Augenschein ist ein Bericht abzufassen, der jedenfalls folgende Angaben zu enthalten hat:
  - a) Datum und Ort der Kontrolle,
  - b) Gegenstand der gewährten Förderung (kurze Beschreibung des geförderten Vorhabens),
  - c) Höhe der gewährten Förderung,
  - d) Angaben darüber, was bei der Kontrolle eingesehen bzw kontrolliert wurde (zB gefördertes Objekt wurde eingesehen, Rechnungen wurden eingesehen und kopiert bzw kontrolliert, sonstige Unterlagen wurden eingesehen),
  - e) allfällige Abweichungen des ausgeführten Vorhabens vom geförderten Vorhaben,
  - f) allfällig festgestellte Beanstandungen einschließlich der Notwendigkeit, die Behebung des Mangels zu überprüfen,
  - g) allfällige weitere förderungsrelevante Tatsachen,
  - h) Zeitdauer der Kontrolle,
  - i) Name und Unterschrift des Kontrollierenden.
- 4) Die Abs 1 bis 3 sind auf Förderungen, bei denen gleichwertige Kontrollen durch andere Institutionen gesichert sind, nicht anzuwenden.

## § 12

Förderungsmissbrauch

Der Förderungswerber ist in der Förderungszusage darauf hinzuweisen, dass sich derjenige, der eine ihm gewährte Förderung missbräuchlich zu anderen Zwecken als zu jenen verwendet, zu denen sie gewährt worden ist, gemäß § 153 b des Strafgesetzbuches strafbar macht. Die für die Gewährung der Förderung zuständige Abteilung ist gemäß § 78 der Strafprozessordnung zur Anzeige der ihr in ihrem gesetzmäßigen Wirkungsbereich bekannt gewordenen strafbaren Handlungen an die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft verpflichtet.

## § 13

Verwendung von Begriffen

Soweit in dieser Förderungsrichtlinie Begriffe verwendet werden, kommt ihnen keine geschlechtsspezifische Bedeutung zu. Sie sind bei der Anwendung auf bestimmte Personen in der jeweils geschlechtsspezifischen Form zu verwenden.

## § 14

Inkrafttreten

- 1) Diese Richtlinie tritt am 1.1.2009 in Kraft.
- 2) Mit Inkrafttreten dieser Richtlinie tritt die Richtlinie des Sozialfonds zur Förderung der Mobilen Hilfsdienste vom 02.05.2006 außer Kraft.

## Anhang (zu § 2 Abs 2)

**MOBILE HILFSDIENSTE - TÄTIGKEITSKATALOG**

Nachstehende Tätigkeiten werden von den Mobilen Hilfsdiensten ausgeführt,

- soweit die Möglichkeit dazu besteht und
- sofern die Notwendigkeit einer fremden Hilfe in den täglichen Bereichen gegeben ist.

Es gibt teilweise auch Angebote bezüglich Wochenend- und/oder Nachtdiensten sowie Tagesbetreuungen.

