



REPUBLIK ÖSTERREICH

**NATIONALER BERICHT ÜBER
STRATEGIEN FÜR
SOZIALSCHUTZ UND SOZIALE
EINGLIEDERUNG**

NATIONALER BERICHT ÜBER STRATEGIEN FÜR SOZIALSCHUTZ UND SOZIALE EINGLIEDERUNG

TEIL 1 – ALLGEMEINER ÜBERBLICK	3
1.1. Herausforderungen	3
1.2. Strategischer Ansatz	6
1.3. Zentrale Botschaften	9
TEIL 2 – SOZIALE EINGLIEDERUNG	11
2.1. Bekämpfung der Armut und sozialen Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen	11
2.1.1. Kinderbetreuungseinrichtungen	11
2.1.2. Schule	12
2.1.3. Arbeitsmarktoffensive für Jugendliche	13
2.1.4. Unterhaltsvorschüsse für Alleinerzieher/innen	14
2.1.5. Gesundheitspolitische Programme	14
2.1.6. Soziale Betreuung in Krisensituationen	14
2.1.7. Resozialisierung straffälliger Jugendlicher	15
2.1.8. Kinderrechte	16
2.2. Mehr Chancen am Arbeitsmarkt	16
2.2.1. Langzeitarbeitslose Personen	16
2.2.2. Ältere Personen	17
2.2.3. Frauen	18
2.2.4. Migrant/innen	18
2.2.5. Personen mit geringer Ausbildung	19
2.3. Mehr Teilhabe für behinderte Personen	19
2.3.1. Förderungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche	19
2.3.2. Berufliche Förderungsmaßnahmen für behinderte Jugendliche: „Clearing“	20
2.3.3. Berufliche Förderungsmaßnahmen für behinderte Personen im Erwerbsalter	20
2.3.4. Förderungsmaßnahmen für schwer beeinträchtigte Personen	21
2.3.5. Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen	22
2.4. Mitwirkung der Akteure	22
TEIL 3 – NATIONALE STRATEGIEBERICHTE PENSIONEN	24
3.1. Angemessenheit der Renten	24
3.2. Finanzierbarkeit der Rentensysteme	25
3.3. Modernisierung der Rentensysteme	25
TEIL 4 – NATIONALE STRATEGIEN FÜR GESUNDHEIT UND LANGZEITPFLEGE	26
4.1. Zusammenfassung	26
4.2. Gesundheit	28
4.2.1. Kurze Beschreibung des Gesundheitssystems	28
4.2.2. Zugänglichkeit	29
4.2.3. Qualität	30
4.2.3.1. Überblick über die Entwicklung der Qualitätsarbeit im österreichischen	30
4.2.4. Langfristige Finanzierbarkeit	33
4.3. Langzeitpflege	35
4.3.1. Kurzbeschreibung	35
4.3.2. Zugänglichkeit	35
4.3.3. Qualität	38
4.3.4. Finanzielle Nachhaltigkeit	40
TEIL 5 – ÜBERSICHT ZU DEN ANHÄNGEN	41

TEIL 1 – ALLGEMEINER ÜBERBLICK

1.1. Herausforderungen

Die zentralen Herausforderungen im Kontext dieses Strategieberichts sind

- 1) mehr Chancen für benachteiligte Kinder und Jugendliche,
- 2) eine höhere Erwerbsbeteiligung von arbeitsmarktfernen Personen,
- 3) eine bessere soziale Teilhabe von Personen mit körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen und
- 4) Anpassungen der wohlfahrtsstaatlichen Systeme an den demografischen Wandel.

Verhinderung der Vererbung von Armut

Vielfach ist Armut und soziale Ausgrenzung im Erwachsenenalter die Folge von Benachteiligungen in der Kindheit. Entwicklungshemmende Faktoren in den frühen Lebensabschnitten sind v.a. ein geringes Einkommen der Eltern, eine schlechte Bildung und Ausbildung, ein belastender Gesundheitszustand und ein gespanntes familiäres Umfeld.

Die Einkommensarmutsgefährdung betrug laut SILC 2004 12,8% (2003: 13,2%) und liegt um 3 Prozentpunkte unter der EU-25 Quote. Der Armutsgefährdungsschwellenwert ist in Österreich kaufkraftbereinigt um 25% höher als im EU-25 Durchschnitt (um 13% höher als im EU-15 Durchschnitt). Die monetäre Armutsgefährdung von Kindern und Jugendlichen (bis 15 Jahre) liegt mit 15% um ca. 3 Prozentpunkte über der generellen Armutsgefährdungsquote. Sie konzentriert sich v.a. auf Haushalte, in denen die Eltern nicht ausreichend beruflich eingebunden sind.

Die Erwerbstätigkeit der Mütter reduziert die monetäre Armutsgefährdung um bis zu zwei Drittel: in Alleinerzieherinnenhaushalten von 47% auf 16%, in Haushalten mit 3 und mehr Kindern von 29% auf 16%, in Haushalten mit 2 Kindern von 17% auf 5% und in Haushalten mit einem Kind von 13% auf 6%.

Gemäß einer Studie von Statistik Austria besteht ein zusätzlicher Bedarf an ca. 18.000 Kinderbetreuungsplätzen (ohne Wien). Ein ausreichendes Angebot an Betreuungseinrichtungen ist eine Vorbedingung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und für mehr berufliche Chancen von Frauen. Betreuungseinrichtungen für Kinder sind auch einer Vorbereitung für die schulische Laufbahn förderlich, v.a. für Kinder aus bildungsfernen Familien.

Der Anteil der 18- bis 24-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss, die nicht in Ausbildung stehen (= „frühe Schulabgänger/innen“) sank von 10,2% im Jahr 2000 auf 9% im Jahr 2005 (Frauen 8,5%, Männer 9,4%). Der EU-25-Durchschnitt beträgt 15,2% (EUROSTAT). Das EU-Ziel, dass bis 2010 mindestens 85% der 20- bis 24-Jährigen die Sekundarstufe II abgeschlossen haben sollen, wurde in Österreich bereits erreicht. Österreich liegt bei 85,9%, der EU-Durchschnitt liegt bei 76,9%.

Besondere Herausforderungen liegen bei den Migrant/innen-Jugendlichen, deren Anteil der frühen Schulabgänger/innen höher ist, als bei den Österreicher/innen. (25% „frühe Schulabgänger/innen“ gegenüber 7% bei Österreicher/innen) (Statistik Austria). Zur besseren Integration für Kinder mit nicht-deutscher Muttersprache werden daher bereits im Kindergarten jene Kinder, die der Unterrichtssprache Deutsch nicht ausreichend mächtig sind, gefördert. Auch in der Volksschule werden Kinder, die die Unterrichtssprache Deutsch nicht ausreichend verstehen, mit 11 Wochenstunden intensivem Deutschunterricht gefördert.

Erwerbschancen für benachteiligte Personengruppen

Die ersten 5 Jahre dieses Jahrzehnts waren in Österreich so wie in den meisten EU-15 Staaten von einem im langfristigen Vergleich unterdurchschnittlichen Wirtschaftswachstum bestimmt. Die Arbeitslosenquote gemäß EUROSTAT nahm in Österreich von 3,6% im Jahr 2000 auf 5,2% im Jahr 2005 zu (Frauen: 5,5%, Männer: 4,9%). Die Beschäftigungsquote stieg gemäß EUROSTAT in Österreich von 68,5% auf 68,6% (aufgrund einer Umstellung der Stichprobe der Arbeitskräfteerhebung im Jahr 2004 wird der Anstieg der Beschäftigungsquote unterschätzt, wie auch der Anstieg der Arbeitslosigkeit überschätzt wird). Bei den Frauen war ein Ansteigen von 59,6% auf 62% und bei den Männern ein Rückgang von 77,3% auf 75,4% zu verzeichnen. Die Arbeitslosigkeit ist 2005 deutlich niedriger als im EU-25-Raum (8,8%) und die Beschäftigungsquote deutlich höher (63,8%).

Eine für arbeitsmarkt- und sozialpolitische Maßnahmen besonders relevante Zielgruppe sind Personen in erwerbslosen Haushalten. Im Jahr 2000 lebten 4% der bis 17-Jährigen und 8% der 18- bis 59-Jährigen in Haushalten, in denen niemand erwerbstätig ist. 2005 waren es 6% bzw. 9% (EUROSTAT). Das Ausmaß der Einbindung in den Arbeitsmarkt hat unmittelbare Auswirkungen auf das Armutsgefährdungsrisiko. Die Armutsgefährdung von nicht erwerbstätigen Personen im erwerbsfähigen Alter beträgt 2004 18% und sinkt auf 8% bei erwerbstätigen Menschen.

Mehr als ein Drittel der arbeitslosen Frauen und Männer hat keine den Pflichtschulabschluss übersteigende Schulbildung aufzuweisen (AMS). Im Jahr 2005 lag die Arbeitslosenquote von Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (10,2%, Frauen 9,8%, Männer 10,6%) über dem doppelten Wert der Personen mit einem höheren Abschluss (4%) (Statistik Austria). Im Hinblick auf die Wohnbevölkerung Österreichs bei den 25- bis 64-Jährigen konnten in den letzten zehn Jahren große Erfolge verzeichnet werden: Gab es 1995 noch 30,3% der Frauen und Männer mit maximal einem Pflichtschulabschluss, waren es 2005 nur noch 19,4%.

Einkommensarmutsgefährdung trotz Erwerbstätigkeit tritt im überdurchschnittlichen Ausmaß bei Personen mit niedrigen Erwerbseinkommen auf. Die Armutsgefährdung von Personen mit monatlichen Bruttoerwerbseinkommen unter €1.000 monatlich liegt bei 23%. Teilzeitbeschäftigung über 20 Wochenstunden führt nur dann zu erhöhter Armutsgefährdung, wenn dies das einzige Erwerbseinkommen im Haushalt ist (SILC 2004).

Die Armutsgefährdung von Migrant/innenhaushalten (27%) ist unter anderem darauf zurück zu führen, dass Migrant/innen v.a. in Wirtschafts- und Berufszweigen mit einem hohen Arbeitslosigkeitsrisiko beschäftigt sind (65% Hilfsarbeiter).

Die Frauenbeschäftigung ist weiter angestiegen. Es ist eine stärkere Erwerbsbeteiligung von Frauen, eine stabilere Einbindung in den Arbeitsmarkt und eine Reduktion der geschlechtsspezifischen Lohnunterschiede (Anteil des durchschnittlichen Bruttostundenlohns der Frauen an dem der Männer 82%, SILC 2004) erkennbar.

Eine besondere Herausforderung stellt die Erhöhung der Erwerbschancen von älteren Menschen dar. Die Beschäftigungsquote der 55- bis 64-Jährigen stieg in Österreich laut EUROSTAT von 28,8% im Jahr 2000 auf 31,8% im Jahr 2005 (Frauen 22,9%, Männer 41,3%). Eine stärkere Arbeitsmarktbeteiligung von älteren Menschen ist nicht nur zur nachhaltigen Finanzierung des Wohlfahrtsstaates und zur besseren Ausschöpfung des volkswirtschaftlichen Potentials erforderlich, sie trägt auch zur Stärkung der sozialen Kohäsion bei, da ältere Personen überdurchschnittlich oft eine unzureichende Ausbildung haben und in schlechterer gesundheitlicher Verfassung sind.

Der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter, die an Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen, ist von 8% im Jahr 2000 auf 14% im Jahr 2005 angestiegen (EUROSTAT) und liegt nun über dem EU-25 Durchschnitt (11%). Die Beteiligung von Personen mit überdurchschnittlichen Arbeitsmarktproblemen (geringe Ausbildung, ältere Menschen, Personen mit Migrationshintergrund) muss jedoch weiter forciert werden. Laut

Arbeitskräfteerhebung liegt die Beteiligung von Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (4%) um zwei Drittel unter der durchschnittlichen Beteiligung.

Für das Jahr 2006 prognostizieren die Wirtschaftsforschungsinstitute ein Wirtschaftswachstum von bis zu 3%. Mit einer deutlichen Erhöhung der Beschäftigungsquote und einer Reduktion der Arbeitslosigkeit kann gerechnet werden. Die Arbeitslosigkeit ist 2005 deutlich niedriger als im EU-25-Raum (8,8%) und die Beschäftigungsquote deutlich höher (63,8%).

Verbesserung der sozialen und ökonomischen Teilhabe von Personen mit körperlichen, psychischen und geistigen Beeinträchtigungen

665.000 Personen (ca. 8% der Bevölkerung) geben laut SILC 2004 an, sehr stark bei der Verrichtung alltäglicher Arbeiten beeinträchtigt zu sein. Nach Altersgruppen gegliedert sind es jeweils ca. 330.000 Personen im erwerbsfähigen Alter und über 65 Jahre (für Kinder und Jugendliche bestehen keine zuverlässigen Daten).

Aufgrund der niedrigen Beschäftigungsquote (36% der 20- bis 64-Jährigen laut SILC 2004), der höheren Arbeitslosenquote (11% SILC 2004) und der unterdurchschnittlichen Pensionshöhen dieser Bevölkerungsgruppe liegt die monetäre Armutsgefährdung mit 19% um 6 Prozentpunkte über dem generellen Durchschnitt.

Das starke Engagement der öffentlichen Hand (siehe 2.3.) hat einen Rückgang der Arbeitslosigkeit von behinderten Personen bewirkt. Die Zahl der beim AMS arbeitslos gemeldeten Personen ging von 32.100 auf 28.500 (AMS) im Zeitabschnitt 2000 bis 2005 zurück.

Dem Wunsch der Eltern nach integrativen Schulformen (gemeinsamer Unterricht von behinderten und nichtbehinderten Kindern) wird im steigenden Ausmaß Rechnung getragen. Die Zahl der Schüler/innen in Sonderschulen nahm von 1997 bis 2005 um 20% ab, während die Zahl der Schüler/innen mit heilpädagogischem Förderbedarf in integrativen Schulformen um über 60% zunahm (Statistik Austria). Diese Erfolge sind auf die zahlreichen Maßnahmen zur besseren Integration von Kindern und Jugendlichen mit Handicaps im Schulbereich zurück zu führen.

Demografischer Wandel

Die Zahl der Über-60-Jährigen wird laut Statistik Austria von 1,8 Mio. im Jahr 2004 auf 2,7 Mio. im Jahr 2030 (+50%) ansteigen. Diese starke Zunahme der älteren Menschen kann nicht ausschließlich durch das Pensionssystem aufgefangen werden. Wesentliche Pfeiler der Pensionsreformen von 2000 bis 2004 waren eine Anhebung des Pensionsanfallsalters und Anreize für eine längere Beschäftigungskarriere.

Der erwartete noch stärkere prozentuelle Anstieg der betagten Personen (über 75 Jahre) von 620.000 auf 970.000 im Jahr 2030 (+54%) wird den Bedarf an Leistungen des Gesundheitswesens und der Pflegevorsorge erhöhen.

Für das Gesundheitswesen stellen sich die Herausforderungen, einen niederschweligen und gleichen Zugang zu den Versorgungsleistungen auch weiterhin zu sichern, das zum Teil existierende soziale, geschlechtsspezifische und regionale Gefälle im Gesundheitszustand durch mehr und zielgruppenspezifischere Präventionsangebote abzubauen, Schnittstellenprobleme innerhalb der Gesundheitsangebote und zwischen Gesundheits- und Pflegesektor zu lösen, qualitative Standards weiterzuentwickeln und eine nachhaltige finanzielle Absicherung zu gewährleisten. Die Gesundheitsreform 2005 hat zur Bewältigung dieser Aufgaben die Basis gelegt.

Bei den Pflegedienstleistungen besteht ein steigender Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal für häusliche, ambulante und stationäre Betreuung. In den letzten Jahren ist vieles im Pflege- und Altenbetreuungsbereich umgesetzt worden: Das Pflegegeld wurde erstmals seit 10 Jahren valorisiert, die Familienhospizkarenz und die begünstigte Selbstversicherung für pflegende Angehörige eingeführt, das Bausparen auch für die Pflegevorsorge geöffnet und über 13.000 Arbeitslose zu wertvollen Pflegern ausgebildet. Da der Großteil der Pflege (über 80%) durch Familienangehörige geschieht, wird es aufgrund der steigen-

den Erwerbsbeteiligung der Frauen und der stärkeren räumlichen Trennung der Familienmitglieder erforderlich sein, vor allem die mobilen Hilfen weiter auszubauen und die pflegenden Familienangehörigen noch stärker durch Beratung, entlastende Dienste und materielle Hilfen zu stützen. Die Vereinbarkeit von Beruf und häuslicher Pflege muss weiter verbessert werden.

Kurzfristig gilt es nun einen legalen Ausbau der Betreuungskräfte in Österreich vorzunehmen und die pflegenden Angehörigen im Pflegealltag noch mehr als bisher zu entlasten. Mittelfristig müssen wir den Ausbau der mobilen Betreuung zu Hause forcieren und den Übergang von Spital in die Pflege oder Betreuung zu Hause, also das Entlassungsmanagement, verbessern.

1.2. Strategischer Ansatz

Die wohlfahrtsstaatlichen Transfers (inklusive Pensionen) und das Angebot an Sozial- und Gesundheitsdiensten sind tragende Säulen für die soziale Kohäsion in Österreich. Sie bewirken eine Reduktion der Einkommensarmut der Gesamtbevölkerung um mehr als zwei Drittel von 42% auf 13% (bei den Haushalten ohne Pensionsbezug von 30% auf 12%) (SILC 2004). Außerdem leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag, um Hilfen in Notlagen zur Verfügung zu stellen und die Chancen für gesellschaftliche Teilhabe, v.a. für die sozial Schwächeren, zu verbessern.

Es ist das Ziel, die Grundpfeiler des Wohlfahrtsstaates für die Zukunft abzusichern, die Angebote noch effizienter und effektiver auszugestalten und sie mit zukünftigen demografischen, sozialen und ökonomischen Entwicklungen abzustimmen.

Die strategischen Zielsetzungen Österreichs gehen konform mit den drei übergreifenden Zielen der offenen Methode der Koordinierung (OMK) der EU:

- a. Stärkung des sozialen Zusammenhalts und Ermöglichung gleicher Chancen für alle durch angemessene und nachhaltige Sozialschutzsysteme und Politiken zur sozialen Eingliederung;
- b. besseres Ineinandergreifen von Wirtschafts-, Beschäftigungs-, Sozial- und Nachhaltigkeitspolitik;
- c. mehr Kooperation der Akteure bei der Zielesfestlegung, Umsetzung und Evaluierung.

ad a) Ermöglichung gleicher Chancen für alle

Bezugnehmend auf das Ziel der OMK, den sozialen Zusammenhalt zu stärken, werden - basierend auf der Analyse im Abschnitt 1.1. - drei strategische Schwerpunkte verfolgt: noch mehr Chancen für Kinder und Jugendliche; bessere Arbeitsmarktchancen für benachteiligte Gruppen am Arbeitsmarkt; mehr Teilhabemöglichkeiten für behinderte Menschen.

