

Regierungsvorlage
August 2022

zu Zl. 01-VD-LG-1082/2019-271

**Erläuterungen
zum Entwurf eines Gesetzes,
mit dem das Gesetz über Unterstützungsleistungen und unterstützende Strukturen in den
Bereichen Pflege und Betreuung in Kärnten (Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetz –
K-PBG) erlassen und das Kärntner Mindestsicherungsgesetz aufgehoben sowie das
Kärntner Bestattungsgesetz, das Kärntner Chancengleichheitsgesetz, das Kärntner
Kinder- und Jugendhilfegesetz, das Kärntner Patienten- und Pflegeanwaltschaftsgesetz
und das Kärntner Soziales-Zielsteuerungsgesetz geändert werden**

I. Allgemeiner Teil

1. Allgemeines

Die Bedeutung des Pflegewesens und die damit einhergehenden notwendigen finanziellen und personellen Herausforderungen der nächsten Jahre und Jahrzehnte sind inzwischen unbestritten und auch auf verschiedensten Ebenen herausgearbeitet worden. Die damit verbundenen Aufgaben des Landes sind vielfältig und um ihnen zu begegnen und sie bestmöglich umzusetzen bedarf es eines laufenden Evaluierungs- und Entwicklungsprozesses. Die gesetzlich normierten Aufgaben bilden dabei nur einen Teil der tatsächlich in diesem Bereich erbrachten Leistungen ab.

Der Bedeutung der Pflege und Betreuung entsprechend werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen nunmehr aus dem Kärntner Mindestsicherungsgesetz herausgelöst und in einem eigenen Gesetz verankert. Leistungen der Pflege und Betreuung sind nicht nur eine Ausformung der Sozialhilfe oder Mindestsicherung, sondern überwiegend eigenständige Sozialleistungen zur Unterstützung pflege- oder betreuungsbedürftiger Personen und deren Angehörigen und dienen der Stärkung und Unterstützung der in diesem Bereich bestehenden – oder noch zu schaffenden – Strukturen. Hierbei steht nicht die finanzielle Versorgung der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person im Vordergrund, sondern die fachgerechte und bedarfsorientierte Erbringung der notwendigen pflege- oder betreuungsspezifischen Leistungen.

Wesentlich ist daher, dass die in diesem Gesetz erbrachten Leistungen abhängig vom jeweiligen Bedarf und der jeweiligen Situation zuerkannt werden können, d.h. der konkrete Bedarf und die jeweilige konkrete Situation, sowohl in persönlicher und familiärer Hinsicht, wie auch in finanzieller und organisatorischer Hinsicht, dienen der Beurteilung, welche Leistung geeignet ist und die pflege- oder betreuungsbedürftige Person fachgerecht und angemessen unterstützt. Wenn möglich ist der Verbleib in der bisher gewohnten häuslichen Umgebung zu forcieren, bedarfs- und situationsabhängig kann aber auch die (teil-)stationäre Unterbringung die geeigneter Alternative sein. Eine pauschale Beurteilung ist dabei nicht möglich, da die pflege- oder betreuungsbedürftige Person im Konkreten im Mittelpunkt stehen soll und anhand der bestehenden Rahmenbedingungen die in diesem Fall bestmögliche Leistung zu beurteilen ist.

Das Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetz deckt sowohl den stationären wie teilstationären als auch den mobilen Leistungsbereich ab und normiert Angebote für pflegende oder betreuende Angehörige oder für Dritte. Weiters trifft das Gesetz strukturelle Vorgaben betreffend die Sozialhilfeverbände sowie das Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice. Im Interesse der Rechtssicherheit und der Verfahrenseffizienz im Organisationsrecht der Sozialhilfeverbände einzelne punktuelle Ergänzungen und Klarstellungen vorgenommen werden.

Bestehende Angebote werden fortgeführt, neue Angebote, etwa im Bereich der Pflegenahversorgung, erstmals gesetzlich implementiert.

Wesentliche Neuerungen des vorliegenden Gesetzesentwurfes im Vergleich zu den bisherigen gesetzlichen Grundlagen des Kärntner Mindestsicherungsgesetzes sind:

- Der Leistungskatalog wird erweitert und konkretisiert.
- Die Übergangspflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in einer Krankenanstalt wird erstmals im Gesetz verankert.

- Die Pflegenahversorgung einschließlich der Pflegekoordinatoren und die Förderung und Unterstützung des Ehrenamts werden gesetzlich normiert.
- Die verfahrensrechtlichen Vorgaben werden vereinfacht.
- Zur Gewährleistung eines optimalen Case Managements werden alle Verfahren auf Leistungen der Pflege und Betreuung beim Land konzentriert.
- Das Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice (GPS) zur Koordination von Angeboten und Beratung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Leistungen wird anstelle der Sozial- und Gesundheitssprengel etabliert.
- Betreffend die Sozialhilfverbände:
 - Einführung der Möglichkeit der Abberufung des Vorsitzenden des Sozialhilfverbandes;
 - Änderung dahingehend, dass hinkünftig im Falle der Verhinderung des Geschäftsführers oder der Endigung seiner Funktion der Vorsitzende des Sozialhilfverbandes die laufenden Geschäfte des Sozialhilfverbandes vorübergehend zu führen hat.

2. Kompetenzrechtliche Grundlagen:

Die Regelung des Pflege- und Betreuungswesens in Kärnten sowie der Sozialhilfverbände fällt unter Art. 15 B-VG und Art. 116a Abs. 2 und 4 B-VG.

3. Besonderheiten des Gesetzgebungsverfahrens:

Aufgrund der Mitwirkung von Bundesorganen bei der Auskunftserteilung bedarf das Landesgesetz der Zustimmung der Bundesregierung gemäß Art. 97 Abs. 2 B-VG. Weiters sieht § 45 eine Abgabefreiheit von Landes- und Gemeindeverwaltungsabgaben vor, weshalb eine Bekanntgabe nach § 9 F-VG erforderlich ist.

4. Unionsrechtliche Auswirkungen:

Die nach den in § 51 angeführten Richtlinien unionsrechtlich vorgesehene Gleichstellung und Leistungsbezugsberechtigung bestimmter Personen wird in § 3 betreffend die Leistungsvoraussetzungen umgesetzt. Die Abs. 2 und 3 sehen vor, dass Personen, für die die Gewährung von Leistungen unionsrechtlich vorgesehen ist, zu den leistungsberechtigten Personen nach diesem Gesetz zählen. Die Formulierung orientiert sich dabei am Sozialhilfe-Grundsatzgesetz sowie dem Kärntner Sozialhilfegesetz 2021.

II. Besonderer Teil

1. Zu Art. I (Gesetz über Unterstützungsleistungen und unterstützende Strukturen in den Bereichen Pflege und Betreuung in Kärnten – Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetz – K-PBG):

Zu § 1:

Ziel des vorliegenden Gesetzesentwurfes ist es, die bestehenden Leistungen und Strukturen sowohl für pflege- oder betreuungsbedürftige Personen selbst wie auch für deren Angehörigen fortzuführen und Verbesserungspotentiale umzusetzen. Für die pflege- oder betreuungsbedürftige Person selbst soll bedarfs- und situationsabhängig die fachgerechte Versorgung gewährleistet werden, die je nach Einzelfall im stationären, im teilstationären oder im ambulanten Bereich erfolgen kann.

Die in diesem Gesetz vorgesehenen Leistungen sollen ein möglichst selbstbestimmtes Leben und einen möglichst langen Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung ermöglichen. Die für einen konkreten Fall jeweils beste Lösung muss dabei aber abhängig von der konkreten Situation und der persönlichen Bedarfslage der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person abhängig gemacht werden. Eine pauschale Festlegung auf eine primäre Leistungsform ist daher nicht denkbar, sondern der jeweilige Einzelfall mit seinen Voraussetzungen und Besonderheiten, ob im Hinblick auf die bestehende Wohnform, das familiäre und soziale Umfeld, Erreichbarkeiten, Angebotsstrukturen in der Umgebung, Finanzierbarkeit der Leistungen und als Grundvoraussetzung die jeweilige Bedarfslage an Pflege und Betreuung, sind in Betracht zu ziehen. Die individuelle Betrachtung soll die Eignung und Machbarkeit der zuerkannten Leistung im Einzelfall gewährleisten. Wünschenswert ist dabei, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und eine soziale Isolation oder Vereinsamung zu vermeiden. Wenn aufgrund der individuellen Rahmenbedingungen, auch in finanzieller Hinsicht, möglich, sollen daher ambulante Leistungsformen primär angeboten werden. Wenn die fachgerechte und geeignete Versorgung im Einzelfall eine (teil-)stationäre Leistungsform erfordert, ist diese zu ermöglichen.

Die Qualität der Pflege- und Betreuungsleistungen ist sowohl im ambulanten wie auch im (teil-)stationären Bereich aufgrund der Vorgaben dieses Gesetzes und des Kärntner Heimgesetzes gewährleistet und wird laufend überprüft. Im stationären Bereich ist die Qualität aufgrund der Bewilligungspflicht und der Aufsicht nach Maßgabe des Kärntner Heimgesetzes in allen Einrichtungen gleichermaßen gewährleistet.

Neben der Unterstützung der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person selbst werden durch vorliegenden Gesetzesentwurf auch die pflegenden und betreuenden Angehörigen gestärkt.

Die Leistungen nach diesem Gesetz sind Unterstützungs- und Sozialleistungen des Landes und werden von Land und Gemeinden gemeinsam aus öffentlichen Mitteln finanziert. Aus diesem Grund sind die Leistungen vielfach subsidiär zu den eigenen Mitteln oder Leistungen Dritter und daher abhängig von einer Eigenleistung bzw. dem Einsatz der eigenen Mittel des Betroffenen. In welchen Fällen und in welchem Ausmaß die eigenen Mittel einzusetzen sind, wird im Gesetz bzw. durch darauf aufbauende Verordnungen konkretisiert.

