

SING

SENIORENARBEIT INNOVATIV GESTALTEN

Ein konkretes **Modell** einer Finanzierungslogik
hin zu einer personenzentrierten Begleitung im Alter

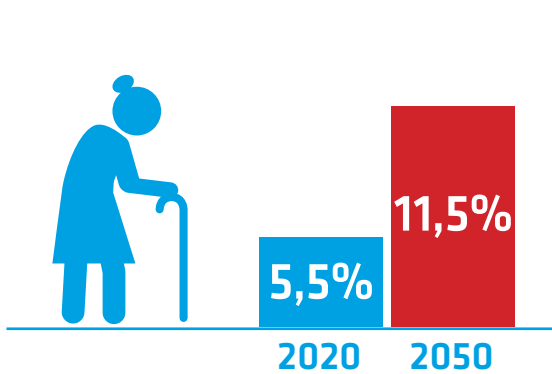




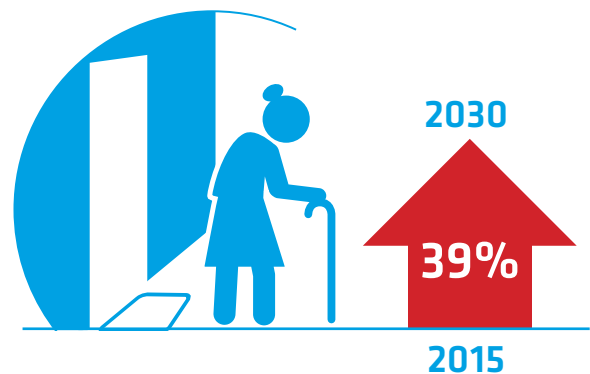
Inhalt

Die Herausforderungen	4
Der Status quo: Drei starre Säulen und zersplitterte Kompetenzen	6
Für ein neues Modell!	8
Dürfen wir vorstellen? Hilde.	9
Vom IST zum SOLL anhand von drei Prinzipien	10
Das Modell SING	16
Gesamtökonomische Betrachtung von SING	19
Wie SING wirkt	20
Die Genese von SING	22
SING als Diskussionsprozess	23
Ein Konzept mit Anklang	24

Die Herausforderungen

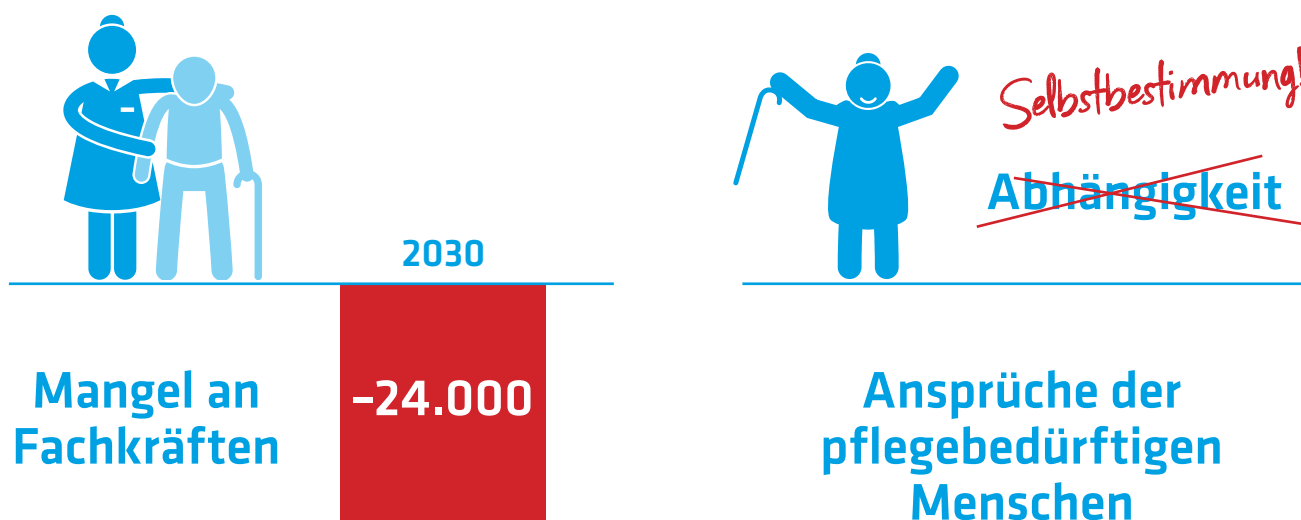


Anteil der 80+Jährigen
gemessen an der
Gesamtbevölkerung



Ein-Personen-
Haushalte
über 65

Der demographische Wandel ist rasant und unaufhaltsam: Im Jahr **2030** wird die Generation der Babyboomer pflegebedürftig sein. Die volkswirtschaftlichen Kosten für die Langzeitpflege werden sich **verdoppeln** – auch dann, wenn die Politik auf einen möglichst günstigen Angebotsmix setzt.



Die Familienstrukturen verändern sich stark. Familien werden kleiner, die Mobilität nimmt zu, die Generationenbeziehungen verändern sich. Die Ein-Personen-Haushalte in Österreich von Menschen über 65 Jahre steigen zwischen 2015 und 2030 um 39 Prozent an.¹⁾ Private, informelle Pflege, die (meist von Frauen) innerhalb der Familie geleistet wird, ist in Österreich das Rückgrat des Systems. Auf Grund der Demografie, veränderter Haushaltskonstellationen

und der steigenden Erwerbstätigkeit von Frauen kommt dieses Potential aber immer mehr unter Druck.²⁾ Eine weitere Herausforderung, die in den vergangenen Jahren drastisch gewachsen ist, ist der Mangel an Fachkräften. Aktuelle Prognosen zeigen, dass in Österreich bis zum Jahr 2030 circa 24.000 Pflegekräfte fehlen werden.³⁾ Außerdem verändern sich die Ansprüche von Personen mit Pflegebedarf: Der Wille nach umfassender Selbstbestimmung im Alter löst das

vorherrschende Bild von Abhängigkeit zunehmend ab.

Konzepte wie „mobil vor stationär“, vermehrter Technologieeinsatz und Imagekampagnen alleine werden nicht reichen, um diese Herausforderungen zu bestehen. Ein „Weiter so!“ mit gelegentlicher Manöverkritik führt in die falsche Richtung. Die Pflege braucht einen Paradigmenwechsel – so weit, so bekannt.