Es besteht das Ziel, innerhalb der nächsten 10 Jahre die Armutsgefährdung von Familien mit Kindern von derzeit 15% um ein Drittel auf 10% zu reduzieren und die Entwicklungschancen von benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Damit soll die noch immer existierende Reproduktion von Armut und sozialer Ausgrenzung von den Eltern zu ihren Kindern durchbrochen werden (siehe 2.1.).

Eine stärkere Teilhabe am Arbeitsmarkt soll die Einkommen und die soziale Eingliederung für die Bevölkerungsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Arbeitsmarktproblemen verbessern (siehe 2.2.).

Der Schwerpunkt „Mehr Teilhabemöglichkeiten für behinderte Menschen“ umfasst Maßnahmen und Ziele zur Verbesserung der Chancen in der frühen Kindheit, in der Schule, in der Ausbildung und im Berufsleben und Instrumente, die eine bessere Teilhabe am öffentlichen Leben ermöglichen sollen. Der Leitgedanke ist, dass sich die Chancen von behinderten Menschen möglichst wenig von denen nicht behinderter Menschen unterscheiden sollen (siehe 2.3.).

Eine höhere Erwerbsbeteiligung sichert die finanzielle Nachhaltigkeit der Sozialschutzsysteme

Neben einer Verbesserung der finanziellen Lage und der sozialen Teilhabe wird mit einer Erhöhung der Erwerbsbeteiligung ein wichtiger Beitrag zur Sicherstellung der Finanzierung der Sozialschutzsysteme geleistet.

Ein generelles Bestreben der Arbeitsmarktpolitik und anderer an die erwerbsfähigen Personen adressierten Transfersysteme ist es, die Einkommensersatzleistungen stärker mit aktivierenden Maßnahmen zu verknüpfen. Die Einkommensersatzleistungen sollen finanzieller Not vorbeugen, sie sollen aber ebenso verstärkt in Verbindung mit Qualifizierung und anderen Förderungen zur beruflichen Eingliederung beitragen.

Mit den Pensionsreformen 2000 bis 2004 wurde das gesetzliche Pensionsanfallsalter erhöht und die Berechnung der Pensionshöhe auf eine längere Berufslaufbahn als bisher umgestellt. Um eine längere und stabilere Berufslaufbahn zu ermöglichen, sind Begleitmaßnahmen u.a. im Bildungs- und Ausbildungsbereich, bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, bei arbeitsmarktpolitischen Förderungen und bei der altengerechten Gestaltung der Arbeitsplätze erforderlich.

Die Pensionsreformen und eine höhere Erwerbsbeteiligung werden eine deutliche finanzielle Entlastung bewirken. Projektionen für den ECOFIN ergeben trotz massiver Alterung der Gesellschaft eine zu erwartende Anteilssteigerung der Pensionsaufwendungen am BIP von 2004 bis 2030 um nur 0,6 Prozentpunkte. Die Ursache für diesen nur geringfügigen Anstieg des Anteils der Pensionsaufwendungen liegt v.a. bei der zu erwartenden höheren Erwerbsbeteiligung und nicht bei Pensionskürzungen. Die durchschnittliche individuelle Einkommensersatzrate der Pensionen (Anteil der Pensionshöhe am Letzteinkommen) wird bei einer angenommenen 40jährigen Versicherungszeit 2030 mit brutto ca. zwei Drittel etwa gleich hoch sein wie jetzt.

Werden neben den Pensionen auch die anderen von der demografischen Entwicklung am stärksten abhängigen öffentlichen Systeme (Gesundheit, Langzeitpflege, Bildung) mitberücksichtigt, so ergeben auch dabei die ECOFIN-Projektionen eine nur geringfügige Steigerung des Anteils dieser Ausgaben am BIP (von 24,4% im Jahr 2004 auf 25,4% im Jahr 2030).

Die Alterung der Gesellschaft ist zweifellos mit großen Herausforderungen verbunden. Gelingt es jedoch, mehr Personen in das Erwerbsleben einzugliedern und die Dauer der Berufstätigkeit zu verlängern, so werden die mit der Alterung verbundenen zusätzlichen Aufwendungen nur ein geringfügig höheres Umverteilungsvolumen von den Personen im Erwerbsalter zu den älteren Menschen erfordern.

Reformen im Gesundheitswesen und Langzeitpflege

Zur Beseitigung von strukturellen Problemen und zur nachhaltigen Absicherung der Finanzierung wurde im Herbst 2004 eine Gesundheitsreform verabschiedet. Mit dieser Reform wurde eine sektorenübergreifende Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens zwischen den wesentlichen Akteur/innen vereinbart. Österreich geht den Weg der „Rationalisierung“ und nicht der „Rationierung“. Durch organisatorische und strukturelle Maßnahmen sollen allokativen Ineffizienzen abgebaut bzw. längerfristig beseitigt werden.

Der österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist die neue verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Sein integrativer Ansatz ist eine Weichenstellung für Verlagerungen zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens. Ein weiteres Ziel dieser Reform ist die flächendeckende Sicherstellung und Verbesserung der Qualität. Das „Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen“ bildet die Grundlage für Qualitätsstandards bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Die Gesundheitsreform beinhaltet auch Maßnahmen zur Verstärkung der Gesundheitsförderung.

Über 80% der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause vor allem von den weiblichen Angehörigen gepflegt. Die Pflegetätigkeit geht jedoch vielfach zu Lasten einer eigenen Alterssicherung. Es ist daher Frauen die Möglichkeit zu geben, Lücken in ihrer Versicherungskarriere zu vermeiden. In diesem Sinne wurden bereits verschiedene begünstigte Versicherungsformen in der Pensionsversicherung für die Zeiten der Pflege von nahen Angehörigen geschaffen. Ein besonderes Augenmerk ist weiter auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflegetätigkeit, Beruf und Familie zu legen. Die Länder haben Mitte der 90er Jahre im Rahmen von Vereinbarungen mit dem Bund Pläne aufgestellt, um bis 2010 eine dezentrale und flächendeckende Versorgung an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten bereit zu stellen. Ein Großteil der ursprünglichen Ziele konnte bereits erfüllt werden. Die Ziele werden permanent an neue Erfordernisse angepasst. Im Dezember 2004 wurde eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gem. Art. 15a Bundesverfassungsgesetz (B-VG) über Sozialbetreuungsberufe unterzeichnet, in der einheitliche Grundsätze bei der Ausbildung und den Tätigkeitsbereichen festgelegt sind. Ziel ist es, zu einer einheitlichen, stufenweisen und modularen Regelung der Ausbildungen und Berufsbilder sowohl im Altenpflege- als auch im Behindertenbereich zu gelangen. Die Vereinbarung muss bis Juli 2007 gesetzlich umgesetzt werden und soll die Attraktivität dieser Berufszweige steigern.

ad b) Zusammenwirken mit der Strategie von Lissabon und der Strategie für nachhaltige Entwicklung

Ein positives Zusammenwirken zwischen Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik bedarf einer engen Abstimmung zwischen den verschiedenen Bereichen. In institutioneller Hinsicht wird dieses Zusammenwirken durch eine enge Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Ministerien unter Einbindung der Länder und anderer Akteure sichergestellt. Das Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat im vergangenen Jahr bei der Erstellung des Nationalen Reformprogramms für Wachstum und Beschäftigung zahlreiche Beiträge geleistet.

Im nationalen Bericht für Sozialschutz und soziale Eingliederung wird die allgemeine Priorität der Beschäftigungsförderung auf bestimmte besonders gefährdete Zielgruppen fokussiert. Damit wird die Strategie für Wachstum und Beschäftigung unterstützt und präzisiert.

Ein wichtiger Bereich, bei dem das positive Zusammenwirken der verschiedenen Strategien deutlich wird, ist der Zusammenhang bei der Erwerbsbeteiligung mit der finanziellen Nachhaltigkeit, der bereits oben ausgeführt wurde.

Ein weiteres Beispiel stellt der Schwerpunktbereich „Bekämpfung der Armut und sozialen Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen“ dar. In diesem Zusammenhang ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ebenso ein zentraler Aspekt wie die Bildungspolitik. Maßnahmen in diesen Bereichen sind daher sowohl für die Leitlinie 18 und 23 im Rahmen der Strategie für Wachstum und Beschäftigung von Bedeutung (und Teil des Nationalen Reformprogramms Österreichs) als auch – unter dem speziellen Fokus auf das Ziel der Armutsbekämpfung und –prävention – im vorliegenden Bericht für Sozialschutz und soziale Eingliederung.

Im Pflege- und Gesundheitsbereich ist das positive Zusammenwirken der verschiedenen Strategien ebenfalls deutlich erkennbar. Die beiden Sektoren stellen einen wichtigen Produktions- und Wachstumsfaktor dar und tragen auch überdurchschnittlich zum Beschäftigungswachstum bei. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist auch in Zukunft damit zu rechnen, dass der Bedarf an Pflege- und Gesundheitsleistungen zunimmt und daher durch den Ausbau sozialer Dienstleistungen weiterhin Beschäftigungsgewinne lukriert werden können.

ad c) Mitwirkung der Akteure

Der aktuelle Strategiebericht beruht auf einem schriftlichen Konsultationsprozess und auf Veranstaltungen, an denen Ministerien, Länder, Gemeinden, Sozialpartner und

Dachverbände der Nicht-Regierungsorganisationen teilgenommen haben. Der Strategiebericht wurde vom Ministerrat genehmigt.

Die förderale Struktur Österreichs im Gesundheitsbereich und in Teilbereichen des Sozialwesens, die traditionell starke Verankerung der Sozialpartnerschaft, die steigende Bedeutung von gemeinnützigen Organisationen als Anbieter von sozialen Dienstleistungen und die vermehrte Einbindung von Interessensgruppen benachteiligter Menschen bewirken eine Vielfalt an Akteuren bei der Konzipierung sozial- und gesundheitspolitischer Ziele und bei der Umsetzung der Maßnahmen. In den relevanten Politikfeldern des Sozialschutzes und des Gesundheitswesens bestehen für die Akteure institutionalisierte Planungs-, Beratungs-, Koordinations- und Umsetzungsorgane.

(Die Pläne zur Intensivierung der Mitwirkungsmöglichkeiten der Akteure im Bereich „Soziale Eingliederung“ werden im Abschnitt 2.4. angeführt).

Ein Ziel der Pensions- und Gesundheitsreformen war die Erweiterung der Mitwirkungsmöglichkeiten der Akteure. Ab 2007 wird das Spektrum der Akteure in der „Kommission zur langfristigen Pensionssicherung“ erweitert (öffentliche Stellen, Sozialpartner, politische Parteien, Senioren- und Jugendverbände, Expert/innen).

Mit der Gesundheitsreform 2005 wurde eine sektorenübergreifende Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens vereinbart. Der Einbeziehung und der Zusammenarbeit der Akteure wird von der Planung bis zur Umsetzung ein wesentlich größerer Stellenwert als bisher zukommen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsfonds.

Aufgrund einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern besteht ein Arbeitskreis für Pflegevorsorge. Er hat die Aufgabe, Empfehlungen über gemeinsame Ziele und Grundsätze für die Pflegevorsorge abzugeben sowie Vorschläge für die Weiterentwicklung der Mindeststandards der sozialen Dienste zu erstatten. Diesem Arbeitskreis gehören neben Vertreter/innen des Bundes und der Länder auch Vertreter/innen der Sozialpartner, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Dachverband der Behindertenorganisationen) sowie des Österreichischen Seniorenrates an. Es wird überlegt, in Zukunft den Teilnehmerkreis noch zu erweitern.

Für die Behinderten-, Familien-, Senioren- und Jugendpolitik bestehen gesetzlich fixierte Beratungseinrichtungen, in denen u.a. die größten in diesen Bereichen agierenden Nicht-Regierungsorganisationen vertreten sind. Diese Organe sollen in Zukunft noch stärker bei der Erstellung des Strategieberichts eingebunden werden.

Im Sozialschutz- und Gesundheitsbereich bestehen im unterschiedlichen Ausmaß Monitoring- und Evaluierungsverfahren (z.B. bei den Pensionen gesetzliche Vorgaben), die in Zukunft ausgebaut werden sollen.

1.3. Zentrale Botschaften

Verhinderung der Vererbung von Armut

In der Regel ist Armut und soziale Ausgrenzung im Erwachsenenalter die Folge von Benachteiligungen in der Kindheit. Es besteht das Ziel, innerhalb der nächsten 10 Jahre die Armutsgefährdung von Familien mit Kindern von derzeit 15% um ein Drittel auf 10% zu reduzieren und die Entwicklungschancen von benachteiligten Kindern und Jugendlichen weiter zu verbessern. Damit soll der noch immer existierende Teufelskreis der Vererbung von Armut und sozialer Ausgrenzung von den Eltern zu ihren Kindern durchbrochen werden.

Erwerbschancen für benachteiligte Personengruppen

Für das Jahr 2006 werden dem Arbeitsmarktservice Österreich im Rahmen der Initiative „Unternehmen Bundesregierung Arbeitsplatz“ zusätzliche € 204 Mio. (€ 285 Mio. insgesamt für 2006/2007) für die Arbeitsmarktpolitik zur Verfügung gestellt. Mit einem

Rekordbudget von € 1.772 Mio. werden um 133% mehr an finanziellen Mitteln im Kampf gegen Arbeitslosigkeit eingesetzt als im Jahr 1999.

Mit dieser Initiative sollen zusätzlich zu den geplanten Maßnahmen des Arbeitsmarktservice weiteren 61.000 Personen Qualifizierungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden. Das Programm richtet sich überwiegend an Personengruppen mit einem erhöhten Armutsgefährdungsrisiko.

Mit diesem Sonderprogramm zielt die Bundesregierung darauf ab, die aktuelle positive Entwicklung am Arbeitsmarkt auch für die nächsten Jahre abzusichern, die Beschäftigungsquote von 68,6% im Jahr 2005 auf 70% (EU-Ziel) noch vor 2010 zu erhöhen und die Arbeitslosigkeit weiter zu reduzieren.

Verbesserung der sozialen und ökonomischen Teilhabe von Personen mit körperlichen, psychischen und geistigen Beeinträchtigungen

Die zentrale Zielsetzung der Behindertenpolitik in Österreich besteht darin, dass von der öffentlichen Hand die Voraussetzungen geschaffen werden, damit sich die Chancen behinderter Menschen möglichst wenig von denen nicht behinderter Menschen unterscheiden. Behinderten Personen soll ein gemeinsamer Besuch in Kindergärten, Schulen und Ausbildungsstätten mit nicht behinderten Kindern und Jugendlichen ermöglicht werden. Die Beschäftigungsförderung soll im Regelfall auf den 1. Arbeitsmarkt abzielen. Auch für sehr schwer beeinträchtigte Personen sollen Beschäftigungsalternativen angeboten werden. Die Teilhabe am öffentlichen Leben soll durch eine diskriminierungsfreie Infrastruktur ermöglicht werden. Zur Erreichung dieser Ziele werden zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt.

Eine höhere Erwerbsbeteiligung sichert die finanzielle Nachhaltigkeit der Sozialschutzsysteme

Neben einer Verbesserung der finanziellen Lage und der sozialen Teilhabe wird mit einer Erhöhung der Erwerbsbeteiligung ein wichtiger Beitrag zur Sicherstellung der Finanzierung der Sozialschutzsysteme geleistet. Mit den Pensionsreformen 2000 bis 2004 wurde das gesetzliche Pensionsanfallsalter erhöht und die Berechnung der Pensionshöhe auf eine längere Berufslaufbahn als bisher umgestellt.

Projektionen für den ECOFIN ergeben, dass eine höhere Erwerbsbeteiligung und die Reformen bei den wohlfahrtsstaatlichen Systemen trotz der zu erwartenden massiven Alterung der Gesellschaft eine nur geringfügige Steigerung des Anteils der wohlfahrtsstaatlichen Ausgaben um einen Prozentpunkt von 2004 bis 2030 zur Folge haben werden.

TEIL 2 – SOZIALE EINGLIEDERUNG

2.1. Bekämpfung der Armut und sozialen Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen

Es besteht das Ziel, die Einkommensarmut von Kindern innerhalb der nächsten 10 Jahre, v.a. durch verbesserte Erwerbschancen der Eltern von derzeit 15% auf 10%, zu reduzieren und die Entwicklungschancen von benachteiligten Kindern und Jugendlichen weiter zu erhöhen.

Mit der Einführung des Kinderbetreuungsgeldes, Verbesserungen bei der Familienbeihilfe und steuerlichen Entlastungen wurde in den letzten Jahren das Ziel einer adäquaten Abdeckung der Kinderkosten zum großen Teil umgesetzt. Dies muss aber verstärkt durch ein Maßnahmenbündel begleitet werden, das die beruflichen Chancen der Eltern verbessert und die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder stärkt.

Die arbeitsmarktpolitischen Zielsetzungen beinhalten einen Schwerpunkt für Wiedereinsteigerinnen. Mit dem geplanten Ausbau der Betreuungseinrichtungen für Kinder und pflegebedürftige Menschen werden die Rahmenbedingungen für eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter verbessert.

In den Kinderbetreuungseinrichtungen sollen die Vorbereitung auf die schulischen Anforderungen verstärkt und in den Schulen die Initiativen zur Unterstützung von lernschwachen und beeinträchtigten Schüler/innen intensiviert werden. (zum Beispiel wurden bei der sprachlichen Frühförderung für Schüler, die nicht ausreichend Deutsch können, wichtige Akzente gesetzt, siehe Punkt 2.1.2.).

Es werden zusätzliche arbeitsmarktpolitische Mittel für mehr Lehrplätze, Qualifizierungen und Arbeitsplätze von Jugendlichen eingesetzt. Die Angebote für behinderte Kinder und Jugendliche sollen bedarfsgerecht ausgebaut werden (siehe dazu 2.3.1. bis 2.3.3.). Die Kinderrechte sind noch stärker in den Mittelpunkt von politischen Maßnahmen zu stellen.

2.1.1. Kinderbetreuungseinrichtungen

In armutspräventiver Hinsicht werden mit Kinderbetreuungseinrichtungen drei Zielsetzungen verfolgt. Ein ausreichendes Angebot an Kinderbetreuungsplätzen soll den Eltern eine berufliche Karriere mit existenzsichernden Erwerbseinkommen ermöglichen, den Kindern Hilfen für einen erfolgreichen Schuleinstieg bieten und ihre generellen zukünftigen Teilhabechancen verbessern.

Der Besuch von außerhäuslichen Kinderbetreuungseinrichtungen (Kindergärten, Tagesmütter, Horte, schulische Nachmittagsbetreuung u.a.) hat sich in den letzten Jahren weiter erhöht: bei 0 bis 2-Jährigen von 11% auf 13% im Zeitraum 2003 bis 2005, bei 3- bis 5-Jährigen von 84% auf 85% und bei 6- bis 9-Jährigen von 17% auf 20% (Statistik Austria).