Zu § 2:

§ 2 entspricht weitergehend dem geltenden § 3 des Kärntner Mindestsicherungsgesetzes. Abs. 1 soll die gebotene Fachlichkeit betonen. Dies setzt vor allem den Einsatz entsprechend qualifizierten Personals voraus, was die Tätigkeit persönlich geeigneter ehrenamtlicher Personen nicht ausschließt. Die Sicherstellung der für die Fachlichkeit erforderlichen Qualifikationen obliegt nicht nur den öffentlichen, sondern auch den privaten Trägern, die in diesem Bereich tätig werden (wollen). Dem Land kommt hier eine indirekte Einflussnahme auf die Fachlichkeit des bei den Trägern der freien Wohlfahrtspflege beschäftigten Personals über den Abschluss der Vereinbarungen gemäß § 34 zu. Bei der Heranziehung Dritter zum Angebot der Supervision, die nunmehr als freiwillige Leistung konzipiert ist, ist ebenfalls § 34 zu beachten.

Das Ziel dieses Gesetzes, die geeignete Pflege und Betreuung für den konkreten Einzelfall zu erreichen und entsprechende Strukturen in Kärnten anbieten zu können, setzt neben einer Flexibilität und Fachlichkeit auch Steuerungsmechanismen voraus, die gewährleisten, dass die notwendigen Unterstützungsmaßnahmen verfügbar sind oder zumindest in absehbarer Zeit verfügbar sind. Die Pflege und Betreuung ist kein isolierter Bereich, sondern aufgrund der Individualbetrachtung der Bedarfslage sind auch andere Leistungsbereiche, beispielsweise finanzieller Leistungen aus dem Pensionsbereich oder anderer Sozialversicherungsbereiche, Pflegegeldleistungen, Leistungen und Maßnahmen der Sozialhilfe oder der Chancengleichheit, einzubeziehen. Neben der ohnehin gesetzlich vorgesehenen sozialen Zielsteuerung ist die Sozialplanung als wesentliches Steuerungselement in Abs. 2 verankert und soll eine strukturierte und vorausschauende Organisation des Pflege- und Betreuungswesens gewährleisten.

Neben der planerischen Zusammenarbeit zwischen den einzelnen pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen und deren Angehörige betreffender Leistungsträger ist auch die Berücksichtigung und Bedachtnahme auf andere Sozialleistungen in Abs. 3 ausdrücklich verankert. Ein verantwortungsvoller Umgang mit öffentlichen Mitteln erfordert eine Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren und eine Abstimmung auf andere Unterstützungsleistungen.

Zu § 3:

§ 3 entspricht weitestgehend § 4 des Kärntner Mindestsicherungsgesetzes, wobei von der mit LGBl. Nr. 107/2020 aufgenommenen kumulativen Voraussetzung des Hauptwohnsitzes und des tatsächlichen Aufenthalts in Kärnten abgegangen wird. Die damit angedachte Angleichung an die Voraussetzungen des Sozialhilfe-Grundsatzgesetzes, BGBl. I Nr. 41/2019, in der Fassung der Kundmachung BGBl. I Nr. 108/2019, hat sich in der Praxis für den Pflege- und Betreuungsbereich als ungeeignet erwiesen. Auf Wunsch der zuständigen Fachabteilung wird nunmehr der Hauptwohnsitz in Kärnten oder – mangelt es an einem solchen in Österreich – der gewöhnliche Aufenthalt in Kärnten als Leistungsvoraussetzung definiert.

Zur Verwendung des Begriffes und zum Begriffsinhalt „gewöhnlicher Aufenthalt“ hat sich der Verfassungsgerichtshof bereits in seinem Erkenntnis vom 11. März 2015, Slg. 19.964, auseinandergesetzt und zur näheren Definition ausgeführt: „Demgegenüber sind für die Frage, ob ein Aufenthalt als gewöhnlicher anzusehen ist, dessen Dauer und Beständigkeit sowie andere Umstände persönlicher oder beruflicher Art zu berücksichtigen, die dauerhafte Beziehungen zwischen einer Person und ihrem Aufenthalt anzeigen. Der Aufenthalt einer Person bestimmt sich aber ausschließlich nach tatsächlichen Umständen und hängt weder von der Erlaubtheit noch von der Freiwilligkeit ab (vgl. etwa § 66 Abs. 2 JN).“

Eine gesonderte Regelung für Obdachlose zur Einholung einer Hauptwohnsitzbestätigung nach § 19a Meldegesetz 1991 ist aufgrund der Anknüpfungsmöglichkeit an den gewöhnlichen Aufenthalt nicht mehr erforderlich.

Die Leistungsvoraussetzungen gemäß Abs. 2 bis 4 entsprechen weitgehend § 4 Abs. 3 bis 5 K-MSG. Die Anhörung der Fremdenbehörde bezieht sich nur auf aufenthaltsrechtliche Fragestellungen, die Notwendigkeit einer unions- oder völkerrechtlichen Gleichstellung ist von der Landesregierung selbst zu beurteilen. Der Leistungsentfall bei Aufenthalt in einer Haftanstalt ergibt sich aus dem Leistungsangebot nach diesem Gesetz, das nicht in Haftanstalten erbracht wird bzw. werden kann. Weiters basiert die Möglichkeit nach Abs. 5, im Einzelfall vom Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 1 bis 4 Abstand zu nehmen und Leistungen nach diesem Gesetz im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung zu gewähren, wenn dies aufgrund der persönlichen, sozialen oder wirtschaftlichen Verhältnisse einer Person zur Vermeidung einer sozialen Härte geboten erscheint, auf geltendem Recht (§ 4 Abs. 6 K-MSG).

Zu § 4:

Der 2. Abschnitt regelt die konkreten im Rahmen dieses Gesetzes gewährten Leistungen. Die bisher in §§ 14, 15 und zum Teil § 16 K-MSG normierten Leistungsangebote werden nunmehr systematisch aufgeschlüsselt und konkretisiert.

Abs. 1 betont nochmals den Grundsatz der bedarfsorientierten Individualbetrachtung. Aufgrund der Vielfältigkeit der Situationen und Bedarfslagen pflege- oder betreuungsbedürftiger Personen sind die Leistungen nach diesem Gesetz unter Berücksichtigung des jeweiligen Einzelfalls bedarfsgerecht zu erbringen.

Leistungen nach diesem Gesetz werden überwiegend im Wege der Privatwirtschaftsverwaltung gewährt, da es sich hierbei um Leistungsangebote handelt und das Land überwiegend als Finanzierungspartner zu privaten Trägern auftritt. Mit Rechtsanspruch und damit im Wege der Hoheitsverwaltung werden lediglich die finanzielle Unterstützung bei stationärer Unterbringung nach § 6 (im Sprachgebrauch tw. „Sozialhilfetaschengeld“) sowie die Übernahme der Sozialversicherungsbeiträge oder die Übernahme der Kosten für Krankenbehandlungen analog der Sozialversicherung (§ 7 Abs. 1 iVm § 16 Abs. 1 K-SHG 2021 sowie § 7 Abs. 2 iVm § 16 Abs. 2 K-SHG 2021) für diesen Personenkreis gewährt. Nur in diesen Fällen hat die Landesregierung mit Bescheid zu entscheiden.

Die Regelung in Abs. 4, wonach Leistungen nach diesem Gesetz weder gepfändet noch verpfändet werden dürfen und die Übertragung der Zustimmung bedarf, entspricht § 8 Abs. 3 K-MSG.

Die in Abs. 5 normierte Abgrenzung zu vergleichbaren Leistungen anderer Gesetze soll die Trennlinie zwischen den unterschiedlichen Leistungsarten definieren. Wenn beispielsweise vergleichbare Leistungen nach dem Kärntner Kinder- und Jugendhilfegesetz bezogen werden, etwa im Rahmen dort geregelter mobiler Dienste, oder wenn eine Unterbringung nach dem Kärntner Chancengleichheitsgesetz besteht, kann die vergleichbare Leistung nach dem Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetz nicht gewährt werden. Dies gilt nicht für additive Leistungen nach dem K-PBG, wenn für den von einem anderen Gesetz erfassten Personenkreis in diesem Gesetz keine vergleichbaren Leistungen bestehen und die Person nach dem K-PBG leistungsberechtigt ist (zusätzliche Leistungen).

Zu § 5:

Die bisher in § 11 K-MSG geregelte soziale Mindestsicherung in stationären und teilstationären Einrichtungen wird nunmehr als Pflege oder Betreuung in stationären Einrichtungen geregelt. Die Formulierung wird klarstellend dahingehend angepasst, dass das Land die Finanzierung der Unterbringung übernimmt, die Unterbringung selbst basiert auf einem Vertrag zwischen der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person und der stationären oder teilstationären Einrichtung. Eine pflege- oder betreuungsbedürftige Person begibt sich daher immer – nach Maßgabe der Umstände – freiwillig in die stationäre oder teilstationäre Einrichtung, dem Land kommt hier keine hoheitliche Befugnis zu. Die Übernahme der Kosten erfolgt für die Unterbringung, Verpflegung sowie Betreuung und Hilfe nach Maßgabe der Vereinbarungen mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege nach § 34. Klargestellt wird, dass die Kosten für stationäre oder teilstationäre Einrichtungen nur dann übernommen werden, wenn andere Leistungsformen nicht möglich oder mit einem unangemessenen Mehraufwand verbunden wären und die Kosten der Unterbringung nicht aus eigenen Mitteln getragen werden können. Dadurch wird die Subsidiarität der (teil-)stationären Unterbringung als Sozialleistung nochmals klargestellt.