Für diesen Paradigmenwechsel braucht es einen konkreten Vorschlag: Das **Modell SING – Seniorenarbeit innovativ gestalten** stellt den Mensch in den Mittelpunkt und gestaltet die Finanzierungs- und Bereitstellungslogik in der Pflege komplett neu.

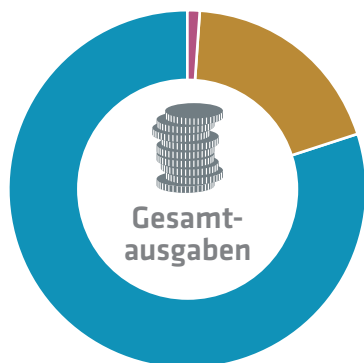
Drei starre Säulen

In der Praxis gibt es nur zwei bzw. drei relativ starre Versorgungssäulen der Pflegelandschaft:

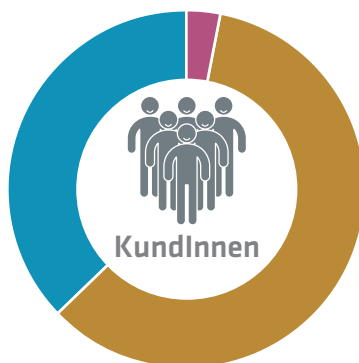
- **mobile Dienste**
- **teilstationäre Tagesbetreuung**
- **stationäre Versorgung in Altenheimen**

-  mobil
-  teilstationär
-  stationär

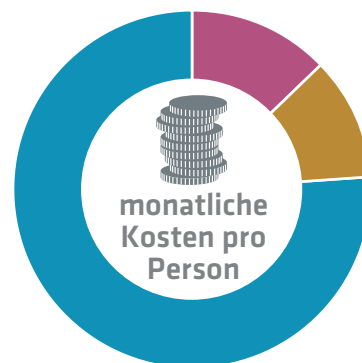
Diese drei Versorgungssäulen haben sich getrennt voneinander entwickelt und sind in der Praxis kaum miteinander verschränkt. Innerhalb dieser Säulen wird weiter normiert, gefördert und je nach Region quantitativ ausgebaut. Dennoch zeigt die Praxis, dass es zwischen den Säulen nur sehr eingeschränkte Durchlässigkeit gibt.



Die **Netto-Gesamtausgaben** für diese drei Säulen sind sehr unterschiedlich: Für die stationäre Versorgung wird aktuell mit Abstand am meisten ausgegeben, die Tagesbetreuung spielt budgetär keine Rolle.



Auch die **Anzahl der Leistungsbeziehenden** unterscheidet sich enorm. Durch mobile Dienste werden derzeit die meisten Personen betreut. Die Tagesbetreuung ist auch hier zu vernachlässigen. **In der Praxis kann man daher von zwei Säulen sprechen.**



Die **monatlichen Kosten der öffentlichen Hand** variieren stark, wobei die stationäre Pflege mit Abstand das Angebot mit dem höchsten öffentlichen Mitteleinsatz pro Person ist.⁴⁾

Für eine Person kann es **ökonomisch günstiger** sein, in ein Altenheim zu ziehen, als den Pflegebedarf durch eine umfassende Betreuung zuhause zu decken.

Zersplitterte Kompetenzen

Die Zersplitterung der Kompetenzen im Pflegebereich ist enorm. Fehlanreize, Abhängigkeiten und mangelnde Steuerbarkeit charakterisieren die Langzeitpflege heute.

Sowohl der Bund als auch die Länder, Gemeinden und Städte finanzieren und steuern im Bereich der Langzeitpflege. Da die Hauptkompetenz bei den Ländern liegt, gibt es in Österreich zahlreiche Unterschiede in Bezug auf Qualität, Preis und Verfügbarkeit. Viele Länder teilen sich die Finanzierung und die Steuerung der Pflege mit den Städten und Gemeinden beziehungsweise Sozialhilfeverbänden, wodurch die Heterogenität und Komplexität des Systems weiter wächst.

Pflegebedürftige Menschen können oft weder das Angebot noch den Anbieter frei auswählen.

- >> Die Kosten einzelner Angebote wie Hauskrankenpflege, mobile Sozialbetreuung, stationäre Pflege werden nach unterschiedlichen Schlüsseln zwischen Land und Kommunen geteilt.
- >> Da die öffentlichen Budgets langsamer wachsen, als es auf Grund der Demografie nötig wäre, müssen alle politischen Akteure ihre Kosten dämpfen.
- >> In der Folge wird oft weder das von den KundInnen gewünschte, noch das volkswirtschaftlich nachhaltigste Angebot zur Verfügung gestellt, sondern jenes, das das Budget des jeweiligen Kostenträgers am wenigsten belastet.
- >> Personalengpässe in einzelnen Regionen und Branchen erschweren eine wirklich bedarfsorientierte Versorgung.

Für ein neues Modell!

Die Fakten zeigen, dass es rasch ein neues Modell für die Organisation der Pflege braucht.

Die Visionen für ein solches Modell sind vielfältig:

- Innovative Dienstleistungen abseits der Logik „mobil oder stationär“.
- Finanziers, Behörden, Anbieterorganisationen, pflegebedürftige Personen und Angehörige arbeiten kooperativ und lösungsorientiert zusammen.
- Die Gesamtkosten des Systems müssen vorhersehbar und finanzierbar sein – sowohl für die pflegebedürftigen Personen als auch für die öffentliche Hand.
- Ressourcen werden dort eingesetzt, wo sie den größten Nutzen erzeugen.
- Jobs in der Pflege sollen attraktiver sein als heute, und vor allem:
- Die Bedürfnisse der Menschen müssen im Mittelpunkt aller Überlegungen stehen.

Wenn ein neues Modell Erfolg haben will, muss es daher auf drei Prinzipien beruhen:



Dürfen wir vorstellen? Das ist Hilde.