<b>SOZIALE / BETREUERISCHE HILFEN</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gespräche</b></li> <li>• <b>Motivation</b></li> <li>• <b>Kommunikation im sozialen Umfeld</b></li> <li>• <b>Begleitung und Fahrdienste</b></li> <li>• <b>Freizeitbeschäftigung</b></li> <li>• <b>Kinderbetreuung in Notfällen</b>, keine Konkurrenz zu anderen Diensten</li> </ul>	<p>Zuhören, Gespräche führen, vorlesen Gedächtnistraining Fördern und unterstützen von Eigeninitiative des betreuten Menschen Fähigkeiten fördern und aktivieren Fördern von Nachbarschaftsbeziehungen, Motivation wecken für Besuch von Veranstaltungen, Seniorentreffs usw Wenn möglich gemeinsame Besorgungen, Begleitung bei Besuchen und diversen Erledigungen (zB Arzt, Friedhof, usw) Lesen, spielen, Zeitgestaltung nach den Bedürfnissen der Betreuten In eingeschränkter Form, wenn im Dienstleistungsangebot enthalten. Beaufsichtigung von Kindern im Haushalt des Betreuten oder extern.</p>
<b>HAUSWIRTSCHAFTLICHE HILFEN</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reinigung und Hygiene</b></li> <li>• <b>Wäschepflege</b></li> <li>• <b>Besorgungen</b></li> </ul>	<p>Für Sauberkeit im genutzten Wohnbereich der Betreuten sorgen, abstauben, staubsaugen, putzen, wischen usw Reinigung von Bad, WC und Pflegeutensilien (Waschschüssel) Keine einmaligen Großputzaktionen. Wäsche in Ordnung halten, waschen, bügeln Einkäufe und/oder Botengänge solange wie möglich mit Einbindung des Klienten</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kochen</b></li> <li>• <b>Heizung</b></li> <li>• <b>Entsorgung - Mülltrennung</b></li> <li>• <b>Versorgung von Tieren/Pflanzen</b></li> <li>• <b>Reparaturen</b></li> <li>• <b>Gartenpflege</b></li> </ul>	<p>Zubereiten von kleinen Mahlzeiten und Getränken, bei diätischen Vorschriften unter Anleitung einer Fachkraft Geschirr spülen, Reinigung des Geschirrs „Essen auf Rädern“ Für Heizmaterial sorgen und Wohnung beheizen Müll, verdorbene Lebensmittel/Speisen Pflege der Pflanzen, Betreuung von Haustieren Durchführung kleinerer Reparaturen, Organisation von Fachleuten für erforderliche Reparaturen Rasen mähen, allgemeine Gartenarbeiten</p>
<b>HILFESTELLUNGEN</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Betreuung und Hilfe zur Selbsthilfe</b></li> <li>• <b>einfache pflegerische Hilfestellungen</b></li> </ul>	<p>Unterstützung, einfache Handreichungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Hilfestellung in der Eigeninitiative des Klienten Ausschließlich nach Anordnung und durch Begleitung von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Welche Tätigkeiten angelernt werden, wird im Einzelfall entschieden.</p>
<b>ALLGEMEINES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wahrung des Berufsgeheimnisses</b></li> <li>• <b>Einhaltung der Arbeitsanweisungen</b></li> <li>• <b>Fähigkeit zur Teamarbeit</b></li> <li>• <b>Weitergabe von Wünschen und Beschwerden</b></li> <li>• <b>Koordinations- und Kooperationsbereitschaft</b></li> <li>• <b>Berichterstattung über körperliche, seelische und soziale Auffälligkeiten</b></li> </ul>	
<b>DOKUMENTATION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Führen einer eigenen Dokumentation</b></li> </ul>	

Zahl: IVa-360-01-04

Bregenz, am 20.04.2009

**RICHTLINIE****des Sozialfonds zur Förderung der Hauskrankenpflege****Version 1.1.****1. Grundlage**

Die Grundlage dieser Richtlinie bilden das Gesetz über die Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz – SHG), LGBl.Nr. 1/1998, idgF, insbesondere § 6, Hilfe in besonderen Lebenslagen mit Abs 1 lit b und e sowie Abs 2, 3 und 6 bzw die Verordnung der Landesregierung über Arten, Form und Ausmaß der Sozialhilfe, über den Einsatz des eigenen Einkommens und Vermögens und den Kostenersatz (Sozialhilfeverordnung – SHV), LGBl.Nr. 14/2006, idgF, insbesondere § 2, Hilfe in besonderen Lebenslagen mit lit f und g.

**2. Zielsetzung**

Die Hauskrankenpflege ist ein organisierter mobiler Fachdienst von medizinisch ausgebildeten Pflegepersonen, mit der Aufgabe, für kranke und pflegebedürftige Menschen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung die notwendige fachlich qualifizierte Pflege zu leisten und sicherzustellen. Neben der (haus-)ärztlichen Betreuung bildet die Hauskrankenpflege eine Grundvoraussetzung für die Pflege zu Hause und die Hilfe zur Selbsthilfe.

Unter medizinisch ausgebildeten Pflegepersonen sind Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu verstehen. Unter deren Anleitung und Aufsicht können auch Pflegehelfer/innen bzw. Angehörige der Sozialbetreuungsberufe mit Pflegehelferabschluss in der Hauskrankenpflege eingesetzt werden.

Als Kriterium zur Ermittlung der notwendigen Anzahl an Pflegepersonen pro Krankenpflegeverein bzw. Region wurde vom Landesverband „Hauskrankenpflege Vorarlberg“ ein Personalbedarfsschlüssel ermittelt. Die zu versorgende Bevölkerungszahl aufgeteilt in Altersstufen (5 Jahre), die Patienten pro Altersstufe, die bei diesen erbrachte Pflegeleistung in Punkten, die durchschnittlichen Leistungspunkte pro Dienstposten, sowie die Haushaltsgrößen, Wegestruktur, Nacht- und Feiertagsdienst bilden die wesentlichen Grundlagen für diesen Schlüssel. Das ermittelte SOLL an Dienstposten beschreibt einerseits das quantitative

Entwicklungsziel des Leistungsangebotes und ist andererseits ein begrenzender Rahmen für die Förderung nach Pkt 4.3.2. (Personalkosten) dieser Richtlinie.