Die Leistung darf wie bisher nur in Einrichtungen erfolgen, die nach dem Kärntner Heimgesetz bewilligt sind und mit denen entweder eine Vereinbarung gemäß § 34 besteht oder die von einem Sozialhilfverband betrieben werden. Damit sollen die gleichen Qualitätsvorgaben an die Einrichtungen kärntenweit sichergestellt werden. Neu findet sich nunmehr auch im Gesetz die bereits bisher praktizierte Unterbringung in geriatrischen Abteilungen in Krankenanstalten. Sogenannte „Langzeitpflegebetten“ in

geriatrischen Abteilungen in Krankenanstalten wurden bereits bisher als Pflegeplätze vom Land finanziert, der notwendige rechtliche Rahmen soll durch die Aufnahme der Möglichkeit in § 5 ergänzt und klargestellt werden. Auch diese Form der Unterbringung wird auf Grundlage entsprechender Vereinbarungen mit der Krankenanstalt vom Land finanziert.

Eine gesonderte Aufsicht über stationäre und teilstationäre Einrichtungen wird im Rahmen dieser Bestimmung nicht mehr vorgesehen, da ohnehin das Kärntner Heimgesetz ausreichend Sorge für die Aufsicht und allfällige Mängelbehebungen trifft.

Abs. 3 entspricht § 11 Abs. 3 K-MSG und normiert wie bisher die Übernahme der Kosten einer einfachen ortsüblichen Bestattung.

Zu § 6:

Das sogenannte „Sozialhilfetaschengeld“, also die finanzielle Unterstützung bei stationärer Unterbringung, wenn nicht ohnehin ein Teil des Einkommens zumindest in dieser Höhe verbleibt, wird nunmehr in einer eigenen Bestimmung geregelt. Auf die finanzielle Unterstützung besteht für Personen, die nach § 5 in einer stationären Einrichtung oder nach § 7 Abs. 3 Z 3 in einer Einrichtung für Suchtkranke stationär untergebracht sind, ein Rechtsanspruch. Die Höhe der finanziellen Unterstützung beträgt 18% des Netto-Ausgleichszulagen-Richtsatzes für Alleinstehende und folgt damit dem auch für Leistungen des Kärntner Sozialhilfegesetzes 2021 maßgeblichen Ausgangsbetrages. Die finanzielle Unterstützung gebührt monatlich und damit zwölf Mal im Jahr.

Kein bzw. nur ein teilweiser Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung ergibt sich aus § 17 Abs. 5, wenn ein Teil des Einkommens der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person verbleibt oder wenn nach § 17 Abs. 7 eigene Mittel in Form von Unterhaltsansprüchen gegenüber Eltern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres oder gerichtlich festgesetzte Unterhaltsleistungen von Eltern ab Vollendung des 25. Lebensjahres bestehen. Hier ist eine allfällige Aufzahlung zu prüfen, andernfalls entfällt der Anspruch auf eine Leistung nach § 6.

Zu § 7:

Die Unterstützung bei Krankheit umfasst wie bisher den Anspruch auf Einbeziehung von Personen mit Sozialhilfeleistungen, also Personen mit Anspruch auf die finanzielle Unterstützung nach § 6, in die gesetzliche Krankenversicherung gemäß § 9 ASVG. Das Land hat – mit Rechtsanspruch der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person – für diese Personen die Beiträge in die gesetzliche Krankenversicherung zu übernehmen.

Besteht keine Krankenversicherung oder ist eine Einbeziehung in die gesetzliche Krankenversicherung nach § 9 ASVG nicht möglich, dann haben Personen, die nach § 5 oder Abs. 3 Z 3 stationär untergebracht sind, einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft oder Entbindung in jenem Ausmaß, wie sie Bezieher einer Ausgleichzulage aus der Pensionsversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung erhalten (§ 7 Abs. 2 iVm § 16 Abs. 2 K-SHG 2021). Dies umfasst bei Unterbringung in einer Krankenanstalt auch den Aufenthaltskostenbeitrag (vgl. § 57 Abs. 2 K-KAO iVm § 30a ASVG iVm Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG (RRZ 2008), avsv Nr. 5/2008 idF avsv Nr. 35/2020).

Auch die in § 16 Abs. 3 K-SHG 2021 eröffnete Möglichkeit, die Beiträge für die freiwillige Selbstversicherung zu übernehmen, wenn dies den Zielen der Sozialhilfe und den Grundsätzen der Zweckmäßigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit besser entspricht, wird durch Abs. 3 Z 2 eröffnet. Die Übernahme der Kosten in die freiwillige Selbstversicherung erfolgt jedoch im Wege der Privatwirtschaftsverwaltung, hierauf besteht kein Rechtsanspruch der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person.

Pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen, die nicht stationär untergebracht sind und damit auch keine finanzielle Unterstützung des Landes nach § 6 als Form der Sozialhilfe erhalten, können nach § 16 K-SHG 2021 in die Krankenversicherung einbezogen werden oder Leistungen erhalten, wenn nicht ohnehin eine Krankenversicherung besteht. Aufgrund § 9 ASVG knüpft daher die Einbeziehung in die Krankenversicherung immer an eine Grundleistung der Sozialhilfe (Mindestsicherung) – entweder nach § 6 oder nach dem K-SHG 2021 oder dem K-ChG – an.

Die bisher in § 14 Abs. 3 lit. a vorgesehen Unterbringung von Hilfe Suchenden in psychiatrischen Krankenanstalten (Abteilungen) sowie in geriatrischen Krankenanstalten (Abteilungen) entfällt. Eine Unterbringung durch das Land selbst in psychiatrischen Krankenanstalten (Abteilungen) erfolgt in der Praxis nicht und wird eine pflege- oder betreuungsbedürftige Person in einer psychiatrischen Krankenanstalt (Abteilung) behandelt, soll die Abwicklung wie in jeder anderen Krankenanstalt oder Abteilung der Krankenanstalt erfolgen. Die Ersatzansprüche der Krankenanstalt werden daher nach § 22 abgewickelt, wobei in vielen Fällen die Pauschalvereinbarung nach § 22 Abs. 5 zum Tragen kommen

wird. Eine Unterscheidung zwischen den Abrechnungs- und Aufnahmeformalitäten zwischen den unterschiedlichen Abteilungen einer Krankenanstalt erscheint weder zweckmäßig noch sachlich zu begründen. Die Unterbringung in geriatrischen Krankenanstalten (Abteilungen) ist nunmehr ohnehin im Hinblick auf die Übernahme der anfallenden Kosten nach § 5 möglich.

Die weiteren krankheitsbezogenen Leistungen nach Abs. 3 entsprechen § 14 Abs. 3 lit. b und c K-MSG. Wie bisher können die Kosten für Unterbringung in einer Einrichtung für Suchtkranke einschließlich der anschließenden Nachbetreuung zur Wiederherstellung übernommen werden, ebenso die Versorgung mit Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln für stationär untergebrachte Personen nach § 5 und Z 1, wenn sie nicht schon ohnehin von Abs. 1, also von der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst sind, und ein besonderer Bedarf besteht. Die Versorgung mit Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln ist daher nur subsidiär zu Leistungen der Krankenversicherung.

Zu den Leistungen bei Suchterkrankung gemäß Abs. 3 Z 3 ist festzuhalten, dass parallel zu vorliegendem Gesetzesentwurf an einer Überführung dieser Leistungen in das Kärntner Chancengleichheitsgesetz gearbeitet wird. In Zukunft werden diese Leistungen im Rahmen des Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetzes daher entfallen und als Leistungen der Chancengleichheit gewährt werden.

Zu § 8:

Die bisher nur rudimentär in § 15 Abs. 1 und 2 K-MSG geregelte soziale Mindestsicherung durch Pflege wird nunmehr in §§ 8 bis 12 dieses Gesetzes normiert. Mobile Pflege- und Betreuungsleistungen sollen eine ausreichende und fachgerechte Unterstützung der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person gewährleisten und so dem Ziel dieses Gesetzes, bei entsprechender Individualbetrachtung der Bedarfslage primär die Pflege zuhause zu ermöglichen, entsprechen. Der Vorbehalt der Beurteilung der konkreten Situation der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person gegenüber der „Pflege daheim“ ist in Abs. 1 nochmals verankert. Kann der Pflege- und Betreuungsbedarf im häuslichen Umfeld daher durch mobile Pflege- und Betreuungsleistungen nicht gedeckt werden oder wäre die Deckung mit einem unangemessenen, auch finanziellen, Mehraufwand verbunden, kann die Pflege und Betreuung in Einrichtungen nach § 5 geleistet werden. Die Finanzierbarkeit der mobilen Pflege- und Betreuung für die pflege- oder betreuungsbedürftige Person hat daher auch als ein Aspekt in die Beurteilung einzufließen.

Mobile Pflege- und Betreuungsleistungen sind aufgrund der Dynamik des Bereiches und der unterschiedlichen Bedürfnisse allgemein formuliert, die Aufzählung des Abs. 2 mit den gebräuchlichsten Unterstützungsformen der Hauskrankenpflege, der Heimhilfe und den Unterstützungs- und Beratungsleistungen im häuslichen Umfeld ist lediglich beispielhaft.

Zu § 9:

Die bisher in § 15 Abs. 2 lit. d K-MSG genannte Kurzzeitpflege wird nunmehr als eine der Möglichkeiten der befristeten stationären Unterbringung normiert. Die befristete stationäre Unterbringung umfasst die Übernahme der Kosten in zwei Fällen:

Die Übergangspflege als Unterbringung zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes einer pflege- oder betreuungsbedürftigen Person im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in einer Krankenanstalt. Die Erbringung der Leistung ist von einer Kostenbeteiligung der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person in Form eines Selbstbehaltes abhängig. Der Zeitraum der Übergangspflege kann auch für notwendige Anschaffungen oder Adaptierungen oder auch für die Organisation mobiler Pflege- und Betreuungsleistungen im eigenen Haushalt genutzt werden.