Hilde S. ist 84 Jahre alt und lebt schon seit ihrer Jugend in ihrer Heimatgemeinde. Ihr Haus hat sie an ihre Tochter übergeben, sie bewohnt aber nach wie vor eine kleine Einliegerwohnung im Erdgeschoß. Hilde hat Pflegebedarf der Stufe 4, seit einigen Jahren fällt ihr die Bewältigung des Alltags zunehmend schwerer. Sie ist daher froh, dass ihre Tochter mit den Enkelkindern nur einen Stock höher wohnt.

Hilde schafft es seit längerem nicht mehr, sich alleine zu versorgen. Kochen, Besorgungen, Haushalt sind Tätigkeiten, die ihre Tochter schon seit Jahren übernimmt. Zudem benötigt sie Hilfe bei der Körperpflege und beim Umkleiden sowohl am Morgen als auch am Abend. Mit dem Rollator kann sie sich zwar langsam, aber selbstständig in der Wohnung fortbewegen. Da sie ihre Umgebung und alle Wege sehr gut kennt, kann sie auch tagsüber alleine zur Toilette gehen. Das ermöglicht, dass sie einige Stunden alleine bleiben kann – was auch nötig ist, denn die Tochter arbeitet zwei Tage pro Woche in einem nahegelegenen Tischlerbetrieb als Sekretärin. Sie hat sich jedoch die Arbeitszeit so vereinbart, dass sie auch an diesen

Tagen die Morgen- und Abendpflege ihrer Mutter abdecken kann. Zudem übernimmt die Familie alle Besorgungen und kümmert sich um die Vorbereitung von Hildes Medikamenten. Mehrmals in der Woche kommt die 75-jährige Nachbarin zu Besuch. Beide genießen den sozialen Austausch.

Zunehmend bemerkt die Tochter, dass Hilde nach und nach auch geistig abbaut. Sie sorgt sich um das Wohlergehen ihrer Mutter vor allem an jenen beiden Tagen, an denen sie ihrer Arbeit nachgeht. Bislang war es möglich, dass ihre Mutter sie anruft, sollte sie dringend Hilfe brauchen – sei es auch nur, ihr das Medikament aufzuheben, das ihr auf den

Boden gefallen war. Doch nun scheint dies Hilde zunehmend zu überfordern. Die Tochter veranlasst ein Notrufarmband vom hiesigen Anbieter für Hilde, jedoch stellt sich schnell heraus, dass sie auf Grund ihrer Demenz vergisst, es zu verwenden. Als Hilde an einem Montag, kurz nachdem die Tochter außer Haus gegangen ist, stürzt und dann bis nachmittags auf dem Boden ausharren muss, entschließt sich die Tochter, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es braucht jemanden, der an den beiden Arbeitstagen bei ihrer Mutter ist und nach dem Rechten sieht, pflegerische Tätigkeiten wären gar nicht nötig. Außerdem wünscht sich die Tochter eine regelmäßige Auszeit von der herausfordernden Betreuung.

Prinzip 1: Autonomie



Im Sozialsystem der Zukunft wird jede pflegebedürftige Person selbst in die Lage versetzt, Mitverantwortung für die Gestaltung ihres Pflege-settings zu übernehmen: durch transparente Information, individuelle Beratung und entsprechende Ressourcen.

Alle Menschen – auch alte Menschen – wollen Verantwortung für sich selbst übernehmen. Auch im Fall von körperlichen oder kognitiven Einschränkungen hat das Wissen, über die eigene Situation mitentscheiden zu können, eine zentrale Bedeutung. Niemand ist gerne nur abhängig, jeder will im Rahmen seiner Möglichkeiten einen Beitrag leisten. Und jeder Mensch hat ein Recht darauf, eine klare Meinung zu besitzen, wie er sein Leben führen,

und auch, wie er gepflegt und betreut werden möchte.

Natürlich ist nicht jede Person von sich aus ExpertIn im komplexen System der Pflege. Daher braucht es bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit schnelle, umfassende und kompetente Unterstützung, um zu erheben, wie die Person mit Pflegebedarf künftig leben möchte und welche Ressourcen es gibt, um diesem Lebenskonzept weitestgehend zu entsprechen. Im

Sozialsystem der Zukunft stehen daher allen Personen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen kompetente Vertrauenspersonen („PflegelotsInnen“) zur Seite, die ihre Lebensentwürfe erfassen und respektieren und dann unabhängig, kompetent und umfassend unterstützen, dass diese bestmöglich realisiert werden können.

Jede Person soll im Alter leben können, wo und wie es ihrem Willen entspricht.

VOM IST ...

DAS SYSTEM BESTIMMT DAS ANGEBOT

Die Tochter erfährt auf der Gemeinde, dass in ihrem Bundesland der regionale Sozialhilfeträger für Pflegefragen zuständig ist. Sie wendet sich an die entsprechende Stelle, um zu erfahren, wie sie an ihren beiden Arbeitstagen Unterstützung für Hilde organisieren kann.

*Ihre Ansprechperson erhebt die Situation und erklärt ihr, dass es grundsätzlich **nur zwei Möglichkeiten** gibt: entweder ein Einzug ins Pflegeheim oder mobile Betreuung an den beiden Arbeitstagen zu je 30 Minuten für die Morgenpflege. Die Tochter merkt an, dass diese punktuelle pflegerische Unterstützung ihr Problem nicht löst. Eine mehrstündige Begleitung von dementen Personen gibt es im Portfolio des Sozialhilfeträgers leider nicht. Zwar gibt es in Hildes Heimatgemeinde ein Altenheim, die Tagesbetreuung dort ist aktuell aber ausgelastet.*

Die Ansprechperson beim Sozialhilfeträger ist sehr bemüht und empfiehlt eine 24-Stunden-Betreuung. Aufgrund der räumlichen Situation in Hildes kleiner Wohnung und der finanziellen Lage der Familie kommt das aber nicht in Frage. Der Tochter wird klar, dass sie ihre Arbeitszeiten einschränken wird müssen, um Hilde umfassender zu betreuen – wie genau, wird die Familie noch entscheiden.