Eine Erhebung von Statistik Austria in Kooperation mit den Ländern und dem Bund hat einen zusätzlichen Bedarf von 18.000 Plätzen (ohne Wien) und das Erfordernis der Anpassung der Öffnungszeiten an die Arbeitszeiten der Eltern festgestellt. Mit Länder- (v.a. für 0 bis 2-Jährige) und Bundesmitteln (v.a. für die Nachmittagsbetreuung von Schulkindern: siehe 2.1.2.) soll in den nächsten Jahren der nach Regionstypen und Ländern unterschiedliche zusätzliche Bedarf abgedeckt werden.

Die Bundesregierung hat finanzielle Mittel für die Erprobung innovativer Projekte (flexible Betreuungszeiten, alters- und gemeindeübergreifende Betreuung, intergenerationelle Betreuungsformen) zur Verfügung gestellt.

Kinderbetreuungseinrichtungen sollen die Chancengleichheit der Kinder für die Schullaufbahn verbessern. Deshalb werden in Zukunft verstärkt Bemühungen gesetzt,

Kindern mit schlechteren Bildungsvoraussetzungen schon in den Kinderbetreuungseinrichtungen gezielte Hilfen anzubieten (siehe 2.1.2.).

2.1.2. Schule

Die österreichische Bildungspolitik hat im letzten Jahr zwei Schulpakete beschlossen, die die Chancen von Kindern aus armutsgefährdeten Haushalten verbessern: Die zentralen Maßnahmen der zwei Schulpakete sind der Ausbau der schulischen Tagesbetreuung und die sprachliche Förderung für Kinder, die die Unterrichtssprache Deutsch nicht beherrschen.

Tagesbetreuung

Jedes Kind, das eine Tagesbetreuung braucht, soll sie auch bekommen. Deshalb wurde und wird die Tagesbetreuung bedarfsgerecht unter Wahrung der Wahlfreiheit der Eltern weiter ausgebaut. Die Maßnahmen zeigen Wirkung: 2006 nehmen 80.000 Schüler/innen das Angebot einer Tagesbetreuung in Anspruch. Die Zahl der Kinder mit Tagesbetreuung ist in 5 Jahren um 70% gestiegen.

Ab dem Schuljahr 2006/07 müssen Eltern über die Möglichkeit einer Tagesbetreuung informiert werden. Weiters muss eine verpflichtende Bedarfserhebung durchgeführt werden. Die klassen-, schulstufen- bzw. schulübergreifende Organisation der Tagesbetreuung erleichtert die Bildung von Gruppen. Der Bund bezahlt 10 Betreuungsstunden pro Woche für 15 Schüler/innen.

Sprachliche Frühförderung in Kindergarten und Volksschule

Die Beherrschung der Sprache ist die Voraussetzung für eine rasche Integration, bessere Schulerfolge und größere Chancen am Arbeitsmarkt. Alle Kinder sollen die Unterrichtssprache Deutsch verstehen. Je früher dies gefördert wird, desto besser sind die Chancen für die Zukunft der Kinder. Dazu wurden zwei Maßnahmen für Kinder, die die Unterrichtssprache Deutsch nicht beherrschen, gesetzt:

1. Frühe Sprachförderung im Kindergarten: Die Initiative „Frühe Sprachförderung“ wird durch das Zusammenwirken von Bund (Bildungsministerium, Innenministerium, Sozialministerium), Ländern, Gemeinden und privaten Einrichtungen unter Berücksichtigung der Zuständigkeiten gemeinsam umgesetzt. Die Schuleinschreibung wurde vorverlegt, damit die Schulleiter/innen schon ein Jahr vor Schuleintritt eine Sprachstandsfeststellung bei den Kindern durchführen können. Damit wird eine rechtzeitige Förderung im Kindergarten sichergestellt. Der Bund unterstützt die zuständigen Länder und Gemeinden mit € 80 pro Kind. Dadurch sollen die bereits laufenden Fördermaßnahmen der Länder und Gemeinden verstärkt werden und möglichst alle Kinder, die die deutsche Sprache nicht verstehen, die Chance auf eine Förderung erhalten.

2. Sprachförderkurse an Volksschulen: Die Kinder, die die frühe Sprachförderung im Kindergarten nicht in Anspruch nehmen können, weil sie den Kindergarten nicht besuchen oder erst im Volksschulalter nach Österreich kommen, erhalten an den Volksschulen eine Sprachförderung. Im Schulpaket II ist vorgesehen, dass Kinder, die die Unterrichtssprache Deutsch nicht beherrschen, 11 Stunden aus dem Regelunterricht genommen werden und in Sprachfördergruppen mit acht bis zwölf Kindern einen intensiven Deutschunterricht erhalten. Durch den Verbleib im Klassenverband in den anderen Stunden bleibt die soziale Integration erhalten. Derzeit werden vom Bund 1.600 Pflichtschullehrer/innen als Stützlehrer/innen für die Integration von Kindern, die die Unterrichtssprache nicht beherrschen, zur Verfügung gestellt. Ab 2006/07 werden weitere 330 Lehrerdienstposten zusätzlich bereitgestellt.

Förderung der Lesefähigkeit

Lesen ist die wichtigste Kulturtechnik. Wer sinnerfassend lesen kann, kann sich zielstrebig weiterbilden und hat bessere berufliche Chancen. Es ist deshalb eine der wichtigsten Aufgaben der Schule, dafür zu sorgen, dass die Schüler/innen verlässlich sinnerfassend

lesen können. Ziel ist es, die Lesemotivation und Lesekompetenz aller Schüler/innen zu steigern, schwache Leserinnen und Leser effektiv zu fördern und eine umfassende schulische Lesekultur, die vom gesamten Lehrer/innenkollegium getragen wird, zu entwickeln.

Schon im Jahr 2002 wurde die Aktion „Lesefit“ an Volksschulen gestartet. Mit der Initiative „Lesen fördern!“ soll die Lesekompetenz aller Schüler/innen gestärkt werden. Jede Schule soll daher individuelle und bedarfsgerechte Maßnahmen zur Leseförderung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Motivationsaspekte und Lesegewohnheiten von Schüler/innen setzen. Die Verbesserung der Lesefähigkeiten aller Schüler/innen soll durch die verpflichtende Durchführung des Salzburger Lesescreenings (ein standardisierter Test zur Feststellung der Lesefähigkeit) in der 3. und 5. Schulstufe und die darauf folgende Leseförderung auf individueller, Klassen- und/oder Schulebene erreicht werden.

Das Bildungsressort unterstützt diese Schulentwicklung durch folgende Maßnahmen: Fortbildungsangebote für Lehrer/innen, bundesweites jährliches Lesesymposium, Bereitstellung des Salzburger Lesescreenings, Beauftragung von Studien, Entwicklung von Lehrer/innenhandreichungen und Unterrichtsmaterialien, Unterstützung von Leseförderprogrammen der Schulen sowie Weiterführung der Initiative „LESEFIT – Lesen können heißt lernen können“ u. a. Bereitstellung einer Broschüre über die Bedeutung des Lesens in deutscher, türkischer und bosnischer/kroatischer/serbischer Sprache im Rahmen der Schuleinschreibung.

2.1.3. Arbeitsmarktoffensive für Jugendliche

Die arbeitsmarktpolitische Strategie für Jugendliche basiert auf der 2004 gesetzlich verankerten Zielvorgabe, allen Unter-25-Jährigen die Teilnahme an einer Ausbildungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme zu ermöglichen, sofern diesen innerhalb von 3 Monaten keine geeignete Beschäftigung angeboten werden kann.

Umgesetzt wird dies durch vermehrte Angebote für Lehrstellen suchende Jugendliche gemäß Jugendausbildungssicherungsgesetz, jugendspezifische Qualifizierungs- und Beschäftigungsprogramme (z.B. Jobs4Youth) und spezielle Lehrlingsförderungen für Betriebe („Blum-Programm“). Die Teilnehmer/innenzahl an Jobs4Youth wird von 51.400 (2005) um 22.000 (2006) aufgestockt. Die Teilnahme an arbeitsmarktpolitischen Qualifizierungsmaßnahmen soll damit im Jahr 2006 um rund 30% erhöht werden. Das „Blum-Programm“ kommt im April 2006 bereits für 10.600 Lehrplätze zum Tragen. Aufgrund dieser Programme nimmt die Zahl der Lehrplätze erstmals seit Ende der 90er-Jahre wieder zu. Der Zuwachs bei Lehrlingen beträgt laut Statistik der Wirtschaftskammer 7,3% gegenüber Ende 2004.

In den Jahren 2006 und 2007 werden durch das Regierungsprogramm "Unternehmen Arbeitsplatz" € 150 Mio. zusätzlich zum laufenden arbeitsmarktpolitischen Budget für Jugendliche zur Verfügung gestellt. Dies wird die Förderung von zusätzlich 30.600 Jugendlichen ermöglichen.

Die Ziele des AMS für 2006 legen fest, dass zumindest 96% der arbeitslos gewordenen Jugendlichen aufgrund einer Beschäftigung oder Ausbildung nicht langzeitarbeitslos (über 6 Monate Vormerkdauer) werden.

Der Abschluss einer Pflichtschulausbildung ist ein wesentliches Kriterium beim Jobeinstieg, vor allem auch für Jugendliche mit Migrationshintergrund. Die Planzahl der an dieser AMS-Maßnahme teilnehmenden Personen wurde für 2006 um 1.600 auf 1.900 aufgestockt.

„Der Jugend eine Chance“ ist ein Job-Coaching- und Vermittlungsprojekt, welches das Arbeitsmarktservice und die Wirtschaftskammer Österreich im Herbst 2005 zur Beseitigung der Jugendlangzeitarbeitslosigkeit ins Leben gerufen haben. Das Projekt mit einer Laufdauer bis Juli 2007 ist für bis zu 2.000 langzeitarbeitslose Jugendliche vorgesehen. Den Jugendlichen wird ein persönlicher Coach und Arbeitsvermittler zur

Seite gestellt. Das Konzept umfasst zunächst ein zweimonatiges Qualifizierungsmodul, bei dem soziale Kompetenzen vermittelt sowie Bildungsdefizite beseitigt werden. Die wesentliche Arbeit der Coaches besteht darin, mittels intensiver Betreuung konkrete Jobs für sie zu akquirieren und die Jugendlichen bei Vorstellung, Vorbereitung bzw. Betriebskontakten zu begleiten.

Mit der Realisierung all dieser Pläne soll die Jugendarbeitslosigkeit ab 2006 erstmals seit mehreren Jahren wieder sinken.

2.1.4. Unterhaltsvorschüsse für Alleinerzieher/innen

Ursachen für die überdurchschnittliche Armutsgefährdungsquote von Alleinerzieher/innenhaushalten sind u.a. die unzureichende Zahlungsbereitschaft eines Teils der Väter und gesetzliche Lücken. Um die Armutsgefährdung bei säumigen Unterhaltsverpflichtungen der Väter für die Kinder in Alleinerzieher/innenhaushalten zu reduzieren, wurde vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und dem Bundesministerium für Justiz eine Arbeitsgruppe zur Novellierung des Unterhaltsvorschussgesetzes eingesetzt. Es sollen Lösungen für jene Fälle erarbeitet werden, in denen derzeit kein Anspruch auf Unterhaltsvorschuss besteht, weil der Unterhaltsschuldner leistungsunfähig oder verstorben ist. Außerdem sollen die Verfahren vereinfacht und beschleunigt werden.

2.1.5. Gesundheitspolitische Programme

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen aus einkommensschwachen Familien ist schlechter als die aus anderen sozialen Gruppen, obwohl ein gleicher Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen besteht und die einkommensschwachen Gruppen weitgehend von Selbstbehaltregelungen ausgenommen sind. Der schlechtere Gesundheitszustand basiert vor allem auf ungesünderen Lebensumständen und Verhaltensweisen. Es wurde deshalb v.a. im Bereich der Gesundheitsförderung sowie Prävention verstärkt angesetzt.

Die bundesweiten, regionalen und lokalen Angebote der Gesundheitseinrichtungen und der Schulen umfassen u.a. Zahnprophylaxe, Sehtests, Vorsorgeuntersuchungen, Impfaktionen, logopädische Maßnahmen, Programme für übergewichtige Jugendliche und Ernährungs-, Haltungs- und Bewegungsberatung, Alkohol- und Suchtprophylaxe. Im Rahmen des Mutter-Kindpasses wurden vor kurzem die Vorsorgeuntersuchungen ausgeweitet, die nun bis zum 18. Lebensjahr möglich sind. Es ist ein Ziel, die bestehenden Initiativen in Kindergärten und Schulen zu intensivieren und die Beteiligung von Kindern aus einkommensschwachen Familien zu erhöhen.

2.1.6. Soziale Betreuung in Krisensituationen

Die Länder bieten zur sozialen Betreuung von Familien in Krisen abgestufte Betreuungsangebote an, die von niederschweligen anonymen Beratungseinrichtungen bis zu konkreten individuellen Hilfestellungen reichen. Die Leistungen werden ambulant, teilstationär oder stationär angeboten. Dabei zielen diese Angebote zum einen auf die Reduktion der Gefährdung der Kinder und Jugendlichen ab, andererseits sollen die Erziehungspersonen aber auch dazu befähigt werden, ihre Kinder selbst zu betreuen, zu versorgen und zu erziehen.

Die Unterstützung der Erziehung in krisenbelasteten Familien durch die Jugendwohlfahrtsbehörden der Länder soll aufgrund eines von den Ländern gemeldeten steigenden Bedarfs zum Teil ausgebaut und qualitativ verbessert werden. Ziel ist die Vermeidung einer weiteren Gefährdung und nach Möglichkeit der Verbleib der Kinder in der Familie.

Wo Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer familiären Situation nicht mehr zuhause aufwachsen können, stehen in den Ländern Plätze in Wohngemeinschaften, Heimen und

Pflegefamilien zur Verfügung. Aufgrund eines zusätzlichen Bedarfs sollen die Angebote ausgeweitet werden. Dies betrifft v.a. Plätze bei Pflegefamilien und auch Plätze zur vorübergehenden Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Falle akuter familiärer Krisen.

Die Erfahrung zeigt, dass in den Ländern, in denen die Pflegefamilien finanziell unterstützt werden und einen Sozialversicherungsschutz erhalten, der Bedarf an Pflegeeltern abgedeckt werden kann. Es ist ein Ziel, dass durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen für die Pflegeeltern in allen Ländern der jeweilige Bedarf durch ein entsprechendes Angebot an potentiellen Pflegeeltern abgedeckt werden kann.

Die Länder stellen für von Gewalt bedrohte Frauen und deren Kinder eine vorübergehende Wohnunterbringung in Frauenhäusern zur Verfügung. In der Steiermark trat ein Gewaltschutzgesetz in Kraft, das den Rechtsanspruch jeder misshandelten Frau und ihrer Kinder auf einen Wohnplatz sichert und die Finanzierung durch fixe Leistungsentgelte regelt. In den Ländern existieren zudem Kinderschutzzentren und Krisenwohnungen. In Männerberatungsstellen wird u.a. auch Täterarbeit geleistet.

Zur Ermittlung des Bedarfs an zukünftigen Angeboten entwickelt beispielsweise Oberösterreich ein Indikatorenset und wird bis 2008 einen Bedarfs- und Entwicklungsplan für die öffentliche Jugendwohlfahrt erstellen.

Um mögliche negative Folgen von Scheidungen für die Kinder zu minimieren, hat die Bundesregierung die gemeinsame Obsorge eingeführt. Die gemeinsame Verantwortung beider Elternteile für die Kinder, auch nach der Trennung, soll durch öffentliche Hilfsangebote unterstützt werden (Mediation, Kinderbegleitungs- und Besuchsbegleitungsangebote). An vier Bezirksgerichten werden derzeit Modellprojekte erprobt.

Nach Schätzungen der Schuldnerberatungsstellen sind derzeit ca. 300.000 Haushalte überschuldet. Ein Achtel der Klient/innen der Schuldnerberatungen sind unter 25. Die Schuldenprävention für Schüler/innen ist ein wichtiges konsumentenpolitisches Ziel. Es ist u.a. geplant, konsumentenpolitische Fragestellungen verstärkt im Schulunterricht zu verankern, entsprechende Unterrichtsmaterialien (z.B. DVDs über Verschuldung) zu erstellen und andere Formen der Mobilisierung der Schüler/innen (z.B. Aufsatzwettbewerb) anzubieten.

2.1.7. Resozialisierung straffälliger Jugendlicher

Da Inhaftierung die soziale Desintegration verschärft und die wirtschaftlich teuerste Sanktionsform ist, sollen bei straffälligen Personen vermehrt gemeinnützige Arbeit als Alternative zur Verbüßung von kurzen Freiheitsstrafen und Ersatzfreiheitsstrafen sowie elektronisch überwachter Hausarrest mit Intensivbetreuung durch Bewährungshelfer/innen eingesetzt werden.

Betreuungsmaßnahmen bei straffälligen Jugendlichen können derzeit nur durch Gerichtsurteil oder durch Beschluss der Staatsanwaltschaft eingeleitet werden. Diese Maßnahmen setzen in der Regel spät ein. Geplant ist ein freiwilliges Betreuungsangebot für Jugendliche und junge Erwachsene, welches ab Anzeige einsetzt.

Straffällige Personen sind in der Regel schon frühzeitig aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden. Der 1. und auch der 2. Arbeitsmarkt sind für diese Personengruppe teilweise zu hochschwellig. Geplant sind individuell abgestimmte Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen und niederschwellige Arbeitstrainingsprogramme zusammen mit sozialarbeiterischer Betreuung. In einigen Ländern ist geplant diesbezüglich die Kooperation zwischen Justiz, Jugendwohlfahrtseinrichtungen und „Neustart“ („Neustart“ ist eine Organisation, die der Gesellschaft Hilfen und Lösungen zur Bewältigung von Konflikten und damit Schutz vor Kriminalität und deren Folgen bietet) zu intensivieren.

2.1.8. Kinderrechte

Die Bundesregierung verabschiedete im Jahr 2004 einen umfassenden Maßnahmenkatalog im „Nationalen Aktionsplan für die Rechte von Kindern und Jugendlichen“. Zentrale Anliegen sind es, Mädchen und Burschen als Träger von Rechten anzuerkennen und in die Entscheidungsprozesse stärker einzubeziehen. Eine Arbeitsgruppe aus Vertreter/innen Ministerien, Ländern, Städten, Gemeinden und NROs verfolgt die Umsetzung der ca. 200 Maßnahmen und ist dabei koordinierend tätig.

In den Ländern bestehen gesetzlich verankerte Anlaufstellen in Form von Kinder- und Jugendanwaltschaften. Neben Beratung und Vermittlung in Konfliktfällen gehört es zur Aufgabe dieser Einrichtungen, öffentlich für eine stärkere Umsetzung der Kinderrechte zu werben. In einigen Ländern sind die Kinderrechte in den Landesverfassungen verankert.

2.2. Mehr Chancen am Arbeitsmarkt

Das zentrale armutsvermeidende und armutsbekämpfende Ziel für Personen im erwerbsfähigen Alter ist die Erhöhung ihrer Arbeitsmarktchancen.