Die Kurzzeitpflege dient der Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger. In diesen Fällen wird eine normalerweise im Haushalt gepflegte und betreute Person für einen befristeten Zeitraum in eine stationäre Einrichtung aufgenommen, beispielsweise auch für jenen Zeitraum, in dem Unterstützungsleistungen für pflegende oder betreuende Angehörige, wie etwa das Angebot des „Urlaubes für pflegende Angehörige“ nach § 11 in Anspruch genommen werden.

Gemeinsam ist diesen Unterbringungsformen, dass die stationäre Unterbringung lediglich befristet, in der Praxis zumeist maximal 28 Tage, erfolgt.

Zu § 10:

Die allgemeine Bestimmung betreffend weitere Unterstützungsleistungen für pflege- oder betreuungsbedürftige Personen dient der Entwicklung von Projekten zur Hilfe für pflege- oder betreuungsbedürftige Personen, zur Verbesserung oder Erhaltung ihrer Lebenssituation oder ihrer gesundheitlichen Situation oder zur finanziellen Entlastung. Im Rahmen dieser Bestimmung könnte beispielsweise eine finanzielle Unterstützung für Personen mit höherer Pflegestufe, die im Rahmen des eigenen Haushalts gepflegt werden, geleistet werden. Ebenfalls unter diese Bestimmung fallen die bisher in § 17 K-MSG genannten

Leistungen wie die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen. Die Landesregierung hat die nach dieser Bestimmung erbrachten Leistungen durch Verordnung näher auszuführen.

Zu § 11:

Die Unterstützung für pflegende oder betreuende Personen umfasst Maßnahmen der Stärkung insbesondere der pflegenden oder betreuenden Angehörigen, wie beispielsweise die schon bisher in § 15 Abs. 3 K-MSG vorgesehene Beratung und Schulung, aber auch den bisher bereits angebotenen „Urlaub für pflegende Angehörige“. Auch die bisher nach § 17 K-MSG gewährten Leistungen betreffend Angehörige können nach dieser Bestimmung weiter gewährt werden.

Zu § 12:

Zur Optimierung bei der Versorgung und im Umgang mit pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen kann das Land Schulungs- und Beratungsangebote für stationäre oder teilstationäre Einrichtungen oder Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, beispielsweise Apotheken, anbieten. Hierzu zählen etwa Schulungen für den Umgang mit Demenz oder Hygieneschulungen, Hospiz- und Palliativschulungen oder Schulungen zur Dienstplangestaltung.

Zu § 13:

Die Unterstützung durch Sicherstellung einer Alterssicherung hat sich in einzelnen Fällen schon bisher auf Grundlage des § 12 Abs. 6 K-MSG (vor der Novelle LGBl. Nr. 107/2020) bewährt und soll wiederum aufgenommen werden. In jenen Fällen, in denen dadurch eine allenfalls notwendige Unterstützung durch dieses Gesetz entfallen oder eingeschränkt werden könnte, können die Kosten für die Erlangung eines Anspruchs auf eine angemessene Alterssicherung übernommen werden. Denkbar ist dies insbesondere in jenen Fällen, in denen nur ein kurzer Zeitraum auf eine sozialversicherungsrechtliche Alterssicherung fehlt.

Zu § 14:

Als gänzliche Neuerung im Katalog der gesetzlichen Unterstützungs- und Stärkungsmaßnahmen wird die Pflegenahversorgung normiert. Im Hinblick auf das Fortschreiten des demografischen Wandels und die Zunahme der älteren und damit potentiell pflege- oder betreuungsbedürftigen Bevölkerung sowie dem Anspruch, den Verbleib im eigenen Zuhause möglichst lange gewährleisten zu können und Angehörige zu entlasten, soll die Pflegenahversorgung eine niederschwellige Angebotsstruktur schaffen. Durch die Schaffung des Angebots auf Gemeindeebene bzw. wo zielführend auch gemeindeübergreifend, soll die leichte Erreichbarkeit gewährleistet sein. Die Pflegenahversorgung soll die pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen und deren Angehörige möglichst nahe am gewohnten Umfeld erreichen und Möglichkeiten und Perspektiven zur Unterstützung und Stärkung aufzeigen.

Die derzeit in Abs. 1 Z 1 bis 3 genannten konkreten Leistungen sind lediglich eine beispielhafte Aufzählung, vergleichbare Angebote einer niederschweligen und leicht erreichbaren Unterstützung oder Versorgung können ebenfalls der Pflegenahversorgung zugerechnet werden.

Z 1 normiert den Einsatz von Pflegekoordinatoren. Die Vielzahl an Angeboten auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene und durch die Sozialversicherungsträger erschwert für betroffene Personen den Überblick und die Transparenz, wodurch die Inanspruchnahme nicht oder nicht im benötigten Ausmaß möglich ist, oder die Antragstellung wird durch Hemmschwellen oder Überforderung zurückgestellt. Die Aufgabe der Pflegekoordinatoren ist aufsuchend-nachgehend im Sinne der Sozialarbeit, sie holen daher die pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen aus der jeweiligen Situation ab und unterstützen und begleiten diese bei der Inanspruchnahme möglicher Leistungen.

Dies umfasst generelle und konkrete Unterstützungsleistungen, wie:

- Information zu und Initiierung von Angeboten der Gesundheitsförderung,
- Information zu Versorgungs- und Entlastungsangeboten bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit,
- Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von mobilen Diensten und anderen Hilfsangeboten,
- Initiierung eines ehrenamtlichen Besuchsdiensts zum Zwecke der Vermeidung von Isolation, der Durchführung von Einkaufsfahrten, Hol- und Bringdiensten, Arztbesuchen,
- Koordination nach Krankenhaus-Aufenthalten,
- Hilfestellung bei administrativen Belangen (Anträge aller Art insbesondere Pflegegeld, Pflegegeldklage, Hilfsmittel und Heilbehelfe, barrierefreie Wohnraumadaptierung, Pension etc.),
- Hilfestellung/Organisation bei Übersiedelungen (betreutes Wohnen, Pflegeheim etc.).

Die Aufgaben der Pflegekoordinatoren umfassen jedoch auch:

- Aufbau und Führen einer Gruppe von Ehrenamtlichen,
- Netzwerkarbeit mit den Sozial- und Gesundheitsanbietern,
- Erhebung aller sozialen und versorgungsrelevanten Dienste in der Gemeinde, in der Region,
- Erhebung, Eruierung von Versorgungslücken und Good Practice Beispielen,
- Zusammenarbeit mit den Gemeindeverantwortlichen und dem GPS auf Bezirksebene.

Die Pflegekoordinatoren sollen als Leistung unabhängig von Bundesinitiativen betreffend Community Nurses vorgesehen werden, um die bereits bisher auf Projektebene geschaffenen Ressourcen zu nutzen und weiter auszubauen.

Z 2 umfasst die Bedarfserhebung und Schaffung von Unterstützungs- und Versorgungsstruktur auf Gemeindeebene, wie beispielsweise Tagesstätten, betreutes Wohnen oder Hol- und Bringdienste. Diese Aufgabe erfolgt in Zusammenarbeit mit den Pflegekoordinatoren und deren Erhebungen und Erfahrungen zu bestehenden Angeboten und bestehender Bedarfslage. Ziel ist eine – wo erforderlich – dezentrale Angebotsschaffung um die Machbarkeit und Finanzierbarkeit der Pflege daheim und des Verbleibs im Haushalt zu ermöglichen.

Ziel der Leistungen nach Z 3 ist eine Stärkung des Ehrenamts als eine Säule der niederschweligen Unterstützung und Versorgung von pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen und deren Angehörigen bei der Pflege im Haushalt. Die Initiierung und Koordination des ehrenamtlichen und freiwilligen Engagements soll durch die Pflegekoordinatoren erfolgen. Ehrenamtliche Tätigkeiten gegenüber pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen sollen dadurch forciert und gestärkt werden und die Bedeutung dieser Art der Unterstützung durch verschiedene Maßnahmen hervorgehoben werden. Ehrenamtliche Tätigkeit im Sinne dieser Bestimmung umfasst keine pflegerischen Handlungen und hat nicht die gesundheitliche Versorgung der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person im Fokus, sondern eine Unterstützung in Alltagshandlungen, eine Begleitung bei Behördenwegen, Besuchen in Gesundheitseinrichtungen oder Friedhöfen, Fahrdienste, Erledigung von Besorgungen oder eine Aktivierung und menschlich-soziale Unterstützung wie Karten spielen, Gespräche führen, gemeinsames Musizieren, gemeinsame Ausflüge oder spazieren gehen.

Zur Unterstützung dieser sowohl für die pflege- oder betreuungsbedürftige Person als auch für die Gesellschaft wertvollen Aufgabe sollen ehrenamtlich tätigen Personen beispielsweise eine Basisschulung für die Erfüllung ihrer Aufgaben ermöglicht werden und zur finanziellen Absicherung eine Unfall- und Haftpflichtversicherung und ein Fahrtkostenersatz für Fahrten gemeinsam mit der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person eingeführt werden.

Die konkreten Leistungen nach Abs. 1 sind gemäß Abs. 2 in Richtlinien des Landes näher auszuführen. So sind etwa die Voraussetzungen für das Tätigwerden als Pflegekoordinator oder die Voraussetzungen für ehrenamtliche Tätigkeit in den Richtlinien festzulegen.