Ziel dieser Förderung ist

- die Sicherstellung eines verlässlichen und kontinuierlichen Angebotes der Hauskrankenpflege auf regionaler Ebene,
- die Aus- und Weiterbildung der Pflegepersonen,
- die Verbesserung der Pflegebehelfsausstattung der Vereine,
- ein Ausbau der Zusammenarbeit mit Laiendiensten und anderen Fachdiensten zur Sicherung der ganzheitlichen Betreuung im Nahraum (insbesondere Abklärung, Koordination, Beratung von Angehörigen im Einzelfall),
- die Initiierung und Mitwirkung beim Aufbau organisierter Laiendienste durch Schulung der Laien,
- die Verstärkung der regionalen Zusammenarbeit der Krankenpflegevereine zur Sicherung der Dienstleistung an Tagesrandzeiten (Abend, Nachtdienstbereitschaften), an Wochenenden (Bereitschaftsdienst), in Urlaubszeiten und bei länger dauernder Krankheit von Pflegefachkräften,
- fachliche Beratung betreffend Pflege und Betreuung im Einzugsgebiet der Krankenpflegevereine.

### 3. Förderungswerber

#### 3.1 Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg

Die Aufgaben des Landesverbandes sind:

- Unterstützung der Funktionäre durch Information und Beratung hinsichtlich Führung und Verwaltung ihrer Vereine
- Interessensvertretung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Projekte der Hauskrankenpflege (Personalbedarfsschlüssel, Leitbild, Erscheinungsbild, EDV-Vernetzung, etc)
- Teilnahme an und Durchführung von Veranstaltungen
- Erstellen von Statistiken
- Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen im ambulanten Pflegenetz Vorarlbergs.

#### 3.2 connexia - Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gGmbH - Ambulanter Bereich

Die Aufgaben der connexia im ambulanten Bereich sind:

- fachliche und organisatorische Unterstützung der Pflegepersonen

- Anlaufstelle für Fragen und Anliegen in der häuslichen Betreuung und Pflege sowie Beratung der verantwortlichen Gremien in Fachfragen (Serviceleistungen, Vernetzungs- bzw. Koordinationsarbeit)
- korrekte Leistungserfassung und –zusammenführung
- landesweite Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Hauskrankenpflege.

### 3.3 Krankenpflegevereine bzw. Pflegebehelfe-Pools der Vereine

Die Aufgaben umfassen

- fachliche Beratung und Begleitung in Gesundheitsfragen
- Anleitung und Begleitung für pflegende Angehörige
- Pflegeleistungen
- Zusammenarbeit mit Hausärzten bei der medizinischen Pflege
- Bereitstellung oder Vermittlung von Pflegebehelfen
- Bereitstellung oder Vermittlung von verschiedenen Hilfs- und Fachdiensten.

### 4. Ausmaß und Bedingungen der Förderung

Die Förderung darf nur nach Maßgabe der im Voranschlag des Sozialfonds bereitgestellten Mittel erfolgen und muss im Einklang mit der Widmung der betreffenden Voranschlagsstelle stehen.

Der Einsatz der Mittel des Sozialfonds nach den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit muss gewährleistet sein.

#### 4.1 Landesverband Hauskrankenpflege Vorarlberg

##### 4.1.1 Service- und Koordinationsaufgaben

Zur teilweisen Deckung der Aufwendungen für die Durchführung landesweiter Service- und Koordinationsaufgaben wird dem Landesverband ein jährlicher Beitrag gewährt. Die Gewährung dieses Beitrages ist an die Bedingung geknüpft, dass der Landesverband jährlich über die Aktivitäten (Tätigkeitsbericht) sowie die Ergebnisse (Bilanz, Kosten/Nutzenanalyse) Bericht erstattet.

##### 4.1.2 Aus und Weiterbildung

Für die Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonen wird ein jährlicher Beitrag gewährt. Die Auszahlung dieses Beitrages erfolgt an den Landesverband mit der Auflage, diesen nach den geltenden „Richtlinien des Landesverbandes Hauskrankenpflege für die Förderung der Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften in der Hauskrankenpflege“ zu verwalten. Weiters ist die Gewährung dieses Beitrages an die Bedingung geknüpft, dass der Landesverband jährlich über die widmungs- und richtliniengemäße Gewährung der Beiträge an die einzelnen Krankenpflegevereine berichtet.