Für das Jahr 2006 werden dem Arbeitsmarktservice Österreich im Rahmen der Initiative „Unternehmen Arbeitsplatz“ zusätzliche € 204 Mio. (€ 285 Mio. insgesamt für 2006/2007) für die Arbeitsmarktpolitik zur Verfügung gestellt. Mit einem Rekordbudget von € 1.772 Mio. werden um 133% mehr an finanziellen Mitteln im Kampf gegen Arbeitslosigkeit eingesetzt als im Jahr 1999.

Mit dieser Initiative sollen zusätzlich zu den geplanten Maßnahmen des Arbeitsmarktservice weiteren 61.500 Personen Qualifizierungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden. Das Programm richtet sich an folgende Zielgruppen: 30.600 Jugendliche, 15.300 Frauen, 7.100 unqualifizierte Männer im Haupterwerbsalter, 4.100 ältere Männer, 3.000 Beschäftigungsförderungen in Form eines Kombilohnmodells und 1.400 Personen, die in Pflege- und Gesundheitsberufen tätig sein wollen. Dazu kommen noch zusätzliche extra dotierte Förderungen für 3.000 Menschen mit Behinderungen.

Mit diesem Sonderprogramm zielt die Bundesregierung darauf ab, die aktuelle positive Entwicklung am Arbeitsmarkt auch für die nächsten Jahre abzusichern, die Beschäftigungsquote von 68,6% im Jahr 2005 auf 70% (EU-Ziel) noch vor 2010 zu erhöhen und die Arbeitslosigkeit weiter zu reduzieren.

Die im Folgenden dargestellten Pläne basieren auf den 2006 neu formulierten „Arbeitsmarktpolitischen Zielvorgaben des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit an das Arbeitsmarktservice“ und den darauf aufbauenden mittelfristigen und jährlichen Zielsetzungen des Arbeitsmarktservice (AMS). Die jährlichen Zielsetzungen des AMS enthalten konkrete arbeitsmarktpolitische Ziele für am Arbeitsmarkt besonders benachteiligte Personengruppen.

2.2.1. Langzeitarbeitslose Personen

Die österreichische Arbeitsmarktpolitik ist vom Grundsatz geprägt, durch möglichst frühzeitige Intervention das Entstehen von Langzeitarbeitslosigkeit zu verhindern. Die Ziele für 2006 legen fest, durch Arbeitsvermittlung und Qualifizierung sicherzustellen, dass 97% der arbeitslosen Personen nicht langzeitarbeitslos (über 12 Monate arbeitslos) werden.

Zur Verhinderung von Langzeitarbeitslosigkeit setzt das AMS ergänzende Maßnahmen für die Gruppe der so genannten „Langzeitbeschäftigungslosen“ (das sind jene Arbeitslosen, die in den letzten 12 Monaten nicht länger als 2 Monate durchgehend beschäftigt waren bzw. ihre Vormerkung unterbrochen haben). Mindestens 37% der Langzeitbeschäftigungslosen sollen in eine Beschäftigung vermittelt werden.

Zur Zielerreichung beitragen sollen die Intensivierung der Betreuungsaktivitäten, die seit 2006 bestehende Möglichkeit des „Kombilohnes“, zeitlich befristete Lohnkostenzuschüsse, die Förderung von gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten und sozioökonomischen Betrieben, Jobcoaching sowie die Sensibilisierung der Betriebe in Kooperation mit den Sozialpartnern.

Im Rahmen von derzeit laufenden ESF- und EQUAL-Projekten und im Rahmen der Territorialen Beschäftigungspakte bestehen Kooperationen zwischen Ländern, dem AMS, den Sozialpartnern und gemeinnützigen Organisationen, um langzeitarbeitslosen Personen mit aufeinander abgestimmten sozialen, qualifikatorischen und beschäftigungsfördernden Maßnahmen einen beruflichen Einstieg zu ermöglichen. Die Förderung von Projekten für langzeitarbeitslose Personen an der Schnittstelle zwischen Notstandshilfe und Sozialhilfe wird in der ESF-Periode 2007-2013 einen Schwerpunkt darstellen. Aufgrund der Vielzahl der erforderlichen Akteure (Länder, AMS, Sozialpartner, NROs) soll die Umsetzung über die Territorialen Beschäftigungspakte erfolgen.

In den Ländern existieren Programme, arbeitsfähigen Sozialhilfebezieher/innen den Zugang zum Arbeitsmarkt zu erleichtern. Diese Programme sollen in den nächsten Jahren ausgebaut werden. Ein Beispiel dafür ist der Plan der Stadt Wien, in einem gemeinsamen Beschäftigungsprojekt mit dem Arbeitsmarktservice ab Herbst 2006 200 jungen Sozialhilfebezieher/innen einen dauerhaften Einstieg in den 1. Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Für diese bisher arbeitsmarktfernen Jugendlichen wird eine 50%ige Erfolgsquote angestrebt.

2.2.2. Ältere Personen

Die negativen sozialen Folgen einer niedrigen Beschäftigungsquote und einer höheren Arbeitslosigkeit treten vor allem bei den Gruppen von älteren Personen auf, die eine unzureichende Ausbildung oder einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen und deshalb ohnehin ein höheres Gefährdungsrisiko haben.

Die Beschäftigungsquote der Personen über 55 Jahre soll in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Umsetzungsschritte dazu sind: die gesetzlich fixierte Anhebung des Pensionsanfallsalters, betriebsbezogene Qualifizierungsmaßnahmen und Beschäftigungsförderungen zugunsten älterer Arbeitnehmer/innen (z.B. Neuorientierung, Qualifizierung und Nachqualifizierung u.a. in Implacementstiftungen, Eingliederungsbeihilfen), Anreizsysteme zur Beschäftigung älterer Arbeitnehmer/innen (Altersteilzeit, Bonus-Malussystem, Entlastung von Lohnnebenkosten) und betriebliche Weiterbildungs- und Gesundheitsprogramme und Sensibilisierungsaktivitäten im Zusammenwirken mit den Sozialpartnern. Ein besonderes Anliegen ist es, mit diesen Programmen Personen mit schlechter Ausbildung und mit Gesundheitsproblemen stärker zu erreichen.

Wie bei den Jugendlichen besteht auch bei Über-50-Jährigen die gesetzliche Vorgabe für das AMS, eine Ausbildung oder Wiedereingliederungsmaßnahme anzubieten, wenn nicht binnen drei Monaten eine Beschäftigung gefunden werden kann. Konkretisiert wird diese Zielvorgabe in den Zielsetzungen des AMS für 2006 dadurch, dass für zumindest 90% der arbeitslos gewordenen älteren Menschen durch Vermittlung und Arbeitsmarktförderungen der Übertritt in die Langzeitarbeitslosigkeit verhindert werden soll.

Die im Abschnitt 2.2.1. angeführte Zielsetzung, langzeitbeschäftigungslose Personen stärker zu betreuen und zu fördern und mindestens 37% von ihnen einen Arbeitsplatz zu ermöglichen, wird im besonderen Ausmaß älteren Menschen zugute kommen.

Im Rahmen eines Sonderprogramms des AMS werden von 2005 bis 2007 innovative Projekte zur altersgerechten Gestaltung der Arbeitswelt sowie zur Qualifizierung und Wiedereingliederung älterer Personen mit Beschäftigungsproblemen durchgeführt. Zielgruppen dieser Maßnahmen sind Beschäftigte ab 40 und Arbeitssuchende ab 50 Jahren. Das Programm wird mit Sozialpartnereinrichtungen umgesetzt. Die Maßnahmen

reichen von Qualifizierungskonzepten über Beschäftigungsprojekte bis hin zu regionalen Modellansätzen zur Förderung einer alters- und altersgerechten Arbeitswelt durch eine ganzheitlich orientierte Beratung von Betrieben und Arbeitnehmer/innen.

Die Qualifizierung von älteren beschäftigten Personen stellt einen Schwerpunkt der österreichischen (ESF-) Projekte dar. Im Jahr 2005 wurden für rund 14.000 Beschäftigte ab 45 Jahren (2004: 10.900) Förderungen genehmigt. In der neuen ESF-Periode 2007 bis 2013 wird sowohl im Schwerpunkt 1 „Anpassungsfähigkeit“ als auch im Schwerpunkt 2 „Maßnahmen für Arbeitslose“ ein Fokus auf Ältere gelegt.

2.2.3. Frauen

Die ökonomische Lage von Frauen und von Familien mit Kindern steht in einem engen Zusammenhang mit dem Ausmaß der beruflichen Einbindung der Mütter. Die Armutsgefährdung von Haushalten mit nicht berufstätigen Müttern ist dreimal so hoch wie von Haushalten mit berufstätigen Müttern (siehe 1.1.).

Die Arbeitsmarktpolitik der Bundesregierung zielt auf die Beseitigung der geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarkts ab. Das AMS ist gesetzlich verpflichtet der geschlechtsspezifischen Teilung des Arbeitsmarktes sowie der Diskriminierung der Frauen auf dem Arbeitsmarkt entgegenzuwirken. Mit einem eigenen Programm „Frauen in Handwerk und Technik“ 2006-2008 unterstützt das AMS über einen Zeitraum von drei Jahren Frauen und Mädchen, ihr Berufswahlspektrum zu erweitern und auch nichttraditionelle Berufe zu ergreifen.

In der Arbeitsmarktpolitik erfolgt Gender Mainstreaming auf breiter Basis. Im Rahmen der arbeitsmarktpolitischen Zielsteuerung werden alle Ziele geschlechtsspezifisch differenziert. Für die meisten in 2.1. und 2.2. genannten Gruppen bestehen geschlechtsspezifische Zielvorgaben.

Einem 43%igen Anteil der Frauen an den Arbeitslosen standen im Jahr 2005 50% der Mittel der Arbeitsmarktförderung gegenüber. Dieser überproportionale Anteil an den Förderungsmitteln soll 2006 weiter bestehen.

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Arbeitsmarktförderung von Frauen ist die Unterstützung von Personen mit Betreuungspflichten, v.a. die Förderung des Wiedereinstiegs von Frauen nach der Babypause. Für 25.000 Wiedereinsteigerinnen sollen Qualifizierungsmaßnahmen angeboten werden. In den Jahren 2006 und 2007 werden durch das Regierungsprogramm "Unternehmen Arbeitsplatz" für die Beschäftigungsförderung von Wiedereinsteigerinnen zusätzlich rund € 18 Mio. verwendet. Der gesamte Schwerpunkt Frauen im Regierungsprogramm umfasst rund € 76 Mio.

2.2.4. Migrant/innen

Um die Arbeitsmarktchancen von Migrant/innen zu verbessern und den Unterschied zwischen der Arbeitslosenquote der Österreicher/innen und den Migrant/innen zu reduzieren, sollen neben den generellen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen Migrant/innen verstärkt zielgruppenspezifische Förderungen angeboten werden. Dies sind u.a. Orientierungsmaßnahmen für Personen mit nichtdeutscher Muttersprache, Nachholung des Hauptschulabschlusses, spezifische Fachkurse zur Verbesserung der Zugangschancen zu höher qualifizierten Arbeitsmarkt Bereichen oder Arbeits- und Bewerbungsassistenz für Migrant/innen.

Unterstützungsmaßnahmen für Personen mit Migrationshintergrund sind Bestand in allen ESF-Schwerpunkten (siehe auch 2.2.5.).

Mit dem Fremdenrechtspaket 2005 wurden die Einreise, der Aufenthalt und die dauerhafte Zuwanderung von Fremden systematisch neu geordnet. Der Arbeitsmarktzugang für die von den EU-Richtlinien betroffenen Personengruppen (langfristig Aufenthaltsberechtigte, Familiennachzug) wurde erleichtert und deren

dauerhafte Arbeitsmarktintegration abgesichert. Dabei wurden die Rechtsmaterien bezüglich dauerhaften Arbeitsmarktzugangs und dauerhafter Niederlassung bestmöglich aufeinander abgestimmt.

2.2.5. Personen mit geringer Ausbildung

Aufgrund tiefgreifender struktureller Änderungen am Arbeitsmarkt und des stetig steigenden Zusammenhangs von Ausbildung und Arbeitsmarktchancen werden vom AMS Qualifizierungen verstärkt angeboten. Der Anteil der arbeitslosen Personen in Kursmaßnahmen soll von 28% im Jahr 2004 auf 36% im Jahr 2006 angehoben werden, wobei drei Viertel der geförderten Personen an Qualifizierungen teilnehmen sollen. Zwei Drittel des Budgets der aktiven Arbeitsmarktpolitik sollen für Qualifizierungsmaßnahmen eingesetzt werden.

Im Jahr 2006 sollen für 73.000 gering qualifizierte Personen zwischen 25 und 50 Jahren Kurse abgehalten werden, außerdem für 96.000 Jugendliche und Ältere.

Der Effektivität und Nachhaltigkeit von Qualifizierungsmaßnahmen wird durch die Erarbeitung und verbindliche Zielvorgabe entsprechender Standards besonderes Augenmerk gewidmet.

In der Erwachsenenbildung ist die Realisierung von Projekten im Rahmen des ESF u.a. mit den Schwerpunkten Basisbildung und Nachholen von Bildungsabschlüssen und spezifische Qualifizierung für Migrant/innen geplant. Für den Zeitraum 2007 bis 2013 sind dafür ca. € 40 Mio (ESF und nationale Mittel) vorgesehen.

Im Rahmen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „In.Bewegung“ werden die Grundlagen für ein qualitätsgesichertes Angebot im Bereich der Basisbildung / Alphabetisierung entwickelt. Neben einem breiten Informations- und Beratungsangebot sowie Sensibilisierungsmaßnahmen in der Öffentlichkeit werden innovative Modelle der Bildungsarbeit erarbeitet.

2.3. Mehr Teilhabe für behinderte Personen

Die zentrale Zielsetzung der Behindertenpolitik in Österreich besteht darin, dass von der öffentlichen Hand die Voraussetzungen geschaffen werden, um gleiche Chancen für behinderte und nicht behinderte Menschen zu schaffen, sofern diese realistisch sind. Behinderten Personen soll ein gemeinsamer Besuch in Kindergärten, Schulen und Ausbildungsstätten mit nicht behinderten Kindern und Jugendlichen ermöglicht werden. Die Beschäftigungsförderung soll im Regelfall auf den 1. Arbeitsmarkt abzielen. Auch für sehr schwer beeinträchtigte Personen sollen Beschäftigungsalternativen angeboten werden. Die Teilhabe am öffentlichen Leben soll durch eine diskriminierungsfreie Infrastruktur ermöglicht werden.

2.3.1. Förderungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

In allen Ländern wird Frühförderung für Kinder mit Entwicklungsverzögerung und Beeinträchtigungen angeboten. Die Frühförderung richtet sich zumeist an die Familien und beinhaltet die Beratung und Begleitung der Familie, die Förderung des Kindes und die Kooperation mit Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen. Neben der Frühförderung werden Therapien angeboten wie Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie angeboten. Für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen haben einige Länder spezifische Therapieeinrichtungen geschaffen.

Der Großteil der Kinder mit Beeinträchtigungen wird in steigendem Ausmaß in integrativen Kinderbetreuungseinrichtungen betreut. In Vorarlberg wird diese Methode der integrativen Kinderbetreuung bereits nur noch in dieser Form angeboten. Die gemeinsame Betreuung von beeinträchtigten und nicht beeinträchtigten Kindern entspricht den Elternwünschen.

In einigen Ländern besteht zusätzlicher Bedarf an Angeboten der Frühförderung für beeinträchtigte Kinder und Jugendliche und es ist ein entsprechender Ausbau geplant. Zum Beispiel werden in Oberösterreich Sonder- und Regelhorte im ländlichen Bereich und mobile Integrationsberatung und Therapieangebote eingerichtet.

Von 1997/1998 bis 2004/2005 ist die Zahl an Schüler/innen in Sonderschulen von 16.000 auf 13.300 zurückgegangen, während die Zahl der Schüler/innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Rahmen des integrativen Unterrichts in Volks- und Hauptschulen von 1997/1998 bis 2004/2005 von 9.000 auf 15.000 angestiegen ist. Es besteht das Ziel, den integrativen Unterricht bis zur 8. Schulstufe flächendeckend anzubieten.

2.3.2. Berufliche Förderungsmaßnahmen für behinderte Jugendliche: „Clearing“

Die Maßnahme „Clearing“ verfolgt die Zielsetzung, behinderten Jugendlichen an der Schnittstelle Schule und Arbeitswelt behilflich zu sein. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor der Clearingeinrichtungen ist das aktive Einbeziehen der Jugendlichen, ihrer Eltern und Lehrer/innen. „Clearing“ fußt aufgrund der unterschiedlichen Kompetenzen auf einer engen Kooperation zwischen dem Bundessozialamt (Federführung), den Landesschulräten, dem Arbeitsmarktservice, den Ländern, den Klassenlehrer/innen, den Eltern und den Behinderteneinrichtungen. Mit diesem Projekt sollen für behinderte Jugendliche bedarfsgerechte Lehrstellen, Dienstverhältnisse, Maßnahmen des Arbeitsmarktservice oder weitere schulische Fortbildungen zur Verfügung gestellt werden.

Die Clearing-Maßnahmen wurden seit 2003 stark ausgebaut. 3.400 Jugendliche haben im Jahr 2005 (2003: 1.700, 2004: 2.400) Clearingverfahren erfolgreich abgeschlossen. Für 2006 besteht das Ziel, die Förderfälle auf 5.400 zu erhöhen.

2.3.3. Berufliche Förderungsmaßnahmen für behinderte Personen im Erwerbsalter

Die Bundesregierung hat in ihrem Regierungsprogramm die Integration von Menschen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt als zentrales Ziel formuliert. Die „Beschäftigungsoffensive für Menschen mit Behinderung“ (Dotierung von jährlich ca. € 70 Mio. für behinderte Menschen) wird 2006 fortgesetzt und es besteht der Plan auch für 2007 die entsprechenden zusätzlichen Mittel zur Verfügung zu stellen.

Die Aktivitäten des Bundessozialamtes und des Arbeitsmarktservice sind primär auf den ersten Arbeitsmarkt und auf sozialversicherungsrechtlich abgesicherte Arbeitsplätze ausgerichtet.

Im Jahr 2005 wurden durch das Bundessozialamt Maßnahmen für 27.500 Personen gefördert. Gegenüber 2004 konnte bei den geförderten Personen eine Steigerung um 13% verzeichnet werden. Der Frauenanteil liegt bei der Gesamtzahl der Maßnahmen bei 40%. Im Sinne einer Gender Mainstreaming Strategie wird in allen Maßnahmen besonders Bedacht darauf genommen, dass die Beschäftigungschancen von Frauen mit Behinderungen strukturell verbessert werden. Der Anteil der Frauen in allen Maßnahmen des Bundessozialamtes soll mittelfristig von derzeit rund 40% auf 50% angehoben werden.