Zu § 15:

Die bisher in § 17 lit. b K-MSG enthaltenen Dienste zur Förderung gesellschaftlicher und kultureller Teilhabe für ältere Menschen als Aufgabe der Gemeinden (§ 61 Abs. 3 K-MSG) sollen als wertvolle Ergänzung beibehalten werden, um die gesellschaftliche und soziale Inklusion und Interaktion älterer Menschen zu unterstützen und niederschwellige Vernetzungsmöglichkeiten anzubieten. Gerade im Hinblick auf das Ziel, soziale Vereinsamung hinauszuhalten und das soziale Umfeld von älteren Menschen zu stärken, bedarf es weiterhin dieser Angebote, wie auch im Begutachtungsverfahren vorgebracht wurde.

Die bisher für § 17 geltenden Vorgaben, wonach die Zuständigkeit und die Finanzierung dieser Angebote bei den Gemeinden liegt, werden beibehalten (vgl. § 33 Abs. 5 sowie § 35 Abs. 1)

Zu § 16:

Der Einsatz der eigenen Mittel wird nunmehr differenziert geregelt, da aufgrund der Vielzahl der Leistungen nach diesem Gesetz und der unterschiedlichen Leistungsempfänger, von der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person selbst über Angehörige bis hin zu ehrenamtlich tätigen Personen, eine pauschale Regelung unsachlich wäre.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Leistungen an pflege- oder betreuungsbedürftige Personen selbst überwiegend subsidiär und daher von Einsatz der eigenen Mittel – in Form des Einsatzes des eigenen Einkommens oder der Leistung eines Selbstbehaltes – abhängig sind.

Der Einsatz des eigenen Einkommens ist bei den kostenintensiven Leistungsformen der stationären Unterbringung für pflege- oder betreuungsbedürftige Personen und in Einrichtungen für Suchtkranke vorgesehen.

Selbstbehalte sind bei teilstationären Leistungen nach § 5 sowie bei mobilen Pflege- und Betreuungsleistungen und der Kurzzeitpflege zu leisten. Der im Begutachtungsverfahren noch vorgesehene Einsatz des Einkommens im Bereich der Übergangspflege entfällt und auch bei dieser Leistungsform ist nunmehr ein Selbstbehalt zu erbringen, um notwendige Anschaffungen oder Adaptierungen oder auch die notwendigen Zahlungen zur Erhaltung der Wohnmöglichkeiten zu gewährleisten.

Abs. 3 normiert die Möglichkeit der Landesregierung, neben den in Abs. 1 genannten Leistungen weitere Leistungen nach diesem Gesetz vom Einsatz des eigenen Einkommens oder von einem Selbstbehalt abhängig zu machen. Dadurch soll auf Wunsch der Vollziehung insbesondere bei jenen Leistungen, die derzeit noch im Projektstadium sind oder erst entwickelt werden, beispielsweise nach § 10, eine Flexibilität bei der Ausgestaltung ermöglicht werden.

Zu § 17:

Die Definition des eigenen Einkommens entspricht weitestgehend § 6 K-MSG. Maßgeblich ist das eigene Einkommen im Sinne der Subsidiarität vorwiegend bei stationären Unterbringungsformen nach § 5 und § 7 Abs. 3 Z 3 und bei der finanziellen Unterstützung bei stationärer Unterbringung nach § 6. In diesen Fällen ist vorwiegend das eigene Einkommen einzusetzen und das Land bzw. die Landesregierung leisten nur subsidiär die jeweilige soziale Unterstützungsform.

Die Berücksichtigung der Familienbeihilfe einschließlich des Erhöhungsbeitrages hat im Einklang mit der Judikatur zur Frage der Sicherung der Bedürfnisse im Rahmen der mit der Unterbringung erbrachten Leistung zu erfolgen.

Als neue Regelung im Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetz wird vorgesehen, dass Unterhaltsansprüche von pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen gegenüber ihren Kindern, Enkeln und Großeltern gänzlich nicht berücksichtigt werden, bei Unterhaltsansprüchen gegenüber Eltern erfolgt eine Berücksichtigung nur in jenen Fällen, in denen die pflege- oder betreuungsbedürftige Person das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. In den genannten Ausnahmen wird daher weder der Unterhaltsanspruch beim eigenen Einkommen berücksichtigt, noch gibt es in diesem Bereich Rechtsverfolgungspflichten gegenüber den Angehörigen oder eine Kostenersatzpflicht der Angehörigen (§ 20 Abs. 2).

Eine Ausnahme besteht in diesem Bereich nach Abs. 7 bei der Bemessung der finanziellen Unterstützung bei stationärer Unterbringung nach § 6: Hier werden Unterhaltsansprüche gegenüber den Eltern vor Vollendung des 25. Lebensjahres bei der Bemessung der finanziellen Unterstützung berücksichtigt und mindern den Anspruch auf § 6 oder lassen diesen gänzlich entfallen. Nach Vollendung des 25. Lebensjahres werden nur gerichtlich festgesetzte Unterhaltsleistungen der Eltern von pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen bei der Bemessung berücksichtigt.

Eine Rechtsverfolgung sieht das Gesetz nur mehr bei längerdauernder stationärer Unterbringung und dem Einsatz der eigenen Mittel nach § 5 oder § 7 Abs. 3 Z 3 vor. Bei Leistungen, für die ein Selbstbehalt zu leisten ist, wird keine Rechtsverfolgungspflicht und keine Zession vorgesehen. Hierbei können die Leistungen Dritter in die Bemessungsgrundlage für den Selbstbehalt einberechnet werden, ob und wie die Leistungen durch den Einzelnen verfolgt werden, bleibt diesem überlassen.

Abs. 6 sieht bei befristeter Unterbringung eine Möglichkeit vor, Zahlungen der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person bei der Ermittlung des eigenen Einkommens in Abzug zu bringen, soweit diese für die Überwindung der sozialen Notlage erforderlich sind. Diese Regelung dient vor allem zur Sicherstellung einer Wohnmöglichkeit der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person und zur Weiterzahlung beispielsweise einer Miete. Endet die befristete stationäre Unterbringung beispielsweise nach § 7 Abs. 3 Z 3, sollte eine Rückkehrmöglichkeit in die eigene Wohnung gewährleistet sein. Im Sinne der Subsidiarität von Sozialleistungen ist die Minderungsmöglichkeit jedoch nur im jeweils erforderlichen Ausmaß zu nutzen.

Nach diesem Gesetz betroffenen pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen können sowohl ältere und pflegebedürftige Personen in Pflegeheimen wie auch Menschen mit Behinderung in Zentren psychosozialer Rehabilitation oder Suchtkranke sein. Aufgrund der unterschiedlichen Lebenssituationen und dem grundsätzlichen Ziel der Führung eines selbstbestimmten Lebens sieht Abs. 8 nunmehr auch für diesen Personenkreis die Möglichkeit eines Freibetrages aus eigener Erwerbstätigkeit vor. Anders als in der Sozialhilfe ist die Reintegration in den Arbeitsmarkt nicht eines der wesentlichen Ziele dieses Gesetzes, bestehen jedoch diesbezügliche Möglichkeiten, sollten diese forciert und unterstützt werden. Im Hinblick auf den geplanten Entfall der Leistungen in Zentren für psychosoziale Rehabilitation oder Suchtkranke im Rahmen des Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetzes und Überführung dieser Leistungen in das Kärntner Chancengleichheitsgesetz wird diese Regelung in Zukunft für die praktische Vollziehung des Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetzes irrelevant sein und daher entfallen können.

Zu § 18:

Aufgrund der unterschiedlichen Leistungsformen werden die Voraussetzungen für den Selbstbehalt und die Berechnung und Höhe desselben nunmehr in einer Verordnung der Landesregierung festgelegt und konkretisiert. Dem Ordnungsgeber hat in der Verordnung die Berechnung des Einkommens für den Selbstbehalt und die Höhe des Selbstbehaltes selbst festzulegen. Bei der Festlegung, welche Einkünfte für die Berechnung des Einkommens heranzuziehen sind, ist der Ordnungsgeber im Rahmen der Sachlichkeit weitestgehend frei und kann sich an § 17 orientieren, aber auch bestimmte dort normierte Einkommensanteile ausnehmen oder umgekehrt das Einkommen von im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartnern, eingetragenen Partnern oder Lebensgefährten, wie es bisher auch in § 5 Abs. 1 K-MSG vorgesehen war, berücksichtigen. Ebenso kann das Einkommen von Eltern von pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres in die Berechnung einfließen.

Bei der Bemessung des Selbstbehaltes ist auf die durchschnittlichen Kosten für den allgemeinen Lebensunterhalt und Wohnbedarf in Kärnten, pflege- oder betreuungsbedingte Mehrausgaben, den Bezug des Pflegegeldes sowie lebens- und existenznotwendige Ausgaben Bedacht zu nehmen. Der Selbstbehalt ist daher so zu bemessen, dass er in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht.

Der Ordnungsgeber darf entsprechend dem Sachlichkeitsgebot auch unterscheiden, ob etwa bei Ehepartnern, eingetragenen Partnern oder Lebensgefährten nur eine Person beispielsweise mobile Dienste in Anspruch nimmt oder beide Partnern Leistungen nach diesem Gesetz beziehen.