## 4.2 connexia - Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gGmbH - Ambulanter Bereich

Zur teilweisen Deckung der Aufwendungen für die Durchführung landesweiter Service- und Koordinationsaufgaben wird der connexia ein jährlicher Beitrag gewährt. Die Gewährung dieses Beitrages ist an die Bedingung geknüpft, dass die connexia jährlich über die Aktivitäten (Tätigkeitsbericht) sowie die Ergebnisse (Bilanz, Kosten/Nutzenanalyse) Bericht erstattet.

## 4.3 Krankenpflegevereine bzw. Pflegebehelfe-Pools der Vereine

### 4.3.1 Pflegebehelfe

Gefördert werden Krankenpflegevereine bzw. Pflegebehelfe-Pools der Vereine. Auftraggeber der Lieferung oder Leistung muss der Verein bzw. der Pflegebehelfe-Pool sein, an welchen auch die Fakturierung erfolgt. Gefördert wird die Anschaffung von erforderlichen Pflegebehelfen mit 50 % des Bruttoanschaffungspreises. Die Anmietung und der Mietkauf von Pflegebehelfen werden mit 1/3 des Mietaufwandes gefördert. Sofern die Anschaffung und Anmietung von anderer Seite (Krankenkasse, Gemeinde, Spenden etc) zusätzlich gefördert wird, vermindert sich die Förderung entsprechend (maximal 100%ige Finanzierung).

Pflegebehelfe sind:

- Pflegebetten samt Zubehör (wie Hebegalgen, Urinflaschenhalter, Bettseitengitter, Lagerungskissen und –matratzen, Wechseldruckmatratzen)
- Beistelltische
- Toilettenstühle
- Badelifte
- Patientenhebergeräte
- Rollstühle
- Sterilisatoren.

Die Förderung anderer Pflegebehelfe als obgenannter wird im Einzelfall von der fördernden Stelle entschieden. Nicht gefördert werden Verbrauchsmaterialien sowie Gegenstände, deren Anschaffungskosten im Einzelfall weniger als € 363,36 inkl USt betragen. Die Auszahlung der Förderung erfolgt zweimal jährlich im Nachhinein. Für Rechnungen, die bis 31.7. eines jeden Jahres vorgelegt werden, erfolgt die Auszahlung im September des lfd. Jahres und für Rechnungen, die bis 31.12. eines jeden Jahres vorgelegt werden, erfolgt die Auszahlung im Jänner des Folgejahres.

### 4.3.2 Teilfinanzierung der Leistungen

Die Krankenpflegevereine finanzieren sich im Wesentlichen durch Eigenaufbringung (Mitgliedsbeiträge, Spenden, freiwilliger Pflegebeitrag und andere Aktivitäten), durch

öffentliche Zuschüsse (z.B. Sozialfonds, Gemeinden) sowie durch Leistungsabgeltung der medizinischen Hauskrankenpflege von Seiten der Sozialversicherungsträger.

Zur Abgeltung der erbrachten Leistungen der Krankenpflegevereine werden jährlich Kostenbeiträge aufgrund der Ergebnisse des Vorjahres bereitgestellt und auf die örtlichen Vereine aufgeteilt.

Die Verteilung dieses Gesamtkostenbeitrages auf die Krankenpflegevereine erfolgt nach einem Schlüssel mit folgenden Komponenten:

- a) Leistungen der Vereine (Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen)  
15 % des Gesamtkostenbeitrages werden nach den Leistungen der Vereine bei der Mittelaufbringung anteilig auf die einzelnen Vereine verteilt.

Berechnung: 15 % des Gesamtkostenbeitrages dividiert durch die Gesamteinnahmen der Mitgliedsbeiträge aller Krankenpflegevereine multipliziert mit den Einnahmen der Mitgliedsbeiträge pro Krankenpflegeverein ergibt die Teilbeitragsquote eines Krankenpflegevereines.

- b) Leistungspunkte (dokumentierte Leistungen der Pflegepersonen)  
15 % des Gesamtkostenbeitrages werden nach dokumentierten Leistungen (Punkte) der Pflegepersonen der Hauskrankenpflege anteilig auf die einzelnen Vereine verteilt.

Berechnung: 15 % des Gesamtkostenbeitrages dividiert durch die gesamten dokumentierten Leistungspunkte aller Krankenpflegevereine multipliziert mit den dokumentierten Leistungspunkten pro Krankenpflegeverein ergibt die Teilbeitragsquote eines Krankenpflegevereines.