... ZUM SOLL

DER MENSCH BESTIMMT DAS ANGEBOT

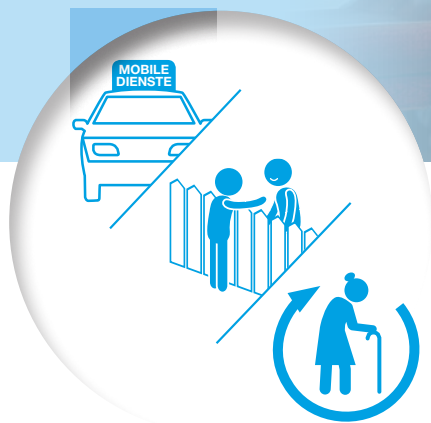
Hilde und ihre Tochter besuchen die lokale Stelle für alle Fragen rund um Pflege. Die Pflegelotsin bespricht mit ihnen die Situation: Wie will Hilde leben? Was möchte sie selbst dazu beitragen und wo benötigt sie Unterstützung? Welche Aufgaben kann und will die Tochter übernehmen? Wer kann die benötigte Unterstützung erbringen?

Die Pflegelotsin unterstützt Hilde, ihren Willen möglichst genau zu definieren.

Dabei wird rasch klar, dass Hildes dringendster Wunsch ist, weiterhin in der ihr wohlbekanntem Wohnung zu leben. Die Pflegelotsin informiert die Familie über alle lokal verfügbaren Dienstleistungen, die diesen Wunsch verwirklichen könnten. Gemeinsam entwickeln sie einen Mix aus unterschiedlichen Bausteinen (Hilfe aus dem Sozialraum, professionelle Dienste, etc.), der Hildes Bedürfnisse abdeckt. Dabei wird klar, dass die bestehende Betreuungssituation durch eine mehrstündige Demenzbegleitung optimal ergänzt werden würden.

Die Pflegelotsin weiß, dass andere Familien in der Gemeinde einen ähnlichen Bedarf haben. Sie sammelt diese Informationen, analysiert sie und stellt sie aggregiert allen regional tätigen Anbietern von sozialen Dienstleistungen zur Verfügung – mit dem Aufruf, ein entsprechendes Angebot bereitzustellen. Für Hilde und ihre Tochter entwickelt sich ein Bild, wie Hildes Wunsch, in der Wohnung zu bleiben, in Zukunft umgesetzt werden kann.

Prinzip 2: Welfaremix



Der Schlüssel für den Abschied vom Schema F ist höhere Flexibilität und mehr Individualität.

Kein Leben gleicht dem anderen: Jeder Mensch trifft eigene Entscheidungen, geht eigene Wege, hat einzigartige Fähigkeiten und besondere Bedürfnisse. Daher variieren auch soziale Bedarfe – von Region zu Region, von Ort zu Ort, von Mensch zu Mensch. Wenn das System Pflege zukunftsfähig werden will, muss es auf Schubumkehr schalten. Der Mensch wählt künftig nicht mehr aus wenigen starren Angebotskategorien, sondern es entstehen immer genau dort und dann jene Dienstleistungen, die die KundInnen brauchen.

In einem urbanen Stadtteil mit einer Klinik kann es nötig sein, in mobile Sozialbetreuung zu investieren, in der ländlichen Nachbarregion gibt es sehr

familiäre Beziehungen, aber es braucht mehr mobile Hauskrankenpflege. In dem einen Grätzl braucht es eine nächtliche Rufbereitschaft für Personen mit Demenz, aber im Stadtteil direkt nebenan wünscht sich die ältere Zielgruppe einen strukturierten Tagesablauf und mehr Sozialkontakte. Deshalb werden im Sozialsystem der Zukunft nicht zentral normierte Angebote Jahre im Voraus geplant, sondern alle AkteurInnen implementieren kleinräumig und schnell innovative Dienstleistungen – in enger Kooperation mit Angehörigen und freiwillig Engagierten. Abhängige KundInnen werden zu autonomen EntscheiderInnen.

Der Welfaremix wird so bunt wie die Bedürfnisse der Menschen.

VOM IST ...

FIXE ANGEBOTSTRUKTUR

Hilde und ihre Tochter wägen die bestehenden Möglichkeiten ab: Zwar ist das Altenheim nicht weit von der Wohnung entfernt, aber Hilde will definitiv nicht in ein Heim umziehen.

Da es keine andere Möglichkeit gibt, entscheidet die Tochter, zweimal 30 Minuten die mobile Pflege in Anspruch zu nehmen. Außerdem reduziert sie ihre Arbeitszeit und übernimmt auch an diesen beiden Tagen die Aufgabe, sich länger um Hilde zu kümmern.

Diese permanente Belastung und vor allem Hildes zunehmende Demenz fordern die Tochter sehr. Ein Heimeinzug wird immer öfter Thema, aber Hilde will unbedingt zuhause leben. Die Tochter erfährt schließlich, dass es im Altenheim die Möglichkeit gibt, einige Tage Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Sie überlegt, ob zwei Wochen Kurzzeitpflege im Quartal sie entlasten würden.

Als sie erfährt, dass ein Großteil der Kosten dafür privat zu tragen ist, wird ihr klar, dass dies für sie keine regelmäßige Lösung darstellen kann.

Sie fühlt sich immer stärker überfordert und ausgebrannt.

... ZUM SOLL

FLEXIBLE, LOKALE ANGEBOTE

*Wenige Wochen nach dem Besuch bei der Pflegelotsin wird die Tochter informiert, dass ein lokaler Anbieter von mobiler Betreuung den betroffenen Familien in ihrer Gemeinde eine **mehrstündige Demenzbegleitung** zur Verfügung stellt. Das Angebot wird in einem Monat starten.*

Da Hildes Demenz fortschreitet und zur intensiven Belastung für die Familie wird, fragt die Tochter im nahegelegenen Altenheim, ob Hilde hier einmal die Woche einen Halbttag verbringen kann, damit sie selbst sich von der Pflege erholen kann. Das Altenheim willigt ein und stellt der Familie die Leistung in Rechnung. Da auch Hildes Nachbarin stundenweise das Altenheim besucht, gewöhnen sich die beiden Frauen schnell daran.

Da sich Hildes Tochter dennoch nicht sicher ist, ob diese Situation für sie nachhaltig tragfähig ist, nimmt sie erneut mit der Pflegelotsin Kontakt auf. Im Gespräch erfährt sie, dass für derartige Fälle in der Gemeinde demnächst eine Schulung für pflegende Angehörige angeboten wird. Die Angehörigen mit Demenz können mitgehen und werden vor Ort betreut.