Zu § 19:

Der Kostenersatz durch den Leistungsbezieher regelt nunmehr sowohl den Kostenersatz bei nachträglich bekannt gewordenem Einkommen wie auch die Rückerstattung bei Verletzung der Anzeigepflicht oder wegen bewusst unwahrer Angaben oder bewusster Verschweigung wesentlicher Tatsachen. Dadurch sollen in einer Bestimmung übersichtlich jegliche Kostenersatzmöglichkeiten durch den Leistungsbezieher selbst zusammengefasst werden. Weitergehend als die grundsätzliche Abschaffung des Pflegeregresses für den stationären Bereich durch § 330a ASVG wird nunmehr für den gesamten Leistungskatalog des Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetzes der Rückgriff auf das Vermögen der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person ausgeschlossen. Das Vermögen der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person bleibt daher für alle durch das Land finanzierten Pflege- und Betreuungsleistungen unbeachtlich.

§ 19 Abs. 1 Z 1 entspricht § 47 K-MSG, Abs. 1 Z 2 entspricht § 59 Abs. 3 K-MSG. Der Kostenersatz ist auf stationäre und teilstationäre Leistungen nach § 5, die finanzielle Unterstützung bei stationärer Unterbringung nach § 6, die Unterbringung Suchtkranker einschließlich der Nachbetreuung nach § 7 Abs. 3 Z 3 sowie mobile Pflege- und Betreuungsleistungen nach § 8 beschränkt.

Abs. 2 entspricht § 47 Abs. 2 K-MSG und damit dem geltenden Recht.

Zu § 20:

Der Kostenersatz durch Dritte entspricht § 48 K-MSG, wobei der Kostenersatz Dritter nunmehr – wie auch der Kostenersatz durch den Leistungsbezieher selbst – auf die Leistungen nach §§ 5, 6, 7 Abs. 3 Z 3 und 8 beschränkt ist. § 20 Abs. 2 berücksichtigt den Entfall des Angehörigenregresses und nimmt unterhaltspflichtige Kinder, Enkelkinder, Eltern, wenn die pflege- oder betreuungsbedürftige Person das 25. Lebensjahr vollendet hat, oder Großeltern der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person von einer Kostenersatzpflicht auf Grundlage der Unterhaltsverpflichtung aus. Leistungsverpflichtungen auf Grundlage von Verträgen, gerichtlichen Entscheidungen oder Vergleichen sind von dieser Ausnahme nicht berührt, sie führen allgemein zu einer Verpflichtung zur Leistung eines Kostenersatzes nach § 20 unabhängig vom verpflichteten Personenkreis. Die Möglichkeit des Anspruchsüberganges entspricht dem geltenden Recht.

Zu § 21:

Die Geltendmachung der Ersatzansprüche entspricht weitestgehend § 49 und § 59 Abs. 4 K-MSG. Die Frist für die Geltendmachung wird nunmehr aufgrund eines Wunsches der Vollziehung im Hinblick auf die praktische Umsetzung adaptiert und nunmehr eine Frist von drei Jahren ab Kenntnis des Grundes für den Ersatzanspruch, längstens jedoch binnen zehn Jahren nach Ablauf jenes Jahres, in dem die Leistung bezogen wurde, vorgesehen. Für zu Unrecht bezogene Leistungen wegen Verletzung der Anzeigepflicht oder bewusst unwahrer Angaben oder der bewussten Verschweigung wesentlicher Tatsachen wird entsprechend dem Vorbringen der Fachabteilung eine Frist von 30 Jahren nach Ablauf jenes Jahres, in dem eine Leistung erbracht wurde, vorgesehen.

Ebenfalls dem Wunsch der Fachabteilung entsprechend sollen Ersatzansprüche für Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, künftig im Wege der Hoheitsverwaltung mit Bescheid vorgeschrieben werden,

wenn kein Vergleich zustande kommt, wegfällt oder gekündigt wird oder kein Anspruchsübergang bewirkt wurde. Sonstige Ersatzansprüche sind diesfalls im Privatrechtsweg geltend zu machen.

Zu § 22:

Der Kostenersatz an eine Krankenanstalt entspricht dem Kostenersatz Dritter nach § 50 K-MSG, mit zwei Einschränkungen:

Anstelle eines pauschalen Kostenersatzes Dritter wird nunmehr lediglich der Kostenersatz an Krankenanstalten geregelt, da aufgrund der praktischen Vollzugserfahrungen andere Ersatzansprüche durch Dritte nicht vorkommen und allenfalls zivilrechtlich zu klären wären.

Weiters ist der Kostenersatz durch das Land nur auf jene Fälle beschränkt, in denen das Land nach § 7 Abs. 2 auch Unterstützungsleistungen bei Krankheit gewährt, also Personen mit Leistungen der stationären Unterbringung nach §§ 5 und 7 Abs. 3 Z 3. Erhält dieser Personenkreis eine finanzielle Unterstützung bei stationärer Unterbringung nach § 6, liegt ohnehin eine gesetzliche Krankenversicherung vor, denkbar ist diese Fallkonstellation also vor allem bei Personen mit einem Einkommen, das keine finanzielle Unterstützung erforderlich macht, die jedoch gleichzeitig über keine Sozialversicherung verfügen.

Die Möglichkeit des Abschlusses einer Pauschalvereinbarung wurde bereits genutzt und soll die Abrechnung zwischen den Verrechnungspartnern erleichtern.

Zu § 23:

Wie bisher in § 52 K-MSG setzen Leistungen nach diesem Gesetz einen Antrag voraus, sie sind aber auch ohne ausdrücklichen Antrag anzubieten, wenn Umstände bekannt werden, die eine Leistung erforderlich machen. Das Angebot einer Leistung beinhaltet jedoch keine Möglichkeit, einseitig oder gegen den Willen der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person Leistungen zu gewähren. Da der überwiegende Teil der Leistungen nach diesem Gesetz im Wege der Privatwirtschaftsverwaltung gewährt wird, bedarf es ohnehin eines Vertragsverhältnisses zwischen dem Land und der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person. Die diesbezüglichen Vorgaben richten sich nach dem Zivilrecht.

Abs. 2 dient vorwiegend klarstellend der Abgrenzung des antragsberechtigten Personenkreises bei Leistungen, die im Wege der Privatwirtschaftsverwaltung gewährt werden. Die Antragsrechte für den Bereich der Leistungen mit Rechtsanspruch sind ähnlich und richten sich nach den Verfahrensgesetzen.

Neu wird nunmehr auch ausdrücklich normiert, dass mit entsprechender Vollmacht der Vertreter eines Trägers der freien Wohlfahrtspflege, mit dem eine Vereinbarung nach § 34 besteht und bei dem die pflege- oder betreuungsbedürftige Person eine Leistung beantragt, die Leistung nach diesem Gesetz beantragen kann. Damit soll den Trägern der freien Wohlfahrtspflege ermöglicht werden, gleichzeitig mit dem eigenen Leistungsvertrag mit der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person die notwendigen Unterlagen für die Antragstellung beim Land einzuholen und diese bei der Antragstellung aufgrund des bestehenden Fachwissens und der Erfahrungswerte zu entlasten. Diese Regelung soll der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person zugutekommen. Es steht jedoch im Ermessen der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person, ob sie eine solche Bevollmächtigung erteilt oder Leistungen nach diesem Gesetz selbst beantragt.

Die Möglichkeit der Antragseinbringung wird ausgeweitet und bei der Gemeinde, der Bezirksverwaltungsbehörde, dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice und bei der Landesregierung vorgesehen. Diese Stelle hat bei Unzuständigkeit die Verpflichtung zur unverzüglichen Weiterleitung an die zuständige Stelle (Land/Landesregierung).

Zu §§ 24 und 25:

Die bestehenden Informations- und Mitwirkungspflichten gemäß § 54 K-MSG werden ebenso wie die Auskunftspflichten nach § 55 K-MSG übernommen und weder erweitert noch eingeschränkt. Lediglich die Auskunftserteilung durch die Behörden der Finanzverwaltung wird konkretisiert. Da die Auskunftspflichten der Mitwirkung von Bundesorganen bedürfen, ist diesbezüglich die Zustimmung der Bundesregierung einzuholen.

Zu § 26:

Auch die Regelung betreffend Sachverständige entspricht dem geltenden Recht (§ 56 K-MSG) und weist keinen Änderungsbedarf auf.

Zu § 27:

Leistungen nach diesem Gesetz sind grundsätzlich ab der Antragstellung gemäß § 23 zu gewähren. Beantragt die pflege- oder betreuungsbedürftige Person oder ihr allfälliger Vertreter nach Maßgabe der Bestimmungen des AVG oder eine antragsberechtigte Person gemäß § 23 Abs. 2 einen früheren

Leistungsbeginn, können Leistungen auch rückwirkend ab Beginn der Inanspruchnahme einer Leistung gewährt werden. Damit soll den Erfordernissen der Praxis begegnet werden, dass beispielsweise die Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen oder mobiler Dienste nicht immer zuerst beantragt werden (können) und dann erst der Leistungsbezug erfolgt, sondern die zeitliche Abfolge aufgrund von Erfordernissen und Bedarfslagen auch anders sein kann. Die entsprechende Rückwirkung ist vertraglich zu vereinbaren oder bei Leistungen mit Rechtsanspruch im Bescheid zu verankern.

Zu § 28:

Das Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetz beinhaltet im Leistungskatalog vorwiegend Leistungen, die im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung gewährt werden und deren Abwicklung sich an die zivilrechtlichen Vorgaben zu halten hat. So hat der VfGH in seinem Erkenntnis vom 23. Juni 2021, K I 14/2020-14 auch zur Unterbringung im Pflegeheimen und den diesbezüglichen Aufgaben des Landes nach dem Kärntner Mindestsicherungsgesetz festgehalten, dass es sich hierbei um nichtbehördliche Aufgaben handelt, welche im Streitfall im Zivilrechtsweg durchzusetzen sind.