Um zu große Differenzen bei der Förderung nach Leistungspunkten auszugleichen, wird eine Deckelung in der Form praktiziert, dass beim einzelnen Krankenpflegeverein nur ein Wert bis max. + 15% über der landesweit jährlichen, durchschnittlichen Leistungspunktezahl pro Vollzeit-Dienstposten als Berechnungsbasis akzeptiert wird.

- c) Personalkosten  
70 % des Gesamtkostenbeitrages werden nach den Personalkosten für das Pflegepersonal (ohne Verwaltung), Bruttolohnkosten einschließlich Lohnnebenkosten, ohne Abfertigungsrückstellungen, anteilig auf die einzelnen Vereine verteilt.

Lohnkostenverrechenbare sonstige Einnahmen und Rückvergütungen sind von der Lohnkostensumme abzuziehen. Abfertigungen werden ausschließlich im Jahr des Anfalls den Lohnkosten zugerechnet.



Weiters sind die Tätigkeiten des Pflegepersonals für mobile Hilfsdienste bzw andere vereinseigene Hilfskräfte (Schulung, Einsatzleitung, ...) zeitlich zu erfassen und anteilig von den Gesamtpersonalkosten auszugrenzen.

Berechnung: 70 % des Gesamtkostenbeitrages dividiert durch die gesamten Personalkosten aller Krankenpflegevereine multipliziert mit den Personalkosten pro Krankenpflegeverein ergibt die Teilbeitragsquote eines Krankenpflegevereines.

Der Personalbedarfsschlüssel mit den SOLL Dienstposten eines Krankenpflegevereines bildet den begrenzenden Rahmen für die Personalkosten. Eine Überschreitung bis max. + 15% wird akzeptiert.

Von der connexia werden die Ergebnisse für die Verteilung der Beitragskomponente „Leistungspunkte“ monatlich erfasst, ausgewertet und den Vereinen zur Verfügung gestellt. Der Landesverband erhält eine jährliche Auswertung. Regelmäßige Kontrollen der Leistungsdokumentation in Zusammenarbeit mit der connexia sollen das einheitliche und korrekte Dokumentieren sichern. Eine Prüfung im Einzelfall kann notwendig sein.

Vom Landesverband werden jährlich die Ergebnisse der Leistungen der Vereine, die Anzahl der Dienstposten und die Personalkosten der Pflegepersonen nach den geltenden Richtlinien erhoben. Diese Daten sind vom Landesverband zusammen mit den Daten der Leistungspunkte jährlich im Nachhinein bis zum 30.4. an das Amt der Landesregierung zu übermitteln.

Anhand dieser Daten erfolgt seitens des Amtes der Landesregierung die Berechnung der Förderungshöhe nach Pkt 4.3.2. dieser Richtlinie sowie die Zahlungsabwicklung an die Krankenpflegevereine einmal jährlich (Juni).

**4.3.3 Infrastruktur**

**4.3.3.1 Verwaltung**

Verschiedene Krankenpflegevereine haben Teilzeit-Verwaltungskräfte angestellt, weil die zunehmende Verwaltungsarbeit im Rahmen der ehrenamtlichen Verwaltungstätigkeit nicht mehr zu bewältigen war. Der dadurch entstehende Personalaufwand in der Verwaltung soll mit einem Pauschalbeitrag gefördert werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Krankenpflegeverein einen freiwilligen Pflegebeitrag einhebt. Berücksichtigt werden die Einwohnerzahl im Versorgungsgebiet des Krankenpflegevereines und ein festgelegtes Höchstausmaß der Leistungsstunden in der Verwaltung:

bis 5.000 Einwohner	bis max 200 Stunden jährlich
über 5.000 bis 10.000 Einwohner	bis max 400 Stunden jährlich
über 10.000 Einwohner	bis max 700 Stunden jährlich

Gefördert werden 50% der unter diesen Begrenzungen nachgewiesenen Leistungsstunden in der Verwaltung. Die förderbare Stundenzahl wird mit dem Faktor 25 multipliziert und ergibt den Geldwert der Förderungshöhe.