Mit dem gewonnen Know-how fühlt sich die Tochter in der Lage, den Alltag zu bewältigen.

Prinzip 3: Sozialraum- orientierung



Sozialraumorientierung heißt nicht, das Rad neu zu erfinden, sondern die Räder so zu justieren, dass sie noch besser ineinandergreifen.

In einem innovativen Sozialsystem ziehen Profis und Angehörige an einem Strang und knüpfen gemeinsam ein tragfähiges Netz. Nicht die Defizite einer Person, sondern ihre Ressourcen und jene des Sozialraums stehen dabei im Fokus. Oft besitzen pflegebedürftige Menschen ein über lange Zeit aufgebautes, wertvolles Netzwerk aus formeller und informeller Unterstützung und nur das Wegbrechen eines einzigen Bausteins führt zum Zusammenbruch des kompletten Systems, zur Überlastung der Familie

und oft zu einem teuren und ungewollten Heimeinzug.

In einer sozialraumorientierten Herangehensweise werden persönliche Ressourcen aktiviert, pflegende Angehörige bekommen professionelle Unterstützung, Freiwillige werden einbezogen und Profis steuern Expertise und passgenaue Dienstleistungen bei.

So arbeiten alle Partner effizient zusammen, um die Ziele der Personen mit Pflegebedarf zu verwirklichen.

VOM IST ...

SOZIALRAUMRESSOURCEN VERPUFFEN

Die gesundheitliche Situation von Hilde hat sich mittlerweile weiter verschlechtert und ihre Demenz hat sich verstärkt. Die bereits stark belastete Tochter kann die Situation nicht mehr bewältigen.

Bei einem erneuten Gespräch mit dem Sozialhilfeträger wird ihr vorgeschlagen, auf dem freien Markt einen Begleitsdienst für Hilde zu suchen, doch die Preise sind für die Tochter, die nur mehr wenige Wochenstunden arbeitet, ohne öffentliche Förderung zu hoch. Es wird ihr erklärt, dass eine mobile Betreuung die notwendige Intensität nicht mehr abdecken könne: Einerseits sei dafür nicht ausreichend Personal vorhanden, andererseits wäre eine so dichte mobile Betreuung teurer als ein Heimeinzug – sowohl für Hilde als auch für die öffentliche Hand. Da Hilde Pflegegeld der Stufe 4 bezieht, ist ein Heimeinzug möglich.

Hilde zieht ins Heim.

*Im Altenheim wird sie rund um die Uhr, sieben Tage die Woche betreut und gepflegt. Auch medizinisch wird sie gut versorgt. Jedoch werden nun auch jene Bedarfe wie Haushalt, Mahlzeiten, Medikamentenmanagement etc. übernommen, die bisher durch Hilde selbst oder den Sozialraum gedeckt waren – **wertvolle Ressourcen verpuffen**. Was Hilde sehr vermisst, ist der soziale Kontakt mit ihren Freundinnen und Nachbarn. Auch ihre Enkel sieht sie seltener als zuvor.*

... ZUM SOLL

ALLE RESSOURCEN AKTIV KOMBINIERT

Die Tochter, die MitarbeiterInnen des Altenheims, das Hilde gelegentlich besucht, und auch Hilde selbst merken, dass sich ihr gesundheitlicher und geistiger Zustand verschlechtert. Die Tochter steht vor zwei Herausforderungen:

- 1.) *Hilde benötigt immer öfter medizinische Pflege, die der Demenzbegleitsdienst nicht leistet.*
- 2.) *Hildes Demenz wird für die Tochter eine immer größere Belastung. Sie wünscht sich Zeit nur für sich selbst.*

Da Hilde im nahegelegenen Heim bereits gut bekannt ist, organisiert die Pflegelotsin, dass einmal pro Tag eine Diplomkrankenschwester des Altenheims kurz zu Hilde in die Wohnung kommt und die nötige medizinische Versorgung leistet.

*Die Pflegelotsin hat inzwischen erfahren, dass auch Hildes 75-jährige Nachbarin, mit der sich Hilde gut versteht und stundenweise das Altenheim besucht, ihr Familiensystem sehr fordert. Ihre Kinder können die Betreuung und ihre Jobs nicht mehr unter einen Hut bringen. Die Pflegelotsin vernetzt die Angehörigen und sie entwickeln mit ihrer Unterstützung ein abwechselndes Anwesenheitssystem, bei dem immer eine Person beide Frauen mit Demenz gemeinsam begleitet. So bleibt mehr Zeit zur Erholung, und **Hilde und ihre Nachbarin können in ihrem gewohnten sozialen Umfeld bleiben**.*

Das Modell SING – Senior

Um diese drei Prinzipien zu realisieren, hat das Diakoniewerk eine komplett neue Finanzierungs-, Planungs- und Bereitstellungslogik für die Pflege erarbeitet: das Modell SING – Seniorenarbeit innovativ gestalten.

Das SING-Modell stellt den Mensch in den Mittelpunkt und gestaltet das Pflegesystem gänzlich neu. Die Pflegegeldzahlung des Bundes bleibt im SING-Modell unangetastet. Personen mit Bezug von Pflegegeld haben die Möglichkeit, mit einem fix vorgegebenen Teil ihres Pflegegelds einen **sachleistungsbezogenen Autonomiebetrag** zu erwerben, der durch einen Zuschuss der öffentlichen Hand mehr wert ist als das Pflegegeld an sich. Hilde erhält für Pflegestufe 4 pro Monat 689,80 Euro Pflegegeld. Sie kann **340 Euro davon einsetzen**, und erhält dafür einen ebenfalls je Pflegestufe fixierten Autonomiebetrag – in Hildes

Fall im Wert von 1250 Euro. Dieser Wertbetrag kann ausschließlich für **Sachleistungen** verwendet werden und wird nicht in bar ausgezahlt oder überwiesen. Die restlichen 349,80 Euro des Pflegegelds verbleiben Hilde wie auch bisher für ihre Versorgung mit Hilfsmitteln, Medikamenten usw.