Für jenen Leistungsbereich, auf den ein Rechtsanspruch besteht, also Leistungen nach § 6 sowie § 7 Abs. 1 iVm § 16 Abs. 1 K-SHG 2021 und § 7 Abs. 2 iVm § 16 Abs. 2 K-SHG 2021, sieht § 28 eigene verfahrensrechtliche Vorgaben abweichend bzw. ergänzend zu den ohnehin geltenden Vorgaben nach dem AVG vor. Ein Verweis auf die Geltung des Allgemeinen Verfahrensgesetzes wird nicht mehr für notwendig erachtet, da die dortigen Vorgaben für behördliche Verfahren ohnehin gelten, soweit im Landesgesetz nichts anderes geregelt wird. Daher entfällt auch der bisher in § 57 K-MSG enthaltene Verweis auf die Möglichkeit eines Mandatsbescheides, da eine entsprechende Grundlage ohnehin in § 57 AVG zu finden ist.

Wie bisher in § 57 Abs. 3 K-MSG vorgesehen, kann die Behörde Auflagen und Befristungen vorsehen, wobei diese Möglichkeit nunmehr auf Bescheide gemäß § 6 beschränkt ist. Bei Leistungen der Krankenversicherung werden Auflagen oder Befristungen als nicht zielführend erachtet.

Abs. 2 entspricht § 22 K-SHG 2021 und soll der taggenauen Leistung der finanziellen Unterstützung bei stationärer Unterbringung dienen.

Abs. 3 und 4 entsprechen dem geltenden Recht nach § 57 Abs. 4 und 5 K-MSG. Grundsätzlich ist daher mit schriftlichem Bescheid über die Leistung abzusprechen, die Ausnahme nach Abs. 4 soll in jenen Fällen, in denen die pflege- oder betreuungsbedürftige Person nicht schlechter gestellt wird und nicht ausdrücklich einen Bescheid wünscht, im Sinne einer Verwaltungserleichterung ermöglichen.

Abs. 5 bis 7 entspricht dem geltenden Recht nach § 58 K-MSG und beinhaltet Sonderregelungen für den Beschwerdeweg zugunsten der pflege- oder betreuungsbedürftigen Person.

Zu § 29:

Diese Bestimmung entspricht § 57a K-MSG und dient vorwiegend Vollzugserleichterungen.

Zu § 30:

Diese Bestimmung entspricht § 59 K-MSG mit Ausnahme der Vorgaben zur Rückerstattung, welche nunmehr in § 19 normiert ist.

Zu §§ 31 und 32:

Die Regelungen zum Mindeststandard der Leistungen und der Bedarfs- und Entwicklungsplanung sind ebenfalls bewährte rechtliche Vorgaben aus dem Kärntner Mindestsicherungsgesetz (§§ 42 und 43 K-MSG). Zur Erfüllung des Mindeststandards bei ambulanten, stationären und teilstationären Leistungen (soziale Dienste) für pflegebedürftige Personen entsprechend dem Leistungskatalog und den Qualitätskriterien der Anlage A der Vereinbarung hat sich das Land gemäß Art. 3 der Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen, LGBl. Nr. 1/1994, verpflichtet. Erbringen die Länder die dem Mindeststandard entsprechenden Sachleistungen nicht selbst, so haben sie dafür zu sorgen, dass die sozialen Dienste bis zu dem in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen festgelegten Bedarf qualitäts- und bedarfsgerecht nach den Grundsätzen der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von anderen Trägern erbracht werden.

Ebenso verpflichten sich die Länder nach Art. 6 der Vereinbarung Bedarfs- und Entwicklungspläne entsprechend Anlage B der Vereinbarung zu erlassen. Diese Verpflichtung wird beibehalten.

Ob die Vorgaben der Vereinbarung noch den derzeitigen Standards entsprechen, kann nicht im Rahmen des vorliegenden Gesetzesentwurfs beurteilt werden. Da die Vereinbarung dem geltenden Recht entspricht, wird sie in diesem Zusammenhang weiter als Grundlage herangezogen.

Zu § 33:

Die Regelungen zur Zuständigkeit sollen nunmehr entflochten und im Hinblick auf §§ 60 und 61 K-MSG wesentlich vereinfacht werden. Entscheidende Stelle ist nunmehr – sowohl als zuständige Behörde bei Leistungen mit Rechtsanspruch wie auch als Träger von Privatrechten – die Landesregierung bzw. das Land. Sämtliche Leistungen werden grundsätzlich daher vom Land bzw. der Landesregierung abgewickelt. Dies ergibt für die pflege- oder betreuungsbedürftige Personen und deren Angehörige den Vorteil, für alle in diesem Gesetz verankerten Leistungen einen Vertragspartner bzw. eine zuständige Stelle zu haben.

Bei der Durchführung des Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice hat sich das Land der Bezirksverwaltungsbehörden, also der Bezirkshauptmannschaften und Magistrate zu bedienen. Das GPS soll daher auf Bezirksebene angesiedelt werden und so leichter für die betroffenen Personen zugänglich sein.

Die Sozialhilfeverbände dürfen gemäß Abs. 4 als Träger von Privatrechten in ihrem Ermessen Leistungen nach diesem Gesetz anbieten, insbesondere auch stationäre und teilstationäre Einrichtungen errichten und betreiben. In diesen Fällen sind die Sozialhilfeverbände wie Träger der freien Wohlfahrtspflege zu behandeln und es ist mit ihnen eine Vereinbarung zur konkreten Leistung gemäß § 34 abzuschließen.

Die Vorsorge für Angebote zur Förderung gesellschaftlicher und kultureller Teilhabe älterer Menschen bleibt wie bisher Gemeindeaufgabe (§ 61 Abs. 3 K-MSG).

In Abs. 6 wird klargestellt, dass das Land die Leistungen nach diesem Gesetz als Sozialleistungen gewährt und daher auch als Träger der Sozialhilfe fungiert. Dies ist insbesondere für entsprechende Verweise in anderen Landes- oder Bundesgesetzen relevant, beispielsweise bei der Pensionsteilung gemäß 324 Abs. 3 ASVG.

Zu § 34:

Die Heranziehung von Trägern der freien Wohlfahrtspflege ist eine wichtige Säule der Pflege und Betreuung in Kärnten und hat sich schon über viele Jahre bewährt. Die Regelungen zu Vereinbarungen mit Trägern der freien Wohlfahrtspflege entsprechen daher weitestgehend § 61 Abs. 5ff K-MSG. § 34 Abs. 1 bis 6 normiert eine Selbstbindung des Landes für die Voraussetzungen und beim Abschluss solcher Vereinbarungen. Im Rahmen der Bescheiderlassung nach § 34 Abs. 2 ist nunmehr neben dem Bedarfs- und Entwicklungsplan auf der Regionale Strukturplan Gesundheit gemäß § 15a K-GFG zu berücksichtigen.

Die Vorgaben für die Voraussetzungen und den Abschluss der Vereinbarungen und die Regelungen zur Kostentragung entsprechen dem geltenden Recht.

Die Aufsicht nach Abs. 7 wird nunmehr auf jene Träger der freien Wohlfahrtspflege beschränkt, die nicht dem Kärntner Heimgesetz unterliegen. Jene Träger, die einer Bewilligung nach dem Kärntner Heimgesetz bedürfen, unterliegen ohnehin der im Kärntner Heimgesetz geregelten Aufsicht und Mängelbehebung. Im Sinne einer Verwaltungseffizienz wird daher von einer parallelen Aufsicht abgesehen.

Zu § 35:

Zu den Kosten der Pflege und Betreuung haben die Gemeinden schon bisher als Finanzierungspartner zu 50% beigetragen. Diese Regelung nach § 62 K-MSG wird beibehalten, ebenso die Aufteilung des Kostenanteiles auf die einzelnen Gemeinden und die Vorgaben an die konkrete Abrechnung.

Die Kosten für Leistungen gemäß § 15 waren schon bisher von der Aufteilung zwischen Land und Gemeinden ausgenommen und verbleiben weiterhin bei den Gemeinden.

Abweichende Regelungen sind für die Kostentragung für den Bereich der Pflegekoordination vorgesehen. Grundsätzlich hat das Land die Kosten zu tragen, die Gemeindebeteiligung erfolgt nicht pauschal auf alle Gemeinden nach der gewichteten Volkszahl, sondern die jeweilige Gemeinde hat 50% des in ihrer Gemeinde tätigen Pflegekoordinators zu ersetzen. Ist der Pflegekoordinator in mehreren Gemeinden tätig, sind die gesamten Kosten nach Maßgabe der Einwohnerzahlen auf die einzelnen beteiligten Gemeinden aufzuteilen und die jeweilige Gemeinde übernimmt 50% der auf sie entfallenden Kosten. Als Anreizsystem wird für die ersten drei Jahre des Einsatzes des Pflegekoordinators der jeweils zu tragende Gemeindeanteil auf 25% gesenkt (§ 53 Abs. 12).

Zu §§ 36 und 37:

Das Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice soll die bisher vorgesehenen Sozial- und Gesundheits-sprengel gänzlich ersetzen. In jedem Bezirk ist nunmehr ein Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice (GPS) mit fachlich qualifizierten Mitarbeitern anzubieten, das die angebotenen ambulanten, stationären und teilstationären Leistungen einerseits koordiniert und andererseits gegenüber dem Bürger darüber informiert, betroffene Personen berät und bei der Inanspruchnahme der Leistungen unterstützt. Das GPS

soll daher dezentral in jedem Bezirk als Koordinations- und Ansprechstelle für soziale Leistungen fungieren und Angebote und konkrete Bedarfslagen in Einklang bringen. Neben Leistungen nach diesem Gesetz umfasst der Aufgabenbereich auch Leistungen nach dem Kärntner Sozialhilfegesetz 2021, dem Kärntner Chancengleichheitsgesetz, soziale Dienste nach dem Kärntner Kinder- und Jugendhilfegesetz und die Berücksichtigung von Leistungsangeboten anderer Träger.