**4.3.3.2 Pflegeleitung (Einsatzleitung)**

Die Pflegeleitungen (Einsatzleitungen) haben gemäß Stellenbeschreibung sehr umfangreiche organisatorische und beratende Aufgaben, die in ihrem Umfang ständig zunehmen (Case-Management, Beratungen, ...). Dadurch können sie immer weniger in der direkten Pflege beim Patienten tätig sein, was sich in einem deutlichen Rückgang der förderbaren Leistungspunkte und damit der Finanzierung seitens der öffentlichen Hand auswirkt. Deshalb ist es erforderlich, die Tätigkeit der Pflegeleitungen (Einsatzleitungen) zusätzlich zu finanzieren. Als Förderung werden Pauschalbeträge für Pflegeleitungen (Einsatzleitungen) von Krankenpflegevereinen gemäß nachstehender Berechnung gewährt:

Einzugsgebiet	Anteil für Pflegeleitungen (Einsatzleitungen) an der Arbeitszeit in % und Stunden (Basis: 1.600 Stunden jährlich)
bis 3.000 Einwohner	5 % (80 Stunden)
über 3.000 bis 5.000 Einwohner	7 % (112 Stunden)
über 5.000 bis 8.000 Einwohner	9 % (144 Stunden)
über 8.000 bis 12.000 Einwohner	11 % (176 Stunden)
über 12.000 bis 16.000 Einwohner	13 % (208 Stunden)
über 16.000 bis 30.000 Einwohner	15 % (240 Stunden)
über 30.000 Einwohner	17 % (272 Stunden)

Die förderbare Stundenzahl wird mit dem Faktor 39 multipliziert und ergibt den Geldwert der Förderungshöhe.

**4.3.3.3 Regionale Pflegeleitung (Poolbildung)**

Die künftige Bildung von regionalen Pflegepools unter benachbarten Krankenpflegevereinen einer Region erhöht die Effizienz der Auslastung des Pflegepersonals. Dienstleistungen an Tagesrandzeiten (Abenddienste, Nachtdienste) sowie Wochenendbereitschaftsdienste können besser angeboten werden. Urlaubszeiten und Krankheitsausfälle von Pflegekräften können ausgeglichen werden. Zudem ist ein Mehr an Erfahrungsaustausch, Weiterbildung und Qualitätskontrolle möglich. Die Eigenständigkeit der beteiligten Krankenpflegevereine soll bei einer regionalen Poolbildung erhalten werden. Zur teilweisen Bedeckung des Aufwandes für die regionale Pflegeleitung werden Pauschalbeträge gemäß nachstehender Berechnung gewährt. Bei der Berechnung werden die zwei wesentlichen Einflussfaktoren „Aufwand an der Arbeitszeit“ und „Anzahl der Pflegekräfte im regionalen Pool“ berücksichtigt:

Einzugsgebiet	Anteil der regionalen Pflegeleitung an der Arbeitszeit in % und Stunden (Basis: 1.600 Stunden jährlich)
bis 5.000 Einwohner	15 % (240 Stunden)
über 5.000 bis 10.000 Einwohner	20 % (320 Stunden)
über 10.000 bis 15.000 Einwohner	25 % (400 Stunden)
über 15.000 bis 20.000 Einwohner	30 % (480 Stunden)
über 20.000 bis 30.000 Einwohner	35 % (560 Stunden)
über 30.000 Einwohner	40 % (640 Stunden)

Anzahl der Pflegekräfte im regionalen Pool	Zuschlag in % auf die Stundenzahl
bis 5 Pflegekräfte	10 %
über 5 bis 10 Pflegekräfte	20 %
über 10 bis 15 Pflegekräfte	30 %
über 15 Pflegekräfte	40 %

Die förderbare Stundenzahl wird mit dem Faktor 39 multipliziert und ergibt den Geldwert der Förderungshöhe.

#### 4.3.3.4 Dienstfahrzeuge (Auto)

Um eine bestmögliche Mobilität zu erreichen werden die Krankenpflegevereine bei der Anschaffung von Dienstfahrzeugen unterstützt. Der Beitrag für den Ankauf eines Neuwagens beträgt €4.000,00.

#### 4.3.3.5 Investitionen

Für den Neuerwerb, Aus- und Umbau von Räumlichkeiten der Krankenpflegevereine werden Beiträge gewährt. Voraussetzung für die Gewährung dieses Beitrages ist, dass sich der Krankenpflegeverein sowie die Standortgemeinde zu gleichen Teilen an den Gesamtkosten beteiligen (Drittel-Lösung).

Als Gesamtkosten gelten Kosten, die um eventuelle Preis- und Zahlungsnachlässe sowie um mögliche Steuervorteile (zB Vorsteuerabzugsberechtigung) verringert wurden.

## 5. Antragstellung

Die Antragstellung zur Förderung hat in schriftlicher Form zu erfolgen. Die für die Antragstellung notwendigen Unterlagen (Kostenvoranschläge, Originalrechnungen und Zahlungsbestätigungen, Bilanzen, Kosten/Nutzenanalyse, Berichte, Zusammenstellung der Daten, etc) sind dem Antrag beizulegen. Der Förderungswerber ist verpflichtet, im Förderungsansuchen vollständige Angaben über beabsichtigte, laufende oder erledigte Förderungsansuchen zum gleichen Vorhaben bei anderen Rechtsträgern oder Dienststellen zu machen.