Die berufliche Integration von Jugendlichen mit Behinderung, die persönliche Arbeitsassistenz am Arbeitsplatz und die integrative Berufsausbildung sind Schwerpunkte der „Beschäftigungsoffensive für Menschen mit Behinderung“. Mit der durch die Berufsausbildungsgesetz-Novelle 2003 geschaffenen „integrativen Berufsausbildung“ wurde für Personen, die in sozialer, begabungsmäßiger oder körperlicher Hinsicht benachteiligt sind, ein Impuls für ihre Integration in das Berufsleben gesetzt. Bei dieser neuen Ausbildungsschiene wird entweder die Lehrzeit um maximal zwei Jahre verlängert oder, falls die Erreichung eines Lehrabschlusses nicht möglich ist, eine Teilqualifikation vermittelt, die den Eintritt in den Arbeitsmarkt ermöglicht. Lehrbetriebe in der freien Wirtschaft, die Jugendlichen eine integrative Berufsausbildung ermöglichen, bekommen eine Abgeltung der Kosten für die begleitende Berufsausbildungsassistenz vom

Bundessozialamt. Die Zahl der geförderten Ausbildungsverhältnisse soll von derzeit 1.100 auf 1.500 angehoben werden.

Die im Jahr 2004 initiierte Maßnahme „Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz“ bietet Menschen mit schwerer Behinderung, denen der Zugang zum sowie der Verbleib im Erwerbsleben trotz fachlicher Eignung erschwert ist, eine „Persönliche Assistenz“ am Arbeitsplatz an. Assistenznehmer/innen erhalten jene individuelle Unterstützung, die zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit oder zur Absolvierung einer Ausbildung erforderlich ist. Auf Grund des steigenden Bedarfes soll das Angebot durch das Bundessozialamt in den Jahren 2006 und 2007 auf 200 Förderfälle erhöht werden.

Neben dem Bundessozialamt ist das Arbeitsmarktservice ein weiterer zentraler Akteur zur Integration von behinderten Menschen in den Arbeitsmarkt. Der hohe Stellenwert dieser Personengruppe im Rahmen der Aktivitäten des AMS zeigt sich darin, dass im Jahr 2005 41% der arbeitslosen behinderten Menschen durch Trainings- und Qualifizierungsmaßnahmen gefördert wurden. Es ist vorgesehen, dass 2006 mit zusätzlichen Mitteln (€ 18 Mio.) zusätzlich zu den 5.600 Personen im Jahr 2005 weiteren 3.000 behinderten Personen eine Beschäftigungsförderung zugute kommt.

Die zweite Antragsrunde der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL startete im Jänner 2005. Gefördert werden acht Entwicklungspartnerschaften zum Schwerpunkt der Erleichterung der Integration von Menschen mit Behinderung in den Arbeitsmarkt (Schwerpunkt 1 B), wobei fünf Entwicklungspartnerschaften regional und drei sektoral arbeiten. Ziel dieser Entwicklungspartnerschaften ist, neue Wege, Konzepte und Methoden gegen Diskriminierung bzw. Ungleichbehandlung am Arbeitsmarkt zu erproben. Für die Entwicklungspartnerschaften der zweiten Antragsrunde steht ein Gesamtbudget von insgesamt € 14 Mio. zur Verfügung. Die Finanzierung erfolgt zu je 50% aus ESF- und nationalen Mitteln.

Zusätzlich zur thematischen Schwerpunktsetzung werden auch in der zweiten Antragsrunde die Querschnittsthemen Gender Mainstreaming sowie Informations- und Kommunikationstechnologien in alle Aktivitäten von EQUAL eingebunden.

In der Programmperiode 2007 bis 2013 werden in Schwerpunkt 13 Initiativen für folgende Zielgruppen angeboten: Jugendliche, die lernbehindert bzw. sozial und/oder emotional beeinträchtigt sind; ältere Menschen mit Behinderung, deren Arbeitsplätze gefährdet sind oder die Hilfestellung bei der Wiedereingliederung benötigen (Schnittstelle Beruf-Invaliditätspension); sowie Menschen mit psychischen, geistigen oder sinnesbedingten Einschränkungen. Von wesentlicher Bedeutung ist auch die Chancengleichheit von Frauen und Männern in dieser Zielgruppe.

2.3.4. Förderungsmaßnahmen für schwer beeinträchtigte Personen

Für die Ermöglichung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bieten die Länder eine Reihe von Maßnahmen an: geförderte Beschäftigungsmöglichkeiten am 1. und 2. Arbeitsmarkt, in geschützten Werkstätten und Beschäftigungstherapien; vollbetreute und teilbetreute Wohnformen, Trainingswohnen mit dem Ziel eine selbständigere Wohnform zu erlangen, mobile Dienste in Form von Wohnassistenz, persönliche Assistenz, Familienentlastungsdienste und Freizeitassistenz.

In den meisten Ländern werden Versorgungslücken konstatiert und es bestehen Pläne, die Angebote auszuweiten. Sie sollen auch qualitativ verändert werden, um den Personen mit schweren geistigen, psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen (z.T. Mehrfachbehinderungen) ein möglichst eigenständiges Leben zu ermöglichen.

Auch wenn für viele dieser Personen aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen ein Arbeitsplatz am ersten Arbeitsmarkt bzw. ein selbstständiges Wohnen unrealistisch sind, so orientieren sich die Programme verstärkt am Grundsatz des „Empowerment“. Dem Instrument der persönlichen Assistenz kommt dabei eine besondere Bedeutung zu und soll in den meisten Ländern vermehrt angeboten werden. Der Ausbau der persönlichen Assistenz dient auch der Entlastung der Familienangehörigen. Bei den

Beschäftigungsangeboten sollen neben beschäftigungstherapeutischen und tagesstrukturierenden Maßnahmen und den integrativen Betrieben vermehrt geschützte Arbeitsplätze in Unternehmen der freien Wirtschaft („supported employment“) gefördert werden.

Im Bereich Wohnen wurden in einigen Ländern Wohnoffensiven für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen gestartet. Der Schwerpunkt liegt bei der Schaffung von kleinen gemeinwesenintegrierten Wohnformen mit Teil- und Vollbetreuung, um so den Verbleib im bisherigen sozialen Umfeld zu ermöglichen und die Eigenständigkeit zu fördern.

2.3.5. Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen

Im Juli 2005 wurde vom österreichischen Parlament ein Gesetzespaket beschlossen, das einen umfassenden Diskriminierungsschutz in vielen Bereichen des täglichen Lebens bringt. Es enthält ein Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz, eine umfassende Novelle zum Behinderteneinstellungsgesetz sowie eine Novelle zum Bundesbehindertengesetz.

Mit diesen Gesetzen sollen die Voraussetzungen für die Beseitigung von Diskriminierungen in zentralen Lebensbereichen verbessert und Menschen mit Behinderungen die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden. Das neue Behindertengleichstellungsrecht enthält ein Diskriminierungsverbot und als Sanktion die Möglichkeit einer Klage auf Schadenersatz – entweder in Form einer Einzelklage oder als Verbandsklage des Dachverbandes der Interessensvertretungen der Menschen mit Behinderung. Vor einer Klage muss ein Schlichtungsverfahren beim Bundessozialamt durchgeführt werden, in dem auch professionelle Mediation angeboten wird. Es wurde auch ein unabhängiger Behindertenanwalt beim Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz eingerichtet, der betroffene Menschen in Diskriminierungssituationen berät und unterstützt. Weiters wurde die österreichische Gebärdensprache verfassungsrechtlich anerkannt.

In den nächsten Jahren soll durch die Förderung von Investitionen in 1.000 Betrieben – v.a. in Unternehmen mit bis zu 50 Mitarbeiter/innen – eine bauliche Barrierefreiheit im Sinne des Behindertengleichstellungsgesetzes erreicht werden. Die Förderung umfasst 50% der Kosten der barrierefreien Investitionen, maximal € 50.000 pro Projekt.

In den meisten Ländern gibt es gesetzliche Verpflichtungen und Pläne, öffentliche Gebäude barrierefrei zu adaptieren. In den meisten Bauordnungen ist festgelegt, dass bei allen geplanten Neu-, Zu- und Umbauten die Barrierefreiheit nach dem letzten Stand der Technik umgesetzt werden muss. Es finden derzeit Erhebungen (bzw. sind geplant) über den status quo und den Investitionsbedarf statt. Aufgrund eines Beschlusses der Steiermärkischen Landesregierung sollen alle öffentlichen Gebäude im Eigentum des Landes Steiermark bis 2010 barrierefrei gestaltet werden.

2.4. Mitwirkung der Akteure

Wie im Abschnitt 1.2. erwähnt, beruht der Strategiebericht auf einem im Rahmen von Veranstaltungen und schriftlichen Beiträgen durchgeführten Konsultationsprozess, an dem die relevanten öffentlichen Stellen des Bundes, der Länder, Gemeinde- und Städtevertretungen, die Sozialpartner, die Dachverbände der NROs und Dienstleistungsanbieter und gesetzlich eingerichtete Beratungsgremien für Jugend-, Behinderten-, Senioren- und Familienfragen eingebunden waren.

Für den Bereich „Soziale Eingliederung“ ist geplant, auf Basis von auf EU-Ebene vereinbarten Indikatoren und nationalen Indikatoren und unter Zuhilfenahme anderer Quellen (Erfahrungen der Anwaltschaften, der gemeinnützigen Organisationen, der Dienstleistungsanbieter u.a.) zu den sozialen Entwicklungen und den erfolgten politischen Maßnahmen ein dauerhaftes Monitoring und eine Evaluierung durch unabhängige Expert/innen einzurichten. Die Ergebnisse dieser Arbeiten sollen ein zentraler Ausgangspunkt für die Erstellung der nächsten Strategieberichte sein. Die an diesem

Strategiebericht mitwirkenden Akteure werden in die Konzeption und Begleitung des Monitorings und der Evaluierung eingebunden.

Die in den Ländern und beim Bund bestehenden Anwaltschaften für die Gesamtbevölkerung und für spezifische Gruppen (Kinder und Jugendliche, behinderte Personen, Patient/innen, pflegebedürftige Menschen u.a.) sollen verstärkt bei der Identifizierung von qualitativen und quantitativen Lücken beim Angebot wohlfahrtsstaatlicher Leistungen eingebunden werden. Die beiden Dachverbände der gemeinnützigen Organisationen, die im Bereich Armutsbekämpfung tätig sind, wurden vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz beauftragt, ihre Mitgliedsorganisationen u.a. über den aus ihrer Sicht bestehenden wohlfahrtsstaatlichen Reformbedarf zu befragen (siehe Anhang). Auch diese Ergebnisse sollen eine Grundlage für zukünftige Planungen sein.

TEIL 3 – NATIONALE STRATEGIEBERICHTE PENSIONEN

Österreich hat in den letzten Jahren mithilfe tief greifender Reformmaßnahmen entscheidende Schritte zur Erreichung der langfristigen Finanzierbarkeit der Rentensysteme gesetzt. Ausgehend von der Rentenreform 2000 und des von einer Expert/innenkommission vorgelegten Maßnahmenkataloges wurden mit zwei Rentenreformen in den Jahren 2003 und 2004 die für einzelne Berufsgruppen (in der gesetzlichen Rentenversicherung) und Bundesbeamt/innen unterschiedlichen Systeme harmonisiert. Im Sinne des Zieles einer Stärkung der intra- und intergenerationalen Solidarität wurden mit der Rentenreform 2003 die Kernpunkte Rentenalter und Rentenbemessungsgrundlage (daraus ergibt sich die Rentenhöhe) in einem Übergangszeitraum vereinheitlicht. Die Einrichtung eines persönlichen Rentenkontos für alle ab dem Jahr 2005 erstmals ins Erwerbsleben tretende Personen (sowie für jene, die zu diesem Zeitpunkt bereits Erwerbszeiten aufzuweisen hatten und unter 50 Jahre alt waren) durch die Rentenreform 2004 ist als letzter Harmonisierungsschritt die Umsetzung der mit der Rentenreform 2003 verfolgten Ziele mit teilweiser sozialer Abfederung.

3.1. Angemessenheit der Renten

Neben dem allgemeinen Ziel der Gewährleistung einer vernünftigen Altersversorgung geht Österreich mit seiner flexiblen Regelung einer Mindestversorgung auf die unterschiedliche Lebenssituation von Rentner/innen ein. Personen, deren Rentenhöhe sowie etwaige sonstige Einkünfte eine bestimmte Grenze (Ausgleichszulagenrichtsatz = Mindestrente) unterschreiten, erhalten eine Ausgleichszulage in der Höhe des Differenzbetrages. Diese bedarfsorientierte Mindestrente betrug im Jahr 2005 monatlich € 662,99.- für Alleinstehende und € 1.030,23.- für Ehepaare und wurde in der Vergangenheit oftmals stärker als die normalen Renten angehoben, wodurch die Sicherung eines akzeptablen Lebensstandards erreicht werden konnte. Die Entwicklung in den letzten zehn Jahren zeigt, dass die Mindestrente für Alleinstehende in etwa der Höhe der Inflation und der durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen gestiegen ist, jene für Ehepaare jedoch deutlich stärker. Eine Auswertung des Armutsgefährdungsrisikos nach Haushaltsformen verdeutlicht, dass zwar der Anteil der armutsgefährdeten Rentner/innenhaushalte höher ist als jener der Erwerbstätigenhaushalte, der Abstand zur Armutsgefährdungsschwelle aber wesentlich geringer ist.

Wie bereits angekündigt (vgl. „Bericht über die österreichische Rentenstrategie 2005“, S. 9), ist die Heranführung der Mindestrente für Alleinstehende an die Armutsgefährdungsschwelle ein erklärtes Ziel im Rahmen der österreichischen Rentenstrategie. Mit der Erhöhung auf monatlich € 690.- für Alleinstehende und auf € 1.056.- für Ehepaare ab dem 1. Jänner 2006 wurde - auch unter Einberechnung sonstiger Leistungen für Mindestrentner/innen (vgl. „Bericht über die österreichische Rentenstrategie 2005“, S. 9) – ein Beitrag zur Armutsbekämpfung geleistet.

Hinsichtlich der Förderung des Aufbaus einer 2. Säule (vgl. „Bericht über die österreichische Rentenstrategie 2005“, S. 11) konnte die positive Entwicklung in den letzten Jahren auch 2005 fortgesetzt werden. Sowohl die Zahl der Anwartschafts- und Leistungsberechtigten der Rentenkassen als auch die Zahl der Verträge und Anwartschaftsberechtigten der Mitarbeitervorsorgekassen („Abfertigung neu“) sind deutlich gestiegen. Das seit 2003 bestehende Modell „Abfertigung neu“ ist zwar eine arbeitsrechtliche Regelung, die Arbeitnehmer/innen haben jedoch die Wahl, den angesparten und verrenteten Betrag als Einmalzahlung zu beheben oder für eine spätere Rentenleistung zu belassen.

3.2. Finanzierbarkeit der Rentensysteme

Die mit der Rentenreform 2000 begonnene – und im Rahmen der Rentenreform 2003 weitergeführte - schrittweise Anhebung des Rentenalters hat bereits insofern Wirkung gezeigt, als das durchschnittliche tatsächliche Rentenantrittsalter bei den Altersrenten auch in den Jahren 2004 und 2005 sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen angestiegen ist.

3.3. Modernisierung der Rentensysteme

Neben den bereits im Sinne der Verbesserung der Situation der Frauen erwähnten Maßnahmen (vgl. „Bericht über die österreichische Rentenstrategie 2005“, S. 23/24) zeigt ein Mehrjahresvergleich der Entwicklung der Rentenhöhen bei den neu zuerkannten Renten eine positive Entwicklung. Während im Zeitraum 1998 – 2001 die durchschnittliche Neuzugangsrente bei den Männern stärker angestiegen ist als bei den Frauen, gab es im Zeitraum 2001 – 2004 die gegenteilige Entwicklung – die durchschnittliche Neuzugangsrente bei den Frauen stieg deutlich stärker an als jene bei den Männern. Die letzten Jahre zeigen auch deutlich, dass die Zahl jener Frauen, die keine eigene Rentenleistung erhalten, kontinuierlich sinkt. Für jene Frauen, die den Aufbau Österreichs nach dem Zweiten Weltkrieg mitgetragen und in dieser Zeit mindestens ein Kind geboren oder erzogen haben, wurde die Auszahlung eines einmaligen Geldbetrages beschlossen, sofern sie oder ihre Ehemänner nur die Mindestrente oder eine vergleichbare Leistungen auf Grundlage anderer gesetzlicher Bestimmungen beziehen.

Um das Rentensystem flexibel zu halten und die Solidarität innerhalb einer Generation zu stärken, wurde neben der „Korridorrente“ (Rentenantritt zwischen dem 62. und 65. Lebensjahr mit 4,2% Abschlag pro Jahr - vgl. „Bericht über die österreichische Rentenstrategie 2005“, S. 18) im März 2006 per Verordnung die Schwerarbeitspension konkretisiert (tritt am 1. Jänner 2007 in Kraft). Frauen und Männer, die 45 Versicherungsjahre aufweisen und in den letzten zwanzig Jahren vor dem Rentenantritt zehn Jahre Schwerarbeit verrichtet haben, können zum 60. Lebensjahr mit einem geringeren jährlichen Abschlag (1,8%) in Rente gehen.

Im Sinne der Einbindung wesentlicher Akteure in Entscheidungsprozesse haben drei Vertreter/innen der Rentner/innen Sitz und Stimme in der „Kommission zur langfristigen Pensionssicherung“. Diese Kommission hat u.a. die Aufgabe, die jährliche Anpassung der Renten vorzuschlagen sowie durch Gutachten die finanzielle Entwicklung der Rentenversicherung zu beobachten und im Fall von Abweichungen von festgelegten Größen (z.B. der künftige Lebenserwartung) Bericht zu erstatten und Lösungsvorschläge auszuarbeiten.

TEIL 4 – NATIONALE STRATEGIEN FÜR GESUNDHEIT UND LANGZEITPFLEGE

4.1. Zusammenfassung

Die Bundesverfassung regelt die Zuständigkeiten betreffend Gesetzgebung und Vollziehung. Das Gesundheitswesen fällt in die Kompetenz des Bundes – mit einer wichtigen Ausnahme: das Krankenanstaltenwesen. Hier hat der Bund nur die Grundsatzgesetzgebungskompetenz. Die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung ist Ländersache. Im Sozialbereich sind die Kompetenzen zwischen Bund und Ländern aufgeteilt. Für beide Bereiche gilt, dass zur Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung Vereinbarungen gemäß Art. 15a Bundesverfassungsgesetz (B-VG) zwischen Bund und Ländern geschlossen werden.

Der Gesundheits- und Sozialsektor ist volkswirtschaftlich gesehen ein wichtiger Produktions- und Wachstumsfaktor. Rund 1/10 des Bruttoinlandsproduktes entfallen auf die Gesundheits- und Pflegeausgaben und seit Jahren steigt der Anteil der (direkt) Beschäftigten im Gesundheitswesen stärker als in der Gesamtwirtschaft an.