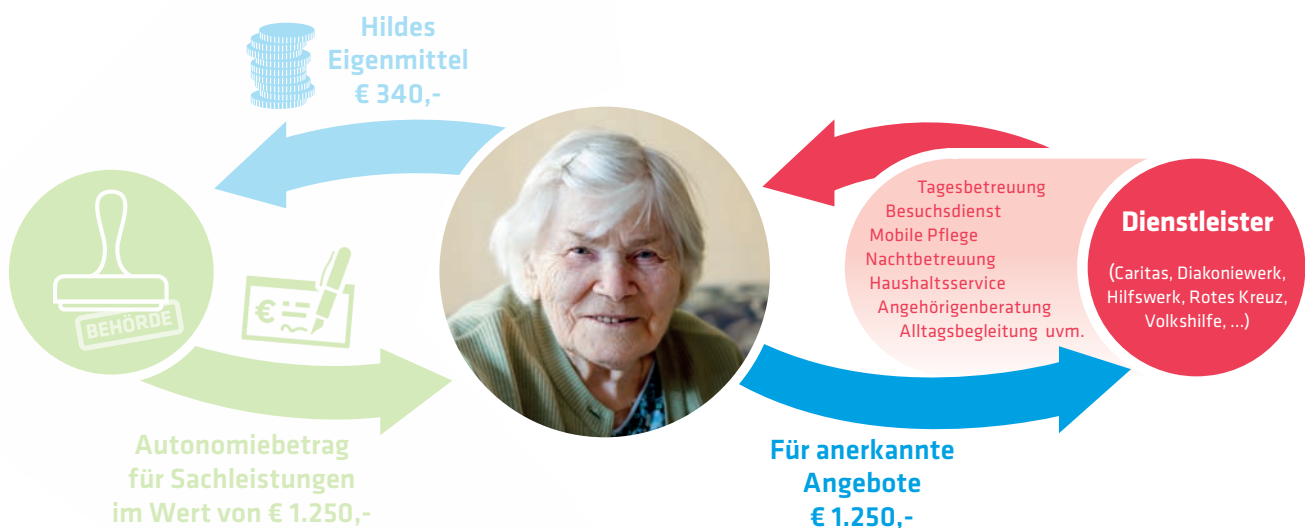
Seniorenarbeit innovativ gestalten

Um den Wert ihres Autonomiebetrags von 1250 Euro kann Hilde **individuell ihre Betreuungs- und Pflegedienstleistungen** zum Vollkostenpreis erwerben – entsprechend ihren konkreten Bedürfnissen. Für die öffentliche Hand fallen im Gegenzug die Förderungen für diese Dienstleistungen (mobile Dienste) weg. Verbraucht

Hilde den Wert ihres Autonomiebetrages nicht zur Gänze, verfällt der restliche Wert für dieses Monat.

Die Angebote und Dienstleistungen, die für Hildes Autonomiebetrag erwerbbar sind, sind von einer öffentlichen Stelle inhaltlich anerkannt, um ihre Qualität

sicherzustellen. Welche **Art der Leistung** angeboten wird, kann aber **je nach Region** unterschiedlich sein – je nachdem, was dort konkret gebraucht wird und was es bereits an **vorhandenen Ressourcen** gibt. Damit erhalten die pflegebedürftigen Personen selbst größere Autonomie und Wahlfreiheit.

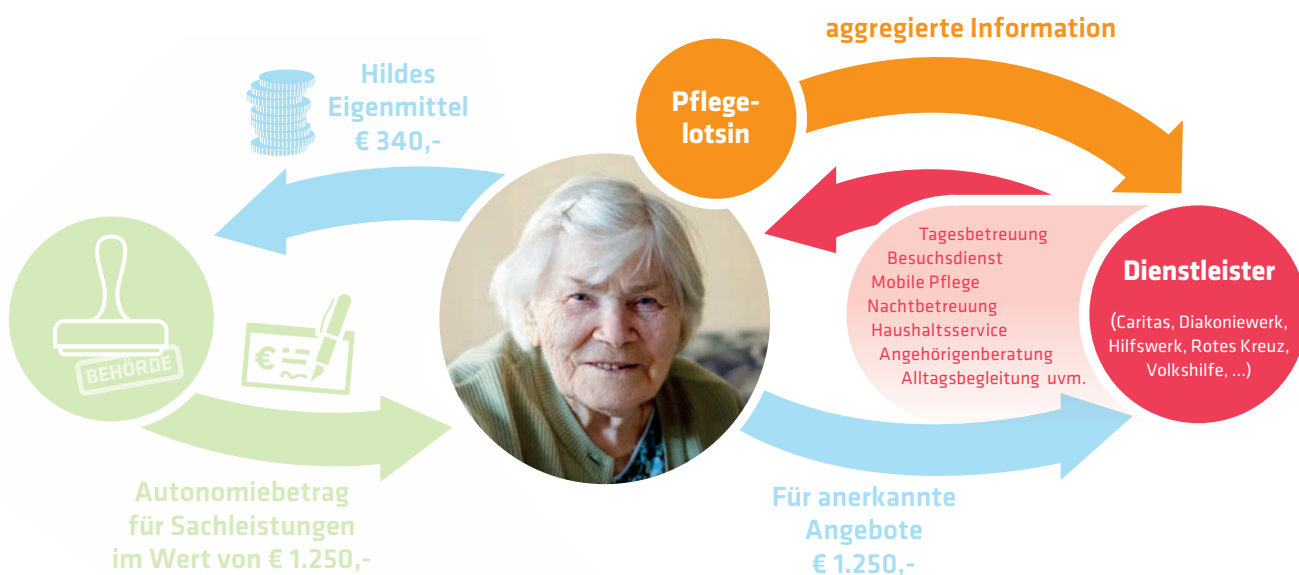


Alle Anbieter von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen sind gefordert, individuell mit jeder Person passgenaue Angebote zu entwickeln. Da die Anbieter ihre Leistung über die Autonomiebeträge nur dann finanziert bekommen, wenn die Leistungen dem tatsächlichen Bedarf entsprechen, entwickelt sich eine flexiblere, lokal differenziertere, vielfältige Versorgungslandschaft, die auf die konkrete Nachfrage rasch reagiert. Die starren bestehenden Versorgungssäulen werden unweigerlich aufgelöst.