## 6. Förderungszusage

Die Zusage der Förderung erfolgt schriftlich und kann weitere Bedingungen und Auflagen erhalten.

In der Förderungszusage ist auszubedingen, dass

- der Förderungswerber den Organen des Sozialfonds sowie den Organen des Landes Überprüfungen des Förderungsvorhabens durch Einsicht in die betreffenden Bücher, Belege und Unterlagen und durch Besichtigungen an Ort und Stelle zu gestatten und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen hat,
- der Förderungswerber der für die Gewährung der Förderung zuständigen Abteilung über die Ausführung des Vorhabens zu berichten sowie den schriftlichen Verwendungsnachweis der Förderung mit Originalrechnungen samt den Originalzahlungsnachweisen und einen Gesamtfinanzierungsnachweis über das geförderte Vorhaben zu übermitteln hat,
- der Förderungswerber künftige Förderungsansuchen zum gleichen Vorhaben bei anderen Rechtsträgern oder Dienststellen der für die Gewährung der Förderung zuständigen Abteilung gleichzeitig mit der Antragstellung mitzuteilen hat,
- die Förderungszusage ihre Wirksamkeit verliert und Geldzuwendungen zurückzahlen oder sonst gewährte Förderungen zurückzuerstatten sind, wenn
  - die Förderung auf Grund unrichtiger oder unvollständiger Angaben des Förderungswerbers erlangt wurde, oder
  - die geförderte Leistung aus Verschulden des Förderungswerbers nicht oder nicht rechtzeitig ausgeführt wurde oder ausgeführt wird, oder
  - die Förderung widmungswidrig verwendet wird, oder
  - Überprüfungen durch Organe des Sozialfonds bzw des Landes verweigert oder behindert werden, oder
  - über das Vermögen des Förderungswerbers ein Insolvenzverfahren eröffnet bzw mangels Deckung abgewiesen wurde, oder
  - die vorgeschriebenen Bedingungen und Auflagen aus Verschulden des Förderungswerbers nicht erfüllt werden.

Weiters wird der Förderungswerber darauf hingewiesen, dass

- Geldzuwendungen, die gemäß lit d zurückzahlen sind, vom Tage der Auszahlung an bis zur gänzlichen Rückzahlung mindestens mit dem für diesen Zeitraum

jeweils geltenden Referenzzinssatz gemäß Art I § 1 Abs 2 des 1. Euro-Justiz-Begleitgesetzes, BGBl I Nr 125/1998, kontokorrentmäßig verzinst werden.

- b) sich derjenige, der eine ihm gewährte Förderung missbräuchlich zu anderen Zwecken als zu jenen verwendet, zu denen sie gewährt worden ist, gemäß § 153 b des Strafgesetzbuches strafbar macht.

### **7. Kennzeichnung von Unterlagen**

Die für die Gewährung der Förderung vorgelegten Originalrechnungen und sonstigen Originalunterlagen werden mit der Stampiglie „Gefördert aus Mitteln des Sozialfonds“ gekennzeichnet um unzulässigen Mehrfachförderungen entgegenzuwirken.

### **8. Förderungsevidenz**

Die gewährten Förderungen sind bei der zuständigen Abteilung zentral zu erfassen.

### **9. Kontrolle**

Die widmungsgemäße Verwendung der Förderungen ist von den für die Gewährung der Förderung zuständigen Organen des Sozialfonds oder des Landes Vorarlberg zu kontrollieren. Dabei ist zu prüfen, ob die geförderten Maßnahmen ordnungsgemäß erbracht und die in der Förderungszusage enthaltenen Auflagen und Bedingungen erfüllt worden sind.

Die Kontrolle der widmungsgemäßen Verwendung der gewährten Förderung hat durch Einsicht in die betreffenden Bücher, Belege und Unterlagen und durch stichprobenartige Kontrollen an Ort und Stelle (Augenschein) zu erfolgen. Die Kontrolldichte solcher stichprobenartigen Kontrollen an Ort und Stelle hat sich nach dem Gefahrenpotenzial einer missbräuchlichen Förderungsverwendung sowie dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu richten.