Neben der Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen ist das Gesundheits- und Sozialwesen der Sektor mit dem zweithöchsten Beitrag zum Beschäftigungswachstum innerhalb der Europäischen Union. Auch in Österreich stellt sich die gleiche Situation dar. Knapp 50 % der 8,07 Mill. Österreicher/innen sind Aktiv-Beschäftigte. Zwischen 1995 und 2004 ist die Zahl der Aktiv-Beschäftigten in Österreich insgesamt im Jahresschnitt um 0,4% gewachsen; im selben Zeitraum stieg die Zahl der Beschäftigten im Bereich „Gesundheits- und Sozialwesen“ im Schnitt um 3%. Dieser Trend dürfte sich fortsetzen. Schätzungen zufolge wird sich die Differenz in den Wachstumsraten halten und bis 2007 werden rund 4.500 Personen pro Jahr zusätzlich Beschäftigung im Gesundheitssektor finden. Von den etwa 4.500 Beschäftigten, die bis 2007 pro Jahr hinzukommen, werden mindestens zwei Drittel Frauen sein. Im Bereich der Langzeitpflege stieg die Zahl der Beschäftigten zwischen 1999 und 2003 um etwa 20% an, wobei 80% der beschäftigten Personen Frauen sind und ein deutlicher Trend in Richtung einer höheren Qualifizierung zu beobachten ist.

Daraus geht hervor, dass der Gesundheits- und Sozialsektor ein wichtiger Arbeitsmarkt für Frauen ist. Mehr als drei Viertel der Beschäftigten im Gesundheitssektor sind Frauen, in der gesamten Wirtschaft sind zwei von fünf Beschäftigten Frauen. Damit sind die Bereiche der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege geeignet, einen Beitrag zur Lissabon-Strategie im Hinblick auf Wachstum und Beschäftigung zu leisten.

Die Beschäftigungsentwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen ist eng mit der Änderung der Altersstruktur und mit der steigenden Nachfrage verknüpft. Die demografische Entwicklung und auch die höheren Erwartungen der Patient/innen bzw. Klient/innen an die Qualität der Leistungen stellen den Sozial- und Gesundheitsbereich vor große planerische Herausforderungen und Aufgaben.

Eine der derzeitigen Herausforderungen liegt im Bereich der gut ausgebildeten Pflegekräfte. Der Pflegebedarf wird immer komplexer und stellt kontinuierlich immer höhere Anforderungen – sowohl qualitativ als auch quantitativ – an das Pflegepersonal.

Beiden Bereichen gemeinsam ist das angestrebte gesundheits- und sozialpolitische Ziel: „ambulant vor stationär“. Patient/innen und Klient/innen sollten in der Versorgungsebene behandelt und gepflegt werden, wo es für sie bzw. ihn am sinnvollsten und am zweckmäßigsten ist. Im Rahmen der derzeit geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird durch die Einrichtung des „Kooperationsbereiches“ auf Ebene der Landesgesundheitsplattformen eine wichtige Weichenstellung zur Änderung der Organisationsstruktur vorgenommen und damit gleichzeitig ein weiterer Schritt in Richtung „Good Governance“ gesetzt. In der Langzeitpflege haben Bund und Länder eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über

gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen abgeschlossen, die am 1. Jänner 1994 in Kraft getreten ist. Darin haben sich die Länder verpflichtet, die sozialen Dienste bis zum Jahre 2010 dezentral und flächendeckend auszubauen.

In der Vereinbarung zur Langzeitpflege (s.o.) wurde festgelegt, dass die Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie erleichtert werden soll. Da die überwiegende Zahl von pflegebedürftigen Menschen zuhause gepflegt wird, ist auch auf eine bessere Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und familiärer Pflege zu achten. In diesem Zusammenhang ist auf die Einführung der Familienhospizkarenz sowie auf Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger hinzuweisen.

Die Grenzen zwischen akuter Krankheit und Pflegebedürftigkeit verlaufen fließend. Beiden Bereichen ist eine kontinuierliche und qualitätsvolle Behandlung und Betreuung der Patient/innen und Klient/innen ein Anliegen. Im Rahmen der derzeit geltenden Vereinbarung zwischen Bund und Ländern im Gesundheitswesen wird eine Verbesserung des Nahtstellenmanagements angestrebt und ausdrücklich festgehalten, dass bis zum Jahre 2008 Rahmenvorgaben an den Nahtstellen des Gesundheitswesens einschließlich der Nahtstelle zum Pflegebereich zu erarbeiten sind. In der Vereinbarung zur Langzeitpflege haben sich die Länder verpflichtet, insbesondere für eine Koordination zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Diensten zu sorgen.

Der Prävention kommt in beiden Bereichen eine Schlüsselrolle zu. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 wird verstärkt Wert auf Gesundheitsförderung und Prävention gelegt und werden bundesweite Initiativen gesetzt. So hat das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen eine breit angelegte Kampagne zur Bewusstseinsbildung im Bereich „Gesunder Lebensstil“ gestartet, an der sich Partner aus Wissenschaft, Wirtschaft und Medien beteiligen. Gesundheitsförderung und Prävention sind als Teile eines funktionierenden Nahtstellenmanagements zu berücksichtigen.

Sowohl im Gesundheits- als auch im Pflegebereich ist es ein Anliegen, den Bereich der „Qualitätsarbeit“ auszubauen. Die Schaffung eines einheitlichen und verbindlichen Begriffs von Qualität und Qualitätssicherung bei den sozialen Diensten ist eine gemeinsame Herausforderung von Bund und Ländern. Einen ersten Schritt dazu bildet die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe, die im Juli 2005 in Kraft getreten ist und mit der ein einheitlicher Standard für Ausbildungen und Tätigkeiten der Sozialbetreuungsberufe geschaffen wurde. Im Gesundheitswesen enthält die seit 1.1.2005 geltende Vereinbarung zwischen Bund und Ländern die Vorgabe, ein verbindliches der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen zu entwickeln und einzuführen. Da nunmehr der rechtliche Rahmen für eine verbindliche Qualitätsarbeit im Bereich des Gesundheitswesens durch das Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen und durch die erwähnte Vereinbarung gestärkt wurde, liegen die zukünftigen Herausforderungen nun in der Umsetzung und Implementierung der Inhalte.

Die Europäische Kommission hat vorgeschlagen, 3-4 der wichtigsten Themen zu identifizieren, wo ein gegenseitiger Austausch und Voneinander-Lernen den größten Mehrwert haben könnten. Von Österreich werden folgende Themen vorgeschlagen:

- Nahtstellen-/Schnittstellenmanagement - und damit verbunden ein bedarfsgerechter Zugang zu allen Versorgungsebenen für alle Personen ("coordination of care").
- Wie können die Familien in Hinsicht auf Pflege von Angehörigen noch besser unterstützt werden?
- Wie können angesichts des Mangels an qualifiziertem Personal die Pflege- und Sozialbetreuungsberufe attraktiver gemacht werden?

4.2. Gesundheit

4.2.1. Kurze Beschreibung des Gesundheitssystems

Das Gesundheitswesen fällt in die Kompetenz des Bundes – mit einer wichtigen Ausnahme: das Krankenanstaltenwesen. Hier hat der Bund nur die Grundsatzgesetzgebungskompetenz. Die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung ist Ländersache. Daher verpflichteten sich Bund und Länder im Rahmen von Vereinbarungen wechselseitig zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten.

Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen und die Steuerung des Gesundheitswesens werden in Österreich als eine überwiegend öffentliche Aufgabe betrachtet. Die Gesundheitsleistungen selbst werden von staatlichen, privat-gemeinnützigen und privaten Organisationen bzw. von Einzelpersonen erbracht.

In Österreich besteht der Grundkonsens der „gemischten Finanzierung“. Etwa die Hälfte der Gesundheitsausgaben wird über die Krankenversicherungsbeiträge finanziert, rund ein Fünftel wird über Steuereinnahmen aufgebracht, rund drei Zehntel finanzieren die privaten Haushalte (inkl. private Kranken(zusatz)-versicherung).

Österreich verfügt über ein – an internationalen Kennziffern gemessen – qualitativ und quantitativ gut ausgebautes System der Gesundheitsversorgung. Nahezu jede Österreicherin und jeder Österreicher kann eine Gesundheitsversorgungseinrichtung innerhalb einer Stunde erreichen.

Mittelpunkt dieses Systems stellt die als Pflichtversicherung organisierte soziale Krankenversicherung dar – rund 98 % der österreichischen Bevölkerung sind darin umfasst. Die soziale Krankenversicherung deckt sämtliche Leistungen, die in Zusammenhang mit einer Krankenbehandlung stehen, ab. Die Inanspruchnahme und der Umfang der Leistungen der sozialen Krankenversicherung sind grundsätzlich beitragsunabhängig. Für alle in der sozialen Krankenversicherung erfassten Personen ist prinzipiell der Bezug von Leistungen, die gemäß den gesetzlichen Bestimmungen als Leistungen der sozialen Krankenversicherung anerkannt werden, unbeschränkt und einkommensunabhängig. Durch die einkommensabhängigen Beiträge und durch die Garantie, bedarfsorientiert Leistungen in Anspruch nehmen zu können, nimmt die soziale Krankenversicherung Umverteilungen vor. Die Krankenversicherten haben bei Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen Zuzahlungen bzw. Selbstbehalte zu leisten, wobei Ausnahmen aus sozialen Gründen – für einkommensschwache Personen bzw. Personen, die infolge von Krankheit überdurchschnittlich hohe Ausgaben nachweisen – vorgesehen sind (soziale Schutzbedürftigkeit).

Aufgrund des hohen Anteils an Sozialversicherten in der österreichischen Bevölkerung besteht das Motiv für die Inanspruchnahme einer zusätzlichen privaten Krankenversicherung hauptsächlich darin, die Kosten einer besseren Unterbringung und Verpflegung (Hotelkomponente) und im Bereich der privaten Krankenanstalten eine freie Arzt- bzw. Ärztinnenwahl im Krankenhaus abzusichern. Etwa ein Drittel der Bevölkerung ist privat kranken(zusatz)-versichert. Die private Kranken(zusatz)versicherung finanziert etwa 7% der Kosten der öffentlichen Krankenanstalten.

Gesundheitsreform 2005

Angesichts der finanziellen Herausforderungen gilt es, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens nachhaltig zu sichern.

Bedingt durch die sehr komplexen Organisations- und Finanzierungsstrukturen und den dahinter liegenden Organisationsformen der Sozialversicherung und der Krankenanstalten traten in den letzten Jahren verstärkt strukturelle Schwächen – mangelhaft integrierte Versorgung und ein duales Finanzierungssystem (d.h. der

stationäre und ambulante Bereich werden getrennt finanziert) ohne jede Möglichkeit des Ausgleichs – zu Tage. Zur Beseitigung der genannten strukturellen Probleme und um die Finanzierbarkeit nachhaltig weiter abzusichern, wurde im Herbst 2004 eine Gesundheitsreform verabschiedet.

Die stärkere Integration der Versorgung ist ein Hauptziel dieser Gesundheitsreform. Zur besseren Planung und Steuerung des gesamten Gesundheitswesens wurden auf Länderebene Gesundheitsplattformen gegründet. Die verstärkte Einbindung von Patient/innenvertretungen (Patient/innenanwält/innen) tragen zu einer effizienten und effektiven Versorgung bei. Der österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist die neue verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Sein integrativer Ansatz ist eine Weichenstellung für Verlagerungen zwischen verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens und bietet somit eine Basis für weitere Schritte der Gesundheitsreform. Die weiteren Hauptziele dieser Reform sind die flächendeckende Sicherstellung und Verbesserung der Qualität und die nachhaltige Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens.

4.2.2. Zugänglichkeit

Das österreichische Gesundheitswesen zeichnet sich durch einen niederschweligen, grundsätzlich gleichen Zugang zu allen medizinischen und therapeutischen Versorgungsleistungen für alle Personen sowie den Grundsatz, dass keine Rationierungen der Leistungen nach den Kriterien wie Alter, Geschlecht, Einkommen, sozialer Status, Religion, ethnische Minderheiten usw. erfolgen, aus.

Wie bereits erwähnt, erstrecken sich die Leistungen der Pflichtversicherung auf den freien Zugang zu den Gesundheitsleistungen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Für einen Teil der nicht-krankenversicherten Personen übernimmt die Sozialhilfe (Kompetenz der Länder) entweder die Beiträge zur Krankenversicherung oder die Kosten für die medizinische Behandlung. Trotz dieses hohen Versorgungsgrades sind knapp 2 % der österreichischen Bevölkerung (wobei aufgrund der unzureichenden Datengrundlagen keine genaue Angabe gemacht werden kann) vom Krankenversicherungsschutz nicht umfasst. Für einen Teil dieser Personengruppe konnte bereits durch gesetzliche Maßnahmen, wie z.B. die Einbeziehung der hilfs- und schutzbedürftigen Asylwerber/innen in die Krankenversicherung oder durch die Möglichkeit der sozialen Absicherung im Fall von atypischen Beschäftigungsverhältnissen mittels eines Dienstleistungsschecks, eine wesentliche Verbesserung erzielt werden. Weiters wurde die bundesgesetzliche Voraussetzung für die Ausstattung von Sozialhilfeempfänger/innen mit einer e-card geschaffen. Darüber hinaus werden seitens des Bundes mit den Ländern und der Sozialversicherung derzeit Gespräche über die Einbeziehung von Sozialhilfeempfänger/innen in die gesetzliche Sozialversicherung geführt. Um einen niederschweligen Zugang zum Gesundheitswesen weiterhin zu gewährleisten, haben sich Organisationen der freien Wohlfahrtspflege in Zusammenarbeit mit öffentlichen Stellen darauf spezialisiert, Menschen ohne Krankenschein/e-card (d.h. ohne Krankenversicherung) medizinische Erst- und Grundversorgung anzubieten. Das ausgewählte Best-Practice-Projekt „Marienambulanz in Graz“ der Caritas Graz (siehe Anhang) ist nur eine von vielen ambitionierten Einrichtungen in diesem Bereich.

Durch die hohen personellen und apparativen Kapazitäten gibt es bei medizinischen Leistungen keine nennenswerten Wartelisten. Nur bei einigen „Nicht-Notfalls-Operationen“, wie z.B. endoprothetische Operationen und Augenoperationen scheinen punktuell längere Wartelisten auf. Derzeit sind in Österreich keine flächendeckenden Daten über Wartelisten verfügbar.

Im bereits erwähnten Österreichischen Strukturplan Gesundheit ermöglicht die schrittweise Umsetzung von Vorgaben für Leistungsmengen (auf allen Versorgungsstufen) eine gleichmäßigere regionale Verteilung der Leistungserbringung und trägt dazu bei, weiterhin den Zugang zur Versorgung fair zu gestalten, aber auch die Qualität der Leistungserbringung sicherzustellen. Eine weitgehende Umsetzung dieses

Planes soll in Zukunft mithelfen, vorhandene Über- bzw. Unterversorgungen und damit allokativen Ineffizienzen zu mildern bzw. längerfristig zu beseitigen.

Im Rahmen dieser Leistungsangebotsplanung werden auch jene Versorgungsbereiche besonders berücksichtigt, in denen noch Versorgungslücken bestehen (z.B. Palliativ- und Hospizversorgung, Neurorehabilitation, flächendeckende Psychotherapieversorgung). Im Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung ist der Aufbau einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung bis zum Jahr 2012 geplant. Eine längerfristige und gesicherte Finanzierung wird angestrebt.

Bundesweit verbindliche Rahmenvorgaben für ein effizientes Nahtstellenmanagement an den Versorgungsübergängen (insbesondere Qualitätsstandards für Aufnahme- und Entlassungsmanagement) im Gesundheitswesen – und soweit davon betroffen im Pflegebereich – sollen einen bedarfsgerechten Zugang zu allen Versorgungsbereichen für alle Personen sichern. Diese Rahmenvorgaben sollen bis Ende 2008 vorliegen.

In Österreich wird vermehrt Wert auf eine „geschlechtersensible Gesundheitspolitik“ gelegt. Langfristig gesehen sollen die gesundheitlichen Bedürfnisse, Risiken und Ressourcen von Frauen und Männern in allen Bereichen des Gesundheitswesens nachhaltig berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere eine Verbesserung des niederschweligen Zugangs für sozial- und kulturell benachteiligte Personen, hier vor allem von Frauen, zu gewährleisten. Frauengesundheit soll intersektoral (kurativ – rehabilitativ – gesundheitsfördernd) verankert werden.

Es bedarf auch weiterer Maßnahmen um das existierende Gefälle im Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung nicht nur zwischen verschiedenen Altersgruppen und Geschlechtern, sondern vor allem auch zwischen den Regionen, insbesondere zwischen Ost- und Westösterreich, schrittweise abzubauen. Ungünstigere sozioökonomische Strukturen in Teilen der Ostregion Österreichs ergeben ein West-Ost-Gefälle (z.B. deutlich erhöhte Sterblichkeit in bestimmten Gebieten der Ostregion, höherer Anteil der stark Übergewichtigen). Diabetesprävalenz ist in Bezirken mit niedriger Einkommensstruktur besonders hoch, vor allem sind Frauen im ländlichen Bereich – oft verstärkt durch die Arbeitslosigkeit – betroffen. Hier ergeben sich Ansatzpunkte für eine regionale Schwerpunktsetzung in der Gesundheitsförderung und in der Prävention.

4.2.3. Qualität

4.2.3.1. Überblick über die Entwicklung der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen

Spätestens seit 1990 hat die Gesundheitspolitik Anstrengungen unternommen, den Bereich der Qualitätsarbeit verstärkt auszubauen.

Auf Bundesebene wurden während der letzten Jahre Gesetze, Verordnungen und Regelungen erlassen, die ausschließlich oder teilweise qualitätsspezifische Vorgaben enthalten (Status Quo: ca. 50 Normen). Diese beziehen sich u.a. auf Dokumentationspflichten, auf Arzneimittel und Medizinprodukte, auf Gesundheitsberufe, auf die Rechte der Patient/innen und Qualitätsarbeit im Krankenanstaltenbereich. Darüber hinaus gibt es Normen, die auf Länderebene erlassen wurden.

Weiters hat der Bund während der letzten Jahre eine Vielzahl von qualitätsbezogenen (Projekt)aktivitäten unterstützt und finanziert, u.a. zu den Themen Nahtstellenmanagement, Qualitätsberichterstattung, Patient/innenorientierung, Antibiotikaeinsatz, Strukturqualitätskriterien, Verbrauch von Blutkomponenten, Hygiene, Ergebnisqualität, Qualitätssicherung in der mikrobiologischen Diagnostik, Patient/innensicherheit und Vermeidung unerwünschter Ereignisse. Diese (Projekt)aktivitäten entstanden vielfach als Antwort auf aktuelle gesundheitspolitische Notwendigkeiten. Mitarbeiter/innen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens haben an diesen Arbeiten teilgenommen. Verweise auf Websites ausgewählter Qualitätsprojekte finden sich unter: www.bmgf.gv.at/cms/site/inhalte.htm?channel=CH0005&thema=CH0027

Patient/innenrechte sind in diversen Gesetzen, wie z.B. im Krankenanstaltenrecht und in den gesundheitsberufsbezogenen Gesetzen festgelegt. Zwischen dem Bund und mittlerweile den meisten Ländern wurde eine Patient/innencharta zur Sicherstellung der Patient/innenrechte abgeschlossen. Mit dem neuen Patientenverfügungsgesetz wurden klare rechtliche Rahmenbedingungen für die formalen und inhaltlichen Anforderungen, die Gültigkeit sowie die Beratungserfordernisse einer Patient/innenverfügung geschaffen und damit ein wichtiger weiterer Schritt zur Stärkung der Patient/innenrechte gesetzt.