Dem GPS kommt auch die Möglichkeit zu, mit Zustimmung einer pflege- oder betreuungsbedürftigen Person den konkreten Bedarf zu erheben und ein Leistungsangebot für die konkrete Situations- und Bedarfslage vorzuschlagen.

Um eine Vernetzung zu gewährleisten, hat sich das GPS mit den Pflegekoordinatoren abzustimmen und gegebenenfalls zusammenzuarbeiten. Der Austausch personenbezogener Daten zu konkreten Fällen darf dabei nur nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorgaben erfolgen, eine gemeinsame Erhebung des Pflege- und Betreuungsbedarfs und entsprechender Angebote bedürfte demnach der Zustimmung der betroffenen Person.

Zu §§ 38 bis 46:

Die Regelungen zu den Sozialhilfeverbänden nach §§ 70 bis 78 K-MSG werden übernommen und punktuell Neuerungen bzw. Anpassungen oder Klarstellungen, beispielsweise die Möglichkeit der vorzeitigen Abberufung des Vorsitzenden oder des Geschäftsführers oder die Vertretungsregelung für den Geschäftsführer, vorgesehen.

Zu § 39:

In Abs. 3 erfolgt eine Korrektur der Konjunktion, weil es sich um alternative Endigungsgründe handelt.

Zu § 41:

Die Bestimmungen zur Wahl des Vorstandes entsprechen § 73 des Kärntner Mindestsicherungsgesetzes.

Zu §§ 42 und 44:

In § 42 Abs. 2 und 3 sowie § 44 Abs. 2 sind jeweils Zitanpassungen zum geltenden Recht nach §§ 74 und 76 K-MSG notwendig. Ferner soll künftig der Vollständigkeit halber auch auf jene Aufgabennormen verwiesen werden, die für den Kontrollausschuss auf Gemeindeebene nach der Kärntner Allgemeinen Gemeindeordnung bestehen.

Zu §§ 43 und 44:

Der Vollständigkeit wegen wäre die Möglichkeit zur vorzeitigen Abberufung von Vorsitzenden und Geschäftsführer vorzusehen und für die vorübergehende Vertretung des Geschäftsführers vorzuzurufen.

Zu § 47:

Wie bisher nach § 81 K-MSG wird eine Abgabefreiheit von Landes- und Gemeindeverwaltungsabgaben normiert.

Zu § 48:

Die Datenverarbeitungsregelungen entsprechen weitestgehend dem geltenden Recht, ergänzt um die Wünsche der Fachabteilung zur Verarbeitung erforderlicher Daten. Der Zweck der Datenverarbeitung ist dabei immer die Beurteilung einer konkreten Leistung hinsichtlich ihrer Voraussetzungen, ihrer Leistungserbringung und Abrechnung und Überprüfung.

Soweit in Abs. 6 eine gemeinsame Datenverarbeitung zwischen dem Land und Trägern der privaten Wohlfahrtspflege mit Vereinbarungen gemäß § 34 vorgesehen sind, ist eine Vereinbarung gemäß Art. 26 DSGVO abzuschließen, welche die in Art. 26 DSGVO genannten Inhalte regelt.

Zu § 49:

Die den Gemeinden obliegenden Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit Leistungen nach § 15 und den Sozialhilfeverbänden sind solche des eigenen Wirkungsbereiches.

Zu § 50:

Die Strafbestimmung entspricht § 84 K-MSG, wobei lediglich der bisherige Abs. 1 lit. a entfällt, da die Aufsicht bei (teil-)stationären Einrichtungen nunmehr ausschließlich nach dem Kärntner Heimgesetz erfolgen soll.

Zu § 52:

Dem Unionsrecht entsprechend werden die insbesondere durch § 3 umgesetzten Richtlinien ausdrücklich angeführt.

2. Zu Art. III bis VIII

Art. III bis VIII berücksichtigen das Außerkrafttreten des Kärntner Mindestsicherungsgesetzes und Inkrafttreten des Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetzes und treffen die notwendigen Zitat- bzw. sprachlichen Anpassungen im Kärntner Bestattungsgesetz, Kärntner Chancengleichheitsgesetz, Kärntner Kinder- und Jugendhilfegesetz, Kärntner Patienten- und Pflegeanwaltschaftsgesetz sowie dem Kärntner Soziales-Zielsteuerungsgesetz.

III. Finanzielle Auswirkungen

Zu den finanziellen Auswirkungen des Gesetzesentwurfes teilen die zuständigen Fachabteilungen des Amtes der Kärntner Landesregierung mit:

Abteilung 4 mit Schreiben vom 6. April 2022, Zl. 04-ALL-966/94/2022:

„Die Aufgabenbereiche des K-MSG, die die Abteilung 4 betreffen wurden im Jahr 2021 (Wirksamkeit 01.01.2021 mit Übergangsregelungen bis 01.06.2021) herausgenommen und im neu in Kraft getretenen Kärntner Sozialhilfegesetz festgeschrieben. Dies unter Berücksichtigung aller notwendigen Änderungen insbes. im Kärntner Chancengleichheitsgesetz und im Kärntner Kinder- und Jugendhilfegesetz. Die damaligen finanziellen Auswirkungen wurden im Detail erläutert. Dementsprechend ist nunmehr mit der Aufhebung des Kärntner Mindestsicherungsgesetzes und dem vorliegenden Entwurf des Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetzes keine budgetäre Auswirkung im GB Soziales verbunden.“

Abteilung 5 mit Schreiben vom 22. Februar 2022, Zl. 05-P-ALL-161/4-2021:

„Dieses Gesetz wird das Kärntner Mindestsicherungsgesetz ersetzen. Dabei werden vorwiegend die bereits bisher bestehenden Leistungen konkretisiert und das bereits in Umsetzung befindliche Projekt der „Pflegenahversorgung“ gesetzlich verankert. Mit folgenden finanziellen Auswirkungen ist zu rechnen:

Maßnahme - finanzielle Auswirkungen	Betrag
1. Pflegenahversorgung - maximal	€ 2.000.000,00
2. Umwandlung SGS in GPS – zus. Personal	€ 100.000
GESAMT	€ 2.100.000,00

Erläuterungen:**Zu 1. – § 14 Pflegenahversorgung**

Im Rahmen der Pflegenahversorgung ist der Einsatz von sogenannten „PflegekoordinatorInnen“ vorgesehen. Dabei handelt es sich um qualifiziertes Personal, das potentiell pflege- und betreuungsbedürftige Personen im häuslichen Umfeld in der jeweiligen Gemeinde beratend und unterstützend zur Seite steht, ohne dabei Pflegeleistungen zu erbringen.

Für je 10.000 Einwohner ist eine Pflegekoordination im Ausmaß von 1 VZÄ vorgesehen, somit werden insgesamt rund 55 VZÄ benötigt. Die Kosten je Vollzeitäquivalent betragen ca. € 57.000,00 inkl. Fahrtkosten jährlich. Davon haben die Gemeinden in den ersten drei Jahren 25% und danach 50% zu tragen.

Die Teilnahme durch die Gemeinden ist nicht verpflichtend. Per 31.12.2021 des Jahres 2021 nehmen von 132 Gemeinden bereits 32 Gemeinden am Projekt teil. Für das Jahr 2022 haben bereits 35 weitere Gemeinden ihre Teilnahme zugesagt, wobei teilweise die Möglichkeit besteht, eine Förderung seitens des Bundes für Community Nursing zu beantragen.

Die anfallenden Kosten für das Land sind somit abhängig von der jeweiligen Ausrollung und einer allfälligen Förderung durch den Bund, werden jedoch im Vollausbau maximal 2 Mio. jährlich betragen.

Zu 2. – Umwandlung SGS in PGS – zusätzliches Personal

In sämtlichen Bezirken in Kärnten besteht ein bei den Bezirkshauptmannschaften bzw. den Magistraten angesiedeltes Service. Dieses bietet durch einschlägig qualifizierte Mitarbeiter unter anderem pflege- und betreuungsbedürftigen Personen Beratung in pflegefachlichen Belangen und überprüft auch den pflegefachlichen Bedarf im Einzelfall. Bisher wurden die Aufgaben des Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice (GPS) in Villach und Klagenfurt durch die sogenannten Sozial- und Gesundheitsprengel (SGS) übernommen. Nunmehr sollen auch diese beiden Städte in die Struktur des GPS eingebunden werden. Die bei den Bezirkshauptmannschaften angesiedelten Mitarbeiter der GPS sind Landesbedienstete, die GPS-Mitarbeiter werden hingegen von den Magistraten Villach und Klagenfurt angestellt, wobei die Personalkosten vom Land ersetzt werden. Bisher wurden für die Aufgaben der SGS die Kosten für je 1 VZÄ vom Land getragen. Da es sich bei Klagenfurt und Villach jedoch um Ballungsräume handelt, ist aufgrund der steigenden Nachfrage die Finanzierung von jeweils einem weiteren VZÄ erforderlich.

Die Kosten je VZÄ sind mit B/V/2 inkl. PDZ, VDZ, Sonderzahlung und Dienstgeberabgaben des Beamtenehaltsschemas des Landes gedeckelt. Daraus ergeben sich für das Land Kärnten durch die zusätzlichen 2 VZÄ finanzielle Auswirkungen von ca. € 100.000,00 jährlich.

Die budgetäre Bedeckung der oa. Kosten ist im Haushaltsjahr 2022 im Globalbudget Pflege, Detailbudget Pflege bei VA 42401 – „Ambulante Dienste“ gegeben. Die oa. Kosten sind im mittelfristigen Haushaltsplan enthalten und der Kostendämpfungspfad wird eingehalten.“