Neben der Veränderung der Finanzierungslogik ist es auch erforderlich, verpflichtende **lokale Beratung und Sozialraumkoordination** in Form von PfielgelotsInnen anzubieten. Die KundInnen werden von den **PfielgelotsInnen** unterstützt, sich darüber klar zu werden, wie sie konkret leben wollen. Die Person mit Pfielgebedarf selbst muss genügend

Überblick erhalten, welche Ressourcen zur Erreichung der eigenen Ziele, z.B. zur Aufrechterhaltung der eigenen Häuslichkeit, verfügbar sind – am besten in einem One-Stop-Shop. Um die pfielgebedürftige Person passgenau dabei zu unterstützen, dass sie so leben kann wie sie will, wird dann ein geeignetes Pfielgesetting aus allen

verfügbaren professionellen und informellen Ressourcen aufgebaut. Zugleich müssen die lokalen PfielgelotsInnen die nachgefragten **Bedarfe aggregieren**, analysieren und die lokalen **Anbieterorganisationen** anregen, entsprechende neue Dienstleistungen zu entwickeln.

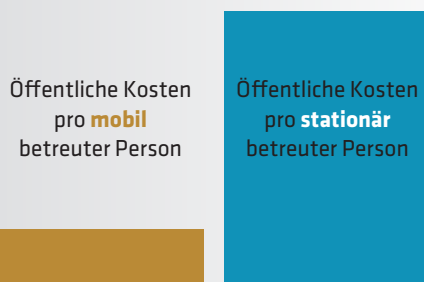


Die vorhandenen Ressourcen, die eine Person aktuell nutzt, um in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben (Familie, Nachbarschaft, Freiwilligenengagement ...), werden nur dort von professionellen Diensten übernommen, wo es die Person selbst nach eingehender Beratung mittels Autonomiebetrag wünscht und „zukaft“.

Gesamtökonomische Betrachtung

Fortschreibung des IST-Standes

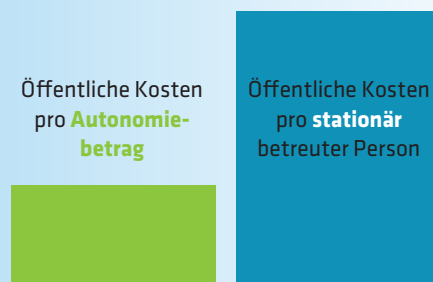
Die durchschnittlichen Kosten pro Person in den beiden Säulen mobil und stationär können folgendermaßen dargestellt werden:



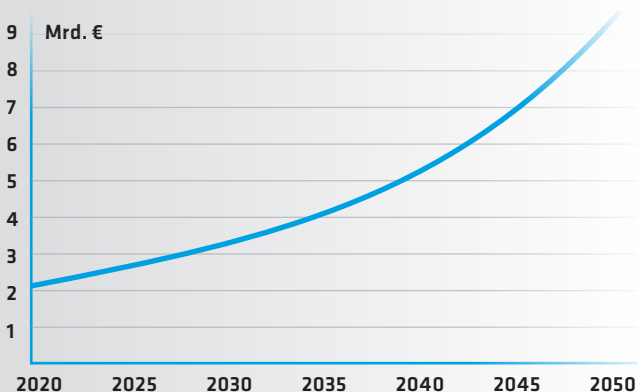
Ökonomische Wirkung von SING

KURZFRISTIG:

Der Autonomiebetrag im Modell SING verursacht für die öffentliche Hand zwar höhere Kosten als die durchschnittlichen Ausgaben für eine klassische mobile Betreuung im aktuellen System, aber weniger als ein Platz in einem Altenheim.



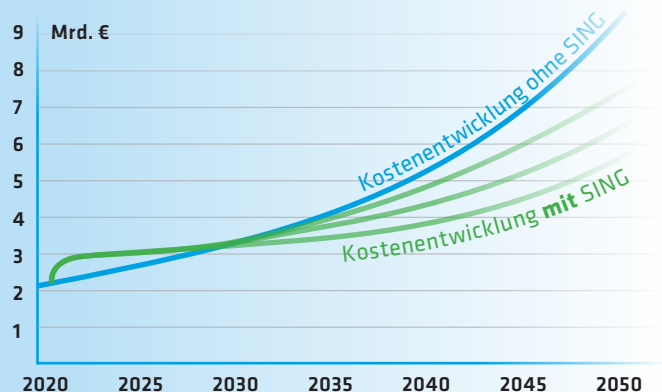
Die Kostenentwicklung der Pflegeversorgung unter der Annahme, dass dieses starre System fortgeführt wird, wurde vom WIFO berechnet:



WIFO, „Pflegevorsorge - Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen“, Wien, 2017

MITTEL- UND LANGFRISTIG:

Die SING-Logik führt dazu, dass Ressourcen zielgerichteter und passgenauer eingesetzt werden. Diese qualitätsvollere, maßgeschneiderte, flexible und leistbare Betreuung zu Hause führt mittelfristig zu einer Dämpfung der Nachfrage nach teuren Altenheimplätzen und somit zu einem gesamthaften Kostendämpfungseffekt.





Wie SING wirkt

individuell

- Die pflegebedürftigen Personen erhalten mehr Autonomie und Wahlfreiheit.
- Menschen mit Pflegebedarf gestalten die Dienstleistungen aktiv mit.
- Die informellen Ressourcen, die eine Person nutzt, bleiben aufrecht und werden nur dort ersetzt, wo die Person eine individuelle Leistung zukaufen will.
- Pflegebedürftige Personen erhalten eine umfassende Beratung. Sie werden von abhängigen BittstellerInnen zu autonomen EntscheiderInnen.
- Beratungsleistungen werden regionaler und individueller angeboten.
- Beratung orientiert sich nicht nur an vorhandenen Angeboten und Strukturen, sondern insbesondere am Willen der Menschen.

volkswirtschaftlich

- Für Personen mit Pflegestufe 3, 4 und 5 wird es finanziell attraktiver, den Autonomiebetrag zu nutzen, als in ein Heim zu ziehen.
- Je mehr Personen den Autonomiebetrag nutzen, desto geringer wird die Nachfrage und damit die Inanspruchnahme von Heimplätzen sein.
- Es ziehen vorwiegend nur mehr jene Personen in ein Pflegeheim, bei denen es fachlich nötig und tatsächlich auch „ökonomisch sinnvoll“ ist.
- Dadurch sinkt die prognostizierte Entwicklung der Kostensteigerung für die öffentliche Hand.