Durch Gesetze auf Landesebene wurden unabhängige Patient/innenvertretungen eingerichtet, die kostenlos in Anspruch genommen werden können. Daneben gibt es in den Ländern auch Schiedsstellen der Ärztekammern.

Im Bereich der Gesundheitsförderung wurden während der letzten Jahre bundesweite Initiativen gesetzt, mit dem Ziel, der Gesundheitsförderung im Vergleich zur kurativen Medizin generell einen größeren Stellenwert zu verleihen. Wichtige Schritte zur nachhaltigen Verankerung der diesbezüglichen Arbeiten waren die Verabschiedung des Gesundheitsförderungsgesetzes sowie die Einrichtung des Fonds Gesundes Österreich, dem jährlich 7,25 Mio. € zur Verfügung stehen. Darüber hinaus hat das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen eine breit angelegte Kampagne zur Bewusstseinsbildung im Bereich „Gesunder Lebensstil“ gestartet (nähere Informationen siehe Website <http://www.isch.at>). Gleichzeitig hat der Hauptverband der Sozialversicherungsträger den Bereich der Vorsorgeuntersuchungen intensiviert. Seitens der Partner der Bundesgesundheitsagentur wird dem Mammographie-Screening verstärktes Augenmerk gewidmet. Die Länder unternehmen Anstrengungen, über Kindergärten und Schulen den Gesundheitszustand von Kindern aus einkommensschwachen Familien zu verbessern. Insbesondere ergreifen sie auch Maßnahmen zur Förderung übergewichtiger Kinder und deren Familien. Die Aktion „X-Team power generation“ aus dem Land Vorarlberg wurde als Best Practice Beispiel in diesem Bereich ausgewählt (siehe Anhang). Die Sozialpartnerinitiative „Arbeit und Gesundheit“ stellt in einem Serviceportal (www.arbeitundgesundheit.at) Handlungsanleitungen zur Verfügung, wie betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitnehmer/innenschutz zum betrieblichen Vorteil und zum individuellen Wohlbefinden aller im Betrieb Tätigen umgesetzt werden können und ermutigt Betriebe verstärkt Gesundheitsaktivitäten zu setzen. Grundsätzlich besteht die Notwendigkeit, die Vielfalt der Gesundheitsdeterminanten stärker zu berücksichtigen.

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen

Die per 1.1.2005 verabschiedete neue Gesundheitsreform markiert aus Sicht des Bundes einen sehr bedeutenden Schritt zum Thema Qualität durch die Schaffung eines „Gesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen“ (Volltext des Gesetzes sowie Erläuterungen auch in englischer Sprache siehe Homepage:

http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/3/4/1/CH0027/CMS1043931577060/health_care_quality_act.pdf und

http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/3/4/1/CH0027/CMS1043931577060/commentary_on_the_health_care_quality_act.pdf).

Der Bund versucht damit, die Vielzahl der in den letzten Jahren in Angriff genommenen Qualitätsthemen strukturiert weiter zu entwickeln, eine bundesweite Koordinationsfunktion wahrzunehmen und damit eine gezielte Qualitätsstrategie unter Einbindung aller wesentlichen Akteure zu verfolgen. Die inhaltlichen Kernpunkte des Gesetzes beziehen sich auf Standardentwicklung, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Qualitätsberichterstattung, Anreizmechanismen und Kontrollmechanismen zur Qualitätsarbeit. Überdies wird ein Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) eingerichtet werden. Dieses Institut wird bei der Umsetzung aller im Gesetz genannten Herausforderungen Unterstützung leisten. Auf Basis des nunmehr geltenden Gesetzes sollen zukünftig auch Verordnungen erlassen werden.

Qualitätsbestimmungen im Rahmen der neuen Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2005-2008)

Bund und Länder haben sich im Rahmen der oben genannten Vereinbarung dem gemeinsamen Ziel verschrieben, jeweils in ihrem Zuständigkeitsbereich die Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen voranzutreiben.

Diese seit 1.1.2005 geltende Vereinbarung bekennt sich zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätssystems für das österreichische Gesundheitswesen. Qualitätsarbeit wurde auch als verbindliche Aufgabe der neu eingerichteten Bundesgesundheitsagentur, deren Organ die Bundesgesundheitskommission ist, sowie der Gesundheitsplattformen auf Länderebene im Rahmen der Landesgesundheitsfonds festgeschrieben. Mitglieder der Bundesgesundheitskommission sind Vertreter/innen des Bundes, der Länder, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, des Städte- und Gemeindebundes, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patient/innenvertretungen und der Österreichischen Ärztekammer. Diese Zusammensetzung spiegelt die Kooperationsbestrebungen der wesentlichen Finanziers und sonstiger bedeutender Partner/innen im Gesundheitswesen wider. (Volltext der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG siehe Homepage: www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0038&doc=CMS1104315559331)

Sonstiges

Auf Basis einer Novelle zum Ärztegesetz wurde im Jahr 2004 von der Österreichischen Ärztekammer eine Gesellschaft für Qualitätssicherung (Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH = ÖQMed) eingerichtet. Diese Gesellschaft hat Qualitätsstandards für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte entwickelt. Die Standards werden von der Österreichischen Ärztekammer jeweils für die Dauer von fünf Jahren durch Verordnung, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen bedarf, verbindlich gemacht. Die erste diesbezügliche Verordnung trat im Februar 2006 in Kraft. Bis Ende 2008 sollen die Evaluierungsergebnisse zur Verfügung stehen.

Grundsätzlich haben sich in Österreich in den letzten Jahren Initiativen zum Einsatz von „Evidence Based Medicine“ und „Health Technology Assessment“-Methoden verstärkt. Diese Arbeiten werden u.a. seitens des Bundes, der Sozialversicherung, einiger Krankenanstaltenträger und wissenschaftlicher Institute unterstützt. Positiv hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass im Jahr 2003 im Hauptverband der Sozialversicherungsträger eine Stabstelle für „Evidence Based Healthcare“ eingerichtet wurde. Ein Ludwig-Boltzmann-Institut mit dem Schwerpunkt „Health Technology Assessment“ nahm im April 2006 seine Tätigkeit auf.

4.2.3.2. Herausforderungen / Reformbestrebungen

Der Rahmen für verbindliche Qualitätsarbeit wurde durch die oben beschriebenen rechtlichen Normen gestärkt. Die zukünftigen Herausforderungen liegen in der Umsetzung und Implementierung der vereinbarten Inhalte.

Besonderes Augenmerk ist der Einrichtung des Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) zu schenken. Das BIQG ist mit entsprechenden personellen und sachlichen Ressourcen auszustatten und wird als zentraler Akteur für die wissenschaftliche Begleitung und operative Umsetzung von qualitätspolitischen Aufgaben gesehen. Um die Akzeptanz des BIQG zu sichern, ist es nötig, möglichst viele Partner/innen des österreichischen Gesundheitswesens einzubeziehen. Das BIQG soll in engem Verbund mit anderen gesundheitspezifischen Einrichtungen (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Fonds Gesundes Österreich) arbeiten, um gewünschte Synergieeffekte zu erzielen. Ein entsprechender Gesetzesvorschlag zur Schaffung einer Dachorganisation namens „Gesundheit Österreich“ wurde bereits parlamentarisch beschlossen.

Die Aufgaben des BIQG werden unter anderem folgende Themenbereiche umfassen:

- Standardentwicklung im Bereich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Qualitätsberichterstattung
- Indikatorenentwicklung
- Führung von Qualitätsregistern
- Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen
- Kontrollmechanismen

Eine weitere Herausforderung ist die Entwicklung von Strukturqualitätskriterien im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG). Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene und/oder auf Ebene einzelner Bereiche der Gesundheitsversorgung im stationären und im ambulanten Bereich sowie im Rehabilitationsbereich und an den Nahtstellen zum Pflegebereich dar. Die Einhaltung der im ÖSG vorgegebenen Qualitätskriterien ist die Voraussetzung für die Erbringung von Gesundheitsleistungen. Der ÖSG repräsentiert den Wandel der Planungsaktivitäten des Bundes von einer Standortplanung hin zu einer leistungsorientierten Angebotsplanung; er ist mit Planungshorizont 2010 konzipiert. Siehe auch:

www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0037&doc=CMS1136983382893

Weitere zukünftige Herausforderungen der Qualitätsarbeit stehen in einem Zusammenhang zu Entwicklungen auf EU-Ebene:

So wurde seitens des österreichischen Ratsvorsitzes im ersten Halbjahr 2006 der Themenkreis Diabetes mellitus Typ II besonders releviert (www.diabeteskonferenz.at/). Auf nationaler Ebene wird in diesem Zusammenhang die Entwicklung von bundesweiten Rahmenbedingungen für ein Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ 2 vorangetrieben.

Eine zusätzliche Herausforderung für die Qualitätsarbeit sind die laufenden Qualitätsindikatorenentwicklungen im Rahmen der OECD und der Europäischen Union.

4.2.4. Langfristige Finanzierbarkeit

In Österreich betragen im Jahre 2004 die Gesundheitsausgaben inklusive Langzeitpflege € 22.770 Mio. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben belaufen sich auf rund 70% der Gesamtausgaben. (nähere Informationen unter:

www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0014&doc=CMS1140519699834)

Um die Gesundheitsausgaben in Österreich in umfassender und vollständiger Weise darzustellen und um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurde eine Neuberechnung der Gesundheitsausgaben nach dem von der OECD entwickelten Konzept „System of Health Accounts – SHA“ vorgenommen. Die Komplexität der Gesundheitsausgabenrechnung nach SHA erfordert eine stufenweise Implementierung des Systems in Österreich. Durch die Anwendung dieses Konzeptes tritt eine Erhöhung gegenüber den bisher von Österreich veröffentlichten Gesundheitsausgaben ein. Österreich liegt damit im oberen Mittelfeld unter den EU-Ländern.

Die Verbesserung des Wirkungsgrades der eingesetzten finanziellen Mittel im Gesundheitssystem ist eine weitere laufende Herausforderung. Der österreichische Weg ist „Rationalisierung statt Rationierung“. Zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens sollen daher die vorhandenen Effizienzpotentiale genutzt werden und zwar durch

- Verbesserung des Nahtstellenmanagements,
- bessere Integration der Gesundheitsversorgung – integrierter Gesundheitsplan,
- Abbau von Akutbetten bzw. Umwandlung in Pflegebetten,
- Entwicklung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen,
- Intensivierung der Gesundheitsförderung/Prävention/Vorsorgemedizin.

Der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien stellt einen weiteren Schwerpunkt der Arbeiten zur Gesundheitsreform dar. Große Hoffnung wird in

den Einsatz neuer Technologien, wie z.B. den „Elektronischen Gesundheitsakt“, gesetzt. Die e-card wurde im Jahre 2005 flächendeckend in Österreich eingeführt. Gesundheitsökonomische Instrumente wie Evidence Based Medicine (EBM) und Health Technology Assessment (HTA) sollen verstärkt eingesetzt werden.

Im Rahmen der geltenden Vereinbarung soll das Kooperationsinstrument „Reformpool“ die Allokationseffizienzen fördern und den Akteuren die Möglichkeit geben, Leistungsverschiebungen, die beispielsweise durch den Abbau von stationären Kapazitäten entstehen, zu kompensieren. Mögliche „Reformpool-projekte“ könnten u.a. im Bereich „Disease Management Programme Diabetes“, Förderung der medizinischen Hauskrankenpflege und Auf- und Ausbau einer integrierten Hospiz- und Palliativversorgung liegen. Projekte sind in Planung.

Basierend auf vom Ausschuss für Wirtschaftspolitik der EU festgelegten Annahmen über die Entwicklung der Gesundheitsausgaben wurden auch für Österreich Berechnungen durchgeführt. In verschiedenen Szenarien wurde die Erhöhung der öffentlichen Gesundheitsausgaben – gemessen in % des BIP – beleuchtet. Betrachtet man allein die demografischen Effekte, so erhöht sich bis zum Jahr 2050 die Gesundheitsausgabenquote um 1,7%; bei der Annahme eines sich verbessernden Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung (war in Österreich in der Vergangenheit zu beobachten) erhöht sich die Quote um 1,0 %. Unter der Annahme, dass der Anteil der Personen in der letzten Lebensphase in jeder Alterskohorte kleiner wird, während sich die durchschnittliche Lebenserwartung weiter erhöht, erhöht sich die Gesundheitsausgabenquote um 1,3%.

Arzneimittel

Zur nachhaltigen Dämpfung der dynamischen Arzneimittelkosten werden laufend Vereinbarungen auf politischer Ebene mit Ärzte- und Apothekerschaft sowie den vertriebsberechtigten pharmazeutischen Unternehmen geschlossen. Durch diese Preisdämpfungsmaßnahmen als auch durch strukturelle Änderungen (z.B. der „Erstattungskodex“ regelt transparent den Marktzugang von therapeutischen Innovationen und Generika) konnten die durchschnittlichen Kostensteigerungsraten zwischen 7 – 9% Anfang dieses Jahrtausends auf rund 3% im Jahre 2005 gesenkt werden.

Finanzierung der Krankenversicherung

Eine große Herausforderung stellt die finanzielle Situation der sozialen Krankenversicherung dar. Überlegungen in der politischen Auseinandersetzung zur Sanierung der sozialen Krankenversicherung betreffen einerseits die Erhöhung der Einnahmen durch eine allgemeine Beitragserhöhung oder durch vermehrte Zuzahlungen der Patient/innen und andererseits auf der Ausgabenseite die Senkung der Ausgaben durch Dämpfung der Heilmittelkosten.

Angesichts der bestehenden finanziellen Herausforderung wurden in Begleitung der Gesundheitsreform 2005 Sofortmaßnahmen zur Absicherung der sozialen Krankenversicherung im einnahmenseitigen Ausmaß von rund € 150 Mio. beschlossen. Dieses Paket setzt sich zusammen aus Erhöhungen der Höchstbeitragsgrundlage, der (zeitliche befristeten) Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge um 0,1%-Punkte (Dienstnehmer und Dienstgeber je 0,05 %-Punkte) und der zweckgebundenen Tabaksteuer. Weiters wurden – wie bereits in den letzten Jahren - als weitere Maßnahmen zur Kostendämpfung - unter Wahrung der Befreiung bei sozialer Schutzbedürftigkeit - Kostenbeteiligungen erhöht, wie z.B. die Rezeptgebühr (die jedoch aufgrund einer Valorisierungsklausel jedes Jahr ansteigt), der Spitalskostenbeitrag (den einige Bundesländer erhöht haben) oder bestehende Kostenersätze neu geregelt, wie z.B. bei Sehbehelfen. In den Jahren 2004 und 2005 wurden die Krankenversicherungsbeiträge der Pensionist/innen um je 0,5 % Punkte erhöht.

Die finanzielle Gebarung der sozialen Krankenversicherung weist – entgegen der Prognose - für das Jahr 2005 einen Überschuss auf. Ausschlaggebend für die Defizitreduktion dürften die erfolgreiche Umsetzung des Arzneimittelpaketes sowie die

gegenüber den Prognosen deutlich günstigere Entwicklung der Beitragseinnahmen, die von der Bundesregierung initiierte Verwaltungskostendeckelung aber auch der finanzielle Beitrag der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt an die soziale Krankenversicherung in Höhe von € 100 Mill. sein. Die Prognosen für die finanzielle Gebarung für das Jahr 2006 weisen wieder ein Defizit für die soziale Krankenversicherung (im gesamten gesehen) auf, wobei vorhergehende Prognosen wiederum deutlich nach unten revidiert werden mussten. Die finanzielle Situation der sozialen Krankenversicherung bleibt somit weiterhin angespannt.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass mit den beschriebenen Maßnahmen ein Schritthalten – bei gleichzeitiger stärkerer Patient/innenorientierung – mit dem medizinischen Fortschritt und eine weitere Effizienzsteigerung im österreichischen Gesundheitswesen angestrebt wird. Aufgrund der gesetzten Maßnahmen wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass in Österreich weder weitere Selbstbehalte noch Rationierungen durchgeführt werden. Gemäß politischem Konsens verfolgt Österreich den Weg einer gesetzlichen Pflichtversicherung, die Einführung eines Kassenwahlrechtes ist nicht beabsichtigt.

4.3. Langzeitpflege

4.3.1. Kurzbeschreibung

Im Jahr 1993 wurde in Österreich eine umfassende Reform der Pflegevorsorge eingeführt. Mit Inkrafttreten des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG), BGBl. Nr. 110/1993, sowie der neun korrespondierenden Pflegegeldgesetze der Länder am 1. Juli 1993 konnte ein geschlossenes Pflegegeldsystem gewährleistet werden, dem alle Pflegebedürftigen angehören.

Der Bund und die neun Länder haben eine Vereinbarung gemäß Art. 15a Bundesverfassungsgesetz (B-VG) über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen abgeschlossen (BGBl. Nr. 866/1993). In dieser Vereinbarung haben sich die Länder verpflichtet, für einen dezentralen und flächendeckenden Auf- und Ausbau der ambulanten, teilstationären und stationären Dienste zu sorgen. Zu diesem Zweck sind in der Vereinbarung ein Leistungskatalog und Qualitätskriterien für soziale Dienste enthalten. Außerdem sind die Länder dafür verantwortlich, dass die angebotenen Dienste organisatorisch miteinander vernetzt sowie Information und Beratung sichergestellt werden. Der Bund hat sich verpflichtet, eine sozialversicherungsrechtliche Absicherung der pflegenden Personen zu ermöglichen. Die Vertragsparteien kamen weiters überein, einen Arbeitskreis für Pflegevorsorge einzurichten, der unter anderem die Aufgabe hat, jedes Jahr einen gemeinsamen Jahresbericht über die Pflegevorsorge zu erstellen.

4.3.2. Zugänglichkeit

Pflege soll für alle Betroffenen leistbar sein und darf nicht zu finanzieller Abhängigkeit und Armut führen.

Mit dem **BPGG** wurde ein siebenstufiges, bedarfsorientiertes Pflegegeld eingeführt, auf das unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit ein Rechtsanspruch besteht. Die Landespflegegeldgesetze sichern jenen Personen, die nicht zum anspruchsberechtigten Personenkreis des BPGG gehören, Pflegegeld in gleicher Höhe und nach gleichen Grundsätzen wie nach dem BPGG zu.

Im Pflegegeldrecht gelten folgende weitere Grundsätze:

- Durch die Pflegegeldgesetze werden alle Gruppen von behinderten und pflegebedürftigen Menschen erfasst.
- Das Pflegegeld ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern eine eigenständige Sozialleistung.
- Gleichem Pflegebedarf entsprechen gleiche Leistungen.