Über die Kontrollen an Ort und Stelle ist ein Bericht abzufassen, der folgende Angaben zu enthalten hat:

- Datum und Ort der Kontrolle
- Gegenstand der gewährten Förderung (kurze Beschreibung des geförderten Vorhabens)
- Höhe der gewährten Förderung
- Angaben darüber, was bei der Kontrolle eingesehen bzw kontrolliert wurde
- allfällige Abweichungen des ausgeführten Vorhabens vom geförderten Vorhaben
- allfällig festgestellte Beanstandungen einschließlich der Notwendigkeit, die Behebung des Mangels zu überprüfen
- allfällige weitere förderungsrelevante Tatsachen
- Zeitdauer der Kontrolle
- Name und Unterschrift des Kontrollierenden.

Die Abs 1 bis 3 sind auf Förderungen, bei denen gleichwertige Kontrollen durch andere Institutionen gesichert sind, nicht anzuwenden.

### **10. Förderungsmisbrauch**

Die für die Gewährung von Förderungen zuständige Abteilung ist gemäß § 78 der Strafprozessordnung zur Anzeige der ihr in ihrem gesetzmäßigen Wirkungsbereich bekannt gewordenen strafbaren Handlungen an die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft verpflichtet.

### **11. Verwendung von Begriffen**

Soweit in dieser Richtlinie Begriffe verwendet werden, kommt ihnen keine geschlechtsspezifische Bedeutung zu. Sie sind bei der Anwendung auf bestimmte Personen in der jeweils geschlechtsspezifischen Form zu verwenden.

### **12. Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

Diese Richtlinie tritt mit 01.01.2009 in Kraft.

Mit Inkrafttreten dieser Richtlinie tritt die Richtlinie des Sozialfonds zur Förderung der Hauskrankenpflege Version 1.0 (Beschluss des Kuratoriums des Sozialfonds am 08.05.2008) außer Kraft.

## Entwicklung der Berichte

Mit dem Grundsatzbeschluss der Vorarlberger Landesregierung vom 12. Dezember 1978 zur Durchführung und Förderung der Hauskrankenpflege wurde auch der Grundstein für die landesweit einheitliche Dokumentation der Leistungen der Hauskrankenpflege gelegt. Diese Dokumentation ermöglichte auch die ausführliche Darstellung der Tätigkeiten und Leistungen der Hauskrankenpflege ab 1979 in folgenden Berichten:

- 1979 bis 1989 jeweils in Jahresberichten
- 1992 im Handbuch „Hauskrankenpflege in Vorarlberg“, darin enthalten die Jahresberichte 1990 und 1991
- 1995 im Bericht „Hauskrankenpflege in Vorarlberg 1992, 1993 und 1994“
- 1998 im Bericht „Hauskrankenpflege in Vorarlberg 1995, 1996 und 1997“

Im Jahr 2001 begann die Ausweitung der Berichte auf weitere organisierte Dienste, die neben der Hauskrankenpflege zur Sicherung der Betreuung und Pflege zu Hause beitragen:

- 2001 im Bericht „Mobile Hilfsdienste, Familienhilfe-Fachdienst, Hauskrankenpflege-Fachdienst 1998, 1999 und 2000“
- 2004 im Bericht „Unterstützung der Pflege zu Hause 2001, 2002, 2003“
- 2007 im Bericht „Unterstützung der Pflege zu Hause 2004, 2005, 2006“

Daran anknüpfend wird im vorliegenden Bericht die Entwicklung 2007 bis 2009 folgender Maßnahmen und Leistungen zur Sicherung der Betreuung und Pflege zu Hause dargestellt:

- Rund um die Pflege daheim
- Rufhilfe
- Hospizbewegung mit dem Mobilen Palliativteam
- Mobile Hilfsdienste
- Betreuungspool Vorarlberg
- aqua Heimhilfe
- Hauskrankenpflege
- Mobile KinderKrankenPflege

Aus Gründen der Übersichtlichkeit enthält der Anhang zum Bericht nur einige ausgewählte Tabellen. Die gesamten Tabellen zum Berichtsteil „Hauskrankenpflege“ können unter [info@connexia.at](mailto:info@connexia.at) angefordert werden.

### Impressum

Layout zeughaus.com  
 Umschlag und Bildgestaltung kaleido.cc  
 Satz Andrea Kratzer, connexia  
 Fotos larswieser.com, Georg Alfare (Seite 58)  
 Druck Höfle Druck, Dornbirn

## Herausgeber

Amt der Vorarlberger Landesregierung,  
Abteilung Gesellschaft und Soziales, Bregenz  
[www.vorarlberg.at](http://www.vorarlberg.at)

connexia – Gesellschaft für Gesundheit  
und Pflege gem. GmbH  
[www.connexia.at](http://www.connexia.at)

Bregenz, September 2010