system-orientiert

- Die Kunden- und Lösungsorientierung der Anbieterorganisationen wird erhöht.
- Es entsteht die Möglichkeit unkompliziert auch kleinteilige, befristete, oder nur lokal benötigte Leistungen anzubieten, da diese über die Autonomiebeträge finanziert werden.
- Damit steigt die Diversität der Angebote, die starre Versäulung mobil <-> stationär wird aufgelöst.
- Innovative Dienstleistungen und somit neue Beschäftigungsfelder im Bereich der Pflege entstehen.
- Dadurch werden Arbeitsmöglichkeiten breiter, regionaler und damit attraktiver.
- Der Personaldruck in Pflegeheimen sinkt.
- Die Zweckwidmung des Pflegegeldes wird indirekt erhöht.
- Die Zersplitterung der Zuständigkeiten, die Komplexität der Finanzierungsströme und damit verbundene Reibungsverluste und Fehlanreize werden minimiert.

Die Genese von SING

SING wurde als Beitrag für eine qualitative Verbesserung und als konkreter Vorschlag für eine neue Finanzierungslogik der Pflege entwickelt.



Die **Wirkungen von SING** wurden bereits mit renommierten ÖkonomInnen, SoziologInnen, österreichischen und internationalen Pflege-ExpertInnen und zahlreichen politisch Verantwortlichen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene diskutiert und als wertvoller Beitrag zur Weiterentwicklung des Pflegesystems bewertet.



Auf **Basis von Echtdaten** über die durchschnittlichen Kosten von mobiler und stationärer Betreuung in einem oberösterreichischen Bezirk wurden die nach Pflegestufen gestaffelten Werte der Autonomiebeträge und Eigenbeiträge konkret errechnet, um einerseits möglichst hohe Autonomie der KundInnen und andererseits einen intensiven volkswirtschaftlichen Lenkungseffekt zu erzielen.



Für eine urbane Region mit ca. 50.000 EinwohnerInnen wurde bereits eine **praktische Implementierung des Modells SING** konzipiert. Die Zielsetzung bei einer Pilotumsetzung in der Praxis ist, sowohl die qualitativen als auch die gesamtökonomischen Effekte über einen definierten Zeitraum hinweg wissenschaftlich zu messen.

SING als Diskussionsprozess

SING ist eine Einladung.
Reden und gestalten Sie mit!

SING basiert auf fachlichen Prinzipien und Qualitätsstandards, von denen wir überzeugt sind, dass sich das Pflegesystem der Zukunft stärker an ihnen orientieren muss. SING beinhaltet aber auch konkrete Vorschläge für eine Verwirklichung dieser Werte in der Praxis. SING versteht sich daher als fundierter Diskussionsbeitrag zur **gesamthaften Weiterentwicklung unseres Pflege- und Betreuungssystems**, als erster Schritt auf einem gemeinsamen Weg, als Leitlinie auf neuem Terrain.



SING will **Diskussionen und Prozesse in Gang setzen** – auf der Systemebene, aber auch bei PraktikerInnen.



SING wurde über mehrere Jahre hinweg konzipiert, reflektiert und weiterentwickelt. Die **intensiven Diskussionen mit Fachleuten** aus der Ökonomie, der Soziologie und der Pflege, sowie die wertvollen Rückmeldungen der öffentlichen Verwaltung und der Politik haben SING laufend verbessert. Das vorliegende Heft fasst den aktuellen Stand der Überlegungen zusammen und macht ihn allen Interessierten zugänglich. Den bisherigen Prozess der Diskussion und Weiterentwicklung wollen wir fortführen. **Am besten gemeinsam.**



¹⁾ WIFO, Österreich 2025 – Pflegevorsorge, Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen, 2017, S.13

²⁾ WIFO, Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenbetreuung in Österreich, 2017, S. 10ff.

³⁾ WIFO, Zum künftigen Bedarf an Pflegepersonal in den mobilen und stationären Diensten, 2019. Veröffentlicht in: WIFO-Monatsberichte 92(3), 2019, S.149-157

⁴⁾ Statistik Austria, Sozialleistungen auf Landesebene: Ergebnisse im Überblick: Betreuungs- und Pflegedienste, 2018

Impressum:

Bildnachweis: Icons: Diakoniewerk; Bilder auf den Seiten 1, 2, 9, 10, 12, 14, 20: www.gettyimages.at

Gestaltung: www.dermike.at

Für den Inhalt verantwortlich: Diakoniewerk, Telefon 0043 7235 65 505 1300

August 2020

Ein Konzept mit Anklang



Results are realistic and, when implemented, should guarantee improvement and better coherence of long term care policies and practices in Austria. (...) If successful, the project has high potential for transferability to other regions of Austria and beyond.
EU-Kommission, Auszug aus der Rückmeldung zum eingereichten Förderantrag

Das Land OÖ steht zu einer qualitätsvollen Pflege im Alter. Um die Herausforderungen der Zukunft bestens zu meistern, braucht es neue, innovative Ansätze. Das Modell SING liefert dafür einen wertvollen Beitrag.

OÖ. Sozial-Landesrätin Birgit Gerstorfer, MBA



Die Implementierung von SING würde es uns ermöglichen, mehr über den Bedarf und die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen zu erfahren, um aus diesen Erfahrungen das Angebot und den damit verbundenen Ressourceneinsatz zu optimieren.

Stv. Leiterin Priv.-Doz. Dr. Ulrike Famira-Mühlberger, PhD

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht stellt SING ein zukunftsweisendes und vor allem praktisches Konzept dar, wie das System der Langzeitpflege qualitätsvoller, effizienter und gezielter auf die unterschiedlichen Lebensentwürfe der Menschen abgestimmt werden kann.

Prof. Dr. Wolfgang Hinte, Emeritierter Univ.-Prof., Begründer des Konzepts der Sozialraumorientierung



Das Modell SING wurde vom Diakoniewerk entwickelt.

Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen
Martin-Boos-Straße 4
4210 Gallneukirchen

Telefon 0043 7235 65 505
Telefax 0043 7235 65505-1099
office@diakoniewerk.at
www.diakoniewerk.at

2. Version: August 2020

Diakoniewerk



@diakoniewerk



@diakoniewerk



diakoniewerk_gallneukirchen