- Maßgebend für die Höhe des Pflegegeldes ist ausschließlich der konkrete Betreuungs- und Hilfsbedarf.
- Das Pflegegeld hat den Zweck, pflegebedingte Mehraufwändungen pauschal abzudecken. Es stellt jedoch nur einen Beitrag dar.
- Das Pflegegeld soll die Möglichkeit der Betroffenen verbessern, ihr Leben selbst zu gestalten, wie z.B. in der gewohnten Umgebung zu verbleiben.
- Rechtsstreitigkeiten fallen in die Zuständigkeit der Arbeits- und Sozialgerichte.

Das Pflegegeld wird 12 Mal jährlich geleistet; die folgende Tabelle zeigt die Höhe der Pflegegeldstufen sowie die Anzahl der Bezieher/innen:

	Betrag in € Ab 1.1.2005	Bezieher Bund	Anteil	Bezieher Länder	Anteil
Stufe 1	148,30	68.844	21,90 %	11.339	20,00 %
Stufe 2	273,40	108.905	34,64 %	17.930	31,62 %
Stufe 3	421,80	51.289	16,31 %	10.742	18,94 %
Stufe 4	632,70	47.813	15,21 %	7.271	12,82 %
Stufe 5	859,30	24.536	7,80 %	4.556	8,03 %
Stufe 6	1.171,70	7.902	2,51 %	3.072	5,42 %
Stufe 7	1.562,10	5.080	1,62 %	1.799	3,17 %
Gesamt		314.369	100,00 %	56.709	100,00 %

Stand: Bund Jänner 2006, Länder Dezember 2004

Quelle: Hauptverband, Bericht des Arbeitskreises Pflegevorsorge 2004
Pflegegeldstatistik BMSG, Abteilung IV/4

Maßgebend für die Stufen 1 - 4 ist der zeitliche Pflegeaufwand, der auf der Grundlage eines ärztlichen Sachverständigenutachtens ermittelt wird, wobei erforderlichenfalls zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation Personen aus anderen Bereichen (z.B. Krankenpflege) bei zu ziehen sind. Ab der Stufe 5 ist neben dem zeitlichen Ausmaß ein zusätzliches Qualitätskriterium erforderlich.

Für sehbehinderte, blinde und taublinde Personen sowie Personen, die zur eigenständigen Lebensführung überwiegend auf den aktiven Gebrauch eines Rollstuhles angewiesen sind, wird mit gesetzlich verankerten Mindesteinstufungen den besonderen pflegerelevanten Bedürfnissen dieser behinderten Menschen Rechnung getragen.

80 % aller pflegebedürftigen Menschen werden im häuslichen Bereich von **Angehörigen** pflegerisch betreut. Einer der dem System der österreichischen Pflegevorsorge immanenten Grundsätze ist es daher auch, die Position pflegender Angehöriger zu stärken. Auch wurde in der 2005 vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz herausgegebenen Studie des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen zur „Situation pflegender Angehöriger“ die Wichtigkeit betont, Unterstützungsmaßnahmen auf verschiedenen Ebenen zu setzen, um die Position der pflegenden Angehörigen weiter zu verbessern.

In diesem Sinne wurden schon bisher diverse Maßnahmen gesetzt:

- verbesserte sozialrechtliche Absicherung durch die Schaffung einer begünstigten Weiterversicherung und einer begünstigten Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für pflegende Angehörige;
- beitragsfreie Mitversicherungsmöglichkeit in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige sowie pflegende Angehörige;

- Begleitmaßnahmen im Rahmen der Familienhospizkarenz;
- Unterstützung für pflegende Angehörige, die an der Erbringung der Pflegeleistung z.B. wegen Krankheit, Urlaub, Dienst- oder Familienpflichten verhindert sind, durch finanzielle Zuwendungen für die Ersatzpflege;
- kostenlose Beratung für Pflegende durch das beim Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz eingerichtete Pflegetelefon;
- Datenbank „Handynet-Österreich“ als Informationspool via Internet.

Durch die Studie von Badelt et. al. über die Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems (Wien, 1997) wurde bestätigt, dass die Lage der betreuungsbedürftigen Menschen und ihrer Betreuungspersonen aufgrund der Pflegegeldgesetze und ihrer Begleitmaßnahmen deutlich verbessert werden konnte, obwohl im Gesamtsystem der Pflegevorsorge nach wie vor Probleme bestehen.

Das System der Pflegevorsorge ist eine Kombination von Geld- und Sachleistungen. Daher enthält die Pflegevorsorge neben der Einführung eines bundeseinheitlichen Pflegegeldes als zweiten Hauptpunkt den Ausbau der **sozialen Dienste**, der in der Verantwortlichkeit der Länder liegt.

Die Zielsetzungen dieses Systems sind:

- Pflegebedürftige Menschen sollen sich frei zwischen den angebotenen Diensten entscheiden können.
- Dem Ausbau der ambulanten Versorgung ist grundsätzlich Priorität gegenüber stationären Einrichtungen zu geben.
- Die Heime sollen überschaubar, dezentral und in die Wohngemeinden integriert sein.
- Der Aufbau neuer Pflegestrukturen muss zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen führen. Besonders wichtig ist dabei das Angebot entlastender Hilfen (z.B. Tages-, Kurzzeit- und Urlaubspflege).
- Alternative Betreuungseinrichtungen (z.B. Wohngemeinschaften, Tageseinrichtungen etc.) sollen entwickelt werden.

Die sozialen Dienste werden die familiäre Pflege nur teilweise ersetzen können, sie sind aber unerlässlich zur Entlastung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Durch die steigende Zahl der Einpersonenhaushalte und die zunehmende Frauenerwerbstätigkeit werden vermehrt soziale Dienste notwendig sein.

Aufgrund der oben genannten Vereinbarung wird das Angebot an sozialen Diensten in allen Ländern ausgebaut. Für den Ausbau ist eine längerfristige Planung erforderlich. Zu diesem Zweck haben die Länder zwischen 1996 und 1998 Bedarfs- und Entwicklungspläne erstellt und müssen diese schrittweise bis zum Jahr 2010 realisieren. Die Länder passen nun laufend ihre Planungen an die aktuellen Entwicklungen an.

Da 2002/2003 die Halbzeit im Planungshorizont erreicht war, wurde eine Zwischenbilanz über den Ausbau der sozialen Dienste auf Basis der Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder gezogen. Die vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz herausgegebene Publikation „Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich“, erstellt vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ist im November 2004 erschienen. Ein wesentliches Ergebnis ist der festgestellte vermehrte Einsatz von Pflege- und Betreuungspersonal bei den mobilen Diensten und in den Alten- und Pflegeheimen. Darüber hinaus kann ein genereller Trend zu höher qualifiziertem Personal beobachtet werden.

Aufbauend auf der genannten Vereinbarung ist auch über das Jahr 2010 hinaus eine gemeinsame Strategie von Bund und Ländern notwendig.

Aus dem „Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2004“ geht hervor, dass seit der Reform der Pflegevorsorge vermehrt ambulante Dienste in Anspruch genommen werden; so ist z.B. die Inanspruchnahme von 1999 bis 2004 um 17,4% gestiegen.

Herausforderungen

Im System der Langzeitpflege bestehen noch folgende Herausforderungen:

- eine weiter gehende Unterstützung von Pflegepersonen;
- die bessere Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und informeller Pfllegetätigkeit;
- die Förderung von Modellprojekten zur Erforschung und Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger;
- der weitere Ausbau und die bessere Integration der sozialen Dienste;
- der weitere Abbau regionaler Unterschiede;
- Schaffung der erforderlichen Vernetzung sowie möglichst fließende Übergänge zwischen mobilen und stationären Diensten;
- Alternative Angebote zum Heimaufenthalt, wie z.B. mehr Tagesbetreuungseinrichtungen (Geriatrische Tageszentren), betreutes Wohnen etc.;
- Schnittstellenproblematik: Entlassungsmanagement vom Krankenhaus zur weiteren Betreuung durch die sozialen Dienste.

4.3.3. Qualität

Standards

Die Länder haben die Verpflichtung übernommen, für eine entsprechende Sicherung der fachlichen Qualität und eine Kontrolle der sozialen Dienste zu sorgen. Erbringen die Länder die entsprechenden Leistungen nicht selbst, so haben sie dafür zu sorgen, dass sie von anderen Trägern qualitäts- und bedarfsgerecht nach den Grundsätzen der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden.

In der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen ist ein Mindeststandard definiert, dem die sozialen Dienste jedenfalls entsprechen müssen. Insbesondere wird für den ambulanten Bereich betont:

- die freie Wahl zwischen den angebotenen Diensten
- das ganzheitliche Angebot und die Vernetzung der Dienste
- Angebot auch an Sonn- und Feiertagen
- Qualitätssicherung und Kontrolle durch die Länder.

Auch für den stationären Bereich werden in der Vereinbarung Mindeststandards festgelegt. Insbesondere wird Folgendes gefordert:

- überschaubare Heime
- Integration der Heime in die Gemeinde
- Mindestausstattung der Zimmer
- Mindestangebot an Räumen und Dienstleistungen
- jederzeitiges Besuchsrecht
- freie Arztwahl
- rechtlicher Schutz der Heimbewohner/innen
- Aufsichtsregelungen durch die Länder.

Inzwischen haben alle Länder Regelungen für die Aufsicht von Alten- und Pflegeheimen erlassen, die insbesondere auch den rechtlichen Schutz der Heimbewohner/innen gewährleisten.

Durch das neue Heimvertragsgesetz, das am 1.7.2004 in Kraft getreten ist (BGBl. I Nr. 12/2004), wird das Konsumentenschutzgesetz um neue Bestimmungen zum Schutz der Bewohner/innen von Alten- und Pflegeheimen erweitert. Darüber hinaus ist mit 1.7.2005 ein Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz) in Kraft getreten (BGBl. I Nr. 11/2004).

Aufgrund der steigenden Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung wird der Alten- und Behindertenbereich zukünftig vermehrt Beschäftigungsmöglichkeiten bieten.

Die Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen über „Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich“ (herausgegeben vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien, 2005) untersuchte die Entwicklung des Beschäftigtenstandes in diesen Bereichen von 1999 bis 2003. Dabei wurde festgestellt, dass sich in den Einrichtungen der Altenbetreuung der Personalstand in den Pflegeberufen in diesem Zeitraum um rund 20 Prozent erhöht hat. Der bereits zwischen 1993 und 1999 beobachtete Trend in Richtung qualifizierter Pflege und Betreuung setzte sich zwischen 1999 und 2003 weiter fort. Insgesamt zeigt die Studie, dass der Alten- und Behindertenbereich auch einen wichtigen Sektor für die Beschäftigungspolitik darstellt.

Qualitätssicherung

Verstärkte Bedeutung kommt dem Bereich der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege zu, wobei sowohl die Überprüfung als auch die Information und Beratung aller an der jeweils konkreten Pflegesituation beteiligten Personen in Form von Hausbesuchen durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ein wichtiges Instrument darstellt.

Da diese Maßnahme der Qualitätssicherung sowohl für die pflegebedürftigen Menschen als auch deren pflegende Angehörige besonders wichtig ist, wurde diese entsprechend ausgeweitet und beim Kompetenzzentrum der Sozialversicherungsanstalt der Bauern für den Bereich aller Sozialversicherungsträger als Maßnahme „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ institutionalisiert. Diese Maßnahme dient auch der Prävention, insbesondere um die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern bzw. hintan zu halten.

Herausforderungen

In der Studie „Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen“ haben August Österle und Elisabeth Hammer im Jahr 2004 die Rahmenbedingungen, Politikansätze und Entwicklungsperspektiven in der Pflegevorsorge untersucht. Die Autor/innen schlagen vor, verstärkt Maßnahmen zur Prävention im Bereich der Pflegevorsorge zu setzen und insbesondere die Situation von informell Pflegenden zu verbessern. Im Bereich der sozialpolitischen Unterstützung betreuungsbedürftiger Menschen wird auch eine breitere finanzielle Basis notwendig sein. Diesen höheren Ausgaben stehen aber auch beträchtliche Beschäftigungseffekte gegenüber.

Die Schaffung eines einheitlichen und verbindlichen Begriffs von Qualität und Qualitätssicherung bei den sozialen Diensten ist eine gemeinsame Herausforderung von Bund und Ländern. Einen ersten Schritt dazu bildet die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gem. Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe.

Zur weiteren Unterstützung der Betroffenen werden seitens des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Möglichkeiten geprüft, den pflegenden Angehörigen einen Erfahrungs- und Meinungsaustausch, etwa durch die Schaffung einer Plattform für pflegende Angehörige, zu ermöglichen.

Geplante strategische Änderungen

Die Betreuung pflegebedürftiger Personen wird nur sichergestellt sein, wenn genügend Pflegepersonal vorhanden ist. Bund und Länder haben daher vereinbart, die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen des Personals zu verbessern und auch die Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie zu erleichtern.

Im Dezember 2004 wurde eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gem. Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe unterzeichnet, in der einheitliche Grundsätze bei der Ausbildung und den Tätigkeitsbereichen festgelegt sind. Ziel ist es, zu einer einheitlichen, stufenweisen und modularen Regelung der Ausbildungen und Berufsbilder sowohl im Altenpflege- als auch im Behindertenbereich zu gelangen. Die Vereinbarung muss bis Juli 2007 gesetzlich umgesetzt werden und soll die Attraktivität dieser Berufszweige steigern. Damit werden die Sozialbetreuungsberufe aufgewertet und die Chancen und die Mobilität am Arbeitsmarkt erhöht. Sowohl für die betroffenen

Berufsgruppen als auch für die betreuten Personen soll dies deutliche Qualitätsverbesserungen bringen.

Zur Qualitätssicherung bei den sozialen Diensten haben die Länder außerdem im Rahmen der Landessozialreferentenkonferenz 2005 einen „benchmarking“-Prozess eingeleitet.

Die Unterstützung der pflegenden Angehörigen, die durch ihre Tätigkeit einen gesellschaftspolitisch äußerst wertvollen Beitrag leisten, deren Betreuungsarbeit jedoch oftmals mit starker physischer und psychischer Belastung verbunden ist, bildet oberste Priorität in der Weiterentwicklung der Pflegevorsorge.

4.3.4. Finanzielle Nachhaltigkeit

Kosten und Finanzierung

Beim Pflegegeld handelt es sich um eine eigenständige Sozialleistung. Das Pflegegeld ist keine Leistung der gesetzlichen Sozialversicherung, zumal die Finanzierung grundsätzlich nicht aus Beiträgen der Versicherten, sondern aus dem Budget des Bundes bzw. der Länder erfolgt.

Im Jahr 2005 betrug der Aufwand des Bundes für Leistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz € 1566,4 Mio.

Im Bereich der Länder hat der Aufwand für Leistungen nach den Landespflegegeldgesetzen im Jahr 2004 rund € 281,8 Mio. betragen, wobei auch die Städte und Gemeinden zur Bedeckung dieses finanziellen Aufwandes beitragen.

Die Kosten für die sozialen Dienste werden einerseits aus den Landesbudgets (Sozialhilfe) und andererseits von den Städten und Gemeinden bestritten, wobei die Betroffenen sozial gestaffelte Kostenbeiträge leisten müssen. Die Ausgaben für Sachleistungen im Bereich der sozialen Dienste lagen im Jahre 2001 bei ca. € 920 Millionen. Davon haben die Länder Zuzahlungen für Unterbringungskosten in Alten- und Pflegeheimen in der Höhe von rund € 823 Millionen geleistet.

Herausforderungen

Die wesentlichen Herausforderungen, die sich in Bezug auf die langfristige Finanzierbarkeit der Langzeitpflege stellen, finden sich in der demografischen Entwicklung und Alterung, wobei einerseits zu betonen ist, dass Älterwerden im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt nicht unbedingt mit vermehrter Pflege einhergehen muss.

Andererseits erreichen durch den medizinisch-technischen Fortschritt immer mehr Personen ein höheres Alter mit größerem Betreuungsbedarf. Die Zahl der über 65-jährigen wird in Österreich bis 2030 um rd. 60 % und die der über 85-jährigen um rd. 138 % steigen (Bevölkerungsvorausschätzung 2005 – 2050 der Statistik Austria).

Jene traditionellen sozialen Netze, die bisher den Hauptanteil der Pflegeleistungen übernommen haben, sind grundlegenden Veränderungen unterworfen. So werden etwa Frauen, die derzeit den Hauptanteil der informellen Betreuungsarbeit übernehmen, durch deren vermehrte eigene Erwerbstätigkeit in Zukunft nicht mehr in dem Ausmaß für die Pflege ihrer Angehörigen wie bisher zur Verfügung stehen können.

Die sich daraus ergebende sinkende Betreuungskapazität innerhalb der Familie wird einen steigenden Bedarf nach professionellen Leistungserbringern (soziale Dienste) zur Folge haben.

Teil 5 – ÜBERSICHT ZU DEN ANHÄNGEN

Anhang 1: Statistischer Anhang

Der Anhang enthält Daten zur sozialen Eingliederung gemäß den Vorgaben des Sozialschutzausschusses und der Unterarbeitsgruppe Indikatoren. Darüber hinaus wird vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz jährlich ein Auftrag an Statistik Österreich zur detaillierten Auswertung von SILC vergeben. Das Ergebnis dieser Auswertung ist unter dem Titel „Einkommen, Armut und Lebensbedingungen“ unter dem Link http://www.statistik.at/fachbereich_03/eusilc_start.shtml erhältlich und bildet außerdem eine Grundlage für den Sozialbericht, der alle zwei Jahre dem österreichischen Parlament übermittelt wird.

Anhang 2: Beispiele guter Praktiken aus den Bereichen soziale Eingliederung, Gesundheit und Langzeitpflege

Soziale Eingliederung

- 1) Delogierungsprävention/Wohnungssicherung in den österreichischen Bundesländern
- 2) Initiativen der Sozialpartner zur Verbesserung der Arbeitsmarktchancen von benachteiligten Personengruppen
- 3) Österreichische Armutskonferenzen
- 4) Berufsausbildungsassistenz im Rahmen der integrativen Berufsausbildung

Gesundheit

- 1) Marienambulanz in Graz
- 2) X-TEAM power generation (Bewusstseinsbildung hinsichtlich Körpergewicht bei Kindern/Jugendlichen zwischen 8-16 Jahren und ihren Familien in Vorarlberg)

Langzeitpflege

- 1) Betreubares Wohnen in Oberösterreich

Weitere Beiträge zu guten Praktiken finden sich in den Stellungnahmen einiger Akteure (Länder, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur) – siehe Anhang 4.

Anhang 3: Zusammenfassung der Studie zur Bestandsaufnahme der Leistungen sozialer Dienste in der Vermeidung und Bekämpfung von Armut in Österreich

Das BMSG hat an die im Sozialbereich tätigen Dachverbände eine Studie in Auftrag gegeben, in der die Leistungen von Nichtregierungsorganisationen in der Armutsbekämpfung in Österreich analysiert wurden.

Anhang 4: Beiträge der Akteure

Gemäß der Aufforderung zu möglichst großer Transparenz werden die Beiträge der Akteure, die im Zuge der Berichtserstellung eingegangen sind, an die Kommission übermittelt.

Diese Stellungnahmen sind im Internet unter www.bmsg.gv.at abrufbar.